

MEASURE Evaluation

Working Paper Series

Здоровье женщин России

Российский мониторинг

экономического положения и здоровья
населения

НИУ «Высшая школа экономики», 2010

Janine Barden-O'Fallon

Zahra Reynolds

Ilene S. Speizer

Октябрь 2011

WP-11-121-Ru

Evaluation финансируется Агентством США по международному развитию (USAID) по договору GHA-A-00-08-00003-00 и реализуется Центром народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хиле в сотрудничестве с Futures Group, ICF Macro, John Snow, Inc., Management Sciences for Health, and Tulane University. В представленном материале изложена позиция авторов, которая не обязательно отражает мнение USAID или правительства США.



Carolina Population Center
University of North Carolina at Chapel Hill
206 W. Franklin Street
Chapel Hill, NC 27516
Phone: 919-966-7482
Fax: 919-966-2391
measure@unc.edu
www.cpc.unc.edu/measure



Данная серия препринтов, издается MEASURE Evaluation с целью ускорения введения в научный оборот результатов проведенных обследований. Препринты могут находиться на стадии рецензирования или готовятся к публикации в журналах, и представлены в авторской редакции с минимальными редакторскими и корректорскими правками.

С препринтами и другими публикациями можно познакомиться на сайте MEASURE Evaluation: <http://www.cpc.unc.edu/measure>

Аннотация

Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики» (RLMS-HSE), представляет собой серию общенациональных репрезентативных обследований. Целью мониторинга является изучение влияния российских реформ на здоровье и благосостояние домохозяйств и отдельных жителей Российской Федерации.

Вплоть до 2007 г. исследование RLMS-HSE финансировалось преимущественно за счёт Агентства США по международному развитию (USAID) и Национального института здравоохранения (NIH). Мы благодарим Агентство США по международному развитию и Национальный институт здравоохранения (R01-HD38700), Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики» и Пенсионный фонд РФ, а также Центр народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле (5 R24 HD050924). Источник: Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения, RLMS-HSE, проведённый Национальным исследовательским университетом «Высшая школа экономики» и ЗАО «Демоскоп» совместно с Центром народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле и Институтом социологии РАН. (Веб-сайты RLMS-HSE: <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>, <http://www.hse.ru/org/hse/rlms>)

Данные RLMS-HSE собирались ежегодно начиная с 1992 г. Четырнадцать волн данного обследования относятся ко второму этапу RLMS-HSE, который проводился совместно группой Центра народонаселения Университета Северной Каролины в Чапел-Хилле под руководством Барри Попкина (Barry Popkin) и исследователями из ЗАО «Демоскоп» под руководством Полины Козыревой и Михаила Косолапова. В настоящее время координацией и проведением мониторинга в России занимаются Высшая школа экономики и ЗАО «Демоскоп».

При подготовке данного отчёта использовались данные дополнительного модуля «Планирование семьи и репродуктивное здоровье» (СП/РЗ) 19-й волны RLMS-HSE, полученные в октябре-ноябре 2010 г. Включение модуля СП/РЗ в 19-ую волну обследования RLMS-HSE стало возможным благодаря финансовой поддержке Агентства США по международному развитию. Для того, чтобы обеспечить сопоставимость представленных результатов, данные всех волн были взвешены.

Рекомендуемая ссылка для цитирования:

Barden-O’Fallon J, Reynolds Z, Speizer IS. Women’s health in the Russian Federation: the Russia Longitudinal Monitoring Survey 2010 [working paper WP-11-121]. Chapel Hill, NC: MEASURE Evaluation; 2010.

Данные RLMS-HSE открыты для свободного доступа по мере их готовности на сайтах RLMS-HSE по адресам <http://www.cpc.unc.edu/projects/rlms>; <http://www.hse.ru/org/hse/rlms>)

Содержание

Аннотация	3
Список таблиц	5
Используемые сокращения.....	7
Часть 1. Обзор основных результатов	8
Часть 2. Описание результатов	9
Введение	9
1. Участники обследования	10
2. Сексуальное поведение	12
3. Рождаемость.....	13
4. Планирование семьи	16
5. Аборты.....	24
6. Здоровье во время беременности	29
7. Профилактика раковых заболеваний	32
Выводы.....	36
Источники.....	38

Список таблиц

Название	Описание	Стр.
Введение		
Таблица 1.1 Основные характеристики респондентов	Процентное распределение женщин в возрасте 14–54 лет по некоторым основным характеристикам, Россия, 2010 г.	
Сексуальное поведение		
Таблица 2.1 Сексуальное поведение	Процентное распределение женщин, когда-либо вступавших в половые отношения, и средний возраст начала половой жизни по возрастным группам, среди всех женщин, у которых когда-либо были менструации, Россия, 2010 г.	
Рождаемость		
Таблица 3.1 Рождение детей	Процентное распределение когда-либо рожавших женщин по возрастным группам, от общего числа сексуально активных женщин, Россия, 2010 г.	
Таблица 3.2 Число рождённых детей	Процентное распределение когда-либо рожавших женщин по числу рождённых детей и среднее число рождённых детей, по возрастным группам, Россия, 2010 г.	
Таблица 3.3 Предпочтения в отношении количества детей = репродуктивные предпочтения	Процентное распределение желаемого количества детей в дополнение к имеющимся, в зависимости от количества живых детей, среди женщин, способных иметь детей, Россия, 2010 г.	
Планирование семьи		
Таблица 4.1 Использование методов контрацепции в настоящее время	Процентное распределение методов контрацепции, используемых в настоящее время, и наиболее часто использовавшихся в течение последних 30 дней, предшествовавших опросу, среди женщин, когда-либо вступавших в половые отношения, у которых когда-либо были месячные, по возрасту, Россия, 2010 г.	
Таблица 4.2 Источник информации о методах контрацепции	Процентное распределение женщин в зависимости от источника информации о методе контрацепции, наиболее часто использовавшемся в течение последних 30-ти дней (без учёта стерилизации), среди предохранявшихся, самостоятельно выбиравших способ контрацепции, без помощи квалифицированного медицинского работника или партнёра, Россия, 2010 г.	
Таблица 4.3 Консультирование по вопросам планирования семьи, проводимое квалифицированным медицинским работником	Процентное распределение женщин, использовавших методы контрацепции в течение последних 30-ти дней (без учёта стерилизации), в зависимости от информированности о возможных побочных эффектах и относительной эффективности выбранного средства, среди всех женщин, которые выбрали средство контрацепции самостоятельно либо по совету квалифицированного работника и/или в медицинском учреждении, Россия, 2010 г.	
Таблица 4.4 Оплата контрацепции	Процентное распределение женщин в зависимости от того, кто при последней покупке оплатил контрацептив, наиболее часто использовавшийся в течение последних 30-ти дней, среди женщин, использовавших современные обратимые средства предохранения (кроме МЛА=метода лактационной аменореи), Россия, 2010 г.	
Таблица 4.5 Непредохранение	Процентное распределение причин недохранения среди женщин, которые ответили, что никогда не использовали средства контрацепции либо не пользовались ими в течение последнего месяца, Россия, 2010 г.	

Искусственное прерывание беременности		
Таблица 5.1 Наличие опыта искусственного прерывания беременности в течение жизни	Процентная доля сексуально активных женщин, делавших хотя бы один аборт, процентное распределение количества абортов, среднее количество абортов в зависимости от основных характеристик, Россия, 2010 г.	
Таблица 5.2 Современные тенденции в области искусственного прерывания беременности	Процентное распределение женщин, делавших аборт в течение последнего года, среди всех женщин, которые когда-либо были беременны, в зависимости от типа аборта, места проведения и неформальных выплат медицинским работникам, Россия, 2010 г.	
Таблица 5.3 Уровень абортов	Повозрастной уровень абортов (ПУА), общий уровень абортов (ОУА) и суммарный коэффициент абортов (СКА) в течение года, предшествовавшего опросу, Россия, 2010 г.	
Здоровье во время беременности		
Таблица 6.1 Сроки начала дородового наблюдения	Процентное распределение времени первого визита в медицинское учреждение среди женщин, обратившихся к врачу во время беременности, протекавшей в течение последних 2 лет, Россия, 2010 г.	
Таблица 6.2 Грудное вскармливание	Процентное распределение женщин, когда-либо кормивших детей грудью и когда-либо использовавших грудное вскармливание в качестве единственного способа питания, среди всех женщин, родивших в течение последних двух лет, Россия, 2010 г.	
Таблица 6.3 Продолжительность периода грудного вскармливания	Процентное распределение типов грудного вскармливания разной продолжительности среди женщин, которые родили в течение последних двух лет и чьи дети были не младше полугодия на момент проведения опроса, Россия, 2010 г.	
Профилактика раковых заболеваний		
Таблица 7.2 Последнее обследования на предмет выявления раковых заболеваний	Процентное распределение женщин, когда-либо проходивших диагностику на предмет выявления рака шейки матки или рака груди, среди всех женщин, у которых когда-либо были менструации, по возрастным группам, Россия, 2010 г.	
Таблица 7.2 Последнее обследования на предмет выявления раковых заболеваний	Процентное распределение срока прохождения последнего обследования на предмет выявления рака шейки матки или рака груди среди всех женщин, когда-либо проходивших подобное обследование, по возрастным группам, Россия, 2010 г.	

Используемые сокращения

ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ЗППП	заболевания, передающиеся половым путём
МЛА	метод лактационной аменореи
ОУА	общий уровень аборт
ПУА	повозрастной уровень аборт
РЗ	репродуктивное здоровье
СКА	суммарный коэффициент аборт
СКР	суммарный коэффициент рождаемости
СП	семейное планирование
ЭК	экстренная контрацепция
RLMS-HSE	Российский мониторинг экономического положения и здоровья населения Национального исследовательского университета «Высшая школа экономики»
USAID	Агентство США по международному развитию

Часть 1. Обзор основных результатов

В России широко распространено использование контрацептивов. Среди всех сексуально активных женщин 49,3% в настоящее время пользуются контрацептивами. Из них 83,8% полагаются на современные методы контрацепции, в то время как 14,2% регулярно прибегают к традиционным методам; 2% не указали тип используемого метода.

В России наиболее часто используются следующие методы контрацепции (в порядке убывания): презервативы для мужчин, ВМС, гормональные таблетки, прерванный половой акт.

