

И. Троицкая, А. Авдеев,
И. Бадурашвили, Е. Капанадзе,
В. Третьякова

Сравнительный анализ контрацептивного поведения: Франция, Грузия, Литва и Россия¹

Контрацептивное поведение в Восточной и Западной Европе формировалось разными путями. Во Франции, несмотря на сравнительно позднее законодательное разрешение и контрацепции, и аборта (в конце 1960-х — середине 1970-х гг. соответственно), существует развитая сеть центров планирования семьи, а основным средством предотвращения нежелательных деторождений является современная контрацепция. В бывших советских республиках, напротив, давние традиции легализации аборта и лояльное отношение к нему общества превратили добровольное прерывание беременности в неотъемлемый элемент репродуктивной культуры. Сравнение особенностей контрацептивного поведения во Франции, Грузии, Литве и России, основанное на данных первой волны обследования «Поколения и гендер», подтверждает эти наблюдения. При этом различия в распространенности контрацепции, структуре используемых методов, уровне неудовлетворенной потребности в контрацепции не могут быть объяснены лишь социально-демографическими характеристиками пользователей. Такие факторы, как законодательство, демографическая политика, институты здравоохранения и социальной защиты, сексу-

¹ Печатается по изданию: Troitskaia I., Avdeev A., Badurashvili I., Kapanadze E., Tretjakova V. *Étude comparative des pratiques contraceptives: France, Géorgie, Lituanie et Russie* // Revue d'études comparatives Est-Ouest — RECEO. 2009. Vol. 40. № 3–4. Septembre–Décembre. P. 241–272.

альное образование, также играют роль в формировании контрацептивного поведения.

Интерес к изучению контрацептивного поведения в Европе прежде всего связан с резким снижением рождаемости в 1960–1970-е гг. и с попытками объяснить его причины. Уменьшение числа рожденных детей, желание контролировать интервалы между их рождениями, более длительные периоды риска непланируемых беременностей после достижения желаемого размера семьи — все эти факторы повлияли на широкое распространение практики контроля рождаемости. В 1980-е гг. к ним прибавился еще один важный аргумент в пользу применения (и, следовательно, изучения) контрацептивов — эпидемия ВИЧ и других болезней, передаваемых половым путем, от которых эффективно защищал один из методов контрацепции — презерватив.

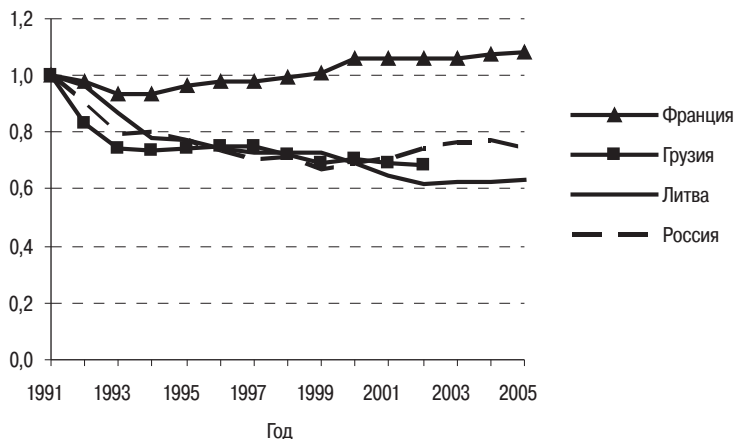
По объективным причинам формирование контрацептивного поведения в странах Западной и Восточной Европы происходило по-разному. В Западной Европе с ее давними традициями общественного движения в пользу регулирования рождаемости, антиабортным законодательством, созданием специализированных служб в системе здравоохранения и государственной поддержкой распространения информации о методах регулирования рождаемости основным элементом предупреждения нежелательных рождений стала контрацепция. В Восточной Европе, особенно в странах бывшего СССР, где аборт после 20-летнего запрета были вновь разрешены в 1955 г., их широкая доступность и моральная приемлемость привели к тому, что прерывание беременности стало «неотъемлемым — и основным — элементом репродуктивной культуры» [Agadjanian, 2002. Р. 237]. Даже несмотря на снижение показателей аборт в Грузии, Литве и России в течение последнего десятилетия, они еще остаются достаточно высокими, особенно по сравнению с Францией.

Тем не менее в последние 15 лет в Восточной Европе происходят позитивные изменения в контрацептивном поведении. Мы можем косвенно судить об этом, сравнивая динамику показателей рождаемости и аборта в 1990-е — начале 2000-х гг. Это был период резкого снижения и последующей стагнации показателей рождаемости во всех странах бывшего СССР, но и показатели абортов также снижались в этот период, а иногда даже более быстрыми темпами, чем рождаемость (рис. 1). Этот факт можно отчасти объяснить ростом числа поль-

Рисунок 1

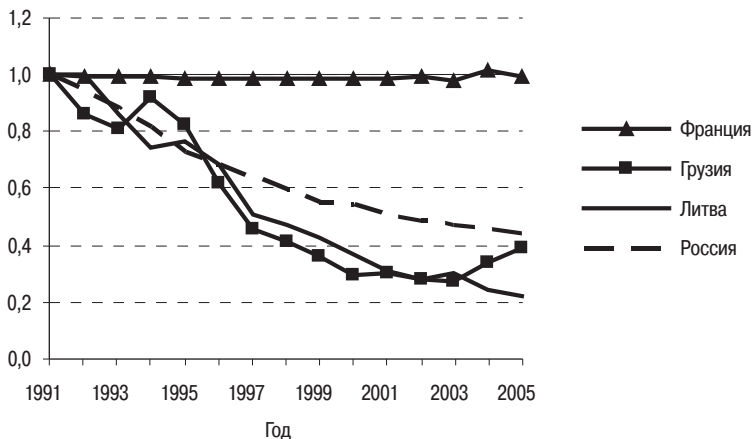
**Динамика показателей рождаемости и искусственного аборта,
1991–2005 гг.**

А) относительное изменение суммарных коэффициентов рождаемости
(1991 = 1)



Источник: база данных DeVision; <http://devision-dmo.econ.msu.ru>

Б) относительное изменение числа аборт на 1000 женщин
в возрасте 15–49 (1991 = 1)



Источники: Грузия: оценки И. Бадурашвили и Е. Капанадзе по данным Национального института статистики; Литва: Demografijos metraštis, 2005 (Демографический ежегодник, 2005); Россия: Население России–2005, 2007. С. 108; Франция: база данных «Population en chiffres», INED.

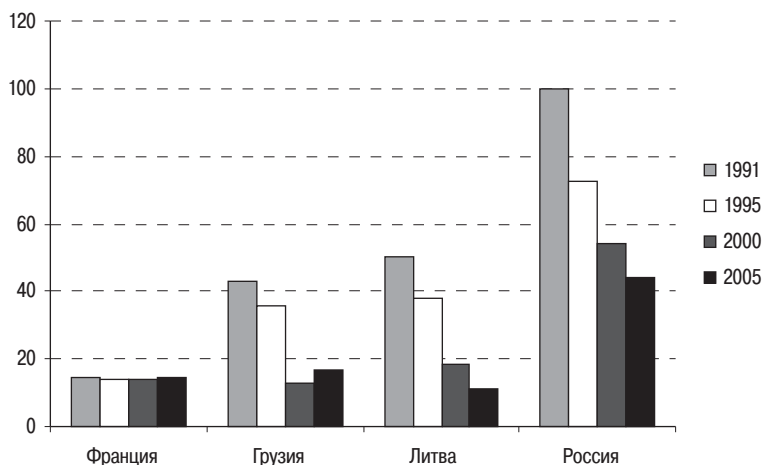
зователей контрацепцией и повышением ее средней эффективности вследствие более широкого распространения современных методов предупреждения беременности.

Несмотря на важность этой научной проблемы, ее изучение, особенно в Восточной Европе, было существенно ограничено отсутствием необходимой информации. Официальная статистика, как правило, не располагает полными данными об использовании тех или иных методов предупреждения нежелательных беременностей, основных социально-демографических характеристиках пользователей и тем более о таких важных поведенческих моментах, как механизм принятия решений об использовании контрацепции, критерии выбора метода, причины прекращения его использования и т. п. Другой важный источник информации — выборочные обследования — также начались в странах Восточной Европы достаточно поздно и в большинстве своем не являлись репрезентативными на национальном уровне, если только страна не оказывалась включенной в ту или иную программу всемирных или европейских обследований рождаемости и семьи². Среди сравниваемых в настоящей статье стран только Франция является исключением: выборочные обследования контрацептивного поведения начались здесь практически одновременно с разрешением контрацепции и аборт, в конце 1960-х — начале 1970-х гг., и продолжаются до сих пор [Rossier et al., 2004. P. 449].

Поэтому обследование «Generations and Gender», уникальный источник информации по многим проблемам демографии, семьи и межпоколенных отношений, позволяет среди прочего оценить использование методов контрацепции в странах, в которых до сих пор этот вопрос остается мало изученным. Франция в нашем исследовании является скорее примером для сравнения и образцом иного типа контрацептивного поведения, поскольку представляет собой случай, отличный от Восточной Европы во всех отношениях, будь то законодательство о планировании семьи, роль служб социальной защиты, доступ к услугам и информации, доля пользователей современными методами контрацепции, наиболее популярный метод, социально-демографические характеристики пользователей и т. п. Эти различия отражаются в показателях искусственных абортов во Франции по сравнению с тремя другими странами (рис. 2). Но и между тремя странами Восточной

² К примеру, участие Литвы в европейской программе Fertility and Family Survey в середине 1990-х гг.

**Динамика показателей искусственного аборта
на 1000 женщин в возрасте 15–49 (официальная статистика)**



Источники: Грузия: данные Национального института статистики; Литва: Demografijos metraštis, 2005 (Демографический ежегодник, 2005); Россия: Население России–2005, 2007. С. 108; Франция: база данных «Population en chiffres», INED.

Европы существуют заметные различия, несмотря на долгий период единого законодательства и политики в отношении искусственного аборта во времена СССР.

