

Российская академия наук
Институт социально-экономического развития территорий РАН



О.Н. Калачикова

**Регулирование репродуктивного
поведения населения:
состояние и проблемы**

Препринт

Вологда
2012

УДК 314.335.2(470.12)
ББК 60.74(2Рос-4Вол)
К17

Публикуется по решению
Ученого совета ИСЭРТ РАН

Калачикова, О.Н. Регулирование репродуктивного поведения населения: состояние и проблемы [Текст]: препринт / О.Н. Калачикова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – 129 с.

В работе рассмотрены теоретико-методологические основы репродуктивного поведения населения как фактора рождаемости и демографической политики, представлены результаты исследования репродуктивного поведения населения и условий, его определяющих. Описаны современное состояние, тенденции и проблемы демографической политики на уровне страны и региона. Предложены и обоснованы стратегические направления решения выявленных проблем.

Препринт адресован работникам органов управления здравоохранения, образования, социальной защиты, научным работникам, преподавателям высших учебных заведений и студентам, а также широкому кругу читателей, которых интересуют вопросы демографии и воспроизводства населения.

Рецензенты:

кандидат экономических наук

М.А. Ласточкина

эксперт по вопросам социальной политики

И.А. Поздняков

ISBN 978-5-93299-206-7

© Калачикова О.Н., 2012
© ИСЭРТ РАН, 2012

ВВЕДЕНИЕ

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.

В то же время масштабы проблем репродуктивного здоровья населения не позволяют игнорировать его влияние на репродуктивное поведение, а следовательно, и уровень рождаемости. По разным оценкам¹, в России от 5 до 25% супружеских пар испытывают трудности с зачатием.

Сложившаяся в России в последние десятилетия демографическая ситуация, осознание угроз депопуляции на государственном уровне потребовали активных действий со стороны власти. Демографические риски касаются геополитического положения территории, сохранения этно-культурно-конфессиональной идентичности, обеспечения экономики трудовыми ресурсами в необходимом объеме и с соответствующими качественными

¹ 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.; Российское обследование «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе», 2004 г., 2007 г.; 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; Независимый институт социальной политики. – М.: НИСП, 2009.

характеристиками. В этот период были разработаны концепции демографического развития² как на страновом, так и на региональном уровнях, в 2006 г. запущены социально значимые национальные проекты: «Здоровье», «Доступное жилье», «Образование». Результатом осуществления мероприятий, предусмотренных данными проектами, стало снижение уровня смертности и повышение рождаемости населения. Общий коэффициент смертности снизился с 16,1‰ в 2006 г. до 14,2‰ в 2010 г. (на 12%); общий коэффициент рождаемости увеличился на 16% – с 10,4‰ в 2006 г. до 12,5‰ в 2010 г., однако коэффициент фертильности, несмотря на рост (с 1,29 в 2006 г. до 1,54 в 2010 г.), по-прежнему не обеспечивает даже нулевой естественный прирост населения³, не говоря о простом режиме воспроизводства.

Мероприятия, обеспечивающие устойчивый пролонгированный эффект, необходимо научно обосновать и корректировать с учетом особенностей каждой конкретной территории. Это актуализирует региональные исследования протекающих демографических процессов, их особенностей и эффективности демографической политики.

С целью выявления основных тенденций репродуктивного поведения населения и факторов, определяющих его на региональном уровне, в ИСЭРТ РАН в 2011 г. был проведен очередной этап научно-исследовательской работы по теме «Репродуктивный потенциал – основа демографического развития региона».

² Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации № 1270-р. от 24.09.2001, Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: утв. Указом Президента Российской Федерации № 1351 от 9 октября 2007 г.; Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации № 1662-р. от 17 ноября 2008 г.

³ Для 2009 г. уровень нулевого естественного прироста обеспечивается суммарным коэффициентом рождаемости, равным 1,85 (по методике В.Н. Архангельского).

Цель данного этапа состояла в изучении тенденций репродуктивного поведения населения и демографической политики в сфере рождаемости, выявлении ее недостатков и разработке предложений по повышению ее эффективности.

Основными задачами исследования были:

- выявление репродуктивных установок населения, динамика предпочитаемых чисел детности;
- выявление репродуктивных планов населения, условий их формирования и реализации;
- оценка абортивного и контрацептивного поведения населения;
- оценка демографической политики в сфере регулирования репродуктивного поведения как основного ресурса воспроизводства населения;
- разработка предложений по повышению эффективности демографической политики в сфере рождаемости населения.

Информационной базой послужили нормативно-правовые, законодательные акты, официальные статистические данные и результаты социологического обследования населения. Раздаточным анкетированием были охвачены 8 муниципальных районов области, объем выборки составил 1374 человека в репродуктивном возрасте. Ошибка выборки не превышает 5% (выборка квотная по полу и возрасту).

Анкета содержит 4 раздела, позволяющих изучить матримонические, репродуктивные, абортивные, контрацептивные установки населения, характеристики репродуктивного поведения, факторы реализации репродуктивных планов.

Результаты исследования могут быть использованы органами власти при подготовке и реализации комплекса мер демографической политики, направленной на укрепление репродуктивного здоровья и повышение рождаемости в регионе.

ГЛАВА 1

Репродуктивное поведение – основа воспроизводства населения

1.1. Сущность, виды репродуктивного поведения, его роль в формировании демографических процессов

В демографии репродуктивное поведение рассматривается как один из видов демографического поведения населения. Демографическое поведение – система действий и отношений, опосредующих демографические поступки, явления. Это такая сторона деятельности индивида, семей и других малых групп, которая непосредственно ведет к сохранению или изменению их демографического статуса. Субъектами демографического поведения могут выступать нация или население региона. Демографическое поведение – это сложный результат взаимодействия физиологических и психологических характеристик индивида, условий его жизнедеятельности, а также духовных норм и ценностей окружающих его социальных групп и общества в целом.

В узком понимании демографическое поведение включает действия и отношения, связанные только с воспроизводством населения, непосредственно – с рождаемостью и смертностью и опосредованно – с брачностью, овдовением и разводимостью. Кроме того, в широком понимании демографическое поведение включает также действия и отношения, связанные с мигра-

цией населения и его социальной мобильностью. Таким образом, в структуре демографического поведения выделяют репродуктивное, матримониальное, самосохранительное и миграционное⁴.

Демографическое поведение относительно деторождения называется *репродуктивным* или *генеративным* (иногда прокреативным) поведением. К репродуктивному поведению относят действия и отношения, связанные с осуществлением полного репродуктивного цикла, с последовательной сменой репродуктивных событий, действий и отношений, препятствующих наступлению каждого звена репродуктивного цикла. Сюда относят количество детей в семье, очередность и интервалы между рождениями, методы внутрисемейного регулирования рождаемости и т.д.

Демографическое поведение в контексте семейно-брачных отношений называется *брачным* или *матримониальным*. Под ним понимают поведение людей в связи с заключением и прекращением браков. Его демографически значимыми аспектами являются: возраст вступления в первый и последующий браки; возраст расторжения первого и последующего браков; очередность брака, очередность развода, продолжительность безбрачного периода до вступления в брак и между браками, формы брака. Брачное поведение рассматривается в основном с точки зрения его влияния на репродуктивное поведение, т.к. большинство рождений осуществляется в браке.

Демографическое поведение относительно сознательного или несознательного сохранения здоровья и, наоборот, его разрушения имеет название *самосохранительное, санитарное* или *витальное* поведение.

Демографическое поведение относительно перемещений людей из одного населенного пункта в другой на постоянное или временное, но довольно длительное место жительства

⁴ Демографическое поведение и его детерминация / В.Н. Архангельский, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева, Л.Ю. Иванова. – М.: ТЕИС, 2005. – 352 с.

называется *миграционным* поведением. В работах, посвященных исследованиям демографического поведения в контексте депопуляции населения какой-либо территории с целью поиска путей ее преодоления, как правило, внутренняя миграция не учитывается, а внешняя в силу неоднозначности оценок ее результатов требует отдельного изучения.

Особое внимание к рождаемости населения обусловлено тем, что ее роль является ведущей в определении результата демографических процессов. Математически оценил вклад смертности и рождаемости в воспроизводство населения В.А. Борисов с помощью расчета нетто-коэффициента воспроизводства (на примере периода с 1986 – 1987 гг. по 2001 г. включительно). Нетто-коэффициент 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 женщину. 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.

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, 74,55 – для женщин) и фактической рождаемости 2001 г., когда указанный коэффициент снизился до 0,588, а ожидаемая продолжительность жизни опустилась 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 соответствующую роль повышения смертности в динамике воспроизводства населения России за рассматриваемый период⁵. Если принять общее снижение нетто-коэффициента за 100%, то 99,9999% этого снижения обусловлено падением рождаемости и лишь 0,0001% – ростом смертности⁶. Именно поэтому исследования детерминант рождаемости весьма актуальны.

Уровень рождаемости, складывающийся на той или иной территории (страна, регион, континент, земной шар) 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 жизнь⁷.

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 брака⁸.

⁵ Борисов В.А. Демографическая ситуация в современной России // Интернет-журнал «Демографические исследования», № 1.

⁶ Антонов А.И., Борисов В.А. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. – М.: Ключ-С, 2006. – С. 31.

⁷ Медков В.М. Демография: учебное пособие. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 448 с.

⁸ 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.

В рамках репродуктивного поведения выделяют⁹:

- 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) абортное 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 абортное поведение служат инструментами регулирования как каждого конкретного репродуктивного цикла (предотвращение зачатия, прерывание беременности при помощи искусственного аборта), так и всего репродуктивного цикла семьи (формирование желательных протогенетических и интергенетических интервалов – периодов между началом сожителства и рождением первого ребенка и интервалов между рождениями всех последующих детей) для достижения желаемого числа детей.

1.2. Методологические аспекты изучения демографического поведения населения: информационная база, методы, инструментарий

Исследование репродуктивного поведения населения связано, во-первых, с анализом его результатов, а именно: уровня рождаемости, распространенности абортного выбора и использования контрацептивных средств; выявлением тенденций, проблем. Во-вторых, исследователь, как правило, ставит задачу определения механизмов формирования репродуктивного поведения, которые приводят к данным результатам,

⁹ Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 251.

позволяя их скорректировать. Достичь поставленных целей возможно, используя совокупность статистических и социологических методов и данных.

Статистически фиксируются достигнутые результаты репродуктивного поведения, позволяющие оценить распространенность того или иного его индикатора (малодетности, многодетности, абортов, использования контрацептивов). Данные, получаемые в ходе социологических исследований, в первую очередь, уточняют имеющуюся статистическую информацию (например, реальная распространенность абортов, учитывающая производство данной операции в частных клиниках, вне зависимости от места их производства), дополняют ее (например, использование естественных методов планирования семьи), затем позволяют выявить взаимосвязи между поведенческими особенностями и социально-экономическими условиями и характеристиками населения и возможности управленческого воздействия (*табл. 1*).

В зависимости от характеристик получаемой информации выбирается метод исследования. В том случае, когда необходимы данные о распространенности какого-либо маркера, целесообразны массовые опросы. Качественные исследования (интервьюирование, фокус-группы и др.) применимы для получения уточняющей, более глубоко объясняющей те или иные аспекты закономерности, тенденции, связи информации.

С учетом того, что статистические данные фиксируют только некоторые результаты репродуктивного поведения (уровень рождаемости, абортов, применения некоторых средств контрацепции), рационально использовать массовые опросы, выстроенные таким образом, что возможна как «масштабная», так и качественная оценка репродуктивного поведения населения.

В соответствии с целью, объектом и предметом (гипотезой) исследования создается анкета-вопросник, в который

закладываются индикативные элементы для оценки результатов репродуктивного поведения, установок населения и условий, определяющих их формирование и реализацию.

Таблица 1. **Данные о репродуктивном поведении, получаемые из различных источников**

Поведение	Официальная статистика	Социологические исследования
Собственно репродуктивное	Уровень рождаемости: абсолютное число рождений, общий, суммарный коэффициент рождаемости	Реальный и возможный уровень рождаемости: детность на момент опроса, идеальное, желаемое и планируемое число детей; длительность прото- и интергенетических интервалов; репродуктивная мотивация. Зависимость детности от социально-экономических условий и характеристик населения
Абортивное	Уровень абортов: абсолютное число, число абортов на 100 родов/на 1000 женщин репродуктивного возраста, среднее число абортов на 1 женщину к концу репродуктивного периода	Реальный уровень абортов: среднее число и кратность в анамнезе. Распространенность позитивных и негативных абортивных установок. Причины/мотивы абортивного выбора. Зависимость абортивного выбора от социально-экономических условий и характеристик населения
Контрацептивное	Распространенность использования медицинских контрацептивных средств	Распространенность, мотивация, проблемы использования всех видов контрацептивных средств. Зависимость контрацептивного выбора от социально-экономических условий и характеристик населения

Обследования обычно содержат разделы, относящиеся к истории деторождения женщины (семьи), даты вступления в брак, рождения детей. Часто выясняются даты и обстоятельства всех беременностей, отношение женщины к ним, т.е. была ли беременность желательна или хотелось ее отсрочить или предотвратить, предпринимались ли какие-либо меры для этого и т.п. Эта серия вопросов дает возможность выяснить «репродуктивную историю» женщины (семьи), получить демографические показатели для обследованного массива (детность, плодовитость, число абортов, возраст рождения всех детей,

применение контрацепции и др.). Данная часть вопросника заимствована из анамнестических обследований, практиковавшихся еще в начале XX в.¹⁰

Вторая часть анкеты состоит из серии вопросов, касающихся социально-экономического положения женщины/семьи. Наборы этих вопросов весьма разнообразны и различаются в зависимости от локальных условий. Данная группа вопросов нацелена на выявление социального и экономического статуса семьи (женщины), в некоторых случаях, истории его достижения и ожидаемые изменения. Часто фиксируются социальные характеристики родительских семей и ближайшего окружения, теснота взаимодействия с обследуемым объектом (нуклеаризация семьи и социальный капитал). Это вопросы о доходах, покупательной способности, религии, воцерковленности и т. д.

Основной раздел современных исследований составляют вопросы, направленные на выяснение общих представлений опрошиваемых о репродуктивном поведении – репродуктивных установок. Условно эти вопросы можно разбить на три группы.

1. Вопросы общего характера. Сюда входит комплекс вопросов о браке: наилучшем возрасте вступления, принципах выбора партнера, причинах репродуктивного выбора.

Ответы оценочного плана получают на вопросы об отношении к контрацепции и абортам. В этой части выясняется приемлемость тех или иных способов планирования семьи, грамотность населения в вопросах репродукции, источниках информации в данной сфере, обсуждаемость вопросов о контрацепции между партнерами. Используются также вопросы, позволяющие выявить представления респондентов о репродуктивном поведении населения в целом (или конкретных социально-демографических групп). Например, о том, сколько раз в среднем, по мнению опрошиваемой(ого), большинство

¹⁰ Белова В.А., Дарский Л.Е. Статистика мнений в изучении рождаемости. – М., 1972. – С. 20–21.

замужних женщин прибегают к аборту, как часто и какие способы контрацепции применяют и какие мотивы или причины их к этому побуждают¹¹. Сюда относится вопрос об идеальном числе детей – это представление индивида о наилучшем числе детей в семье вообще, без учета конкретной жизненной ситуации и личных предпочтений, т.е. отражающее социальную норму детности.

2. Вопросы, направленные на выявление индивидуальных репродуктивных установок, предпочтений и ретроспективных оценок собственных репродуктивных поступков. Например: сколько детей Вы хотели бы иметь в своей семье при всех благоприятных условиях?

Вопросы задаются также в перспективном или ретроспективном ключе, например о том, каково было желаемое число детей перед вступлением в брак и как изменилось после. Возможны вопросы о предпочитаемых числах детей у мужа/жены. Они позволяют выяснить, насколько хорошо супруги знают о репродуктивных установках друг друга, насколько они различаются, а также возможна или нет корректировка установок в связи с предпочтениями супруга; в сторону понижения или повышения числа детей будет коррекция.

Сюда же примыкают вопросы о предпочтении наличия детей определенного пола. Так, спрашивают, сколько мальчиков и сколько девочек предпочитал бы иметь респондент. Встречаются вопросы о предпочтениях респондентов в отношении образования, профессии детей и т.п. для выяснения требований, которые предъявляют будущие родители к их воспитанию и обучению.

3. Группа вопросов, касающихся реальных репродуктивных планов и методов их реализации. Здесь прежде всего выделяются вопросы об ожидаемом (планируемом) числе детей. При этом спрашивают не только о том, сколько еще или всего детей

¹¹ Там же. – С. 24.

(с учетом имеющихся) планирует иметь респондент, но и когда именно. Выявление репродуктивных планов сопровождается детальным выяснением средств и методов, которые применяют люди, чтобы их реализовать. Вопросы о распространенности средств и методов контрацепции обычно дополняются вопросами о причинах/мотивах контрацептивного выбора. Набор вопросов и параметры выборки определяются целями исследования, характеристиками генеральной совокупности, а также возможностями исследователя.

Мониторинг репродуктивного потенциала населения Вологодской области проводится на базе Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук. В 2004 г. были опрошены женщины с различным исходом беременности (роды/аборт). В 2005, 2007, 2008, 2011 гг. проходило массовое анкетирование, которое в 2007 г. было дополнено интервьюированием брачующихся пар (табл. 2).

Таблица 2. **Характеристика социологического исследования репродуктивного поведения населения Вологодской области**

Характеристики респондентов (население в репродуктивном возрасте)	Год							
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	Женщины	Мужчины и женщины	Женщины	Мужчины и женщины/ брачующиеся пары	Мужчины и женщины	Женщины	Студенческая молодежь	Мужчины и женщины
Объем выборки, чел.	500	1586	3137	1461/ 324	1536	3200	494	1371
Метод	Раздаточное анкетирование			Раздаточное анкетирование/ стандартизованное интервью	Раздаточное анкетирование		Групповое анкетирование	Раздаточное анкетирование

Обследование женщин репродуктивного возраста осуществлялось совместно с Институтом здоровья семьи в рамках проекта «Мать и дитя» в 2006 и 2009 гг. В 2010 г. репродуктивное поведение исследовалось методом группового анкетирования. Было проведено специальное обследование студенческой молодежи, как наиболее лабильной социальной группы населения в активном репродуктивном возрасте; опрашивались студенты пяти высших учебных заведений городов Вологды и Череповца.

Мониторинг позволяет проанализировать тенденции репродуктивного поведения населения региона.

1.3. Анализ динамики основных индикаторов демографического поведения населения в XXI в. на основе статистических данных

Пристальное внимание к вопросам репродуктивного поведения возникло на фоне необходимости регулирования воспроизводства населения в условиях перенаселения или депопуляции. Это связано с тем, что рождаемость как демографический процесс, обеспечивающий воспроизводство, является непосредственным результатом репродуктивного поведения населения.

Анализ статистических данных свидетельствует о том, что снижение рождаемости – общемировая тенденция. Вместе с тем существует региональная дифференциация демографических процессов. Северная Америка и Европа демонстрируют самые низкие значения общего коэффициента рождаемости, самые высокие наблюдаются в Африканском регионе.

Протекающие в России и большинстве ее регионов демографические процессы сохраняют свою особенность: уровень рождаемости населения соответствует показателям наиболее развитых европейских и североамериканских стран; уровень смертности в России, почти в 2 раза превышающий среднемировой (14‰), сопоставим с показателями стран Африканского континента (табл. 3).

Таблица 3. **Некоторые показатели демографического развития территорий**
(2010 г.)