Женщины, которые не используют контрацептивы, поступают так, в первую очередь, из-за отсутствия или нерегулярности половых отношений, желания забеременеть, либо из-за того, что не видят в этом необходимости. Большинство из этих причин связано с репродуктивной функцией, а не с доступом к способам и услугам в сфере планирования семьи или их качеством.

Среди женщин, ведущих активную половую жизнь, каждая вторая в России делала по крайней мере один аборт. Большая часть из них — это т.н. мини-аборты (вакуум-аборты в первые семь недель беременности).

Почти все женщины обращаются за профессиональной медицинской помощью в перинатальный период. Трое из четырёх женщин впервые обращаются за ней в первом триместре беременности; практически все женщины рожают в медицинских учреждениях.

Почти все молодые матери в России кормят детей грудью с самого раннего периода, но лишь две трети женщин кормят исключительно грудным молоком хотя бы какой-то период времени. Средняя продолжительность периода грудного вскармливания — 8,3 месяца, что существенно меньше рекомендованных 24 месяцев.

Средний возраст полового дебюта в России — 18,9 лет; 88% женщин когда-либо жили половой жизнью.

Подростковые беременности наиболее часто случаются в возрасте 14–19 лет. К 20 годам, более четверти женщин когда-либо были беременны, а 16% — рожали.

Российские женщины в целом обследуются на предмет выявления онкологических заболеваний, в частности рака шейки матки и рака груди, однако это не относится к женщинам, входящим в группы наибольшего риска по возрасту.

Часть 2. Описание результатов

Введение

В Российской Федерации проживает около 140 миллионов человек, что делает её одной из наиболее густонаселённых стран в мире.¹ Население повсеместно грамотное, преимущественно городское, однако его численность постепенно снижается в связи с преобладанием малочисленных семей. Численность населения устойчиво снижается с 1993 г.² Моноэтническая страна (80% населения составляют этнические русские) подразделяется на 83 региона; политическая власть между ними распределяется поразному.³ Медицинские услуги предоставляются в основном за счёт Министерства здравоохранения и социального развития (Минздрав). Это ключевая структура, которая ответственна не только за выработку общегосударственной политики в сфере здравоохранения и разработку соответствующего законодательства, но и за оказание непосредственных услуг населению. Властные полномочия и финансовые обязательства частично децентрализованы в пользу соответствующих органов на региональном и муниципальном уровне, однако система здравоохранения в целом находится под сильным центральным контролем.³

Охрана женского здоровья в России находится под государственной защитой: государство предоставляет бесплатные услуги, включающие как социальное обеспечение материнства, так и преждевременное прекращение беременности.³ В Российской Федерации систематически высокая частота обращений за услугами в сфере охраны материнства: например, почти все роды проходят под наблюдением профессиональных врачей.¹ Это привело к снижению материнской смертности при родах; последние данные говорят о 22 смертях на 100 000 живорожденных детей.⁴

Государственная политика и реальные практики в России также повлияли на рождаемость и планирование семьи. В советское время, снижение рождаемости привело к тому, что суммарный коэффициент рождаемости (СКР) достиг значения 1,9 к 1960-ым годам, что было в значительной мере вызвано распространённостью и принятием абортов как способа регулирования рождаемости.² В 1980-ые годы сторонники увеличения рождаемости способствовали постепенному росту данного показателя, вводя побудительную мотивацию к деторождению, однако в 1990-ые годы уровень рождаемости снова упал, оказавшись ниже возмещающего уровня. Наряду с высоким уровнем ранней смертности среди взрослых, это привело к существенной убыли населения.

В связи с этим российское правительство ввело новые стимулы к деторождению, призванные сократить дальнейшую убыль. На увеличение рождаемости направлены такие меры как: прямые денежные выплаты семьям с детьми, продление оплачиваемого отпуска по беременности и родам, а также программа по выплате «материнского капитала», который позволяет матерям делать гибкие финансовые вложения в будущее детей.² Хотя за последние 20 лет число абортов существенно снизилось,⁵ правительство постановило, что необходимо ещё более жёстко ограничить аборты, сократив гестационный период для легальных абортов.⁶

Снижению числа абортов способствовал и стабильный рост популярности контрацептивов. В советское время начали появляться разные типы контрацептивов (презервативы, ВМС и гормональные препараты с высоким содержанием эстрогенов); они

не всегда были одинакового качества⁵, при обращении за ними покупатель испытывал негативное отношение, а также получал ложную информацию со стороны медицинского персонала и фармацевтов.⁷ После распада СССР качественные контрацептивы стали более доступны, однако их распространение замедлилось в связи с тем, что врачи и учреждения, призванные этим заниматься, не обладали достаточными знаниями по планированию семьи.³ По уровню использования контрацептивов страна всё ещё отстаёт от других европейских держав;⁸ россияне по-прежнему часто полагаются на менее эффективные традиционные методы контрацепции. Поведение российских женщин в целом характеризуется следующими тенденциями: рост сексуальной активности в младших возрастных группах, более позднее деторождение, снижение роли аборта² по сравнению с другими методами планирования семьи. Всё это в скором будущем поспособствует изменению ситуации с женским здоровьем в России.

Настоящее исследование — первое с 2003 г., где бы в рамках Российского мониторинга экономического положения и здоровья населения (RLMS-HSE) собиралась информация о семейном планировании и репродуктивном здоровье (СП/РЗ). Модуль СП/РЗ был разработан с целью получения информации по ключевым вопросам, связанным с использованием средств планирования семьи и соответствующих услуг по охране репродуктивного здоровья. Полученные результаты можно использовать в качестве аналитической поддержки в процессе продвижения интересов, а также для информирования учреждений и ключевых лиц, отвечающих за выработку политики в сфере здравоохранения. Этот модуль был разработан с целью получения описательных данных, сравнимых с результатами предыдущих исследований, что позволило бы выявить тенденции в сфере репродуктивного здоровья и семейного планирования в России. Опрос в рамках исследования проводился на выборке, репрезентативной в масштабе всей страны; опрашивались женщины в возрасте от 14 до 54 лет. В данном отчёте мы приводим взвешенные процентные значения, соответствующие выборочному плану исследования.

1. Участники обследования

Модуль СП/РЗ проводился на выборке женщин в возрасте от 14 до 54 лет (N=3,401) из 38 статистических единиц. В Таблице 1.1 отражены основные характеристики респонденток. В целом, распределение респонденток по возрасту можно считать равномерным, хотя в самой младшей и самой старшей возрастной группе количество опрошенных было ниже, чем в остальных. Большинство респонденток были замужем либо постоянно проживали с партнёром (58,2%), однако значительная часть никогда не состояла в браке (26%). Почти три четверти респонденток (74,7%) — жительницы городов. Почти всё население России охвачено начальным образованием; 86,6% респонденток имеют законченное среднее образование или выше. На момент опроса, почти половина всех респонденток (46,5%) закончили только начальную либо среднюю школу, в то время как оставшиеся 53,5% получили среднее специальное либо высшее образование. Для дальнейшего анализа доход домохозяйств, которые представляли опрошенные женщины, был разделён на квинтили, без учёта инфляции. Доход нижних 20% домохозяйств составил менее 16 170 рублей в месяц, в то время как доход высших 20% домохозяйств варьировал от 52 610 до 858 720 рублей в месяц.

Таблица 1.1 Основные сведения о респондентках

Процентное распределение женщин в возрасте 14–54 лет по некоторым заранее выбранным показателям, Россия, 2010 г.

Основные сведения	Взвешенная доля	Невзвешенное значение
Возраст		
14-19	10,2	387
20-29	27,1	884
30-39	24,2	787
40-49	24,0	824
50-54	14,6	519
Семейное положение¹		
Никогда не состояли в браке	26,0	885
Замужем	44,7	1 519
Постоянно проживают с партнёром	13,5	457
Замужем, но живут отдельно	1,0	33
Разведены	9,7	328
Вдовы	4,7	158
Неизвестно	0,6	19
Место жительства		
Город	74,7	2 517
Сельская местность	25,3	884
Образование²		
Начальное	13,4	477
Среднее	33,1	1 138
Среднее техническое	26,6	902
Высшее	26,9	883
Квинтиль по уровню дохода³		
0 - 16 709	19,8	638
16 710 - 25 567	19,9	634
25 568 - 36 650	20,1	638
36 651 - 52 600	20,1	636
52 601 - 858 720	20,2	634
Всего	100	3 401

¹ Семейное положение не указано для 2 респонденток.

² Уровень образования не указан для 1 респондентки. Указывался наиболее высокий уровень образования из полученных.

³ Отсутствуют значения по квинтилям по доходу для 221 женщины.

2. Сексуальное поведение

Из всех респонденток 88% отметили, что когда-либо вступали в половые отношения, причём среди девушек в возрасте от 14 до 19 лет таких было 24,5%, по сравнению с 99,8% в группе женщин от 50 до 54 лет (см. Таблицу 2.1). Средний возраст полового дебюта для всех групп составил 18,9 лет. При сравнении различных возрастных групп наблюдается тенденция к снижению возраста полового дебюта. В группе 14–19 лет он значительно ниже, чем в других группах; это связано с тем, что вопрос о возрасте полового дебюта задавался лишь тем 24,5% представительниц данной группы, которые ответили, что когда-либо вступали в сексуальные отношения. Полученный средний возраст не учитывает тех женщин, которые никогда не вступали в половые отношения, а потому их половой дебют состоится в более позднем возрасте. Среди женщин 20–54 лет (т.е. всех респонденток, за исключением самой молодой возрастной группы), средний возраст полового дебюта составил 19 лет. Он оказался практически одинаковым как для городского, так и для сельского населения (18,9 и 18,7 лет соответственно, не отражено в таблицах). Возраст полового дебюта связан с уровнем образования; женщины, получившие минимальный уровень образования, в среднем начинали половую жизнь раньше прочих (17,5), а женщин с наивысшим уровнем образования — позднее прочих (19,6 — не показано). Это, однако, может быть связано с возрастом респонденток в зависимости от уровня образования, поскольку наиболее вероятно, что молодые женщины на момент опроса не получили высокий уровень образования.

Таблица 2.1 Сексуальное поведение

Процентное распределение женщин, когда-либо вступавших в половые отношения, и средний возраст полового дебюта по возрастным группам среди всех женщин, у которых когда-либо были менструации, Россия, 2010 г.