Отметим также определенный недоучет официальной статистикой распространенности аборта в этих странах.

Самое большое сомнение вызывают официальные показатели искусственного аборта в Грузии. По данным обследования Reproductive Health Survey (1999), в Грузии показатели аборт на 100 живорождений, зарегистрированные официальной статистикой во второй половине 1990-х гг., были в 2–5 раз ниже оценок, полученных в ходе обследования [Reproductive Health Survey, 1999, 2001. С. 54]. По данным обследования, проведенного по такой же программе в 2005 г., суммарный коэффициент аборт в 6 раз превышал показатель, представленный официальной статистикой [Reproductive Health Survey, 2005, 2007. С. 60]. Кроме того, в грузинскую версию вопросника обследования «Поколения и гендер» был включен блок вопросов об абортах, позволяющий оценить их количественные показатели и мотивацию респондентов. Согласно этим

данным, на одну женщину к концу репродуктивного периода (40–49 лет) приходилось около 4 искусственных абортов [Badurashvili I. et al., 2008]. Это совпадает с данными упомянутых выше выборочных обследований, но намного превышает показатели официальной статистики.

Во Франции оценки распространенности искусственного аборта, предоставляемые официальной статистикой, также страдают определенным недоучетом, оставаясь тем не менее близкими к реальным показателям [Rossier, Pirus, 2007].

Качество статистики абортов в Литве относительно высоко. Доказательством может служить тот факт, что с 1996 г. Литва находится в списке стран, в которых статистика легальных абортов считается достаточно полной [Sedgh et al., 2007], но тем не менее демонстрирующей определенный недоучет. Прежде всего ставится под сомнение качество информации о числе абортов в частных медицинских учреждениях: предполагается, что число таких абортов выше, чем зарегистрировано статистикой [Jonkarytė, Naskauskienė, 2002; Lithuanian Health Information Centre (частная беседа В. Третьяковой), 2009]. Во-вторых, даже при свободном доступе к искусственному аборту³ рынок нелегальных абортов в Литве существует. По данным исследования, проведенного в 1997–1999 гг. среди женщин, обратившихся в государственное лечебное учреждение для проведения аборта [Jakubčionytė, 2000], почти 10% опрошенных ответили, что в прошлом они делали нелегальный аборт. В-третьих, все исследования показывают, что невозможно точно определить, с какого момента мини-абORTы стали входить в общую статистику абортов в Литве [Naskauskienė, 1999]⁴.

Что касается качества информации о распространенности искусственного аборта в России, исследования показывают, что снижение уровня абортов с начала 1990-х гг. действительно имело место и что официальная статистика достаточно полно регистрирует этот показатель [Philipov et al., 2004].

³ Условия предоставления этой услуги примерно такие же, как и в большинстве стран, разрешающих аборт: до 12 недель беременности он производится по требованию женщины, а по медицинским показаниям — до 22 недель.

⁴ По данным из различных источников, мини-абORTы составляют примерно половину всех произведенных в Литве абортов, но процедура их регистрации не определена. Иными словами, информация существует, но не может расцениваться как официальная.

1. Законодательные, информационные и институциональные основы контрацептивного поведения

1.1. Законодательство о контрацепции

Среди четырех сравниваемых стран право на использование методов предупреждения нежелательной беременности лучше всего защищено законом во Франции:

- 1) закон № 67–1176 от 28.12.1967, известный как закон Ньюирта, разрешивший использование современных контрацептивов, почти на 10 лет опередил отмену запрета на аборты (закон № 75–17 от 17.01.1975, или закон Вейля). Это в значительной мере способствовало формированию во Франции так называемой контрацептивной культуры планирования семьи, при которой основным методом регулирования рождаемости является предупреждение нежелательной беременности, а не ее прерывание. Для стран Восточной Европы скорее характерна иная культура планирования семьи, сформировавшаяся в условиях свободного доступа к аборту и недостатка информации, услуг и самих методов контрацепции; в этом случае основным методом предупреждения нежелательных деторождений становится искусственный аборт;
- 2) закон № 2001–588 от 04.07.2001 об искусственном аборте и контрацепции — в некотором роде модификация закона Вейля. Новый закон учитывает эволюцию медицинских и социальных аспектов регулирования рождаемости, но не затрагивает сути прежнего законодательства, а именно права свободного доступа к методам предупреждения нежелательных рождений. Законом закреплено не только право на использование, производство, рекламу и продажу современных контрацептивов, он регулирует такие важные проблемы, как обязательное наличие рецепта при покупке методов контрацепции, обеспечение контрацепцией несовершеннолетних, сексуальное образование, деятельность центров планирования семьи, наказание за незаконное производство и распространение контрацептивов и пр.

В России, Литве и Грузии использование контрацепции либо не регулируется законодательно, либо упоминается в самом общем виде в законах об охране здоровья граждан (*табл. 1*).

Исключение составляет стерилизация в контрацептивных целях: условия доступа к ней и процедура ее проведения достаточно подробно

Таблица 1

Законодательство, регулирующее использование методов контрацепции

Грузия	Литва	Россия	Франция
Стерилизация (ст. 23, § 145 Государственного закона о здравоохранении Грузии от 10.12.1997) Медицинская хирургическая стерилизация с целью контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина и по истечении 1 месяца после проведения собеседования с ним доктором. Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.	Стерилизация Добровольная стерилизация в контрацептивных целях не разрешена.	Стерилизация (приказ Министерства здравоохранения РФ №303 от 28.12.1993) Медицинская стерилизация как метод контрацепции может быть проведена только по письменному заявлению гражданина не моложе 35 лет или имеющего не менее двух детей, а также при наличии медицинских показаний и согласия гражданина независимо от возраста и наличия детей. Медицинская стерилизация проводится в учреждениях государственной или муниципальной системы здравоохранения, получивших лицензию на указанный вид деятельности.	Стерилизация (ст. 26 закона №2001-588 от 4.07.2001) Стерилизация в контрацептивных целях проводится по желанию совершеннолетнего гражданина после консультации врача. Во время консультации врач обязан: • предупредить пациента о последствиях операции стерилизации; • предоставить информацию в письменном виде. Операция контрацептивной стерилизации проводится не ранее чем через 4 месяца после первой консультации в медицинском учреждении по письменному заявлению пациента. Врач может отказаться от проведения стерилизации в контрацептивных целях, но обязан предупредить об этом пациента во время первой консультации.

Окончание табл. 1

Грузия	Литва	Россия	Франция
Другие методы контрацепции Их использование практически не регулируется законодательно. С сентября 2007 г. продажа гормональных таблеток производится только по рецептам, а некоторые методы (женские презервативы, инъеклируемые и имплантируемые контрацептивы) в Литве не продаются.	Другие методы контрацепции Их использование практически не регулируется законодательно. С сентября 2007 г. продажа гормональных таблеток производится только по рецептам, а некоторые методы (женские презервативы, инъеклируемые и имплантируемые контрацептивы) в Литве не продаются.	Другие методы контрацепции Их использование практически не регулируется законодательно. Единственная статья «Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан» от 1993 г., в которой явно идет речь о контрацепции, гласит: «Каждый гражданин имеет право по медицинским показаниям на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи...» (ст. 22).	Другие методы контрацепции С 1920 до 1967 г. контрацепция во Франции была запрещена. Закон Новирга (Neuwirth) от 28.12.1967 разрешил ее использование. С 1967 г. в закон вносились изменения и дополнения, регулирующие различные аспекты использования, производства, распространения и рекламы современной контрацепции.

зафиксированы в законодательстве всех стран. Причины, по которым стерилизации уделяется гораздо больше внимания в законах, таковы:

- 1) ее практически необратимый характер. Восстановление репродуктивной функции после стерилизации представляет собой сложную и не всегда успешную процедуру, поэтому пациент должен осознать все последствия этого метода, дать письменное согласие на операцию, а в Грузии и Франции ему обязательно дается время на принятие окончательного решения — 1 и 4 месяца соответственно после первого визита к врачу;
- 2) необходимость хирургической операции. Поэтому во всех законах о стерилизации записано, что она может проводиться только в медицинских учреждениях соответствующего профиля.

Что касается доступа к этому методу контрацепции, во Франции и Грузии он разрешен всем совершеннолетним, тогда как в России лицо, желающее воспользоваться этим методом, должно удовлетворять определенным требованиям: быть старше 35 лет, иметь 2-х детей либо медицинские показания к подобной операции.

В Литве добровольная контрацептивная стерилизация не разрешена, хотя закона, который прямо запрещал бы ее использование, не существует.

1.2. Официальная статистика контрацепции

Как мы уже упоминали, ценность обследования «Поколения и гендер» заключается в том, что данные об использовании контрацепции, предоставляемые официальной статистикой в странах Восточной Европы, не позволяют оценить реальную распространенность различных методов предупреждения беременности.

В России и Грузии система сбора этой информации практически идентична. Этим занимается Министерство здравоохранения, и ежегодно публикуемые показатели тоже совпадают (*табл. 2*): это число женщин, обратившихся к врачу по поводу использования гормональных таблеток, и число введенных ВМС. К сожалению, данные не позволяют оценить реальную долю пользователей этими методами, поскольку таблетки могут быть куплены в аптеке без рецептов и не учитываются статистикой; кроме того, для обоих методов неизвестно число пользователей, прекративших их применение. К тому же статистика не дает такой важной информации, как социально-демографические характеристики тех, кто применяет те или иные методы предупреждения беременности.

В Литве в настоящее время отсутствует официальная информация об использовании контрацепции. До 2005 г. Литовский информационный центр здравоохранения собирал определенную информацию об использовании современных методов (табл. 2). Начиная с 2006 г. основная статистическая форма для медицинских учреждений (государственных и частных) изменилась: из нее были исключены все вопросы, касающиеся контрацепции. Это была инициатива Министерства здравоохранения Литвы, аргументировавшего свое решение низким качеством собираемой информации. Некоторые данные об использовании контрацепции в Литве можно получить из Обследования здоровья населения Литвы [Health Survey of Lithuanian population], впервые проведенного в 2005 г. среди 2,8 млн постоянных жителей страны в возрасте 15 лет и старше, выбранных из регистра населения Литвы. К сожалению, вопросы о контрацепции вошли в блок «Использование в последние 4 недели медикаментов, назначенных врачом», в результате по данным этого обследования можно оценить только два показателя: общее число женщин, получивших контрацептивное средство по рецепту врача, и общее число пользователей гормональными таблетками.

