

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН

А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова

Рождаемость
и воспроизводство
населения территории

Вологда • 2011

УДК 314.335.2(470.12)
ББК 60.74(2Рос-4Вол)
Ш13

Публикуется по решению
Ученого совета ИСЭРТ РАН

Шабунова А.А. Рождаемость и воспроизводство населения территории [Текст]: монография / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – 148 с.

Научные консультанты:
доктор экономических наук, профессор
заслуженный деятель науки РФ

В.А. Ильин

начальник отдела охраны материнства и детства
Департамента здравоохранения Вологодской области

Е.Л. Вологодина

В монографии представлены результаты исследования формирования уровня рождаемости населения и факторов, его определяющих. Описаны современное состояние, тенденции и проблемы демографического развития, репродуктивного здоровья и поведения населения на уровне страны и региона. Предложены и обоснованы стратегические направления решения выявленных проблем.

Книга адресована работникам органов управления здравоохранением, образованием, социальной защитой, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, которых интересуют вопросы демографии и воспроизводства населения.

Рецензент

кандидат исторических наук, доцент

К.А. Гулин

© Шабунова А.А., Калачикова О.Н., 2011

© ИСЭРТ РАН, 2011

Оглавление

<i>Введение</i>	4
Глава 1. Тенденции демографического развития территории	
1.1. Демографическая ситуация	9
1.2. Демографические перспективы	24
Глава 2. Репродуктивное здоровье как основа рождаемости	
2.1. Сущность и параметры оценки репродуктивного здоровья	38
2.2. Тенденции изменения репродуктивного здоровья населения	46
Глава 3. Репродуктивное поведение населения как фактор рождаемости	
3.1. Сущность и методологические основы изучения репродуктивного поведения населения	56
3.2. Современные особенности репродуктивного поведения	69
3.3. Реализация репродуктивных планов	91
<i>Заключение</i>	103
<i>Глоссарий</i>	107
<i>Литература</i>	111
<i>Приложения</i>	119

Введение

Демографическая структура населения во многом определяет трудовой, репродуктивный, человеческий потенциал, формируя не только социокультурный, но и экономический «облик» территории. Баланс рождаемости и смертности, миграция – основа как количественных (численность), так и качественных характеристик населения (половозрастной, этнический, конфессиональный состав, брачное состояние и др.). Существенные трансформации численности и состава населения неизбежно влекут за собой изменение всех характеристик территории вплоть до изменения ее границ. В этой связи депопуляционные тенденции, наметившиеся в начале прошлого столетия в ряде стран мира, в том числе и России, актуализировали демографические исследования с целью поиска путей обеспечения роста населения.

Прекращение процесса депопуляции может быть достигнуто двумя основными путями. Первым из них и наиболее значимым для сохранения численности населения является снижение уровня преждевременной смертности. В целом коэффициент общей смертности в РФ в период с 2003 по 2008 г. снизился с «пиковых» 16,4 до 14,6 на 1000 человек. Однако, например, этот же показатель в странах ЕС составлял в 2007 г. в среднем 9,7 на 1000 чел. населения¹, что свидетельствует о необходимости значительных усилий для улучшения ситуации в России. Резервы снижения смертности населения заключаются в снижении уровня младенче-

¹ Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕР Б ВОЗ. URL: <http://data.who.int/hfad/index.php?lang=ru>

ской смертности, сокращении смертности от управляемых причин, в преодолении преждевременной смертности среди населения старше трудоспособного возраста на основе повышения качества жизни пожилых людей, в укреплении общественного здоровья за счет повышения эффективности деятельности здравоохранительной системы и активизации здоровьесберегающего поведения населения².

Второй путь – изменение ситуации в сфере рождаемости. С нашей точки зрения, этот путь более затратный, менее управляемый, эффект инвестиций в увеличение рождаемости отсрочен. Но он стратегически оправдан, поскольку именно рождаемость формирует демографический облик территории, является основой воспроизводства населения³.

Признание необходимости преодоления депопуляции населения в России на высшем политическом уровне (Послание Президента РФ Федеральному собранию 2006 г.) повлекло за собой множество исследований сложившейся ситуации и предложений по ее улучшению. Очередным шагом стало принятие в октябре 2007 г. Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2025 г., содержащей комплекс мероприятий, направленных на стабилизацию демографической ситуации. Повышение рождаемости определено в ней как приоритетное направление работ.

Благоприятная демографическая структура населения (вступление в репродуктивный возраст многочисленного поколения, рожденного в 80-е гг. прошлого столетия) и реализация различных мер демографической и социальной

² Региональная стратегия экономического роста – 2015 / под ред. В.А. Ильина. Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН. – М.: Наука, 2007. – С. 96-97.

³ См.: Антонов А.И., Борисов В.А. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. – М.: Ключ-С, 2006. – 192 с.

политики в России (увеличение пособий по уходу за ребенком, выплата «семейного капитала», национальные проекты «Здоровье» и «Жилье») обеспечили повышение уровня рождаемости в первом десятилетии XXI века, который после наименьшего значения в 1999 г. – 8,3‰⁴ – увеличился до 12,1‰ в 2008 г. Государственная поддержка рождаемости обеспечила реализацию имеющихся репродуктивных планов населения, что определило рост рождаемости даже в кризисный период. Для сравнения: в странах Евросоюза в 2007 г. общий коэффициент рождаемости составил в среднем 10,6‰ с максимальным значением 13‰ во Франции.

При этом следует отметить, что уровень рождаемости, складывающийся на той или иной территории (в стране, регионе, на континенте, земном шаре) в тот или иной период времени, зависит не только от демографической структуры и репродуктивного поведения населения⁵ (на управление которым и ориентирована демографическая политика), но и от уровня фертильности, репродуктивного здоровья населения. По разным оценкам⁶, в России от 5 до 25% супружеских пар испытывают трудности с зачатием, а 40% детей в России

⁴ ‰ – промилле – тысячная доля числа. Здесь и далее: в расчете на 1000 человек населения.

⁵ См.: Медков В.М. Демография: учебное пособие. Серия «Учебники и учебные пособия». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 448 с.

⁶ Российское обследование «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» в рамках Международной программы Европейской экономической комиссии ООН «Generations and Gender»/«Поколения и Гендер» проведено Независимым институтом социальной политики (Москва). Первая волна была проведена в июне-августе 2004 г., вторая волна – в апреле-сентябре 2007 г., объем выборки свыше 11 тыс. респондентов от 18 до 80 лет. – URL: http://www.socpol.ru/gender/Prog_Russia.shtml; Выступление директора Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздрава России В. Широковой на открытии X Всероссийского научного форума «Мать и дитя» 29 сентября 2009 г. – URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/child/45>; Сакевич В.И. Особенности внутрисемейного контроля рождаемости в России // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / под науч. ред. С.В. Захарова, Т.М. Малеевой, О.В. Синявской. – М.: НИСП, 2009.

рождаются больными. Способность к деторождению и здоровью потомства зависит от здоровья населения, особенно репродуктивного. Данный факт позволяет считать репродуктивное здоровье не менее значимым фактором, определяющим рождаемость.

В этой связи оценка демографических процессов, исследование репродуктивного здоровья и поведения населения, особенностей их формирования – основной источник информации для определения наиболее эффективных направлений и механизмов демографической политики государства, ориентированной на обеспечение воспроизводства человеческого капитала в целом и трудовых ресурсов в частности.

Назначение данной работы – оценить тенденции демографических процессов, рассмотреть репродуктивное здоровье и поведение населения как основные условия формирования уровня рождаемости в регионе, выявить возможности его повышения.

Сходство социально-экономических, демографических показателей и процессов, происходящих в Вологодской области и Российской Федерации в целом⁷, позволяет считать регион типичным для России и использовать данные регионального исследования для решений на уровне всей страны.

Исследование репродуктивного здоровья и поведения населения (на примере Вологодской области) Институт социально-экономического развития территорий РАН начал проводить с 2004 г. Информационную базу составляют статистические данные и данные социологических исследований. Эмпирическая база исследования представлена мониторингом общественного мнения, осуществляемым методом раздаточного анкетирования. Ежегодно опрашивалось

⁷ См.: Социокультурные аспекты развития территории / А.А. Шабунова, К.А. Гулин, Н.А. Окулова, Т.С. Соловьева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 131 с.

население репродуктивного возраста с целью выявления особенностей абортивного, контрацептивного поведения, репродуктивных установок и факторов, их определяющих.

На основе статистических данных и результатов, полученных с помощью социологических методов, рассмотрена рождаемость как результат репродуктивного поведения, взаимообусловленного репродуктивным здоровьем посредством социально-гигиенической грамотности населения.

Исследование выполнено коллективом сотрудников Института социально-экономического развития территорий РАН в составе:

Шабунова А.А., к. э. н., доцент (введение, заключение, общая редакция);

Калачикова О.Н., асп. (главы 1 – 3);

Богатырев А.О., асп. (демографический прогноз численности населения Вологодской области в § 1.2).

Авторский коллектив выражает глубокую благодарность за оказанную поддержку при проведении исследования руководителю лаборатории проблем здоровья и рождаемости населения Института социально-экономических проблем народонаселения РАН д. м. н. *Ирине Петровне Катковой*, начальнику отдела организации лечебно-профилактической помощи Департамента здравоохранения Вологодской области к. м. н. *Наталье Александровне Короленко*, начальнику отдела охраны материнства и детства Департамента здравоохранения Вологодской области *Елене Леонидовне Вологдиной*, а также всем, без кого работа над книгой была бы невозможна.

Глава 1. Тенденции демографического развития территории

1.1. Демографическая ситуация

Вторая половина XX в. оставила большой след в демографической истории человечества. Произошел небывалый демографический взрыв, сопровождавшийся интенсивным ростом населения многих стран Азии, Африки и Латинской Америки. Только за это время население Земли увеличилось в 2,5 раза при среднегодовом абсолютном приросте в 70 – 80 и даже 90 млн. человек, что соответствовало темпам прироста в 1,5–2%⁸.

Тем не менее темпы роста мирового населения постепенно сокращаются (*табл. 1.1*). За последние четыре с половиной десятилетия они снизились с 22 до 6%. Наиболее выражена данная тенденция в Европейском регионе (с 9% в 1960 – 1970 гг. до нуля в 2000 – 2005 гг.) и Северной Америке (с 14 до 5% соответственно). В Российской Федерации численность населения возростала в период с 1990 по 2000 г. за счет большого миграционного притока из бывших союзных республик, но с начала XXI в. она приобрела отрицательную динамику, снизившись за пять лет первого десятилетия на 2%.

Снижение темпов роста населения мира связано с сокращением уровня рождаемости, т. к. динамика смертности населения мира во второй половине XX – начале XXI в. характеризуется снижением ее общего коэффициента с 19,5 до

⁸ Максаковский В.П. Географическая картина мира. – Кн. 1. – М.: Дрофа, 2008. – С. 115–117.

Таблица 1.1. **Численность населения**, млн. человек

Мир, регион	Год						Темпы роста, %				
	1960	1970	1980	1990	2000	2005	1970/1960	1980/1970	1990/1980	2000/1990	2005/2000
Весь мир	3032	3699	4451	5295	6124	6515	122,0	120,3	119,0	115,7	106,4
Европа	605	657	693	721	729	731	108,6	105,5	104,0	101,1	100,3
Африка	282	364	480	637	821	922	129,1	131,9	132,7	128,9	112,3
Азия	1704	2139	2636	3181	3705	3938	125,5	123,2	120,7	116,5	106,3
Латинская Америка	220	288	364	444	523	558	130,9	126,4	122,0	117,8	106,7
Северная Америка	204	232	256	284	316	332	113,7	110,3	110,9	111,3	105,1
Австралия и Океания	16	20	23	27	31	33	125,0	115,0	117,4	114,8	106,5
<i>Россия</i>	<i>119</i>	<i>130</i>	<i>138</i>	<i>138</i>	<i>146</i>	<i>143</i>	<i>109,2</i>	<i>106,2</i>	<i>100,0</i>	<i>105,8</i>	<i>97,9</i>

Источники: Europe in figures – Eurostat yearbook 2009. – P. 130. URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (дата обращения: 25.10.2010); Демографический ежегодник России. – 2001. – С. 19.

8,6‰⁹. При этом сохраняется региональная дифференциация: от 12,5‰ в Африканском регионе до 6‰ в Латинской Америке в 2005 – 2010 гг.

Значение коэффициента рождаемости в целом по миру сократилось с 37,2‰ в середине XX века до 20,3‰ в 2005 – 2010 гг. Наиболее существенное снижение рождаемости за этот период зафиксировано в Европейском (с 21,5‰ до 10,5‰), Азиатском (с 42,3‰ до 19‰) регионах и в Австралии (с 23,0‰ до 12,9‰).

Осознание угроз депопуляции на государственном уровне в начале XXI в. привело к инициации активной демографической политики, государственной поддержки семей с детьми, что позволило повысить рождаемость в Европе.

⁹ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision. URL: <http://esa.un.org/unpp>

Одним из примеров наиболее значительного роста общего коэффициента рождаемости (с 10‰ в 2000 г. до 11,7‰ в 2007 г.) может служить Швеция. Кроме того, рост рождаемости был отмечен в Болгарии, Великобритании, Испании, Италии, Латвии, Финляндии, Франции, Чехии, Эстонии, Украине. Повышение общей рождаемости с 8,7‰ в 2000 г. до 12,1‰ в 2008 г. наблюдалось и в России¹⁰.

Демографические процессы, протекающие в различных регионах мира, по характеру воспроизводства населения делятся на два типа.

Для первого типа характерны относительно невысокие показатели рождаемости, смертности и естественного прироста. Это тип воспроизводства экономически развитых стран, где естественный прирост или очень низкий, или преобладает естественная убыль населения (депопуляция).

Второй тип воспроизводства характеризуется высокими показателями рождаемости и естественного прироста населения с более высокой, чем в странах с первым типом воспроизводства, смертностью. Этот тип характерен для развивающихся стран, где завоевание независимости привело к сокращению смертности, а рождаемость осталась прежней¹¹.

Особенность Российской Федерации состоит в том, что уровень рождаемости соответствует первому типу воспроизводства, а уровень смертности – второму. Кроме того, миграционный прирост незначителен (табл. 1.2). Таким образом, численность населения находится под двойным «прессом»: естественное движение (убыль) не восполняется механическим.

¹⁰ Демографический ежегодник России, 2002. URL: www.gks.ru; Демографический ежегодник России, 2009. URL: www.gks.ru

¹¹ Макасовский В.П. Географическая картина мира, 2008. – С. 113–115.

Таблица 1.2. Демографическая ситуация в России в сравнении с некоторыми странами мира с первым типом воспроизводства населения

Страны «группы восьми»	Суммарный коэффициент рождаемости		Число родившихся		Число умерших		Естественный прирост / убыль населения		Миграционный прирост / убыль населения	
			(на 1000 чел. населения)							
	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.	2000 г.	2007 г.
Германия	1,4	1,4	9,3	8,3	10,2	10,1	-0,9	-1,7	2,0	0,5
Италия	1,3	1,4	9,5	9,5	9,8	9,7	-0,3	-0,2	3,1	8,3
Канада	1,5	1,5	10,7	10,7*	7,1	7,1*	3,6	3,6*	6,5	6,6*
Россия	1,2	1,4	8,7	11,3	15,3	14,6	-6,6	-3,3	2,5	1,8
Великобритания	1,6	1,8	11,5	12,7	10,3	9,4	1,2	3,2	2,5	2,6
США	2,1	2,1	14,4	14,2*	8,5	8,1*	5,9	6,2*	4,6	3,4
Франция	1,9	2,0	13,1	12,7	9,1	8,4	4,0	4,3	1,2	1,1
Япония	1,4	1,3	9,4	8,6	7,6	8,8	1,8	-0,1	0,3	0,03*

*2006 г.
Источник: World Development Indicators / World Bank, 2006. URL: <http://www.gks.ru>

В результате в период с 2000 по 2008 г. население России сократилось на 3% (с 146 до 142 млн. человек, табл. 1.3). Демографические процессы в 85% регионов страны имеют депопуляционный характер.

Снижение численности населения Северо-Западного федерального округа и Вологодской области было более значительным, чем в среднем по России, и составило 5 и 6% соответственно (табл. 1.4), несмотря на то, что Северо-Западный федеральный округ в 2008 г. являлся вторым по миграционной привлекательности округом страны после Центрального (коэффициент миграционного прироста – 10 на 10 000 чел. населения).

Таблица 1.3. Численность постоянного населения на конец года,
тыс. человек

Федеральный округ, субъект	Год					2008 к 2000, %
	2000	2005	2006	2007	2008	
Центральный	38228	37546	37357	37218	37151	97,2
Северо-Западный	14199	13628	13550	13501	13462	94,8
<i>Республика Карелия</i>	<i>729</i>	<i>698</i>	<i>693</i>	<i>691</i>	<i>687</i>	<i>94,2</i>
<i>Республика Коми</i>	<i>1043</i>	<i>985</i>	<i>975</i>	<i>968</i>	<i>959</i>	<i>91,9</i>
<i>Архангельская область</i>	<i>1369</i>	<i>1291</i>	<i>1280</i>	<i>1272</i>	<i>1262</i>	<i>92,2</i>
<i>Вологодская область</i>	<i>1290</i>	<i>1235</i>	<i>1228</i>	<i>1223</i>	<i>1218</i>	<i>94,4</i>
<i>Калининградская область</i>	<i>958</i>	<i>940</i>	<i>937</i>	<i>937</i>	<i>937</i>	<i>97,8</i>
<i>Ленинградская область</i>	<i>1680</i>	<i>1644</i>	<i>1638</i>	<i>1633</i>	<i>1632</i>	<i>97,1</i>
<i>Мурманская область</i>	<i>923</i>	<i>864</i>	<i>857</i>	<i>851</i>	<i>843</i>	<i>91,3</i>
<i>Новгородская область</i>	<i>710</i>	<i>665</i>	<i>657</i>	<i>652</i>	<i>646</i>	<i>91,0</i>
<i>Псковская область</i>	<i>782</i>	<i>725</i>	<i>714</i>	<i>706</i>	<i>696</i>	<i>89,0</i>
<i>г. Санкт-Петербург</i>	<i>4715</i>	<i>4581</i>	<i>4571</i>	<i>4568</i>	<i>4582</i>	<i>97,2</i>
Южный	22743	22821	22790	22777	22835	100,4
Приволжский	31703	30710	30511	30346	30241	95,4
Уральский	12515	12279	12244	12231	12241	97,8
Сибирский	20464	19794	19677	19590	19553	95,5
Дальневосточный	6913	6593	6547	6509	6487	93,8
Россия	146304	142754	142221	142009	141904	97,0

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

Рост смертности в России в первой половине 1990-х годов был столь значительным, что ученые и политики стали говорить о массовом вымирании населения страны, демографической катастрофе и даже о геноциде русского народа¹². Лишь со второй половины третьего тысячелетия наметилось снижение общего коэффициента смертности населения (рис. 1.1).

¹² Глазьев С.Ю. Геноцид. – М.: Терра, 1998. – 319 с.; Захаров С.В. Когортный анализ смертности населения России. – URL: http://www.demoscope.ru/center/zacharov/zachar_rus.html; Стратегия демографического развития России /под ред. В.Н. Кузнецова и Л.Л. Рыбаковского. – М.: ИСПИ РАН, 2005.

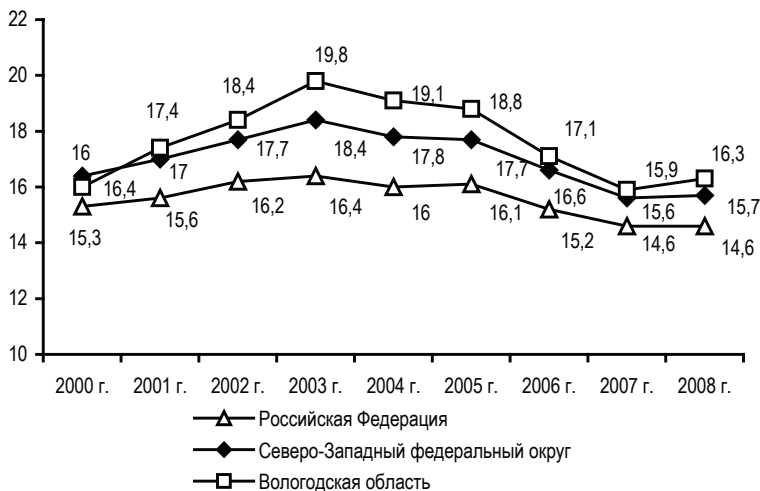


Рис. 1.1. **Общий коэффициент смертности** (на 1000 чел. населения)

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. – URL: <http://www.gks.ru>

Как упоминалось выше, с 2000 г. наметилась тенденция увеличения общего коэффициента рождаемости в России (рис. 1.2). Но этот результат в значительной степени обусловлен эффектом «популяционных волн» – вступило в репродуктивный возраст относительно многочисленное поколение 1980-х гг. рождения.

Уровень рождаемости населения в Вологодской области соответствует среднероссийскому. В период с 2000 до 2008 г. общая рождаемость увеличилась с 8,7‰ до 12,0‰ (рис. 1.2). В среднем с начала столетия в Вологодской области значение общего коэффициента рождаемости не опускалось ниже 9,0‰ (в Белозерском районе); максимальное значение – 12,1‰ – зафиксировано в Верховажском районе (рис. 1.3). Большинство (16 из 28) муниципальных образований области за рассмотренный период сохраняло среднее многолетнее значение показателя выше среднеобластного уровня.

Предположение о том, что увеличение рождаемости во многом обусловлено демографической структурой населения, подтверждают изменения суммарного коэффициента рождаемости. Он показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15 – 49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты.

Величина суммарного коэффициента рождаемости не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный год. Этот показатель дает более точное представление о детности и отражает средние репродуктивные установки населения. В период с 2000 по 2008 г. суммарный коэффициент рождаемости увеличился с 1,2 до 1,5, однако в течение этих восьми лет он не обеспечивал уровня нулевого естественного прироста¹³ (рис. 1.4).

В Вологодской области к 2000 г. суммарный коэффициент рождаемости, повторяя общероссийскую тенденцию, снижался до 1,2, затем до 2004 г. отмечался некоторый рост показателя (с 1,2 до 1,4); в 2005 г. – вновь снижение до 1,3, после чего к 2008 г. значение суммарного коэффициента рождаемости увеличилось до 1,49 (см. рис. 1.4). В 2008 г. Вологодская область занимала первое место среди регионов Северо-Западного федерального округа по данному показателю. При этом сохраняется территориальная дифференциация суммарного коэффициента рождаемости: население сельских территорий демонстрирует и более высокие значения показателя, и более значительный прирост в 2008 г. к 2000 г. (табл. 1.4). Этот факт свидетельствует о влиянии образа/уклада жизни на репродуктивное поведение населения.

¹³ Уровень нулевого естественного прироста рассчитан по методике В.Н. Архангельского, описанной В.А. Борисовым: Борисов В.А. Демография. – М.: Издательский дом NOTABENE, 2001. – С. 164.

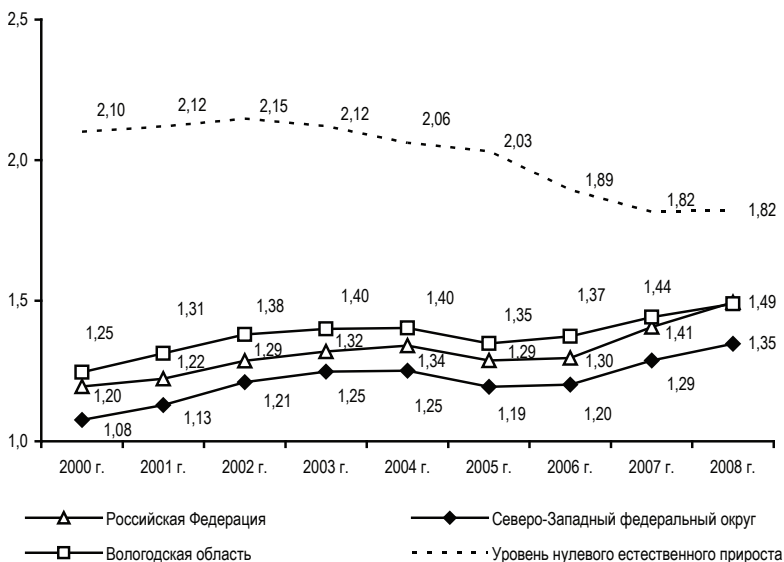


Рис. 1.4. Суммарный коэффициент рождаемости

Источники: Центральная база статистических данных (ЦБСД) / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru; расчеты автора.

Снижение уровня рождаемости в ретроспективе могло быть обусловлено трансформацией репродуктивного поведения населения, вызванного особенностями социально-экономической жизни общества на данном этапе развития.

Еще в начале 1990-х гг. европейские исследователи отмечали увеличение стремления женщин к самореализации в профессии, которое повлекло удлинение периода обучения, возраста вступления в брак и откладывание рождений, что, в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок оставался единственным¹⁴.

¹⁴ Fauth W. *Praktische Personalarbeit als Aufgabe: Grundlagen, Konzepte, Checklisten.* – Wiesbaden: Gabler, 1991. – S. 37.

Таблица 1.4. Суммарный коэффициент рождаемости

Тип населения	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2008 к 2000, %
Российская Федерация										
все население	1,2	1,2	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,5	125
городское	1,1	1,1	1,2	1,2	1,2	1,2	1,2	1,3	1,4	127,3
сельское	1,6	1,6	1,6	1,7	1,7	1,6	1,6	1,8	1,9	118,8
Северо-Западный федеральный округ										
все население	1,076	1,129	1,21	1,248	1,251	1,194	1,201	1,287	1,347	125,12
городское	1,034	1,083	1,161	1,204	1,203	1,143	1,143	1,218	1,277	123,5
сельское	1,336	1,418	1,519	1,525	1,55	1,487	1,52	1,665	1,713	128,2
<i>Республика Карелия</i>										
все население	1,178	1,253	1,326	1,323	1,310	1,235	1,220	1,283	1,349	114,5
городское	1,085	1,149	1,222	1,221	1,223	1,134	1,137	1,157	1,220	112,4
сельское	1,571	1,703	1,807	1,807	1,727	1,695	1,588	1,834	1,923	122,4
<i>Республика Коми</i>										
все население	1,219	1,272	1,374	1,401	1,397	1,332	1,318	1,406	1,452	119,1
городское	1,153	1,198	1,304	1,332	1,334	1,25	1,192	1,280	1,271	110,2
сельское	1,525	1,613	1,705	1,716	1,687	1,684	1,880	1,951	2,233	146,4
<i>Архангельская область</i>										
все население	1,206	1,296	1,375	1,399	1,400	1,344	1,349	1,465	1,480	122,7
городское	1,105	1,199	1,268	1,298	1,289	1,246	1,22	1,312	1,328	120,2
сельское	1,647	1,732	1,89	1,895	1,943	1,799	1,916	2,116	2,132	129,4
Вологодская область										
все население	1,246	1,313	1,38	1,400	1,403	1,348	1,373	1,442	1,489	119,5
городское	1,171	1,242	1,266	1,296	1,277	1,211	1,25	1,285	1,331	113,7
сельское	1,521	1,585	1,812	1,802	1,861	1,817	1,795	1,968	2,013	132,3
<i>Калининградская область</i>										
все население	1,109	1,102	1,206	1,238	1,196	1,151	1,186	1,379	1,426	128,6
городское	1,032	1,026	1,116	1,179	1,121	1,089	1,100	1,275	1,321	128,0
сельское	1,377	1,365	1,515	1,434	1,449	1,351	1,459	1,702	1,743	126,6
<i>Ленинградская область</i>										
все население	0,999	1,051	1,11	1,121	1,129	1,043	1,034	1,081	1,126	112,7
городское	1,012	1,044	1,105	1,117	1,117	1,028	1,015	1,064	1,101	108,8
сельское	0,968	1,064	1,117	1,126	1,148	1,073	1,072	1,114	1,177	121,6
<i>Мурманская область</i>										
все население	1,140	1,188	1,268	1,264	1,293	1,231	1,223	1,279	1,332	116,8
городское	1,136	1,174	1,260	1,246	1,281	1,213	1,210	1,260	1,309	115,2
сельское	1,202	1,377	1,395	1,541	1,486	1,495	1,422	1,535	1,625	135,2
<i>Новгородская область</i>										
все население	1,119	1,203	1,293	1,304	1,310	1,255	1,291	1,401	1,379	123,2
городское	1,070	1,156	1,263	1,251	1,231	1,172	1,197	1,256	1,280	119,6
сельское	1,281	1,359	1,394	1,483	1,581	1,54	1,606	1,883	1,696	132,4
<i>Псковская область</i>										
все население	1,148	1,239	1,297	1,342	1,318	1,247	1,244	1,334	1,367	119,1
городское	1,109	1,191	1,253	1,293	1,230	1,142	1,140	1,217	1,248	112,5
сельское	1,265	1,398	1,445	1,510	1,607	1,579	1,561	1,683	1,719	135,9
<i>г. Санкт-Петербург</i>										
городское	0,933	0,975	1,064	1,14	1,152	1,104	1,11	1,189	1,289	138,2

Источник: Центральная база статистических данных (ЦБСД) / Федеральная служба государственной статистики. – URL: www.gks.ru (дата обращения: 05.04.2010).

Современная Россия, несмотря на патриархальность взглядов, также демонстрирует в последние годы (2005 – 2008) аналогичные процессы (рис. 1.5). «Пик» рождаемости в 1995 г. приходился на женщин в возрасте 20 – 24 года, в 2008 г. он фиксируется в группе 25 – 29-летних женщин. Кроме того, параллельно произошло снижение числа рождений в группе моложе 20 лет (с 44,8 до 30,5 на 1000 женщин соответствующего возраста) и увеличение числа рождений в старших возрастных группах (30 – 34 лет, 35 – 39 и 40 – 44 лет).

Подобная тенденция наблюдалась как в регионах Северо-Западного федерального округа, так и в других федеральных округах страны (прил. 1).

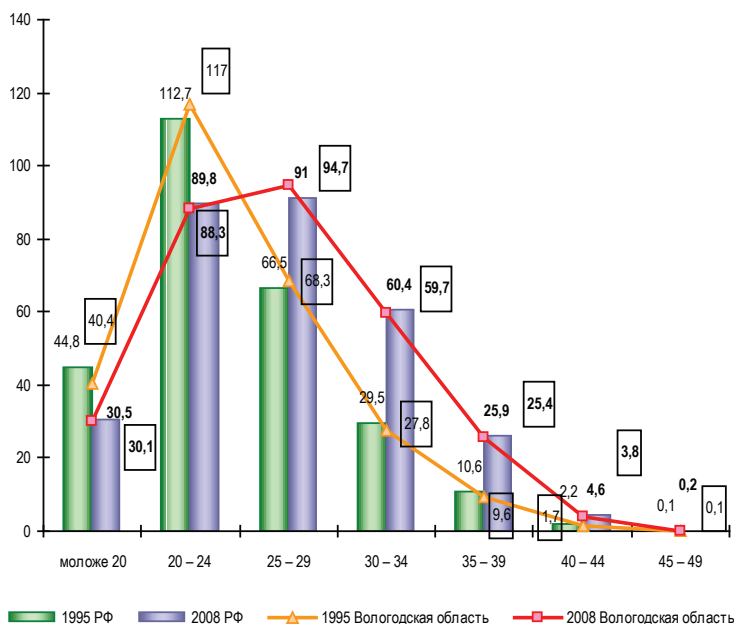


Рис. 1.5. Возрастные коэффициенты рождаемости в РФ и Вологодской области, ‰

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: www.gks.ru

Следует также учитывать состояние половозрастной структуры населения России, которая соответствует регрессивному (депопуляционному, деградационному)¹⁵ типу воспроизводства. Население стареет, т. е. в его составе увеличивается доля пожилых людей и сокращается доля молодежи. Велика диспропорция полов, особенно в возрасте старше 30 лет. В среднем в России в 2008 г. на 1000 мужчин приходилась 1161 женщина¹⁶. Данные особенности демографической структуры населения, сдвиг коэффициентов рождаемости на старший возраст наряду с ухудшением репродуктивного здоровья женщин могут стать факторами риска снижения не только количественных, но и качественных параметров воспроизводства населения.