Возрастная группа	Когда-либо вступали в половые отношения			Количество женщин	Средний возраст полового дебюта, лет ¹
	Да	Нет	Отказ от ответа		
14-19	24,5	74,0	1,4	385	16,7
20-29	86,7	12,4	0,9	884	18,1
30-39	98,1	1,7	0,1	787	18,5
40-49	99,0	1,0	0,0	824	19,5
50-54	99,8	(0.2)	0,0	519	20,2
Всего	88,0	11,6	0,4	3 399	18,9

Прим.: Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее чем 5 невзвешенных случаев.

¹ При вычислении среднего возраста полового дебюта не учитывался ответ «Не знаю» (N=46), отказ от ответа (N=71), а также любые пропущенные значения (N=14).

3. Рождаемость

Женщины, опрошенные в рамках RLMS-HSE, должны были максимально полно воспроизвести свою репродуктивную историю. Их просили предоставить информацию обо всех перенесённых беременностях, мертворождениях, выкидышах и всех случаях желаемых рождений детей. Эти данные использовались для анализа накопленной рождаемости. Большинство женщин в России рожали в какой-то момент своей жизни, находясь в репродуктивном возрасте, причём среди женщин в возрасте от 50 до 54 лет рожавших 94,6% (см. Таблицу 3.1). Этот показатель можно считать вероятностью рождения детей в течение жизни, поскольку женщины данной группы находятся на закате своего репродуктивного возраста. Это позволяет сделать вывод о стабильности тенденций изменения рождаемости в России, хотя динамические данные указывают на колебания рождаемости: если в 1989 г. суммарный коэффициент рождаемости составлял 2,0, а в 1999 г. — 1,2, то затем он начал постепенно расти, приближаясь к уровню примерно 1,5 в 2009 г.⁹ Похоже, молодые женщины в России по-прежнему стремятся иметь детей, так что к тридцати годам почти 52% уже имеют хотя бы одного ребёнка.

Таблица 3.1 Рождение детей

Процентное распределение женщин, когда-либо рожавших детей, от общего числа сексуально активных женщин, по возрастным группам, Россия, 2010 г.

Возрастная группа	Когда-либо рожали детей ¹			Количество женщин
	Да	Нет	Отказ от ответа	
14-19	16,0	84,0	(0.0)	97
20-29	51,5	48,4	(0.2)	764
30-39	88,1	11,7	(0.1)	771
40-49	93,7	5,9	(0.3)	815
50-54	94,6	5,5	(0.0)	518
Всего	78,9	21,0	0.2	2 965

Прим.: Учитывались мертворожденные дети, но не учитывались выкидыши.

Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее 5 невзвешенных случаев.

¹Отсутствует значение для 1 женщины.

Существуют небольшие различия между женщинами, проживающими в российских городах, и теми, кто живёт в сельской местности. 84,5% всех женщин, проживающих в сельской местности, независимо от возраста, хоть раз в жизни рожали детей, в то время как среди городских жительниц этот показатель составил 77,1% (не показано). Схожие различия наблюдаются между женщинами — представительницами высшего квинтиля по уровню доходу, которые с меньшей вероятностью родят ребёнка, и низшего (75,8%

против 81,1% соответственно — не показано). Связи между рождением детей и уровнем образования выявлено не было (76% среди получивших начальное образование, 78,1% — среднее, 82,1% — среднее специальное, и 77,6% — высшее; не показано), что, вероятно, говорит о повсеместно распространённой в российском обществе норме для женщин рожать детей. Вероятность того, что женщины, когда-либо состоявшие в браке, - когда-либо рожали, очень велика и составляет 91,7% против 49,3% среди тех, кто никогда не состоял в браке, однако эти данные говорят о том, что рождение детей и вне брака распространено очень широко. 1,8% респонденток были беременны на момент проведения опроса (не показано).

В Таблице 3.2 представлена подробная информация о количестве когда-либо рождённых детей у женщин по разным возрастным группам, что можно считать репрезентативными данными о суммарной рождаемости. Среди всех когда-либо рожавших женщин, 47,7% имели одного ребёнка, 41,3% — двух, 8,7% — трёх, и лишь менее 3% имели четырёх и более детей. Для всех женщин во всех возрастных группах, родивших хотя бы одного ребёнка (но необязательно полностью осуществивших свои намерения в рождении детей), средний показатель составил 1,7 ребёнка на женщину. Как и можно было предположить, в среднем женщины, когда-либо состоявшие в браке, рожали больше, чем те, кто не вступал в брак. Среди тех, кто состоял в браке на момент опроса, у 54% женщин было двое и более детей, в то время как среди незамужних этот показатель составил 44%. Хотя женщины — представительницы более богатых домохозяйств в целом рожают реже, они с большей частотой заводят двух или трёх детей, в то время как женщины с меньшим достатком часто имеют лишь одного ребёнка (не показано).

Таблица 3.2 Количество когда-либо рождённых детей

Процентное распределение когда-либо рожавших женщин по количеству рождённых детей, а также среднее количество рождённых детей по возрастным группам, Россия, 2010 г.

Возрастная группа	Количество когда-либо рождённых детей										Количество женщин	Среднее количество когда-либо рождённых детей	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Всего			
14-19	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	14	1,0
20-29	74,1	22,3	2,7	(0.5)	(0.3)	(0.3)	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	384	1,3
30-39	52,5	38,4	7,1	0,9	(0.3)	(0.4)	(0.3)	0,0	(0.2)	(0.2)	100,0	681	1,6
40-49	39,4	46,5	11,8	1,5	(0.4)	(0.2)	0,0	(0.1)	(0.1)	(0.1)	100,0	764	1,8
50-54	29,2	55,3	11,5	2,0	(0.8)	(0.6)	(0.2)	0,0	(0.4)	(0.4)	100,0	490	2,0
Всего	47,7	41,3	8,7	1,2	0,5	0,4	(0.1)	(0.0)	(0.2)	(0.2)	100,0	2 333	1,7

Прим.: Количество когда-либо рождённых детей не включает выкидыши и мертворождения. Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее 5 невзвешенных случаев.

Итоговую совокупную рождаемость можно оценить исходя из числа детей, когда-либо рождённых женщинами самой старшей возрастной группы (50–54), находящимися на закате своего репродуктивного возраста. В среднем, женщины этого возраста в России рожали 2,0 детей в течение жизни. Эти данные позволяют предположить, что в целом по России предпочтения в отношении деторождения меняются мало, хотя в последние десятилетия наблюдался существенный провал рождаемости.^{2,3,6,9}

Другая допустимая оценка нынешних тенденций может основываться на предпочтениях в отношении деторождения. В Таблице 3.3 показано, сколько ещё детей женщины хотели бы иметь, в зависимости от числа уже рождённых живых детей. Среди всех женщин, способных иметь детей, за исключением тех, которые были беременны на момент опроса, 19,5% ответили, что хотели бы родить одного или ещё одного ребёнка, 67,6% — что не хотели бы больше иметь детей, а 8% затруднились с ответом. Логичным следствием процесса формирования семьи является тот факт, что женщины с наибольшим числом живущих детей хотели бы иметь меньше детей в будущем. Для бездетных женщин среднее количество желанных детей составляет 1,1, для женщин, у которых есть один живущий ребёнок, — 0,5, а для женщин с двумя детьми — 0,1. Если сложить все эти показатели, то суммарное количество детей, которое женщины хотели бы иметь на протяжении жизни, окажется менее двух. Среди женщин, которые были беременны на момент опроса, 42,6% ответили, что хотели бы ещё одного ребёнка; в среднем, беременные женщины говорят о желании иметь ещё 1,3 ребёнка в дополнение к текущей беременности. Эти результаты показывают, что в России по-прежнему отдаётся предпочтение небольшим семьям.

Таблица 3.3 Предпочтения в отношении количества детей

Процентное распределение желаемого количества детей в дополнение к имеющимся, в зависимости от количества живых детей, среди женщин, способных иметь детей, Россия, 2010 г.

Количество желаемых детей в дополнение к имеющимся ¹	Количество живых детей				Всего	Количество женщин
	0	1	2	3+		
0	26,4	54,2	88,2	87,6	67,6	1 266
1	27,3	30,1	6,5	4,2	19,5	345
2	31,6	5,1	(0,6)	0,0	4,4	77
3	(1,25)	0,6	0,0	0,0	0,4	6
Ответ «Не знаю»	13,5	9,8	4,6	8,2	8,0	143
Отказ от ответа	0,0	(0,3)	(0,2)	0,0	(0,2)	4
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	1 841
Среднее количество желаемых детей в дополнение к имеющимся	1,1	0,5	0,1	0,0	0,5	1 841

Прим.: Анализ без учёта беременных, женщин, неспособных иметь детей, и женщин, прошедших стерилизацию.

Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее чем 5 невзвешенных случаев.

¹ Отсутствуют значения для 7 женщин.

Важными показателями женского здоровья являются возраст рождения детей и временной промежуток между родами, поскольку, согласно исследованиям, правильное планирование времени родов способствует улучшению здоровья матери и детей. Среди женщин, которые были беременны на момент опроса и ответили, что хотели бы ещё детей, средний желаемый промежуток между родами составил 3,9 года, в то время как большая группа женщин (34,7%) хотела бы, чтобы промежуток между родами составил 2 года (не показано). Среди женщин, которые рожали хотя бы раз и которые ответили, что хотели бы ещё детей, средний желаемый промежуток составил 2,6 года, причём 32% из них хотели бы, чтобы он составил 2 года.

Особое беспокойство вызывают подростковые беременности, потому что, как принято считать, деторождение в юном возрасте негативно сказывается на здоровье как матери, так и ребёнка.¹⁰ Среди респонденток 14–19 лет, 27,3% ответили, что хотя бы раз беременели, а 58,5% их них — рожали. В целом, получается, что 16% респонденток в возрасте 14–19 лет уже рожали хотя бы один раз к моменту достижения 20 лет.

4. Планирование семьи

Респонденток просили рассказать об их недавнем опыте использования контрацептивов и услуг по планированию семьи. Эти вопросы задавались женщинам, которые хотя бы в раз в жизни вступали в половые отношения (Таблица 4.1).

Таблица 4.1 Использование средств контрацепции в настоящее время

Процентное распределение женщин в зависимости от используемых в настоящее время средств контрацепции, а также средства, наиболее часто использовавшиеся в течение месяца, предшествовавшего опросу, среди женщин, когда-либо вступавших в половые отношения, у которых когда-либо были месячные, по возрастным группам, Россия, 2010 г.

