

СЕМЕЙНАЯ ПОЛИТИКА И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ СЕМЬИ

Демографические функции образуют вторую важнейшую группу функций семьи, больше любых других институтов ответственной за создание и сохранение человеческих жизней. Отсюда — две основные демографические функции семьи: прокреативная и жизнеохранительная.

4.1. Прокреативная функция.

На семье лежит главная ответственность за прокреацию, за поддержание уровня рождаемости, достаточного для обеспечения непрерывности человеческого рода. Выполнение семьей ее прокреативных функций характеризуется числом рожденных детей, интервалами между рождениями, здоровьем родившихся детей, репродуктивным здоровьем матери и т.п.

При обсуждении целей, а соответственно и мер семейной (в данном случае она совпадает с демографической) политики часто особое значение придается числу рожденных детей, которое рассматривается как главный показатель прокреативной деятельности семьи, и цели семейной политики формулируются именно в терминах числа детей. При таком подходе, имеющем серьезные демографические, экономические и социальные основания, в качестве дисфункциональных рассматриваются как крайняя малодетность, так и крайняя многодетность, оптимальной же чаще всего считается двух-трехдетная семья, хотя существуют и другие количественные оценки, на которые должна ориентироваться семейная (демографическая) политика.

В СССР существуют обе отмеченные крайние ситуации, требующие раздельного рассмотрения.

Регионы с низкой рождаемостью. Около 80% населения страны имеют уровень рождаемости, не обеспечивающий даже простого замещения поколений. Если взять поколения женщин, родившихся в 1951-1955 гг., то число детей, рожденных ими к возрасту 35 лет, составило (на 1000 женщин) [4, с.59-67]:

в РСФСР	1768	в Литве	1800
на Украине	1778	в Молдове	2138
в Белоруссии	1825	в Латвии	1717
в Грузии	2019	в Эстонии	1843

Так как во всех перечисленных республиках к 35 годам большинство женщин обычно заканчивает рождение детей, можно с уверенностью утверждать, что ни в одной из них (за исключением, может быть, Мол-

довы) поколения, родившиеся в первой половине 50-х годов, не воспроизводят себя в детях. В таком же, если не в худшем, положении находятся и все старшие поколения, начиная, по крайней мере, с поколений, родившихся в 30-е годы, а может быть и ранее.

За средними числами рождений, о которых шла речь до сих пор, стоят определенные распределения женщин по числу рожденных детей. Теоретически возможно множество распределений, при которых достигается необходимый уровень рождаемости. Приведем несколько примеров таких распределений (табл. 4.1).

Таблица 4.1

Примеры теоретических распределений замужних женщин по числу рожденных детей, при которых обеспечивается простое замещение поколений (230 рождений на 100 женщин)

Число рожденных детей	Варианты распределения женщин по числу рожденных детей, %				
	1	2	3	4	5
0	21,3	7,1	2,9	0,3	-
1	20,8	19,8	17,4	10,2	0,3
2	18,3	30,5	38,3	52,0	69,1
3	14,6	26,3	31,1	34,5	30,6
4	10,5	12,5	9,3	0,3	-
5 и более	14,5	3,8	0,1	-	-

Таким образом, нужное среднее число детей может достигаться как при относительно равномерном распределении замужних женщин по числу рожденных детей (вариант 1), так и при значительно неравномерном, когда подавляющее число женщин рождает двоих и троих детей. Анализ фактических распределений показывает, что в условиях низкой рождаемости преобладают неравномерные распределения, как правило, с сильно выраженным модальным числом двухдетных женщин. Приведем в качестве примера распределение замужних женщин некоторых национальностей (по данным выборочного опроса Госкомстата СССР 1978 г.) (табл.4.2).

Таблица 4.2

Распределение замужних женщин некоторых национальностей по ожидаемому числу детей, %

Национальность	Ожидаемое число детей					
	0	1	2	3	4	5 и более
Русские	3,9	24,3	50,6	14,5	3,7	3,0
Украинки	4,3	19,5	53,2	16,3	3,9	2,8
Латышки	4,7	21,2	49,8	17,4	3,7	3,3

Составлено по: [9, с.187].