Регион	Общий коэффициент рождаемости, ‰	Общий коэффициент смертности, ‰	Коэффициент младенческой смертности, ‰	Суммарный коэффициент рождаемости	Доля населения в возрасте, лет, %		Ожидаемая продолжительность жизни, лет (2009 г.)
					<15	≥65	
Весь мир	20	8	44	2,5	27	8	69
Европа	11	11	6	1,6	16	16	80
Африка	36	12	74	4,7	41	4	54
Азия	18	7	39	2,2	26	7	72
Латинская Америка	18	6	19	2,2	28	7	74
Северная Америка	13	8	6	1,9	19	13	78
Австралия и Океания	18	7,7	24	2,5	24	11	82
Россия	13	14	8,1	1,6	15	13	68

Источники: 2011 World Population Data Sheet. The World at 7 billion. – Population Reference Bureau. – P. 6–9, URL: <http://databank.worldbank.org>

Репродуктивное поведение населения стран с низкой рождаемостью характеризуется распространением малодетности, контрацепции и/или прерываний беременности. Большинство ученых склоняются к тому, что это связано с социально-экономической жизнью общества: активной трудовой деятельностью женщин, переосмыслением гендерных ролей, высокими альтернативными издержками родительства, переоценкой ценностей.

Инерционность демографических процессов требует длительного периода корректирующего воздействия, что наряду с другими факторами предопределяет некоторые проблемы в сфере эффективности реализации демографической политики. Политические циклы существенно короче длины поколения – периода, необходимого для закрепления первых результатов изменения демографических процессов.

Вместе с тем изменения отдельных негативных тенденций вполне возможны в кратко- и среднесрочном периодах. Именно

поэтому снижение смертности населения (особенно мужчин) в трудоспособном возрасте от предотвратимых причин, младенческой и материнской смертности стало одним из направлений государственной политики в России¹² (табл. 4).

Таблица 4. **Некоторые показатели смертности населения в России**

Год	Младенческая смертность, на 1000 родившихся живыми	Материнская смертность, на 100 тыс. родившихся живыми	Смертность населения в трудоспособном возрасте, на 1000 человек населения в трудоспособном возрасте
2000	15,3	39,7	729,1
2001	14,6	36,5	745,4
2002	13,3	33,6	775,6
2003	12,4	31,9	810,6
2004	11,6	23,4	807,1
2005	11,0	25,4	826,5
2006	10,2	23,7	746,1
2007	9,4	22,0	695,4
2008	8,5	20,7	685,7
2009	8,1	22,0	641,7
2010	7,5	16,5	н.д.
2005 к 2000, %	-28,1	-36,0	13,4
2010 к 2006, %	-29,3	-34,5	-10,3
2010 к 2000, %	-30,1	-35,1	0,1

Источник: Центральная база статистических данных. – URL: gks.ru

Не менее заметные положительные результаты были отмечены в сфере рождаемости населения. К 2010 г. общий коэффициент рождаемости увеличился на 20% (с 10,4 до 12,5‰; рис. 1), одним из факторов чего была реализация национального проекта «Здоровье» с 2007 г., введение родовых сертификатов и принятие комплекса мер, связанных с увеличением размера пособий и налоговых вычетов для семей с детьми, их увязкой с очередностью рождений (и количеством детей).

¹² Послание Президента РФ Федеральному собранию, 2006; Послание Президента РФ Федеральному собранию, 2009 // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

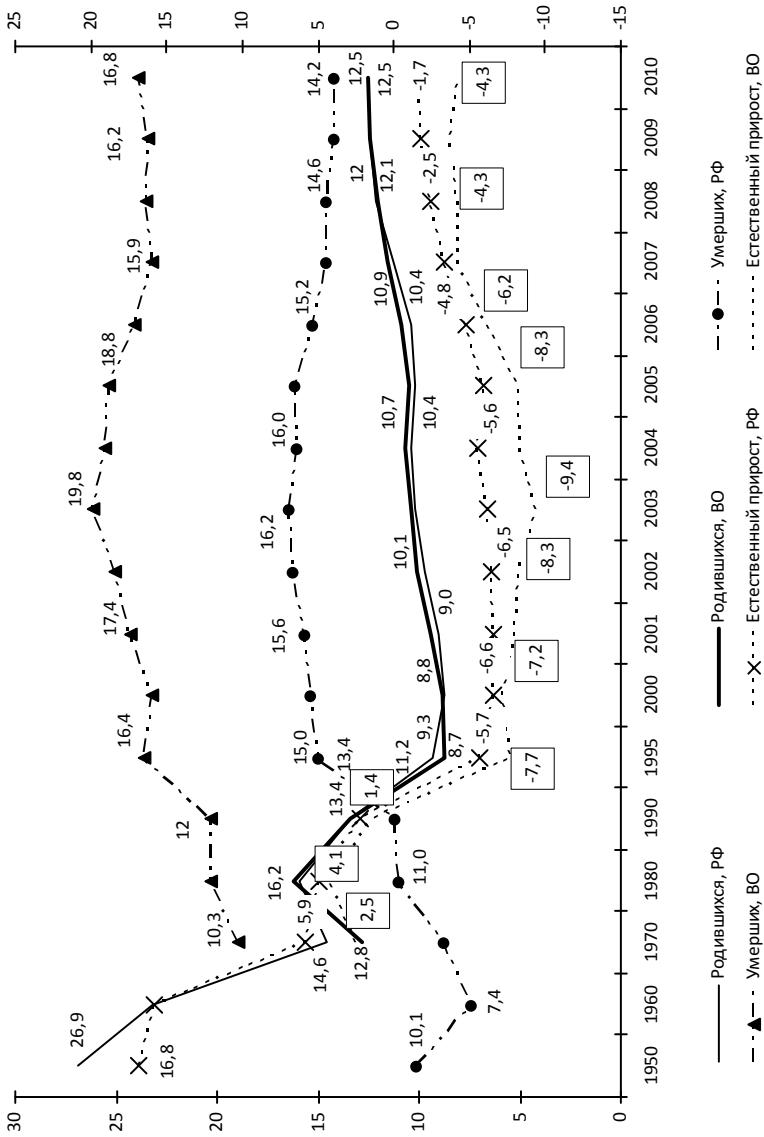


Рис. 1. Показатели естественного движения населения в России и Вологодской области (на 1000 человек населения)

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. 2).

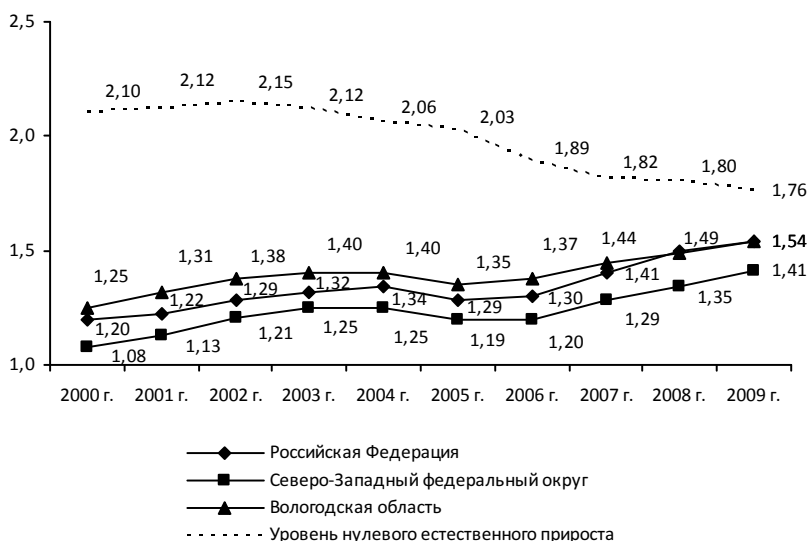


Рис. 2. **Суммарный коэффициент рождаемости**
(число детей в расчете на 1 женщину)

Источники: Центральная база статистических данных (ЦБСД) / ФСГС. – URL: www.gks.ru; расчеты автора.

Как видно, в Вологодской области с 2000 до 2004 г. отмечался некоторый рост суммарного коэффициента рождаемости (с 1,2 до 1,4); в 2005 г. он снизился до 1,3, однако к 2009 г. его значение увеличилось до 1,54, повторяя общероссийскую тенденцию.

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

В 2009 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 период с 2000 по 2009 г. Этот факт свидетельствует о влиянии образа/уклада жизни на репродуктивное поведение населения.

По мнению экспертов¹⁴, рост рождаемости связан как со структурными особенностями населения (в репродуктивном возрасте находится многочисленное поколение рождения середины 1980-х гг.), так и с повышением уровня реализации репродуктивных планов в результате проводимой демографической политики. Сами же установки в отношении детности остаются невысокими. По данным всероссийского обследования «Семья и рождаемость», 47% женщин и 50% мужчин планируют иметь двух детей, 8 и 11% соответственно – трех. Среднее желаемое число детей составило у женщин 2,28, у мужчин – 2,38, планируемое – 1,72 и 1,9 соответственно. Среди помех к рождению желаемого числа детей россияне чаще всего отмечали материальные трудности и неуверенность в завтрашнем дне. На жилищные трудности ссылались чуть больше трети населения¹⁵. Кроме того, была подтверждена взаимосвязь брачных и репродуктивных установок. В числе состоящих в браке в 2 раза больше тех, кто имеет положительные репродуктивные ориентации, чем среди неженатых и незамужних¹⁶.

¹⁴ Захаров С. Чем объяснялся рост рождаемости в России в последние годы. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0453/tema01.php>; Зверева Н.В., Архангельский В.Н. Предварительные итоги и перспективы современной политики в области рождаемости в России // Федерализм. – 2010. – №2 (58). – С. 82.

¹⁵ Краткие итоги выборочного обследования «Семья и рождаемость». – URL: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/>

¹⁶ Краткие итоги выборочного обследования «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения». – URL: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.

В России, несмотря на положительные тенденции изменения уровня брачности и снижения разводимости, сохраняется проблема нестабильности брачных союзов (рис. 3 – 4; прил. 1, табл. 2).

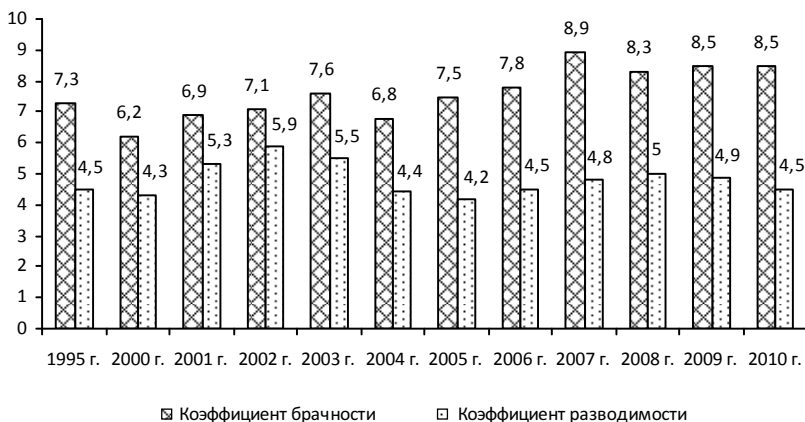


Рис. 3. **Общие коэффициенты брачности и разводимости**
(Российская Федерация; на 1000 человек населения)

Источник: данные Росстата. – URL: www.gks.ru



Рис. 4. **Общие коэффициенты брачности и разводимости**
(Вологодская область; на 1000 человек населения)

Источник: данные Росстата. – URL: www.gks.ru

Уровень разводимости в России остается одним из самых высоких в мире: например, в Германии и Швеции общий коэффициент разводимости составлял¹⁷ 2,3 ‰, в Китае – 1,6 ‰, в Мексике – 0,7‰ (прил. 1, табл. 1). Около 60% браков, заключенных в России, заканчивается разводами (в 2009 г. на 1000 браков приходилось 583 развода, в Северо-Западном федеральном округе – 602, в Вологодской области – 576 разводов). В 2009 г. минимальное число разводов на 1000 браков – 488 – отмечалось в Южном федеральном округе, максимальное – 650 – в Дальневосточном.

На высоком уровне сохраняется доля внебрачных рождений: порядка трети детей рождается у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке. При этом в сельской местности значение данного показателя выше, чем в городах (табл. 5).

Таблица 5. **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	28,0	27,2	29,8	30,9	29,6	36,9	31,4	31,0	32,7
2001	28,8	27,8	31,0	31,7	30,3	38,0	33,0	32,7	33,8
2002	29,5	28,4	32,0	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	34,0	39,9
2005	30,0	28,4	34,0	32,9	30,9	41,9	37,0	35,3	40,5
2006	29,2	27,5	33,2	32,1	30,0	41,1	36,0	33,9	40,7
2007	28,0	26,6	31,3	31,1	29,0	39,3	35,4	33,9	38,7
2008	26,9	25,5	29,9	30,1	28,0	39,3	34,0	31,8	38,6
2009	26,1	24,6	29,5	28,5	26,4	37,9	32,3	30,3	36,8

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

¹⁷ На 2008 г.

В Вологодской области доля внебрачных рождений в период с 2000 по 2005 г. увеличилась с 31 до 37%. Некоторое ее снижение – до 32% – наметилось лишь с 2006 г., параллельно с активизацией демографической политики.

В начале XXI в. число абортотв на 100 родов в Российской Федерации снижалось. Наиболее высокое значение данного показателя в 2009 г. отмечалось в Магаданской области Дальневосточного федерального округа – 134 аборта на 100 родов (97 – в среднем по округу). Наименьшее число абортотв – 14 на 100 родов – в Чеченской Республике, входящей в состав Южного федерального округа¹⁸ (среднее значение показателя в округе составляло 49 абортотв на 100 родов).

Несмотря на значительное снижение после 2005 г., число абортотв на 100 родов в Вологодской области превышает аналогичные показатели, фиксируемые в Российской Федерации в целом, а также в Северо-Западном федеральном округе в среднем и во всех его регионах (рис. 5, 6).

Снижается и число абортотв на 1000 женщин репродуктивного возраста (см. рис. 6). Наиболее высокое значение в 2009 г. – 47 абортотв на 1000 женщин в возрасте от 15 до 49 лет – было зафиксировано в Дальневосточном федеральном округе, среди регионов – в Магаданской области и Республике Алтай (59 абортотв на 1000 женщин репродуктивного возраста). Наименьшие значения данного показателя были зафиксированы в Южном федеральном округе (25 абортотв на 1000 женщин репродуктивного возраста), Республике Ингушетия – 9 абортотв на 1000 женщин в возрасте 15 – 49 лет. Всего в одном субъекте РФ уровень частоты абортотв на 1000 женщин фертильного возраста можно определить, согласно классификации ООН¹⁹, как очень низкий, в 5-ти – низкий, в 60-ти – средний и в 14-ти – высокий.

¹⁸ Входила в состав Южного федерального округа до 2010 г., до выделения Северо-Кавказского федерального округа.

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



Рис. 5. Число абортсв на 100 родов

Источники: Регионы России, 2008: стат. сб. / ФГС. – URL: www.gks.ru; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007, 2009, 2010; Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007.



Рис. 6. Число абортсв на 1000 женщин репродуктивного возраста (15 – 49 лет)

Источники: Регионы России, 2008: стат. сб. / ФГС. – URL: www.gks.ru, Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 г. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2010.

Вологодская область относилась до 2009 г. к последней группе, в 2010 г. благодаря тенденции снижения данного показателя абортивного поведения она переместилась в группу со средним уровнем частоты абортов (см. рис. 6).

При территориальном анализе абортивного поведения были выявлены группы районов, различные по уровню числа абортов в расчете на 100 родов (рис. 7). Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Вашкинском районе, где вопрос стоит крайне остро: за рассмотренный период на 100 родов там в среднем приходилось более 500 абортов (475 в 2010 г.).

По сравнению с 2000 г. в 2010 г. уровень абортов увеличился в 11 районах Вологодской области. В 13 районах, а также крупных городах наблюдалось снижение числа абортов на 100 родов (табл. 6).

Таблица 6. Группировка муниципальных образований Вологодской области и их место по числу абортов на 100 родов в 2010 г. по сравнению с 2000 г.

Район	2000	Место	2010	Место	Район	2000	Место	2010	Место
<i>Снижение</i>					<i>Увеличение</i>				
Белозерский	219	7	154,6	9	Вашкинский	439	1	475	2
Великоустюгский	102	17	95,1	20	Бабушкинский	75,5	20	176	7
Верховажский	161	11	143,5	12	Бабаевский	100	18	128,3	15
Вожегодский	223	6	116,7	17	Грязовецкий	186	9	238	4
Вытегорский	252	4	113,6	18	К.-Городецкий	69	21	170,7	8
Кадуйский	387	2	23,3	24	Никольский	158	12	188	5
Кирилловский	263	3	107,5	19	Нюксенский	97	19	134,8	13
Междуреченский	128	15	46,2	23	Тарногский	55	23	176,1	6
Сокольский	150	14	126	16	Тотемский	66	22	91,2	21
Сямженский	217	8	72,2	22	Усть-Кубинский	0	24	666,7	1
Устюженский	158	13	149,1	10	Чагодощенский	111	16	276,8	3
Харовский	180	10	146,4	11					
Шекснинский	244	5	130,9	14					
г. Вологда	117		70,2						
г. Череповец	143		104,8						

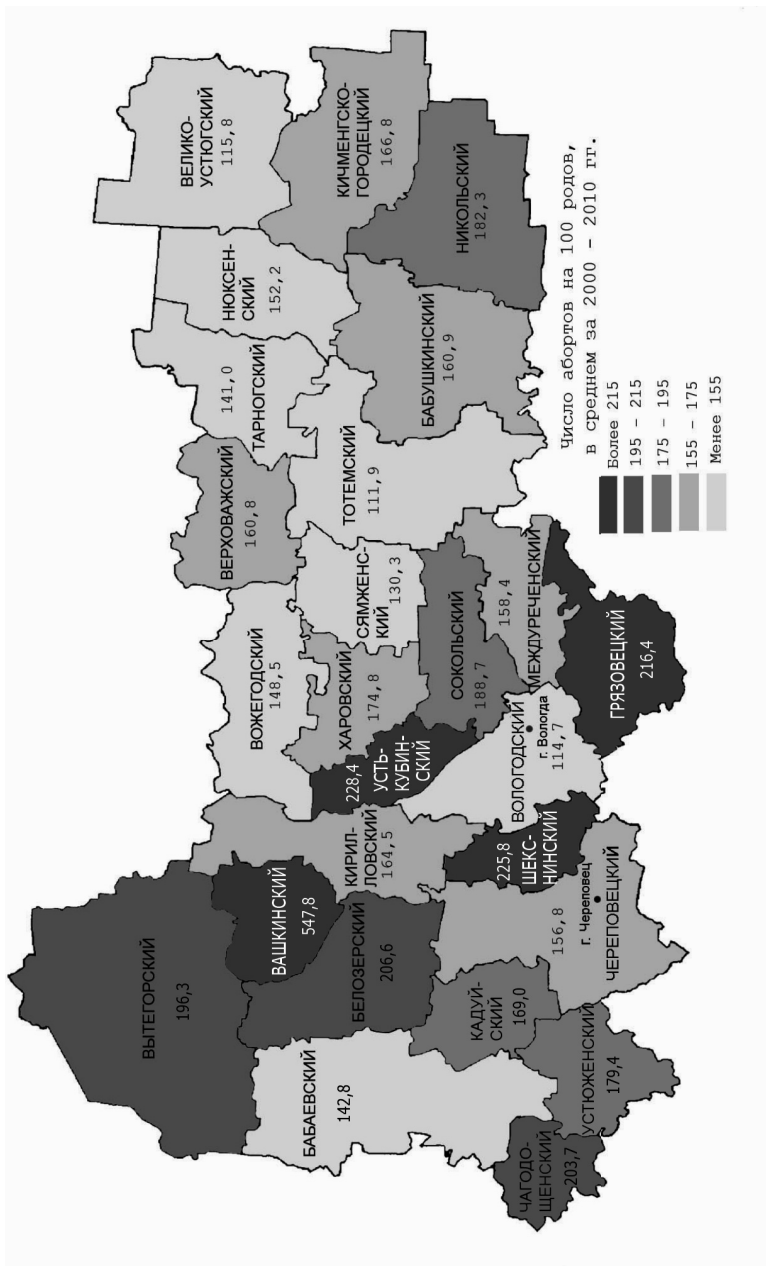


Рис. 7. Число абортів на 100 родів (в середньому за 2000 – 2010 гг.)