Возраст	Любое средство	В настоящее время	Ответ «Не знаю»	Отказ от ответа	Количество женщин	Современные средства										Традиционные методы								
						Любое современное средство	Мужской презерватив	Гормональные таблетки	ЭЖ ¹	Пена/желе	Вагинальное кольцо	ВМС	Иньекции	МЛА	Женская стерилизация	Любые традиционные методы	Спринцевания	Учёт опасных дней	Прерванный половой акт	Другое	Ответ «Не знаю»	Отказ от ответа	Всего	Количество женщин
14-19	70,0	27,9	0,0	(2.1)	89	94,4	83,3	(6.0)	(3.0)	0,0	0,0	(2.1)	0,0	0,0	0,0	(3.6)	0,0	0,0	(3.6)	(2.1)	0,0	0,0	100,0	62
20-29	58,2	40,7	0,0	1,1	693	87,3	55,2	17,9	(0.3)	(1.0)	(0.6)	11,6	(0.5)	0,0	(0.3)	10,6	(0.7)	1,2	8,6	0,0	(0.4)	1,7	100,0	404
30-39	53,2	46,0	(0.1)	0,7	734	81,9	34,8	17,6	(1.1)	2,8	(0.5)	24,1	(0.2)	(0.3)	(0.5)	16,3	(1.1)	3,5	11,7	(0.3)	0,0	1,5	100,0	392
40-49	38,7	60,1	0,0	1,2	692	82,7	34,8	14,3	(1.1)	5,4	(0.5)	25,9	(0.3)	0,0	(0.3)	15,5	2,3	6,0	7,2	(1.1)	(0.3)	(0.3)	100,0	273
50-54	23,3	76,7	0,0	0,0	159	56,8	38,1	(10.8)	0,0	0,0	0,0	(7.9)	0,0	0,0	0,0	37,9	(5.5)	(8.1)	24,4	(2.6)	0,0	(2.7)	100,0	37
Всего	49,3	49,8	(0.0)	1,0	2 367	83,8	44,4	16,2	0,9	2,6	0,5	18,5	(0.3)	(0.0)	(0.4)	14,2	1,3	3,2	9,6	0,5	(0.2)	1,3	100,0	1 168

Прим.: Метод предохранения указан лишь для тех женщин, которые предохранялись в течение месяца, предшествовавшего опросу. Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее чем 5 невзвешенных случаев.

¹ Экстренная контрацепция

Недавний опыт использования контрацептивов подразумевает использование какого-либо метода предохранения в течение 30 дней, предшествовавших опросу. В настоящее время, 49,3% всех сексуально активных женщин пользуются контрацептивами, 51% — если исключить из анализа наиболее старшую возрастную группу (50–54 года). Среди тех, кто подтвердил использование какого-либо метода контрацепции, 83,8% пользовались современными методами, а 14,2% прибегали к традиционным методам. Наиболее распространённым методом являлся мужской презерватив (44,4%), после него — ВМС (18,5%), затем таблетки (16,2%) и прерванный половой акт (9,6%).

Процентное распределение популярности тех или иных методов контрацепции помогает понять, эффективны ли те методы предупреждения беременности, которые выбирают женщины. Наиболее эффективными считаются ВМС, женская стерилизация, контрацептивные имплантаты и мужская стерилизация; 18,9% женщин, которые использовали средства контрацепции в течение 30 дней, предшествовавших опросу, выбрали наиболее эффективные средства контрацепции (следует отметить, что никто в данной выборке не использовал контрацептивные имплантаты). Далее по эффективности следуют такие способы предохранения, как противозачаточные гормональные препараты, экстренная контрацепция (в форме таблеток), влагалищные кольца, внутримышечные инъекции гормональных контрацептивов и метод лактационной аменореи; их использовало 17,9% опрошенных женщин. Следующими по эффективности способами являются учёт опасных дней по менструальному циклу, презервативы (как мужские, так и женские) и шеечные диафрагмы; их использовали 47,6% опрошенных. Необходимо отметить, что никто в полученной выборке не использовал такие средства, как шеечная диафрагма и женский презерватив. Наименее эффективными средствами предохранения являются спермициды (пена, желе), прерванный половой акт и спринцевания. К ним прибегало 13,5% опрошенных. Хотя в целом женщины используют различные способы предохранения, они не всегда выбирают наиболее эффективные из них.

Среди более молодых женщин использование контрацептивов распространено больше, нежели в старших возрастных группах. Почти 70% женщин в возрасте 14–19 лет указали, что использовали хотя бы один способ предохранения. Зачастую они ведут активную половую жизнь, однако стараются отложить момент деторождения. Представительницы этой возрастной группы чаще всего используют презервативы (83,3%), что, вероятно, обусловлено их стремлением предотвратить не только нежелательную беременность, но и заражение заболеваниями, передающимися половым путём (ЗППП). С другой стороны, среди женщин в возрасте 20–29 лет лишь 58,2% подтвердили факт использования каких-либо методов контрацепции в течение 30 дней, предшествовавших опросу, а среди женщин 30–39 лет таковых было 53,2%. Вероятно, это связано с тем, что представительницы данных возрастных групп находятся в процессе формирования своей семейной жизни и хотят забеременеть. Согласно ответам, женщины старшей возрастной группы (50–54 года) используют различные методы контрацепции ещё реже: таковых оказалось 23,3%, что связано, скорее всего, со снижением плодовитости, характерной для данного возраста. Кроме того, женщины данной возрастной группы более склонны использовать традиционные методы (37,9%), нежели представительницы младших возрастных групп.

Социальные характеристики практически не влияют на факт использования способов контрацепции, а также на выбор определённых методов в России. Использование способов предохранения среди жительниц сельской местности распространено почти так же, как и среди женщин, проживающих в городах (46,9% и 49,9% соответственно — не показано). Несмотря на наличие некоторых закономерностей в выборе конкретных методов контрацепции, ВМС больше распространена среди жительниц сельской местности (31,1%), нежели среди горожанок (15,3%), а традиционные методы, наоборот, больше распространены в городской среде (15,4%), нежели в сельской местности (9,7%). Данная модель поведения в использовании традиционных методов и их популярности в городах наблюдалась и в предыдущие десятилетия. Согласно данным предыдущего опроса сексуально активных женщин относительно использования или неиспользования способов предохранения, в 1995 г. жительницы Москвы и Санкт-Петербурга прибегали к традиционным способам гораздо чаще (33,6%), чем женщины в остальных частях России (19,8%).¹¹ К 2003 г. этот разрыв сократился, и использование традиционных методов в городах (23,6%) практически выровнялось с остальной Россией (20,7%). Схожие модели поведения наблюдаются при сравнении различных квинтилей по уровню дохода. Так, женщин из наиболее богатых домохозяйств чаще склонны использовать традиционные методы (17,2%), нежели из наиболее бедных (10,6% — не показано).

Различия в использовании контрацептивов также наблюдаются в зависимости от уровня образования: среди женщин, закончивших на момент опроса лишь начальную школу, только 44,2% процента ответили, что использовали средства предохранения на период проведения опроса, в то время как среди женщин с высшим образованием таких было 55,6% (не показано). Женщины с более высоким уровнем образования чаще используют гормональные таблетки, чаще полагаются на метод прерванного полового акта, но реже прибегают к установке ВМС.

Среди замужних женщин наиболее распространённым контрацептивом является презерватив (39,8%), второй по популярности способ — ВМС (21,5%), а третьим являются гормональные таблетки (15,2% — не показано). Среди тех, кто никогда не состоял в браке на момент опроса, презерватив также стал самым распространённым способом предохранения (71,5%), гормональные таблетки оказались на втором месте (12,0%), а ВМС — на третьем (5,7%). Аналогичная ситуация наблюдается среди женщин, у которых нет живущих детей. Распространённость ВМС увеличивается по мере роста числа живущих детей.

Среди всех, кто ответил положительно на вопрос об использовании контрацептивов, 64,4% отметили, что они лично ответственны за непосредственный выбор тех или иных способов. Ещё 16,1% ответили, что за выбор способа контрацепции отвечает партнёр, 13,5% выбрали его вместе с медицинским работником, а 5,3% использовали метод по совету, полученному в медицинском учреждении (не показано). Эти данные показывают, что выбор способа предохранения для женщин носит очень личный характер и чаще всего происходит вне формальной системы здравоохранения.

Информация о планировании семьи поступает к женщинам из самых различных источников, многие из которых не связаны с формальной системой здравоохранения. На вопрос о том, откуда женщины получали информацию о наиболее часто

использовавшемся ими в течение месяца перед опросом способе предохранения (см. Таблицу 4.2), 32,5% тех, кто ответили, что самостоятельно выбирают способы предохранения, чаще всего упоминали друзей и родственников в качестве основного источника информации. Почти столько же женщин (32,1%) получали информацию в медицинском учреждении. Также среди часто называемых источников информации оказались книги и журналы (9,7%) и аптеки (7,7%).

Таблица 4.2 Источники получения информации о методах контрацепции

Процентное распределение источников получения информации о контрацептиве, наиболее часто использовавшемся в течение последнего месяца (без учёта стерилизации) среди женщин, самостоятельно выбиравших способ контрацепции, не советуясь с врачом или партнёром, Россия, 2010 г.

Источник информации	Доля в процентах	Количество женщин
Медицинское учреждение ¹	32,1	241
Аптека	7,7	57
Книги/журналы	9,7	73
Друзья/родственники	32,5	246
Интернет	1,0	7
Другой источник	10,1	75
Ответ «Не знаю»	6,5	47
Отказ от ответа	0,4	3
Всего	100,0	749

¹ Медицинские учреждения включают поликлиники, больницы, женские консультации и родильные дома.

Качество сведений, полученных женщинами, которые всё же обращались за квалифицированным советом по планированию семьи в рамках формальной системы здравоохранения, можно оценить по нескольким ключевым показателям. Женщин, которые обращались за квалифицированной медицинской помощью, просили рассказать, была ли им дана информация о возможных побочных эффектах и об относительной эффективности используемого ими способа предохранения. Получение данной информации, которая должна предоставляться всем женщинам, является решающим фактором для осознанного выбора того или иного способа контрацепции. Как видно из Таблицы 4.3, 75,4% женщин были осведомлены о возможных побочных эффектах и 78,8% — об относительной эффективности выбранного способа.

