

МИРОВОЙ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЙ БАРОМЕТР**Планирование семьи: потребности и политика**

Рубрику ведет кандидат экономических наук
Екатерина Щербакова

Потребность в планировании семьи растет: в 1970 году она имела у 57% замужних женщин 15-49 лет, в 2016 году - у 76%

В последние десятилетия в мире наблюдалась устойчивая тенденция снижения рождаемости. Коэффициент суммарной рождаемости, составлявший, по оценкам Отдела населения ООН, в 1950-1960-е годы около 5 детей на женщину, снизился до 3,5 в 1985-1990 годы и до 2,5 в 2010-2015 годы[1]. Сейчас примерно 46% населения мира проживает в странах с низкой рождаемостью, не обеспечивающей простое воспроизводство (менее 2,1 ребенка на женщину). В странах, где рождаемость снизилась, наблюдаются существенные различия в возрастных профилях рождаемости, что свидетельствует о различных моделях репродуктивного поведения. Так, в Бельгии и Бразилии суммарная рождаемость одинакова, составляя в среднем 1,8 ребенка на женщину. Но, если в Бразилии ее на 73% обеспечивает рождаемость женщин в возрасте до 30 лет, то в Бельгии – только на 52% (48% за счет рождаемости в возрасте 30 лет и старше). Аналогично, в Индии и Ливии суммарная рождаемость составляет около 2,5 ребенка на женщину, но в Индии она на 78% обеспечивается рождаемостью в возрасте до 30 лет, в Ливии – только на 34%[2].

Столь грандиозные изменения в рождаемости были бы невозможны без широкого распространения практики планирования семьи. Планирование семьи позволяет людям иметь столько детей, сколько они желают, и в то время, когда они сами планируют. Это достигается благодаря использованию контрацепции, лечению бесплодия и применению альтернативных репродуктивных технологий. Использование контрацепции имеет особое значение как самое массовое направление, затрагивающее интересы значительной части населения.

Современные, индивидуально подобранные методы контрацепции помогают парам и индивидам реализовать свое право на свободное и ответственное решение о том, когда и сколько детей родить. Все более широкое применение контрацепции не только способствует снижению материнской и младенческой смертности, но и приводит к ряду положительных эффектов в области образования и социально-экономического развития (прежде всего для девочек и женщин).

Для обоснованного выбора приоритетов в политике обеспечения всеобщего доступа к услугам охраны сексуального и репродуктивного здоровья, оценки и прогнозирования спроса на средства контрацепции необходимы данные о тенденциях в практике планирования семьи. Сбор информации

в целом по миру, ее анализ и публикацию результатов осуществляет Отдел населения Департамента по экономическим и социальным вопросам ООН. Последние из опубликованных оценок^[3] основываются на представленных 195 странами мира данных об использовании контрацепции за период 1950-2015 годов (по состоянию на апрель 2016 года) и смоделированных на их основе ретроспективных и прогнозных оценках для периода 1970-2030 годов^[4].

Источником информации о потребности в планировании семьи и ее реализации служат выборочные обследования, в программе которых предусмотрены вопросы об использовании средств контрацепции и наличии желания предотвратить наступление беременности (исключить совсем или отложить на срок от двух лет и более). Такие вопросы обращены к женщинам репродуктивного возраста (15-49 лет), как правило, состоящим в браке или проживающим в партнерстве (в едином домохозяйстве, но без оформления брака в соответствии с брачным законодательством или обычаями страны).

На основе полученных данных рассчитываются основные индикаторы планирования семьи:

- 1) **распространенность контрацепции**, в том числе современной (доля женщин репродуктивного возраста, пользующихся какими-либо методами контрацепции, в том числе с выделением современных и традиционных методов контрацепции^[5]);
- 2) **неудовлетворенная потребность в планировании семьи**, в том числе современной (доля женщин репродуктивного возраста, отметивших желание предотвратить наступление беременности, но не использующих никаких / современных методов контрацепции);
- 3) **общая потребность в планировании семьи** (доля женщин репродуктивного возраста, желающих предотвратить наступление беременности, или сумма первых двух индикаторов);
- 4) **удовлетворение потребности в планировании семьи**, в том числе современными методами (соотношение распространенности контрацепции / современной контрацепции и общей потребности в планировании семьи).

Подробнее методология получения оценок и тенденции изменения значений первых двух индикаторов по итогам расчетов 2015 года^[6] рассматривались в одном из предыдущих выпусков **Мирового демографического барометра**. В этом выпуске мы рассмотрим тенденции изменения общей потребности в планировании семьи и ее удовлетворения на основе итогов расчетов 2016 года.

Характеристикой потребности в планировании семьи может служить доля женщин репродуктивного возраста (15-49 лет), состоящих в браке или партнерстве, которые желают исключить или отсрочить рождение ребенка на два года и более. Часть из них пользуется какими-либо средствами контрацепции (о чем можно судить по распространенности контрацепции), часть – нет (неудовлетворенная потребность в планировании семьи).

В целом по миру потребность в планировании семьи, по оценкам ООН, составляла в 2016 году с вероятностью 95% от 73% до 78% при медианном значении 75,5% (рис. 1). Для 1970 года оценка менее определенная - с вероятностью 95% от 52% до 62%, - но по медианному значению (57,3%) она увеличилась почти на треть (на 32%). По прогнозным оценкам, к 2030 году она увеличится незначительно, всего на 1,1% - до 76,3% при некотором увеличении степени неопределенности.

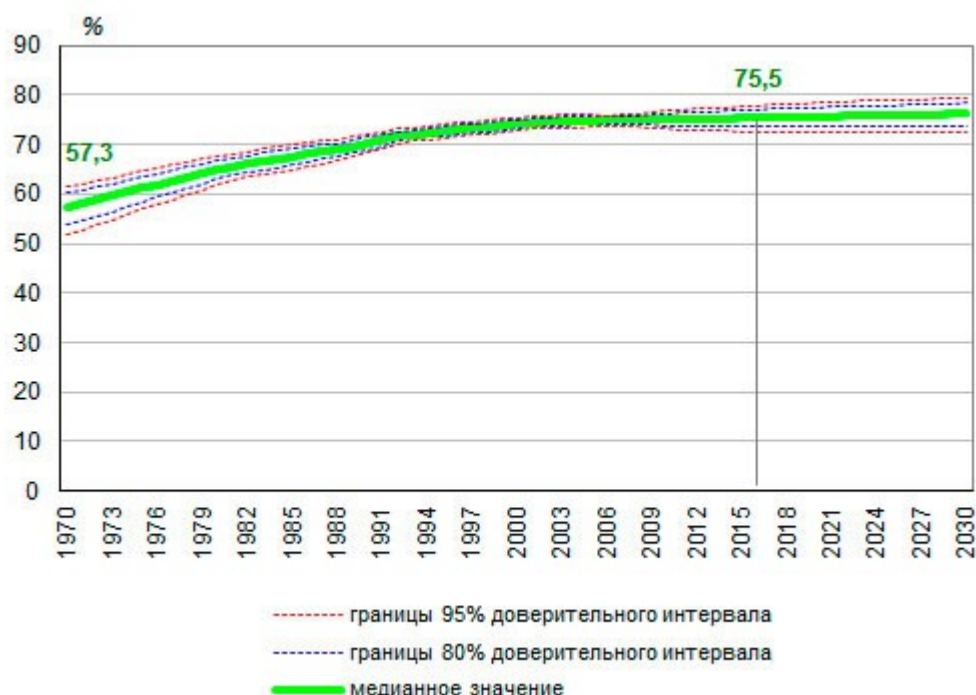


Рисунок 1. Оценки потребности в семейном планировании, мир в целом, 1970-2030 годы, % женщин 15-49 лет, состоящих в браке или партнерстве, которые хотят исключить или отсрочить рождение ребенка

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016.

В развитых странах^[7] современная потребность в планировании семьи была фактически сформирована уже к началу 1970 годов, когда она осознавалась 76% женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или партнерстве. В начале 2000-х годов значение показателя приблизилось к уровню 80% и, вероятно, сохранится на этом уровне до 2030 года (рис. 2).

В наименее развитых странах мира потребность в планировании семьи распространена в меньшей степени, хотя ее распространенность быстро нарастает. Если в начале 1970-х годов предотвратить беременность желали чуть более 33% женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке или партнерстве, то в 2016 году – 61,3%. К 2030 году их доля может превысить 68%.

В остальных развивающихся странах потребность в планировании семьи в настоящее время распространена почти в той же мере, что и в развитых странах (77,3%), хотя в начале 1970-х годов была почти в полтора раза ниже (52,3%). В последнее десятилетие она практически стабилизировалась и, скорее всего, мало изменится до 2030 года.

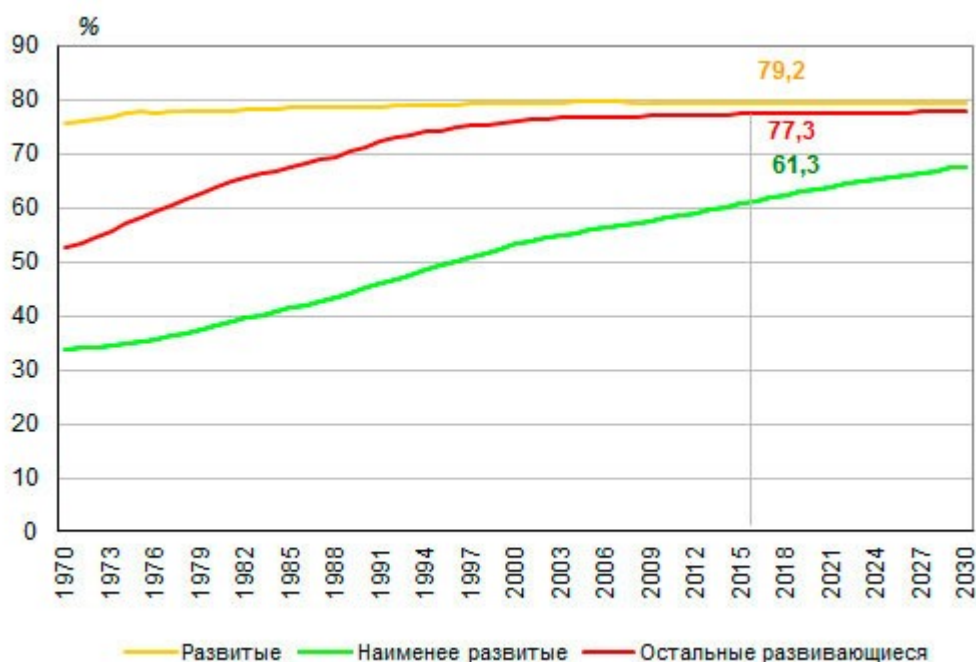


Рисунок 2. Потребность в семейном планировании, основные группы стран мира, 1970-2030 годы, % женщин 15-49 лет, состоящих в браке или партнерстве, которые хотят исключить или отсрочить рождение ребенка (медианные оценки)

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016.

Что касается крупных географических регионов, то давно сформированной потребностью в планировании семьи выделяются Европа и Северная Америка, а также, хотя и в несколько меньшей мере, Океания (рис. 3). У женщин Латинской Америки и стран Карибского бассейна она сформировалась очень быстро, за несколько десятилетий, и уже с конца 1990-х годов регион вышел на первое место по значению показателя (84% и более в 2010-2016 годах).

В Азии исходный уровень распространенности потребности в планировании семьи был несколько ниже (в 1970 году 52% против 64% в Латинской Америке), но уже сейчас она (77,9%) практически соответствует европейскому уровню (79,4%), превосходя распространенность потребности в планировании семьи в Океании (73,8%).

Ниже всего потребность в планировании семьи у женщин Африки. В начале 1970-х годов такую потребность осознавали лишь 36% женщин 15-49 лет, состоящих в браке или партнерстве, в 2016 году – 56%. К 2030 году их доля, по прогнозным оценкам, повысится до 64%, как было в Латинской Америке в начале 1970-х годов и в Азии в начале 1980-х годов.

