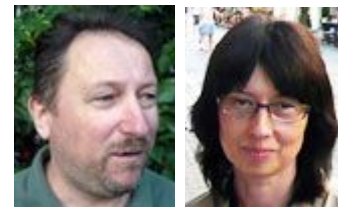




Планирование семьи в трех славянских странах

Над темой номера
работали



Борис
ДЕНИСОВ¹

Виктория
САКЕВИЧ²

Расхождения в темпах снижения абортс нарастают

В Советском Союзе Белоруссия, Россия и Украина были республиками, наиболее близкими друг другу не только этнически, но и по целому набору социальных, экономических и демографических показателей. Несмотря на то, что после распада СССР прошло уже двадцать лет, близость базовых демографических показателей в значительной степени сохраняется и сейчас. Все три страны входят в группу стран с очень низкой рождаемостью; с середины 1960-х годов, за исключением нескольких лет в 1980-е, уровень рождаемости не обеспечивает здесь замещения поколений. В постсоветский период тенденции рождаемости населения России, Белоруссии и Украины также не имеют принципиальных различий: резкий спад в 1990-е и некоторый рост в последние годы³.

Внутрисемейный контроль рождаемости давно стал массовой практикой в этом регионе. В советские времена распространенным методом регулирования числа детей в семьях и сроков их рождения был искусственный аборт. СССР занимал одно из первых мест в мире по уровню абортов, а внутри СССР «лидировали» европейские республики⁴. Ряд исследователей характеризовали репродуктивное поведение в тот период термином «абортная культура»⁵.

С конца 1980-х годов число абортов стало устойчиво сокращаться. В 1990 году в России было зарегистрировано 4,1 млн. абортов, на Украине – 1 млн. и в Белоруссии – 261 тыс.; в 2010 году соответствующие цифры составили: 1,2 млн., 177 тыс. и 33 тыс. Для сравнений обычно применяются относительные показатели – на 1000 женщин репродуктивного возраста и на 100 родов (или живорождений). Во всех трех странах за последние два десятилетия произошло существенное сокращение всех показателей абортов (табл. 1). Однако темпы сокращения были разными. Среднегодовой темп снижения коэффициента абортов за 1990-2010 годы составил 8% в Белоруссии, 7% на Украине и 6% в России. При этом в 1990-е уровень абортов снижался примерно одинаковыми темпами в трех странах (6-7%), а в 2000-е синхронность изменений была нарушена. В Белоруссии сокращение показателя абортов ускорилось (среднегодовой темп 11%), в России – замедлилось (4,5%), а на Украине темп снижения почти не изменился (рис. 1). В результате за 20 лет, с 1990 по 2010 год, коэффициент абортов в Белоруссии снизился в 7,8 раза, на Украине – в 5,8 раза, а в России – в 3,5 раза.

На сегодняшний день Россия продолжает сохранять мировое лидерство по уровню абортов (среди стран с налаженной статистикой абортов), тогда как Белоруссия и Украина переместились ближе к середине рейтинга стран, оказавшись рядом с США, Англией, Швецией, Францией. Возникает вопрос, почему соседние страны опередили Россию в снижении числа абортов?

Таблица 1. Официальная статистика аборт в Белоруссии, России и Украине. 1990, 1995, 2000-2010 годы

	1990	1995	2000	2005	2008	2009	2010	1990/2010
Число аборт, тыс.								
Белоруссия	261	193	122	65	42	36	33	7,8
Россия	4103	2766	2139	1676	1386	1292	1186	3,5
Украина	1019	740	434	264	217	195	177	5,8
Число аборт на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет								
Белоруссия	106,0	74,9	46,2	24,7	16,7	14,4	13,5	7,9
Россия	113,9	72,8	54,2	42,7	36,1	34,2	31,9	3,6
Украина	82,6	58,2	34,1	21,3	18,1	16,4	15,1	5,5
Число аборт на 100 родов								
Белоруссия	183	189	129	72	39	33	31	5,9
Россия	206	203	169	121	81	74	67	3,1
Украина	155	150	113	62	43	38	36	4,3

Источники: Статистический ежегодник Республики Беларусь: 2011 / Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2011, с. 228. Центральная статистическая база Росстата (<http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi>). Статистичний щорічник України за 2010 рік / Державний комітет статистики України. Київ, 2011, с. 465.

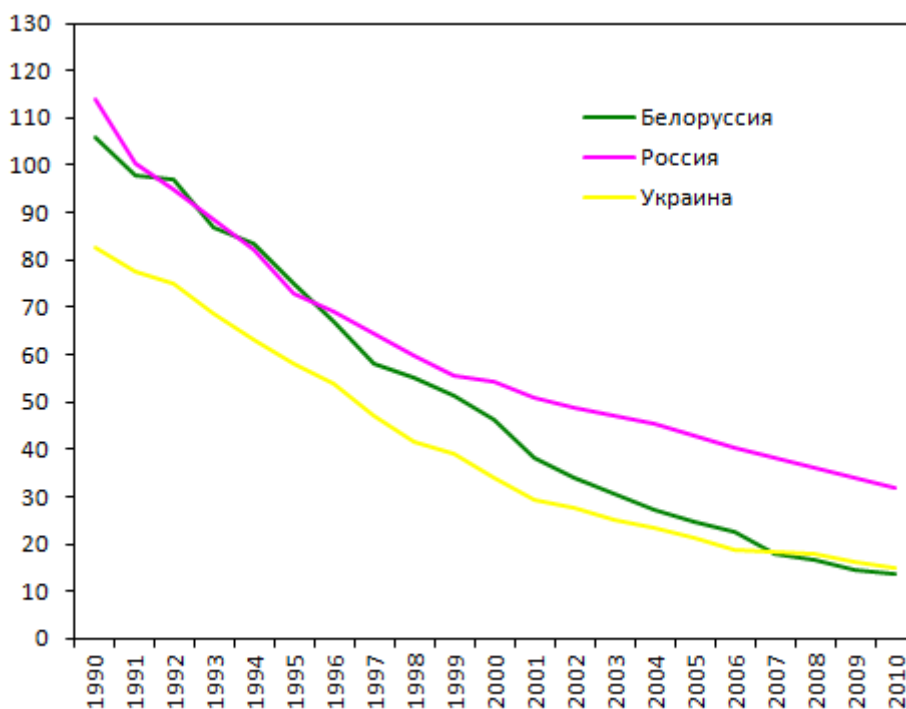


Рисунок 1. Коэффициент аборт в Белоруссии, России и Украине, на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет

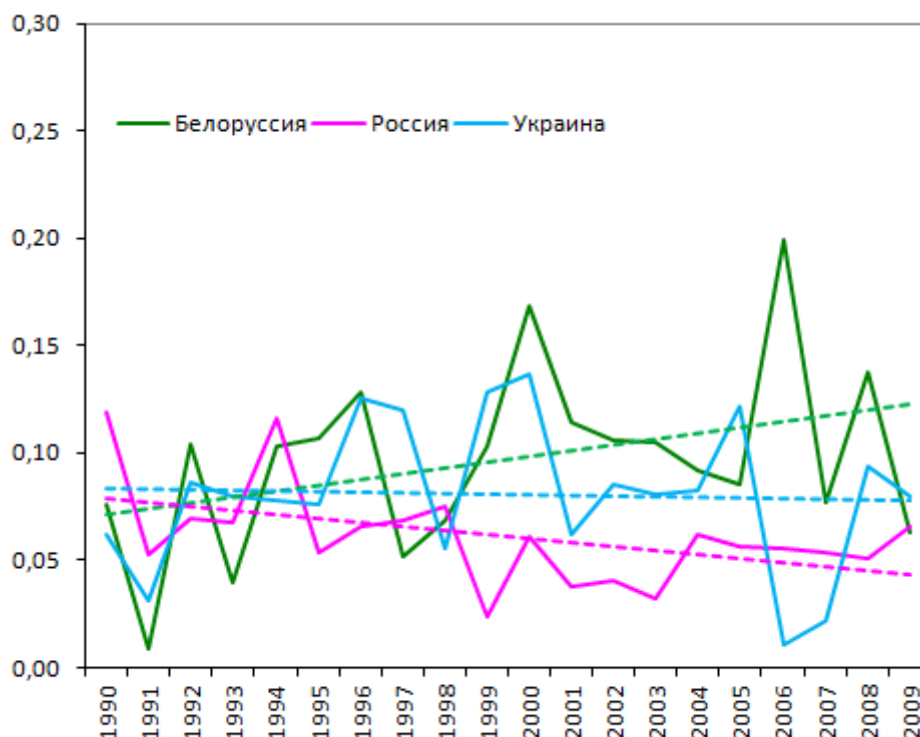


Рисунок 2. Темпы снижения коэффициента абортов в Белоруссии, России и Украине (пунктир – линия тренда)

Первой нашей гипотезой стало предположение, что причина расхождения темпов снижения уровня абортов кроется в изменении национальных законодательств, касающихся как доступности процедуры прерывания беременности, так и системы их статистического учета. Мы поставили задачу выяснить, является ли официальная статистика абортов в трех странах в постсоветский период сопоставимой или расхождение тенденций – всего лишь статистический артефакт.

Законодательство в сфере внутрисемейного регулирования рождаемости мало изменилось после распада СССР

В ноябре 1920 года Советская Россия впервые в мире приняла решение о легализации искусственного прерывания беременности, которое после создания СССР распространилось на всю его территорию. С 1936 по 1955 года аборты в СССР были запрещены, за исключением абортов по медицинским показаниям; в 1955 году аборт снова легализовали. С 1955 года прерывание беременности разрешено в срок до 12 недель, после этого срока - только по медицинским показаниям. В 1987 Минздрав СССР разрешил искусственный аборт в период до 28 недель беременности по немедицинским показаниям (Приказ МЗ СССР №1342 от 31 декабря 1987). Такими основаниями могли быть: смерть мужа во время беременности, пребывание в местах лишения свободы, многодетность (свыше 5 детей), лишение прав материнства, развод во время беременности, изнасилование, инвалидность предыдущего ребенка.

После распада СССР законодательство в отношении аборта в бывших союзных республиках мало изменилось.

В России Основами законодательства об охране здоровья граждан, принятыми в 1993 году (ФЗ №5487-1 от 22.07.1993), в статье 36, было определено, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Далее в законе говорилось, что искусственное прерывание беременности может проводиться по желанию женщины при сроке беременности до 12 недель, при наличии социальных показаний - при сроке до 22 недель и на любом сроке беременности, если имеются медицинские показания и согласие женщины. Эти положения сохранились и в недавно принятом законе "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (№ 323-ФЗ от 21.11.2011).

Почти дословно формулировки российского законодательства совпадают с текстом статьи 27 белорусского закона "О здравоохранении" (№ 2435-XII от 18.06.1993). Единственное отличие заключается в том, что согласно законодательству Белоруссии аборт после 12 недель беременности можно делать только в государственных организациях здравоохранения, тогда как в России такого ограничения нет. Как в России, так и в Белоруссии перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности определяется Министерством здравоохранения, а перечень социальных показаний - Правительством.

В постсоветской Украине право на прерывание беременности было подтверждено Основами законодательства об охране здоровья (Основи законодавства України про охорону здоров'я, №2801-XII, 19.11.1992), в статье 50. Аборт по желанию женщины разрешен в сроки беременности до 12 недель в учреждениях здравоохранения, имеющих на это право; в отдельных случаях, определенных законодательством, производство аборта допускается в сроки от 12 до 22 недель беременности.

Таким образом, в трех странах аборт до 12 недель беременности разрешен по желанию женщины, в более поздние сроки - по медицинским показаниям. В отношении аборт по социальным показаниям имеются различия. В настоящее время самый широкий перечень социальных показаний для позднего аборта действует в Белоруссии. Он состоит из десяти пунктов (Постановление Совета Министров Республики Беларусь от 23.10.2008 №1580), среди которых: пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, наличие инвалидности I, II группы у мужа, наличие ребенка-инвалида с детства, смерть мужа во время беременности женщины, расторжение брака во время беременности, наличие решения суда о лишении родительских прав, беременность в результате изнасилования, многодетность (число детей 3 и более), признание женщины или ее мужа в установленном порядке безработными во время беременности женщины, наличие у женщины статуса беженца.

В России в 2003 году перечень социальных показаний был резко сокращен - с 13 до 4-х пунктов, а в 2012 году - **до одного пункта**.

На Украине в 2006 году социальные показания были исключены из законодательства (Постановление Кабинета Министров Украины №144 от 15.02.2006). До этого список социальных оснований для прерывания беременности во многом повторял отмененный в 2003 году российский список и ныне действующий белорусский список (за исключением наличия статуса безработного или беженца, низкого дохода и отсутствия жилья).

Во всех трех странах процедура аборта входит в базовый пакет государственных гарантий оказания медицинской помощи, то есть по закону должна выполняться в государственных организациях здравоохранения бесплатно.

Что касается контрацепции, то в изучаемых странах нет специальных законов, регулирующих применение контрацепции. Лишь такой метод, как стерилизация, законодательно регламентирован. В России стерилизация может быть проведена по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а при наличии медицинских показаний - независимо от возраста и наличия детей. В Белоруссии, согласно закону "О

здоровоохранении", условием контрацептивной стерилизации является достижение совершеннолетия. На Украине право на стерилизацию с контрацептивной целью в законе не прописано, но хирургическая стерилизация разрешена при наличии медицинских показаний (для женщин таковых 15, для мужчин 3) (Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 6 липня 1994, №121).

На Украине существуют ведомственные акты, регламентирующие деятельность службы планирования семьи, и клинические протоколы использования контрацепции (чего в Белоруссии и России нами не найдено). Ни в одной из стран нет собственного производства гормональных контрацептивов, поэтому их стоимость довольно высока. Противозачаточные средства приобретаются, как правило, за собственные деньги.

Статистический учет абортов и контрацепции

Основной учет абортов в изучаемых странах ведут министерства здравоохранения (МЗ) (в случае РФ Министерство здравоохранения и социального развития, МЗСР), поскольку большинство операций по прерыванию беременности проводятся именно в государственных учреждениях здравоохранения. Национальные статистические службы⁶ добавляют к этим данным аборты, зарегистрированные в лечебных учреждениях других министерств и ведомств и в негосударственных лечебных учреждениях. Таким образом, статистика, представленная статистическими ведомствами, является более полной, чем статистика МЗ.

