

## Внутрисемейное регулирование рождаемости в Белоруссии, России и Украине в постсоветский период<sup>1</sup>

Денисов Б.П., Сакевич В.И.

Первое десятилетие XXI в. показало растущее расхождение в динамике уровней аборт в Белоруссии, России и Украине, несмотря на историческую и социальную общность этих народов. Россия существенно отстала от соседних стран по темпам снижения частоты абортов. Объяснить наблюдаемое расхождение можно только различиями в использовании контрацепции. В статье на основе данных официальной статистики проанализированы тенденции изменения показателей абортов в трех странах, а также структура применяемых методов контрацепции по данным выборочных обследований. Анализ не выявил очевидных детерминант, способных объяснить различия в динамике абортов; обнаружены некоторые национальные различия в уровнях рациональности контрацептивного поведения и большие различия в направлениях государственной политики. Для поиска путей преодоления отставания России предлагается более глубокое исследование специфики контрацептивного поведения.

**Ключевые слова:** аборт; контрацепция; репродуктивное здоровье; планирование семьи, контроль рождаемости; политика народонаселения; Белоруссия; Россия; Украина.

### Введение

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 распад СССР, эта бли-

---

<sup>1</sup> Статья написана в рамках индивидуального исследовательского проекта № 10-01-0076 «Сравнительный анализ изменения структуры методов внутрисемейного регулирования рождаемости в России, Белоруссии и Украине в постсоветский период», выполненного при поддержке Программы «Научный фонд НИУ ВШЭ».

**Денисов Б.П.** – к.э.н., старший научный сотрудник лаборатории экономики народонаселения и демографии экономического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова.  
E-mail: denisov@demography.ru

**Сакевич В.И.** – к.э.н., старший научный сотрудник Института демографии НИУ ВШЭ.  
E-mail: vsakevich@hse.ru

Статья поступила в Редакцию в сентябре 2011 г.

зость в значительной степени сохраняется и сейчас; в частности, все три страны входят в группу стран с очень низкой рождаемостью. Снижение рождаемости в них имеет длительную историю; с середины 1960-х годов, за исключением нескольких лет в 1980-е, уровень рождаемости не обеспечивает замещения поколений. В постсоветский период тенденции рождаемости населения России, Белоруссии и Украины также не имеют принципиальных различий: резкий спад в 1990-е и небольшой рост в последние годы [6, 10, 13, 14, 18].

Внутрисемейный контроль рождаемости давно стал массовой практикой в этом регионе. Поскольку репродуктивный период женщины продолжителен, а желаемое число детей невелико, значительное время женщинам приходится уклоняться от нежелательной беременности или, если беременность все же наступила, прибегать к искусственному аборту. Сознательно контролируемая рождаемость – неоспоримый факт, но механизмы ее контроля изучены недостаточно.

СССР занимал одно из первых мест в мире по уровню искусственных абортов, а внутри СССР «лидировали» европейские республики. Начиная с конца 1980-х годов число абортов стало устойчиво сокращаться. Причем уровень абортов в Белоруссии и Украине снижается намного быстрее, чем в России, в результате коэффициенты абортов в этих странах составляют на сегодняшний день около половины от российского уровня. Россия продолжает сохранять свое печальное лидерство по уровню абортов, тогда как Белоруссия и Украина переместились в середину мирового рейтинга. Возникает вопрос, почему соседние страны опередили Россию в этом процессе?

Особенно заметным снижением частоты абортов в России было в 1994–1998 гг. – в период действия федеральной целевой программы «Планирование семьи». После сворачивания этой программы темп снижения показателей абортов в России замедлился. Играет ли государственная политика ведущую роль в улучшении ситуации в области репродуктивного здоровья?

Для объяснения высокого уровня абортов часто используется концепция «абортной культуры». Правильнее было бы говорить не об абортной культуре, а о недостатке контрацептивной культуры, поскольку в большинстве случаев аборт является вынужденной мерой вследствие неправильного использования методов контрацепции. Тем не менее доказательство этого тезиса затрудняется отсутствием в России репрезентативных обследований репродуктивного поведения. По Белоруссии и Украине такие данные есть, поэтому изучение ситуации в этих странах представляет значительный интерес. Фиксируют ли обследования населения, проведенные там, переход к современному типу контроля рождаемости, когда планы относительно желаемого числа детей и сроков их рождения реализуются путем использования высокоэффективных методов контрацепции?

## Данные

Информационными источниками для данной статьи послужили:

- законодательство трех стран (система нормативных правовых актов, касающихся сферы репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья населения);
- государственная статистика, разрабатываемая статистическими органами трех стран, а также отраслевая государственная статистика, публикуемая министерствами здравоохранения;
- данные выборочных обследований населения о применении контрацепции.

Для России использовались данные второй волны национально репрезентативного обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе (РидМиЖ)» 2007 г.<sup>2</sup> Это обследование является пока единственным источником национально репрезентативных данных о внутрисемейном контроле рождаемости в России. 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.

Для Белоруссии и Украины были использованы результаты Многоцелевых выборочных обследований (MICS3), выполненных в 2005 г. при поддержке ЮНИСЕФ<sup>3</sup>. 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 MICS3 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.

На Украине в постсоветское время были проведены: «Обследование репродуктивного здоровья» 1999 г. (Reproductive Health Survey, URHS), координируемое Центрами по контролю над заболеваемостью и профилактике, США (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) и «Обследование демографических характеристик и здоровья» 2007 г. (Demographic and Health Survey, DHS), финансируемое Агентством США по международному развитию. Отчеты по этим исследованиям также были использованы в ходе анализа.