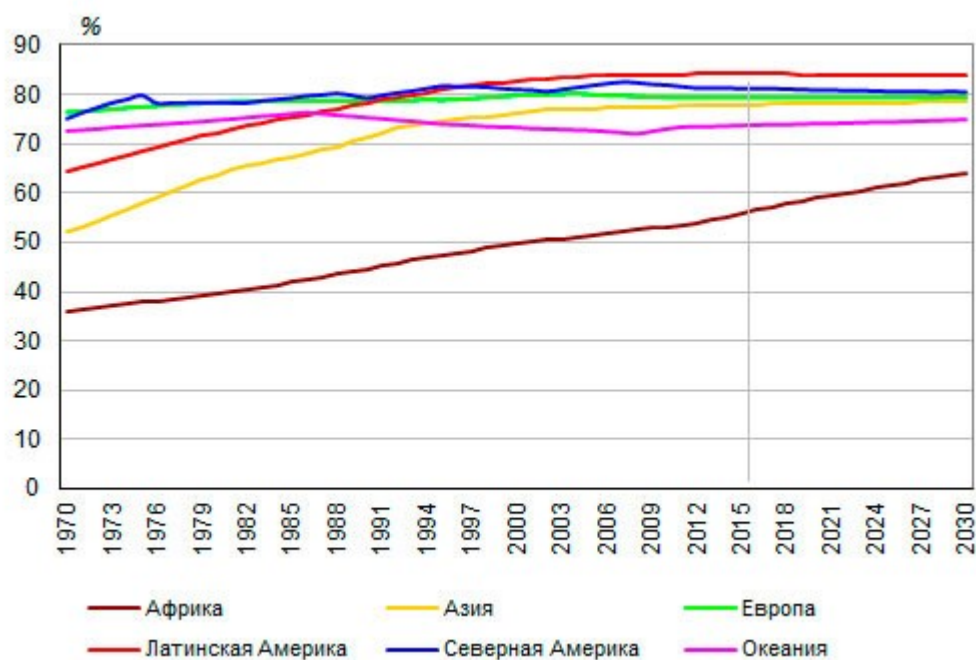


Рисунок 3. Потребность в семейном планировании, крупные географические регионы, 1970-2030 годы, % женщин 15-49 лет, состоящих в браке или партнерстве, которые хотят исключить или отсрочить рождение ребенка (медианные оценки)

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016.

С помощью современной контрацепции потребность в планировании семьи удовлетворяют 77% женщин

Важной характеристикой планирования семьи является степень удовлетворения этой потребности и, прежде всего, за счет современных методов контрацепции.

В целом по миру степень удовлетворения потребности в планировании семьи за счет каких-либо методов контрацепции превысила 80% уже в начале 1990-х годов, а начиная с 2011 года - 84% (рис. 4). Это в 1,4 раза больше, чем в начале 1970-х годов – 62%, хотя степень неопределенности этой оценки существенно выше. В 1970 году значение показателя с вероятностью 95% составляло от 54% до 69%, а в 2016 году с той же вероятностью - от 81% до 87%.

Степень удовлетворения потребности в планировании семьи за счет современных методов контрацепции ниже, но повышалась она быстрее, увеличившись по медианному значению в 1,9 раза – с 41% в 1970 году до 77% в 2016 году. В пределах 95-процентного доверительного интервала значение показателя в 1970 году составляло от 32% до 49%, а в 2016 году – от 73% до 80%.

До 2030 года ожидается незначительное повышение обоих показателей. Медианное значение удовлетворения потребности в планировании семьи с помощью контрацепции возрастет до 84,6%, в том числе за счет современных методов – до 77,1%.

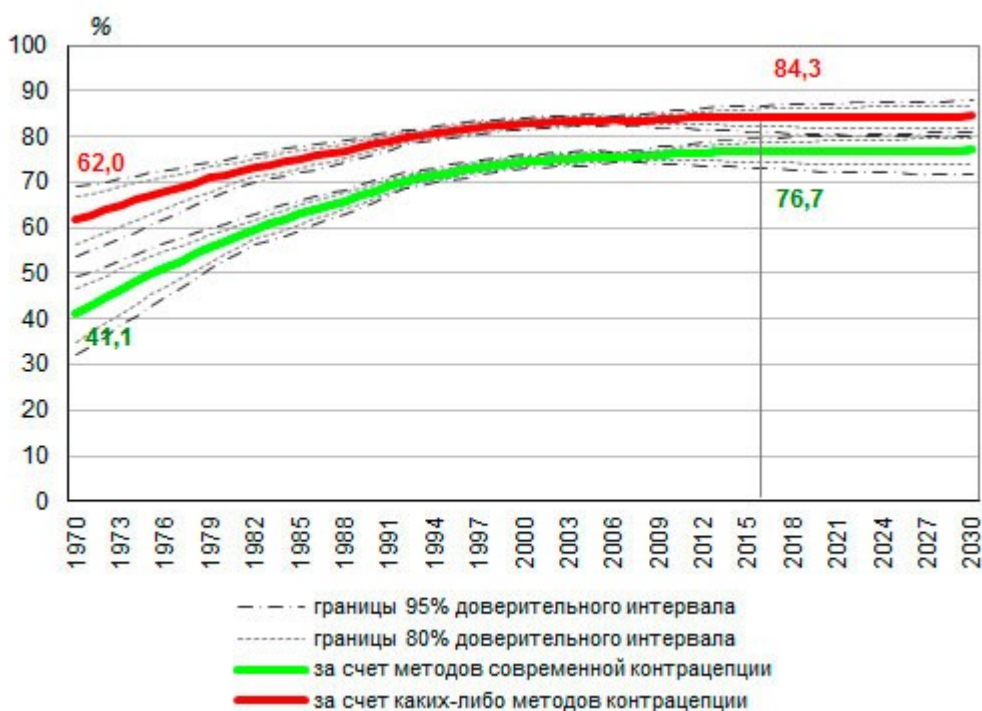


Рисунок 4. Оценки удовлетворения потребности в планировании семьи, мир в целом, 1970-2030 годы, соотношение распространенности контрацепции и общей потребности в планировании семьи, %

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016.

За счет современных методов контрацепции в наименьшей степени удовлетворяется потребность в планировании семьи в наименее развитых странах, хотя за 1970-2016 годы она возросла более чем в 13 раз (рис. 5). В 1970 году за счет современной контрацепции удовлетворялось всего 4% потребности в планировании семьи, в 2016 году — более 56%.

В наибольшей степени за счет современной контрацепции удовлетворяется потребность в планировании семьи в остальных развивающихся странах (79,3% в 2016 году). Начиная с 1980-х годов, они несколько превосходят по этому показателю развитые страны, но в целом обе группы стран вышли на уровень относительной стабилизации показателя.

В ближайшие годы рост продолжится только в группе наименее развитых стран. К 2030 году медианное значение показателя в этой группе стран может повыситься до 64,8%. В остальных развивающихся странах оно даже незначительно снизится (до 79,1%), а в развитых странах незначительно возрастет (до 79,8%).

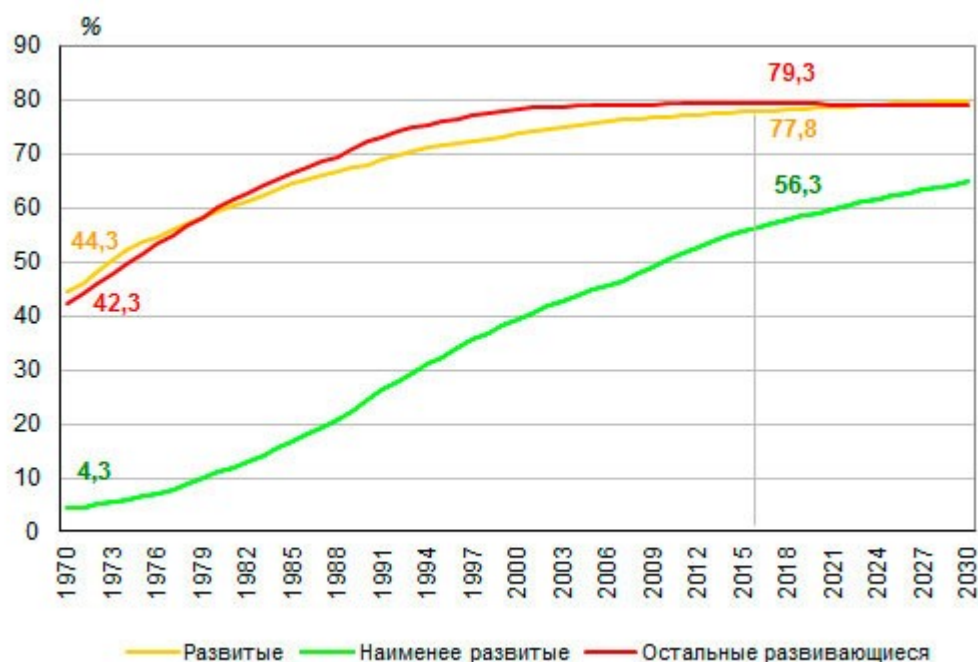


Рисунок 5. Удовлетворение потребности в планировании семьи за счет современных методов контрацепции, основные группы стран, 1970-2030 годы, соотношение распространенности контрацепции и общей потребности в планировании семьи, % (медианные оценки)

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016.

Среди крупных географических регионов наиболее высокой степенью удовлетворения потребности в планировании семьи за счет современной контрацепции выделяется Северная Америка, где она уже в 1970 году превышала 70% (70,9%), а с конца 1980-х годов - 85%. Значение показателя в 2016 году оценивалось в 85,4%, а к 2030 году прогнозируется незначительное снижение – до 84,4% (рис. 6).

В начале рассматриваемого периода второе место по данному показателю занимала Океания (69,5% в 1970 году), однако с конца 1980-х годов наметилась тенденция снижения. В середине 1990-х годов регион опустился на третье место, пропустив на второе место Азию, а в конце 1990-х годов – на четвертое, пропустив на третье Латинскую Америку. С 2011 года удовлетворение потребности в планировании семьи за счет современной контрацепции в Океании стабилизировалось на уровне около 74%, а к 2030 году ожидается лишь незначительно повышение – до 75%.

В Азии и Латинской Америке степень удовлетворения потребности в планировании семьи стабилизировалась в последние годы на уровне около 80%, причем Латинская Америка выдвинулась на второе место (81,5% в 2016 году), несколько потеснив Азию (79,5%). По сравнению с 1970 годом значение показателя в Латинской Америке увеличилось в 2,2 раза (37% в 1970 году), а в Азии – в 1,8 раза (45,3%). В период до 2030 года возможно незначительное снижение показателя, но в целом ожидается их относительная стабилизация.

В Европе степень удовлетворения потребности в планировании семьи за счет современной контрацепции в начале 1970-х годов была ниже, чем в Латинской Америке (около 30%), и только

недавно (в середине 2000-х годов) она поднялась до уровня Океании и превысила его (75,4% в 2016 году). К 2030 году она, вероятно, превысит 78%.

В настоящее время все эти пять регионов отличаются сравнительно высокой и стабильной степенью удовлетворения потребности в планировании семьи за счет современной контрацепции.

Хуже обстоит дело в Африке, несмотря на устойчивый рост показателя. В 2016 году за счет современной контрацепции удовлетворялось лишь чуть более половины потребности в планировании семьи (54%). К 2030 году значение показателя может подняться до 63%, что в 5,8 раза превышает значение 1970 года (10,8%).

