



УДК 314.335.23 (477)

*Н. М. ЛЕВЧУК,
кандидат економічних наук, провідний науковий співробітник
Інституту демографії та соціальних досліджень
ім. М. В. Птухи НАН України
Б. ПЕРЕЛЛІ-ХАРПІС, Ph.D,
Інститут демографічних досліджень ім. Макса Планка, Німеччина*

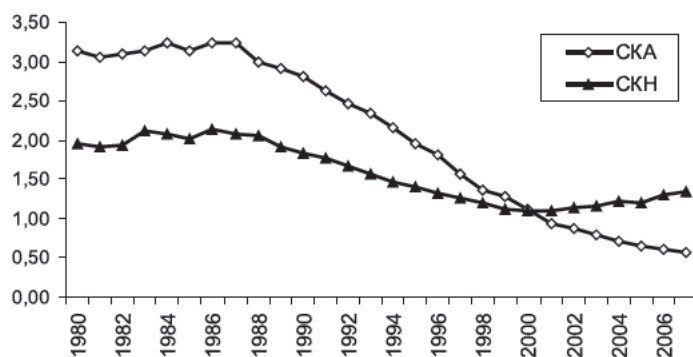
АБОРТИ ТА НАРОДЖУВАНІСТЬ В УКРАЇНІ: «КОНКУРЕНЦІЯ» ПРОДОВЖУЄТЬСЯ?¹

Вступ. Одним із найбільш суперечливих та дискусійних феноменів демореальності кінця ХХ століття стало зниження народжуваності до рівня нижче 1,3 дитини на одну жінку (lowest-low fertility) у 24 індустріальних країнах світу. Причини такого зниження широко обговорювалися у науковому середовищі, однак небагато дослідників зверталися до питань, чому народжуваність знизилась так низько, і які методи контрацепції були використані при цьому. Вважається, що у західноєвропейських країнах провідну роль відіграли такі ефективні методи контрацепції, як гормональні, ВМС, презервативи. Хоча у деяких країнах Південної Європи поширення сучасної контрацепції було значно меншим, і використання окремих традиційних методів зберігалось майже до початку 1990-х років. Натомість країни Східної Європи сягнули низького рівня народжуваності на тлі значного поширення традиційних методів запобігання вагітності та високого рівня розповсюдженості абортів.

Аналіз попередніх досліджень. Хоча проблема абортів у країнах колишнього СРСР неодноразово висвітлювалася у зарубіжних наукових виданнях, у жодному з них не вичалося як змінювались показники абортів у часі залежно від віку жінки та її дітності. До того ж, об'єктом більшості таких досліджень були країни Кавказу та Середньої Азії, де сумарна народжуваність не знижувалась до рівня нижче 1,3. В Україні проблемами репродуктивного здоров'я жінок займалися Н. Я. Жилка, Р. О. Моїсеєнко, В. С. Стешенко, Н. О. Рингач та інші [2, 4, 5], однак у більшості таких досліджень використовується офіційна статистика, доволі обмежена за набором характеристик та показників. Попри якісний аналіз, проведений у нещодавньому звіті МОЗ України та ВООЗ щодо абортів і контрацепції в Україні, проблема абортів не розглядалася у контексті дітородної діяльності населення [1].

¹ Дана стаття є скороченим варіантом доповіді, представленої на Міжнародній конференції Американської Асоціації з народонаселення, що відбулася у квітні 2010 р. у м. Даллас, США.

Метою даної роботи є дослідження взаємозв'язків між абортами та народженнями в Україні – країні, яка мала один з найвищих у світі показників інтенсивності абортів на початку 1990-х і один з найнижчих рівнів народжуваності у кінці 1990-х (рис. 1).



Джерело: ІДСД НАНУ та авторські розрахунки на базі даних МОЗ України

Рис. 1. Сумарний коефіцієнт абортів (СКА) та сумарний коефіцієнт народжуваності (СКН) в Україні у 1980–2007 рр.