Во Франции информация о распространенности контрацепции и характеристиках пользователей поступает из регулярных выборочных обследований рождаемости и семьи, поэтому данные, хотя и не появляются каждый год, обладают гораздо большей полнотой и позволяют получать оценки, довольно близкие к реальной ситуации. Последние данные о распространенности различных методов во Франции относятся к 2000 г.; они получены из обследования COCON (COhorte sur la CONtraception), проводимого совместными усилиями Национального института медицинских исследований (INSERM), Национального института демографических исследований (INED) и Национального центра научных исследований (CNRS) [Rossier et al., 2004. P. 449–450].

1.3. Доступ к информации и услугам, связанным с использованием контрацепции

Хотя решение об использовании современной контрацепции принимается индивидом, оно не может быть в полной мере реализовано без доступа к информации о различных методах, к самим методам и соответствующим медицинским услугам. Иными словами, и принятие решения об использовании методов предупреждения беременности,

Таблица 2

Информация об использовании контрацепции, доступная из официальной статистики

Грузия	Литва	Россия	Франция
<i>I. Показатели, регистрируемые официальной статистикой:</i> (абсолютные числа и показатели на 100 женщин в возрасте 15–49 лет): Министерство здравоохранения предоставляет следующие данные: - ежегодное число введенных ВМС; - ежегодное число женщин, обратившихся к врачу по поводу использования гормональных таблеток; - ежегодное число операций по контрацептивной стерилизации.	<i>I. Показатели, регистрируемые официальной статистикой:</i> До 2005 г. Информационный центр здравоохранения Литвы предоставлял следующую информацию: - общее число (на конец года); - использующих гормональные таблетки; - использующих ВМС; - новых пользователей ВМС в данном году. С 2006 г. регистрация всех этих показателей прекращена из-за неполноты и неточности данных, а также из-за нежелания врачей заполнять соответствующую статистическую форму.	<i>I. Показатели, регистрируемые официальной статистикой:</i> (абсолютные числа и показатели на 100 женщин в возрасте 15–49 лет): Министерство здравоохранения предоставляет следующие данные: - ежегодное число введенных ВМС; - ежегодное число женщин, обратившихся к врачу по поводу использования гормональных таблеток; - ежегодное число операций по контрацептивной стерилизации.	<i>I. Показатели, регистрируемые официальной статистикой:</i> Данные о распространённости различных методов контрацепции поступают из регулярных выборочных обследований, которые проводятся совместными усилиями национальных научных центров (Института демографических исследований, Института статистики, Института медицинских исследований).
<i>II. Недостатки официальной статистики методов контрацепции:</i> - услуги, оказываемые частной медициной, не полностью учитываются официальной статистикой; - нет статистики прекращения использования метода; - не требуется наличия рецепта при покупке контрацептивов, поэтому невозможен учет пользователей на основе продаж за отсуствием официальных отчетов о реализации медикаментов.	<i>II. Недостатки официальной статистики методов контрацепции:</i> - доля женщин, использующих различные методы контрацепции, неизвестна, поскольку все методы делятся на «таблетки» и «другое»; - недостаточно информации о социально-демографических характеристиках пользователей. С 2006 г. вся информация относится только к средствам контрацепции, назначенным врачом.	<i>II. Недостатки официальной статистики методов контрацепции:</i> - услуги, оказываемые частной медициной, не полностью учитываются официальной статистикой; - нет статистики прекращения использования метода; - необязательное наличие рецепта при покупке таблеток ведет к недоучету пользователей этим методом.	

и выбор конкретного метода отчасти определяются институциональными факторами, т. е. есть объемом и качеством услуг по планированию семьи, предоставляемых различными учреждениями здравоохранения и неправительственными организациями.

В Грузии эти услуги предоставляются главным образом в специализированных клиниках, открытых в рамках совместной программы Министерства здравоохранения Грузии и Фонда народонаселения ООН (UNFPA) и расположенных в основном в городах. Эти клиники, предоставляя среди прочего послеродовое и послеабортное консультирование, не используют этот путь распространения информации и методов в полной мере: в 2005 г. консультацию по поводу контрацепции получили только 22% женщин после аборта и 31% после родов. Доля же тех, кто после производства аборта получил в клинике рецепт на средство контрацепции или само средство, оказалась очень низкой — 6% [Reproductive Health Survey Georgia, 2005, 2007. С. 201].

В России в системе здравоохранения не существует специализированной структуры по планированию семьи⁵, поэтому услуги и консультирование, связанные с использованием контрацепции, представляют собой дополнительную нагрузку на врачей-гинекологов из поликлиник и женских консультаций. Послеабортное и особенно послеродовое консультирование по поводу предупреждения нежелательной беременности не очень распространено: только половина женщин, делавших аборт, обсуждала с врачом или другим медицинским работником методы контрацепции; для послеродового периода этот показатель еще ниже — 30%. Но каждая четвертая женщина получила рецепт на контрацепцию или само средство, покидая клинику после аборта [David, 2000; Annex 1–5].

В Литве, как и в России, основная деятельность по предоставлению услуг и информации в сфере планирования семьи осуществляется в женских консультациях, имеющих, помимо этой, еще множество функций. Семейные врачи, в чьи обязанности также входит консультирование по вопросам контрацепции, не могут уделять этому достаточно внимания и времени вследствие большой нагрузки [Jaguseviciene, 2004]. После того как в 2006 г. органы официальной статистики перестали собирать информацию о числе женщин, обратившихся за кон-

⁵ Специализированные центры, созданные в рамках Федеральной целевой программы «Планирование семьи» в 1990-е гг., после закрытия программы в конце 1990-х практически прекратили свою медицинскую и просветительскую деятельность.

сультацией по вопросам планирования семьи, оценить объем этого вида деятельности очень трудно.

Во Франции услуги по планированию семьи оказываются в специализированных центрах планирования семьи, как государственных, так и частных. Если добавить к ним центры, принадлежащие неправительственной ассоциации «Французское движение за планирование семьи», и врачей-гинекологов и терапевтов, также консультирующих по поводу контрацепции, можно считать, что во Франции потребность в подобного рода услугах удовлетворена, а доступ к ним широк. Деятельность всех этих институтов, организаций и частных лиц, подробно описанная в соответствующих законах, направлена прежде всего на консультирование по вопросам регулирования рождаемости, распространение соответствующей информации, предварительные беседы перед операцией искусственного аборта, подготовку к семейной жизни и родительству⁶. Тем не менее проблема чрезмерной нагрузки на медицинских работников, неравный доступ к услугам по планированию семьи различных социальных групп, недостаточное финансирование центров планирования семьи омрачают эту, в целом вполне благополучную картину.

2. Контрацептивное поведение (по данным обследования «Поколения и гендер»)

2.1. Данные и методы

Этот раздел посвящен результатам описательного и регрессионного анализа данных первой волны обследования «Поколения и гендер», который позволяет нам оценить влияние индивидуальных характеристик респондентов на их контрацептивное поведение.

Для получения информации об использовании контрацепции в момент опроса респондентам задавался следующий вопрос: «Вы или Ваш партнер/супруг (Ваша партнерша/супруга) используете или делаете что-то, чтобы предотвратить беременность?». У респондентов была возможность выбрать несколько ответов из возможного списка методов.

Поскольку в ходе обследования выяснялось контрацептивное поведение в момент опроса, вопрос об использовании того или иного ме-

⁶ См., например, Декрет №92–784 от 06.08.1992 г.

тогда предупреждения нежелательной беременности задавался не всем. На него отвечали только респонденты, удовлетворяющие следующим трем критериям:

- женщины репродуктивного возраста (моложе 50 лет), не беременные в момент опроса, и мужчины, имеющие партнершу репродуктивного возраста, не беременную в момент опроса;
- состоящие в партнерском союзе любого типа (зарегистрированный или незарегистрированный брак; партнеры, не живущие вместе)⁷;
- физически способные к деторождению (как респондент, так и его/ее партнер).

В итоге, на вопрос об использовании контрацепции в момент опроса ответило около 15 тыс. респондентов в четырех странах (*табл. 3*).

Также респондент не отвечал на вопрос о методах контрацепции, если он сам или его/ее партнер перенесли хирургическую операцию, в результате которой они потеряли физиологическую способность иметь детей. К сожалению, вопрос задавался в такой форме, что невозможно было отделить добровольную стерилизацию в контрацептивных целях от операции (например, по медицинским показаниям), блокировавшей репродуктивную функцию.

Масштабы этого явления примерно одинаковы во всех сравниваемых странах, за исключением Литвы: стерилизацию (контрацептивную или по медицинским показаниям) имели в анамнезе: во Франции — 5,5% женщин репродуктивного возраста⁸, в Грузии — 6,4%, в России — 7,0% женщин в возрасте 18–49 лет (*табл. 4*)⁹. Поскольку в Литве добровольная стерилизация с целью контрацепции не разрешена, этот показатель достаточно низкий — 2,1%, и все эти случаи представляют собой стерильность, возникшую в результате операции, назначенной по иным — не контрацептивным — причинам.

⁷ Исключение составляет французское обследование, в котором вопрос о контрацепции задавался всем респондентам, удовлетворяющим первым трем критериям, независимо от наличия постоянного партнера. Этот подход кажется нам более логичным, поскольку отсутствие партнера не обязательно означает отсутствия сексуальных отношений и, следовательно, риска нежелательной беременности.

⁸ Напоминаем, что речь идет о женщинах репродуктивного возраста, **имеющих постоянного партнера в момент опроса**.

⁹ Данные приводятся только для женщин, потому что в выборках обнаружено всего несколько респондентов-мужчин, ответивших положительно на этот вопрос. В Литве все хирургические операции, приведшие к стерильности, проводились только по медицинским показаниям, поскольку добровольная контрацептивная стерилизация не разрешена.

