

DOI: 10.31857/S086919080016080-5

СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОБЛЕМЫ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ
В ТРОПИЧЕСКОЙ АФРИКЕ

© 2021

И.Г. РЫБАЛКИНА ^а^а – Институт Африки РАН, Москва, Россия;
ORCID: 0000-0003-2590-4084; i.rybalkina@inafr.ru

Резюме: Статья посвящена теме большой значимости, что отразилось в важнейших международных документах ООН – Целях развития тысячелетия 2001 г. и Целях устойчивого развития 2015 г. Исследуются трудности реализации программ планирования семьи в странах Тропической Африки, отношение правящих кругов и народных масс к данной проблеме на фоне многовековых традиций многодетности, полигинии, глубокой религиозности и множества других социокультурных стереотипов. Несмотря на усилия финансовых доноров, международных организаций и фондов, в большинстве из 48 государств Африки южнее Сахары распространение средств контрацепции происходит замедленными темпами, рождаемость в ряде стран «застыла» на высоких показателях, в иных снижение уровня фертильности происходит низкими темпами.

Но на континенте имеются и позитивные примеры, когда употребление контрацепции достигает рекомендованных международными экспертами-демографами 70%, а рождаемость постоянно снижается, приближаясь к заместительному уровню. Это Эфиопия, Руанда, Мадагаскар, Гана, Кения, страны южноафриканского региона. Вероятно, успехи реализации курса на планирование семьи и сокращение рождаемости объясняются прежде всего консолидированным подходом к данной сложной проблеме правительственных кругов совместно с НПО, частными, общественными и международными организациями при решающей роли международных доноров и финансовых фондов. Для изменения общественного мнения в странах Тропической Африки в пользу снижения рождаемости было активно задействовано множество каналов СМИ, агитационных, информационных, медицинских программ и пр.

В процессе эволюционного социально-экономического развития показатели фертильности будут снижаться. Но в ближайшие несколько десятилетий еще будет наблюдаться увеличение численности населения ряда стран АЮС не только в два, но и в три раза. Без зарубежной финансовой помощи народам, прежде всего Центральной и Западной Африки, не справиться с данной проблемой. Запад будет оказывать им всемерную поддержку в попытках предотвратить количественное увеличение глобальных миграционных потоков.

Ключевые слова: Африка южнее Сахары, нормы многодетности, планирование семьи, фертильность, традиционализм, снижение рождаемости.

Для цитирования: Рыбалкина И.Г. Социальные особенности проблемы планирования семьи в Тропической Африке. *Восток (Oriens)*. 2021. № 4. С. 161–172. DOI: 10.31857/S086919080016080-5

SOCIAL PECULIARITIES OF THE FAMILY PLANNING PROBLEM
IN TROPICAL AFRICA

© 2021

Inna G. RYBALKINA ^a

^a – Institute for African Studies, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russia
ORCID: 0000-0003-2590-4084; i.rybalkina@inafr.ru

Abstract: *The subject is reflected in the important international documents of the UN – the Millennium development Goals 2001 and the Sustainable development Goals 2015. The article examines implementing family planning programs in Tropical Africa, analyzes the attitude of ruling circles and people masses to this problem in the context of centuries-old traditions of having many children, great value of free child labor in agriculture, polygyny, religiosity and other socio-cultural stereotypes. Despite the efforts of international organizations, most of the 48 countries in sub-Saharan Africa are experiencing a slow spread of contraception, the birth rate is “stalling” at high rates, or the decline in fertility is slow.*

But there are some positive examples of countries, where the use of contraception reaches the 70% level recommended by international experts-demographers, and the birth rate is decreasing, approaching the replacement level. These countries are Ethiopia, Rwanda, Madagascar, Ghana, Kenya, and the countries of the South African region. It is likely that the success of family planning and the reduction of the birth rate are due to the consolidated approach of government circles, NGOs, private, public and international organizations, with the crucial role of international donors and financial funds.

In the course of evolutionary socio-economic development, fertility rates will decrease. But in the next decades, there will still be an increase in the population of a number of SSA countries by 2–3 times. Without substantial foreign financial assistance peoples of Africa, especially the peoples of Central and West Africa, will not be able to cope with this problem.

Keywords: Sub-Saharan Africa, norms of large families, traditionalism, family planning, fertility, declining birth rate.

For citation: Inna G. Rybalkina I.G. Social Peculiarities of the Family Planning Problem in Tropical Africa. *Vostok (Oriens)*. 2021. No. 4. Pp. 161–172. DOI: 10.31857/S086919080016080-5

Еще в середине XX в. выдающийся политический деятель Джавахарлал Неру подчеркивал, что существовавшие высокие темпы роста населения опрокидывают все планы социально-экономического развития страны [Nehru, 1946], и задача планирования семьи была выделена как важная цель укрепления благосостояния населения.