Таблица 4.3 Консультирование по вопросам планирования семьи, проводимой квалифицированным медицинским работником

Процентное распределение женщин, использовавших средства контрацепции в последнее время (без учёта стерилизации), которые были информированы о возможных побочных эффектах и относительной эффективности выбранного средства, среди всех женщин, которые выбрали средство контрацепции самостоятельно либо по совету квалифицированного работника и/или в медицинском учреждении, Россия, 2010 г.

	Процентная доля женщин, информированных о возможных побочных эффектах выбранного средства ¹	Количество женщин	Процентная доля женщин, информированных об относительной эффективности выбранного средства ¹	Количество женщин
Информированы	75,4	342	78,8	356
Не информированы	23,6	107	20,0	91
Ответ «Не знаю»	1,0	4	1,3	6
Всего	100,0	453	100,0	453

¹ Отсутствуют значения для 1 женщины.

Тот факт, получали ли женщины полную консультацию по планированию семьи, также напрямую связан с выбранным в итоге способом контрацепции. Те, кто выбирал экстренную контрацепцию, ВМС, гормональные таблетки или влагалищное кольцо, чаще получали полную информацию о возможных побочных эффектах, нежели те, кто отдавал предпочтение внутримышечным гормональным инъекциям и презервативам. Схожая ситуация наблюдается и в отношении сведений об эффективности выбранного метода. Наиболее информированными оказались те, кто выбирал экстренную контрацепцию, внутримышечные гормональные инъекции, влагалищные кольца либо ВМС, а наименее информированными — те, кто пользовался методом учёта опасных дней по менструальному циклу, презервативами или способом прерванного полового акта. К сожалению, именно те, кто использует наименее эффективные способы, также с наименьшей вероятностью обращаются за профессиональным советом. Аналогичные показатели по всем прочим способам контрацепции находятся на промежуточном уровне.

Несмотря на некоторые информационные пробелы, большинство женщин, которые обращались за профессиональной консультацией в сфере планирования семьи, остались ею удовлетворены: 84,4% оказались полностью удовлетворены либо скорее удовлетворены и лишь 3,3% — совсем не удовлетворены (не показано).

В подавляющем большинстве случаев контрацептивы покупаются в аптеках или аптечных киосках (76%) либо самими опрошенными, либо другими лицами (не показано). Вторым наиболее распространённым местом приобретения контрацептивов стали женские консультации (13,9%), а третьим — обычные магазины и киоски (5,9%). Женщина не всегда лично участвует в покупке используемых средств контрацепции (см. Таблицу 4.4); так, 62,8% платили сами, а в 33% случаев это делали партнёры. Необходимо отметить, что

эти цифры заметно перекошены в одну сторону за счёт того, что в случае с презервативами покупка ложится на партнёра в 57,8 процентах случаев.

Таблица 4.4 Покупка контрацептивов

Процентное распределение в зависимости от оплаты контрацептива, наиболее часто использовавшегося в последний месяц, на момент последней покупки среди женщин, использовавших современные обратимые средства предохранения (кроме МЛА), Россия, 2010 г.

Кто платил ¹	Доля в процентах	Количество женщин
Сама женщина	62,8	605
Партнёр	33,0	318
Другой человек, но не партнёр	0,3	3
Никто	3,4	34
Ответ «Не знаю»	0,4	4
Всего	100,0	964

¹ Отсутствуют значения для 13 женщин.

Из тех, кто ответил, что пользуется средствами контрацепции, 10,5% отметили хотя бы один случай незащищённого секса в течение месяца, предшествовавшего опросу. Наряду с теми, кто заявил, что никогда не пользовался контрацептивами, этих женщин спрашивали о причинах предохранения; их ответы отражены в Таблице 4.5. Большинство не предохранявшихся ответили, что это было связано с рождением детей. Почти половина женщин отметила полное отсутствие либо нерегулярность половой жизни, в связи с чем они не нуждались в каких-либо методах контрацепции. Почти 13% женщин хотели забеременеть, 7,2% физически не могли иметь детей, а у 5,2% наблюдались проблемы со здоровьем, не позволявшие им пользоваться контрацептивами. Вышеназванные причины сложно изменить простым вмешательством со стороны представителей системы здравоохранения, однако последние могут повлиять на такие причины предохранения как доступность контрацептивов, цена и возможные побочные эффекты.

Таблица 4.5 Непредохранение

Процентное распределение причин предохранения среди женщин, которые ответили, что никогда не использовали средства контрацепции либо не пользовались ими в течение последнего месяца, Россия, 2010 г.

Причина предохранения ¹	Доля в процентах	Количество женщин
Хотели забеременеть	13,0	168
Физически не могли иметь ребёнка	7,2	93
Стерилизованы	1,8	23
Проблемы со здоровьем	5,2	67
Не могли приобрести противозачаточное средство	0,6	8
Слишком высока стоимость противозачаточных средств	0,3	4
Неудобно или неприятно пользоваться противозачаточными средствами	3,9	50
Нерегулярность половой жизни	15,0	194
Не было полового контакта с мужчиной	34,3	443
Знали, что в крайнем случае можно сделать аборт	1,2	15
Партнёр был против использования контрацептивов	0,7	9
Вообще не думали об этом	10,3	133
Не было при себе противозачаточного средства	1,8	23
По религиозным мотивам	0,4	5
Ответ «Не знаю»	2,6	33
Отказ от ответа	1,8	23
Всего	100,0	1 291

¹ Отсутствуют значения для 4 женщин.

5. Аборты

В Советском Союзе аборт долгое время оставался одним из главных способов регулирования рождаемости. Хотя к настоящему моменту ситуация изменилась, аборты в России по-прежнему законны и широко доступны. Участниц исследования просили максимально полно воспроизвести свою репродуктивную историю, включая все аборты. Их также опрашивали относительно наиболее распространённых в России способов искусственного прерывания беременности, включая хирургические аборты, мини-аборты и медикаментозные аборты на раннем сроке беременности. Под мини-абортом понимался вакуумный аборт плода на раннем сроке беременности, а под медикаментозным — принятие лекарственного средства, провоцирующего прекращение беременности раньше времени, например мифепристона. В Таблице 5.1 показано, насколько аборты распространены среди сексуально активных женщин в России. В среднем этот показатель составил 1,0 аборта.

Таблица 5.1 Наличие опыта искусственного прерывания беременности в течение жизни

Процентная доля сексуально активных женщин, делавших хотя бы один аборт, процентное распределение количества аборт, среднее количество аборт в зависимости от основных характеристик, Россия, 2010 г.

Основные характеристики	Процентная доля женщин, когда-либо делавших аборт ¹	Ответ «Не знаю»	Отказ от ответа	Количество женщин	Процентное распределение количества аборт ²										Среднее количество аборт
					0	1	2-3	4-5	6+	Ответ «Не знаю»	Отказ от ответа	Всего	Количество женщин		
Возраст															
14-19	7,1	0,0	0,0	97	92,8	7,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	95	0,1
20-29	21,6	0,0	(0.4)	765	80,6	11,4	4,7	0,9	(0.3)	(0.3)	1,8	100,0	695	0,3	
30-39	54,5	(0.1)	1,2	771	46,6	20,4	19,8	4,3	(0.6)	1,2	7,1	100,0	682	1,0	
40-49	69,3	(0.2)	1,1	813	30,2	20,3	28,0	7,3	3,1	2,6	8,6	100,0	714	1,7	
50-54	68,1	(0.2)	(0.8)	518	30,0	19,3	27,4	7,9	3,2	3,8	8,4	100,0	467	1,6	
Место жительства															
Город	49,9	(0.1)	0,9	2 217	50,6	18,1	17,8	4,5	1,1	1,5	6,3	100,0	2 011	1,0	
Сельская местность	52,9	0,0	0,9	747	48,5	14,8	20,8	5,0	3,2	2,4	5,3	100,0	642	1,3	
Образование³															
Начальное	47,7	0,0	0,7	265	54,0	13,6	16,5	5,2	2,7	2,8	5,3	100,0	237	1,1	
Среднее	51,9	(0.2)	1,2	987	48,6	14,0	21,5	4,4	2,4	1,7	7,5	100,0	884	1,2	
Среднее техническое	55,2	0,0	0,3	863	45,9	21,1	18,6	5,5	1,1	2,4	5,4	100,0	768	1,1	
Высшее	45,6	(0.1)	1,1	848	54,8	18,6	15,8	3,9	0,7	0,9	5,3	100,0	763	0,9	
Квинтиль по доходу⁴															
Нижний	53,9	0	1,2	551	47,5	16,9	21,1	5,4	1,7	1,9	5,6	100,0	492	1,1	
Второй	53,4	0	0,9	559	46,7	18,1	20,4	5,6	1,7	1,8	5,7	100,0	498	1,1	
Средний	52,5	0	1,5	556	49,7	15,8	18,2	4,4	1,7	2,3	7,9	100,0	493	1,0	
Четвёртый	48,0	0	(0.4)	539	54,1	16,8	16,7	4,8	2,0	(0.6)	5,0	100,0	480	1,0	
Высший	45,2	0	(0.3)	556	53,4	18,2	16,9	3,8	1,0	1,5	5,2	100,0	504	0,9	
Всего	50,6	(0.1)	0,9	2 964	50,1	17,4	18,5	4,6	1,6	1,7	6,1	100,0	2 653	1,0	

Прим.: Под «абортами» понимаются все типы аборт, включая мини-аборт и медикаментозные аборт.

Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее чем 5 невзвешенных случаев.

¹ Отсутствуют значения для 2 женщин.

² Отсутствуют значения для 313 женщин.

³ Отсутствует значения для 1 женщины.

⁴ Отсутствуют значения для 203 женщин по тому, делали ли один когда-либо аборт, и 186 женщин по количеству аборт.

Как и предполагалось, процент женщин, которые когда-либо делали аборт, а также собственно число абортов, увеличиваются с возрастом, по мере роста вероятности женщины забеременеть. В возрастной группе от 14 до 19 лет только 7,1% когда-либо делали какой-нибудь аборт. К 30-ти годам аборт делали более 21,6% женщин, а в старшей возрастной группе, находящейся на закате репродуктивного возраста, таких было почти 70%. Этот показатель можно было бы считать вероятностным прогнозом того, что женщина в течение жизни делала хотя бы один аборт, однако тенденция к снижению числа абортов, наблюдаемая в последние годы, скорее всего приведёт к уменьшению процента женщин, перенесших до наступления менопаузы хотя бы один аборт.

