



**ИСУПОВА  
ОЛЬГА ГЕНРИХОВНА**

PhD, доцент кафедры демографии Института демографии НИУ ВШЭ,  
старший научный сотрудник научно-учебной лаборатории  
социально-демографической политики того же Института

## ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗДОРОВЬЯ: ОЗДОРОВЛЕНИЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЙ ВЫБОР

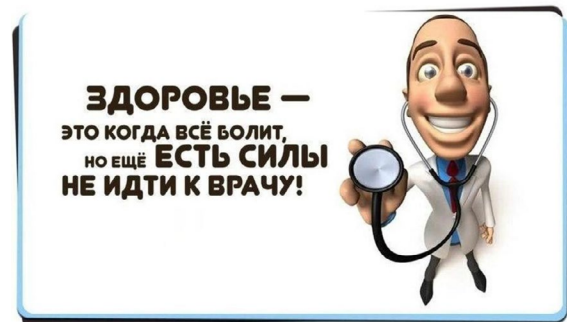
### ЗДОРОВЬЕ, БОЛЕЗНЬ И МЕДИЦИНА

В центре нашего внимания — **изменения**, произошедшие в **области здоровья и медицины** в России в течение последних трех десятилетий, и их социологическое изучение. В нашем обзоре мы рассмотрим репродуктивное здоровье, лечение бесплодия и новые репродуктивные технологии, аборты и здоровый образ жизни. Посмотрим, как применялись социологические данные для изучения происходящих в этих областях изменений.

- ⇒ **Социология** изучает здоровье, болезнь и медицинское «управление» этими состояниями как часть системы культурных практик и установлений (включая социальный контроль представителей отдельных профессий, социальный контроль государства, социологию тела и другие области).
- ⇒ **Социология здоровья и болезни** занимается социальными причинами и следствиями заболеваний.
- ⇒ **Социология медицины и здравоохранения** изучает социальные, культурные и исторические причины роста влияния института медицины на определение и лечение болезней, а также особенности его функционирования в разных контекстах.
- ⇒ Для социологии здоровья и медицины характерны **три уровня анализа**:
  - индивидуальный (опыт болезни, ее лечения и предотвращения — во взаимодействии с институтами общества);

- социальный (функционирование связанных со здоровьем и заболеваемостью институтов и работающих в них профессионалов);
- социетальный (развитие системных структур в области здравоохранения).

**Биомедицинская модель** лежит в основе официального определения здоровья и болезни, принятого государствами и международными организациями. Такой рациональный подход к заболеваемости стал итогом развития научной медицины, основанной на экспертизе, опытном знании и критичном подходе (за последние два-три столетия она эффективно заменила собой народную медицину). В биомедицинской модели **болезнь** — это органическое временное и излечимое состояние человека, причем к лечению приступают только после появления симптомов и в медицинском учреждении.



Из открытых источников

Поход пациента ко врачу — часто далеко не первый шаг для человека при появлении каких-либо симптомов, **можно быть больным, но не быть пациентом**. Поэтому **надо с осторожностью относиться к эпидемиологической статистике** относительно распространенности любых заболеваний. Один из вопросов для социологии медицины состоит в том, почему одни случаи заболевания становятся известными врачу, а другие — нет.

*В начале XX века почти половина пациентов умирали от острых заболеваний, с 1980-х годов такая смертность в развитых странах долго была около 1%, а сейчас, даже в период пандемии COVID-2019, — около 3–4%. Большинство же умирает от хронических заболеваний, при которых жизнь и работоспособность людей можно значительно продлить современными средствами.*

## НЕРАВЕНСТВО В ОБЛАСТИ МЕДИЦИНЫ

⇒ Неравенство можно наблюдать как **между пациентами, так и в отношениях «врач — пациент»**. Например, врачи не обязательно относятся ко всем пациентам одинаково, на их отношение могут влиять класс, образование, пол, возраст, национальность пациента. Социологические исследования показывают, что люди с более высоким уровнем образования получают более длительные врачебные консультации и более глубокое объяснение своей болезни.

- ⇒ М. Стюарт и Д. Ротер уже в 1989 году отмечали [Stewart, Roter, 1989] **контраст** между ситуацией доминирования пациента как потребителя медицины в коммерческом секторе и ситуацией, когда доминирует врач, осуществляющий патерналистскую стратегию в отношении пациентов, что характерно для модели отношений «врач — пациент» в государственной медицине. В советское время в нашей стране была такая и только такая модель отношений (патерналистская), но с 1990-х годов все большее развитие получала частная медицина, где в коммуникации доктора и пациента роль последнего стала намного более активной, доминирующая позиция врачей стала слабее, отношения ближе к сотрудничеству на равных. В последние годы эта модель частично распространяется и на государственный сектор российской медицины. Одновременно можно наблюдать тренд на увеличение активности пациентов, расширение их прав в принятии решений (что связано с ролью пациента в ситуации хронических заболеваний, когда речь идет не о быстром спасении жизни, а о длительном самостоятельном выполнении рутинных медицинских процедур) [Martin et al., 2005].
- ⇒ С точки зрения В. Наварро, в медицине (давно специализированной и иерархизированной) существует огромное количество наемной рабочей силы, при этом статус большей части медиков постепенно понизился в результате того, что администраторы и менеджеры обрели более высокие властные позиции в отрасли [Navarro, 1985].
- ⇒ Неравенство в области медицины имеет и **гендерный аспект**. Уход за больными и забота о них — традиционно женские занятия, но растущее число женщин в отрасли не привело к повышению их статуса, а **понижило престиж профессии в целом**.
- ⇒ Гендерное неравенство в области медицины существует не только в отношении женщин, работающих в ней, но и затрагивает интересы женщин как пациенток. *Исследования репродуктивного здоровья* как специальная область социологии медицины получили развитие в последние десятилетия как в связи с усилением государственного внимания к демографической политике из-за низкой рождаемости, так и в связи с ростом влияния идей о женской самостоятельности и праве решать, как распоряжаться своим телом. Б. Тёрнер еще в 1987 году писал об **управлении женским телом путем контроля за сексуальным самовыражением** женщины и ее репродуктивной способностью, который сейчас осуществляется с помощью медицины, в то время как раньше эту роль играла религия [Turner, 1987].
- ⇒ Происходит все более интенсивная **медикализация естественных событий жизни** женщин, таких как беременность и рождение детей. К 1950-м годам

беременность и роды в западных странах были полностью медикализированы, Энн Оакли в 1984 году назвала это «концом повивальных бабок» [Oakley, 1984].