В период с 2000 по 2008 г. в целом по Российской Федерации отмечаются положительные тенденции изменения демографической ситуации: снижение смертности, особенно младенческой (с 16,0 на 1000 чел. родившихся живыми в 2000 г. до 8,5 в 2008 г.), и достаточно устойчивое повышение общего коэффициента рождаемости (с 8,7 чел. на 1000 чел. населения в 2000 г. до 12,1 в 2008 г., табл. 1.2.), рост брачности (с 6,2 на 1000 чел. населения в 2000 г. до 8,3 в 2008 г., *прил. 4*).

Судить о меняющейся конъюнктуре воспроизводства позволяет нетто-коэффициент (чистый коэффициент) воспроизводства женского населения. Он равняется числу девочек, родившихся в данный период (обычно однолетний, но может быть выбран и иной, например, пятилетний период) и имеющих шанс дожить – при возрастных уровнях смертности этого периода – до среднего возраста материнства, исчисленного для того же периода, в расчете на одну

¹⁵ Борисов В.А. Демография, 2001. – С. 56.

¹⁶ Женщины и мужчины России – 2008 г.: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

женщину. Чистый коэффициент воспроизводства представляет собой обобщенную характеристику уровней рождаемости и смертности, существующих в данный период, а не ближайших перспектив роста населения. Нетто-коэффициент, равный единице, говорит о простом типе воспроизводства, когда поколение детей (девочек) полностью замещает родительское поколение (поколение матерей). Превышающий единицу нетто-коэффициент свидетельствует о расширенном режиме воспроизводства; меньший единицы – о суженном.

В начале XXI в. воспроизводство населения России характеризовалось некоторым ростом чистого коэффициента (рис. 1.6), уровень которого, тем не менее, все еще не обеспечивает даже простого замещения поколений (суженное воспроизводство).

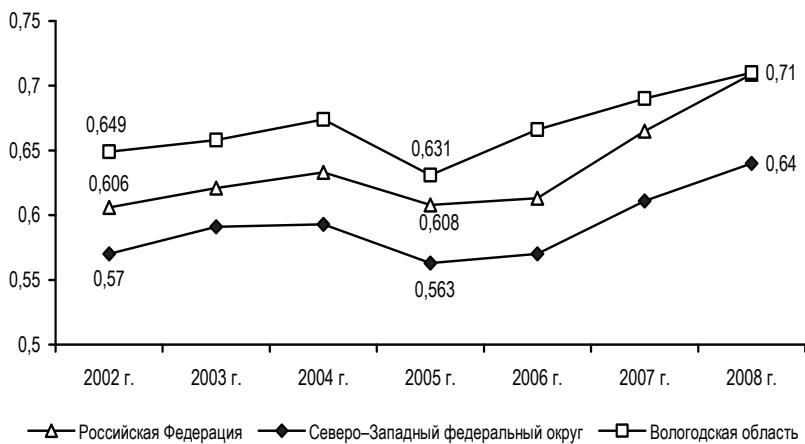


Рис. 1.6. Нетто-коэффициент воспроизводства населения

Источники: Демографический ежегодник России – 2005. – М.: Росстат, 2005; Демографический ежегодник России – 2007. – М.: Росстат, 2007; Демографический ежегодник России – 2009. – М.: Росстат, 2009.

Расчет нетто-коэффициента позволяет математически оценить вклад смертности и рождаемости в воспроизводство населения. Подобная оценка была предложена и проведена В.А. Борисовым. С помощью индексного метода он показал (на примере периода с 1986–1987 по 2001 г. включительно), что решающая роль в возникновении депопуляции принадлежит именно падению рождаемости.

При гипотезе о неизменном уровне смертности с 1986–1987 гг., когда нетто-коэффициент, увеличиваясь с конца 1970-х гг., достиг своего максимума (1,038), а ожидаемая продолжительность жизни равнялась 70,13 года (64,91 – для мужчин и 74,55 – для женщин), и фактической рождаемости 2001 г., когда указанный коэффициент снизился до 0,588, а ожидаемая продолжительность жизни сократилась до 65,23 года (58,92 – для мужчин и 72,17 – для женщин), нетто-коэффициент воспроизводства населения составил бы в 2001 году 0,591, или всего на 0,003 больше фактического его значения за 2001 год. Из этой ничтожной разницы можно видеть незначительную роль повышения смертности в динамике воспроизводства населения России за рассматриваемый период¹⁷.

Переводя результаты индексных расчетов в проценты, В.А. Борисов приходит к выводу: за 1986 – 2001 гг. нетто-коэффициент воспроизводства населения России сократился в целом на 43,4%, в том числе на 43,395% – за счет снижения рождаемости и на 0,005% – за счет роста смертности. Если принять общее снижение нетто-коэффициента за 100%, то 99,9999% этого снижения обусловлено падением рождаемости и лишь 0,0001% – ростом смертности¹⁸.

¹⁷ Борисов В.А. Демографическая ситуация в современной России // Интернет-журнал «Демографические исследования». – 2010. – № 1. – URL: www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=13&idArt=131

¹⁸ Антонов А.И., Борисов В.А. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики – М.: Ключ-С, 2006. – С. 31.

Приведенные расчеты убедительно свидетельствуют о ведущей роли снижения рождаемости в убыли российского населения, поэтому в данной работе мы делаем акцент именно на этот процесс как основную составляющую стабилизации демографической ситуации.

Рождаемость может оцениваться как на уровне общества/территории в целом (общий коэффициент рождаемости), так и семьи (суммарный коэффициент рождаемости). Это статистическая оценка результатов имеющегося репродуктивного поведения населения. Качественную характеристику помогают получить исследования, проводимые с использованием социологических методов. Они существенно расширяют понимание особенностей формирования уровня рождаемости, фиксируемого в статистических данных, позволяют выявить механизмы управления репродуктивным поведением населения, а следовательно, регулировать рождаемость.

По данным исследования, проводимого в Вологодской области¹⁹, распространение малодетности констатируют и социологические данные: около половины семей бездетны, примерно четверть семей имеют одного и 20% – 2 детей, 3 и более детей имеют около 5% семей. В 2006 г. на момент опроса среднее число детей в семье было 1,66, в 2007 г. – 1,0, в 2008 г. – 0,83.

Таким образом, демографические процессы в рассмотренный период являются неблагоприятными для обеспечения воспроизводства, в связи с чем требуется поиск путей нивелирования их влияния и выявление иных возможностей повышения рождаемости населения.

¹⁹ ИСЭРТ РАН с 2004 г. ежегодно проводит изучение репродуктивного потенциала населения. Объем выборки от 500 до 3000 человек, выборка квотная по полу и возрасту, ошибка не превышает 5%.

1.2. Демографические перспективы

Разработка и внедрение соответствующих мер, а также приблизительная оценка последствий их реализации опираются на прогнозы численности населения. Демографический прогноз – это научно обоснованное предвидение будущей демографической ситуации (численности, половозрастной и семейной структуры, качественных характеристик населения) и основных параметров движения населения (рождаемости, смертности, миграции). Прогнозирование составляет важную часть общей деятельности международных, государственных и неправительственных организаций, учреждений и научных институтов²⁰.

В 2008 г. население Земли превысило 6,5 млрд. человек, тогда как менее чем 20 лет назад в 1987 г. эта цифра составляла 5 млрд.

Ныне более половины человечества живет в Азии. Наиболее населенные страны мира – Китай и Индия. За ними следуют США, Индонезия и Бразилия. Российская Федерация в ее границах 2009 г. занимает по числу жителей девятое место в мире – 142 млн.

В последние годы темпы роста населения наиболее высоки в Африке (около 3% в год) и Латинской Америке (более 2%). В ряде стран Европы (Австрии, Венгрии, Дании, ФРГ, Швеции) идет естественная убыль населения.

Вся вторая половина XX столетия сопровождалась стремительным приростом населения, так называемым «демографическим взрывом». По мнению большинства ученых, Земля сильно перенаселена и дальнейшее увеличение популяции приведет к глобальной экологической катастрофе. Некоторые специалисты полагают, что прирост численности населения носит краткосрочный характер и с 2010 года он будет снижаться.

²⁰ Медков В.М. Демография: учебное пособие. Серия «Учебники и учебные пособия». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 448 с.

Стремительное ускорение прироста населения Земли произошло в середине XX столетия. Если за первую его половину население увеличилось в 1,5 раза, то за следующие 37 лет оно удвоилось. После Второй мировой войны повсеместно резко снизилась смертность, что было вызвано главным образом открытием и широким применением антибиотиков. Рождаемость снижалась относительно медленно, а в некоторых местах временно повышалась. Это и привело к «демографическому взрыву». Но он характерен лишь для развивающихся стран, в развитых же странах прирост населения снизился, а в некоторых прекратился²¹.

Наиболее известны прогнозы численности мирового населения ООН, Международного института прикладного системного анализа (ИСА) и Всемирного банка. По их данным, средневзвешенный уровень к 2025 г. составит около 8,5 млрд. человек, а к 2100 г. – около 12 млрд. человек, что опровергает «апокалипсическую» теорию перенаселенности Земли.

Особенно интересен доклад Фонда ООН в области народонаселения (UNFPA) «Народонаселение мира, 1990», содержащий основные показатели социального развития по странам мира на середину или конец 80-х гг. и ряд демографических показателей, рассчитанных в основном на 1990 г. Прогноз на 2025 г. – 8 млрд. 467 млн. человек.

Если брать этот прогнозный период, то лишь 147 млн. человек – менее 5% прироста мирового населения – придется на экономически развитые страны, большинство из которых находится в северном полушарии Земли. Это произойдет не благодаря росту рождаемости, а благодаря снижению смертности и росту продолжительности жизни с 73 до 79 лет.

²¹ URL: <http://www.popul.ru/howmuch/skolko-nas>

Если в 1950 г. на экономически развитые страны приходилось 32,7% прироста населения, то в 2025 г. будет приходиться лишь 15,8%. На первом месте по-прежнему будет стоять Азия (1950 г. – 52,9%, 2025 г. – 57%), на втором – Африка, доля прироста населения которой возрастает с 8,6 до 18,4%, на третьем – Латинская Америка и Карибский бассейн (6,4 и 8,8%).

Более определенны данные Всемирного банка (8,3 и 11,7 млрд. человек соответственно в 2025 г. и 2100 г.). В последнее время эти прогнозы пересмотрены в сторону уменьшения (соответственно 8 и 10-11 млрд. человек).

В 1994 г. в Институте прикладного системного анализа (труд «Будущее мирового населения. Что мы можем предположить сегодня») получены девять сценариев роста мирового населения, альтернативных предположений о смертности, рождаемости и миграции. Сценарии основаны на оценках ведущих экспертов в данной области. Вместе взятые, сценарии отражают обширный диапазон мнений экспертов о возможных демографических тенденциях. Таким образом, здесь демографы адресуются скорее к сценарным методам, чем к традиционным. Сценарии лучше, чем догадки и предсказания, подчеркивают характер подсчетов и дают более точные предположения о тенденциях рождаемости, смертности и миграции.

При сравнении проектов роста мирового населения отмечается одна очень важная особенность. Сценарии, в которых получен высокий рост населения, показывают его умеренный средний возраст, а сценарии с более устойчивым сохранением численности населения – увеличение его среднего возраста.

К 2030 г. мировое население будет расти. В каких пределах это будет происходить, будет более ясным в каждое следующее десятилетие. Стабилизация, как уже отмечалось, наступит позже, но наступит²².

²² URL: <http://geography.kz/slovar/analiz-prognoznyx-ocenok-chislennosti-mirovogo-naseleniya/>

Авторский прогноз В. Лутца, В. Сандерсона и С. Щербова²³ свидетельствует, что новое удвоение мирового населения мало вероятно. Главным выводом работ стало то, что в рамках знаний, которыми располагает современная демография, с вероятностью примерно 85% рост мирового населения прекратится до конца текущего столетия и начнется его убыль.

В отличие от обычного, стохастический прогноз Лутца, Сандерсона и Щербова не только предсказывает ожидаемые уровни рождаемости, смертности и миграции на перспективу, но и оценивает точность предсказания, говорит о том, с какой вероятностью реализуется та или иная прогнозная гипотеза.

В *таблице 1.5*, кроме медианной прогнозной численности населения, в скобках указан 80-процентный доверительный интервал, то есть «вилка» численности населения мира, за пределы которой оно не выйдет в соответствующие годы с вероятностью 0,8. Такова, в частности, вероятность того, что численность населения мира в 2100 г. будет не меньше 5577 млн. человек и не больше 12123 млн.

Таблица 1.5. Прогноз численности населения мира, миллионов человек

Годы	Медианная численность	80% доверительный интервал
2000	6055	–
2025	7827	(7219÷8459)
2050	8797	(7347÷10443)
2075	8951	(6636÷11652)
2100	8414	(5577÷12123)

А вот как авторы оценивают – с той же 80-процентной вероятностью – изменение численности населения в регионах мира (*табл. 1.6*).

²³ Lutz W., Sanderson W. & Scherbov S. Doubling of world population unlikely. Nature 1997, Vol. 387. – P. 803-805.

Таблица 1.6. Прогноз численности населения регионов мира с вероятностью 0,8. 2050 и 2100 годы, миллионов человек

Регион	2000 г.	2050 г.		2100 г.	
		Медианная численность	«Вилка» прогноза	Медианная численность	«Вилка» прогноза
Мир в целом	6055	8797	(7347÷10443)	8414	(5577÷12123)
Северная Африка	173	311	(249÷378)	333	(215÷484)
Африка к югу от Сахары	611	1319	(1010÷1701)	15	(878÷2450)
Северная Америка	314	422	(358÷498)	454	(313÷631)
Латинская Америка	515	840	(679÷1005)	934	(585÷1383)
Центральная Азия	56	100	(80÷121)	106	(66÷159)
Средний Восток	172	368	(301÷445)	413	(259÷597)
Южная Азия	1367	2249	(1795÷2776)	1958	(1186÷3035)
Китай	1408	1580	(1305÷1849)	1250	(765÷1870)
Юго-Восточная Азия	476	702	(575÷842)	654	(410÷949)
Япония, Австралия и Океания	150	148	(125÷174)	123	(79÷173)
Западная Европа	456	470	(399÷549)	392	(257÷568)
Восточная Европа	121	104	(86÷124)	74	(44÷115)
Европейская территория бывшего СССР	236	187	(154÷225)	141	(85÷218)

Прогноз изменения численности населения Европейской территории бывшего СССР утверждает с вероятностью 75% (а это высокая вероятность), что максимум уже пройден, с вероятностью 88% он будет пройден к 2025 г., и с вероятностью 95% это произойдет до конца XXI столетия. Главные причины этого – низкая рождаемость и низкая доля молодежи в структуре населения. В Китае, где уровень рождаемости сегодня тоже не обеспечивает возобновления численности населения, высокая доля молодежи обеспечит рост населения еще примерно в течение 50 лет. С вероятностью 80% оно начнет убывать после 2075 года.

А вот население части Африки, расположенной к югу от Сахары, несмотря на эпидемию СПИДа, с вероятностью 0,5 достигнет максимума численности уже за пределами XXI века²⁴.

²⁴ URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/037/progn01.php>

Население России будет уменьшаться. Как видно из таблицы 1.7, все варианты WPP-2004²⁵ предполагают уменьшение к 2050 г. численности населения России, причем разброс оценок этого уменьшения чрезвычайно велик: от 8,7 до 50,8 млн. человек. При этом все варианты прогноза предусматривают уменьшение среднегодовых величин снижения численности населения на всем прогнозном периоде или на большей его части²⁶.

При формировании сценариев для прогнозирования численности населения Российской Федерации Госкомстат России в одном сценарии объединил низкие показатели рождаемости, продолжительности жизни и низкую нетто-миграцию, в другом – средние показатели, а в третьем – высокие. Такая группировка определялась стоявшей перед Госкомстатом России задачей – оценить возможную численность населения при различных вариантах развития демографических процессов.

Таблица 1.7. **Динамика численности населения России, по прогнозу ООН, тысяч человек**

Годы	Вариант прогноза			
	«Верхний»	«Средний»	«Нижний»	С постоянной рождаемостью
2005	143 202	143 202	143 202	143 202
2010	141 420	140 028	138 639	139 609
2015	140 132	136 696	133 243	135 487
2020	138 654	133 101	127 458	130 708
2025	136 611	129 230	121 721	125 635
2030	134 772	125 325	115 953	120 509
2035	133 858	121 679	110 156	115 270
2040	133 885	118 334	104 314	109 761
2045	134 282	115 098	98 371	103 999
2050	134 532	111 752	92 358	98 169
Изменения за 2005 – 2050 гг.	-8 670	-31 450	-50 844	-45 033

²⁵ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision. URL: <http://esa.un.org/unpp>

²⁶ URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=22&idArt=254

Все основные сценарии предусматривают достаточно низкую иммиграцию в Россию. Нижний сценарий предполагает падение нетто-миграции в Россию с 45 тыс. в 2005 году до 30 тыс. человек в 2050 году; средний – с 96 тыс. до 61 тыс. человек, а верхний – со 127 тыс. до 90 тыс. человек²⁷.

По последним оценкам Росстата к 2030 г., численность населения России составит в среднем 139 041,8 тысяч человек, что по сравнению с численностью 2009 г. ниже на 2% (табл. 1.8).

Таблица 1.8. **Изменение численности населения России по вариантам прогноза, тысяч человек**

Год	Низкий вариант прогноза	Средний вариант прогноза	Высокий вариант прогноза
2015	139639,9	142168,6	143848,9
2020	136231,9	141770,7	145623,2
2025	131778,0	140643,3	146862,0
2030	126916,9	139041,8	147772,3
Источник: Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 г. Статистический бюллетень / Федеральная служба государственной статистики. – М., 2010. – URL: http://www.gks.ru			

По данным Министерства здравоохранения и социального развития, в Российской Федерации в 2020 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 4,1 млн. человек, или на 10,7%. Причем все это сокращение придется на самый активный репродуктивный возраст: женщин в возрасте 20 – 29 лет будет меньше на 4,6 млн человек, или на 38%. После 2010 г. в активный репродуктивный возраст (20 – 29 лет) начнут входить малочисленные контингенты родившихся в 1990-е годы. Доля 20–29-летних женщин в общей численности населения сократится с 8,6% в 2009 году до 7,2% к началу 2015 г., до 5,2% – к началу 2020 г., до 4,8% – к началу 2025 г.

²⁷ URL: <http://www.actuaries.ru/lib/detail.php?ID=1885#1>

Наиболее значительное сокращение этого показателя будет происходить в период с 2012 по 2021 г. Для сохранения числа родившихся на уровне 2008 г. (1713,9 тыс. человек) значение суммарного коэффициента рождаемости в 2015 г. должно составлять 1,66, в 2020 г. – 1,95, в 2025 г. – 2,21. Если же говорить о прекращении естественной убыли населения, то решение этой задачи (при сохранении нынешнего уровня смертности) потребует еще более высоких показателей рождаемости²⁸: 2015 г. – 2,14, 2020 г. – 2,55, 2025 г. – 2,91.

Прогноз численности и состава населения Вологодской области на среднесрочную перспективу позволил оценить последствия сложившейся демографической обстановки и наиболее вероятные траектории ее изменения. При построении модели авторами был сделан ряд предположений о динамике демографических процессов. В первую очередь учитывались возможные изменения основных демографических компонент – рождаемости, смертности и миграции. Брачность и разводимость населения, а также социально-экономические факторы (например, доходы населения, уровень образования, жилищная обеспеченность и др.) в явном виде не рассматривались. Можно считать, что их влияние отражено в количестве рождений и смертей населения области.

Расчеты выполнены в семи гипотетических вариантах демографического развития: трех – по методу экстраполяции и четырех – по методу передвижки возрастов. Для анализа перспектив формирования трудового потенциала Вологодской области был построен прогноз численности населения трудоспособного возраста в разрезе муниципальных образований.

По каждому из экстраполяционных сценариев развития ситуации в период с 2008 по 2020 г. сохранится негативная тенденция сокращения численности населения (*рис. 1.7*).

²⁸ URL: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52>

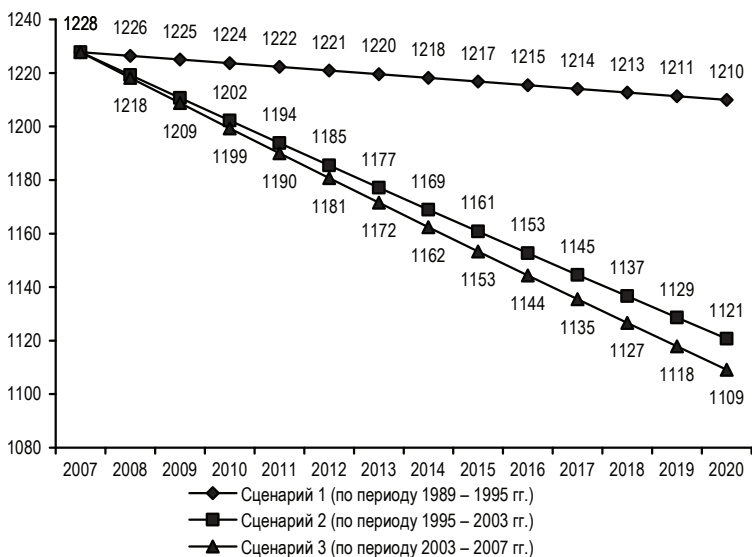


Рисунок 1.7. Прогноз численности населения Вологодской области методом экстраполяции, на начало года, тыс. человек

Наиболее интенсивные темпы убыли ожидаются при осуществлении сценария 3, построенного на основе демографических тенденций периода 2003 – 2007 гг. Относительно благоприятные значения численности населения получены в прогнозе по сценарию 1 (1989 – 1995 гг.). Такой результат является отражением «рейтинга» базовых периодов по темпам убыли.

Линии динамики (см. рис. 1.7) можно интерпретировать как приблизительные интервальные оценки перспективной численности населения. Однако метод экстраполяции не позволяет учитывать половозрастную структуру населения и возможные изменения демографических компонент. Для получения более точных результатов прогнозирования использовался когортно-компонентный метод (передвижка возрастов). Расчеты выполнены в четырех вариантах, условно обозначенных как инерционный, оптимизации управления, повышения рождаемости, снижения смертности.

Инерционный сценарий предполагает неизменность в период прогнозирования (2008 – 2020 гг.) основных демографических показателей на уровне 2007 г. (базовый год прогноза).

Сценарий оптимизации управления построен с учетом реализации в Вологодской области мер демографической политики, направленных на улучшение ситуации. Согласно основным направлениям деятельности Правительства РФ, к 2012 г. запланировано повышение суммарного коэффициента рождаемости с 1,45 (2008 г.) до 1,6 (2012 г.) и снижение смертности на 9% по сравнению с уровнем 2008 г. На этом основании в прогнозе используется равномерное ежегодное изменение значений показателей и достижение цели к указанному сроку (2012 г.). Дальнейшая динамика строится по аналогичному принципу, с предположением о развитии демографической политики. В таких условиях к 2020 г. суммарный коэффициент рождаемости составит 1,9, а общий уровень смертности снизится примерно на 25% по отношению к базовому году прогноза (2007 г.).

Сценарии снижения смертности и повышения рождаемости представляют собой «усеченные» варианты сценария оптимизации управления. В них меры демографической политики реализуются только в одном из направлений – либо снижение смертности, либо увеличение рождаемости. Значение одного из показателей остается статичным на протяжении всего периода прогнозирования, т.е. на уровне 2007 г. (базовый год прогноза), а значение другого равномерно изменяется теми же темпами, что и в «полном» варианте прогноза. Это позволило получить количественную оценку каждого из направлений работы по улучшению сложившейся демографической ситуации.

Миграция за годы, предшествующие базовому, незначительна (менее 0,1%), поэтому во всех сценариях принято допущение об отсутствии миграции в течение всего периода прогнозирования.

Согласно каждому из данных вариантов развития демографической ситуации, численность населения области к 2020 г. уменьшится относительно показателя 2007 г. (рис. 1.8). «Нижней» оценкой в данном прогнозе является значение 1146 тыс. чел. к 2020 г. (по инерционному сценарию развития событий), а «верхней» – 1193 тыс. чел. (сценарий оптимизации управления). В границах этого интервала лежат прогнозные значения численности населения, полученные по сценарию снижения смертности и сценарию увеличения рождаемости. Это подтверждает преимущественную роль комплексных мер по улучшению ситуации перед однонаправленными.

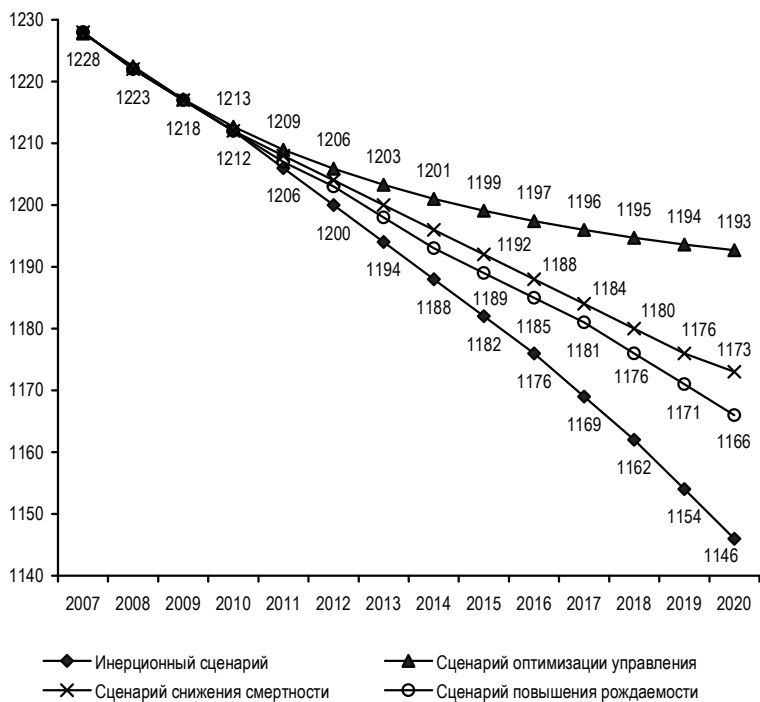


Рис. 1.8. Прогноз численности населения Вологодской области по четырем различным сценариям, тыс. человек

Сопоставление различных сценариев (см. рисунок 1.8, табл. 1.9) показывает, что даже при наличии поддержки со стороны государства значимое отклонение в лучшую сторону возможно лишь через несколько лет подобной практики (на графике расхождение прогнозных значений сценариев начинается с 2010 г.).

Таблица 1.9. **Вариативный демографический прогноз для Вологодской области**

Сценарий	Численность населения, тыс. чел.			Удельный вес трудоспособного населения, %			Демографическая нагрузка, чел. нетрудоспособного возраста на 100 чел. трудоспособного		
	2007 г.	2012 г.	2020 г.	2007 г.	2012 г.	2020 г.	2007 г.	2012 г.	2020 г.
Инерционный	1228	1200	1146	63	61	55	58	65	81
Оптимизации управления		1206	1193		60	53		65	87
Снижения смертности		1204	1173		60	54		65	84
Повышения рождаемости		1203	1166		61	54		65	84

На протяжении всего периода прогнозирования ожидается уменьшение численности населения трудоспособного возраста (табл. 1.10). Сценарии демонстрируют приблизительно одинаковые значения этого показателя, что обусловлено длиной периода прогнозирования. К началу 2020 года численность населения трудоспособного возраста в Вологодской области снизится на 140 тыс. чел., или на 18,0%. Ежегодное снижение составит в среднем 11 тыс. чел. (1,4%).

Таблица 1.10. **Прогноз численности населения Вологодской области в трудоспособном возрасте, рассчитанный методом передвижки возрастов, на начало года, тыс. человек**

Сценарии	Год			
	2007	2012	2015	2020
Инерционный сценарий и сценарий повышения рождаемости	776	729	690	635
Сценарий оптимизации управления	776	729	691	636
Сценарий снижения смертности	776	729	691	637

Одним из проявлений изменения демографической структуры в 2008 – 2020 гг. будет сокращение удельного веса населения трудоспособного возраста в общей численности с 63% до 54%. За счет этого возрастет экономическая нагрузка на жителей трудоспособного возраста – примерно до 84 чел. нетрудоспособного возраста на 100 чел. трудоспособного (при значении 58 в 2007 г.).

К 2020 г. увеличится до 23% удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше (при значении 17% в базовый год прогноза). Другими словами, в период с 2008 по 2020 г. продолжится старение населения области, последствия которого будут значимы для демографической («база» для низкой рождаемости и высокой смертности), экономической (замедление процесса трудового замещения, рост нагрузки на население трудоспособного возраста) и социальной (увеличение расходов на социальное обеспечение, возрастание нагрузки на социальную инфраструктуру) составляющих жизни общества.

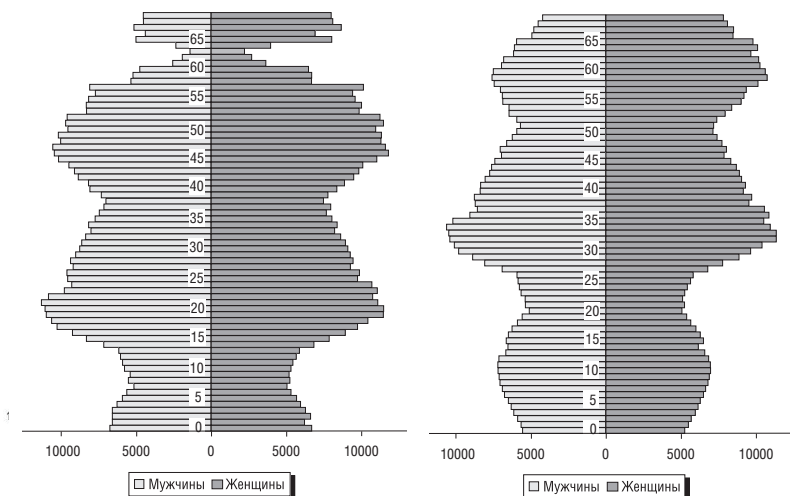


Рис. 1.9. Половозрастной состав населения Вологодской области (слева – на начало 2007 г., справа – на начало 2020 г., чел.)