Как видим, фактические распределения довольно близки к некоторым теоретическим в смысле явного преобладания модальной группы двухдетных женщин. Отличия же заключаются в том, что в фактических распределениях слишком велика доля однодетных и слишком низка доля трехдетных женщин. Если бы удалось добиться перераспределения общего числа замужних женщин по числу рожденных детей в сторону увеличения доли трехдетных и сокращения доли однодетных и, в меньшей степени, двухдетных (даже при сохранении двухдетной семьи как модальной), то вопрос о выполнении семьей ее прокреативных функций был бы снят с повестки дня. Пока до этого далеко, и актуален вопрос о том, какое отражение должна получить указанная ситуация в семейной политике.

Среди специалистов идут давние споры о том, как относиться к низкой рождаемости, хотя в общественном сознании явно преобладает тревожная нота. Падение рождаемости часто ставится в один ряд с другими кризисными явлениями наших дней. В какой мере это оправдано?

С чисто демографической точки зрения, здесь все представляется достаточно ясным. Уровень рождаемости, не обеспечивающий хотя бы простого возобновления поколений, оценивается как неблагоприятный. Исходя из такой оценки, следует проводить пронаталистскую семейную политику, включающую активные меры, направленные на повышение рождаемости. Однако вопрос значительно усложняется, как только он вписывается в более широкий социальный контекст.

Распространение малодетности свидетельствует о том, что массовый прокреативный выбор вступает в конфликт с коллективными интересами, оцениваемыми исходя из одних лишь демографических критериев. Это относится не только к СССР. Более того, с точки зрения таких критериев, уровень рождаемости во всех упомянутых республиках — один из немногих показателей, по которым мы находимся в лучшем положении, чем большинство развитых стран, ибо у них этот уровень значительно ниже.

Далеко не все специалисты, в том числе и демографы, оценивают ситуацию одинаково. Они относятся к указанному конфликту по-разному.

Часть из них, следуя традиции, заложенной еще в прошлом веке Ж.Бертильоном и другими французскими демографами, встревожены падением рождаемости, с которым Франция столкнулась прежде других стран, безоговорочно становясь на сторону коллективных интересов. Они подчеркивают негативные последствия низкой рождаемости, причем не только демографические, предупреждают о надвигающейся депопуляции, об угрозе вымирания целых народов, исчезновения их национальных культур, о тяжелых экономических последствиях, связанных с демографическим старением и необходимостью содержать все большее число пенсионеров, и т.д. Соответственно ставится и вопрос о поиске способов воздействия на демографическое поведение людей с целью побудить их рожать больше детей.

Но в последние десятилетия становится все больше демографов и социологов, которые отходят от "французской" традиции, пытаются защитить интересы и другой "конфликтующей стороны" — индивида или семьи. Ведь их прокреативный выбор не случаен, он диктуется изменившимися — и не обязательно к худшему — условиями и образом жизни, новой системой ценностей. Подчеркиваются, в частности, такие "постматериалистические" ценности, как свобода выбора, самореализация личности — мужчины, женщины, ребенка, гедонизм и т.п. Из такой позиции вытекает и неприятие каких-либо мер воздействия на прокреативное поведение людей.

Исходя из приоритета индивидуальных интересов, противники про-наталистских мер находят и контраргументы, касающиеся негативных общественных последствий низкой рождаемости. Они полагают, например, что в условиях мирной и интегрирующейся Европы численность отдельных народов не столь уж важна. С падением рождаемости каждому работнику действительно приходится содержать больше пожилых людей, зато меньшее число детей, общая же нагрузка одного работника (детьми и стариками) может и не увеличиваться или увеличивается незначительно. При этом немногочисленные дети получают больше внимания, оказываются лучше подготовленными к профессиональной деятельности, что способствует более быстрому росту благосостояния.

"Как правило, оппоненты пронаталистских мер считают себя сторонниками скорее социократического, нежели технократического понимания общества, отдают предпочтение постматериализму перед материализмом, прогрессизму перед консерватизмом, а в политике видят себя скорее слева, чем справа от центра" [73, с.49].