Таблица 3

**Размеры выборки для анализа контрацептивного поведения,
по стране и полу респондента**

Грузия (2006)		Литва (2006)		Россия (2004)		Франция (2005)	
Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины	Женщины	Женщины	Мужчины	Женщины
1668	1635	1949	1647	2043	1695	2051	2299

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

Таблица 4

**Распределение женщин, ставших бесплодными в результате
хирургической операции стерилизации, по возрастным группам, в %**

Возраст	Грузия	Литва	Россия	Франция
< 20			1,2	
20–24	1,2		0,3	
25–29	3,2	0,3	1,4	0,4
30–34	5,0	0,8	2,8	1,4
35–39	6,0	2,4	8,1	2,2
40–44	7,5	4,2	9,7	10,6
45–49	10,3	6,9	21,5	16,9
18–49	6,4	2,1	7,0	5,5

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

В то же время известно, что в России, по данным Министерства здравоохранения, в 1990–2004 гг. проведено в общей сложности 220 тыс. операций контрацептивной стерилизации, что составляет менее 0,6% от численности женщин репродуктивного возраста¹⁰. По данным выборочных обследований, в 1999–2000 гг. этот же показатель для городских женщин, состоящих в браке, составлял менее 2%. Это означает, что в России подавляющее большинство случаев женского бесплодия, наступившего в результате хирургического вмешательства, не связано с контрацептивными целями.

В Грузии, по данным выборочного обследования, проведенного в 2005 г., стерилизацию в контрацептивных целях была сделана 2,2% женщин в возрасте 15–49 лет. Если сравнить эти данные с приведен-

¹⁰ Оценка сделана при допущении, что все женщины, имевшие контрацептивную стерилизацию в течение последних 14 лет, в год проведения обследования (2004) по-прежнему находятся в репродуктивном возрасте. Часть из них могла уже выйти из возрастной группы 15–49, что уменьшает число случаев стерилизации и, следовательно, частота контрацептивной стерилизации в группе женщин 15–49 лет будет ниже приведенных нами 0,6%.

ными в табл. 4, можно предположить, что около 2/3 респонденток в выборке «Поколения и гендер» перенесли операцию стерилизации по причинам, не связанным с контрацептивной целью.

Во Франции, по данным обследования 1994 г., контрацептивная стерилизация была проведена 3% респонденток в возрасте 20–49 лет [Rossier et al., 2004. С. 455]. Таким образом, во Франции половине женщин, ставших бесплодными в результате стерилизации, эта операция делается по медицинским показаниям, а другой половине — в контрацептивных целях.

2.2. Использование контрацепции в зависимости от пола респондента

Прежде всего обращает на себя внимание довольно близкое совпадение ответов на вопрос об используемом методе у мужчин и женщин во французской, литовской и российской выборках (табл. 5). Грузинские респонденты мужского пола в большинстве случаев значительно недооценивают использование коитуснезависимой контрацепции их партнершей, а каждый пятый из них не знает, какой метод она использует для предупреждения нежелательной беременности.

На наш взгляд, такое совпадение во Франции, Литве и России косвенно подтверждает качество информации о контрацепции, полученной в результате обследования «Поколения и гендер», а также означает, что партнеры обсуждают вопросы регулирования рождаемости и, возможно, вместе принимают решение о репродуктивных планах и контрацептивных стратегиях.

В общем данные обследования «Поколения и гендер» о распространенности различных методов контрацепции не противоречат результатам выборочных обследований, проведенных ранее в Грузии, Литве, России или Франции¹¹. Но поскольку принципы формирования выборок в них отличаются от нашего обследования, эти сравнения не совсем корректны. Оценки в предыдущих обследованиях делались чаще всего для женщин, имеющих сексуальные контакты либо для состоящих в браке, тогда как в обследовании «Поколения и гендер» критерием было наличие постоянного партнера в момент интервью.

¹¹ Наиболее близкими к обследованию «Поколения и гендер» по времени поведения являются обследования COCON–2000 (Франция), Reproductive Health Survey — 2005 (Грузия), Women and Infant Health Project–2000 (Россия), Health Survey of Lithuanian population–2005 (Lithuania).

Таблица 5

Метод контрацепции, используемый респондентом и/или его партнером в момент опроса, по полу и стране, в %

Метод	Грузия		Литва		Россия		Франция	
	муж- чины	жен- щины	муж- чины	жен- щины	муж- чины	жен- щины	муж- чины	жен- щины
Не используют ника- кого метода	46,0	47,0	21,3	22,4	17,2	15,8	19,4	15,4
Используют какой-либо метод	54,0	53,0	78,7	77,6	82,8	84,2	80,6	84,6
В том числе:								
презерватив	8,7	8,4	22,1	20,7	27,0	21,5	11,8	11,2
таблетки	7,4	10,1	23,1	22,7	10,3	11,1	45,9	48,9
ВМС	8,5	13,6	7,7	9,0	16,7	18,4	16,9	18,5
барьерные методы	0,3	0,5	0,2	0,4	1,7	2,3	0,8	0,8
импланты	0	0		0,1	0	0	1,9	1,5
посткоитальные таблетки	0,1	0,1	0,5	0,4	0,5	0,5	0,3	0,4
прерванный по- ловой акт	0,8	1,8	9,9	11,3	9,9	11,1	1,7	1,5
календарный метод	7,0	15,2	9,1	9,3	12,2	13,5	0,9	1,2
другие	0,2	0,3			2,9	4,9	0,5	0,6
не знают	21,0	3,4	5,3	2,6	1,6	0,9		

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

Кроме того, во всех национальных обследованиях верхняя граница возраста респондентов равна 44 годам, в отличие от нашего обследования, в котором вопрос о контрацепции задавался женщинам до 50 лет.

Все сравнения для России следует делать с особой осторожностью вследствие очень специфических выборок в предыдущих обследованиях: в них входили преимущественно городские жительницы.

В Литве результаты проведенного в 2005 г. обследования «Здоровье населения» существенно отличаются от данных, приведенных в табл. 5. Доля пользователей всеми методами контрацепции, согласно этому обследованию, составляет лишь 4,5%, из них использовали таблетки 2,5% (против 77,6% и 22,7% соответственно в обследовании «Поколения и гендер»). Такое существенное (более чем в 10 раз!) различие, безусловно, вызвано спецификой вопроса об использовании контрацепции, о чем мы упоминали выше. В обследовании 2005 г. речь шла только о контрацептивах, назначенных врачом. Не исключено, что после введения в сентябре 2007 г. обязательного наличия рецепта при покупке контрацептивов этот показатель приблизился к цифрам, приведенным в табл. 5.

В дальнейшем мы будем делать все наши оценки контрацептивного поведения только для респондентов-женщин. Вероятнее всего, их оценки точнее отражают реальное положение вещей, поскольку ни один метод контрацепции не может использоваться без того, чтобы женщина об этом не знала¹², тогда как мужчина-респондент может не знать об использовании его партнершей таких методов, как таблетки или ВМС. К тому же регрессионный анализ влияния социально-демографических характеристик на вероятность использования контрацепции показал, что для мужчин-респондентов практически никакие переменные в моделях логистических регрессий не являются значимыми.

2.3. Использование контрацепции: описательный анализ

Практически все респонденты, которым задавались вопросы об использовании контрацепции, ответили на них. В России лишь 1,9% мужчин и 1,2% женщин отказались отвечать на вопрос об используемом методе, в Литве — 0,1% мужчин; во Франции и Грузии таковых не оказалось вообще.

2.3.1. Распространенность контрацепции

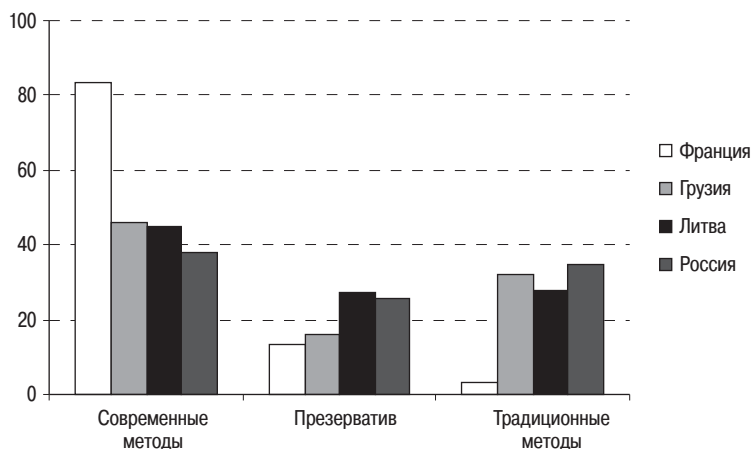
Наши оценки показывают различия в доле пользователей контрацепцией в сравниваемых странах (табл. 5). В России и Франции этот показатель близок к некому предельному значению, заданному прежде всего наблюдаемыми уровнями рождаемости [Bongaarts, Johansson, 2002. Р. 29]. В двух других странах еще есть потенциал роста этого показателя, особенно в Грузии, где контрацепцией пользуется чуть больше половины респонденток в выборке, а показатели рождаемости находятся на том же уровне, что в России и Литве.

2.3.2. Традиционные и современные методы

Наиболее существенное различие между контрацептивным поведением во Франции и в трех странах Восточной Европы заключается в соотношении современных и традиционных методов в структуре используемой контрацепции (рис. 3).

¹² Исключение составляет мужская стерилизация, которая в данном обследовании не входит в список методов контрацепции. Более того, вопрос о стерильности, наступившей в результате хирургического вмешательства, задан таким образом, что невозможно отличить добровольную стерилизацию в контрацептивных целях от операции по медицинским показаниям, повлекшей за собой потерю репродуктивной функции.

Соотношение традиционных и современных методов в структуре используемой контрацепции (все методы = 100%)



Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

Если во Франции традиционные низкоэффективные методы — календарный метод и прерванный половой акт — составляют лишь 3% в структуре используемых методов, то в Литве этот показатель — около 25%, а в России и Грузии превышает 30%. По этой причине мы не включили Францию в *табл. 6*.

