

СОЦИОЛОГИЯ
// ЖИЗНЬ

Н.А. Шнейдерман
ОТКРОВЕННЫЙ
РАЗГОВОР
рождаемость
и меры
ее регулирования

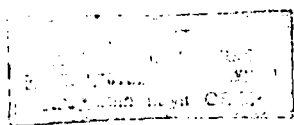


Москва «Мысль» 1991

С. 112
Всего страниц 112
Всего страниц 112

ББК 60.7
Ш 76

РЕДАКЦИОННО-
ТВОРЧЕСКАЯ ГРУППА
ПО ДЕМОГРАФИИ
И СОЦИАЛЬНЫМ ПРОБЛЕМАМ
НАСЕЛЕНИЯ



Ш 0703000000-022 51-91
004(01)-91

ISBN 5-244-00527-8

© Шнейдерман Н. А. 1991

Проблемы демографии сегодня так или иначе волнуют всех. Даже тех, кто никогда не слышал о существовании такой науки. Что происходит с рождаемостью и семьей? Почему растет число разводов, а одиноким становится все труднее вступить в брак? Почему в полной семье сегодня детей рождается меньше, а вне брака — больше, чем 30 лет назад? Чем обусловлено снижение рождаемости даже у населения с многовековыми традициями многодетности? Как скоро проявятся последствия названных тенденций и чем это грозит человечеству? Вот далеко не полный перечень вопросов, которые возникают перед любознательным человеком, пытающимся разобраться в том круге проблем, которыми занимается наука о народонаселении — демография. Только на первый взгляд все эти вопросы кажутся простыми и легко разрешимыми. Чем глубже специалисты проникают в сложный мир демографических процессов, тем больше неизвестных, неизученных явлений открывается им, тем более широкий круг смежных наук приходится привлекать для решения, казалось бы, чисто демографических задач.

Проблемы, которые мы намерены осветить в книге, требуют определенного уровня подготовленности читателя. Чтобы взаимопонимание было возможно более полным, прежде всего определим круг понятий, оперировать которыми предстоит в дальнейшем.

Рождаемость — процесс деторождения в совокупности людей, составляющих поколение, или в совокупности поколений — населении. Общий (грубый) коэффициент рождаемости определяется как численность родившихся на определенной территории за определенный промежуток времени в расчете на 1000 человек населения. Существуют и другие показатели, например *специальный коэффициент рождаемости*, вычисляемый как отношение числа родившихся к численности женщин детородного возраста; *коэффициент брачной рождаемости* показывает число родившихся в браке в расчете на 1000 замужних женщин.

Суммарный коэффициент рождаемости характеризует среднее число рождений у одной женщины в гипотетическом поколении за всю ее жизнь.

Репродуктивный, или детородный, период — та часть жизни женщин, в течение которой они способны к деторождению. В демографии условно принято считать границами детородного периода возраст от 15 до 50 лет, поскольку до нижней и после верхней границы рождений очень мало.

Естественный прирост — разница между числом родившихся и умерших на данной территории за определенный промежуток времени (обычно за год).

Воспроизводство населения — постоянное возобновление поколений людей. Характеристику рождаемости с точки зрения замещения поколения родителей поколением детей дает режим воспроизводства. Он может быть расширенным, простым или суженным.

Для *простого воспроизводства* с учетом полов рожденных детей и их смертности, а также того, что не все эти дети в будущем вступят в брак и смогут сами иметь детей (ведь известно, что имеются и бесплодные браки, и люди, никогда не состоявшие в браке), по расчетам демографов, необходимо 260—270 рождений на 100 женщин. Меньшее число рождений означает *суженное*, а большее — *расширенное воспроизводство* населения. Иногда говорят, что граница простого и суженного воспроизводства — 210 рождений на 100 семей. Это верно для идеального случая: если все рожденные дети доживут до детородного возраста, все вступят в брак, все станут родителями.

Интергенетические интервалы — интервалы между последовательными рождениями (например, между рождением первенца и второго ребенка, второго и третьего и т. д.).

Репродуктивное поведение — система действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака.

Бесплодие — неспособность зрелого организма воспроизводить потомство. Бесплодным считается брак, при котором беременность не наступает после 2 лет супружеской жизни без применения противозачаточных средств и методов.

Контрацепция — предупреждение беременности с помощью контрацептивных (противозачаточных) средств (внутриматочных спиралей, гормональных

препаратов, диафрагм, презервативов и т.п.) или контрацептивных методов (воздержания от половой жизни в дни возможного зачатия, прерванного полового акта и т.п.)

Меры регулирования рождаемости (синонимы: меры планирования семьи, меры контроля рождаемости) — искусственные аборты и контрацепция.

Криминальный (нелегальный) аборт — аборт, произведенный вне стен медицинского учреждения самостоятельно или с помощью другого лица, даже если у него имеется медицинское образование. *Внебольничные аборты* — нелегальные аборты, а также самопроизвольные, т. е. начавшиеся вне стен медицинского учреждения без какого-либо вмешательства извне.

Демографическая ситуация — состояние демографических процессов (смертности, рождаемости, брачности, разводимости), состава и размещения населения в какое-либо определенное время. Характеризуется соответствующими показателями.

Демографическая политика — система специальных мер, направленных на достижение желательного для общества в долгосрочной перспективе типа воспроизводства населения.

Возрастная структура населения — распределение населения по возрастным группам (обычно в процентах к общей численности населения).

Сегодня мы знаем, что проблемы рождаемости многогранны. Они включают не только экономические или медицинские, но и социальные, психологические, правовые, этические аспекты. В них фокусируются интересы личности, семьи, общества. Довольно часто эти интересы входят в противоречие. Например, то число детей, которое считают для себя оптимальным многие семьи (особенно в европейском регионе), в целом не может обеспечить общественно необходимого уровня воспроизводства населения страны. Если в предыдущие десятилетия расширенное воспроизводство (а оно — важнейшее условие нормального функционирования общества) обеспечивалось высокой рождаемостью коренного населения республик Средней Азии и Закавказья, то сейчас и здесь начнется переход к новому типу демографического поведения с ориентацией на семью с меньшим числом детей. И хотя этот процесс происходит неодновременно у населения различных национальностей, недалеко то время, когда

уровень рождаемости в среднем по стране не обеспечит количественного замещения поколения родителей поколением детей, т.е. воспроизводство населения станет суженным. Для того чтобы этого в ближайшем будущем не произошло, уже сейчас необходимо проводить эффективную демографическую политику, хотя начинать активно действовать надо было еще «вчера». Но «вчера» не вернешь, «завтра» же зависит от того, что и как будет сделано сегодня.

Тот или иной уровень рождаемости достигается с помощью определенных мер ее регулирования — противозачаточных (контрацептивных) методов и средств и искусственных абортов. Для личности, семьи, да и для общества в целом безразлично, какие из этих мер применяются чаще и дают лучший эффект. В предлагаемой вниманию читателей книге показано, что соотношение (т. е. структура) мер регулирования рождаемости — немаловажный фактор здоровья женщины, а следовательно, и ее будущего потомства. Преобладание в названной структуре искусственных абортов существенно влияет на формирование вторичного (приобретенного) бесплодия, на смертность детей на первой неделе, первом месяце, первом году жизни, на частоту выкидышей и рождения мертвых детей. Достижения в снижении младенческой смертности за годы Советской власти огромны, однако в последние десятилетия темпы этого снижения замедлились, а ее уровень в среднем по стране в 3—4 раза выше, чем, например, в Японии, Швеции, многих других развитых странах. Именно поэтому в постановлении ЦК КПСС и Совета Министров СССР «Основные направления развития охраны здоровья населения и перестройки здравоохранения СССР в двенадцатой пятилетке и на период до 2000 года» всемерное совершенствование охраны материнства и детства названо приоритетным направлением советского здравоохранения. В документе подчеркнута необходимость концентрации на всех важнейших направлениях совершенствования советского здравоохранения усилий не только медиков, но и социологов, демографов.

Расчеты показали, что только снижение смертности детей первого года жизни до самого низкого уровня, достигнутого сегодня в мире, позволит увеличить ежегодный естественный прирост населения страны более чем на 90 тыс. человек.

Медицинская демография, представителем которой является автор, предлагает некоторые пути разрешения обострившихся проблем рождаемости, охраны материнства и детства. Этим вопросам уделено большое внимание в данной книге.

Одна из болевых точек здравоохранения и серьезное препятствие нормальному развитию семьи — бесплодный брак. По мнению ученых, 10—15% семей в нашей стране бесплодны. Установлено, что вторичное бесплодие, доля которого во всем бесплодии превышает 50%, почти на $\frac{2}{3}$ обусловлено осложнениями искусственного аборта. По этой причине довольно значительная часть семей не может иметь желанного второго ребенка. Трудно дать точную оценку демографических и социальных потерь общества в связи с бесплодием. Это и нерожденные, но очень желанные дети; и рост психологической напряженности в семье, а зачастую — ее распад; невротизация населения. Широкое внедрение контрацептивов в практику регулирования рождаемости — альтернатива искусственному прерыванию беременности, серьезная мера профилактики в охране материнства и детства, существенный резерв повышения уровня воспроизводства населения. И это одна из причин, побудивших автора уделить большое внимание вопросам регулирования рождаемости, структуре мер такого регулирования.

Что знают женщины о возможностях предупреждения беременности и вреде абортов; когда и от кого они получили эти сведения; насколько их знания соответствуют научным и клиническим данным об эффективности и безвредности противозачаточных средств; каковы факторы формирования структуры мер регулирования рождаемости у населения различных регионов страны? Результаты специального опроса населения, проведенного с участием автора в различных регионах страны, позволяют достаточно подробно ответить на поставленные вопросы. В опросе участвовали женщины детородного возраста различного социального статуса и состояния здоровья. Целью этого выборочного обследования было выяснение их отношения к существующим методам и средствам контрацепции (МСК) и искусственным абортам. Глава 3 нашей книги целиком посвящена описанию программы и анализу итогов данного обследования.

Итак, мы очертили круг проблем, которые наме-

рены осветить в книге. Перед автором стояла двойная задача: с одной стороны, материал должен быть изложен в доступной форме, с другой — чрезмерное упрощение изложения могло привести к потере важной, но нелегко усваиваемой информации. Поэтому и было решено построить книгу в виде ответов на вопросы, взятые из писем, полученных Республиканской лабораторией медицинской демографии, где долгое время работал автор, а также из соответствующих рубрик газет, и, кроме того, на вопросы, наиболее часто задаваемые на лекциях и при проведении социологических опросов женщин. Форма беседы, откровенного разговора, на наш взгляд, наиболее демократична, она позволяет затрагивать глубоко личные, интимные стороны жизни каждого человека.

Автор приносит искреннюю благодарность доктору медицинских наук, профессору М. С. Бедному за ценные советы, которые были учтены в работе над книгой.

РОЖДАЕМОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ

1.1. ПЕРЕНАСЕЛЕНИЕ — МИФ ИЛИ РЕАЛЬНОСТЬ?

— *Нужно ли повышать рождаемость?*

Попробуем представить себе возможные ответы на поставленный вопрос.

— Ни в коем случае! Нас и так слишком много. Налицо все признаки перенаселения, — проворчит рассерженный мужчина, которому в час пик наступили на ногу в общественном транспорте.

— Ни в коем случае! Я и сейчас не могу купить ребенку колготки, устроить его в детский сад в нашем микрорайоне, — скажет молодая мать.

— Ни в коем случае! Посмотрите, в какой длинной очереди приходится стоять за продуктами. А ведь я отработала наравне с мужчинами восемь часов, и дома меня ожидают стирка, уборка, внуки, — ответит женщина постарше.

— Нужно! — будут утверждать специалисты, демографы, социологи, экономисты, располагающие точными данными о рождаемости и естественном приросте населения страны за последние десятилетия.

Так кто же прав? Нужно ли действительно повышать рождаемость? А вернее, какой она должна быть, сколько детей необходимо иметь в каждой семье и вообще, почему этим вопросом занимаются ученые?

В наше время при выработке стратегии и тактики экономического развития страны одними из основных исходных данных являются сведения демографического характера. Без глубоких научных знаний о современной демографической ситуации, о ее прогнозируемых на будущее изменениях невозможно эффективно управлять развитием общества, определять его цели и задачи. И в первую очередь важно знать все о рождаемости, поскольку в условиях относительной

стабилизации смертности именно она — ведущий фактор формирования численности и половозрастной структуры населения, а уровень рождаемости сегодня детерминирует характер его воспроизводства.

Со стороны может показаться, что сложностей у демографов нет: достаточно сказать, что в текущем году по сравнению с прошлым периодом родилось на столько-то тысяч детей больше, а умерло на столько-то тысяч человек меньше, — и все станет ясно. Кто-то из известных ученых пошутил по этому поводу: люди считают, что, дав себе труд родиться, они уже все узнали о рождаемости. Специалисты же такого утверждать не могут.

Большинство советских демографов придерживаются мнения, что для нормального развития общества необходимо слегка расширенное воспроизводство населения. Начиная с определенного времени во многих республиках страны возобновление поколений происходит на суженной основе. В научных кругах ведутся споры о том, к каким последствиям приведет сегодняшняя демографическая ситуация и как скоро они проявятся. Из этого основного вопроса вытекают другие, не менее важные для общества: до какого уровня может продолжаться снижение рождаемости, если не предпринимать никаких действий? А как будут развиваться события, если проводить те или иные мероприятия демографической политики? Следует ли дифференцировать эти мероприятия по регионам с различной демографической ситуацией, или они должны быть общесоюзными во избежание претензий к тому, что региональный подход создает некоторое неравенство между отдельными группами населения? Дадут ли они ожидаемый эффект и как долго во времени продержатся стимулированные ими изменения? И вообще, какие именно мероприятия позволят достичь общественно необходимого уровня рождаемости: материальное стимулирование семей с тремя и более детьми, создание им атмосферы «наибольшего благоприятствования» или же изменение некоторых элементов инфраструктуры, в частности повышение обеспеченности товарами для детей, детскими дошкольными учреждениями, лучшая организация сферы бытового обслуживания с целью уменьшения двойной занятости женщин — на работе и дома?

Однако на основе сказанного может возникнуть

неправильное понимание целей демографической политики в области рождаемости как необходимости расширенного воспроизводства населения во что бы то ни стало. Сразу же оговоримся: на наш взгляд, расширенное воспроизводство безусловно должно быть достигнуто, однако не любой ценой, иначе оно превращается в самоцель, ради которой жертвуют интересами человека.

— *И все-таки непонятно. Я где-то читала, что в Индии, Китае и даже в Соединенных Штатах Америки беспокоены слишком быстрым ростом населения, высокой рождаемостью. А мы обсуждаем вопрос увеличения доли семей с тремя и более детьми, т. е. повышения рождаемости и естественного прироста. В чем дело? Объясните! (Из письма.)*

Да, это действительно так. Еще в середине 60-х годов американские ученые объявили о необходимости достижения нулевого прироста населения, т. е. равенства между уровнями рождаемости и смертности. В таком случае естественный прирост становится равным нулю, численность населения перестает расти. (Понятно, что при этом имеется в виду не рост показателей смертности до уровня показателей рождаемости, а наоборот — снижение показателей рождаемости до уровня показателей смертности.)

Концепция нулевого прироста была сформулирована исходя из нежелательности так называемого демографического взрыва — слишком быстрого количественного роста населения¹.

Демографы подсчитали, что численность населения нашей планеты к концу первого тысячелетия н. э. (т. е. в 1000 г.) составляла примерно 250—275 млн человек. Ее удвоение произошло через 650 лет. Для следующего удвоения понадобилось примерно 200 лет — в 1850 г. на Земле проживал уже 1 171 млн человек. Благодаря успехам науки, в том числе и великим открытиям в медицине, в XIX — начале XX в. происходило быстрое снижение смертности. Рождаемость хотя и снижалась, но в XIX в. оставалась еще высокой. В связи с этим темпы роста населения увеличивались, и очередное удвоение численности произошло за 100 лет. А к 1960 г. нас было уже более 3 млрд человек. В это время и стали все более настойчиво говорить о демографическом взрыве. По прогнозам Организации Объединенных Наций, к 2000 г. населе-

ние планеты должно увеличиться до 6 млрд человек.

Итак, в 60-х годах нашего века считалось, что через 40 лет, т. е. к 2000 г., население Земли удвоится в очередной раз. По мнению приверженцев теории нулевого прироста, в этом-то и состоит проблема. Человечеству придется постоянно решать такую задачу: или развитие общества, рост уровня жизни, или быстрый рост населения. Данная точка зрения названа демографическим детерминизмом, поскольку ей свойственно изменения в народонаселении считать первичными, определяющими перспективы развития общества. Исходя из этого и обосновывалась необходимость достижения в развитых капиталистических странах нулевого прироста, а в развивающихся странах — существенного снижения уровня рождаемости с помощью специальных программ планирования семьи, о которых подробно будет рассказано несколько позже. С позиций демографического детерминизма казалось, что именно высокая рождаемость и быстрый рост населения в развивающихся странах стали тормозом на пути их развития, улучшения жизни населения, а в дальнейшем станут причиной снижения уровня жизни всего населения Земли, источником перенаселения земного шара.

— *А разве это не так? Говорят, очень скоро иссякнут источники ресурсов — энергетических, пищевых, минеральных — и человечество просто вымрет!*

Эти страхи слишком преувеличены. Все в тех же 60-х годах были сделаны расчеты, учитывающие уровень развития науки и техники, среднюю урожайность сельскохозяйственных культур, научно обоснованные нормы питания. Согласно этим расчетам, наша планета могла бы прокормить в 6 раз больше населения, чем на ней будет к началу третьего тысячелетия, по прогнозам ООН.

Если же учесть, что наш динамичный век дает интереснейшие изобретения, о которых и мечтать невозможно было еще 20 лет назад, присовокупить сюда прогнозируемые открытия в генетике, селекции растений, а также вероятность более широкого использования продовольственных ресурсов моря, имеющиеся возможности расширения пахотных площадей, то можно сказать, что Земля могла бы прокормить население еще большей численности. Все сказанное относится в равной мере и к энергетическим ресурсам.

— Так, значит, нам не угрожает в обозримом будущем перенаселение Земли?

Действительно, абсолютного перенаселения на планете не стоит опасаться, ведь можно доказать, что человек за свою жизнь производит гораздо больше материальных благ, чем потребляет, поэтому вопрос не в уровне рождаемости, не в численности населения и количестве продовольствия, энергии, других благ, а в более справедливом их распределении. Об этом очень хорошо сказал на Всемирной конференции ООН по вопросам народонаселения крупный советский демограф А. Я. Боярский: «Пять миллиардов ртов? Да, но и три миллиарда работников! И если вооружить их достижениями современной науки и техники, избавив... от бессмысленной расточительной работы на войну, то нет никакого сомнения в том, что можно не только хорошо накормить все эти рты, но и обеспечить при правильном распределении богатств всем людям на Земле благосостояние и счастливую жизнь»².

Для нашей страны куда острее стоит вопрос вероятного снижения уровня рождаемости ниже грани простого воспроизводства. Чтобы не допустить этого, необходимо понять, почему снижается рождаемость.

— Как, разве специалисты этого не знают? Даже людям, далеким от науки, ясно, что женщинам сейчас некогда рожать — сначала они учатся в техникуме или институте, потом работают наравне с мужчинами, да еще и дом, стирка, готовка, очереди в магазинах... Прибавьте к этому тесноту — молодая семья часто живет вместе с родителями, а то и снимает жилье, отсутствие денег на самое необходимое — вот вам и причины снижения рождаемости.

Действительно, еще 20 лет назад считалось, что перечисленные факторы оказывают непосредственное влияние на то, сколько детей появится в семье. Неблагополучное сочетание этих факторов представлялось теми «помехами», которые препятствуют рождению большего числа детей. Такие взгляды даже получили название «теория помех». Сейчас уже ясно, что «помехи» влияют на рождаемость не прямо, а опосредованно, через субъективные оценки факторов, формирующих индивидуальные потребности, интересы, ценности. Ценность семьи с определенным числом детей, ее место в иерархии ценностей личности

определяются всем комплексом материальных и духовных условий жизни общества, образом жизни в самом широком смысле этого понятия. Поэтому изменение только материальных условий не может решить проблему расширенного воспроизводства населения, изменить иерархию ценностей семьи, в которой ценность детей не всегда выдерживает конкуренцию с другими потребностями и интересами. И это очень хорошо подтверждают статистические данные и расчеты, а также специальные опросы населения, которые проводят ученые — демографы, социологи, психологи. Часто они задают женщинам вопрос: «При каких условиях в Вашей семье мог бы появиться еще один ребенок?» И оказывается, что, например, большинство москвичек ни при каких условиях не хотят иметь третьего ребенка, — изменить эту установку не смогут никакие материальные блага (квартира, повышение заработной платы и т. п.).

В отечественной демографии заслуга перехода от изучения «помех» к исследованию репродуктивного поведения принадлежит Л. Е. Дарскому и В. А. Беловой. В дальнейшем это направление развивалось в работах В. А. Борисова, А. И. Антонова, других ученых. Однако и сейчас не существует единой системы взглядов на причины, обусловившие современные тенденции рождаемости.

Часть демографов высказывает мнение о том, что современный уровень рождаемости почти целиком определяется снизившейся потребностью в детях. Предполагается, что можно ожидать падения такой потребности до нуля. Следовательно, для изменения тенденций рождаемости необходимо воздействовать на саму потребность. Никакое воздействие на «помехи» к деторождению, по мнению сторонников этих взглядов, к желаемому результату не приведет, так как «люди имеют то число детей, которое у них есть, не потому, что так сложились условия жизни, не потому, что они хотели бы иметь больше, а обстоятельства препятствовали этому. Если говорить о поведении миллионов мужчин и женщин (а не отдельных индивидов), то численность детей в семье устанавливается не игрой случая, не стечением обстоятельств, не цепочкой помех к их желаниям, а в результате целенаправленного поведения, удовлетворения своих потребностей, в том числе и потребности в одном-двух

детях»³. Улучшение материальной и жилищной обеспеченности, другие меры материальной помощи семье, по мнению сторонников теории снижения потребности в детях, приведут лишь к незначительному росту рождаемости за счет более полной реализации уже имеющейся потребности в детях. Но, поскольку она слишком мала, для изменения характера воспроизводства куда важнее создавать социально-психологические льготы семьям с тремя-четырьмя детьми, улучшать моральный климат вокруг них, укреплять их положение в обществе, что в конечном счете изменит и саму потребность. Высокая потребность в детях в прошлом объясняется высокой экономической и социальной «выгодностью» многодетности для родителей: дети — помощники в семье, кормильцы в старости, семья с большим числом детей престижна. Снижение потребности в детях сегодня обусловлено тем, что многодетность перестает быть экономически и социально привлекательной.

Как адаптивные реакции населения на социально-экономические, культурные и другие условия жизни рассматривает современные тенденции рождаемости доктор философских наук А. Г. Вишневский⁴. Семья связана с обществом тысячей неразрывных связей, поддерживающих их взаимодействие и определяющих ее демографическую цель. На формирование демографической цели семьи, с точки зрения А. Г. Вишневского, воздействуют любые изменения в жизни общества, даже если они не осознаются и не направлены прямо на создание определенных демографических установок, относятся к далекой от демографии области. В связи с этим мероприятия, например, в области охраны окружающей среды, жилищного строительства, политики цен, занятости и т. п. могут повлиять на решение семьи иметь или не иметь еще одного ребенка.

Следовательно, если общество определило глобальные цели демографического развития, то, исходя из них и учитывая глубокую взаимосвязь и взаимообусловленность социально-экономических, культурных, демографических изменений, оно должно:

во-первых, устранить препятствия материального, жилищного, здравоохранительного, юридического и прочего характера к более полному достижению демографической цели семьи (т. е. в сущности улучшить

условия реализации репродуктивных установок, устранить «помехи» на их пути);

во-вторых, воздействовать на сами демографические цели, заранее учитывая демографические последствия всех принимаемых на уровне общества решений в социальной, экономической, культурной сфере и изменяя их, если они не соответствуют демографическим интересам или преследуют менее важные для общества цели.

Ученый А. Г. Волков считает, что теория ослабления потребности в детях не объясняет причин снижения рождаемости. По его мнению, снижение рождаемости обусловлено тем, что потребность в детях в иерархии потребностей личности оказалась потесненной иными, требующими удовлетворения потребностями. Возможность для семьи выбирать, которую из них следует удовлетворять в первую очередь, считает А. Г. Волков, — величайшее завоевание нашего общества, поэтому «основной путь поощрения рождаемости не в том, чтобы побуждать семьи иметь детей больше, чем они хотят, а в максимальном содействии удовлетворению имеющейся у них «потребности в детях»⁶.

— Ну а если так, то, может быть, и не стоит заниматься этим вопросом. Почему он так волнует ученых?

Автор данной работы придерживается того мнения, что возникновение потребности в определенном числе детей и ее реализация в репродуктивных поступках детерминированы условиями жизни в самом широком смысле слова. Изменение условий жизни создает новые элементы объективной действительности, которые, преломляясь через сознание, способны изменить социальные нормы детности и потребность в детях. Поэтому теорию «помех» необходимо переосмыслить с учетом относительно новых для демографии социально-психологических подходов, знаний об этапах формирования потребностей и их реализации в поступках.

Как уже отмечалось, большинство ученых признают желательность для СССР слегка расширенного воспроизводства населения. Только в этом случае может быть обеспечено нормальное функционирование экономики страны, исключена угроза депопуляции (естественной убыли населения) в будущем. С учетом соотношения полов при рождении (на 105—106 маль-

чиков рождается 100 девочек), а также при современном уровне смертности, частоте бесплодных браков и доле лиц, которые никогда не вступят в брак, для расширенного воспроизводства каждые 100 женщин должны родить за свою жизнь более 260—270 детей.

В то же время в 1965—1966 гг. в СССР на 100 женщин репродуктивного возраста приходилось 246 рождений, в 1980—1981 гг.—только 224, а в 1988 г.—245 рождений. Такой уровень рождаемости обеспечивает лишь простое замещение поколений. Более того, даже оно находится под угрозой, поскольку в значительной степени обеспечивалось традиционно высокой рождаемостью у коренного населения Средней Азии и частично Армении, Азербайджана, Молдавии. Происходящая здесь переориентация семей на меньшее число рождений может привести в недалеком будущем к суженному воспроизводству в масштабах всей страны. Именно поэтому советские ученые так много внимания уделяют изучению рождаемости, познанию путей воздействия на нее, смягчению возможных негативных демографических, социальных и прочих последствий ее изменения. Насколько остра проблема рождаемости в нашей стране, помогут понять приводимые нами статистические данные и расчеты.

1.2. СКОЛЬКО ДЕТЕЙ ИМЕТЬ В СЕМЬЕ?

В середине 60-х годов в нашей стране произошло значительное снижение рождаемости. Демографы потратили немало усилий на доказательство того, что в основном это было связано с переориентацией семей на меньшее число детей и только в незначительной степени с «демографическим эхом» войны — вступлением в возраст максимальной рождаемости малочисленного поколения «детей войны».

Снижение рождаемости привело к изменению характера воспроизводства населения страны: в начале 60-х годов оно было расширенным, а к концу 60-х — обеспечивало лишь простое замещение поколений. Однако сегодня и простое воспроизводство не является типичным для СССР: уже в 1969—1970 гг. у 74,8% населения страны сложившийся уровень рождаемости обеспечивал лишь суженное воспроиз-

во, у 6,5% — простое, у 18,7% — расширенное. К 1984—1985 гг. только 17,9% населения СССР имело расширенное воспроизводство, а численность населения страны с простым воспроизводством уменьшилась более чем в 2 раза (см. табл. 1).

Таблица 1. Группировка союзных республик по характеру воспроизводства населения в 1969—1970 гг. и 1984—1985 гг. *

Характер воспроизводства	1969—1970		1984—1985	
	Союзные республики	Доля населения в общей численности населения СССР, %	Союзные республики	Доля населения в общей численности населения СССР, %
Расширенное воспроизводство (коэффициент суммарной рождаемости >2,5)	Узбекская ССР Казахская ССР Грузинская ССР Азербайджанская ССР Киргизская ССР Таджикская ССР Армянская ССР Туркменская ССР	18,7	Узбекская ССР Казахская ССР Азербайджанская ССР Молдавская ССР Киргизская ССР Таджикская ССР Туркменская ССР	17,9
Простое воспроизводство (коэффициент суммарной рождаемости = 2,1—2,6)	Белорусская ССР Литовская ССР Молдавская ССР	6,5	Грузинская ССР Армянская ССР	3,1
Суженное воспроизводство (коэффициент суммарной рождаемости <2,1)	РСФСР Украинская ССР Латвийская ССР Эстонская ССР	74,8	РСФСР Украинская ССР Белорусская ССР Литовская ССР Латвийская ССР Эстонская ССР	79,0

* Характер воспроизводства определялся по величине коэффициентов суммарной рождаемости условного поколения, о которых подробнее см. в тексте.

Рассчитано по: Население СССР, Справочник. М., 1985. С. 12.

— Этого не может быть! Вам любая женщина скажет, что сейчас стали рожать больше, у многих появились вторые, а то и третьи дети. А вы по-прежнему утверждаете, что рождаемость снижается.

Тем не менее статистика — вещь упрямая. И она оперирует не отдельными случаями, а их совокупностью. Действительно, в начале 80-х годов произошел рост числа родившихся, увеличение доли вторых и частично третьих рождений, хотя на эти годы прогнозировалось дальнейшее снижение рождаемости как

за счет углубления процессов перехода к семье с меньшим числом детей, так и в связи с очередной волной «демографического эха» войны. Для таких прогнозов были весьма веские основания: специальные опросы населения фиксировали снижение от поколения к поколению планируемого семьями числа рождений, и не только у населения европейской части СССР, но и в семьях коренных народов Средней Азии, Армении, Азербайджана, Молдавии, которым издавна была свойственна многодетность.

Результаты специальных опросов подтверждались данными статистики, которые показывали сглаживание различий в среднем числе рожденных детей в семьях рабочих, служащих, колхозников; у городского и сельского населения; у лиц с различным уровнем образования. Весомым структурным фактором прогнозирувавшегося снижения рождаемости служило то, что в 80-х годах в репродуктивный (детородный) возраст вступали «дети детей войны» — малочисленные поколения 60-х годов рождения.

— Однако вы уже сказали, что прогнозы не подтвердились — рождаемость стала расти. Можем ли мы теперь успокоиться, перестать заниматься проблемами рождаемости? И остались ли эти проблемы?

Оказывается, остались! И заключаются они по-прежнему в том, что даже выросшая рождаемость не обеспечивает желательного для общества слегка расширенного воспроизводства населения.

В начале 80-х годов произошел рост общих коэффициентов рождаемости. Но специалистам хорошо известно, что повышение или понижение показателей, рассчитываемых по отношению ко всему населению, не отражает истинных изменений в интенсивности рождаемости, поскольку зависит от структурных факторов. Структурные факторы — возрастно-половая структура населения, брачность, разводимость, доля женщин детородного возраста (15—49 лет) в общей численности женщин, удельный вес молодых возрастов в численности женщин детородного возраста, интервалы между рождениями (календарь, или тайминг, рождений) — изменяют только показатели, не сказываясь на уровне (интенсивности) деторождения. Более точную характеристику рождаемости дают специальные коэффициенты (число родившихся на 1000 женщин 15—49 лет), которые не зависят от возрастно-

половой структуры всего населения, но отражают изменения в структуре детородного контингента, брачности, календаре рождений (табл. 2).

Таблица 2. Изменение рождаемости по союзным республикам за 1958—1959 — 1986—1987 гг., ‰

	Число родившихся на 1000 женщин 15—49 лет				
	1958— 1959	1969— 1970	1979— 1980	1984— 1985	1986— 1987
СССР	88,7	65,7	70,5	76,9	79,7
РСФСР	82,9	53,4	59,6	65,0	67,8
Украинская ССР	70,7	55,3	57,9	60,7	61,2
Белорусская ССР	91,0	61,3	61,4	66,6	66,7
Узбекская ССР	158,8	158,5	148,9	157,7	160,6
Казахская ССР	143,0	96,1	93,8	98,6	101,7
Грузинская ССР	85,0	73,3	68,5	73,2	73,2
Азербайджанская ССР	163,3	134,6	98,3	101,6	105,4
Литовская ССР	82,8	67,2	58,6	64,0	65,3
Молдавская ССР	111,7	71,6	75,2	84,4	87,0
Латвийская ССР	59,2	53,5	54,1	61,8	64,1
Киргизская ССР	140,1	134,7	127,4	136,8	139,5
Таджикская ССР	123,5	166,4	167,3	177,1	186,7
Армянская ССР	159,2	92,9	83,8	90,8	90,1
Туркменская ССР	161,6	165,6	150,2	151,2	156,8
Эстонская ССР	59,9	59,3	59,0	63,1	64,1

Источник. Население СССР. 1987: Статистический сборник. М., 1988. С. 209, 211—214.

Из табл. 2 видно, что снижение специальных коэффициентов рождаемости за период с 1958—1959 по 1969—1970 гг. произошло во всех республиках страны, за исключением Туркмении и Таджикистана — регионов с наиболее высоким уровнем рождаемости. Демографы доказали, что это снижение было обусловлено изменением репродуктивных установок, переориентацией семей на меньшее число детей и в незначительной степени — структурными факторами.

Тенденции специального коэффициента рождаемости в последующие 10 лет (1969—1970 — 1979—

1980 гг.) были довольно противоречивы. Увеличение названного показателя в целом по стране складывалось из возросших в 6 и уменьшившихся в 9 союзных республиках показателей. Как показали расчеты, на этот раз такая динамика коэффициентов рождаемости обуславливалась в основном структурными факторами — уменьшением возрастно-половых диспропорций в населении, улучшением структуры детородного контингента по возрастам и т. п.

В период с 1979—1980 по 1986—1987 гг. отмечался рост показателей рождаемости во всех союзных республиках, причем в Узбекистане, Латвии, Таджикистане и Эстонии специальные коэффициенты рождаемости за 1986—1987 гг. превысили даже уровень 1958—1959 гг.

С конца 60-х — начала 70-х годов началось увеличение показателей рождаемости у женщин моложе 30 лет и их снижение у женщин старше 30 лет. Особенно заметное повышение произошло в самой младшей (до 20 лет) группе, а снижение — в старших (после 40 лет) группах женщин детородного возраста (табл. 3).

Таблица 3. Распределение родившихся в СССР по возрасту матерей за 1958—1959 — 1986—1987 гг., ‰

Возрастная группа, лет	Число родившихся в среднем за год на 1000 женщин соответствующей возрастной группы				
	1958—1959	1969—1970	1984—1985	1986—1987	1986—1987 в ‰ к 1969—1970
15—49*	88,7	65,7	76,9	79,7	121,3
моложе 20**	29,2	30,4	43,2	44,4	146,1
20—24	162,2	163,9	187,2	192,6	117,5
25—29	164,8	128,7	138,0	145,9	113,4
30—34	110,1	88,1	73,7	79,2	89,9
35—39	66,6	48,5	31,1	33,8	69,7
40—44	24,1	15,3	7,0	8,7	56,9
45—49	5,0	2,9	0,8	0,7	24,1

* Включая родившихся у матерей более старшего возраста.

** При определении относительных показателей этой возрастной группы условно взято число женщин 15—19 лет.

Источник. Население СССР. 1987. С. 209.

Так, рождаемость у женщин моложе 20 лет в 1986—1987 гг. превышала соответствующий показатель 1969—1970 гг. на 46,1%. В то же время у женщин 40—44 лет за этот же период показатель уменьшился на 43,1%, а у женщин 45—49 лет — на 75,9%.

Рост показателей в младших и уменьшение в старших возрастных группах означает, что формирование семьи в среднем по стране заканчивается теперь в более молодом возрасте, при меньшем числе детей в ней. Подтверждением может служить то, что в регионах с традиционной многодетностью показатели рождаемости у женщин после 30 лет в несколько раз выше, чем в регионах с низкой рождаемостью, поскольку период деторождения здесь более растянут в связи с рождением большего числа детей. В качестве примера рассмотрим Украинскую ССР и Таджикскую ССР — республики с самой низкой и самой высокой рождаемостью в 1986—1987 гг. Показатель рождаемости у женщин 30—34 лет был в УССР в 4,1 раза ниже, а в группе 40—44 года — в 16,1 раза ниже, чем у женщин таких же возрастных групп в Таджикистане.

— Как можно определить характеристику рождаемости с точки зрения замещения поколения родителей детьми?

Это не сложно. Характеристику рождаемости с точки зрения режима воспроизводства, т. е. замещения поколения родителей поколением детей, дают суммарные коэффициенты рождаемости, которые показывают, сколько детей в среднем родила бы одна женщина за весь свой репродуктивный (детородный) период, если бы на протяжении этого периода коэффициенты рождаемости оставались неизменными. Однако хотя суммарные показатели не зависят от возрастной структуры всего населения, тем не менее на их величине могут отразиться изменения «календаря» рождений (т. е. времени рождения детей, интервалов между рожденьями), уровня брачности и возраста вступления в брак. В табл. 4 приводятся эти коэффициенты для всей страны и для РСФСР за длительный период времени.

Из табл. 4 видно, что даже в 1986—1987 гг. уровень рождаемости в СССР обеспечивал только простое воспроизводство: умножив суммарный коэффициент рождаемости на 100, получим, что на 100 жен-

Таблица 4. Изменение суммарных коэффициентов рождаемости в СССР и РСФСР за период с 1958—1959 по 1986—1987 гг.

	1958— 1959	1965— 1966	1969— 1970	1978— 1979	1980— 1981	1984— 1985	1985— 1986	1986— 1987
СССР	2,797	2,449	2,421	2,273	2,239	2,395	2,455	2,521
РСФСР	2,615	2,123	1,992	1,885	1,875	2,045	2,106	2,194

Источник. Население СССР. 1987. С. 209, 211.

щин в конце 80-х годов приходилось только 252 рождения. А вы, конечно, помните, что эта цифра должна превышать 260—270 рождений — только в таком случае замещение поколения родителей поколением детей будет расширенным.