Сейчас доводы противников драматизации низкой рождаемости и мер, направленных на ее повышение, в целом находят понимание у представителей разных групп общественного мнения и политических сил во многих странах. Об этом свидетельствуют, в частности, официальные ответы правительств на вопросы Секретариата ООН об их позиции в отношении уровня рождаемости и приемлемости воздействия на него. Только некоторые правительства (Болгарии, Венгрии, ГДР, Греции, Израиля, Италии, Люксембурга, Румынии, Франции, ФРГ, Швейцарии) признали уровень рождаемости в своей стране слишком низким и высказались (кроме ФРГ) за проведение политики, направленной на повышение рождаемости. Еще несколько членов ООН (СССР, Украина, Белоруссия, Ирландия, Чехо-Словакия, Югославия) заявили, что удовлетворены уровнем рождаемости, но считают нужным поддерживать его с помощью специальных мер. Правительства же остальных развитых стран, имеющих, как правило, самый низкий уровень рождаемости, заявили, что удовлетворены этим уровнем и не считают нужным принимать какие-либо меры по его повышению [66]. При оценке ситуации низкой рождаемости все большую поддержку получает подход, согласно которому количественные прокреативные цели семейной политики, обосновываемые высшими интересами общества, вообще неправомер-

ны, их принятие означало бы вмешательство общества во внутренние дела семьи, давление на нее. (Подробнее об этом см.: [15, с.98-110].

Регионы с высокой рождаемостью. Наряду с регионами преобладающей низкой рождаемости в СССР имеются также регионы, где большинство населения находится еще на ранних стадиях демографического перехода и сохраняет высокий уровень рождаемости. Те же поколения женщин 1951-1955 гг. рождения, о которых говорилось выше, родили к 35 годам следующее число детей (на 1000 женщин) [4, с.59-67]:

Узбекистан	3990
Казахстан	2470
Азербайджан	2877
Кыргызстан	3275
Таджикистан	4423
Армения	2253
Туркмения	3912

В этих республиках рождение детей к 35-летнему возрасту матери, как правило, не заканчивается, так что окончательное число рождений на 1000 женщин на самом деле заметно превышает приведенные показатели. Высокая рождаемость в названных республиках создает серьезные проблемы экономического и социального характера, но свои прокреативные функции семья здесь выполняет. Тем не менее нередко возникает вопрос о несоответствии высокой рождаемости общественным потребностям и в этом смысле о ее дисфункциональности.

Одно из главных проявлений такого несоответствия — резкое ускорение роста численности населения рассматриваемых регионов после 1950 г., когда сохранение высокой рождаемости вошло в противоречие с значительно снизившейся смертностью (табл.4.3).

Таблица 4.3
Численность населения в регионах с высокой рождаемостью.

Республики	1939	1950	1989	1989 в % к 1950 г.
	тысяч человек			
Узбекистан	6347	6194	19906	321
Казахстан	6082	6592	16538	251
Азербайджан	3205	2859	7029	246
Кыргызстан	1458	1716	4291	250
Таджикистан	1485	1509	5112	339
Туркмения	1259	1197	3534	297

Увеличение численности населения за четыре десятилетия в 2,5-3 и более раз (и продолжающееся весьма высокими темпами) в пределах ограниченных территорий, как правило, бедных водными ресурсами, с недостаточно развитой экономической и социальной инфраструктурой чревато очень серьезными экономическими, экологическими, социальными и политическими осложнениями. Рано или поздно осознание про-

блем перенаселения начинает влиять и на семейную политику, побуждая ее к антинационалистским мерам.

Другое весьма важное несоответствие — между прокреативной и другими демографическими и недемографическими функциями самой семьи. Прежде всего, чрезмерная — по современным меркам, задаваемым относительно низкой смертностью, — прокреативная активность, изнуряющие многократные роды, нередко — с очень малым интервалом между ними, явно нерациональны, с точки зрения здоровья матери и ребенка. Специалисты постоянно указывают на связь высокой нерегулируемой рождаемости и высокой младенческой смертности. Сказываются и чрезмерная истощенность материнского организма, и невозможность для матери, имеющей одновременно несколько маленьких детей, уделить каждому из них достаточно внимания, и общие ценностные установки в отношении здоровья детей, сформировавшиеся в условиях традиционно высоких рождаемости и смертности и сохраняющиеся до сих пор.