Быстрые темпы роста народонаселения по сравнению с темпами социально-экономического развития ведут к обострению проблем занятости, бедности, земельного вопроса, продовольственного положения, к низкому уровню образования, ухудшению здоровья населения, снижению его жизненного уровня, деградации окружающей среды. И хотя решение этих и многих иных задач лежит не только в плоскости демографии, социодемографическая политика и ее важная составная часть – планирование семьи – позволяют добиться постепенного замедления естественного роста численности населения, что может облегчить решение указанных проблем [Осколкова, Кушелева, 2005, с. 84].

В настоящее время в связи с усугублением процессов глобальных миграций и многих иных проблем особую остроту обретает вопрос о необходимости сокращения рождаемости

в развивающихся странах. Наибольшие показатели рождаемости фиксируются социодемографами в странах Тропической Африки. Социальные аспекты данной темы еще недостаточно изучены в отечественной науке. Поэтому важным представляется исследование и осмысление процессов, связанных с демографической политикой, которые представляют особую значимость для социально-экономической эволюции развивающихся государств и всего мира в целом.

По мнению многих исследователей, тема планирования семьи требует междисциплинарного подхода, привлечения специалистов различного профиля, не только медиков и демографов, но и социологов, этнологов, экономистов, психологов. Страны очень отличаются по менталитету, традициям, религии, уровню знаний, социально-экономическому развитию. А «воспроизводство населения» – вопрос крайне деликатный, и вмешательство в столь интимную сферу требует осторожного подхода и разностороннего спектра знаний [Осколкова, Кушелева, 2005, с. 90].

В 1950-е гг. первые азиатские государства официально встали на путь планирования семьи. На Африканском континенте первыми странами, приступившими на рубеже 1950–1960-х гг. к осуществлению контроля за рождаемостью, были Тунис и Египет, затем к ним присоединились Кения, Марокко и Гана.

В 1970-е, 1980-е и в начале 1990-х гг. рождаемость в большинстве стран Африки стала сокращаться все более быстрыми темпами. К началу 2000-х гг. среди мирового сообщества распространилась информация о снижении рождаемости в Тропической Африке. По мнению экспертов ООН, ожидалось, что сокращение рождаемости будет продолжаться и в дальнейшем [United Nations, 2012]. Но в конце 1990-х – начале 2000-х гг. в большинстве стран Тропической Африки снижение рождаемости замедлилось или вовсе прекратилось. Она «застыла» на очень высоких уровнях, в большинстве случаев – 5,5–6 детей на женщину [Коротаев, Зинькина, 2013, с. 30].

ОТНОШЕНИЕ АФРИКАНСКИХ ПОЛИТИЧЕСКИХ ДЕЯТЕЛЕЙ К ПРОБЛЕМЕ СНИЖЕНИЯ РОЖДАЕМОСТИ

Прежде данному вопросу со стороны подавляющего большинства африканского политического руководства уделялось недостаточное внимание. Результатом слабого социально-экономического развития стал затрудненный доступ к средствам контрацепции в регионе. На взгляды африканских лидеров значительное воздействие оказывали традиционные социокультурные стереотипы. Практика полигинии, господство мужчины, отношение к женщине как к собственности, установки, что женщины должны доказать свою ценность в браке, родив максимальное число детей, – все эти и многие иные факторы влияли на точку зрения африканских политиков в отношении проблемы планирования семьи [Caldwell J.C., Caldwell P., 1987, p. 409–437].

Даже те африканские политические деятели, которые одобряют концепцию планирования семьи, нередко не решаются активно ее поддерживать из опасений массовой конфронтации с избирателями и дополнительных внутривластных проблем. Подобное развитие событий имело место в Мали в 2009 г., когда под руководством премьер-министра Модибо Сидибэ (2007–2011), который прежде был министром здравоохранения (1993–1997) в малийском правительстве, было подготовлено несколько новых поправок к Семейному кодексу Мали 1962 г. Предлагавшиеся поправки (определение брака как светского акта гражданского состояния в отличие от прежнего религиозного таинства, повышение брачного возраста до 18 лет и др.) имели целью способствовать социокультурной модернизации правовых и общественных взаимоотношений. Но они вызвали бурю протеста со стороны

мусульманских фундаменталистов и малийского общества, выступивших единым фронтом в многочисленных массовых демонстрациях на улицах столицы Бамако. В результате все поправки, предложенные премьер-министром, были аннулированы [May, 2017, p. 313–314]. Африканские политики сталкивались с подобными проявлениями массового сознания и во многих других странах континента. Кроме того, высокая степень религиозности населения Африки, которую отмечают специалисты-исследователи, положительно соотносится с высоким уровнем рождаемости [Götmark, Andersson, 2020].