Понятно, что средние по стране показатели складываются из очень неоднородных показателей по республикам. Так, если в 1965—1966 гг. в восьми республиках СССР уровень рождаемости обеспечивал расширенное воспроизводство населения (Узбекская ССР — 5,530, Казахская — 3,487, Азербайджанская — 5,237, Молдавская — 2,660, Киргизская — 4,643, Таджикская — 5,427, Армянская — 3,895 и Туркменская ССР — 6,023), то к 1969—1970 гг. из их числа выбыла Молдавская ССР, а несколько позже — Армения⁶. Увеличение коэффициентов рождаемости в 80-х годах в этом отношении ничего не изменило, так как произошло в рамках одного и того же режима воспроизводства. Более того, если в республиках с низкой рождаемостью (РСФСР, Белоруссия, Украина, Прибалтийские республики) отмечался рост числа детей, рожденных в среднем одной женщиной условного поколения, то в республиках Средней Азии продолжалось снижение этого показателя, наметившееся еще в начале 70-х годов.

Самая большая республика страны — РСФСР — остается неоднородной в отношении режимов воспроизводства населения как по отдельным регионам, так и по типам поселений.

Еще в 1965 г. в Российской Федерации насчитывалось 11 областных регионов, население городов в которых воспроизводилось на расширенной основе. Начиная с 1970 г. только в Дагестанской АССР суммарный коэффициент рождаемости превышал 2,7 рож-

дения на одну женщину условного поколения, а в Тувинской АССР колебался от 2,6 до 2,7, не достигая последней цифры. В селах РСФСР наблюдалась обратная тенденция: число территорий с расширенным воспроизводством населения возросло с 15 в 1965 г. до 26 в 1979 г. и до 45 в 1985 г. Кроме того, у сельского населения 7 областных регионов в 1985 г. суммарный коэффициент рождаемости слегка превысил 2,6. И хотя этот коэффициент для всего сельского населения РСФСР в 1985 г. был равен 2,909, у городского он был недостаточен даже для простого воспроизводства и составлял 1,813, а в целом для всего населения республики в связи со значительным перевесом городского населения — 2,059.

Таблица 5. Динамика суммарных коэффициентов рождаемости в некоторых регионах РСФСР

	Город				
	1965	1970	1979	1982	1985
Москва	1,339	1,454	1,573	1,528	1,686
Ленинград	1,427	1,461	1,627	1,586	1,665
Калининская область	1,564	1,636	1,594	1,682	1,648
Калужская область	2,001	1,805	1,630	1,652	1,702
Новосибирская область	1,705	1,598	1,638	1,774	1,692
Сахалинская область	1,911	2,071	1,887	2,003	1,863
Приморский край	2,114	1,868	1,832	1,958	1,827
Бурятская АССР	2,070	1,985	1,990	2,213	2,287
Тувинская АССР	3,322	2,388	2,366	2,554	2,625
Дагестанская АССР	3,496	2,914	2,902	2,797	2,712

Продолжение

	Село				
	1965	1970	1979	1982	1985
Москва	—	—	—	—	—
Ленинград	—	—	—	—	—
Калининская область	1,246	1,949	2,198	2,323	2,759
Калужская область	1,466	2,051	2,001	2,120	2,377
Новосибирская область	2,152	2,484	2,605	3,133	2,961
Сахалинская область	1,608	1,926	2,126	2,361	2,547
Приморский край	2,082	2,531	2,534	3,251	3,020
Бурятская АССР	3,169	3,034	3,244	3,653	3,983
Тувинская АССР	4,406	4,642	4,524	4,498	4,931
Дагестанская АССР	5,387	5,869	4,785	4,097	4,501

— Часто приходится слышать о больших семьях в Средней Азии и на Кавказе. Неужели и там женщины стали рожать меньше?

Безусловно. И в этих регионах наметился перелом, особенно в городах. Число многодетных семей здесь уменьшается, женщины все чаще ограничивают размер своей семьи меньшим числом детей.

О том, какими темпами снижается число многодетных семей в стране, свидетельствуют данные о численности матерей, получающих ежемесячные пособия на детей. (Пособия эти выплачиваются в размерах, установленных Указами Президиума Верховного Совета СССР от 8 июля 1944 г. и 25 ноября 1947 г. В настоящее время они потеряли свое значение, поскольку их суммы весьма незначительны.)

Ежемесячные пособия назначаются со второго года жизни ребенка до исполнения ему 5 лет. Таким образом, даже в случае минимальных интервалов между последовательными рождениями женщина может получать одновременно пособие не более чем на четверых детей. При этом максимальная сумма (60 руб.) выплачивается в случае рождения четырнадцатого и последующих детей, если интервалы между рождениями, начиная с одиннадцатого, будут минимальными. По вполне понятным причинам таких рождений очень мало, а суммы ежемесячных пособий, получаемых даже женщинами Средней Азии, гораздо скромнее. Исключение составляют только многоплодные роды, т. е. случаи рождения одновременно двоих и более детей у матерей, уже имеющих не менее двоих детей. Однако многоплодные роды — явление не очень частое.

В настоящее время основная доля выплат многодетным матерям производится в республиках Средней Азии — регионе, где рождаемость пока не нуждается в стимулировании. Поэтому вряд ли стоит говорить, что эти пособия поощряют высокую рождаемость. Введение такой меры могло только в определенной степени улучшить материальное положение многодетных семей. Сегодня и это предназначение пособий не выполняется в связи с незначительностью сумм и изменением индексов розничных цен.

Постановление Верховного Совета СССР «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, охране материнства и детства, укреплению семьи»

(1990 г.) предусматривает разработку единой системы государственных пособий семьям с детьми с учетом типа семьи, ее дохода и индекса стоимости жизни, а также возможность установления доплат из местных бюджетов различным типам семей, в том числе и многодетным. В некоторых республиках такие доплаты уже введены.

В целом по стране с 1960 по 1987 г. численность многодетных матерей, получающих ежемесячное государственное пособие, уменьшилась на 41,9% (см. табл. 6). Это косвенно характеризует темпы перехода населения СССР к новому типу семьи с ориентацией на малодетность.

Таблица 6. Численность многодетных матерей, получающих ежемесячные государственные пособия, тыс. человек

	1945	1960	1970	1975	1980	1987
Всего многодетных матерей, получающих пособие	844	3455	3211	2605	2150	2008
В том числе:						
с четырьмя детьми	287	1660	1172	841	717	867
с пятью детьми	181	899	782	583	472	461
с шестью детьми	100	484	546	430	325	275
с семью детьми и более	276	412	711	751	636	405

Источники: Женщины и дети в СССР. Статистический сборник. М., 1985. С. 83; Вестник статистики. 1989. № 1. С. 51.

— Почему все же не оправдались долгосрочные прогнозы демографов и рождаемость в 80-х годах стала расти? Можно ли ответить на этот вопрос?

Конечно. До некоторой степени ошибка в прогнозах была «запрограммирована». Уже много лет ученые, занимающиеся проблемами народонаселения, говорят о необходимости проведения эффективной демографической политики, которая могла бы изменить демографическую ситуацию в стране. И вот в 1981 г. было принято постановление ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей». Согласно постановлению, в СССР поэтапно (по регионам) вводилась частичная оплата отпуска по уходу за

новорожденным ребенком до достижения им возраста одного года, а по желанию матери продление его до полутора лет без оплаты; единовременные пособия на детей; льготы многодетным семьям при распределении жилья, налоговые и пенсионные льготы многодетным матерям; увеличение оплачиваемого периода по уходу за больным ребенком и пособий на детей одиноким матерям и др. Эти меры имели несомненный социальный эффект: произошло улучшение условий жизни детных семей, была решена хотя бы частично проблема «неясельного» ребенка и т. п. Вместе с мерами помощи малообеспеченным они оказали стимулирующее влияние на рождаемость в семьях, которые планировали в будущем еще иметь детей, но временно откладывали их рождение в связи с индивидуальными условиями жизни.

В результате в начале 80-х годов произошла аккумуляция рождений у женщин разных возрастов в связи с сокращением интервалов между очередными рождениями. Такое явление называется «календарным» (тайминговым) сдвигом. Однако характер воспроизводства населения определяется конечным числом рожденных детей, а не временем их появления на свет. Тайминговый сдвиг означает, что запланированные рождения были реализованы раньше. Конечное же число детей в результате таймингового сдвига не изменяется или изменяется незначительно.

— Но откуда известно, что произошел именно тайминговый сдвиг? Или это просто догадки ученых?

Демографам уже известны случаи, когда подъем рождаемости был связан с такими сдвигами. Например, откладывание браков и рождений во время Великой Отечественной войны привело к сдвигу этих демографических событий на послевоенные годы и к компенсаторному подъему рождаемости в конце 40-х годов. Сокращение срока службы в Советской Армии с 3 до 2 лет привело к сдвигу брачности и рождаемости на более молодые возраста и соответственно к подъему показателей брачности и рождаемости в первые годы после принятия постановления.

О том, что на суммарных коэффициентах рождаемости отразилась аккумуляция рождений в результате изменения их «календаря», говорят специальные расчеты показателей по очередности рождения.

Понятно, что женщина не может родить больше

одного первенца, одного второго и каждого последующего ребенка (дети от многоплодных родов в официальной статистике учитываются как дети разных порядков рождения). Более того, в связи с наличием некоторого числа бездетных суммарный коэффициент рождаемости первенцев теоретически никогда не должен достигать 1,0, а для последующих рождений всегда должен быть меньше единицы, поскольку далеко не все женщины имеют даже двоих детей. Практически же суммарные коэффициенты рождаемости первых очередностей рождения могут превышать или сколь угодно близко приближаться к 1,0 в связи с аккумуляцией рождений данной очередности у разных поколений женщин в рассматриваемом календарном периоде.

Углубленный анализ с помощью рассчитанных суммарных коэффициентов рождаемости по очередности рождения детей показал, что в РСФСР, например, в начале 80-х годов имела место аккумуляция первых, вторых и незначительная — третьих рождений, которая более выражена у сельских жительниц. Так, в 1982—1983 гг. суммарный коэффициент рождаемости сельского населения РСФСР составил для первых рождений 1,145; для вторых — 1,091 рождения на одну женщину (или, что то же, 1145 первых и 1091 вторых рождений на 1000 женщин), а, например, в сельской местности Вологодской области соответственно 1,142 и 1,175. У городского населения отмечалась аккумуляция вторых рождений, для которых показатель по республике в 1982—1983 гг. был равен 0,752, что в реальных поколениях женщин также невозможно. В регионах с традициями многодетности (Дагестан, Тува) произошла аккумуляция рождений и более высокой очередности.

В 1984—1985 гг. аккумуляция рождений у сельских жительниц уменьшилась, а в городах почти полностью прекратилась. Это хорошо видно на примере Калининской (ныне Тверской) области, где суммарный коэффициент рождаемости первенцев составил 0,867, а для вторых детей — 0,638 рождения в расчете на одну городскую жительницу и соответственно 1,116 и 1,039 рождения на одну сельскую жительницу. Вот так, с цифрами в руках, демографы доказывают, что в начале 80-х годов действительно произошел тайминговый сдвиг рождений.

На величине показателей рождаемости в начале 80-х годов сказались также изменения в брачности, рост внебрачной рождаемости и некоторые другие факторы.

Как показывают расчеты, в целом по стране вслед за снижением ежегодных чисел вступающих в брак в 60-е годы отмечался их рост в 70-е годы. Это было связано с тем, что в первом случае в возрастах максимальной брачности были лица военных годов рождения, когда численность родившихся резко снизилась; во втором случае рост числа заключенных браков был связан с вступлением в возраст максимальной брачности послевоенных, более многочисленных поколений, а также с уменьшением возрастно-половых диспропорций. Число заключенных в 1980 г. браков превышало соответствующую цифру 1970 г. на 360 тыс. человек, а к 1983 г. возросло еще на 110,2 тыс. человек. При этом в последние годы отмечается рост числа как первых, так и повторных браков у женщин в возрастах от 20 до 40 лет при их снижении в возрастах моложе 20 и старше 40 лет. Но самый значительный вклад в изменение рождаемости вносит брачность в возрастных группах от 20 до 30 лет. В связи с этим уже один факт роста числа заключенных браков у женщин этих возрастов при прочих неизменных условиях приводит к увеличению численности родившихся и росту показателей рождаемости.

— *А что вы думаете о разводах и повторных браках, их влиянии на число детей в семье? По мнению моих знакомых, сейчас страшно иметь много детей — того и гляди, останешься с ними одна, без мужа. А когда детей много, во второй брак нелегко вступить, даже если молода и хорошо выглядишь.*

Вопрос о влиянии разводимости и повторной брачности на рождаемость до сих пор еще является предметом споров. Наряду с мнением о том, что дестабилизация браков, рост разводимости оказывают понижающее влияние на ожидаемое число детей не только в неблагополучных, но и в благополучных семьях, существует точка зрения, согласно которой прямой связи между дестабилизацией браков и планами в отношении рождения детей нет. Тем не менее можно предположить, что женщина, вступившая в повторный брак и неполностью реализовавшая свои репродуктивные намерения в первом браке, обычно рождает

ребенка еще и в новом браке. Определенную роль играют также и взгляды мужа, желание укрепить новую семью рождением «общего» ребенка и т. д. Вопрос состоит в том, насколько изменение репродуктивных планов из-за дестабилизации браков перекрывается рождаемостью в повторных браках. Демограф А. Г. Волков так отвечает на него: «...если повторный брак и восполняет потери в рождаемости, вызванные прекращением первого брака конкретной женщины, то потери, связанные с тем, что во второй брак вступают не все разведенные и овдовевшие женщины в поколении, он, конечно, восполнить не может. Для поколения в целом прекращение брака, несомненно, сокращает число детей, рожденных всеми женщинами, причем сокращает тем больше, чем меньшая часть разведенных и овдовевших из этого поколения вступает в новый брак»⁷.

1.3. ВНЕБРАЧНЫЕ РОЖДЕНИЯ

— Я знаю женщину, которая никогда не была замужем, но имеет двоих детей. О ней довольно пренебрежительно говорят — мать-одиночка. Много ли таких матерей в стране?

Термином «внебрачная рождаемость» обозначают рождения у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке. Конечно, эта группа женщин очень неоднородна — сюда входят и те, кто много лет состоит в фактическом (или, как его называли раньше, гражданском) браке, не оформленном в загсе, и те, кто никогда не состоял ни в юридическом, ни в фактическом браке и почему-либо решился на рождение ребенка, также и молодые девушки, «брошенные» своими случайными партнерами... Строго говоря, рождения у первой из перечисленных групп женщин не следовало бы безоговорочно называть внебрачными — ведь брак все-таки существует, хотя он и не оформлен юридически. В то же время данные официальной статистики не позволяют выделить эту часть рождений, поэтому критерием внебрачной рождаемости будем считать отсутствие юридически оформленного брака.

По данным статистики, в последние годы происходит рост доли внебрачных рождений. В целом по стране дети, рожденные женщинами, не состоявшими в зарегистрированном браке, в 1980 г. составили по-

чти 8,8% от общего числа родившихся; для городских поселений этот показатель был равен 8,8%, а для сельской местности — 8,7%. К 1988 г. процент внебрачных рождений вырос до 10,2; увеличился он и в городе, и в сельской местности соответственно до 10,9 и 9,3. В РСФСР в 1970 г. таких рождений было зарегистрировано 6,2% от общего числа родившихся; в городах — 5,7%, в селах — 7,2%. А в 1986 г. по всей республике уже 12,4% всех детей родились вне брака (в городах — 11,8% и в селах — 13,9%).

Следует отметить, что преобладание внебрачных рождений у сельских женщин — относительно новая в историческом ракурсе тенденция. Судя по статистическим данным, еще 80—100 лет назад у городского населения Европейской России доля внебрачных рождений была в 5 и более раз выше, чем у сельских жителей (табл. 7).

Т а б л и ц а 7. Доля внебрачных рождений в общем числе рождений, %

	1870	1880	1890	1900	1910
Европейская Россия	2,9	2,7	2,7	2,6	2,3
В том числе					
города	14,9	11,7	11,3	9,4	8,8
Из них:					
важнейшие	...	17,8	17,2	13,4	12,1
прочие	...	4,6	3,9	3,9	4,1
уезды	2,4	1,9	1,8	1,8	1,5

Источник. Вишневский А. Г. Ранние этапы становления нового типа рождаемости в России // Брачность, рождаемость, смертность в России и в СССР / Под ред. А. Г. Вишневского. М., 1977. С. 130.

В целом по Европейской России удельный вес внебрачных рождений был невелик и складывался из довольно высоких показателей в «важнейших» городах и незначительных — в сельской местности. Преобладание сельского населения и сельского уклада жизни с большими многопоколенными семьями, сильными религиозными традициями, осуждавшими внебрачные связи и тем более внебрачные рождения, обусловило и низкий в среднем по России показатель.

— Интересно, как обстоят дела с внебрачной рождаемостью в других странах?

По данным представителя этнической демографии В. И. Козлова, во второй половине XIX в. повсеместно отмечалось превышение доли внебрачных рождений у городского населения и значительная ее колеблемость по странам мира, а также у лиц различных национальностей и вероисповеданий — от 3% в Ирландии до 15% в Австрии и 20% в Баварии, где закон запрещал браки экономически необеспеченных пар. В 60-х годах нашего века доля внебрачных рождений в общей численности родившихся составляла в Греции — 2%, в США и Канаде — 5, в Австрии — 14, в Исландии — 25, в странах Центральной Америки и Карибского бассейна, где распространены «свободные союзы», — свыше 60%⁸. Причины существования фактических браков, не получивших юридического статуса, могут быть различными — от препятствий законодательного характера (как в Баварии) до бытующих брачных традиций (как в странах Карибского бассейна). В соответствии с ними формировалось и отношение окружающих к матери внебрачного ребенка, а значит, и сама внебрачная рождаемость как явление общественной жизни.

— Каковы же причины роста внебрачной рождаемости у нас в стране?

Высокий ее уровень сегодня в нашей стране объясняется в основном иными причинами, хотя нельзя полностью отрицать и наличия пережитков определенных брачных традиций у некоторых народностей, о чем еще будет рассказано. Не располагая данными о рождениях вне брака у матерей разных национальностей, проанализируем это явление в доступных для нас аспектах.

Прежде всего обращают на себя внимание значительные региональные различия в уровнях внебрачной рождаемости и тенденция к росту доли внебрачных рождений во всех регионах РСФСР. Данные статистики позволяют проследить динамику этого процесса за 15 лет (с 1970 по 1985 г.). За этот период произошел рост удельного веса рождений вне брака в общем числе родившихся почти в 2 раза (табл. 8).

Наименьший удельный вес рождений вне брака отмечался в возрастных группах 20—24 лет, наибольший — в группах 15—19 лет и 40—49 лет, в то время

Таблица 8. Изменение доли внебрачных рождений в некоторых областях и автономных республиках РСФСР за 1970—1985 гг.

Регион	Число родившихся вне брака по отношению к общей численности родившихся, %					
	1970		1978		1985	
	город	село	город	село	город	село
РСФСР	5,6	7,2	9,4	13,8	11,3	13,6
Тувинская АССР	11,5	9,4	21,5	18,9	27,7	26,3
Иркутская область	10,6	12,2	18,4	24,6	19,8	24,5
Чечено-Ингушская АССР	10,3	6,0	14,0	20,8	16,1	18,8
Северо-Осетинская АССР	17,4	16,6	10,0	21,6	13,9	15,8
Москва	5,0	—	7,9	—	10,6	—
Куйбышевская область	3,3	6,1	5,3	8,7	8,6	9,0
Липецкая область	3,2	5,3	5,0	8,4	6,6	10,1
Воронежская область	3,1	4,3	3,6	5,9	7,0	10,5

как абсолютная численность родившихся как в браке, так и вне его самая высокая у женщин 20—24 лет. Это и понятно, поскольку это возраст максимальной брачности и максимальной рождаемости.

Первоначально мы предположили, что различия по возрастам доли внебрачных рождений связаны с возрастными диспропорциями, которые снижают вероятность вступления в брак для некоторых возрастных групп населения. По выдвинутой гипотезе, часть женщин, не вступивших в брак до 30—35 лет, решается родить ребенка вне юридического брака. Таков, предположительно, «механизм» воздействия возрастными диспропорциями населения на уровень внебрачной рождаемости. Рождения вне брака в молодых возрастах, по-видимому, в большей степени связаны с добрачными сексуальными связями, которые при низкой санитарной и контрацептивной культуре часто заканчиваются внебрачными зачатиями, часть из которых в свою очередь — внебрачными рождениями.

Т а б л и ц а 9. Структура внебрачной рождаемости по возрасту матерей в 1985 г., %

	Всего родилось вне брака	Внебрачные рождения по отношению к общей численности родившихся у матерей соответствующего возраста						
		15—19	20—24	25—29	30—34	35—39	40—44	45—49
РСФСР								
город	11,3	19,5	8,4	9,5	14,3	20,6	27,8	48,0
село	13,6	24,8	10,0	11,4	16,7	22,3	25,0	24,3
Смоленская область								
город	8,8	13,8	6,8	7,9	10,6	17,7	36,4	40,0
село	15,5	22,7	9,6	14,4	22,4	33,7	35,6	50,0
Тувинская АССР								
город	27,7	53,1	28,3	20,8	23,9	26,3	47,4	—
село	26,3	62,4	31,0	18,8	18,8	15,2	14,1	24,2

Из табл. 9 ясно, что у городского населения РСФСР около половины, а у сельского — около четверти рождений в возрастах старше 45 лет — внебрачные, в то время как в возрасте максимальной рождаемости (от 20 до 25 лет) на внебрачные приходится соответственно около $\frac{1}{12}$ и $\frac{1}{10}$ всех рождений. Интересно также отметить, что в Тувинской АССР доля внебрачных рождений самая высокая у самых молодых женщин (15—19 лет) — в городах 53,1%, а в селах 62,4% всех рождений в этом возрасте.

Как показал анализ, рост доли внебрачных рождений в последние годы нельзя объяснить только тем, что в связи с возрастно-половыми диспропорциями часть женщин не вступает в брак. Несмотря на уменьшение этих диспропорций, внебрачная рождаемость и ее доля в общей численности родившихся растут.

По-видимому, региональные различия в уровнях внебрачной рождаемости и ее рост помимо вероятности вступления в брак отражают сохранившиеся до сих пор в виде пережитков, убеждений религиозные догматы и национальные традиции в отношении рождаемости и внебрачных связей; определенное влияние оказывают и улучшение морального климата вокруг внебрачных детей, другие факторы.

Так, удельный вес рождений вне брака, отмеченный в Тувинской АССР,—один из самых высоких в РСФСР. В то же время известно, что народностям Тувы в прошлом была свойственна полигиния (многоженство). И хотя в СССР многоженство запрещено законом, есть все основания полагать, что именно скрытая его форма—одна из причин высокой внебрачной рождаемости в Туве. Кроме того, в статистические сводки не попадают браки, заключенные по местным обычаям, или церковные, если они не зарегистрированы в органах загса. В «Кодексе законов о браке, семье и опеке РСФСР» (официальный текст с изменениями на 1 сентября 1943 г.) имеется следующий пункт: «Регистрация брака в органах записи актов гражданского состояния является бесспорным доказательством наличия брака. Документы, удостоверяющие факт совершения брака по религиозным обрядам, никакого юридического значения не имеют»⁹. Это положение было принято еще в первые годы Советской власти, неоднократно подтверждалось различными постановлениями и указами в последующие годы. Указанный порядок сохраняется и сегодня. Ребенок, родившийся в таком браке, в отчетности по рождаемости рассматривается как внебрачный, хотя и не является таковым в строгом смысле этого слова. Несмотря на то что таких браков, по-видимому, немного, они несколько завышают показатели внебрачной рождаемости.

Различия в уровнях внебрачной рождаемости у городского и сельского населения столь же заметны, как и различия в брачной рождаемости, несмотря на незначительные расхождения в уровнях брачности городского и сельского населения. Возможно, отмечаемые различия в уровнях внебрачной рождаемости у городского и сельского населения при почти одинаковой доле состоящих в браке определяются более высокой общей и санитарной культурной городского населения (в том числе и культурой контрацепции), большими возможностями в отношении приобретения противозачаточных средств и производства искусственных абортов в городах.

Самая низкая брачность отмечена в Дагестанской, Северо-Осетинской, Чечено-Ингушской АССР, показатели же внебрачной рождаемости в этих регионах высокие, особенно в сельской местности. Видимо, уро-

вень внебрачной рождаемости в какой-то мере зависит и от представлений населения об идеальном и желаемом числе детей.

В европейской части РСФСР преимущественная миграция молодого населения (в первую очередь мужчин) из сел в города обуславливает значительную дифференциацию показателей по типам поселений: у сельского населения внебрачная рождаемость гораздо выше, чем у городского.

В Сибири и на Дальнем Востоке уровень брачности несколько выше, чем в Европейской России, однако и доля внебрачных рождений здесь самая высокая. Различия в показателях внебрачной рождаемости у городского и сельского населения в этих регионах столь же значительны, как и различия в брачной рождаемости, несмотря на небольшую разницу в долях женщин, состоящих в браке. Сибирь и Дальний Восток — очень своеобразные регионы. Весьма значителен приток сюда молодого бракоспособного населения. Однако наличие поселений с существенными половыми диспропорциями (преобладание мужского населения в поселках нефтяников, газовщиков и т. д.) создает трудности с заключением браков, а высокая миграционная подвижность способствует возникновению и быстрому распадению сексуальных связей. Помимо всего здесь имеется и соответствующий психологический фон, способствующий добрачным и внебрачным связям, — материальная независимость молодых мигрантов, оторванность от родителей, друзей, привычного окружения. Не последнюю роль играют, на наш взгляд, и трудности с прерыванием беременности — удаленность от соответствующих медицинских учреждений, большие очереди на производство искусственных абортов и др. В то же время в Тюменской области, например, отмечен и самый высокий по РСФСР уровень абортов.

Некоторая часть внебрачных рождений приводит к заключению браков после рождения ребенка, что отражается на показателях брачности в сторону их увеличения, но не влияет на показатели внебрачной рождаемости.

Как мы уже отмечали, определенное влияние на рост внебрачной рождаемости оказало изменение морального климата вокруг детей, рожденных вне брака. Теперь в метрике ребенка не ставится прочерк в

графе «Отец», как это было еще недавно. Согласно статье 17 Кодекса о семье и браке, если брак не зарегистрирован и в органы загса не поступило совместное заявление родителей или решение суда об установлении отцовства, имя отца может быть вписано со слов матери. При этом ребенок получает ее фамилию. Если же отцовство установлено по совместному заявлению отца и матери, ребенок получает фамилию отца.

Государство оказывает материальную помощь женщинам, не состоящим в браке и имеющим детей. До 1981 г. мать-одиночка получала ежемесячное пособие в размере 5 руб. на одного ребенка, 7 руб. 50 коп.— на двоих и 10 руб.— на троих детей и более до 12-летнего возраста*. Оплачиваемый больничный лист по уходу за ребенком младше 7 лет выдавался матери-одиночке на 10 календарных дней. На наш взгляд, такая помощь была паллиативом. Согласно постановлению ЦК КПСС и Совета Министров СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей» (1981 г.), пособие одиноким матерям было увеличено до 20 руб. в месяц на ребенка с выплатой его до достижения им возраста 16 лет (учащимся, не получающим стипендию,— до 18 лет). С 1 января 1991 г. размер пособия повышен до уровня минимальной заработной платы. Увеличена также продолжительность оплачиваемого периода по уходу за больным ребенком.

Детям одиноких матерей в первую очередь предоставляются места в детских дошкольных учреждениях. На одиноких матерей распространяется льготный порядок улучшения жилищных условий, предусмотренный статьей 20 Основ жилищного законодательства СССР и союзных республик. Вместе с другими мерами помощи малообеспеченным семьям это вносит существенный вклад в улучшение условий жизни неполных семей.

— Так значит, наше государство одобряет вне-

* Пособие назначается, если в свидетельстве о рождении ребенка отсутствует запись об отце или же она произведена со слов матери. Пособие не выплачивается, если родители, не состоящие в зарегистрированном браке, проживают совместно и ведут общее хозяйство или же в случае установления отцовства по совместному заявлению отца и матери, чей брак не зарегистрирован.

брачную рождаемость, считает ее похвальным явлением, которое надо поощрять? Никогда не соглашусь с этим! Еще 20—30 лет назад это было позором для женщины. (Из письма женщины 67 лет.)

Речь идет не о поощрении внебрачной рождаемости, а о социальной помощи неполным семьям, детям, которые не виноваты в том, что родились в такой семье.

Распространенность и рост внебрачных рождений — серьезная проблема, и не только демографическая, социальная, но и медицинская. Смертность детей в возрасте до одного года, родившихся у матерей, не состоящих в браке, в 2,7 раза выше смертности детей данного возраста в полных семьях¹⁰, а частота рождения недоношенных детей у таких матерей в 2—5 раз выше аналогичного показателя для замужних женщин¹¹.

Результаты исследования, проводившегося в Омске, показали, что внебрачные дети имеют меньшую массу тела при рождении, чем дети состоящих в браке матерей, а это — фактор ухудшения показателей физического и психического развития, увеличения заболеваемости и смертности. Как будет подробно рассказано в следующей главе, недоношенные дети и дети с низкой массой тела при рождении — основной контингент, формирующий высокие уровни мертворождаемости, смертности на первой неделе и первом месяце жизни.

— Так что же получается — наличие или отсутствие штампа в паспорте матери определяет уровень смертности, состояние здоровья ее ребенка?

Более высокая смертность, худшее состояние здоровья внебрачных детей конечно же зависят не от штампа в паспорте матери, а определяются целым рядом факторов медико-социального характера.

1. Высокой долей рождений вне брака в самых молодых и старших возрастных группах репродуктивного контингента. В главе 2 будет показано, что слишком молодой или пожилой возраст матери в момент рождения ребенка — фактор риска для потомства.

2. Наличием большого числа аборт, как легальных, так и криминальных, у женщин, не состоящих в браке (влияние этого фактора особенно выражено у незамужних женщин старше 35 лет).

3. Более поздним обращением незамужних в жен-

скую консультацию по поводу беременности и в связи с этим более частым проявлением у них заболеваний, в том числе и экстрагенитальных (негинекологических).

4. В среднем меньшей длительностью кормления грудью внебрачных детей по сравнению с детьми, рожденными в браке.

5. Стрессовой ситуацией, в которой находится незамужняя женщина в течение беременности (не всегда тактичное отношение окружающих, родственников, сослуживцев, а зачастую и медицинского персонала женской консультации, личные переживания и т. д.).

6. Худшими условиями, в которых часто растут внебрачные дети по сравнению с рожденными в зарегистрированном браке, несмотря на помощь государства одиноким матерям.

Этот перечень может быть продолжен. Несомненно одно: независимо от причины, вследствие которой женщина решилась на внебрачное рождение, она нуждается в особой заботе и помощи государства еще до рождения ребенка, что позволит улучшить состояние здоровья внебрачных детей, т. е. в сущности речь идет о социальной защите этих детей.

Иногда приходится слышать яростные выступления против такой позиции: высказывается мнение, что помощь государства матерям-одиночкам ведет к падению нравов, что некоторые женщины видят во внебрачном рождении средство для получения квартиры, иных материальных благ, что это результат безответственности и желания переложить на плечи государства часть своих забот. На это хочется возразить: никакие заботы и помощь государства не заменят ребенку материнской любви, а женщине — участливого мужа, нормальных семейных отношений. К тому же помощь государства (будь она даже в десятки раз значительнее, чем сегодня) не сможет уменьшить тот груз моральной ответственности, бессонных ночей, тревог и забот, которые возникают с рождением любого ребенка и тем более в неполной семье.

Около 10% детей в стране рождаются сегодня вне брака. И если женщина понимает всю меру своей ответственности перед ребенком и осознанно идет на такой шаг, не будем ее осуждать. В каждом конкретном случае только сама женщина может решить, как ей поступить — прервать беременность или же ро-

жать, несмотря на косые взгляды и ожидаемые трудности.

1.4. СЛОВО МАТЕРИ-ОДИНОЧКЕ

— Ну что же, меня вы почти убедили. Однако почитайте газеты, послушайте радио. Теперь все чаще говорят о брошенных детях. А кто бросает детей? Все те же матери-одиночки! Неполная семья — синоним семьи неблагополучной.

Не могу согласиться с этим утверждением. Неблагополучными бывают и полные семьи, впрочем, как и благополучными — неполные. Кроме того, не всякая неполная семья образуется в результате рождения ребенка вне брака: значительная часть неполных семей — семьи, распавшиеся в результате развода. Вот где ребенку плохо! Об этом очень метко сказал один молодой, как он сам себя назвал, «отец без семьи»: «В большинстве своем женщины являются инициаторами «рубки по живому» (развода.— Н. Ш.). Или они не догадываются, что потекут и кровь, и слезы? И что будет непременно больно, всем — поровну. А больше всего достанется маленьким человечкам, еще не знающим коварства этих дуэлей бездушия, этой бессердечной перестрелки». (Из письма в газету.)¹²

А вот письмо женщины 27 лет: «Мужчины!.. Когда же вы начнете отвечать за свои поступки, растить своих детей, а не взваливать их воспитание на жен своих, чтобы они вырастили тех же инфантильных юнцов, что и их отцы»¹³. И мнение адвоката: «Дети, рожденные от «игрушечных» браков, неповинны в том, что их родители наигрались...»¹⁴

Действительно, причем здесь дети? А родители? Ведь могли же они помириться, ну... хотя бы поладить, наконец. Так нет же — родители ссорятся (чаще всего по пустякам), затем разводятся, дети же остаются вне семьи. Часто такого ребенка любит отец, обожают мать, бабушки, дедушки. Да и сам ребенок считает, что без отца жить невозможно. Вот, например, такое письмо.

«...Когда мне было 25 лет, я поссорилась с мужем из-за посуды — кто ее будет мыть. У нас и раньше случались ссоры, но на сей раз мы окончательно разругались. Короче говоря, ни я, ни муж не захотели уступить друг другу. Он стал ходить после работы

к друзьям, а они, когда узнали, в чем дело, начали это уговаривать — мол, я хорошая, да и сын у нас, о котором мы оба обязаны думать. Но не тут-то было. Разозлившись на друзей, муж поехал к матери, рассказал ей о нашей ссоре, она его высмеяла, мне звонила, даже приезжала, уговаривала помириться. Но я не хотела слушать ее, так как, что называется, закусил удила. Правда, так было только сначала. Когда я все же решила помириться с мужем, было уже поздно. Он сказал, что подает на развод. Что тут было! Я плакала, сын (ему было тогда 5 лет) плакал. Однако развелись.

Теперь мне 35 лет, сыну — 15. Он учится в ПТУ, друзья у него ужасные. Каждый день, уходя на работу, думаю о том, что он сегодня «выкинет». Мы с ним почти не общаемся. Единственный человек, которого он сейчас любит, — отец. Ему прощается все: и то, что у отца другая семья, и то, что он редко приходит. Да как не любить отца, ведь он ему только подарки дарит, да «гладит по шерстке», ругаться они не успевают.

Вот такая история. По собственной глупости я потеряла сначала мужа, а теперь могу потерять и сына, потому что не знаю, как мне себя с ним вести. Помогите мне!»

Чем же можно помочь этой и тысячам других женщин, оказавшимся в подобной ситуации? Они собственными руками выковали свое несчастье, и исправить положение сейчас практически невозможно. А ведь начиналось все во вполне благополучной семье.

В последнее время многие женщины решаются на рождение ребенка вне брака. Как правило, их у нас осуждают, так как в обыденном сознании существует устойчивое мнение, что именно матери-одиночки чаще всего бросают своих детей. А ведь это далеко не так. Ведь бросить — не обязательно оставить в родильном доме, отдать в Дом ребенка или детский дом. Хотя в последние годы и таких случаев очень много. Известно, что детей-сирот среди тех, опеку над которыми в интернатах, детских домах взяло на себя государство, всего 10%. Остальные — сироты при живых родителях, у которых зачастую есть и мать, и отец. В течение года без попечения родителей остаются десятки тысяч детей. И ребенок из полной семьи может вдруг оказаться никому не нужным, лишним,

фактически брошенным. Тем более не стоит осуждать женщину, которая воспринимает рождение своего внебрачного ребенка как высшее благо. Лучше оправдать десять виновных, чем осудить одного невинного!

Послушаем же таких женщин.

«Я в 20 лет надумала рожать без мужа. Действительно, неудобно было перед людьми — а что они скажут. Никому не рассказывала ничего, но чтобы прервать беременность — у меня и в мыслях не было. Врач предлагала, правда, оставить ребенка в роддоме, но я отказалась... Сейчас дочь моя большая, учится в 5-м классе. А вот для себя спутника жизни я так и не смогла найти». (Из письма.)¹⁵

«Через два года мне будет 40 лет. Личная жизнь не сложилась. После тридцати стала думать о том, что нужно иметь ребенка. Одно дело решить, совсем другое — решиться. Сумею ли воспитать без мужского влияния... Все-таки в этом году должна стать матерью.

Очень долго стеснялась встать на учет. Когда тянуть было уже нельзя, пошла в консультацию... Наконец врач изучила мое направление, подняла глаза и спросила:

— Фамилия мужа?

Я ужасно смутилась и от неожиданности выпалила:

— Никакая...

— Ах, вот оно что! Фамилия сожителя?

Мне показалось, что надо мной небо разверзлось. А в двух шагах еще сидит знакомая по работе. И я сказала, что на эту тему разговаривать отказываюсь. Что тут поднялось! Не дай бог моему будущему ребенку услышать такую брань. Как меня только не называли... Неужели нельзя избавить нас от подобных унижительных ситуаций?» (Из письма.)¹⁶

«Сейчас мне 56 лет. В 36 лет я решила родить сына. Это невыносимая боль — ходить беременной вне брака, еще хуже рожать и после родов лежать в больнице. Я бы советовала делать отдельные палаты для матерей-одинок, чтобы бедные женщины не видели, как приходят целыми семьями проводить замужних. Что им только не несут! Какая радость для них! И какое горе для нас. Но зато какой радостью был для меня мой сын!..» (Из письма.)¹⁷

Эти письма достаточно красноречивы и сами говорят за себя. Нам, по-видимому, следует подумать: а все ли мы сделали для того, чтобы женщины, родившие ребенка вне брака, не чувствовали себя преступницами,— с таким ощущением вряд ли можно вырастить здорового, незакомплексованного ребенка. Все ли сделано для того, чтобы внебрачные дети росли в таких же условиях, как и те, кто родился в полной семье,— я имею в виду не помощь государства (хотя она очень нужна), а отношение соседей, друзей, родственников, сослуживцев.

Зададим себе эти вопросы и попытаемся честно ответить на них.