Стрімке падіння народжуваності в Україні у пострадянський період одночасно супроводжувалось помітним зниженням інтенсивності абортів, однак після 2000 р. їхні тренди розійшлися. Така неоднозначна динаміка породжує ряд дискусійних запитань: на тлі одночасного зниження народжуваності та абортів в Україні у 1990-і, яким чином ці два процеси взаємодіяли між собою і чи зазнала змін така взаємодія? Чи пов'язана повікова інтенсивність абортів з повіковою народжуваністю? Чи почали жінки використовувати аборти для відкладання початку дітородної діяльності, чи аборти так і залишилися важливим засобом для регулювання календаря народжень та обмеження розміру сім'ї? Яким чином результати вагітності, тобто народження проти абортів, залежать від черговості вагітності та інтервалу між вагітностями? Чи аборти продовжують конкурувати з дітонародженнями, чи вони витісняються бажаними народженнями завдяки ефективній контрацепції? Щоб відповісти на ці запитання, було використано дані обстеження, що дають змогу дослідити як аборти та дітонародження взаємовпливають на індивідуальному рівні.

Виклад основного матеріалу. 1. Україна все ще чекає на контрацептивну революцію? У радянські часи більшість сучасних методів попередження вагітності були недоступними; їх вибір був невеликим. Радянська медицина суттєво відставала та була ізольована від західних розробок у галузі контрацепції, особливо гормональної. Та після розпаду СРСР відбулися значні зрушення у сексуальній та репродуктивній поведінці населення, і використання методів контрацепції почало зростати. На перший погляд, нині Україна зазнає тих самих змін, що відбулися у західноєвропейських країнах 20–30 років раніше. Завдяки реалізації кількох Національних програм щодо репродуктивного здоров'я та планування сім'ї вдалося істотно знизити кількість абортів [2], однак рівень використання сучасних методів контрацепції в Україні все ще незадовільний.

Про це свідчить порівняльний аналіз результатів двох обстежень: Репродуктивне здоров'я жінок (РЗЖ) 1999 та Медико-демографічне обстеження населення (МДОУ) 2007 [3, 7]. Структура методів контрацепції в Україні значно відрізняється від такої у

західних країнах, де заміжні жінки та жінки, які мають постійного партнера, використовують пігулки або вдаються до стерилізації після народження бажаної кількості дітей, тоді як презерватив поширений головним чином серед молодих жінок, які не мають одного партнера. Натомість в Україні оральні контрацептиви становлять лише 3–5% (!) від усіх засобів, які використовують заміжні жінки для попередження вагітності (6,5% серед сексуально активних незаміжніх жінок); роль жіночої стерилізації неістотна, і саме презерватив є найбільш широко вживаним засобом контрацепції. Питома вага ВМС, що у радянські часи користувалися найбільшою популярністю із сучасних методів, дещо знизилась, проте залишається все ще вагомою. Внесок традиційних методів у структурі контрацепції в Україні помітно скоротився, але є ще високим: близько 20% (табл. 1).

Таблиця 1

Використання методів контрацепції на час обстеження, заміжні жінки

	РЗЖ –1999	МДОУ 2007
Будь-який метод	67,5	66,7
Будь-який сучасний метод, в т.ч.:	37,6	47,5
– ВМС	18,6	17,7
– Презерватив	13,5	23,8
– Гормональні	3,0	4,8
– Жіноча стерилізація	1,4	0,6
– Інші	1,1	0,5
Будь-який традиційний	29,9	19,1
Не використовує	32,5	34,9
Всього	100,0	100,0

Джерело: [3, 7]

Очевидно, що зростаюча популярність використання презерватива є, з одного боку, позитивною тенденцією, беручи до уваги епідемію ВІЛ/СНІДу в Україні, але з іншого боку – доволі проблемним явищем, оскільки надійність цього методу значно поступається гормональній контрацепції, і ризик контрацептивної невдачі при його використанні є доволі високим. У радянські часи пігулки часто розглядали як загрозу для здоров'я жінки через побічні ефекти, наприклад небажаний приріст маси тіла. Така думка зберігається і донині, неабиякою мірою через відчутний консерватизм, а часом і низьку контрацептивну грамотність практикуючих лікарів. Дається взнаки й істотно нижча ціна презервативів порівняно з пігулками. Усі ці фактори призвели до того, що гормональні контрацептиви все ще є непопулярними серед українських жінок. Таким чином, незважаючи на підвищення загального рівня використання контрацепції, її структура все ще несприятлива, що призводить до високого ризику небажаної вагітності і, як наслідок, використання абортів для її переривання. Цю особливість України слід пам'ятати, аналізуючи взаємозв'язки між абортами та дітонародженнями.

Дані та методи дослідження. Для того, щоб досягнути мети нашого дослідження та дати відповіді на поставлені запитання, було використано дані щодо вагітностей та їх результатів, зібрані в результаті Медико-демографічного обстеження населення України (МДОУ) 2007 року [3]. Це національно репрезентативне опитування 6481 жінок віком

від 15 до 49 років, у ході якого були зібрані унікальні відомості щодо їх репродуктивних біографій (включаючи усі вагітності та їх результати). Частка жінок, які відповіли на запитання, становила 92%.