### **Законодательство в сфере внутрисемейного регулирования рождаемости**

В ноябре 1920 г. Россия впервые в мире приняла решение о легализации искусственного прерывания беременности. С 1936 по 1955 гг. аборт в СССР были запрещены, за исключением аборт по медицинским показаниям; в 1955 г. аборт снова легализовали. С 1955 г. прерывание беременности разрешено в срок до 12 недель, после этого срока – только по медицинским показаниям. В 1987 г. Минздрав СССР разрешил искусственный аборт в период до 28 недель беременности по немедицинским показаниям (Приказ МЗ СССР № 1342 от 31 декабря 1987 г.). Такими основани-

<sup>2</sup> 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) ([http://www.socpol.ru/gender/Prog\\_Russia.shtml](http://www.socpol.ru/gender/Prog_Russia.shtml)). Первая волна была проведена в июне–августе 2004 г., вторая волна – в апреле–сентябре 2007 г., объем выборки составлял свыше 11 тыс. респондентов от 18 до 80 лет.

<sup>3</sup> Обследование осуществлено в рамках третьего раунда MICS-обследований (Multiple Indicator Cluster Surveys), проводившихся в более чем 50 странах в 2005–2006 гг., как продолжение первых двух раундов MICS-обследований, осуществленных в 1995 и 2000 гг. Основная цель обследований – сбор информации о положении детей и женщин в странах мира. О методике построения выборки и проведения обследования см.: ([http://www.childinfo.org/mics3\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html))

ями 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 г. (ФЗ № 5487-1 от 22 июля 1993 г.), в ст. 36 определено, что каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве. Далее в законе говорится, 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. Почти дословно это положение российского законодательства совпадает с текстом ст. 27 белорусского закона «О здравоохранении» (№ 2435-ХІІ от 18 июня 1993 г.). 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 (Основы законодательства України про охорону здоров'я, № 2801-ХІІ, 19.11.1992 г.), в ст. 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 октября 2008 г. № 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 три и более), признание женщины или ее мужа в установленном порядке безработными во время беременности женщины, наличие у женщины статуса беженца.

В России в 2003 г. перечень социальных показаний был резко сокращен – с 13 до 4-х пунктов<sup>4</sup>, сегодня он включает: наличие решения суда о лишении или об огра-

<sup>4</sup> В 1996 г. «в трудных условиях переходного периода» Правительство РФ расширило перечень социальных показаний для прерывания беременности (Постановление Правительства РФ от 8 мая 1996 г. № 567). Основаниями для прерывания беременности от 12 до 22 недель могли стать следующие ситуации: наличие инвалидности I–II группы у мужа, смерть мужа во время беременности, пребывание женщины или ее мужа в местах лишения свободы, если женщина не состоит в браке, если кто-либо из супругов признан в установленном порядке безработным, при отсутствии жилья, при доходе на одного члена семьи менее прожиточного минимума, наличие решения суда о лишении или ограничении родительских прав,

ничении родительских прав; беременность в результате изнасилования; пребывание женщины в местах лишения свободы; наличие инвалидности I–II группы у мужа или смерть мужа во время беременности (Постановление Правительства РФ от 11 августа 2003 г. № 485).

На Украине в 2006 г. социальные показания были исключены из законодательства (Постановление Кабинета Министров Украины № 144 от 15 февраля 2006 г.). До этого список социальных оснований для прерывания беременности во многом повторял отмененный в 2003 г. 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, т.е. 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 здравоохранении», 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 аборт и контрацепции

Основной учет аборт и 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 службы<sup>5</sup> добавляют к этим данным аборт и, 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 аборт и; негосударственный сектор дает в среднем по стране 8% аборт и (2009 г.), однако эта доля колеблется по регионам от нуля до почти 1/3. Различия могут быть связаны как с большей или мень-

---

расторжение брака во время беременности, беременность в результате изнасилования, если женщина имеет статус беженца или вынужденного переселенца, многодетность (число детей три и более), наличие в семье ребенка-инвалида.

<sup>5</sup> Росстат в России, Белстат в Белоруссии и Госкомстат на Украине.

шей ролью негосударственного сектора в оказании медицинских услуг, так и с разной полнотой учета коммерческих абортот в регионах. Реальное количество абортот в России, возможно, немного выше, чем регистрируемое, за счет неполных отчетов частных клиник; кроме того, возможно, имеет место скрытая от отчетности практика прерывания беременности в государственных клиниках – «по знакомству» или чтобы соблюсти конфиденциальность. Однако исследований, позволяющих оценить распространенность такой практики, не проводилось.

Доля абортот, сделанных в частном секторе, в Белоруссии и Украине неизвестна, так же как и полнота отчетов о работе частного сектора здравоохранения. В некоторых регионах Украины, по результатам обследования [8, с. 63], статистические данные о деятельности частных медицинских предприятий отсутствуют. Сведения о качестве учета в Белоруссии противоречивы. По мнению одних экспертов, высказанному в 2004 г., «...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» [27, с. 42]. В качестве аргумента приводится тот факт, что удельный вес абортот, выполненных более щадящим для здоровья методом вакуум-аспирации, в государственных медицинских учреждениях в последние годы снижался (с 49% в 2000 г. до 38% в 2008 г.). По мнению других экспертов, в настоящее время коммерческие абортот в основном учитываются государственной статистикой<sup>6</sup>. Вероятно, для всех изучаемых стран характерно увеличение полноты учета коммерческих абортот в последние годы по сравнению с 1990-ми.

Достоверность российской статистики абортот была подтверждена путем сравнения результатов выборочных опросов женщин о перенесенных абортот за два года перед опросом в отдельных регионах страны в 1988/1989, 1996 и 2000 гг. с официальными данными за те же годы [21]. Два национально репрезентативных обследования населения Украины в 1999 и 2007 гг. также подтвердили, что официальные данные, скорее всего, отражают реальный уровень абортот (если принять, что женщины дают правдивые ответы на вопросы о недавно перенесенных абортот). Так, по данным обследования «1999 Ukraine Reproductive Health Survey – URHS» [29], коэффициент абортот за два года, предшествующих интервью, составил 54 на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет, а средний показатель зарегистрированных абортот за 1997–1998 гг. составил 52 на 1000 женщин 15–44 лет. По результатам Ukraine DHS – 2007 [23], коэффициент абортот 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 абортот, полученные из двух разных источников – опросов женщин и текущей регистрации, – показали близкие значения.