1.5. ЧТО НАС ЖДЕТ В БУДУЩЕМ

— В целом картина, или, как вы это называете, демографическая ситуация, ясна. О перенаселении в нашей стране говорить не приходится — скорее следует думать о том, чтобы численность населения не стала уменьшаться; повышение рождаемости после 1980 г. произошло в рамках того же режима простого воспроизводства. А что же нас ожидает в ближайшем будущем? Каковы перспективы рождаемости?

В 1985 г. в стране проводилось Всесоюзное выборочное социально-демографическое обследование, которое наряду с данными о развитии семьи позволило получить информацию о рождаемости и ее перспективах. Обследованию подлежало 5% населения страны (за исключением жителей труднодоступных районов Крайнего Севера и Сибири). Обследование проводилось по состоянию на 1 января 1985 г. Было опрошено свыше 13 млн человек.

Согласно программе, получены социально-демографические сведения о каждом обследуемом, о брачном состоянии и рождениях, о жилищных условиях, изучались мнения опрошенных о перспективах увеличения их семей.

В переписи населения 1979 г. впервые был поставлен вопрос о числе рожденных женщиной детей к моменту переписи. При этом учитывались все рожденные дети, кроме мертворожденных, независимо от того, живы они или нет, проживают совместно с матерью или отдельно. Подобная информация была получена и при выборочном обследовании 1985 г. Эти

сведения относятся не только к женщинам, закончившим формирование своей семьи, но и к более молодым, чья репродуктивная история только началась. Поэтому они не могут быть использованы для характеристики тенденций рождаемости, точно так же, как и доля не родивших к моменту обследования ни одного ребенка не может быть использована для характеристики частоты инфертильности (бездетности) в популяции. Как считает А. Г. Волков¹⁸, большое познавательное значение подобных показателей в том, что они характеризуют результаты процесса рождаемости в живущих поколениях, достигнутые к моменту переписи (обследования), а также различия между отдельными группами населения.

Установлено, что более высокая рождаемость формирует и более молодую возрастную структуру населения, которая в свою очередь является одним из факторов, влияющих на показатели рождаемости. Так, в Средней Азии, где, как известно, самый высокий в стране уровень рождаемости, среди женщин, которые в среднем моложе женщин европейской части страны, на момент опроса зафиксировано больше многодетных матерей (т. е. родивших пять детей и более). Больше у них и среднее число рожденных детей. Это свидетельствует о более коротких интервалах между рождениями и более высокой интенсивности деторождения.

Обследование позволило обнаружить уменьшающуюся, но все еще значительную дифференциацию в репродуктивных намерениях женщин различных национальностей нашей страны.

Так, на семью с одним-двумя детьми ориентированы 83,7% русских, 80,9% украинок, 79,1% белорусок, от 72,1 до 76,4% женщин коренных национальностей Прибалтики и только 4,7% туркменок, 5,6% таджичек, 5,9% узбечек. В то же время собираются иметь в своей семье пять детей и более 70,6% таджичек, 76,1% узбечек, 76,7% туркменок и только 1,2% русских, 1,6% украинок, 2% белорусок, от 2,3 до 2,8% женщин коренных национальностей Прибалтики.

Молдаванки, грузинки и армянки ориентированы в основном на семью с двумя-тремя детьми, азербайджанки — с тремя-четырьмя детьми. Таким образом, четко выделяются два полюса: малодетность и много-

детность; среднедетная семья, т. е. семья, в которой трое-четверо детей, в планах советских женщин существует сегодня в основном как пережиток былой многодетности.

— *А есть ли женщины, которые вообще не хотят иметь детей?*

Да, конечно. Интересно заметить, что доля вообще не собирающихся иметь детей среди женщин любой национальности минимальна и колеблется от 0 у туркменок до 2,7% у латышек. Вместе с тем четко видно, что среди женщин тех национальностей, которые уже перешли к малодетности, выше доля не собирающихся вообще иметь детей. На наш взгляд, этот показатель в некоторой степени отражает значение ценности детей в общей иерархии жизненных ценностей для женщин различных национальностей.

Таблица 10. Среднее число детей, которое собираются иметь замужние женщины отдельных национальностей, по данным обследований НИИ ЦСУ СССР (1972 г., 1978 г.) и выборочного социально-демографического обследования 1985 г.

Национальность женщин	Среднее ожидаемое число детей на 100 женщин		
	1972	1978	1985
Женщины всех национальностей	246	245	246
Русские	200	202	196
Украинки	208	209	207
Белоруски	231	227	211
Узбечки	626	542	557
Казашки	501	485	428
Грузинки	283	265	265
Азербайджанки	489	467	386
Литовки	223	221	214
Молдаванки	262	275	262
Латышки	199	207	208
Киргизки	604	544	556
Таджички	597	609	594
Армянки	342	336	283
Туркменки	593	586	631
Эстонки	218	216	220

Источники: Сколько детей будет в советской семье. М., 1977. С. 27; Воспроизводство населения СССР/Под ред. А. Г. Вишневского и А. Г. Волкова, М., 1983. С. 187; Вестник статистики. 1986. № 9. С. 77.

За 13 лет (с 1972 по 1985 г.) изменений в среднем ожидаемом числе детей у женщин всех национальностей в целом не отмечено: в 1985 г., как и в 1972 г., оно составляло 246 рождений на 100 женщин (в 1978 г.—245). В то же время у большинства рассматриваемых национальностей этот показатель снизился, причем особенно значительно у азербайджанок (—21,1%), армянок (—17,3%), казашек (—15%), что является следствием быстрой переориентации их на семью с меньшим числом детей. Рост среднего ожидаемого числа детей отмечен только у туркменок (+6,4%), латышек (+4,5%), эстонок (+0,9%). Однако нет никаких оснований считать, что этот рост отражает какую-то новую долгосрочную тенденцию. Скорее всего такие колебания следует отнести за счет возрастных различий в опрошенных контингентах. В целом же изменение репродуктивных намерений женщин отдельных национальностей не выходит за рамки тех режимов воспроизводства, которые были свойственны им уже в 1972 г. Следовательно, говорить о возможных качественных изменениях в характере воспроизводства в ближайшие годы вряд ли имеет смысл.

Межнациональные различия в репродуктивных намерениях женщин, как явствует из табл. 10, по-прежнему значительны, хотя и уменьшились за период с 1972 по 1985 г. Уменьшение в основном было обусловлено снижением ожидаемого числа детей у женщин среднеазиатских республик, а также армянок, азербайджанок, грузинок при почти не меняющихся установках русских, украинок, эстонок.

— *Почему вы говорите о планах женщин в отношении будущего числа детей как о чем-то окончательном, что обязательно сбудется? Неужели и вправду все семьи выполняют в точности свои репродуктивные намерения?*

Репродуктивные планы, конечно, не всегда выполняются. Существует разрыв не только между представлениями об идеальном и желаемом для семьи числе детей, но и между тем, сколько планируется и сколько детей в конечном счете имеет семья. Этот разрыв обусловлен целым рядом индивидуальных жизненных обстоятельств, препятствующих или содействующих реализации репродуктивных намерений в репродуктивных поступках. Поэтому первоочередная

задача демографической политики — свести этот разрыв к минимуму, т. е. сделать все возможное, чтобы условия жизни семей не препятствовали реализации их репродуктивных установок.

— *Мне кажется, мы очень мало говорим о различиях в рождаемости у женщин с разным уровнем образования. Или таких различий не существует?*

Вопрос о влиянии уровня образования женщин на рождаемость и, в частности, на репродуктивные планы (ожидаемое число детей) в последнее десятилетие стало дискуссионным. Еще четверть века назад считалось бесспорным, что с ростом уровня образования снижается уровень рождаемости. Сегодня же очевидно, что уровень образования, как и другие «помехи», влияет на рождаемость опосредованно, через систему социальных норм, потребностей, ценностей, их иерархию и степень удовлетворения. Что же касается характера взаимосвязи между ними, то, по мнению ученых, нельзя однозначно утверждать, что более высокий уровень образования всегда означает меньшую рождаемость. К этому вопросу необходим исторический подход: для этапов перехода к малодетной семье вполне справедливо утверждение об обратной связи рождаемости и уровня образования (более высокому уровню образования соответствует более низкая рождаемость); после завершения такого перехода дифференцирующее влияние уровня образования ослабевает, а его взаимосвязь с рождаемостью становится прямой¹⁹.

Материалы Всесоюзного выборочного социально-демографического обследования 1985 г. показывают, что в республиках с низкой рождаемостью у женщин с любым уровнем образования планы в отношении числа детей в семье мало различаются и в целом не выходят за рамки простого, а в РСФСР, Латвии, Эстонии и на Украине — даже суженного воспроизводства. Там, где население находится на стадии перехода к малодетной семье (Армения, Молдова, Грузия), эти различия больше. Однако самые существенные различия отмечаются у населения Средней Азии. Так, например, в Туркмении ожидаемое число детей на 100 замужних женщин с высшим образованием — 364, со средним общим — 594, с незаконченным средним — 636; в Таджикистане — соответственно 310, 566 и 642. В то же время в РСФСР — только 182, 203 и

234, а в Эстонии — 198, 205 и 227. Из этого примера ясно, что уровень образования как фактор различия в уровнях рождаемости играет более значительную роль там, где население только начинает переход к семье с меньшим числом детей, т. е., как говорят демографы, — к новому типу репродуктивного поведения.

В то же время, по данным этого обследования, в Казахской ССР женщины с высшим образованием намеревались иметь детей больше, чем женщины с незаконченным высшим образованием, а киргизки с высшим образованием планировали родить больше, чем женщины этой национальности с незаконченным высшим и средним специальным образованием.

По мнению демографа М. Б. Татимова, снижение рождаемости у казахов идет более быстрыми темпами, чем шло даже у русских на соответствующей стадии демографического перехода²⁰. Этот ученый предположил, что снижение рождаемости вслед за казахами начнется у киргизов, затем — у туркмен, узбеков и таджиков. Такая последовательность, по его мнению, обусловлена различиями в положении женщины: у кочевых народов (казахов, киргизов, туркмен) она всегда пользовалась большей свободой в быту, чем у оседлых народов. Прогноз М. Б. Татимова подтверждается — данные статистики, выборочных исследований показывают, что киргизы вслед за казахами делают первые шаги на пути к новому типу репродуктивного поведения. В 1986—1987 гг. суммарный коэффициент рождаемости для женщин Казахстана составлял 3,034, а в Киргизии — 4,140 рождения на одну женщину условного поколения.

Однако и население Киргизии, и население Казахстана еще далеки от завершающей стадии перехода к новому типу репродуктивного поведения, поэтому вряд ли к ним приложима гипотеза об изменении характера взаимосвязи между рождаемостью и уровнем образования с окончанием такого перехода. Данные же по республикам, где переход завершен, довольно противоречивы. Опубликованные результаты обследования 1985 г. не позволяют подтвердить или отвергнуть ни одну из гипотез, так как не дают возможности вычленить влияние образования в чистом виде на уровень рождаемости.

— *Итак, можно утверждать, что в Казахстане уже*

осуществилась переориентация репродуктивных установок на семью с двумя-тремя детьми?

Да, конечно. То же можно сказать о Грузии, Молдавии, Армении. Такая семья в ближайшем будущем станет здесь преобладающей, в то время как в республиках с низкой рождаемостью ее доля и сейчас значительна.

— Как вы уже упоминали, в стране проводится определенная демографическая политика. А можно ли определить эффективность ее мер и их влияние на перспективы рождаемости?

К сожалению, данные переписей населения и результаты выборочных обследований 1972, 1978 и 1985 гг. часто несопоставимы в связи со скудными публикациями их итогов, разработкой материалов в различных аспектах, отнесением показателей к различным совокупностям и т. д. Это очень обедняет анализ, а значит, и возможности разработки эффективных мер демографической политики.

Выборочное обследование 1985 г. позволило оценить эффективность льгот семьям, имеющим детей, предусмотренных уже упоминавшимся нами Постановлением ЦК КПСС и Совета Министров СССР от 21 января 1981 г. За год, прошедший после введения этих льгот, доля родивших второго ребенка среди однопородных женщин, состоящих в первом браке, увеличилась на 12%; родивших третьего ребенка среди имевших двоих детей — на 14%; родивших четвертого ребенка среди имевших троих детей — на 10%.

В то же время численность женщин страны, пользовавшихся отпуском по уходу за ребенком полностью, увеличилась на 10,5%, а численность пользовавшихся им частично уменьшилась на 25,6%. При этом в 1979 г. женщин, полностью использовавших отпуск по уходу за ребенком, было в 4,6 раза больше, а в 1983 г. — в 6,8 раза больше, чем женщин, использовавших такой отпуск частично.

Таким образом, введение даже небольшой оплаты отпуска по уходу за ребенком (35 руб. ежемесячно для основной массы женщин и 50 руб. для жительниц Сибири, Дальнего Востока и Севера) оказало существенное влияние на решение вопроса о том, с кем будет находиться ребенок после окончания отпуска по беременности и родам. В 1979—1980 гг. очень незначительная часть женщин прибегала к отпуску до

достижения ребенком полутора лет, поскольку не каждая женщина может себе это позволить в силу трудного материального положения. В 1983 г. число женщин, пользовавшихся полностью отпуском по уходу за ребенком до достижения им возраста 1 год и 1,5 года, увеличилось по сравнению с 1979 г. в 9 раз. Понятно, что основная роль в этом росте принадлежит частоте использования оплачиваемого отпуска и менее значительная — частоте использования отпуска без сохранения содержания. Численность женщин, вообще не пользовавшихся отпуском по уходу за ребенком, в целом по стране уменьшилась с 1979 по 1983 г. в 1,5 раза.

Следует отметить особо, что сельские женщины и до и после введения льгот гораздо реже использовали как один, так и другой вид отпуска полностью, зато в 2 раза чаще прибегали к частичному отпуску и почти в 3 раза чаще не пользовались отпуском вообще. По-видимому, это связано с особенностями их занятости в народном хозяйстве. После принятия указанного постановления женщины села стали чаще пользоваться полностью или частично отпуском до 1 года и до 1,5 года (хотя и не так часто, как горожанки). Доля сельских женщин, вообще не пользовавшихся отпуском, уменьшилась.

Введение всех упомянутых льгот наряду с другими мероприятиями демографической политики оказало стимулирующее влияние на рождаемость, особенно в городских семьях. Однако влияние это, как мы уже установили ранее, относится не к общему числу рождений в семьях, а лишь к их «календарю»: перечисленные льготы ускорили рождение запланированных ранее детей, сократили интервалы между рождениями, не затронув репродуктивных установок на определенное число детей. Для изменения тенденций рождаемости потребуются другие, более фундаментальные меры, влияющие на образ жизни населения, а значит — способствующие изменению социальных норм детности.

— Таким образом, мы уже заранее приблизительно можем сказать, сколько детей родит армянка, а сколько — русская; кто из женщин, работающих в разных отраслях народного хозяйства, воспользуется отпуском по уходу за ребенком, а кто — нет. В то же время нам абсолютно неизвестно, в какой ситуации

окажется женщина, когда придет время отправить ребенка в детские ясли. А ведь эта проблема существует, не так ли?

Да, такая проблема существует, причем она очень остра. Так, в целом по стране в 1988 г. насчитывалось 147,4 тыс. постоянных дошкольных учреждений, которые одновременно обслуживали 17354 тыс. детей. Много это или мало? С одной стороны, конечно, много, а с другой... 1,9 млн детей-очередников.

Сохраняется перегрузка многих дошкольных учреждений, особенно в городах. Сверх установленных норм находится более миллиона детей. При этом медицинскими нормами предусмотрено 10—17 детей второго года жизни в ясельной группе, 15 детей — третьего и четвертого года и до 20 детей — в подготовительной группе. Однако вряд ли вы видели группы меньше, чем по 20—30 детей. За исключением, конечно, тех случаев, когда свирепствуют грипп, желтуха, скарлатина или ветрянка... Так что же делать? Газета «Московский комсомолец» 3 ноября 1988 г. писала: «Исторически система детских дошкольных учреждений создавалась для решения проблемы трудовых ресурсов. Время работницы, не отданное производству, считалось выброшенным на ветер, и государство всячески стремилось сократить его до минимума. Всемогущий вал, проникший всюду, не обошел и эту интимнейшую сферу отношений взрослого и ребенка. Воспитательный процесс, не измеряющийся материальными ценностями, стал считаться делом несерьезным. Мол, качество детали прямо зависит от рабочего, стоящего у станка, а ребенок — какой есть, такой и есть, все «от генов». Как следствие резко упал престиж воспитательной профессии. На какое-то время ясли и сады просто выпали из поля зрения общества. Худо ли бедно они выполняют заложенную в них программу — служат «камерой хранения» детей, пока родители выполняют свой трудовой долг.

Но родители хотят быть счастливыми людьми. И счастье это видится им отраженным в родных глазах сына или дочери».

И все же выход из столь сложной ситуации может быть найден. И в этом помог, как ни странно, коллектив Нижневартковского треста «Объэлектромонтаж» и последовавшие его примеру 12 других организаций города. Советы трудовых коллективов этих организа-

ций единогласно решили продлить выплату ежемесячных пособий по уходу за детьми до достижения ими трехлетнего возраста. Инициатива получила всестороннюю поддержку сессии городского Совета народных депутатов.

В дальнейшем нижевартовцы хотят вообще убрать из дошкольных учреждений ясельные группы, создать детские комбинаты с начальными классами от нулевого до третьего, а в ближайшие годы установить для матерей укороченный рабочий день. Одиноким матерям предусмотрены дополнительные выплаты в размере 50 руб. в месяц. Для них, а также для многодетных семей будет оставлено несколько резервных ясельных групп.

Вот такое отношение к вопросам охраны здоровья и полноценного воспитания детей в Нижневартовске. Но это один из немногих, к сожалению, пока еще примеров. А как же дети в других городах и селах? Они тоже нуждаются в заботе не меньше нижевартовцев.

Решение в короткие сроки наиболее острых проблем семьи, материнства и детства, а также повышение социальной защищенности наименее обеспеченных семей с детьми предусматривает постановление Верховного Совета СССР «О неотложных мерах по улучшению положения женщин, охране материнства и детства, укреплению семьи», принятое на третьей сессии в апреле 1990 г.

Согласно этому постановлению, повышаются до уровня минимальной заработной платы размеры государственных пособий на детей, в частности по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 года, одиноким матерям и некоторым другим категориям граждан. Предусматривается также введение доплат, дополнительных видов пособий и льгот в первую очередь многодетным, неполным и молодым семьям, а также семьям, воспитывающим детей-инвалидов и детей, оставшихся без попечения родителей, за счет средств местных бюджетов.

В постановлении записано также, что в целях повышения эффективности диспансеризации беременных женщин, охраны их здоровья и здоровья новорожденных детей отпуск по беременности и родам (с 1 декабря 1990 г.— 70 дней) и после родов исчисляется суммарно и предоставляется женщине полностью, неза-

висимо от числа дней, фактически использованных до родов.

Период, в течение которого женщина, имеющая ребенка, может работать в режиме неполного рабочего дня или неполной рабочей недели, продляется до достижения ребенком 14 лет.

Льготы, предоставляемые женщине в связи с материнством, распространяются постановлением и на отцов, воспитывающих детей без матери, а также на опекунов и попечителей.

Предусмотрен еще ряд мер, главная цель которых — всесторонняя охрана детства, забота о семье. Несомненно, что все затраты окупятся крепким потомством, сохранением здоровья женщины-матери.

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ

2.1. КОЛИЧЕСТВО ИЛИ... КАЧЕСТВО?

— Я читала о том, что сейчас появились технические возможности для спасения детей, рожденных без дыхания или сильно недоношенных. Но, оказывается, эти дети страдают умственной отсталостью, различными болезнями. А демографы говорят о необходимости увеличения естественного прироста населения, числа детей в семье, т. е. ратуют за количество. Не пора ли поговорить о качестве? (Из письма женщины 25 лет.)

Демография в отличие от некоторых других социальных наук гораздо шире оперирует количественными показателями, чем качественными. Так, численность населения, естественный прирост, рождаемость, смертность — все это количественные характеристики. Качественную определенность они получают тогда, когда их начинают сравнивать или оценивать. В таком случае мы говорим: рождаемость высокая или низкая, режим воспроизводства расширенный или суженный и т. д. Однако такая оценка относится лишь к уровню демографических процессов, т. е. опять же оценивает количество, правда с точки зрения определенных целей общества, рассматривая все население или отдельные его группы как абсолютно гомогенные образования, не несущие каких-либо социальных свойств. Но если качество воспроизводства еще пытаются оценивать с помощью показателей его режима, то говорить о качестве воспроизводимых поколений, или, иначе, о качестве населения, в отечественной демографии не принято. Правда, представители экономической демографии различают количественный и качественный аспекты воспроизводства. Последний, по их мнению, — это воссоздание социальных свойств¹.

Однако большинство ученых, придерживающихся узкого понимания предмета демографии как науки о естественном воспроизводстве населения, отвергают такое понимание качества в демографии. По их мнению, демография не должна заниматься вопросами воссоздания социальных свойств, так как это — предмет других наук.

— *Но существует и другая точка зрения. Согласно ей, важнейшая качественная характеристика населения, от которой зависят как качественные, так и количественные аспекты воспроизводства, — это состояние здоровья населения.*

Действительно, здоровье прямо влияет на общую численность населения, численность населения в трудоспособном возрасте, а также на численность занятых в народном хозяйстве, кроме того, на степень участия в трудовом процессе, продолжительность периода трудовой активности.

Уже в период становления советской демографии ученые не сомневались в необходимости учета качественных характеристик населения, хотя и не могли прийти к единому мнению о том, какой круг явлений следует отнести к качественным показателям и какая наука должна заниматься этими вопросами.

Одним из первых в отечественной науке вопрос о качестве населения поставил С. А. Томилин. Под этим термином он понимал квалификацию и генетическое здоровье населения. С. А. Новосельский считал, что наука о народонаселении должна изучать только количественные его параметры, а вопросы качества — санитария и социальная гигиена.

В настоящее время, казалось бы, этот спор разрешен. Советские демографы А. Я. Кваша и Г. П. Киселева² под оптимальным типом воспроизводства, которого следует добиваться с помощью демографической политики, понимают расширенное воспроизводство не только с точки зрения количества, но и с учетом качественных характеристик. В числе последних они называют состояние здоровья населения. Аналогичной точки зрения придерживался и представитель медицинской демографии, доктор медицинских наук, профессор М. С. Бедный, другие ученые.

Такое понимание термина «качество населения» не имеет ничего общего с неомальтузианскими и расовыми качественными теориями, чего опасаются про-

тивники его применения в демографии. Названные теории разделяют население нашей планеты на неполноценные и полноценные, т. е. «низкокачественные» и «высококачественные» расы, нации и даже классы. При этом, используя различия в уровне образования, общественном положении и других социальных характеристиках, они утверждают, что «низкокачественные» расы и нации неспособны обеспечить дальнейший прогресс общества. С целью сохранения чистоты генофонда, согласно этим теориям, необходимо ограничивать высокую рождаемость, свойственную «неполноценным» группам населения, при помощи мер демографической и социально-экономической политики государства.

В нашем же понимании качество воспроизводимых поколений в узком смысле может характеризоваться их состоянием здоровья, в широком — другими социальными характеристиками безотносительно к расовой, этнической или классовой принадлежности.

Часто высказывается мнение о том, что демография как наука, имеющая свой предмет, должна заниматься только своими, узкоспециальными вопросами. Поэтому вопрос качества населения с точки зрения состояния его здоровья относится к компетенции медицинских наук, и прежде всего социальной гигиены. На наш взгляд, такой отрыв одной стороны демографического процесса от другой, количественного воспроизводства от качественного необходим только как прием в изучении сложной картины реального воспроизводства и только на стадии анализа. Согласно философскому определению, анализ позволяет вычленять отдельные части сложного объекта и подвергать их самостоятельному изучению, что дает возможность глубже познать именно выделенную часть. Поскольку при этом отдельные части вырываются из их связи и взаимодействия с другими частями и со всем объектом в целом, то получают абстрактные, неполные, односторонние картины. Выстроить целостное представление об изучаемом объекте невозможно простым суммированием знаний о его отдельных частях (сторонах). Поэтому необходим синтез знаний, что позволит воссоздавать в мышлении изучаемый объект как конкретное целое³.

— Любые науки, возникшие «на стыке», исходят в своих исследованиях из достижений сопредельных

отраслей знаний. И это относится не только к фундаментальным наукам. Конечно, невозможно себе представить развитие биофизики, астрофизики или физической химии без использования положений теоретической физики. Однако эти науки не игнорируют и биологию, астрономию, химию. Именно поэтому на стыке последних с теоретической физикой смогли так успешно развиваться новые науки. Почему же науки о человеке, населении не всегда находят (а чаще всего не ищут и даже беспричинно отвергают) точки соприкосновения, общий язык?

Безусловно, такое положение не может быть признано нормальным. Оно обедняет смежные дисциплины, приводит к неверным выводам, а в случае изучения одного и того же явления с различных позиций без учета знаний и закономерностей, открытых смежными науками, может способствовать выработке прямо противоположных рекомендаций.

Что касается изучения народонаселения, то отрыв количественного аспекта от качественного не может дать правильного представления о демографических процессах, приводит к тому, что не все предлагаемые мероприятия демографической политики по изменению характера воспроизводства могут считаться приемлемыми с точки зрения интересов самого человека как индивида. Конечно, демография не может и не должна изучать здравоохранительные, медицинские аспекты проблемы, но учитывать их обязана. Ведь анализ и синтез не отдельные этапы познания, следующие друг за другом, они неразрывно связаны и на каждом этапе исследования не могут существовать друг без друга.

Исследованиями медицинских аспектов демографии занимается медицинская демография, что следует из ее названия. Результаты ее разработок не должны оставаться «предметом для внутреннего употребления», их следует шире использовать в исследованиях других отраслевых демографий — экономической, этнической, исторической, как, впрочем, и данные этих наук — в медицинской демографии.

В поддержку такой точки зрения можно привести слова крупнейшего советского демографа Б. Ц. Урланиса относительно прогнозирования и учета в нем различных аспектов народонаселения: «Проблемы прогноза населения — проблемы в основном социаль-

но-экономические, но это не означает, что естественные науки должны быть совсем исключены из анализа. Среди естественных наук следует отметить генетику населения. Основной вопрос, возникающий при этом,— это вопрос о том, в какой мере и в каком направлении количество населения отражается на его качестве». И далее: «Для нас важно выяснить, не ухудшает ли качество населения тот факт, что большое число родителей ограничивается рождением 1—2 детей? Не страдает ли от этого генетическая ценность homo sapiens?»⁴ Эти высказывания имеют прямое отношение к обсуждаемому вопросу и показывают, что Б. Ц. Урланис, не боясь обвинений в неомальтузианстве, ставил вопрос о качестве населения, а также о необходимости учета в демографических исследованиях знаний естественных наук, к которым относятся медицина и социальная гигиена.

— *Все это действительно интересно. Но нас, женщин, больше всего волнует вопрос о «качестве», так сказать, с практической точки зрения: что реально можем сделать мы, будущие матери, для здоровья своих детей?*

Ну что ж, это далеко не праздный вопрос. Попытаемся на него ответить. Здоровье индивида формируется еще до его рождения под воздействием целого комплекса факторов биологического, социально-гигиенического, социально-экономического характера. Познавание этих факторов, целенаправленное их изменение позволило бы улучшить состояние здоровья населения, достичь желаемого уровня воспроизводства более «экономичным» путем, т. е. с меньшими потерями человеческих жизней.

Состояние здоровья женщин детородного возраста — важнейший фактор формирования здоровья их потомства и существенная детерминанта рождаемости. Из выборочных исследований известно, что мотив нездоровья является наиболее весомым при отказе от очередного рождения⁵. Субъективная мотивация имеет вполне реальную, объективную основу: у здоровых женщин аномалии развития, рождение недоношенных детей и детей в асфиксии (удушье) происходит в 2—3 раза реже, а перинатальная смертность* в 6—7 раз ниже, чем у больных матерей⁶.

* Перинатальная смертность включает в себя мертворождаемость и смертность на первой неделе жизни.

По мнению специалистов⁷, один из важных факторов, оказывающих непосредственное влияние на последующие беременности и роды, на состояние здоровья потомства, — акушерский анамнез женщины, т. е. наличие у нее аборт, рождений, выкидышей, соотношение родов и аборт.

2.2. АБОРТ

Как известно, аборт бывает искусственные и самопроизвольные. Искусственные аборт производятся по желанию женщины. Самопроизвольные же возникают чаще всего без желания и без вмешательства беременной или других лиц. Это непреднамеренное прерывание беременности. Но есть еще и аборт по медицинским показаниям — тогда, когда беременность может оказать непосредственное отрицательное влияние на здоровье и жизнь матери, а в случае родов — даже ребенка.

— *Есть еще и иной аборт. Мне рассказывали, что одной женщине его сделали потому, что ожидали ребенка с врожденными аномалиями. Это правда?*

Все верно. Если, по мнению врача, у матери должен родиться неполноценный ребенок (с тяжелыми психическими заболеваниями, врожденными аномалиями и т. д.), мать направляется на медицинский аборт. Однако таких женщин немного, примерно 1,85 на 1000 женщин репродуктивного возраста. Тем не менее за ними необходимо внимательно наблюдать — ведь вполне возможно, что эта беременность не единственная. Кроме того, существует еще вероятность врожденных аномалий и пороков развития, тесно связанных с возрастом матери в момент рождения, но об этом мы поговорим позже.

Сейчас же напомним, что некоторые женщины не могут родить ребенка в связи с бесплодием. По экспертным оценкам, в целом по СССР имеется 10—15% бесплодных браков. Вторичное, или приобретенное, бесплодие встречается чаще первичного. Если у женщины за всю жизнь была хотя бы одна беременность, то бесплодие называется вторичным. Частота бесплодия обычно определяется по обращаемости женщин в гинекологические учреждения за медицинской помощью. Однако есть все основания предполагать, что истинный уровень бесплодия выше, поскольку часть семей не обращается по этому поводу к врачу.

Вторичное бесплодие зачастую является результатом предшествующих искусственных абортов, которые, по разным подсчетам, обуславливают его развитие в 55 и более случаях из 100⁸. Особенно опасны с этой точки зрения криминальные аборты. Бесплодие в настоящее время еще плохо поддается лечению. Устранив же такую серьезную причину, как аборты, можно было бы значительно снизить его частоту.

Почти у каждой третьей женщины после аборта возникает осложнение, а у прервавших первую беременность — почти у каждой второй. Аборт приводит к эмоциональному стрессу, который нарушает течение всех психических и физических процессов в организме, влияет на течение и исход последующих беременностей. Установлено, что аборты — основной источник гинекологических заболеваний. У 20—30% женщин после искусственного прерывания беременности имеются различные нарушения детородной функции: среди повторнородящих женщин с неоднократными абортами частота рождения недоношенных детей, мертворождаемости, смерти детей на первой неделе жизни выше, чем у женщин, не имеющих абортов⁹.

В научной литературе встречаются многочисленные данные об увеличении риска возникновения онкологических заболеваний женской половой сферы параллельно росту частоты искусственных абортов. При этом максимальный риск имеют нерожавшие женщины с 3 и более абортами. Прерывание первой беременности увеличивает опасность раннего возникновения опухоли¹⁰.

— Если аборты так опасны, то следовало бы их запретить. А у нас в стране, наоборот, в 1955 г. вновь было разрешено производство абортов по желанию женщины. Разве это не противоречит интересам семьи, общества?

Это кажущееся противоречие.

Запрещение абортов не может привести к планируемому результату, поскольку они лишь средство достижения желаемого числа детей в семье, инструмент регулирования (контроля) рождаемости.

С возникновением необходимости в регулировании деторождения возникает и необходимость в мерах такого регулирования — абортах и контрацепции. Вследствие плохой осведомленности населения о противоза-

чаточных средствах, а также низкой их эффективностью и недостаточного ассортимента (а нередко и полного отсутствия) женщины предпочитают прибегать к искусственному аборту.

Советское законодательство в отношении искусственного прерывания беременности менялось. С 1920 по 1936 г. действовал закон о бесплатном и свободном производстве аборт в медицинском учреждении, пока, как было установлено Народным комиссариатом здравоохранения и Народным комиссариатом юстиции, «моральные пережитки прошлого и тяжелые экономические условия настоящего еще вынуждают часть женщин решаться на эту операцию»¹¹.

В дальнейшем ЦИК и Совет Народных Комиссаров Союза ССР вынесли постановление о запрещении аборт (с 1936 г.), объясняя свое решение ростом народного благосостояния и культурного уровня, а также вредом аборт. Производство аборт разрешалось только по медицинским показаниям и только в медицинских учреждениях. В постановлении предусматривалась уголовная ответственность за производство аборт вне больницы или в больнице, но с нарушением указанных условий, — от 1 до 3 лет тюремного заключения для лица, производившего аборт, и общественное порицание (а при повторном нарушении закона — штраф) для беременной женщины. В результате принятого постановления уже в 1937 г. число искусственных аборт в городах СССР уменьшилось в 3 раза, в селах — в 4 раза.

— Таким образом, цель была достигнута! Женщины перестали калечить себя. Почему же спустя 19 лет аборт были вновь разрешены?

К сожалению, цель не была достигнута. Цифры, приведенные нами, относятся только к учтенным, легальным аборт. В условиях запрета на производство аборт точный их учет невозможен, так как увеличивается число криминальных (нелегальных) аборт, а о них женщины предпочитают умалчивать. Дать оценку частоты криминальных аборт поэтому можно только косвенно и не полностью — по количеству послеабортных осложнений, в результате которых женщины попали в больницу. С 1936 по 1955 г. резко увеличилось число случаев тяжелых хронических воспалений, нарушений функций яичников, вторичного бесплодия и даже смерти женщин. Это говорит о воз-

росшей частоте криминальных аборт. В 1955 г. Указом Президиума Верховного Совета СССР было разрешено производство искусственных аборт в медицинских учреждениях. Началось сокращение числа нелегальных аборт, и одновременно с ним отмечалось постепенное снижение заболеваемости гинекологическими болезнями, уменьшение летальности в результате аборт.

— *Интересно, а как давно известен аборт? И разрешен ли он в других странах мира?*

Есть доказательства того, что уже в далеком прошлом прерывание беременности было широко распространено и воспринималось как естественная операция. Оно практиковалось еще в античном мире. В наиболее отсталых обществах плодоизгнанием занимался отец — человек, наделенный правом собственности на своих детей. В 1596 г. китайский врач Ли Шичжень упоминал в своем научном трактате 72 способа прерывания беременности, ссылаясь на опыт, собранный китайской медициной более чем за 2000 лет. Однако, по мнению В. И. Козлова¹², в племенных обществах применение искусственного аборт чаще всего было связано с добрачными или внебрачными связями, если рождения от них осуждались, или с другими экстремальными, с точки зрения психологии того времени, случаями. Аборт производились в основном с помощью абортивных средств (часто из ядовитых растений) или иными довольно жестокими методами. Только с возникновением христианства прерывание беременности стало осуждаться: христианская религия смотрит на аборт как на убийство невинного существа.

На Международном симпозиуме по вопросам воспроизводства населения в 1968 г. отмечалось, что в мире производится ежегодно 25 млн аборт, в том числе 2 млн — в США, по 1,2 млн — в Японии и во Франции, 1 млн — в ФРГ. Иногда приводится цифра — 55 млн аборт ежегодно. По-видимому, и она очень занижена, поскольку учитывает только легальные аборт. А их число зависит не только от наличия, эффективности и пропаганды средств контрацепции, но и от законодательства в отношении аборт. Количество криминальных аборт может быть оценено только приблизительно, с чем и связаны столь большие интервалы в оценке числа аборт по странам.

— Говорят, что у нас в стране на каждую женщину детородного возраста приходится абортов намного больше, чем, например, в США или Англии. Всегда ли хорошо быть первыми?

Действительно, в СССР ежегодно производится около 7 млн аборт, что в расчете на 1000 женщин детородного возраста больше, чем в любой развитой стране. Очень неблагоприятно у нас и соотношение родов и аборт. Достаточно сказать, что в Магаданской, Камчатской и Калининградской областях в 1979 г. на одни роды приходилось около 3 аборт, в то время как, например, в Чехословакии—примерно 0,3 аборта. Первенством в этой области нам гордиться не приходится. Напротив, оно вызывает серьезную озабоченность у специалистов, врачей. Ведь последствия искусственных аборт определяются не только уровнем экономических потерь государства от производства самой операции, стоимостью лечения ее ближайших и отдаленных последствий, недопроизводством национального дохода в связи с временной нетрудоспособностью женщин и т. п., но прежде всего уровнем вторичного бесплодия, мертворождаемости, внематочных беременностей, смертности детей в возрасте до одного года и др.

В настоящее время важность улучшения здоровья детей, сохранения каждой человеческой жизни возрастает многократно. И хотя этот путь не решает полностью проблему увеличения естественного прироста до уровня слегка расширенного воспроизводства населения, он может дать весомый эффект как в социально-экономическом, так и в демографическом плане. Ведь только снижение смертности детей в возрасте до одного года до наиболее низкого уровня, наблюдающегося сегодня в мире, дало бы, по нашим расчетам, заметное увеличение ежегодного естественного прироста населения страны.

Хотелось бы отметить, что, по данным на 1980 г., около 60% населения мира проживало в странах, где искусственные аборт были запрещены или разрешены лишь по определенным показаниям. Тем не менее аборт повсеместно является одним из распространенных методов регулирования рождаемости¹³. По выражению одного из зарубежных ученых, аборт — это единственная пандемическая болезнь, которая игнорируется и не лечится современной медициной.

По данным Всемирной организации здравоохранения, в Западной и Северной Европе, в США, где шире распространены контрацепция и контрацептивная стерилизация, к абортam прибегают в основном женщины моложе 20 лет, незамужние, бездетные, в то время как в странах Восточной Европы, где высокоэффективная контрацепция введена позже, а контрацептивная стерилизация не практикуется, к абортu прибегают в основном замужние женщины в зрелых возрастах, имеющие определенное число детей. Следовательно, именно в этих странах искусственный аборт и преобладает в структуре применяемых методов регулирования рождаемости.

В последние 10—20 лет во многих странах аборты были частично или полностью легализованы. Вслед за легализацией возросла их частота. Это говорит о том, что до разрешения искусственных абортов широко применялись криминальные аборты. Так, например, в Англии после издания в 1968 г. акта о разрешении абортов значительно выросла численность девушек в возрасте до 16 лет, поступающих на эту операцию (2% общей численности женщин, производящих аборт). При этом около 70% из них никогда не пользовались никакими методами и средствами контрацепции (МСК), а следовательно, в случае беременности прибегали к криминальному абортu или рождению нежеланного ребенка.