Оскільки ми зацікавлені дізнатися, чи використовувала жінка аборт хоча б раз у житті, для оцінки були вибрані лише перші за черговістю (штучні) аборти, які становлять доволі значну частку від загальної кількості абортів (близько 45% за даними МДОУ 2007). Для того, щоб дослідити взаємозв'язки між абортами та дітонародженнями, був використаний event history analysis. На нашу думку, дослівний переклад «аналіз історії подій» не відображає сутності даного підходу. Керуючись термінологією М. Птухи, цей напрям у демостатистичних дослідженнях доцільніше перекласти як «аналіз демографічних біографій». Він включає в себе значну кількість методів, що використовують для аналізу лонгітюдних даних, і показує інтенсивність переходу від одного демографічного стану до іншого впродовж «періоду ризику», тобто від початку часу спостереження до моменту настання тієї чи іншої події.

Поняття «ризик» є базовим в аналізі демографічних біографій². Оскільки в українській мові він вживається для позначення ймовірності негативних подій, задля зручності було вирішено користуватись термінами «ризик» та «шанс» як такими, що означають ризики настання подій з негативними та позитивними наслідками відповідно. У даній роботі вживаються терміни: ризик аборту і шанс народження дитини.

Було використано одну із моделей пропорційних ризиків (piecewise exponential model), яку у найбільш загальному вигляді можна подати так:

$$h(t | x) = h_0(t) \times \exp(\beta_1 x_1 + \beta_2 x_2),$$

де:

h , ризик/шанс першого аборту/живонародження, є функцією від базового ризику h_0 та регресії коефіцієнтів β , що вимірюють вплив змінних x_1 та x_2 (постійних та змінних у часі) на інтенсивність ризику.

Спочатку було побудовано окремі моделі ризику/шансів для перших абортів та перших народжень (моделі А і В), де вік жінки вважаємо базовою інтенсивністю часу. Процес переходу до першого народження/аборті починається у 15 років і закінчується, коли жінка має вагітність, що завершується пологами або аборті. Далі було побудовано модель конкуруючих ризиків – модель С (competing risk hazard model) для результату вагітності, де одночасно оцінюється ризик першого аборті проти ризику (шансу) дітонародження, залежно від черговості вагітності та дітності. Проведено оцінку конкуруючих ризиків для бездітних жінок при першій вагітності; для жінок з однією дитиною у разі другої за порядком вагітності і для жінок з двома дітьми у разі третьої вагітності. Така модель є новим підходом до дослідження зв'язків між абортами та народженнями.

У моделях були використані такі змінні: основні – вік жінки; дітність, тобто кількість дітей на час першого аборті, інтервал між вагітностями, тобто число років після попереднього дітонародження, календарний період (період спостереження); контрольні – регіон проживання, тип населеного пункту, релігійна приналежність.

² Інтенсивність ризику (hazard risk) – це густина ймовірності (probability density function) настання події у певний момент часу впродовж періоду ризику, поділена на ймовірність ненастання цієї події до даного моменту часу. На відміну від ймовірності, ризик одночасно враховує інтенсивність настання події і час спостереження. Він може бути більшим за 1, хоча так само, як і ймовірність значення ризику завжди додатні. Лише для дуже маленького проміжку часу, що минув з початку періоду ризику і до настання події, ризик може наблизитися до значення ймовірності.

Результати дослідження. Повіковий профіль перших абортів: ефект ранньої вагітності. Отримані результати свідчать, що майже половина (48%) жінок в Україні віком 15–49 років мали хоча б один аборт у житті. Результати побудованих моделей ризику для перших абортів і перших народжень подано у таблиці 2, де ризик у відповідній референтній групі прийнято за 1. Найвищий ризик першого абортів спостерігається у віці 20–24 роки, після чого знижується. Ризик першого абортів серед підлітків віком 15–19 років значно нижчий, ніж серед 20–24-річних. Це помітно контрастує з ситуацією у західних країнах, де абортів концентруються переважно серед незаміжніх жінок віком до 20 років, які розпочинають сексуальне життя без належної контрацепції.