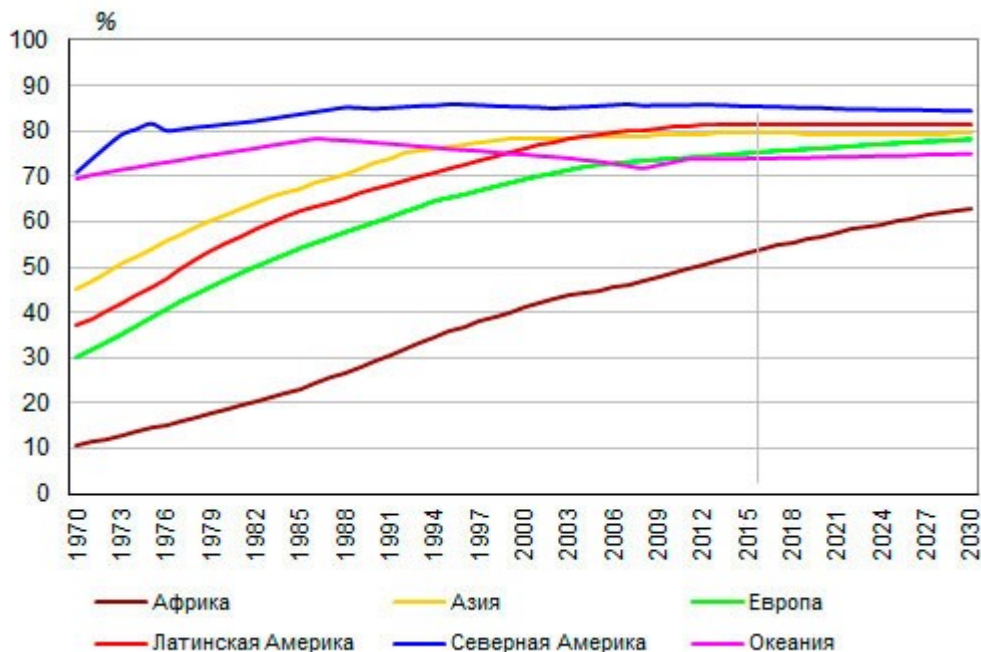


Рисунок 6. Удовлетворение потребности в планировании семьи за счет современных методов контрацепции, крупные географические регионы, 1970-2030 годы, соотношение распространенности контрацепции и общей потребности в планировании семьи, % (медианные оценки)

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016.

Неполное удовлетворение потребности в планировании семьи приводит к высокому числу искусственных абортов, в том числе небезопасных для здоровья женщины.

В 2010-2014 годах каждая четвертая беременность в мире заканчивалась искусственным абортom. Ежегодно производится более 56 миллионов абортов, из них 73% - у женщин, состоящих в браке[8].

За последние 20 лет коэффициент абортов в целом по миру снизился с 40 абортов в расчете на 1000 женщин в возрасте 15-44 года (с вероятностью 90% от 39 до 48) в 1990-1994 годы до 35 (33-44) в 2010-2014 годы. Значительное сокращение коэффициента абортов отмечалось в развитых странах: с 46 (41-59) до 27 (24-37). В развивающихся странах сокращение было незначительным: с 39 (37-47) до 37 (34-46)[9].

Число аборт в расчете на 1000 женщин репродуктивного возраста мало различается в странах, где они разрешены или строго запрещены. Производимый в строгом соответствии с медицинскими протоколами, аборт является относительно безопасной операцией. Однако в силу ряда причин - прямых запретов и ограничений, недоступности соответствующих услуг, общественного осуждения, нежелания поставщиков медико-санитарной помощи заниматься абортами из соображений совести; обязательных периодов ожидания и консультирования, необходимости разрешения третьей стороны, проведения бесполезных с медицинской точки зрения анализов, отодвигающих получение помощи на более поздний срок^[10], - многие женщины прибегают к небезопасному аборту, который производится в ненадлежащих условиях и неквалифицированно.

По оценкам ВОЗ, ежегодно производится около 22 миллионов небезопасных аборт, около 7 миллионов женщин проходят лечение от осложнений небезопасного аборта, не менее 22 тысяч женщин умирают от осложнений, связанных с абортом^[11]. Около 13% материнской смертности связаны с небезопасными абортами.

Повышение степени удовлетворения потребности в планировании семьи за счет современных методов контрацепции могло бы содействовать снижению этих потерь.

Число стран, в которых государство прямо поддерживает планирование семьи, возросло в 2015 году до 166

Растущая у населения потребность в планировании семьи и расширение практики его применения во всех регионах мира приводит к изменению отношения к различным аспектам планирования семьи со стороны общества и государства.

Помимо постоянного мониторинга, анализа и прогнозирования индикаторов планирования семьи, Отдел населения ООН ведет постоянный мониторинг правительственных оценок проблем, связанных с рождаемостью, планированием семьи и репродуктивным здоровьем, и политики, проводимой с целью их решения. Основой для него являются официальные правительственные ответы на запросы ООН по проблемам населения и развития (изменение численности и возрастной структуры населения, рождаемость и планирование семьи, здоровье и смертность, расселение и внутренняя миграция, международная миграция).

Начиная с 1963 года проведено 11 раундов таких опросов. Результаты опросов публикуются в специальных докладах (World Population Policies), содержащих обзоры правительственных оценок проблем населения и политики и анализ происходящих изменений. Сейчас они выпускаются, как правило, раз в два года.

Для мониторинга правительственных оценок проблем населения и политики, проводимой с целью их решения, создана и обновляется каждые два года специальная база данных Департамента ООН по экономическим и социальным вопросам^[12]. Источниками для нее служат:

1. официальные ответы на запросы ООН, направляемые в государственные подразделения, ведающие вопросами населения и социального развития;
2. официальные публикации, законодательные акты, программы и другие нормативно-правовые документы;
3. международные доклады и публикации (отчеты региональных и межправительственных комиссий, фондов, программ и т.д.);
4. неправительственные публикации (материалы печати, публикации в академических изданиях, отчеты и публикации исследовательских центров, экспертные оценки).

В настоящее время эта база данных позволяет получить информацию о политике в области населения и демографических индикаторах за одиннадцать отдельных раундов: 1976, 1986, 1996,

2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011, 2013 и 2015 годы. Число стран, по которым представлены сведения, увеличивалось от раунда к раунду. В 2013 и 2015 году данные представлены по 197 странам. Это 193 страны-члены ООН, две страны-наблюдатели (Святой Престол (Ватикан) и Государство Палестина) и две страны (территории), не являющиеся членами ООН (острова Кука и Ниуэ).

Для всех раундов имеется переменная, характеризующая степень поддержки государством услуг, связанных с планированием семьи. Прямая поддержка подразумевает, что такие услуги оказываются государственными учреждениями и организациями. Косвенная поддержка означает, что услуги планирования семьи не оказываются государственными учреждениями, но государство поддерживает частный сектор, включая неправительственные организации, в оказании таких услуг. Отсутствие государственной поддержки означает, что государство разрешает частному сектору предоставлять услуги, связанные с планированием семьи, но не оказывает никакой материальной поддержки. В некоторых странах государство может в рамках своей юрисдикции ограничивать или даже полностью запрещать реализацию программ планирования семьи или оказание услуг, связанных с ним.

Число стран, в которых имелись какие-либо ограничения или запрет на услуги планирования, уже в 1976 году было незначительным, а начиная с 2005 года ограничивалось только Ватиканом. В 1976 году ограничения на услуги планирования семьи существовали не только в Ватикане, но и в Аргентине, Габоне, Греции, Испании, Камбодже, Лаосе, Малави, Саудовской Аравии и Чаде. В 1986 году такие ограничения существовали в семи странах (Ватикане, Камбодже, Ираке, Ирландии, Лаосе, Румынии и Саудовской Аравии), в 1996 году – в 2 странах (Ватикане и Саудовской Аравии), а для четырех данные отсутствовали (Киргизия, Эритрея, Ниуэ, Палау).

Число стран, в которых государство оказывало прямую поддержку в оказании услуг планирования семьи, напротив, было значительным и быстро возрастало, увеличившись в 2015 году до 166, или 84% от общего числа стран, по которым представлены сведения (рис. 7). В 1976 году доля таких стран была почти на двадцать процентных пунктов ниже (63%).

Изменение числа стран, в которых государство оказывает косвенную поддержку в оказании услуг планирования семьи, было подвержено заметным колебаниям и составляло от 9% (в 1996 и 2015 годах) до 18% (в 2005 году). Однако в целом число стран, в которых государство оказывает ту или иную поддержку (прямую или косвенную) в оказании услуг планирования семьи возрастало, увеличившись со 112 в 1976 году до 184 в 2015 году (с 75% до 93%).

Одновременно снижалась доля стран, в которых государство не оказывает никакой поддержки в оказании услуг планирования семьи. Число таких стран снизилось с 28 в 1976 году до 18 в 1986 году. После увеличения до 26 стран в 1996 году оно устойчиво снижалось, опустившись до 12 стран в 2015 году. Их доля снизилась с 19% в 1976 году до 6% в 2015 году. В настоящее время государство не оказывает поддержки в оказании услуг планирования в Андорре, Германии, Иране, Ливии, Лихтенштейне, Монако, Польше, Сан-Марино, Саудовской Аравии, Словакии, Швейцарии и ОАЭ.

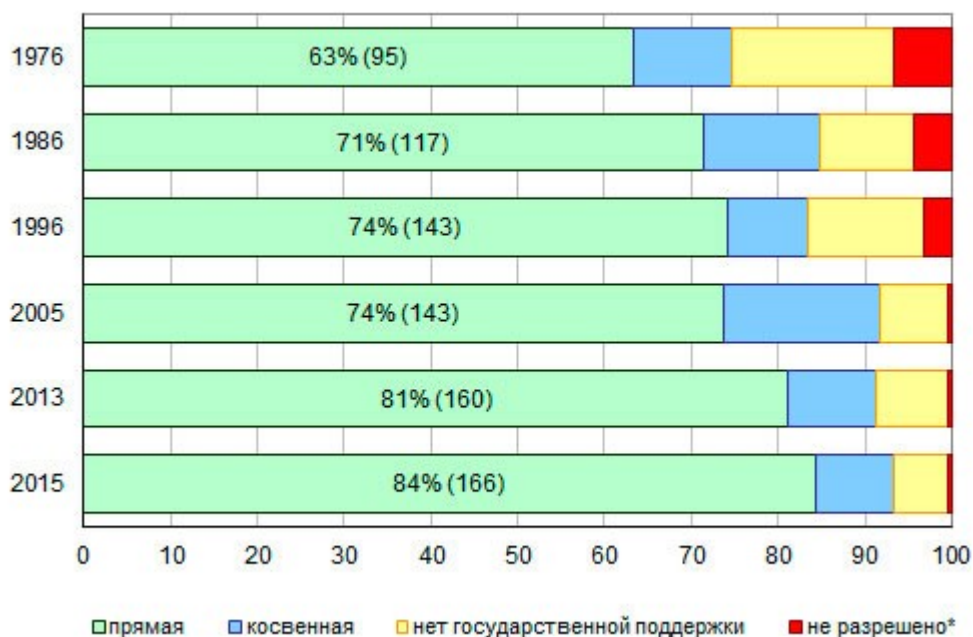


Рисунок 7. Государственная поддержка планирования семьи по данным обследований политики в области населения, % стран (в скобках приведено число стран)

** начиная с 2011 года (2011, 2013 и 2015 годы), ранее - ограничения или нет данных*

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Практически во всех развитых странах рождаемость снизилась до уровня, не обеспечивающего простого замещения поколений, уже не одно десятилетие остается на крайне низком уровне. Это вызывает серьезную озабоченность и побуждает правительства некоторых стран принимать меры, ограничивающие практику планирования семьи. Доля развитых стран, в которых государство оказывает прямую поддержку в оказании услуг планирования семьи, заметно снизилась в период, когда отмечались наиболее низкие показатели рождаемости. По данным за 2005 год, она составила всего 38% против 58% в 1996 году и 57% в 2015 году (рис. 8).

Среди развивающихся стран озабоченность вызывает, скорее, сохранение высокой рождаемости. Поэтому доля стран, в которых государство оказывает прямую поддержку в оказании услуг планирования семьи, заметно выше, и она устойчиво возрастает, увеличившись с 82% в 1996 году до 93% в 2015 году. Среди наименее развитых стран с наиболее высокой рождаемостью она достигла, по данным за 2015 год, 100%.