- ⇒ С точки зрения М. Фуко, **потребность в «регулировании тел»**, характерная для политики государств в области репродуктивного здоровья, росла по мере того, как усложнялось общество, — особенно под влиянием урбанизации, в результате которой большие массы людей стали жить бок о бок [Foucault, 1963].
- ⇒ Существенными функциями медицины признаются **наблюдение и контроль** за поведением людей, что ярко проявилось при разработке и введении различных мер во время эпидемии коронавируса.

## МЕДИЦИНА КАК ТОВАР И УСЛУГА

Медицина стала рыночным товаром, сервисом, продающимся и покупающимся, в России это произошло как раз за последние 30 лет, в связи с переходом к рыночной экономике. Здравоохранение стало частью медицинско-индустриального государственного комплекса, подразумевающего тесные отношения между большими корпорациями и госструктурами. В результате всё ярче проявляется **неравенство при**



МИНЗДРАВ  
ПРЕДУПРЕЖДАЕТ:

НЕТ ДЕНЕГ -  
НЕ БОЛЕЙ!

Из открытых источников

**взаимодействии пациентов и представителей государственно-корпоративного медицинского комплекса**, который перекладывает значительную долю ответственности за здоровье на самих людей, утверждая, что в любой ситуации в заболевании виноват сам человек. Его обучают навыкам «грамотного» потребления медицины, стимулируют покупать частную и дорогую медицинскую страховку, а государство таким образом уменьшает расходную часть своего бизнеса.

В то же время многие ученые считают, что **ответственность больных за свое здоровье ограничена**, например, бедностью, невозможностью найти работу с достаточным доходом. Эта проблема актуальна и для современной России. По данным Росстата, **число бедных россиян** во втором квартале 2020 года составляло 19,9 млн человек, доля граждан с доходом ниже величины прожиточного минимума — 13,5% населения страны<sup>1</sup>. Плохое питание, неадекватные жилищные условия, усталость от долгих часов тяжелой, напряженной работы

<sup>1</sup> Росстат: число бедных россиян выросло во втором квартале 2020 года до 19,9 млн // ТАСС. 18.09.2020. URL: <https://tass.ru/ekonomika/9498117>.

(особенно ночью) и постоянный стресс — все это ведет к болезням. С другой стороны, есть специалисты, которые считают основной причиной повышенной заболеваемости среди беднейших слоев населения культурную депривацию, недостаток современного образования. Люди разных социальных слоев по-разному употребляют свои знания о здоровье и системе здравоохранения.



Государственные расходы на здравоохранение выросли в США с середины XX века в три раза. За это же время двукратно выросло число врачей. Бюджет тратит на эту сферу рекордные 9536 долларов на человека и почти 18% ВВП в год. При этом в списке стран, ранжированных по продолжительности жизни, США находятся лишь на 31 месте. Первое место в этом списке занимает Япония, которая расходует на медицину лишь 3733 доллара на человека в год. Хотя здравоохранение играет в рекордно высокой продолжительности жизни японцев определенную роль, основная заслуга принадлежит не медицине. Главными факторами стали особенности японской культуры: популярность физической активности, не располагающая к лишнему весу диета и особый социальный уклад японского общества — его более «горизонтальный» характер, прочные социальные связи и меньшее, чем в других развитых странах, неравенство.

Влияние социальных факторов на продолжительность жизни велико, это было показано неоднократно. Неожиданно высокое влияние социальных факторов на здоровье и продолжительность жизни впервые обнаружили в крупном когортном исследовании Уайтхолл, названном так в честь знаменитой лондонской улицы, где расположено правительство, многочисленные министерства и другие государственные учреждения. В первой волне исследования сравнили продолжительность жизни и смертность от сердечно-сосудистых заболеваний у британских государственных служащих разного уровня. Оказалось, чем ниже грейд госслужащих, тем выше смертность. При этом возможности доступа к медицинской помощи были абсолютно одинаковы. Различия в стиле жизни, привычках, диете могли объяснить лишь часть наблюдаемого эффекта, который назвали синдромом статуса. В США нашли связь сердечно-сосудистых заболеваний не только с доходом и занимаемой должностью, но и с уровнем образования. В Швеции люди с PhD живут дольше, чем имеющие лишь степень магистра, а те, в свою очередь, — дольше, чем окончившие только бакалавриат, и так далее по образовательной иерархии. Ни одно из этих наблюдений нельзя объяснить разным уровнем медицинского обслуживания.

Из книги Петра Талантова «0,05. Доказательная медицина от магии до поиска бессмертия». М.: Издательство АСТ:CORPUS, 2019. С. 398—400.