В России на учреждения Министерства здравоохранения и социального развития приходится порядка 90% зарегистрированных абортов; негосударственный сектор дает в среднем по стране 8-9% абортов, однако эта доля колеблется по регионам от нуля до 1/3.

Доля абортов, сделанных в частном секторе, в Белоруссии и Украине неизвестна, так же как и полнота отчетов о работе частного сектора здравоохранения. Авторы отчета «Аборты и контрацепция в Украине»⁷ отмечают, что в некоторых регионах Украины статистические данные о деятельности частных медицинских предприятий отсутствуют. Сведения о качестве учета в Белоруссии противоречивы. По мнению одних экспертов, высказанному в 2004 году, «...в связи с развитием платных гинекологических услуг определенная часть прерываний беременности в ранние сроки методом вакуум-аспирации проводится в коммерческих медицинских центрах, а сбор соответствующих статистических данных [в них] еще не налажен»⁸. В качестве аргумента приводится тот факт, что удельный вес абортов, выполненных более щадящим для здоровья методом вакуум-аспирации, в государственных медицинских учреждениях в последние годы снижался. По мнению других экспертов, в настоящее время коммерческие аборты в Белоруссии в основном учитываются государственной статистикой⁹.

Достоверность российской статистики абортов была подтверждена путем сравнения результатов выборочных опросов женщин о перенесенных абортах за два года перед опросом в отдельных регионах страны в 1988/1989, 1996 и 2000 годах с официальными данными за те же годы¹⁰. Два национально репрезентативных обследования населения Украины в 1999 и 2007 годах также подтвердили, что официальные данные, скорее всего, отражают реальный уровень абортов (если принять, что женщины дают правдивые ответы на вопросы о недавно перенесенных абортах). Так, по данным обследования "1999 Ukraine Reproductive Health Survey – URHS"¹¹, коэффициент абортов за два года, предшествующих интервью, составил 54 на 1000 женщин в возрасте 15-44 года, а средний показатель зарегистрированных абортов за 1997-1998 годы составил 52 на 1000 женщин 15-44 лет. По результатам Ukraine DHS – 2007¹², коэффициент абортов за три года, предшествующих интервью, составил 15 на 1000 женщин в возрасте 15-49 лет при том, что официальный показатель в среднем за 2005-2007 гг. был равен 19,5 на 1000 женщин 15-49 лет. То есть показатели абортов, полученные из двух разных источников – опросов женщин и текущей регистрации, - показали близкие значения.

Следует иметь в виду, что первичный документ - статистическая форма учета аборт - во всех трёх странах включает самопроизвольные аборты, а также "криминальные"¹³ и "неуточненные"¹⁴ аборты; такая практика сложилась еще в советское время. В России, например, в 2010 году самопроизвольные аборты составили более 16%, а неуточненные – более 5% всех аборт, зарегистрированных МЗСР. На Украине около 7% учтенных МЗ в 2007 году аборт отнесены к самопроизвольным и около 19%¹⁵ к неуточненным¹⁶. Это завышает показатели аборт в Белоруссии, России и Украине относительно других стран. При международных сравнениях следовало бы учитывать только искусственные аборты. Однако данные о самопроизвольных и внебольничных абортах, как правило, не публикуются. Можно предположить, что включение внебольничных аборт в официальную статистику в рассматриваемых странах с лихвой компенсирует возможный недоучет.

Таким образом, государственные системы сбора данных об абортах очень похожи в трех странах, имеют схожие достоинства и недостатки, поэтому мы полагаем, что статистика аборт в них **вполне сопоставима**. И расхождение в темпах снижения аборт – реальный факт.

Официальная статистика применения методов контрацепции в Белоруссии, России и Украине тоже мало различается. Министерства здравоохранения собирают сведения о числе женщин, использующих два вида контрацепции: внутриматочные спирали (ВМС) и гормональную контрацепцию. Учитываются те женщины, которые обратились в медицинские учреждения, принадлежащие МЗ, в данном году. Эти данные, скорее всего, неполные. Гормональные таблетки можно приобрести без рецепта, неизвестна продолжительность использования данных методов; кроме того, услуги по планированию семьи оказывают и частные клиники. Поэтому данные МЗ вряд ли могут служить достоверной оценкой распространенности контрацепции среди населения, тем не менее, они позволяют судить о тенденциях изменения во времени.

Объясняются ли различия в показателях аборт структурой контрацепции?

В большинстве случаев аборт - это результат незапланированной беременности. Среди непосредственных факторов, влияющих на исход беременности, можно назвать желаемое число детей, распространенность методов контрацепции и эффективность их применения, а также возможность и готовность прервать беременность, если пара потерпела неудачу при использовании контрацепции или не использовала контрацепцию¹⁷. Поскольку между тремя рассматриваемыми странами нет больших различий в желаемом числе детей и отношение к абарту во всех трех странах достаточно толерантное¹⁸, учитывая их общую историю, можно предположить, что объяснение разных уровней аборт следует искать в особенностях контрацептивного поведения.

Согласно официальной статистике министерств здравоохранения, число женщин, использующих гормональную контрацепцию, в трех странах неуклонно росло с начала 1990-х (рис. 3). При этом самый высокий уровень использования гормональной контрацепции на протяжении рассматриваемого периода демонстрирует Белоруссия, что хорошо соотносится с лидерством этой страны в снижении аборт. Доля женщин репродуктивного возраста, применяющих гормональную контрацепцию и состоящих под наблюдением врача в государственной клинике, выросла в Белоруссии с 5% в 1990 до 20% в 2010 году; особенно быстрый рост наблюдался в 2000-е годы. Украина в последние годы достигла такого же уровня. Россия же существенно отстает, хоть и здесь произошел большой прирост по сравнению с началом 1990-х (2% женщин в 1990 и 12% в 2010).