Место проживания женщины, в отличие от уровня образования, практически не оказывает влияния на вероятность аборта. Вероятность того, что женщина с самым низким уровнем образования когда-либо делала аборт, ниже, нежели у более образованных женщин; возможно, это связано с тем, что менее образованные женщины чаще всего принадлежат к младшей возрастной группе, для которой в целом свойственна невысокая вероятность аборта. Кроме того, для женщин с самым высоким уровнем образования меньше всего вероятность, что они делали аборт, несмотря на то, что они, скорее всего, принадлежат к более старшей возрастной группе. Так же и женщины с более высоким уровнем достатка, которые, среди прочего, в среднем делают меньше абортов, чем женщины из менее обеспеченных домохозяйств (не показано).

Таблица 5.1, где показано распределение количества абортов на протяжении жизни в зависимости от возраста, также помогает понять, почему женщины регулярно прибегают к искусственному прерыванию беременности. Число абортов варьировалось от 0 до 20; чаще всего аборт является единичным случаем в жизни женщины (18,8%), 13,4% делали два аборта. Четыре и более абортов приходилось делать менее чем 10% женщин, однако большой разброс в количестве абортов говорит о том, что некоторые женщины прибегали к искусственному прерыванию беременности как к основному способу регулирования рождаемости. Среди женщин, которые хотя бы раз в жизни делали аборт, среднее суммарное число абортов составило 2,3.

Для того чтобы лучше понять современные тенденции относительно искусственного прерывания беременности, опрошенных женщин также просили рассказать обо всех абортах, которые у них были в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу. Среди тех, кто хоть раз беременел, 4,9% отметили хотя бы один случай аборта в течение 12 месяцев перед опросом (см. Таблицу 5.2). В большинстве случаев это были мини-аборты (44,7%), затем — хирургические аборты (36,3%), и потом — медикаментозные аборты на раннем сроке беременности (11,5%).

Таблица 5.2 Современные тенденции в области искусственного прерывания беременности
 Процентное распределение женщин, делавших аборт в течение последнего года, среди всех женщин, которые когда-либо были беременны, в зависимости от типа аборта, места проведения и неформальных выплат медицинским работникам, Россия, 2010 г.

	Процентная доля	Количество женщин, делавших аборт в течение последнего года
Когда-либо делали аборт¹	4,9	68
Тип аборта		
Хирургический аборт	36,3	25
Мини-аборт	44,7	30
Медикаментозный аборт на раннем сроке	11,5	8
Ответ «Не знаю»	1,6	1
Отказ от ответа	5,9	4
Место совершения аборта²		
Центр планирования семьи	3,3	2
Родильный дом	7,2	5
Государственная больница	44,3	30
Частная больница	9,7	6
Государственная женская консультация	23,4	16
Частная женская консультация	3,3	2
Кабинет врача общей практики	1,3	1
Не в медицинском учреждении	1,3	1
Отказ от ответа	6,3	4
Неформальные выплаты медицинским работникам, проводившим аборт³		
Да	26,5	18
Нет	73,5	49
Всего	100,0	68

¹ Отсутствуют значения для 3 женщин.

² Отсутствует значение для 1 женщины.

³ Отсутствует значение для 1 женщины.

Приведённая в Таблице 5.3 информация о частоте совершения аборт в течение 12 месяцев, предшествовавших опросу, помогает оценить современные тенденции относительно искусственного прерывания беременности. Как показано в таблице, по возрастной уровень аборт (ПУА) отражает число аборт на 1 000 женщин в конкретной возрастной группе. Если сложить эти показатели по всем группам, получается суммарный коэффициент аборт (СКА); он позволяет вычислить предполагаемое число аборт, которые сделает женщина к концу репродуктивного возраста, при условии сохранения текущего уровня аборт. Общий уровень аборт (ОУА) отражает количество аборт на 1 000 женщин среди всех возрастных групп.

Таблица 5.3 Уровень аборт

Повозрастной уровень аборт (ПУА), общий уровень аборт (ОУА) и суммарный коэффициент аборт (СКА) в течение года, предшествовавшего опросу, Россия, 2010 г.

	Число искусственных аборт ¹	Количество женщин	Число человеко- лет	На женщину	ПУА	СКА
Возрастная группа						
14-19	3		387	0,01	7,8	0,0
20-29	29		883	0,03	32,8	0,3
30-39	22		785	0,03	28,0	0,3
40-49	13		824	0,02	15,8	0,2
Всего	67		2 879	0,02		
ОУА	23,3					
СКА (14-49)	0,8					

Прим.: ПУА: повозрастной уровень аборт на 1 000 женщин

СКА: суммарный коэффициент аборт на одну женщину

ОУА: общий уровень аборт на 1 000 женщин

¹ Отсутствует значение по количеству искусственных аборт для 2 женщин; 1 женщина отказалась от ответа; без учёта женщин в возрасте 50–54 лет (N=519).

В настоящий момент в России СКА составляет 0,8 аборт, что говорит о снижении числа аборт по сравнению с данными официальной статистики в 3,4 аборт в 1990 г., 1,8 в 2000 г. и 1,2 в 2005 г.³ Согласно данным Федеральной службы государственной статистики, в 2009 г. ОУА составлял 34,2⁴ против 23,3, полученных в данном отчёте. Возможно, подобная разница обусловлена тем, что некоторые из респонденток предпочли частично скрыть информацию. Кроме того, полученные нами результаты основываются на относительно небольшой выборке тех, кто положительно ответил на вопрос об абрте в течение года, предшествовавшего опросу, что обуславливает большую величину доверительного интервала для точечной оценки. Несмотря на небольшой размер выборки, можно заметить, что женщины в возрасте 20–29 лет прибегали к абрту гораздо чаще, нежели представительницы других возрастных групп (32,8 аборт на 1 000 женщин); скорее всего, это говорит о том, что вероятность забеременеть у них была больше. Наименьшей частота аборт оказалась в самой младшей возрастной когорте: 7,8 аборт на 1 000 женщин.

Женщин также спрашивали о том, куда они обращались для искусственного прерывания беременности. Более половины (57,5%) получали направление на абрт в женской консультации, треть обращалась к больничному гинекологу в любую

государственную больницу (районную, городскую, ведомственную, сельскую) либо к частному врачу. Все абортыв проводились врачами в самых разных медицинских учреждениях (хотя трое из опрошенных женщин отказались назвать место проведения аборта). Три из пяти абортов проводилось в больнице, государственной или частной, а каждый четвёртый аборт происходил в медицинской консультации. Часть абортов также проводилась в центрах планирования семьи, у врачей общей практики или же вне медицинских учреждений.

Несмотря на то, что формально искусственное прерывание беременности проводится бесплатно в государственных медицинских учреждениях, большинство женщин платили за эту услугу, будь то официально или нет. Из числа женщин, делавших аборты в течение года перед опросом, 45,7% платили за медицинские услуги, связанные с искусственным прерыванием беременности, официально, через кассу медицинского учреждения; остальные – нет. По тем, кто платил официально, средняя сумма составила 2 941 рубль. Кроме того, практически каждая четвёртая из этих женщин (26,5%) «выражала благодарность» медицинскому работнику напрямую, будь то в форме денег или подарка; средняя сумма составила 1 621 рубль.

Хотя в рамках RLMS-HSE не собиралась информация о способе предохранения, которые женщины использовали до наступления нежелательной беременности, закончившейся абортом, можно оценить качество послеабортного профессионального консультирования в сфере планирования семьи. На вопрос о том, рекомендовали ли им какой-либо метод предохранения от беременности при выписке из медицинского учреждения после аборта, лишь 52,7% женщин (не показано) ответили, что получили рекомендацию об использовании какого-то метода предохранения (чаще всего речь шла о гормональных таблетках и презервативах). Семь из десяти этих женщин воспользовались полученной рекомендацией, 72% из них назвали использованный способ предпочтительным для себя. С другой стороны, 37,2% женщин не получили никакой послеабортной рекомендации по планированию семьи, а 10,2% ответили «Не знаю» либо отказались от ответа. Эти результаты могут помочь лицам, ответственным за выработку политики в сфере здравоохранения, улучшить качество послеабортного консультирования за счёт того, что во время подобных обращений у медицинских работников появляется прямой контакт с женщинами репродуктивного возраста.

6. Здоровье во время беременности

Участниц опроса просили максимально полно воспроизвести свою репродуктивную историю, включая все обращения в женскую консультацию, за акушерской помощью, помощью в послеродовом уходе, а также в период грудного вскармливания новорожденных и младенцев. Собранные данные относятся к родам, которые случились в течение двух лет до начала опроса, если не оговорено иное.

Дородовое наблюдение, которое влияет на здоровье как матери, так и ребёнка, является одним из самых главных этапов сопровождения беременности. В России ведётся почти всеохватывающий учёт беременностей, что позволяет государственным органам вести точную статистику. К счастью, почти все беременные (99,6%) также получают помощь квалифицированного врача на каком-либо этапе беременности. Женщинам

рекомендуют обращаться к специалисту в течение первого же триместра беременности для выявления возможных осложнений и получения необходимой информации. Три четверти российских женщин действительно обращаются в женскую консультацию в первые три месяца беременности (см. Таблицу 6.1). Три из четырех (75,2%) женщин наблюдались в муниципальной женской консультации, 21,5% — у больничного акушера-гинеколога, и лишь незначительная часть (0,8%) — у частного врача. В большинстве случаев дородовое наблюдение ведёт врач (95,8%), в 3% случаев — фельдшер, в 1,3% случаев — медицинская сестра.

Таблица 6.1 Сроки начала дородового наблюдения

Процентное распределение времени первого визита в медицинское учреждение среди женщин, обращавшихся к врачу во время беременности, протекавшей в течение последних 2 лет, Россия, 2010 г.

<u>Время</u>	<u>Доля в процентах</u>	<u>Количество женщин</u>
3-ий месяц и ранее	75,2	174
Между 3-им и 6-ым месяцем	21,5	49
Позже 6-го месяца	3,4	8
Всего	100,0	231

Место, где проходят роды, также влияет на здоровье матери и ребёнка, равно как и возможность обратиться за неотложной акушерской помощью. Практически все женщины в России (97,7%) рожают в больницах или перинатальных центрах. В большинстве случаев это происходит в родильных домах (88,7%).