— *В чем же причина столь широкого распространения искусственных легальных и криминальных абортов даже в тех странах, где имеется широкий выбор контрацептивных средств?*

По мнению французского социолога и демографа Альфреда Сови, аборт требует разового решения, а для применения противозачаточных средств необходимо постоянное волевое усилие. Криминальный аборт имеет свои специфические причины. Прежде всего, это законодательства о запрещении абортов. В США после разрешения искусственного прерывания беременности в большинстве штатов число женщин, попавших в муниципальные больницы с осложнениями криминальных абортов, сократилось наполовину¹⁴, что говорит о значительном сокращении частоты криминальных абортов.

— *Представляют ли аборты опасность для будущих детей, или они опасны только для женщины?*

Предшествующие аборт опасны не только для матери, но и для ее потомства. У 7% женщин, перенесших искусственный аборт, последующая беременность заканчивается самопроизвольными выкидышами или преждевременными родами¹⁵.

Перинатальная смертность детей у женщин, имевших в анамнезе аборт, составляет 38,5%, у женщин, не имевших аборта,—26%¹⁶. Аборты, особенно при первой беременности, отрицательно сказываются на формировании и развитии плода. На состояние ребенка также влияют затяжные роды у женщин, перенесших искусственный аборт при первой беременности¹⁷.

Следует особо подчеркнуть, что вероятность возникновения осложнения возрастает в случае нелегального (криминального) аборта. Даже специалисты не могут точно определить размеры этого явления. Статистика, которая, как известно, знает все, в данном случае бессильна: она фиксирует только надводную часть айсберга — ту часть нелегальных абортов, после которых женщины сразу же попадают в лечебные учреждения с осложнениями.

— Почему женщины идут на такую варварскую операцию, несмотря на то что в нашей стране искусственный аборт производится свободно?

Основную роль, бесспорно, играет желание скрыть факт беременности. Это особенно характерно для молодых, не состоящих в браке женщин. Добрачные сексуальные связи сейчас очень распространены. По данным прибалтийских ученых, каждый четвертый юноша и каждая восьмая девушка получили свой первый сексуальный опыт до 18 лет, до вступления в брак. Основное негативное следствие этого — нежелательные беременности, которые при неумелом пользовании средствами их предупреждения возникают довольно часто. Добрачные беременности могут иметь три исхода: рождение ребенка вне брака и образование неполной семьи; заключение брака, «стимулированного» рождением ребенка; аборт (легальный или криминальный, зачастую к тому же аборт при первой беременности).

Все три исхода потенциально несут в себе отрицательные моменты. В силу целого ряда причин как медицинского, так и социального характера дети, рожденные вне брака, как правило, ослаблены, смертность их в несколько раз выше смертности детей из

полных семей. А «стимулированные» браки, по мнению специалистов, менее жизнестойки — они распадаются чаще и быстрее, чем обычные.

Поскольку из данных официальной статистики невозможно узнать не только причины нелегальных аборт, но и их истинную частоту, во многих исследованиях делаются попытки восполнить этот пробел.

Нами проводился опрос женщин нескольких регионов РСФСР о применении противозачаточных средств*, цель которого — выяснить причины и факторы формирования современной структуры мер регулирования рождаемости. Как известно, в этой структуре и в настоящее время преобладают искусственные аборты, что не может быть признано прогрессивным.

По данным опроса, в сельской местности Хабаровского края к концу репродуктивного периода около половины опрошенных имели 3 аборта и более, а каждая пятая женщина — 5 абортов и более (легальных и криминальных). Можно предположить, что число криминальных абортов значительно занижено как в связи с неискренностью ответов части женщин, так и потому, что сама формулировка вопроса не затрагивает лекарственных абортов. На вопрос о наличии криминальных абортов 14% женщин ответили утвердительно.

Около 2% сельских женщин Хабаровского края в возрасте до 25 лет и 1% женщин, находящихся в конце репродуктивного периода, имеют по 4 нелегальных аборта. По данным исследования, проводившегося в Ростовской области (1983—1985 гг.) Е. М. Савиной, от 5 до 22% женщин имеют внебольничные аборты. При этом на каждую женщину, обратившуюся в лечебно-профилактическое учреждение и зарегистрированную по поводу последствий криминального аборта, остаются невыявленными три женщины без его ближайших осложнений.

— В социально-гигиенической литературе часто встречаются работы, авторы которых пытаются объяснить феномен производства криминальных абортов неудовлетворительными жилищными условиями, материальными трудностями, алкоголизмом мужа, на-

* Подробнее об этом исследовании см. главу 3.

лицем маленького ребенка в семье и другими подобными причинами. Так ли это?

На наш взгляд, такое объяснение в корне неправильно. Прежде всего истинные причины не всегда совпадают с мотивами производства аборт, которые приводят женщины. Специфические же причины криминальных аборт в условиях, когда разрешено свободное производство аборт в лечебных учреждениях, отличаются от причин производства искусственных легальных аборт. Возможно, эти причины не полностью осознаются даже самими женщинами, что и отражается в их мотивации.

Основные причины криминальных аборт, по нашему мнению, следующие. Во-первых, желание скрыть факт беременности в связи с ее добрачным или внебрачным характером, слишком молодым или «старым» (после 40 лет) возрастом женщины и т. п. Во-вторых, санитарная безграмотность населения — незнание о 12-недельном сроке производства легальных аборт, низкая информированность о серьезнейших последствиях аборт (особенно криминального), о возможности производства мини-аборт.

Безусловно, внешним толчком, поводом к производству нелегального аборт может стать грубость и невнимательность медицинских работников, забывших основные принципы деонтологии (медицинской этики). О том, как плохо порой относятся врачи-гинекологи, акушерки и медсестры к женщинам, пришедшим на аборт, можно долго рассказывать. К сожалению, работа медиков по-прежнему оценивается только количественными показателями. При этом предполагается, что некоторое снижение «количества» уже означает качественный скачок — это особенно относится к оценке частоты искусственных аборт. Никто из лиц, ответственных за работу женских консультаций и противоабортную пропаганду, не задумывается над вопросом о том, какими методами такой «скачок» достигается, к каким последствиям ведет. А зачастую снижение частоты легальных аборт достигается именно грубостью медицинского персонала, неуклюжей и неграмотной противоабортной пропагандой (примером может служить плакат «Мать, не убивай своего ребенка!», развешанный в некоторых женских консультациях Москвы). Естественным результатом такой деятельности становится рост ча-

стоты нелегальных абортот со всеми вытекающими отсюда последствиями, в то время как показатели работы женских консультаций и абортариев улучшаются. Вот мнение на этот счет студентки, высказанное в молодежной газете: «Нет причины, которую можно было бы выделить, обособить и выкорчевать, чтобы все стало на свои места. У каждой — свое. Но есть и общее для всех. Боязнь огласки, боязнь больницы, страх, что тебя унизят, обидят. Ханжество»¹⁸.

На вопрос: «Почему, по Вашему мнению, некоторые женщины идут на криминальный аборт?» — очень часто отвечают так: «из-за грубости медперсонала», «потому, что боятся боли, а в медицинском учреждении плохо обезболивают», «хотят скрыть факт беременности», «потому, что нет мужа, а быть матерью-одиночкой стыдно». Таковы мнения самих женщин и субъективные причины производства нелегальных абортов.

Реально существуют и объективные причины, например большие очереди на производство абортов. Именно потому, что все женщины знают о возможностях прерывания беременности и только немногие — о возможностях ее эффективного предупреждения. Очереди эти в случае, когда женщина поздно обратилась в женскую консультацию по поводу прерывания беременности, могут стать внешним толчком к производству криминального аборта. Возможно, следовало бы прервать беременность этой женщине вне очереди? Думается, найти выход в подобной ситуации можно и без соответствующих приказов Минздрава. В то же время именно Минздрав должен решить вопрос о том, что же писать в графе «Диагноз» в больничном листе женщины после операции аборта.

Здесь освещена лишь незначительная часть проблем, связанных с нелегальными абортами. Многие из них порождены низкой санитарной культурой населения и нежеланием (да и неумением) врачей-гинекологов эту культуру повышать. Среди причин такого положения не последнее место занимает неверие самих медицинских работников в успех своей работы, недостаточный уровень заинтересованности и ответственности за профилактику абортов.

Распространенность искусственных абортов — проблема не только здравоохранения, но и демографии

и социологии семьи, поскольку здоровье супружеских пар — одно из основных условий нормального развития и жизни семьи.

2.3. ЗДОРОВЬЕ МАТЕРИ — ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА

— *Объясните, пожалуйста, что включает в себя понятие «состояние здоровья матери».*

По мнению многих исследователей, понятие «состояние здоровья матери» должно включать в себя ее возраст в момент рождения ребенка, порядковый номер беременности и родов, интервалы между последовательными беременностями (родами), так как перечисленные характеристики матери непосредственно сказываются на здоровье ее детей. Об этом упоминали еще первые советские социал-гигиенисты, демографы, статистики¹⁹. Они считали твердо установленным тот факт, что смертность первенцев повышена по сравнению со смертностью вторых и третьих детей, а затем, начиная с четвертых-пятых родов, опять начинает расти с увеличением их порядкового номера. Тогда же было определено, что смертность детей до одного года выше у матерей в возрасте до 20 и после 35 лет, а также при интервале между рождениями менее 2 лет. Для формирования биологически полноценного плода необходим минимум двухлетний перерыв между последовательными зачатиями, т. е. около 3 лет между рождениями.

— *А как объясняют такие факты современные ученые?*

Характер взаимосвязи состояния здоровья детей и состояния здоровья матерей в предложенной выше интерпретации оценивается в многочисленных исследованиях современных советских и зарубежных специалистов так же, как и в более ранних работах. Причины объясняются неадекватным развитием беременности у очень молодых женщин, уменьшением компенсаторных возможностей организма и его адаптации к беременности, ростом заболеваемости, числа абортов и выкидышей, более частым возникновением токсикозов, угрозы прерывания беременности и другой патологии у женщин старших возрастов.

Именно поэтому смертность детей в возрасте до одного года у матерей от 20 до 30 лет для всех оче-

редностей рождения ниже, чем у более молодых или старших женщин. Вообще же смертность первенцев в 1,5—2 раза выше смертности вторых и третьих детей, а смертность пятых — вдвое выше смертности первенцев²⁰. Это опровергает бытующее представление о самой высокой смертности первенцев по сравнению с детьми всех остальных очередностей рождения.

К такому же выводу пришли и эксперты Панамериканской организации здравоохранения на основе изучения в 70-х годах младенческой смертности в 13 регионах Латинской Америки, США и Канаде. Они называют три важнейших фактора, определяющих уровень смертности детей до одного года: возраст матери, порядковый номер родов, вес при рождении. Исследование проводилось в столь непохожих странах, как, например, Сальвадор и США, где уровни младенческой смертности на момент исследования различались более чем в 5 раз. Тем не менее была выявлена четкая закономерность: самая высокая смертность детей в возрасте до одного года во всех странах отмечалась у женщин моложе 20 лет и старше 35 лет, самая низкая — у 25—29-летних²¹.

У матерей в возрасте до 20 лет и старше 35 лет также выше частота рождения детей с недостаточной массой тела и недоношенных. Смертность на первой неделе жизни у таких детей в 20 раз выше, вероятность врожденных пороков развития у них в 3 раза выше, а выживаемость в возрасте до одного года в 5 раз ниже, чем у детей, родившихся с нормальной массой тела и в срок²². 35—36% недоношенных детей погибает на первой неделе жизни.

Низкая масса тела при рождении увеличивает риск возникновения эпилепсии, мозговых параличей, повышает вероятность задержки и нарушений умственного и нервно-психического развития в более позднем периоде.

Самая высокая частота рождения недоношенных детей или детей с низкой массой тела отмечается при первых, четвертых и последующих родах и в случае очень коротких или очень длинных интервалов между рождениями.

По данным американских ученых, в группе матерей с преждевременными родами женщины в среднем моложе, а незамужних среди них гораздо боль-

ше. При этом риск рождения недоношенного ребенка у замужних женщин до 25 лет больше в 1,8 раза, чем у более старших женщин, а у незамужних — в 2,2 раза; после предыдущих самопроизвольных и искусственных абортов риск рождения такого ребенка в 2,7 раза выше, чем при других исходах беременности; при предыдущих преждевременных родах риск увеличивается в 23,7 раза по сравнению с наличием предыдущих родов в срок.

Исследование, проводившееся в 1976—1980 гг. в Швеции, выявило повышенный риск преждевременного или в срок рождения ребенка с низкой массой тела у женщин старше 30 лет, увеличение с возрастом (начиная с 35 лет) риска гибели зрелого плода.

В Венгрии изучались колебания массы тела у живорожденных и мертворожденных. Наименьшее число живорожденных с недостаточной массой тела было обнаружено при первых и вторых родах. Число родившихся с низкой массой тела среди мертворожденных увеличивалось до четвертых—седьмых родов. В то же время среди родивших живых детей с низкой массой тела первые роды у 30% женщин были в возрасте до 20 лет, а у 50% — в возрасте от 20 до 25 лет.

Несмотря на то что в развитых странах доля детей с низкой массой тела при рождении и недоношенных невысока, они определяют около половины случаев смертности детей на первом месяце жизни в этих регионах. Установлено, что рост только на 1% численности новорожденных с низкой массой тела влечет за собой увеличение смертности на первой неделе жизни на 10%²³. Поэтому в улучшении профилактики недонашиваемости и снижении перинатальной (с 28-й недели беременности до конца седьмых суток жизни новорожденного) смертности скрывается значительный резерв сохранения жизни младенцев.

— От чего же зависит масса тела при рождении? Могут ли будущие матери как-то воздействовать на нее?

Частота рождения детей с низкой массой тела помимо биологических причин в значительной степени определяется условиями жизни, питания, медицинского обслуживания беременных, другими социально-гигиеническими, а также экологическими факторами. Поэтому очень важно во время беременности соблюдать режим питания, труда и отдыха, правильно и

своевременно выполнять все рекомендации врача-гинеколога. Поскольку от поведения женщины в этот период зависит состояние здоровья ее будущего ребенка, специалисты считают, что надо не только уделять внимание будущей матери, но и строго с нее спрашивать. Если она не выполняет назначения врача, его указаний, значит, не чувствует ответственности перед будущим ребенком.

Многие специалисты предлагают перенять опыт некоторых зарубежных стран. В Финляндии, например, беременная женщина, аккуратно проходящая весь курс подготовки к родам, получает бесплатно детское приданое, которое стоит там довольно дорого. Во Франции жених и невеста должны пройти добрачное обследование на предмет рождения здорового потомства. В период беременности женщина бесплатно обследуется четыре раза — на 3, 6, 8 и 9-м месяце. Только после прохождения трех обследований женщина получает право на дородовое пособие. В связи с этим 90% будущих матерей посещают врача впервые до 12-й недели беременности.

— *Существует ли взаимосвязь между возрастом начала половой жизни и состоянием здоровья будущих матерей и их детей? В частности, чем объяснить повышенную смертность детей у очень молодых матерей?*

В последние годы средний возраст начала половой жизни снизился до 15—16 лет, что влечет за собой целый ряд опасностей, в том числе как для матери, так и для ребенка. Прежде всего тяжелые осложнения при родах и при абортах у подростков. Поэтому очень важно своевременно обучить их сексуальному поведению, использованию контрацепции. И основная задача здесь — правильно «воспитать» родителей, которые в свою очередь помогут воспитать подростка. Ведь, как считает Всемирная организация здравоохранения, о взаимоотношении полов дети должны узнавать до периода полового созревания, в противном случае это будет не половое воспитание, а перевоспитание.

В последнее время в СССР наблюдается устойчивая тенденция к росту числа рожавших до 20 лет. Так, если из 1000 женщин этого возраста в 1965—1966 гг. рожали в среднем 25,5, то в 1986—1987 гг. — уже 44,4.

Рождаемость у подростков создает целый комплекс проблем, не присущих матерям старше 20 лет. Проблемы эти в конечном счете сказываются на здоровье детей, их умственном и психомоторном развитии. Недоразвитие организма матери и неадекватное развитие беременности — лишь один из, возможно, не самый важный фактор повышенного риска для ее потомства.

Основными же следует признать «факторы постнатального окружения», т. е. в конечном счете социально-экономические характеристики матери, а они, безусловно, отличаются от соответствующих характеристик остальных матерей.

Девушки в этом возрасте активно вовлечены в процесс социализации (они получают образование, специальность, ищут работу и т. д.), и потому рождение ребенка может послужить серьезным препятствием для полной реализации их жизненных планов. Кроме того, если оба родителя молоды, то им, как правило, трудно только за счет собственных средств материально содержать своего малыша. Известно также, что многие браки в таком молодом возрасте стимулируются уже наступившей беременностью. Вынужденный характер значительно влияет на их прочность, они часто распадаются. А атмосфера неполной семьи — не лучшая для развития здорового ребенка.

Таким образом, профилактика беременности в подростковом возрасте очень своевременна. Она поможет молодым женщинам сохранить здоровье, поскольку после первого аборта, как мы уже неоднократно отмечали, лишь 20—25% из них остаются здоровыми. Остальные же страдают бесплодием, невынашиванием, нарушениями менструального цикла.

— *А чем опасно рождение первого ребенка в возрасте после 30 лет?*

В медицинской литературе женщины, родившие первого ребенка после 30 лет, называются пожилыми первородящими. Как правило, у них роды продолжаются дольше, чем у более молодых, а параллельно длительности родов растет и перинатальная смертность детей. С возрастом увеличивается число случаев серьезных осложнений и заболеваний (например, гипертонии, сердечно-сосудистых заболеваний, тромбозов), что также сказывается на здоровье детей. У женщин 30—35 лет первые роды заканчивают-

ся неблагоприятно в 2 раза чаще, чем у 20—25-летних²⁴, во много раз чаще рождаются дети в асфиксии (удушьё); в большинстве случаев отмечаются осложнения в родах; значительной части женщин требуется оперативное вмешательство. Долгосрочные наблюдения за детьми пожилых первородящих показывают, что для них неблагоприятен и прогноз на будущее: в дальнейшем у большинства детей отмечается отставание в психоневрологическом развитии.

С возрастом матери в момент рождения ребенка тесно коррелирует вероятность врожденных аномалий и пороков развития. У женщин старших возрастов выше вероятность рождения ребенка с синдромом Дауна или синдромом Патау, дефектами системы кровообращения. Следует особо отметить, что это относится к детям любой очередности рождения (табл. 11).

Таблица 11. Возраст матери и риск рождения ребенка с синдромом Дауна

Возраст матери, лет	Риск синдрома Дауна
до 20	1 на 2325 родившихся
20—24	1 на 1612 »
25—29	1 на 1204 »
30—34	1 на 869 »
35—39	1 на 285 »
40—44	1 на 100 »
45 и старше	1 на 45 »

Источник. Мерфи Э. А., Чейз Г. А. Основы медико-генетического консультирования. М., 1979.

Как явствует из таблицы 11, риск рождения ребенка с тяжелой умственной отсталостью — синдромом Дауна для женщин старше 35 лет в 9 раз выше, а для женщин после 40 лет — в 23 раза выше, чем для женщин до 20 лет. При этом для матерей старше 40 лет вероятность синдрома Дауна при зачатии намного выше: 1% детей у них рождается с этими нарушениями, однако значительно большая часть плодов гибнет от него внутриутробно между 16 и 18 неделями беременности.

Средний возраст матерей, родивших детей с синд-

ромом Патау,—32,8 года. Эти дети отличаются резкой умственной отсталостью, множественными пороками развития, а прогноз на будущее для них крайне неблагоприятен. Высказываются предположения о том, что на риск рождения ребенка с синдромом Дауна влияет и возраст отца.

— Как оценить, высока ли вероятность рождения ребенка с такими синдромами? Может ли женщина сделать это самостоятельно?

Чтобы оценить, насколько велика степень риска возникновения названных нарушений развития, необходимо знать, что вероятность возникновения генетического заболевания у 10% ожидаемых детей рассматривается специалистами как очень высокий риск. Самостоятельно женщина не может определить степень риска рождения ребенка с серьезной патологией. Поскольку прогноз генетически обусловленного заболевания носит всего лишь вероятностный характер, специалисты считают необходимым бороться с различными формами «генетического фатализма». Такая борьба может успешно вестись медико-генетическими консультациями, которые уже имеются в некоторых регионах нашей страны. Сейчас решается вопрос о создании расширенной сети добрачных консультаций. До сих пор их создание, хотя и признавалось целесообразным, тормозилось целым рядом неразрешенных организационных и морально-этических проблем.

Необходимость добрачного консультирования определяется остротой проблемы рождения детей с врожденными аномалиями и пороками развития, доля которых в общей численности родившихся довольно высока и устойчива. Так, в литературе встречаются данные о том, что в США примерно 15% детей рождаются с генетически обусловленными пороками развития. Поддающиеся распознаванию до рождения ребенка аномалии встречаются с частотой 6,1 на 1000 рожденных живыми детей. Кроме того, 50—60% ранних выкидышей также являются следствием пороков развития, обусловленных хромосомными аномалиями²⁵.

Современная наука располагает возможностью ранней (иногда — пренатальной, т. е. дородовой) диагностики некоторых пороков развития, другие же с большой точностью могут прогнозироваться на

основе изучения «родословной», т. е. выявления наличия такого заболевания у кого-либо из родственников будущих родителей с учетом их медико-демографических характеристик. В случае поздней диагностики возможны необратимые клинические расстройства.

Обычные медико-генетические консультации уже существуют в некоторых городах нашей страны, сейчас их насчитывается более 80. Мы же подчеркиваем необходимость добрачного консультирования, поскольку в медико-генетическую консультацию зачастую обращаются после рождения ребенка с наследственной патологией. Однако это не исключает необходимости расширения сети обычных медико-генетических консультаций.

— Вы призываете к выбору будущего супруга по «родословной»? Не кажется ли вам, что это безнравственно, так как исключает всякие эмоции — любовь, привязанность — и превращает брак в какую-то сделку? Будет ли крепкой семья, изначально строящаяся на прогнозах и расчетах?

Как это ни странно, но социологи и психологи пришли к выводу, что семья, созданная по любви, чаще всего не самая крепкая. Однако это тема другого, очень большого и серьезного, разговора.

Здесь же хочется подчеркнуть, что такого рода «прогнозы и расчеты» не могут разрушить семью, любовь. Ничего безнравственного в них нет. Может ли быть безнравственной забота о будущем ребенке? Напротив, легкомысленное и бездумное отношение к его рождению — безусловно безнравственно и даже преступно. Вспомните о тех десятках тысяч детей — сирот при живых родителях, брошенных только потому, что они родились недостаточно здоровыми, не соответствующими представлению их родителей об «идеальном» малыше. Вспомните о многочисленных разводах, происшедших по причине рождения ребенка с тяжелой патологией. Именно поэтому добрачное консультирование необходимо. Оно позволит снизить частоту рождения детей с тяжелыми наследственными заболеваниями, укрепить семью. Однако такое консультирование должно быть добровольным, потому что трудно представить себе тот вред, который принесет решению столь серьезной проблемы принудительное посещение консультаций. А для этого необходимо понимание со стороны будущих супругов.

Большой опыт добрачного консультирования накоплен в Литве, где уже более 10 лет функционируют соответствующие кабинеты и консультации. Их работа осуществляется на строго добровольных началах, почти все вступающие в брак проходят добрачное обследование без какого-либо давления извне. Перед регистрацией брака будущие супруги получают информацию о состоянии здоровья друг друга.

— *Обязана ли супружеская пара выполнять рекомендации, полученные в медико-генетических консультациях?*

Конечно, нет. Специалисты информируют о возможной опасности, помогают ее оценить. Решение же всегда остается за супругами и зависит от их санитарной и общей культуры, от того, насколько правильно они поняли свой долг перед потомством.

Таким образом, медико-генетические и особенно добрачные консультации призваны решать весьма ответственные и сложные задачи. Помимо предупреждения рождения больных детей они могут помочь значительному числу семей в положительном решении вопроса о рождении ребенка, а в некоторых случаях снять с них страх и груз психологической ответственности за рождение неполноценного потомства.

Опыт стран, где такие консультации уже существуют более или менее продолжительное время, показывает, что семьи не всегда придерживаются полученных рекомендаций, а значительная часть населения вообще не знает о возможности такого консультирования. Таким образом, организация добрачных консультаций — условие необходимое, но недостаточное для решения поставленной задачи — улучшения состояния здоровья потомства. Эта мера должна быть предварена широкой санитарно-просветительной работой среди населения, прежде всего среди молодежи, вступающей в брак.

— *Чем же все-таки обуславливаются различия в смертности детей по порядку их рождения и возрасту матери? Может быть, виной всему низкий социальный статус, недостаточный уровень образования и культуры многодетных матерей, а также женщин, рождающих первенца в очень молодом или, напротив, старшем возрасте?*

Для проверки такой гипотезы учеными из Мичи-

ганского университета (США) были проанализированы данные приходских архивов 14 деревень, расположенных в разных частях Германии, за XVIII и XIX вв. Рассмотрено 48 000 деторождений и 11 000 случаев смерти детей до 4 лет, родившихся у матерей-крестьянок разного возраста и от беременностей различной очередности. Так было исключено влияние социальных факторов и мер контроля рождений (которые тогда почти не практиковались) на смертность детей. Дифференциация смертности детей в зависимости от возраста матери, порядкового номера родов и интервалов между рожденьями полностью подтвердилась²⁶.

Кроме того, мы знаем, что, например, в РСФСР каждое пятое рождение у женщин моложе 20 лет и каждое четвертое рождение у женщин старше 35 лет происходят вне брака. А более высокая смертность внебрачных детей определяется целым комплексом факторов, среди которых не только социальные. Напротив, зачастую женщины старших возрастов, решившиеся на внебрачное рождение, имеют довольно высокий социальный статус, уровень образования, что, кстати, завышает их требования к возможному «кандидату» в мужа.

Более высокая смертность первенцев по сравнению со вторыми и третьими детьми также не может быть объяснена лишь социальными различиями: ведь первенец появляется во всех семьях, за исключением бездетных.

Что же касается младенческой смертности в многодетных семьях, особенно пятых и последующих детей, то высокий порядковый номер родов неизбежно связан с рожденьями на поздних отрезках репродуктивного периода либо, что не менее важно, с короткими интервалами между родами, а иногда и с сочетанием этих факторов. Это создает необеспеченность необходимыми питательными веществами и тем самым неблагоприятно сказывается на здоровье ребенка.

Сочетание высокого порядкового номера родов с возрастом матери старше 35 лет более неблагоприятно для ее потомства, чем рождение первенца в очень молодом возрасте. Но если на смертность детей у матерей старших возрастов определяющее влияние оказывают биологические и социально-гигиенические фак-

торы (акушерский анамнез женщины, состояние ее здоровья, снижение с возрастом компенсаторных возможностей организма и его адаптации к беременности), то у самых молодых матерей смертность детей в большей степени зависит от факторов социальных.

Из сказанного следует, что наиболее адекватные выводы о причинах смертности детей в возрасте до одного года можно получить, изучая ее с позиций комплексного влияния социальных, биологических и других факторов.

Суммируя многочисленные исследования, Комитет экспертов Всемирной организации здравоохранения по охране материнства и детства отметил, что короткие или слишком длинные интервалы между беременностями и родами, беременности на самых ранних или поздних отрезках репродуктивного периода увеличивают риск неблагоприятного исхода родов, ослабляют женский организм. По мнению советских и зарубежных ученых, максимальный риск для матери и ребенка отмечается при интервалах между беременностями менее 2 или более 5 лет²⁷.

Все изложенное нами подтверждает мысль о необходимости серьезной работы по санитарному просвещению населения, формированию у него представлений об оптимальном возрасте деторождения (20—29 лет), оптимальных интергенетических интервалах (от 2 до 5 лет) и оптимальном числе детей в семье (3—4 ребенка). В случае успеха это позволит улучшить состояние здоровья женщин, а значит — более полно реализовать репродуктивные намерения семей, сохранить жизнь большему числу новорожденных, улучшить их физическое и психическое здоровье. Возможно, социальные и демографические последствия таких мер не так очевидны, как результаты изменения репродуктивных установок населения во что бы то ни стало, но такой подход к решению проблемы более гуманен. Он соответствует принципам наиболее полного удовлетворения всех потребностей человека (в том числе и потребности в самосохранении, в воспроизводстве здорового потомства). А в этой области даже самые высокие цели не оправдывают такие средства, как количественный рост рождаемости в ущерб важнейшей качественной характеристике населения — его состоянию здоровья.

— Таким образом, вы хотите сказать, что супру-

ги должны планировать не только общее число детей, которое им хотелось бы иметь в своей семье, но и время их появления (в том числе и последнего ребенка), интервалы между родами. Наверное, именно это и обозначается термином «планирование семьи»?

Вы правы. И теперь мы поговорим о планировании семьи.

2.4. ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ — ЗАДАЧА ЛИЧНАЯ И ОБЩЕСТВЕННАЯ

Мы уже выяснили, что важнейшим социально-гигиеническим фактором рождаемости является здоровье женщин, и прежде всего их «репродуктивное» здоровье. С этой точки зрения следует особое внимание уделить мерам ограничения величины семьи (синонимы — меры (методы) регулирования деторождения, планирования семьи, контроля над рождаемостью).

История человечества знает разнообразные методы регулирования деторождения, использовавшиеся населением различных стран на определенных ступенях развития. Потребность в них возникает одновременно с возникновением необходимости в ограничении деторождения. К древнейшим методам регулирования деторождения относятся: периодические воздержания, объявленные католической церковью единственно возможным «естественным» методом; повышение возраста вступления в брак, *coitus interruptus* (метод прерванного полового сношения) и др. С древних времен известны также различные абортивные и контрацептивные (противозачаточные) средства.

Контроль над рождаемостью в течение многих веков оставался частным делом каждой супружеской пары. Только в конце XIX — начале XX в. распространение противозачаточных средств, их изучение и пропаганда в некоторых странах стали приобретать организованный характер. В 1882 г. в Амстердаме была открыта первая в мире бесплатная клиника для бедных женщин, в которой можно было получить советы по предупреждению беременности. Идеи планирования семьи в начале века получили широкое распространение в США, где в 1916 г. Маргарет Сэнджер открыла клинику по предупреждению беременности. Интерес к проблемам контроля над рождаемостью во многом объяснялся существовавшими в то

время строгими запретами на искусственный аборт во всех странах. Так, в России в 1911 г. известный врач Л. Л. Окинчиц выступил на IV съезде врачей с докладом, в котором указал, что контрацепция — единственный метод борьбы с абортами. Это было первое публичное выступление такого рода в России. В 1923 г. была создана Всероссийская комиссия по изучению противозачаточных средств, а в 1925 г. — Центральная комиссия по борьбе с абортами и изучению противозачаточных средств²⁸.

Но только в последние 25—30 лет контроль над рождаемостью стал приобретать широкое признание во многих странах мира. Это выразилось в национальных программах планирования семьи, а также в программе Всемирной организации здравоохранения по исследованиям в области воспроизводства населения, принятой в середине 60-х годов. Основным направлением этой программы являются исследования, касающиеся ограничения деторождения, а ее цель — обеспечение населения всех стран широким спектром безопасных, эффективных и недорогих средств контрацепции. Уже в 70-х годах в этой программе принимали участие 64 страны, 39 из которых — развивающиеся, а к 1981 г. — 80 стран, в том числе 54 развивающиеся. По определению Всемирной организации здравоохранения, планирование семьи представляет собой «действия, которые помогают отдельным лицам или супружеским парам достигать определенных целей: избегать нежелательных деторождений, добиваться рождения желаемых детей, регулировать интервалы между беременностями и время появления детей в зависимости от возраста родителей и определять число детей в семье».

— *Широкое распространение программ планирования семьи за рубежом, по-видимому, обусловлено тем, что быстрый рост населения здесь рассматривается как явление нежелательное, ведущее к нарушению «внутреннего равновесия» (особенно в развивающихся странах) и угрожающее международной стабильности?*

Да, это действительно так. Мы уже говорили о демографическом детерминизме, из которого исходят приверженцы концепции нулевого прироста населения. По их мнению, экономическое развитие без снижения темпов прироста населения невозможно. Та-

ким образом, признается демографический путь решения всех социально-экономических проблем.

Странам, признавшим необходимость ограничения роста населения, оказывается материальная и научно-техническая помощь различными международными организациями, в том числе и ООН, отдельными странами и даже просто добровольцами.

Программы планирования семьи в течение длительного времени финансируются и поддерживаются Международным банком реконструкции и развития, Международной федерацией по планированию семьи, Фондом ООН для финансирования деятельности в области народонаселения, Советом по народонаселению, а также специально созданными еще в 50-х годах неправительственными организациями — Фондом Рокфеллера и Фондом Форда, выделяющими средства на научно-исследовательскую и практическую деятельность по контролю рождаемости.

Страны, провозгласившие курс на снижение рождаемости и естественного прироста, включают программы планирования семьи в национальные планы экономического развития.

Следует отметить, что раньше термин «планирование семьи» отождествлялся только с мерами контроля рождаемости и лишь в последние 20—25 лет он приобрел оттенок здравоохранительный и социальный в связи с введением в него категории «желаемые (или желанные) дети». Это изменение в документах ВОЗ трактуется прежде всего как единство медицинских, демографических и социальных аспектов, решаемых в рамках программ планирования семьи. К медицинским аспектам относятся: санитарно-просветительная работа по вопросам семьи, брака, контрацепции; медицинское обслуживание женщин (включая подбор противозачаточных средств, медико-генетическое консультирование с целью предупреждения наследственных и генетически обусловленных заболеваний, лечение бесплодия, проведение обследований с целью выявления злокачественных новообразований и т. д.); обеспечение населения широким спектром новейших эффективных контрацептивов.

Таким образом, медицинские аспекты планирования семьи включают заботу о здоровье женщин-матерей, о здоровье плода, грудных детей и детей дошкольного возраста, что, по мнению экспертов ВОЗ,

означает заботу об укреплении здоровья семьи и общества в целом.

Демографический аспект деятельности в рамках программ планирования семьи «имеет целью обеспечить соответствие численности населения имеющимся ресурсам, необходимым для поддержания и улучшения качества жизни».

К третьему аспекту программ планирования семьи эксперты ВОЗ относят заботу о правах человека. При этом имеется в виду право на воспитание «в атмосфере любви и моральной и материальной обеспеченности». По мнению профессора истории моральной теологии доктора философии Ф. К. Мерфи, последний тезис означает, что любой ребенок имеет право на уход, жилье, медицинское обслуживание, отдых, образование, развитие своих способностей, защиту от эксплуатации и жестокости.

— *Следовательно, родители, которые не в состоянии обеспечить ребенку реализацию всех этих прав, не должны иметь детей, а правительство может проводить соответствующую политику ограничения рождаемости некоторых слоев населения? Не приведет ли это к дискриминации?*

Такие опасения небезосновательны, а подобная интерпретация целей программ планирования семьи вызывает целый ряд возражений. Если медицинские цели могут лишь приветствоваться и поддерживаться, то цели демографические, на наш взгляд, имеют вполне определенную политическую и классовую направленность и вытекают из методологического принципа демографического детерминизма, т. е. признания за изменениями в народонаселении определяющей роли в развитии общества (именно в этом случае «улучшение качества жизни» может рассматриваться как результат достижения определенного уровня воспроизводства населения). Таким образом, все экономические и социальные беды развивающихся стран, а также низкий уровень жизни, высокая заболеваемость и смертность некоторых слоев населения в развитых странах оказываются следствием высокой рождаемости и потому требуют немедленного разрешения с помощью программ планирования семьи.

Еще больше возражений вызывают те аспекты программ, которые, по мнению Ф. К. Мерфи, направлены на охрану прав человека. Ясно, что они тесно

связаны с тем же принципом демографического детерминизма и являются производными от него. Декларируя охрану прав ребенка на жилье, уход, медицинское обслуживание и т. д., они лишают его прежде всего права на жизнь, если ее «качество» будет недостаточно высоким, не гарантируя, однако, защиты от эксплуатации и жестокости уже рожденным детям.

— Такая «защита» прав человека может только дискредитировать идею в глазах широких слоев населения. Кроме того, она противоречит самому определению понятия «планирование семьи», так как автоматически отменяет право родителей добиваться рождения желаемых детей и самостоятельно определять число детей в семье, может служить дополнительным источником угнетения для непривилегированных семей.

Безусловно. В конечном итоге все аспекты программ планирования семьи, особенно для развивающихся стран, носят антинатуралистический характер, т. е. направлены на снижение рождаемости и естественного прироста путем широкого распространения современной контрацепции и контрацептивной стерилизации, санитарного просвещения населения по названным вопросам. В связи с этим большинство публикаций ВОЗ, ЮНЕСКО и ООН по вопросам планирования семьи освещают медицинские (распространенность абортов, контрацепции, контрацептивной стерилизации) или фармакологические (разработка новых контрацептивных средств, изучение их влияния на организм матери или отца, если контрацептив предназначен для мужчин, и будущего потомства) аспекты проблемы.

Очень небольшая часть публикаций посвящена собственно социальным вопросам.

Иногда в рамках национальных программ планирования семьи предусматриваются подпрограммы по охране материнства и детства. Так, например, в Сомали Всемирная организация здравоохранения, Фонд ООН для деятельности в области народонаселения и правительство осуществляют совместный Проект по охране матерей, детей и семьи. Помимо научных исследований он включает мероприятия по патронажу и вакцинации новорожденных, предоставлению дополнительного питания в рамках Всемирной продо-

вольственной программы, санитарно-просветительной работе с женщинами.

Попытки навязать развивающимся странам определенный тип демографического поведения, переориентировать население этих стран на семью с меньшим числом детей вытекают не столько из нужд стран третьего мира, сколько из интересов развитых стран. По мнению А. П. Судоплатова, такие попытки делаются, «чтобы ограничить неизбежное в условиях сложившейся демографической ситуации перераспределение ресурсов в системе мирового капиталистического хозяйства»²⁹. Давая неблагоприятную оценку такому направлению экономического и демографического сотрудничества, автор, однако, отмечает, что в настоящее время более 70 развивающихся стран, в которых проживает свыше половины населения мира, проводят мероприятия по регулированию рождаемости; 113 государств одобрили Всемирный план действий ООН в области народонаселения и провозгласили демографическую политику важной частью социально-экономической политики, а право на ее проведение — суверенным правом каждого государства, не допускающим вмешательства извне. Поддерживая на словах Всемирный план действий в области народонаселения, довольно часто некоторые государства пытаются ограничить сферу его деятельности только контролем рождаемости, игнорируют основной принцип плана — невмешательство в дела других государств. Но и это не является причиной, по которой программы планирования семьи, проводимые сейчас в рамках названного плана, должны отвергаться.