Особенно значительное улучшение ситуации отмечалось в Кадуйском, Междуреченском, Сямженском районах области и г. Вологде.

Вариативный демографический прогноз изменения численности населения на период до 2020 г. как по Вологодской области, так и по России в целом²⁰ свидетельствует о сохранении депопуляции даже при планируемом увеличении рождаемости. Уменьшение числа женщин репродуктивного возраста в будущем ставит задачу увеличения детности семей, актуализируя исследование особенностей репродуктивного поведения населения.

Репродуктивное поведение населения, как одно из определяющих условий рождаемости населения, является единственным поведенческим фактором формирования воспроизводства населения. Исследователи репродуктивного поведения в связи с его многоаспектностью используют комплексный междисциплинарный подход, применяя методы статистического анализа, медико-демографических и социологических исследований.

Анализ статистических данных о демографических структуре и процессах, репродуктивном поведении свидетельствует о наличии негативных предпосылок и тенденций, препятствующих преодолению депопуляции без внешней корректировки.

²⁰ Шабунова А.А., Богатырев А.О. Вологодская область: перспективы демографического развития территории // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – № 11. – С. 51-61.

ГЛАВА 2

Тенденции и факторы репродуктивного поведения населения

2.1. Анализ основных тенденций репродуктивного поведения

Тенденции репродуктивного поведения населения мы будем рассматривать в соответствии с принятой структурой, согласно которой можно выделить собственно репродуктивное, абортивное и контрацептивное поведение населения²¹.

Собственно репродуктивное поведение

Один из самых распространенных количественных индикаторов репродуктивных установок – предпочитаемые числа детей²². В реальной жизни ожидаемое (планируемое) 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 жизни²³.

²¹ Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 251.

²² Социология семьи: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2009. – С. 390–392.

²³ Бодрова В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период // Народонаселение. – 1999. – № 2; Пальцева Т.В. Формирование репродуктивной установки // Семья в России. – 2004. – №4. – С. 26–35; Уварова Е.В., Савельева И.С. Комбинированные оральные контрацептивы в аспекте сохранения репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи // Русский медицинский журнал. – URL: http://www.rmj.ru/articles_3555.htm (дата обращения: 04.04.2011).

Репродуктивные установки жителей области соответствуют малодетным планам. Среднее желаемое число детей в семье составляет 2,08 ребенка (табл. 7). Однако оно не реализуется полностью: планируемое число детей в регионе в 2011 г. – 1,86, а суммарный коэффициент рождаемости (на 2009 г.) еще меньше – 1,54. То есть появление планируемого числа детей детерминировано рядом условий. Жители районов традиционно имеют более высокие значения предпочитаемой детности, чем жители крупных городов.

Таблица 7. **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
2011	1,99	1,70	2,17	2,02	2,08	1,86

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

В среднем в 2011 г. по сравнению с 2007 г. репродуктивные планы населения Вологодской области повысились. В территориальном разрезе это повышение достигнуто за счет изменения показателей в районах. В крупных городах значения желаемого и планируемого чисел детей в 2011 г. несколько меньше, чем в 2008 г. При этом рост был более заметным у женщин, чем у мужчин (табл. 8).

Результаты, полученные в ходе выборочного обследования «Семья и рождаемость»²⁴, свидетельствуют о более низких репродуктивных намерениях женщин по сравнению

²⁴ 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.

с мужчинами. Среднее желаемое число детей у женщин составило 2,28, у мужчин – 2,38; планируемое число детей у женщин – 1,72, у мужчин – 1,9. В Вологодской области гендерные различия желаемой и планируемой детности незначительны.

Таблица 8. **Желаемое и планируемое число детей, гендерный разрез**

Пол	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	2007 г.	2008 г.	2011 г.	2011 г. к 2007 г., %	2007 г.	2008 г.	2011 г.	2011 г. к 2007 г., %
Мужчины	1,91	2,00	2,04	106,8	1,76	1,88	1,83	104,0
Женщины	1,95	2,01	2,10	107,7	1,79	1,83	1,87	104,5
<i>В среднем</i>	<i>1,93</i>	<i>2,01</i>	<i>2,08</i>	<i>107,8</i>	<i>1,77</i>	<i>1,86</i>	<i>1,86</i>	<i>105,1</i>
Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.								

Наибольшие идеальное и желаемое числа детей имеет население старше 35 лет (*рис. 8*). Вместе с тем, планируемое в данной возрастной группе число детей минимально. Увеличивающийся разрыв между идеальным, желаемым и планируемым числами детей от младшей возрастной группы к старшей свидетельствует о том, что либо увеличивается уровень притязаний к уровню жизни, либо с опытом изменяется их оценка. Желаемое число детей, максимально отражающее потребность в детях, в группе населения в возрасте от 15 до 20 лет составляет 1,97, что является минимальным значением для всех возрастных групп. Данный факт позволяет подтвердить тенденцию снижения потребности в детях (вернее, в их числе).

По сравнению с аналогичным исследованием, проведенным в 2008 г., в 2011 г. заметно увеличение планируемого числа детей в возрастной группе от 15 до 20 лет и его снижение в старшей возрастной группе. Увеличение планируемой детности у молодежи, вероятно, обусловленное реализуемой демографической политикой, сопровождается меньшим оптимизмом населения старше 35 лет, хотя уровень рождаемости в данной группе увеличился (*рис. 9*).

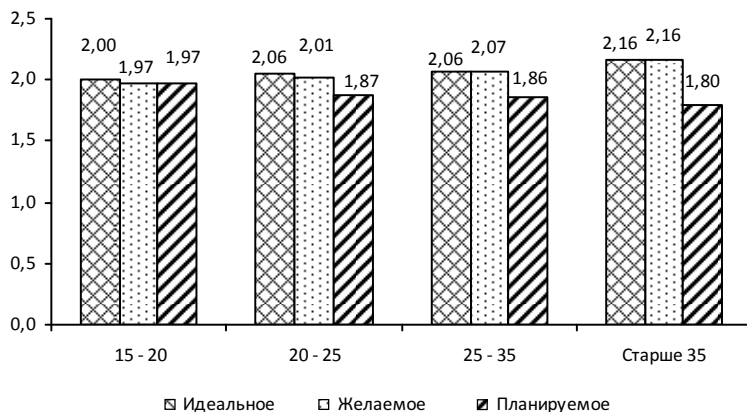


Рис. 8. Предпочитаемое число детей в различных возрастных группах населения в 2008 г.

Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2011 г., n=1371.

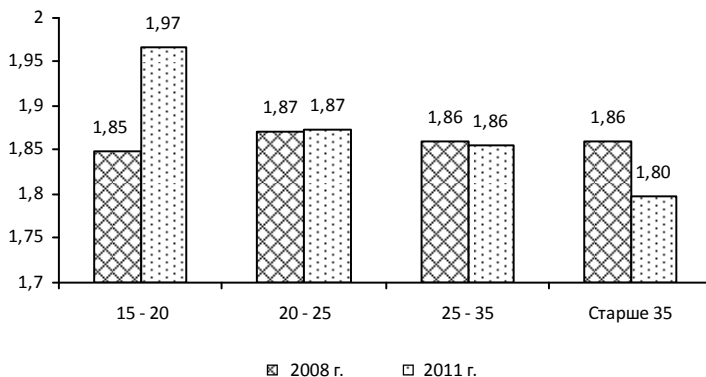


Рис. 9. Среднее планируемое число детей в различных возрастных группах населения в 2008 и 2011 г.

Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2008 г., 2011 г., n=1371.

Наличие детей, соотнесенное с репродуктивными планами, отражает степень реализации последних: около 5% бездетных граждан полагают остаться бездетными; почти по 60%

одно- и двухдетных семей еще не удовлетворили потребность в детях, а среди трехдетных около 16% хотели бы еще иметь детей (рис. 10).

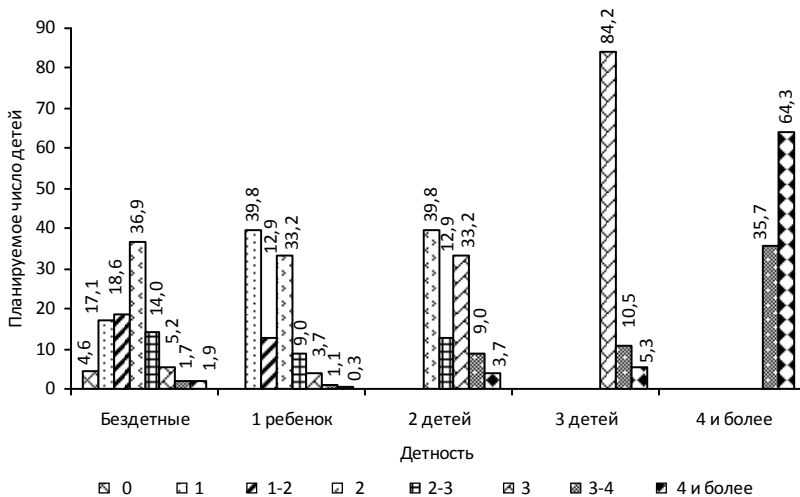


Рис. 10. **Репродуктивные планы населения с различным показателем детности** (в % от числа опрошенных в каждой группе)

Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2011 г., n=1371.

Возрастные коэффициенты свидетельствуют об изменении распределения интенсивности рождаемости по возрастным группам. По сравнению с 1995 г. в 2009 г. увеличилось число рождений на 1000 женщин в возрастных группах от 15 до 19 лет и группах от 25 лет и старше. Интенсивность рождаемости у женщин в возрасте от 18 до 24 лет снизилась (рис. 11). То есть модель репродуктивного поведения продолжает трансформироваться.

Таким образом, для собственно репродуктивного поведения населения характерны: малодетность, повышение интенсивности рождаемости в старших возрастных группах, территориальная и гендерная дифференциация репродуктивных установок, их повышение у населения сельских территорий.

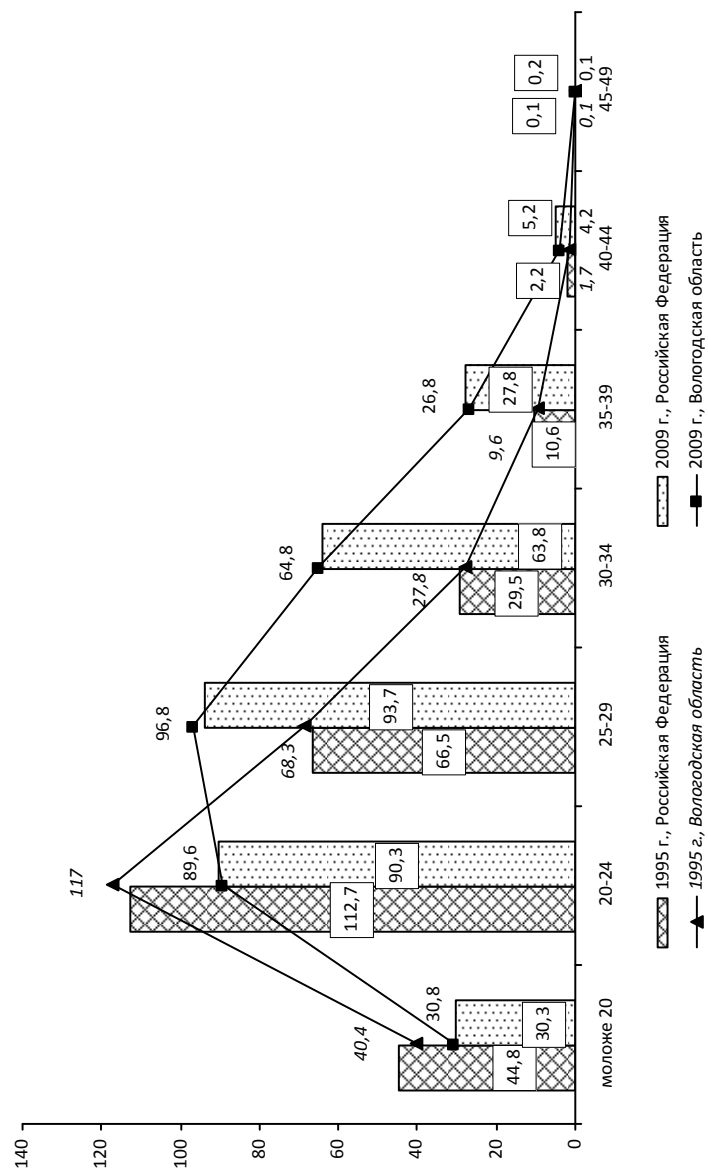


Рис. 11. Возрастные коэффициенты рождаемости
(число родившихся за год на 1000 женщин в возрасте, лет)

Источник: данные Росстата. – URL: gks.ru

Абортивное поведение населения

По данным социологического исследования, в среднем треть женщин прибегали к искусственному прерыванию беременности (табл. 9).

Таблица 9. Доля женщин, утвердительно ответивших на вопрос: «Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?», %

Возрастная группа, лет	2007 г.	2008 г.	2011 г.
От 15 до 25	9	4	2
От 25 до 30	13	6	8
От 30 до 35	22	33	32
Старше 35	56	56	59
<i>В среднем</i>	<i>32</i>	<i>32</i>	<i>20</i>

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

С возрастом увеличивается доля женщин, когда-либо делавших аборт, а также кратность абортивного вмешательства. То, что удельный вес женщин, прибегавших к искусственному прерыванию беременности, выше в старших возрастах, объясняется кумулятивным эффектом, а также тем, что в возрасте после 35 лет незапланированные беременности, вероятнее всего, заканчиваются абортом.

В исследовании, проведенном в 2011 г., по сравнению с исследованиями 2007 и 2008 гг. доля девушек в возрасте от 15 до 25 лет, делавших аборт, меньше. Это может быть результатом активизации работы системы здравоохранения по снижению уровня абортотворения у женщин в ранних возрастах²⁵.

По данным того же исследования, из всех женщин, прибегавших к хирургическому прерыванию беременности, делали это однократно 51%, двукратно – треть, 12% имеют 3 аборта и 8% – 4 и более. В младшей возрастной группе не зафиксировано

²⁵ Межведомственная целевая программа «Охрана репродуктивного здоровья подростков г. Вологды и Вологодской области» на 2010 – 2014 годы.

повторных аборт (табл. 10). В то же время отсутствие тенденции снижения повторных прерываний беременности в целом по выборке свидетельствует о сохранении проблем в сфере послеабортного консультирования и послеабортной контрацепции, а также контрацептивного поведения в целом.

Таблица 10. **Распределение женщин по числу аборт в анамнезе в различных возрастных группах, %**

Число операций	Возрастная группа, лет				Всего по выборке
	15 – 25	25 – 30	30 – 35	Старше 35	
2007 год					
1 раз	77	58	43	52	59
2 раза	18	16	30	30	25
3 раза	5	13	17	12	10
4 и более раз	0	13	9	6	6
2008 год					
1 раз	91	75	54	43	51
2 раза	0	6	29	31	27
3 раза	9	13	7	17	13
4 и более раз	0	6	10	9	9
2011 год					
1 раз	100	61	55	45	51
2 раза	0	26	28	32	29
3 раза	0	9	10	13	12
4 и более раз	0	4	7	10	8
Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.					

Абортивное поведение во многом обусловлено степенью информированности населения в вопросах планирования семьи, способностью к применению этих знаний на практике и репродуктивными установками. Поэтому весьма важно выявить мотивационный и побудительный компонент абортивного (и как фактора – контрацептивного) поведения населения.

Решение о прерывании беременности абортom зависит от принципиального признания или непризнания его допустимости. Категорически неприемлемым аборт считают 36%

жителей области (38% – среди мужчин и 34% – среди женщин). Остальные полагают, что он допустим (21%) или допустим при определенных обстоятельствах (42%).

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

При этом около 40% женщин области полагают сохранить незапланированную беременность и 10% еще до ее наступления уверены в том, что в случае ее наступления сделают аборт.

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 интервала²⁶, пренебечь которой и сохранить жизнь ребенка готовы от 46 до 50% женщин в разные годы исследования. Если репродуктивный план «выполнен», т.е. имеющееся число детей равно планируемому, превысить его готовы 15 – 29% женщин, а если незапланированные рождения уже имели место, вновь рожать настроены только 14 – 26% (табл. 11).

Комплекс мер, направленных на повышение рождаемости и снижение числа аборт, с одной стороны, принес положительный результат: в 2011 г. доля женщин, ориентированных на аборт в случае незапланированной беременности, стала в разы меньше, чем в 2007 – 2008 гг. Однако доля тех, кто уверен в том, что сохранит беременность, возросла незначительно.

Ответственность за принятие решения о прерывании беременности чаще несут женщины – почти в половине случаев.

²⁶ Интергенетический интервал – это средняя длительность периода между последовательными рождениями. Протогенетический интервал – время между вступлением в брак (точнее, образованием брачного союза) и рождением первенца (Медков В.М. Демография. – Ростов-на-Дону, 2002. – С. 142).

В среднем 35% решений об аборте принимается совместно с партнером; по рекомендации врача было осуществлено 10% прерываний беременности (табл. 12).

Таблица 11. **Абортивные установки женщин 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		
	Год опроса								
	2007	2008	2011	2007	2008	2011	2007	2008	2011
Сделаю аборт	12	15	6	31	26	16	31	41	8
Буду рожать	46	46	50	15	29	23	14	24	26
Затрудняюсь ответить	42	40	43	54	45	62	56	35	67

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

Таблица 12. **Распределение ответов на вопрос: «Инициатором аборта были...», гендерный разрез, %**

Пол	Я		Партнер(ша)		Совместное решение		Родственники		Врач		Другое	
	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011	2008	2011
Женщины	49	49	4	3	29	34	4	4	10	9	5	1
Мужчины	20	18	17	7	43	41	2	5	3	16	15	14
В среднем	37	44	10	4	35	35	3	4	7	10	9	3

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

На фоне снижения числа абортов наиболее значимыми обстоятельствами, при которых хирургическое прерывание беременности допустимо, являются медицинские причины, зачатие в результате изнасилования и материальные трудности семьи (табл. 13).

Таким образом, в регионе сохраняется приемлемость аборта как способа регулирования детности, решение о прерывании беременности и ответственность за него чаще всего

Таблица 13. **Распределение ответов на вопрос: «При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым прерывание беременности абортom?»**
(в % от числа считающих допустимым искусственное прерывание беременности)

Вариант ответа	2005	2007	2008	2011
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	52	54	72	49
Плод имеет порок в развитии	43	54	68	39
Беременность – результат изнасилования	40	44	53	23
Беременность может повредить здоровью женщины	22	29	41	18
Материальные трудности семьи	12	22	30	15
Женщина не замужем	7	12	10	6
По настоянию родителей, родственников, молодого человека	4	10	12	4
Другое	2	2	2	0

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

самостоятельно несут женщины. Основными факторами абортивного 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 111,9 в Тотемском районе до 547,8 в Вашкинском (в 2010 г. – от 46,2 в Междуреченском районе до 666,7 в Усть-Кубинском).

Контрацептивное поведение населения

Контрацептивное поведение как часть репродуктивного поведения в целом тесно связано с абортивным поведением и рождаемостью. Контрацепцию привычно отождествляют с планированием семьи, а его, в свою очередь, с ограничением рождаемости. Однако это не вполне верно. Планирование семьи²⁷ – это

²⁷ 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).

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, аборт, оперативные вмешательства, осложненные роды. Одним из самых важных моментов 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, также входящая 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 (*прил. 2*).

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.

В период с 2000 по 2008 г. в России отмечалось снижение распространенности использования ВМС и стерилизации женщин и увеличение доли женщин, использующих гормональную контрацепцию (табл. 14). Однако она значительно меньше, чем в странах Европейского союза, где уровень использования женщинами гормональных средств почти в 7 раз выше²⁸.

Таблица 14. **Использование средств контрацепции в России**

	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	16,0	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	18,0	16,6	17,1	14,3	14,7
На 100 000 женщин в возрасте 15 – 49 лет	47,0	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									

О том, что хотя бы иногда используют какой-либо метод контрацепции, заявило 84% населения, живущего половой жизнью.