Из данных, представленных в *табл. 6*, и в Грузии, и в России наиболее активными пользователями традиционных методов являются респонденты старше 40 лет. Вероятнее всего, это можно объяснить формированием их отношения к контрацепции в конце 1980-х — начале 1990-х гг., когда на фоне все еще не изменившегося контрацептивного поведения в этих странах и в условиях экономического кризиса финансовый аргумент был очень важен при выборе метода. В дальнейшем, если метод устраивал женщину, т.е. предохранял ее от нежелательной беременности и не причинял неудобств в использовании, у нее не было причин менять традиционный метод на более современный, требующий затрат времени и средств. В Литве распределение пользователей традиционной контрацепцией двухмодально: максимальные значения показателя наблюдаются в группах женщин в возрасте 35–39 и 45–49 лет, тогда как женщины в возрасте 40–44 года демонстрируют более низкие показатели использования традиционных методов.

Таблица 6

Доля женщин, пользующихся традиционными методами контрацепции,
по социально-демографическим характеристикам

Характеристика респондента	Грузия		Литва		Россия	
	%	число на- блюдений	%	число на- блюдений	%	число на- блюдений
Возраст						
< 20	–	1	–	9	46,4	32
20–24	19,0	11	21,1	44	35,1	92
25–29	31,4	49	26,0	60	34,4	125
30–34	32,3	60	27,5	77	34,6	112
35–39	31,7	59	37,1	72	33,1	106
40–44	38,2	55	32,2	59	41,0	142
45 +	56,2	41	39,6	38	50,0	113
Тип партнерства						
Зарегистрированный брак	34,8	231	31,5	270	36,6	479
Незарегистрированный брак	30,7	39	21,4	42	41,6	109
Партнеры не живут вместе	–	6	–		39,5	134
Число рожденных детей						
0	–	2	24,8	76	44,0	117
1	29,4	45	29,6	125	36,6	289
2	33,3	154	29,3	127	36,9	257
3 и более	40,3	75	42,3	30	37,3	59
Место жительства						
Большие города	30,6	77	32,9	75	43,2	356
Другие города	29,8	73	27,0	188	35,8	206
Село	40,9	126	31,2	97	31,4	160
Уровень образования						
Ниже среднего	38,8	19	29,2	19	37,2	58
Среднее	39,1	99	32,0	186	37,2	444
Выше среднего	31,4	158	26,7	94	38,3	177
В процессе получения образования			25,5	60	43,0	43
Занятость						
Работает	34,0	87			38,0	481
Безработный	34,4	189			36,3	120

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004.

¹³ Мы не смогли сделать аналогичных оценок для Франции, поскольку число наблюдений очень невелико: всего 52 женщины-респондента использовали традиционные методы.

Нельзя сказать, что в сравниваемых странах пользователи традиционной контрацепции имеют похожие характеристики. Отметим, что при изучении факторов использования традиционных методов мы обнаруживаем заметное сходство между Грузией и Литвой, тогда как в России на выбор традиционного метода влияют совсем иные характеристики респондентов. В России традиционными методами чаще пользуются респонденты, не состоящие в зарегистрированном браке, в отличие от Грузии и Литвы, где доля пользователей этими методами заметно выше среди замужних женщин. То же можно сказать и о других социально-демографических переменных: в России больше всего пользователей традиционными методами среди бездетных женщин, живущих в больших городах, тогда как в Грузии и Литве наличие 3 и более детей и проживание в сельской местности являются факторами более высокой вероятности использования традиционных методов. Образование (для российских респондентов) и особенно занятость, похоже, значимо не влияют на предпочтение традиционного метода современному.

2.3.3. Комбинация методов

Возможность выбора нескольких вариантов ответов на вопрос об используемом методе контрацепции позволяет оценить наиболее часто встречающиеся комбинации методов. Как и следовало ожидать, презерватив чаще всего входит в состав таких комбинаций (*табл. 7*).

Использование презерватива в сочетании с традиционными методами (календарным и прерванным половым актом) может быть объяснено, скорее всего, тем, что респондент еще не сделал окончательного выбора метода контрацепции и пользуется в зависимости от обстоятельств тем, что находится «под рукой». Но комбинация презерватива с одним из современных высокоэффективных методов, без сомнения, объясняется его двойственной функцией: он является одновременно средством предупреждения нежелательной беременности и защиты от болезней, передаваемых половым путем [Rossier et al., 2004. P. 450]. Хотя, очевидно, что в такой комбинации презерватив не следует рассматривать как метод предохранения от нежелательной беременности. Ведь вопрос в обследовании задавался именно о методах контрацепции, и не исключено, что некоторые респонденты выбирали презерватив лишь потому, что он был в списке методов, не отдавая себе отчета в том, что презерватив использовался ими в других целях.

Таблица 7

Комбинация нескольких методов контрацепции

Параметр	Грузия	Литва	Россия	Франция
Среднее число одновременно используемых методов	1,01	1,26	1,32	1,09
Доля респондентов, использующих более одного метода, %	0,6	19,7	23,0	7,6
Методы, наиболее часто входящие в комбинации с презервативом	Календарный	Таблетки Прерванный половой акт Календарный	Календарный Прерванный половой акт Таблетки	Таблетки Прерванный половой акт
Число случаев	20	244	440	132

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

По этой же причине было бы методологически неверно исключать стерилизацию из списка используемых методов контрацепции, как это сделано в анкете первой волны обследования «Generations and Gender», поскольку даже этот метод, имеющий практически 100-процентную эффективность, не исключает использования в комбинации с ним презерватива для защиты от инфекций, передаваемых половым путем.

2.3.4. Неудовлетворенная потребность в контрацепции

В населении с низкой рождаемостью, к которым относятся все сравниваемые страны, женщины относительно рано достигают желаемого размера семьи. В возрасте 35 лет и старше 80% женщин, сохраняя свою репродуктивную функцию, не хотят больше иметь детей и нуждаются в постоянной контрацептивной защите (табл. 8). Но далеко не все они, несмотря на осознание своих репродуктивных планов, используют методы предупреждения беременности для их реализации, испытывая, таким образом, неудовлетворенную потребность в контрацепции.

Стандартное определение неудовлетворенной потребности в контрацепции включает всех фертильных женщин, состоящих в любом типе партнерского союза, желающих отложить рождение очередного ребенка на срок более 2-х лет или вообще прекратить деторождение, но не использующих при этом никаких методов контрацепции. В соответствии с более широким определением пользователи низкоэффективных традиционных методов также рассматриваются как испытывающие неудовлетворенную потребность в контрацепции.

Таблица 8

**Доля женщин в возрасте 35–49 лет, способных к деторождению
и не желающих иметь больше детей**

Характеристика респондента	Грузия	Литва	Россия	Франция
Число женщин в возрасте 35–49 лет в выборке*	1291	1017	1997	1624
Доля физически способных к деторождению**, %	66,9	82,3	66,3	81,2
Из них: не хотят больше иметь детей	82,6	91,6	86,8	78,3

Примечания: * — во всех странах, кроме Франции, вопрос о физической возможности иметь детей и репродуктивных намерениях задавался только респондентам, имеющим постоянного партнера в момент опроса; ** — те, кто отвечал «Вероятно, да» и «Определенно да» на вопрос о физической возможности иметь детей.

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

Наши оценки этого показателя для сравниваемых стран будут неполны, поскольку без информации о сексуальной активности нельзя точно оценить неудовлетворенную потребность в контрацепции. Наличие постоянного партнера — основной, но не единственный показатель такой активности. Но, как было упомянуто выше, блок вопросов о контрацепции задавался только респондентам, имеющим постоянно-го партнера в момент опроса.

Согласно нашим оценкам, неудовлетворенная потребность в контрацепции различается в сравниваемых странах. Если, согласно первому, «узкому» определению, этот показатель практически одинаков во Франции и России (13% и 14,5% соответственно), чуть выше в Литве (22,9%), то в Грузии неудовлетворенную потребность в контрацепции испытывает почти половина (45,3%) женщин, не планирующих иметь более детей. Но если использовать для оценок второе, «широкое» определение, уровень этого показателя незначительно изменится во Франции (с 13% до 15,6%), увеличится на 10% в Литве (с 22,8% до 32,1%), почти на 20% в Грузии (с 45,3% до 63,4%) и втрое возрастет в России (с 14,5% до 45%).

Неудовлетворенная потребность в контрацепции (в «узком» смысле) в России и Франции остается практически неизменной — на уровне 10% — во всех возрастных группах, повышаясь до 25% в возрастах старше 45 лет. В Литве респонденты моложе 30 лет испытывают относительно низкую неудовлетворенную потребность в контрацепции — также около 10%, затем она стабилизируется на уровне 20%, достигая максимума в самой старшей возрастной группе. В Грузии же уровень этого по-

казателя значительно выше по сравнению с остальными тремя странами; кроме того, наблюдаются его высокое значение в самой молодой группе и постоянный рост после достижения респондентом 35 лет (рис. 4).

Оценки, сделанные на основе других обследований, хотя и относятся к более ранним периодам времени, остаются примерно в тех же пределах: во Франции неудовлетворенная потребность в контрацепции в 1994 г. была на уровне 8% среди сексуально активных женщин, в Литве в этот же период — чуть выше 20% (рассчитано по: Klijsing, 2000. С. 76). В России в 1996 г. неудовлетворенная потребность в контрацепции среди городских женщин была около 14% (1996 Russia Women's Reproductive Health Survey, 1998. С. 115)¹⁴. Лишь в случае Грузии мы наблюдаем существенные расхождения: по данным обследования Reproductive Health Survey Georgia–2005, неудовлетворенную потребность в контрацепции испытывали 16% женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке, что значительно ниже наших оценок (рис. 4, табл. 9).