Таблиця 2

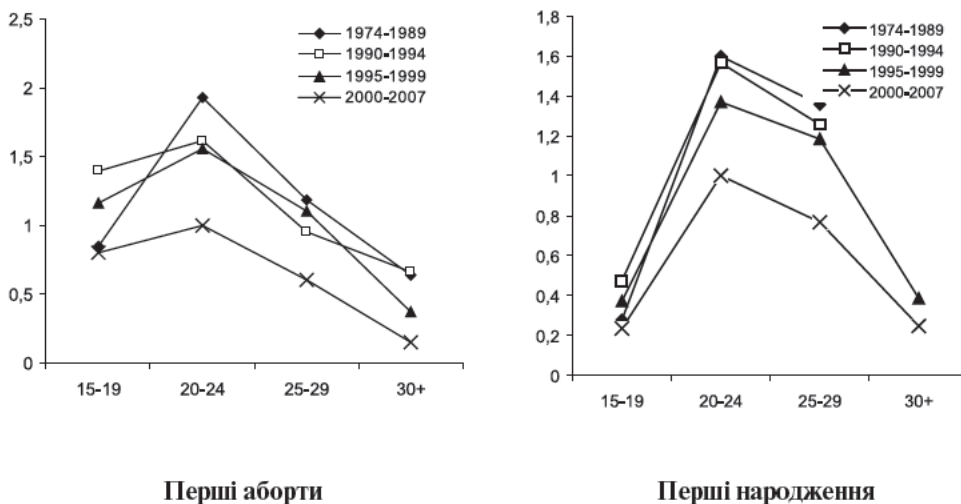
Відносний ризик першого абортів та шанс народження першої дитини

Основні змінні	Перший аборт (Модель А)	Перша дитина (Модель В)
Вік жінки, років		
15-19	0,62*** (0,05)	0,23*** (0,01)
20-24	1	1
25-29	0,63*** (0,03)	0,78*** (0,04)
30+	0,22*** (0,02)	0,31*** (0,03)
Календарний період		
1974-1984	1,86*** (0,15)	1,30*** (0,06)
1985-1989	2,08*** (0,15)	1,75*** (0,08)
1990-1994	1,95*** (0,13)	1,77*** (0,08)
1995-1999	1,82*** (0,12)	1,47*** (0,07)
2000-2007	1	1
Кількість дітей на час першого абортів		
Не має дітей	1	–
Одна дитина	9,76*** (0,73)	–
Двоє та більше дітей	10,29*** (0,92)	–

Примітки: *** відповідає довірчій імовірності $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$; стандартна похибка у дужках.

Джерело: авторські розрахунки на базі даних МДОУ 2007

Незважаючи на деякі відмінності, повікові профілі ризику першого абортів та шансу народження першої дитини в Україні доволі подібні і «молоді» (обоє мають пік у 20–24 роки) і є відображенням моделі ранньої вагітності в цілому. Оскільки народження дітей, особливо первітків, відбувається у дуже молодому віці, наступні небажані вагітності часто перериваються абортів. У моделі були також включені взаємодії між віком жінки та календарним періодом (рис. 2). Ризик першого абортів повільно знижувався впродовж 1990-х рр., однак його істотне падіння відбулося тільки після 2000 року. Це зниження торкнулося практично усіх вікових груп з максимальним ефектом у віці 20–24 роки. Натомість серед підлітків віком до 20 років тенденції виявились неозначними: у першій половині 1990-х рр. ризик абортів серед підлітків підвищився і лише з кінця 1990-х суттєво знизився, очевидно завдяки успішній реалізації національних програм щодо репродуктивного здоров'я.



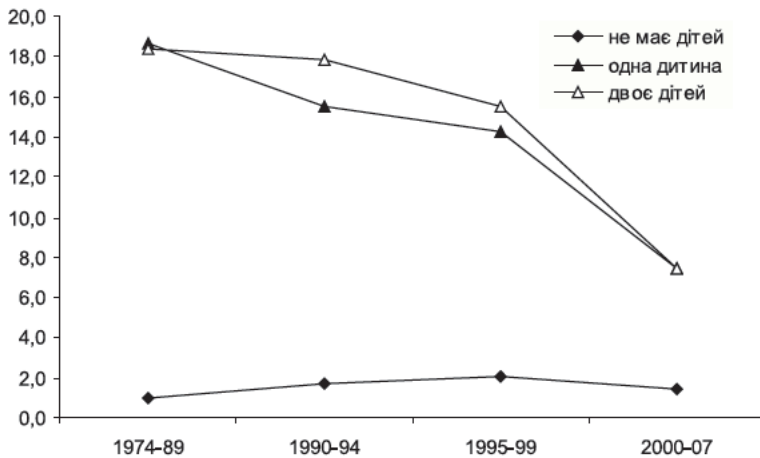
Примітка: Референтна група: вік 20–24 роки, 2000–2007 рр.