²⁸ Мировая статистика здравоохранения, 2010.

Среди средств контрацепции устойчивое лидерство сохраняется за презервативами и естественными методами планирования семьи (табл. 15), 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 (прил. 2).

Таблица 15. **Распределение ответов на вопрос: «Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете»** (средний балл по 4-балльной шкале)

Средство/метод	Женщины				Мужчины			
	2005	2007	2008	2011	2005	2007	2008	2011
<i>Естественные методы планирования семьи</i>								
Прерванный половой акт	1,8	1,8	1,8	1,9	1,7	1,8	1,8	1,9
«Безопасные дни»	1,6	1,5	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6	1,5
<i>Медицинские средства планирования семьи</i>								
Презервативы	2,2	2,2	2,2	2,2	2,6	2,3	2,5	2,5
Таблетки (гормональные средства)	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4
ВМС (внутриматочная спираль)	1,4	1,5	1,6	1,6	1,3	1,5	1,5	1,3
Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1
Другое	1,1	1,1	1,1	1,1	1,7	1,2	1,1	1,1
Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.								

Всегда используют какой-либо метод 39% населения региона (38% в 2008 г.). Данные исследования свидетельствуют о чуть более низких в регионе, чем в России в целом, показателях использования гормональных средств (7 и 10 на 100 женщин в репродуктивном возрасте соответственно; рис. 12).

Распределение используемых средств свидетельствует об их соответствии в целом возрастным особенностям женского организма (рис. 13). Для молодых женщин (15 – 25 лет) характерно использование презерватива, прерванного полового акта, в меньшей степени – гормональных таблетированных препаратов.

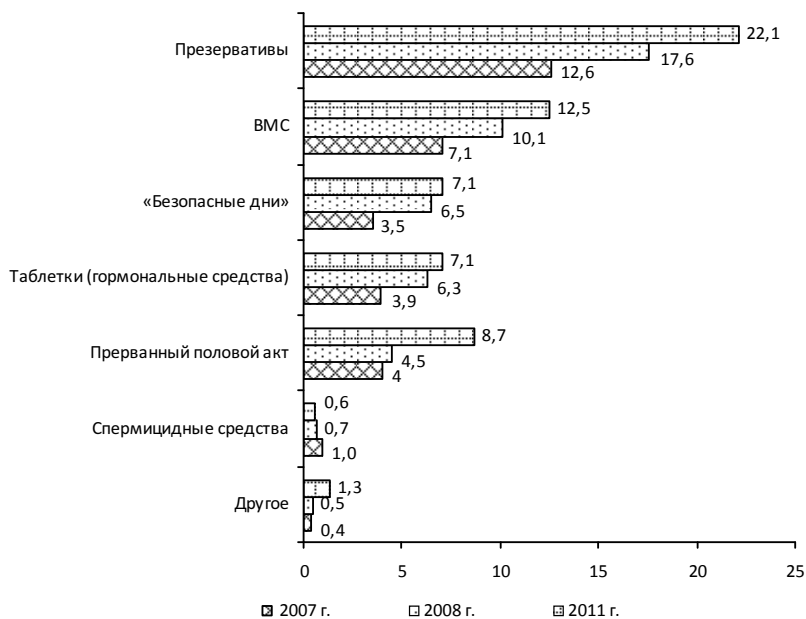


Рис. 12. **Использование методов предупреждения беременности (вариант ответа «всегда использую»)** (в % от числа живущих половой жизнью)

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

Использование внутриматочной спирали более характерно для женщин старших возрастов. Среди женщин активного репродуктивного возраста (до 30 лет) больше тех, кто отдает предпочтение презервативам, 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, четкого представления о желательном уровне детности и длительности протогенетического, чаще интергенетического, интервалов, что наблюдается именно в этой возрастной группе населения.

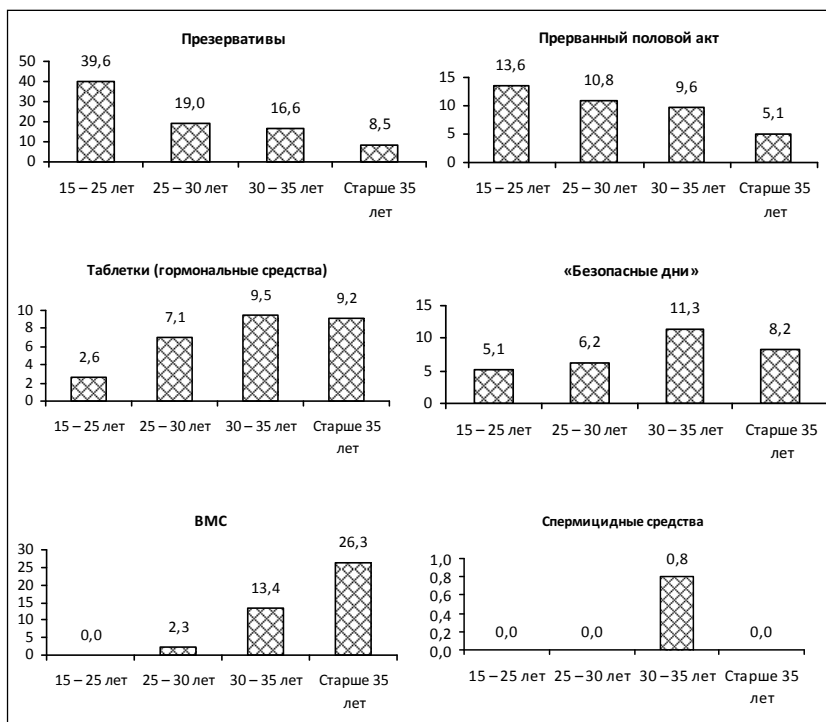


Рис. 13. Использование методов предупреждения беременности в разных возрастных группах (вариант ответа «всегда использую»), 2011 г. (в % от числа женщин, живущих половой жизнью)

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.

В структуре мотивации использования средств контрацепции первое место устойчиво сохраняет предохранение от нежелательной беременности (именно эту причину отметили в 2011 г. 65% жителей области). Максимальная защита своего здоровья была целью 18% населения. Профилактика ЗППП значима для 20% населения (рис. 14).

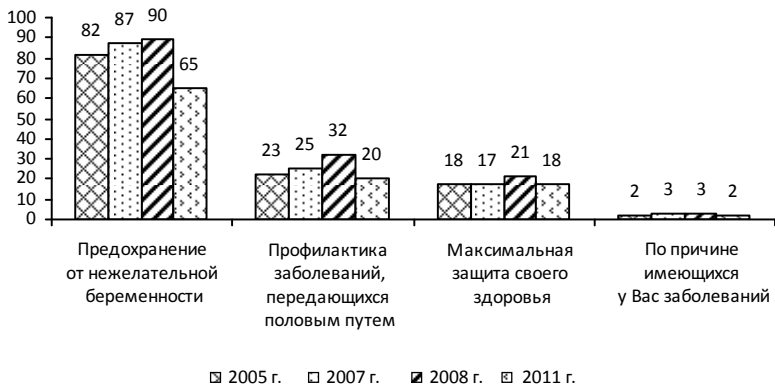


Рис. 14. Распределение ответов на вопрос: «С какой целью Вы используете средства контрацепции?» (в % от числа использующих средства контрацепции)

Применение контрацепции ограничивается в основном субъективным нежеланием (эту причину в 2011 г. отметили 12% жителей области) (рис. 15).

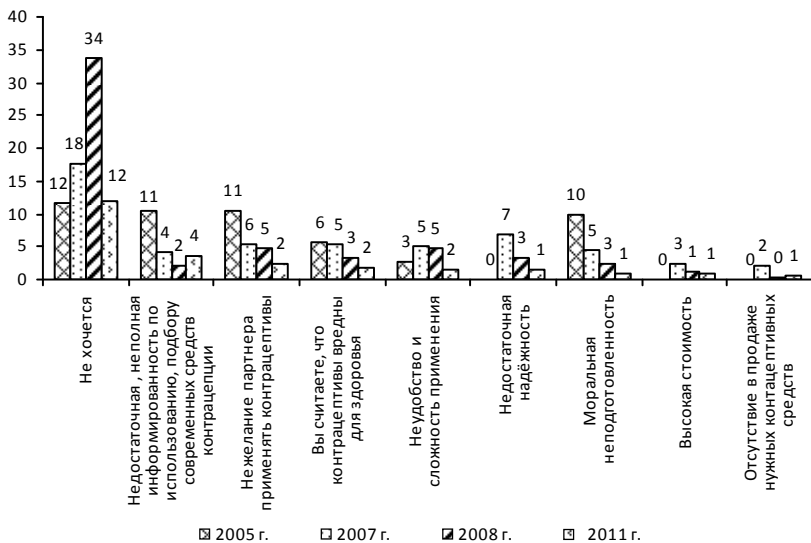


Рис. 15. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы не пользуетесь ни одним средством контрацепции, то укажите, пожалуйста, почему» (в % от числа опрошенных)

Всего не пользуется контрацептивными средствами или методами 3% населения, живущего половой жизнью.

Абортивно-контрацептивное поведение и планирование семьи в целом обусловлено информированностью населения в данной сфере, в разной степени реализуемой в поведенческих решениях.

Нами была оценена степень информированности населения в вопросах контрацепции, инфекций, передающихся половым путем, а также о последствиях аборта, о родах. За период исследования с 2005 по 2011 г. самооценки информированности в вопросах репродукции изменились незначительно (табл. 16).

Таблица 16. **Самооценка информированности населения в вопросах репродукции** (средний балл по 5-бальной шкале, где 1 – плохо информирован, 5 – очень хорошо информирован)

2005 г.			2008 г.			2011 г.		
Область	Женщины	Мужчины	Область	Женщины	Мужчины	Область	Женщины	Мужчины
<i>О путях заражения ВИЧ/СПИДом</i>								
3,6	3,7	3,6	4,1	4,2	4,0	3,9	3,9	3,8
<i>О первых признаках венерических заболеваний</i>								
3,2	3,1	3,2	3,7	3,7	3,7	3,5	3,5	3,5
<i>О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)</i>								
3,6	3,6	3,6	4,1	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8
<i>О средствах предохранения от нежелательной беременности</i>								
3,8	3,9	3,6	4,2	4,3	4,0	3,9	4,0	3,8
<i>О последствиях аборта</i>								
3,4	3,6	3,1	3,7	4,1	3,4	3,7	4,0	3,4
<i>О родах</i>								
3,2	3,6	2,8	3,6	4,0	3,1	3,6	3,9	3,2

Гендерные различия при этом сохраняются: женщины по-прежнему более осведомлены в данной сфере. Наименее информировано население о родах (3,6 балла), особенно мужчины – 3,2 балла в сравнении с 3,9 балла у женщин; о последствиях аборта (3,7 балла) и о первых признаках венерических заболеваний (3,5 балла). Осведомленность населения

в вопросах репродукции очень слабо коррелирует с возрастом и уровнем образования, что, вероятно, обусловлено специфической информацией, получение которой должно быть личностно мотивированным.

Выявлена корреляционная связь между самооценкой грамотности в вопросах предохранения от нежелательной беременности и использованием эффективных²⁹ средств контрацепции: внутриматочной спирали и гормональных таблетированных препаратов (коэффициент корреляции составляет 0,1 и 0,095 соответственно). Эти средства обязательно назначаются врачом, который предварительно проводит консультирование о возможных средствах и методах контрацепции. Выявленная взаимосвязь подтверждает значимость деятельности системы здравоохранения в вопросах планирования семьи.

Следует отметить, что в регионе проводится работа по расширению консультативно-просветительской деятельности в сфере репродукции. Это участие в проектах «Мать и дитя» (с 2003 г.), «Святость материнства» (с 2009 г.), реализация межведомственной программы «Охрана репродуктивного здоровья населения Вологодской области» Вологодским областным центром планирования семьи и репродукции, основной целевой группой которой является молодежь. В результате снизилась доля молодых девушек, прерывавших беременность абортom, 80% живущих половой жизнью применяют контрацепцию.

Таким образом, несмотря на положительные тенденции в абортивно-контрацептивном поведении населения, уровень абортов в регионе, как и в России в целом, весьма высок. Широко распространены низкоэффективные методы контрацепции, сознательный отказ от ее использования, не связанный с планированием зачатия. В связи с этим для преодоления

²⁹ Индекс Пирла для комбинированных оральных контрацептивов составляет 0,05-0,2%, ВМС – 0,2-3,0%.

депопуляционных тенденций необходимо, наряду с увеличением рождаемости, продолжать работу по повышению социально-гигиенической грамотности населения, сексуальной культуры и в целом по формированию здоровьесберегающего поведения.

2.2. Реализация репродуктивных планов

Реализация желаемых рождений может осуществляться при 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.

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 здоровьем³⁰), второй – оценка возможностей воспитания ребенка (самооценка условий среды)³¹.

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 воспроизводства». На наш взгляд, такое понятие применимо, поскольку оно связано именно с теми учреждениями и услугами, которые непосредственно касаются

³⁰ Анализ репродуктивного здоровья населения см. в п. 2.3.

³¹ Калачикова О.Н. Социально-гигиеническая грамотность в системе условий формирования репродуктивного поведения населения // Проблемы развития территории. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – № 2 (54) – С. 64 – 71.

родительства и детства. Это гинекологическая/androлогическая, педиатрическая службы, служба родовспоможения, центры планирования семьи и репродукции, учреждения дошкольного, среднего, высшего, дополнительного образования.

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

Вначале отметим наличие группы населения, не планирующей рождение детей вообще. Доля бездетных граждан, не желающих и не планирующих иметь детей, составляет 1%. Это люди, нацеленные на карьерный рост и «зарабатывание денег» (62% представителей данной группы выбрали эти варианты жизненных ценностей), помехой чему являются дети (так ответили 23% представителей данной группы). Кроме того, 39% людей, сознательно выбирающих бездетность, назвали детей помехой личной жизни и отдыху. Так же 39% респондентов указали в качестве причины предполагаемой бездетности нежелание менять привычный стиль жизни, 23% – просто не хотят иметь детей, 20% – сослались на состояние здоровья.

Для имеющих репродуктивные планы на малодетность (1, 1 – 2 ребенка) – а это 29% населения – основным условием их реализации является стабильность материального благополучия, возможность обеспечить детям качественное образование, уверенность в завтрашнем дне. Те, кто ориентирован на двух, двух-трех детей (51% населения) тоже отдают приоритет материальному благополучию. На втором месте для них – жилищные условия и наличие супруга (*табл. 17*). Для населения, чьи репродуктивные установки превышают распространенную двухдетность (12%), на первом месте находятся уверенность в завтрашнем дне, на втором – полная семья, на третьем – жилищные условия.

Таблица 17. **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, один-два	Два, два-три	Три и более	
Полная семья	4,0	4,2	4,4	4,6	4,4
Доступность качественной медицинской помощи	4,1	4,3	4,4	4,6	4,4
Возможность обеспечить своим детям качественное образование	4,1	4,3	4,5	4,5	4,4
Наличие/возможность приобретения и удовлетворительное состояние жилья	4,0	4,3	4,4	4,6	4,4
Стабильность материального благополучия	4,0	4,1	4,3	4,5	4,3
Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	4,0	4,3	4,4	4,5	4,3
Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад	3,5	3,5	3,6	4,0	3,6
Помощь родителей в воспитании детей	3,5	3,3	3,3	3,8	3,4
Уверенность в завтрашнем дне	3,7	3,1	3,3	3,8	3,3

Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2011 г.

Наличие полной семьи в списке условий для реализации малодетных (1 – 2 ребенка) репродуктивных планов занимает лишь 4 – 5 место. Неуверенность в стабильности брака стимулирует снижение репродуктивных установок и ограничивает реализацию репродуктивных планов. Женщины, ориентированные на рождение одного-двух детей, полагают, что смогут справиться с их воспитанием и без помощи супруга. Мужчины, 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, а с другой – меньшую терпимость в межличностных взаимоотношениях и ослабление прочности семей-

ного союза. Это подтверждается статистическими данными об уровнях брачности и разводимости населения, о соотношении браков и разводов (см. прил. 1).

Вместе с тем наблюдается снижение привлекательности сожительства. Как показывает социологическое исследование, в 2011 г. предпочтение совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе отдают 11% населения (14% мужчин и 8% женщин). По сравнению с 2008 г. популярность сожительства в 2011 г. снизилась на 7 п.п. (в 2008 г. данной форме отношений отдавали предпочтение 18% жителей области); по сравнению с 2005 г. – на 10 п.п. (табл. 18).

Таблица 18. 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		
	2005	2008	2011	2005	2008	2011	2005	2008	2011
<i>Какому браку** Вы отдаете предпочтение?</i>									
Зарегистрированному браку	66,6	67,2	71,4	2,22	2,10	2,17	1,81	1,95	1,93
Совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе	20,5	18,4	10,9	2,03	1,75	1,77	1,58	1,63	1,61
<i>Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?</i>									
Да	53,1	55,4	56,3	2,23	2,10	2,19	1,77	1,96	1,94
Нет	27,0	27,8	26,8	2,04	1,87	1,98	1,70	1,67	1,80
Не думал/не думала об этом	12,0	11,0	13,6	2,06	1,75	1,86	1,74	1,70	1,68
* Без затруднившихся ответить. ** 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. Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.									

Роль семейного положения и отношение к браку в целом весьма существенно влияют на уровень репродуктивных установок населения. На протяжении всего исследования жители

области, отдающие предпочтение легитимному союзу, демонстрируют более высокие значения желаемой и планируемой детности. 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.

Значительное распространение представлений о «достаточности» небольшого количества детей отражает существенный вклад социальной и психологической составляющей в репродуктивную мотивацию сегодняшней малодетности (рис. 16).

Снижение распространенности материальных причин, обуславливающих малодетные репродуктивные установки, свидетельствует о том, что, вероятнее всего, потребность в детях конкурирует с другими потребностями семьи, возможность удовлетворения которых будет тем выше, чем меньше число детей.

Таким образом, малодетные репродуктивные планы определяются тем, что экономические условия воспринимаются частью людей как неблагоприятные для рождения ребенка (как правило, второго или третьего). Это может быть связано со стремлением обеспечить своему ребенку высокий уровень и наилучшее качество жизни.

Граждане, которые хотели бы иметь трех и более детей, чаще всего объясняют это любовью к детям, семейными традициями (рис. 17).

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 (26% против 14% в семьях, ориентированных на малодетность) и помощь в старости (46% против 32% соответственно; рис. 18).