Половозрастная пирамида, основанная на инерционном сценарии прогноза, отражает изменения структуры населения при сохранении существующего на базовый год режима естественного воспроизводства (рис. 1.9).

Асимметричность формы пирамиды и в первом, и во втором случае говорит о неравномерности замещения поколений. Суженные части пирамиды 2007 г. являются следствием неблагоприятных демографических тенденций (низкой рождаемости, высокой смертности) в прошлом. Влияние демографической ситуации 2007 г. наблюдается и в пирамиде 2020 г. с учетом временного сдвига.

В 2008 – 2020 гг. ожидается дальнейший рост диспропорции полов, согласно которому к началу 2020 г. в Вологодской области на 100 женщин будет приходиться 82 мужчины (в 2007 г. – 85). Количество женщин репродуктивного возраста в области будет сокращаться с каждым годом, в среднем на 17% за весь период прогнозирования.

Таким образом, демографическая ситуация в настоящем и прогнозируемом будущем такова, что уровень рождаемости может быть поднят лишь за счет повышения детности путем переориентации репродуктивных установок населения на большее количество детей в семье – два-три ребенка и более.

Глава 2. Репродуктивное здоровье как основа рождаемости

2.1. Сущность и параметры оценки репродуктивного здоровья

Репродуктивное здоровье является важнейшей частью общего здоровья и занимает центральное место в развитии человека. Репродуктивное здоровье касается личных и в высшей степени ценных аспектов жизни. Являясь отражением качества здоровья в детском и подростковом возрасте, поддерживая воспроизводство, оно также создает основу для обеспечения здоровья по прошествии репродуктивных лет жизни как женщин, так и мужчин и определяет потенциал здоровья, передаваемый от поколения к поколению.

Репродуктивное здоровье – это важнейшая составляющая здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом. Всемирная организация здравоохранения определяет репродуктивное здоровье как «способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантию безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательных»²⁹. Созда-

²⁹ Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Нью-Йорк, 1994 г.): Доклад МКНР / ООН А; CONF.171/13. Цит. по: Стратегия в области репродуктивного здоровья / Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2004. – С. 8.

ние в обществе благоприятных условий и предпосылок для достижения оптимального уровня репродуктивного здоровья позволяет женщинам благополучно пройти через этап беременности и родов и дает супружеским парам наилучший шанс иметь здорового младенца. Понятие «репродуктивное здоровье» касается как женщин, так и мужчин³⁰.

Большинство исследователей, оценивающих состояние общественного здоровья населения, традиционно оперируют тремя группами индикаторов: демографическими показателями; показателями заболеваемости и инвалидности; показателями, характеризующими физическое развитие. Неполнота подобной оценки состоит в отсутствии учета качественной стороны здоровья, а также в том, что большая часть показателей носит негативный характер (наличие, распространенность той или иной патологии, случаи смерти, потери трудоспособности и т.п.). Данный подход к изучению и оценке здоровья населения является традиционным³¹. Он отражает сложившийся стереотип, при котором внимание медицинской науки направлено в основном на изучение патологии и исходит из определения здоровья как состояния, противоположного нездоровью.

Другой подход базируется на том, что состояние и качество здоровья наиболее полно раскрываются через такие

³⁰ Репродуктивное здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии. Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи: качество помощи // Материалы 48-й сессии ВОЗ. Серия технических докладов № 569. – Женева: ВОЗ, 1977. – С. 7.

³¹ Глушанко В.С. Общественное здоровье и здравоохранение: курс лекций. – Витебск: ВГМУ, 2001; Пряткина О.П., Крашевская О.А. / Республ. науч.-практ. конф. «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27.11 – 29.11.2003 г.): сб. тез. – Минск, 2003. – С. 114-115; Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения: в 2 т. / под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987; Социология семьи: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2005. – С. 363; Социальная гигиена и организация здравоохранения / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984.

показатели, как потенциал, баланс и ресурсы здоровья³². Согласно этому подходу, здоровье – «сумма резервных мощностей основных функциональных систем» (Н.М. Амосов); «процесс сохранения и развития психических, физиологических и биологических функций, оптимальная трудоспособность и социальная активность при максимальной продолжительности жизни» (В.П. Казначеев). Такой подход во главу угла ставит потенциал индивидуума и группы (общества).

В отношении детей, по мнению И.М. Воронцова, к определению здоровья следует добавить еще и отсутствие причин и факторов риска, препятствующих оптимальному развитию. И.М. Воронцов выделяет социально ориентированные критерии в пространстве «здоровье–болезнь»: нарушения, ограничение жизнедеятельности, социальная недостаточность. Данная точка зрения³³ подчеркивает важность оценки социальной компоненты и степени ее влияния на возможность реализации имеющегося потенциала.

³² Медик В.А., Юрьев В.К. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению. В 3 т. – М.: Медицина, 2003; Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов мед. вузов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – 3-е изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 9; Юрьев В.К., Куценко Г.И. Общественное здоровье и здравоохранение. – СПб.: ООО «Изд-во «Петрополис», 2000. – С. 12.

³³ Ваганова Л.И. Медико-социальная характеристика студентов-подростков, новые подходы к совершенствованию организации медицинской помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2003; Махмудова Т.А. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин (по материалам Республики Дагестан): дис. ... канд. мед. наук. – М., 2000; Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для студентов мед. вузов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – 3-е изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 9; Низамов И.Г., Чечулина О.В. Социологическое исследование факторов, влияющих на репродуктивное здоровье подростков и юных женщин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 3. – С. 10-13; Чередник М.А. Оценка качества жизни как критерия здоровья городской семьи и социально-экономический портрет потребителя лечебно-оздоровительных услуг: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – СПб., 2002.

Определение, отраженное в Уставе ВОЗ, объединяет все три подхода: здоровье – это состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов³⁴.

Остановливаясь на социальных факторах, формирующих репродуктивное здоровье населения, необходимо подчеркнуть неоправданную гендерную диспропорцию, а именно сосредоточение внимания большинства исследователей на вопросах акушерства и гинекологии. Исследования, предметом которых являются составляющие репродуктивного здоровья мужчин, единичны³⁵. Тем самым недооценивается роль мужского фактора в сохранении репродуктивного здоровья семьи. Вовлечение мужчин в процесс охраны репродуктивного здоровья, согласно ВОЗ, имеет два основных аспекта:

1) собственно мужское репродуктивное и сексуальное поведение; характеризуется степенью ответственности (ответственное родительство, безопасное сексуальное поведение и поддержка пренатального здоровья);

2) восприятие мужчинами потребностей партнеров (женщин), поддержка в вопросах реализации нужд женщин в охране их репродуктивного здоровья и осуществлении репродуктивных прав; характеризуется степенью участия (гендерное равенство, партнерство в вопросах рождения и воспитания детей, контрацепция).

³⁴ Реализация программы Евробюро ВОЗ «Здоровье-21» – один из основных путей улучшения здоровья женщин / Европейское региональное бюро ВОЗ; Фонд ООН в области народонаселения. – Мн., 2001.

³⁵ Мороз И.Н., Плахотя Л.П. Репродуктивные установки молодежи // Республ. науч.-практ. конф. «Беларусь: 10 лет после Каирской международной конференции по народонаселению и развитию» (27.11 – 29.11.2003 г.): сб. тез. – Мн., 2003. – С. 145-146.

Высокий уровень репродуктивного здоровья подразумевает полную реализацию репродуктивных прав граждан, к которым относятся: свобода выбора репродуктивного поведения, включая право в выборе супруга, количества детей и величины интергенетических интервалов; доступ к квалифицированной информации и средствам по удовлетворению нужд, связанных с репродукцией и сексуальным здоровьем; гендерное равенство; сексуальная и репродуктивная безопасность, в том числе свобода от насилия и право на конфиденциальность.

Репродуктивное здоровье как категория здоровья общественного является одним из основных критериев эффективности социальной и экономической политики государства, фактором национальной безопасности. Ухудшающееся состояние соматического здоровья населения и рост патологии органов репродуктивной системы в сочетании с демографическим кризисом³⁶ объясняют повышенное внимание многих исследователей к репродуктивному здоровью. Социальная обусловленность процессов репродукции объясняет вовлечение в решение проблем репродуктивного здоровья научного сообщества, в частности социологов³⁷.

³⁶ Здоровье матери и ребенка. – Мн., 2002.

³⁷ Денисенко М.Б., Далла Зуанна Ж.-П. Сексуальное поведение российской молодежи // Социологич. исслед. – 2001. – № 2. – С. 83-87; Денисов Б.П., Сакевич В.И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД // Там же. – 2004. – № 1. – С. 75-85; Резер Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования // Там же. – 2003. – № 1. – С. 102-108; Резникова Т.П. Контрацептивное поведение молодежи // Там же. – С. 131-135; Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиян // Народонаселение. – 2002. – № 4. – С. 27-42; Журавлёва И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков // II Всерос. социол. конгр. «Российское общество и социология...», 2003. – С. 51-52; Степанова Г.Б. Репродуктивное здоровье – образ жизни студенческой молодежи // Там же. – Т. 3. – С. 793-794; Русанова Н.Е. Репродуктивное здоровье как фактор демографического развития // Там же. – С. 35-36; Она же. Медико-социальные проблемы суррогатного материнства // Материалы III Всерос. социол. конгр. «Социология и общество...», 2008 г.; Лопатина Т.В. Самоохранительное поведение и здоровье подростков // Там же.

Обобщенные индексы, характеризующие репродуктивное здоровье, пока не разработаны, поэтому большинство авторов экстраполирует методологию исследований общественного здоровья на область репродуктивного здоровья и рассматривает лишь отдельные его составляющие. Среди них можно выделить три группы показателей:

1) демографические показатели той или иной территории (общие и специальные коэффициенты естественного движения населения, младенческая и перинатальная смертность, материнская смертность);

2) некоторые показатели, характеризующие состояние здоровья населения территории (частота экстрагенитальной патологии беременных, характер гестационных осложнений и осложнений родового акта, частота бесплодия в браке, распространенность генитальной и экстрагенитальной патологии, частота нарушений сексуального здоровья, распространенность ИППП);

3) санитарно-статистические данные о распространенности использования тех или иных методов контрацепции и частоте искусственных прерываний беременности.

Ряд российских авторов³⁸ предлагает при комплексной оценке репродуктивного здоровья семьи учитывать наличие факторов риска формирования патологии репродуктивной системы, а именно: наследственный фактор, состояние экологии, стрессовое воздействие, вредные привычки, характер питания, уровень санитарно-гигиенических знаний, соматическую патологию.

Исходя из определения репродуктивного здоровья, данного ВОЗ, для оценки состояния репродуктивного здоровья

³⁸ Руководство по охране репродуктивного здоровья / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.В. Адамян и др. – М.: Триада-Х, 2001. – 565 с.

населения нужно использовать показатели медицинской статистики, характеризующие способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, возможность планирования беременности, безопасность беременности и родов, выживание ребенка и благополучие матери, уровень здоровья половой сферы будущих родителей (*табл. 2.1*).

Для получения полной оценки уровня репродуктивного здоровья населения необходимо комплексное исследование, основанное не только на статистических данных. Уровень распространенности факторов риска, осознание населением этих факторов, степень реализации самосохранительных установок позволит оценить социологическое исследование. Для получения данных медико-социального характера исследователь должен быть знаком с основами социологии медицины. Обязательно соблюдение принципа репрезентативности выборки. Оптимальным методом получения социологического материала является анонимный анкетный опрос³⁹.

Анкетный опрос позволяет получить данные об уровне социально-гигиенической грамотности населения, источниках получения информации по вопросам репродукции, о доступности и применении контрацептивных средств, удовлетворенности медицинскими услугами (в том числе консультационными; *прил. 2*).

Изучение общественного мнения позволяет дополнить статистические данные и получить качественную картину репродуктивного здоровья населения.

³⁹ Сурмач М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки // Медицинские новости. – 2007. – № 3. – С. 40–45.

Таблица 2.1. Структура оценки репродуктивного здоровья

Характеристика	Показатели	Единица измерения
Здоровье половой сферы будущих родителей	Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы	Случаев на 1 тыс. чел.
	Эндометриоз	Случаев на 100 тыс. чел.
	Эрозия и эктропион шейки матки	- « -
	Расстройства менструации	- « -
	Сальпингит, оофорит	- « -
	Болезни предстательной железы	- « -
	Злокачественные новообразования молочной железы/шейки матки	- « -
Способность людей к зачатию и рождению детей	Мужское бесплодие	- « -
	Женское бесплодие	- « -
Возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем	Заболеваемость гонореей	- « -
	Заболеваемость сифилисом	- « -
	Заболеваемость ВИЧ	- « -
	Заболеваемость СПИД	- « -
Возможность планирования беременности	Число аборт	На 1000 женщин репродуктивного возраста
	Использование контрацепции: ВМС, ГОК	В % от числа женщин фертильного возраста
Безопасность беременности и родов	Заболеваемость беременных по нозологическим формам (в т. ч. анемией)	В % от закончивших беременность
	Осложнения беременности и родов	Случаев на 1000 женщин фертильного возраста
	Преждевременные роды	В % от закончивших беременность
	Заболевания, осложнившие роды и послеродовый период	Случаев на 1000 родов
Выживание ребенка и благополучие матери	Младенческая смертность	Число умерших на 1000 родившихся живыми
	Материнская смертность	Число умерших на 100 тыс. живорожденных
	Врожденные аномалии и пороки развития, деформации и хромосомные нарушения	Случаев на 100 тыс. чел.
	Доля детей, родившихся больными	В % от числа родившихся живыми
	Доля детей, родившихся недоношенными	В % от числа родившихся живыми

Состояние репродуктивного здоровья, его временные или необратимые нарушения определяют ограничение способности к деторождению (или ее отсутствие) и наряду с демографической структурой и репродуктивным поведением населения является фактором, определяющим рождаемость.

2.2. Тенденции изменения репродуктивного здоровья населения

Репродуктивное здоровье существенным образом влияет на уровень рождаемости населения, определяя возможность зачатия, благополучие протекания беременности и родов, сохранение здоровья матери и ребенка, кратность полных репродуктивных циклов, планирование семьи в целом.

В начале XXI века отмечается снижение потенциала репродуктивного здоровья будущих родителей. Заболеваемость населения болезнями мочеполовой сферы в Вологодской области увеличилась с 30 случаев на 1 тыс. чел. населения в 2000 г. до 39 случаев в 2008 г. (*рис. 2.1*).

Рост заболеваемости отмечается и по многим нозологическим формам болезней репродуктивной сферы, причем он характерен как для женщин, так и для мужчин. Это увеличивает риск бесплодия, осложнений беременности и родов. В период с 2000 по 2008 г. заболеваемость женским бесплодием существенно возросла: в Вологодской области на 36%, по Российской Федерации в целом на 32%. Показатель мужского бесплодия в регионе в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин (*табл. 2.2*). Рост первичной заболеваемости отчасти связан с повышением уровня диагностирования заболеваний в связи с реализацией программ вспомогательных репродуктивных технологий.

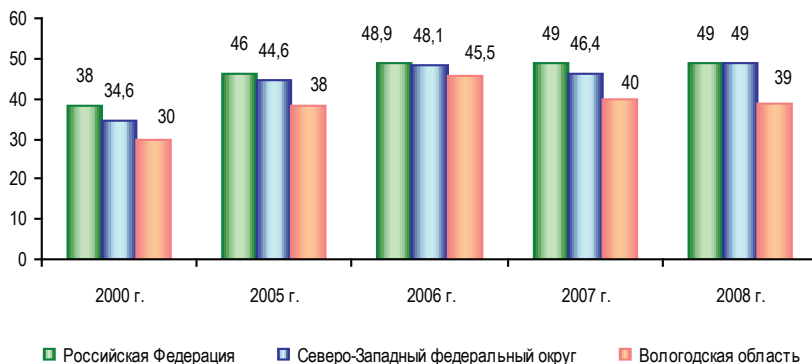


Рис. 2.1. Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы, на 1 тыс. чел.

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. URL: www.gks.ru

Таблица 2.2. Заболевания репродуктивной сферы в Вологодской области по сравнению с Российской Федерацией, на 100 тыс. чел.

Заболевания	2000 г.		2008 г.		2008 г. к 2000 г., %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Нарушения в менопаузе	158,2	—*	305	—	193	—
Эндометриоз	54,3	—	91,6	—	169	—
Болезни предстательной железы	234,8	—	352,5	—	150	—
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	812,3	687,5	807,0	126	99
Расстройства менструации	1441,1	876,9	1549,6	1276,9	108	146
Сальпингит, оофорит	335,1	—	272,2	—	81	—
Мужское бесплодие	0,3	—	1,1	—	367	—
Женское бесплодие	72,2	138,4	98,2	183,0	136	132

*Здесь и далее: нет данных.
 Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2008; Российский статистический ежегодник, 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: www.gks.ru

По оценкам ВОЗ, в 45% случаев бесплодных браков⁴⁰ «виновным» является мужчина, в 40% случаев – женщина и 15% причин бесплодия приходится на несовместимость супругов, иммунологическую форму бесплодия и другие причины. В то же время, как показывают данные таблицы 2.2, мужское бесплодие регистрируется в десятки раз реже, чем женское. Такое несоответствие может свидетельствовать о проблеме недостаточного охвата мужчин специалистами-андрологами и о «перекладывании» части диагнозов на женщин. Следовательно, можно предполагать, что реальный уровень бесплодия у мужчин выше того, который фиксируется статистикой.

Рискованное сексуальное поведение и, как следствие, незапланированная беременность, инфекции, передающиеся половым путем, существенно повышают вероятность бесплодия, особенно вторичного.

Непостоянные, случайные сексуальные контакты имеет 13% населения репродуктивного возраста, из них 12% вообще не пользуются контрацептивными средствами⁴¹, находясь под угрозой инфицирования.

Уровень общей заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП), снизился с 13 211 случаев в 2000 г. до 7 207 в 2007 г. Однако в области еще крайне часто диагностируется одна из наиболее распространенных инфекций – гонорея (рис. 2.2).

Уровень заболеваемости населения данной болезнью по-прежнему более чем в 10 раз выше уровня, фиксируемого в странах Евросоюза.

⁴⁰ Бесплодной считается пара, если беременность не наступает спустя 12 месяцев регулярной половой жизни без предохранения. У 30% здоровых супружеских пар беременность наступает в первые 3 месяца совместной жизни, еще у 60% – в течение последующих 7, у оставшихся 10% – через 11-12 месяцев после начала половой жизни.

⁴¹ Мониторинг репродуктивного здоровья и поведения населения, ИСЭРТ РАН, 2008 г., объем выборочной совокупности – 1536 респондентов.

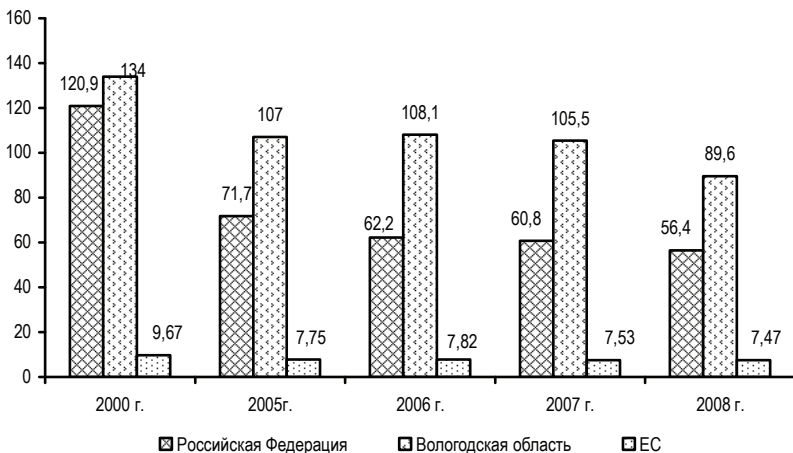


Рис. 2.2. **Заболеваемость гонореей**, на 100 тыс. чел.

Источники: Российский статистический ежегодник. – URL: <http://www.gks.ru>; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2008.

Невысокая грамотность населения в вопросах репродукции и безответственность в сексуальном поведении увеличивают риск нежелательной беременности, влекущей за собой аборт. Косвенное подтверждение этих выводов позволил получить анализ причин бесплодия, выполненный в ходе программы «ЭКО», реализуемой в Вологодской области с 2005 г. По экспертным оценкам, 80% случаев бесплодия вызвано неграмотным репродуктивным поведением.

Важным индикатором репродуктивного здоровья является характер протекания беременности и родоразрешения. В свою очередь, репродуктивное здоровье влияет на течение беременности и ее исход.

За период с 2003 по 2008 г. заболеваемость беременных женщин увеличилась. Наиболее часто встречается анемия, второе место занимают болезни мочеполовой системы, третье – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 2.3).

**Таблица 2.3. Структура заболеваемости беременных женщин
в 2003 – 2007 гг., в %**

Заболевания	2003 г.		2007 г.		2007 г. к 2003 г., %	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
Анемия	42	36	39	31	93	86
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	22	15	19	11	86	73
Болезни мочеполовой системы	20	23	20	20	100	87
Болезни системы кровообращения	14	7	10	7	71	100
Венозные осложнения	4	2	4	2	100	100
Другие болезни	-	11	-	22	-	200

Источники: Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. – Вологда, 2008; Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru

Распространенность осложнений беременности и родов в регионе увеличилась с 43 случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста в 2000 г. до 59 – в 2008 г. (рис. 2.3).

Рост заболеваемости беременных и осложнений беременности и родов свидетельствует о важности планирования семьи, распространения ответственного родительства. Около 80% женщин указали, что посещают гинеколога не реже 1 раза в год⁴², что является весьма хорошей посещаемостью. При этом по данным мониторинга условий формирования здорового поколения⁴³, более трети женщин Вологодской области не задумывались о возможных противопоказаниях к зачатию, беременность наступила спонтанно, без подготовки. Учитывая высокую общую заболеваемость населения, можно сделать вывод, что данные факты свидетельствуют о необходимости активизации профилактической работы гинекологической службы по подготовке к беременности.

⁴² Мониторинг репродуктивного здоровья женщин, ИСЭРТ РАН, 2009 г., объем выборочной совокупности – 1600 респондентов.

⁴³ Мониторинг ИСЭРТ РАН, 1999-2010 гг., объем выборочной совокупности – 800 респондентов.

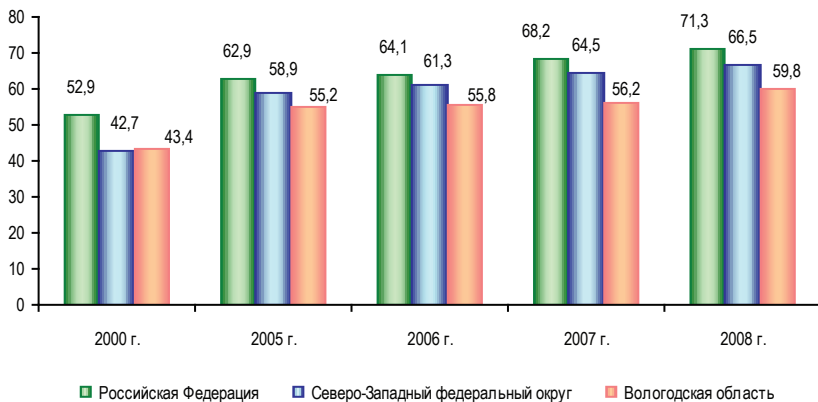


Рис. 2.3. Осложнения беременности и родов, заболеваемость на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет)

Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели: стат. сб. – URL: www.gks.ru

Результатом осложненного анамнеза беременных становятся преждевременные роды, рождение недоношенных, больных детей, материнская и младенческая смертность, мертворождаемость. Преждевременными⁴⁴ родами заканчивается примерно 4% беременностей в регионе, что несколько выше общероссийского уровня (*табл. 2.4*). Значительное улучшение показателя в районах области может быть частично обусловлено расширением практики заблаговременной госпитализации женщин с отклонениями в течении беременности в медучреждения крупных городов.

Частота рождения недоношенных детей в России в среднем за рассматриваемый период составляла 6% новорожденных, в Вологодской области – 5,5%. Наблюдалась тенденция снижения показателя недоношенности, причем в регионе темпы снижения были выше среднероссийских (*табл. 2.5*).

⁴⁴ В России преждевременными родами называют роды, наступившие на сроке от 28 до 37 недель беременности. При этом недоношенными принято считать детей, родившихся с массой тела от 1000 до 2500 г, при росте от 35 до 45 см и с признаками общей незрелости организма (Медицинская энциклопедия. – URL: <http://www.med74.ru>).

Таблица 2.4. Преждевременные роды
(в % от закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2008 г.	2008 г. к 2000 г., %
г. Череповец	2,9	3,8	131
г. Вологда	4,1	4,1	100
Районы	7,0	4,2	60
Область	3,8	4,1	108
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	4	3,3	83

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007. Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2009 г. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: www.gks.ru

Таблица 2.5. Родилось недоношенными
(в % от числа родившихся живыми)

Территория	2000 г.	2008 г.	2008 г. к 2000 г., %
г. Череповец	7,6	4,4	58
г. Вологда	7,3	5,9	81
Районы	5,3	4,3	81
Область	6,6	5,2	79
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	5,9	5,4	92

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007. Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2009 г. / Федеральная служба госстатистики. – URL: www.gks.ru; Семья в России – 2008 г. / Федеральная служба госстатистики. – URL: www.gks.ru

Параллельно улучшается здоровье новорожденных детей: в 2000 г. доля детей, родившихся больными или заболевших, составляла в регионе 39,9%; в 2007 г. – 32,5%, что меньше, чем по России (рис. 2.4). Однако даже при положительной динамике значение данного показателя весьма высоко.

То, что положительная тенденция существует, косвенно подтверждается снижением вероятности для ребенка умереть до наступления 5-летнего возраста (с 19 на 1 тыс. живорожденных в 2000 г. до 13 – в 2006 г.). Однако по сравнению со странами ЕС, в которых аналогичный показатель изменялся от 7,1 в 2000 г. до 5,7 на 1 тыс. живорожденных в 2006 г.⁴⁵, в Российской Федерации он более чем в 2 раза выше.

⁴⁵ Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>

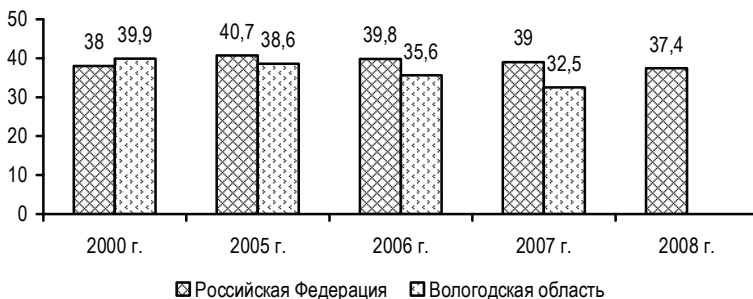


Рис. 2.4. **Здоровье новорожденных детей: родились больными или заболели** (в % от числа родившихся живыми)

Источник: Семья в России – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru

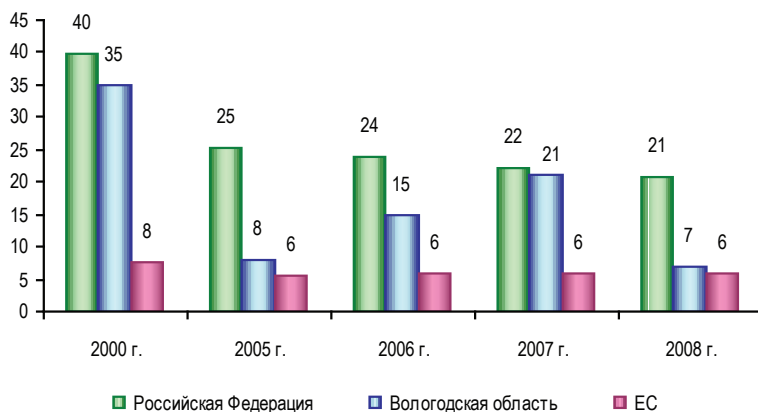


Рис. 2.5. **Материнская смертность** (число умерших на 100 тыс. живорожденных)

Источники: Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>; Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: стат. сб. – Вологда, 2008.

Материнская смертность и в России, и в регионе, несмотря на снижение числа умерших, продолжает превышать уровень стран ЕС (рис. 2.5).

Таким образом, наиболее благополучными являются показатели, характеризующие, в первую очередь, работу службы родовспоможения, обеспечившей снижение младенческой и материнской смертности, рождений недоношенных детей, некоторое улучшение здоровья новорожденных.

В аспекте планирования беременности также имеются положительные тенденции: уменьшается число аборт, растет использование контрацептивных средств. Снижается заболеваемость болезнями, передающимися половым путем, что повышает возможность безопасных сексуальных отношений.

Несомненно, одним из факторов, обусловивших позитивные изменения, является деятельность органов государственной власти: в Вологодской области осуществляется ряд системных мероприятий, направленных на оптимизацию предоставления и качества всех видов услуг в сфере материнства и детства в рамках национального проекта «Здоровье», Стратегии развития здравоохранения Вологодской области до 2020 г., целевой программы «Здоровый ребенок», международного проекта «Мать и дитя». Данная деятельность основывается на «Законе об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области»⁴⁶ (аналогичный документ принят лишь в 13 субъектах РФ).

Наряду с этим сохраняются негативные тенденции, выражающиеся в росте заболеваемости мочеполовой системы, гинекологической заболеваемости, бесплодия, заболеваемости беременных женщин, что говорит о низком уровне потенциала здоровья населения в целом, о недостаточной

⁴⁶ Закон Вологодской области от 29.12.2003 № 982-03 (в ред. от 16.07.2005) «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области» (принят постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 26.12.2003 № 802).

приверженности людей здоровому образу жизни и их низкой ответственности за здоровье будущих детей.

Несмотря на положительные тенденции, Российская Федерация (и Вологодская область в частности) продолжает значительно уступать странам Западной Европы по всем характеристикам репродуктивного здоровья.

Потенциал репродуктивного здоровья родителей, культура и грамотность репродуктивного поведения, влияя на возможность зачатия, течение беременности и родов, здоровье матери и ребенка, во многом обуславливают качество воспроизводства населения. Это определяет необходимость и значимость репродуктивного здоровья и требует систематической работы по формированию культуры репродуктивного поведения, своевременному выявлению проблем и их решению.

Глава 3. Репродуктивное поведение населения как фактор рождаемости

3.1. Сущность и методологические основы изучения репродуктивного поведения населения

Пристальное внимание к вопросам репродуктивного поведения возникло на фоне необходимости обеспечения воспроизводства населения в условиях снижения его численности. Это связано с тем, что рождаемость как демографический процесс, обеспечивающий воспроизводство, является непосредственным результатом репродуктивного поведения населения.

Рождаемость как процесс массовый следует отличать от индивидуальных рождений детей у отдельных женщин или в отдельных семьях. Рождаемость как процесс складывается из массы индивидуальных случаев рождения, но не сводится к ним. Это социальный процесс, который подчиняется действию социальных сил и закономерностей, но развивается в определенных, исторически конкретных границах, задаваемых действием биологических и физиологических факторов.