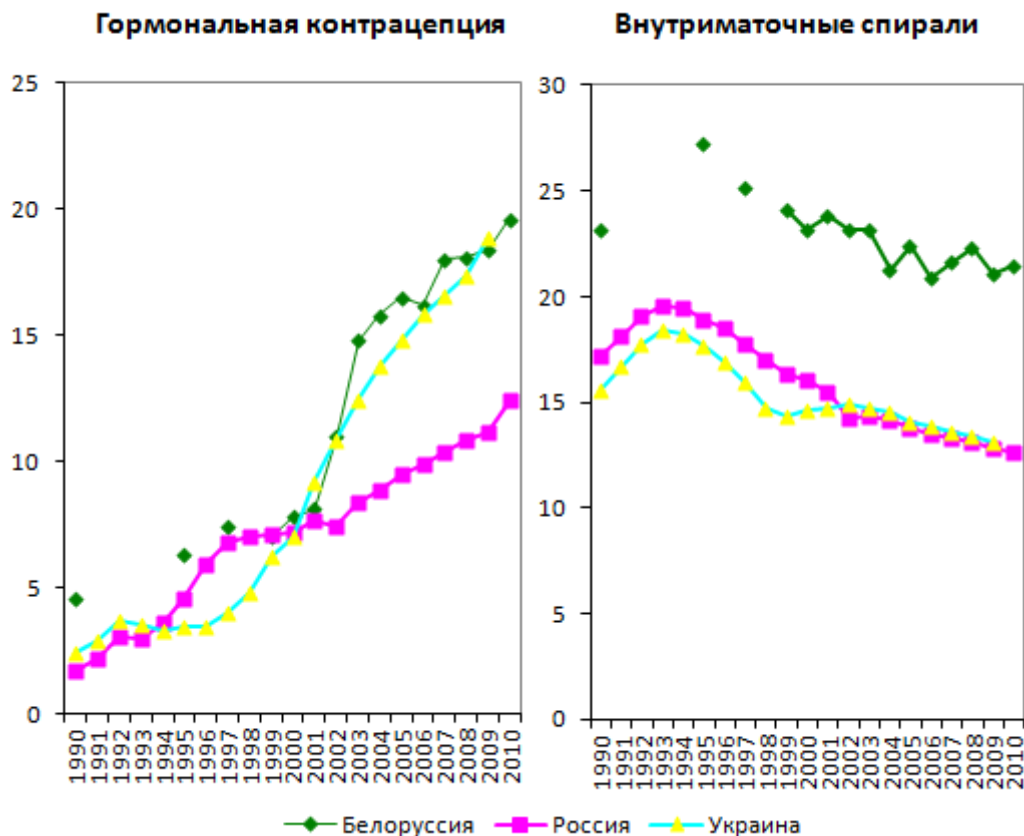


Рисунок 3. Доля женщин в возрасте 15-49 лет, применяющих ВМС и гормональную контрацепцию, на начало года, %. По данным МЗ

Несмотря на некоторое снижение популярности ВМС (рис. 3), суммарная доля женщин, использующих эти два вида высокоэффективной контрацепции, в Белоруссии и Украине за период после 1990 года возросла (с 28% до 41% и с 18% до 32%, соответственно), тогда как в России мало изменилась (19-22% в начале 1990-х и 25% в 2010 году). В России лишь изменилось соотношение методов в пользу гормональной контрацепции.

Результаты проведенных приблизительно в одно и то же время выборочных обследований свидетельствуют о том, что для всех трех стран характерен в целом высокий уровень использования контрацепции. Самый большой удельный вес пар, использующих на момент проведения опроса какой-либо метод контрацепции, отмечается в России (77%), близкий процент имеет Белоруссия (74%) и немного ниже этот показатель на Украине (69%) (табл. 2). Это уровень, вполне сопоставимый с другими развитыми странами, такими как Франция, Нидерланды, Германия, Португалия, США.

Таблица 2. Применение методов контрацепции среди женщин репродуктивного возраста, имеющих партнера, %

	Белоруссия – 2005	Россия – 2007	Украина – 2005
Какой-либо метод	74,4	77,3	68,8
Стерилизация	2,5	2,3	1,3
ВМС	26,6	21,4	27,0
Гормональные таблетки	10,7	12,5	11,3
Презерватив	21,6	26,5	26,2
Календарный метод	9,1	14,0	6,5
Прерванный половой акт	18,3	12,2	12,4
Другое	2,8	7,8	3,5
Никакого метода	25,6	21,8	31,2
Нет ответа		0,9	
Число респондентов	4077	2032	4042

Примечание: респонденты могли указать несколько методов, поэтому сумма не равна 100%.

Источник: здесь и далее в таблицах, если не указано иное, расчеты, основанные на Multiple Indicator Cluster Surveys/MICS3 в Белоруссии и Украине¹⁹ и на обследовании РидМиЖ-2007²⁰ в России.

Сходство стран прослеживается не только в распространенности контрацепции, но и в структуре применяемых методов. Около 2/3 женщин, состоящих в партнерском союзе, заявляют о применении современных методов контрацепции. И в Белоруссии, и в России, и на Украине самыми популярными методами являются презерватив и внутриматочная спираль (ВМС); правда, в России презерватив стоит на первом месте, а в двух других странах – на втором (табл. 2). На третьем месте по частоте использования в России находится календарный метод (учет опасных для зачатия дней), а в Белоруссии и Украине – прерванный половой акт; и тот и другой относятся к традиционным методам с невысокой эффективностью. Четвертое место во всех трёх странах занимают гормональные противозачаточные таблетки; их удельный вес составляет 11% в Белоруссии и Украине и 12,5% в России, что намного меньше, чем в странах Западной Европы, где, в среднем, 46% замужних женщин принимают гормональные таблетки²¹. Напомним, что согласно официальной статистике, которая учитывает всех женщин (не только замужних), обратившихся к врачу в данном году, Россия по распространенности гормональной контрацепции существенно отстает от Белоруссии и Украины (рис. 3). Значит ли это, что россиянки реже обращаются в государственные клиники по вопросам планирования семьи? Другие гормональные методы контрацепции (инъекции, импланты) используются очень редко (менее 0,5%). Негативное отношение к гормональной контрацепции, в том числе среди врачей, сложилось ещё в советские времена и, по всей видимости, не преодолено до сих пор.

Самый популярный в мире метод контрацепции – стерилизация – не получил распространения в изучаемых странах. На женскую стерилизацию указали всего 2,5% респонденток в Белоруссии, 2,3% - в России и 1,3% - на Украине. Случаи мужской стерилизации единичны. Судя по данным РидМиЖ-2007, распространенность контрацептивной стерилизации в действительности может быть ещё ниже, чем показал опрос, так как некоторые ответы заставляют подвергнуть сомнению контрацептивную цель операции и/или то, что вопрос был понят респондентами правильно²².

Около 1/5 пользователей контрацепции в трех странах ответили, что применяют несколько методов контрацепции одновременно (табл. 3). При этом некоторые сочетания методов, применяемых одной и той же женщиной, кажутся не имеющими смысла, например, гормональные таблетки и импланты, стерилизация и ВМС. Наибольшая доля женщин, сообщивших об одновременном использовании 4-х и более методов, отмечена в России (1,3%).

Таблица 3. Распределение респондентов по числу применяемых одновременно методов контрацепции. Все женщины, применяющие контрацепцию = 100%

Число методов контрацепции	Белоруссия – 2005	Россия – 2007	Украина – 2005
1	80,5	81,4	78,0
2	16,6	13,6	16,9
3	2,4	3,7	4,3
4 и более	0,5	1,3	0,9
Всего	100,0	100,0	100,0

Скорее всего, женщины, указывающие на одновременное использование 4 и больше методов, имеют в виду использование этих методов когда-либо в своей жизни, а не на момент проведения обследования, или просто сообщают о знании тех или иных методов. Заявление об одновременном применении более двух методов предохранения от беременности может свидетельствовать о «непостоянстве», частом переходе от одного метода к другому, что снижает эффективность контрацепции²³.