## КОНТРАЦЕПТИВНАЯ РЕВОЛЮЦИЯ В РОССИИ

В России с 1991 по 2020 год значительно уменьшилась распространенность аборт, поскольку, по мнению исследователей, именно в этот период в нашей стране произошла «контрацептивная революция» — переход от использования ненадежных «традиционных» методов предотвращения нежелательной беременности и абортов как основных способов регулирования числа рождений к современным надежным средствам контрацепции. До этого, в советское время, основным методом регулирования числа рождений в российских семьях был аборт, впервые в мировой истории законодательно разрешенный именно в нашей стране<sup>2</sup>. Легальность аборта в 1920 году рассматривалась как часть политики по освобождению женщин, в ряду законов о предоставлении им избирательного права и о запрете насильственных браков.

Стремление к ограничению числа детей в семье свойственно людям в большинстве стран мира, переход к малодетной семье — историческая закономерность<sup>3</sup>. В странах, где завершился демографический переход, пары зачастую хотят иметь лишь двоих детей, и поэтому им приходится на протяжении многих лет жизни уклоняться от нежелательной беременности. Современный тип контроля рождаемости — это предотвращение беременности, а не ее прерывание, так, чтобы общее число беременностей у женщины было приблизительно равно числу желанных детей [Сакевич, 2016].

В СССР контрацепция была почти недоступна, знания о ней не распространялись активно среди широких слоев населения, но аборт был массово доступен. Поэтому он стал основным методом планирования семьи. Сформировалась так называемая «абортная культура», привычка воспринимать эту операцию как нормальную, рутинную часть жизни, неотъемлемое право женщины. Лидирующие позиции Российской Федерации по показателям абортов среди европейских стран сохраняются и сейчас, но на мировом уровне, по оценкам, нашу страну опережает, например, Мексика [Juarez, Singh, 2009], хотя надежной статистики по этой стране нет [Сакевич, 2016]. Легальный статус аборта мало влияет на его распространенность [Sedgh et al., 2012], но статистика в случае нелегальности ненадежна. В России государственная статистика признается специалистами достаточно достоверной [Сакевич, 2016], поскольку Росстат дополняет информацию от Министерства здравоохранения данными

<sup>2</sup> Постановление Народного комиссариата здравоохранения и Народного комиссариата юстиции от 16 ноября 1920 года «Об искусственном прерывании беременности».

<sup>3</sup> Проявление Первого демографического перехода, процесса снижения рождаемости в связи со снижением смертности, в том числе детской, при росте материального благополучия населения и успешности медицины, снижение началось в развитых странах еще в конце XVIII — начале XIX века, большая часть стран мира в настоящее время находится на разных стадиях этого процесса.

из всех остальных медицинских учреждений, имеющих лицензию на проведение аборта [Денисов, Сакевич, 2014].

Постоянное снижение числа абортосов началось в России еще в 1988 году, к 2014 году ежегодное их число уменьшилось в пять раз — с 4,6 млн до 0,9 млн. В 2007 году число родов в России превысило число прерванных беременностей, такого не происходило несколько десятилетий — больше всего абортосов на 100 родов в России делали в 1967 году (293), в 1990 соотношение было 206, в 2007—92, в 2014 — уже 48 [Сакевич, 2016], в 2018—38<sup>4</sup>. Снижение частоты абортосов в России наиболее быстро происходит в молодых возрастах. Суммарный коэффициент абортосов снизился с 3,39 абортоса в среднем на одну женщину репродуктивного возраста в 1991 году до 0,85 в 2014 году [Сакевич, 2016].

При этом статистика абортосов в России включает не только искусственные, но и самопроизвольные абортосы (выкидыши), и в последние годы их доля была более 20%. Из европейских стран по уровню абортосов к России в последнее десятилетие ближе всего Эстония и Швеция, похожий уровень и в США. В Европе меньше всего абортосов в Швейцарии и Германии, при этом во всех этих странах одинаково либеральное законодательство и достоверная статистика [Gissler et al., 2012].

С советских времен традиционно возраст максимальной интенсивности абортосов в России выше, чем в европейских странах, где эту операцию делают в основном молодые девушки, когда не срабатывает контрацепция. В нашей стране абортосы использовали прежде всего семейные женщины старше 30 лет для сокращения рождаемости до желаемого числа детей — из-за недоступности контрацепции, недостаточной осведомленности о ней и предубеждений относительно ее «неестественности». По уровню прерванных беременностей среди женщин 15—19 лет Россия отнюдь не лидер — частота абортосов в возрасте 15—19 лет выше, чем в России, в 13 из 22 стран ОЭСР (выше всего в Новой Зеландии, США, Великобритании, Венгрии) [Сакевич, 2016]. В России уже в 2011 году, согласно «Выборочному обследованию репродуктивного здоровья населения России 2011 года» Росстата<sup>5</sup>, 68% состоящих в партнерстве женщин и 74% сексуально активных женщин в возрасте от 15 до 44 лет применяли методы контрацепции. На этом же уровне ее использование в развитых странах в среднем [Репродуктивное здоровье..., 2013].

Все же уровень абортосов в нашей стране пока несколько выше, чем в большинстве развитых стран. Ускорить его и так происходящее снижение можно путем повышения контрацептивной грамотности и развития сексуального образования,

<sup>4</sup> Расчеты автора по данным Росстата.

<sup>5</sup> Репродуктивное здоровье населения России // Росстат. URL: [https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/population/zdrav/zdravo-2011.pdf).

развития услуг по планированию семьи, а не путем пропаганды рождаемости («формирования у женщины сознания необходимости вынашивания беременности») или законодательных ограничений. Пропаганда во многих странах оказалась неэффективной, ограничения, как показывает история запрета аборт в СССР с 1936 по 1955 год, не ведут к существенному снижению числа аборт, скорее, к их уходу «в тень» [Avdeev, Blum, Troitskaya, 1995; Вишнеvский, Сакевич, Денисов, 2016].