Следует иметь в виду, что первичный документ – статистическая форма учета абортот – во всех трех странах включает самопроизвольные абортот, а также «криминальные»<sup>7</sup> и «неуточненные»<sup>8</sup> абортот, такая практика сложилась еще в советское

<sup>6</sup> Из личной беседы с белорусским демографом Л.П. Шахотько со ссылкой на Белстат; это подтвердили и представители нескольких частных клиник в Минске.

<sup>7</sup> К криминальным абортот относят случаи, когда установлено вмешательство с целью прерывания беременности самой беременной или другими лицами вне лечебного учреждения.

<sup>8</sup> Внебольничные абортот, криминальный характер которых не установлен, женщина не состояла на учете по беременности.

время. В России, например, в 2009 г. самопроизвольные абортс составили более 15%, а неуточненные – более 5% всех абортов, зарегистрированных МЗСР. На Украине около 7% учтенных МЗ в 2007 г. абортов отнесены к самопроизвольным и около 19%<sup>9</sup> к неуточненным [8, с. 13]. Это завышает показатели абортов 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 абортов в официальную статистику в этих 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 абортов в них вполне сопоставима.

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.

### Динамика абортов

В 1990 г. в России было зарегистрировано 4,1 млн абортов, на Украине – 1 млн и в Белоруссии – 261 тыс.; в 2008 г. соответствующие цифры составили: 1,4 млн, 201 тыс. и 42 тыс. Для сравнений обычно применяются относительные показатели – на 1000 женщин репродуктивного возраста и на 100 родов (или живорождений). Если есть коэффициенты абортов по возрастам<sup>10</sup>, можно рассчитать суммарный коэффициент абортов по аналогии с суммарным коэффициентом рождаемости, который покажет среднее число абортов, приходящихся на одну женщину за весь репродуктивный период при сохранении возрастной интенсивности производства абортов, наблюдаемой в расчетном году.

В советское время и накануне распада СССР три республики отличались очень высоким уровнем абортов [1, 16], но при этом на Украине он был чуть ниже, чем в России и Белоруссии (табл. 1, рис. 1).

Во всех трех странах за последние два десятилетия произошло существенное сокращение показателей абортов. Однако темпы сокращения были разными. Среднегодовой темп снижения коэффициента абортов за 1990–2009 гг. составил 9% в Белоруссии, 7% на Украине и 6% в России. При этом в 1990-е годы уровень абортов сни-

<sup>9</sup> Такая высокая доля неуточненных абортов в 2007 г. может быть связана, на наш взгляд, с отменой в 2006 г. права на поздний аборт по социальным показаниям. В 1990-е годы доля неуточненных абортов составляла 4–8% [5, с. 38].

<sup>10</sup> Официальные данные об абортах в изучаемых странах обычно разрабатываются в следующей возрастной группировке: моложе 15 лет, 15–19 лет, 20–34 года, 35 лет и старше. В 2009 г. впервые Росстатом опубликованы данные в 5-летних возрастных группах.

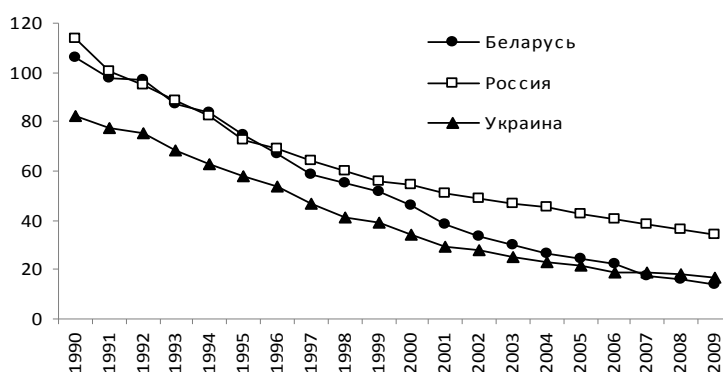
жался примерно одинаковыми темпами в трех странах (6–7%), а в 2000-е синхронность изменений была нарушена. В Белоруссии сокращение показателя абортс ускорилось (среднегодовой темп 12%), в России – замедлилось (5%), а на Украине темп снижения не изменился (рис. 2). В результате за 19 лет, с 1990 по 2009 гг., коэффициент абортс в Белоруссии снизился в 7,5 раз, на Украине – в 5,0 раз, а в России – в 3,3 раза.

Таблица 1.

**Официальная статистика абортс в Белоруссии, России и Украине  
в 1990, 1995, 2000–2009 гг.**

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

*Источники:* Белоруссия: Женщины и мужчины Республики Беларусь: стат. сб. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2010. С. 109; Россия: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010: стат. сб. М.: Росстат, 2010. С. 320; Украина: Статистичний щорічник України за 2009 рік. Київ: Державний комітет статистики України, 2010. С. 473.



**Рис. 1.** Коэффициент абортс в Белоруссии, России и Украине в 1990–2009 гг., на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет (по данным национальных статистических ведомств)



На сегодняшний день Россия продолжает сохранять мировое лидерство по уровню аборт (среди стран с налаженной статистикой аборт), тогда как Беларусь и Украина переместились ближе к середине рейтинга стран, оказавшись рядом с США, Англией, Швецией, Францией.