В табл. 4 представлено распределение женщин по наиболее эффективному из применяемых методу контрацепции. Если респондент указал несколько методов, то в данной таблице оставлен только один – самый эффективный, например, если женщина применяет презерватив и гормональные таблетки, оставлены таблетки. В результате такого преобразования соотношение методов немного меняется в сторону большей доли высокоэффективных и, соответственно, меньшей доли традиционных методов, поскольку последние чаще применяются в сочетании.

По данным табл. 4 (как и табл. 2) самыми распространенными методами в трёх странах являются внутриматочная спираль и презерватив; суммарно их использует почти половина женщин репродуктивного возраста, имеющих партнера. Но при этом доля применяющих ВМС в Белоруссии и Украине равна 27%, тогда как в России 21%. Соответствующие цифры по применению презерватива в качестве самого эффективного метода: 18% в Белоруссии, 21% в Украине и 23% в России. Поскольку ВМС - намного более эффективный метод предохранения, чем презерватив, соотношение этих двух методов в случае России выглядит менее выигрышным, чем в двух других странах.

Таблица 4. Распределение по самому эффективному из применяемых в настоящее время методов контрацепции*, %. Женщины репродуктивного возраста, имеющие партнера на момент опроса

	Беларусь - 2005	Россия - 2007	Украина - 2005
Какой-либо метод	74,4	77,3	68,8
Стерилизация	2,5	2,3	1,3
ВМС	26,6	21,4	27,0
Гормональные таблетки	10,4	12,0	10,3

Презерватив	17,9	23,4	21,3
Календарный метод	5,7	7,6	2,9
Прерванный половой акт	9,8	5,7	4,4
Другое	1,5	4,8	1,5
Современный метод (в том числе в сочетании с традиционным)	57,9	60,8	61,0
Традиционный метод	16,5	16,5	7,8
Никакого метода	25,6	21,8	31,2
Нет ответа		0,9	
Всего	100,0	100,0	100,0

*Ранжирование методов по их эффективности взято из американского источника²⁴.

Доля пар, выбирающих в качестве основного традиционный метод, в Белоруссии и России велика – 16,5%. На Украине она вдвое ниже (около 8%), но все равно намного превосходит соответствующий показатель для западноевропейских стран. В то же время Украина отличается наибольшей долей не применяющих контрацепцию вообще. К сожалению, программы обследований не содержат вопросов относительно причин отказа от контрацепции.

Результаты указанных обследований в трех странах показали и схожие зависимости контрацептивного поведения от демографических и социальных характеристик женщин. Характерными особенностями структуры применяемых методов в зависимости от возраста и числа рожденных детей являются следующие: более молодые пары, не имеющие детей, либо имеющие одного ребенка, активнее применяют презерватив и гормональные таблетки; в возрасте 30-44 года среди женщин, уже имеющих детей, в структуре контрацепции с большим отрывом лидирует ВМС, после 40 лет заметно увеличивается доля использующих только традиционные методы (последнее менее выражено на Украине) (рис. 4).

Женщины, живущие с партнером в незарегистрированном браке, чаще используют гормональные таблетки, чем замужние женщины, и, наоборот, применение ВМС больше характерно для женщин в зарегистрированном браке. Более высокий уровень образования определяет не только более высокую распространенность контрацепции, но и больший удельный вес гормональных таблеток и презерватива в структуре применяемых методов. В трёх странах популярность гормональных таблеток и презерватива выше в городах, чем в сельской местности.

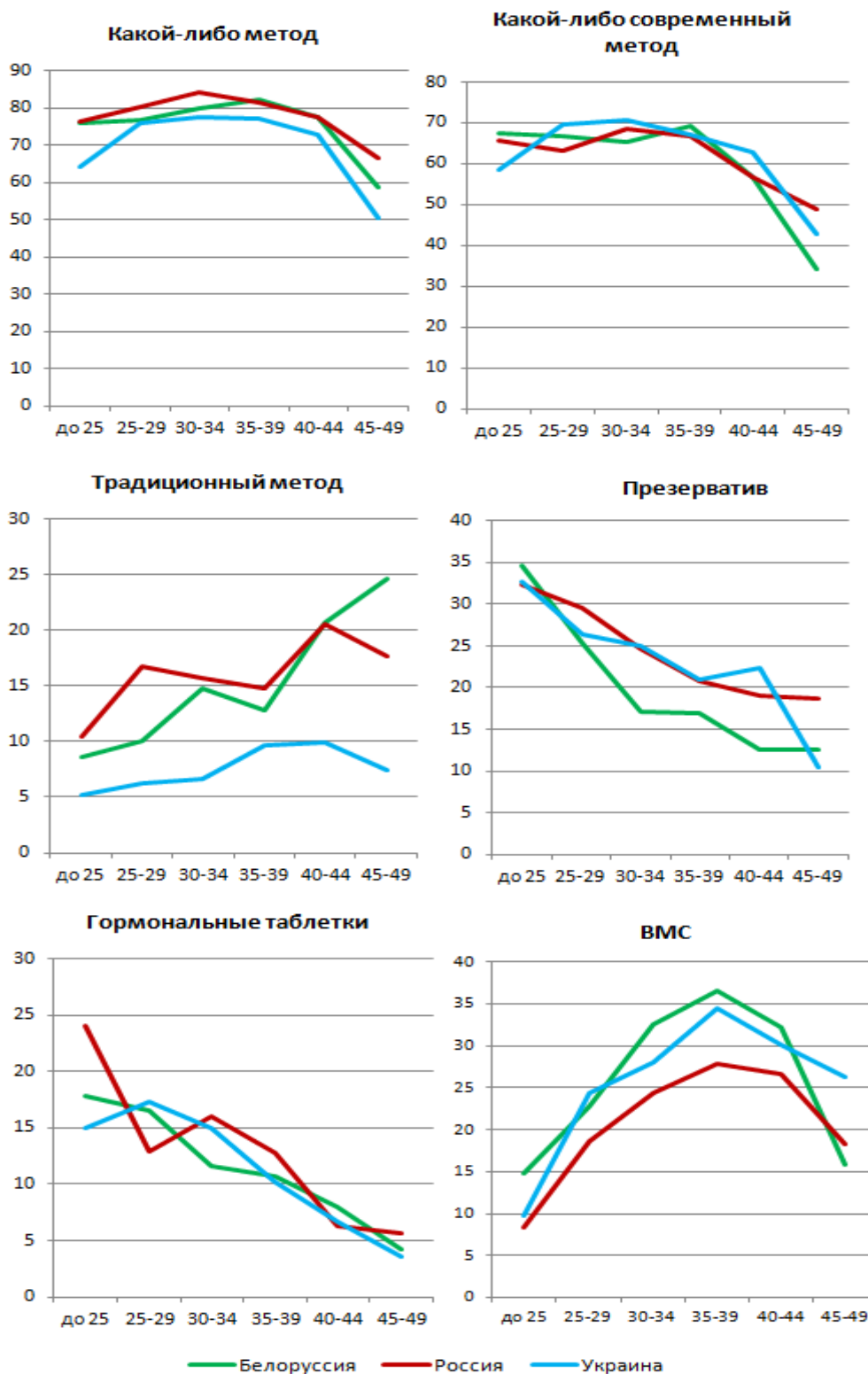


Рисунок 4. Применение методов контрацепции в зависимости от возраста, %. Женщины репродуктивного возраста, имеющие партнера