Сохранение традиционного типа прокреативного поведения, обеспечивающего высокую рождаемость, препятствует также модернизации и других функций семьи: экономических, психологических, социализирующих. Оно тормозит эмансипацию женщин и детей, демократизацию семейных отношений, препятствует интегрированию семьи в современные экономические структуры, ограничивая тем самым рост ее потребительских возможностей да и самих потребностей.

По мере того, как эти и подобные им несоответствия осознаются все большим числом семей, осмысливаются общественным мнением, возникает проблема включения в семейную политику тех или иных антинационалистских мер. Однако и здесь количественный подход, постановка проблемы в терминах числа детей не встречают полной поддержки у специалистов, не говоря уже о том, что они не находят понимания у населения. Распространение практики планирования семьи часто тормозится общим отрицательным к нему отношением, сохраняющимися архаичными взглядами на семейную жизнь, недостаточно свободным положением женщины, ее фактической зависимостью от воли мужа, зависимостью решений молодой семьи от воли старших родственников и т.п. факторами.

Прокреативное поведение и задачи семейной политики. Таким образом, несмотря на огромные различия в самой природе проблем, которые возникают как в связи с низкой, так и в связи с высокой рождаемостью и должны каким-то образом учитываться при проведении семейной политики, в отношении общественного мнения к демографически ориентированным мерам такой политики просматриваются и общие черты. Они заключаются в усиливающемся неприятии "количественной" направленности политики, мотивируемой макросоциальными или макроэкономическими соображениями, в отстаивании права семьи самой решать, сколько детей ей иметь, действовать в привычных для нее социокультурных рамках.

Видимо, этот подход должен быть воспринят и разработчиками семейной политики, и теми, кто проводит ее в жизнь. Это может показаться уступкой "научной политики" массовому "обыденному сознанию". Но в таком повороте можно видеть и стремление проводить политику более реалистичную, а потому и имеющую больше шансов на успех. Новый подход не означает игнорирования общественных целей, а скорее говорит об их более глубоком осмыслении. Он расширяет задачи политики, воздействующей на выполнение семьей ее прокреативных функций. Ее количественные цели не исчезают, но утрачивают свой самодовлеющий характер, вписываются в общие цели модернизации семьи. На первый план выходит ориентация семейной политики на расширение свободы прокреативного выбора женщины или супружеской пары и на формирование системы семейных ценностей, соответствующих тем историческим условиям, в которых реально живет семья. При этом даже и в количественном плане выполнение семьей ее прокреативных функций оценивается по более широкому кругу параметров, включающих интервалы между рождениями, характеристики здоровья новорожденных, репродуктивного здоровья женщин и пр.

При таком подходе все меры экономического, правового или пропагандистского воздействия на прокреативное поведение должны быть нейтральны по отношению к модели семьи или числу детей и направлены в основном:

- на развитие демографического самосознания каждого человека, осмысление им своих демографических интересов, своего права на прокреативный выбор, на преодоление устаревших взглядов и предрассудков, запрещающих свободное волеизъявление человека в сфере прокреации, на ее десакрализацию;

- на избавление от всех форм давления на женщину или супружескую пару со стороны родителей или других родственников, более широкого соседского окружения, общественного мнения, религиозных или других идеологий, ограничивающего свободу их прокреативного выбора;

- на постоянное совершенствование средств планирования семьи, позволяющих избежать нежелательных беременностей, вытеснить аборт и другие неэффективные или опасные для здоровья женщины методы, родить только желанных детей, регулировать интервалы между беременностями, определять число детей в семье и выбирать время их рождения, а также на обеспечение повсеместной доступности этих средств.

"Количественная" нейтральность мер воздействия на прокреативное поведение не означает их абсолютной нейтральности по отношению к любым характеристикам этого поведения. Впрочем, и количественная нейтральность не должна доводиться до абсурда. Когда трехдетная семья получает дополнительные льготы по сравнению с одно- или двухдетной, это подчеркивает определенные общественные предпочтения, но едва ли может рассматриваться как недопустимое давление на прокреативный выбор. Важно не абсолютизировать число детей как единственный или основной критерий. Семейная политика может и должна поддерживать

модели семьи и образцы поведения, способствующие рождению и воспитанию здорового потомства, его успешной семейной социализации, сохранению семейного благополучия. Разумеется, это должно делаться такими методами, которые не ставят под сомнение принципа свободы прокреативного выбора и не ведут к дискриминации всех остальных моделей и типов семей.