Неотъемлемой частью послеродового ухода является консультирование в сфере планирования семьи. Однако лишь немногим менее половины (45,8%) вновь родивших получают рекомендацию по использованию какого бы то ни было средства контрацепции непосредственно после родов. Для тех, кому рекомендовали какой-либо метод предохранения, наиболее часто рекомендуемым контрацептивом были презервативы (в 44,9%), гормональные таблетки (24,4%) и ВМС (23,3%). Около 71,6% женщин стали пользоваться рекомендованным способом, и 91,2% из них заявили, что именно он является для них предпочтительным.

Грудное молоко является для младенцев наилучшей пищей, а кроме того — оно оказывает положительное влияние на здоровье матери и ребёнка в долгосрочной перспективе. Большинство женщин (94,5%), родивших в течение двух лет перед началом опроса, кормили детей грудью (см. Таблицу 6.2). Это говорит о высоком уровне распространённости грудного вскармливания, однако лишь 64,4% женщин, начавших кормить ребёнка грудью, не использовали ничего помимо грудного молока на протяжении какого-то отрезка времени. Остальные женщины либо сочетали грудное вскармливание и молочные смеси, либо же использовали исключительно молочные смеси.

Таблица 6.2 Грудное вскармливание

Процентное распределение женщин, когда-либо кормивших детей грудью и когда-либо использовавших грудное вскармливание в качестве единственного способа питания, среди всех женщин, родивших в течение последних двух лет, Россия, 2010 г.

	Доля в процентах	Количество женщин
Когда-либо кормили грудью		
Да	94,5	219
Нет	5,5	13
Всего	100,0	232
Когда-либо использовали исключительно¹ грудное вскармливание		
Да	64,4	141
Нет	34,6	76
Ответ «Не знаю»	1,0	2
Всего	100,0	219

¹ Под использованием исключительно грудного вскармливания понималось, что ребёнок не получал питание из каких-либо других источников (включая простую воду) помимо материнского молока. Из выборки исключены женщина, никогда не кормившие грудью (N=13).

Продолжительность периода грудного вскармливания также влияет на здоровье матери и ребёнка. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), младенцев следует кормить исключительно грудным молоком в течение как минимум первого полугодия жизни и сочетать прикорм с грудным вскармливанием хотя бы до двухлетнего возраста. Как видно из Таблицы 6.3, лишь небольшое число россиянок следуют этим рекомендациям. Всего 64,4% женщин ответили, что кормили детей исключительно грудным молоком; только половина (52%) ответила, что не вводила другой пищи в течение полугодия или больше (не показано). (Следует заметить, что многие женщины ответили, что кормили исключительно грудным молоком гораздо дольше рекомендованных шести месяцев; возможно, это связано с тем, что они неправильно поняли вопрос.) Никто из респонденток не следовал рекомендации совмещать грудное вскармливание с прикормом до достижения ребёнком возраста двух лет. Средняя продолжительность периода грудного вскармливания составила 8,3 месяца.

Эффективность грудного вскармливания зависит от момента первого контакта ребёнка с грудью. Согласно рекомендациям для матерей и медицинских работников, новорожденного следует приложить к груди в течение первых 30 минут жизни. В 48,8% случаев эта рекомендация была выполнена, еще 29,5% женщин впервые дали ребёнку грудь в течение первых нескольких часов жизни, 13,4% — на второй день, а 8,2% — несколькими днями позже. Если бы в медицинских учреждениях поощрялось максимально раннее (в течение первых 30 минут жизни) прикладывание ребёнка к материнской груди, это повысило бы общий показатель грудного вскармливания.

Таблица 6.3 Продолжительность периода грудного вскармливания

Процентное распределение типов грудного вскармливания разной продолжительности среди женщин, которые родили в течение последних двух лет и чьи дети были не младше полугода на момент проведения опроса, Россия, 2010 г.

Месяцы	Доля в процентах	Количество женщин
Продолжительность грудного вскармливания		
1-2	10,9	9
3-4	7,5	6
5-6	16,1	13
7-8	27,4	22
9-10	13,8	11
11-12	10,0	8
13+	14,4	11
Всего	100,0	80
Продолжительность исключительно¹ грудного вскармливания		
1-2	16,6	11
3-4	24,8	16
5-6	25,9	16
7-8	17,4	11
9+	15,4	10
Всего	100,0	64

¹ Под использованием исключительно грудного вскармливания понималось, что ребёнок не получал питание из каких-либо других источников (включая простую воду) помимо материнского молока.

7. Профилактика раковых заболеваний

Рак органов репродуктивной системы является серьёзной проблемой для российских женщин. Как рак шейки матки, так и рак груди можно выявить на ранних стадиях во время специальных обследований на предмет диагностики онкологических заболеваний. Раннее выявление позволяет обеспечить своевременное и успешное лечение раковых заболеваний. В большинстве случаев диагностика онкологических заболеваний репродуктивной системы проводится по рекомендации гинеколога. Подавляющее большинство российских женщин (91,7%) хотя бы раз в жизни были на приёме у гинеколога.

Для выявления рака шейки матки берётся соскоб или мазок с шейки матки. Эта процедура особенно показана женщинам, ведущим активную половую жизнь, а также женщинам старшей возрастной группы. Более 80% всех женщин ответили утвердительно на вопрос, брали ли у них когда-либо соскоб или мазок с шейки матки (см. Таблицу 7.1), а среди женщин старшей возрастной группы процент прошедших скрининг-тест был ещё

выше. Согласно общим принципам ВОЗ, в странах со средним доходом женщинам рекомендуется сдавать соскоб или мазок с шейки матки раз в три года, особенно это касается тех, кто ведёт активную половую жизнь, а также женщин старше 30 лет. В России 83,4% женщин сдавали соскоб или мазок с шейки матки в течение предыдущих трёх лет, однако процент прошедших эту процедуру был выше всего в самой молодой возрастной группе (см. Таблицу 7.2). Возможно, необходимо адресное обследование более взрослых женщин, чтобы охватить группы высокого риска.

Таблица 7.1 Диагностика раковых заболеваний

Процентное распределение женщин, когда-либо проходивших диагностику на предмет выявления рака шейки матки или рака груди, среди всех женщин, у которых когда-либо были менструации, по возрастным группам, Россия, 2010 г.

	Возрастная группа					Всего	Количество женщин
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-54		
Соскоб или мазок с шейки матки¹							
Да	38,6	75,0	86,6	88,2	91,4	81,5	2 521
Нет	49,9	20,6	10,6	8,1	7,1	14,6	462
Ответ «Не знаю»	10,7	4,3	2,0	3,0	1,4	3,3	105
Отказ от ответа	(0.8)	(0.2)	0,8	0,8	(0.2)	0,6	17
Маммография²							
Да	(0.5)	5,4	11,7	37,0	42,6	19,4	659
Нет	99,5	94,6	88,3	63,0	57,4	80,6	2 736
УЗИ молочных желёз³							
Да	1,4	8,2	16,0	22,1	24,2	15,1	508
Нет	98,6	91,8	84,1	77,9	75,8	85,0	2 889
Пальпация молочных желёз⁴							
Да	14,8	40,3	50,4	59,5	66,3	48,6	1 632
Нет	85,2	59,7	49,6	40,5	33,8	51,5	1 763
Самообследование молочных желёз⁵							
Да	3,6	16,5	26,4	29,7	29,3	22,6	759
Нет	96,4	83,5	73,6	70,3	70,7	77,4	2 638
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	3 399

Прим.: Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее чем 5 невзвешенных случаев.

¹ Количество женщин, отвечавших на вопрос о сдаче соскоба или мазка с шейки матки, дано без учёта женщин, никогда не посещавших гинеколога (N=296).

² Отсутствуют значения для 4 женщин.

³ Отсутствуют значения для 2 женщин.

⁴ Отсутствуют значения для 4 женщин.

⁵ Отсутствуют значения для 2 женщин.

Существует несколько различных типов скрининг-тестов для выявления рака груди; их можно использовать как по отдельности, так и последовательно — для более эффективной диагностики. Как показано в Таблице 7.1, женщины проходят скрининг на

предмет выявления рака груди реже, чем рака шейки матки. Следует уделять особое внимание представительницам самых старших возрастных групп, поскольку они подвержены наибольшему риску заболевания, и проводить среди них адресную диагностику. Менее половины женщин в возрасте 50–54 лет (42,6%) когда-либо делали маммографию. Лишь 24,2% представительниц данной возрастной группы хоть раз делали УЗИ молочных желёз. Почти две трети женщин в возрасте 50–54 лет (66,3%) хотя бы раз в жизни делали пальпацию, которую проводил врач, и меньше трети (29,3%) хотя бы однажды проводили самообследование молочных желёз.

ВОЗ рекомендует проводить обследование на предмет выявления рака груди каждые два года; процент женщин, прошедших подобное обследование в последние два года (у врача или самостоятельно) относительно всех опрошенных, проходивших его хоть раз в жизни, отражён в Таблице 7.2. Лишь 58,1% женщин ответили положительно на вопрос о том, делали ли они маммографию за последние два года, и 53,1% — на аналогичный вопрос об УЗИ молочных желёз. Тем не менее, в тот же период 73,9% женщин делали пальпацию, которую проводил врач, однако, опять же, молодые женщины проходили эту процедуру чаще более взрослых женщин. Практически всем женщинам следовало бы уметь самостоятельно обследовать молочные железы; из тех, кто так поступал, 93,5% женщин делали это в течение последних двух лет. Хотя разовое прохождение обследования на предмет выявления раковых заболеваний очень важно, необходимо, тем не менее, регулярно проводить подобные процедуры.

Таблица 7.2 Последнее обследования на предмет выявления раковых заболеваний

Процентное распределение срока прохождения последнего обследования на предмет выявления рака шейки матки или рака груди среди всех женщин, когда-либо проходивших подобное обследование, по возрастным группам, Россия, 2010 г.