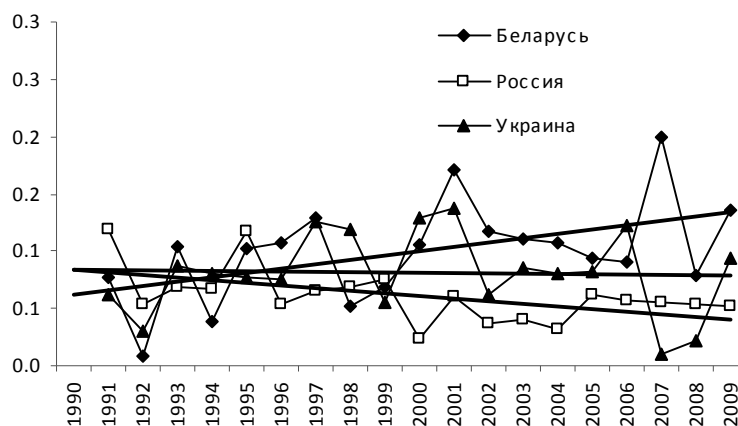


Рис. 2. Темпы снижения коэффициента аборт в Беларуси, России и Украине в 1991–2009 гг.

Для России характерна довольно существенная территориальная дифференциация показателей зарегистрированных аборт. В целом прослеживается увеличение уровня аборт с юго-запада на север-восток страны (за редким исключением). В 2009 г. в 49 из 80 регионов коэффициент аборт превышал среднероссийский, причем в 14-ти – в 1,5 раза и выше.

Территории различаются не только по уровню аборт, но и по темпам его изменения, что вполне естественно для переходного периода от одного типа контроля рождаемости (с большой ролью аборт) к другому (с большей ролью планирования семьи, т.е. предотвращения нежелательной беременности). За последние почти два десятилетия межрегиональные различия возросли. Коэффициент вариации частоты аборт увеличился с 21% в 1992 г. до 30% в 2009 г. Если в 1992 г. разница между самым низким показателем (Московская обл., исключая республики Северного Кавказа) и самым высоким (Иркутская обл.) составила 2 раза, то в 2009 г. разница между самым низким (Москва) и самым высоким (Магаданская обл.) показателями выросла до почти 5 раз. Неуклонное, из года в год, снижение коэффициента аборт за весь период с 1992 по 2009 гг. происходило только в пяти регионах России; в остальных показатели колебались. То есть сближения регионов не происходит. Этот факт, возможно, означает, что в процессе перехода «от аборт к контрацепции» в большом ряде регионов России наступил застой.

Украина также характеризуется значительной территориальной неоднородностью по коэффициенту аборт (коэффициент вариации 29%), но на более низком, чем Россия, уровне. Частота аборт в регионах-«лидерах» по уровню аборт на Украине примерно соответствует частоте аборт в самых благополучных с точки зрения аборт регионах России.

Белоруссия более однородна в территориальном отношении. Если сравнить регионы РБ с регионами России, то все шесть белорусских областей и Минск имеют сегодня коэффициент абортотности ниже соответствующего показателя для всех российских территорий, за исключением Москвы и Северного Кавказа.

Белоруссия и Украина отличаются от России в лучшую сторону и уровнем материнской смертности по причине аборта. Правда, в России после 1990 г. смертность от аборта стремительно снижалась. Всего с 1990 по 2009 г. число материнских смертей по причине аборта, как медицинского, так и внебольничного, снизилось с 13,6 до 2,3 на 100 тыс. живорождений. Риск смертельного исхода после аборта (т.е. отношение числа материнских смертей от аборта к общему числу абортов) в России также снизился: с 6,6 на 100 тыс. зарегистрированных абортов в 1990 г. до 3,2 на 100 тыс. в 2009 г. В 1990 г. на последствия аборта в Российской Федерации приходилось 29% всех материнских смертей, а в 2009 г. – 11%.

Но даже нынешний снизившийся российский показатель превышает аналогичный украинский вдвое; там число материнских смертей по причине аборта составило в среднем за пять лет<sup>11</sup> – с 2005 по 2009 г. – 1,2 на 100 тыс. живорождений, а доля абортов в материнской смертности за этот же период равна 6,4% [3, табл. 1.27]. В Белоруссии в последние шесть лет вообще не зарегистрировано смертей от абортов<sup>12</sup>.

### Применение контрацепции

Непосредственное влияние на уровень абортов оказывают: желаемое число детей, распространенность контрацепции и эффективность ее применения, а также приемлемость аборта как метода регулирования рождаемости в случае неудачного использования контрацепции или отказа от контрацепции [15]. Поскольку репродуктивные предпочтения населения в трех странах схожи и, видимо, все три населения характеризуются вполне толерантным отношением к аборту, учитывая общую историю, логичным объяснением различий в уровне абортов между изучаемыми странами могли бы стать особенности контрацептивного поведения.

Согласно официальной статистике министерств здравоохранения, число женщин, использующих гормональную контрацепцию, в трех странах неуклонно росло с начала 1990-х годов (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 абортов. Доля женщин репродуктивного возраста, применяющих гормональную контрацепцию и состоящих под наблюдением врача в государственной клинике, выросла в Белоруссии с 5% в 1990 г. до 18% в 2009 г.; особенно быстрый рост наблюдался в 2000-е годы. Украина в последние годы достигла такого же уровня, а в 2009 г. даже немного превзошла его (19% в 2009 г.). Тогда как Россия существенно отстает, хоть и здесь произошел большой прирост по сравнению с началом 1990-х годов (2% женщин в 1990 г. и 11% в 2009 г.).

<sup>11</sup> Абсолютное число умерших от аборта в год очень мало на Украине, поэтому взят средний показатель за 5 лет.

<sup>12</sup> Из интервью главного акушера-гинеколога министерства здравоохранения Белоруссии Александра Барсукова ([www.interfax.by](http://www.interfax.by) от 22.11.2010).