Социально-политическая обстановка в африканских странах и традиционализм массового сознания не способствуют реализации политики сокращения рождаемости. Безусловно, на африканских политических деятелей оказывают значительное влияние мировое общественное мнение, международные источники информации о политике планирования семьи, сокращения рождаемости, защите здоровья матери и ребенка. Они принимают участие в многочисленных международных конференциях и симпозиумах, посвященных данной проблематике, подписывают резолюции, планы действий, программы и рекомендации, что напоминает скорее декларации, чем конкретные обязательства. Но по возвращении в свои страны они сталкиваются с местной реальностью, где среди населения отнюдь не наблюдается стремления к радикальным изменениям в области планирования семьи. В качестве примера можно привести Africa Union's 2003 Women's Protocol и ассоциированный с ним 2010 Maputo Plan of Action on Sexual and Reproductive Health – документы, направленные на борьбу с гендерным неравенством и защиту здоровья женщин. Среди многих африканских стран, подписавших их, лишь в одной стране, Руанде, социальная модернизация была эффективно реализована и закреплена на государственном уровне. Некоторые страны даже не подписали План действий.

С течением времени помимо Руанды позитивные изменения правительственной политики произошли в Кении, Ботсване, Зимбабве и Эфиопии.

О РОЛИ ФИНАНСОВЫХ ДОНОРОВ И НЕПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НПО)

Роль доноров чрезвычайно значительна во многих отношениях: при сборе, аккумулировании и публикации демографических данных, субсидировании программ планирования семьи, поддержке национальных программ народонаселения и развития. Помимо этого, доноры спонсировали издание двух крупных серий демографических обзоров, в частности, the World Fertility Surveys (WFS) и несколько позже Demographic and Health Surveys (DHS), медико-демографические исследования (основная часть финансирования исходила от американского Агентства международного развития (US Agency for International Development, USAID). Международным спонсорам принадлежит и основная роль в формировании демографического мониторинга в ряде африканских стран, прежде всего в таких локальных проектах, как Навронго на севере Ганы и в Пикине, пригороде Дакара, столицы Сенегала. Эти мероприятия по сбору демографических данных, финансировавшиеся с привлечением средств из различных источников, позволили африканским странам глубже осознать проблемы народонаселения и впоследствии разрабатывать программы планирования семьи и политический курс в области вопросов народонаселения.

Донорам также принадлежит решающая роль в создании первых программ планирования семьи на континенте, которые они интенсивно финансировали. Наиболее наглядно их роль проявилась в XX в. в Кении и Гане, которые раньше других приступили к созданию программ планирования семьи, с 1958 и 1959 г. соответственно. В 1970-е гг. рождаемость в Кении была одной из самых высоких в мире. К концу XX в. начался демографический

переход и показатели фертильности снизились до 5 детей на женщину [Heisel, 2007, p. 393]. Затем прирост населения в Кении «застыл» на этой позиции. Во втором десятилетии XXI в. снижение уровня фертильности возобновлялось и снизилось с цифры 4,6 в 2010 г. до 3,9 в 2014 г. [Republic of Kenya, 2015].

В Гане к концу XX в. с помощью финансирования международных спонсоров фертильность составила уже 4,4 ребенка на женщину. А затем ее снижение «застыло» на отметке 4,2 ребенка [Republic of Ghana, 2015].

Помимо Кении и Ганы одними из первых приступили к реализации программ планирования семьи Зимбабве и Ботсвана. Программы планирования семьи в Эфиопии, Руанде и на Мадагаскаре также активно субсидировались внешними донорами, прежде всего USAID. В Руанде Всемирный банк оказывал большую поддержку этим программам посредством финансирования соответствующих отделов министерства здравоохранения. Однако вклад USAID был наиболее значительным. Программы по сокращению рождаемости финансировали также UNFPA, UK Department for International Development (DfID, Британский департамент содействия международному развитию) и German Development Cooperation (GIZ, Германское сотрудничество для развития). Отдельные доноры, в частности GIZ, поддерживали и локальные проекты планирования семьи в странах Африки южнее Сахары.

Но реализация принятых правительством постановлений встречала большие препятствия со стороны населения и оказалась чрезвычайно затруднительной. А соответствующие комитеты и комиссии, созданные для данных целей, были организованы при самых различных службах – при министерстве финансов, министерстве планирования, министерстве экономики либо даже при офисе премьер-министра. Задачей этих организаций была координация всех мероприятий, связанных с реализацией политики в области народонаселения; все они находились в зависимости от финансирования зарубежных фондов [May, 2012, p. 62–64]. Большинство из них со временем прекратило свою деятельность, либо осталось существовать лишь на бумаге, либо слилось с другими отделами различных министерств. Но имеются и исключения. Так, кенийский Национальный совет по народонаселению и развитию¹ функционирует не только активно, но и весьма эффективно.

Западные специалисты не раз отмечали значение пропаганды необходимости проведения политики планирования семьи и ликвидации так называемой демографической неграмотности, которая, по их мнению, распространена среди африканского политического руководства, правительственных чиновников, политиков и широких слоев гражданского населения [May, 2017, p. 319].