Уровень рождаемости, складывающийся на той или иной территории (в стране, регионе, на континенте, земном шаре) в тот или иной период времени и измеряемый хорошо известными в демографии показателями (общий и суммарный коэффициенты рождаемости, специальный коэффициент рождаемости и др.), является функцией двух переменных. Одна из них – это *демографическая структура*, т.е. распределение населения по полу, возрасту, брачному и семейному состоянию. Другая переменная – это *репродуктивное*

поведение, выражением которого в демографии являются среднее число детей в семье и среднее число детей, рожденное женщиной за всю ее жизнь⁴⁷.

Термин «репродуктивное поведение» заимствован из биологии, где он понимается как поведение животных, связанное с образованием брачных пар, рождением потомства и его воспитанием⁴⁸. Репродуктивное поведение человека отличается выделением сексуального поведения, целью которого является не деторождение, а получение удовольствия, что связано с практикой контрацепции, прерывания беременности и направлено на ограничение рождений до желательного числа.

Крупнейший социодемограф В.А. Борисов определяет репродуктивное поведение как систему действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности, в браке или вне брака⁴⁹.

По мнению проф. А.И. Антонова, при определении репродуктивного поведения неправомерно акцентировать внимание на «отказе от рождения», поскольку ведущим является стремление к рождению определенного числа детей, предполагающее отказ от всех рождений, превышающих предпочитаемое число⁵⁰.

⁴⁷ Медков В.М. Демография: учебное пособие. Серия «Учебники и учебные пособия». – Ростов-на-Дону: Феникс, 2002. – 448 с.

⁴⁸ Зорина З.А., Полетаева И.И. Зоопсихология. Элементарное мышление животных: учебное пособие. – М.: Аспект Пресс, 2001. – С. 11; Мак-Фарленд Д. Поведение животных. Психобиология, этология и эволюция. – М.: Мир, 1988. – 520 с.; Тинберген Н. Социальное поведение животных. – М., 1993. – 149 с.

⁴⁹ Борисов В.А. Демография и социальная психология. – М., 1970. – С. 8; Социология: словарь-справочник. Т. 3. – М., 1991. – С. 141-142; Энциклопедический социологический словарь. – М., 1995. – С. 547-548; Народонаселение: энциклопедический словарь. – М., 1994. – С. 384-386.

⁵⁰ Антонов А.И., Медков В.М. Социология семьи. – М.: Изд-во МГУ: Изд-во Международного университета бизнеса и управления («Братья Карич»), 1996. – С. 201; Социология семьи: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2009. – С. 362.

Однако сознательно выбранная бездетность семейных пар как вида репродуктивного поведения требует отдельного изучения.

В рамках репродуктивного поведения выделяют⁵¹:

1) совокупность поведенческих актов и решений, непосредственно направленных на рождение ребенка, то есть собственно репродуктивное поведение;

2) контрацептивное поведение, то есть действия, направленные на предотвращение зачатия;

3) абортивное поведение, то есть действия, имеющие целью предотвратить нежелательное рождение.

Собственно репродуктивное поведение направлено на реализацию полного **репродуктивного цикла** – от момента принятия решения о зачатии ребенка до его рождения. Контрацептивное и абортивное поведение служат инструментами регулирования как каждого конкретного репродуктивного цикла (предотвращение зачатия, искусственное прерывание беременности при помощи аборта), так и всего репродуктивного цикла семьи (формирование желательных протогенетических и интергенетических интервалов – периодов между началом сожительства и рождением первого ребенка и интервалов между рождениями всех последующих детей соответственно) для достижения желаемого числа детей.

Репродуктивное поведение направлено на удовлетворение **потребности в детях**, которая является социально-психологическим состоянием индивида, когда без детей и надлежащего их количества и пола человек не может состоять как личность. Потребность в детях является высшей социальной потребностью человека, удовлетворение которой способствует самореализации личности или творческому раскрытию личностного потенциала. Следовательно,

⁵¹ Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 251.

наличие детей и определенного их числа становится необходимым условием развития личности. Потребность семьи в детях не сводится к индивидуальным потребностям супругов и представляет собой результат сложного взаимодействия внутри семьи и семьи как целостности с ее социокультурным окружением⁵². Потребность в детях, установки на рождение детей – внутренние регуляторы репродуктивного поведения, тогда как социальные нормы детности – внешние детерминанты отношения личности к детям⁵³.

Потребность в конкретном числе детей отличается многообразием установок и мотивов рождения. Соотношение полных и неполных репродуктивных циклов в семьях с равным социальным статусом, обладающих одинаковыми этнодемографическими характеристиками и не имеющих нарушений плодовитости, определяется репродуктивными установками супругов, то есть их психической предрасположенностью к рождению определенного числа детей.

Репродуктивные установки характеризуют стремление и готовность человека к действиям, направленным на рождение детей. Они включают в себя ориентации на принятие определенных социальных норм детности (малодетность – 1-2 ребенка, среднететность – 3-4, многодетность – 5 и более детей), на благополучный исход беременности, на интервалы между беременностями и сроками рождения детей, на пол ребенка, а также установки на отказ от рождения.

Репродуктивные установки делятся на две основные группы: связанные непосредственно с деторождением; определяющие масштабы и способы регулирования процесса деторождения (абортивно-контрацептивные установки).

⁵² Пасовец Ю.М. Репродуктивные установки населения региона: доклад на VIII Международной научной конференции «Россия: ключевые проблемы и решения», Москва, 18-19 декабря 2009 г.

⁵³ Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / кол. авт. под рук. д. э. н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.

Репродуктивная установка состоит из трех компонентов: когнитивного (познавательного), аффективного (эмоционального) и поведенческого (побудительного). Структура репродуктивной установки раскрывает ту особенность регуляции, которая характеризует один из источников противоречивости индивидуального репродуктивного поведения. Сущность репродуктивной установки выявляется во взаимодействии всех трех компонентов и не сводима к одному из них.

Когнитивный компонент репродуктивной установки позволяет отличать качественное своеобразие объектов установки на рождение детей – установки детности на предпочитаемый пол ребенка, на беременность и благополучный ее исход и др.

Количественные аспекты репродуктивной установки выражаются в ориентации на то или иное число детей, на интервалы между рождениями. Например, для установок на малодетность (1-2 ребенка) характерны увеличение интервала между рождениями, активизация установок на применение контрацепции и абортов, равная приемлемость сына или дочери.

Эмоциональный компонент репродуктивной установки составляют позитивные и негативные чувства, связанные с рождением того или иного числа детей. Поведенческий компонент репродуктивной установки характеризует интенсивность побуждений к рождению, силу или слабость репродуктивной установки.

Социально-психологические методики шкалирования установок выявляют интенсивность репродуктивной установки. В демографии получили распространение показатели, измеряющие количественный компонент репродуктивной установки, например, идеальное число детей, желаемое число детей, ожидаемое (планируемое) число детей.

Идеальное число детей – это представление индивида о наилучшем числе детей в семье вообще, без учета конкретной жизненной ситуации и личных предпочтений. Желаемое число детей – это число детей, которое индивид предпочел иметь в своей семье, исходя из собственных склонностей, без учета конкретных обстоятельств жизни и индивидуальной биографии. Ожидаемое (планируемое) число детей – это число детей, которое человек планирует иметь в своей семье к концу репродуктивного периода. Наиболее надежный среди всех – показатель ожидаемого (планируемого) числа детей.

Мотивы рождения детей (репродуктивные мотивы) представляют собой побуждения к целедостижению через рождение определенного числа детей. Различают три типа мотивации репродуктивного поведения:

- экономические мотивы, связанные с выгодами обзаведения детьми в домохозяйстве, в укреплении благополучия семьи, в гарантии обеспеченной старости;
- социальные мотивы – продолжения семейного рода, социального признания зрелости и повышения социального статуса за счет престижа родительских ролей и стереотипов семейности;
- психологические мотивы, связанные с проявлением заботы и любви и выражающиеся в обогащении чувств, в сотворении новой личности.

Каждый тип репродуктивной мотивации представлен множеством конкретных мотивов, которые отображаются при их измерении с помощью эмпирических референтов, или индикаторов. Структура репродуктивной мотивации у отдельных людей неодинакова, но в основном она представляет собой иерархию мотивов, свойственную тем или иным историческим периодам, а в их пределах – тем или иным регионам, странам, городам и т.д. В прошлом, когда преобладала потребность в многодетности и предпочтение отда-

валось сыновьям, ведущими были экономические репродуктивные мотивы. Распространение потребности в малодетной семье уравнило приемлемость для родителей и сыновей, и дочерей, точнее, сына или дочери (установка на единственного ребенка). Это значит, что рождение детей перестало зависеть от экономических мотивов и часто происходит вопреки им. В зонах малодетности рождение одного и двух детей связано прежде всего с психологическими мотивами. Изучение репродуктивной мотивации позволяет определить и усилить те мотивы, воздействие которых на данном этапе в большей мере способствует обеспечению потребностей общества в воспроизводстве населения⁵⁴.

В.А. Борисов⁵⁵ определяет три основных типа репродуктивного поведения: многодетное (потребность в 5 и более детях), среднететное (потребность в 3-4 детях) и малодетное (потребность в 1-2 детях).

Многодетный тип репродуктивного поведения предполагает полное доминирование установок на деторождение, а рождаемость может рассматриваться как приближающаяся к естественной или полностью ей соответствующая. В этом случае наличие неполных репродуктивных циклов детерминируется особенностями плодovitости супругов, спонтанными абортaми, длительностью периодов послеродовой стерильности и лактации.

Среднететный тип репродуктивного поведения является по своей сути промежуточным и характеризуется нарастанием числа неполных репродуктивных циклов вследствие постепенного внедрения практики внутрисемейного регулирования процесса деторождения (увеличением роли абортивно-контрацептивных установок в детерминации репродуктивного поведения).

Наконец, малодетный тип репродуктивного поведения характеризуется выраженным преобладанием абортивно-

⁵⁴ Антонов А.И. Социология рождаемости. – М., 1980. – С. 83.

⁵⁵ Борисов В.А. Перспективы рождаемости. – М., 1976. – С. 183.

контрацептивных установок, выражающихся в тотальном контроле над числом и сроками рождения детей в семье. Частным случаем малодетного репродуктивного поведения является установка на бездетность, т.е. полное отсутствие потребности в детях. В этом случае все поведение личности, брачной пары сосредоточено исключительно на реализации абортивно-контрацептивных установок⁵⁶.

Детерминация поведения осуществляется путем оценки результата поведения, сообщаемого с помощью обратной связи. Не поведение «в себе», а ценность его результата формирует личность и ее социальное поведение⁵⁷.

При этом следует учесть, что результатами репродуктивного поведения являются не только репродуктивные поступки, но и существенное изменение мотивов, установок, ценностных ориентаций.

Основой репродуктивного поведения выступает потребность в детях, представленная репродуктивными установками. Это и определяет выделение из системы диспозиций потребности в детях как ведущего элемента регуляции репродуктивного поведения. Это наглядно демонстрирует схема (рис. 3.1).

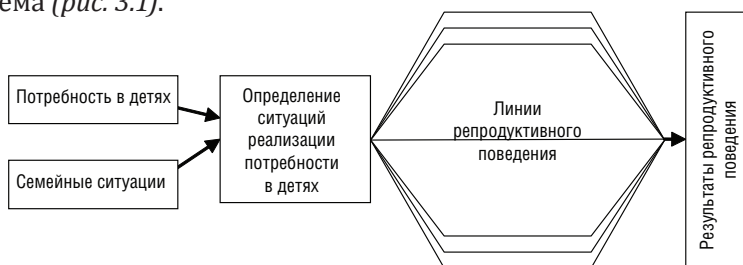


Рис. 3.1. Диспозиционная регуляция репродуктивного поведения

Источник: Социология семьи: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2009. – С. 365.

⁵⁶ Цыцарова Т.Е. Демография: учебное пособие. – Ульяновск: УлГТУ, 2009. – С. 45.

⁵⁷ Фридрихс В. Позиция и ее формирование // Исследование проблем молодежи в ГДР. – М., 1976. – С. 109.

Многие теории рождаемости, учитывающие мотивацию репродуктивного поведения, опираются на экономическую природу потребности в детях. Экономические теории рождаемости представлены в трудах Г. Беккера, Т. Шульца, П. Шульца, Р. Уиллиса и др. Но основоположником этих теорий можно считать А. Смита. Его «закон роста населения» гласит: «Спрос на людей, как и спрос на всякий иной товар, регулирует производство людей, ускоряет его, когда оно происходит слишком медленно, задерживает, когда оно происходит слишком быстро. Именно этот спрос регулирует и определяет размножение рода человеческого решительно во всех странах мира»⁵⁸. Концепции «спроса на людей» следуют и современные исследователи и ученые. Так, в 60-х годах XX в. Г. Беккером была разработана теория, получившая название «экономика рождаемости», где репродуктивная деятельность семьи рассматривается как разновидность поведения потребителей, а дети – как специфический товар длительного пользования и делается предположение, что «редкость» детей способствует увеличению спроса на них, и наоборот⁵⁹.

Однако зависимость интенсивности деторождения от обстановки на «товарном рынке» не подтверждается действительностью. Во-первых, «спрос на людей», помимо рождаемости, имеет альтернативный источник удовлетворения – иммиграцию и, следовательно, не может рассматриваться в качестве фактора, «регулирующего и определяющего размножение рода человеческого». Во-вторых, данный спрос неодинаково проявляется на макро- и микроуровнях. Так, нации, находящиеся под угрозой реальной или воз-

⁵⁸ Smith A. Wealth of Nations. E. Canning(ed). M. Library Edition. – New York, 1856. – P. 58.

⁵⁹ Нобелевская премия по экономике 1992 г. Гэри Беккер // Нобелевские лауреаты по литературе, медицине, химии, физике, экономике и мира с 1901 по 2009 год. – URL: Nobeliat.ru

возможной депопуляции, где общегосударственный «спрос на людей» наивысший, одновременно демонстрируют низкую заинтересованность в повышении рождаемости на уровне семей. Существующее противоречие между индивидуальными и коллективными интересами является условием, затрудняющим достижение демографического равновесия. В-третьих, если применить логику А. Смита к современным условиям, то равновесие спроса на детей и их предложения реализуется лишь при условии, что рыночные отношения не ограничиваются никоим образом и не «испорчены» вмешательством государственной власти, – таким, к примеру, как социальное обеспечение пожилых, которое снижает интерес родителей к рождению детей. В-четвертых, нет достаточных оснований для рассмотрения детей в качестве товара длительного пользования, поскольку воспитание ребенка требует постоянных затрат при абсолютно непредсказуемой отдаче⁶⁰.

«Новая экономическая теория домохозяйства», предложенная Г. Беккером позднее (в 1970-х годах), иначе понимает причины, влияющие на рождаемость. Один из основных выводов этой теории заключается в том, что, поскольку в процессе экономического развития растет цена человеческого времени, оно превращается наряду с материальными в самостоятельный фактор благосостояния семьи и ее отдельных членов. Тогда рождение каждого ребенка объективно снижает «его предельную полезность», что и является главной причиной снижения рождаемости. В то же время экономический прогресс предъявляет новые, постоянно растущие требования к «качеству детей», что влечет за собой дополнительные, растущие затраты.

⁶⁰ Недолужко Л.Н. Социально-экономические причины сокращения рождаемости [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.krsu.edu.kg/vestnik/2002/v4/a05.html> (дата обращения: 03.03.2010).

В результате и на уровне общества в целом, и на уровне отдельного домохозяйства (семьи) происходит неизбежный выбор между количеством и качеством «человеческого капитала»⁶¹.

Данная теория изначально предполагает наличие потребности в детях, не объясняя механизма ее формирования. Вместе с тем, потребитель делает выбор не только между количеством и качеством детей, как утверждает Г. Беккер, но и между детьми и прочими благами (услугами). Сокращение рождаемости в семьях, материальное положение которых позволяет обеспечить воспитание более чем одного ребенка, свидетельствует о трансформации характера потребности в детях (или ее утрате). Попытка объяснить сокращение рождаемости убывающей предельной полезностью последующего ребенка спорна уже потому, что дети в силу своей индивидуальности обладают различной «степенью полезности» для родителей и не могут рассматриваться как «блага» одного вида. Предположение же о том, что увеличение стоимости человеческого времени (или рост вмененных издержек)⁶² заставляют женщину (семейную пару) отказаться от рождения очередного ребенка, фактически отражает утвердившееся в современных развитых странах отношение к многодетной семье. Вообще экономическая теория рождаемости исходит из того, что влияние женской занятости на деторождение должно быть отрицательным (альтернативные издержки рождения детей для занятых женщин выше), тогда как влияние мужской занятости – положительным (занятость мужчины увеличивает ресурсы семьи)⁶³.

⁶¹ Becker G., Lewis G.H. Interaction between quantity and quality of children // T.W. Schultz (ed). *Economics of the family: marriage, children and human capital*. – Chicago, 1973. – P. 81-90.

⁶² Данные причины сокращения рождаемости приводятся Т. Шульцем, П. Шульцем и Р. Уиллисом. См.: *Economic theories of fertility*. Pergamon Press. – New York, 1982. – P. 17-35.

⁶³ См., например: Becker G. A Theory of Allocation of Time // *Economic Journal*. – 1965 (September). – P. 493-517; Pollak R.A., Watkins S.C. Cultural and Economic Approaches to Fertility: Proper Marriage or Mesalliance? // *Population and Development Review*. – 1993 (September). – Vol. 19. – № 3. – P. 467-496.

Хотя представить, что супруги действительно руководствуются при планировании семьи только расчетом временных издержек, достаточно трудно, исследования показывают, что все больше людей корректируют с карьерным ростом и сроки рождения, и число детей.

Проблему занятости и репродуктивного поведения на сегодняшний день предлагается решить с помощью признания репродуктивного труда. Выделение репродуктивного труда, его значимость для воспроизводства и необходимость вознаграждения за данный труд представлены в работах А.М. Ильшева, И.В. Лаврентьевой, А.П. Багировой⁶⁴.

Сокращение рождаемости, бесспорно, является социально-экономическим феноменом, причем его социальный аспект следует признать доминирующим. Изменение репродуктивных установок и норм, проявляющееся в массовом распространении малодетных семей, ставит под сомнение тот факт, что данная ситуация может разрешиться сама собой без принятия комплекса мер, направленных на изменение ценностных ориентаций населения. Тем не менее существует и принципиально иная точка зрения. Так, в рамках «теории демографического перехода» постулируется идея исторической эволюции рождаемости⁶⁵. Согласно этой теории, все страны должны пройти три (иногда выделяют четыре или пять) фазы, каждая из которых соответствует конкретной стадии развития общества и определяет тип воспроизводства населения. В качестве движущих сил «демографического перехода» обычно указываются различные факторы

⁶⁴ Багирова А.П. Продуктивный и репродуктивный труд: сравнительный анализ // Человек и труд. – 2008. – № 12; Багирова А.П., Абилова М. Репродуктивный труд: генезис научных представлений // Человек и труд. – 2010. – № 3; Ильшев А.М., Лаврентьева И.В. Стратегия включения репродуктивного труда в экономику России. – М., 2005. – 368 с.; Она же. О механизме регулирования репродукционного процесса в регионе // Проблемы теории и практики управления. – 2003. – № 6.

⁶⁵ См.: Notestein F.W. Population: the long view. Food for the World. Ed. by W. Schultz. – Chicago, 1945. – P. 103-112.

технико-экономического характера: динамика национального дохода на душу населения, урбанизация, индустриализация и т.п. (А. Ландри, Ф. Нотештейн, Д. Ноан, А. Омран)⁶⁶.

Теория демографического перехода предполагает, что за «резким повышением скорости роста популяции произойдет столь же стремительное ее снижение, после чего численность населения стабилизируется»⁶⁷. На каком уровне и когда произойдет эта стабилизация – вопрос, на который сторонники теории ответить не готовы. В 1980 – 90-х гг. высказывалось предположение, что стабилизация численности мирового населения произойдет к 2000 г.⁶⁸. Позднее этот рубеж стал рассматриваться лишь как срок, к которому «абсолютный рост населения достигнет своего пика»⁶⁹. Однако пассивное ожидание стабилизации демографической ситуации недопустимо, поскольку депопуляция влечет за собой комплекс социокультурных, этнических, конфессиональных и экономических проблем.

В связи с этим управление демографическими процессами следует считать одной из задач демографической политики государства, которая будет эффективной, только имея в своей основе научно обоснованные механизмы. Для разработки системы мер, направленных на повышение рождаемости, необходим комплексный анализ демографических, экономических, социальных и других факторов, воздействующих на формирование уровня рождаемости, с целью поиска оптимальных «точек» влияния.

⁶⁶ Дж. Колдуэлл исследует проблемы демографического перехода в контексте изменения репродуктивного поведения семьи, его экономических основ. См.: Population and Development United Nations Annotated Bibliography. – New York, 1992. – P. 312.

⁶⁷ Капица С.П. Модель роста населения Земли и экономическое развитие человечества // Вопросы экономики. – 2000. – № 12. – С. 85.

⁶⁸ Современная демография / под ред. А.Я. Кваши, В.А. Ионцева. – М., 1995. – С. 219.

⁶⁹ Капица С.П. Модель роста населения Земли и экономическое развитие человечества // Там же.

3.2. Современные особенности репродуктивного поведения

Тенденции репродуктивного поведения населения мы будем рассматривать в соответствии с принятой структурой, согласно которой можно выделить собственно репродуктивное, абортивное и контрацептивное поведение населения.

Собственно репродуктивное поведение

Вариативный демографический прогноз⁷⁰ изменения численности населения Вологодской области до 2020 г., как и России в целом, свидетельствует о сохранении депопуляции даже при планируемом увеличении рождаемости. Уменьшение числа женщин репродуктивного возраста в будущем ставит задачу увеличения детности семей, актуализируя исследование особенностей каждого типа репродуктивного поведения: мало-, средне- и многодетного. Как отмечалось выше, основным фактором репродуктивного выбора является потребность в детях, представленная через репродуктивные установки.

Исследование когнитивного компонента репродуктивной установки населения Вологодской области, факторов реализации репродуктивных планов и условий их формирования было проведено ИСЭРТ РАН в рамках мониторинга репродуктивного потенциала населения. Социологическое исследование⁷¹ осуществлено методом раздаточного анкетирования. Тип выборки: районирование с пропорциональным размещением единиц наблюдения; квотирование по полу и возрасту в соответствии с генеральной совокуп-

⁷⁰ Исследование ИСЭРТ РАН, 2009 г., см. п. 1.2. данной монографии.

⁷¹ Мониторинг репродуктивного здоровья и поведения населения. ИСЭРТ РАН, 2005 г., объем выборочной совокупности – 1586 респондентов; 2006 г., объем выборочной совокупности – 3137 респондентов; 2007 г., объем выборочной совокупности – 1461 респондент; 2008 г., объем выборочной совокупности – 1536 респондентов.

ностью. Ошибка выборки – не более 5%. В 2007 г. дополнительно интервьюированы 162 пары, принявшие решение о создании семьи. В 2006 г. опрашивались женщины репродуктивного возраста с целью глубокого изучения грамотности в вопросах репродукции.

Хотя в реальной жизни ожидаемое число детей не всегда совпадает с фактическим, тем не менее рождаемость в значительной степени определяется репродуктивными планами семьи и личности, которые являются, по мнению многих ученых, довольно устойчивыми на протяжении репродуктивного периода жизни⁷².

При этом наиболее близки к реальному желаемое и планируемое число детей в семье. Поэтому проанализированы именно эти показатели.

Репродуктивные установки жителей области соответствуют малодетным планам. Среднее желаемое число детей в семье составляет 2,01 ребенка (табл. 3.1). Однако оно не реализуется полностью: планируемое число детей в регионе в 2008 г. – 1,86, а суммарный коэффициент рождаемости еще меньше – 1,37. То есть появление планируемого числа детей детерминируется социальной средой.

Таблица 3.1. **Желаемое и планируемое число детей у жителей Вологодской области**

Год	Территория					
	г. Вологда и г. Череповец		Районы		Область	
	Желаемое	Планируемое	Желаемое	Планируемое	Желаемое	Планируемое
2005	2,13	1,77	2,22	1,78	2,20	1,77
2007	1,88	1,78	2,02	1,96	1,99	1,91
2008	2,00	1,86	2,02	1,86	2,01	1,86
Источник: Здесь и далее – данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.						

⁷² Бодрова В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период // Народонаселение. – 1999. – № 2.

В 2008 г. по сравнению с предыдущим годом репродуктивные планы населения Вологодской области повысились. Гендерные различия таковы: женщины, сохраняя превышение желаемого числа детей, стали планировать число детей, меньшее, чем мужчины (табл. 3.2), следуя общероссийской тенденции.

Результаты, полученные в ходе выборочного обследования «Семья и рождаемость»⁷³, свидетельствуют о более низких репродуктивных намерениях женщин по сравнению с мужчинами. Желаемое число детей у женщин составило 2,28, у мужчин – 2,38; планируемое число детей у женщин 1,72, у мужчин – 1,9.

Таблица 3.2. **Желаемое и планируемое число детей, гендерный разрез**

Пол	Желаемое число детей			Планируемое число детей		
	2007 г.	2008 г.	2008 г. к 2007 г., %	2007 г.	2008 г.	2008 г. к 2007 г., %
Мужчины	1,91	2,00	104,8	1,76	1,88	106,8
Женщины	1,95	2,01	103,0	1,79	1,83	102,2
<i>В среднем</i>	<i>1,93</i>	<i>2,01</i>	<i>103,9</i>	<i>1,77</i>	<i>1,86</i>	<i>105,1</i>

При этом степень изменения репродуктивных ориентаций у мужчин сильнее, чем у женщин. Примечательно, что городские мужчины демонстрируют более высокую, по сравнению с женщинами, потребность в детях и стремление ее реализовать (табл. 3.3). В сельской местности по-прежнему более высокие репродуктивные установки у женщин, чем у мужчин.

Наибольшее планируемое число детей демонстрирует, и это закономерно, население активного репродуктивного

⁷³ Обследование проведено в 30 субъектах Российской Федерации в 2009 г. Объем выборки составил 2000 респондентов. См.: Дети в России. 2009: стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: Статистика России, 2009. – С. 20.

Таблица 3.3. Гендерные различия репродуктивных установок сельских и городских жителей Вологодской области

Среднее число детей	Тип населенного пункта			
	Город		Село	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Желаемое	2,05	1,98	1,89	2,11
Планируемое	1,94	1,80	1,73	1,93

возраста – от 25 до 30 лет (рис. 3.2). Схожесть репродуктивных установок населения в 2008 г. подтверждает их относительную устойчивость и обусловлена, вероятно, идентичностью условий их формирования (в первую очередь, общественными нормами детности).

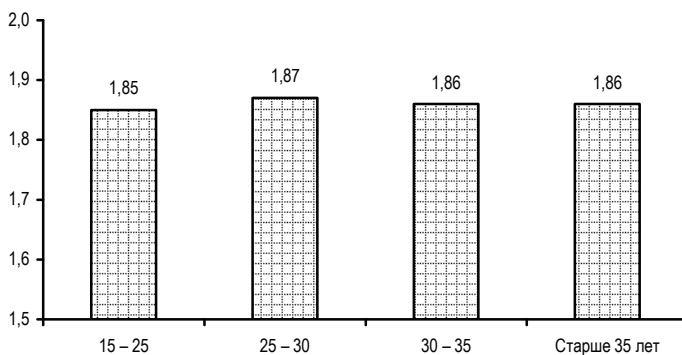


Рис. 3.2. Планируемое число детей в разных возрастных группах населения Вологодской области

Наличие детей, соотнесенное с репродуктивными планами, отражает степень реализации последних: около 3% бездетных граждан полагают остаться бездетными; почти 57% однодетных семей еще не удовлетворили потребность в детях. Лишь 11% двухдетных семей ориентированы на среднететность, а среди трехдетных около 8% хотели бы еще иметь детей (рис. 3.3).

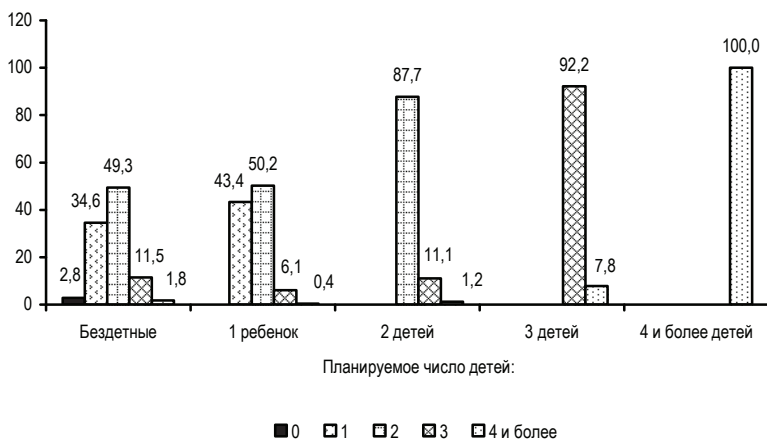


Рис. 3.3. **Репродуктивные планы населения с различным показателем детности** (в % от числа опрошенных в каждой группе)

Таким образом, для собственно репродуктивного поведения населения характерны: малодетность, повышение возраста матери при рождении детей, территориальная и гендерная дифференциация репродуктивных установок, их снижение, особенно у женщин.

Абортивное поведение населения

Число абортов на 100 родов в начале XXI в. во всех федеральных округах Российской Федерации снижалось (*прил. 3, табл. 1*). Максимальное значение данного показателя в 2008 г. отмечалось в Магаданской области Дальневосточного федерального округа – 148 абортов на 100 родов (104 в среднем по округу). Наименьшее число абортов – 13 на 100 родов – в Республике Ингушетия и Чеченской Республике Южного федерального округа, в котором среднее значение показателя составляло 54 аборта на 100 родов.

Несмотря на незначительное снижение после 2003 г., уровень абортов в Вологодской области превышает аналогичный показатель Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа в среднем и всех его регионов (*рис. 3.4; см. табл. 1 в прил. 3*).

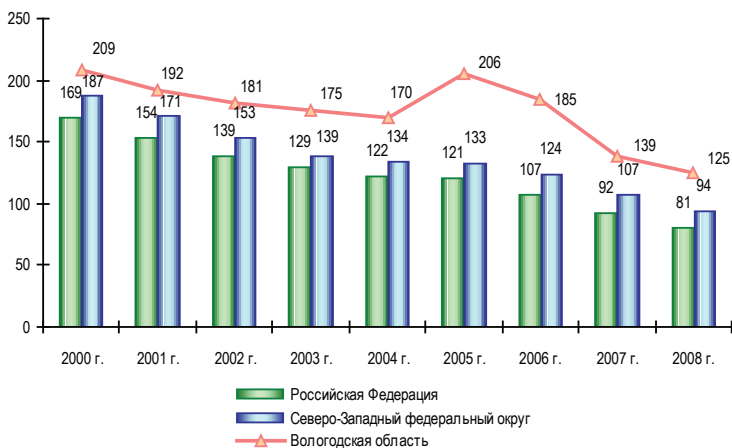


Рис. 3.4. Число аборт на 100 родов

Источники: Регионы России, 2008: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007; Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа: стат. сборник. – Вологда, 2007.