В ситуации происходящих в России серьезных и быстрых изменений в поведении людей в области контроля рождений могло бы быть интересным изучение изменений и в их ценностном восприятии аборта и контрацепции. Здесь могли бы быть полезными данные опросов, проводимых социологическими компаниями. Опросы, измеряющие отношение к абортам, неоднократно проводил ВЦИОМ (в 1998, 2005, 2007, 2012, 2015, 2016 и 2018 годах), однако в данном случае мы не используем эти данные из-за несопоставимости (изменения) формулировок вопросов и, на наш взгляд, их ценностной несбалансированности.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЕ РЕПРОДУКТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ

В области вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) в России за последние 30 лет происходили существенные изменения в отношении ценностей и поведения людей. Первый ребенок, зачатый с помощью репродуктивных технологий («в пробирке») в России, родился в 1986 году. С тех пор эта область медицины, несмотря на первоначальные предубеждения некоторых слоев общества, постепенно развивалась, и в 2020-м году Россия считается одной из успешных в этом отношении стран, доля ВРТ-детей в общей ежегодной рождаемости уже составляет 2%, а лет пять назад — только 0,5%.

Общество с самого начала неоднозначно воспринимало лечение бесплодия — последнее часто стигматизировалось как «наказание за грехи». Государство лишь в условиях стремительного падения рождаемости усилило внимание к возможности роста числа новорожденных за счет такого ресурса, ранее лечение его не было интересно политикам, ведь бесплодие не угрожает жизни и не увеличивает смертность [Русанова, 2020]. В России люди стали массово обращаться в репродуктивные клиники после введения «материнского капитала» в 2007 году: принимая решение родить следующего ребенка, многие сталкивались с неожиданными трудностями при зачатии (вторичное бесплодие оказалось распро-

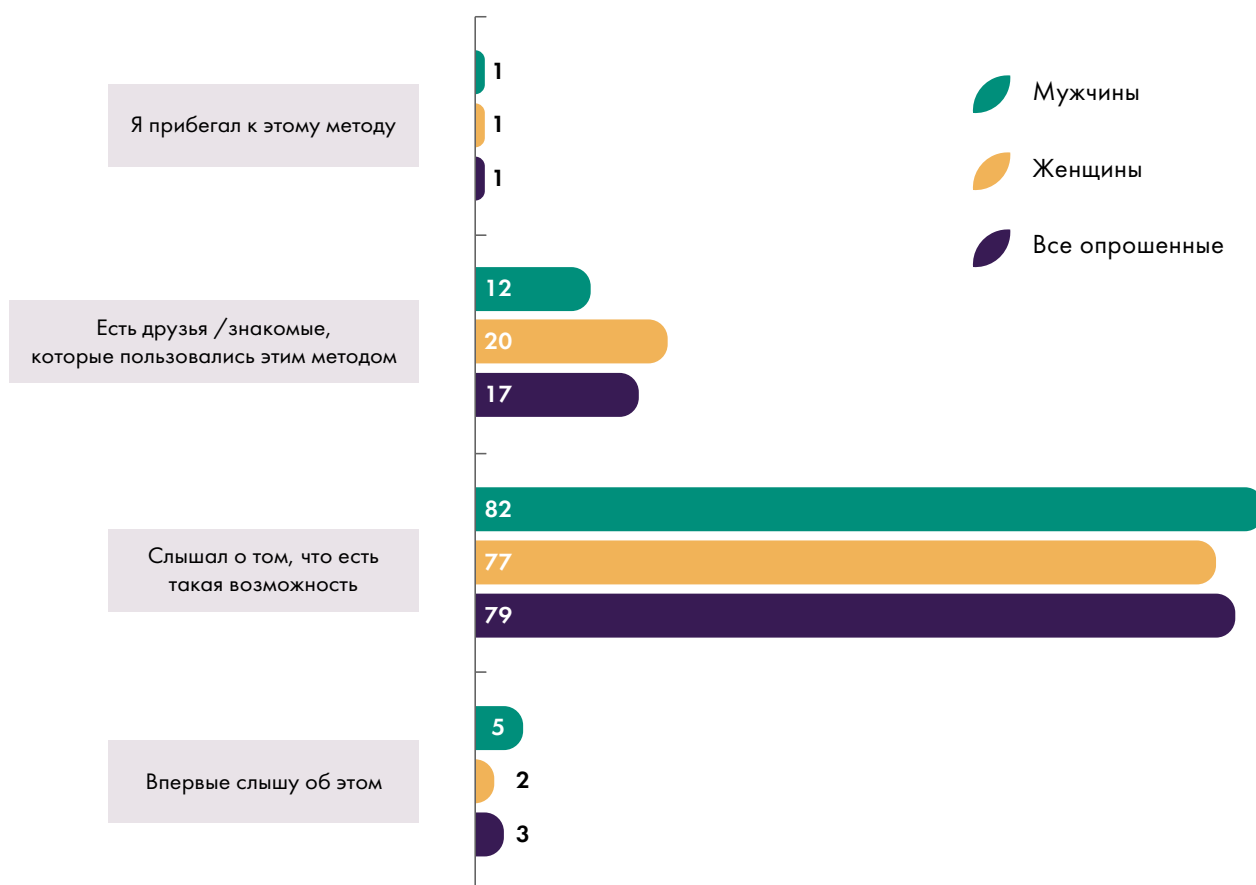


страненным более широко, чем предполагалось). Образовались многочисленные группы самопомощи пациентов, страдающих бесплодием [Русанова, 2020; Исупова, 2020].

Опросы ВЦИОМ в 2018 и 2020 годах показали, насколько широко знания об этих технологиях распространены среди населения, а также выявили в целом положительное отношение к «оплодотворению в пробирке» — обычному ЭКО (см. рис. 1, 2).