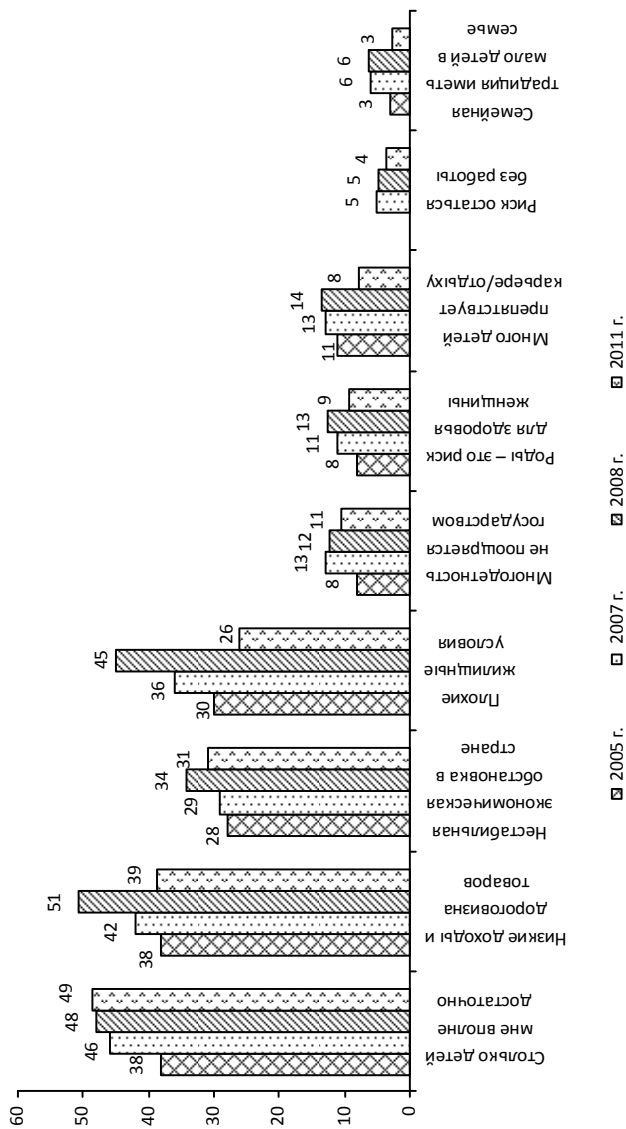


Рис. 16. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше» (в % от числа опрошенных, ориентированных на малодетность)

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

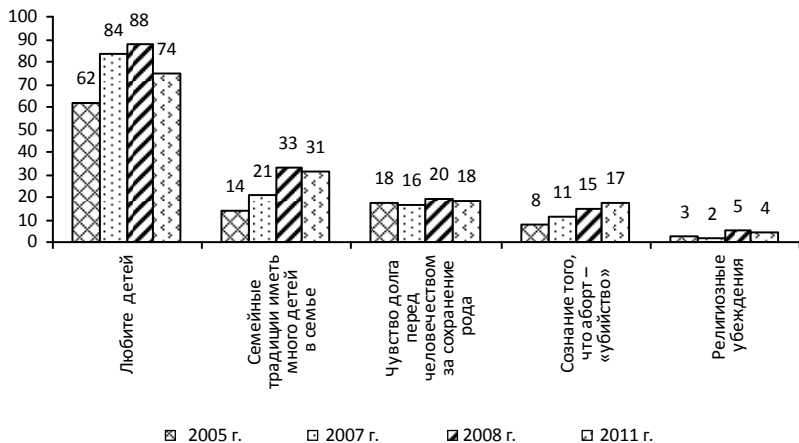


Рис. 17. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины этого?»
(в % от числа опрошенных, ориентированных на многодетность)

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



Рис. 18. Распределение ответов на вопрос: «Для вас дети – это ...»
(в % от числа опрошенных с разными репродуктивными планами)

Источник: Данные опроса по изучению репродуктивного потенциала населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН, 2011 г.

Следует отметить, что в формировании ориентаций на многодетность в 2011 г. на 2 – 3 места вышли варианты ответов, опосредующие социальные мотивы деторождения. Вариант ответа «дети – это обязательная часть семьи» выбрали 58% жителей региона, ориентированных на многодетность, для 53% – «дети – это наследники, продолжатели дела». В 2007 – 2008 гг. эти варианты занимали 3 – 4 места (48 и 44% соответственно), уступая психологическим и экономическим мотивам. Вероятно, это связано с активизацией пропагандистского компонента демографической политики, опирающегося на социальную и национальную самоидентичность³².

Наличие полной семьи, как мы отмечали выше, находится на первом месте в оценке условий, необходимых для реализации многодетных репродуктивных планов. Вполне логично, что велико и значение жилищных условий, возможности дать детям достойное образование.

2.3. Репродуктивное здоровье населения

Репродуктивное здоровье является важной составляющей понятия «общественное здоровье». Под репродуктивным здоровьем, в соответствии с рекомендациями Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней. Таким образом, репродуктивное здоровье означает возможность удовлетворенной и безопасной сексуальной жизни, способность к воспроизведению (рождению детей) и возможность решать, когда и как часто это делать. Это предусматривает право мужчин и женщин на информацию и доступ к безопасным, эффективным, доступным

³² Цикл наружной социальной рекламы «Они были третьими», видеоролики направления «Мы вымираем».

по цене и приемлемым методам планирования семьи и/или иным, избранным ими методам регулирования рождаемости, не противоречащим закону. Это означает и право доступа к соответствующим услугам в области здравоохранения, позволяющим женщине безопасно перенести беременность и роды и обеспечивающим наилучшую возможность родить здорового ребенка.

Для характеристики репродуктивного здоровья чаще используются показатели материнской и младенческой смертности, числа или частоты аборт, заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем и т. д. Однако, на наш взгляд, не менее значим потенциал родительского здоровья, особенно репродуктивного, так как он во многом определяет возможность зачатия, течение беременности и родов, здоровье будущего ребенка. В связи с этим целесообразно дополнить приведенную выше характеристику репродуктивного здоровья блоком показателей, иллюстрирующих здоровье репродуктивной системы будущих родителей (*прил. 3*).

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. Уровень заболеваемости населения болезнями мочеполовой сферы в Вологодской области увеличился с 30 случаев на 1 тыс. чел. нас. в 2000 г. до 38 случаев в 2010 г. (*рис. 19*).

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 2010 г. заболеваемость женским бесплодием существенно

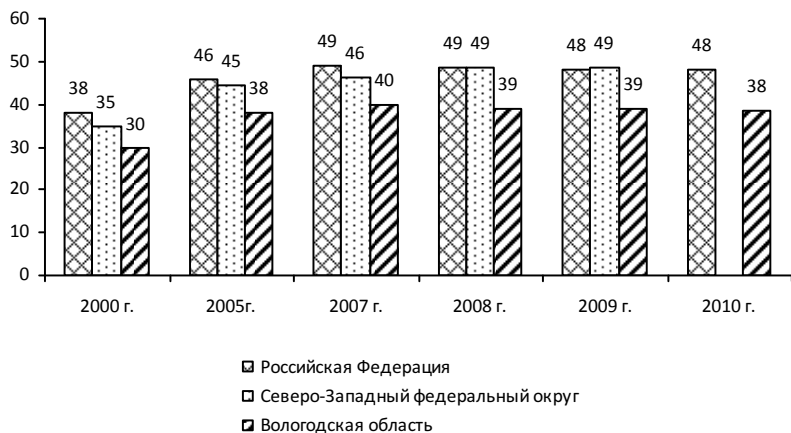


Рис. 19. **Заболеваемость болезнями мочеполовой сферы** (на 1 тыс. чел.)

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

возросла: на 18% в Вологодской области, на 42% в Российской Федерации в целом. Показатель мужского бесплодия в регионе в 2009 г. в 8 раз превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин (табл. 19). Рост первичной заболеваемости отчасти связан с повышением уровня диагностирования заболеваний в связи с реализацией программ вспомогательных репродуктивных технологий.

По оценкам ВОЗ, в 45% случаев бесплодных браков³³ «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 19, мужское бесплодие регистрируется в десятки раз реже, чем женское. Такое несоответствие может свидетельствовать о проблеме недостаточного

³³ 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.

Таблица 19. **Заболеваемость населения Вологодской области болезнями репродуктивной сферы** (на 100 тыс. человек)

Заболевание	Год							
	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2010 к 2000, %
Мужское бесплодие	0,3	1,0	1,2	1,2	1,1	2,5	н.д.	833,3
Болезни предстательной железы	234,8	270,6	334,6	315,6	352,5	336,3	346,2	147,4
Женское бесплодие	72,2	57,7	88,3	91,8	98,0	122,6	71,0	98,3
Сальпингит, оофорит	335,1	407,4	468,7	481,0	272,2	275,1	335,0	100,0
Эндометриоз	54,3	76,5	122,7	67,6	91,6	82,0	88,7	163,4
Эрозия и эктропион шейки матки	545,9	527,1	664,0	702,4	687,5	689,4	н.д.	126,3
Расстройства менструации	1441,1	1765,4	2152,5	2146,7	1549,6	1529,5	692,5	48,1

Источник: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2011.

охвата мужчин специалистами-androлогами 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 результат, незапланированная беременность, инфекции, передающиеся половым путем, существенно повышают вероятность бесплодия, особенно вторичного.

Непостоянные, случайные сексуальные контакты имеют 15% населения области репродуктивного возраста. Из них лишь 44% заявили, что всегда используют презерватив, 5% вообще не пользуются контрацептивными средствами³⁴, 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 еще крайне часто диагностируется одна из наиболее распространенных инфекций – гонорея (рис. 20).

³⁴ Мониторинг репродуктивного здоровья и поведения населения, ИСЭРТ РАН, 2011 г., n = 1374.

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

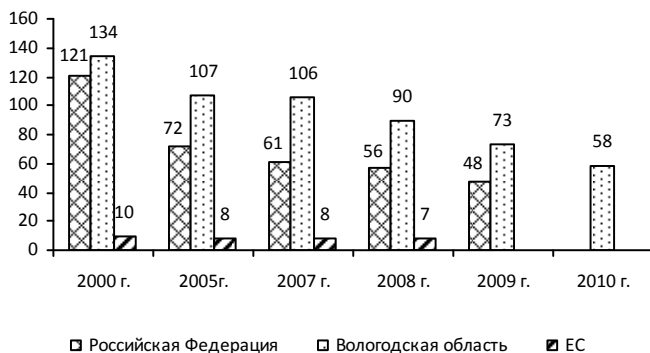


Рис. 20. **Заболеваемость гонореей** (на 100 тыс. чел.)

Источник: Российский статистический ежегодник. – URL: <http://www.gks.ru>; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2009, 2011.

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 реализации программы «ЭКО»³⁵, реализуемой в Вологодской области с 2007 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 на ее исход.

³⁵ Программа реализуется в Вологодской области с 2007 г., ежегодно из областного бюджета выделяется 30 млн. руб. на проведение экстракорпорального оплодотворения (стоимость 1 процедуры 120-130 тыс. руб., эффективность метода не менее 45%), процедуру проходят 250 пар.

За период с 2003 по 2010 г. заболеваемость беременных женщин увеличилась. Наиболее часто встречается анемия, второе место занимают болезни мочеполовой системы, третье – отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства (табл. 20).

Таблица 20. **Состояние здоровья беременных женщин в 2003, 2010 гг.** (из числа закончивших беременность страдали заболеваниями, в %)

Заболевание	2003 г.		2010 г.		2010 г. к 2003 г., %	
	РФ	ВО	РФ	ВО*	РФ	ВО
Анемия	42	36	35	31	83,3	86,1
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	22	15	18	11	81,8	73,3
Болезни мочеполовой системы	20	23	19	20	95,0	87,0
Болезни системы кровообращения	14	7	10	7	71,4	100,0
Венозные осложнения	4	2	5	2	125,0	100,0
Другие болезни	-	11	-	22		200,0

* 2008 г.
 Источники: Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты: статистический сборник. – Вологда, 2008; Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Росстат; Оперативные данные Росстата за 2010 г. – 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 57 в 2009 г. В среднем по России увеличение еще более значительное: с 53 случаев в 2000 г. до 77 в 2010 г. (рис. 21).

Рост заболеваемости беременных и осложнений беременности и родов свидетельствует о важности планирования семьи, распространения ответственного родительства. Около 80% женщин региона указали, что посещают гинеколога не реже 1 раза в год³⁶, что является весьма хорошей посещаемостью. При этом, по данным мониторинга условий формирования здорового поколения³⁷, более трети женщин области не задумывались о возможных противопоказаниях к зачатию, беременность

³⁶ Мониторинг репродуктивного здоровья женщин, ИСЭРТ РАН, 2009 г. n = 1600.

³⁷ Мониторинг репродуктивного здоровья женщин, ИСЭРТ РАН, 1999 – 2010 гг., n = 800.

наступила спонтанно, без подготовки. Судя по данным фактам, с учетом высокой общей заболеваемости населения, можно говорить о необходимости активизации профилактической работы гинекологической службы по подготовке к беременности.

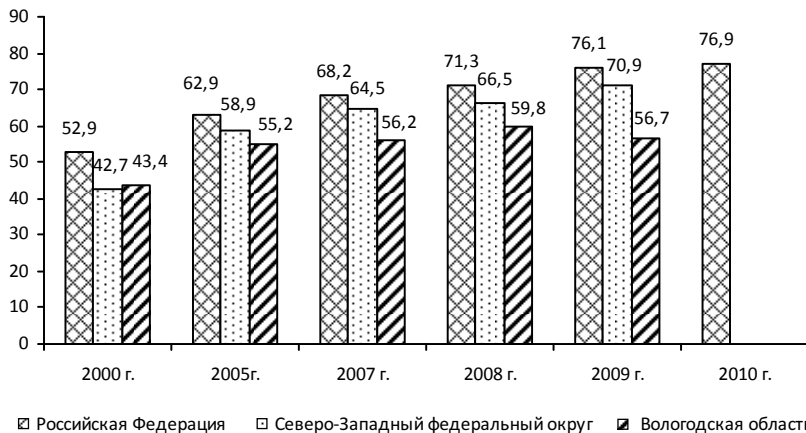


Рис. 21. **Осложнения беременности и родов** (заболеваемость на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста 15 – 49 лет)

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. Преждевременными³⁸ родами заканчивается примерно 4% беременностей в регионе, что несколько выше общероссийского уровня (табл. 21). Значительное улучшение показателя в районах области может быть частично обусловлено расширением практики заблаговременной госпитализации в медучреждения крупных городов женщин с отклонениями в течении беременности.

³⁸ 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 21. **Преждевременные роды**
(в % от числа закончивших беременность)

Территория	2000 г.	2010 г.	2010 г. к 2000 г., %
г. Череповец	2,9	3,5	120,7
г. Вологда	4,1	5,0	122,0
Районы	7,0	3,4	48,6
Область	3,8	3,9	102,6
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	4	3,7	92,5
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2010 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007, 2011; рассчитано по: Российский статистический ежегодник –2009 г. / Росстат. – URL: www.gks.ru; Оперативные данные Росстата за 2010 г. – URL: www.gks.ru			

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, несмотря на более высокий базовый уровень (*табл. 22*).

Таблица 22. **Родилось недоношенными** (в % от числа родившихся живыми)

Территория	2000 г.	2010 г.	2010 г. к 2000 г., %
г. Череповец	7,6	4,4	57,9
г. Вологда	7,3	5,7	78,1
Районы	5,3	3,9	73,6
Область	6,6	5,2	78,8
<i>Справочно:</i> Российская Федерация	5,9	5,7	96,6
Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007 гг. – Вологда: ДЗО, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007; Рассчитано по: Российский статистический ежегодник – 2009 г. / Росстат. – URL: www.gks.ru; Оперативные данные Росстата за 2010 г. – URL: www.gks.ru			

Параллельно улучшается здоровье новорожденных детей: в 2000 г. доля детей, родившихся больными или заболевших, в регионе составляла 39,9%; в 2007 г. – 32,5%, что меньше, чем по России. Однако даже при положительной динамике значение данного показателя весьма высоко (*рис. 22*).



Рис. 22. **Здоровье новорожденных детей: родились больными или заболели**
(в % от числа родившихся живыми)

Источники: Оперативные данные Росстата. – URL: gks.ru; Данные оргметодкабинета педиатрической службы Департамента здравоохранения Вологодской области.

То, что положительная тенденция в этом аспекте 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.). За тот же период в странах ЕС аналогичный показатель снизился от 7,1 на 1 тыс. живорожденных в 2000 г. до 5,7 в 2006 г.³⁹, что в 2 раза ниже, чем в Российской Федерации.

Материнская смертность и в России, и в регионе, несмотря на снижение числа умерших, продолжает превышать уровень стран ЕС (рис. 23).

Таким образом, наиболее благоприятными являются показатели, характеризующие, в первую очередь, работу службы родовспоможения, обеспечившей снижение младенческой смертности (с 15,8‰ в 2000 г. до 7,4‰ в 2010 г.), рождений недоношенных детей (на 21%), улучшение здоровья новорожденных (доля детей, родившихся больными, в период с 2000 по 2010 г. снизилась на 53%).

³⁹ Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ. – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>

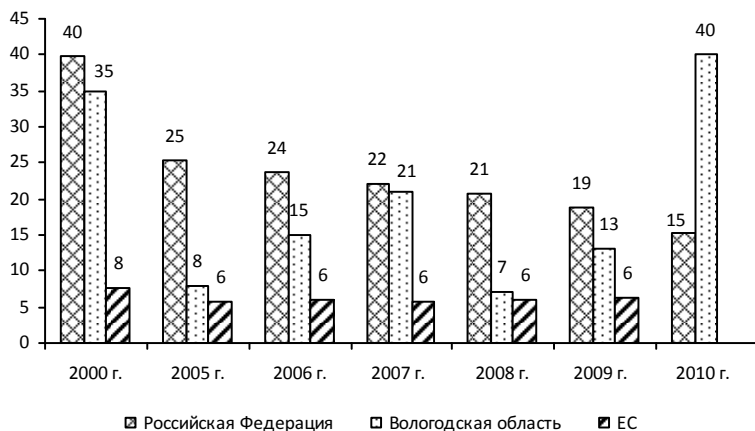


Рис. 23. **Материнская смертность** (число умерших на 100 тыс. живорожденных)

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.

Возможность планирования беременности также имеет положительные тенденции: уменьшается число аборт, повышается использование контрацептивных средств. Снижается заболеваемость болезнями, передающимися половым путем, что повышает возможность безопасных сексуальных отношений.

Наряду с этим наблюдается рост заболеваемости мочеполовой системы, гинекологической заболеваемости, бесплодия, заболеваемости беременных женщин. Это говорит о низком уровне потенциала здоровья населения в целом, о недостаточной степени приверженности людей здоровому образу жизни и о слабой ответственности за здоровье будущих детей.

Российская Федерация (и Вологодская область в частности) продолжает значительно уступать странам европейского региона 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.

Анализ основных тенденций репродуктивного поведения населения свидетельствует о распространении ориентаций на малодетность, превышении желаемого числа детей над планируемым.

Контрацептивное поведение населения характеризуется высокой распространенностью низкоэффективных средств и методов контрацепции, в результате чего уровень аборт, при двукратном снижении за первые 10 лет XXI века, остается высоким (91 аборт на 100 родов в 2010 г.).

Репродуктивное здоровье как условие реализации собственно репродуктивного поведения характеризуется снижением показателей младенческой смертности и заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (с 2000 по 2010 г. снижение составило 51 и 57% соответственно).

В тот же период на 42% увеличилась заболеваемость бесплодием, на 26% – болезнями мочеполовой сферы (с 2000 по 2010 г. соответственно); распространенность осложнений беременности и родов в регионе возросла на 45% – с 43 случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста в 2000 г. до 57 в 2009 г. В среднем по России увеличение еще более значительное: с 53 случаев в 2000 г. до 77 в 2010 г.

Наиболее значимыми факторами реализации имеющихся репродуктивных планов являются: материальное положение, состав семьи (брачное состояние), жилищные условия, а также

доступность и качество медицинских и образовательных услуг. При этом в формировании репродуктивных установок населения значительную роль играют, наряду с материальными, социальные, культурологические и психологические факторы.

Таким образом, задача увеличения рождаемости населения, поставленная в ряде документов⁴⁰, потребует системного скоординированного взаимодействия всех структур, деятельность которых обеспечивает условия реализации и формирования репродуктивных планов, а именно: здоровье населения, жилищные, материальные, инфраструктурные условия, общественно одобряемые нормы детности и образа жизни вообще.

⁴⁰ Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г. (2001); Стратегия демографического развития России (2005); Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г. (2007).

ГЛАВА 3

Управление репродуктивным поведением населения

3.1. Демографическая политика: сущность, виды, механизмы

Политика (от греч. politika – государственные или общественные дела, polis – город-государство) – деятельность классов и иных социальных групп, связанная с определением содержания и форм, задач и функций государства, а также его отношений с другими государствами. Посредством политики выражаются коренные интересы участвующих в ней субъектов (индивиды, коллективы), и прежде всего интерес в овладении и распоряжении основными очагами публичной власти классового общества.