В советской демографической литературе подвергается заслуженной критике точка зрения на планирование семьи как основу изменения характера воспроизводства и в связи с этим — повышения уровня жизни населения. Советские демографы показывают необходимость социально-экономических преобразований в обществе, изменения образа жизни и образа мыслей людей как основу изменения демографического (в частности, репродуктивного) поведения населения.

Сам термин «планирование семьи» отечественными специалистами применяется нечасто. По мнению В. А. Борисова, это и нежелательно, так как этот термин является аппрейзором, т. е. имеет оценочную

окраску, и иногда используется для пропаганды внутрисемейного ограничения рождаемости до уровня малодетности³⁰. Однако, на наш взгляд, он может означать и многодетность, но многодетность планируемую — рождение детей в определенное время, с определенными интергенетическими интервалами, а не «когда бог пошлет». Неправильная трактовка целей программ планирования семьи за рубежом не означает, что советская демография должна отказаться даже от употребления такого термина.

В защиту названных программ необходимо сказать следующее. Их безусловная заслуга заключается в привлечении внимания к бедственному положению матери и ребенка в некоторых странах; в организации медицинской помощи им с привлечением средств международных неправительственных организаций, учреждений ООН; в расширении свободы принятия решений о размере своей семьи, о времени рождения детей. Что же касается неомальтузианской окраски некоторых высказываний сторонников программ планирования семьи (например, приведенное нами высказывание Ф. К. Мерфи), то факты показывают, что они в основном не находят реализации в соответствующих юридических и экономических мерах. Исключений, к счастью, немного.

Примером жесткой регламентации государством репродуктивного поведения населения может служить Китай, где с середины 50-х годов проводилась политика по снижению рождаемости. Меры этой политики в 70-х годах значительно усилились; был установлен законодательно более высокий возраст вступления в брак: для женщин — 25 лет, для мужчин — 28 лет; ужесточена система распределения продовольствия для семей с тремя и более детьми; поощрялось рождение в семье только одного ребенка, удлинение интергенетических интервалов. Однако в Китае демографическая политика носила тотальный характер: она была направлена на все население, а не на отдельные его слои или группы; идея ее проведения не была привнесена извне, как это происходит в развивающихся странах.

— Создается впечатление, что в отечественной научной литературе уделяется особое внимание лишь критике отрицательных аспектов программ планирования семьи за рубежом. Но, по-видимому, необходи-

мо проанализировать и позитивные моменты. Ведь не случайно на Всемирной конференции ООН по народонаселению в 1974 г. 113 стран-участниц приняли Всемирный план действий ООН в области народонаселения, а он предусматривает значительные ассигнования на программы планирования семьи.

С этим трудно не согласиться. Примером такого позитивного опыта проведения программ планирования семьи может служить Венгрия. Здесь ставят знак равенства между терминами «планирование семьи», «здоровье семьи», «охрана женщин», однако последний распространен больше.

К кругу проблем, решаемых программами охраны женщин, относятся: наблюдение женщины до зачатия, включая детскую гинекологию и генетическое консультирование; эндокринологическая и онкологическая профилактика; охрана здоровья не только матери, но и отца будущего ребенка.

Эта комплексная задача решается в трех взаимосвязанных плоскостях:

1. Санитарное просвещение, включающее не только добрачное консультирование по вопросам бесплодия и контрацепции, сексологии и генетики, юриспруденции и экономики семьи, но и гигиеническое и половое воспитание школьников; курсы лекций на соответствующие темы для родителей; специальные занятия со средними медицинскими работниками и студентами-медиками по вопросам контрацепции и сексологии; занятия с врачами-специалистами и участковыми врачами (на базе Института усовершенствования врачей) по вопросам планирования семьи; создание специальных фильмов; издание научно-популярных брошюр и специальных (рассчитанных на врачей) материалов по вопросам контрацепции.

2. Профилактическая работа, включающая подбор контрацептивов, диспансеризацию беременных, лечение возникших в детстве заболеваний, ежегодный 100%-ный осмотр девочек в начале менструального цикла, что способствует раннему выявлению гинекологической патологии, а значит — успешному ее лечению и профилактике вторичного бесплодия. Большое внимание уделяется профилактическому онкологическому обследованию, генетическому консультированию лиц, относящихся к группам риска по возникновению наследственных и генетически обусловленных

заболеваний (беременные старше 35—38 лет; супружеские родственники; семьи с психически неполноценными членами или имеющими физические недостатки и др.).

3. Лечебная работа, которая распространяется на выявленные в результате профилактических осмотров контингенты гинекологических больных всех возрастов, беременных и просто нуждающихся в каком-либо виде лечения; лечение бесплодных пар; психологическая коррекция отношений между супругами в неблагополучных семьях.

В структуре сети консультаций по охране женщин предусмотрены хирургические кабинеты для диагностических и лечебных целей, высококвалифицированного производства абортотомии и введения внутриматочных контрацептивов. В рамках службы охраны женщин проводится большая научная и исследовательская работа.

Интересно отметить, что, по данным I. Batar, только в г. Дебрецене с населением 200 тыс. человек за 10 лет было введено 20 тыс. внутриматочных спиралей, а в течение года в специальные городские консультации обращаются по вопросу подбора контрацептивов 14—15 тыс. женщин.

— Очевидно, такие программы охраны женщин, включающие и традиционные для программ планирования семьи вопросы контрацепции, весьма прогрессивны и действенны. Четкая организация работы в рамках этих программ вполне подходит и для внедрения в нашей стране.

Говоря о планировании семьи, мы имеем в виду не только меры контроля рождаемости и охрану здоровья матери и ребенка, но и необходимость проведения эффективной демографической политики, включающей мероприятия по изменению репродуктивных установок населения и улучшению условий их реализации. Меры контроля рождаемости лишь средство реализации определенных репродуктивных установок. Тем не менее весьма опасным, на наш взгляд, является не только переоценка роли этих мер в динамике рождаемости, но и недооценка их влияния на уровень вторичного бесплодия, состояние здоровья женщин и их потомства, а через них на численность и структуру населения.

Переоценка влияния этих проблем ведет к упрощенному взгляду на планирование семьи и связанный

с ним уровень рождаемости как на сумму эффектов от применения мер контроля рождаемости. Такая точка зрения бытует в большинстве развивающихся стран.

Недооценка же заставляет отказаться от значительного резерва повышения рождаемости без изменения репродуктивных установок населения, скрытого в улучшении состояния здоровья женщины детородного возраста. Так, мы уже отмечали, что примерно половина бесплодных женщин страдает вторичным бесплодием, которое возникает в результате гинекологической заболеваемости и абортот. Снизив частоту абортот, можно получить дополнительные рождения у женщин, чьи репродуктивные установки на большее число детей были не полностью реализованы в связи с плохим состоянием здоровья. Это повысит также выживаемость детей, скажется на уровне мертворождаемости, выкидышей. Искусственные аборты преобладают сегодня в структуре мер регулирования рождаемости. Изменить такое положение можно только с помощью широкого распространения современных контрацептивных средств.

К настоящему времени разработан большой ассортимент таких средств. С течением времени они совершенствуются и усложняются, охват ими женщин репродуктивного возраста в мире увеличивается, а число побочных негативных последствий их применения снижается. Достаточно сказать, что еще в 1978 г. на мировой рынок поступило 68 различных гормональных пероральных (в виде таблеток для приема внутрь) препаратов под 228 торговыми наименованиями. Сейчас ими пользуются свыше 60 млн женщин мира. Только в США на разработку гормональных контрацептивов первоначально было израсходовано около 50 млн долл. В Австралии в конце 70-х годов около $\frac{1}{3}$ женщин репродуктивного возраста пользовались такими средствами, сейчас в этой стране имеется в продаже 48 различных гормональных препаратов с минимальными противопоказаниями³¹.

Современными внутриматочными средствами (ВМС) в начале 80-х годов пользовалось около 100 млн женщин мира³².

— Это очень интересно. Однако хотелось бы узнать, как обстоит дело с современными противоза-

чаточными средствами в нашей стране. По-моему, в СССР они относятся к разряду дефицитных товаров, а многие женщины просто не слышали о них.

Несмотря на значительное число новейших высокоэффективных средств, имеющих небольшое число противопоказаний, население нашей страны использует в основном недостаточно эффективные, устаревшие, неудобные в применении средства, прибегает к контрацептивным методам, многие из которых неэффективны, а зачастую и вредны для здоровья, или же прерывает нежелательную беременность искусственными абортами. Мы поставили перед собой цель выяснить причины этого явления. Первоначально была выдвинута гипотеза о плохом снабжении аптечной сети контрацептивными средствами и недостаточном их ассортименте. Для ее проверки необходимо было рассчитать показатели, характеризующие обеспеченность населения названными средствами, что в свою очередь требует знания потребности в противозачаточных средствах.

Оказалось, что, несмотря на большое число методических рекомендаций и инструкций по определению потребности в медикаментах и изделиях медицинского назначения, до недавнего времени не существовало методики расчета потребности в противозачаточных средствах, хотя ясно, что она не может определяться аналогично потребности в других изделиях медицинского назначения.

Проведенный в 1981 г. опрос специалистов показал, что заявки-заказы территориальных аптечных управлений на противозачаточные средства чаще всего составлялись только на основе данных о реализации средств за предыдущий год. Однако в условиях недостаточной обеспеченности контрацептивами реализация никак не отражала спрос и потребности населения. Анализ фондов противозачаточных средств, выделявшихся в 1980—1982 гг. Главным аптечным управлением для продажи через аптечную сеть различных краев, областей и автономных республик РСФСР, показал их несоответствие заявкам территориальных аптечных управлений. Неритмичность поставок иногда приводила к скоплению средств на складах к концу года, что искажало картину спроса населения (если он определялся только по объему реализации, как это имело место в нашем случае) и

приводило к неправильному определению потребности в них на следующий год.

В современных условиях, когда контроль над рождаемостью стал повсеместным, а в структуре применяемых для этой цели методов и средств по-прежнему преобладают малоэффективные или устаревшие МСК, а также аборты, возникла настоятельная необходимость в научно обоснованном определении потребности в средствах контрацепции, что поможет достичь необходимого уровня обеспеченности ими и будет представлять собой одно из направлений профилактики искусственных абортов*.

— *Каковы же были результаты ваших расчетов?*

Потребность в контрацептивах может быть определена только приблизительно в связи с некоторой вариабельностью части показателей, положенных в основу ее расчета. Следует отметить, что определение потребности в любых медицинских препаратах не может быть абсолютно точным, что не исключает его важности и необходимости.

При расчете потребности мы исходили из того, что все женщины репродуктивного возраста, за исключением бесплодных, нуждаются в контрацепции. Однако для части из них возможность зачатия в данный момент исключена в связи с беременностью, недавними родами или абортом. Частота бесплодия в целом по стране хорошо известна. Возможно, она имеет региональные особенности, которые могут быть учтены в расчетах для каждого региона. Этот показатель будет несколько завышать численность нуждающихся в контрацептивных средствах, поскольку частота бесплодия определяется по обращаемости женщин в медицинское учреждение в связи с жела-

* Концептуальная и математическая модели определения потребности в названных средствах разработаны автором данной книги. На основании этих моделей написаны методические рекомендации, получившие практическое применение в системе Министерства здравоохранения РСФСР (см.: Шнейдерман Н. А., Попов А. А., Трутко Н. С. Определение потребностей в противозачаточных средствах. Методические рекомендации. М., 1983). Автор благодарен [Н. С. Трутко] за описание клинических аспектов применения современных контрацептивов и А. А. Попову за использованную в модели структуру применения противозачаточных средств и участие в анализе материалов Главного аптечного управления.

нием забеременеть. Истинная частота бесплодия может быть несколько выше, а соответственно этому — несколько ниже численность нуждающихся в контрацепции. Однако в данном случае лучше избыток средств, чем их недостаток. Численность родивших и производивших аборт женщин может быть получена из ведомственной статистики за предыдущий год. Демографические процессы обладают большой инерционностью, поэтому ошибка будет незначительной. Длительность периода, в течение которого беременные, родившие и прервавшие беременность абортom женщины не нуждаются в контрацепции, вводится в формулу с помощью коэффициентов. Коэффициенты получены исходя из следующих предпосылок:

— лактация (кормление грудью) не гарантирует стерильности. По данным Всемирной организации здравоохранения, овуляция даже при успешной лактации задерживается только до 10-й недели после родов у большинства женщин. Это вполне соответствует данным советских ученых, предлагающих в связи с этим использовать контрацепцию с 8—10-й недели после родов. В математическую модель потребности в противозачаточных средствах заложен 10-недельный период стерильности после родов;

— рекомендуемая послеабортная сексуальная абстиненция (полное воздержание) — 1 месяц со дня его производства;

— в конце и начале каждого месячного цикла фертильности имеются стерильные дни, т. е. дни, когда зачатие невозможно. В среднем на женщину в течение года приходится таких 143,4 дня (если исходить из средней продолжительности цикла в 28 дней). Это также учтено в разработанной модели.

Для упрощения расчетов предполагалось, что роды и беременности распределяются в течение года равномерно. Строго говоря, это не так, но, поскольку определяется годовая потребность в средствах контрацепции, это не имеет значения.

Как показывают данные выборочных исследований, структура применения средств контрацепции не одинакова в различных регионах страны, хотя и очень похожа по месту в ней тех или иных средств. Более того, происходит ее изменение во времени и по регионам в связи с изменениями в информированности населения о методах и средствах контрацепции, их

эффективности, противопоказаниях к применению; с улучшением снабжения этими средствами; с изменением отношения населения к различным средствам и т. д.

В идеальном случае для расчета потребности в противозачаточных средствах следует использовать структуру применения контрацепции населением данного региона. Однако это чаще всего невозможно, так как такие данные могут быть получены только при выборочном исследовании. Поэтому мы предлагаем использовать данные для близлежащих регионов со сходными демографическими характеристиками населения или же структуру контрацептивов, полученную для крупных городов страны, которая может рассматриваться как перспективная. Действительно, крупные города страны снабжаются контрацептивами лучше, а санитарная культура населения в них выше, чем в других регионах. Поэтому сформировавшаяся здесь структура применения методов и средств контрацепции в большей степени зависит от предпочтений населения и в меньшей — от неожиданностей снабжения контрацептивами. Следовательно, и в других территориальных единицах страны с ростом санитарной культуры и обеспеченности противозачаточными средствами эта структура будет приближаться к таковой в городах-лидерах. В дальнейшем может быть сформирована оптимальная с точки зрения безвредности, эффективности, минимального числа противопоказаний и приемлемости для большинства пар структура, для которой и следует проводить расчеты потребности в контрацептивах на длительную перспективу.

Формулы для расчета потребности и обеспеченности противозачаточными средствами здесь не приводятся. Интересующихся можно отослать к методическим рекомендациям. Приведем только некоторые результаты расчетов по разработанной модели.

Расчеты показали, что население отдельных регионов РСФСР помимо недостаточной обеспеченности контрацептивами вообще поставлено в очень неоднородные условия в отношении выбора их отдельных видов.

Обеспеченность всеми видами контрацептивных средств, кроме устаревших колпачков КР, намного ниже потребности в них. Обеспеченность презервати-

вами, которыми пользуется значительная часть населения, достигла на год исследования по республике всего лишь 18%. Потребность в самых эффективных и современных средствах — внутриматочных спиралях (ВМС) и гормональных — обеспечивалась соответственно на 54% и 19% при значительной региональной дифференциации. Повсеместно наиболее высока обеспеченность устаревшими, малоэффективными колпачками КР, составляющая по РСФСР свыше 159% от потребности в них.

Удовлетворение заявок территориальных аптечных управлений колебалось в значительных пределах. Чаще всего аптечные управления получали лишь часть названных средств, причем это относится ко всем контрацептивам, кроме все тех же колпачков КР (по ним заявки удовлетворялись в размерах, превышающих 100%). По-видимому, это связано с налаженностью их выпуска отечественными предприятиями. В то же время реализация этих средств была самой низкой, а остатки на складах на начало следующего года — самыми значительными, что отражает снижение спроса на колпачки. Срок их годности — 1 год со дня выпуска. Со всех точек зрения: эффективности, удобства в применении, эстетичности, экономии средств — целесообразнее снизить их выпуск.

Несмотря на неполное удовлетворение заявок на ВМС, реализуется только некоторая их часть, что в значительной мере связано с нарушением структуры поставок по номерам. Выпускается несколько номеров ВМС, подбор которых осуществляется в соответствии с акушерским анамнезом женщин, некоторыми анатомическими особенностями. Различные номера ВМС не обладают взаимозаменяемостью, а неправильный их подбор ведет к контрацептивным неудачам (нежелательным беременностям).

Резюмируя изложенное, охарактеризуем положение с контрацептивными средствами, сложившееся в РСФСР в начале 80-х годов: заявки-заказы территориальных аптечных управлений на все виды контрацептивов, кроме колпачков КР, превышали их реализацию; выделенные Главным аптечным управлением фонды средств были значительно меньше затребованных в заявках-заказах; реализовалась только часть фондов; в то же время имелись жалобы населения на дефицитность противозачаточных средств.

Значительная часть населения вообще не пользуется контрацептивами или же пользуется ими эпизодически, прибегая в основном к устаревшим и малоэффективным методам и средствам, приводящим к нежелательным беременностям. А как мы уже неоднократно отмечали, чем больше женщины используют малоэффективные средства контрацепции, тем выше частота искусственных абортов.

В связи с этим для снижения частоты абортов необходимо не просто увеличить выпуск контрацептивов, но прежде всего сформировать наиболее оптимальную структуру их использования, наладить выпуск или закупку эффективных и снизить выпуск малоэффективных средств; обязать участковых акушеров-гинекологов информировать всех без исключения женщин о наличии, действенности и противопоказаниях к использованию тех или иных средств и методов контрацепции, об их предпочтительности искусственному прерыванию беременности.

Только совокупность перечисленных мероприятий приведет к желаемому результату — снижению частоты искусственных абортов, улучшению состояния здоровья женщин репродуктивного возраста (в том числе снижению уровня вторичного бесплодия), улучшению состояния здоровья потомства. Таков социальный эффект изменения структуры мер регулирования рождаемости в пользу современных противозачаточных средств.

— *Наверное, можно оценить и экономический эффект оптимизации структуры мер контроля над рождаемостью, снижения частоты абортов. Ведь эта операция обходится государству недешево.*

Конечно, и такие попытки неоднократно делались экономистами, демографами, медиками. Однако в связи с различными методиками расчета, изменением стоимости одного посещения женской консультации, разными статьями расходов, включавшихся в тот или иной расчет, потери от одного аборта оценивались неоднозначно — от 35 до 93 руб.³³ Безусловно, более близка к истине все-таки вторая цифра. Авторы первого расчета исходили из того, что национальный доход производится в сфере материального производства. Поэтому в их расчет вошли только потери от абортов у женщин, занятых в данной сфере. Это значительно занизило полученную цифру.

В настоящее время уже ни у кого не вызывает сомнения тот факт, что труд работников непродовственных отраслей является также общественно необходимым и содействует повышению эффективности общественного производства. Поэтому при расчете потерь от абортов каждая занятая в народном хозяйстве женщина должна рассматриваться как работник, содействующий созданию определенной части национального дохода.

Сегодня эти потери в расчете на одну операцию превышают и вторую цифру, поскольку стоимость одного посещения женской консультации по поводу желания произвести аборт или в связи с его осложнениями возросла с 87 коп. до 1 руб. 14 коп.; введено более дорогое обезболивание; совсем недавно всем женщинам стал выдаваться больничный лист сразу же после производства аборта, а не в случае возникновения осложнения, как практиковалось раньше. В связи с этим потери от искусственных абортов в масштабах всей страны близки к 1 млрд руб. в год.

Автором данной книги предложена методика определения социального и демографического эффекта от снижения частоты абортов³⁴. Расчеты по ней показали, что около 70% искусственных абортов в стране производится в связи с преобладанием в структуре применяемой контрацепции малоэффективных, устаревших средств, ведущих к значительному числу контрацептивных неудач.

Второй вариант расчета был сделан для перспективной структуры контрацепции. Как любой перспективный расчет, он не претендует на точное предвидение будущего, показывая возможное состояние изучаемой проблемы при условии реализации заложенных в его основу гипотез. Предполагалось, что в перспективе все женщины будут пользоваться средствами контрацепции, причем в структуре применения преобладающими станут высокоэффективные, имеющие минимальное число противопоказаний, безвредные и эстетичные контрацептивы. Это позволит снизить частоту абортов примерно на 69%, в результате чего уменьшится число вторично бесплодных семей. Если в семьях, избежавших вторичного бесплодия, появится хотя бы по одному ребенку, можно ожидать существенного роста рождаемости и естественного прироста населения. В этом заключается де-

мографический и социальный эффект от изменения структуры мер планирования семьи в пользу эффективных противозачаточных средств. Социальный эффект выразится также в снижении гинекологической заболеваемости. Известно, что в 30% случаев у женщин возникают гинекологические заболевания как следствие произведенного аборта. Даже в тех случаях, когда эти заболевания и не ведут к вторичному бесплодию, они вынуждают женщин откладывать рождение ребенка на неопределенный срок. Часто эти рождения так и остаются нереализованными уже вследствие других причин как социального характера (например, распада брака), так и биологического (снижение естественной плодовитости в связи с возрастом и т. п.).

Как уже говорилось, искусственные аборты отрицательно сказываются на здоровье потомства, на исходах родов: они могут послужить причиной выкидышей, внутриутробной смерти плода или серьезных нарушений психики новорожденного; способствовать росту перинатальной смертности, частоты рождения недоношенных детей.

Дать количественную оценку увеличения частоты благополучных исходов родов как для матери, так и для плода в результате снижения частоты искусственных абортов не представляется возможным. Тем не менее социальная значимость этих явлений не вызывает сомнений. Она выразится в повышении экономичности процесса воспроизводства населения, в его интенсификации, некотором повышении рождаемости даже без изменения репродуктивных установок населения. Это, не решая полностью проблему расширенного воспроизводства, позволит смягчить ее остроту, отдалить время проявления ее негативных последствий.

2.5. БЕСПЛОДИЕ. «РЕБЕНОК ИЗ ПРОБИРКИ»: ЗА И ПРОТИВ

Передо мной два письма. Оба от молодых женщин. В одном — возмущение малодетными семьями: «Трое — это семья «понарошку». Как это просто — один ребенок!» В другом — боль от того, что так непросто родить даже этого, единственного ребенка: «Я замужем уже 7 лет. Мне 27, мужу 30 лет. Мы

очень хотим ребенка. Но врачи сказали, что я бесплодна (непроходимость труб). Я долго лечилась, результата никакого. Муж, конечно, успокаивает меня, что можно прожить и без детей. А я вижу, как он смотрит на чужих ребятшек, вижу, что его очень угнетает перспектива навсегда остаться без детей. Несколько лет назад в газете «Неделя» была опубликована статья о бесплодии и его лечении. Там рассказывалось об искусственном зачатии. Я знаю, что это очень сложная и малоразработанная операция, но готова на все. Пожалуйста, помогите мне! В случае неудачи никаких претензий предъявлять не буду. Это для меня последний шанс. Помогите!» Думаю, это письмо в комментариях не нуждается.

Бесплодие на сегодняшний день — одна из самых «наболевших» проблем здравоохранения. По оценке специалистов, как мы уже упоминали, в среднем по стране имеется 10—15% бесплодных браков, т. е. каждая 7—10-я супружеская пара хотела бы, но не может иметь детей. Если учесть, что не все супруги в такой драматической ситуации попадают в поле зрения медицины, а многие бесплодные индивиды оказываются вне брака (иногда, по-видимому, и в результате знания о своем бесплодии), то можно с уверенностью сказать, что истинная частота бесплодия еще выше. Эксперты Всемирной организации здравоохранения считают, что 15%-ный уровень бесплодных браков следует считать серьезной проблемой здравоохранения. (Здесь, конечно, имеется в виду уровень бесплодия в популяции, так как в отдельных возрастных группах доля бесплодных неодинакова.)

Данные выборочных исследований, проводившихся у нас в стране и за рубежом, позволяют охарактеризовать региональные особенности бесплодия, установить доли первичного и вторичного (приобретенного) бесплодия, соотношение мужского и женского бесплодия. Однако чисто медицинские аспекты этой проблемы мы в данной работе рассматривать не будем*.

Хочется только отметить, что прежние взгляды на бесплодие как исключительно женскую проблему давно преодолены. Более того, сейчас считается невер-

* Интересующимся ими можно порекомендовать работы А. А. Лебедева и К. Б. Акунца (1970, 1971), А. Г. Станкова (1973), Н. Николова и Б. Папазова (1971).

ным и его деление на мужское и женское. Вопрос гораздо сложнее. По современным представлениям, причиной бесплодного брака может быть³⁵:

- а) только организм мужчины;
- б) только организм женщины;
- в) организм женщины и мужчины;
- г) пониженная способность обоих к оплодотворению;
- д) труднообъяснимые случаи, когда внешних препятствий к оплодотворению нет, однако брак остается бесплодным.

Независимо от локализации причины бесплодия его наличие — чаще всего проблема не только и не столько медицинская, сколько социальная. Трудно дать точную количественную оценку частоты возникновения супружеских конфликтов и психологической напряженности в семье в связи с бесплодием. Установлено, например, что на бездетные пары приходится почти половина разводов.

Научно-технический прогресс, создавая возможности для лечения бесплодия, сам же и порождает новые его причины. Так, по некоторым данным, частота психогенного бесплодия составляет примерно 20% всего женского бесплодия³⁶. Широкая распространенность искусственных абортов как метода планирования семьи ведет к росту вторичного бесплодия. Как уже отмечалось, более чем на 55% вторичное бесплодие определяется осложнениями после искусственных абортов. И если в среднем уровень бесплодия остается примерно таким же, как и 20—30 лет назад, то его структура — доля в нем первичного и вторичного, соматического и психогенного, безусловно, меняется в сторону увеличения вторичного и психогенного. Некоторые формы бесплодия сегодня лечатся, однако эффективность лечения остается довольно низкой. Как отмечал профессор М. С. Бедный, частота осложнений у беременных и рожениц после длительного лечения бесплодия выше аналогичных показателей для всех женщин примерно в 3 раза. Если же в понятие эффективности лечения бесплодия включить такой критерий, как частота рождения здорового и жизнеспособного ребенка, то эта эффективность составит всего 10—15%. Именно поэтому нельзя считать проблему бесплодия решенной.

— Но ведь появились какие-то новые методы лечения бесплодия. Например, искусственное оплодотворение, которое упоминается во втором письме. Многие из них известны давно, но на пути к их применению стояли трудности технического характера.

Сейчас технические трудности в основном преодолены, однако данная проблема, подобно снежному кому, «обрастает» нерешенными этическими, моральными, юридическими вопросами.

Еще в 1935 г. зарубежными учеными была доказана возможность созревания яйцеклетки кролика вне организма. Исходя из теоретической предпосылки, о такой возможности в отношении яйцеклетки человека велись исследования, которые в последние десятилетия увенчались несомненными успехами. Возникла и успешно развивается методика «оплодотворения в пробирке» (*in vitro fertilization*, или, сокращенно, IVF).

— Что представляет собой «оплодотворение в пробирке» и всегда ли оно применимо?

Эта методика включает в себя извлечение яйцеклетки из организма женщины, страдающей определенным видом бесплодия (например, непроходимостью маточных труб), оплодотворение ее вне организма, или, как говорят, в пробирке, с помощью специально подготовленной спермы; имплантацию полученного таким образом эмбриона в матку женщины.

Первые положительные результаты на практике были получены английскими учеными П. Стептоу и Р. Эдвардсом, которые в 1978 г. смогли получить деление человеческой оплодотворенной вне организма яйцеклетки, трансплантировать полученный таким образом эмбрион в матку женщины и добиться рождения в срок нормального ребенка, девочки Луиз Джой Браун.

Теперь Луиз Браун — первый, но уже не единственный ребенок, зачатый в пробирке. Родители девочки вторично и так же успешно прибегали к методу IVF. К настоящему времени этот метод применяется как один из путей лечения бесплодия в США, Индии, Австралии, некоторых других странах. В мире насчитывается около 10 тыс. детей, рожденных с помощью IVF. Но хотя, по данным зарубежных ученых, оплодотворение в пробирке дает довольно большой про-

цент успеха (70—80%), а около 90% полученных таким образом эмбрионов нормально имплантируются в культуре тканей, перенос их в матку женщины не всегда означает наступление беременности и рождение в дальнейшем ребенка. Связано это со сложностями методического характера: правильным определением момента изъятия яйцеклетки из организма женщины, подготовкой и хранением спермы, сложностью определения стадии развития эмбриона, благоприятной для его имплантации в организм.

Именно поэтому Стептоу и Эдвардс из 44 оплодотворенных яйцеклеток смогли имплантировать только 32. При этом у 4 женщин наступила беременность, двое из них родили детей, а у двух других произошел выкидыш на ранних сроках.

В целом эффективность метода IVF сегодня составляет лишь 3—10%³⁷. Кроме того, на пути его широкого внедрения в медицинскую практику стоит проблема показаний к применению. По мнению советских и зарубежных ученых, к таким показаниям относятся: трубное бесплодие, воспалительные заболевания органов малого таза, иммунологические формы бесплодия (когда организм женщины вырабатывает антитела к сперме мужа), другие случаи труднообъяснимого бесплодия.

Горизонты, которые открылись перед бесплодными семьями и акушерством в целом с практическим использованием IVF, омрачены целым рядом нерешенных проблем морально-этического и юридического характера. «Этическим минным полем» назвала советская пресса эти проблемы³⁸. По свидетельству К. Гробстейн³⁹, после рождения Луиз Браун исследования метода в США были приостановлены на 5 лет. Вопрос об «уместности различного рода исследований на человеческом зародыше или плоде» в течение года решался конгрессом, Национальной комиссией по экспериментам на человеке и Советом по этике при Министерстве здравоохранения, образования и благосостояния. В конечном счете было вынесено решение об этичности «оплодотворения в пробирке» и дано разрешение на продолжение работ, но только до стадии имплантации.

К. Гробстейн открывает перед читателями довольно страшные возможности дальнейшего применения метода. Это и генетические манипуляции с оплодо-

творенной яйцеклеткой для получения человеческого существа с заранее заданными свойствами, и даже «клонирование» человеческих существ (т. е. получение большого числа поколений наследственно однородных людей путем бесполого размножения); выращивание «в пробирке» отдельных органов и тканей (для других млекопитающих такая возможность уже доказана) и их последующая трансплантация в организм больного человека. По мнению данного автора, последнее тем более важно, что многие неудачи при пересадке органов связаны с реакцией отторжения чужеродной ткани, а для выращивания трансплантата «в пробирке» может быть взят генетический материал самого реципиента. Даже сам автор несколько напуган такими перспективами использования IVF и с облегчением констатирует, что при современном уровне развития техники это невозможно, а открытое общественное обсуждение «приведет к выработке установок, которые можно будет пересматривать по мере того, как возникают и видоизменяются проблемы». В то же время использование процедуры Стептоу — Эдвардса для эктогенеза (культивирование зародыша *in vitro* после стадии имплантации) позволит расширить знания о высшей нервной деятельности, раннем развитии человека, а в случае имплантации зародыша в организм «суррогатной» матери (т. е. не той женщины, у которой была взята яйцеклетка) даст возможность получить сведения о развитии потомства в генетически неродственном материнском организме.

— Известно, что в США имплантация оплодотворенной *in vitro* яйцеклетки в организм «суррогатной» матери используется достаточно широко в тех случаях, когда женщина не может в связи с какими-либо заболеваниями сама выносить и родить ребенка. Наши средства массовой информации высказывали негативное отношение к этому методу, описывали юридические казусы, связанные с его применением. Например, в передачах по телевидению говорилось о «суррогатной» матери, согласившейся за 10 тыс. долл. родить ребенка для бесплодной супружеской пары, а затем решившей воспитывать его в своей семье. Авторы передачи осуждали «суррогатное» материнство, семьи, «покупающие» себе детей. При этом сама «суррогатная» мать выступала в качестве невин-

ной жертвы «репродуктивного бизнеса». Советский ученый академик АМН СССР Левон Оганесович Бадалян назвал такой метод разновидностью биологической проституции, методом матери-несушки. Справедливы ли такие оценки?

Думается, такие оценки слишком суровы и односторонни. Вспомним времена, когда в печати велись широкие дискуссии о приемлемости пересадки органов и тканей. А скольким больным помогла пересадка кожи, костного мозга, сердца! Так стоит ли дискутировать о приемлемости метода, который поможет многим бесплодным семьям? Конечно, «суррогатное» материнство порождает гораздо больше проблем, чем другие методы искусственного оплодотворения. Однако в случае правового и морально-этического урегулирования всех вопросов, строгого контроля со стороны общества и этот метод, безусловно, может быть использован. Отказ от него сегодня вряд ли гуманен. Столь воинственные оценки метода со стороны видных ученых могут способствовать полнейшему запрещению использования любого вида искусственного оплодотворения, что, учитывая уровень бесплодия, нанесло бы значительный удар по большому числу семей и серьезный урон науке. Тут уместно также вспомнить историю развития генетики. Кстати, рассматриваемый вопрос, имеющий прямое отношение к генетике человека, так или иначе обсуждается в многочисленных трудах биологов, фармакологов, генетиков, теологов, социологов западных стран. Это и понятно: до сих пор живы евгенические теории улучшения человеческой природы с помощью селекции. В последние годы в неоевгенических теориях нашли отражение и достижения в области искусственного оплодотворения. Так, в рамках этих теорий широко обсуждаются проекты клонирования человека. И хотя со стороны ряда умеренных теологов они находят противников, так как противоречат библейскому завету «плодитесь и размножайтесь», другая часть теологов считает, что ни клонирование человека, ни искусственное оплодотворение спермой донора не являются аморальными, поскольку не разрушают устоев брака и семьи⁴⁰.

Все чаще в статьях современных ученых Запада мелькают такие термины, как «новая технология размножения», «избирательный аборт», «торговля ре-

продуктивным материалом», а дети рассматриваются как «продукция оплодотворения».

Все чаще на страницах научной литературы, газет и журналов обсуждаются вопросы этичности использования новых методов репродукции человека, проблемы защиты человека. С какого момента возникает человек как личность? Представители религии утверждают, что с момента оплодотворения яйцеклетки. Отсюда выводится необходимость защиты прав эмбриона (!) и запрета каких бы то ни было путей репродукции человека, помимо данного природой. С научной точки зрения это неправильно, считают ученые, ведь оплодотворение растянуто во времени и происходит в несколько стадий, ни одна из которых не является единственно необходимой для дальнейшего развития. Само же оплодотворение не изменяет природы яйцеклетки как одиночной человеческой клетки.

Жизнь — это не состояние, а деятельность, утверждает другой ученый. Она не может начаться до того, как разовьется функционирующий мозг и начнет координировать деятельность организма в целом. Именно поэтому можно утверждать, что «оплодотворение в пробирке» этично на сроке до 14 дней, а аборты не этичны даже до начала фетального * периода⁴¹.

Реакционным идеям искусственного оплодотворения спермой «генетически полноценных доноров», генетических манипуляций с зародышем в целях получения человеческого существа с более высоким интеллектом, введения принудительного контроля над рождаемостью для целых групп людей и даже для населения отдельных стран с целью «улучшения генофонда» уже более четверти века.

— Однако, обсуждая вопрос о приемлемости тех или иных научных достижений, на практике нельзя отвергать их только потому, что они могут быть использованы для неблагоприятных целей. Здесь, по-видимому, необходимо четко расставить акценты морально-этического и правового характера.

Конечно. Научные достижения сами по себе не могут быть ни прогрессивными, ни реакционными. Такими их делает воля человека. Использование, на-

* Фетальный (от лат. фетус — плод) период — с конца второго месяца внутриутробного развития зародыша до момента рождения.

пример, атомной энергии возможно в мирных целях, но также и в целях уничтожения всего живого. Академик Л. О. Бадалян, сурово осудивший искусственное оплодотворение и «суррогатное» материнство, с восхищением отзывается о гениной инженерии. Однако она наряду с широчайшими возможностями избавления человечества от наследственных заболеваний открывает и возможности для манипуляций в антигуманистических целях (например, искусственное получение человека-агрессора, человека-раба и т. д.). Следовательно, тут возникает проблема не что, а кем, как и с какой целью используется. Так, предложенные одним из сторонников неоевгенических теорий легализация абортов и широкое использование противозачаточных средств могут служить (и служат) не столько целям геноцида, но прежде всего гуманным идеям улучшения здоровья женщин и их потомства, а искусственное оплодотворение — благородной задаче оказания помощи бесплодным семьям.

— *Спешу с вами согласиться. Очень хотелось бы узнать и о других методах искусственного оплодотворения.*

К настоящему времени более разработаны методы искусственного оплодотворения (осеменения) спермой донора или спермой мужа. Применяются они более широко, чем метод IVF. В отечественной литературе их обозначают соответственно аббревиатурами ИОСД и ИОСМ. В связи с меньшим числом нерешенных проблем эти методы более перспективны, а история их применения более длительна. В нашей стране исследования в данном направлении велись профессором И. Ф. Жордания в Грузии, а с 1981 г. по разрешению Министерства здравоохранения СССР продолжают во Всесоюзном центре по охране здоровья матери и ребенка, в Харьковском медицинском институте, Ленинградском институте усовершенствования врачей.

— *В каких случаях применяют ИОСД?*

В отличие от IVF, который применяется в основном при лечении некоторых видов женского бесплодия, к методу искусственного осеменения спермой донора прибегают при не поддающемся лечению мужском бесплодии, в случае наследственных заболеваний мужа, которые могут отразиться на здоровье потомства, при несовместимости у мужа и жены по

резус-фактору (если в семье имеются предшествующие мертворождения и выкидыши), при импотенции мужа*, в некоторых других случаях.