При рассмотрении динамики числа аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста также наблюдается снижение (см. табл. 2 в прил. 3). Максимальное значение – 48 аборт на 1000 женщин в возрасте 15 – 49 лет – в 2008 г. было зафиксировано в Дальневосточном федеральном округе, среди регионов – в Амурской области (149 аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста). Лучшими по данному показателю были также Южный федеральный округ (27 аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста), Республика Ингушетия – 8 аборт на 1000 женщин в возрасте 15 – 49 лет. В соответствии с классификацией ООН⁷⁴, всего в 2 муници-

⁷⁴ Уровни частоты аборт на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10 – 19, средний – 20 – 49, высокий – 50 и более.

пальных образованиях страны уровень частоты аборт на 1000 женщин фертильного возраста определяется как очень низкий, в 5 – низкий, в 54 – средний и в 19 – высокий. Аналогичная картина и в Вологодской области, несмотря на тенденцию снижения данного показателя абортивного поведения (рис. 3.5; см. табл. 2 в прил. 3).

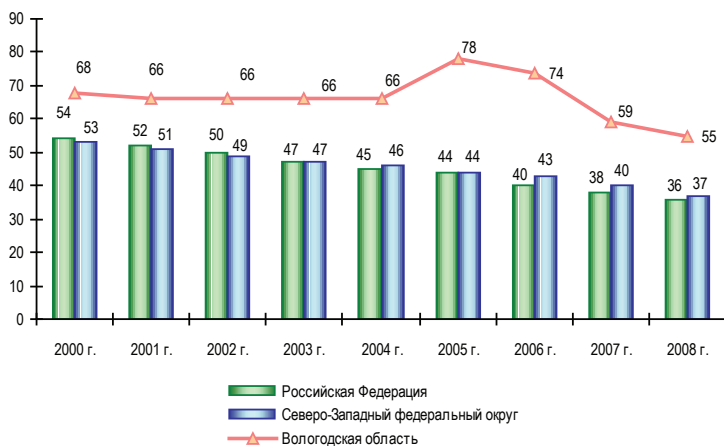


Рис. 3.5. Число абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет)

Источник: Регионы России, 2008: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: www.gks.ru

При территориальном подходе к анализу абортивного поведения были выявлены группы районов, различные по уровню числа абортов в расчете на 100 родов (рис. 3.6). Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Вашкинском районе области, где вопрос стоит крайне остро: за рассмотренный период на 100 родов там в среднем приходилось более 500 абортов.

По данным социологического исследования, в среднем треть женщин прибегали к искусственному прерыванию беременности (табл. 3.4).

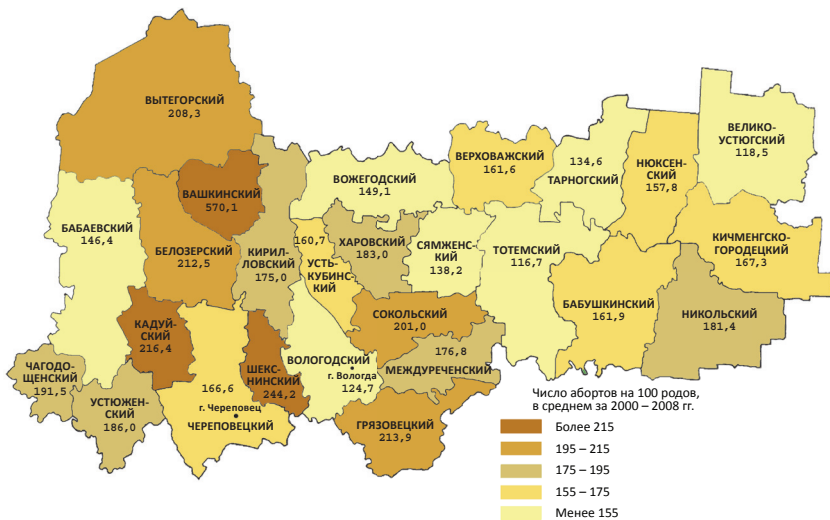


Рис. 3.6. Число аборттов на 100 родов (в среднем за 2000 – 2008 гг.)

С возрастом увеличивается и доля женщин с аборттом в анамнезе, и кратность аборттивного вмешательства (табл. 3.4, 3.5). В 2008 г. следует отметить двукратное снижение доли молодых женщин (до 30 лет), прервавших беременность аборттом по сравнению с предыдущим годом. Увеличение доли делавших абортты наблюдается в группах женщин старше 30 лет.

Таблица 3.4. Доля женщин, утвердительно ответивших на вопрос: « Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?», %

Возрастная группа, лет	2007 г.	2008 г.
От 15 до 25	9,2	4,4
От 25 до 30	13,0	6,3
От 30 до 35	22,3	32,9
Старше 35	55,5	56,3
<i>В среднем</i>	<i>31,7</i>	<i>32,3</i>

Источник: Здесь и далее – данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

По данным исследования 2008 г., из всех женщин, имеющих хирургическое прерывание беременности в анамнезе,

43% прибегали к нему однократно, треть – двукратно, 17% имеют 3 аборта и 9% – 4 и более. Возросла по сравнению с предыдущим годом кратность аборт в старшей возрастной группе (табл. 3.5).

Таблица 3.5. Распределение женщин по числу аборт в анамнезе в различных возрастных группах, %

Возрастная группа, лет	1 раз		2 раза		3 раза		4 и более раз	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
15 – 25	77,3	90,9	18,2	0,0	4,5	9,1	0,0	0,0
25 – 30	58,1	75,0	16,1	6,3	12,9	12,5	12,9	6,3
30 – 35	43,4	54,2	30,2	28,9	17,0	7,2	9,4	9,6
Старше 35	52,3	43,0	29,5	31,0	12,1	16,9	6,1	9,2

Уровень аборт представляет результат не только грамотности населения в вопросах планирования семьи, но и применение этих знаний на практике. Поэтому весьма важно выявить мотивационный и побудительный компонент абортивного (и как фактора – контрацептивного) поведения населения.

Решение о прерывании беременности аборт зависит от принципиального признания или непризнания его допустимости. Категорически не приемлемым аборт считают 28% жителей области (30% мужчин и 26% женщин), остальные считают его допустимым (24%) или допустимым при определенных обстоятельствах (48%).

Высокие показатели абортивного поведения говорят о сохранении роли хирургического прерывания беременности и его новых медикаментозных форм как равноценных способов регулирования детности.

При этом абортивные установки населения характеризуются высокой долей ориентированных на сохранение незапланированной беременности: так полагают поступить около 40% населения области, но 16% еще до ее наступления уверены в том, что ее прервут (табл. 3.6). Нужно отметить, что женщины в большей степени, чем мужчины, ориентированы на аборт.

Тот факт, что почти половина и тех и других затрудняется ответить на этот вопрос, говорит о том, что абортивные установки недостаточно сформированы у значительной части населения области.

Таблица 3.6. **Абортивные установки населения, %**

Ответы на вопрос: «Как Вы поступите в случае незапланированной беременности?»	Женщины		Мужчины		В среднем	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
Сделаю аборт/Посоветую сделать аборт	19,9	17,9	11,4	14,6	15,9	16,4
Буду рожать/Посоветую рожать	33,4	37,3	47,6	37,3	39,9	37,3
Затрудняюсь ответить	46,8	44,7	41,1	48,1	44,1	46,3

В зависимости от того, насколько реализованы репродуктивные планы семьи в отношении числа детей, различаются и абортивные установки. Если планируемое число детей еще не достигнуто, регулятором выступает желательная длительность прото- или интергенетического интервала, пренебречь которой и сохранить жизнь ребенка готовы 46 – 48% населения. Если репродуктивный план «выполнен», т.е. имеющееся число детей равно планируемому, превысить его готовы 27 – 30%, а если незапланированные рождения уже имели место, вновь рожать настроены только 15 – 23% (табл. 3.7).

Таблица 3.7. **Абортивные установки в зависимости от реализованности репродуктивных планов, %**

Ответы на вопрос: «Как Вы поступите в случае незапланированной беременности?»	Число детей меньше планируемого числа		Число детей равно планируемому числу		Число детей больше планируемого числа	
	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.	2007 г.	2008 г.
Сделаю аборт/Посоветую сделать аборт	12,5	13,3	22,5	25,8	22,9	28,2
Буду рожать/Посоветую рожать	47,5	45,5	26,5	29,7	14,5	23,1
Затрудняюсь ответить	40,0	41,2	50,9	44,5	62,7	48,7

Прервать беременность женщины чаще решают самостоятельно почти в половине случаев, на втором месте (29%) решение принимается совместно с партнером, по рекомендации врача было осуществлено 10% прерываний беременности (табл. 3.8).

Разница позиций свидетельствует о том, что решение об аборте принимается женщиной, исходя из репродуктивных планов, отношения к аборту и самооценки условий для реализации данного рождения.

Таблица 3.8. Распределение ответов на вопрос: «Инициатором аборта были...», гендерный разрез, %

Пол	Я	Партнер(ша)	Совместное решение	Родственники	Врач	Другое
Женщина	48,7	4,2	29,1	3,8	9,8	4,5
Мужчина	20,1	16,9	42,9	1,6	3,2	15,3
<i>В среднем</i>	<i>36,8</i>	<i>9,5</i>	<i>34,8</i>	<i>2,9</i>	<i>7,0</i>	<i>9,0</i>

На фоне снижения числа абортов наиболее значимыми обстоятельствами, при которых хирургическое прерывание беременности допустимо, являются медицинские причины, зачатие в результате изнасилования и для трети населения – материальные трудности семьи (табл. 3.9).

Таблица 3.9. Распределение ответов на вопрос: «При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым прерывание беременности абортом?» (в % от числа считающих допустимым искусственное прерывание беременности)

Вариант ответа	Год опроса		
	2005	2007	2008
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	51,9	54,2	71,9
Плод имеет порок в развитии	43,3	53,6	68,2
Беременность – результат изнасилования	40,3	44,2	53,4
Беременность может повредить здоровью женщины	21,8	28,7	41,1
Материальные трудности семьи	12,3	22,2	29,9
По настоянию родителей, родственников, молодого человека	4,0	9,9	11,8
Женщина не замужем	7,3	12,0	10,2
Другое	1,6	1,6	1,6

Таким образом, в регионе сохраняется приемлемость аборта как способа регулирования детности, решение о прерывании беременности и ответственность за него чаще всего самостоятельно несут женщины. Основными факторами abortивного выбора выступают реализованность репродуктивных планов и нравственно-этическая позиция по отношению к аборту. Велика территориальная дифференциация: среднегодовые значения числа абортов на 100 родов колеблются от 116,7 в Тотемском районе до 570,1 в Вашкинском районе области.

Контрацептивное поведение населения

Контрацептивное поведение как часть репродуктивного поведения в целом тесно связано с abortивным поведением и рождаемостью. Контрацепцию привычно отождествляют с планированием семьи, а его, в свою очередь, с ограничением рождаемости. Однако это не вполне верно. Планирование семьи⁷⁵ – это рождение желанных детей в желаемом количестве, в желательные сроки и с хорошим здоровьем. Если беременность планируется заранее, есть возможность своевременно вылечить заболевания, которые могут повлиять на внутриутробное развитие ребенка или даже сказаться на его здоровье в течение жизни. Особого внимания специалиста (гинеколога, репродуктолога) при планировании беременности требуют женщины, у которых в прошлом имели место выкидыши, аборты, оперативные вмешательства, осложненные роды. Одним из самых важных моментов

⁷⁵ По определению экспертов ВОЗ, под термином «планирование семьи» подразумеваются те виды деятельности, которые имеют целью дать возможность супружеским парам и отдельным лицам свободно и с чувством ответственности решать вопрос о количестве и времени рождения своих детей и иметь в своем распоряжении информацию и средства, позволяющие им сделать это и обеспечить осознанный выбор, а также дать им возможность использовать весь диапазон безопасных и эффективных методов (доклад Международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года). – Нью-Йорк: ООН, 1995. – С. 42-43.

подготовки к беременности, на который обязательно обратит внимание врач, является семейный анамнез, возраст будущих родителей, их группа крови и резус-фактор. В любом случае, даже если никаких патологических процессов и угрожающих факторов не было выявлено, доктор порекомендует специальную диету, комплекс физических упражнений, витамины – все это поможет женскому организму подготовиться к важному периоду вынашивания ребенка и родам.

Контрацепция, которая также входит в систему планирования семьи, предполагает использование различных методов, благодаря которым вероятность зачатия значительно снижается или даже сводится к нулю. Следует учесть, что методы контрацепции включают в себя применение средств контрацепции и использование биологических (естественных) методов планирования семьи. Степень эффективности метода контрацепции оценивают с помощью индекса Пирла (Pearl index), показывающего, сколько женщин из ста забеременели, используя тот или иной метод контрацепции на протяжении одного года.

Выделяют естественные, барьерные, гормональные, химические, хирургические методы контрацепции (*табл. 3.10*).

Контрацептивное поведение населения объективно характеризуется статистически фиксируемым использованием медицинских средств контрацепции. Косвенно данные об использовании тех или иных средств можно оценить по объемам их реализации через аптечные сети. Однако наиболее полную оценку использования средств и методов контрацепции можно получить лишь с помощью выборочных обследований и данных социологических опросов, в ходе которых определяется уровень грамотности населения в вопросах репродукции, цели, адекватность и частота применения методов, причины рискованного сексуального поведения и другие факторы, влияющие на формирование контрацептивных установок.

Таблица 3.10. Классификация методов контрацепции

Вид	Метод/средство	Индекс Пирла (%)
Естественные методы <i>Определяется период, благоприятный для зачатия, в течение которого следует воздержаться от половых контактов или использовать другой метод контрацепции</i>	Температурный метод	0,8–3,0
	Цервикальный метод (метод Биллинга)	5,0
	Симптомтермальный метод, календарный метод	14,0–50,0
	Прерванный половой акт	4,0–18,0
	Метод лактационной аменореи (МЛА)	2,0–3,0
Барьерные методы <i>Механизм действия барьерных контрацептивов основан на недопущении встречи яйцеклетки и сперматозоида</i>	Мужской презерватив	2,0–12,5 (20,0)
	Женский презерватив	5,0–25,0
	Диафрагма	6,0–20,0
	Маточный колпачок	9,0–20,0
Гормональные средства <i>Гормональные препараты действуют по-разному в зависимости от их состава: подавляют овуляцию (то есть препятствуют созреванию и выходу яйцеклетки), сгущают цервикальную слизь, делая тем самым шейку матки непроходимой для сперматозоидов, а также изменяют слизистую оболочку матки таким образом, что оплодотворенная яйцеклетка не может к ней прикрепиться</i>	Комбинированные оральные контрацептивы	0,05–0,2
	Мини-пили	0,3–9,6
	Гормональные инъекции (Норплант), Гормональное кольцо (НоваРинг), Гормональный пластырь (Евра)	0,06
	Гормональная внутриматочная спираль (например, Мирена)	0,2
	Посткоитальная контрацепция (например, Постинор)	1,0–5,0
Химические средства <i>Действие химических препаратов заключается в создании барьера для сперматозоидов (изменение цервикальной слизи или создание пены во влагалище) или разрушении сперматозоидов в течение нескольких секунд / или посредством высвобождения кислот в уменьшении двигательной способности сперматозоидов. Медь действует разрушающе на сперматозоиды и препятствует имплантации эмбриона</i>	Спермициды (крем, гель, свечи и др.)	3,0–11,0
	Медесодержащая ВМС	1,0–3,0
Хирургические методы <i>Лишение способности к деторождению путем хирургической операции (нарушение проходимости фаллопиевых труб у женщин, семявыводящего протока у мужчин)</i>	Женская стерилизация	Случаев беременности – 1 из 10 000
	Мужская стерилизация (вазэктомия)	Случаев беременности – 1 из 400
Источник: URL: http://medportal.ru , http://www.doktorvisus.ru/medarticle/articles/20819.htm , URL: http://medportal.net.ua (дата обращения 05.05.2010).		

В период с 2000 по 2008 г. в России отмечалось снижение использования ВМС и стерилизации женщин и увеличение использования гормональной контрацепции (табл. 3.11), однако в странах Европейского союза уровень использования женщинами гормональных средств почти в 7 раз выше.

Распространенность контрацептивных практик выше среднего значения по всем странам мира (с 2000 по 2006 г. она составила в среднем 63,3%)⁷⁶. О том, что хотя бы иногда используют какой-либо метод контрацепции, заявили 84% жителей области, живущих половой жизнью. При этом среди них выше доля женщин (54%), что подтверждает гендерный стереотип контрацептивного поведения, согласно которому заботиться о предохранении от нежелательной беременности в первую очередь должна женщина.

Таблица 3.11. **Использование средств контрацепции**

	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.
<i>Численность женщин, применявших внутриматочные спирали (на конец года)</i>									
Всего, тыс. человек	6323	6121	5647	5672	5570	5399	5269	5144	5007
на 100 женщин в возрасте 15 – 49 лет	16	15,4	14,2	14,3	14,1	13,8	13,4	13,3	13,1
<i>Численность женщин, применявших гормональную контрацепцию (на конец года)</i>									
Всего, тыс. человек	2829	3050	2951	3336	3496	3711	3878	4012	4120
на 100 женщин в возрасте 15 – 49 лет	7,2	7,7	7,4	8,4	8,9	9,5	9,9	10,4	10,8
<i>Проведено операций по поводу стерилизации женщин</i>									
Всего, тыс. человек	18,5	17,9	18,1	18,9	18	16,6	17,1	14,3	14,7
на 100 000 женщин в возрасте 15 – 49 лет	47	45,3	45,5	47,6	45,5	42,3	43,6	36,8	38,4
Источники: Здравоохранение в России. 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.; Здравоохранение в России. 2007. – URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm ; Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – URL: www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm									

⁷⁶ Мировая статистика здравоохранения – 2009 г. – URL: <http://www.who.int/statistics>

Среди средств контрацепции устойчивое лидерство сохраняется за презервативами и естественными методами планирования семьи (табл. 3.12), несмотря на крайне низкую эффективность последних: индекс Пирла для прерванного полового акта составляет 4,0 – 18,0 беременностей на 100 женщин в год, календарного метода – от 14,0 до 50,0 (см. табл. 3.10).

Таблица 3.12. **Распределение ответов на вопрос: «Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы средствами контрацепции и как часто Вы их применяете» (средний балл по 4-балльной шкале)**

Средство	Женщины			Мужчины		
	2005 г.	2007 г.	2008 г.	2005 г.	2007 г.	2008 г.
Презервативы	2,2	2,2	2,2	2,6	2,3	2,5
Прерванный половой акт	1,8	1,8	1,8	1,7	1,8	1,8
«Безопасные дни»	1,6	1,5	1,7	1,5	1,5	1,6
Таблетки (гормональные средства)	1,6	1,6	1,7	1,6	1,5	1,5
ВМС (внутриматочная спираль)	1,4	1,5	1,6	1,3	1,5	1,5
Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1,1	1,2	1,1	1,1	1,2	1,1
Другое	1,1	1,1	1,1	1,7	1,2	1,1

Источник: Данные опроса изучения репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Всегда используют какой-либо метод 38% населения региона. Данные исследования свидетельствуют о чуть более низких в регионе, чем в России в целом, показателях использования ВМС (10,1% против 13,1% соответственно) и гормональных средств (6,3% и 10,1%); использование этих медицинских средств как раз предполагает «постоянность» применения (см. табл. 3.12; рис. 3.7).

Распределение используемых средств свидетельствует об их соответствии в целом возрастным особенностям женского организма. Для молодых женщин характерно использование презерватива, прерванного полового акта, гормональных таблетированных препаратов. В младшей группе (15 – 25 лет) шире используются спермицидные средства.

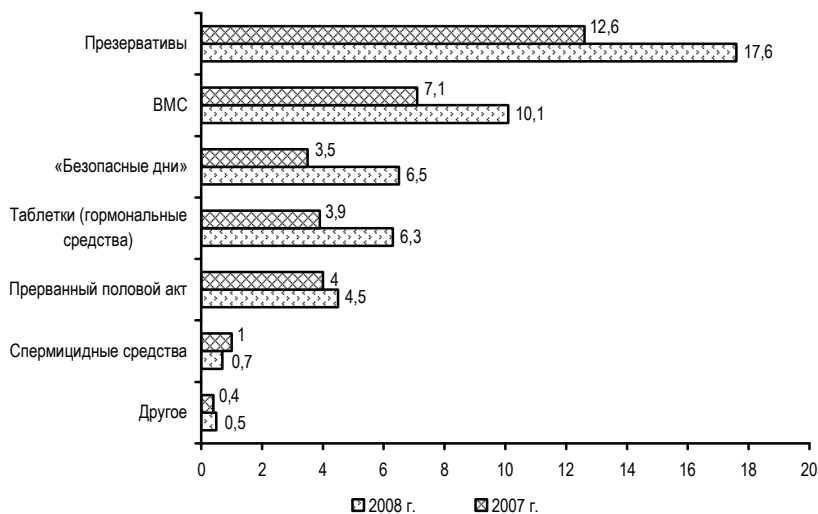


Рис. 3.7. **Использование методов предупреждения беременности** (вариант ответа «всегда использую»; % от числа живущих половой жизнью)

Использование внутриматочной спирали более характерно для женщин старших возрастов (рис. 3.8). Среди женщин активного репродуктивного возраста (до 30 лет) больше отдающих предпочтение барьерным методам планирования семьи, применение которых не ограничивает фертильность и, в случае решения о рождении ребенка, легко отменяется. Гормональные препараты более активно используются женщинами в возрасте от 30 до 35 лет. Применение гормональных таблетированных препаратов требует определенного уровня самодисциплины, ответственного отношения и четкого представления о желательном уровне детности и длительности интергенетического, чаще протогенетического интервалов, что наблюдается именно в этой возрастной группе населения.

Женщины старше 35 лет все еще довольно широко используют естественные методы контрацепции, что приводит, как отмечалось выше, к сохранению высокого уровня и кратности аборт в этой возрастной группе.

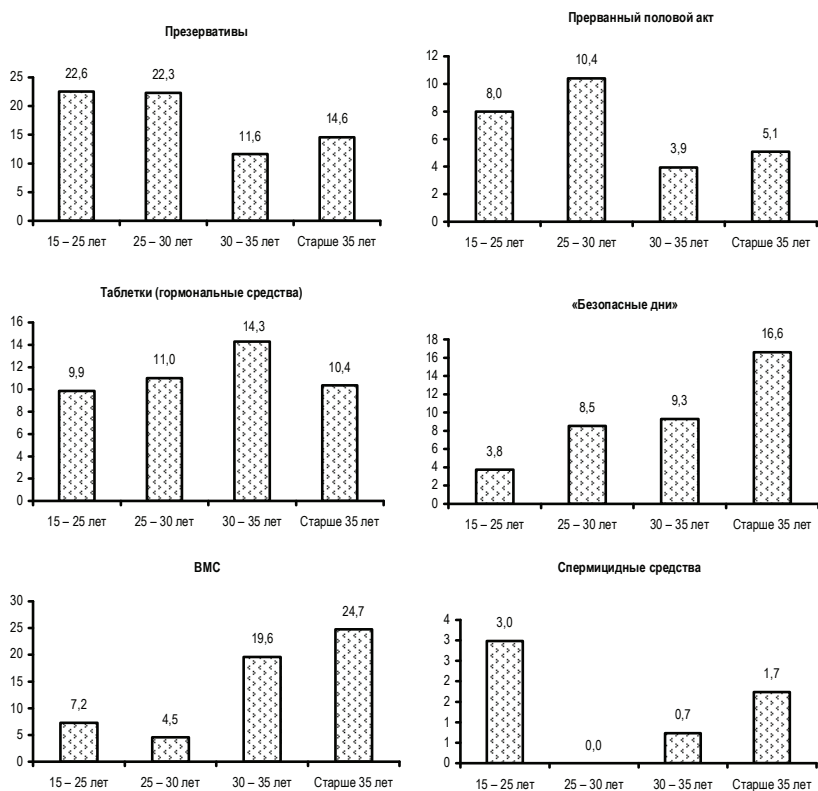


Рис. 3.8. Использование методов предупреждения беременности в разных возрастных группах (вариант ответа «всегда использую»), 2008 г. (в % от числа живущих половой жизнью)

В структуре мотивации использования средств контрацепции первое место устойчиво сохраняет предохранение от нежелательной беременности (в 2008 г. 90% жителей области отметили именно эту причину). Максимальная защита своего здоровья была целью 17-18% населения в 2005 г. и 2007 г., а в 2008 г. ее преследовали уже 21% жителей региона. Профилактика ИППП стала значимой еще для 10% населения, что также подтверждает осведомленность населения о возможных рисках сексуального поведения (рис. 3.9).

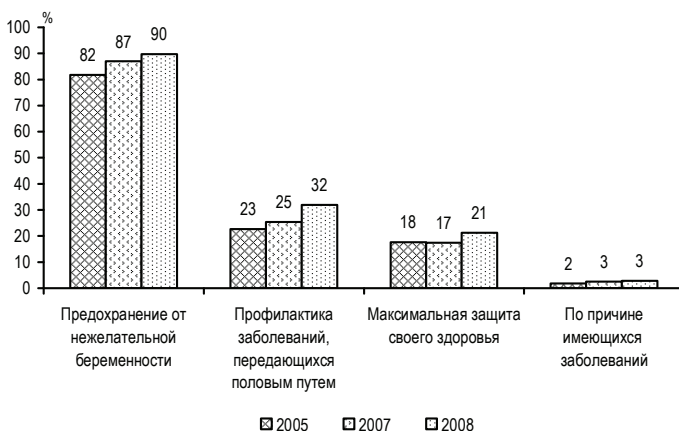


Рис. 3.9. Распределение ответов на вопрос: «С какой целью Вы используете средства контрацепции?» (в % от числа использующих средства контрацепции)

Применение знаний в области репродукции ограничивается субъективным нежеланием использовать средства предохранения от нежелательной беременности и ИППП (рис. 3.10).

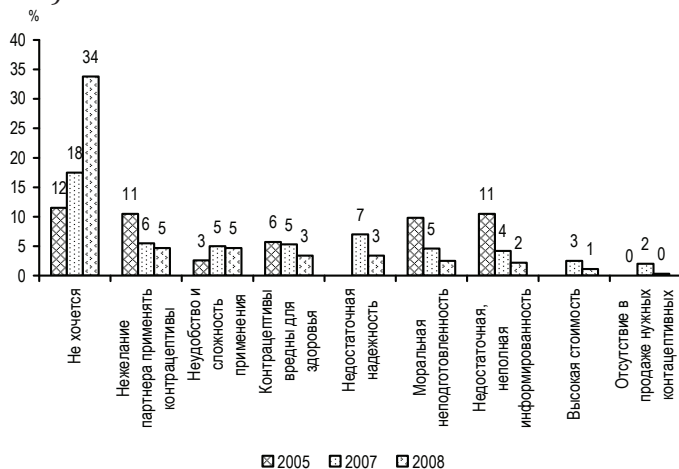


Рис. 3.10. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы не пользуетесь ни одним средством контрацепции, то укажите, пожалуйста, почему» (в % от числа опрошенных)

Всего не пользуется контрацептивными средствами 14% населения, живущего половой жизнью. В данной группе 39% составляют молодые люди в возрасте от 15 до 25 лет, 25% – лица старше 35 лет, 23% – 25 – 35-летние, 12% – жители области в возрасте от 25 до 30 лет (средний возраст – 26,9 года). Из них 44% – мужчины и 56% – женщины; 60% не имеют детей, однако планируют беременность в течение ближайших 3 лет лишь 18%. То есть для 82% представителей группы рискованного репродуктивного поведения потенциальная беременность будет незапланированной. В результате аборт остается одним из распространенных способов планирования семьи.

Абортивно-контрацептивное поведение и планирование семьи в целом базируется на информированности населения в данной сфере, которая в разной степени реализуется в поведенческих решениях.

Оценка уровня социально-гигиенической грамотности населения, проведенная ИСЭРТ РАН, состоит из двух частей: информированность⁷⁷ в вопросах репродукции и рациональность (по частоте использования) контрацептивного поведения. Была оценена информированность населения в вопросах контрацепции, инфекций, передающихся половым путем, знаний о последствиях аборта, о родах. Индекс получен делением среднего балла оценки осведомленности на максимальный балл (в данном случае на 5), таким образом, лучшая информированность оценивается значением, ближайшим к единице.

⁷⁷ Социально-гигиеническая информированность рассчитана по результатам ответов на вопрос: «Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам», в ППП SPSS

Информация	Плохо информирован					Очень хорошо информирован				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1. О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
2. О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
3. О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
4. О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
5. О последствиях аборта	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
6. О родах	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5

Общий индекс социально-гигиенической информированности населения области достаточно высок – 0,77 ед. (в Вологде – 0,77 ед., в Череповце – 0,76 ед., в районах области – 0,78 ед.).

Мужчины ниже оценивают степень своей осведомленности в вопросах репродукции, чем женщины (0,73 и 0,8 соответственно). Гендерные различия величины индекса социально-гигиенической информированности, вероятно, обусловлены несравнимо большими возможностями охвата женщин (через гинекологическую консультационную службу). Индекс рациональности контрацептивного поведения⁷⁸ составляет лишь 0,31. Индекс рациональности поведения рассчитан по частоте использования контрацептивных средств (средний/максимальный балл, в данном случае 4). Такая разница величин свидетельствует о существовании ряда причин, ограничивающих применение имеющихся знаний на практике.

Рациональность поведения выше в группах населения, имеющих более активную жизненную позицию (предприниматели, молодые специалисты с невысокими репродуктивными планами, предпочитающие бездетность или однодетность), она составляет 0,33.

⁷⁸ Рациональность репродуктивного поведения рассчитана по ответам на вопрос: «Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/ша) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете»

Средство/метод	Частота применения			
	Вообще не пользуюсь	Иногда	Очень часто	Всегда
1. Презервативы	1	2	3	4
2. Прерванный половой акт	1	2	3	4
3. Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
4. «Безопасные дни»	1	2	3	4
5. ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
6. Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
7. Другое (укажите)	1	2	3	4

Относительно меньшие значения индекса отмечены в младшей возрастной группе (от 15 до 20 лет – 0,27, табл. 3.13) в территориальном разрезе – в Вологде и районах области 0,29 и 0,27 соответственно, в Череповце – 0,35.

Таблица 3.13. **Оценка социально-гигиенической грамотности населения, возрастной разрез**

Возрастная группа, лет	Индекс информированности в вопросах репродукции	Индекс рациональности контрацептивного поведения
15 – 25	0,72	0,27
25 – 30	0,78	0,33
30 – 35	0,79	0,32
старше 35	0,79	0,32
<i>В среднем</i>	<i>0,77</i>	<i>0,31</i>
Источник: Данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН, 2008 г.		

Существенно отличается от других территорий области п. Вожега: индекс информированности жителей составляет лишь 0,58, что объясняется, вероятно, низкой эффективностью деятельности районных медицинских учреждений. При этом уровень рациональности контрацептивного поведения равен среднеобластному – 0,31. То есть знания о предохранении от нежелательной беременности применяются активно, а информацией, касающейся родов, ВИЧ/СПИДа и других венерических заболеваний, жители данного населенного пункта владеют недостаточно хорошо.

Таким образом, оценивая социально-гигиеническую грамотность населения региона, следует отметить значительные результаты просветительской деятельности, определившие хорошую информированность населения в вопросах репродукции. При этом сохраняется диспропорция осведомленности в вопросах репродукции и рациональности контрацептивного поведения, распространены низкоэффективные методы контрацепции. Применение контрацептивных средств ограничивается нежеланием партнеров, не связанным с планированием беременности в ближайшее время.