ИЗМЕНЕНИЕ ПРИОРИТЕТОВ В СОЦИОДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКЕ

В 1968 г. американский биолог П. Эрлих опубликовал свою противоречивую книгу «The Population Bomb». Специалисты-демографы опасались бурного роста населения, в особенности в Азии, и усиления деградации окружающей среды; контроль рождаемости стал доминирующей темой для ученых, что инициировало разработку программ планирования семьи. Экологические проблемы также содействовали росту интереса политиков к демографической тематике.

Но в 1990-е гг. в Африке основные усилия и финансовые средства стали направляться на борьбу с эпидемией СПИДа. Предполагалась даже депопуляция в затронутых эпидемией африканских странах [Cleland, Sinding, 2005, p. 1899–1901]. Массовый отток финансовых средств от проектов планирования семьи наблюдался в связи с эпидемией СПИДа до середины 2000-х гг. В настоящее время три четверти инфицированных проживают в

¹ National Council for Population and Development (NCPD).

странах Африки южнее Сахары (АЮС). Но предсказания об уменьшении из-за эпидемии африканского населения не подтвердились [Bongaarts, 2011, p. 214]. Ее демографические последствия были не столь значительны. Благодаря введению антиретровирусной терапии в больших масштабах эпидемия была остановлена. Программы планирования семьи в настоящее время сфокусированы на удовлетворении спроса на контрацептивные препараты.

После почти двух десятилетий сокращения внимания международной общественности к проблемам планирования семьи основные доноры – UNFPA, USAID, Мировой банк, DfID, Фонд Билла и Мелинды Гейтс и фонд Вильяма и Флоры Хьюлетт – усилили финансирование проектов по сокращению рождаемости [Bongaarts et al., 2012, p. VI–VII]. В июле 2012 г. состоялся Лондонский саммит по проблемам планирования семьи. В итоговой резолюции предлагалось обратить усиленное внимание мировой общественности, благотворительных и финансовых организаций, государственных и частных фондов на данную тематику, была одобрена Инициатива по планированию семьи и привлечению ресурсов для улучшения доступа к контрацептивным средствам до 2020 г. в масштабах всего мира. Основными целями Инициативы объявлялись расширение информации по данным предметам, содействие доступу к контрацептивным средствам 120 млн женщин и девушек в 69 беднейших странах мира к 2020 г., многие из которых расположены в АЮС.

О СТЕПЕНИ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРОГРАММ ПЛАНИРОВАНИЯ СЕМЬИ

Достаточно сложно оценить эффективность программ планирования семьи в АЮС, поскольку они тесно взаимосвязаны и, как правило, функционируют одновременно в русле со многими иными социальными стратегиями развития, в частности, в области здравоохранения и образования, борьбы с бедностью и нищетой, решения многочисленных гендерных проблем и пр. Все эти факторы способны либо содействовать, либо препятствовать решению вопросов сокращения рождаемости [Miller, Babiartz, 2016, p. 10–11].

Среди некоторых позитивных примеров можно отметить осуществление социодемографического проекта в Гане. В 1993 г. правительство Ганы приступило к реализации локального проекта по охране здоровья и планированию семьи в области Навронго, расширяя и усиливая финансирование местных служб здравоохранения. С 1995 г. там проводились регулярные демографические обследования населения. Данные специалистов-демографов за 1995 и 2002 гг. свидетельствуют, что в пропорциональном отношении увеличилось число женщин, предпочитающих меньший размер семьи, и сократилось число африканок, желавших иметь многочисленное потомство [Phillips et al., 2012, p. 175–190].

Социологические исследования в Танзании на рубеже XX–XXI вв. выявили, что в результате агитационных мероприятий и проведенной кампании по планированию семьи уровень фертильности снизился с 4,7 детей на женщину до 4,1; при этом центры здравоохранения показывали лучшие результаты в плане деятельности по сокращению рождаемости, чем больницы и диспансеры [May, 2017, p. 322].

В АЮС реализовывались и специфические программы планирования семьи. Так, в 2003 г. правительство Эфиопии разработало базовую программу здравоохранения для общин, названную Health Extension Program (HEP), которая осуществлялась в рамках местной системы здравоохранения [Admassie et al., 2015, p. 5]. Она начала реализовываться в 2004–2005 гг. и впоследствии функционировала под непосредственным руководством министра здравоохранения. Программа получала финансирование из многих источников, включая Всемирный банк. В настоящее время в рамках программы работают более 35 тыс. сотрудников, которые набирались на учебу в местных общинах при активном участии населения. Они распределялись на работу по всей стране, первоначально в сельской местности, затем

и в городских поселениях. Основной целью было охватить базовой системой здравоохранения максимальное число жителей страны. Составной частью являлось информирование граждан Эфиопии о программах планирования семьи и соответствующих службах, с этой целью сотрудницы посещали индивидуальные домохозяйства и проводили тематические беседы с населением [The Demographic, 2011, p. 291]. В результате к 2015 г. использование контрацептивов в Эфиопии возросло до 42% [Population Reference Bureau, 2015]. Хотя, вероятно, и иные факторы сыграли свою роль – улучшение системы женского образования, постепенное изменение представлений о размерах семьи и численности потомства и др.