Джерело: авторські розрахунки на базі даних МДЮУ 2007

Рис. 2. Відносний ризик першого аборту та шанс народження першої дитини залежно від віку жінки та календарного періоду

Як ризик першого аборту залежить від дітності? Наступним кроком було проведення оцінки ризику першого аборту залежно від кількості дітей на час аборту. Попередні дослідження засвідчили, що бездітність в Україні є малопоширеною [5], і народження хоча б однієї дитини стало майже обов'язковою культурною нормою. У радянські часи більшість жінок відмовлялися абортувати першу вагітність через страх безплідності внаслідок аборту. Однак, починаючи із другої половини 1990-х рр., відкладання народження первістків почало повільно зростати. Логічно було припустити, що жінки почали більшою мірою, ніж раніше, використовувати аборти для відкладання перших дітонароджень, як це поширено у західних країнах.

Разом з тим отримані результати свідчать, що українські жінки не схильні мати аборт до того, як народять першу дитину (табл. 1). З метою поглибленішого аналізу було здійснено інтеракції між дітністю жінки на момент аборту та календарним періодом. Як видно з рис. 3, у 1990-і роки спостерігалось незначне підвищення ризику абортів, що відбулись до народження первістка, а після 2000 року – його зниження, однак ризик мати аборт до народження першої дитини є стабільно дуже низьким. Таким чином, наша гіпотеза щодо можливого підвищення ризику абортів до народження першої вагітності не підтвердилась: як у радянський період, так і під час зниження народжуваності у 1990-і роки українські жінки уникали штучного переривання першої вагітності і не використовували аборти для того, щоб відкласти народження первістків, що певною мірою є унікальним явищем порівняно із відповідною моделлю абортів у західних країнах.



Примітка: Референтна група: немає дітей, 1974–1989.

Джерело: авторські розрахунки на базі даних МДОУ 2007

Рис. 3. Відносний ризик першого абортів залежно від кількості дітей на час першого абортів

Таблиця 1 також ілюструє виразні відмінності щодо ризику першого абортів для жінок з дітьми порівняно з тими, які не мають дітей, однак ризик абортів серед матерів з різною дітністю суттєво не відрізняється. Зокрема, порівняно з тими, хто не має дітей, ризик першого абортів у 9,7 рази вищий для матерів з однією дитиною і у 10,3 рази для матерів з двома та більше дітьми. Інтеракція між дітністю та періодом показали зниження ризику першого абортів для жінок з однією і з двома дітьми, проте впродовж усього періоду він залишався значно вищим, ніж у жінок без дітей.

Разом з тим отримані результати потребують обережної інтерпретації, оскільки в Україні зниження показників інтенсивності абортів у минулому десятилітті збіглося із падінням народжуваності, відображаючи зниження ризику вагітності в цілому. Побудовані моделі А і В показують як окремо змінювались ризик першого абортів та шанс першого дітонародження, проте не дають змогу оцінити як ризик абортів змінювався в часі відносно шансу народити дитину. Саме модель конкуруючих ризиків (Модель С) дала нам можливість безпосередньо оцінити ризик двох конкуруючих результатів вагітності, абортів та дітонародження, залежно від черговості вагітності. Нагадаємо, що у цій моделі ми порівнюємо ризик першого абортів із шансами народити дитину при першій, другій та третій вагітностях.

Дана модель та її результати, наведені у таблиці 3, свідчать, що, по-перше, шанси народження другої та третьої за черговістю дитини, істотно зменшувались з кінця 1980-х років, тоді як шанс народити першу дитину почав знижуватись лише після 2000 року. По-друге, попри певні коливання ризик абортів при першій вагітності залишався стабільно низьким. По-третє, було розраховане відношення конкуруючих ризиків (the ratio of competing risks), тобто відношення ризику абортів до відповідного шансу живонародження у певний період залежно від черговості вагітності. Цей показник дає змогу оцінити, який результат вагітності – аборт чи народження дитини – є найбільш вірогідним. Зауважимо, що для кожної черговості вагітності референтною групою є шанс народити дитину у період 2000–2007 рр.