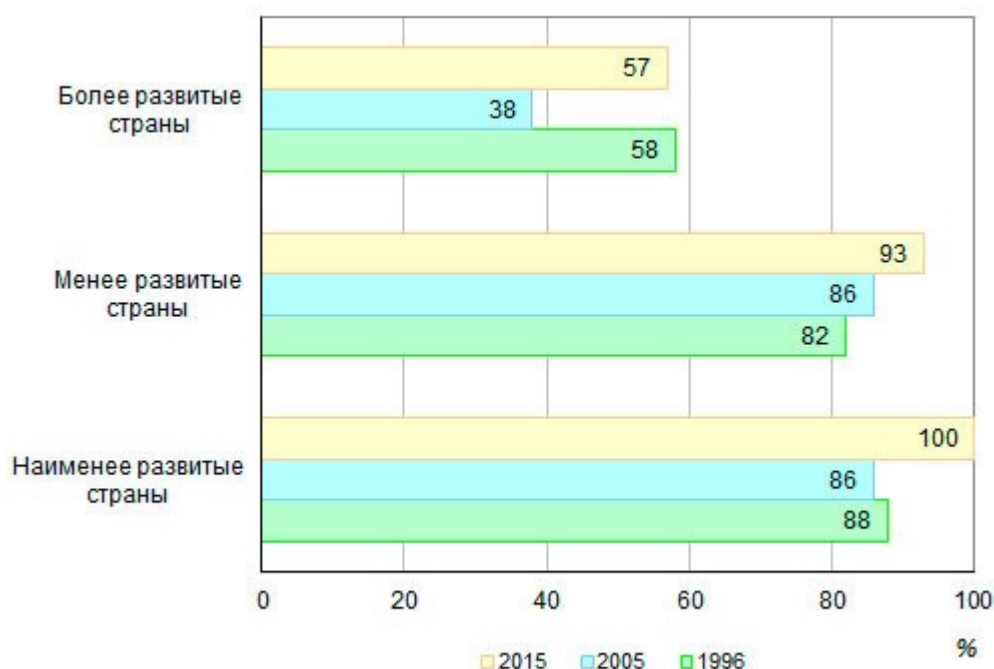


Рисунок 8. Прямая государственная поддержка планирования семьи по основным группам стран мира по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Данные раунда 2015 года о политике в области населения содержат новую переменную, которая показывает, ограничивает ли государство доступность услуг контрацепции по каким-либо основаниям, из которых выделены следующие:

1. минимальный возраст,
2. брачный статус,
3. необходимость разрешения родителей (для детей, не достигших определенного минимального возраста),
4. экстренная контрацепция^[13] (после незащищенного полового акта или неудачного применения контрацептивов),
5. стерилизация женщин,
6. стерилизация мужчин.

Насколько можно судить по имеющимся данным, никаких ограничений (из числа выделенных) нет в 151 стране, или в 77% от их общего числа. По 11 странам (6%) нет данных (Ангола, Антигуа и Барбуда, Катар, Кувейт, Ливия, Монако, ОАЭ, Сан-Марино, Саудовская Аравия, Сомали, Южный Судан).

Среди ограничений наиболее часто отмечается необходимость разрешения родителей для детей, не достигших определенного минимального возраста, - в 16 странах (8% от общего числа). Реже отмечаются ограничения минимального возраста и применения экстренной контрацепции (по 9

стран, или по 5% от их общего числа), стерилизация мужчин (8 стран, или 4%), стерилизация женщин или брачный статус (по 5 стран, или по 3% от общего числа стран).

Еще одна новая переменная, появившаяся в данных раунда 2015 года, касалась специальных мер политики, направленных на улучшение сексуального и репродуктивного здоровья подростков. В большинстве стран мира – в 145 из 197 (74%) – такие меры увязывают с обеспечением государством полового воспитания в рамках школьного образования. Примерно в половине стран их увязывают с расширением охвата средним образованием (108 стран, или 55%), повышением возраста вступления в брак или более строгим соблюдением этого ограничения (99 стран, или 55%). В основном речь идет о девочках в менее развитых регионах мира. В 17 странах (9%) такие меры не принимаются, 6 стран (3%) не представили данные.

В мире преобладает тенденция к либерализации искусственных абортов

Поскольку потребность в планировании семьи удовлетворяется не полностью или неэффективно, неизбежно встает вопрос об отношении к искусственным абортам – прерыванию беременности в результате преднамеренных действий (в отличие от спонтанных выкидышей). В Базе данных ООН о политике в области населения, начиная с раунда 1996 года, имеется переменная, характеризующая законные основания, по которым может быть произведен искусственный аборт. Сравнение значений этой переменной за неполные двадцать лет показывает, что в мире преобладает тенденция к либерализации искусственных абортов.

Число стран, в которых для производства искусственного аборта нет никаких законных оснований, крайне невелико (2-3%). В 2015 году их было пять: Ватикан, Мальта, Никарагуа, Сальвадор, Чили. В 1996 году в этом небольшом списке не было Никарагуа, но числилась Андорра, в 2005 году список состоял из четырех стран: Ватикана, Мальты, Сальвадора и Чили.

В подавляющем большинстве стран (97-98%) искусственное прерывание беременности разрешено, если речь идет о спасении жизни женщины. И эта доля мало изменялась за последние двадцать лет. Доля стран, в которых искусственный аборт разрешен по остальным основаниям, устойчиво возрастала (рис. 9). Доля стран, в которых искусственный аборт разрешен по всем перечисленным основаниям, включая желание женщины, увеличилась с 24% в 1996 году (47 стран) до 30% в 2015 году (59 стран).

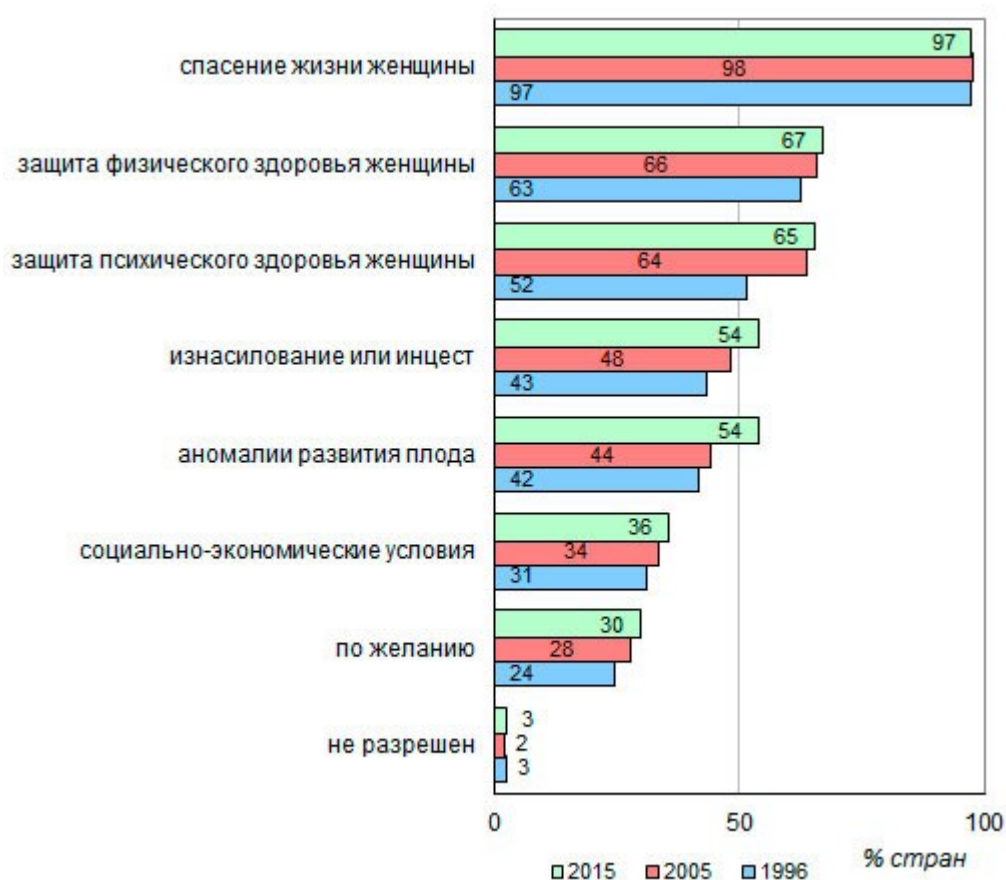


Рисунок 9. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах мира, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Если говорить о доле населения мира, проживающего в странах с разным законодательством в отношении искусственного аборта, картина будет несколько иной за счет либерального отношения к абортам в странах с многочисленным населением.

99% населения мира проживает в странах, где искусственный аборт возможен в определенных обстоятельствах, и только 1% там, где он полностью запрещен (рис. 10).

Более 40% населения мира проживает в странах, где искусственное прерывание беременности возможно по всем выделенным основаниям, включая желание женщины (в эту группу стран входит Китай), более 60% населения мира - в странах, где он законен по всем основаниям, кроме простого желания женщины (в эту группу стран входит Индия).

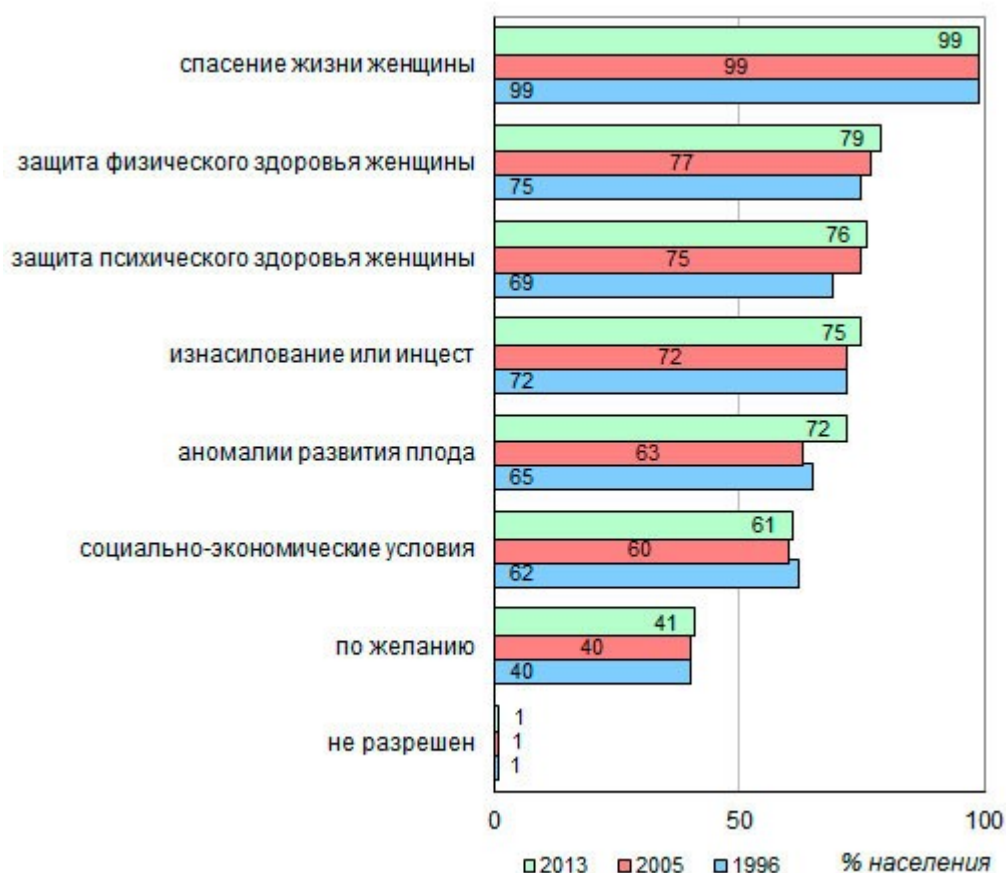


Рисунок 10. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах мира, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2013 годов, % населения мира

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

В развитых странах, уже давно совершивших переход к низкой рождаемости и массовому планированию семьи, отношение к искусственным абортам было достаточно либеральным уже в 1996 году. В развивающихся странах оно было в большей степени ограничительным (рис. 11).