В случае с плотно населенной Руандой следует отметить важность таких факторов, как стойкий политический курс ее руководства и неизменная приверженность концепции сокращения рождаемости. После того как эксперты-демографы международной организации Resources for the Awareness of Population Impact on Development (RAPID)², финансируемой USAID, в 2005 г. представили подробный прогноз правительству Руанды об особых опасностях стремительного роста ее населения, руандийские политические деятели кардинальным образом изменили свои представления о программах планирования семьи. Президент Поль Кагаме не только объявил их национальным приоритетом, но правительство также предприняло конкретные эффективные шаги для содействия реализации рекомендованных программ. Прежде всего помощь данных служб и средства контрацепции в Руанде стали бесплатными, в СМИ активно распространялись реклама контрацепции и информация о благоприятном влиянии сокращения размеров семьи на процессы социально-экономического развития страны и повышение благосостояния населения, были улучшены координация и взаимодействие между многочисленными государственными агентствами, частными и неправительственными организациями. При этом финансовая поддержка доноров имела первостепенное значение. Благодаря привлечению всех методов и средств использование контрацептивов возросло до 52% к 2010 г. [Westoff, 2012, p. 171, 176–177].

В Руанде и других странах, где программы планирования семьи имели успешные результаты, в информационных, образовательных и иных разнообразных программах новостей в СМИ также доказывались преимущества небольших размеров семьи. Эти передачи, особенно по радио и телевидению, оказывали значительное влияние на решение о предпочтительном размере домохозяйства [Bongaarts, 2011, p. 214].

В субрегионе Западной Африки, по данным демографов, процент женщин, признающих методы контрацепции, за период проведения опроса с конца 1980-х гг. до 2007 г. повысился с 32 до 39%, а процент имеющих доступ к методам контрацепции вырос с 8 до 29% [Cleland et al., 2011, p. 138]. Доля женщин, использовавших современные методы, выросла с 7 до 15%. В странах Восточной Африки тенденции более четко выражены: ежегодный показатель использования противозачаточных средств вырос с 16% в 1986 г. до 33% в 2007 г. [Cleland et al., 2011, p. 139.] В Западной Африке прогресс в использовании контрацепции представляется более замедленным. Препятствием являются социокультурные стереотипы поведения, вековые традиции многодетности, а доступность противозачаточных средств остается ограниченной. Если ситуация радикально не изменится в короткий срок, то прогнозы ООН в области численности народонаселения для данного субрегиона будут превышены. В Восточной Африке перспективы снижения рождаемости более благоприятные.

Как отмечалось выше, программы планирования семьи сворачивались, либо застыли в 1990-е гг. главным образом вследствие эпидемии СПИДа, отвлекавшей значительные ресурсы от программ снижения рождаемости. Лишь после Лондонского саммита 2012 г., посвященного проблемам планирования семьи, к решению данных вопросов вновь было

² RAPID занимается изучением влияния социодемографических факторов на процессы развития.

обращено внимание во всех регионах развивающегося мира, включая и Африку южнее Сахары.

О НЕКОТОРЫХ ПЕРСПЕКТИВАХ РАЗВИТИЯ ПРОБЛЕМЫ

Убежденность руководства африканских стран в необходимости программ планирования семьи и постоянная финансовая и материальная помощь доноров – одни из важнейших условий эффективности курса на сокращение рождаемости. Несмотря на преобладание пронаталистских норм и в целом неблагоприятный традиционалистский социокультурный контекст, нескольким странам из 48 государств АЮС все же удалось реализовать достаточно эффективные программы планирования семьи. В свою очередь, это повлияло на недавнее изменение общественного мнения в странах региона о политике и проектах планирования семьи [Murunga et al., 2012].

Среди специалистов, занимающихся проблемами развития в странах АЮС, возрастает консолидированное убеждение, что устойчивое сокращение показателей фертильности в регионе будет зависеть от снижения младенческой и детской смертности, значительных улучшений в повышении женской грамотности и уровня образования, включая период обучения в средней школе, более настойчивой пропаганды необходимости уменьшения численности потомства и создания программ планирования семьи, располагающих надежной достоверной информацией и качественными службами. Но до сих пор все эти условия еще необходимо создавать во многих странах Тропической Африки.