Несмотря на некоторое снижение популярности ВМС<sup>13</sup> (рис. 3), суммарная доля женщин, использующих эти два вида высокоэффективной контрацепции, в Белоруссии и Украине за период после 1990 г. возросла (с 28 до 38% и с 18 до 30% соответственно), тогда как в России почти не изменилась (19–22% в начале 1990-х и 24% в 2009 г.). В России лишь изменилось соотношение методов в пользу гормональной контрацепции.

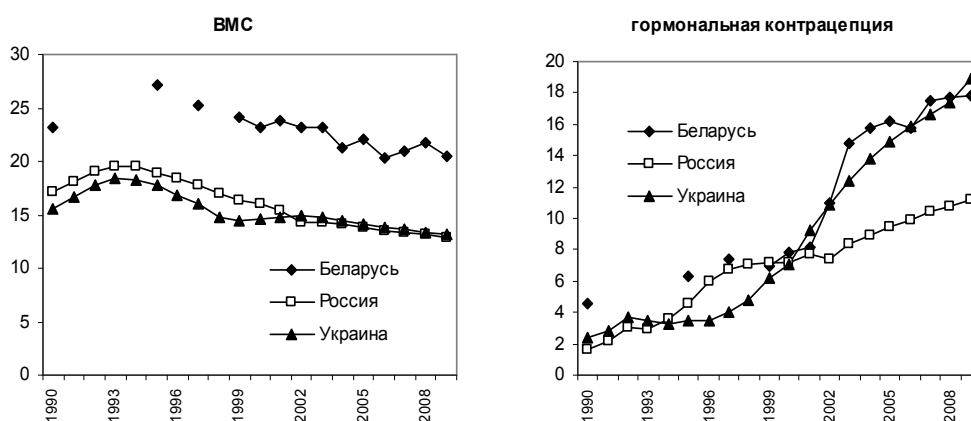


Рис. 3. Доля женщин в возрасте 15–49 лет, применяющих ВМС и гормональную контрацепцию, на начало года, % (по данным МЗ)

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)<sup>14</sup>. Этот уровень вполне сопоставим с другими развитыми странами, такими как Франция, Нидерланды, Германия, Португалия, США [26].

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<sup>15</sup>. И в Бе-

<sup>13</sup> Применение ВМС активно продвигалось руководством здравоохранения СССР в 1980-е годы, поэтому число пользователей ВМС значительно возросло к началу 1990-х. Однако после падения коммунизма популярность этого метода стала снижаться.

<sup>14</sup> Приведенные нами цифры по Белоруссии и Украине не совпадают с цифрами, содержащимися в национальных отчетах по исследованию MICS, поскольку мы исключили из анализа женщин, беременных на момент опроса, чего не делали составители отчетов [9, 24].

<sup>15</sup> К современным методам контрацепции относятся: женская и мужская стерилизация, гормональные контрацептивы, внутриматочные спирали (ВМС), презервативы, вагинальные барьерные методы (диафрагма, спермициды и др.). К традиционным методам контрацепции относятся: периодическое воздержание (метод ритма или календарный), прерванный половой акт, спринцевание, послеродовая аменорея и разные народные методы [25, с. 73].

лоруссии, 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 трех 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 таблетки [26]. Напомним, что согласно официальной статистике, которая учитывает всех женщин (не только замужних), обратившихся в клинику в данном году, Россия по распространенности гормональной контрацепции существенно отстает от Белоруссии и Украины (рис. 3). Другие гормональные методы контрацепции (инъекции, импланты) используются очень редко (менее 0,5% в наших странах). Негативное отношение к гормональной контрацепции, в том числе среди врачей, сложилось еще в советские времена и, по всей видимости, не преодолено до сих пор.

Таблица 2.

**Применение методов контрацепции среди женщин репродуктивного возраста, имеющих партнера, %**

	Беларусь (2005 г.)	Россия (2007 г.)	Украина (2005 г.)
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	
<i>Число респондентов</i>	<i>4077</i>	<i>2032</i>	<i>4042</i>

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

*Источник:* здесь и далее в таблицах, если не указано иное, расчеты основаны на Multiple Indicator Cluster Surveys/MICS3 в Белоруссии и Украине ([http://www.childinfo.org/mics3\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html)) и на обследовании РидМиЖ-2007 в России.

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 еще ниже, чем показал опрос, так как некоторые ответы заставляют подвергнуть сомнению контрацептивную цель операции и/или то, что вопрос был понят респондентами правильно [2].

Около 1/5 пользователей контрацепции в трех странах ответили, что применяют несколько методов контрацепции одновременно (табл. 3), в том числе 0,5–1,3% – четыре метода и более. Причем некоторые сочетания методов, применяемых одной и той же женщиной, кажутся не имеющими смысла, например, гормональные таблетки и импланты, стерилизация и ВМС. Если принять за маркер нелепых сочетаний совместное использование ВМС и таблеток, то окажется, что больше всего таких ответов на Украине (1,4% всех пользователей контрацепции), затем – в России (0,6%) и меньше всего в Белоруссии (0,4%). С этой точки зрения белорусские респондентки демонстрируют большую рациональность, чем российские и особенно украинские.

Скорее всего, женщины, указывающие на одновременное использование 4–5 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 контрацепции [17].

**Таблица 3.**

**Распределение респондентов по числу применяемых одновременно методов контрацепции (все женщины, применяющие контрацепцию = 100%)**

	Беларусь (2005 г.)	Россия (2007 г.)	Украина (2005 г.)
Число методов контрацепции			
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

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 трех 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% на 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 г.)	Россия (2007 г.)	Украина (2005 г.)
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 источника [22].