3.3. Реализация репродуктивных планов

Результат репродуктивного поведения зависит от двух переменных: потребности в детях и возможности удовлетворения этой потребности. Наличие потребности в детях обусловлено психоэмоциональными особенностями организации личности человека. Половое влечение в иерархии потребностей личности находится на нижней ступени (согласно теории А. Маслоу), что обуславливает его широкое распространение. Однако с развитием общества, индустриализацией, распространением контрацепции удовлетворение полового влечения перестало быть сопряженным с деторождением и потребность в детях «поднялась» по ступеням иерархии до потребностей в самореализации, уважении, одобрении.

Репродуктивные установки формируются под воздействием социокультурных норм детности, характерных для данной исторической эпохи, территории (этнокультурные, религиозные особенности, уровень развития производства, тип семьи, государственности и др.).

Реализация желаемых рождений может происходить при условии физической возможности (фертильности) и благоприятных условиях среды. При этом если фертильность – объективный фактор, то при оценке внешних факторов весьма велик субъективизм, т.к. одни и те же условия разными людьми могут оцениваться по-разному (рис. 3.11).

Таким образом, потребность в детях, представленная репродуктивной установкой (ее когнитивным компонентом – числом желаемых рождений), в каждом предполагаемом случае полного репродуктивного цикла проходит два этапа «допуска». Первый этап – физическая возможность зачатия, вынашивания и родоразрешения (что определяется репродуктивным здоровьем), второй – оценка возможностей воспитания ребенка (самооценка условий среды).

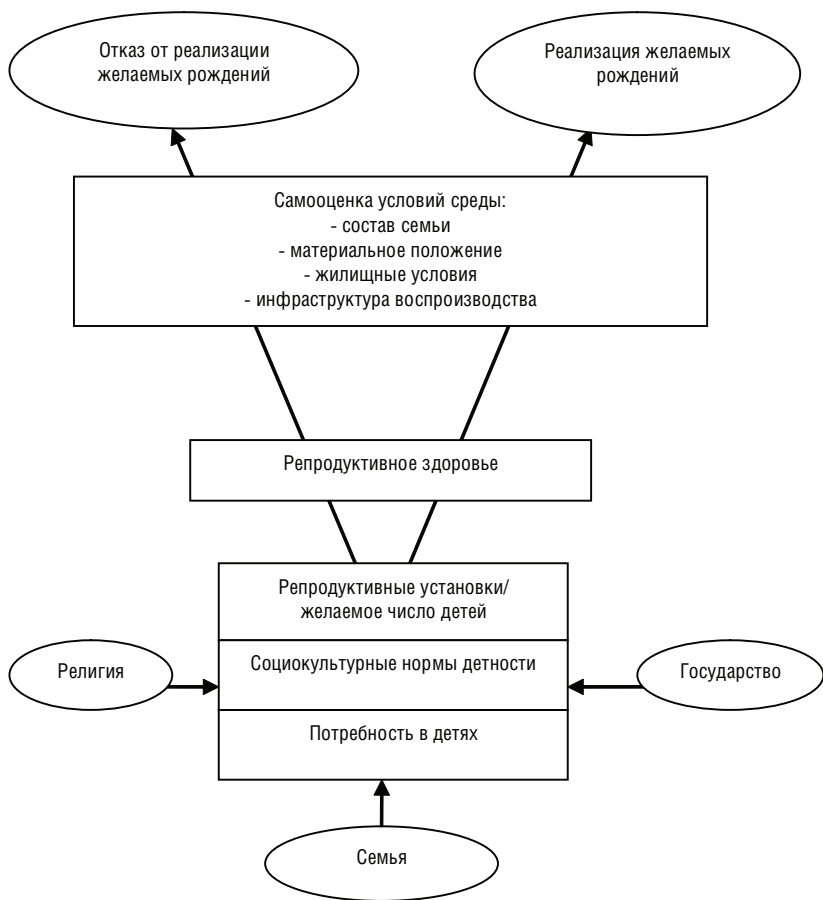


Рис. 3.11. Схема формирования репродуктивного поведения населения

Согласно результатам нашего исследования, наиболее значимыми факторами реализации имеющихся репродуктивных планов семьи являются: материальное положение, состав семьи (брачное состояние), жилищные условия, а также доступность и качество медицинских и образовательных услуг, что условно объединено в «инфраструктуру».

туру воспроизводства». На наш взгляд, такое понятие применимо, поскольку оно связано именно с теми услугами, которые непосредственно касаются родительства и детства: гинекологическая/androлогическая, педиатрическая службы, служба родовспоможения, центры планирования семьи и репродукции, учреждения дошкольного, среднего, высшего образования.

Однако в зависимости от установок детности набор (очередность) факторов несколько различается. Рассмотрим, какие факторы являются определяющими в принятии решения о рождении (или отказе от него) для граждан с различными репродуктивными установками.

Вначале отметим наличие определенной группы населения, не планирующей рождение детей вообще. Доля бездетных граждан, не желающих и не планирующих иметь детей, составляет 0,8%. Это люди, нацеленные на карьерный рост и «зарабатывание денег» (69% представителей данной группы выбрали эти варианты жизненных ценностей), для чего дети являются помехой (так ответили 46% представителей данной группы). Кроме того, 77% людей, сознательно выбирающих бездетность, назвали детей помехой личной жизни и отдыху. Однако в случае незапланированной беременности 38% этой небольшой части населения все же предполагают ее сохранить. Лишь 15% представителей данной группы отдают предпочтение зарегистрированному браку. О том, что решение остаться бездетными вполне сознательно, позволяют утверждать данные о возрасте – 77% населения данной группы старше 30 лет.

Для людей, имеющих репродуктивные планы на малодетность (1 – 2 ребенка, 80% населения), основным условием их реализации является уверенность в завтрашнем дне и стабильность материального благополучия (табл. 3.14).

**Таблица 3.14. Значимость различных факторов
для реализации репродуктивных планов населения
(средний балл по 5-балльной шкале)**

Что необходимо Вам для рождения желаемого числа детей?	Планируемое число детей					Среднее
	Ни одного	Один	Двое	Трое	Четверо и более	
Полная семья	3,45	4,14	4,35	4,55	4,50	4,28
Доступность качественной медицинской помощи	3,45	4,24	4,34	4,08	4,47	4,21
Возможность обеспечить своим детям качественное образование	3,59	4,33	4,41	4,20	4,53	4,28
Наличие/возможность приобретения и удовлетворительное состояние жилья	3,64	4,45	4,50	4,24	4,59	4,36
Стабильность материального благополучия	3,61	4,50	4,55	4,23	4,47	4,39
Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	2,64	3,07	3,11	3,02	3,69	3,10
Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад	2,91	3,40	3,45	3,28	3,81	3,40
Уверенность в завтрашнем дне	3,75	4,57	4,45	4,25	4,41	4,38
Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2008 г.						

Семья в списке условий для реализации малодетных репродуктивных планов занимает лишь 5-6 место. Неуверенность в стабильности брака стимулирует снижение репродуктивных установок и ограничивает реализацию имеющихся. Женщины, ориентированные на рождение одного-двух детей, полагают, что смогут справиться с их воспитанием и без помощи супруга. Мужчины, также осознавая это, чувствуют себя менее обязанными прилагать все усилия для сохранения семьи. Самостоятельность, финансовая независимость женщин порождает, с одной стороны, эмоциональную и материальную свободу и равноправие, но с другой – меньшую

терпимость в межличностных взаимоотношениях и ослабление прочности семейного союза. Это подтверждается статистическими данными об уровнях брачности и разводимости населения, о соотношении браков и разводов.

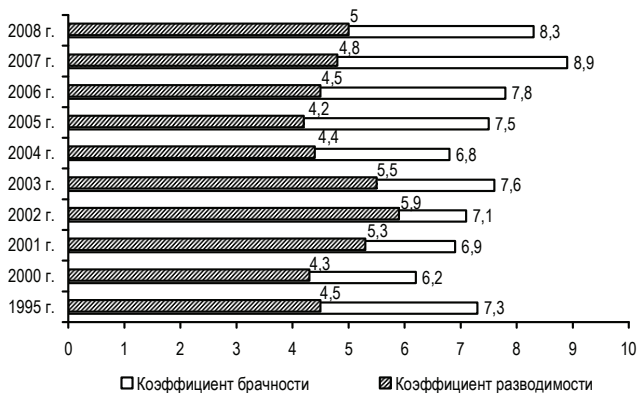


Рис. 3.12. Общие коэффициенты брачности и разводимости, Российская Федерация

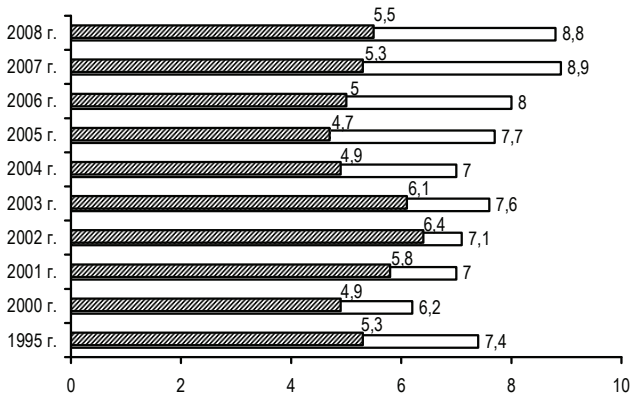


Рис. 3.13. Общие коэффициенты брачности и разводимости, Северо-Западный федеральный округ

Проблема нестабильности брачных союзов, несмотря на положительные тенденции изменения уровня брачности и снижения разводимости населения в России (рис. 3.12 – 3.14, прил. 4), сохраняется.

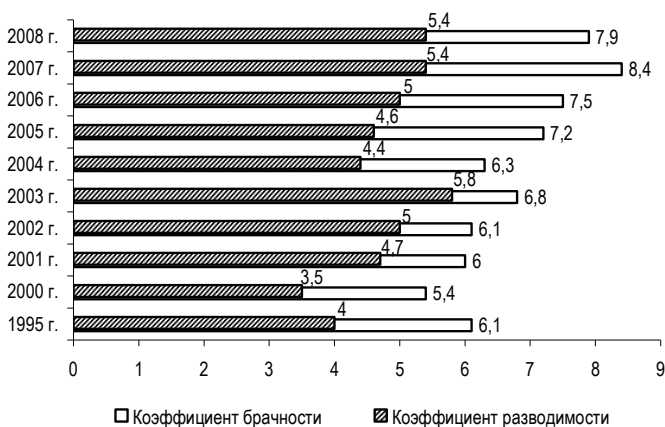


Рис. 3.14. Общие коэффициенты брачности и разводимости, Вологодская область

Уровень разводимости в России остается одним из самых высоких в мире (см. табл. 1 в прил. 4). Около 60% браков заканчивается разводами (в 2008 г. на 1000 браков в Российской Федерации приходилось 597 разводов, в Северо-Западном федеральном округе – 630, в Вологодской области – 685 разводов). В 2008 г. минимальное число разводов на 1000 браков – 481 – отмечалось в Южном федеральном округе, максимальное – 658 – в Уральском федеральном округе (см. табл. 2 в прил. 4).

На высоком уровне сохраняется доля внебрачных рождений: порядка трети детей рождается у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке. Характерно, что в сельской местности значение данного показателя выше, чем у горожан.

В Вологодской области доля внебрачных рождений с начала столетия увеличивалась в течение 5 лет с 31% до 37%, лишь с 2006 г. параллельно с активизацией демографической политики наметилось некоторое ее снижение – до 34% (табл. 3.15).

Таблица 3.15. Родившиеся живыми у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке, доля в общем числе родившихся, %

Год	Российская Федерация			Северо-Западный федеральный округ			Вологодская область		
	Все население	Городское население	Сельское население	Все население	Городское население	Сельское население	Все население	Городское население	Сельское население
2000	28	27,2	29,8	30,9	29,6	36,9	31,4	31	32,7
2001	28,8	27,8	31	31,7	30,3	38	33	32,7	33,8
2002	29,5	28,4	32	32,4	30,8	39,6	34,5	33,2	37,7
2003	29,7	28,6	32,6	32,5	30,8	40,5	35,8	34,4	39,3
2004	29,8	28,3	33,4	32,6	30,6	41,6	35,8	34	39,9
2005	30	28,4	34	32,9	30,9	41,9	37	35,3	40,5
2006	29,2	27,5	33,2	32,1	30	41,1	36	33,9	40,7
2007	28	26,6	31,3	31,1	29	39,3	35,4	33,9	38,7
2008	26,9	25,5	29,9	30,1	28	39,3	34	31,8	38,6

Источник: Демографический ежегодник России. – URL: www.gks.ru

Такая ситуация в сфере брачно-семейных отношений объясняется не только сознательной ориентацией части женщин на одинокое материнство, но и повысившейся приемлемостью альтернативных форм матримониального поведения. Как показывает социологическое исследование⁷⁹, предпочтение совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе отдают 22 – 23% мужчин и 15% женщин.

Преобладание материальных мотивов репродуктивного поведения подтверждает и актуальность факторов, определяющих малодетные репродуктивные планы (*рис. 3.15*).

Вместе с тем значительное распространение традиции иметь мало детей в семье и представлений о «достаточности» небольшого количества детей отражает существенный

⁷⁹ Исследование ИСЭРТ РАН, 2007 г., объем выборочной совокупности – 1461; 2008 г., объем выборочной совокупности – 1536 респондентов.

вклад социальной и психологической составляющей в репродуктивную мотивацию сегодняшней малодетности. Вероятнее всего, потребность в детях конкурирует с другими потребностями семьи, возможность удовлетворения которых будет тем выше, чем меньше число детей.

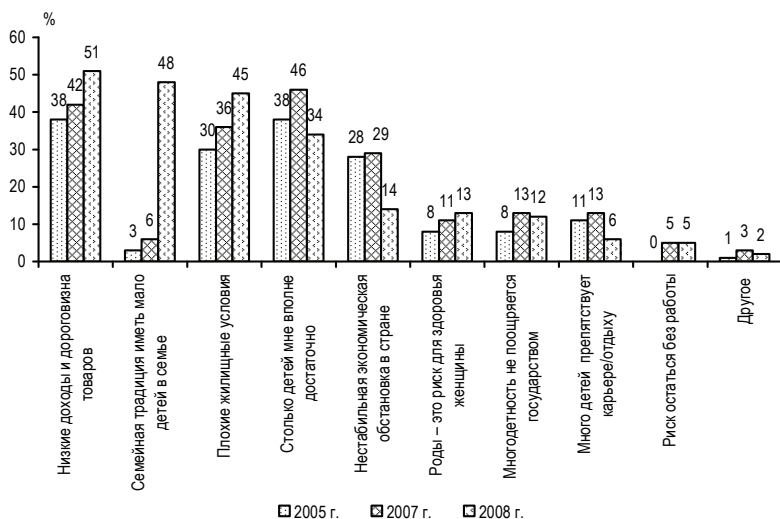


Рис. 3.15. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше»

(в % от числа опрошенных, ориентированных на малодетность)

Источник: Здесь и далее – данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таким образом, малодетные репродуктивные планы лимитируются тем, что экономические условия воспринимаются частью людей как неблагоприятные для рождения ребенка (как правило, второго или третьего).

Граждане, которые хотели бы иметь трех и более детей, чаще всего объясняют свое желание любовью к детям, для 20% представителей этой группы высокие репродуктивные планы – семейная традиция (рис. 3.16).

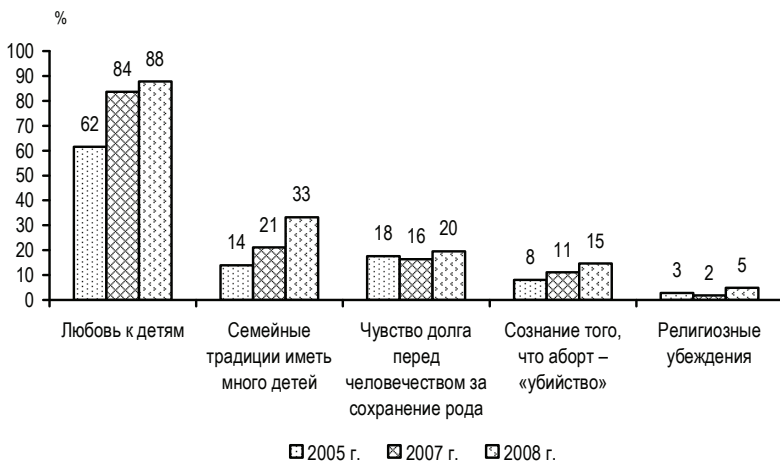


Рис. 3.16. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины этого?»
(в % от числа опрошенных, ориентированных на многодетность)

Экономическая составляющая мотивации репродуктивной установки на многодетность отразилась в оценке роли детей. Дети в семьях, ориентированных на многодетность, чаще воспринимаются как помощь в ведении хозяйства (29% против 20% в малодетных семьях) и помощь в старости (53% против 43%, *рис. 3.17*).

Полная семья находится на первом месте в оценке условий, необходимых для реализации многодетных репродуктивных планов (*табл. 3.17*). Вполне логично, что велико значение жилищных условий. А вот уверенность в завтрашнем дне высоко оценивается всеми, что говорит о чуткости населения к социально-экономическим изменениям в жизни общества.

Роль семейного положения и отношение к браку в целом весьма существенно влияют на уровень репродуктивных установок населения. Жители области, отдающие предпочтение легитимному союзу, демонстрируют более высокие значения желаемой и планируемой детности.

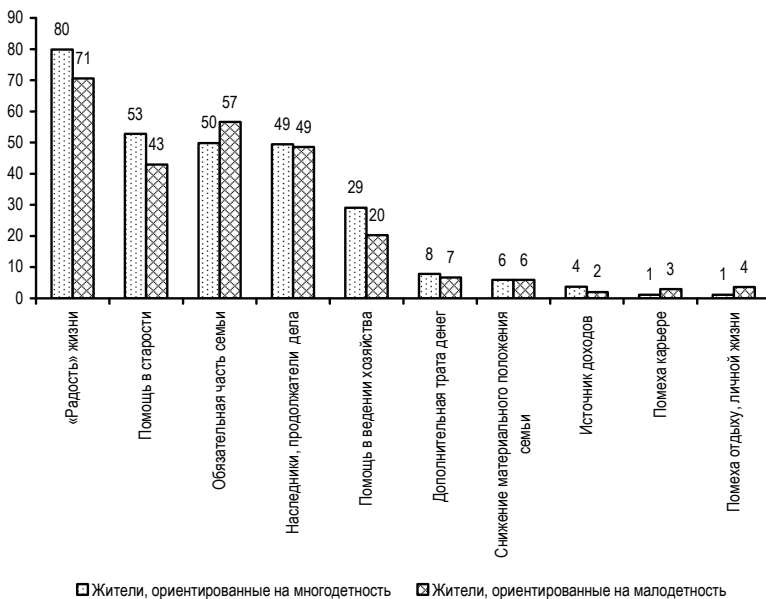


Рис. 3.17. Распределение ответов на вопрос: «Для вас дети – это ...» (2008 г.; в % от числа опрошенных с разными репродуктивными планами)

Та же тенденция наблюдается и при дифференциации населения по отношению к возможности воспитания ребенка вне брака. У тех, кто считает вступление в брак обязательным для воспитания ребенка, желаемое и планируемое число детей выше, чем у тех, для кого это условие не обязательно (табл. 3.16).

Резюмируя сказанное, можно выделить три группы условий, определяющих репродуктивное поведение населения территории.

1. Физиологические факторы репродуктивного поведения:

- возраст: число женщин репродуктивного возраста;
- состояние здоровья: распространенность патологий, ограничивающих или снижающих фертильность (как на стадии зачатия – бесплодие, так и на последующих стадиях репродуктивного цикла – невынашивание, мертворождаемость и пр.).

**Таблица 3.16. Репродуктивные установки жителей области
в зависимости от предпочтения формы брака и оценки его роли
в воспитании детей**

Вопрос и варианты ответа	%**	Желаемое число детей	Планируемое число детей
Какому браку* Вы отдаете предпочтение?			
Зарегистрированному браку	67,2	2,1	1,95
Совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе	18,4	1,75	1,63
Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?			
Да	55,4	2,1	1,96
Нет	27,8	1,87	1,67
Не думал/не думала об этом	11	1,75	1,7
* Формулировка вопроса учитывает тот факт, что в обществе бытует понятие «гражданский» брак, трактуемое как совместное проживание без регистрации в органах ЗАГС, что в действительности является сожительством. ** Без затруднившихся ответить.			

II. Социально-психологические факторы репродуктивного поведения:

- индивидуальная потребность в детях, выраженная в общественно одобряемых нормах детности;
- оценка инфраструктуры рождаемости (образование, медицина);
- оценка социальной поддержки семьи;
- тип семьи (нуклеарная, многопоколенная), приемлемость неполной семьи.

III. Экономические факторы:

- оценка материального положения семьи;
- оценка жилищных условий;
- оценка экономического развития и стабильности государства.

Результатом активизации демографической политики (увеличение пособий, связанных с рождением детей, введение «материнского капитала») стало некоторое улучшение показателей рождаемости. Однако экономическое сти-

мулирование может лишь благоприятствовать реализации имеющихся репродуктивных планов населения, которые на сегодняшний день ограничиваются малодетностью. Следовательно, для обеспечения воспроизводства населения важно обеспечить условия для реализации желаемого числа рождений той части населения, которая ориентирована на много- и среднедетность, учесть социальную и психологическую репродуктивную мотивацию с целью формирования у населения повышения потребности в детях. Несомненно, столь масштабные задачи потребуют системной скоординированной работы на всех уровнях управления от муниципального до федерального.

Заключение

Проблема депопуляции, существующая в России, обусловлена суженным типом воспроизводства населения с низкой рождаемостью и сохранением смертности населения на высоком уровне. Повышение рождаемости населения является одной из наиболее значимых задач с точки зрения сохранения национальной самоидентичности, государственности страны в целом. Этим объясняется тот факт, что настоящее исследование было посвящено именно этому демографическому процессу.

Уровень рождаемости, определяющий тип воспроизводства населения территории, зависит от демографической структуры, репродуктивного здоровья и поведения населения, которые имеют ряд негативных тенденций, препятствующих повышению рождаемости как в России, так и в Вологодской области. К проблемам демографической структуры населения следует отнести:

а) объективные количественные характеристики населения: снижение численности женщин репродуктивного возраста; существующая на данный момент и прогнозируемая в будущем диспропорция полов;

б) характеристики демографического поведения, снижающие детность семей: высокий уровень разводимости; высокий уровень внебрачной рождаемости.

Как было выявлено в процессе исследования, репродуктивное здоровье населения как основа рождаемости характеризуется повышением уровня заболеваемости болезнями репродуктивной системы; высоким уровнем заболеваемости беременных женщин; высокой долей бесплодных пар, что ведет не только к снижению уровня рождаемости, но и к ухудшению здоровья детей.

Предпосылками отклонений в репродуктивном здоровье населения являются особенности абортивно-контрацептивного поведения: длительность периода от начала половой жизни до рождения ребенка (как и протогенетического интервала при распространении фактического брака); нерегулярное использование и отказ от контрацепции, вызванные безответственностью и низкой культурой сексуального поведения в целом, использование низкоэффективных методов контрацепции, что приводит к сохранению высокого уровня и кратности абортов, заболеваемости болезнями репродуктивной системы, незапланированных беременностей.

Углубленное исследование собственно репродуктивного поведения населения показало, что для него характерно:

- распространение малодетности;
- увеличение возраста материнства (сдвиг рождаемости на старшие возрастные группы);
- невысокие репродуктивные установки и их недореализация в силу материальных причин.

Все это без системного противодействия приведет к углублению демографических проблем.

Таким образом, выявленные тенденции позволяют сделать вывод, что трансформация сексуальных и семейных отношений сопровождается повышением рисков для репродуктивного здоровья населения и снижением репродуктивных ожиданий, что, в свою очередь, приводит к снижению уровня рождаемости, ухудшению здоровья детей.

Исследование детерминант рождаемости населения в целом позволило расширить понимание механизмов формирования ее уровня и выделить направления деятельности, необходимые для увеличения рождаемости населения. Эти направления можно объединить в следующие группы: формирование благоприятной демографической структуры, укрепление репродуктивного здоровья, обеспечение условий для реализации репродуктивных планов населения, формирование средне- и многодетных репродуктивных установок.

1. *Формирование благоприятной демографической структуры населения предполагает решение следующих задач:*

- укрепление института семьи в целях профилактики разводов;
- снижение диспропорции полов за счет снижения смертности мужчин в репродуктивном возрасте.

2. *Укрепление репродуктивного здоровья населения*

В рамках данного направления уместно выделить две группы задач. Во-первых, необходимо обеспечить своевременное выявление заболеваний, качественную медицинскую помощь больным пациентам.

Во-вторых, реализовать мероприятия профилактической направленности по формированию здоровьесберегающего поведения, ответственного отношения к своему здоровью (см. прил. 5), в том числе расширение консультационных услуг по контрацепции и планированию семьи на базе медицинских и образовательных учреждений.

3. *Обеспечение условий для реализации репродуктивных планов населения, формирование средне- и многодетных репродуктивных установок*

Учитывая факторы реализации репродуктивных планов, выявленные в исследовании, целесообразно:

- продолжить реализацию всех социальных программ для повышения качества и доступности жилья, ввести преференции для семей с детьми;
- повысить качество и доступность услуг здравоохранения и образования;
- повысить уровень материальной поддержки семьи в период прекращения трудовой деятельности члена семьи в связи с уходом за ребенком/детьми: увеличить размер пособия по уходу за ребенком до двух прожиточных минимумов (матери и ребенку) на период до поступления ребенка в дошкольное учреждение.

С целью увеличения репродуктивных установок населения необходимо:

- стимулировать экономическую заинтересованность в детях, для чего:

- а) обеспечить реализацию мер, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей»;

- б) ввести систему льгот, индексирующихся пропорционально числу детей в семье, например, пенсионных отчислений, повышающих премиальных коэффициентов в оплате труда, а также льгот, касающихся длительности рабочих отпусков, процентных ставок по кредитам, налоговых отчислений и т.д.;

- наладить просветительскую деятельность, целью которой будет сглаживание конкуренции потребности в детях с потребностями современного общества. С учетом целевых аудиторий (в возрастной градации) подготовить цикл телевизионных передач, социальной рекламы просемейной направленности, включить рассмотрение данных вопросов в курсы обществознания, валеологии, экономики, истории в системе школьного образования, рекомендовать их включение в программу внеурочных классных мероприятий;

- создавать с помощью СМИ положительный образ многодетной семьи: продолжить цикл программ, рассказывающих о жизни многодетных семей региона в позитивном ракурсе, а также содержащих информацию о путях и возможностях решения имеющихся проблем.

Кроме того, целесообразно ввести экспертизу законопроектов, программ, стратегий и прочих законодательных актов на их соответствие направленности демографической политики государства. На региональном уровне целесообразно сформировать долгосрочную стратегию демографического развития, основанную на принципах системности и межведомственного взаимодействия.

Глоссарий

Анамнез – результат опроса больного со сведениями о его прежней жизни, ходе болезни, самочувствии и прочем, записанный на память.

Анкетирование – метод получения первичной информации, заключающийся в составлении анкет и проведении опроса; применяется в общественных науках, при переписях населения, в изучении общественного мнения.

Бесплодие – неспособность человека или брачной пары воспроизводить потомство, обусловленная или неспособностью мужчины/женщины к зачатию (стерильность), или неспособностью женщины выносить и родить живого ребенка.

Брачность – процесс заключения браков.

Возрастной коэффициент рождаемости – соотношение годового числа родившихся у матерей возраста (X) к численности всех женщин этого возраста.

Воспроизводство населения – непрерывный процесс естественной смены поколений за счет рождений и смертей. В зависимости от соотношения уровней рождаемости и смертности воспроизводство населения может быть расширенным (численность последующих поколений увеличивается по сравнению с предыдущим), стационарным (при постоянстве численности следующих друг за другом поколений) или суженным (численность последующих поколений уменьшается по сравнению с предыдущим).

Демографическая политика – политика, направленная на достижение желательного в долгосрочной перспективе типа воспроизводства населения.

Депопуляция – уменьшение абсолютной численности населения страны или отдельной территории, при котором численность последующих поколений меньше предыдущих.

Детность – среднее число детей в семье. В зависимости от числа детей в расчете на одну семью различают многодетность (5 и более детей), среднететность (3-4 ребенка) и малодетность (1-2 ребенка).

Желаемое число детей – важный элемент ценностных ориентаций личности, обусловленных спецификой социализации, семейного опыта и т.д. Он означает число детей, которое индивид предпочел бы иметь в своей семье «вообще», исходя из собственных потребностей, без учета конкретных обстоятельств жизни и индивидуальной биографии.

Идеальное число детей в семье – одна из важных характеристик репродуктивной установки личности, описывающая представление о наилучшем числе детей в семье вообще, безотносительно конкретных условий, реальной жизненной ситуации и индивидуальных предпочтений.

Индекс Пирла – мера вероятности зачатия в течение определенного интервала времени (например, года) при наличии определенных условий (например, без применения контрацепции или при применении какого-либо ее метода и т.д.). Обычно используется для измерения уровня т.н. «контрацептивных осечек» при предположении, что индекс Пирла, равный 0, означает 100-процентную эффективность контрацепции.

Интергенетический интервал – это средняя длительность периода между последовательными рожденьями.

Величина этого интервала может быть установлена практически только в ходе статистических обследований или социологических исследований. Еще один возможный источник данных об интергенетических интервалах – истории беременностей и родов в женских консультациях и родильных домах – практически недоступен демографам и социологам.

Инфертильность – отсутствие рождений у женщины в течение всего или части репродуктивного периода.

Календарь рождений – распределение рождений во времени в течение репродуктивного периода или периода супружества.

Материнская смертность – смертность женщин в период беременности, родов и в послеродовой период (в течение 6 недель после родов).

Младенческая смертность – смертность детей в возрасте до года.

Мониторинг – специально организованное систематическое наблюдение за состоянием каких-либо объектов. Данные мониторинга усредняются за отчетный период и в разрезе территорий. Результаты мониторинга используются для комплексной оценки качества обследуемого объекта и эффективности мероприятий.

Ожидаемое (планируемое) число детей в семье – число детей, которое индивид намерен иметь в своей семье с учетом имеющихся репродуктивных установок и конкретной жизненной ситуации (как на данный момент, так и в перспективе). Информацию об ожидаемом числе детей получают при обследовании населения как ответы на вопросы типа: «Сколько всего детей с учетом уже имеющихся Вы собираетесь иметь в семье?» или «Сколько всего детей Вы собираетесь иметь в своей семье?».

Планирование семьи – 1. Внутрисемейное регулирование деторождения. 2. Принятие и реализация супружеской парой (индивидом) решений о числе детей в семье и сроках их появления на свет. 3. Деятельность государственных и негосударственных агентств, направленная на создание условий для достижения каждой семьей желаемого числа детей в желаемые сроки.

Протогенетический интервал – время между вступлением в брак (точнее, образованием брачного союза) и рождением первенца.