Со времени Лондонского саммита 2012 г. были аккумулированы значительные ресурсы для субсидирования служб планирования семьи в АЮС. По ряду причин, таких как забота о здоровье женщин (прежде всего необходимость снижения материнской смертности вследствие беременности и родов), стал проявляться интерес африканских правительств к программам планирования семьи. Из 69 стран, на которых было сфокусировано внимание международной общественности в Family planning 2020 Initiative, 39 находятся в АЮС [World Family, 2020]. В частности, в настоящее время снова стало уделяться внимание к планированию семьи в Западной Африке, где сохраняются одни из самых высоких показателей фертильности в мире. Программа «Партнерство Уагадугу», стартовавшая в 2011 г., включает Бенин, Буркина-Фасо, Кот-д'Ивуар, Гвинею, Мали, Мавританию, Нигер, Сенегал и Того. Она получает поддержку главным образом от Французского агентства развития (AFD), USAID, министерства иностранных дел Франции, фонда Билла и Мелинды Гейтс и фонда Вильяма и Флоры Хьюлетт [May, 2017, p. 324].

Проблема заключается в том, что вследствие многовековых традиций многодетности и глубокой религиозности среди населения в АЮС все еще сохраняется довольно низкий спрос на контрацептивные препараты. Ряд из 48 стран АЮС (Кения, Малави, Руанда, Зимбабве, страны южноафриканского региона) в настоящее время уже достигли спроса на контрацепцию в 70%, рекомендованного программами планирования семьи для развивающихся стран. Однако немало стран АЮС, особенно в Западной и Центральной Африке, все еще мало применяют контрацепцию [Guengant, May, 2013, p. 229].

Ускорение распространения средств контрацепции в регионе остается одной из сложнейших социополитических проблем. В целом реализация программ планирования семьи в развивающихся странах происходит по двум различным «моделям». В Азии в настоящее время наблюдается активное подключение правительств к осуществлению программ, хотя и с привлечением общественности, но с преобладанием авторитарных методов. Другая «модель» применения, наиболее характерная для Латинской Америки и Карибского бассейна, которая была позднее принята на вооружение на Африканском континенте, в частности, в

Гане полагалась на широкое привлечение частного сектора и общественных организаций в виде специализированных НПО, которым удалось преодолеть противостояние негативно настроенных слоев населения [Мау, 2012, р. 132].

Еще предстоит разработать такую «модель», которая была бы наиболее приемлема для континента, учитывая, что вплоть до недавнего времени африканские политические деятели слабо поддерживали концепцию планирования семьи. Вероятно, было бы малоэффективно полагаться лишь на стабильную государственную поддержку. Содействие и помощь низовых организаций очевидно могли бы сыграть более позитивную роль в контексте АЮС. Однако многие страны АЮС еще не готовы ни материально, ни психологически пойти на резкое сокращение уровня фертильности [Иванов, 2019]. Показателем данного положения вещей является, в частности, тот факт, что гражданское общество африканских стран выдвинуло из своих рядов весьма небольшое число активных поборников кампании по планированию семьи, несоизмеримое с азиатскими странами.

Тем не менее опыт Эфиопии, Руанды и Мадагаскара свидетельствует, что национальные лидеры, оказывающие активную поддержку программам планирования семьи, могут помочь расширить распространение контрацепции и понизить уровень фертильности.

Улучшение качества и доступа к службам планирования семьи и увеличение тем самым потребности в контрацепции потребует больших заранее запланированных инвестиций, подлинной приверженности африканских лидеров и поддержки сообщества нескольких крупных доноров. Международная обеспокоенность этой проблемой отражена в важнейших международных документах, инициированных ООН, – Цели развития тысячелетия 2001 г. (цель 5.В: обеспечить всеобщий доступ к репродуктивному здоровью к 2015 г. и сократить неудовлетворенную потребность в планировании семьи) и Цели устойчивого развития 2015 г., где экспертами ООН четко сформулированы задачи улучшения и повышения качества планирования семьи и репродуктивного здоровья. Но необходимы еще дополнительные исследования для того, чтобы выявить социокультурологические детерминанты перманентно высокого уровня фертильности отдельных народов. Огромные усилия потребуются и для снижения младенческой и детской смертности, а также для увеличения посещаемости школы девочками. Эти меры помогли бы содействовать изменению традиционных репродуктивных норм и способствовали бы росту потребности в уменьшении размеров семьи. Программа реализации политики планирования семьи должна сочетать действия в социальной сфере, такие как образовательная и гендерная политика с формированием качественных служб планирования семьи.