Важным индикатором риска аборта является *неудовлетворенная потребность в планировании семьи*. Он показывает удельный вес пар, которые не желают заводить ребенка в ближайшее время, здоровы (способны к зачатию), но при этом не применяют никаких средств предохранения от беременности. Для расчета этого показателя в России мы использовали следующие вопросы анкеты РИДМИЖ: «Собираетесь ли Вы завести (еще одного) ребенка в течение ближайших трёх лет?», «Как вы думаете, а Вы физически могли бы иметь ребенка (детей), если бы Вы этого захотели?» и «Как Вы думаете, Ваш нынешний партнер физически мог бы иметь (еще одного) собственного ребенка, если бы он этого захотел?». В обследовании MICS вопросы были сформулированы несколько иначе, но, тем не менее, они позволяют выделить респондентов, которые по состоянию здоровья «не могут забеременеть», а также тех, кто «планирует родить (еще одного) ребенка» (для сопоставимости с Россией среди последних мы выбрали тех, кто планирует родить ребенка через 1-2 года и «в ближайшее время»). Таким женщинам теоретически не нужна контрацепция. В программе MICS3 для Украины содержался также дополнительный вопрос «Как вы думаете, Вы физически могли бы забеременеть сейчас?», что делает расчет для Украины более точным, чем для Белоруссии.

По уровню неудовлетворенной потребности в планировании семьи страны различаются, хотя в каждой из них по мировым меркам он высок. Россия имеет самый низкий показатель неудовлетворенной потребности в контрацепции (13%). Показатель для Белоруссии на треть выше (16%), а для Украины в 1,5 раза выше, чем в России (18%). Даже имея в виду разные способы расчета этого показателя в трех странах, можно утверждать, что неудовлетворенная потребность в контрацепции в России, по крайней мере, не выше, чем в Белоруссии и Украине, при самом высоком среди трёх стран уровне абортов. Такое соотношение выглядит парадоксальным. Можно предположить, что россиянки сильно приукрашивают картину в ходе опроса, выдавая намерение использовать тот или иной метод контрацепции или использование метода когда-либо в своей жизни за регулярное и правильное использование, но то же самое можно сказать и о респондентах в Белоруссии и Украине.

С другой стороны, удивляет и тот факт, что Белоруссия и Украина имеют низкие уровни рождаемости и абортов при не очень эффективной структуре контрацепции – доля пар, использующих такие современные методы, как гормональная контрацепция и стерилизация, очень малы (особенно на фоне других развитых стран). На уникальность соотношения быстро снижающегося уровня абортов и низкой доли самых эффективных на сегодняшний день методов в структуре контрацепции на Украине указывали и другие авторы²⁵.

Роль государственной политики

Важную роль в ускорении перехода «от аборта к контрацепции» может играть государственная политика, продвигающая идеологию так называемого ответственного родительства, то есть рождения желанных детей в оптимальные для пары сроки при помощи методов планирования семьи, а не аборта. С этой точки зрения между тремя странами существуют значительные различия.

Наиболее благоприятной и последовательной является государственная политика в отношении планирования семьи на Украине. Система планирования семьи здесь стала складываться в первой половине 1990-х годов; в 1995 была принята национальная целевая программа «Планирование семьи» до 2000 года (утверждена Постановлением Кабинета Министров №736 от 13.09.1995); затем последовали: национальная программа «Репродуктивное здоровье 2001-2005» (утверждена Указом Президента Украины №203/2001 от 26.03.2001) и программа «Репродуктивное здоровье нации» на период до 2015 года (утверждена Постановлением Кабинета Министров №1849 от 27.12.2006). Благодаря действию этих программ в стране была создана сеть центров и кабинетов охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, получили развитие клиники, дружественные молодежи. Была проведена большая работа по воспитанию ответственного сексуального поведения, повышению информированности населения о методах предупреждения

нежелательной беременности²⁶. Законодательство Украины предусматривает возможность бесплатного обеспечения современными контрацептивами женщин из групп риска (например, малообеспеченных, тяжелобольных) и молодежи (согласно Постановлению Кабинета Министров №1303 от 17.08.98), и на это государство выделяет деньги²⁷.

В России за последние двадцать лет политика в отношении планирования семьи менялась - от содействия до критики и игнорирования. В начале 1990-х годов на волне демократических преобразований в России, как и на Украине, была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», получившая в 1994 году статус президентской (в рамках программы «Дети России», Указ Президента РФ от 18.08.1994 №1696). Программа была призвана коренным образом изменить отношение к репродуктивным правам в обществе и создать условия для реализации этих прав. В годы действия Программы в России впервые была создана служба планирования семьи в виде сотен центров планирования семьи и репродукции в ведении Министерства здравоохранения. Были организованы курсы подготовки и повышения квалификации специалистов. Велась значительная работа по повышению сексуальной культуры населения, предусматривалось создание и внедрение программ сексуального образования подростков. Однако принимаемые меры встретили активное сопротивление определенной части общества, против программы была развернута кампания, которая нашла поддержку в Государственной Думе РФ, и уже в 1998 году ее финансирование было исключено из государственного бюджета. Программы сексуального образования в школах так и не были введены.

Отношение российского государства к праву на безопасную и приносящую удовлетворение сексуальную жизнь, на планирование семьи и репродуктивный выбор было и остаётся двусмысленным, а часть общества настроена по отношению к этим правам откровенно негативно. Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом её ограничения, а широкий доступ к методам контрацепции приводит, якобы, к снижению рождаемости, широко распространён как на уровне обывателя, так и на уровне лиц, принимающих решения. А поскольку официально декларируемой политикой всегда был пронатализм, продвижению идеологии планирования семьи не уделяется внимания. Возобновление программы, подобной «Планированию семьи», сегодня, в условиях провозглашенного государством курса на повышение рождаемости, вряд ли возможно; наоборот, созданные в 1990-е годы центры планирования семьи и репродукции постепенно закрываются из-за недостаточного финансирования.

Судя по последним политическим решениям, основное внимание государства направлено на: ограничение доступности искусственного аборта, запугивание населения информацией о его вредных последствиях для здоровья и моральной неприемлемости²⁸. Об альтернативных аборту способах регулирования рождаемости почти не говорится.

Можно предположить, что пути получения информации о контрацепции играют существенную роль в эффективности ее использования. Очевидно, что качество информации, получаемой из интернета, СМИ, друзей и знакомых, существенно отличается от профессиональной консультации. Соответственно, сворачивание программ планирования семьи в России не способствует повышению эффективности использования контрацепции.

Во всех трех странах активную борьбу против права на репродуктивный выбор ведет церковь; но нам представляется, что Русская Православная церковь оказывает наибольшее давление на решения государственных органов власти России. В начале 2011 года Патриарх Московский и всея Руси Кирилл направил государственному руководству РФ ряд предложений по совершенствованию национальной политики в сфере заботы о семье и детстве, среди которых и меры по противодействию абортам²⁹. В частности, он предложил вывести операции по прерыванию беременности (за исключением случаев прямой угрозы жизни матери) из системы медицинского страхования. Предложения РПЦ имеют немалые шансы быть реализованными. Вот, например, цитата из приветствия Министра здравоохранения и социального развития РФ Т. Голиковой в адрес участников II Всероссийского съезда православных врачей России: «Одним из

существенных моментов, где роль Церкви особенно значима, является сохранение семейных традиций и ценностей, профилактика и снижение числа аборт. Необходимо и дальше развивать пропаганду о том, какой вред наносят аборт здоровью, информировать население, особенно молодежь, о возможных осложнениях, рассказывать о влиянии аборт на психологическое состояние женщины и формировать правильный психологический настрой на материнство»³⁰.