**Рис. 1. ВЫ ЗНАЕТЕ, ЧТО-ТО СЛЫШАЛИ ИЛИ ВПЕРВЫЕ СЛЫШИТЕ ОБ ИСКУССТВЕННОМ ОПЛОДОТВОРЕНИИ?**

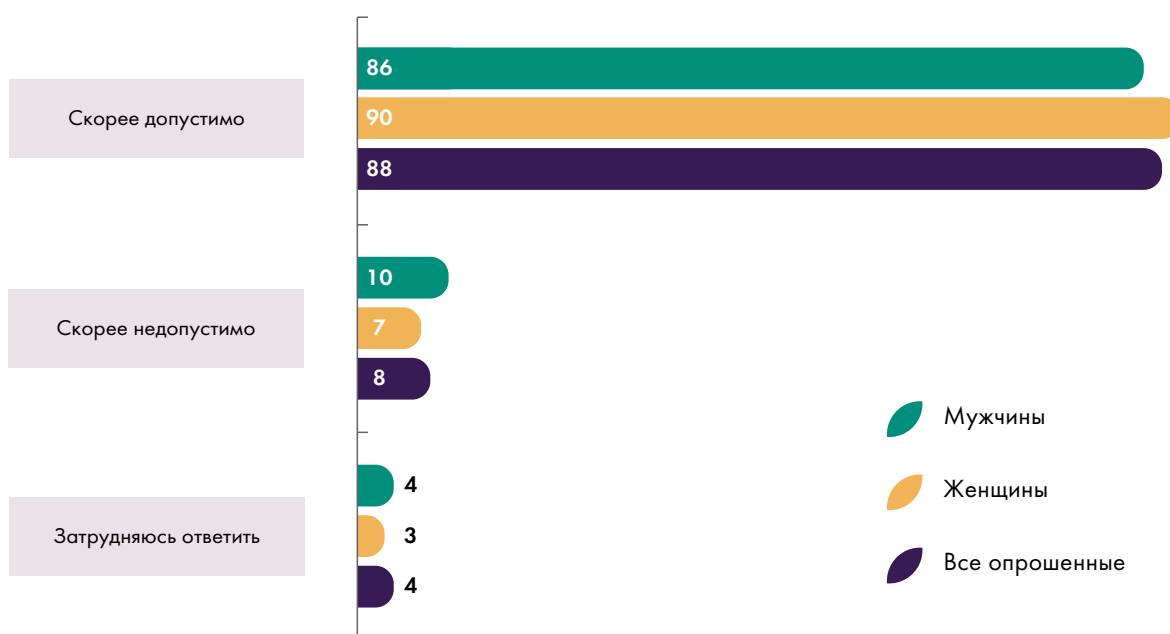
(закрытый вопрос, не более 2-х ответов, % от всех опрошенных, 2018 г.)<sup>6</sup>



<sup>6</sup> Общероссийский телефонный опрос «ВЦИОМ—Спутник» проведен 23.07.2018 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше. Данные опубликованы в аналитическом обзоре «ЭКО — это нормально!» 26.07.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9224>.

**Рис. 2. НЕКОТОРЫЕ СЕМЬИ, КОТОРЫЕ ПО СОСТОЯНИЮ ЗДОРОВЬЯ НЕ МОГУТ ИМЕТЬ СОБСТВЕННЫХ ДЕТЕЙ, ПРИБЕГАЮТ К ИСКУССТВЕННОМУ ОПЛОДОТВОРЕНИЮ. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОПУСТИМО ИЛИ НЕДОПУСТИМО РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА ПУТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ?**

(закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных, 2018 г.)<sup>7</sup>



Среди респондентов, считающих ЭКО недопустимым (8%), основные барьеры — представление о неестественности технологий и религиозность (см. рис. 3).

<sup>7</sup> Общероссийский телефонный опрос «ВЦИОМ—Спутник» проведен 23.07.2018 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше. Данные опубликованы в аналитическом обзоре «ЭКО — это нормально!» 26.07.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9224>.

**Рис. 3. ПОЧЕМУ ВЫ СЧИТАЕТЕ, ЧТО РОЖДЕНИЕ РЕБЕНКА ПУТЕМ ИСКУССТВЕННОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ НЕДОПУСТИМО?**

(открытый вопрос, не более 3-х ответов, % от тех, кто считает ЭКО недопустимым методом зачатия ребенка, 2018 г.)<sup>8</sup>



ВРТ по-прежнему неоднозначно воспринимаются представителями религий из-за возможного уничтожения «лишних» эмбрионов<sup>9</sup>. Во врачебном сообществе дискутируется проблема ухудшенного здоровья ЭКО-детей, но сторонники данной точки зрения не смогли аргументированно ее доказать [Баранов и др., 2015]. 64% респондентов в опросе ВЦИОМ 2020 года и 68% в опросе 2018 года считают, что ЭКО-дети не отличаются здоровьем от других детей.

Пациенты ЭКО кажутся некоторым психологам людьми с неадекватно сильными желаниями (так как они слишком сильно хотят иметь детей), которые имеет смысл «проработать», а не торопиться осуществлять [Кешишян, Царегородцев, Зиборова, 2014; Федина, 2011]. Академическая гуманитарная наука смотрит

<sup>8</sup> Общероссийский телефонный опрос «ВЦИОМ—Спутник» проведен 23.07.2018 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше. Данные опубликованы в аналитическом обзоре «ЭКО — это нормально!» 26.07.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9224>.