Таблиця 3

Конкуруючі ризики для результату вагітності, аборт проти живонародження, за черговістю вагітності та календарним періодом (Модель С)

Черговість вагітності/результат вагітності	1974-1984	1985-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2007
Перша вагітність:					
– живонародження	1,56***	2,05***	2,06***	1,63***	1,00
– аборт	0,10	0,12**	0,14	0,17	0,08**
Відношення конкуруючих ризиків: аборт проти народження першої дитини	0,06	0,06	0,07	0,10	0,08
Друга вагітність, жінки з однією дитиною					
– живонародження	1,34***	1,85***	1,42***	1,09	1,00
– аборт	1,48***	1,46***	1,12***	1,04	0,53***
Відношення конкуруючих ризиків: аборт проти народження другої дитини	1,10	0,79	0,79	0,95	0,52
Третя вагітність, жінки з двома дітьми					
– живонародження	1,40	1,70***	1,42***	1,28	1,00
– аборт	3,44***	2,29	2,31**	2,02**	0,98
Відношення конкуруючих ризиків: аборт проти народження третьої дитини	2,45	1,35	1,63	1,58	0,98

Примітки: *** відповідає довірчій імовірності $p < 0,01$, ** $p < 0,05$, * $p < 0,1$; Референтна група: ризик живонародження у 2000-2007.

Джерело: авторські розрахунки за даними МДОУ 2007

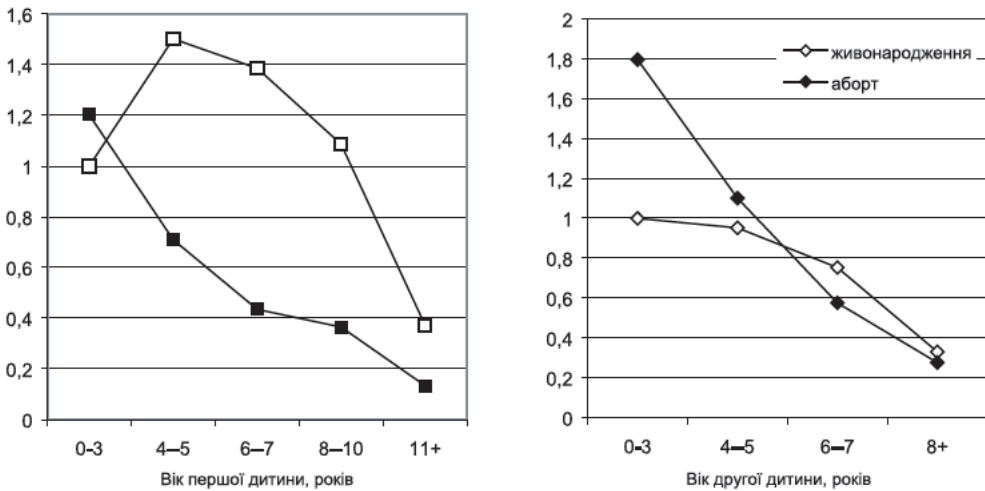
Для жінок з однією дитиною відношення конкуруючих ризиків було більшим за 1 у середині 1980-х років, що свідчить про те, що ризик мати аборт у разі наступної (другої) вагітності перевищував шанс народження дитини. У другій половині 1980-х рр. це відношення почало покращуватися на користь дітонародження, проте з початком 1990-х рр. цей процес загальмувався, тобто зменшення ризику абортів було менш відчутним, ніж зменшення шансу дітонародження. Іншими словами, падіння народжуваності других за черговістю дітей випереджало падіння абортів при другій вагітності.

Для жінок з двома дітьми ризик абортів у разі наступної (третьої) вагітності скорочувався впродовж усього періоду спостереження, однак він перевищував відповідний шанс дітонародження аж до 2000 року. У 1990-і роки відношення конкуруючих ризиків навіть «покращилось» на користь абортів. Зокрема, у 1995–1999 рр. для жінок з двома дітьми ризик перервати третю вагітність за допомогою абортів був в 1,6 рази вищим, ніж шанс народити третю дитину.