Впервые метод ИОСД при соблюдении строжайшей тайны был применен в Соединенных Штатах Америки еще в 1890 г., однако длительное время использовался очень мало. К 1960 г. в США насчитывалось около 6--7 тыс. детей, рожденных в результате искусственного осеменения спермой донора, к настоящему времени их уже более 250 тыс.

Применение ИОСД вызвало возражения и споры во всем мире, хотя и не столь бурные, как «оплодотворение в пробирке». Действительно, ведь этот метод, так же как и IVF, позволяет сосредоточить в руках врачей элементы «генетического контроля», евгенического отбора. Высказывается мнение о том, что методы искусственного оплодотворения окончательно разрушат институт брака, который в настоящее время находится в состоянии кризиса. Недавно в ФРГ состоялся конгресс «Женщины против геной и репродукционной техники». Большинство его участников осудили любые методы искусственного оплодотворения, а также искусственные аборт под тем предлогом, что они вторгаются в интимные человеческие отношения, разрушая их и меняя естественную сферу ролей женщины.

В 1985—1986 гг. министры юстиции стран ЕЭС, подкомитет по науке палаты представителей конгресса США проводили специальные заседания для решения острейших вопросов, связанных с использованием ИОСД и IVF.

Использование искусственного оплодотворения спермой донора требует от медицинских работников не только правильного подбора супружеских пар, но в еще большей степени правильного подбора доноров. В результате достаточно длительного применения этого метода выработаны определенные принципы такого подбора⁴². И хотя вокруг них и сейчас ведутся довольно жаркие споры, в общем и целом они могут быть сформулированы так:

— донор должен быть молод, физически, психи-

* Некоторые зарубежные ученые считают, что в случае импотенции мужа применение ИОСД противопоказано в связи с трудностями психосоциальной адаптации мужа к факту рождения в его семье ребенка.

чески и генетически здоров, что должно подтверждаться медицинским обследованием;

— участие донора в ИОСД должно быть добровольным, при полной информированности о конечных целях донорства;

— общее число искусственных осеменений с использованием спермы одного донора не должно быть большим (по мнению некоторых ученых, не более шести);

— при подборе донора учитываются его фенотипические характеристики — рост, цвет волос, глаз и т. д., с тем чтобы они как можно больше напоминали соответствующие характеристики мужа.

Кроме того, во избежание юридических конфликтов донору не дают сведений о супружеской паре, которой он помог в лечении бесплодия, и, наоборот, супружеская пара не получает информации о доноре (кроме строго документированной справки о состоянии его здоровья).

Поскольку применение ИОСД способствует возникновению многочисленных юридических проблем, в некоторых странах предпринимаются попытки снять хотя бы часть из них законодательным путем. Так, в Болгарии в 1968 г. в семейный кодекс было внесено положение о том, что не допускается оспаривание отцовства, если мать оплодотворена искусственно с согласия супруга. В США уже 20 лет назад в штатах Нью-Йорк и Оклахома существовало законодательство, разрешающее применение ИОСД, затем подобное законодательство было принято еще в 7 штатах. В Италии закон запрещает искусственное оплодотворение. В тех странах, где оно применяется, но не оформлено законодательными актами, взаимоотношения сторон регламентируются соответствующими расписками, в которых супружеская пара и донор обязуются выполнять соответствующие условия по отношению к врачу, друг к другу, а также к будущему ребенку, а в случае неудачи ИОСД не предпринимать судебного преследования. Тем не менее и сейчас юристы не могут разрешить такие, например, вопросы: может ли ребенок, рожденный в результате применения искусственного осеменения спермой донора, наследовать собственность биологического отца (т. е. донора) или только «социального» (т. е. мужа женщины, родившей ребенка в результате ИОСД);

как ограничить притязания доноров на права отцовства.

— *Каким образом отбираются супружеские пары для применения ИОСД?*

При подборе супружеских пар, пригодных для лечения методом ИОСД, помимо медицинских показаний следует учитывать взаимоотношения в семье, обоюдное согласие супругов на проведение такого лечения, их физическое и психическое здоровье. По мнению некоторых советских и зарубежных ученых, применение ИОСД недопустимо у разведенных, незамужних и овдовевших женщин, у состоящих в фактическом браке и лиц моложе 21 года. В то же время в США этот метод занимает третье место по частоте использования у одиноких женщин, желающих иметь ребенка. Думается, что в отношении женщин, не состоящих на данный момент в браке, необходим дифференцированный подход с учетом некоторых социально-демографических и психологических, а не только медицинских характеристик. Если шансы на вступление в брак для женщины, обратившейся по поводу ИОСД, низки (в связи с возрастом, другими причинами), а состояние психического и физического здоровья позволяет надеяться на то, что будущему ребенку будут обеспечены хорошие условия ухода и развития, проведение ИОСД должно быть разрешено, несмотря на брачное состояние женщины.

Большинство авторов считают, что решать вопрос о разрешении применения ИОСД должна компетентная комиссия, включающая специалистов по медицинской генетике, акушерству и гинекологии, андрологии, психиатрии. Однако существует и противоположная точка зрения: только сами супруги могут решить, применять ли им названный метод. На наш взгляд, в комиссию следовало бы включать и психолога, который сумел бы оценить психологический дискомфорт, испытываемый женщиной в связи с неудовлетворенной потребностью в детях, степень мотивированности желания забеременеть с помощью ИОСД, психологическую готовность стать матерью ребенка, рожденного таким необычным путем. Известно, что больше $\frac{1}{3}$ семей, подробно узнав все о методе ИОСД и даже проведя несколько курсов лечения, отказывается от него, поэтому довольно трудно оценить его истинную эффективность.

Не рассматривая различные методики проведения ИОСД, технологию консервации спермы и другие подобные вопросы, хотелось бы отметить, что и этот метод лечения бесплодия не дает 100%-ного эффекта. Частота наступления беременности при искусственном осеменении спермой донора даже у женщин с нормальными репродуктивными характеристиками колеблется от 50 до 70%⁴³. Однако как один из альтернативных путей решения проблемы бесплодного брака этот метод вполне приемлем.

По данным некоторых исследователей, среди супружеских пар, успешно применивших ИОСД, уровень разводимости ниже, чем в популяции в целом, а каждая четвертая женщина, родившая ребенка в результате ИОСД, хотела бы повторно прибегнуть к этому методу лечения бесплодия⁴⁴. Одно это может быть достаточным доводом за более широкое применение искусственного оплодотворения. Известно также, что среди детей, родившихся в результате применения названного метода, не зарегистрировано ни одного случая врожденных уродств, серьезных аномалий развития.

Отмечается снижение частоты выкидышей у женщин после ИОСД по сравнению с таковой в популяции. По мнению ученых, это объясняется тем, что патологические сперматозоиды не выдерживают замораживания.

Доказано, что данный метод дает лучшие результаты у женщин до 30 лет.

— Вы упоминали о том, что общее число искусственных осеменений спермой одного донора, по мнению некоторых ученых, не должно быть большим — не более шести. С чем это связано?

Это связано с отрицательным влиянием близкородственных браков на здоровье потомства. Вероятность таких браков резко возрастает в небольших популяциях, если искусственное осеменение спермой одного донора применяется много раз. Однако для больших популяций она незначительна. Так, было подсчитано, что если бы в Великобритании ежегодно рождалось 2000 детей с помощью ИОСД и каждые 5 из них происходили бы от одного донора, то нежелательные близкородственные браки заключались бы не чаще, чем один раз в 50—100 лет.

Искусственное оплодотворение спермой мужа име-

ет свои показания и противопоказания, хотя в остальном может рассматриваться как разновидность ИОСД. Однако оно не вызывает такого отпора со стороны общественности и не создает такого количества юридических и этических проблем, как искусственное оплодотворение спермой донора.

Показаниями к применению ИОСМ могут служить некоторые анатомические или функциональные нарушения у мужа или жены, при которых оплодотворение естественным путем исключено (например, импотенция мужа, аномалии влагалища у жены), некоторые другие заболевания. Лечение бесплодия с помощью ИОСМ пока недостаточно эффективно и применяется намного реже, чем искусственное оплодотворение спермой донора. Частота дефектов развития у детей, родившихся после применения ИОСМ, не превышает среднюю в основной популяции.

— Думаю, к методам искусственного оплодотворения скорее прибегнут те женщины, у которых вообще нет детей, чем вторично бесплодные (если у них уже есть хотя бы один ребенок), даже в том случае, когда их репродуктивные намерения сбылись не полностью.

По-видимому, это так. Однако специальных исследований по данной теме пока нет. Что же касается вторичного бесплодия, то для того, чтобы устранить его весомейшую причину — высокую частоту аборт, проводится изучение структуры методов регулирования рождаемости и факторов ее формирования, а на их основе разрабатываются практические рекомендации. Итоги такого выборочного исследования, проведенного автором, приводятся в следующей главе.

МЕТОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ РОЖДАЕМОСТИ

(итоги выборочного обследования)

3.1. КАК ПРОВОДИЛОСЬ ОБСЛЕДОВАНИЕ

— Итак, мы теперь знаем о том, что искусственные аборты — фактор риска ухудшения состояния здоровья матери и ее будущего потомства. Они ведут к большому числу осложнений, среди которых вторичное (т. е. приобретенное) бесплодие; невынашивание беременности; мертворождаемость; повышенная смертность детей на первой неделе, первом месяце, первом году жизни. Преобладание в структуре применяемой контрацепции устаревших, малоэффективных методов и средств ведет к значительному числу контрацептивных неудач (нежелательных, незапланированных беременностей) и в конечном счете к росту частоты абортов. Следовательно, альтернатива «аборт или контрацепция» не решается однозначно в пользу контрацепции. Так что же делать, чтобы избежать нежелательных последствий сложившейся структуры мер регулирования рождаемости?

Избежать этих последствий можно, только изменив названную структуру в пользу оптимальных, т. е. наиболее эффективных, безвредных, эстетичных, приемлемых для большинства пар, методов и средств контрацепции. А для этого необходимо знать современное состояние проблемы, установки, взгляды, предпочтения населения в отношении применения различных мер предохранения от беременности. Их изучение позволит наметить реальные пути преодоления сегодняшних негативных тенденций.

Для выяснения отношения женщин к различным методам и средствам контрацепции и искусственным абортам, причин выбора тех или иных средств или полного отказа от их применения, знаний женщин

о возможностях предохранения от беременности, об эффективности (т. е. надежности) и безвредности современных контрацептивов было проведено выборочное обследование в форме анкетирования женщин детородного возраста по специально разработанной анкете.

— *Почему обследование называется выборочным?*

Любое демографическое или социологическое обследование — очень трудоемкая и дорогостоящая процедура. Представьте себе, сколько нужно затратить времени и средств, чтобы узнать мнение хотя бы по одному-двум вопросам у всех женщин детородного возраста только одного города страны. Поэтому при подобных обследованиях (а они включают не один-два, а гораздо больше вопросов) опрашиваются не все единицы изучаемой совокупности (в нашем примере — женщины детородного возраста), а лишь отобранные в определенном порядке. Существует хорошо отработанная статистическая процедура определения, сколько же нужно опросить человек для того, чтобы по их ответам судить о мнении или других характеристиках всей совокупности. Эта процедура основана на применении методов математической статистики и теории вероятностей и при условии соблюдения всех правил формирования такой выборочной совокупности исключает субъективизм и дает строго научные результаты. Поэтому, проведя выборочное обследование, мы можем судить обо всей совокупности с определенной точностью, которая также может быть рассчитана на основе формул математической статистики.

Для изучения мнений женщин и их предпочтений в выборе средств регулирования рождаемости было отобрано городское население Калининской (ныне Тверской) и Челябинской областей, сельское население Хабаровского края. Внутри областей женщины детородного возраста также отбирались по определенным правилам, предполагающим равную вероятность включения в выборку для каждой из них.

— *Почему были выбраны именно эти области Российской Федерации?*

Эти области были отобраны как типичные по уровню демографических процессов: Калининская — для центральных районов РСФСР, Челябинская — для Урала, Хабаровский край — для Дальнего Востока.

Их типичность определена на основе разработанной типологии. Типология — это классификация каких-либо объектов по сходным признакам. В нашем случае такими объектами были областные регионы РСФСР, а типологическими признаками — уровень рождаемости, смертности детей в возрасте до одного года, разводимость и брачность, частота аборт, некоторые другие демографические показатели. В результате типологии выделены типологические группы. Внутри этих групп демографические характеристики населения мало отличаются, в то время как различия между типологическими группами существенны. В каждой группе был определен наиболее типичный областной регион. В случае проведения выборочных обследований в типичных регионах уменьшается трудоемкость и стоимость работы, сокращается время ее проведения. При этом результаты обследования и полученные выводы надежно характеризуют население всей типологической группы, а вероятность ошибки снижается.

Как уже говорилось, население регионов, попавших в разные типологические группы, отличается по своим демографическим характеристикам. Это дает основание предполагать, что и его демографическое поведение, от которого зависит уровень многих демографических процессов (рождаемости, смертности детей до одного года, общей смертности), также различно. Насколько существенны эти различия, какими факторами они определяются, и позволит определить выборочное обследование. В результате будут получены данные, необходимые для управления демографическими процессами.

— Но, по-видимому, и до обследования вы имели какое-то представление об этих различиях, иначе не стали бы отбирать типичные области.

Действительно, еще до обследования у нас имелся целый ряд гипотез — догадок. Но наука оперирует доказанными фактами. Поэтому выборочное обследование должно было подтвердить или отвергнуть эти гипотезы.

— А если бы все гипотезы были отвергнуты?

Ну что ж, в науке отрицательный результат — тоже результат. В основу нашего обследования были положены следующие гипотезы:

1. Городское население применяет МСК чаще,

а структура их применения у него лучше, чем у сельского, что связано с более высокой санитарной и общей культурой, лучшей обеспеченностью противозачаточными средствами, лучшей организацией здравоохранения в городах.

2. Низкая обеспеченность средствами контрацепции — важнейшая причина, вследствие которой женщины прибегают к абортам.

3. Частота искусственных абортов тем выше, чем ниже доля использующих МСК и менее оптимальна структура применяемых методов и средств контрацепции.

4. Частота криминальных абортов выше у женщин с низким уровнем образования, что в контексте данного исследования интерпретируется как более низкий уровень культуры и, в частности, осведомленности о вреде абортов вообще и криминальных особенно.

5. Частота криминальных абортов выше у незамужних женщин и в селах республики, где имеются сложности с производством искусственных абортов.

Разработанная анкета состояла из трех блоков вопросов:

Первый блок — отношение опрашиваемых к применению методов и средств контрацепции, мотивы выбора или отказа от МСК, от кого и когда получены сведения о возможности их использования, от кого хотели бы опрашиваемые получить такие сведения.

Второй блок — наличие детей, абортов (в том числе и криминальных), осведомленность об их последствиях, сведения о времени наступления и исходах первой беременности.

Третий блок включал социально-демографические характеристики опрошенных: возраст в момент опроса, состояние в браке, возраст вступления в брак, социальное положение, образование, национальность, место жительства (город или село).

В выборе методов и средств регулирования рождаемости большую роль играет субъективный фактор, и прежде всего санитарная культура населения. Первый блок характеризует именно эту сторону изучаемого явления; второй блок позволяет выявить результаты того или иного репродуктивного поведения; третий блок представляет собой «паспортчку» ан-

кеты и в сочетании с первым и вторым дает возможность определить некоторые социально-демографические детерминанты этого поведения.

Далее приводятся результаты выборочного обследования в городах Калининской и Челябинской областей и сельских местностях Хабаровского края. Для того чтобы выяснить, как ведут себя в отношении выбора мер регулирования рождаемости не только здоровые женщины, но и те, кто имеет какие-либо гинекологические заболевания, помимо основного исследования в Челябинской области проводилось дополнительное среди женщин гинекологического стационара.

— Вы говорили, что за рубежом очень популярны гормональные препараты и внутриматочные спирали. А какими противозачаточными средствами предпочитают пользоваться советские женщины?

На этот вопрос мы получили подробный ответ после анализа материалов выборочного обследования.

3.2. ПРОТИВОЗАЧАТОЧНЫЕ СРЕДСТВА, КОТОРЫЕ МЫ ВЫБИРАЕМ

Обследование позволило узнать, какими методами и средствами контрацепции пользовались опрошенные ранее, что предпочитают применять сейчас (последние два года до опроса), оценить долю женщин, применявших МСК когда-либо.

Как оказалось, пользовались противозачаточными методами и средствами когда-либо в Калининской области 86,7% опрошенных, в Хабаровском крае — 80, в Челябинской области — 84,6, а среди женщин дополнительной группы — 77,2% опрошенных. Это не означает, что доля использующих МСК так высока и остается неизменной. В связи с целым рядом обстоятельств (желанием забеременеть, разочарованием в МСК, трудностями с их приобретением) часть женщин отказывается от их применения, происходит перераспределение численности пользующихся тем или иным средством и т. д. В результате меняются как доля пользующихся МСК вообще, так и структура их применения, т. е. доля пользующихся отдельными их видами. К моменту исследования регулярно пользовались МСК в течение последних двух лет 64,3%

опрошенных в Калининской области, 60,1% женщин основной группы в Челябинской области (в дополнительной группе процент ниже — 56,3) и 57,0% опрошенных в Хабаровском крае. Никогда не пользовались контрацепцией соответственно 13,7%, 15,4 и 20,0% респонденток.

Особый интерес представляет сравнение структур применения МСК у населения с различными социальными характеристиками, а также различными результатами репродуктивного поведения (т. е. числом детей в семье, частотой абортотв и т. п.). Априори предполагается, что эти результаты достигаются различной тактикой в отношении контрацепции.

— *В соответствии с одной из выдвинутых гипотез население сельской местности по сравнению с городским применяет МСК реже, а структура их использования у сельских жительниц хуже в связи с худшей обеспеченностью и информированностью о возможностях предупреждения беременности, худшей организацией здравоохранения на селе. Подтвердилась ли она?*

Первоначальная гипотеза подтвердилась только частично. Действительно, доля пользующихся контрацепцией на селе ниже, чем в городах (различия достоверны для пользовавшихся МСК ранее, сейчас и когда-либо). В то же время структура применения МСК в последнее время вряд ли однозначно может быть признана более оптимальной у городского населения (см. табл. 12).

— *Чем определяется оптимальность структуры применения МСК?*

Если оптимальность структуры оценивать долей в ней высокоэффективных современных внутриматочных средств (ВМС) и гормональных препаратов, то окажется, что у городского населения Калининской области эта структура наиболее оптимальна, в то время как у городского населения Челябинской области, даже у женщин основной группы, она гораздо хуже, чем у сельских жительниц Хабаровского края. Доли женщин, пользующихся в настоящее время ВМС и гормональными средствами, соответственно составляют 18,7%, 14,1 и 16,2% *. Столь существен-

* Доля применявших те или иные методы когда-либо значительно выше. Так, например, в Хабаровском крае 33% опрошенных применяли ВМС и гормональные средства когда-либо.

Таблица 12. Структура применения методов и средств контрацепции, в % ко всем применяющим МСК *

МСК	Хабаровский край, село		Калининская область, город		Челябинская область, город (основная группа)		Челябинская область, город (дополнительная группа)	
	Применяли ранее	Применяли последние два года	Применяли ранее	Применяли последние два года	Применяли ранее	Применяли последние два года	Применяли ранее	Применяли последние два года
Мужской презерватив	22,0	20,4	22,7	20,5	17,4	16,7	19,2	15,1
Прерванное половое сношение	21,7	20,0	22,9	19,2	21,8	20,3	22,7	25,8
Спринцевание	17,3	16,4	15,7	14,3	19,5	18,7	18,2	15,4
Воздержание в опасные дни	18,0	17,1	20,4	19,9	22,9	20,5	21,7	27,2
Внутриматочная спираль	9,3	12,5	7,8	15,4	8,7	11,7	8,3	7,5
Химические средства (тампоны, пасты, шарики)	8,0	6,9	4,5	3,6	6,9	6,0	5,7	4,1
Гормональные средства	3,0	3,7	3,6	3,3	2,9	2,4	3,0	2,3
Прочие	3,0	3,5	3,7	4,5	2,3	4,8	3,1	3,0

* Сумма по графе может не равняться 100% за счет того, что некоторые женщины применяют комбинацию нескольких средств.

ные различия определяются в основном долей применяющих внутриматочные спирали. Доля употребляющих гормональные препараты колеблется по регионам незначительно — от 3,7% в Хабаровском крае до 2,3% у женщин дополнительной группы в Челябинской области.

Во всех областных регионах возросла доля применяющих ВМС (кроме женщин дополнительной группы, где она снизилась), а в Хабаровском крае увеличилась и доля женщин, использующих гормональные средства. Численность и удельный вес женщин, применяющих рутинные средства и методы —

прерванное половое сношение, спринцевание, мужской презерватив, химические средства (пасты, тампоны, шарики), снизились во всех группах опрошенных, кроме дополнительной. Уменьшилась доля прибегающих к воздержанию от половой жизни в опасные дни (или, как его еще называют, метод ритма по календарю и по температурному графику). Интересно отметить, что в Калининской области доля женщин, применяющих внутриматочные спирали, возросла почти в 2 раза.

— *Как мне кажется, женщины очень консервативны не только в отношении первоначального выбора тех или иных противозачаточных средств, но и их смены.*

Вы совершенно правы. Из тех, кто пользовался ранее малоэффективным прерванным половым сношением, спринцеванием или презервативами, по-прежнему их применяют соответственно 54%, 36, 38% опрошенных. Около половины применявших ритм-метод продолжают его применять и в последнее время. Что же касается современных ВМС и гормональных препаратов, то, несмотря на все их достоинства, продолжают ими пользоваться соответственно 33 и 35% женщин. Следовательно, наиболее консервативны выбравшие для себя рутинные, т. е. самые доступные и известные, МСК. В дальнейшем они труднее переходят к более современной контрацепции. Можно предположить, что отказ от более эффективных ВМС и гормональных средств связан либо с контрацептивными неудачами, либо с ухудшением состояния здоровья. И в том и в другом случае недостатки средств в представлениях женщин заслоняют их достоинства, ведут к разочарованию и отказу от их применения. Однако при смене МСК те женщины, которые пользовались ранее ВМС, гормональными средствами или ритм-методом, в 50—60 случаях из 100 выберут для себя один из них. Те же, кто пользовался ранее спринцеванием или мужским презервативом, станут применять ВМС, гормональные средства или ритмический метод в 20—25 случаях из 100.

— *Есть ли какие-то отличия в применяемой контрацепции у женщин с гинекологическими заболеваниями по сравнению со всеми остальными опрошенными?*

Сравнение результатов опроса по основной и до-

полнительной группам в Челябинской области показывает, что доля применяющих контрацепцию среди больных женщин ниже не только в целом по всем МСК (56,3% против 60,1%), но и по отдельным контрацептивам. Исключения составляют ритмический метод и прерванное половое сношение, доля применяющих которые в дополнительной группе выше, чем в остальных. Изменения структуры использования МСК в основных группах во всех областях однотипны, в дополнительной же отмечены иные тенденции. Так, доля больных женщин (а дополнительная группа, напомним, включает именно женщин с каким-либо гинекологическим заболеванием), применяющих внутриматочную спираль, снизилась с 8,3 до 7,5%, в то время как в остальных группах возросла. Больные женщины стали чаще применять прерванное половое сношение и ритмический метод, остальные опрошенные — реже.

Вероятно, снижение доли больных женщин, применяющих ВМС, связано с ухудшением состояния их здоровья и возникновением противопоказаний к использованию этого средства.

Можно отметить, что наиболее популярными среди женщин данной группы являются метод ритма по температурному графику и календарю (хотя вряд ли последний дает высокую эффективность у гинекологических больных), прерванное половое сношение. Третье и четвертое ранговые места в структуре МСК у дополнительной группы опрошенных принадлежат спринцеванию и презервативам. Кстати, эти же ранговые места занимают перечисленные средства и в основной группе опрошенных в Челябинской области, в то время как у городских женщин Калининской области в структуре применяемых последние два года МСК на первом месте оказались презервативы, затем ритмический метод и прерванное половое сношение.

Итак, в целом за последние годы структура применения контрацепции несколько улучшилась: в ней уменьшились доли неэффективных и неудобных в применении спринцевания, химических средств, презервативов; выросла доля ВМС, а в Хабаровском крае — и гормональных средств. Тем не менее по-прежнему в целом преобладают устаревшие, неэффективные МСК. Вряд ли такую структуру можно признать оптимальной. В идеале для ее оптимизации

необходимо стремиться, по мнению члена-корреспондента АМН СССР, профессора И. А. Мануиловой, к росту доли ВМС за счет средств третьего поколения, комбинирующих преимущества внутриматочных и гормональных средств и обладающих меньшим числом противопоказаний в связи с медикаментозными включениями, а также росту доли новых гормональных препаратов — трехфазных средств и мини-пилей и более широкому использованию температурной разновидности ритмического метода¹.

— По-видимому, для формирования такой структуры необходимо прежде всего преодолеть недоверие к современным контрацептивам.

Безусловно. Гормональные средства, к которым с необоснованной настороженностью относятся не только сами пациентки, но и многие акушеры-гинекологи, обладают почти 100%-ной эффективностью, а правильный их выбор с учетом противопоказаний и гормональных особенностей организма женщины может свести риск возникновения осложнений от их приема к минимуму. Кроме того, как утверждают ученые, эти осложнения возникают в основном в случаях бесконтрольного приема препарата в течение длительного времени, неправильного выбора вида препарата. Правильный же подбор оказывает не только контрацептивный, но и лечебный эффект при наличии некоторых заболеваний (например, альгодисменореи, гиперполименореи, начальных форм эндометриоза, фиброзно-кистозной мастопатии при отсутствии показаний к оперативному вмешательству)².

И еще одно очень важное обстоятельство, о котором следует помнить женщинам. Гормональные препараты последнего поколения содержат намного меньше половых гормонов, чем применявшиеся ранее. Поэтому и частота осложнений от их приема гораздо ниже.

Имеются данные о том, что гормональными средствами пользуются от 60 до 100 млн женщин в мире. Они особенно популярны в развитых странах. Так, только за 70-е годы доля женщин 15—44 лет, применяющих эти средства, выросла в Нидерландах с 18,6 до 40,8%, в ФРГ — с 18,9 до 26,8%, в Великобритании — с 9,9 до 20,3%. В развивающихся странах их использование также возрастает³, а доля применяющих почти равна выявленной нашим обследованием.

Сравнение данных, полученных автором, с результатами исследований в других регионах страны, производившихся несколько раньше, показывает, что в нашем случае зафиксированы более высокие доли пользующихся ВМС и гормональными средствами. Возможно, это связано с более поздним временем проведения исследования и усилиями органов здравоохранения по санитарному воспитанию населения. Следует отметить, что руководители Министерства здравоохранения РСФСР очень обеспокоены ситуацией с контролем рождаемости в республике и прикладывают максимум усилий для ее изменения. За последние годы значительно возросли фонды выделяемых ВМС; проводится серьезная работа на крупных предприятиях (имеющих свои медсанчасти) по пропаганде контрацепции, во многих женских консультациях организованы кабинеты и приемы по контрацепции; в ведомственную отчетность помимо данных о числе искусственных абортов введена строка о числе введенных ВМС. Сдвиги к лучшему имеются, однако не столь значительные, чтобы коренным образом изменить ситуацию с распространенностью абортов в стране. Остается надеяться, что исследования репродуктивного поведения позволят более обоснованно проводить необходимые мероприятия в этом направлении.

— И все-таки следует признать, что работа по пропаганде современных противозачаточных средств поставлена плохо. Мы вынуждены питаться слухами — ведь прочесть популярную книгу о них или услышать передачу по радио, телевидению почти невозможно. У нас принято стыдливо делать вид, что население нашей страны не интересуется такими вопросами.

Вполне согласна с таким утверждением, хотя надо отметить, что в последнее время наметились некоторые позитивные сдвиги.

Время получения сведений об МСК и их источник представляют большой интерес. Из исследований других авторов известно, что значительная часть молодежи имеет очень скудные представления о возможностях предупреждения беременности. В случае возникновения незапланированной беременности большинство женщин прерывают ее абортом и только немногие предпочитают в этом случае родить ребенка.

В связи с широкой распространенностью добрачных сексуальных связей высока и доля добрачных зачатий, которые в свою очередь прерываются абортом (зачастую к тому же криминальным или абортом при первой беременности). Так, по данным демографа М. С. Тольца, в г. Перми у женщины в возрасте до 20 лет реализовались в рождениях только 67,9% добрачных зачатий⁴. С высокой степенью вероятности можно утверждать, что исходы остальных добрачных зачатий в этом возрасте — криминальные (в основном) и легальные (небольшая часть) аборты. Есть также сведения, что криминальным абортом прерывают первую беременность 70% молодых женщин (до 20 лет) в городе и 90% — на селе⁵, при этом около 67% из них не состоят в браке⁶.

По данным нашего исследования, около 42% опрошенных всей совокупности узнали о методах и средствах контрацепции до начала половой жизни. В самом лучшем положении оказались городские женщины Калининской области: здесь свыше половины респонденток получили эти сведения до начала половой жизни, $\frac{1}{5}$ всех женщин — перед вступлением в брак, остальные (12,5%) — во время первых родов или первого аборта.

В Челябинской области положение несколько хуже. Однако наименее информированными оказались сельские женщины Хабаровского края: только $\frac{1}{3}$ из них узнала о возможностях предупреждения беременности до начала половой жизни и примерно столько же — во время первых родов или первого аборта.

В табл. 13 приведены данные о времени получения сведений о МСК по Калининской области. Чем моложе респондентки, тем выше среди них доля получивших эти сведения до начала половой жизни и меньше — во время первых родов или первого аборта. И наоборот, женщины старших возрастов чаще узнавали о контрацепции тогда, когда приходили на аборт или первые роды. Более раннее получение информации молодыми женщинами — явление безусловно прогрессивное. Однако оно говорит не столько о расширении выпуска научно-популярной литературы или лучшей санитарно-просветительной работе врачей-гинекологов, сколько о том, что сами женщины активнее относятся к получению соответствующих знаний. Сейчас уже не считается зазорным (как это

Таблица 13. Распределение женщин по возрасту и времени получения сведений о контрацепции

Возраст в момент опроса, лет	Из 1000 женщины соответствующего возраста впервые узнали о МСК:			
	до начала половой жизни	перед вступлением в брак	во время первого посещения женской консультации	во время первых родов или первого аборта
до 20	790	110	—	—
20—24	569	251	100	90
25—29	599	201	100	80
30—34	437	193	132	238
35—39	340	231	219	210
40 и старше	200	249	201	300
В среднем все опрошенные	533	200	142	125

было четверть века назад) интересоваться вопросами пола, половой жизни до вступления в брак. Тем не менее, говоря о том, что молодые женщины к началу половой жизни знают о МСК больше, чем знали их матери, нельзя делать вывод о полном благополучии в данном вопросе. Для того чтобы как можно меньше женщин прерывало нежелательную беременность абортom (и особенно первую беременность), необходима стопроцентная информированность молодых людей (и девушек, и юношей) о возможностях предупреждения беременности, причем до вступления в брак, а еще лучше — до начала половой жизни. А до этого еще далеко. И если уж существует такое явление, как добрачные половые связи, то необходимо попытаться свести риск добрачного зачатия, а значит — аборта при первой беременности, зачастую к тому же криминального, к минимуму.

— Но ранняя информированность о МСК не всегда означает адекватность информации. Важны не только время получения сведений, но и их источник и то, насколько они верны. Ведь можно получить «знания» по этому вопросу и в 8—9 лет от сверстников во дворе.

И снова спешу согласиться. Вот что показало наше выборочное обследование.

Более половины городских женщин получили сведения о МСК из неофициальных источников — от родных, близких, друзей; примерно каждая пятая — от врача-гинеколога или другого врача; от 16,1 до 19,9% опрошенных — из популярной литературы. Сельские женщины чаще получают эти сведения от врача (37,1%), но реже — из литературы и других источников. В целом же обращает на себя внимание слишком высокая доля получивших знания из неофициальных источников. Скорее всего, эти сведения не совсем точны, а в худшем случае ориентируют женщин на устаревшие МСК или искусственный аборт.

Таблица 14. Источники сведений об МСК *

	Доля женщин, получивших сведения о МСК, %:		
	от родных, знакомых, друзей	от врача-гинеколога, другого врача	из научно-популярной литературы
Хабаровский край	45,9	37,1	14,3
Калининская область	57,7	24,7	16,1
Челябинская область	-	-	-
основная группа	52,3	24,4	19,9
дополнительная группа	51,4	26,7	18,2

* Часть женщин не дала ответа на соответствующий вопрос или назвала несколько источников, в связи с чем сумма по строке не равна 100%.

Таким образом, во всех регионах санитарно-просветительная работа с женщинами поставлена плохо. Нет оснований считать, что в городе она проводится лучше, чем на селе, несмотря на наличие во многих городских женских консультациях приемов и кабинетов по контрацепции, консультаций «Семья и брак», более широких возможностей приобретения популярной литературы.

— Но почему женщины выбирают те или иные средства? Только ли потому, что плохо осведомлены о других или существуют какие-то еще причины? Что показало на этот счет ваше обследование?

3.3. ПРИЧИНЫ И МОТИВЫ ВЫБОРА

Как показывают специальные расчеты, существует связь между источником сведений об МСК и мотивацией выбора того или иного вида контрацепции. В общем характер этой связи можно определить так: чем менее точные сведения об МСК имеют опрошенные, тем они более уверены в надежности выбранных средств. Так, независимо от вида выбранных средств считают их наиболее надежными 50% опрошенных, получивших сведения от родных, друзей, близких; 38% респондентов, получивших сведения от врача-гинеколога или другого врача, и 13% женщин, получивших сведения из популярной литературы. Последняя цифра, на наш взгляд, объясняется следующим образом: в литературе обычно отражают не только достоинства средств, но и подчеркивают необходимость при их выборе обращаться к врачу. Получив сведения из литературы, женщина считает, что может сделать выбор самостоятельно. В то же время информированность о наличии противопоказаний к применению, о необходимости консультации у врача заставляет ее сомневаться в полной надежности выбранных средств.

Очень тесна и значима связь между источником сведений о противозачаточных средствах и долей женщин, считающих, что их можно выбрать самостоятельно. Это подтверждает мнение демографа В. А. Сысенко о том, что завышение своих знаний и информированности — психологический тормоз, барьер, мешающий распространению подлинных знаний. Этому негативному явлению уделяется у нас недостаточно внимания. Оно особенно ярко проявляется у лиц с более низким уровнем образования, т. е. у тех, кому эти знания особенно необходимы.

В целом с высокой степенью вероятности можно утверждать, что большинство опрошенных, считающих возможным самостоятельный выбор МСК, получили сведения из неофициальных источников (63—64%); 11—15% — от врача; 20—25% — из популярной литературы. Следовательно, в плане санитарно-просветительной работы с женщинами беседа с врачом более эффективна, чем популярная литература. Возможно, уровень названной литературы, очень обтекаемое и осторожное изложение материала, ак-

цент на устаревших, традиционных средствах, а иногда и прямое запугивание в отношении ВМС и гормональных средств оставляют у женщины впечатление недосказанности, неуверенности, тем более что существует и другая информация.

О плохой осведомленности опрошенных в отношении эффективности (надежности) применяемых ими средств говорит тот факт, что из числа пользующихся малоэффективным спринцеванием и презервативами считают их наиболее надежными соответственно 30—43% и 41—47% респондентов.

В то же время только 59—67% женщин, применяющих ВМС, и 33—44% женщин, прибегающих к гормональным препаратам, считают их наиболее надежными (табл. 15).

Таблица 15. Структура мотивов выбора контрацепции, в % к числу применяющих данный МСК

МСК	Надежность			Удобство в применении			Безопасность для здоровья		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Спринцевание	43	39	30	26	23	31	21	20	17
Мужской презерватив	47	40	41	31	27	25	20	24	20
ВМС	67	66	59	31	35	28	11	15	17
Химические	32	35	17	39	32	38	17	19	14
Гормональные	44	41	33	38	40	48	15	14	15
Ритм-метод	42	44	36	27	25	26	29	29	30
Прерванное половое сношение	47	47	26	24	29	33	10	14	11

Продолжение

МСК	Привычка			Незнание о других			Доступность		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
Спринцевание	14	15	16	13	16	18	8	10	11
Мужской презерватив	11	16	5	12	14	15	11	17	19
ВМС	6	5	8	10	11	9	2	7	8
Химические	12	10	5	7	6	17	22	35	31
Гормональные	12	—	—	9	7	4	12	11	19
Ритм-метод	19	17	10	14	12	11	8	9	7
Прерванное половое сношение	14	16	22	22	21	22	6	9	9

I — Хабаровский край; II — Калининская область; III — Челябинская область.

Данные по Челябинской области приводятся в целом для основной и дополнительной групп опрошенных, поскольку различия между ними незначительны.

— Мы много говорим об эффективности противозачаточных средств. Объясните, пожалуйста, как она определяется.

Эффективность (надежность) методов и средств контрацепции определяется с помощью так называемого коэффициента Перля, который показывает число неудач, т. е. незапланированных беременностей, возникающих при регулярном пользовании контрацептивом данного вида у 100 женщин в течение года.

Данные для расчета названного показателя получают в результате наблюдения над большим числом женщин.

Г. Шерегей, руководитель известной венгерской фирмы «Гедеон Рихтер», выпускающей в числе прочих лекарственных препаратов и гормональные контрацептивы, приводит следующие данные о средней эффективности противозачаточных средств (см. табл. 16).

Таблица 16. Эффективность противозачаточных средств (частота наступления беременности у 100 женщин в течение года использования данного МСК)

Противозачаточные средства	Коэффициент Перля
Спринцевание	29,6
Воздержание от половой жизни в опасные дни	23,7
Прерванное половое сношение	17,8
Химические средства (тампоны, пасты, шарики)	16,6
Мужской презерватив	11,4
Колпачок КР (влагиаличная диафрагма)	9,3
Комбинация химических средств с презервативом или диафрагмой	8,0
Внутриматочная спираль (ВМС)	3,0
Гормональные средства	0,95

Источник. *Seregély G. Contraception. Budapest, 1981. P. 90.*

Первые ранговые места в структуре мотивов выбора МСК занимают надежность, удобство в применении и безопасность для здоровья. Значительная часть женщин предпочитает использовать средства, которые, по их мнению, более надежны и удобны, хотя и небезвредны.