<sup>9</sup> При ЭКО у пациентки стимулируется созревание более чем одной яйцеклетки в цикле лечения, затем, чтобы максимизировать ее шансы на зачатие, все они оплодотворяются, но в последние годы стараются затем переносить в матку не более двух, чтобы избежать многоплодной беременности, которая часто опасна для здоровья матери и детей; остальные эмбрионы замораживаются, и в дальнейшем не всегда используются. Из перенесенных в матку эмбрионов прикрепляются к ее стенке и развиваются в ребенка также далеко не все. Судьба и тех и других эмбрионов может волновать специалистов по биоэтике, стоящих на самых разных позициях, но, прежде всего, на религиозных.

на репродуктивные технологии прежде всего с точки зрения концепции биополитики и биовласти (термины, введенные М. Фуко (Foucault, 1979 [1976]), взаимоотношений общества и государства и тел отдельных людей. Феминистские исследовательницы А. Дворкин [Dworkin, 1983], М. Стэнворт [Stanworth, 1987] и др. описывали технологии как форму эксплуатации женского тела.

У многих представителей общественности вызывает протест государственное финансирование ЭКО для людей, которые откладывают рождение детей на поздний возраст, считая, что это поведение не надо экономически поощрять [Исупова, 2020].

Исследование ВЦИОМ 2020 года показало, что почти каждый третий респондент не может объяснить, что такое «репродуктивное здоровье», три четверти никогда не обращались ни к какому врачу в связи с вопросами репродуктивного здоровья, но 90 % респондентов знают об ЭКО из СМИ, интернета, от родственников или знакомых. При этом две трети тех, кто слышал об ЭКО, считают, что оно финансово недоступно большинству желающих, так как лишь один из трех знает о включении его в систему ОМС<sup>10</sup>.

И все-таки репродуктивных клиник в России становится всё больше, они уже есть практически во всех региональных центрах и некоторых крупных городах. Существуют программы государственной компенсации расходов на ВРТ по медицинским показаниям, это делает их доступными всем, кто способен оформить соответствующие документы в государственных органах и при этом живет не в самой отдаленной деревне. Но в России, по данным Росстата<sup>11</sup>, около 75 % населения — это городские жители, так что можно говорить, что ВРТ доступны большинству. Соответственно, у обычных людей, даже не имеющих проблем с репродуктивным здоровьем, все больше шансов столкнуться с разнообразной информацией о таких технологиях: если не на своем личном опыте, то на опыте друзей, родственников и знакомых.

В последнем отчете (2018 г.), опубликованном на данный момент Российской ассоциацией репродукции человека (РАРЧ), приняли участие 182 центра ВРТ (79,1 %) из 230 работавших в тот год в России. Общее число лечебных циклов ВРТ в 2018 году составило 158 815, в 2017—139 779, на 1 миллион населения — 1082, в 2017—951<sup>12</sup>. Среднеевропейский показатель составляет 1500 циклов/млн, у лидеров — Дании, Бельгии, Словении — около 3000 циклов/млн

<sup>10</sup> Опрос ВЦИОМ «Отношение россиян к проблеме сохранения репродуктивного здоровья и восприятие ЭКО», июль 2020 г. URL: [https://wciom.ru/fileadmin/file/reports\\_conferences/2020/2020-07-15\\_Reproduktivnoe\\_zdorove.pdf](https://wciom.ru/fileadmin/file/reports_conferences/2020/2020-07-15_Reproduktivnoe_zdorove.pdf).

<sup>11</sup> Доля городского населения в общей численности населения на 1 января // Росстат. URL: <https://showdata.gks.ru/report/278932/>.

<sup>12</sup> Национальные регистры ВРТ за 2007—2018 гг. // РАРЧ. URL: [http://www.rahr.ru/d\\_registr\\_otchet/](http://www.rahr.ru/d_registr_otchet/).

и ВРТ-дети составляют до 7–8 % всех ежегодных рождений [Sobotka et al., 2008]. За 1995–2018 гг. в России проведено более миллиона циклов ВРТ, в результате этого родилось более 300 тыс. детей. Рост числа рождений ЭКО-детей в России ускоряется после 2013 г., когда программы ВРТ вошли в обязательное медицинское страхование (ОМС). С 2018 г. Фонд ОМС оплачивает попытки экстракорпорального оплодотворения, многие сопутствующие ЭКО манипуляции, замораживание эмбрионов для последующего использования. Теперь ЭКО по ОМС можно сделать не только в государственных, но и в частных клиниках, это усилило географическую доступность качественного лечения.

Поскольку для современной медицины характерно стремление к усилению ответственности пациентов за свое состояние и исход лечения, некоторые российские репродуктологи формируют группы информированных ответственных пациентов, например, одна из казанских клиник открыла школу репродуктивного просвещения, в Ижевске работает группа андрологического репродуктивного просвещения<sup>13</sup>.

Социология репродукции смотрит на репродуктивные технологии позитивно, с точки зрения потребностей бесплодных женщин (и мужчин) и исследования новых отношений родства (в этом смыкаясь с антропологией) [Saetan et al., 2000; Franklin, Ragone, 1998; Inhorn, Van Balen, 2002].

Экономическая социология развивает концепцию коммодификации [Бердышева, 2012], переводящей деторождение в рыночную плоскость, что не обязательно нравственно неприемлемо.

Специалисты по медицинской этике [Brezina, Zhao, 2012; Asplund, 2020] подчеркивают, что репродуктивные технологии стали частью повседневной жизни человечества, и оправданность их существования бесполезно подвергать сомнениям, а надо пересматривать традиционные представления о нормальном в области рождения детей.

К числу спорных важных областей для возможного пересмотра относятся повышение возраста матери при рождении детей, права «собственности» на половые клетки и эмбрионы, ВРТ для одиноких женщин и однополых пар, преимплантационная генетическая диагностика, замораживание яйцеклеток фертильно здоровыми женщинами, которые хотят родить в более позднем возрасте. Вопросы об издержках, эффективности и безопасности ВРТ перерастают в осмысление общественного значения рождения и воспитания детей в целом [Исупова, 2020].