Воздействие на выполнение семьей ее прокреативных функций может требовать самостоятельных мер, например, пропагандистских акций и т.п. Но оно может быть также основано на использовании комплексных мер, имеющих многоплановое назначение. В частности, демографическая составляющая может присутствовать в семейных пособиях, которые могут выполнять, как отмечалось, помимо "социальной" еще и стимулирующую функцию. При этом они должны быть увязаны с теми характеристиками прокреативного поведения, на которые имеется в виду воздействовать (это может быть отнюдь не только число детей, но и интервалы между рождениями, забота о здоровье будущего или родившегося ребенка и т.п.).

4.2. Жизнеохранительная функция

Сохранение здоровья и жизни родившихся детей, поддержание и восстановление здоровья всех членов семьи, забота о них в случае болезни также всегда была и остается одной из важнейших функций семьи. В ее выполнении семья все больше сотрудничает с другими социальными институтами (прежде всего с системой здравоохранения, но не только с ней), это — общемировая тенденция. Однако в СССР сотрудничество семьи и социальных институтов, охраняющих здоровье, приобрело неравноправный характер, семья попала в полную зависимость от органов здравоохранения. Одна из главных причин такого положения — так называемая бесплатность здравоохранения, точнее такая форма платности, при которой изъятие у населения средств, образующих бюджет здравоохранения, обезличено, эффективного механизма влияния плательщиков на формирование этого бюджета не существует, семья лишена всякого выбора и возможностей контроля во всех случаях ее соприкосновения с медицинскими учреждениями.

Проблема не только в том, что из-за отсутствия механизма обратной связи государственная медицина заведомо не может быть эффективной. В подобных условиях не может быть эффективной и жизнеохранительная деятельность самой семьи. Ее способность к такой деятельности развивается вместе с модернизацией семьи, тесно связана с ростом суверенитета семьи и свободы индивидуального выбора ее членов. Патерналистский характер якобы дарового здравоохранения тормозит это развитие, сковывает активность семьи в борьбе за здоровье и жизнь своих членов или придает ей уродливые формы. Развивается сфера теневой, подпольной медицины, которая находится под общественным контролем еще в меньшей степени, чем государственная.

Очевидно, что в задачи семейной политики должно входить преодоление неравноправных отношений между семьей и другими обществен-

ными институтами, призванными охранять здоровье и жизнь ее членов, на создание экономических и политических механизмов, максимизирующих вклад как семьи, так и внесемейных институтов в дело сохранения и восстановления здоровья.

Главное требование к таким механизмам — обеспечение обратной связи между усилиями, затрачиваемыми на охрану здоровья семьей и обществом, с одной стороны, и их результатами (состоянием здоровья и вытекающими из этого экономическими и другими последствиями), — с другой.

Если говорить об экономических механизмах, то здесь нужен отказ от тотальной бесплатности при одновременном усилении социальной защищенности всех категорий семей и всех граждан. По-видимому, это означает развитие в той или иной форме страховой медицины, при которой услуги медицинского учреждения оплачиваются в основном за счет средств социального страхования, но полностью или частично бесплатны для застрахованного. На таких условиях могут работать как государственные, так и кооперативные и частные клиники, частнопрактикующие врачи. Ликвидация монополии государств в сфере здравоохранения сделает более гибким само здравоохранение и в то же время создаст условия выбора медицинского учреждения или врача для пациента.

Во избежание недоразумений, следует отметить, что существуют разные толкования понятия "страховая медицина". В частности, можно считать, что элементы страховой медицины существуют и у нас, так как некоторые расходы по медицинскому обслуживанию или оплата больничных листов покрываются за счет средств социального страхования. Во многих странах существует также система добровольного страхования здоровья, которая обеспечивает оплату медицинского обслуживания застрахованных коммерческими и некоммерческими компаниями. Однако, когда со страховой медициной связывается будущее нашего здравоохранения, то имеется в виду система обязательного страхования, существующая в большинстве экономически развитых стран, где охрана здоровья финансируется за счет трех основных источников: государственного бюджета, отчислений от доходов предпринимателей и страховых взносов населения. Это не исключает введения в качестве дополнительного элемента системы добровольного страхования здоровья, что повышает степень ответственного участия семьи в охране здоровья своих членов.