Доступность, вопреки выдвинутой гипотезе, занимает одно из последних мест в структуре мотивов применения контрацепции (табл. 17). Следовательно, говорить о том, что выбор средств вынужден и детерминируется возможностью их приобретения (т. е. доступностью), нет оснований. Гораздо важнее то, что представления женщины о таких качествах МСК, как надежность, безопасность для здоровья и даже удобство в применении, часто не соответствуют научным и клиническим данным и во многом определяются источником и временем получения сведений. На наш взгляд, вынужденность выбора вида контрацепции заключается не в степени их недоступности, а в низкой информированности женщин о перечисленных ранее качествах МСК. Таким образом, вынужденность выбора МСК носит информационный характер.

Таблица 17. Структура мотивов выбора МСК по регионам, %

	Доля использующих МСК в связи с:					
	надеж-удоб- ностью ством в при- мене- нии	удоб- ством в при- мене- нии	безо- пасно- стью для здо- ровья	при- выч- кой	незнани- ем о дру- гих сред- ствах	до- ступ- ностью
Хабаровский край	36,4	20,4	15,3	10,9	9,2	5,3
Калининская область	40,2	29,2	13,7	3,6	8,9	5,1
Челябинская область						
основная группа	32,4	23,2	18,0	10,6	7,1	7,8
дополнительная группа	39,3	19,5	24,0	7,3	6,7	7,3

В основном опрошенные понимают, что выбор средств требует врачебного контроля. Тем не менее значительная часть женщин все-таки считает возможным выбирать их самостоятельно. Такой выбор часто приводит к контрацептивным неудачам (нежелательным беременностям), а следовательно, к разочарованию в МСК и отказу от их применения.

Обращает на себя внимание тот факт, что в Калининской области, где наименьшее число женщин считает возможным самостоятельно выбрать вид контрацепции (27,4%), наиболее высока доля поль-

зующихся высокоэффективными ВМС и гормональными препаратами и более положительна их динамика во времени. В Челябинской области самая высокая доля женщин считает возможным самостоятельный выбор МСК (34,8%), а процент применяющих современные средства наименьший при отрицательной динамике во времени в дополнительной группе. Так, если в Калининской области удельный вес респонденток, применяющих ВМС и гормональные средства, увеличился с 11,4 до 18,7%, то в Челябинской области в основной группе — с 11,6 до 14,1%, а в дополнительной группе даже уменьшился с 11,3 до 9,8%.

— Таким образом, ваше обследование выявило плохую информированность женщин о важнейшей качественной характеристике контрацепции — ее эффективности. Думается, это еще раз показывает необходимость санитарно-просветительной работы до вступления в брак с целью формирования у будущих супругов представлений о том, что правильный выбор противозачаточных средств — один из путей сохранения здоровья. Он требует индивидуального подхода и контроля со стороны медицинских работников.

Конечно. Санитарное просвещение необходимо еще и потому, что наименее эффективные методы и средства, которыми чаще всего пользуются наши супружеские пары, наиболее безопасны для здоровья. В то же время высокоэффективные современные контрацептивы (ВМС, гормональные таблетки) безопасны только в случае правильного подбора с помощью врача-гинеколога, который учитывает возраст женщины, ее состояние здоровья, репродуктивный анамнез — наличие родов, абортов, выкидышей, внематочных беременностей. Применение современных средств должно осуществляться только под контролем врача, что позволит избежать осложнений, а в ряде случаев окажет лечебный эффект.

— Теперь хотелось бы узнать, как низкая эффективность наиболее применяемых в нашей стране средств отражается на частоте абортов. Что об этом говорит обследование?

3.4. ЧАСТО ЛИ ПРОИЗВОДЯТ АБОРТЫ СОВРЕМЕННЫЕ ЖЕНЩИНЫ?

По нашим данным, к концу репродуктивного периода не имеют в анамнезе абортот от 21,6 до 31,3% опрошенных. При этом в Калининской области, где более оптимальна структура применения МСК и положительна ее динамика, отмечена и самая высокая доля женщин, не имеющих к концу репродуктивного периода ни одного аборта (табл. 18).

Распределение опрошенных по числу произведенных к 20 годам абортот однотипно во всех группах, кроме дополнительной. Примерно 58—69% женщин этого возраста абортот не имеют, около 25% имеют 1 аборт, 3—5% — 2 абортот, столько же — 3 абортот (основные группы). В основных группах респондентот моложе 20 лет более 4 абортот не имеет никто, в дополнительной же группе опрошенных этого возраста доля не производивших ни одного аборта и имеющих 1 аборт ниже, а имеющих 2—3 абортот — выше, чем у основного контингента. Кроме того, почти у 9% женщин дополнительной группы имеются 4 абортот и более.

Численность и доля женщин, не имеющих ни одного аборта, равномерно снижается с повышением возраста. Так же плавно растет с возрастом процент опрошенных, имеющих более одного аборта.

Как уже отмечалось, к концу репродуктивного периода наиболее благополучное положение отмечается у женщин Калининской области, где самая высокая доля не имеющих абортот, а процент имеющих свыше 3 абортот в 2—2,5 раза меньше, чем в других подвыборках. Интересно, что городское население Челябинской области (и основная, и дополнительная группа) мало отличается по числу абортот, накопленных к концу репродуктивного периода, от сельского населения Хабаровского края. Это еще раз иллюстрирует взаимосвязь структуры применения МСК с частотой абортот. Действительно, в Калининской области, где отмечена наилучшая структура МСК, лучше и положение с абортотами. Возможно, особое место Калининской области обусловлено ее близостью к столице: лучшими возможностями приобретения контрацептивот, популярной литературы, получения консультаций по этому вопросу у меди-

Таблица 18. Структура накопленной численности абортот по возрастным группам *

	Имеют данную численность абортот, %											
	К 20 годам				К 30 годам				К концу репродуктивного периода			
	Хабаровский край	Калининская область	Челябинская область (основная группа)	Челябинская область (дополнительная группа)	Хабаровский край	Калининская область	Челябинская область (основная группа)	Челябинская область (дополнительная группа)	Хабаровский край	Калининская область	Челябинская область (основная группа)	Челябинская область (дополнительная группа)
Ни одного абортот	68,8	57,9	67,7	63,6	35,8	38,6	36,1	40,2	21,6	31,3	20,1	25,3
1 абортот	25,0	26,3	26,1	18,2	24,6	29,0	24,3	24,9	16,5	25,0	18,0	17,5
2 абортот	3,1	5,3	3,3	4,7	17,7	21,8	20,7	9,4	15,3	22,9	16,3	13,7
3 абортот	3,1	5,3	2,9	4,6	12,8	5,9	11,4	14,2	17,7	8,3	16,4	14,0
4 абортот	—	5,2	—	4,5	4,3	3,1	4,0	5,4	8,0	7,7	8,3	7,1
5 абортот и более	—	—	—	4,4	3,2	1,8	3,5	3,2	20,4	3,6	20,0	20,8
Нет ответа	—	—	—	—	1,6	0,5	—	2,7	0,5	1,2	0,9	0,6

* В таблице учтена общая численность абортот (легальных и криминальных).

цинских работников, а также более высокой санитарной культурой населения.

Обращает на себя внимание тот факт, что у 13,5% женщин дополнительной подвыборки (а это, напомним, гинекологические больные) в самой младшей возрастной группе уже имеется свыше 3 аборт. Есть все основания предполагать, что аборты сыграли существенную роль в возникновении у них гинекологических заболеваний. Впрочем, нельзя исключить и иной возможности: в связи с плохим состоянием здоровья эти женщины прерывают беременность абортами.

— *Как реагируют женщины на вопрос о криминальных абортах? Быть может, не стоит спрашивать об этом — насколько я понимаю, далеко не каждая ответит откровенно на такой вопрос.*

Вопрос о криминальных абортах был сформулирован так: «Помимо аборт, произведенных в медицинском учреждении, сколько у Вас аборт, произведенных самостоятельно или с помощью другого лица вне стен медицинского учреждения?» Женщины действительно не очень охотно отвечают на него. Тем не менее спрашивать об этом приходится. Ведь в официальной статистике отражены только аборты, произведенные в медицинском учреждении, и та часть криминальных, которые привели к ближайшим осложнениям и в связи с этим к госпитализации женщины. Однако, по данным специалистов, у половины женщин возникают поздние осложнения, которые могут быть обнаружены в период от 2 месяцев до 2 лет после самой операции: хроническое воспаление придатков матки, кольпиты, эрозия шейки матки. Такие осложнения не всегда идентифицируются как последствия аборт, тем более криминальных, о которых женщины предпочитают умалчивать. Следовательно, истинная частота криминальных аборт остается неизвестной. Но и выборочные исследования не могут претендовать на абсолютное решение этой проблемы в связи с тем, что не все опрошенные искренни в своих ответах, а иногда просто не отвечают на соответствующие вопросы. Так, в нашем обследовании почти 1/4 женщины из дополнительной группы на вопрос о криминальных абортах не ответила. В то же время в этой группе — самая низкая доля женщин, не имеющих ни одного криминального аборт (табл. 19).

Таблица 19. Частота криминальных аборт

	На 1000 опрошенных приходится женщин с данным числом абортов:						
	ни од- ного аборта	1	2	3	4	5 и бо- лее	нет ответа
Хабаровский край	735,0	85,1	28,9	17,0	12,0	—	122,1
Калининская область	723,1	53,9	18,0	6,1	2,9	3,0	193,0
Челябинская область							
основная группа	705,6	73,3	20,1	10,7	3,7	4,5	182,1
дополнительная группа	644,5	65,6	20,9	11,0	5,0	12,0	241,0

Можно предположить, что большинство опрошенных, не ответивших на вопрос, также имеют криминальные аборты. В целом же на 1000 опрошенных приходится от 80 до 140 ответивших на этот вопрос утвердительно.

— *Подтвердились ли первоначальные гипотезы о зависимости частоты криминальных абортов от уровня образования и состояния в браке?*

Частота криминальных абортов существенно варьирует по возрастам, состоянию в браке и уровню образования женщин. В самой младшей возрастной группе (до 20 лет) на 1000 опрошенных приходится в 3,3—3,7 раза больше, а в самой старшей возрастной группе (40 лет и старше) — в 2,7—3,2 раза больше криминальных абортов, чем у женщин 20—30-летнего возраста. Обращает на себя внимание почти равная частота криминальных абортов в крайних группах репродуктивного контингента. Наиболее существенные различия в частоте криминальных абортов по возрасту опрошенных отмечены в сельской местности Хабаровского края и у женщин дополнительной подвыборки в Челябинской области. Особенно четко прослеживается взаимосвязь криминальных абортов и уровня образования. Так, среди женщин с начальным и неполным средним образованием имеют криминальные аборты 68—75% опрошенных, а среди женщин с незаконченным высшим и средним — 4—6% опрошенных.

Конечно, такие существенные различия не могут целиком определяться санитарной культурой населения. Значительную роль здесь играет возрастная структура женщин. Действительно, анализ показал, что в группе женщин с начальным и неполным средним образованием высок удельный вес самых молодых и старших возрастов. Понятно, что у первых криминальные аборты прерывают добрачные беременности. Вторая группа — это в основном женщины 45—50 лет. Репродуктивная история многих из них началась до 1955 г., когда в стране действовал закон о запрете производства искусственных абортов, что и привело к высокой частоте криминальных абортов у них.

Таблица 20. Распределение женщин по числу абортов в анамнезе и уровню образования *

	Приходится абортов на 1000 женщин с данным уровнем образования			
	начальное и неполное среднее	среднее общее	среднее специальное	незаконное высшее и высшее
Ни одного аборта				
Хабаровский край	171,4	160,7	227,2	274,5
Калининская область	162,3	170,8	303,7	325,2
Челябинская область				
основная группа	147,5	110,5	200,3	217,1
дополнительная группа	103,5	110,1	199,8	201,7
1 аборт				
Хабаровский край	142,9	169,6	198,9	78,4
Калининская область	147,4	182,1	207,1	137,1
Челябинская область				
основная группа	131,3	137,3	169,9	128,1
дополнительная группа	99,7	127,3	208,4	137,1
2—3 аборта				
Хабаровский край	300,0	357,1	295,8	431,4
Калининская область	317,2	327,8	335,1	400,3
Челябинская область				
основная группа	327,4	397,8	363,3	444,3
дополнительная группа	375,9	401,4	300,4	447,7
4 и более абортов				
Хабаровский край	371,4	303,6	267,0	196,1
Калининская область	370,5	299,1	147,9	127,3

	Приходится аборт на 1000 женщин с данным уровнем образования			
	началь- ное и не- полное среднее	сред- нее общее	сред- нее специ- альное	незакон- ченное высшее и высшее
Челябинская область				
основная группа	390,7	350,8	265,3	209,3
дополнительная группа	410,3	360,3	280,4	210,3

* В таблице приведена общая численность аборт (легальные и криминальные).

Из табл. 20 видно, что на 1000 опрошенных с начальным образованием приходится в 1,5—2 раза меньше женщин, не имеющих абортов (легальных и криминальных) в анамнезе, и в 1,9—2,9 раза больше женщин, имеющих в анамнезе 4 и более аборта, чем на 1000 женщин с незаконченным высшим и высшим образованием. Модальная частота абортов для группы женщин с образованием ниже среднего — 4 и более, для остальных групп — 2—3 аборта.

Для женщин, не пользующихся противозачаточными средствами, более существенна связь между частотой абортов и возрастом, состоянием в браке, числом уже имеющих детей.

Общее число накопленных к концу репродуктивного периода абортов также зависит от уровня образования женщины.

Связь между этими параметрами обратная: чем ниже уровень образования, тем выше накопленная численность абортов (табл. 21).

Среднее накопленное к концу репродуктивного периода число абортов (легальных и криминальных) на одну женщину колеблется от 2,3 в Калининской области до 3,0 в Челябинской области (дополнительная подвыборка).

Обследованием выявлена и более высокая частота абортов (легальных и криминальных) у женщин, не состоящих в браке на момент опроса, по сравнению с состоящими в браке.

Из-за небольшой численности некоторых подгрупп вся совокупность опрошенных разбивалась только

Таблица 21. Накопленное число абортс к концу репродуктивного периода у женщин с различным уровнем образования

	На 1000 женщин с данным уровнем образования приходится абортов (легальных и криминальных)			
	начальное и неполное среднее	среднее общее	среднее специальное	незаконченное высшее и высшее
Хабаровский край	3314	2964	2500	2470
Калининская область	3150	2700	2125	2111
Челябинская область				
основная группа	3725	3101	2737	2621
дополнительная группа	3842	3115	2831	2809

на две категории брачного состояния: первая — состоящие в браке на момент опроса, вторая — не состоящие в браке на момент опроса.

Во вторую группу вошли вдовы, разведенные, никогда не состоявшие в браке женщины. Состоящие в фактическом браке вообще исключены из анализа в связи с малочисленностью.

Расчеты показали, что среди состоявших в зарегистрированном браке имели аборты в анамнезе 45—52%, во второй группе — 70—79% опрошенных. В среднем на каждую 1000 не состоящих в браке женщин приходится абортов почти в 2 раза больше, а прервавших абортс первую беременность — в 4—6 раз больше, чем на каждую 1000 замужних женщин.

Таким образом, слишком молодой возраст или возраст, который считается «пожилым» при решении вопроса об очередном рождении (40 лет и старше), низкий уровень образования женщины, а также положение вне юридически оформленного брака — факторы риска по производству абортов, особенно криминальных.

— Но вполне возможно, что зависимость частоты абортов от возраста женщины определяется различием в применении противозачаточных средств по возрастам.

Вряд ли между этими явлениями существует та-

кая связь. Частота применения методов и средств контрацепции (в целом по всем видам) самая низкая у женщин в возрастах моложе 20 лет, затем увеличивается и достигает своего максимума к 30—34 годам, после чего медленно снижается. Конечно, такая тенденция на первый взгляд вполне закономерна: у самых молодых женщин пока нет необходимости в массовой контрацепции, так как многие из них еще не состоят в браке. С 20 до 30 лет, когда в основном и происходит рождение одного-двух детей в семье, значительной части женщин также нет необходимости постоянно применять МСК. У женщин 30—34 лет семья в основном уже сформирована, достигнуто (в меньшей или большей степени) ожидавшееся число детей, поэтому для предотвращения нежелательных беременностей им необходимо как можно интенсивнее применять контрацепцию. В следующих возрастных группах чаще распадаются браки в связи с разводом или смертью одного из супругов, снижается естественная плодовитость и т. д. и, следовательно, необходимость в контрацепции снижается.

Однако теория и практика здесь расходятся: учитывая высокую частоту добрачных и внебрачных сексуальных связей, не будет преувеличением сказать, что и в самых младших, и в старших возрастных группах репродуктивного контингента частота применения МСК должна быть высокой. Это тем более важно, учитывая высокую частоту аборт (и особенно криминальных) у женщин названных возрастов. Само собой разумеется, что в группах максимальной плодовитости для эффективного регулирования интервалов между рождениями также необходима более высокая частота и более оптимальная структура применения МСК, поскольку известно, что на состоянии здоровья женщины и ее будущего потомства сказывается не только общая численность произведенных аборт, но и последовательность во времени различных исходов беременности. Роды после недавнего аборт с этой точки зрения представляют большую опасность.

Что же касается структуры контрацепции, применяемой в различных возрастах, то в сущности она не поддается никакой формализации: доля различных средств в ней скорее всего зависит не от объек-

тивных факторов, а от предпочтений, привычек, уровня знаний населения. Исключение составляют только ВМС и гормональные средства, применение которых прямо зависит от возраста и здоровья женщины. Доля применяющих спирали с увеличением возраста нарастает, и у женщин 30 лет и старше она в 5—6 раз выше, чем у женщин моложе 20 лет. Гормональные средства женщины до 20 лет не применяют вообще, к 20—24 годам ими пользовалось 8—10%, а к 40 годам и старше — только около 1% применяющих МСК.

— Существенны ли различия в частоте абортот у женщин, пользующихся и не пользующихся противозачаточными средствами?

Доля женщин, не имеющих абортот в анамнезе к концу репродуктивного периода, варьирует среди не применяющих МСК от 12% до 22%, а среди применяющих — от 20% до 31%. У молодых женщин эти различия более существенны, чем в старших возрастах, и достигают примерно трехкратной величины. Так, в возрасте до 25 лет имеют 5 и более абортот (легальных и криминальных) 6—7% женщин, не применяющих контрацепцию, и 1,7—2,0% женщин, применяющих контрацепцию. То есть частота абортот у применяющих МСК хотя и ниже, чем у неприменяющих, тем не менее достаточно высока, чтобы представлять собой серьезную медико-социальную проблему. В этом мы видим подтверждение предварительной гипотезы о зависимости частоты абортот от структуры применяемой контрацепции, согласно которой неоптимальность структуры МСК ведет к значительному числу контрацептивных неудач (нежелательных беременностей), прерываемых затем абортотами.

Исследование показало, что среди применяющих традиционные, малоэффективные методы и средства больше доля женщин, имеющих в анамнезе 5 абортот и более. В то же время непосредственной зависимости частоты абортот от вида используемой контрацепции нет. Так, среди применявших последние два года ВМС доля имеющих 5 абортот и более в анамнезе во всех без исключения группах опрошенных лишь незначительно ниже, чем среди применяющих мужской презерватив. Это говорит о том, что ВМС обычно рекомендуют как выход из тяжелого поло-

жения — когда у женщины накапливается большое число абортсв.

Самая низкая доля женщин, имеющих в анамнезе 5 абортсв и более, — среди пользующихся гормональной контрацепцией. Они же чаще других вообще не имеют абортсв. Однако не следует считать, что это отражает только высокую эффективность названных средств. Дело еще и в том, что гормональные препараты чаще рекомендуют здоровым женщинам, а у них, возможно, и ниже частота абортсв в анамнезе.

— *Считаете ли вы, что те женщины, которые хорошо осведомлены о вреде абортсв, реже их производят?*

К сожалению, это не так. Частота абортсв не зависит от информированности женщин об их негативных последствиях. Так, даже те женщины, которые еще собираются рожать детей в дальнейшем и знают о возможности возникновения вторичного послеабортного бесплодия, прибегают к абортсв для регулирования интергенетических интервалов. Абортсв производятся ими вынужденно, для прерывания нежелательной в данный момент беременности, возникшей в связи с контрацептивной неудачей.

Частота абортсв не зависит и от источника сведений о МСК: около половины женщин, получивших сведения о предупреждении беременности от врача, и 44—46% женщин, получивших эти сведения от родных, знакомых, друзей, имеют в анамнезе 3 абортсв и более. Таким образом, и это хочется подчеркнуть особо, на частоту абортсв более сильное влияние оказывает время получения сведений о возможностях предупреждения беременности и негативных последствиях абортсв.

Среди получивших сведения о противозачаточных средствах до начала половой жизни достоверно больше женщин, не имеющих ни одного абортсв, по сравнению с теми, кто узнал о МСК во время первых родов или первого абортсв (соответственно 32—36% и 12—20%), и гораздо меньше — имеющих в анамнезе 4 абортсв и более (4—10% против 16—18%).

3.5. РЕПРОДУКТИВНЫЕ ПЛАНЫ И ИХ РЕАЛИЗАЦИЯ

Аборты не только средство достижения желаемой величины семьи, но и инструмент регулирования времени появления детей, т. е. календаря (или тайминга) рождений. По результатам исследования, около половины женщин, собирающихся иметь трех-четыре детей и еще не выполнивших свои репродуктивные намерения, имеют в анамнезе 5 абортов и более. Более того, чем больше детей собирается иметь женщина, тем больше у нее в анамнезе абортов (табл. 22).

Таблица 22. Репродуктивные намерения женщин Хабаровского края и частота абортов у них

Число ожидаемых детей	На 1000 женщин, собирающихся иметь соответствующее число детей, приходится абортов*:						
	ни одного аборта	1 аборт	2 аборта	3 аборта	4 аборта	5 абортов и более	нет ответа
Ни одного	1000	—	—	—	—	—	—
1	60	130	310	380	60	60	—
2	160	180	160	185	190	115	20
3	140	150	140	210	110	230	10
4 и более	—	120	140	160	180	400	—

* В таблице приведено общее число абортов — легальных и криминальных.

Парадокс между этими явлениями кажущийся — с уверенностью можно утверждать, что среди этой части опрошенных больше женщин старших возрастов, которые ориентировались на среднедетную (3—4 ребенка) или многодетную (5 детей и более) семью и почему-либо не удовлетворили полностью свою потребность в детях. С помощью абортов они пытались отложить рождения желанных вообще, но нежеланных в тот момент детей. Часть из этих рождений так и не была реализована в дальнейшем в связи с изменением индивидуальных жизненных обстоятельств.

Ответ на вопрос о том, сколько всего детей они собираются иметь, отразил эти невыполненные репродуктивные планы.

Как явствует из табл. 22, на 1000 опрошенных, собирающихся иметь одного ребенка, приходится самая низкая численность женщин, имеющих 4 аборта и более в анамнезе. Это также объясняется возрастным фактором — в этой группе преобладают женщины младших когорт, которые еще не «накопили» аборт, а репродуктивные намерения у них намного ниже, чем у их матерей.

— *Интересно, всегда ли аборт и контрацепция помогают женщинам иметь то число детей в семье, какое им хотелось бы? И сколько детей хотят иметь опрошенные женщины?*

Из табл. 23 видно, что распределение по числу имеющихся на момент опроса детей неоднотипно в обследованных регионах. Оно определяется не только репродуктивным поведением, но и возрастной структурой женщин, степенью сформированности их семьи.

Таблица 23. Распределение опрошенных женщин по числу имеющихся у них детей, %

	Ни одного ребенка	Один ребенок	Два ребенка	Три ребенка	Четыре ребенка и более	Нет ответа	Итого
Хабаровский край	10,0	28,9	41,1	14,1	3,9	2,0	100,0
Калининская область	24,7	49,7	23,5	1,8	0,3	—	100,0
Челябинская область							
основная группа	10,3	30,7	37,0	9,3	2,7	—	100,0
дополнительная группа	25,1	35,0	32,4	5,2	1,2	1,1	100,0

Основная масса респонденток имеет в своей семье одного-двух детей: их доля варьирует по регионам мало (от 67,4% в дополнительной группе Челябинской области до 73,2% в Калининской области). Однако внутри этой подгруппы имеются значительные различия. Так, в Калининской области только 23,5% опрошенных имеют двоих детей, в Хабаровском крае — 41,1%. Особенно значительны различия в доле женщин, имеющих троих, а также четверых и более детей. Кстати, так же значительно различа-

ются и показатели рождаемости по очередности рождения детей в областных регионах с низкой рождаемостью, к которым относится Калининская область, и в регионах с более высокой рождаемостью, куда может быть отнесен Хабаровский край. Следовательно, эти различия объясняются в основном дифференциацией репродуктивных установок, свойственных населению городов европейской части страны и сельской местности Сибири. В то же время существенные различия по числу имеющихся детей у основной и дополнительной групп опрошенных в Челябинской области отражают, по-видимому, репродуктивные установки и условия их реализации у здоровых и больных женщин: как известно, нездоровье — один из основных мотивов при отказе от рождения очередного ребенка. Возможно, этот фактор и обусловил более высокую долю не имеющих ни одного ребенка и однопородных в дополнительной группе опрошенных по сравнению с основной.

Четвертая часть женщин, имеющих одного ребенка, не собирается больше рожать; от 53% до 58% — собираются иметь всего двоих, а 7—15% — троих детей. Различия в числе планируемых детей начинаются с третьих рождений — в Калининской области их планирует почти в 2 раза меньше однопородных женщин, чем в Челябинской области (основная группа), и более чем в 2 раза меньше опрошенных, чем в Хабаровском крае. Следовательно, репродуктивные намерения женщин разнятся не только по типу поселений (город или село), но и по региону проживания: хорошо видно, насколько ушли вперед по пути малодетности городские женщины европейской части страны по сравнению с женщинами Сибири и Дальнего Востока.

Только 1—3% женщин, не имевших ни одного рождения к моменту опроса, вообще не собираются иметь детей. Возможно, это женщины, которые не могут их иметь и знают об этом. Поэтому вряд ли обоснованны тревоги некоторых демографов, считающих, что потребность в детях может упасть до нуля.

Как уже отмечалось, репродуктивные намерения женщин не всегда реализуются в полном объеме, что связано с условиями их реализации, к которым относится и состояние здоровья супругов. Уровень ин-

фертильности* в популяции составляет 6—8% (для всех женщин — состоящих и не состоящих в браке)⁷. Можно предположить, что и репродуктивные планы женщин, попавших в нашу выборку, будут реализованы не полностью, а уровень инфертильности к концу репродуктивного периода среди них окажется выше ожидаемого.

$\frac{2}{3}$ женщин, уже имеющих двоих детей, вполне удовлетворены размером своей семьи — они родили детей столько, сколько хотели; 14—16% хотели бы иметь троих детей; 1% — четверых детей и более. 9% женщин на вопрос о том, сколько всего детей они собираются иметь, не ответили. Что же касается матерей, уже имеющих троих детей, то 5—6% из них собирались иметь только двоих; 18—19% собираются иметь четверых детей и более. Каждая пятая женщина, родившая к моменту опроса четверых детей и более, собиралась иметь только двоих детей в семье. Следовательно, у женщин, имеющих троих детей и более, высока доля незапланированных беременностей, закончившихся рождением нежеланного ребенка. Такой результат связан, по-видимому, с контрацептивными неудачами и нежеланием по какой-либо причине прерывать беременность абортom.

Как и следовало ожидать, чем больше детей собираются всего иметь женщины, тем ниже среди них доля пользовавшихся МСК последние два года. В то же время 25% респонденток, собирающихся родить еще трех-четырех детей, продолжают и сейчас регулярно применять противозачаточные средства. В целом по всем обследуемым регионам около $\frac{1}{3}$ женщин с такими репродуктивными планами — старше 25 лет. Следовательно, может оказаться, что многие из них к концу репродуктивного периода просто не успеют выполнить свои намерения в связи с возрастным изменением плодовитости, вторичным бесплодием или иными причинами объективного характера.

Как показывает анализ, уровень образования женщин все в меньшей степени может рассматриваться как детерминанта рождаемости. Особенно заметно это у городского населения Калининской об-

* Инфертильность — отсутствие рождений у женщины в течение всего или определенной части репродуктивного периода.

ласти и в меньшей степени — у горожанок Челябинской области и сельских жительниц Хабаровского края. Во всех без исключения подвыборках для всех групп по уровню образования модальное число детей, которое собираются всего иметь респондентки, — 2. Тем не менее в группе женщин с самым низким образованием доля имеющих на момент опроса троих и более детей была самой высокой. В целом же наше обследование подтверждает положение о том, что с переходом к малолетности уровень образования перестает быть фактором дифференциации рождаемости.

Суммируя изложенное в данной главе, необходимо отметить следующее.

1. Обследование подтвердило предварительные гипотезы о том, что доля применяющих МСК на селе ниже, чем в городе; частота абортотем выше, чем менее оптимальна структура МСК и ниже доля женщин, пользующихся ими регулярно; частота нелегальных (криминальных) абортотем выше у сельских жительниц, женщин с более низким уровнем образования, а также у не состоящих в браке.

2. Частота абортотем тесно связана с возрастом женщин, числом рожденных к моменту опроса детей и репродуктивными планами. Это означает, что на всем протяжении репродуктивного периода женщины прибегают к абортотем не только для регулирования размеров семьи, но и для достижения желаемых интервалов между рождениями. Последнее особенно нежелательно в связи с влиянием абортотем на течение и исход последующих беременностей, жизнеспособность потомства. Значима связь между возрастом вступления в брак, возрастом наступления первой беременности и абортотем (особенно криминальными): женщины, у которых первая беременность наступила до брака и не вступившие в брак, чаще прерывают ее абортотем, а в очень молодых возрастах — криминальным.

3. Не подтвердилась гипотеза о том, что недостаточная обеспеченность средствами контрацепции — важнейшая причина производства абортотем. Связь между этими признаками слабая. Доступность, т. е. возможность их приобретения, как показало обследование, занимает последнее ранговое место в структуре мотивов выбора того или иного средства. Более

значимая связь выявлена между частотой абортов во всех без исключения подвыборках и недоступностью адекватной, квалифицированной и своевременной (до вступления в брак, а еще лучше — до начала половой жизни) информации о МСК.

4. Структура применения МСК за последние годы несколько улучшилась как у городских, так и у сельских жительниц, в ней уменьшилась доля устаревших, неэффективных средств, выросла доля ВМС, а в Хабаровском крае — и гормональных препаратов. Однако и сейчас она далека от оптимальной даже в городах, по-прежнему в ней преобладают устаревшие МСК и незначительна доля современных эффективных ВМС и гормональных средств.

5. Выбор того или иного вида контрацепции определяется прежде всего тем, от кого и когда впервые были получены сведения о МСК (так, респонденты, получившие сведения от родных и знакомых, чаще прибегают к спринцеванию, презервативам, прерванному половому сношению, чем те, кто узнал о МСК от врача или из популярной литературы). Выбор МСК прямо зависит и от того, какие качества контрацепции женщина считает для себя наиболее важными (надежность, безопасность для здоровья, удобство в применении и т. д.); от возраста женщины — более молодые чаще прибегают к барьерным методам (презервативам, колпачкам), к 25—35 годам растет доля применяющих ВМС и гормональные средства, после 35 лет увеличивается доля прибегающих к ритмическому методу, прерванному половому сношению и уменьшается доля пользующихся ВМС и гормональными средствами. Во всех без исключения группах выбор МСК зависит от того, получила ли женщина по этому вопросу консультацию врача.

6. Оценка качеств МСК показывает низкую информированность женщин, их санитарную безграмотность. Даже опрошенные в городах имеют очень искаженные представления об эффективности и безвредности средств, сильно предубеждены в отношении ВМС и гормональных препаратов.

7. Преобладающая доля опрошенных получила сведения о контрацепции от родных, близких, знакомых. При этом большая часть женщин узнала о возможностях предупреждения беременности во

время первого посещения женской консультации, первых родов или первого аборта, что недопустимо поздно.

8. Довольно высока доля женщин, считающих возможным самостоятельно выбирать МСК. Такой выбор часто кончается контрацептивной неудачей — нежелательной беременностью, что ведет к разочарованию в контрацепции, отказу от ее применения, росту частоты аборт.

9. Самооценка своих знаний о современной контрацепции играет важную роль в выборе МСК, а значит — и в частоте производства аборт. Женщины, хуже всего представляющие себе истинные качества МСК, чаще завышают свои знания и прибегают к самостоятельному выбору контрацепции. Это в свою очередь ведет к контрацептивным неудачам, заканчивающимся абортами.

Таким образом, для всех женщин с целью оптимизации структуры мер регулирования рождаемости необходимо следующее: своевременное получение квалифицированной и адекватной информации о мерах предупреждения беременности; разъяснительная работа об обязательности индивидуального подбора МСК с помощью врача-гинеколога; санитарно-просветительная работа по вопросам предпочтительности современных контрацептивов (ВМС и гормональных средств), их высокой надежности и безвредности в случае индивидуального подбора; повышение обеспеченности населения широким спектром современных эффективных средств. Особое внимание в этой деятельности должно уделяться самым молодым, а также не состоящим в браке женщинам, поскольку они составляют группу риска по производству криминальных аборт.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Расширенное воспроизводство населения — важнейшее условие нормального функционирования общества. Сегодня оно определяется прежде всего динамикой рождаемости. Именно поэтому ее тенденция к снижению ниже уровня простого воспроизводства у большинства населения страны так беспокоит демографов.

Ученые ищут пути воздействия на рождаемость. Поскольку ее уровень зависит от потребностей, интересов, ценностных ориентаций индивида и семьи, иерархии жизненных ценностей, места в ней потребности в детях и степени ее удовлетворения, все чаще говорят о необходимости изменения этой иерархии, воздействия на величину потребности в том или ином числе детей. Это очень не простая задача, ход решения которой еще недостаточно ясен. Не хватает глубоких теоретических проработок вопроса, и с этим согласны все специалисты в области рождаемости. Однако нет среди них единства во мнениях об этапах и факторах формирования потребности в детях, возможностях ее изменения в нужном направлении, очередности и характере соответствующих мероприятий, их эффективности. И поскольку единственным критерием истины является практика, то формирование комплекса мер эффективной демографической политики, направленных на изменение репродуктивных установок, всегда будет происходить до некоторой степени методом проб и ошибок. На решение этих вопросов уйдет, вероятно, не один год. Острота же проблемы такова, что пассивное ожидание невозможно.

Многие видные советские демографы, экономисты, социологи писали о необходимости сделать процесс воспроизводства более экономичным. Такой термин предложен доктором экономических наук Б. Ц. Урланисом и М. В. Курманом. Доктор философских наук А. Г. Вишневский говорит о том, что качество функционирования демографической системы определяется прежде всего тем, какой ценой достигается тот или иной уровень воспроизводства населения, каково соотношение в нем рождаемости и смертности. Такого же мнения придерживается и автор данной работы.

В предложенной вниманию читателя книге показаны резервы изменения современного уровня воспроизводства населения без изменения потребности в детях; достижения большего естественного прироста более экономичным путем, с меньшими демографическими и репродуктивными потерями. Такой путь означает интенсификацию процесса воспроизводства населения. Отдавая себе отчет в том, что это лишь паллиатив, автор тем не менее считает его своевременным и необходимым. Интенсификация воспроизводства за счет уменьшения компоненты, которая еще первыми советскими демографами была названа «бесполезной рождаемостью» (смертность детей первого года жизни, мертворождаемость, недонашиваемость), а также в связи с улучшением условий реализации репродуктивных установок (а к ним относятся конкретные условия жизни семьи, здоровье супругов, и прежде всего — «репродуктивное» здоровье) поможет увязать воспроизводство количественное с качественным. Под последним имеется в виду прежде всего воспроизводство здоровых поколений. Ведь изменение характера воспроизводства не самоцель, а лишь средство достижения наиболее полного удовлетворения всех потребностей личности — материальных и духовных. И хотя потребность в здоровье нигде и никогда не провозглашалась, да и вряд ли осознается личностью, она — основа нормальной жизнедеятельности, терминальная, т. е. ничем не заменимая, ценность.

В прочитанной вами книге показано, насколько существен резерв повышения уровня рождаемости только за счет субъективных поведенческих факторов — изменения структуры мер регулирования рождаемости, оптимизации возраста деторождения и интергенетических интервалов. По мнению автора, суммарный эффект предложенных мер интенсификации процесса воспроизводства позволит поддерживать его на уровне не ниже простого, отодвинет проявление негативных последствий сегодняшней демографической ситуации, позволит выиграть время для разработки мер воздействия на ценностные ориентации семьи и индивида. Таким образом, интенсификация воспроизводства населения не дань модной фразе, а назревшая необходимость, которая уже сегодня может стать реальностью.

ЛИТЕРАТУРА

ГЛАВА 1

¹ См.: Демографический энциклопедический словарь. М., 1985. С. 113.

² Вопросы народонаселения и демографической статистики. М., 1966. С. 239.

³ Антонов А. И. Снижается ли ценность детей?//Рождаемость: известное и неизвестное. М., 1983. С. 72—74.

⁴ См.: Вишневский А. Г. Демографическая революция. М., 1976. С. 208.

⁵ Волков А. Г. Семья — объект демографии. М., 1986. С. 251—253.

⁶ Население СССР. 1987: Статистический сборник. М., 1988. С. 211—214.

⁷ Волков А. Г. Семья — объект демографии. С. 152.

⁸ Козлов В. И. Этническая демография. М., 1977. С. 109.

⁹ Кодекс законов о браке, семье и опеке РСФСР. М., 1944. С. 6.

¹⁰ Зубрицкий М. К. Неонатальная смертность в г. Минске// Человек и среда. Караганда, 1972. С. 97—98.

¹¹ Игнатьева Р. К. Влияние некоторых социальных факторов на частоту недоношенности и вес ребенка при рождении// Материалы I Поволжской конференции по социальной гигиене и организации здравоохранения. Саратов, 1970. С. 120—126.

¹² Московский комсомолец. 1988. 19 марта.

¹³ Там же.

¹⁴ Там же. 1986. 25 окт.

¹⁵ Там же. 1986. 4 окт.

¹⁶ Медицинская газета. 1983. 19 окт.

¹⁷ Там же. 1983. 19 окт.

¹⁸ Волков А. Г. Семья — объект демографии. С. 95.

¹⁹ Воспроизводство населения СССР/Под ред. А. Г. Вишневского и А. Г. Волкова. М., 1983. С. 197.

²⁰ Татимов М. Б. Развитие народонаселения и демографическая политика. Алма-Ата, 1978. С. 131—133.