---

<sup>13</sup> Круглый стол «Отношение россиян к проблеме сохранения репродуктивного здоровья и восприятие ЭКО» // Россия сегодня. 15.07.2020. URL: <http://pressmia.ru/pressclub/20200715/952824692.html>.

## РАСПРОСТРАНЕНИЕ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ (ЗОЖ)

Свойственное некоторым религиям отношение к телу как недостойному объекту, который необходимо «умерщвлять», поддерживать лишь в базово приемлемом состоянии, в новейшей истории человечества было заменено здоровыми режимами, диетами и упражнениями как современными формами телесного саморегулирования и регулирования наших тел обществом. В России эти процессы оздоровления жизни набирают большую популярность, обретают массовый характер, особенно в течение последнего десятилетия, хотя вовлеченные в различные «здоровые практики» группы здесь существуют давно.

Здоровый образ жизни был не очень популярен в России в 1990-е годы, однако к концу 2010-х его привлекательность среди мужчин и женщин заметно выросла. По исследованию Росстата 2019 года, доля граждан, которые вели в течение этого года здоровый образ жизни (ЗОЖ), в России составила 12%. Показатель числа россиян, ведущих здоровый образ жизни, появился в федеральном плане статистических работ в декабре 2018 года. Это связано с нацпроектом «Демография», который предполагает увеличение этой доли для того, чтобы ожидаемая продолжительность здоровой жизни выросла до 67 лет. В методике Росстата применяется пять официальных условий ЗОЖ: отсутствие курения, потребление овощей и фруктов ежедневно, физическая активность, умеренное потребление соли и алкоголя<sup>14</sup>.



Из открытых источников

По самооценке (те же данные Росстата) в 2019 году наиболее высокую долю людей, ведущих здоровый образ жизни, показала Ингушетия — 48,8%, далее Крым — 29,2%, Адыгея — 28,8%, Чувашия — 24,7% и Воронежская область — 24,2%. В Москве и Санкт-Петербурге эти доли — 8,8% и 6,8% соответственно. Меньше всего людей придерживаются ЗОЖ на Чукотке — 0,4%, в Тыве — 1,1%, Ненецком автономном округе — 2,1%, Хабаровском крае — 2,2% и в Забайкальском крае — 3,3%.

Низкое потребление алкоголя характерно для некоторых национальных субъектов федерации (например, для Северного Кавказа), в то время как для других национальных субъектов (например, Тыва) характерно высокое. При бедности значительной части населения и северном расположении огромной части

<sup>14</sup> Выборочное наблюдение состояния здоровья населения // Росстат. URL: [https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/ZDOR/2019/PublishSite/index.html).

территории России регулярное потребление овощей и фруктов недоступно большому числу людей. Среди факторов ЗОЖ наиболее заметно изменение в области спортивной активности в городах в последние годы, по крайней мере, складывается такое впечатление из публикаций в СМИ и из социальных сетей. По исследованиям ВЦИОМ, доля тех, кто совсем не занимается спортом или физкультурой, падает (см. рис. 4): в 2009 году — 53 %, в 2014—48 %, в 2019 — только 36 %. Женщин, не занимающихся спортом, всегда несколько больше, чем мужчин, хотя неспортивный стиль жизни постепенно теряет популярность среди людей обоего пола.

**Рис. 4. ЗАНИМАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ ФИЗКУЛЬТУРОЙ, СПОРТОМ ИЛИ НЕТ?**

(закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных)<sup>15</sup>

	2009			2014			2019		
	Все опрошенные	Муж	Жен	Все опрошенные	Муж	Жен	Все опрошенные	Муж	Жен
Да, регулярно	12	14	10	13	15	11	<b>21</b>	24	19
Да, время от времени	16	19	14	21	23	19	<b>23</b>	25	22
Очень редко	17	19	15	18	17	18	<b>19</b>	17	20
Никогда	53	47	59	48	43	52	<b>36</b>	33	39
Затрудняюсь ответить	2	2	2	1	1	1	<b>0</b>	0	0

С другой стороны, среди женщин больше тех, кто старается придерживаться здорового питания, судя по данным опроса ВЦИОМ 2019 года (см. рис. 5).

<sup>15</sup> Данные за 2009 и 2014 гг. опубликованы в аналитическом обзоре «Здоровый образ жизни: мониторинг» 21.03.2018 на сайте ВЦИОМ. URL: <https://wciom.ru/index.php?id=236&uid=9001>. Данные за 2019 г. получены в ходе общероссийского телефонного опроса «ВЦИОМ—Спутник» 02.06.2019 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.

**Рис. 5. СЛЕДИТЕ ЛИ ВЫ ЗА СВОИМ ПИТАНИЕМ, СОБЛЮДАЕТЕ ДИЕТУ ИЛИ НЕТ?**

(закрытый вопрос, один ответ, % от всех опрошенных)<sup>16</sup>



Хотя данные по самооценке не обязательно соответствуют реальному поведению, получается, что растет по крайней мере популярность и социальная желательность различных аспектов здорового образа жизни, то есть люди, в духе времени, во всё более значительной степени готовы принять на себя ответственность за свое здоровье. Но без эффективной работы системы здравоохранения у них все-таки не получится поддержать и при необходимости улучшить свое здоровье. Необходимы исследования условий работы врачей и здравоохранения в целом.

<sup>16</sup> Данные за 2019 г. получены в ходе общероссийского телефонного опроса «ВЦИОМ—Спутник» 02.06.2019 по стратифицированной двухосновной случайной выборке стационарных и мобильных номеров объемом 1600 респондентов 18 лет и старше.