	Возрастные группы (доля в процентах)					Всего	Количество женщин
	14-19	20-29	30-39	40-49	50-54		
Соскоб или мазок с шейки матки¹							
Менее 3 лет назад	96,4	91,2	82,7	80,1	76,1	83,4	2 101
Более 3 лет назад	(1.1)	2,9	9,1	10,0	13,8	8,4	203
Ответ «Не знаю»	(2.5)	5,4	7,4	9,8	10,1	7,9	195
Отказ от ответа	0,0	(0.5)	0,8	(0.1)	0,0	0,4	9
Маммография²							
Менее 2 лет назад	(50.0)	49,8	49,2	60,1	61,0	58,1	384
Более 2 лет назад	(50.0)	46,1	40,4	35,8	34,5	36,9	241
Ответ «Не знаю»	0,0	(4.1)	8,8	4,1	4,1	4,8	31
Отказ от ответа	0,0	0,0	(1.2)	0,0	(0.5)	(0.3)	2
УЗИ молочных желёз³							
Менее 2 лет назад	(66.7)	51,7	47,2	50,9	63,3	53,1	270
Более 2 лет назад	(33.3)	45,6	45,4	41,5	32,8	41,0	206
Ответ «Не знаю»	0,0	(2.8)	6,6	7,5	4,0	5,7	23
Отказ от ответа	0,0	0,0	(0.9)	0,0	0,0	(0.2)	1
Пальпация молочных желёз⁴							
Менее 2 лет назад	85,6	78,8	71,4	73,8	69,7	73,9	1 200
Более 2 лет назад	9,6	17,4	22,5	20,4	23,3	20,5	332
Ответ «Не знаю»	(4.8)	3,8	5,6	5,5	6,7	5,4	87
Отказ от ответа	0,0	0,0	(0.5)	(0.3)	(0.3)	(0.3)	4
Самообследование молочных желёз⁵							
Менее 2 лет назад	90,3	94,3	91,4	93,8	96,0	93,5	698
Более 2 лет назад	0,0	(0.8)	(1.9)	(0.4)	(0.7)	0,9	7
Ответ «Не знаю»	(9.7)	3,4	5,8	5,4	3,3	4,8	35
Отказ от ответа	0,0	(1.5)	(1.0)	(0.5)	0,0	0,7	5
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	

Прим.: Отсчёт лет вёлся от момента проведения опроса.

Результаты, указанные в скобках, получены на выборке менее чем 5 невзвешенных случаев.

¹ Отсутствуют значения для 5 женщин.

² Отсутствует значение для 1 женщины.

³ Отсутствуют значения для 3 женщин.

⁴ Отсутствуют значения для 9 женщин.

⁵ Отсутствуют значения для 14 женщин.

Выводы

Результаты, полученные в ходе данного исследования, позволяют дать краткую характеристику репродуктивного здоровья женщин в современной России. Они позволяют увидеть некоторые успехи российской системы здравоохранения в сфере оказания комплексных услуг, связанных с охраной репродуктивного здоровья, однако они также демонстрируют некоторые поведенческие изменения, которые могут негативно сказаться на здоровье женщин. К примеру, женщины в России склонны всё раньше вступать в половые отношения и всё чаще откладывают момент рождения детей, что может способствовать росту числа беременностей в подростковом возрасте, а также нежелательных беременностей. Из-за снижения возраста полового дебюта более четверти женщин беременеют ещё в возрасте до 20 лет; это один из самых высоких показателей по числу подростковых беременностей в развитых странах.¹²

Поскольку российское государство стало обращать больше внимания вопросам убыли населения и снижения рождаемости,^{2,6} изменение политики в сфере здравоохранения может повлиять на деторождение. Хотя пока ещё слишком рано говорить о результатах реформ конца 2000-ых годов, данное исследование показало, что в целом женщины по-прежнему предпочитают иметь небольшую семью и делают разумный перерыв между беременностями, кроме того, существенная доля женщин сознательно не хочет заводить детей. Это значимый сдвиг в сторону по сравнению с некогда принятыми нормами — такими как раннее рождение детей и раннее достижение идеальной численности семьи, вызванное небольшими интервалами между беременностями.² Согласно результатам опроса, в среднем женщины хотели бы иметь чуть менее двух детей в течение жизни. Если сравнить этот результат с показателями рождаемости — в частности, вычисленным нами суммарным коэффициентом рождаемости (1,5 на 2009 г.), — то можно сделать вывод, что разница между желанным количеством детей и реальной плодовитостью может способствовать подъёму рождаемости в ближайшие годы.

Как показывают результаты исследования, изменились также паттерны поведения, связанные с искусственным прерыванием беременности. Хотя аборт, бывший в СССР основным способом регулирования рождаемости, по-прежнему широко распространены в России (больше, чем в остальной Европе),¹³ число абортов заметно снизилось (согласно подсчётам, в 2009 г. СКА составлял 1,4²). В ходе исследования было также выявлено, что в целом российские женщины негативно относятся к абортам и для предотвращения нежелательной беременности предпочитают использовать средства контрацепции.⁵

Тем не менее, нельзя сказать, что снижение числа абортов и использование контрацептивов в полной мере соотносятся с реальными практиками. Так, хотя контрацептивы повсеместно доступны и в городах, и в сельской местности, лишь 49,3% всех сексуально активных женщин ответили, что пользовались средствами контрацепции в последнее время. Подавляющее большинство женщин (83,8%) отдадут предпочтение современным методам предохранения, однако лишь 18,9% выбирают наиболее эффективные из них. Женщины по-прежнему часто полагаются на традиционные методы, что, вероятно, связано с уменьшением государственного финансирования, выделяемого на программы по планированию семьи, и традиционной распространённостью неполной либо неверной информации о современных средствах контрацепции.⁶ В отличие от того, как это было раньше, возможность сделать аборт перестала быть причиной для

непредохранения. Как бы там ни было, ситуация с использованием услуг в сфере планирования семьи и их качеством, а также с выбором методов контрацепции, требует улучшений.

Женщинам, которые решают иметь детей, доступен стандартный спектр услуг по сопровождению беременности и материнства, которые можно получить в российских государственных медицинских учреждениях. Почти повсеместно роды проходят в присутствии квалифицированного медицинского работника, и почти всегда это происходит в медицинских учреждениях, а три четверти женщин обращаются в женскую консультацию ещё на первом триместре беременности. Кроме того, в российских больницах и родильных домах довольно распространена практика максимально раннего прикладывания ребёнка к груди, однако период грудного вскармливания, как правило, недолог; возможно, это вызвано отсутствием соответствующих рекомендаций со стороны медицинского персонала и низким уровнем работы больниц.¹⁴ Однако, несмотря на всё это, результаты нынешнего исследования говорят о росте вероятности грудного вскармливания в течение первого полугодия жизни (66%) по сравнению с последними доступными данными по стране в целом (в 1995 г. этот показатель составлял 30%).¹⁴

Наконец, необходимо отметить, что женское здоровье в России также напрямую связано с доступностью и распространённостью способов диагностики раковых заболеваний. Большинство женщин пользуются услугами системы здравоохранения, в частности — посещая гинеколога, который либо даёт направление на диагностическое обследование, либо непосредственно его проводит. Так поступает значительная часть населения (особенно это касается скрининг-тестов на предмет выявления рака шейки матки), однако массовых обследований, направленных непосредственно на группы риска по возрасту, не проводится. Чаще всего подобные обследования проходят более молодые женщины. Изменение политики в сфере здравоохранения и охват большего числа женщины во время проведения диагностических обследований позволили бы снизить заболеваемость и смертность от онкологических заболеваний репродуктивной системы (особенно это касается скрининг-тестов на предмет выявления рака груди).

Проведённое исследование безусловно имеет некоторые недостатки: небольшой размер выборки по некоторым показателям (как отмечено в прилагаемых таблицах), возможные системные сдвиги в том, что касается ответов на самые деликатные вопросы (например о сексуальном поведении или абортах), — тем не менее, оно даёт репрезентативное представление ситуации, связанной с женским здоровьем в России. Необходимо проведение дальнейших исследований для выявления передового опыта и лучших стратегий в сфере совершенствования комплексных программ по защите репродуктивного здоровья, что позволит улучшить здоровье российских женщин в целом, а также их семей.

ИСТОЧНИКИ

1. World Health Organization. Global health observatory [Web page]. Available at: <http://www.who.int/gho/en/>. Accessed August, 2011.
2. Zakharov S. Russian Federation: from the first to second demographic transition. *Childbearing Trends and Policies in Europe* (special collection *Dem Res*). 2008;19(3):907.
3. Cappa L, Vartapetova N, Makarova T, Flahive P. *Russia: Integrating Family Planning into the Health System. A Case Study of the Maternal and Child Health Initiative*. Arlington, VA: DELIVER Project; 2007.
4. *The Demographic Yearbook of Russia, 2010*. Statistical Handbook/Rosstat. –M., 2010.-525 pp.
5. David P, Reichenbach L, Savelieva I, Vartapetova N, Potemkina R. Women's reproductive health needs in Russia: what can we learn from an intervention to improve post-abortion care? *Health Policy Plann*. 2007;22(2):83-94.
6. Perlman F, McKee M. Trends in family planning in Russia, 1994–2003. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009;41(1):40-50.
7. Regushevskaya E, Dubikaytis T, Nikula M, Kuznetsova O, Hemminki E. Contraceptive use and abortion among women of reproductive age in St. Petersburg, Russia. *Perspect Sex Reprod Health*. 2009;41(1):51-58.
8. Cibula D. Women's contraceptive practices and sexual behaviour in Europe. *European J Contracept Reprod Healthcare*. 2008;13(4):362-375.
9. Russia: total fertility rate, 1961-2009. *Demoscope Weekly* [Web page]. Available at: http://demoscope.ru/weekly/ssp/rus_tfre.php. Accessed August 2011.
10. Scholl TO, Hediger ML, Belsky DH. Prenatal care and maternal health during adolescent pregnancy: a review and meta-analysis. *J Adolesc Health*. 1994;15(6):444-456.
11. Vannappagari V, Ryder R. Monitoring sexual behavior in the Russian Federation: the Russia longitudinal monitoring survey 1992–2003 [unpublished report submitted to U.S. Agency for International Development, 2004].
12. Singh S, Darroch JE. Adolescent pregnancy and childbearing: levels and trends in developed countries. *Fam Plann Perspect*. 2000;32(1):14-23.
13. World Health Organization, Regional Office for Europe. European health for all database (HFA-DB) [Web page]. Available at: <http://www.euro.who.int/hfadb>. Accessed August, 2011.
14. Grjibovski AM, Yngve A, Olov Bygren L, Sjöström M. Socio-demographic determinants of initiation and duration of breastfeeding in northwest Russia. *Acta Paediatrica*. 2005;94(5):588-594.