ГЛАВА 2

¹ Васильева Э. К. Социально-экономическая структура населения СССР. М., 1978. С. 54.

² Кваша А. Я., Киселева Г. П. Тенденции воспроизводства населения СССР//Возобновление поколений нашей страны. Народонаселение. Вып. 23. М., 1978. С. 15.

³ См.: Краткий словарь по философии. М., 1970. С. 13.

⁴ Урланис Б. Ц. Проблемы динамики населения СССР. М., 1974. С. 278—280.

⁵ Чернецкий О. Е. Зависимость уровня рождаемости от некоторых социально-экономических факторов и состояния здо-

ровья супружеских пар//Здравоохранение Российской Федерации. 1973. № 6. С. 11—12.

⁶ См.: Желоховцева И. Н. Охрана здоровья женщины в СССР. М., 1969. С. 19.

⁷ См.: Желоховцева И. Н. Влияние здоровья матери на перинатальную патологию новорожденного ребенка//Вопросы охраны здоровья матери и ребенка. М., 1971. Т. CLXV. С. 14—17.

⁸ См.: Акунц К. Актуальные вопросы бесплодия в браке. Ереван, 1978; Полчанова С. Л. Популяризация основ контрацепции как один из путей борьбы с абортми: Труды ЦНИИ санитарного просвещения. М., 1975. Т. 60. С. 128—133; Николов Н., Папазов Б. Бесплодие в семье. София, 1971.

⁹ Кодекс законов о браке, семье и опеке РСФСР. С. 129.

¹⁰ См.: Козлов В. И. Этническая демография. М., 1977.

¹¹ Искусственный аборт. Доклад научной группы ВОЗ. Серия техн. докладов № 623. 1980. С. 11.

¹² Moore-Cowar E. C. International Inventory of Information on Induced Abortion. N. Y., 1974.

¹³ См.: Каткова И. П., Мануилова И. А. Искусственные аборты, контрацепция — актуальные проблемы современного здравоохранения//Наше здоровье. Сер. Народонаселение. Вып. 43. М., 1983. С. 28—37.

¹⁴ См.: Смудевич В. Б., Ременник Л. И. Демографические аспекты эпидемиологии злокачественных новообразований: Научный обзор. М., 1983.

¹⁵ См.: Лехтер А. М. Опыт изучения последствий аборта//Советское здравоохранение. 1966. № 9. С. 22—26.

¹⁶ См.: Шиган Е. Н. Вопросы статистики перинатальной смертности: Автореф. дис. канд. мед. наук. М., 1966.

¹⁷ См.: Персианинов Л. С. Влияние нормальных и патологических родов на плодovitость//Акушерство и гинекология. 1972. № 5. С. 23—29.

¹⁸ Московский комсомолец. 1986. 13 сент.

¹⁹ См.: Антонов А. И. Смертность грудных и малых детей, ее причины и меры борьбы. Л., 1931; Уиппль Дж. Ч., Новосельский С. А. Основы демографической и санитарной статистики. М., 1929; Томилин С. А. Демография и социальная гигиена. М., 1973.

²⁰ См.: Влияние социально-биологических факторов на детскую смертность//Медико-демографические исследования. М., 1982. С. 42—46.

²¹ Ruffer A. R., Serano C. V. Results on the Interamerican Investigation of Mortality Relating to Reproduction//ПАНО Bull. 1976. Vol. 10. N 2. P. 131—141.

²² Siegel L. Low Birth Weight and Preterm Birth: The Emerging Importance of Prevention//Soc. Prevent. Med. 1985. Vol. 30. N 3. P. 118—124.

²³ Bercowitz G. S. Clinical and Obsteric Risk Factors for Preterm Delivery//Mount Sinai J. Med. 1985. Vol. 52. N 4. P. 239—247.

²⁴ См.: Фролова О. Г. К вопросу изучения причин перинатальной смертности//Гигиеническая наука — практике. М., 1972. С. 170—173.

²⁵ См.: Норман К. Невин. Генетические заболевания//Дородовое консультирование/Под ред. М. Харлея. М., 1985. С. 13—42.

²⁶ *Knodel J., Hermalin A. I. Effects of Birth Rank, Maternal Age, Birth Interval and Sibship Size on Infant and Child Mortality: Evidence from 18th and 19th Century Reproductive Histories//Am. J. Publ. Hlth. 1984. Vol. 74. N 10. P. 2—10.*

²⁷ См.: Новые тенденции и подходы в области охраны здоровья матери и ребенка. Доклад научной группы ВОЗ. М., 1978; *Каткова И. П.* Вопросы охраны материнства и детства в аспекте демографической политики: Доклад на рабочем заседании I Всесоюзной научной школы по проблемам народонаселения (Брест, 27 мая—2 июня 1979 г.). Минск, 1979.

²⁸ См.: *Яковлева С. М.* Способы и средства контрацепции. Л., 1970.

²⁹ *Судоплатов А. П.* Демографические аспекты международного экономического и научно-технического сотрудничества// *Население мира. Народонаселение. Вып. 39. 1982. С. 22.*

³⁰ См.: *Борисов В. А.* Перспективы рождаемости. М., 1976. С. 9.

³¹ *Гормональная контрацепция/Под ред. А. А. Хеспелса и Р. Роланда. М., 1985. С. 22—39.*

³² *Манцилова И. А.* Современные контрацептивные средства. М., 1983. С. 11.

³³ См.: *Чернецкий О. Е., Салатич А. И.* Экономические потери и методика их исчисления в связи с абортom//*Сб. трудов Ростовского мед. ин-та. 1977. Т. 87. С. 36—39; Каткова И. П., Кравченко Н. А.* Некоторые медико-социальные проблемы в связи с рождением ребенка//*Комплексное изучение состояния здоровья населения Тамбовской области в связи со Всесоюзной переписью населения СССР 1970 года. Тамбов, 1973. С. 59—65.*

³⁴ См.: *Шнейдерман Н. А.* Социальная значимость изменения структуры мер планирования семьи//*Современные методы профилактики искусственного аборта и регуляции репродуктивной функции женщины: Сборник научных трудов. М., 1987. С. 26—31.*

³⁵ См.: *Бедный М. С.* Демографические факторы здоровья. М., 1984.

³⁶ См.: *Качергюс А.* Психотерапия во время курортного лечения женщин, страдающих бесплодием//*I съезд акушеров-гинекологов Литовской ССР. Каунас, 1977. Т. 1. С. 182—183.*

³⁷ См.: *Бесплодный брак/Под ред. Р. Дж. Пепперелла, Б. Хадсона, К. Вуда. М., 1986.*

³⁸ См.: *Симонов В.* Homo technicus от рождения до смерти//*Литературная газета. 1986. 30 июля. С. 13.*

³⁹ *Гробстейн К.* Искусственное оплодотворение у человека//*Молекулы и клетки. М., 1982. С. 94—114.*

⁴⁰ *Fletcher J.* The Ethics of Genetic Control. Ending Reproductive Roulette. N. Y., 1974. P. 77.

⁴¹ *Shea M. C.* Embryonic Zife and Human Zife//*J. Med. Ethics. 1985. Vol. 11. N 4. P. 205—209.*

⁴² См.: *Грищенко В. И., Паращук Ю. С.* Использование искусственной инсеминации в клинической практике//*Акушерство и гинекология. 1986. № 7. С. 22—24.*

⁴³ Подробнее об этих вопросах см.: *Бесплодный брак/Под ред. Р. Дж. Пепперелла, Б. Хадсона, К. Вуда.*

⁴⁴ См. там же. С. 272.

ГЛАВА 3

¹ См.: Мануилова И. А. Современные контрацептивные средства. М., 1983.

² См. Мануилова И. А. Указ. соч.; Новые методы регулирования фертильности. Доклад научной группы ВОЗ. М., 1975.

³ См.: Гормональная контрацепция/Под ред. А. А. Хеспелса, Р. Роланда. М., 1985. С. 36.

⁴ Тольц М. С. Характеристика некоторых компонентов рождаемости в большом городе//Демографический анализ рождаемости. М., 1974.

⁵ Карпов А. В., Данилов И. И. Некоторые социально-гигиенические аспекты аборта//Актуальные вопросы акушерства и гинекологии. Барнаул, 1975. С. 53—54.

⁶ Бойзель М. М., Озолин Е. А., Соломонов С. Л. Анализ социально-гигиенических факторов, сопутствующих абортam при первой беременности//Социальная гигиена и организация здравоохранения. Рига, 1976. С. 36—41.

⁷ См.: Сифман Р. И. Динамика рождаемости в СССР. М., 1974.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Третья глава прочитанной вами книги написана по результатам обработки приведенной в приложении 1 анкеты, которая позволила получить ряд интересных сведений о репродуктивном поведении женщин. Однако в ходе анализа были выявлены и неточно сформулированные вопросы, недостатки в обработке и т. д. Для последующего, более качественного обследования нами совместно с НИИ Госкомстата СССР были разработаны еще три анкеты: «Карта опроса родильниц», «Карта опроса женщин, производивших аборт» и «Карта опроса женщины (18—49 лет)». Такое деление проведено потому, что, как показывает практика, женщины, только что родившие ребенка или сделавшие аборт, по-разному ведут себя, по-разному отвечают на поставленные вопросы.

Мы надеемся, что названные анкеты будут представлять познавательный интерес как для специалистов, так и для широкого круга читателей, интересующихся вопросами изучения рождаемости.

Приложение 1

Карта опроса женщин о применении противозачаточных средств

Уважаемые женщины!

Широкое и правильное применение противозачаточных средств (контрацептивов) помогает предупредить нежелательную беременность, уберечься от операции аборта. Промышленность выпускает различные контрацептивы, но не каждая женщина пользуется ими. Кроме того, существует целый ряд контрацептивных методов (спринцевание, прерванное половое сношение и др.). А как относитесь Вы к предохранению от беременности? Пользуетесь ли Вы противозачаточными средствами? Если нет, то почему? Эти и другие вопросы очень волнуют медиков, стоящих на страже Вашего здоровья. Ответив на эту анкету, Вы поможете органам здравоохранения разработать мероприятия, направленные на охрану здоровья многих женщин. При этом очень важно, чтобы Вы ответили на все предложенные вопросы, так как они одинаково важны. Анкета анонимная. Это означает, что данные, которые Вы внесете в анкету, не будут разглашаться, а Вы останетесь неизвестны. Поэтому будьте предельно откровенны и искренни в ответах.

Прежде чем ответить на вопросы, внимательно прочтите каждый вопрос и возможные варианты ответов на него. Затем выберите тот ответ (ответы), который соответствует вашему мнению, подчеркните этот ответ (ответы) и одновременно обведите кружком стоящую справа от него цифру или от руки заполните соответствующий пункт (пустую графу).

Данные анкеты будут обрабатываться на вычислительных машинах, поэтому просим заполнить ее внимательно и точно.

Заполненную анкету передайте _____
 Благодарим за участие в опросе и искренние ответы!

1. Пользуетесь ли Вы предохраняющими от беременности методами и средствами?
 пользуюсь сейчас (последние два года) 1
 пользовалась ранее 2
 не пользовалась никогда 3

2. Если Вы не пользуетесь средствами и методами предохранения от беременности, то почему?
 они опасны для здоровья 1
 они не надежны 2
 они опасны для будущего материнства и для здоровья ребенка 3
 аборт сделать проще 4
 хочу забеременеть 5
 нет нужных или хороших средств в аптеке 6
 национальные традиции 7
 нежелание мужа 8
 мешают сексуальному удовлетворению 9
 не знаю 10

3. Какими методами и средствами предохранения от беременности Вы пользуетесь? (подчеркните нужный ответ и обведите соответствующие цифры в обеих колонках)

	Ранее	Сейчас (последние 2 года)
спринцевание	1	1
мужской презерватив	2	2
влагалищная резиновая диафрагма	3	3
внутриматочная спираль	4	4
влагалищные свечи, пасты, таблетки, шарики	5	5
таблетки (Бисекурин, Нон-овлон и т. п.)	6	6
воздержание от половой жизни в опасные дни по календарю	7	7
воздержание от половой жизни в опасные дни по температурному графику	8	8
прерванное половое сношение	9	9
длительное воздержание от половой жизни	10	10
другие методы и средства (укажите, какие)	11	11

4. Почему Вы применяете именно эти методы и средства предохранения от беременности?

считаю их наиболее надежными	1
считаю их наиболее удобными в применении	2
считаю их наиболее безопасными для здоровья	3
я к ним привыкла	4
не знаю других	5
эти средства легче всего приобрести в аптеке	6

5. Считаете ли Вы, что противозачаточные средства можно выбрать самостоятельно?

- | | |
|---|---|
| считаю | 1 |
| не считаю, так как это требует врачебного контроля | 2 |
| 6. Советовались ли Вы о выборе средств (методов) контрацепции в женской консультации? | |
| советовалась | 1 |
| не знаю о возможности получения такого совета в женской консультации | 2 |
| стеснялась обращаться специально по этому вопросу в женскую консультацию | 3 |
| считаю, что это интимное дело супругов, в которое не следует вмешивать других | 4 |
| 7. Когда Вы впервые узнали о методах и средствах предохранения от беременности? | |
| в школе | 1 |
| к началу половой жизни | 2 |
| перед вступлением в брак | 3 |
| во время первого посещения женской консультации | 4 |
| во время первых родов или первого аборта | 5 |
| 8. От кого Вы узнали о способах предохранения от беременности? | |
| от сверстников | 1 |
| от знакомых и близких | 2 |
| от родителей | 3 |
| от учителя | 4 |
| от врача-гинеколога женской консультации | 5 |
| от другого врача (участкового, в поликлинике, медсанчасти) | 6 |
| из популярных санитарно-просветительных материалов | 7 |
| 9. Считаете ли Вы, что имеете полное представление о современных средствах предупреждения нежелательной беременности? | |
| считаю | 1 |
| не считаю | 2 |
| 10. Из каких источников Вы хотели бы получать информацию по вопросам контрацепции? | |
| книга, брошюра, журнал | 1 |
| телепередача | 2 |
| радиопередача | 3 |
| встреча с врачом | 4 |
| занятия в народном университете | 5 |
| памятка, выдаваемая в аптеке | 6 |
| 11. Есть ли у Вас дети? | |
| нет | 1 |
| есть один ребенок | 2 |
| есть двое детей | 3 |
| есть трое детей | 4 |
| есть четверо и более детей | 5 |
| 12. Сколько у Вас всего абортов, произведенных в мед- | |

цинском учреждении? (обведите цифру и проставьте ее справа в кружочке)

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и более.

13. Помимо аборт, произведенных в медицинском учреждении, сколько у Вас аборт, произведенных самостоятельно или с помощью другого лица вне стен медицинского учреждения? (обведите цифру и проставьте ее справа)

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 и более.

14. Какие последствия аборт Вы знаете?

воспаление придатков	1
выкидыш	2
преждевременные роды	3
внематочная беременность	4
неизлечимое бесплодие	5
нарушение менструального цикла	6
неврозы	7
кровотечения	8
родовая слабость	9
прободение стенки матки	10
никаких последствий аборт не знаю	11

15. Сколько всего детей Вы собираетесь иметь? (обведите цифру и проставьте ее справа)

0, 1, 2, 3, 4, 5, 6 и более.

16. В каком возрасте наступила Ваша первая беременность?

17. Каков исход Вашей первой беременности?

роды в срок	1
преждевременные роды	2
мертворождение	3
выкидыш	4
аборт	5
оперативное вмешательство по поводу внематочной беременности	6

В заключение, пожалуйста, укажите:

18. Ваш возраст

до 15 лет	1
15—19 лет	2
20—24 года	3
25—29 лет	4
30—34 года	5
35—39 лет	6
40—44 года	7
45—49 лет	8
50 лет и старше	9

19. Ваше семейное положение

замужем	1
вдова	2
разведенная	3
незамужняя (никогда не состояла в браке)	4
брак не зарегистрирован	5

20. В каком возрасте Вы вышли замуж?

до 15 лет	1
-----------	---

15—19 лет	2
20—24 года	3
25—29 лет	4
30—34 года	5
35—39 лет	6
40—44 года	7
45—49 лет	8
50 лет и старше	9
21. Вы проживаете	
в городе	1
в селе	2
22. Ваше образование	
начальное (1—4 класса)	1
неполное среднее	2
среднее	3
среднее специальное	4
незаконченное высшее	5
высшее	6
23. Ваше социальное положение	
рабочая	1
служащая	2
колхозница	3
домохозяйка	4
учащаяся (студентка)	5
24. Ваша национальность	
русская	1
украинка	2
белоруска	3
народности Дагестана	4
башкирка	5
мордовка	6
удмуртка	7
тувинка	8
татарка	9
еврейка	10
	11

Приложение 2

Учреждение здравоохранения

Карта опроса родильниц

Уважаемый товарищ!

Нам необходима информация для совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи. Мы обращаемся к Вам с просьбой внимательно ответить на предлагаемые вопросы, обведя кружком цифру справа от соответствующего ответа (ответов)

1. Возраст _____
год рождения _____

2. Состояние в браке:
- состою в зарегистрированном браке 1
 - состою в незарегистрированном браке 2
 - собираюсь вступить в брак с отцом ребенка 3
 - никогда не состояла в браке 4
 - вдова 5
 - разведена 6

3. Образование:
- начальное или ниже 1
 - неполное среднее 2
 - среднее общее 3
 - среднее специальное 4
 - высшее (включая незаконченное высшее) 5

4. Основное занятие:
- работаю на предприятии, в учреждении 1
 - работаю в колхозе 2
 - учусь в школе, техникуме, ПТУ, вузе 3
 - занята индивидуальной трудовой деятельностью (в подсобном хозяйстве) 4
 - домохозяйка 5

- Для работающих указать характер труда:
- умственный 6
 - физический несельскохозяйственный 7
 - физический сельскохозяйственный 8

5. Национальность _____

6. Вы живете совместно со своими родителями, родителями мужа (другими родственниками) или отдельно?

- совместно 1
- отдельно 2

7. Вы живете:
- в квартире (доме) 1
 - в общежитии 2
 - снимаете жилье 3

Для состоящих в браке:

8. Год вступления в настоящий брак _____

9. Возраст мужа в настоящее время _____ лет

10. Образование мужа:
- начальное и ниже 1
 - неполное среднее 2
 - среднее общее 3
 - среднее специальное 4
 - высшее (включая незаконченное высшее) 5

11. Как Вы оцениваете Ваши взаимоотношения с мужем?

- очень хорошие 1
- хорошие 2
- удовлетворительные 3
- плохие 4

12. Вспомните, пожалуйста, сколько у Вас было всего: беременностей (включая настоящую) _____, родов (включая настоящие) _____, аборт(ов) _____, выкидышей и других исходов _____

№ беременности по порядку	В каком году закончилась каждая беременность (включая настоящую)	Сколько Вам было лет	Чем закончилась беременность		
			родился живой ребенок	был сделан искусственный аборт	прочие исходы
1		1		2	3
2		1		2	3
3		1		2	3
4		1		2	3
5		1		2	3
6		1		2	3
7		1		2	3
8		1		2	3
9		1		2	3
10		1		2	3

13. Сколько сейчас детей до 18 лет, с учетом новорожденного, в Вашей семье (включая детей, рожденных Вами, усыновленных, детей мужа и т. д.) _____

14. Собираетесь ли Вы еще рожать?

Да — 1 Нет — 2

Если да, то сколько детей? _____

15. До того, как Вы забеременели, Вы хотели родить ребенка?

- хотела сейчас 1
- хотела, но позже 2
- не хотела ребенка, но, когда забеременела, передумала 3
- не хотела, но хотел муж 4
- не хотела, но решила рожать, чтобы не делать аборта 5
- не хотела, но муж был против аборта 6
- не хотела по другим причинам 7
- затрудняюсь ответить 8

16. Какие из перечисленных мер предохранения от беременности Вы знаете, применяли или собираетесь применять?

Меры предохранения от беременности	Знаю о существовании данной меры	Применяла раньше, но не перед настоящей беременностью	Применяла перед настоящей беременностью	Собираюсь применить в дальнейшем
1. Спринцевание	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3

Меры предохранения от беременности	Знаю о существовании данной меры		Применяла раньше, но не перед настоящей беременностью		Применяла перед настоящей беременностью		Собираюсь применить в дальнейшем	
2. Мужской презерватив	знаю	1	да	1	да	1	да	1
	не знаю	2	нет	2	нет	2	нет	2
							не знаю	3
3. Воздержание от половой жизни в опасные дни	знаю	1	да	1	да	1	да	1
	не знаю	2	нет	2	нет	2	нет	2
							не знаю	3
4. Прерванное половое сношение	знаю	1	да	1	да	1	да	1
	не знаю	2	нет	2	нет	2	нет	2
							не знаю	3
5. Внутриматочная спираль (ВМС)	знаю	1	да	1	да	1	да	1
	не знаю	2	нет	2	нет	2	нет	2
							не знаю	3
6. Гормональные средства (таблетки для приема внутрь)	знаю	1	да	1	да	1	да	1
	не знаю	2	нет	2	нет	2	нет	2
							не знаю	3
7. Другие средства (какне?)	знаю	1	да	1	да	1	да	1
	не знаю	2	нет	2	нет	2	нет	2
							не знаю	3

17. Почему Вы выбрали для себя именно эти меры предохранения от беременности?

Потому, что:

- они легко доступны 1
- их рекомендовал врач 2
- их посоветовали близкие 3
- я к ним привыкла 4
- их предпочитает муж 5
- затрудняюсь ответить 6
- по другим причинам (каким?) 7

18. Считаете ли Вы, что если не применять никаких средств предупреждения, то риск забеременеть у Вас:

- очень высокий 1
- высокий 2
- средний 3
- низкий 4
- очень низкий 5
- такого риска практически нет 6
- затрудняюсь ответить 7

19. Как Вы оцениваете перечисленные меры предохранения от беременности?

Оценка мер

Меры предохранения от беременности	Надежная		Удобная в применении		Опасная для здоровья		Мешает сексуальному удовлетворению		Имеет другие отрицательные свойства	
1. Спринцевание	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3
2. Мужской презерватив	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3
3. Воздержание от половой жизни в опасные дни	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3
4. Прерванное половое сношение	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3
5. Внутриматочная спираль (ВМС)	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3
6. Гормональные средства (таблетки для приема внутрь)	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3
7. Другие средства (какие?)	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3	да нет отв.	1 2 3

20. Если Вы не хотели родить ребенка и при этом не применяли меры предохранения от беременности, то почему?

- не думала, что могу забеременеть 1
- не было надежных и доступных средств 2
- * — не хотел муж 3
- по другим причинам (каким?) _____ 4
- затрудняюсь ответить 5

21. Как Вам известно, некоторые женщины прерывают беременность самостоятельно или с помощью других лиц, не обращаясь в медицинские учреждения. Почему, по Вашему мнению, они избирают этот путь?

— потому, что просрочили 12-недельный срок производства аборта	1
— потому, что производство аборта в медицинском учреждении связано с большой очередью	2
— потому, что производство аборта в медицинском учреждении связано с пропуском дней на работе	3
— потому, что хотят скрыть факт беременности	4
— по другим причинам (каким, впишите)	5

Дата заполнения _____

Подпись медработника _____

Приложение 3

Учреждение здравоохранения _____

Карта опроса женщин, производивших аборт

Уважаемый товарищ!

Нам необходима информация для совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи. Мы обращаемся к Вам с просьбой внимательно ответить на предлагаемые вопросы, обведя кружком цифру справа от соответствующего ответа (ответов)

1. Возраст _____
год рождения _____
2. Состояние в браке:

— состою в зарегистрированном браке	1
— состою в незарегистрированном браке	2
— никогда не состояла в браке	3
— вдова	4
— разведена	5
3. Образование:

— начальное или ниже	1
— неполное среднее	2
— среднее общее	3
— среднее специальное	4
— высшее (включая незаконченное высшее)	5
4. Основное занятие:

— работаю на предприятии, в учреждении	1
— работаю в колхозе	2
— учусь в школе, техникуме, ПТУ, вузе	3
— занята индивидуальной трудовой деятельностью (в подсобном хозяйстве)	4
— домохозяйка	5
- Для работающих указать характер труда:

— умственный	6
— физический несельскохозяйственный	7
— физический сельскохозяйственный	8
5. Национальность _____

6. Вы живете совместно со своими родителями, родителями мужа (другими родственниками) или отдельно?

- совместно 1
- отдельно 2

7. Вы живете:

- в квартире (доме) 1
- в общежитии 2
- снимаете жилье 3

Для состоящих в браке:

8. Год вступления в настоящий брак _____

9. Возраст мужа в настоящее время _____ лет

10. Образование мужа:

- начальное и ниже 1
- неполное среднее 2
- среднее общее 3
- среднее специальное 4
- высшее (включая незаконченное высшее) 5

11. Как Вы оцениваете Ваши взаимоотношения с мужем?

- очень хорошие 1
- хорошие 2
- удовлетворительные 3
- плохие 4

12. Вспомните, пожалуйста, сколько у Вас было всего: беременностей (включая настоящую) _____, родов _____, аборт (включая настоящий) _____ выкидышей и других исходов _____

№ беременности по порядку	В каком году закончилась каждая беременность (включая настоящую)	Сколько было лет	Чем закончилась беременность		
			родился живой ребенок	был сделан искусственный аборт	прочие исходы
1		1	2	3	
2		1	2	3	
3		1	2	3	
4		1	2	3	
5		1	2	3	
6		1	2	3	
7		1	2	3	
8		1	2	3	
9		1	2	3	
10		1	2	3	

13. Сколько сейчас детей до 18 лет в Вашей семье (включая детей, рожденных Вами, усыновленных, детей мужа и т. д.) _____

14. Собираетесь ли Вы в дальнейшем рожать?

Да — 1 Нет — 2.

Если да, то сколько детей? _____

15. До того, как Вы забеременели, Вы хотели родить ребенка?

- не хотела 1
- хотела, но позже 2
- хотела, но изменила свое решение, когда была уже беременна 3
- хотела, но не позволяли обстоятельства 4
- хотела, но не позволяло здоровье 5
- хотела, но не хотел муж 6
- затрудняюсь ответить 7

16. Какие из перечисленных мер предохранения от беременности Вы знаете, применяли или собираетесь применять?

Меры предохранения от беременности	Знаю о существовании данной меры	Применяла раньше	Применяла перед настоящей беременностью	Хотела бы применять в дальнейшем
1. Спринцевание	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3
2. Мужской презерватив	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3
3. Воздержание от половой жизни в опасные дни	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3
4. Прерванное половое сношение	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3
5. Внутриматочная спираль (ВМС)	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3
6. Гормональные средства (таблетки для приема внутрь)	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3
7. Другие средства (какие?)	знаю 1 не знаю 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2	да 1 нет 2 не знаю 3

17. Почему Вы выбрали для себя именно эти меры предохранения от беременности?

Потому, что:

- они легко доступны 1
- их рекомендовал врач 2
- их посоветовали близкие 3
- я к ним привыкла 4
- их предпочитает муж 5

- затрудняюсь ответить 6
- по другим причинам (каким?) 7

18. Считаете ли Вы, что если не применять никаких средств предупреждения, то риск забеременеть у Вас:

- очень высокий 1
- высокий 2
- средний 3
- низкий 4
- очень низкий 5
- такого риска практически нет 6
- затрудняюсь ответить 7

19. Как Вы оцениваете перечисленные меры предохранения от беременности?

Меры предохранения от беременности	Оценка мер									
	Надежная	Удобная в применении	Опасная для здоровья	Мешает сексуальному удовлетворению	Имеет другие отрицательные свойства					
1. Спринцевание	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3
2. Мужской презерватив	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3
3. Воздержание от половой жизни в опасные дни	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3
4. Прерванное половое сношение	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3
5. Внутриматочная спираль (ВМС)	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3
6. Гормональные средства (таблетки для приема внутрь)	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3
7. Другие средства (какне?)	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3	да нет затруд. отв.	1 2 3

20. Если Вы не хотели родить ребенка в настоящее время и при этом не применяли меры предохранения от беременности, то почему?

- не думала, что могу забеременеть 1
- не было надежных и доступных средств 2
- не хотел муж 3
- по другим причинам (каким?) _____ 4

- затрудняюсь ответить 5

21. Как Вам известно, некоторые женщины прерывают беременность самостоятельно или с помощью других лиц, не обращаясь в медицинские учреждения. Почему, по Вашему мнению, они избирают этот путь?

- потому, что просрочили 12-недельный срок производства аборта 1
- потому, что производство аборта в медицинском учреждении связано с большой очередью 2
- потому, что производство аборта в медицинском учреждении связано с пропуском дней на работе 3
- потому, что хотят скрыть факт беременности 4
- по другим причинам (каким?) _____ 5

Дата заполнения _____

Подпись медработника _____

Приложение 4

Учреждение здравоохранения _____

Карта опроса женщины (18—49 лет)

Уважаемый товарищ!

Нам необходима информация для совершенствования организации акушерско-гинекологической помощи. Мы обращаемся к Вам с просьбой внимательно ответить на предлагаемые вопросы, обведя кружком цифру справа от соответствующего ответа (ответов)

1. Возраст _____
год рождения _____

2. Состояние в браке:
- состою в зарегистрированном браке 1
 - состою в незарегистрированном браке 2
 - никогда не состояла в браке 3
 - вдова 4
 - разведена 5

3. Образование:	
— начальное или ниже	1
— неполное среднее	2
— среднее общее	3
— среднее специальное	4
— высшее (включая незаконченное высшее)	5

4. Основное занятие:	
— работаю на предприятии, в учреждении	1
— работаю в колхозе	2
— учусь в школе, техникуме, ПТУ, вузе	3
— занята индивидуальной трудовой деятельностью (в подсобном хозяйстве)	4
— домохозяйка	5

Для работающих указать характер труда:	
умственный	6
физический несельскохозяйственный	7
физический сельскохозяйственный	8

5. Национальность _____

6. Вы живете совместно со своими родителями, родителями мужа (другими родственниками) или отдельно?

— совместно	1
— отдельно	2

7. Вы живете:

в квартире (доме)	1
в общежитии	2
снимаете жилье	3

Для состоящих в браке:

8. Год вступления в настоящий брак _____

9. Возраст мужа в настоящее время _____ лет

10. Образование мужа:

— начальное и ниже	1
— неполное среднее	2
— среднее общее	3
— среднее специальное	4
— высшее (включая незаконченное высшее)	5

11. Как Вы оцениваете Ваши взаимоотношения с мужем?

— очень хорошие	1
— хорошие	2
— удовлетворительные	3
— плохие	4

12. Вспомните, пожалуйста, сколько у Вас было всего: беременностей _____, родов _____, абортсв _____, выкидышей и других исходов _____

№ беременности по порядку	В каком году закончилась каждая беременность	Сколько Вам было лет	Чем закончилась беременность		
			родился живой ребенок	был сделан искусственный аборт	прочие исходы
1			1	2	3
2			1	2	3
3			1	2	3
4			1	2	3
5			1	2	3
6			1	2	3
7			1	2	3
8			1	2	3
9			1	2	3
10			1	2	3

13. Беременны ли Вы в настоящее время?

- не беременна 1
- беременна 2

Для беременных указать:

- собираюсь родить ребенка 1
- собираюсь делать аборт 2
- еще не решила 3

14. Сколько сейчас детей до 18 лет в Вашей семье (включая детей, рожденных Вами, усыновленных, детей мужа и т. д.)

15. Сколько всего детей Вы собираетесь иметь? _____

16. Хотите ли Вы в настоящее время родить ребенка?

- хочу 1
- не хочу 2
- хочу, но позже 3
- хочу, но не хочет муж 4
- не хочу, но хочет муж 5
- хочу, но не позволяет здоровье 6
- хотела бы, но страдаю бесплодием (я, муж) 7
- хотела бы, но считаю, что поздно 8
- затрудняюсь ответить 9

17. Как бы Вы поступили, если бы в настоящее время у Вас возникла беременность?

- родила бы ребенка 1
- сделала бы аборт 2
- затрудняюсь ответить 3

18. Какие из перечисленных мер предохранения от беременности Вы знаете, применяли или собираетесь применять?

Меры предохранения от беременности	Знаю о существовании данной меры	Сейчас не применяю, но применяла раньше	Применяю в настоящее время	Хотела бы применять в дальнейшем	
1. Спринцевание	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю
2. Мужской презерватив	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю
3. Воздержание от половой жизни в опасные дни	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю
4. Прерванное половое сношение	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю
5. Внутриматочная спираль (ВМС)	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю
6. Гормональные средства (таблетки для приема внутрь)	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю
7. Другие средства (какие?)	знаю не знаю	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет	1 да 2 нет 3 не знаю

19. Почему Вы для себя выбрали именно эти меры предохранения от беременности?

Потому, что:

- они легкодоступны 1
- их рекомендовал врач 2
- их посоветовали близкие 3
- я к ним привыкла 4
- их предпочитает муж 5
- затрудняюсь ответить 6
- по другим причинам (каким?) 7

20. Считаете ли Вы, что если не применять никаких средств предупреждения, то риск забеременеть у Вас:

- очень высокий 1
- высокий 2
- средний 3
- низкий 4
- очень низкий 5
- такого риска практически нет 6

21. Как Вы оцениваете перечисленные меры предохранения от беременности?

Меры предохранения от беременности	Оценка мер					
	Надежная	Удобная в применении	Опасная для здоровья	Мешает сексуальному удовольствию	Имеет другие отрицательные свойства	
1. Спринцевание	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.
2. Мужской презерватив	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.
3. Воздержание от половой жизни в опасные дни	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.
4. Прерванное половое сношение	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.
5. Внутриматочная спираль (ВМС)	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.
6. Гормональные средства (таблетки для приема внутрь)	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.
7. Другие средства (какие?)	да нет затруд. отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.	1 да 2 нет 3 отв.

22. Если Вы в настоящее время не хотите родить ребенка и при этом не применяете меры предохранения от беременности, то почему:

- не думаю, что могу забеременеть 1
- нет надежных и доступных средств 2
- не хочет муж 3
- страдаю бесплодием (я, муж) 4
- по другим причинам 5

23. Как Вам известно, некоторые женщины прерывают беременность самостоятельно или с помощью других лиц, не обращаясь в медицинские учреждения. Почему, по Вашему мнению, они избирают этот путь?

- потому, что просрочили 12-недельный срок производства аборта 1
 - потому, что производство аборта в медицинском учреждении связано с большой очередью 2
 - потому, что производство аборта в медицинском учреждении связано с пропуском дней на работе 3
 - потому, что хотят скрыть факт беременности 4
 - по другим причинам (каким, впишите) _____ 5
-

Дата заполнения _____

Подпись медработника _____

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение	3
Глава 1. РОЖДАЕМОСТЬ: ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ	9
1.1. Перенаселение — миф или реальность?	—
1.2. Сколько детей иметь в семье?	17
1.3. Внебрачные рождения	30
1.4. Слово матери-одиночке	40
1.5. Что нас ждет в будущем	43
Глава 2. ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ И ЗДОРОВЬЕ	54
2.1. Количество или... качество?	—
2.2. Аборт	59
2.3. Здоровье матери — здоровье ребенка	69
2.4. Планирование семьи — задача личная и общественная	80
2.5. Бесплодие. «Ребенок из пробирки»: за и против	97
Глава 3. МЕТОДЫ РЕГУЛИРОВАНИЯ РОЖДАЕМОСТИ (итоги выборочного обследования)	111
3.1. Как проводилось обследование	—
3.2. Противозачаточные средства, которые мы выбираем	115
3.3. Причины и мотивы выбора	125
3.4. Часто ли производят аборт современные женщины?	130
3.5. Репродуктивные планы и их реализация	140
Заключение	147
Литература	149
Приложения	153

Шнейдерман Н. А.

- Ш76** Откровенный разговор: Рождаемость и меры ее регулирования. — М.: Мысль, 1991. — 170, [2] с.: табл. — (Социология и жизнь).
ISBN 5-244-00527-8

Книга посвящена вопросам рождаемости и мерам ее регулирования. Особое внимание уделено современным методам лечения бесплодия, рассматриваются вопросы «зачатия в пробирке», искусственного оплодотворения и пр. Показана распространенность различных средств контрацепции и мотивы выбора их женщинами, дана характеристика этих средств с точки зрения эффективности и безвредности для здоровья.

Для широкого круга читателей.

Научное издание

**Неся Андреевна
Шнейдерман**

ОТКРОВЕННЫЙ РАЗГОВОР

Рождаемость и меры
ее регулирования

ИБ № 3905

Редактор
Е. В. Зотова

Оформление художника
Э. К. Ипполитовой

Художественный редактор
Н. В. Илларионова

Технический редактор
Н. Ф. Федорова

Корректор
Г. В. Шницкина

Сдано в набор 21.09.90. Подписано в печать 09.01.91. Формат 84×108¹/₃₂. Бумага офсетная. Офсетная печать. Гарнитура Литературная. Усл. печатных листов 9,24. Условных кр.-отт. 9,46. Учетно-издательских листов 9,62. Тираж 100 000 экз. Заказ № 1298. Цена 2 р.

Издательство «Мысль». 117071. Москва, В-71, Ленинский проспект, 15.

Типография издательства «Калининградская правда», 236000, г. Калининград, ул. Карла Маркса, 18.

В 1991 г. выходит в свет:

Коробкина З. А. У опасной черты. 12 л. (Социология и жизнь). 90 к.

В книге аргументированно раскрывается пагубность воздействия алкоголя, никотина, наркотических веществ на человеческий организм, особенно женский и детский. Автор показывает, как алкоголизм, наркомания, курение приводят к общему ухудшению здоровья, нарушениям психики, к преждевременному старению и смерти. Убедительно доказывается, что иллюзия «веселья», «раскованности», «смелости», создаваемая алкоголем или наркотиками, не идет ни в какое сравнение с ощущением удовлетворенности от общения с интересными людьми, от активного и содержательного отдыха, увлечения литературой, искусством, спортом, от возможности воспитывать своих детей.

Уважаемые читатели!

Наиболее полную информацию о готовящихся к выпуску книгах издательства «Мысль» по экономике, философии, истории, публицистике, демографии, географии можно получить из ежегодных аннотированных тематических планов выпуска литературы, имеющихя во всех книжных магазинах страны.

Сведения о выходящих в свет изданиях регулярно публикуются в газете «Книжное обозрение».

По вопросам книгораспространения рекомендуем обращаться в местные книготорги, а также во Всесоюзное государственное объединение книжной торговли «Союзкнига».