Основным законным основанием для искусственного прерывания беременности являлось спасение жизни женщины, причем в менее развитых странах доля стран, в которых искусственный аборт допускался по этому основанию, была даже несколько выше, чем среди более развитых стран. Аборт был полностью запрещен в 3 из 48 развитых стран (Андорре, Ватикане и на Мальте) и в 2 из 144 развивающихся стран (Сальвадоре и Чили).

Другим наиболее весомым аргументом в пользу искусственного аборта могли служить соображения защиты физического здоровья женщины, которые признавались таковыми в 54% развивающихся стран (78) и в 88% развитых стран (42).

В 75% развитых стран (28) законными основаниями для производства искусства аборта признавались все выделенные, кроме желания женщины, в развивающихся странах – только в 17% стран (24).



Рисунок 11. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в более развитых и менее развитых странах мира, по данным обследования политики в области населения 1996 года, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Данные за 2015 год свидетельствуют о постепенной либерализации отношения к искусственным абортam в обеих группах стран при сохранении всех тех основных различий, которые отмечались по данным за 1996 год (рис. 12).



Рисунок 12. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в более развитых и менее развитых странах мира, по данным обследования политики в области населения 2015 года, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Чтобы лучше представить, как изменялось отношение государства к искусственным абортam, рассмотрим те же распределения стран за 1996, 2005 и 2015 годы по отдельным группам.

В группе развитых стран доля стран, в которых искусственный аборт разрешен по тем или иным основаниям, увеличилась по всем основаниям, кроме защиты физического здоровья женщины. По этому основанию искусственное прерывание беременности было разрешено в течение всего рассматриваемого периода в 88% развитых стран (рис. 13).

Полностью запрещен искусственный аборт, как уже говорилось выше, в Ватикане и на Мальте. Только спасение жизни женщины рассматривается в качестве законного основания для аборта в Андорре, Ирландии и Сан-Марино, только спасение жизни женщины, защита ее физического и психического здоровья – в Лихтенштейне.

Доля развитых стран, в которых искусственный аборт разрешен по всем выделенным основаниям, включая желание женщины, возросла с 58% в 1996 году (28 стран) до 71% в 2015 году (35 стран).

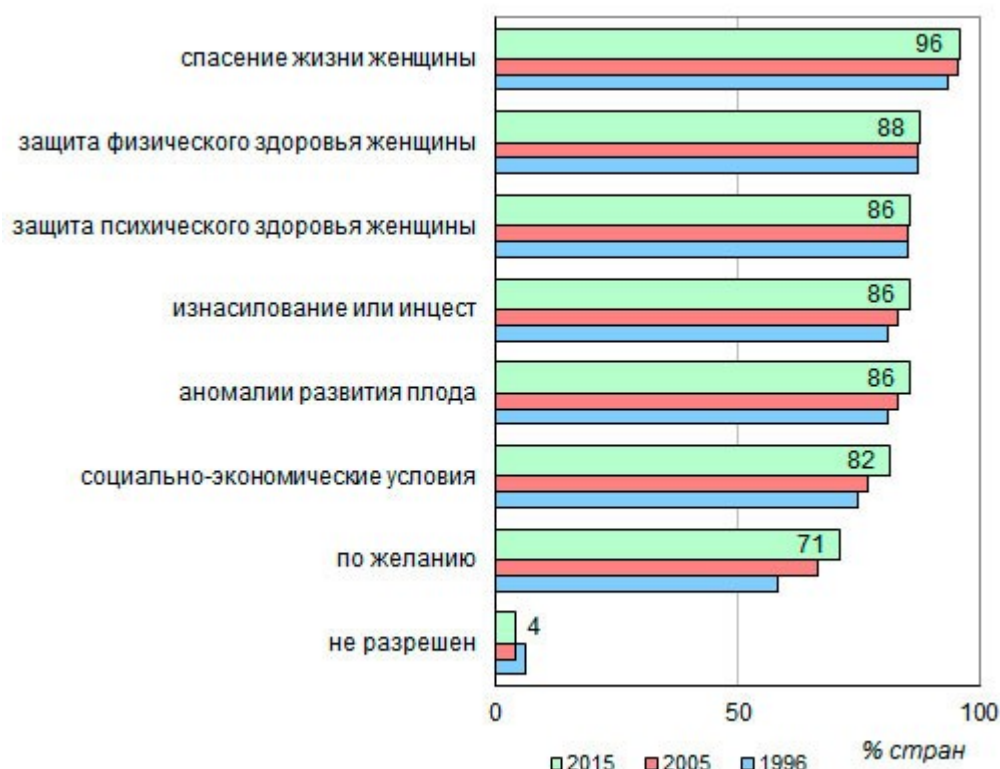


Рисунок 13. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в более развитых странах мира, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

В группе развивающихся стран без наименее развитых стран незначительно увеличилось число стран, в которых искусственный аборт не имеет никаких законных оснований — с 2% до 3% (к Сальвадору и Чили присоединилась Никарагуа). Соответственно с 98% до 97% снизилась доля стран, в которых искусственное прерывание беременности разрешено только в целях спасения жизни женщины (рис. 14).

Доля стран, в которых искусственный аборт разрешен по всем остальным основаниям, увеличивалась. Небольшое исключение составляет доля стран, в которых аборт разрешен при аномалии развития плода. Она снизилась с 38% в 1996 году (36 из 95 стран) до 36% в 2005 году (35 из 96 стран), но в 2015 году она поднялась до 49% (49 из 100 стран).

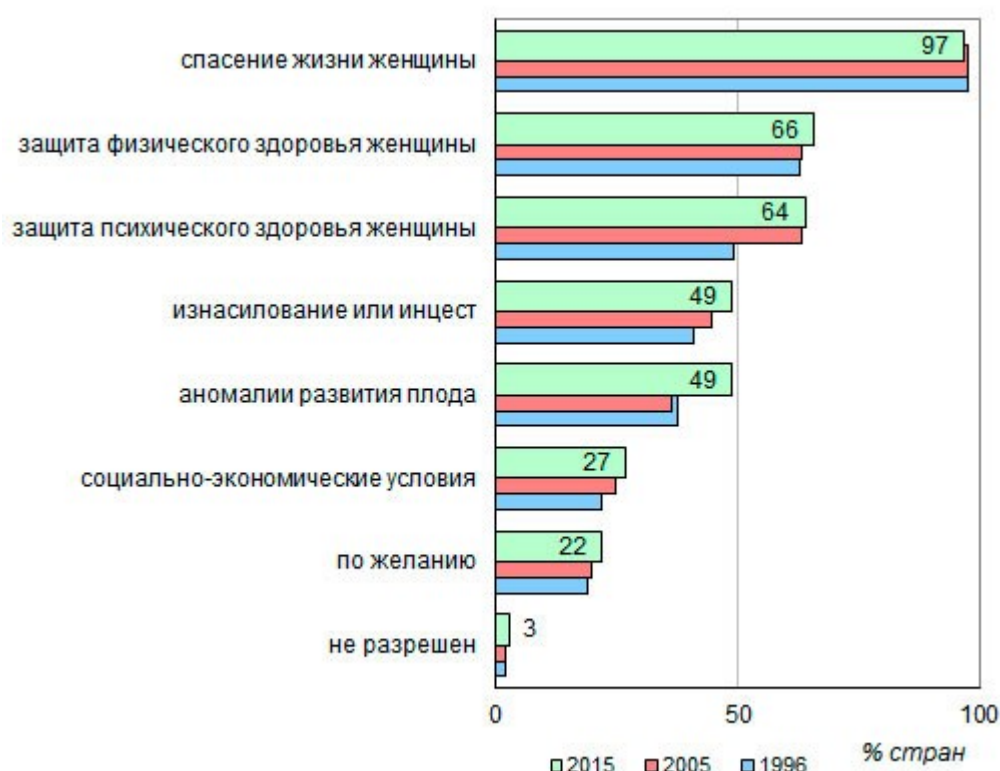


Рисунок 14. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в менее развитых странах мира (без наименее развитых), по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

В группе наименее развитых стран мира нет ни одной, в которой бы искусственный аборт был запрещен полностью, однако желание женщины и социально-экономические условия мало где рассматриваются в качестве законных оснований для искусственного прерывания беременности (рис. 15). В 2015 году все основания, включая желание женщины, были законными для искусственного аборта в Камбодже и Непале, а в Замбии - все, кроме желания женщины, изнасилования или инцеста.

Менее чем в половине стран этой группы законными основаниями для искусственного аборта служат соображения защиты здоровья жизни женщины, менее чем в трети – изнасилование, инцест и аномалии развития плода. Отчасти такая ограничительная политика в отношении искусственных абортов обусловлена низким уровнем развития системы здравоохранения и медицинского просвещения.

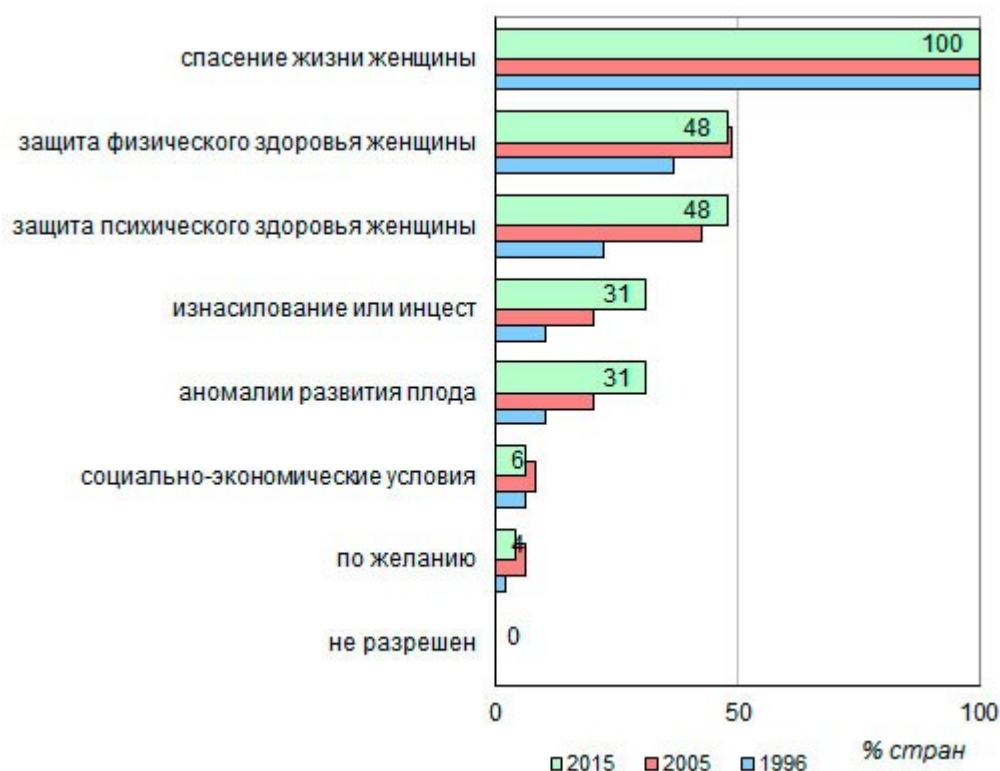


Рисунок 15. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в наименее развитых странах мира, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Более детальные различия между группами стран можно проследить по крупным географическим регионам.

В Африке нет ни одной страны, где искусственный аборт был бы полностью запрещен. Спасение жизни женщины являлось весомым аргументом в пользу искусственного прерывания беременности во всех странах континента во все три периода наблюдения (рис. 16). Защита физического и психического здоровья женщины только в последнее время рассматривается в качестве законного основания для искусственного аборта более, чем в 60% африканских стран. В 1996 году эти основания позволяли искусственно прерывать беременность менее, чем в половине стран: защита физического здоровья – в 47% стран, защита психического здоровья – в 30% стран.