Таким чином, наші результати дають підставу стверджувати таке. По-перше, у ході одночасного зниження народжуваності та інтенсивності абортів в Україні у 1990-і роки абортів «знижували» народжуваність других та третіх за порядком народження дітей. По-друге, хоча ризик абортів при другій та третій вагітності у 1990-і роки знизився, відношення

ризик абортів до шансу дітонародження не зменшувалося. Припустивши, що аборти представляють значну частину усіх небажаних вагітностей, відношення конкурентних ризиків показує нам відношення ризику небажаної вагітності до ризику бажаної. Ми стверджуємо, що незважаючи на загальне падіння показників абортів, в Україні відношення ризиків небажаної і бажаної вагітності не зазнало суттєвих зрушень до початку 2000-х років, особливо для жінок з однією дитиною та двома дітьми, очевидно через використання недостатньо ефективної контрацепції. Хоча ризик абортів для жінок з дітьми знизився, аборти відіграли важливу роль у перериванні небажаних других та вищих за порядком вагітностей.

Як результат вагітності – аборт проти живонародження – залежить від інтервалу між вагітностями? У західноєвропейських країнах з дуже низькою народжуваністю жінки схильні відкладати перші народження, однак другу дитину вони народжують, зазвичай, через 2–3 роки після першої. Враховуючи це, ми очікували, що в Україні вагітності з довгим інтергенетичним інтервалом з більшою вірогідністю закінчуються абортів. Щоб перевірити цю гіпотезу, знову було використано модель конкуруючих ризиків (Модель С). На рис. 4 показано ризик першого абортів по відношенню до відповідного шансу живонародження для другої та третьої вагітностей, тобто для жінок з однією дитиною та двома дітьми відповідно, залежно від кількості років від попереднього народження дитини.



Друга вагітність, жінки з однією дитиною*

Третя вагітність, жінки з двома дітьми*

Примітка: Референтні групи: для другої вагітності: 0–3 роки після народження першої дитини; для третьої вагітності: 0–3 роки після народження другої дитини.

Джерело: авторські розрахунки на базі даних МДОУ 2007

Рис. 4. Конкуруючі ризики для результату вагітності, аборт проти живонародження, залежно від кількості років з часу попереднього дітонародження (Модель С)

Результати свідчать, що інтервал між вагітностями відіграє важливу роль у рішенні жінки залишити чи перервати вагітність. По-перше, українські жінки мають довший інтервал між послідовними народженнями порівняно з жінками у західноєвропейських країнах, які схильні народжувати наступну дитину з інтервалом 2–3 роки після попередньої. Натомість пік народження другої дитини в Україні спостерігається через 5–7 років після народження первістка. Найвищим є шанс народити третю дитину також через 5 років після народження другої дитини.

По-друге, інтервал між вагітностями має значний вплив на ризик абортів: чим коротший інтервал між вагітностями, тим вищий ризик абортів. Для другої вагітності, що відбулася через три роки після народження первістка, ризик абортів у 1,2 разу вищий, ніж шанс дітонародження, а для третьої вагітності, що настала з інтервалом у три роки після народження другої дитини, ризик абортів у 1,8 разу вищий, ніж шанс дітонародження. Якщо жінка завагітніє через три роки після народження первістка або не більше, ніж 4–5 років після народження другої дитини, така вагітність в Україні найбільш вірогідно буде перервана абортів, тоді як у західних країнах вагітності з коротким інтергенетичним інтервалом найвірогідніше завершаться народженням дитини.

Висновки. Дана робота аналізує взаємозв'язки між абортів та дітонародженнями до і після зниження народжуваності в Україні. Україна є цікавим об'єктом дослідження, оскільки швидкі економічні та соціальні зміни після розпаду СРСР призвели до одночасного значного падіння і народжуваності, і абортів, однак без відчутного підвищення використання сучасних методів контрацепції, зокрема гормональної. Повікова модель першого абортів тісно пов'язана з повіковим профілем народжуваності і ранньою вагітністю в цілому. Жінки, як і раніше, уникають переривати першу вагітність; абортів відіграли вагомий роль у відкладанні та відмові від народження другої та вищої за порядком народження дитини. Більшість абортів відбувається у жінок з дітьми, ризик абортів для яких знижувався впродовж 1990-х, однак найбільше падіння відбулося лише після 2000 року. Хоча народжуваність та інтенсивність абортів у 1990-і знижувались одночасно, відношення конкуруючих ризиків (тобто відношення ризику абортів до шансу живонародження) не зменшилось. Зокрема, ризик абортів при другій вагітності до початку 2000-х рр. був майже такий самий як шанс народити дитину, а для третьої вагітності – в 1,5 разу вищий, ніж шанс живонародження. Це означає, що жінки використовували абортів для відкладання або відмови від народжень другої та вищих черговостей. Відношення між абортів та живонародженнями для жінок з дітьми суттєво поліпшилось лише після 2000 року.