Важным аспектом данной проблемы являются особенности влияния на мужчин и их точки зрения на политику планирования семьи. Большинство африканцев осведомлены о данных программах и различных методах контрацепции (например, в Эфиопии более 90% мужчин), но редко кто ими пользуется [Vouking et al., 2014]. Однако традиционно мнение мужчин – важный фактор, оказывающий воздействие на принятие решений африканками. Хотя выбор методов контрацепции происходит в семейном коллективе в основном совместно, окончательное слово остается всегда за мужчиной. В научной литературе преобладает мнение об острой необходимости проведения разъяснительных кампаний среди мужчин и просвещения их по многим вопросам охраны женского здоровья, связанным с проблематикой деторождения, материнской смертности во время родов или в результате осложнений беременности, более всего среди девушек подросткового возраста, опасности аборт, в особенности нелегальных, при нежеланной беременности, необходимости посещения центров планирования семьи, использования средств контрацепции. По наблюдениям социологов, наиболее широко распространенный источник информации для мужчин о программах планирования семьи – это радио. Но, к сожалению, среди африканцев бытуют стереотипы,

что посещение центров планирования семьи – женское занятие, и если мужчина появляется там, значит, он под каблуком у жены [Vouking et al., 2014].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Возвращаясь к трем основным факторам, отмеченным в данной статье, а именно – отношение африканских лидеров, роль доноров и изменение парадигм (отношения населения к контрацепции), подчеркнем, что все эти три вышеуказанных компонента, вероятно, необходимо будет сконцентрировать воедино для того, чтобы ускорить процесс демографического перехода в регионе [May, 2017, p. 326]. В настоящее время африканские лидеры более склонны уделять внимание программам сокращения рождаемости. Доноры также более решительно настроены на помощь политике планирования семьи, как подчеркивалось на Лондонском саммите 2012 г. Вероятно, современные тенденции будут преобладать и усиливаться, и концепции планирования семьи, и программы здравоохранения вновь не изменятся, как это имело место в период эпидемии СПИДа.

В этой связи представляется, что обычный подход без учета всех разнообразных особенностей и нюансов будет недостаточным для ускорения демографического перехода в регионе и достижения демографического преимущества, которое впоследствии могло бы способствовать получению первого демографического дивиденда.

Регулирование репродуктивного поведения вероятно можно добиться лишь объединив все факторы, оказывающие влияние на традиционалистские общества, которые существуют в Тропической Африке. Это и политический курс правительства, и международная финансовая помощь доноров, и агитация неправительственных организаций и скоординированная работа центров планирования семьи, медиков и социодемографов. Особое значение имеет повышение уровня женского образования вплоть до этапа средней школы, который положительно коррелирует со снижением рождаемости.

Одни из наиболее авторитетных экспертов ООН в области народонаселения американские ученые-демографы Д. Бонгаартс³ и Д. Кастерлайн отмечали – бытует мнение, что экономическое развитие – лучшее средство контрацепции; но этот процесс с большой степенью вероятности займет многие десятилетия, в течение которых быстрый рост населения будет продолжаться [Bongaarts, Casterline, 2012, p. 166]. Несмотря на успехи отдельных стран и усилия по реализации программ по сокращению рождаемости и планированию семьи, в Африке будет неизбежен массовый рост населения [Bongaarts, 2011, p. 209]. Поэтому принцип замедленной эволюции в отношении реализации программ планирования семьи, преобладавший в прошлом, по мнению экспертов ООН, необходимо заменить постоянным энергичным вовлечением и государственным, и частного сектора в дело направления Африки на путь активного внедрения и применения контрацепции. На этот путь необходимо вовлекать одну страну за другой, не прекращая беспрестанных усилий в течение ряда нескольких десятилетий при более активном участии африканского руководства и при перманентной финансовой и материальной помощи мирового сообщества.

Важнейшими факторами успеха являются повышение уровня женского образования и реализация программ планирования семьи, которые наиболее эффективны, когда им оказывает поддержку африканское политическое руководство. Посредством разнообразных информационных кампаний, прежде всего в СМИ, в частности, о позитивном влиянии контрацепции и небольших размеров семьи на здоровье женщин и детей, они могли бы значительно способствовать социально-экономическому развитию своих народов в целом.

³ Д. Бонгаартс – вице-президент Совета народонаселения ООН (Нью-Йорк).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ / REFERENCES