За 1996-2015 годы заметно возросло число африканских стран, в которых искусственный аборт разрешен в случае изнасилования, инцеста или выявленных аномалий развития плода. Социально-экономические условия и желание женщины рассматриваются в качестве законных оснований для искусственного прерывания беременности лишь в небольшом числе африканских стран. Все выделенные основания, включая желание женщины, являются законными, по данным 2015 года, в Кабо-Верде, Тунисе и Южной Африке, все, кроме желания женщины, изнасилования и инцеста, как уже отмечалось выше, – в Замбии.

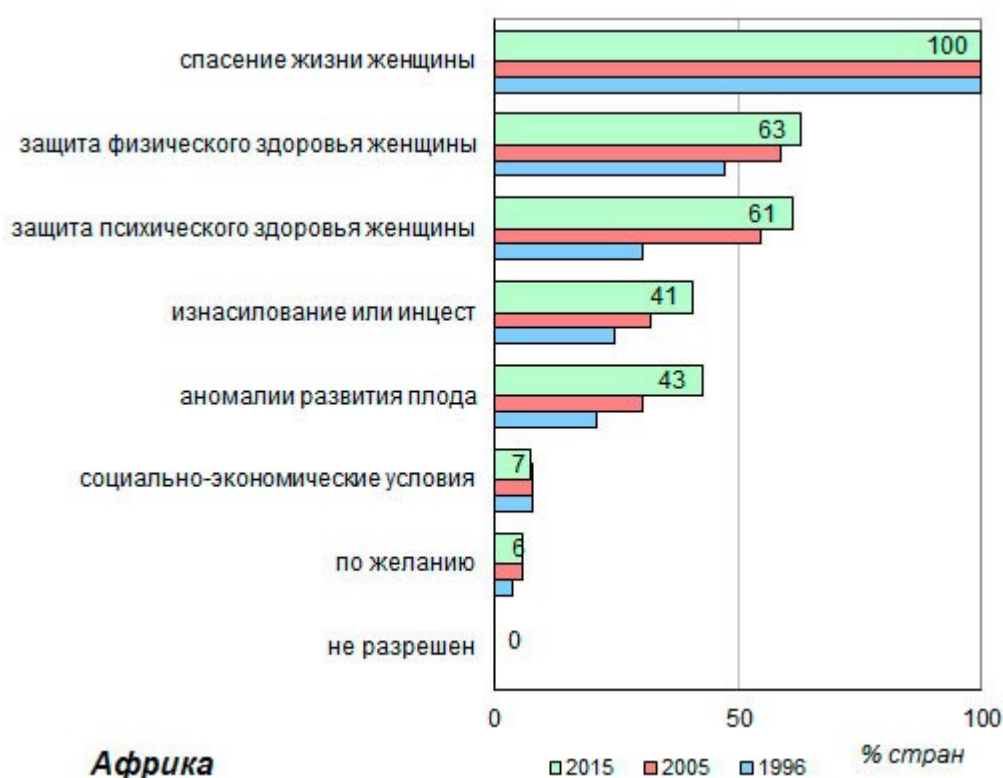


Рисунок 16. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах Африки, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

В Азии также нет ни одной страны, в которой бы искусственное прерывание беременности было полностью запрещено. Спасение жизни женщины является несомненным приоритетом для всех азиатских стран (рис. 17). Защита здоровья женщины является менее весомым аргументом, но доля стран, в которых она рассматривается в качестве законного основания для искусственного аборта, постепенно увеличивается. Однако в 2015 году отмечалось небольшое сокращение доли стран, в которых защита физического здоровья женщины является законным основанием для аборта, - 65% (31 из 48 стран) против 67% в 2005 году (31 из 46 стран).

За счет увеличения общего числа стран также несколько снизилась по сравнению с 2005 годом доля с самым либеральным отношением к абортам. Число азиатских стран, в которых аборт разрешен по всем основаниям, в том числе по желанию женщины, осталось таким же, как и в 2005 году (17), но их доля снизилась с 37% до 35%.

Так же не изменилось число стран, в которых аборт разрешен по всем основаниям, кроме желания женщины (19), но их доля снизилась с 41% до 40%.

Но в целом значения этих показателей заметно выше, чем в 1996 году.



Рисунок 17. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах Азии, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

Для европейских стран характерно более либеральное отношение к абортam. Доля стран, в которых искусственный аборт разрешен, увеличилась в Европе по всем основаниям. В то же время для региона в целом характерна относительно высокая доля стран, в которых искусственное прерывание беременности запрещено полностью (рис. 18). Как уже говорилось выше, число этих небольших стран сократилось с 3 в 1996 году до 2 в 2015 году.

Число стран, в которых аборт разрешен по всем выделенным основаниям, включая желание женщины, увеличилось с 26 в 1996 году (60%) до 32 в 2015 году (73%), по всем основаниям, кроме желания женщины, - с 32 (74%) до 36 (82%). Помимо Ватикана и Мальты, где аборт полностью запрещен, желание женщины не может служить законным основанием для искусственного аборта в Андорре, Ирландии, Сан-Марино (единственным законным основанием в этих странах является спасение жизни женщины), а также в Великобритании, Исландии, Лихтенштейне, Люксембурге, Монако, Польше и Финляндии.

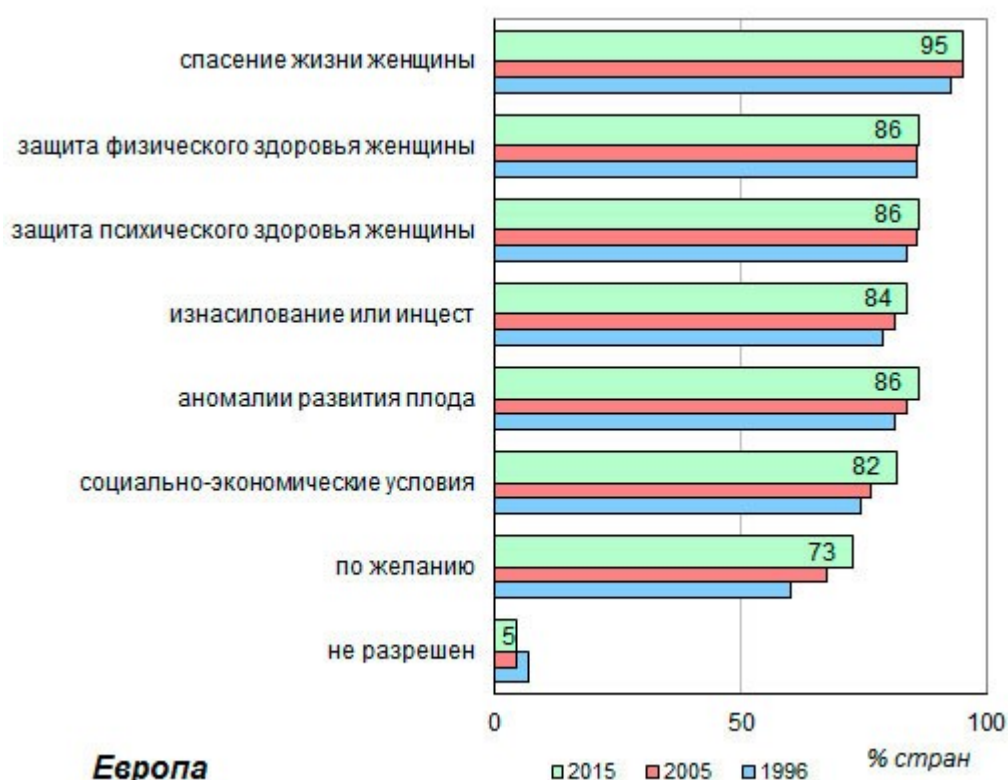


Рисунок 18. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах Европы, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

В регионе Латинской Америки и Карибского бассейна также имеются страны, в которых искусственный аборт законодательно не допускается ни при каких обстоятельствах. В 1996 и 2005 годах таких стран было две (6% от 33 стран), в 2015 году – 3 (9%)^[14]. Таким образом, доля стран, в которых искусственное прерывание беременности допускается в целях спасения жизни женщины, снизилось с 94% до 91%.

Абсолютное и относительное число стран, в которых аборт разрешен по остальным основаниям, существенно ниже, но за последние двадцать лет оно в основном увеличивалось. Определенное исключение составляло число стран, в которых искусственное прерывание беременности разрешалось при выявлении аномалий развития плода. В 1996 году насчитывалось 6 таких стран (18%), в 2005 году оно снизилось до 5 стран (15%), а в 2015 году возросло до 10 стран (30%).

Защита физического здоровья женщины являлась законным основанием для прерывания беременности в 17 латиноамериканских стран в 1996 и 2005 году (52%), в 2015 году их число возросло до 19 (58%). Число стран, в которых искусственный аборт разрешен в целях защиты психического здоровья женщины, увеличилось с 11 (33%) в 1996 году до 18 (55%) в 2005 и 2015 годах.

Наиболее либеральным отношением к искусственному прерыванию беременности отличаются четыре страны региона: Гайана, Куба, Мексика и Уругвай, где оно разрешено по всем выделенным основаниям, включая желание женщины.

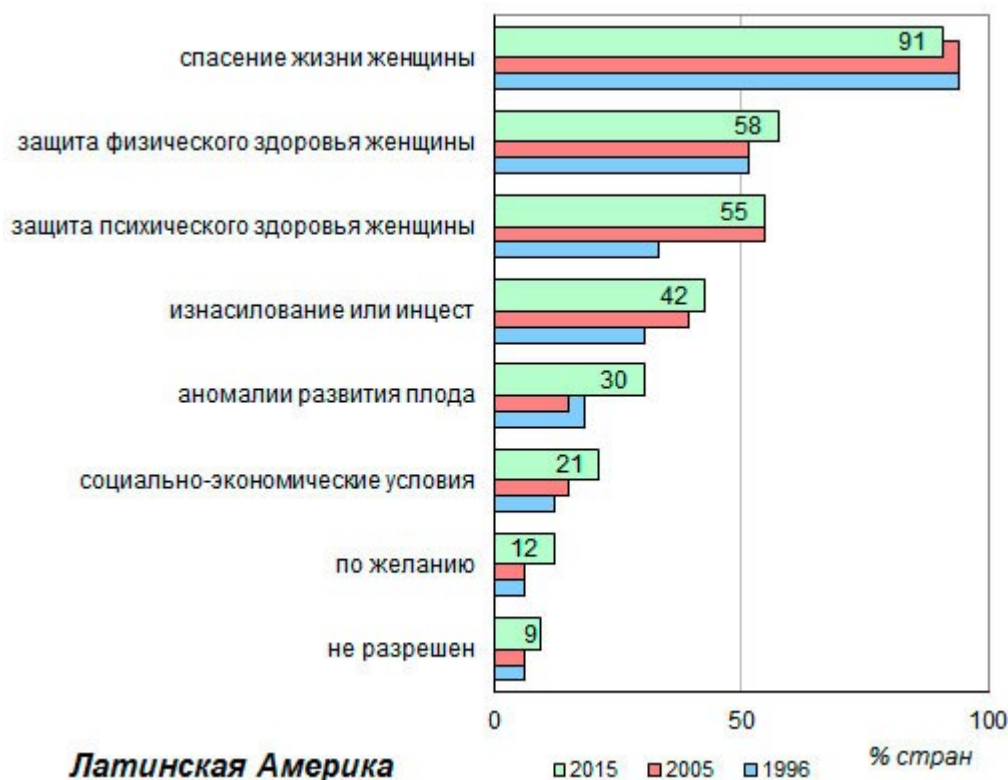


Рисунок 19. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах Латинской Америки и Карибского бассейна, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx.

В обеих странах Северной Америки – Канаде и США – искусственное прерывание беременности в рассматриваемый период 1996-2015 годов было разрешено по всем выделенным основаниям, включая желание женщины.