Приклад України також показує, що країни можуть мати низьку народжуваність без завершеної контрацептивної революції або через одночасне використання контрацепції та абортів. Стрімке падіння народжуваності в Україні у 1990-і роки відбувалось в тому числі і під впливом абортів у зв'язку з недостатнім поширенням сучасних методів контрацепції. Тому, на нашу думку, поки що передчасно стверджувати про остаточне зникнення в Україні «абортної» культури. Існуюча система охорони здоров'я, зокрема служба планування сім'ї, повинна стати дієвою силою у профілактиці небажаних вагітностей. Необхідно активізувати зусилля щодо надання інформаційно-просвітницьких послуг у галузі сучасних ефективних методів контрацепції, особливо для жінок після народження першої та другої дитини.

Джерела:

1. *Аборты та контрацепция в Украине. Стратегическая оценка политики, программ и исследований.* – К.: МОЗ Украины, ВОЗ, 2008. – 88 с.
2. *Жилка Н.* Стан репродуктивного здоров'я в Україні (медико-демографічний огляд) / Н. Жилка, Т. Іркіна, В. Стешенко. – К.: МОЗ України, Ін-т економіки НАНУ, 2001. – 68 с.

3. *Медико-демографічне обстеження населення України 2007.* – Calverton, Maryland, США: УЦСР та Macro International, 2008. – 267 с.

4. *Населення України. Народжуваність в Україні у контексті суспільно-трансформаційних процесів.* – К.: АДЕФ-Україна, 2008. – 288 с.

5. *Стешенко В. С. Дослідження народжуваності й плідності у реальних поколінь жінок України: висновки для сьогодення / В. С. Стешенко // Демографія та соціальна економіка.* – 2010. – № 1. – С. 3–14.

6. *Perelli-Harris, B. The path to lowest-low fertility in Ukraine / B. Perelli-Harris // Population Studies.* – 2005. – № 59(1). – P. 55–70.

7. *Ukraine Reproductive Health Survey 1999. Final report.* – KIIS, USAID, Centers for Diseases Control and Prevention, 2000. – 41 p.

Анотація. У статті аналізуються взаємозв'язки між абортами та дітонародженнями в Україні до і після падіння народжуваності до дуже низького рівня. Використовуючи дані МДОУ 2007, ми побудували окремі моделі ризику для перших абортів та народження перших дітей, а також модель конкуруючих ризиків для результату вагітності за черговістю вагітності. В процесі одночасного зниження абортів та народжуваності у 1990-і роки відношення ризику абортів до відповідного ризику дітонародження залишалось вкрай несприятливим для жінок з однією дитиною та двома дітьми у зв'язку з недостатнім поширенням сучасних методів контрацепції.

Аннотация. В статье анализируются взаимосвязи между абортами и рожденьями в Украине до и после падения рождаемости до очень низкого уровня. Используя данные МДОУ 2007, мы построили отдельные модели риска для первых абортів и рождения первых детей, а также модель конкурирующих рисков для результата беременности по очередности беременности. В процессе одновременного снижения абортів и рождаемости в 1990-ые годы отношение риска абортів к соответствующему риску деторождения оставалось крайне неблагоприятным для женщин с одним ребенком и двумя детьми в связи с недостаточным распространением современных методов контрацепции.

Summary. We analyze the changing relationship between abortion and childbearing in Ukraine, which has had one of the world's highest abortion rates and lowest fertility rates. Using the 2007 Ukrainian Demographic and Health Survey, we estimate event history models for first abortions and first births as well as competing risks hazards by pregnancy outcome. With the decline in both fertility and abortion throughout 1990s, the risk of having an abortion relative to a birth declined much less dramatically indicating that the proportion of "unwanted" to "wanted" pregnancies remained high. Abortions have been used less frequently for postponing first births, as is more common in developed countries. We also describe how this relationship has been maintained through the slow adoption of modern contraception. Thus, Ukraine represents a country with an unusual relationship between fertility, abortion, and contraception, and where low fertility has been achieved with little reliance on modern methods.

Ключові слова: аборти, дітонародження, взаємозв'язки, вагітність, контрацепція, ризик, відношення конкуруючих ризиків.

Ключевые слова: абортів, деторождение, взаимосвязи, беременность, контрацепция, риск, отношение конкурирующих рисков.

Key words: abortion, birth, interrelationships, pregnancy, contraception, risk, competing risk ratio.

Стаття надійшла до редакції журналу 28.08 2010 р.