Репродуктивная мотивация – психическое состояние личности, характеризующееся наличием у нее тех или иных целей экономического, социального, психологического, демографического и иного характера, побуждающих к рождению того или иного числа детей; изучается в социолого-демографических исследованиях репродуктивного поведения.

Репродуктивная установка – психический регулятор репродуктивного поведения, готовность индивида к тому, чтобы в конкретных условиях жизнедеятельности иметь то или иное число детей (сыновей и дочерей) в определенные сроки, исходя из потребности в детях; репродуктивная установка состоит из трех компонентов: когнитивного (познавательного), эффективного (эмоционального) и поведенческого (побудительного).

Репродуктивное здоровье – способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантия безопасности беременности и родов; выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательных.

Репродуктивное поведение – система действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности в браке или вне брака.

Репродуктивный возраст (генеративный возраст) – возраст, в котором женщина способна к деторождению. Границы репродуктивного возраста в демографическом анализе определяют продолжительность репродуктивного периода. Этот возраст для женщин составляет от 15 до 50 лет, в странах с низкой рождаемостью – от 15 до 45 лет (в целых годах). Доля женщин репродуктивного возраста в населении довольно устойчива – 25 – 30%, колебания этой величины зависят от колебаний уровней рождаемости в отдельные периоды времени.

Репродуктивный потенциал – выражает способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение.

Репродуктивный труд – в широком смысле слова представляет собой деятельность по воспроизводству человеческого капитала, которая заключается в уходе за будущей и имеющейся рабочей силой и человеческим родом в целом. Репродуктивный труд в узком понимании, предметом которого является выращивание будущей рабочей силы, складывается из процессов рождения, ухода, воспитания, дошкольной подготовки детей в семье и их ранней социализации.

Рождаемость – фактическая реализация плодовитости в зависимости от множества условий (из которых наличие плодовитости – первое) экономического, культурного, психологического и другого свойства.

Семья – основанная на единой общесемейной деятельности общность людей, связанных узами супружества – родительства – родства, и тем самым осуществляющая воспроизводство населения и преемственность семейных поколений, а также социализацию детей и поддержание существования членов семьи.

Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) – показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15–49 лет) при сохранении в каждом возрастном уровне рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. Его величина не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данный календарный год.

Фертильность – способность зрелого организма воспроизводить потомство.

Литература

1. Антонов, А.И. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики [Текст] / А.И. Антонов, В.А. Борисов. – М.: Ключ-С, 2006. – 192 с.
2. Антонов, А.И. Социология рождаемости [Текст] / А.И. Антонов. – М., 1980. – 161 с.
3. Антонов, А.И. Социология семьи [Текст] / А.И. Антонов, В.М. Медков. – М.: Изд-во Международного университета бизнеса и управления, 1996. – 304 с.
4. Багирова, А.П. Продуктивный и репродуктивный труд: сравнительный анализ [Текст] / А.П. Багирова // Человек и труд. – 2008. – № 12. – С. 30-32.
5. Багирова, А.П. Репродуктивный труд: генезис научных представлений [Текст] / А.П. Багирова, М. Абилова // Человек и труд. – 2010. – № 3. – С. 56-58.
6. Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период [Текст] / В.В. Бодрова // Народонаселение. – 1999. – № 2. – С. 11.
7. Борисов, В.А. Демография [Текст] / В.А. Борисов. – М.: NOTABENE, 2001. – 272 с.
8. Борисов, В.А. Демография и социальная психология [Текст] / В.А. Борисов. – М., 1970. – С. 8.
9. Борисов, В.А. Перспективы рождаемости [Текст] / В.А. Борисов. – М., 1976. – 248 с.
10. Ваганова, Л.И. Медико-социальная характеристика студентов-подростков, новые подходы к совершенствованию организации медицинской помощи [Текст] / Л.И. Ваганова: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Уфа, 2003.
11. Выступление директора Департамента развития медицинской помощи детям и службы родовспоможения Минздравсоцразвития России В. Широковой на открытии X Всероссийского научного форума «Мать и дитя» 29 сентября 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/child/45>

12. Глазьев, С.Ю. Геноцид [Текст] / С.Ю. Глазьев. – М.: Терра, 1998. – 319 с.
13. Глушанко, В.С. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: курс лекций / В.С. Глушанко. – Витебск : ВГМУ, 2001.
14. Гойда, Н.Г. Концептуальные основы биосоциального ритма репродуктивного потенциала населения, модели профилактики нарушений на этапах его формирования [Текст] / Н.Г. Гойда, В.И. Чебан // Охрана здоровья Украины. – 2001. – № 1 (1).
15. Демографический ежегодник Вологодской области [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 407 с.
16. Демографический ежегодник России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2005. – 595 с.
17. Демографический ежегодник России. 2007 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 551 с.
18. Демографический ежегодник России. 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
19. Демографический ежегодник России. 2009 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
20. Демографический понятийный словарь [Текст] / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – 352 с.
21. Денисенко, М.Б. Сексуальное поведение российской молодежи [Текст] / М.Б. Денисенко, Ж.-П. Далла Зуанна // Социологические исследования. – 2001. – № 2. – С. 83-87.
22. Денисов, Б.П. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД [Текст] / Б.П. Денисов, В.И. Сакевич // Социологические исследования. – 2004. – № 1. – С. 75-85.
23. Дети в России. 2009 [Текст]: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат.– М.: Статистика России, 2009. – С. 20.
24. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfadb/index.php?lang=ru>
25. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 108 с.
26. Журавлева, И.В. Поведенческие факторы здоровья подростков [Текст] / И.В. Журавлева // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: сб. тезисов II Всерос. социолог. конгресса. – М., 2003. – С. 51-52.

27. Захаров, С.В. Когортный анализ смертности населения России [Электронный ресурс] / С.В. Захаров. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/center/zacharov/zachar_rus.html
28. Здоровье матери и ребенка [Текст]: информ.-аналит. материалы / Н.С. Богданович, И.А. Ванилович, Л.И. Матуш [и др.]; под ред. Л.И. Матуш, Г.А. Шишко. – Мн.: ЮНИПАК, 2002.
29. Здоровоохранение в России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.
30. Здоровоохранение в России. 2009 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm
31. Зорина, З.А. Зоопсихология. Элементарное мышление животных [Текст]: учеб. пособие / З.А. Зорина, И.И. Полетаева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 320 с.
32. Ильшев, А.М. Стратегия включения репродуктивного труда в экономику России [Текст]: монография / А.М. Ильшев, И.В. Лаврентьева. – М.: Финансы и кредит, 2005. – 368 с.
33. Капица, С.П. Модель роста населения Земли и экономическое развитие человечества [Текст] / С.П. Капица // Вопросы экономики. – 2000. – № 12. – С. 85.
34. Каткова, И.П. Бедность и репродуктивный потенциал [Текст] / И.П. Каткова, Е.В. Андрушина, В.И. Катков // Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. – С. 29.
35. Крячко, А.А. Стратегии развития культуры родительства на пороге третьего тысячелетия: поиск оптимального подхода [Электронный ресурс] / А.А. Крячко – Режим доступа: http://www.portal-slovo.ru/pre_school_education/36653.php
36. Лаврентьева, И.В. О механизме регулирования репродуктивного процесса в регионе [Текст] / И.В. Лаврентьева // Проблемы теории и практики управления. – 2003. – № 6. – С. 63-69.
37. Лопатина, Т.В. Самоохранительное поведение и здоровье подростков [Текст] / Т.В. Лопатина // Социология и общество: проблемы и пути взаимодействия: материалы III Всерос. социол. конгресса. – М.: Ин-т социологии РАН, 2008.
38. Максаковский, В.П. Географическая картина мира [Текст] / В.П. Максаковский. – М.: Дрофа, 2008. – Кн. 1. – 495 с.
39. Мак-Фарленд, Д. Поведение животных. Психобиология, этология и эволюция [Текст] / Д. Мак-Фарленд. – М.: Мир, 1988. – 520 с.

40. Махмудова, Т.А. Медико-социальные аспекты репродуктивного здоровья женщин (по материалам Республики Дагестан) [Текст]: дис. ... канд. мед. наук / Т.А. Махмудова. – М., 2000.

41. Медик, В.А. Курс лекций по общественному здоровью и здравоохранению [Текст]: в 3 т. / В.А. Медик, В.К. Юрьев. – М.: Медицина, 2003.

42. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med74.ru>

43. Медков, В.М. Демография [Текст]: учеб. пособие / В.М. Медков. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 448 с.

44. Народонаселение: энциклопедический словарь. [Текст]. – М., 1994. – С. 384-386.

45. Недолужко, Л.Н. Социально-экономические причины сокращения рождаемости [Электронный ресурс] / Л.Н. Недолужко // Вестник Кыргызско-Российского Славянского университета. – 2002. – № 4. – Режим доступа: <http://www.krsu.edu.kg/vestnik/2002/v4/a05.html>

46. Низамов, И.Г. Социологическое исследование факторов, влияющих на репродуктивное здоровье подростков и юных женщин [Текст] / И.Г. Низамов, О.В. Чечулина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2003. – № 3. – С. 10-13.

47. Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области: закон Вологодской области от 29.12.2003 № 982-03: ред. от 16.07.2005: принят постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 26.12.2003 № 802. – Вологда, 2005.

48. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст]: учебник для студентов мед. вузов / под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. – 3-е изд., испр. – М.: МЕДпресс-информ, 2004. – С. 9.

49. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008 гг. [Текст] / Департамент здравоохранения Вологодской области; Медицинский информационно-аналитический центр; Бюро медицинской статистики. – Вологда, 2003, 2005, 2007, 2009.

50. Пасовец, Ю.М. Репродуктивные установки населения региона [Электронный ресурс] / Ю.М. Пасовец // Россия: ключевые проблемы и решения: сб. докладов на VIII Междунар. науч. конф., г. Москва, 18-19 декабря 2009 г. – Режим доступа: <http://demografia.viperson.ru/wind.php?ID=425429>

51. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2008 году [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 80 с.

52. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 г. [Электронный ресурс]: стат. бюллетень / Росстат, 2009. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

53. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию (Нью-Йорк, 1994 г.) [Текст]: доклад МКНР/ООН А/CONF.171/13 // Стратегия в области репродуктивного здоровья. Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2004. – С. 8.

54. Райзберг, Б.А. Современный социоэкономический словарь [Текст] / Б.А. Райзберг. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 629 с.

55. Реализация программы Евробюро ВОЗ «Здоровье–21» – один из основных путей улучшения здоровья женщин [Текст] / Европейское региональное бюро ВОЗ, Фонд ООН в области народонаселения. – Мн., 2001.

56. Региональная стратегия экономического роста – 2015 [Текст] / под ред. В.А. Ильина; Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН. – М.: Наука, 2007. – С. 96-97.

57. Регионы России. 2008 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: www.gks.ru

58. Резер, Т.М. Медико-социальные подходы к организации полового воспитания и сексуального образования [Текст] / Т.М. Резер // Социологические исследования. – 2003. – № 1. – С. 102-108.

59. Резникова, Т.П. Контрацептивное поведение молодежи [Текст] / Т.П. Резникова // Социологические исследования. – 2003. – № 1. – С. 131-135.

60. Репродуктивное здоровье: роль ВОЗ в глобальной стратегии. Охрана здоровья матери и ребенка и планирование семьи: качество помощи [Текст]: материалы 48-й сессии ВОЗ. Серия технических докладов № 569. – Женева: ВОЗ, 1977. – С. 7.

61. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы [Текст] / коллектив авторов под рук. д. э. н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.

62. Римашевская, Н.М. Русский крест [Текст] / Н.М. Римашевская // Природа. – 1999. – № 6. – С. 3-10.

63. Российский статистический ежегодник. 2008 [Электронный ресурс] / Росстат. – Режим доступа: www.gks.ru

64. Российское обследование «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» в рамках Международной программы Европейской экономической комиссии ООН «Generations and Gender»

(«Поколения и Гендер») [Электронный ресурс] / Независимый институт социальной политики, г. Москва. – Режим доступа: http://www.socpol.ru/gender/Prog_Russia.shtml

65. Руководство по охране репродуктивного здоровья [Текст] / В.И. Кулаков, В.Н. Серов, Л.В. Адамян [и др.]. – М.: Триада-Х, 2001. – 565 с.

66. Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения [Текст]: в 2 т. / под ред. Ю.П. Лисицына. – М.: Медицина, 1987.

67. Русанова, Н.Е. Медико-социальные проблемы суррогатного материнства [Текст] / Н.Е. Русанова // Социология и общество: проблемы и пути взаимодействия: материалы III Всерос. социолог. конгресса. – М.: Ин-т социологии РАН, 2008.

68. Русанова, Н.Е. Репродуктивное здоровье как фактор демографического развития [Текст] / Н.Е. Русанова // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: сб. тез. II Всерос. социолог. конгресса. – М., 2003. – С. 35-36.

69. Сакевич, В.И. Особенности внутрисемейного контроля рождаемости в России [Текст] / В.И. Сакевич // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе / под науч. ред. С.В. Захарова, Т.М. Малеевой, О.В. Синявской; Независимый ин-т социальной политики. – М.: НИСП, 2009. – 336 с.

70. Семья в России. 2008 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: www.gks.ru

71. Словарь иностранных слов русского языка [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.inslov.ru

72. Советский энциклопедический словарь. – М.: Советская энциклопедия, 1980. – С. 1419.

73. Современная демография [Текст] / под ред. А.Я. Кваши, В.А. Ионцева. – М., 1995. – 268 с.

74. Социальная гигиена и организация здравоохранения [Текст] / под ред. А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова. – М.: Медицина, 1984.

75. Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 104 с.

76. Социологический энциклопедический словарь [Текст]: на русском, английском, немецком, французском и чешском языках / редактор-координатор академик РАН Г.В. Осипов. – М.: ИНФРА-М, 1998. – 488 с.

77. Социология семьи [Текст]: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М. : ИНФРА-М, 2009. – 640 с.
78. Социология: словарь-справочник [Текст]. – М., 1991. – Т. 3. – С. 141-142.
79. Статистический словарь [Текст] / гл. ред. М.А. Королев. – М. : Финансы и статистика, 1989. – 623 с.
80. Степанова, Г.Б. Репродуктивное здоровье и образ жизни студенческой молодежи [Текст] / Г.Б. Степанова // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: тезисы докл. и выступл. на II Всерос. социолог. конгрессе: в 3 т. – М.: Альфа-М, 2003. – Т. 3. – С. 793-794.
81. Стратегия демографического развития России / под ред. В.Н. Кузнецова и Л.Л. Рыбаковского. – М.: ИСПИ РАН, 2005.
82. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал: методология исследования и оценки [Текст] / М.Ю. Сурмач // Медицинские новости. – 2007. – № 3. – С. 40-45.
83. Тинберген, Н. Социальное поведение животных [Текст] / Ъ.Н. Тинберген. – М., 1993. – 149 с.
84. Фридрихс, В. Позиция и ее формирование [Текст] / В. Фридрихс // Исследование проблем молодежи в ГДР. – М., 1976. – С. 109.
85. Халтурина, Д.А. Русский крест. Факторы, механизмы и пути преодоления демографического кризиса в России [Текст] / Д.А. Халтурина, А.В. Коротаев. – М.: Едиториал URSS, 2006. – 128 с.
86. Цыцарова, Т.Е. Демография: учебн. пособие [Текст] / Т.Е. Цыцарова. – Ульяновск: УлГТУ, 2009. – 100 с.
87. Чередник, М.А. Оценка качества жизни как критерия здоровья городской семьи и социально-экономический портрет потребителя лечебно-оздоровительных услуг [Текст]: автореф. дис. ... канд. мед. наук / М.А. Чередник. – СПб., 2002.
88. Энциклопедический социологический словарь [Текст] / под ред. академика РАН Г.В. Осипова. – М.: ИСПИ РАН, 1995. – 939 с.
89. Юрьев, В.К. Общественное здоровье и здравоохранение [Текст] / В.К. Юрьев, Г.И. Куценко. – СПб.: Петрополис, 2000.
90. Якунин, В.И. Новые технологии борьбы с российской государственностью [Текст]: монография / В.И. Якунин, В.Э. Багдасарян, С.С. Сулакшин. – М. : Научный эксперт, 2009. – 424 с.

91. Becker, G.A Theory of Allocation of Time [Text] // Economic Journal. – 1965 (September). – P. 493-517.
92. Becker, G. Interaction between quantity and quality of children [Text] / G. Becker, G.H. Lewis; T.W. Shultz (ed) // Economics of the family: marriage, children and human capital. – Chicago, 1973. – P. 81-90.
93. Europe in figures – Eurostat yearbook 2009 [Электронный ресурс]. – P. 130. – Режим доступа: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
94. Lutz, W. Doubling of world population unlikely [Text] / W. Lutz, W. Sanderson, S. Scherbov // Nature. – 1997. – Vol. 387. – P. 803-805.
95. Lutz, W. The end of world population growth. [Text] / W. Lutz, W. Sanderson, S. Scherbov // Nature. – 2001. – Vol. 412. – P. 543-545.
96. Notestein, F.W. Population: the long view. Food for the World. Ed. by W. Schultz [Text]. – Chicago, 1945. – P. 103-112.
97. Pollak, R.A. Cultural and Economic Approaches to Fertility: Proper Marriage or Mesalliance? [Text] / R.A. Pollak, S.C. Watkins // Population and Development Review. – 1993 (September). – Vol. 19. – № 3. – P. 467-496.
98. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2004 Revision and World Urbanization Prospects: The 2003 Revision [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://esa.un.org/unpp>
99. Werner, F. Praktische Personalarbeit als Aufgabe: Grundlagen, Konzepte, Checklisten [Text]. – Wiesbaden: Gabler, 1991. – S. 37.
100. Smith, A. Wealth of Nations. E. Canaan(ed). M. Library Edition [Text]. – New York, 1856. – P. 58.
101. World Development Indicators / World Bank, 2006. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

Приложения

Возрастные коэффициенты рождаемости, ‰

Год	Возрастной интервал							
	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	15 – 49
Российская Федерация								
1998	47	99	68	33,4	11,5	2,3	0,1	33,1
2008	30,5	89,8	91	60,4	25,9	4,6	0,2	44,6
Центральный федеральный округ								
1998	41,3	90,9	62,1	29,5	10,1	2	0,1	29
2008	25	79,4	85,6	56,4	23,9	4,2	0,2	39,5
Северо-Западный федеральный округ								
1998	37	85,3	63,4	30,2	10,3	1,8	0,1	28,1
2008	24,7	75	85,8	58,2	24,6	4,3	0,2	39,9
Республика Карелия								
1998	40,8	89,3	63,8	31,6	9,9	1,8	0,1	30
2008	28,8	77,2	84,8	54,9	23,5	4,5	0,1	40,6
Республика Коми								
1998	46,9	95,4	70,2	35,6	12,1	1,8	-	33,3
2008	32,7	86	89,1	57,1	24,3	3,9	0,1	42,9
Архангельская область								
1998	43,7	96,7	71,1	32,8	10,1	1,6	0,1	32,5
2008	30,5	91,8	90,3	59,5	24,1	3,7	0,1	44,9
Вологодская область								
1998	40,8	98,7	69	31,1	10,2	1,7	-	31,6
2008	30,1	88,3	94,7	59,7	25,4	3,8	0,1	44,7
Калининградская область								
1998	47,1	93,6	63,5	28,8	10,3	1,9	0,2	30,5
2008	28,4	81	88,6	59,3	25,7	5	0,2	42,3
Ленинградская область								
1998	40,7	82,6	54,2	24,5	8,3	2	0,1	25,5
2008	25,4	67,2	67,3	46	19,3	3,3	0,2	33,4
Мурманская область								
1998	37,4	87,1	65,6	29,1	9,1	1,5	-	27,4
2008	23,7	79,2	86,5	55,1	21,2	3	0,1	39
Новгородская область								
1998	42,5	95,1	66,8	32,7	10,7	2,1	0,1	30,5
2008	32	85,5	83,8	55	20,3	3	0,1	40,8
Псковская область								
1998	42,3	93,4	61,8	28,5	11,2	2	-	29,5
2008	29,5	83,8	82	55,5	22	3,8	0,3	39,6
г. Санкт-Петербург								
1998	23,4	69,5	60,6	30,1	10,9	1,8	-	24,2
2008	14,8	61,2	88,2	63,7	27,7	5,2	0,3	38,5
Южный федеральный округ								
1998	53,4	113,3	78,7	41	15,3	3,1	0,2	40,2
2008	34,8	102,9	97,1	66,1	30,1	5,9	0,3	50,7
Приволжский федеральный округ								
1998	43,9	101,7	71,3	35	11,6	2,2	0,1	34
2008	27	89	91,4	60	25,3	4	0,1	43,4
Уральский федеральный округ								
1998	49,3	101,5	69,7	33,3	11	2	0,1	33,8
2008	34,4	93,5	95,5	62,7	27,3	4,8	0,2	47,8
Сибирский федеральный округ								
1998	56,6	103,5	66,7	32,4	11,2	2,4	0,1	34,9
2008	38,6	98,4	94,1	62	26,1	4,6	0,1	49,4
Дальневосточный федеральный округ								
1998	54,8	98,3	66,1	34,6	13,2	2,8	0,1	34,5
2008	35,5	94,1	89	58,8	26,2	4,7	0,2	46,3

Источники: Демографический ежегодник России. – 2001; Демографический ежегодник России. – 2009.
URL: <http://www.gks.ru> (дата обращения: 10.10.2010).

**Анкета для изучения репродуктивного
потенциала населения
в возрасте от 15 до 49 лет**

Населенный пункт: _____

Добрый день!

Настоящая анкета призвана выявить Ваши приоритеты и установки по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и планирования семьи. Надеемся на Ваше искреннее участие и содействие в предлагаемом опросе.

Материалы исследования будут использоваться только в обобщенном виде. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности полученных данных. Ваши откровенные ответы позволят определить необходимые медико-социальные мероприятия для обеспечения возможности получения качественных услуг по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья.

Как заполнять вопросник

Внимательно прочитайте вопросы и предложенные варианты ответов. Выберите те из них, которые соответствуют Вашему мнению, и обведите кружком вариант подходящего ответа или впишите недостающую информацию.

Благодарим за помощь и сотрудничество!

Вологда

I РАЗДЕЛ. СЕМЬЯ, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

1. Какому браку Вы отдаете предпочтение? (отметьте только один вариант)

1. Зарегистрированному браку
2. Совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе
3. Затрудняюсь ответить
4. Другое _____

2. Что, на Ваш взгляд, составляет основу брака? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любовь
2. Уважение друг к другу
3. Финансовое состояние
4. Физическое и психическое здоровье партнеров
5. Хорошее положение в обществе
6. Религиозные убеждения
7. «Здоровый» расчет
8. Другое _____
9. Затрудняюсь ответить

3. Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 1. Да | 2. Нет |
| 3. Не думал об этом | 4. Затрудняюсь ответить |

4. Выберите наиболее важные для Вас жизненные ценности (не более 3-х вариантов):

1. Счастливая и дружная семья
2. Материнство/отцовство
3. Здоровье
4. Деньги, карьера
5. Любимая профессия
6. Образование
7. Общественное признание, популярность

5. Сколько у Вас детей? _____

6. Скольких детей еще Вы планируете завести? _____

7. Когда Вы хотели бы иметь ребенка (если уже есть, то следующего)?

- | | |
|---------------------------------|-------------------------|
| 1. Я больше не хочу иметь детей | 2. В течение 1 года |
| 3. В течение 2-3 лет | 4. В течение 3-4 лет |
| 5. Более чем через 4 года | 6. Затрудняюсь ответить |

8. Сколько всего детей (включая имеющихся) Вы хотели бы иметь в своей семье, если бы у Вас были все необходимые условия?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Ни одного | 2. Одного ребенка |
| 3. Двух детей | 4. Трех детей |
| 5. Четырех детей и более | 6. Затрудняюсь ответить |

9. Сколько всего детей (включая имеющихся) Вы планируете иметь в своей семье?

- | | |
|--------------------------|-------------------------|
| 1. Ни одного | 2. Одного ребенка |
| 3. Двух детей | 4. Трех детей |
| 5. Четырех детей и более | 6. Затрудняюсь ответить |

10. Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше (отметьте все, что считаете нужным):

1. Нестабильная экономическая обстановка в стране
2. Низкие доходы населения и дороговизна товаров
3. Плохие жилищные условия
4. Много детей в семье препятствует карьере (отдыху)
5. Семейная традиция иметь мало детей
6. Многодетность никак не поощряется государством
7. Роды – это риск для здоровья женщины
8. Столько детей мне вполне достаточно
9. Риск остаться без работы
10. Другое _____

11. Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины для этого? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любовь к детям
2. Семейные традиции иметь много детей
3. Чувство долга перед человечеством за сохранение рода
4. Религиозные убеждения
5. Сознание того, что аборт – «убийство»
6. Другое _____

12. Что необходимо Вам для рождения желаемого числа детей? (оцените по 5-балльной шкале значимость каждого фактора)

ФАКТОР	Незначимо				Очень значимо
	1	2	3	4	5
1. Полная семья	1	2	3	4	5
2. Доступность качественной медицинской помощи	1	2	3	4	5
3. Возможность обеспечить своим детям качественное образование	1	2	3	4	5
4. Наличие/возможность приобретения жилья и его удовлетворительное состояние	1	2	3	4	5
5. Стабильность материального благополучия	1	2	3	4	5
6. Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	1	2	3	4	5
7. Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад (служба «няня на час», детские игровые комнаты и т.п.)	1	2	3	4	5
8. Уверенность в завтрашнем дне	1	2	3	4	5

13. Как Вы считаете, следует ли заранее обсуждать в семье сроки появления детей, планировать их количество?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

14. При возможности выбора варианта воспитания ребенка дошкольного возраста (1,5 – 6 лет), какой из них Вы предпочтете?

1. Детский сад
2. Детский сад на неполный день
3. Домашнее воспитание
4. Домашнее воспитание с выплатой пособия
5. Другое _____

15. Какой размер дополнительного пособия Вы считаете минимально необходимым для домашнего воспитания ребенка?

1. 1-2 тыс. руб.
2. 3-4 тыс. руб.
3. 5 тыс. руб.
4. Свой вариант _____

16. Для Вас дети – это...: (отметьте все, что считаете нужным)

1. Помощь в ведении хозяйства
2. Помощь в старости
3. «Радость» жизни
4. Снижение материального положения семьи
5. Дополнительная трата денег
6. Помеха карьере
7. Помеха отдыху, личной жизни
8. Источник доходов (пособие по беременности и родам, детские пособия)
9. Наследники, продолжатели вашего дела
10. Обязательная часть семьи
11. Другое _____

17. Как Вы считаете, какие условия необходимы для распространения многодетности? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Льготы многодетным семьям
2. Помощь государства (существенные денежные пособия на детей)
3. Повышение уровня жизни населения
4. Решение квартирной проблемы
5. Изменение установок общества относительно количества детей в семье (мода на многодетность)
6. Качественное медицинское обслуживание
7. Доступность бесплатного образования для детей
8. Создание условий для самообеспечения семьи
9. Дополнительные принудительные меры государства (налоги на бездетность и т.п.)
10. Другое _____

18. Что, на Ваш взгляд, препятствует увеличению рождаемости в нашей стране? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Риск остаться без работы
2. Плохие жилищные и материальные условия большинства семей
3. Нестабильное экономическое положение
4. Риск рождения неполноценного ребенка
5. Заботы, связанные с уходом за детьми
6. Приоритет карьеры, стремление «пожить для себя»
7. Неуверенность в завтрашнем дне
8. Другое _____

19. Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб¹. за рождение 2-го или последующего ребенка будут способствовать увеличению рождаемости в нашей стране?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

20. Учитывая принятие мер, описанных выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?

1. Нет (детей уже достаточно)
2. Нет (принятых шагов недостаточно)
3. Да, детей не планировали (сомневались), но теперь приняли решение о рождении ребенка
4. Да (детей будет на 1 больше запланированного числа)
5. Да (детей будет на 2 больше запланированного числа)
6. Да (детей будет на 3 и более больше запланированного числа)
7. Эти меры лично для меня не имеют решающего значения при планировании числа детей
8. Затрудняюсь ответить

¹ Величина пособия, приведенная здесь, актуальна на год исследования: 2008 г.

21. Лично Вы с учетом льготных условий ипотечного кредитования (5% ставка на 20 лет (для сравнения: 11,5% в 2007 году), частичное погашение долга с рождением 2-го и полное погашение долга с рождением 3-го ребенка) увеличите число детей до 3-х в своей семье?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

II РАЗДЕЛ. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

22. Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам (от 1 – плохо информирован до 5 – очень хорошо информирован):

ИНФОРМАЦИЯ	Плохо информирован			Очень хорошо информирован	
	1	2	3	4	5
1. О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5
2. О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5
3. О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5
4. О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5
5. О последствиях аборта	1	2	3	4	5
6. О родах	1	2	3	4	5

23. Знаете ли Вы о влиянии воспалительных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, на репродуктивное здоровье (Ваше и будущих детей)?

1. Ничего не знаю
2. Что-то слышал
3. Знаю, но недостаточно хорошо
4. Знаю достаточно хорошо

24. Если знаете, укажите источники полученной Вами информации:

1. Медицинские работники
2. Учителя
3. Специальная литература, телевизионные передачи
4. Родители
5. Друзья
6. Другое _____

25. Считаете ли Вы допустимым искусственное прерывание беременности?

1. Да
2. Нет (переходите к вопросу № 28)
3. Да, при определенных обстоятельствах

26. При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым прерывание беременности абортom? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Беременность представляет угрозу для жизни женщины
2. Плод имеет порок в развитии
3. Беременность – результат изнасилования
4. Беременность может повредить здоровью женщины
5. Женщина не замужем
6. Материальные трудности семьи
7. По настоянию родителей, родственников, молодого человека
8. Другое _____

27. Если Вы против аборта, то почему? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Аборт недопустим, так как он опасен для здоровья женщины
2. Аборт увеличивает риск возникновения бесплодия
3. Аборт – это аморальное действие
4. Аборт – это убийство будущего ребенка
5. Религиозный запрет
6. Другое _____

28. Как Вы поступите в случае неожиданной беременности/беременности Вашей партнерши?

1. Сделаю аборт/посоветую сделать аборт
2. Буду рожать/посоветую рожать
3. Затрудняюсь ответить

29. Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

III РАЗДЕЛ. СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

30. Каков, на Ваш взгляд, оптимальный возраст для начала сексуальных отношений?

- | | |
|-------------------|-------------------------|
| 1. 17 лет и ранее | 4. 25 – 29 лет |
| 2. 18 – 19 лет | 5. 30 лет и старше |
| 3. 20 – 24 года | 6. Затрудняюсь ответить |

31. С какого возраста Вы живете половой жизнью?

- | | |
|--------------|--|
| 1. До 15 лет | 4. С 17 лет |
| 2. С 15 лет | 5. С 18 лет и старше |
| 3. С 16 лет | 6. Не живу половой жизнью
(переходите к вопросу № 39) |

32. Использовали ли Вы (или партнер) какой-либо метод предупреждения беременности при первом половом контакте?

1. Нет
2. Да (ниже отметьте, что именно)
 - а) Презервативы
 - б) Прерванный половой акт
 - в) Таблетки (гормональные средства)
 - г) «Безопасные дни»
 - д) ВМС (внутриматочную спираль)
 - е) Спермицидные средства (пена, крем, гель)
 - ж) Другое

33. Каков характер Ваших отношений с партнером?