- Иванов С.Ф. Демографический переход в Африке к югу от Сахары. *Ученые записки Института Африки РАН*. 2019. № 1 (46). С. 99–114 [Ivanov S.F. Demographic Transition in Sub-Saharan Africa. *Scientific Notes of the Institute for African Studies of the Russian Academy of Sciences*. 2019. No. 1 (46). Pp. 99–114 (in Russian)].
- Коротаев А.В., Зинькина Ю.В. Как оптимизировать рождаемость и предотвратить гуманитарные катастрофы в странах Тропической Африки. *Азия и Африка сегодня*. 2013. № 4. С. 28–35 [Korotaev A.V., Zinkina Yu.V. How to Optimize Fertility and Prevent Humanitarian Disasters in Tropical Africa. *Aziya i Afrika Segodnya (= Asia and Africa Today)* 2013. No. 4. Pp. 28–35 (in Russian)].
- Осколкова О.Б., Кушелева А.А. Планирование семьи в странах Азии и Африки. *Мировая экономика и международные отношения*. 2005. № 2. С. 84–90 [Oskolkova O.B., Kusheleva A.A. Family planning in Asia and Africa. *World Economy and International Relations*. 2005. No. 2. Pp. 84–90 (in Russian)].
- Admassie A., Nuru S., May J., Megquier S. *The Demographic Dividend: An Opportunity for Ethiopia's Transformation*. Washington D.C.: Population Reference Bureau and Ethiopian Economics Association, 2015.
- Bongaarts J. Can Family Planning Programs Reduce High Desired Family Size in Sub-Saharan Africa? *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2011. Vol. 37. No. 4. Pp. 209–216.
- Bongaarts J., Casterline J. Fertility Transition: Is Sub-Saharan Africa Different? *Population and Development Review*. 2012. Vol. 38 (Supplement 1). Pp. 153–168.
- Bongaarts J., Cleland J., Townsend J., Bertrand J., Das Gupta M. *Family Planning Programs for the 21st Century: Rationale and Design*. New York: Population Council, 2012.
- Caldwell J.C., Caldwell P. The Cultural Context of High Fertility in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*. 1987. Vol. 13. No. 3. Pp. 409–437.
- Cleland J., Sinding S. What would Malthus say about AIDS in Africa? *Lancet*. 2005. Vol. 366. No. 9500. Pp. 1899–1901.
- Cleland J.G., Ndugwa R.P., Zulu E.M. Family Planning in Sub-Saharan Africa: Progress or Stagnation? *Bulletin of World Health Organisation*. 2011. Vol. 89. Pp. 137–143.
- Götmark F., Andersson M. Human Fertility in Relation to Education, Economy, Religion, Contraception, and Family Planning Programs. *Biomedcentral Public Health*. 22 February 2020.
- Guengant J.P., May J.F. African Demography. *Global Journal of Emerging Market Economics*. 2013. Vol. 5. No. 3. Pp. 215–267.
- Heisel D.F. Family Planning in Kenya in the 1960s and 1970s. *The Global Family Planning Revolution: Three Decades of Population Policies and Programs*. Ed. by W.C. Robinson, J.A. Ross. Washington D.C.: The World Bank, 2007. Pp. 393–417.
- May J.F. (2012) *World Population Policies: Their Origin, Evolution, and Impact*. Dordrecht: Springer. 2012.
- May J.F. The Politics of Family Planning Policies and Programs in Sub-Saharan Africa. *Population and Development Review*. 2017. Vol. 43. Pp. 308–329.
- Miller G., Babiarz K.S. Family Planning Program Effects: Evidence from Microdata. *Population and Development Review*. 2016. Vol. 42. No. 1. Pp. 7–26. www.jstor.org/stable/44015612. (accessed: 17.08.2020).
- Murunga V.I., Musila N., Oronje R., Zulu E. *Africa on the Move! The Role of Political Will and Commitment in Improving Access to Family Planning in Africa*. Washington DC: The Wilson Center, 2012.
- Nehru J. *The Discovery of India*. The Signet Press, 1946.
- Phillips J., Jackson E., Bawah A., MacLeod B., Adongo P., Baynes C., Williams J. The Long-Term Fertility Impact of the Navrongo Project in Northern Ghana. *Studies in Family Planning*. 2012. Vol. 43. No. 3. Pp. 175–190.
- Population Reference Bureau. *World Population Data Sheet*. 2015. Washington.

Republic of Ghana 2015. Demographic and Health Survey 2014: Key Indicators, Accra: Ghana Statistical Service & Ghana Health Service and Rockville: The DHS Program, ICF International. 2015.

Republic of Kenya 2015. Kenya. Demographic and Health Survey 2014. Key Indicators. Nairobi: Kenya National Bureau of Statistics, Ministry of Health, National AIDS Control Council, Kenya Medical Research Institute, National Council for Population and Development. 2015.

United Nations 2012. Population Division Database. World Population Prospects. http://esa.un.org/unpd/wpp/unpp/panel_population/htm (accessed: 20.07.2020).

Vouking M.Z., Evina C.D., Tadenfok C.N. Male Involvement in family planning decision making in sub-Saharan Africa – what the evidence suggest. *Pan African Medical Journal*. 2014. December. Vol. 19: 349. <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/19/349/pdf/349.pdf> (accessed: 29.07.2021). Westoff C.F. The Recent Fertility Transition in Rwanda. *Population and Development Review*. 2012. Vol. 38 (Suppl.). Pp. 169–178. www.familyplanning2020.org (accessed: 15.09.2020).

World Family Planning 2020 Highlights. New York, United Nations. 2020. https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Sep/unpd_2020_worldfamilyplanning_highlights.pdf (accessed: 29.07.2021).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРЕ / INFORMATION ABOUT THE AUTHOR

РЫБАЛКИНА Инна Геннадьевна –
кандидат исторических наук, старший
научный сотрудник Института Африки РАН,
Москва, Россия.

Inna G. RYBALKINA, PhD (History),
Senior Research Fellow, Institute for African
Studies, Russian Academy of Sciences, Moscow,
Russia.