Доля пар, выбирающих в качестве основного традиционный метод, в Беларуси и России велика – 16,5%. На Украине она вдвое ниже (около 8%), но все равно намного превосходит соответствующий показатель для западноевропейских стран<sup>16</sup>. 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<sup>17</sup>. Характерными особенностями структуры применяемых методов в за-

<sup>16</sup> Согласно опросам 1990-х годов, доля использующих традиционные методы на Украине была значительно выше [20, 29].

<sup>17</sup> Программы обследований, к сожалению, не дают возможности рассмотреть различия в зависимости от таких характеристик, как национальность и вероисповедание. Более детально особенности контрацептивного поведения разных социально-демографических групп населения в России описаны в [2].

висимости 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 лет 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).

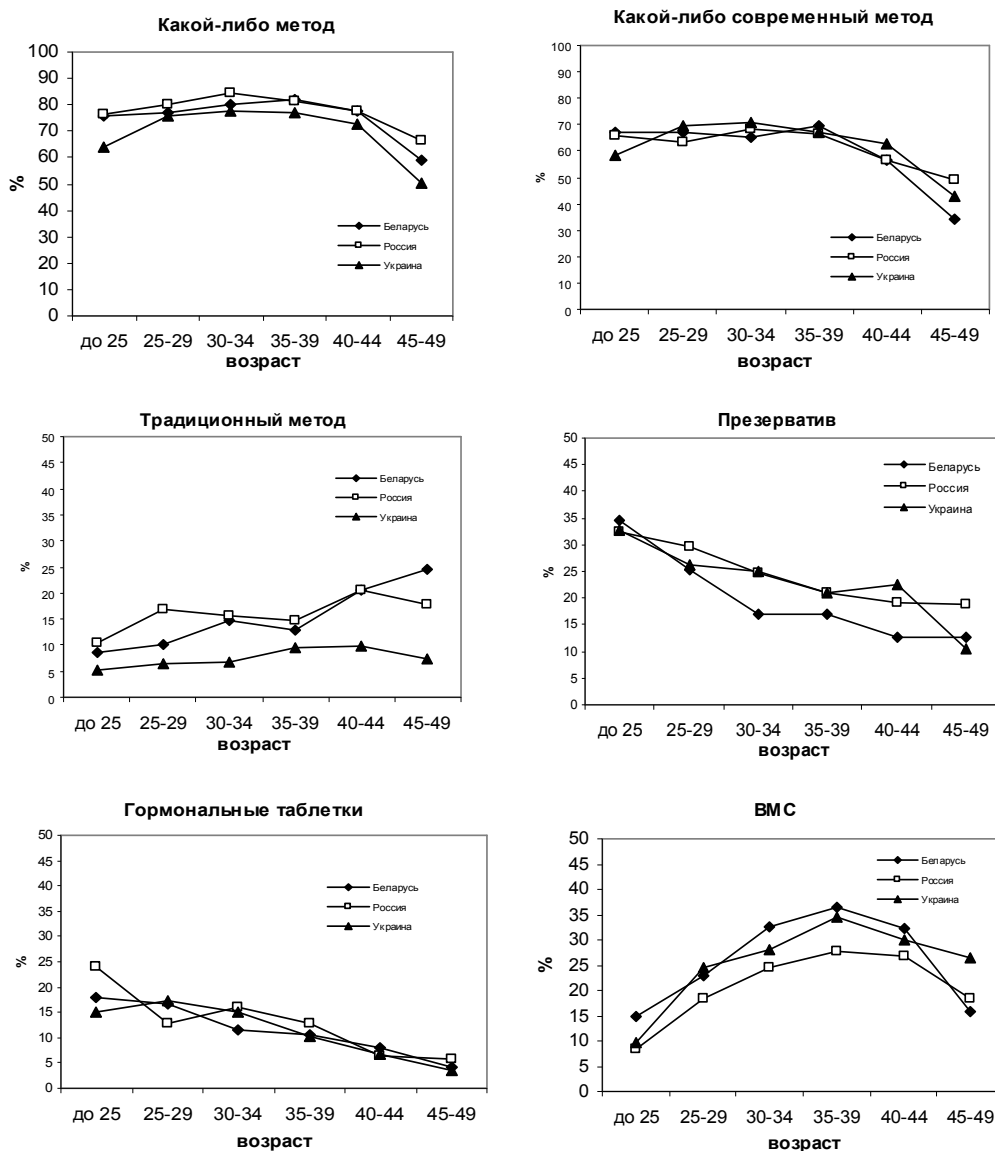


Рис. 4. Применение методов контрацепции в зависимости от возраста, % (женщины репродуктивного возраста, имеющие партнера)

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 (не показано). Что касается зависимости контрацептивного поведения от проживания в городе или сельской местности, то ситуация в России немного отличается от ситуации в Белоруссии и Украине. В России городские женщины характеризуются немного меньшей распространенностью контрацепции, в том числе современной, чем сельские женщины (табл. 5). Среди последних особенно высок удельный вес применяющих ВМС. В трех странах популярность гормональных таблеток и презерватива выше в городах, чем в сельской местности.

Таблица 5.