Каковы же характеристики женщин, испытывающих необходимость в контрацептивной защите, но не использующих никаких методов для предотвращения нежелательной беременности? Во всех сравниваемых странах они различны: мы можем обнаружить сходство во влиянии различных факторов на уровень неудовлетворенной потребности в контрацепции между Францией и Россией, тогда как в Грузии и Литве это влияние совсем иное (табл. 9). Исключение составляет только уровень образования респондентов: чем он выше, тем ниже неудовлетворенная потребность в контрацепции; тенденция одинакова во всех сравниваемых странах.

Место жительства. Во Франции и России наиболее низкую неудовлетворенную потребность в контрацепции испытывают сельские жительницы, тогда как в Грузии и Литве именно в группе сельских респонденток этот показатель самый высокий.

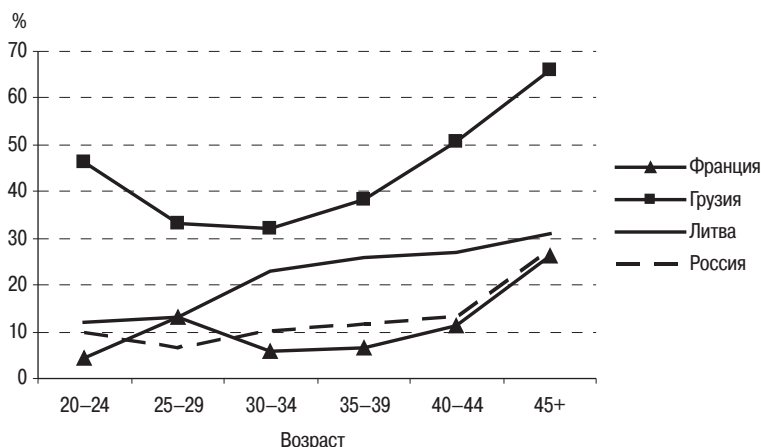
Число рожденных детей. Отсутствие детей во Франции и России является фактором риска высокой неудовлетворенной потребности в контрацепции, тогда как в Литве этот показатель вдвое выше в группе бездетных по сравнению с группой имеющих 3-х и более детей. В Грузии в группе бездетных не оказалось наблюдений вообще: все бездетные респонденты планировали иметь детей в ближайшие 3 года.

Тип партнерского союза. Влияние этой характеристики на неудовлетворенную потребность в контрацепции не совсем ясно. Наиболее

¹⁴ Напоминаем, что в выборку входили только городские жительницы.

Рисунок 4

**Неудовлетворенная потребность в контрацепции (определение I),
по возрасту респондентов**



Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

Таблица 9

**Доля женщин, не желающих иметь больше детей, но не использующих
никакого метода контрацепции, по социально-демографическим
характеристикам, в %**

Характеристика респондента	Грузия	Литва	Россия	Франция
Тип партнерства				
Зарегистрированный брак	45,0	24,5	13,9	13,3
Незарегистрированный брак	43,3	17,1	21,9	13,6
Партнеры не живут вместе	65,6	—	17,4	9,9
Число рожденных детей				
0		17,9	36,0	27,8
1	50,0	21,5	15,3	18,3
2	41,2	23,6	14,0	9,4
3 и более	51,2	32,3	16,9	12,5
Место жительства				
Большие города	35,6	18,4	15,8	13,8
Другие города	42,3	19,0	16,2	14,1
Село	52,0	31,2	13,8	11,1
Уровень образования				
Ниже среднего	53,6	30,8	16,5	23,8
Среднее	48,3	24,3	16,3	11,8
Выше среднего	42,1	17,3	11,4	10,0

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

высоких значений этот показатель достигает: во Франции — в группе респонденток, живущих вместе с партнером в любом типе брака, в Грузии — в группе респонденток, не живущих вместе со своим партнером (что может быть связано с небольшим числом наблюдений в этой группе), в Литве — среди замужних женщин, а в России — среди состоящих в незарегистрированном браке.

2.3.5. Влияние социально-демографических характеристик на использование современных методов контрацепции

Как мы уже упоминали, одним из основных отличий контрацептивного поведения во Франции по сравнению с Россией, Литвой и Грузией является существенно более высокая доля пользователей современными методами контрацепции. Если во Франции таблетки или ВМС составляли почти 70% в структуре используемых методов, то в Литве, России и Грузии этот показатель был равен 32%, 29% и 23% соответственно. Таким образом, модернизация структуры контрацепции, замещение в ней традиционных методов современными могли бы стать важными факторами снижения уровня абортов в Литве, России и Грузии. Чтобы лучше понять механизмы выбора респондентами современной контрацепции, мы оценили влияние социально-демографических характеристик респондента на риск использования таблеток или ВМС.

Для анализа модель мы использовали бинарную логистическую регрессию, оценив влияние на вероятность использования современной контрацепции следующих переменных:

- возраст (по 5-летним интервалам);
- тип партнерского союза;
- число рожденных детей;
- место жительства (город или село);
- уровень образования;
- занятость;
- репродуктивные намерения респондента.

Как следует из *табл. 10*, во всех четырех странах практически все переменные, включенные в модель, являются значимыми для вероятности использования современной контрацепции. Некоторые зависимости выглядят вполне логично: так, вероятность использования таблеток и ВМС снижается с увеличением возраста респондента, возрастает по мере увеличения числа рожденных детей. Эта вероятность выше у экономически активных женщин, а намерение отложить рождение ребенка или не иметь больше детей увеличивает риск использования

Таблица 10

Риск использования некоторых современных методов (таблеток и ВМС), по социально-демографическим характеристикам женщин-респондентов

Переменная	Отношение шансов			
	Грузия	Литва	Россия	Франция
Возрастная группа				
18–19	0,40	1,16	0,92	0,58
20–24 (réf.)	1	1	1	1
25–29	1,40	0,98	0,91	0,58**
30–34	0,98	1,04	0,75	0,36***
35–39	0,85	0,80	0,79	0,48***
40–44	0,69	0,66*	0,50***	0,32***
45–49	0,25***	0,36***	0,28***	0,14***
Тип партнерства				
Зарегистрированный брак (réf.)	1	1	1	1
Незарегистрированный брак	0,71**	1,59**	0,94	0,88
Партнеры не живут вместе	0,27**	1,33	0,73**	0,91
Число рожденных детей				
0	0,37	0,94	0,55***	1,15
1 (réf.)	1	1	1	1
2	1,45**	1,32**	1,20	1,96***
3 и более	1,47*	0,79	1,43**	1,64**
Место жительства				
Большие города (réf.)	0,70**	0,86	0,75**	0,87
Другие города	1	1	1	1
Село	0,61***	0,70**	1,08	1,10
Уровень образования				
Ниже среднего	0,72	0,85	0,73*	0,57***
Среднее (réf.)	1	1	1	1
Выше среднего	1,22	1,12	0,97	0,85
В процессе получения образования			2,31*	1,70*
Занятость				
Работает (réf.)	1	1	1	1
Безработный	0,97	0,61**	0,67***	0,55***
Репродуктивные намерения				
Иметь детей в ближайшие 3 года (réf.)	1	1	1	1
Отложить деторождение на 3 года и более		1,05	1,24	1,26
Не иметь (больше) детей	1,32	1,29	1,36**	1,34
Число пользователей таблетками и ВМС	379	638	884	1 446
Размер выборки	1635	1699	2299	2043

Примечания: *** — $p \leq 0,001$; ** — $p \leq 0,05$; * — $p \leq 0,1$.

Источник: GeGGS, 2006; LitGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

современной контрацепции. Вместе с тем влияние некоторых переменных трудно объяснить. Традиционно считается, что образованные городские женщины более восприимчивы ко всему современному, включая и контрацепцию. Но наши оценки показывают, что во Франции и России сельские жительницы и женщины с более низким уровнем образования чаще используют ВМС или таблетки. Не исключено, что получение таких противоречивых результатов носит методологический характер и связано с особенностями возрастной структуры различных социально-демографических групп.

2.3.6. Взаимодействие переменных

Таблица 10 отражает результаты так называемого чистого влияния независимых переменных на риски использования современной контрацепции. Но эти переменные взаимодействуют между собой, что необходимо учитывать в модели. В данной статье мы ограничились изучением взаимодействия возраста респондента с переменными, влияние которых показалось нам не соответствующим общим представлениям, а именно с уровнем образования и местом жительства. Кроме того, мы оценили последствия взаимодействия возраста с переменной «число рожденных детей», предположив, что входящие в нее категории респонденток также отличаются по возрастной структуре.

Данные табл. 11 подтверждают, что наши предположения о влиянии взаимодействия переменных на результаты регрессионного анализа не лишены оснований. Хотя по-прежнему не все результаты объяснимы на уровне описательного анализа, многие вещи стали яснее. Стандартизация по возрастной структуре показала, что в действительности во Франции и России женщины с образованием выше среднего имеют самые высокие риски использования современной контрацепции, тогда как в Грузии эти риски примерно одинаковы для всех уровней образования.

Также в России и Грузии после стандартизации по возрасту жительницы больших городов демонстрируют самые высокие риски использования таблеток и ВМС, тогда как во Франции этот показатель, будучи ниже 1 уже в модели чистого влияния, еще понизился.

Влияние числа рожденных детей на вероятность использования современной контрацепции также зависит от возрастной структуры: во-первых, оно оказалось не таким сильным, как в модели чистого влияния, и, во-вторых, исчезла явная тенденция роста рисков использования современной контрацепции с ростом числа рожденных детей.

Таблица 11

**Влияние взаимодействия переменных в модели логистической регрессии
из таблицы 10**

Переменная	Грузия	Россия	Франция
Уровень образования			
Ниже среднего	1,06 (0,72)	0,47 (0,73)	0,50 (0,57)
Среднее	1	1	1
Выше среднего	0,99 (1,22)	1,74 (0,97)	2,45 (0,85)
В процессе получения образования		2,22 (2,31)	2,25* (1,70)
Место жительства			
Большие города	1,24* (0,70)	1,38 (0,75)	0,57 (0,87)
Другие города	1	1	1
Село	0,41 (0,61)	1,3 (1,08)	0,84 (1,1)
Число рожденных детей			
0		0,47** (0,55)	2,74* (1,15)
1	1	1	1
2	0,95 (1,45)	0,46 (1,2)	1,36 (1,96)
3 и более	0,93 (1,47)	1,48 (1,43)	0,37 (1,64)

Примечания: *** — $p \leq 0,001$; ** — $p \leq 0,05$; * — $p \leq 0,1$; а) в скобках приведены соответствующие значения из табл. 10; б) шрифтом выделены категории, в которых направление действия переменной поменялось на противоположное.