1. Состоим в зарегистрированном браке
2. Живем вместе, но в браке не состоим
3. Часто встречаемся
4. Контакты непостоянные, случайные

34. Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/ша) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете?

Средство	Частота применения			
	вообще не пользуюсь	иногда	очень часто	всегда
1. Презервативы	1	2	3	4
2. Прерванный половой акт	1	2	3	4
3. Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
4. «Безопасные дни»	1	2	3	4
5. ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
6. Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
7. Другое (укажите)	1	2	3	4

35. С какой целью Вы их используете? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Предохранение от нежелательной беременности
2. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем
3. По причине имеющихся у Вас заболеваний
4. Максимальная защита своего здоровья

36. Если Вы не пользуетесь ни одним средством, то укажите, пожалуйста, почему? (отметьте все, что Вас касается)

1. Не хочется
2. Недостаточная, неполная информированность по использованию, подбору современных средств контрацепции
3. Моральная неподготовленность
4. Нежелание партнера применять контрацептивы
5. Высокая стоимость
6. Отсутствие в продаже нужных контрацептивных средств
7. Контрацептивы вредны для здоровья
8. Недостаточная надежность
9. Неудобство и сложность применения
10. Другое (напишите) _____

37. Делали ли Вы (Ваша партнерша) когда-нибудь аборт для прерывания беременности?

1. Нет
2. Да (1 раз)
3. Да (2 раза)
4. Да (3 раза)
5. Да (4 раза и более)
6. Не знаю (для мужчин)

38. Инициатором аборта были:

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1. Вы | 4. Родственники |
| 2. Партнер(ша) | 5. Врач |
| 3. Вы и партнер(ша) | 6. Другое _____ |

IV РАЗДЕЛ. СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ

39. Ваш пол

1. Мужской
2. Женский

40. Возраст _____

41. Сколько детей в семье, в которой Вы выросли? _____

42. Ваше образование:

1. Незаконченное среднее, среднее
2. ПТУ
3. Техникум
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

43. Верующий ли Вы человек?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

44. Род занятий:

1. Студент (учащийся)
2. Рабочий, крестьянин (сельскохозяйственный работник)
3. Служащий
4. Интеллигент (учитель, врач, научный работник, журналист и т.д.)
5. Руководитель государственного предприятия, коммерческой структуры
6. Предприниматель, имеющий свое дело
7. Военнослужащий, сотрудник органов охраны общественного порядка
8. Безработный (официально зарегистрированный)
9. Неработающий
10. Домохозяйка
11. Другое _____

45. Если Вы работаете, укажите Ваш должностной статус:

1. Молодой специалист
2. Специалист с опытом работы
3. Руководитель низшего звена
4. Руководитель среднего звена
5. Руководитель высшего звена

46. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует денежные доходы Вашей семьи?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать «на потом» (до лучших времен)
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

Спасибо за помощь!

Таблица 1. Прерывание беременности (число абортон на 100 родов)

Регион	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Место
Центральный федеральный округ	211	164	144	131	121	110	105	95	83	73	2
Белгородская область	208	174	164	136	119	108	94	74	68	58	10
Брянская область	241	200	187	165	149	144	138	132	105	99	53
Владимирская область	228	166	154	148	135	132	134	116	100	93	41
Воронежская область	190	180	165	155	149	131	151	142	119	86	33
Ивановская область	240	190	167	152	137	131	120	119	102	89	35
Калужская область	205	198	168	158	160	133	127	122	97	91	37
Костромская область	251	206	178	160	155	133	134	134	124	116	68
Курская область	194	168	159	151	138	135	126	118	97	96	49
Липецкая область	210	200	177	154	153	132	120	109	93	85	30
Московская область	184	147	126	117	114	111	101	97	83	68	15
Орловская область	211	197	181	166	151	135	136	123	106	105	58
Рязанская область	204	174	155	134	125	128	138	112	94	78	26
Смоленская область	245	219	192	174	147	145	132	125	108	98	52
Тамбовская область	212	186	166	152	132	128	123	119	103	94	42
Тверская область	223	171	153	139	127	125	117	111	110	104	57
Тульская область	234	191	163	153	141	136	132	122	109	95	43
Ярославская область	316	227	181	189	160	164	152	144	122	114	67
г. Москва	199	121	120	106	80	61	57	54	43	37	5

Северо-Западный федеральный округ	214	187	171	153	139	134	133	124	107	94	5
Республика Карелия	216	201	191	171	154	155	154	139	116	105	59
Республика Коми	192	193	169	147	140	135	136	129	130	95	44
Архангельская область	210	199	182	165	160	159	153	143	127	120	73
Вологодская область	236	209	192	181	175	170	206	185	139	125	78
Калининградская область	265	213	188	178	157	149	141	121	99	92	39
Ленинградская область	205	191	195	170	154	152	148	134	112	97	50
Мурманская область	154	166	151	137	125	111	112	106	89	76	23
Новгородская область	245	201	194	148	132	127	135	144	126	119	71
Псковская область	242	214	180	176	162	153	159	144	128	118	70
г. Санкт-Петербург	211	159	162	142	108	103	91	88	79	69	16
Южный федеральный округ	143	116	103	97	88	76	85	72	62	54	1
Республика Адыгея	122	111	105	107	106	100	85	84	69	64	13
Республика Дагестан	54	31	27	31	28	29	31	30	25	20	3
Республика Ингушетия	...	14	16	14	16	13	15	13	13	13	1
Кабардино-Балкарская Республика	115	71	72	65	63	58	74	61	37	34	4
Республика Калмыкия	133	120	111	96	81	77	82	76	62	56	9
Карачаево-Черкесская Республика	66	72	69	61	66	54	49	52	77	37	6
Республика Северная Осетия – Алания	90	83	79	73	74	69	65	57	49	46	7
Чеченская Республика	...	...	...	...	...	...	...	11	13	13	2
Краснодарский край	179	168	145	126	117	107	104	100	84	71	18
Ставропольский край	141	131	115	101	96	91	100	91	81	67	14

Продолжение таблицы 1

Астраханская область	167	136	127	109	103	92	95	67	58	53	8
Волгоградская область	195	175	135	152	120	147	141	132	116	105	60
Ростовская область	213	138	132	119	103	94	91	84	76	71	19
Приволжский федеральный округ	215	186	172	152	141	130	145	116	99	89	3
Республика Башкортостан	180	165	150	132	113	110	102	93	75	62	12
Республика Марий Эл	236	197	180	148	138	132	123	112	103	95	45
Республика Мордовия	166	172	162	159	138	135	135	126	112	105	61
Республика Татарстан	196	186	172	154	142	130	126	115	94	80	27
Удмуртская Республика	254	210	205	176	212	148	467	126	100	95	46
Чувашская Республика	234	205	195	165	148	155	136	122	110	99	54
Пермский край	231	194	206	182	175	144	140	129	112	101	55
Кировская область	237	218	146	134	121	163	164	154	130	123	75
Нижегородская область	206	168	204	175	178	120	132	122	105	95	47
Оренбургская область	226	211	189	175	155	171	167	149	131	121	74
Пензенская область	225	199	184	160	152	150	140	129	111	102	56
Самарская область	216	161	144	128	110	102	102	92	79	71	20
Саратовская область	241	177	158	138	119	105	102	104	95	85	31
Ульяновская область	223	208	197	172	149	133	125	112	96	84	29
Уральский федеральный округ	241	195	178	160	154	152	134	126	111	98	6
Курганская область	237	198	186	163	217	149	139	134	117	112	66
Свердловская область	260	210	190	168	157	180	137	137	127	109	64

Томенская область	220	172	158	146	133	123	119	113	95	87	34
Челябинская область	243	199	184	163	155	151	147	126	107	95	48
Сибирский Федеральный округ	210	174	161	149	136	136	129	124	105	92	4
Республика Алтай	124	102	106	107	108	108	107	112	86	76	24
Республика Бурятия	158	120	119	114	151	117	107	97	85	77	25
Республика Тыва	103	104	80	75	68	77	85	85	61	58	11
Республика Хакасия	214	169	156	136	152	155	117	107	92	80	28
Алтайский край	135	140	130	117	98	98	96	98	83	73	21
Забайкальский край	160	142	191	178	164	105	99	91	82	74	22
Красноярский край	260	214	154	140	131	162	158	147	128	110	65
Иркутская область	244	165	171	154	123	136	128	123	108	91	38
Кемеровская область	200	169	192	201	180	135	124	127	109	97	51
Новосибирская область	260	225	181	150	135	173	171	172	142	125	79
Омская область	241	203	185	168	170	136	123	112	89	70	17
Томская область	205	180	133	121	117	159	143	131	109	107	62
Дальневосточный Федеральный округ	211	196	181	165	158	140	148	133	114	104	7
Республика Саха (Якутия)	151	158	142	141	143	119	124	107	95	89	36
Камчатский край	240	180	167	150	144	162	157	151	133	119	72
Приморский край	234	186	213	187	171	128	125	114	87	85	32
Хабаровский край	229	239	194	175	166	156	156	147	135	116	69
Амурская область	191	211	195	185	182	160	201	156	133	123	76
Магаданская область	254	228	218	199	181	162	158	167	151	148	80
Сахалинская область	248	196	197	185	174	141	162	169	148	124	77

Еврейская автономная область	218	206	200	169	154	150	153	133	126	108	63
Чукотский автономный округ	184	141	110	146	167	113	122	104	95	92	40
Российская Федерация	203	169	154	139	129	122	121	107	92	81	-

Источник: Регионы России - 2009 г.: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru (дата обращения: 18.09.2010).

Таблица 2. Прерывание беременности (число абортон на 1000 женщин в возрасте 15 – 49 лет)

Регион	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Место
Центральный федеральный округ	65	46	44	42	39	36	34	32	30	29	2
Белгородская область	79	53	51	44	40	36	31	26	26	24	8
Брянская область	94	61	58	54	51	50	46	45	40	41	41
Владимирская область	70	48	46	46	47	46	46	41	39	38	34
Воронежская область	66	54	49	48	48	43	48	45	41	33	23
Ивановская область	71	53	48	46	46	44	39	40	38	35	30
Калужская область	64	56	51	50	52	46	42	42	37	36	32
Костромская область	83	65	57	55	55	49	48	50	49	50	62
Курская область	70	54	51	48	47	46	41	40	37	40	38
Липецкая область	72	60	54	51	51	45	42	39	36	35	31
Московская область	50	40	37	37	37	37	33	33	30	27	10
Орловская область	75	60	56	54	51	46	44	42	39	41	42
Рязанская область	67	49	45	41	41	42	45	37	35	32	20
Смоленская область	80	59	53	51	47	47	42	41	38	37	33
Тамбовская область	76	59	49	46	44	43	40	38	36	34	27

Тверская область	71	51	46	45	45	45	42	41	44	44	44	48
Тульская область	71	52	47	45	44	44	40	38	36	34	34	28
Ярославская область	96	63	56	61	54	58	52	51	46	45	45	50
г. Москва	55	32	34	31	24	19	18	15	15	14	14	4
Северо-Западный федеральный округ	64	53	51	49	47	46	44	43	40	37	37	3
Республика Карелия	71	63	61	58	55	56	54	49	44	42	42	44
Республика Коми	67	63	55	52	54	52	51	49	53	40	40	39
Архангельская область	72	64	61	59	62	62	59	57	55	53	53	68
Вологодская область	83	68	66	66	66	66	78	74	59	55	55	71
Калининградская область	87	63	57	60	54	50	46	42	40	56	56	72
Ленинградская область	57	48	52	49	46	46	43	39	35	39	39	37
Мурманская область	44	49	44	42	43	39	38	36	33	32	32	21
Новгородская область	79	58	60	49	46	45	47	53	51	30	30	13
Псковская область	78	63	55	57	57	54	54	50	48	48	48	57
г. Санкт-Петербург	54	39	38	37	33	32	28	28	27	47	47	55
Южный федеральный округ	65	43	41	40	35	34	33	30	29	27	27	1
Республика Адыгея	53	39	38	41	41	39	32	33	30	30	30	14
Республика Дагестан	44	18	18	21	15	16	16	16	14	12	12	3
Республика Ингушетия	...	11	11	8	8	6	7	7	7	8	8	1
Кабардино-Балкарская Республика	58	26	30	28	22	20	25	21	16	15	15	6
Республика Калмыкия	71	49	45	42	37	36	37	35	31	31	31	18
Карачаево-Черкесская Республика	34	28	28	25	27	22	21	21	38	19	19	7
Республика Северная Осетия – Алания	47	33	32	32	31	29	27	25	25	24	24	9
Чеченская Республика	...	...	...	...	...	...	...	10	13	14	14	5

Краснодарский край	73	57	54	49	46	43	40	39	36	33	24
Ставропольский край	60	44	41	38	35	34	36	33	33	30	15
Астраханская область	67	50	49	46	45	41	41	30	28	28	11
Волгоградская область	70	54	45	54	42	52	49	48	46	45	51
Ростовская область	77	42	42	41	35	33	31	29	29	29	12
Приволжский федеральный округ	79	61	57	54	51	48	51	42	40	38	4
Республика Башкортостан	80	62	58	54	45	44	39	37	34	30	16
Республика Марий Эл	89	66	59	51	50	49	45	42	43	42	45
Республика Мордовия	59	51	47	47	43	44	42	40	38	38	35
Республика Татарстан	79	64	60	57	52	47	44	41	37	34	29
Удмуртская Республика	91	76	75	68	85	60	181	50	45	46	53
Чувашская Республика	93	70	63	57	53	58	48	44	45	41	43
Пермский край	83	69	62	60	59	58	54	51	49	48	58
Кировская область	78	67	43	41	41	58	56	55	51	53	69
Нижегородская область	66	49	75	69	69	41	44	42	39	38	36
Оренбургская область	92	76	53	52	49	67	62	58	57	56	73
Пензенская область	74	57	67	63	62	48	44	42	40	40	40
Самарская область	70	46	43	43	39	37	36	33	31	30	17
Саратовская область	85	54	49	45	40	36	33	34	35	33	25
Ульяновская область	78	63	57	54	48	43	39	35	32	32	22
Уральский федеральный округ	84	64	62	60	59	60	52	51	49	47	6
Курганская область	87	72	65	62	83	59	53	53	51	53	70
Свердловская область	85	64	62	60	58	69	51	53	53	50	63
Тюменская область	81	60	60	60	55	53	50	49	45	44	49
Челябинская область	84	65	63	61	58	58	55	49	46	45	52

Сибирский федеральный округ	80	61	58	57	55	55	51	50	47	45	5
Республика Алтай	69	53	57	61	63	65	64	64	60	58	77
Республика Бурятия	71	50	48	50	71	56	52	50	48	47	56
Республика Тыва	79	59	47	49	47	51	54	53	49	48	59
Республика Хакасия	83	61	54	51	63	64	47	45	45	42	46
Алтайский край	45	47	46	44	38	38	36	36	34	33	26
Забайкальский край	77	61	67	66	63	52	48	45	44	42	47
Красноярский край	95	71	59	56	56	63	59	56	53	50	64
Иркутская область	100	63	58	56	46	59	54	53	52	49	61
Кемеровская область	69	55	63	72	67	51	48	51	48	46	54
Новосибирская область	85	69	55	52	51	66	64	65	58	57	76
Омская область	94	62	62	60	61	50	45	41	37	31	19
Томская область	69	59	56	53	57	60	52	49	45	48	60
Дальневосточный федеральный округ	81	68	65	63	65	59	61	55	51	48	7
Республика Саха (Якутия)	83	75	68	70	74	63	61	53	53	50	65
Камчатский край	78	60	57	54	55	65	63	61	55	9	2
Приморский край	83	59	71	66	66	49	48	43	36	50	66
Хабаровский край	80	73	71	68	73	63	61	58	56	83	79
Амурская область	76	77	63	67	71	70	86	66	60	149	80
Магаданская область	76	74	63	61	69	64	61	63	58	58	78
Сахалинская область	81	64	63	64	67	57	66	69	64	56	74
Еврейская автономная область	92	73	78	68	68	65	64	59	60	56	75
Чукотский автономный округ	65	57	38	47	76	62	68	57	55	52	67
Российская Федерация	73	54	52	50	47	45	44	40	38	36	-

Источник: Регионы России – 2009 г.: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru (дата обращения: 18.09.2010).

Таблица 1. Коэффициент брачности (1 – число зарегистрированных браков на 1000 человек населения), Коэффициент разводимости (2 – число зарегистрированных разводов на 1000 человек населения) в некоторых странах мира

Страна	1995 г.		2000 г.		2002 г.		2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Австрия	5,3	2,3	4,9	2,4	4,5	2,5	4,6	2,4	4,7	2,4	4,8	2,4	4,5	2,5
Армения	4,2	0,7	2,9	0,4	4,3	0,5	4,8	0,6	5,3	0,6	5,2	0,8	5,2	0,9
Беларусь	7,6	4,1	6,2	4,3	6,7	3,8	7,1	3,2	6,1	3,0	7,5	3,1	8,1	3,3
Германия	5,3	2,1	5,1	2,4	4,8	2,5	4,6	2,6	4,8	2,6	4,7	2,5	4,5	2,3
Греция	6,1	1,1	5,7	1,0	5,3	1,0	5,5	1,1	4,6	1,1	5,5	1,2	5,2	1,3
Грузия	4,4	0,6	2,8	0,4	2,9	0,4	2,9	0,4	3,5	0,4	4,1	0,4	5,0	0,5
Казахстан	7,4	2,5	6,1	1,8	6,7	2,1	7,4	2,1	7,6	2,1	8,1	2,1	9,0	2,3
Килгай	-	-	6,7	1,0	6,1	0,9	6,3	1,0	6,7	1,3	6,3	1,4	-	-
Латвия	4,4	3,1	3,9	2,6	4,2	2,6	4,3	2,1	4,5	2,3	5,5	2,8	6,4	3,2
Мексика	7,3	0,4	7,0	0,5	6,1	0,6	5,7	0,6	5,8	0,7	5,7	0,7	-	-
Нидерланды	5,3	2,2	5,5	2,2	5,3	2,1	5,0	1,9	4,5	1,9	4,4	2,0	4,4	1,9
Россия*	7,3	4,5	6,2	4,3	7,1	5,9	7,6	5,5	6,8	4,4	7,5	4,2	7,8	4,5
Румыния	6,8	1,5	6,1	1,4	5,9	1,5	6,2	1,5	6,6	1,6	6,6	1,5	6,8	1,5
Словения	4,1	0,8	3,6	1,1	3,5	1,2	3,4	1,2	3,3	1,2	2,9	1,3	3,2	1,2
Турция	7,6	0,5	6,8	0,5	6,4	0,7	6,8	0,7	8,8	1,3	9,1	1,3	8,9	1,3
Украина	8,4	3,8	5,6	4,0	6,6	3,8	7,8	3,7	5,9	3,6	7,1	3,9	7,6	3,8
Франция	4,4	2,1	5,1	1,9	4,7	1,9	4,6	2,1	4,5	2,2	4,5	2,5	4,4	2,2

* 2007 г. – 8,9, 4,8. Источник: Россия и страны мира – 2008 г.; стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru (дата обращения: 18.09.2010).

Таблица 2. Соотношение браков и разводов (на 1000 браков приходится разводов)

Регион	1995 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	Место
Центральный федеральный округ	624	703	760	822	704	663	576	582	547	619	4
Белгородская область	615	760	763	829	665	658	503	479	440	537	16
Брянская область	671	759	871	920	781	700	575	624	553	670	68
Владимирская область	711	648	703	781	679	638	570	591	553	613	38
Воронежская область	567	708	842	976	798	764	629	590	579	701	76
Ивановская область	772	654	774	801	769	694	646	586	527	625	50
Калужская область	732	731	875	855	778	699	595	603	544	596	27
Костромская область	696	604	749	682	704	579	497	512	514	557	18
Курская область	509	699	763	911	756	752	616	586	514	654	63
Липецкая область	605	688	781	835	765	651	583	589	546	615	42
Московская область	642	735	772	811	693	652	603	618	578	658	64
Орловская область	581	715	662	829	700	623	499	529	499	613	39
Рязанская область	593	807	973	1154	953	728	568	583	563	619	43
Смоленская область	681	779	936	937	833	727	643	585	578	670	69
Тамбовская область	560	635	715	809	665	598	537	583	577	641	56
Тверская область	681	677	718	832	695	646	569	557	511	604	33
Тульская область	673	731	779	916	769	743	632	609	534	624	47
Ярославская область	746	692	820	761	723	614	540	567	559	608	35
г. Москва	565	673	677	722	613	634	552	572	547	581	22
Северо-Западный федеральный округ	709	787	836	898	813	695	608	622	598	630	5
Республика Карелия	826	777	908	882	777	641	612	591	584	603	31
Республика Коми	758	852	803	833	715	794	599	625	594	683	72
Архангельская область	650	719	767	853	756	704	538	573	550	650	59
в том числе Ненецкий автономный округ	387	663	849	772	771	771	570	582	511	625	49

Вологодская область	657	646	785	824	855	690	649	669	642	685	73
Калининградская область	765	743	808	842	724	674	559	573	556	586	24
Ленинградская область	830	803	849	1024	934	729	664	730	689	725	78
Мурманская область	833	907	925	983	840	860	776	778	724	800	81
Новгородская область	742	667	746	804	717	597	555	563	553	580	21
Псковская область	754	714	758	815	659	590	517	533	527	614	41
г. Санкт-Петербург	623	827	868	921	852	676	597	599	580	575	19
Южный федеральный округ	538	633	678	721	581	532	470	460	437	481	1
Республика Адыгея	504	756	748	817	755	603	510	486	445	479	8
Республика Дагестан	188	207	195	222	212	180	171	191	174	174	3
Республика Ингушетия (1990 г. – включившая Чеченскую Республику)	114	35	75	106	116	92	99	75	108	114	2
Кабардино-Балкарская Республика	477	420	477	532	472	425	387	350	345	353	5
Республика Калмыкия	480	555	614	580	520	465	457	448	468	512	10
Карачаево-Черкесская Республика	474	482	485	524	511	549	368	398	381	398	6
Республика Северная Осетия – Алания	398	446	486	500	411	388	345	359	392	399	7
Чеченская Республика (1990 г. – включившая Республику Ингушетия)	...	...	...	...	31	26	32	35	44	56	1
Краснодарский край	563	765	769	802	675	643	572	536	504	580	20
Ставропольский край	551	648	727	786	688	609	539	534	523	599	30
Астраханская область	645	671	972	951	692	604	527	582	595	623	45
Волгоградская область	672	781	819	861	765	684	574	604	576	654	62
Ростовская область	597	750	740	837	719	730	596	590	545	648	57

Приволжский федеральный округ	569	664	755	885	803	649	558	572	526	588	2
Республика Башкортостан	500	645	694	872	770	567	466	499	462	535	15
Республика Марий Эл	544	542	671	786	669	572	466	530	461	546	17
Республика Мордовия	469	590	692	934	717	593	537	533	526	585	23
Республика Татарстан	553	597	660	836	675	527	529	545	470	531	14
Удмуртская Республика	513	610	615	737	603	601	468	489	435	517	12
Чувашская Республика	449	507	574	640	569	646	519	482	416	513	11
Пермский край	639	673	728	804	771	703	557	586	543	597	28
Кировская область	625	687	785	833	807	658	620	549	534	627	53
Нижегородская область	605	756	929	1153	1297	864	720	741	693	659	65
Оренбургская область	537	640	861	987	797	614	579	580	557	604	32
Пензенская область	567	669	740	906	751	643	533	562	542	662	66
Самарская область	659	786	799	852	784	693	571	587	536	598	29
Саратовская область	604	662	757	859	770	646	566	585	544	613	40
Ульяновская область	579	666	867	890	825	671	591	600	579	682	71
Уральский федеральный округ	685	739	826	909	813	720	597	608	597	658	7
Курганская область	589	615	658	733	718	652	502	561	574	651	61
Свердловская область	698	752	928	901	730	652	563	566	558	624	46
Тюменская область	713	789	716	807	783	743	614	602	556	624	48
в том числе: Ханты-Мансийский автономный округ – Югра	764	837	756	889	909	863	689	660	611	668	67
Ямало-Ненецкий автономный округ	767	849	756	849	779	771	708	766	666	752	80
Челябинская область	670	708	887	1095	984	802	647	681	704	741	79
Сибирский федеральный округ	623	694	735	796	725	655	601	618	581	617	3
Республика Алтай	530	482	472	497	466	433	407	444	436	511	9
Республика Бурятия	549	549	625	657	680	618	614	587	498	522	13

Республика Тыва	326	424	347	393	305	344	268	288	224	232	4
Республика Хакасия	629	735	746	849	724	633	582	602	530	632	54
Алтайский край	592	615	661	742	693	627	627	640	614	633	55
Забайкальский край	575	549	621	675	567	614	504	521	511	592	26
Красноярский край	664	775	742	837	873	799	762	732	646	678	70
Иркутская область	526	701	751	927	798	755	581	596	550	606	34
Кемеровская область	699	781	792	824	717	606	591	626	618	622	44
Новосибирская область	640	686	806	889	775	621	581	618	576	626	51
Омская область	625	740	794	690	604	584	519	582	594	649	58
Томская область	763	685	757	818	755	716	605	606	591	589	25
Дальневосточный федеральный округ	748	799	871	931	785	708	627	647	629	651	6
Республика Саха (Якутия)	579	690	657	647	603	604	522	573	528	611	37
Камчатский край	853	843	956	1038	841	688	612	711	777	717	77
Приморский край	704	748	830	921	793	758	686	672	598	610	36
Хабаровский край	867	906	985	1037	833	663	598	631	669	650	60
Амурская область	688	640	764	838	751	656	604	641	666	688	74
Магаданская область	987	1426	1596	1427	915	1027	772	805	703	812	82
Сахалинская область	787	876	948	1081	890	789	649	615	608	693	75
Еврейская автономная область	707	691	735	835	825	735	592	642	603	627	52
Чукотский автономный округ	1230	1090	1404	1312	998	864	733	756	829	839	83
Российская Федерация	619	700	762	837	732	649	567	575	543	597	-

Источник: Регионы России – 2009 г.: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. URL: www.gks.ru (дата обращения: 18.09.2010).

Проблемно-управленческая матрица по направлению «Репродуктивное здоровье и повышение рождаемости населения Вологодской области»

Наименование проблемы	Идея (концепт) решения	Организационно-управленческое решение
Укрепление репродуктивного здоровья населения		
В Вологодской области сохраняется высокий уровень абортот, что снижает репродуктивные здоровье женщин детородного возраста.	Распространение системы мероприятий по планированию семьи.	<p>Реализация Стратегии развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 Г.</p> <p>Расширение консультационных услуг по контрацепции и планированию семьи как за счет привлечения медицинских работников, так и с помощью социальных служб.</p> <p>Расширение практики дообортного консультирования женщин (совместно с партнером) гинекологом, репродуктологом, психологом.</p>
В Вологодской области отмечается высокий уровень заболеваемости беременных женщин, что ведет к рождению детей с низким потенциалом здоровья.	Распространение системы мероприятий по планированию семьи. Содействии формированию оптимального рациона питания беременных женщин и кормящих матерей.	<p>Разработка долгосрочной стратегической программы демографического развития региона.</p> <p>Реализация ведомственной целевой программы «Здоровое поколение на 2009 – 2011 годы».</p> <p>Выполнение постановления Правительства Вологодской области «О порядке обеспечения беременных женщин и кормящих матерей питанием и лекарственными средствами» от 3 апреля 2006 Г. № 320. Внесение в него дополнений по расширению набора за счет натуральных продуктов и разработка механизма обеспечения ими беременных и кормящих женщин.</p> <p>Распространение практики подготовки к беременности с обязательной общей дистанс-ризацией партнеров, планирующих зачатие.</p>
В Вологодской области отмечается высокий уровень заболеваниями населения болезнями репродуктивной сферы.	Своевременное выявление и лечение заболеваний. Профилактика заболеваемости населения болезнями репродуктивной сферы путем формирования культуры репродуктивного поведения.	<p>Реализация Стратегии развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 Г.</p> <p>Продолжение практики диспансеризации населения.</p> <p>Создание программы, направленной на расширение просветительских мероприятий за счет интеграции усилий образования, здравоохранения и социальной службы региона; вовлечение медицинских, социальных работников в образовательный процесс на базе учреждений системы образования и здравоохранения.</p>

<p>В Вологодской области отмечается высокий уровень заболеваемости женским и мужским бесплодием.</p>	<p>Современное выявление и лечение бесплодия, в том числе за счет расширения практики вспомогательных репродуктивных технологий. Профилактика заболеваемости бесплодием путем формирования культуры репродуктивного поведения.</p>	<p>Реализация Стратегии развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 г. Продолжение реализации региональной программы «ЭКО». Разработка целевой региональной программы «Развитие андрологической службы в Вологодской области». Разработка долгосрочной стратегии/целевой программы демографического развития региона. Создание программы, направленной на расширение просветительских мероприятий за счет интеграции усилий образования, здравоохранения и социальной службы региона; вовлечение медицинских, социальных работников в образовательный процесс на базе учреждений системы образования.</p>
<p>Повышение уровня рождаемости</p>		
<p>Уровень рождаемости в Вологодской области остается недостаточным даже для простого воспроизводства поколений.</p>	<p>Формирование ориентации населения на многодетность путем:</p> <ul style="list-style-type: none"> - экономического стимулирования; - пропаганды семейного образа жизни; - пропаганды здорового образа жизни; - создания благоприятных условий для воспитания детей. 	<p>Внесение в Трудовое законодательство корректив, предусматривающих введение повышающих коэффициентов к заработной плате (дополнительная плата за многодетность), увеличение длительности оплачиваемого трудового отпуска в зависимости от числа воспитываемых несовершеннолетних детей. Пенсионная реформа должна учитывать число детей, воспитанных в семье. Продолжение реализации программ, ориентированных на повышение доступности жилья (введение преференций для многодетных семей). Реализация в полном объеме мер, предусмотренных Указом Президента Российской Федерации от 5 мая 1992 г. № 431 «О мерах по социальной поддержке многодетных семей»; доработка проекта и принятие федерального закона «О поддержке многодетных семей». Реализация Стратегии развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 г. Создание региональной программы развития дошкольного образования. Расширение опыта родовспоможения, ориентированного на участие семьи, и дальнейшее совершенствование перинатальной помощи. Формирование на региональном уровне просемейной ориентации средствами массовой информации. Создание клубов, объединений и прочих неформальных организаций для многодетных семей, семей с детьми.</p>

Научное издание

**Александра Анатольевна Шабунова
Ольга Николаевна Калачикова**

**РОЖДАЕМОСТЬ И ВОСПРОИЗВОДСТВО
НАСЕЛЕНИЯ ТЕРРИТОРИИ**

Монография

Редакционная подготовка	Т.В. Парменова
Технический редактор	Т.В. Попова
Верстка	Т.В. Попова
	Е.С. Нефедова
Корректор	А.А. Парнякова

Подписано в печать 27.06.2011.

Формат бумаги 60х90¹/₁₆. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 8,6. Печ. л. 9,5. Тираж 200 экз. Заказ № 267.

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а, ИСЭРТ РАН
тел. 54-43-85, e-mail: common@vscc.ac.ru