**Применение контрацепции в зависимости  
от социально-демографических характеристик,  
% от всех женщин репродуктивного возраста, имеющих партнера**

	Беларусь	Россия	Украина	Беларусь	Россия	Украина	Беларусь	Россия	Украина	Беларусь	Россия	Украина
	какой-либо метод			современный метод			традиционный метод			число респондентов		
Число рожденных детей												
0	35,6	49,8	47,3	32,5	43,1	45,5	2,9	6,7	1,7	123	180	173
1	75,8	80,2	76,5	62,9	63,0	68,7	12,9	17,2	7,8	1638	816	1897
2	77,9	80,6	69,6	59,0	63,8	60,7	18,9	16,8	8,9	1806	857	1565
3 и более	75,0	78,6	56,6	51,9	57,1	46,2	22,8	21,5	10,3	510	179	407
Брачно-партнерский статус												
зарегистрированный брак	75,2	78,8	69,0	58,2	61,5	60,9	17,0	17,3	8,1	3807	1620	3886
незарегистрированный брак	63,1	71,1	64,2	53,8	57,9	61,7	9,2	13,1	2,5	270	412	156
Образование												
среднее/среднее специальное	73,4	76,6	67,3	55,7	60,2	58,3	17,7	16,4	8,9	3044	1435	2246
высшее	77,6	78,9	70,3	65,0	62,5	63,7	12,5	16,5	6,7	1033	597	1796
Место жительства												
город	75,1	77,2	71,9	60,4	62,0	65,4	14,7	15,3	6,5	2076	1132	2284
сельская местность	72,0	79,4	62,4	53,1	61,2	51,1	18,8	18,1	11,2	1376	701	1533
столица*	77,5	71,1	69,2	59,8	53,8	64,0	17,6	17,2	4,9	625	199	225

\* В случае России объединены данные по Москве и Санкт-Петербургу.

Источник: расчеты, основанные на Multiple Indicator Cluster Surveys/МICS3 в Белоруссии и Украине и на обследовании РИДМИЖ-2007 в России.



Важным индикатором риска аборта является *неудовлетворенная потребность в планировании семьи*. Он показывает удельный вес пар, которые не желают завести 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 трех 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 МICS3 вопросы были сформулированы несколько иначе, но, тем не менее, они позволяют выделить респондентов, которые по состоянию здоровья «не могут забеременеть»<sup>18</sup>, 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 МICS3 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 очень высок. Россия имеет самый низкий показатель неудовлетворенной потребности в контрацепции (12%). 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 трех 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.

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 авторы [19].

### Государственная политика

Важную роль в ускорении перехода «от аборта к контрацепции» может играть государственная политика, продвигающая идеологию так называемого ответственного родительства, т.е. 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

<sup>18</sup> Правда, его задавали только тем, кто хотел бы родить ребенка.

стала складываться в первой половине 1990-х годов; в 1995 г. была принята национальная целевая программа «Планирование семьи» до 2000 г. (утверждена Постановлением Кабинета Министров № 736 от 13 сентября 1995 г.); затем последовали: национальная программа «Репродуктивное здоровье 2001–2005» (утверждена Указом Президента Украины № 203/2001 от 26 марта 2001 г.) и программа «Репродуктивное здоровье нации» на период до 2015 года (утверждена Постановлением Кабинета Министров № 1849 от 27 декабря 2006 г.). Благодаря действию этих программ в стране была создана сеть центров и кабинетов охраны репродуктивного здоровья и планирования семьи, получили развитие клиники, дружественные к молодежи. Была проведена большая работа по воспитанию ответственного сексуального поведения, повышению информированности населения о методах предупреждения нежелательной беременности [28]. Законодательство Украины предусматривает возможность бесплатного обеспечения современными контрацептивами женщин из групп риска (например, малообеспеченных, тяжелобольных) и молодежи<sup>19</sup>, и на это государство выделяет деньги [8].

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 г. статус президентской (в рамках программы «Дети России», Указ Президента РФ от 18 августа 1994 г. № 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 г. 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 остается двусмысленным, а часть общества настроена по отношению к этим правам откровенно негативно. Миф о том, что регулирование рождаемости является синонимом ее ограничения, а широкий доступ к методам контрацепции приводит, якобы, к снижению рождаемости, широко распространен 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

---

<sup>19</sup> Согласно Постановлению Кабинета Министров № 1303 от 17 августа 1998 г.

информацией о его вредных последствиях для здоровья и моральной неприемлемости. Об альтернативных абортным способам 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, от 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. В начале 2011 г. Патриарх Московский и всея Руси Кирилл направил государственному руководству Российской Федерации ряд предложений по совершенствованию национальной политики в сфере заботы о семье и детстве, среди которых и меры по противодействию абортам<sup>20</sup>. В частности, предлагается 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 абортов. Необходимо и дальше развивать пропаганду о том, какой вред наносят аборты здоровью, информировать население, особенно молодежь, о возможных осложнениях, рассказывать о влиянии абортов на психологическое состояние женщины и формировать правильный психологический настрой на материнство»<sup>21</sup>.

Что касается Белоруссии, где достигнуты наибольшие успехи в снижении уровня абортов, 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 из того, что удалось найти, к рассматриваемой в статье теме является содержание Республиканской комплексной программы по планированию беременности и профилактике невынашивания на 2008–2010 гг. (утверждена Приказом Министерства здравоохранения РБ от 23 января 2008 г. № 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

В Белоруссии, России и Украине за последние два десятилетия произошло существенное сокращение показателей абортов, однако темпы сокращения в трех стра-

<sup>20</sup> <http://www.patriarchia.ru/db/text/1386377.html>

<sup>21</sup> 1 октября 2009 г., <http://www.minzdravsoc.ru/health/med-service/83>

нах были разными. Уровень аборт в Белоруссии и Украине снижался намного быстрее, чем в России, в результате коэффициенты аборт в этих странах составляют на сегодняшний день около половины от российского уровня.

Более высокая распространенность аборт в России парадоксальным образом сочетается с более высоким уровнем использования противозачаточных средств, более низкой неудовлетворенной потребностью в планировании семьи и, в целом, с лучшим экономическим положением, чем в двух других странах. Такая ситуация позволяет сделать вывод о том, что эффективность использования контрацепции в России ниже, чем в Белоруссии и на Украине, где даже не самые современные методы применяются более грамотно.