Область политики представляет собой сложное многоаспектное образование. Институциональный механизм политики воплощается в политической системе. Это комплекс соответствующих институтов (аппарат государства, партии, различные объединения, «задействованные» в политике), складывающиеся между данными институтами отношения и регулирующие эти отношения нормы. Динамизм политики, реализующейся через политическую систему, находит выражение в политическом процессе – совокупной деятельности социальных субъектов, направленной на формирование, изменение, преобразование и функционирование политической системы. Выделяют

четыре стадии политического процесса: а) конституирование политической системы; б) воспроизведение ее компонентов и признаков; в) принятие и исполнение политико-властных решений; г) контроль за функционированием и развитием политической системы⁴¹.

Политика, касающаяся населения государства, называется политикой народонаселения.

Политика народонаселения, являясь направлением социально-экономической политики, имеет целью управление развитием народонаселения как широким процессом создания, становления и развития субъекта социальной жизнедеятельности. Она охватывает:

1) воздействие на воспроизводство населения (что можно назвать демографической политикой);

2) воздействие на процесс социализации подрастающих поколений (подготовка к трудовой деятельности, дошкольное воспитание, общеобразовательная и специальная подготовка, профессиональная ориентация, нравственное воспитание, приобщение к ценностям мировой культуры и т.д.);

3) регулирование комплекса условий труда (установление границ и общих масштабов занятости, регулирование продолжительности рабочего дня и периодов труда и отдыха, охрана труда, регулирование профессионально-квалификационного роста и переподготовки рабочей силы и т.д.);

4) регулирование миграций и территориальной структуры населения и осуществление других мер, от которых зависит весь комплекс труда и отдыха;

5) воздействие на общие условия жизни всех слоев населения (жилищное законодательство, политика в области здравоохранения и медицинского обслуживания, регулирование масштабов, структуры и направленности свободного времени и т.д.).

⁴¹ Энциклопедический социологический словарь / под ред. Г.В. Осипова – М., 1995. – С. 561.

Демографическая политика является органичной составной частью политики народонаселения. Объектами демографической политики могут быть население страны в целом или отдельных регионов, социально-демографические группы, когорты населения, семьи определенных типов или стадий жизненного цикла.

Демографическая политика – инструмент (механизм) целенаправленного воздействия на демографические процессы. Под демографической политикой понимается система общепринятых на уровне властных структур идей и концептуально объединенных средств, с помощью которых государство, а также другие общественные институты предполагают достижение определенных целей как для данного, так и последующего этапов развития страны⁴².

Таким образом, демографическая политика состоит из двух частей (концепций и программ – с одной стороны, планов конкретных действий – с другой) или двух компонентов (определение и изложение системы целей; разработка и реализация средств для их достижения⁴³).

В общем виде цели демографической политики обычно сводятся к формированию в долгосрочной перспективе желательного режима воспроизводства населения, сохранению или изменению тенденций в области динамики численности и структуры населения, рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения (то есть достижения демографического оптимума)⁴⁴.

⁴² Демографический понятийный словарь /под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 74.

⁴³ Бреева Е.Б. Основы демографии: учебное пособие. – М.: Дашков и Ко, 2004. – С. 307.

⁴⁴ Кузьмин А.И. Основы демографии // Система федеральных образовательных порталов. Социально-гуманитарное и политическое образование. – URL: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/47066> (дата обращения: 15.07.2011).

Эксперты подчеркивают, что очень часто наблюдается смешение понятий социальной, демографической и семейной политики, что является огромным препятствием на пути построения грамотной управленческой системы по преодолению депопуляции⁴⁵.

Социальная политика – система мер, направленных на осуществление социальных программ, поддержание доходов, уровня жизни населения, обеспечение занятости, поддержку отраслей социальной сферы, предотвращение социальных конфликтов.

Семейная политика:

- представляет собой составную часть социальной политики, направленную на институт семьи с целью укрепления, развития и защиты его прав и интересов, обеспечения правового регулирования его отношений с государством;
- является комплексом практических мер, предоставляющим семьям с детьми определенные социальные гарантии, цель которых – улучшить благосостояние и обеспечить функционирование семей в интересах общества.

Существуют следующие трактовки понятия «демографическая политика», определяющие ее предмет:

- управление воспроизводством населения (Валентей Д.И., 1973);
- система мер, предпринимаемых государством для воздействия на естественное движение населения и для достижения определенных демографических результатов (Глушкова В.Г., 2004);

⁴⁵ Белобородов И.И. По материалам доклада «О состоянии институционально-организационной базы и ресурсном обеспечении демографической политики в Российской Федерации» на форуме «Святость материнства» (проводившегося 27–28 ноября 2010 г. в храме Христа Спасителя). – URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1825#_ftn5 (дата обращения: 10.06.2011).

- комплекс мер, принимаемых государством с целью повлиять на режим демографического воспроизводства в заданном направлении (Клупт М.А., 2006)⁴⁶.

Специфика демографической политики связывается с особенностью предмета, на который она воздействует, – воспроизводство населения, его режим; акцент ставится на естественном движении населения без учета миграционной составляющей.

Такой подход предполагает скорее переориентацию всей социальной, экономической и прочей общественно-государственной деятельности на интересы реализации демографической политики, нежели подчиненность последней социально-экономическим и другим государственным целям.

На наш взгляд, проблема определения демографической политики связана с тем, что понятия «демографическая политика» и «демографическая политика государства/страны» имеют различия. Во втором случае существует привязка к определенной территории, что уже предполагает объектом отношений народонаселение (население конкретной территории со свойственными ему характеристиками и особенностями), а не население в общедемографическом смысле, как в первом варианте. Поэтому для каждой конкретной территории в рамках демографической политики рассматриваются вопросы, касающиеся всех демографических процессов (рождаемости, смертности, брачности, разводимости, миграции), и миграционная, семейная политика понимаются ее частью. В случае рассмотрения воспроизводства населения территории миграционная составляющая должна учитываться, поскольку сохранение численности населения может быть достигнуто механическим движением населения (а при внутренней миграции изменения качественных характеристик на страновом уровне не учитываются).

⁴⁶ Белобородов И.И. Там же.

Исходя из терминологии, отметим, что понятие «политика в области народонаселения» равнозначно понятию «демографическая политика государства». Это обусловлено идентичностью объекта и цели – население территории; формирование популяции с заданными количественными и качественными параметрами (численностью, половозрастным составом, распределением по уровню образования, доходов и др.).

Вместе с тем, поскольку предметом демографии является воспроизводство населения⁴⁷, демографическая политика государства, заинтересованного в сохранении этнокультурного облика, в первую очередь касается *естественного* воспроизводства, т.е. регулирует процесс рождаемости населения.

Основа управляемости – изменчивость демографического поведения населения. Она обеспечивается влиянием различных по своей природе факторов, в соответствии с которыми условно можно выделить три группы мер.

Экономические. Это социальные трансферты (различные пособия) для семей с детьми (прямые) и дифференциация налогов в зависимости от доходов, размеров семьи и другие разного рода льготы и субсидии (косвенные).

Административно-правовые или **административно-юридические:** законодательные акты, регламентирующие браки, разводы, положение детей в семье, охрану материнства и детства, условия занятости и режим труда работающих женщин-матерей, преимущества при получении жилья для многодетных, молодых семей.

Меры идеологического воздействия или **социально-пропагандистские** (воспитательно-пропагандистские), предполагающие использование средств массовой информации для регулирования демографических процессов в соответствии с государственной политикой в области народонаселения. Их задача –

⁴⁷ Медков В.М. Демография: учебное пособие. – Ростов н/Д., 2002. – С. 16.

формирование социальных норм детности. Учитывая содержательный и этический аспекты понятия, на наш взгляд, корректнее использовать определение «информационные меры».

Принципиальная особенность демографической политики заключается в воздействии на динамику демографических процессов не прямо, а опосредованно, через человеческое поведение, через принятие решений в сфере брака, семьи, рождения детей и др. Меры демографической политики влияют как на формирование демографических потребностей, обуславливающих специфику демографического поведения, так и на создание условий для их реализации. Особую сложность демографической политике как части социального управления придает необходимость учитывать и согласовывать интересы разного уровня: индивидуальные, семейные, групповые и общественные; локальные, региональные и общегосударственные; экономические, социально-политические, экологические и этнокультурные; ближайшие, среднесрочные и долгосрочные⁴⁸.

Результаты демографической политики проявляются не сразу. Внедрение политики происходит медленно. В этом процессе можно выделить пять основных этапов:

- 1) достижение политического согласия;
- 2) преобразование согласия в политику;
- 3) проведение политики;
- 4) изменение поведения на микроуровне вследствие этой политики;
- 5) достижение (прямой или косвенной) цели политики.

Таким образом, прямая или косвенная государственная политика, направленная на преодоление спада или снижение рождаемости, требует многолетних усилий. Несмотря на то, что отдельные политические меры (например, запрет, ограничение или свобода абортов) в краткосрочной перспективе могут

⁴⁸ Медков В.М. Там же.

приводить к впечатляющим последствиям, обычно они имеют лишь кратковременный эффект. Избирательные циклы и циклы демографической политики не совпадают, и потому у политиков нет непосредственных стимулов для ее проведения. Обычно они склонны отдавать предпочтение политике, которая дает результат в более короткие сроки⁴⁹.

История демографической политики восходит к временам глубокой древности. Она нашла отражение во многих правовых и законодательных актах, особенно в случаях перенаселения стран или, напротив, больших людских потерь (хотя религиозно-этические доктрины почти всегда имели большее значение, чем подобные акты). В средние века в условиях повышенной смертности из-за войн и эпидемий некоторые демографические меры, большей частью стихийные, были направлены на сохранение высокого уровня рождаемости. В новое время первой страной, где демографическая политика, стимулировавшая рождаемость, получила вполне отчетливое оформление, была Франция. Затем такую политику стали проводить некоторые другие страны Европы. В последующем ее отчасти сменила политика, направленная на сдерживание темпов прироста населения. Такая же смена приоритетов – в зависимости от фазы демографического перехода – была характерна и для новейшего времени. Но при всем этом нельзя не согласиться с известным демографом А.Я. Квашой, по мнению которого, в целом история демографической политики свидетельствует о том, что она была довольно слабым инструментом и не могла существенно влиять на воспроизводство населения⁵⁰.

⁴⁹ Смирнов А. Низкая рождаемость и старение населения: причины, последствия, варианты политики (опубликовано в журнале «Прогнозис». – 2004. – №1. – С. 185-198). – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0215/analit01.php> (дата обращения: 08.06.2011).

⁵⁰ Максаковский В.П. Географическая картина мира. Кн. 1: Общая характеристика мира. – М.: Дрофа, 2008, 2008. – С.126.

Наибольшее развитие и распространение демографическая политика получила во второй половине XX в., что объясняется наступлением демографического взрыва в одних странах и демографического кризиса – в других. Многие политики и ученые увидели в ней едва ли не главное средство сдерживания роста населения в первом и ускорения – во втором случае.

О значимости демографической политики на мировом уровне свидетельствует внимание к вопросам регулирования численности населения Организации Объединенных Наций. Под ее эгидой состоялись всемирные конференции по народонаселению в 1954 г. (Рим), в 1965 г. (Белград), в 1974 г. (Бухарест), в 1984 г. (Мехико), в 1994 г. (Каир). В 1967 г. был образован Фонд ООН поощрению деятельности в области народонаселения (ЮНФПА). С 1960-х гг. ООН проводит систематические опросы правительств по проблемам политики в области народонаселения. Эти вопросы обсуждались также на сессиях Генеральной Ассамблеи ООН. В 1992 г. они вошли в повестку Всемирной конференции по окружающей среде и развитию. Из отдельных документов особое значение имеет принятый в 1974 г. в Бухаресте «Всемирный план действий в области народонаселения», содержащий много конкретных рекомендаций по осуществлению демографической политики. Затем на конференциях в Мехико (1984) и в Каире (1994) он получил дальнейшее развитие с включением ряда принципиальных изменений⁵¹. В основной деятельности ООН касается распространения планирования семьи, медицины, особенно в развивающихся странах.

Таким образом, различия в определении сущности демографической политики связаны с количеством демографических процессов, регулируемых ею, и положением относительно социальной, семейной, экономической и другой политики государства. С учетом многоаспектности условий и факторов

⁵¹ Максаковский В.П. Там же. – С. 124-125.

репродуктивного поведения в целях преодоления депопуляции, на наш взгляд, целесообразно считать задачи демографической политики главенствующими, признать необходимость согласования с ней всех других видов политики.

В зависимости от типа воспроизводства и курса государства демографическая политика в области рождаемости населения может быть направлена на ее повышение или понижение, а при соответствии демографического развития представлениям о норме она представляет собой политику невмешательства, т.е. отсутствие каких-либо активных программ корректировки воспроизводства населения.

Соответственно, все страны можно разделить на три группы: 1) страны, проводящие активную демографическую политику по снижению рождаемости (это в первую очередь Индия и Китай); 2) страны, проводящие политику стимулирования рождаемости (большинство стран ЕС, Россия) и 3) страны, не форсирующие демографические процессы (Йемен, ОАЭ, Афганистан). Комиссия по народонаселению и развитию ООН⁵² регулярно проводит опрос правительств с целью выяснения их мнения об уровне рождаемости и необходимости ее контроля. За последние 40 лет доля развитых стран, правительства которых озабочены слишком низким уровнем рождаемости, увеличилась с 21 до 61%, удельный вес наименее развитых стран, напротив, обеспокоенных слишком высоким уровнем рождаемости, возрос с 31 до 90% (рис. 24). Если в 1976 г. сложившийся уровень рождаемости считали чрезмерно высоким в 37% стран мира, то в 1996 г. – уже в 45%. К 2007 г. эта доля немного снизилась – до 41%. Среди развитых стран таких практически нет, но среди развивающихся – более половины (рис. 24).

⁵² Мировые демографические тенденции. Доклад Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна на 42 сессии Комиссии по народонаселению и развитию, Нью-Йорк, 30.03 – 03.04. 2009 г. – 28 с.; World population policies 2007. United Nations. – New York, 2008. – 583 p.

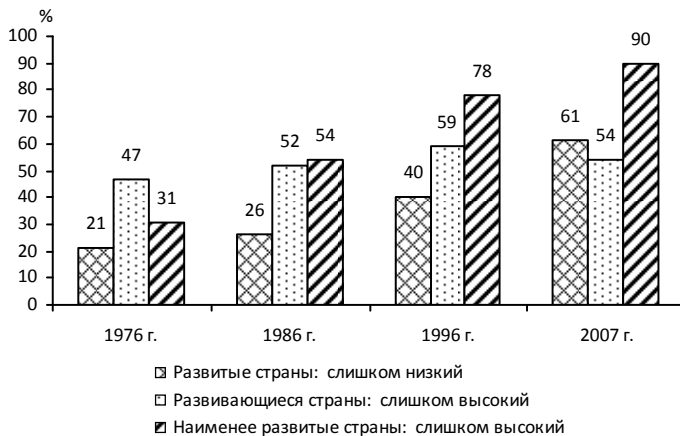


Рис. 24. Оценка национальными правительствами уровня рождаемости в стране в 1976, 1986, 1996 и 2007 гг. (% от числа стран)

В группу стран, правительства которых расценивают сложившийся уровень рождаемость как слишком высокий, входит большинство развивающихся стран Африки, Южной, Юго-Восточной и Центральной Азии. Эволюция правительственных оценок уровня рождаемости особенно наглядно прослеживается на примере африканских государств: если в 1976 г. только треть из них считали сложившийся уровень рождаемости слишком высоким, то в 2007 г. – три четверти (однако в 1996 г. их доля была несколько выше – 77%).

В отличие от прошлых лет, когда осознание чрезмерности высокой рождаемости, как правило, не сопровождалось проведением целенаправленной политики по ее снижению, сейчас практически все страны, оценивающие сложившийся уровень рождаемости как слишком высокий, пытаются снизить его.

Среди развивающихся стран доля государств, реализующих мероприятия с целью снижения рождаемости, возросла с 34% в 1976 г. до 56% в 1996 г., хотя к 2007 г. она несколько уменьшилась, составив 51% (рис. 25). Еще более выраженной была эта

тенденция в наименее развитых странах мира, среди которых доля реализующих политику снижения рождаемости быстро и неуклонно возрастала – с 14% в 1976 г. до 76% в 2007 г.

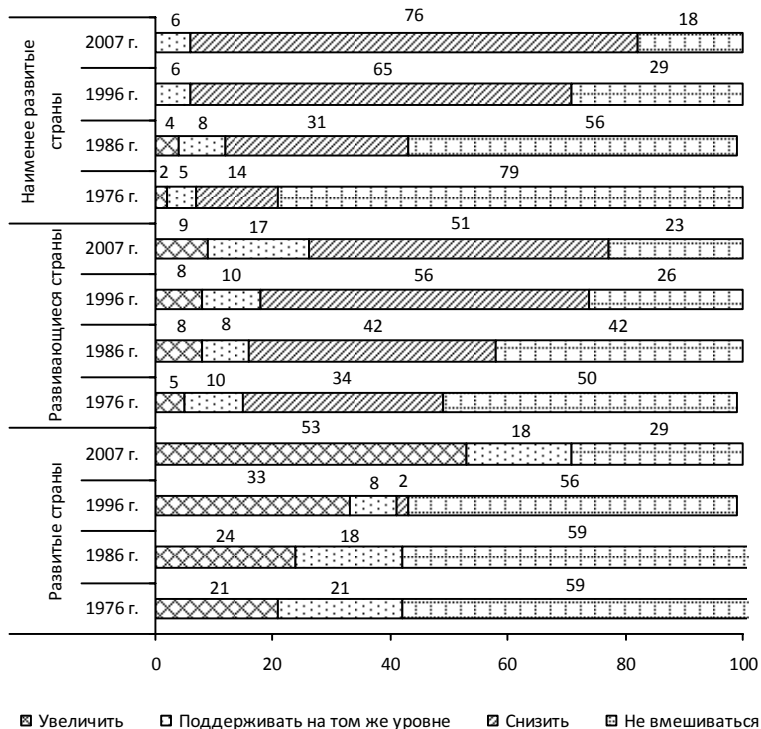


Рис. 25. **Направленность политики в отношении уровня рождаемости населения в 1976, 1986, 1996 и 2007 гг.** (% от числа стран)

Одним из наиболее значительных достижений в области политики населения за последние десятилетия стало увеличение числа африканских государств, заявивших о проведении политики, нацеленной на снижение рождаемости. В 1976 г. их доля составляла 25%, а в 2007 г. – 72%.

Для снижения уровня рождаемости государства используют множество прямых и косвенных воздействий (табл. 23).

Таблица 23. **Основные меры контроля рождаемости населения**

Для снижения рождаемости	Для повышения рождаемости
Интеграция планирования семьи и безопасного материнства в систему первичного медицинского обслуживания Обеспечение доступности услуг, поддерживающих репродуктивное здоровье Повышение ответственности мужчин в сохранении сексуального и репродуктивного здоровья Повышение законодательно установленного возрастного ценза для вступления в брак Улучшение возможностей для обучения и занятости женщин Изменение общественного мнения относительно предпочтения сыновей по сравнению с дочерьми Обеспечение населения дешевыми, безопасными и эффективными средствами контрацепции	Пособия на детей Семейные пособия Предоставление отпусков по уходу за ребенком для матери или отца Субсидии на медицинское обслуживание и образование ребенка Налоговые скидки Жилищные субсидии Гибкий график работы Обеспечение разделения обязанностей по воспитанию детей и ведению домашнего хозяйства между супругами

Устойчиво низкая рождаемость также беспокоит все большее число стран, в основном развитых. Коэффициент суммарной рождаемости в развитых странах опустился в 2000 – 2005 гг. гораздо ниже уровня простого воспроизводства – до 1,6 рождения на женщину в среднем. Поэтому, если в 1976 г. 21% развитых стран считали сложившийся уровень рождаемости слишком низким, то в 2007 г. – 61%.

Одновременно росло число развитых стран, проводящих политику повышения рождаемости. Особенно значительно оно увеличилось за десятилетие 1996 – 2007 гг.: с 33% в 1996 г. до 53% в 2007 г., когда число сторонников политики невмешательства сократилось почти вдвое⁵³.