Что касается Белоруссии, где достигнуты наибольшие успехи в снижении уровня аборт, специальных программ по продвижению планирования семьи там не принималось. Вопросы охраны репродуктивного здоровья, важности воспитания ответственности сексуального и репродуктивного поведения затрагивались в более общих документах, таких как Республиканская программа «Женщины Республики Беларусь» или «Национальный план действий по улучшению положения женщин на 1996-2000 гг.» и др. Наиболее близким к рассматриваемой теме (из того, что удалось найти) является содержание Республиканской комплексной программы по планированию беременности и профилактике невынашивания на 2008-2010 гг. (утверждена Приказом Министерства здравоохранения РБ от 23.01.2008 №42). В этой программе напрямую говорится о необходимости широкой пропаганды различных видов контрацепции, обеспечения бесплатной контрацепцией женщин и подростков из социально неблагополучных семей или имеющих медицинские противопоказания к беременности, открытия кабинетов здоровья молодежи, в задачи которых входит профилактика беременности и ИППП. Правда, статус самой программы не совсем ясен.

Заключение

Гипотеза о том, что различия в темпах снижения уровня аборт между Россией, с одной стороны, и Белоруссией и Украиной, с другой, являются статистическим артефактом, не подтвердилась. Белоруссия, Россия и Украина имеют либеральные законы об аборт, и различия в положениях, регламентирующих прерывание беременности, между странами являются незначительными. В регионе нет правовых препятствий для использования современных средств контрацепции.

Системы сбора данных об аборт аналогичны во всех трёх странах. Они обладают одними и теми же преимуществами и недостатками, таким образом, абортная статистика этих стран вполне сопоставима по качеству и полноте. Это позволяет сделать вывод о том, что расхождение в тенденциях показателей аборт, наблюдаемое в постсоветский период в этих странах, – реальный феномен.

Материнская смертность от аборт значительно ниже в Белоруссии и Украине, чем в России. Этот факт также может служить подтверждением различий в распространённости практики аборт. Хотя после 1990 года смертность от аборт в России резко сократилась (с 13,6 на 100 тысяч живорожденных в 1990 году до 2,3 на 100 тысяч в 2009³¹), её текущий уровень в России в два раза выше, чем на Украине³². Согласно интервью главного акушера-гинеколога Министерства здравоохранения Белоруссии, в последние шесть лет смертей от аборт в Белоруссии не наблюдалось³³.

В некоторой степени официальная статистика использования гормональной контрацепции и ВМС может объяснить, почему аборт менее распространён в Белоруссии и Украине, чем в России. Статистика МЗ говорит о том, что белорусские и украинские женщины, посещающие медицинские учреждения, более активно используют эти два современных метода по сравнению с россиянками. Можно предположить, что системы здравоохранения Белоруссии и Украины более активны в продвижении и поощрении современных методов контрацепции, что ведёт к более последовательному и грамотному их использованию женщинами.

Результаты, полученные на основе материалов выборочных обследований, во многом противоречат данным государственной статистики о применении контрацепции. При прочих равных условиях женщины из российской выборки более склонны к использованию современной

контрацепции (по сравнению с респондентками из Белоруссии и Украины); неудовлетворенная потребность в планировании семьи в России ниже, чем в двух других странах. Парадоксальное сочетание более высокой доли пользователей контрацепции и более высокого уровня аборт в России сравнительно с Украиной было отмечено и в материалах обследования 1999 года³⁴. С другой стороны, низкий уровень рождаемости и быстрое снижение уровня абортов в Белоруссии и Украине удивительным образом сочетаются с не очень эффективной структурой методов контрацепции. Таким образом, данные опросов не дают объяснения, почему Белоруссия и Украина прогрессируют в сокращении абортов заметно быстрее, чем Россия. Чтобы разобраться в ситуации, дизайн обследований должен быть другим, не таким как в MICS и РИДМИЖ.

По нашему мнению, основной источник наблюдаемых различий между странами заключается в особенностях контрацептивного поведения, в адекватности знаний и практики контрацепции. Другими словами, важно, чтобы женщины, использующие контрацепцию, пользовались ею надлежащим образом. Возможно, более высокая контрацептивная культура населения Белоруссии и Украины по сравнению с Россией ведёт к более адекватному применению методов и, как следствие, к меньшей частоте контрацептивных неудач, приводящих к аборту. Такое объяснение хорошо согласуется с различной ролью медицинских работников и набором услуг, предоставляемых женскими консультациями. Кабинет планирования семьи, обязательный в Белоруссии и на Украине, в России заменяется кабинетом психолога, задачей которого является отговорить женщину от аборта в пользу рождения ребенка.

Различия в государственной политике в трёх странах, на наш взгляд, вносят свой вклад в объяснение более высокого уровня абортов в России. Официальная (на правительственном уровне) позиция РФ в отношении планирования семьи в последние годы кардинально изменилась. На смену научным разработкам и принципам доказательности пришли религиозный фундаментализм и ещё более усиленный государственный пронатализм. Распространяется миф о том, что контроль рождаемости является синонимом низкого уровня рождаемости, и улучшение доступа к услугам по планированию семьи неизбежно ведёт к сокращению рождаемости. В Белоруссии и на Украине такого резкого поворота в позиции правительства по отношению к планированию семьи не наблюдается (пока)³⁵.

То, каким образом информация о контрацепции доходит до потребителя играет важную роль в эффективности её использования. Качество информации, полученной из Интернета и других средств массовой информации, друзей и знакомых существенно отличается от профессиональной консультации. Отсутствие соответствующих медицинских услуг, сексуального образования и государственного содействия планированию семьи может привести и приводит к неэффективному использованию противозачаточных средств и увеличению риска нежелательной беременности.

¹ Денисов Борис Петрович, к.э.н., с.н.с. Лаборатории экономики народонаселения и демографии экономического ф-та МГУ им. М.В. Ломоносова

² Сакевич Виктория Ивановна, к.э.н., с.н.с. Института демографии НИУ ВШЭ

³ Захаров С.В. Рост числа рождений в России закончился? // Демоскоп Weekly, № 453–454, 7-20 февраля 2011 года; Пирожков С.И., Сафарова Г.Л. Украина и Россия в демографическом измерении // Демоскоп Weekly, № 405–406, 1-24 января 2010 года; Шахотько Л.П., Шахотько Д.В. Брачность и рождаемость в Беларуси // Демоскоп Weekly, № 469-470, 6-19 июня 2011 года; Goldstein JR, Sobotka T and Jasilionene A, The End of "Lowest-Low" Fertility? *Population and Development Review*, 2009, 35 (4): 663–699.