Наблюдаемый феномен не объясняется общепринятыми детерминантами: семейной структурой, типом поселения, уровнем образования. Вероятно, переменные, которые хорошо объясняли процесс демографического перехода в рождаемости и диффузии ее контроля в исторической перспективе, перестают работать после того, как рождаемость стала полностью контролируемой и все население стало однородно «неомальтузианским». Современная женщина независимо от образования, семейного положения, места жительства и даже размера семьи использует методы планирования семьи. Для того чтобы понять, почему часть женщин при этом продолжают делать аборт, необходим другой дизайн обследования, не такой как в МICS3/РидМиЖ, с основным акцентом именно на особенностях контрацептивного поведения.

В 1990-е годы был запущен механизм перехода от «аборт к контрацепции». Трудно сказать, что сыграло главную роль – возникновение рыночной экономики, в том числе рынка контрацептивов, активность фармацевтических фирм, открытость и гласность, появление информации или действия официального здравоохранения. Сегодняшняя позиция руководства России не способствует модернизации контрацептивного поведения, но общество, как джинн, выпущенный из бутылки, может уже не опираться на государственную поддержку. Тем не менее государственная политика остается важным фактором в деле сокращения уровня аборт, стимулируя позитивные перемены или консервируя существующее положение.

\* \*

\*

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Демографическая модернизация России, 1900–2000 / под ред. А. Вишневого. М.: Новое издательство, 2006.
2. Денисов Б.П., Сакевич В.И. Применение контрацепции в России (по материалам выборочного обследования) // Доказательная медицина и клиническая эпидемиология. 2009. № 1. С. 34–39.
3. Діти, жінки та сім'я в Україні: стат. збірник. Київ: Державний комітет статистики України, 2010.
4. Женщины и мужчины Республики Беларусь: стат. сб. Минск: Национальный статистический комитет Республики Беларусь, 2010.
5. Жилка Н., Іркіна Т., Стешенко В. Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд). Київ: Міністерство охорони здоров'я України, Національна Академія наук: Інститут економіки, 2001.

6. *Захаров С.В.* Рост числа рождений в России закончился? // Демоскоп Weekly. 2011. № 453–454. 7–20 февраля. (<http://demoscope.ru/weekly/2011/0453/tema01.php>)
7. МЗСР РФ, ВОЗ. Аборты и контрацепция в Российской Федерации. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации. М.: Министерство здравоохранения и социального развития РФ, ВОЗ. В печати.
8. Минздрав Украины, ВОЗ. Аборты и контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований. Отчет и рекомендации. Киев: Министерство здравоохранения Украины, Всемирная организация здравоохранения, 2008.
9. Многоцелевое выборочное обследование условий жизни детей и женщин в возрасте 15–49 лет в Республике Беларусь в 2005 году. Окончательный отчет. Минск, Республика Беларусь: Министерство статистики и анализа Республики Беларусь и Научно-исследовательский институт статистики Министерства статистики и анализа Республики Беларусь, 2007.
10. *Пирожков С.И., Сафарова Л.* Украина и Россия в демографическом измерении // Демоскоп Weekly. 2010. № 405–406. 1–24 января. (<http://demoscope.ru/weekly/2010/0405/tema04.php>)
11. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010: стат. сб. М.: Росстат, 2010.
12. Статистичний щорічник України за 2009 рік. Київ: Державний комітет статистики України, 2010.
13. *Стешенко В.С.* Дослідження народжуваності й плідності у реальних покоління жінок України: висновки для сьогодення // Демографія та соціальна економіка. К.: Ін-т демографії та соціальних досліджень ім. М.В. Птухи НАН України, 2010. № 1(13).
14. *Шахотько Л.П.* Модель демографического развития Республики Беларусь. Минск: Беларуская навука, 2009.
15. *Bongaarts J., Westoff Ch.F.* The Potential Role of Contraception in Reducing Abortion // *Studies in Family Planning*. 2000. Vol. 31. № 3 (Sept. 2000). P. 193–202.
16. *David H.P., Popov A.A.* 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* / ed. by P.D. Henry with the assistance of J. Skiloganis. Greenwood Press, 1999.
17. *Frost J.J., Singh S., Finer L.B.* U.S. Women's One-Year Contraceptive Use Patterns, 2004. Perspectives on Sexual and Reproductive Health. N.Y.: Guttmacher Institute, 2007. 39(1). P. 48–55.
18. *Goldstein J.R., Sobotka T., Jasilionene A.* The End of «Lowest-Low» Fertility? // *Population and Development Review*. 2009. 35 (4). P. 663–699.
19. *Levchuk N., Perelli-Harris B.* Declining Fertility in Ukraine: What is the Role of Abortion and Contraception?: MPIDR Working Paper WP 2009-045. December 2009.
20. *Mogilevkina I., Odland V.* Contraceptive Practices and Intentions of Ukrainian Women // *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*. 2003. 8. P. 185–196.
21. *Philipov D., Andreev E., Kharkova T., Shkolnikov V.* Recent Trends in Induced Abortions in Russia and Under-Reporting in Surveys // *European Journal of Population*. 2004. 20. P. 95–117.
22. *Trussell J.* Contraceptive Efficacy // *Hatcher R.A., Trussell J., Stewart F. et al.* Contraceptive Technology: Eighteenth Revised Edition. N.Y.: Ardent Media, 2004.
23. UDHS, 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.
24. UKRAINE MICS 2005. Final report tables. ([http://www.childinfo.org/mics3\\_surveys.html](http://www.childinfo.org/mics3_surveys.html))
25. UN. World Population Monitoring 2002: Reproductive Rights and Reproductive Health. UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division. N.Y., 2004.

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

27. UNFPA. Беларусь: 10 лет после Международной Каирской конференции по народонаселению и развитию. Национальный отчет, изданный при финансовой поддержке UNFPA. Беларусь, Минск, 2004.

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

29. URHS. 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. Kyiv, Ukraine: Kiev International Institute of Sociology, September 2001.