Во всех странах Океании искусственный аборт разрешен в целях спасения жизни женщины (рис. 20). Защита здоровья женщины является законным основанием для искусственного прерывания беременности только в половине стран региона (8 из 16), причем она несколько сократилась по сравнению с 2005 и 1996 годом.

Наиболее либеральное отношение к искусственным абортам – в Австралии, где они разрешены по всем выделенным основаниям, включая желание женщины. На Фиджи искусственное прерывание беременности разрешено по всем основаниям, кроме простого желания женщины, в Новой Зеландии – по всем, кроме желания женщины и социально-экономических условий.

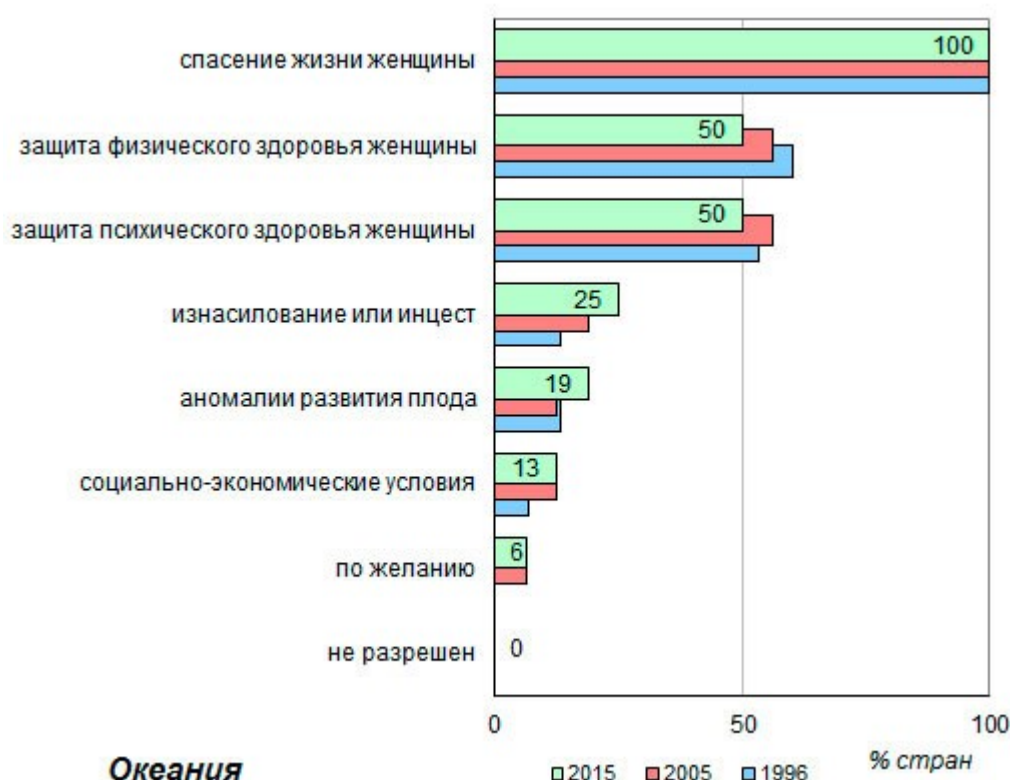


Рисунок 20. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах Океании, по данным обследований политики в области населения 1996, 2005 и 2015 годов, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. P. 16.

Ограничительная политика в отношении абортов сопровождается высоким числом небезопасных абортов и более высокой материнской смертностью

Ограничительная политика в отношении абортов сопровождается высоким числом небезопасных абортов и более высокой материнской смертностью. Аборт считается небезопасным, когда прерывание беременности совершается лицом, не имеющим соответствующей квалификации и подготовки, или в условиях, которые не соответствуют минимальным медицинским требованиям. Прерывание беременности в рамках законности и в строгом соответствии с рекомендуемыми медицинскими протоколами, включающими своевременную помощь при осложнениях и контрацепцию после аборта^[15], считается относительно безопасным.

Обеспечение доступности безопасного аборта является важным направлением сохранения репродуктивного здоровья женщин. По данным за 2012 год, в 87 из 145 стран (60%), представивших сведения, в предшествующие пять лет были предприняты конкретные меры для повышения доступности услуг по искусственному прерыванию беременности в рамках закона (рис. 21). Доля стран, в которых такие меры были реализованы, примерно одинакова в группах развитых (61%) и развивающихся (60%) стран, но в группе наименее развитых стран мира была заметно ниже (48%).

Среди географических регионов наиболее высокой долей стран, в которых были предприняты меры для повышения доступности безопасного аборта, выделяются Азия (72%) и Латинская Америка (66%). Ниже всего она оказалась в Океании (43%), Африке (53%) и Европе (56%).

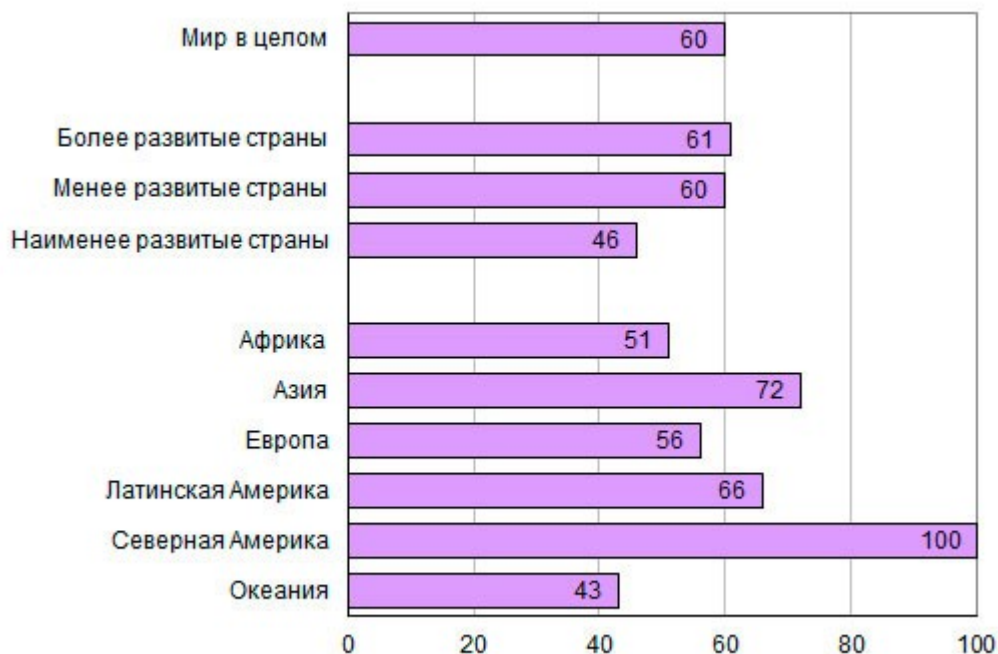


Рисунок 21. Доля стран, в которых за предшествующие пять лет были предприняты конкретные меры для повышения доступности безопасного аборта, 2012 год, %

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. P.8.

Ограничительная политика в отношении абортс сопровождается высоким числом небезопасных абортс. В Базе данных ООН о политике в области населения в 2015 году появилась переменная, характеризующая остроту проблемы и озабоченности правительства небезопасными абортс в стране. В 83 из 197 стран (42%) небезопасные абортс вызывают высокую озабоченность государства, в 7 (4%) – незначительную, еще в 17 странах (9%) не вызывают никакой тревоги, а 7 странах (4%) официальной позиции нет. Для значительного числа стран (83) информации по этому вопросу нет.

Если выделить страны с высокой озабоченностью, а все остальные считать странами с невысокой озабоченностью небезопасными абортс, можно сравнить политику по отношению к искусственным абортс в обеих группах. В странах с высокой озабоченностью небезопасными абортс гораздо меньше стран, в которых искусственное прерывание беременности разрешено по разным основаниям (рис. 22). Спасение жизни женщин является несомненным приоритетом в обеих группах стран: оно является законным основанием для абортс в 98% стран с высокой озабоченностью небезопасными абортс и в 97% остальных стран. По всем остальным основаниям доля стран, признающих их законными, выше во второй группе. Особенно существенны различия по доле стран, в которых искусственное прерывание беременности разрешено по социально-экономическим причинам (44% против 24%) или желанию женщины (37% против 20%).

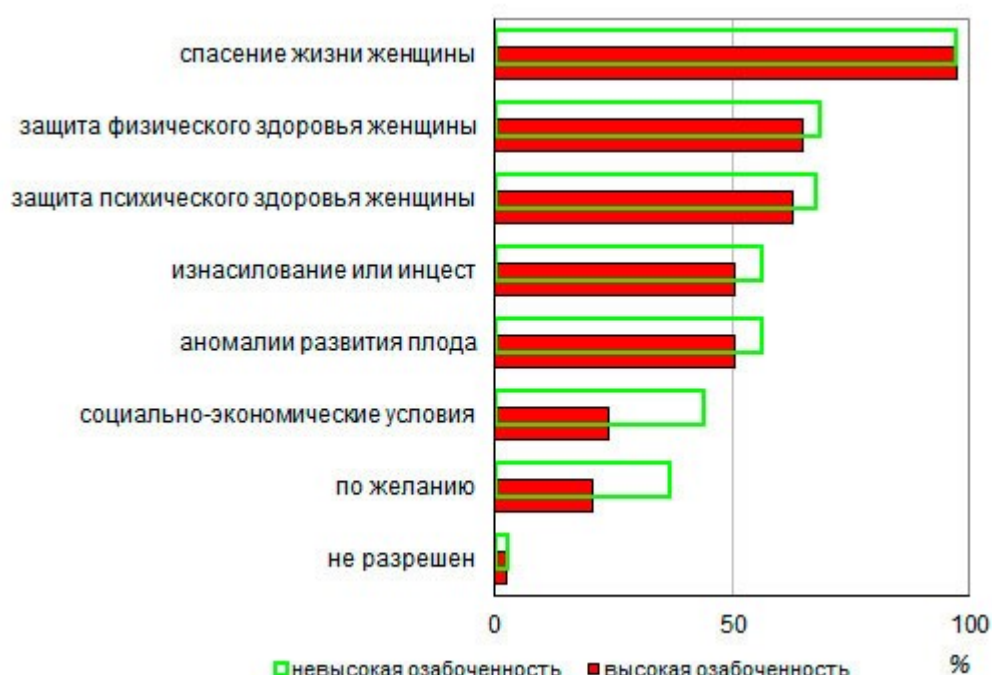


Рисунок 22. Основания, по которым аборт законодательно разрешен в странах с разной степенью озабоченности числом небезопасных абортов, по данным обследования политики в области населения 2015 года, % стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

Страны, в которых искусственное прерывание беременности разрешено по социально-экономическим причинам и желанию женщины, можно считать странами с либеральной политикой в отношении абортов, а все остальные – странами с ограничительной политикой.

По оценкам за 2013 год, в странах с либеральной политикой в отношении искусственных абортов рождаемость заметно ниже, чем в странах с ограничительной политикой - коэффициент суммарной рождаемости ниже в 1,6 раза ? 1,97 против 3,22 ребенка на женщину. Но в них также почти вдвое ниже рождаемость в подростковой группе - 24 против 69 родившихся на 1000 женщин 15-19 лет (рис. 23). Известно, что слишком ранние беременности сопряжены с повышенными рисками для здоровья и матери, и ребенка, и поэтому снижение подростковой рождаемости признано мировым сообществом важным приоритетом социально-экономического развития.