Источник: GeGGS, 2006; RusGGS, 2004; FraGGS, 2005.

Обсуждение полученных результатов

Таким образом, сравниваемые в данной статье страны представляют собой различные типы контрацептивного поведения. Для Франции характерен стабильно низкий уровень искусственного аборта в сочетании с высокой долей пользователей контрацепцией, прежде всего современной. Россия, демонстрируя в последние два десятилетия постоянное снижение показателей искусственных аборт, по-прежнему остается одной из первых стран в мире по уровню этого показателя. Возможно, причина этого кроется в архаичной структуре используемой контрацепции, в которой более трети занимают традиционные методы с низкой эффективностью¹⁵; при этом общая доля пользователей превышает аналогичные показатели для многих европейских стран.

¹⁵ Хотя в Италии при аналогичной структуре используемых методов контрацепции (около 30% женщин, состоящих в браке, используют традиционные методы) отношение искусственных абортов к рождениям не превышает 0,25. См.: Dalla Zuanna G. et al., 2005.

В Грузии оценить роль искусственного аборта в регулировании рождаемости довольно трудно из-за качества информации, но судя по контрацептивному поведению, показатели абортот должны быть выше, чем показывает официальная статистика. Динамика официальных показателей абортот демонстрирует их рост в 2003–2005 гг. на фоне общего улучшения статистической регистрации демографических событий в Грузии. Общая доля пользователей методами контрацепции здесь существенно ниже, чем во Франции и в России, а структура используемых методов близка к российской: традиционные методы занимают в ней более трети. Литва занимает промежуточное положение в этой схеме, представляя собой пример перехода от восточного к западному типу контрацептивного поведения. Показатели абортот здесь снизились почти до уровня Франции, а доля пользователей современной контрацепцией, хотя и не намного, но превосходит аналогичные показатели для Грузии и России.

Чтобы объяснить различия в контрацептивном поведении в изучаемых нами странах, недостаточно оценить влияние индивидуальных социально-демографических характеристик на вероятность использования контрацепции. К тому же, как показывает наш анализ, индивидуальные характеристики играют все меньшую роль в выборе респондентом контрацептивных стратегий. К примеру, такие переменные, как уровень образования, принадлежность к городскому или сельскому населению, ближайшие репродуктивные планы, традиционно считаются влияющими на демографическое поведение. Но в нашем исследовании их влияние на вероятность выбора современного метода контрацепции оказалось незначимым, а разница между категориями внутри одной переменной — не очень существенной (*табл. 10*). У авторов возникла гипотеза о существовании нескольких важных факторов, относящихся к другому уровню — макропеременных, играющих заметную роль в принятии индивидом решений об использовании контрацепции. К ним можно отнести, к примеру, государственную политику в области планирования семьи, объем и качество услуг, связанных с использованием контрацепции, сексуальное образование, культурные традиции, материальный фактор. Рассмотрим в самых общих чертах механизмы влияния каждой из переменных на контрацептивное поведение; детальный анализ, так же, как и включение этих переменных в наши модели, не входит в задачи данного исследования.

1) *Отношение государства*. Оно выражается прежде всего в законодательном регулировании использования контрацепции, а также

в мерах демографической политики, прямо или косвенно влияющих на контрацептивный выбор.

Если во Франции с 1967 г. контрацепции посвящен отдельный закон, периодически корректирующийся и дополняющийся в соответствии с ситуацией, то в России, Грузии и Литве этот аспект жизни индивида и семьи практически не регулируется законодательно (за исключением стерилизации). Более того, в России закон об охране здоровья граждан, регулирующий предоставление услуг по планированию семьи, носит, можно сказать, дискриминационный характер, поскольку в нем записано право на бесплатные консультации по вопросам планирования семьи лишь по медицинским показаниям.

Контрацепция как фактор, влияющий на состояние здоровья населения, особенно женщин и детей, включена в национальные государственные программы, но их содержание и цели отличаются; это зависит от общих направлений демографической политики, источников финансирования, приоритетов и пр.

В Грузии с 1999 г. действует государственная программа «Развитие репродуктивной помощи»; одной из основных ее задач является обеспечение услуг по планированию семьи. В 2000 г. Парламент Грузии принял закон «О национальной политике охраны здоровья», в котором планируется снижение уровня аборт в Грузии с помощью увеличения доступности современных контрацептивов.

В Литве проект закона о семейной медицине, подготовленный в 1996 г. Министерством здравоохранения, до сих пор не обсуждался в парламенте. Закон о репродуктивном здоровье, обсуждение которого началось еще в 2002 г., до сих пор не принят из-за разногласий между политической позицией и общественным мнением; четко сформулированной программы планирования семьи в Литве также нет. К тому же в последние годы в Литве наблюдается тенденция принятия политических решений с учетом мнения католической церкви, негативно относящейся к регулированию рождаемости. Многие документы, в которых упоминается планирование семьи или контрацепция, носят консервативный характер, сводя всю деятельность в этой области к восстановлению репродуктивной функции пар, состоящих в официальном браке.

В России, где проблема искусственного аборта пока также далеко не решена, а распространенность современных методов контрацепции недостаточно высока, государственные структуры, как и общественные организации, недооценивают роль современной контрацепции в снижении уровня абортов и укреплении репродуктивного здоровья

населения. В «Концепции демографической политики Российской Федерации до 2025 года» термины «нежелательная беременность» и «аборт» появляются в тексте, но «контрацепция» — никогда. Можно было бы надеяться, что оно появится в региональных вариантах Концепции и в планах мероприятий по ее реализации, но задача формирования в России контрацептивной культуры, судя по всему, не является первоочередной. Так, после знаменитого «демографического» послания Президента Федеральному собранию в 2006 г. общероссийской общественной организацией «Деловая Россия» была инициирована разработка проекта Национальной программы демографического развития России с привлечением правительственных структур и экспертов. Раздел 1.7 «Плана мероприятий по реализации I этапа (2006–2010 гг.)» Программы, посвященный борьбе с абортами, не содержал ни одного пункта о методах предупреждения нежелательной беременности.

2) *Контрацептивная культура и традиции.* Мы сознательно не включили в нашу работу анализ влияния религиозности респондентов на вероятность использования контрацепции, поскольку не смогли найти удовлетворившего нас принципа конструирования переменной «отношение к религии», которая годилась бы для включения в модели логистических регрессий. Тем не менее культурные различия между сравниваемыми странами существуют, и именно они отчасти определяют различия в контрацептивном поведении. Прежде всего мы имеем в виду противопоставление контрацептивной культуре, характерной для Франции, абортной культуры, распространенной в Грузии, России и в меньшей степени в Литве.

Во Франции, согласно статье 317 кодекса Наполеона (1810 г.), аборт был уголовно наказуем, а распространение и пропаганда методов ограничения рождаемости были законодательно запрещены через 100 лет, в 1920 г.¹⁶ Под давлением общественного мнения оба этих явления были, в конце концов, легализованы, но в такой последовательности: сначала, в 1967 г. — контрацепция, затем, через 7 лет, искусственный аборт. Таким образом, регулирование рождаемости во Франции началось с контрацепции, и за следующее десятилетие эта практика внедрилась в повседневную жизнь настолько, что после разрешения аборта его уровень не превышал 20 на 1000 женщин репродуктивного возраста за весь период наблюдений, начиная с 1976 г.

¹⁶ Loi du 31 juillet 1920 réprimant la provocation à l'avortement et à la propagande anticonceptionnelle.

В России и Грузии, как и во всех бывших советских республиках, аборт был всегда доступен, производился по желанию женщины и формально был бесплатным. При отсутствии современных контрацептивов и часто негативном отношении врачей к ним, особенно к таблеткам, аборт стал основным средством регулирования рождаемости в этих странах. Уровни его в 1970–1980-е гг. достигали в России 120 на 1000 женщин репродуктивного возраста, а в Грузии — 60 на 1000 женщин.

В Литве до начала 1990-х гг. ситуация аналогична той, что мы наблюдали в Грузии и России. Как и во всем СССР, аборт в Литве был доступен, а отношение к современной контрацепции — скорее негативным. После 1991 г. католическая церковь приобретает в Литве гораздо большее влияние¹⁷, а это, в свою очередь, меняет отношение к искусственному аборту, который стал считаться неприемлемым. Но при этом такое же негативное отношение формируется и к современным методам контрацепции, осуждаемым католической церковью. Возможно, именно этим отчасти объясняется высокая доля традиционных методов в структуре используемой контрацепции.

3) *Система сексуального просвещения в школе.* Предоставление адекватной информации, подготавливающей подростка к сексуальной жизни и репродуктивной функции, в значительной мере определяет его будущее контрацептивное поведение.

В Грузии, как и в России, сексуальное просвещение не входит в систему школьного образования. Эта проблема вызывает множество дискуссий в грузинском, достаточно традиционном, обществе; более того, идея преподавания подобного предмета в школах вызывает негативную реакцию грузинской церкви.

В России, несмотря на противодействие церкви и некоторых общественных объединений, во второй половине 1990-х гг. при поддержке Фонда ООН по народонаселению была сделана попытка внедрения сексуального образования в школьную программу. Проект предусматривал разработку школьного курса полового воспитания для преподавания его в старших классах. К сожалению, проект потерпел неудачу. Низкое качество учебных пособий и информационных материалов, не предложенных на обсуждение широкому кругу специалистов и заинтересованным государственным учреждениям, привело к провалу проекта уже на пилотной

¹⁷ По данным переписи населения Литвы 2001 г., 84% населения считают себя верующими [Gedvilaitė, 2006].