⁴ Henshaw SK, Induced Abortion: A Worldwide Perspective, *Family Planning Perspectives*, Vol. 18, No. 6 (Nov. - Dec., 1986), pp. 250-254. Avdeev A, Blum A and Troitskaya I, The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991, *Population: An English Selection*, 1995, 7: 39-66. Демографическая модернизация России, 1900-2000. Под ред. А.Вишневого. М.: Новое издательство, 2006.

- ⁵ David HP and Popov AA, Russian Federation and USSR Successor States, From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present / Edited by Henry P David with the assistance of J Skilogianis. Greenwood Press. 1999. Agadjanian V, Is „abortion culture“ fading in the former Soviet Union? Views about abortion and contraception in Kazakhstan, *Studies in Family Planning*, 2002, 33(3): 237-248.
- ⁶ Росстат в России, Белстат в Белоруссии и Госкомстат на Украине.
- ⁷ Минздрав Украины, ВОЗ (2008). Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации. Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения. Киев, 2008, с. 63.
- ⁸ UNFPA (2004). Беларусь: 10 лет после Международной Каирской конференции по народонаселению и развитию. Национальный отчет, изданный при финансовой поддержке UNFPA. Беларусь, Минск, 2004, с. 42.
- ⁹ Из личной беседы с белорусским демографом Л.П. Шахотько со ссылкой на Белстат; это подтвердили и представители нескольких частных клиник в Минске.
- ¹⁰ Philipov et al., Recent Trends in Induced Abortions in Russia and Under-Reporting in Surveys. *European Journal of Population*, 2004, 20: 95-117.
- ¹¹ Kiev International Institute of Sociology (KIIS), Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and United States Agency for International Development (USAID). 1999 Ukraine Reproductive Health Survey. Ukraine: Kiev International Institute of Sociology. September 2001.
- ¹² Ukrainian Center for Social Reforms (UCSR), State Statistical Committee (SSC) [Ukraine], Ministry of Health (MoH) [Ukraine], and Macro International Inc. Ukraine Demographic and Health Survey 2007. Calverton, Maryland, USA: UCSR and Macro International. September 2008.
- ¹³ К криминальным абортам относят случаи, когда установлено вмешательство с целью прерывания беременности самой беременной или другими лицами вне лечебного учреждения.
- ¹⁴ Внебольничные аборты, криминальный характер которых не установлен, при этом женщина не состояла на учете по беременности.
- ¹⁵ Такая высокая доля неуточненных абортов в 2007 г. может быть связана, на наш взгляд, с отменой в 2006 права на поздний аборт по социальным показаниям. В 1990-е г доля неуточненных абортов составляла 4-8%.
- ¹⁶ Минздрав Украины, ВОЗ (2008). Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации. Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения. Киев, 2008, с.13.
- ¹⁷ Bongaarts J and Westoff ChF, The potential role of contraception in reducing abortion. *Studies in Family Planning*, 2000, 31(3): 193-202.
- ¹⁸ Goldberg HI, Serbanescu F, Relationships Between Abortion and Contraception in Republics of the Former Soviet Union, Prepared for the XXIV General Conference of the International Union for the Scientific Study of Population, Salvador, Brazil, 18-24 August, 2001.
- ¹⁹ «Многоцелевые выборочные обследования (MICS3/МИКС3)» были выполнены при поддержке ЮНИСЕФ; о методике построения выборки и проведения обследования см.: http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html Вопросы о контрацепции были адресованы женщинам репродуктивного возраста (15-49 лет), но не обязательно имеющим партнера. Для сопоставимости с Россией мы анализировали контрацептивное поведение только женщин, имеющих партнера на момент опроса. Правда, партнерство в РИДМИЖ и МИКС3 трактовалось по-разному. В первом случае считалось, что респондентка имеет партнера, если у нее есть человек, с которым ее связывают устойчивые интимные отношения, причем допускалось раздельное проживание партнеров. Во втором случае партнером считался человек, проживающий с респонденткой в одном домохозяйстве. Чтобы обеспечить сопоставимость результатов, мы исключили из рассмотрения российские пары, проживающие раздельно.

²⁰ РидМиЖ является частью Панъевропейской программы «Generations and Gender»/«Поколения и Гендер» (<http://www.unecsc.org/pau/ggp/>) и проведено под руководством Независимого института социальной политики (Москва) (см.: http://www.socpol.ru/gender/Prog_Russia.shtml). Анкета РидМиЖ предлагала респондентам моложе 50 лет, имеющим партнера на момент проведения опроса, перечень методов контрацепции, из которых они могли выбрать применяемые ими «в настоящее время» с целью предотвратить беременность.

²¹ UN (2009) United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. World Contraceptive Use 2009 (POP/DB/CP/Rev2009).

²² Денисов Б.П., Сакевич В.И. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология, 2009, №1, с. 34-39.

²³ Frost J.J., S.Singh and L.B.Finer (2007). U.S.Women's One-Year Contraceptive Use Patterns, 2004. Perspectives on Sexual and Reproductive Health, New York: Guttmacher Institute, 2007, 39(1): 48-55.

²⁴ Trussell J. (2004) Contraceptive efficacy. In: Hatcher RA, Trussell J, Stewart F, Nelson A, Cates W, Guest F, Kowal D. Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition. New York NY: Ardent Media, 2004.

²⁵ Levchuk N., B. Perelli-Harris (2009). Declining fertility in Ukraine: What is the role of abortion and contraception? MPIDR Working Paper WP 2009-045, December 2009.

²⁶ UNFPA (2009) Фонд народонаселения ООН, Український центр соціальних реформ, Інститут демографії та соціальних досліджень НАН України, Державний комітет статистики України. Україна на шляху до 15-ой річниці Міжнародної конференції з народонаселення та розвитку: Стан реалізації Україною Програми дій МКНР протягом 1994-2009 рр. – К.: «День печати», 2009.

²⁷ Минздрав Украины, ВОЗ (2008). Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации. Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения. Киев, 2008.

²⁸ См., например:

<http://demoscope.ru/weekly/2011/0477/reprod01.php>, <http://demoscope.ru/weekly/2011/0483/reprod01.php>, <http://demoscope.ru/weekly/2012/0499/reprod02.php>

²⁹ <http://www.patriarchia.ru/db/text/1386377.html>

³⁰ 1 октября 2009, <http://www.minzdravsoc.ru/health/med-service/83>

³¹ Здравоохранение в России. 2009: Стат. сборник / Росстат. - М., 2009.

³² Діти, жінки та сім'я, 2010, Стат. Збірник / Державний комітет статистики України. Київ, 2010.

³³ Из интервью главного акушера-гинеколога министерства здравоохранения Белоруссии Александра Барсукова www.interfax.by от 22.11.2010

³⁴ Centers for Disease Control and Prevention and ORC Macro. Reproductive, Maternal and Child Health in Eastern Europe and Eurasia: A Comparative Report. Atlanta, GA (USA) and Calverton, MD (USA), 2003.

³⁵ Совсем недавно депутатом украинской Рады Шкилем внесён законопроект о запрете абортов по желанию женщины, а Белоруссия объявила о пилотном проекте привлечения священников в женские консультации.