Уже к 1967 г. в 67 странах были введены различные схемы семейных пособий, как правило, увязанных с числом детей, хотя и неясно, в каких из них это было сделано с целью повышения рождаемости. Из 47 стран, правительства которых оценивали

⁵³ В 1976 г. более половины стран мира (52%) проводили политику невмешательства по отношению к уровню рождаемости, в 2007 г. – менее четверти (24%).

в 2007 г. сложившийся уровень рождаемости как слишком низкий, более 4/5 проводили политику ее повышения. При этом использовался целый набор мер (см. табл. 23).

Глубокие экономические и политические перемены в Восточной Европе сопровождались резким падением рождаемости, в результате чего некоторые из них стали отличаться самыми низкими показателями рождаемости в мире. Среди факторов, обусловивших столь значительное снижение рождаемости, эксперты Европейской экономической комиссии выделяют политическую нестабильность, порождающую страх перед будущим и нежелание заводить детей; снижение уровня среднедушевых доходов и уровня жизни в целом; значительные изменения в общественных нормах формирования семьи и расторжения брака.

Большую роль в формировании репродуктивного поведения и сохранении здоровья детей и матерей играет политика по обеспечению доступности средств контрацепции. Непосредственная поддержка государством практики использования контрацепции означает обеспечение услугами планирования семьи через государственные больницы, поликлиники, центры здоровья и т.д. Государственная поддержка практики использования контрацепции осуществляется во все большем числе стран – к 2007 г. их доля достигла 92%. В 74% стран мира оказывается непосредственная государственная поддержка, а в 18% стран – косвенная, путем поддержки негосударственных ассоциаций планирования семьи. Однако спрос до сих пор превышает предложение. По некоторым оценкам, около 100 миллионов женщин не имеют возможности пользоваться безопасными и эффективными средствами контрацепции⁵⁴.

⁵⁴ Обзор политики стран мира в области народонаселения. World Population Policies 2007 // Мировой демографический барометр. Авт. рубрики Е. Щербакова. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php> (дата обращения: 15.06.2011).

За последние 30 лет все больше развивающихся стран стали оказывать прямую государственную поддержку практике использования средств контрацепции. Даже те государства, которые в недавнем прошлом отличались пронаталистской⁵⁵ ориентацией и стремились сохранить или даже увеличить рост населения, постепенно изменили свою позицию и интегрировали семейное планирование и использование средств контрацепции в программы защиты здоровья детей и матерей (Камерун, Камбоджа, Кот-Д'Ивуар, Лаос, Оман, ОАЭ). В то же время ряд стран, прежде всего в Европе (Австрия, Дания, Италия, Франция и Швейцария), сократили государственную поддержку распространения средств контрацепции (субсидии и свободный доступ). Возможно, это было реакцией на снижение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого воспроизводства, или признанием факта, что частный сектор способен обеспечить спрос на средства контрацепции и без государственных субсидий⁵⁶.

В целом демографическая политика развитых стран, направленная на повышение рождаемости, несколько различается. Основные различия отмечаются по двум направлениям: расходы на прямую поддержку семей с детьми (пособия), организация присмотра за детьми и обеспечение благоприятных условий для совмещения трудовой и семейной деятельности женщин. Кроме того, имеются особенности ценностной среды, в первую очередь, в сфере брачности и семейных связей⁵⁷.

Высокие расходы (около 3% от ВВП), развитая система присмотра за детьми присутствуют в демографической политике Франции, которую принято считать лидером по эффективности

⁵⁵ Пронатализм – движение за увеличение рождаемости (Социологический энциклопедический англо-русский словарь. <http://www.diclib.com/>).

⁵⁶ Там же.

⁵⁷ Юрьев Е. Нужны ли России многодетные семьи. – URL: <http://rusk.ru/st.php?idar=113116> (дата обращения: 17.06.2011).

повышения рождаемости. Не менее благоприятные условия созданы в Швеции. Оба эти государства предоставляют широкий спектр пособий семьям с детьми, беременным женщинам; особенно выделяются такие выплаты, как пособия молодоженам, на няню, на жилье (на найм и коммунальные услуги), пособие при выборе деятельности.

Сегодня официально объявленные цели семейной политики во Франции многообразны: помимо обновления поколений они включают компенсацию семейных расходов, сокращение неравенства в доходах между семьями с детьми и без детей, борьбу с неравенством и бедностью, сочетание семейной жизни с профессиональной занятостью, поддержку молодежи.

В соответствии с изменениями целей семейной политики менялись и суммы расходов на нее и их доля в общих расходах на социальное обеспечение. Если после Второй мировой войны Франция занимала одно из первых мест в Европе по доле в ВВП расходов на пособия детям и семьям, то в 2009 г., по данным Евростата, она по этому показателю (2,68% ВВП) занимает восьмое место среди европейских стран после Дании (3,88%), Люксембурга (3,7%), Германии (3,29%), Швеции (3,14%), Финляндии (3,1%), Исландии (3,02%) и Норвегии (2,89%).

Относительное сокращение доли семейных пособий в ВВП объясняется ростом других социальных расходов – на здравоохранение, пособия по безработице, пенсии по старости и др. Кроме того, послевоенный «бэби-бум» создал впечатление, что демографический упадок во Франции, наблюдавшийся с 1870 г., преодолен. Сегодня основными формами проявления семейной политики во Франции⁵⁸ выступают семейные пособия, льготы по подоходному налогу, создание и содержание инфраструктуры

⁵⁸ Зубченко Л.А. Семейная политика Франции // Актуальные проблемы Европы: сборник научных трудов / РАН ИНИОН, ред. кол.: Т.Г. Пархалина (гл. ред.) и др. – М.: ИНИОН. – 2009. – №2. – С. 72-92. – URL: http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0449/analit03.php#_FN_6 (дата обращения: 15.06.2011).

по уходу за детьми. Финансирование семейных пособий осуществляется за счет предприятий и государственных средств. Они поступают в специальный орган – Национальную кассу семейных пособий (CNAF), в которой перераспределяются, назначаются и выплачиваются различные пособия.

В Испании, Швеции, Венгрии, США преобладают косвенные механизмы поддержки семей с детьми, цель которых – снижение неравенства и обеспечение условий для самообеспечения семей с детьми.

Как заявляет правительство Испании, демографическая ситуация в стране удовлетворительная, поэтому оно не проводит пронаталистской демографической политики и не намерено вмешиваться в этот процесс. Рождаемость, однако, невысока: ее общий коэффициент составил в 2008 г. 11,4 ‰, суммарный – 1,46 ‰ (прил. 4).

Вопрос о контроле над рождаемостью был признан делом совести каждого и поэтому в 1978 г. были аннулированы те разделы уголовного кодекса, которые запрещали прописывание, продажу или рекламу контрацептивных средств. В то же время некоторые ограничения в отношении контрацептивов существуют. Закон об абортах был смягчен и аборт в отдельных случаях легализован. К этим случаям относятся зачатие в результате изнасилования, угроза рождения ребенка с серьезными физиологическими и психическими отклонениями, подтвержденная двумя врачами, угроза жизни матери. Но даже при наличии указанных обстоятельств осуществить операцию по прерыванию беременности очень сложно. Ежегодно более 20 тыс. испанских женщин выезжают в другие европейские страны для того, чтобы сделать аборт.

Осуществляются следующие меры социальной поддержки семей: субсидии при вступлении в брак, пособие по беременности и родам, пособие в связи с рождением ребенка. Пособия

на каждого ребенка предоставляются родителям, занятым в промышленности и торговле, а также пенсионерам, имеющим детей.

Официально Швеция не проводит демографической политики, воздействующей на темпы роста населения, хотя некоторые ее аспекты в последние годы рассматривались парламентом. Нельзя сказать, что в стране поощряется рождаемость, но социальные льготы семьям с детьми последовательно расширяются.

Помогая семьям с детьми, государство вместе с тем одной из целей ставит предотвращение нежелательной беременности и сокращение абортс путем расширения информации о контрацептивах.

В соответствии с условиями страхования материнства и отцовства⁵⁹, отцы разделяют ответственность за воспитание детей. Родители получают оплачиваемый отпуск после рождения ребенка на восемь месяцев; отпуск может быть разделен между отцом и матерью. Он оплачивается в размере 90% оплаты труда. Три месяца из этого отпуска в форме полного или частичного отсутствия на работе могут быть перенесены на период после исполнения ребенку восьми лет.

Отцы, равно как и матери, могут ежегодно получить до 60 дней оплачиваемого отпуска для ухода за больным ребенком. Отцы могут оставаться дома в течение десяти дней с другими детьми, если жена находится в больнице в связи с очередными родами.

В государственных учреждениях и на предприятиях отцам и матерям, имеющим маленьких детей, разрешается укорачивать рабочий день или неделю при незначительной потере в зарплате. Женщины, которые не могут выполнять свою работу в последний период беременности, имеют право на перевод на другой вид работы у того же работодателя без изменения зарплаты.

⁵⁹ Svenska Palmen.- URL: <http://www.sweden4rus.nu/rus/info/radio/news.asp?id=1031> (дата обращения: 16. 11.2011).

Учет интересов родителей базируется в Швеции на кооперации профсоюзов с предпринимателями и с правительством. Большинство профсоюзов имеют специальные отделы, защищающие интересы семьи. Подобных условий для проведения скоординированной политики нет ни в одной из стран Запада.

Традиционно считается, что в США нет государственной поддержки семьи и политики регулирования рождаемости. Однако отсутствие прямых денежных трансфертов говорит лишь о том, что в соответствии с идеологией социальной политики США⁶⁰ демографическая политика использует косвенные механизмы. Это стандартные налоговые вычеты и налоговые кредиты семьям с детьми. О том, что государство США меняет позицию, свидетельствуют два факта: внедрение программ пропаганды полового воздержания среди подростков⁶¹ и разработка закона о запрете абортов.

Таким образом, демографическая политика развитых государств по стимулированию рождаемости представляет собой

⁶⁰ Сформировавшаяся на протяжении последних десятилетий идеология социальной политики США складывается из таких принципов, как:

- либеральный индивидуализм как высшая ценность;
- трудовая этика как базовый элемент системы ценностей;
- доверие к рыночным механизмам, которые одни способны привести общество к росту и процветанию;
- свобода семьи как частного института, отказ от вмешательства государства в дела семьи;
- распространенность пуританизма и протестантских течений и преобладание в социальном обеспечении волонтерского подхода, а не государственных обязательств;
- влияние социального дарвинизма, провозглашающего, что выживание сильнейшего является естественным порядком вещей и общественное вмешательство в этот процесс контрпродуктивно;
- определенное оправдание расизма;
- отсутствие положения о социальной ответственности на федеральном уровне (в отличие от правительств штатов) (Современная демографическая политика: Россия и зарубежный опыт // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2005. – № 25 (277)).

⁶¹ Национальная ассоциация обучения воздержанию США (National Abstinence Education Association). – URL: <http://www.abstinenceassociation.org> (дата обращения: 23.06.2011).

сложную, хорошо организованную систему и использует в основном экономические механизмы, включаясь в контекст семейной, социальной, жилищной и других политических сфер жизни общества.

Несмотря на эффективность предпринимаемых в европейских странах мер (*прил. 4*), существует мнение, что пособия слишком щедры и иммигранты могут обеспечить себе приемлемый уровень жизни за их счет, создавая лишь дополнительную нагрузку на экономику страны, а также межэтническую напряженность. Аргументация данной позиции представлена в широко обсуждаемой и выдержавшей 10-кратное переиздание книге Гуннара Хайнзона, немецкого социолога и демографа, исследователя геноцида, «Сыновья и власть над миром: роль террора в расцвете и упадке народов»⁶².

Это позволяет сделать вывод о необходимости поиска баланса механизмов разной природы для достижения целей демографической политики, поставленных в России.

3.2. Анализ демографической политики России в сфере повышения рождаемости

Меры повышения рождаемости в России аналогичны применяемым в европейских странах. В настоящее время имеются:

– система пособий и налоговых льгот, которая связана с количеством/очередностью детей, задача которой – компенсация материальных затрат семьи на воспитание детей;

– ряд срочных социальных государственных программ смежного характера («Жилище» на 2002 – 2010 гг., «Социальное развитие села до 2012 г.», «Реформирование системы военного образования в Российской Федерации на период до 2010 года», Федеральная целевая программа развития образования

⁶² Heinsohn G. Söhne und Weltmacht: Terror im Aufstieg und Fall der Nationen, 2003. – 189 p.

на 2006 – 2010 годы, «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы», «Дети России» на 2007 – 2010 годы);

– законодательная база, регулирующая трудовую деятельность матерей (возможность сокращения рабочего дня с пропорциональным сокращением заработной платы, длительность оплачиваемых отпусков по нетрудоспособности в связи с беременностью, родами, уходом за ребенком, включение их в трудовой стаж и т.д.), обеспечивающая совмещение трудовой и репродуктивной деятельности семьи;

– законодательная база, регулирующая брачное поведение населения (возраст вступления в брак, порядок расторжения брака), которая учитывает в первую очередь интересы детей;

– сеть государственных медицинских и образовательных учреждений, обеспечивающая услуги по контролю и сохранению здоровья населения, а также организацию воспитания детей дошкольного возраста (для возобновления трудовой деятельности матери), подготовку к профессиональной деятельности.

Структура механизмов демографической политики в России характеризуется превалированием экономических мер. В Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года для решения задачи повышения уровня рождаемости отсутствуют пропагандистские механизмы, 80% предполагаемых мероприятий относятся к экономическим (в 62% – с закреплением в нормативно-правовой базе), 20% мероприятий – исключительно к административно-правовым.

В рамках задач по укреплению института семьи, возрождению и сохранению духовно-нравственных традиций семейных отношений одно из четырех направлений предполагает использование пропаганды. Внимание сконцентрировано на поддержке «проблемных» семей, детей-сирот, хотя для

повышения детности крайне необходима работа с обычными полными семьями, которые в принципе имеют возможность иметь большее число детей.

Следовательно, демографическая политика направлена на создание условий для реализации репродуктивных планов семей. Учитывая особенности репродуктивной мотивации населения и тот факт, что улучшение внешних условий, как правило, влияет на степень реализации имеющихся представлений о будущей детности, необходимо также воздействовать на формирование репродуктивных установок. Для этого следует расширять информационно-воспитательные механизмы стимулирования рождаемости⁶³, особенно эффективные среди молодежи в период формирования брачных пар. Как считает директор Института демографических исследований И.И. Белобородов, «колоссальное значение влияния информационного фактора на формирование потребностей, убеждений и всего образа жизни современного человека очевидно»⁶⁴.

Анализ существующего информационного потока, проведенный методом контент-анализа СМИ и Интернет разными исследователями⁶⁵, позволил сделать следующие выводы.

⁶³ Антонов А.И., Борисов В.А. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. – М.: Ключ-С, 2006. – С. 66; Зверева Н.В., Архангельский В.Н. Предварительные итоги и перспективы современной политики в области рождаемости в России // Федерализм. – 2010. – №2 (58). – С. 83.

⁶⁴ Белобородов И.И. Информационное сопровождение семейно-демографической политики: доклад на круглом столе «Пути сотрудничества Церкви, общества и государства в целях защиты семьи и семейных ценностей» (17.03.2010). – URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1657 (дата обращения: 16.12.2010).

⁶⁵ Белобородов И.И. Изображение семьи и родительства в телерекламе (по результатам комплексного исследования «Влияние средств массовой информации и рекламы на демографическое поведение жителей России»). – URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=833; Проневская И. Проблемы демографии и кризиса семьи в средствах массовой информации (опыт контент-анализа) // Демографические исследования. – 2006. – №3. – URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=321; Клупт М.А. Формирование демографической политики в современной России: социологический анализ // Социс. – 2003. – №12. – URL: <http://www.isras.ru/files/File/Socis/2003-12/klupt.pdf>

Образ семьи, представленный в СМИ, обладает такими характеристиками, как малодетность, наличие только одного родителя и допустимость развода, ценность материального благополучия и затратность родительства.

Многодетность, как правило, сопровождается трудностями материального, жилищного и воспитательного характера. Семейные ценности представлены вне контекста современной жизни, априори противопоставляются максимизации потребления.

Социальная реклама представлена недостаточно, также в ней часто присутствуют указанные негативные в демографическом контексте характеристики семьи. Специализированные программы просемейной тематики, направленные на популяризацию ценности средне- и многодетности, неоднозначны, содержат информацию, демотивирующую многодетность, бессистемны.

Отсюда общий вывод в контексте исследования: информационное поле характеризуется бессистемностью, отсутствием контроля и противоречивостью транслируемых норм и ценностей, в целом не способствует формированию высоких репродуктивных ожиданий.

Организационно за реализацию демографической политики отвечают целевые ведомства в рамках своих полномочий. В России нет структурной основы для проведения последовательных мероприятий по достижению демографических целей, обозначенных в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года. На уровне исполнительной власти демографическую политику курирует Минздравсоцразвития, в котором нет специального департамента по демографическим вопросам⁶⁶.

⁶⁶ Белобородов И.И. Информационное сопровождение семейно-демографической политики: доклад на круглом столе «Пути сотрудничества Церкви, общества и государства в целях защиты семьи и семейных ценностей» – URL: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1657.

Структура механизмов поддержки семей с детьми свидетельствует о ее материальной направленности (80% мер). Вместе с тем государственные расходы на поддержку семей с детьми в России в 2 раза меньше, чем в развитых странах, и составляют 1,5% ВВП (включая «материнский капитал»), тогда как в странах Западной Европы – 3-4% ВВП. Доля всех видов семейных пособий в доходах домохозяйств также в 2 раза ниже, чем в странах Евросоюза, – 12%.

Кроме того, в России реализуются мероприятия, которые входят в группу направленных на снижение рождаемости, что противоречит целям демографического развития страны (государственная поддержка деятельности по распространению контрацепции, активное вовлечение женщин в экономическую деятельность).

Таким образом, демографическая политика России в области повышения рождаемости имеет три существенных недостатка: превалирование экономических механизмов (80%) и их недостаточная эффективность; отсутствие координирующего органа власти на федеральном уровне, отвечающего за демографическое развитие страны, и реализация механизмов, направленных на снижение рождаемости, без разработки компенсационных механизмов.

В результате анализа мер материального стимулирования рождаемости были выявлены следующие недостатки:

1. Отсутствие широкой информационной поддержки. О недостаточной правовой грамотности женщин в вопросах о полагающихся им видах поддержки и способах их получения свидетельствует наличие государственного признания проблемы⁶⁷. Широкое распространение данной информации – один из путей повышения эффекта материальных (также иных) мер.

⁶⁷ Основы государственной политики Российской Федерации в сфере развития правовой грамотности и правосознания граждан: утв. Указом Президента РФ от 4 мая 2011 г. – URL:<http://президент.рф/news/11139> (дата обращения: 16.11.2011).

2. *Неспособность привести к реальным изменениям положения семей с детьми.* Вклад социальных трансфертов в доход домохозяйства слишком мал, чтобы иметь решающее значение для репродуктивных планов. Особенно остро это ощущается в период между окончанием выплаты более существенного пособия до полутора лет⁶⁸ и возвращением матери к трудовой деятельности.

3. *Эпизодичность.* Кратковременные меры поддержки в долгосрочном периоде не эффективны, приводят к изменению календаря рождений в пределах желаемой детности. Например, такие меры, как Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», действует в период с 1 января 2007 по 31 декабря 2016 года, и очередное повышение пособий на детей. О затухающем эффекте данных видов поддержки и необходимости разработки и поэтапного введения упреждающих мер свидетельствуют исследования ведущих российских демографов⁶⁹.

4. *Узконаправленность* программ (стимулирование рождения детей второй или последующих очередностей, поддержка семей, воспитывающих детей-инвалидов, приемных детей, детей-сирот и т.д.).