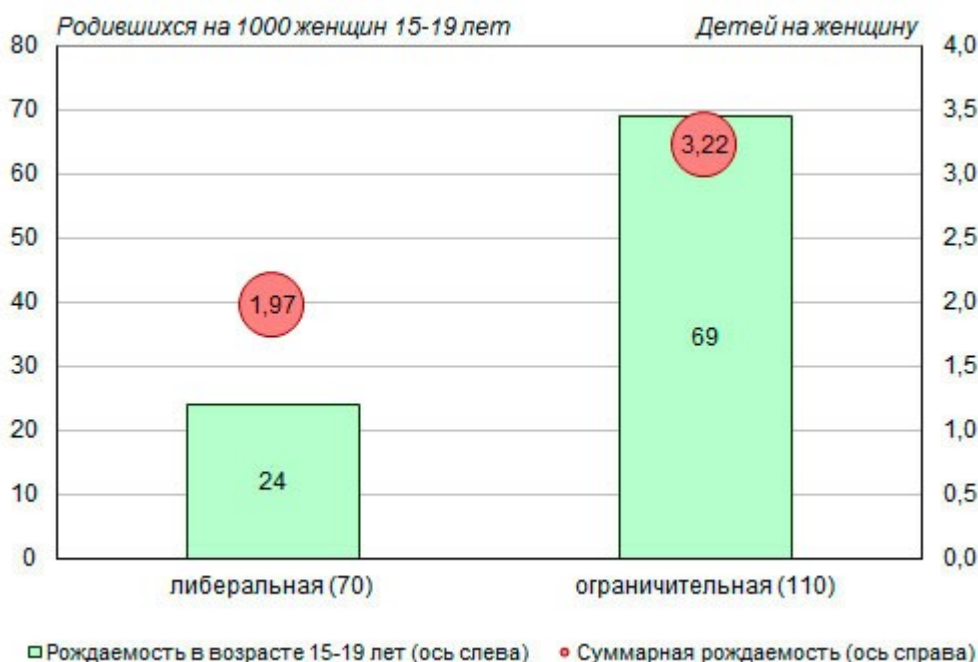


Рисунок 23. Некоторые характеристики рождаемости в странах с либеральной и ограничительной политикой в отношении абортов*, по данным обследования политики в области населения 2013 года и перспективных расчетов населения мира пересмотра 2012 года

* на рис. 23-25 в скобках указано число стран

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. P.14.

Число небезопасных абортов в странах с ограничительной политикой по отношению к искусственным абортam в несколько раз выше, чем в странах с либеральной политикой. По оценкам за 2011 год, в странах с либеральной политикой число небезопасных абортов на 1000 женщин в возрасте от 15 до 44 лет составляло 6,1, а в странах с ограничительной политикой – 26,7 (рис. 24).

В развивающихся странах, где производится подавляющая часть небезопасных абортов, различия между странами с либеральной и ограничительной политикой особенно значительны. Среди стран с ограничительной политикой число абортов на 1000 женщин 15-44 лет составляет 26,9, а среди развивающихся стран с либеральной политикой – 7,8.

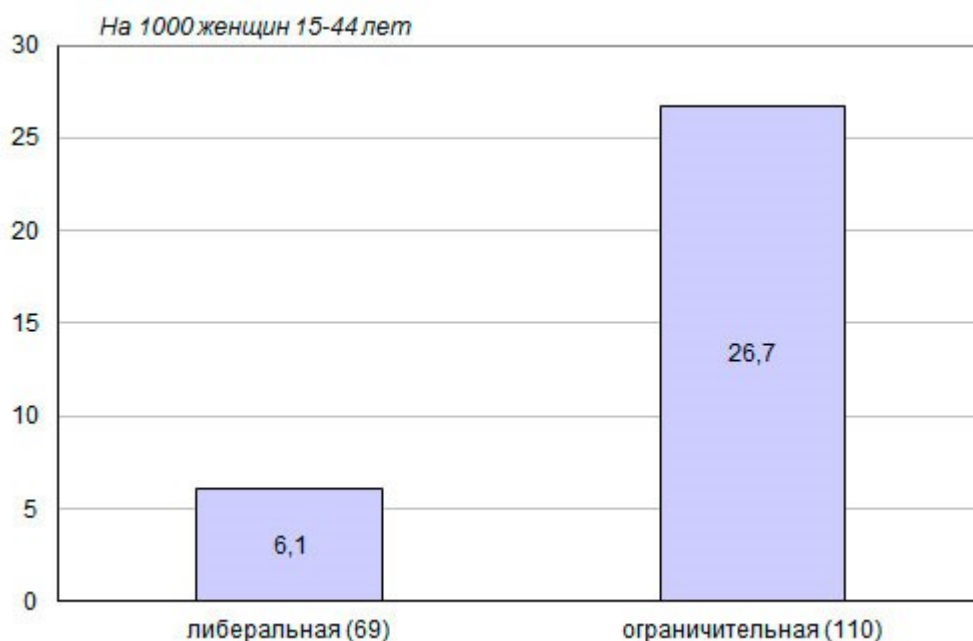


Рисунок 24. Число небезопасных абортов в странах с либеральной и ограничительной политикой в отношении абортов, по данным обследования политики в области населения 2011 года и оценкам ВОЗ, на 1000 женщин в возрасте 15-44 года

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World. P.15.

Высокое число небезопасных абортов напрямую связано с более высокой материнской смертностью. В странах с ограничительной политикой в отношении искусственных абортов материнская смертность втрое выше, чем в странах с либеральной политикой. По оценкам за 2013 год, она составила в странах с ограничительной политикой 223 смерти по причинам материнской смертности на 100 тысяч родившихся живыми против 77 в странах с либеральной политикой в отношении искусственных абортов (рис. 25).

В развивающихся странах она составила 227 на 100 тысяч родившихся живыми в странах с ограничительной политикой и 97 в странах с либеральной политикой по отношению к абортам.

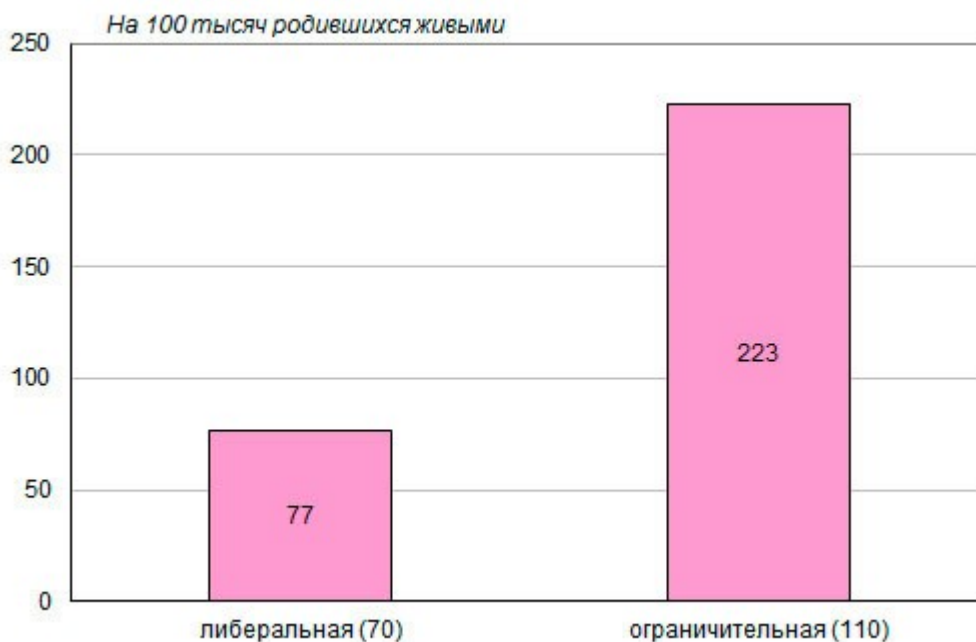


Рисунок 25. Материнская смертность в странах с либеральной и ограничительной политикой в отношении аборт, по данным обследования политики в области населения 2013 года и оценкам ВОЗ, на 1000 женщин в возрасте 15-44 лет

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

Источники:

Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations,

World Contraceptive Use 2016 - <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2016.shtml> ;

Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016 – http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml ;

World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

Abortion Policies and Reproductive Health around the World - <http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/policy/abortionPoliciesAndReproductiveHealth.shtml>

Всемирная организация здравоохранения

Планирование семьи / Информационный бюллетень N°351. Май 2015 г. - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs351/ru>

Preventing unsafe abortion / Fact sheet. Updated May 2016 -
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/>

Небезопасный аборт / Информационный бюллетень No.388. Июль 2015 г. -
<http://who.int/mediacentre/factsheets/fs388/ru/>

- [1] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Prospects: The 2015 Revision, DVD Edition. POP/DB/WPP/Rev.2015/FERT/F04.
- [2] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Fertility Patterns 2015. Data Booklet (ST/ESA/ SER.A/370). P. 15.
- [3] World Contraceptive Use 2016 (POP/DB/CP/Rev2016). -
<http://www.un.org/en/development/desa/population/publications/dataset/contraception/wcu2016.shtml>
- [4] United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2016). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2016. New York: United Nations. -
www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml.
- [5] К современным методам контрацепции относят стерилизацию (женскую и мужскую), оральную контрацепцию (гормональные таблетки), внутриматочные средства, мужские и женские презервативы, инъекции, имплантаты, вагинальные барьерные методы и неотложную контрацепцию. К традиционным методам относят календарный метод (метод ритма или периодическое воздержание), прерванное половое сношение, длительное воздержание, спринцевание, метод лактационной аменореи и народные методы.
- [6] Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015. -
www.un.org/en/development/desa/population/theme/family-planning/cp_model.shtml
- [7] В публикациях ООН понятия "более развитые страны" (развитые страны) и "менее развитые страны" (развивающиеся страны) используются для статистических целей и не всегда отражают оценку уровня, достигнутого той или иной страной в процессе развития начиная с 1960-х годов, когда появились эти термины, а различия между этими группами стран были более четкими. В ряде случаев термин "страна" относится к отдельной территории или району страны. К развитым странам относят все страны и территории Европы (включая Российскую Федерацию, большая часть территории которой расположена в Азии) и Северной Америки, а также Австралию, Новую Зеландию и Японию, а к развивающимся – все регионы Азии (кроме Японии), Африки, Латинской Америки и Карибского бассейна, Меланезии, Микронезии и Полинезии. Среди менее развитых (развивающихся) н выделяют 48 наименее развитых стран, из которых 34 расположены в Африке (Ангола, Бенин, Буркина-Фасо, Бурунди, Гамбия, Гвинея, Гвинея-Бисау, Демократическая Республика Конго, Джибути, Замбия, Коморские острова, Лесото, Либерия, Мавритания, Мадагаскар, Малави, Мали, Мозамбик, Нигер, Руанда, Сан-Томе и Принсипи, Сенегал, Сомали, Судан, Сьерра-Леоне, Танзания, Того, Уганда, Центрально-Африканская Республика, Чад, Экваториальная Гвинея, Эритрея, Эфиопия, Южный Судан), 9 в Азии (Афганистан, Бангладеш, Бутан, Йемен, Камбоджа, Лаос, Мьянма, Непал, Тимор-Лесте), 4 в Океании (Вануату, Кирибати, Соломоновы острова, Тувалу) и 1 в Латинской Америке (Гаити).
- [8] Abortion rates drop in more developed regions but fail to improve in developing regions. -
<http://www.who.int/reproductivehealth/news/abortion-rates/en/> (дата обращения: 18.05.2016)
- [9] Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends. -
<http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2816%2930380-4/abstract> (дата обращения: 18.05.2016).
- [10] World Health Organization. Preventing unsafe abortion /Fact sheet. Updated May 2016. -
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs388/en/> (дата обращения: 20.05.2016)

- [11] World Health Organization and Guttmacher Institute. Key facts on induced abortion worldwide. <http://www.who.int/reproductivehealth/news/440KeyAbortionFactsFinal.pdf?ua=1> (дата обращения: 05.12.2016)
- [12] United Nations, World Population Policies Database. http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx
- [13] Emergency contraception /Fact sheet. February 2016 - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/en/> ; Экстренная контрацепция /Информационный бюллетень №244. Июль 2012 года. - <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs244/ru/>
- [14] По данным раунда 2013 года их было четыре: помимо Никарагуа, Сальвадора и Чили в эту группу входила Доминиканская Республика.
- [15] См., например, рекомендации ВОЗ: World Health Organization (2015). Health worker roles in providing safe abortion care and post abortion contraception. - www.who.int/reproductivehealth