Идеи страховой медицины прокладывают себе дорогу и у нас. Готовящийся проект "Основ законодательства СССР и союзных республик о финансировании здравоохранения" предусматривает, что каждый застрахованный гражданин получит документ, который будет содержать перечень видов медицинской помощи и медицинских услуг в соответствии со стандартами качества, а медицинская помощь и услуги станут оплачиваться страховым учреждением, в котором он застрахован [7, с.1]. Правда, разработчики проекта все еще с гордостью заявляют, что

"отчисления на страховой полис работающего человека будут идти не из кармана работника, как в других странах, а из доходов предприятия" [20, с.4], по традиции видя в опыте других стран только плохое. Однако, в конце концов, может быть и у нас утвердился принцип трехстороннего партнерства, о котором говорилось в разд. 3.2.3.

Коренные перемены в организации советского здравоохранения необходимы, но сами по себе они не решат всех проблем, которые возникают при взаимодействии семьи и общества в области охраны и восстановления здоровья. Нужны специальные государственные программы, направленные на защиту определенных категорий семей, образующих группы повышенного медицинского риска (семьи с маленькими детьми или престарелыми, многодетные, семьи, имеющие в своем составе инвалидов, нуждающиеся и т.п.).

Система здравоохранения — лишь одна из двух взаимодействующих сторон. Вторая сторона — сама семья. Требования к жизнеохранительной деятельности настолько повысились, что даже при резко возросшей роли здравоохранения и других внесемейных институтов общий объем этой деятельности в семье едва ли имеет тенденцию к сокращению. Между тем, когда речь идет об охране здоровья народа, семья крайне редко рассматривается как самостоятельный целостный объект, заслуживающий специального внимания. Наши учреждения здравоохранения очень слабо используют жизнеохранительный потенциал семьи, не стремятся к его наращиванию, плохо сотрудничают с семьей. Необходимы целенаправленные усилия по повышению жизнеохранительного потенциала семьи и эффективности его использования.

Особенно важна роль жизнеохранительной деятельности семьи, когда речь идет о детях. Вклад семьи в уход за заболевшими детьми, по-видимому, существенно превосходит усилия в этом направлении общественного здравоохранения. В 1987 г., например, в связи с уходом за больными (по преимуществу детьми) не работало 0,6 млн. человек, что сопоставимо с числом детей, могущих находиться на стационарном лечении в больничных учреждениях (623 тыс. на конец 1987 г.). Действительные же размеры вклада семьи в уход за больными детьми, вероятно, выше названной цифры, которая относится только к учтенным случаям нетрудоспособности вследствие ухода за больными детьми (в основном). В то же время остается неясным, достаточен ли этот вклад и, главное, достаточно ли он эффективен. Известно, что смертность детей всех возрастов у нас выше, чем в большинстве развитых стран. Конечно, в этом немалая вина здравоохранения, но нет сомнения и в том, что семья делит с ним ответственность за повышенную смертность детей, ибо далеко не всегда подготовлена — в смысле как общей, так и специфической санитарной культуры — к выполнению по отношению к ним своей жизнеохранительной функции на современном уровне.

Вероятно, в наибольшей мере это относится к заботе о новорожденных. Ежегодное рождение в стране примерно 5 млн. детей требует особых усилий со стороны семей по обеспечению здоровья младенцев на

первом году жизни, когда оно наиболее уязвимо. Уровень младенческой смертности в СССР, особенно в некоторых его регионах, структура этой смертности по причинам смерти указывают на неудовлетворительный уход за младенцами в семьях, на то, что семьи во многих случаях не справляются со своей жизнеохранительной функцией. Ведь система здравоохранения везде одна и та же, а различия в уровнях младенческой смертности в разных регионах или у разных этносов иногда достигают нескольких раз.