стадии [Журавлева, 2004]. Таким образом, и в Грузии, и в России основным источником информации о методах предохранения от нежелательной беременности для подростков остаются друзья и знакомые.

Во Франции школьное образование включает в себя половое просвещение, но не как отдельный предмет, а скорее как одну из тем в программе комплекса наук о человеке. И, как и все другие аспекты проблемы, сексуальное образование во Франции регулируется законодательно. Законом предусмотрено проведение в течение учебного года в каждой школе, колледже или лицее, по крайней мере, трех уроков, посвященных исключительно этой проблеме¹⁸.

В Литве школьная «Программа подготовки к семейной и сексуальной жизни» [Dël, 2007] представляет собой некий компромисс между либеральными и католическими кругами. В рамках программы изучаются как планирование семьи, так и ценность большой семьи и традиционного брака. Как и во Франции, эти уроки включены в программы других учебных предметов.

4) *Контрацепция в системе медицинского страхования и стоимость ее использования.* Стоимость одного дня защиты от нежелательной беременности, особенно относительно уровня доходов, не может не оказывать влияния на принятие решений об использовании современной контрацепции.

Во Франции большая часть расходов на современную контрацепцию возмещается системой медицинского страхования. Лишь желающие использовать таблетки третьего поколения с низким содержанием гормонов оплачивают их из собственных средств. Таковых, по данным анкеты COCON, оказалось около 40% от всех пользователей таблетками [Bajos et al., 2004. Р. 487]; месячная доза таблеток третьего поколения стоит около 10 евро, или 1% от минимальной заработной платы во Франции. Таблетки первого и второго поколения, как и ВМС, а также визиты к врачу по поводу их использования, не стоят женщинам практически ничего.

В Литве, России и Грузии расходы на контрацепцию ложатся на пользователя, если только речь не идет о нерегулярных кампаниях распространения бесплатных контрацептивов, проводимых международными организациями.

В России месячный курс таблеток третьего поколения стоит 250–350 рублей, что составляет 3–6% от минимальной заработной платы по отраслям промышленности (чуть более 6000 рублей в 2007 г.,

¹⁸ Закон № 2001–588 от 04.07.2001.

по данным Госкомстата). Цена ВМС колеблется от 1500 до 2500 рублей, но с учетом длительности контрацептивной защиты, этот метод обходится пользователю дешевле, чем таблетки.

В Грузии покупать таблетки вынуждены 88% пользующихся ими женщин, притом что цена (около 4 \$ в месяц) делает этот метод недоступным для пользователей с низким и средним уровнем дохода. ВМС при примерно той же цене обеспечивает контрацептивную защиту на более долгий срок, поэтому занимает гораздо большее место в структуре используемых методов, чем таблетки.

В Литве расходы на пользование таблетками также высоки: от 30 до 60 лат в месяц, что составляет 4–8% от минимальной заработной платы и 2–4% от средней. Цены на ВМС существенно различаются в зависимости от типа: гормональные ВМС стоят довольно дорого — около 600 лит, при средней месячной заработной плате в 1350. Обычные ВМС (типа Corper) стоят гораздо дешевле (около 40 лит), но не пользуются популярностью из-за побочных эффектов и более низкой эффективности.

В заключение мы можем сказать, что в трех странах Восточной Европы модернизация контрацептивного поведения блокируется слабостью, если не полным отсутствием институциональной поддержки, в первую очередь законодательной и социальной. В России проект закона о репродуктивных правах и их гарантиях, представленный на обсуждение в Думу в 1997 г., до сих пор не принят. Отсутствие закона делает практически невозможным создание службы планирования семьи, способной распространять информацию и услуги, которых так недостает российским женщинам и семьям. В Грузии все достижения в области планирования семьи в последние годы объясняются только поддержкой международных организаций, работающих в сотрудничестве с местными институтами. В Литве ситуация постепенно улучшается, несмотря на двойственное отношение правительства к планированию семьи. Католическая церковь использует все свое влияние для пропаганды естественных методов контрацепции, но маловероятно, что ей удастся повернуть вспять процесс модернизации демографического, в том числе и контрацептивного поведения.

В конечном счете, оказывается, что в Восточной Европе планирование семьи — скорее личное дело семьи и индивида, не имеющее постоянной поддержки государства и его институтов. Если в ближайшее время в этой области не будет принято политических и социальных инициатив, можно ожидать некой стагнации контрацептивного поведения в этом регионе.

Литература

1. Журавлева И. Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // Социологические исследования. 2004. № 7. С. 133–141.
2. Захаров С., Сакевич В. Особенности планирования семьи и рождаемость в России: контрацептивная революция — свершившийся факт? // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе/Под ред. Т. Малевой и О. Синявской. — М.: НИСП, 2007. С. 127–170.
3. Население России—2005. Тринадцатый ежегодный демографический доклад/Под ред. А. Г. Вишневского. — М.: Издательский дом ГУ ВШЭ, 2007.
4. Троицкая И., Авдеев А. Сравнительный анализ контрацептивного поведения в России, Франции, Литве и Грузии // Сб. статей по материалам Второй международной научной конференции «Инновационное развитие экономики России: ресурсное обеспечение». — М.: ТЕИС, 2009. Т. 3. С. 592–601.
5. 1996 Russia Women's Reproductive Health Survey. Final Report, May 1998. All-Russian Centre for Public Opinion and Market Research, CDC, USAID.
6. Agadjanian V. Is «Abortion Culture» Fading in the Former Soviet Union? Views about Abortion and Contraception in Kazakhstan // Studies in Family Planning. 2002. Vol. 33. № 3. P. 237–248.
7. Avdeev A. Les avortements provoqués et la contraception en Russie: la statistique publique et la statistique privée // C. Gourbin (dir.). Santé de la reproduction au Nord et au Sud. De la connaissance à l'action, Actes de la Chaire Quetelet 2004. — Louvain-la-Neuve: Presse Universitaire de Louvain, 2009. P. 405–422.
8. Badurashvili I., Cheishvili R., Kapanadze E., Tsiklauri S. et al. (2008). Gender Relation in Modern Georgian Society. — Tbilisi: UNFPA-GCPR, 2008. — 86 p.
9. Bajos N., Oustry P., Leridon H., Boyer J. et al. Les inégalités sociales d'accès à la contraception en France // Population. 2004. Vol. 59. № 3–4. P. 479–502.
10. Bongaarts J., Johansson E. Future trends in contraceptive prevalence and method mix in the developing world // Studies in Family Planning. 2002. Vol. 33. № 1. P. 24–36.
11. Dalla Zuanna G., de Rose A., Racciopi F. Low fertility and limited diffusion of modern contraception in Italy during the second half of the twentieth century // Journal of Population research. 2005. Vol. 22. № 1. P. 21–48.
12. David P., Bodrova V., Avdeev A. et al. Women and Infant Health Project. Household Survey 2000 // Report of Main Findings. John Snow Inc. December 2000. — 92 p. + Annex; <http://dmo.econ.msu.ru/Biblio/Docs/Finalhousehol.PDF>
13. Dėl rengimo šeimai ir lytiškumo ugdumo programos patvirtinimo n° ISAK-179 (Программа подготовки к семейной жизни и сексуального образования). Постановление Министерства национального образования Литвы. 2007.
14. Gedvilaitė M. Gyventojai pagal tikybą (Население по религиозному составу) // Lietuvos gyventojai: struktūra ir demografinė raida (Население Лит-

- вы: структура и демографическое развитие). — Vilnius: Socialinių tyrimų institutas, 2006.
15. Health Survey of Lithuanian Population 2005, Department of Statistics to the Government of the Republic of Lithuania; <http://db1.stat.gov.lt/statbank/default.asp?w=1280>
 16. Jakubčionytės R. (2000). Nėštumo nutraukimą įtakojantys faktoriai (daktaro disertacija) (*Факторы прерывания беременности. Диссертация на соискание степени PhD*). Kaunas: Kauno medicinos universitetas.
 17. Jaruseviciene L. Adolescent's Reproductive Health Promotion Policy in Lithuania. — Budapest: CPS International Policy Fellowship Program, 2003–2004.
 18. Jonkarytė A., Naskauskienė V. Reprodukcinė sveikata (Репродуктивное здоровье) // Lietuvos gyventojai 1990–2000 (Население Литвы, 1990–2000). 2002. P. 41–51.
 19. Klijzing E. Are there unmet family planning needs in Europe? // Family Planning Perspectives. 2000. Vol. 32. № 2. P. 74–81.
 20. Lietuvos sveikatos informacijos centras (Литовский информационный центр здравоохранения); <http://www.lsic.lt/>
 21. Philipov D., Andreev E., Kharkova T. et al. Induced abortion in Russia: recent trends and underreporting in surveys // European Journal of Population. 2004. Vol. 20. № 2. P. 95–117.
 22. Reproductive Health Survey Georgia, 2005. Final Report. March 2007.
 23. Rossier C., Leridon H. et l'équipe COCON. Pilule et préservatif: substitution ou association? Une analyse des biographies contraceptives des jeunes femmes en France de 1978 à 2000 // Population. 2004. Vol. 59. № 3–4. P. 449–478.
 24. Rossier C., Pirus C. Evolution du nombre d'interruptions de grossesse en France entre 1976 et 2002 // Population. 2007. Vol. 62. № 1. P. 57–90.
 25. Sedgh G., Henshaw S. K., Singh S. et al. Legal Abortion Worldwide: Incidence and Recent Trends // International Family Planning Perspectives. 2007. Vol. 33. № 3. September. P. 117–123.
 26. Troitskaia I., Andersson G. Transition to modern contraception in Russia: Evidence from the 1996 and 1999 Women's Reproductive Health Surveys/Working Papers, Max Planck Institute for Demographic Research, WP-2007–10.
 27. UNFPA — United Nations Population Fund. — Tbilisi: Youths Reproductive Health Survey, 2002.
 28. Women's Reproductive Health Survey Georgia 1999–2000. Final Report, October (2001), Tbilisi: National Center for Disease Control; Center for Disease Control and Prevention, US Agency for International Development.