## Заключение

За последние 30 лет в России произошли существенные изменения в области контрацептивного поведения, появились новые возможности в области преодоления проблем репродуктивного здоровья, выросла популярность различных оздоровительных практик. Все эти процессы (одни лучше, другие хуже) отражены в данных не только статистики, но и социологических исследований. Анализ этих данных мог бы стать основой большего числа научных работ, способствуя развитию социологии медицины в нашей стране. В этой области необходимо усиление сотрудничества социологов, медиков и представителей государственных структур в целях лучшего понимания происходящих в обществе процессов и роста качества принимаемых государством решений.

## Список литературы

Баранов А. А., Намазова-Баранова Л. С., Беляева И. А., Бомбардинова Е. П., Смирнов И. Е. Медико-социальные проблемы вспомогательных репродуктивных технологий с позиции педиатрии // Вестник РАМН. 2015. № 70 (3). С. 307—314.

Вишневский А. Г., Сакевич В. И., Денисов Б. П. Запрет аборта: освежите вашу память // Демоскоп Weekly. 2016. № 707—708. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0707/tema01.php>.

Денисов Б. П., Сакевич В. И. Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? // Демографическое обозрение. 2014. № 1. С. 144—169. URL: <https://doi.org/10.17323/demreview.v1i1.7698>.

Исупова О. Г. Делегирование родительства и язык репродукции: эксперты и пациенты о рождении ВРТ-детей // Население и экономика. 2020. № 4. (В печати)

Кешишян Е. С., Царегородцев А. Д., Зиборова М. И. Состояние здоровья и развитие детей, рожденных после экстракорпорального оплодотворения // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2014. Т. 59. № 5. С. 15—25.

Репродуктивное здоровье населения России 2011. Итоговый Отчет. Росстат, Минздрав РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний (США), Информационно-издательский центр «Статистика России». 2013.

Русанова Н. Е. Вспомогательные репродуктивные технологии в России: медицинские прорывы и общественные проблемы // Население и экономика. 2020. № 4. (В печати)

Сакевич В. И. От аборта к контрацепции // Демоскоп Weekly. 2016. № 687—688. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2016/0687/demoscope687.pdf>.

Федина Л. П. Психологические особенности семей в программе ЭКО // Международная научная конференция «Актуальные вопросы современной психологии» (Челябинск, март 2011). Челябинск: Два комсомольца, 2011. С. 111—115. URL: <https://moluch.ru/conf/psy/archive/30/21/>.

Asplund K. (2020) Use of in Vitro Fertilization — Ethical Issues. *Upsala Journal of Medical Sciences*. Vol. 125. No. 2. P. 192—199. <https://doi.org/10.1080/03009734.2019.1684405>.

Avdeev A., Blum A., Troitskaya I. (1995) The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991. *Population*. Vol. 7. P. 39—66.

Inhorn M. C., Balen, van, F. (2002) Infertility around the Globe New Thinking on Childlessness, Gender, and Reproductive Technologies. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press.

Brezina P. R., Zhao Y. (2012) The Ethical, Legal, and Social Issues Impacted by Modern Assisted Reproductive Technologies. *Obstetrics and Gynecology International*. <https://doi.org/10.1155/2012/686253>.

Dworkin A. (1983) Right-Wing Women: The Politics of Domesticated Females. London: Women's Press.

Foucault M. (1979) [1976] The History of Sexuality. Vol. 1: An Introduction. London: Allen Lane.

Foucault M. (1963) Naissance de la clinique. Paris: Presses universitaires de France.

Franklin S., Ragone E. (1998) Reproducing Reproduction: Kinship, Power and Technological Innovation. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

Gissler M., Fronteira I., Jahn A., Karro H., Moreau C., Oliveira da Silva M., Olsen J., Savona-Ventura C., Temmerman M., Hemminki E., the REPROSTAT group. (2012) Terminations of pregnancy in the European Union. *BJOG*. Vol. 119. No. 3. P. 324—332. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2011.03189.x>.

Juarez F., Singh S. (2012) Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology. *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. Vol. 38. No. 2. P. 58—67.

Martin L. R., Williams S. L., Haskard, K.B., DiMatteo M.R. (2005) The Challenge of Patient Adherence. *Therapeutic Clinical Risk Management*. Vol. 1. No. 3. P. 189—199.

Navarro V. (1985) U. S. Marxist Scholarship in the Analysis of Health and Medicine. *International Journal of Health Service*. Vol. 15. No. 4. P. 525—545.

- Oakley A. (1984) *Taking it Like a Woman*. London: Cape.
- Saetnan A.R., Oudshoorn N., Kirejczyk M. (eds.) (2000) *Bodies of Technology: Women's Involvement with Reproductive Medicine*. Columbus: Ohio State University Press.
- Sedgh G. et al. (2012) Induced Abortion: Incidence and Trends Worldwide from 1995 to 2008. *Lancet*. Vol. 379. P. 625–632. No. 9816. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8).
- Sobotka T., Hansen M.A., Kold Jensen T., Pedersen A.T., Lutz W., Skakkebæk N.E. (2008) The Contribution of Assisted Reproduction to Completed Fertility: an Analysis of Danish Data. *Population Development Review*. Vol. 34. No. 1. P. 79–101. <https://doi.org/10.1111/j.1728-4457.2008.00206.x>.
- Stanworth M. (ed.) (1987) *Reproductive Technologies: Gender, Motherhood and Medicine*. Minneapolis, MN: University of Minnesota Press.
- Stewart M., Roter D. (eds.) (1989) *Communicating with medical patients*. London: Sage.
- Turner B.S. (1987) *Medical Power and Social Knowledge*. London; Beverly Hills: Sage.