Большие потери здоровья и даже жизни связаны с особенностями прокреативного поведения многих семей, их отношением к регулированию этого поведения. В связи с объективно обусловленным изменением прокреативных целей семьи ее "планирование" (самой семьей, разумеется), "сознательное родительство" стало неотъемлемой чертой современного образа жизни и мышления населения всех развитых стран. Оно служит необходимым условием свободного и ответственного поведения родителей, направленного на рождение только желаемых детей и только в удобное для семьи время, благодаря ему реализуется свобода прокреативного выбора — одна из важных предпосылок и в то же время одно из следствий свободы личности в XX веке.

Однако на пути полной реализации этой свободы, на пути развития планирования семьи и его современных форм, давно получивших признание во всех развитых странах, у нас сохраняются значительные препятствия. Формы планирования семьи в СССР развивались стихийно, в условиях отсутствия в стране специальных служб, недоступности для населения необходимой информации, специализированной медицинской помощи и современных средств предупреждения нежеланных рождений. В результате в СССР основным эффективным и доступным методом планирования семьи все еще остается искусственный аборт. В 1985 г., например, в СССР было произведено 130,9 абортов на 100 родившихся живыми, в РСФСР — 191,7, тогда как во Франции соответствующий показатель составлял 22,6, в Великобритании — 20,3, в ФРГ — 14,2 [8, с.735]. Преобладание искусственного аборта в структуре методов планирования семьи не может не сказываться на общем и репродуктивном здоровье женщины, а косвенным образом — и на здоровье детей. В предыдущем разделе говорилось и о тех последствиях для здоровья, которые возникают при отсутствии любых форм планирования семьи и высокой рождаемости. Отставание с развитием планирования семьи в СССР превратилось в серьезный фактор, препятствующий семье выполнять ее жизнеохранительные функции.

Велико значение деятельности семьи по уходу за заболевшими или умирающими взрослыми ее членами, особенно престарелыми. Однако и здесь семья сталкивается с большими трудностями, потому что, как правило, не получает необходимой помощи и поддержки со стороны других социальных институтов. Отсутствие коек сестринского ухода в стационарах, патронажных служб, помогающих уходу за больным на дому, приводит к тому, что жизнеохранительные функции семьи и ее

членов вступают в конфликт с другими их функциями, приводят, например, к вынужденному увольнению с работы из-за необходимости ухода за тяжело больным членом семьи и т.д. Формальное понимание семьи как узкой группы совместно проживающих лиц нередко препятствует общественно санкционированному участию родственников в уходе за больными, даже за собственными престарелыми родителями, проживающими отдельно, хотя тенденции развития семьи с очевидностью ведут к тому, что такое раздельное проживание становится все более распространенным.

Имеется и много других препятствий тому, чтобы семья могла эффективно выполнять свои естественные жизнеохранительные функции, вносить существенный вклад в охрану и восстановление здоровья своих членов. В частности, не раз уже отмечалась необходимость введения института семейного врача общей практики, который бы наблюдал всех членов семьи и выступал бы в качестве ее постоянного консультанта по всем вопросам, касающимся здоровья, но пока таких врачей практически не существует. Нуждается семья и в оснащении пригодными для употребления в домашних условиях средствами контроля состояния здоровья и приспособлениями по уходу за больными, чем сейчас мы также практически не располагаем.

Разумеется, семейная политика — не единственный и даже далеко не главный вид социальной политики, призванный обеспечить успех борьбы за здоровье и жизнь людей. Но в той мере, в какой этот успех связан с эффективным выполнением семьей ее жизнеохранительных функций, семейная политика может внести и свой вклад.

Ее усилия должны быть направлены на поддержку реформ системы здравоохранения с тем, чтобы эта система как можно больше повернулась лицом к семье, нашла бы механизмы взаимодействия с ней, соответствующие новым условиям и новому типу семьи. В то же время семейная политика должна переориентировать семью на более активную роль в борьбе за здоровье и жизнь своих членов. Это предполагает:

- повышение санитарной культуры населения, чувства ответственности людей за свое здоровье и здоровье своих близких;

- разработку идеологии и создание организационных форм сотрудничества семьи с обслуживающими ее медицинскими учреждениями (создание института семейного врача, развитие патронажных служб, системы "дневных" стационаров и т.п.);

- переход к свободному выбору семьей медицинского учреждения, врача, развитие платных медицинских услуг;

- ликвидацию дефицита медикаментов, а также средств контроля состояния здоровья и предметов ухода за больными, пригодных для употребления в домашних условиях.