Одной из значимых позитивных характеристик любого стимулирования является *своевременность*. Используя данный принцип в формировании демографической политики государства, возможно получить наиболее максимальный эффект вложений. На *рис. 26* в упрощенном виде представлена поддержка в периоды репродуктивно значимых событий жизни населения,

⁶⁸ Пособие по уходу за ребенком (до полутора лет) составляет 40% средней заработной платы матери за вышеуказанный период. В 2011 г. минимум этого пособия составлял 2194 рубля 33 копейки на первого ребенка и 4388 рублей 67 копеек – на следующих детей; максимальный размер – 13 825 рублей 75 копеек.

⁶⁹ Рыбаковский Л.Л. Демографическое развитие России и его доминанты в первой четверти XXI в. // Народонаселение. – 2011. – №3. – С. 4–10.

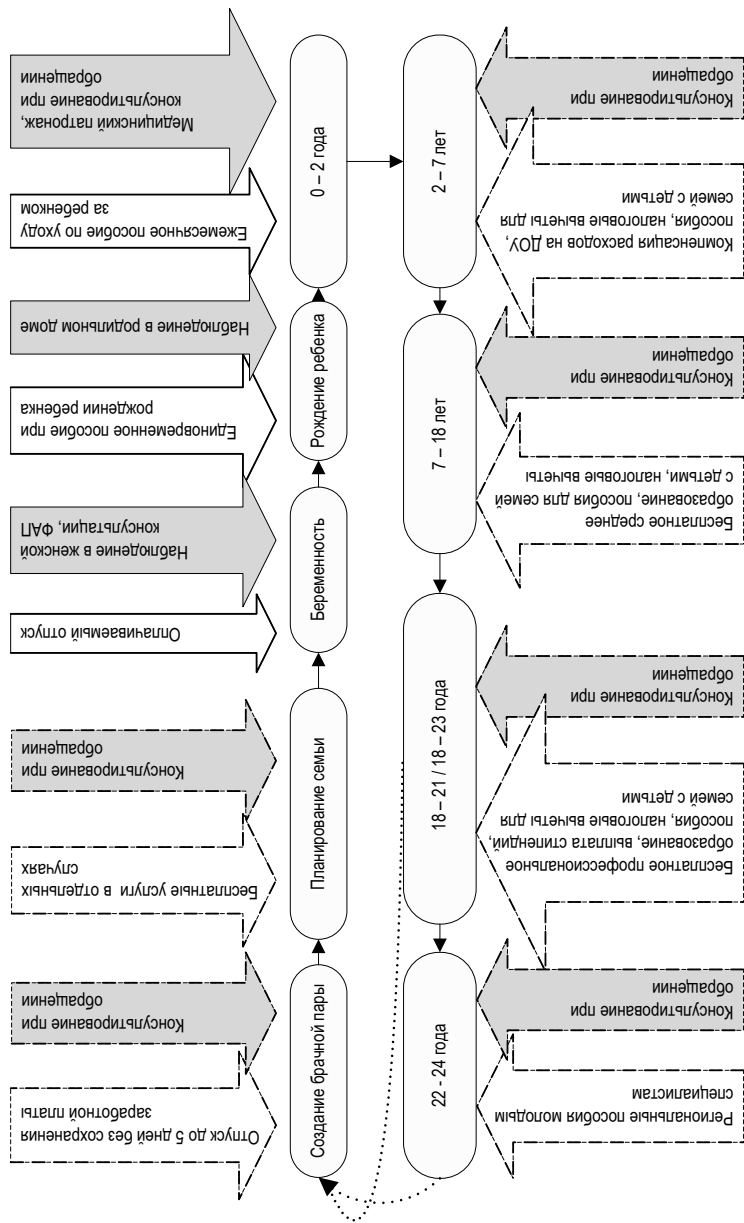


Рис. 26. Государственная поддержка на некоторых этапах цикла воспроизводства населения

учтены периоды обучения и начала профессиональной деятельности. Два последних момента включены из соображений «замкнутости» цикла, а также в силу того, что данные периоды жизни детей весьма значимы по оценкам родителей, а обеспечение образования детей – один из факторов реализации репродуктивных планов. Была рассмотрена поддержка консультативной (воспитательно-просветительской) и экономической направленности (соответственно на рисунке – стрелки с заливкой и белым фоном). Стрелки, очерченные сплошной линией, показывают наличие довольно стабильной помощи, охватывающей в той или иной степени все население. Пунктирная линия свидетельствует о том, что получение определенной помощи ограничено, затруднено или требует активной деятельности субъекта поддержки.

Следует подчеркнуть, что в России медицинское обслуживание является бесплатным, оно предполагает оказание любой необходимой медицинской помощи (в рамках Программы государственных гарантий) гражданам страны по месту проживания. При этом, по данным социологического исследования, проведенного ИСЭРТ РАН в 2008 г. в регионах Северо-Западного федерального округа, лишь 47% населения области удовлетворены доступностью и качеством медицинского обслуживания.

Максимальное внимание уделено периоду беременности, родов и ухода за ребенком до посещения им детского дошкольного учреждения. Поддержка имеет и материальный, и консультативный характер, причем консультирование присутствует обязательно.

Далее в период посещения ребенком дошкольного учреждения и школы материальной поддержкой охватываются лишь некоторые социально незащищенные группы населения, в первую очередь малоимущие. Консультирование возможно и может быть обеспечено педагогами (психологами, логопедами,

медицинскими работниками ДООУ и учреждений общего образования), но требует заинтересованности и конкретных действий со стороны родителей для его получения.

Этой ситуации аналогична ситуация с получением профессионального образования, за тем исключением, что отдельный специалист, который должен работать в детском саду и школе, здесь отсутствует и для получения какой-либо консультации необходимо обращение в другое учреждение.

В начале профессиональной деятельности молодые специалисты могут рассчитывать на государственную поддержку в соответствии с региональным законодательством, которое определяет профиль специалистов и размер подъемного пособия. Федеральная программа для молодых учителей «Будущее села» была инициирована В.В. Путиным в 2011 г. Планировалось выплачивать по 550 тыс. рублей «подъемных» и предоставлять жилье перспективным выпускникам, которые согласились работать в сельских школах⁷⁰.

Этап создания семьи (брачной пары) в России лишен государственной поддержки. Кроме неоплачиваемого отпуска длительностью до 5 дней, который может быть предоставлен брачующимся согласно части второй ст. 128 ТК РФ, никаких мер поддержки не предусмотрено. Между тем в период образования брачной пары корректируются репродуктивные установки партнеров, предпочитаемое идеальное и желаемое число детей, разность между «желаемой» и «планируемой» детностью выше, чем средние показатели для всего населения области, т.е. экономическая поддержка будет эффективной. Выплаты молодоженам практикуются во многих европейских странах (Швеция, Франция, Португалия, Греция, Люксембург, Испания и др.). В российских реалиях эти выплаты могут быть предоставлены в виде целевых сертификатов. Аналогично «материнскому» капиталу «стартовый родительский капитал»

⁷⁰ Выступление В.В. Путина на VI заседании общественной организации «Все-российское педагогическое собрание» 31 мая 2011 г., НИТУ «МИСиС».

было бы целесообразно направить на улучшение жилищных условий, образование и лечение детей любой очередности.

Материальная поддержка планирования семьи выражается в возможности бесплатных аборт, в том числе по собственному желанию женщины, в обеспечении контрацептивами малоимущих женщин, что направлено на ограничение рождаемости. Ряд стран, прежде всего в Европе (Австрия, Дания, Италия, Франция и Швейцария), сократили государственную поддержку распространения средств контрацепции (субсидии и свободный доступ). Возможно, это было реакцией на снижение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого воспроизводства, или признанием факта, что частный сектор способен обеспечить спрос на средства контрацепции и без государственных субсидий⁷¹.

Направлением «со знаком плюс» является финансирование вспомогательных репродуктивных технологий для пар, испытывающих трудности с зачатием и рождением детей. Это, в первую очередь, программа обеспечения экстракорпорального оплодотворения.

Большая часть работ по планированию семьи сводится к решению уже возникших проблем. Консультационный потенциал в лице медицинских кадров представлен достаточно широко, но должен быть переориентирован на превентивные меры.

Таким образом, анализ демографической политики России в сфере повышения рождаемости населения имеет ряд недостатков: недостаточное использование информационных механизмов, недостаточная эффективность имеющихся материальных и административных механизмов, отсутствие координации деятельности различных ведомств для создания оптимальных условий формирования и реализации репродуктивных планов населения.

⁷¹ Обзор политики стран мира в области народонаселения // Мировой демографический барометр / авт. рубр. Е. Щербакова. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php>

3.3. Основные направления и механизмы работы по повышению рождаемости в регионе

Предпосылки предлагаемых мер установлены в ходе исследования репродуктивного потенциала населения и базируются на социологическом исследовании, выявившем основные факторы формирования и реализации репродуктивных планов, анализе существующих условий, определяемых политикой государства в области народонаселения.

Еще раз отметим выявленные ведущие **условия реализации репродуктивных планов населения**. Это жилье, семья, медицина и образование. В связи с этим было бы целесообразно **принятие следующих мер**.

А. В целях улучшения жилищных условий семей с детьми.

1. Разработка более доступных условий ипотечного кредитования молодых семей и семей с детьми: сниженная процентная ставка и первоначальный взнос, частичное погашение жилищных/ипотечных кредитов семьям при рождении очередного ребенка.

Условия жилищного кредитования требуют от молодой семьи: а) первоначального взноса от 10% стоимости приобретаемого жилья; б) уровня стабильных доходов, достаточного для выплаты кредита. При этом кредит сопровождается залогом, обязательным страхованием жизни заемщика и/или приобретаемого имущества.

Анализ кредитного рынка⁷² показал, что молодая семья с одним ребенком и средним для Вологодской области уровнем заработной платы для приобретения квартиры необходимой минимальной площади⁷³ (18×3=54 кв. м) должна иметь доход,

⁷² Фонд развития ипотечного жилищного кредитования Вологодской области. – URL: <http://www.ipoteka.vologda.ru/>; Сравнение ипотечных кредитов (50 предложений). – URL: <http://uslugi.yandex.ru/banki/ipoteka/index.xml?region=21>

⁷³ Стандарты социальной нормы площади жилого помещения: постановление Правительства Вологодской области от 19.09.2005 № 1019 «О реализации закона области от 1 июня 2005 года № 1285-03 “О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан».

позволяющий выплачивать ежемесячно примерно 29 тыс. руб. в течение 25 лет. В то же время среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников в Вологодской области составляла 18 536 руб. На двоих работающих членов семьи – 37 072 руб. в месяц, прожиточный минимум⁷⁴ в сумме на 3 человек (2 трудоспособных и 1 ребенок) составил 18 437 руб. Остаток денежных средств делает невозможным получение и/или погашение кредита, а следовательно, и приобретение жилья для большинства молодых семей даже с учетом предоставления субсидии в качестве первоначального взноса. «Семейный капитал» тоже не решит проблему, так как рождение ребенка повлечет снижение дохода матери на период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком, а также необходимость дальнейшего расширения жилплощади.

Разработка и реализация механизма, позволяющего снизить кредитное бремя при рождении очередных детей, могли бы значительно улучшить условия реализации репродуктивных планов населения. Например, в Омской области существует практика выделения субсидии в размере 200 тыс. руб. при рождении второго ребенка на погашение ипотечного/жилищного кредита⁷⁵. В Республике Татарстан с 2005 г. реализуется социальная ипотека с более мягкими условиями (7% ставка, возможность кредитования без первоначального взноса)⁷⁶.

2. Разработка законодательных актов, регулирующих выделение средств семьям с детьми на оплату съёмного жилья.

Число семей, состоящих на учете на получение жилья, за период с 2000 по 2010 г. снизилось с 69 до 33 тысяч, однако

⁷⁴ Постановление Правительства РФ от 24.03.2011 № 197 «Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в целом по Российской Федерации за IV квартал 2010 г.».

⁷⁵ Аналитический центр по ипотечному кредитованию и секьюритизации. – URL: http://www.rusipoteka.ru/lenta/market/kompensacii_pogasheniyu_ipotechnogo_kredita/

⁷⁶ Социальная ипотека в Татарстане // Инвестпрофит. – URL: <http://www.invest-profit.ru/nedvizhimost/ipoteka/1168-socialnaya-ipoteka-v-tatarstane.html>

доля получивших жилье и улучшивших жилищные условия до 2010 г. не превышала 6% (в 2010 г. – 11%). Вместе с тем более 80% семей нуждаются в жилье и вынуждены самостоятельно решать эту проблему, в том числе путем найма жилых помещений. Подобные выплаты существуют во Франции, где право на них имеют беременные женщины к началу отпуска по беременности и родам.

3. Субсидирование малоэтажного частного строительства.

Предпочитаемые числа детей у сельских жителей выше, чем у горожан. Одной из причин этого является более высокая обеспеченность жильем на душу населения. Т.е. жилплощадь в меньшей степени является ограничением желаемой детности. В связи с высокой стоимостью инфраструктурных элементов, коммуникаций их обеспечение должны взять на себя муниципалитеты (с разработкой соответствующей федеральной целевой программы).

4. Разработка поощрения частно-кооперативного строительства жилья.

Все современные жилищные кооперативы образуют три группы: жилищно-строительные, жилищно-накопительные и так называемые строительно-сберегательные кассы.

Жилищно-строительные кооперативы или ЖСК – некоммерческая организация, потребительский кооператив, осуществляющий свою деятельность в соответствии с разделом V нового Жилищного кодекса РФ. ЖСК организуется для того, чтобы обеспечить членов кооператива жилой площадью путем строительства на собственные средства кооператива многоквартирного жилого дома, а также для его последующей эксплуатации и управления им. ЖСК – это кооператив одного дома, пайщики организации могут объединить свои взносы только на строительство конкретного объекта недвижимости.

Жилищные накопительные кооперативы – некоммерческие организации, в которых число членов не может быть меньше

50 и больше 5 000 человек. Стать участником такого кооператива, как и предыдущего, могут только граждане не моложе 16 лет, уплатившие вступительный взнос и часть паевого взноса. Основная цель деятельности ЖНК – привлечение индивидуальных сбережений и использование их для приобретения квартир в интересах его членов (пайщиков). Если в ЖСК люди объединяются, чтобы собирать денег и построить для себя один дом, то в ЖНК они копят себе на жилье, чтобы приобрести его у других застройщиков, поэтому ЖНК может приобретать квартиры как на первичном, так и на вторичном рынках.

Существует и такой вид кооперации, как строительно-сберегательная касса (ССК) – это специализированный банк, находящийся под контролем Центробанка и направленный на привлечение денежных средств физических лиц с целью предоставления своим вкладчикам кредитов для улучшения жилищных условий. ССК отличается от ЖНК более низким уровнем рисков, позволяющим привлечь большее количество участников. Здесь работает следующая схема: человек накопил 30%, ССК добавила 30%, одновременно выступив гарантом на остаток в виде 40% перед ипотечным банком. Тогда и требования к кредитной истории заемщика, к его «серым» и «белым» доходам будут совершенно иными, чем в ипотечных банках. Главное отличие сберегательной кассы от кооператива в том, что она, по сути, представляет собой специализированный банк, который ведет только операции по привлечению денег и выдаче ссуд.

Интересен опыт объединения граждан для организации кооперативного строительства и совместного приобретения недвижимости. Примером такого механизма является проект Capitalco⁷⁷, реализуемый Столичной ссудно-строительной ассоциацией. В рамках проекта – три основных направления: кооперативное строительство (многоквартирных домов, коттеджных поселков, гаражных комплексов); коллективное

⁷⁷ Официальный сайт проекта. – URL: <http://capitalco.ru>

приобретение земельных участков под индивидуальное жилищное строительство (ИЖС); совместная покупка недвижимости. Стоимость жилья при самостоятельном строительстве, по данным Ассоциации, удешевляется на 50% по сравнению с рыночной, поскольку кооператив сам является застройщиком и собственником земельного массива.

5. Разработка нового вида пособия, назначаемого при заключении брака. Целью пособия будет улучшение жилищных условий молодой семьи. Это позволит повысить «стартовые» репродуктивные планы молодоженов и их реализацию.

Б. В целях повышения удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинского обслуживания, в рамках модернизации здравоохранения необходимо следующее:

1. Полное финансирование Программы государственных гарантий по бесплатному медицинскому обслуживанию и предоставлению медикаментов.

2. Кадровое обеспечение здравоохранения.

О недостатке врачей в Вологодской области убедительно свидетельствуют данные статистики: уровень обеспеченности населения врачами заметно ниже, чем в других регионах СЗФО (в 2009 г. область вместе с Калининградской и Псковской областями продемонстрировала самые низкие в СЗФО показатели обеспеченности населения врачами) и в среднем по РФ (табл. 24).

Причиной дефицита врачей является отсутствие в регионе высших медицинских учебных заведений (поскольку имеется медицинское училище, проблемы с обеспеченностью лечебно-профилактических учреждений средним медицинским персоналом не возникает). В то же время дать объективную оценку состояния кадровых ресурсов здравоохранения затруднительно по причине сложности и многогранности самого вопроса (за средними цифрами скрываются важные

качественные характеристики: специализация, профессиональная категория, структура кадрового состава, уровень заработной платы, действия мотивирующих факторов и т.д.).

Таблица 24. **Обеспеченность населения врачами** (чел. на 10 000 населения)

Территория	Год			
	2000	2005	2008	2009
Российская Федерация	46,8	48,8	49,6	50,1
СЗФО	50,6	54,6	56,4	57,9
Республика Карелия	46,7	48,9	48,9	49,1
Республика Коми	38,3	44	45,7	46,5
Архангельская область	47,8	52,8	54,2	54,4
Вологодская область	34,1	35,3	36,1	35,5
Калининградская область	36,3	35,5	35,4	34,8
Ленинградская область	30,9	31,4	35,5	36,4
Мурманская область	44,8	48,7	48	54,6
Новгородская область	36,6	39,2	41,9	41,2
Псковская область	34,5	34,5	32,6	33,2
г. Санкт-Петербург	75,9	82,3	84,7	87,4

Признавая дефицит врачей, специалисты Департамента здравоохранения Вологодской области говорят о необходимости компенсаторных мер, в частности привлечения специалистов из других регионов, расширения функциональных обязанностей и повышения квалификации среднего медицинского персонала, по обеспеченности которым область занимает пятое место среди областей и республик Северо-Западного макрорегиона, уступая Мурманской и Архангельской областям, республикам Коми и Карелия⁷⁸.

3. Информатизация здравоохранения.

По данным мониторинга общественного мнения в Северо-Западном федеральном округе, 53% населения Вологодской области не удовлетворены качеством и доступностью медицинской помощи. Основными причинами этого являются очереди, невозможность попасть на прием в удобное время (58 и 43%

⁷⁸ Калашников К.Н., Шабунова А.А., Дуганов М.Д. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография. – Вологда, 2012. – С. 66–67.

соответственно⁷⁹). Введение электронных терминалов самозаписи наряду с другими направлениями информатизации здравоохранения позволит повысить удовлетворенность населения медицинскими услугами.

4. Развитие консультативных услуг и распространение мер превентивной медицины, особенно в сфере охраны репродуктивного здоровья населения.

В ходе исследования репродуктивного потенциала Вологодской области выявлен положительный эффект распространения консультирования населения по вопросам контрацепции и абортов: с 2005 г., когда было введено до- и постабортное консультирование женщин, по 2010 г. уровень абортов в Вологодской области снизился на 56% (с 206 абортов на 100 родов до 91 соответственно). В 2009 г. начата консультативно-лекционная деятельность в профессиональных учебных заведениях в рамках целевой программы «Охрана репродуктивного здоровья населения г. Вологды и Вологодской области», в результате доля молодых девушек, прерывавших беременность абортом, сократилась почти в 4 раза по сравнению с уровнем 2007 г. и составила лишь 2%.

В. С учетом значимости проблемы обеспечения местами в детских дошкольных общеобразовательных учреждениях и общего и профессионального образования детей для формирования и реализации репродуктивных планов населения целесообразно:

1. Разработать механизмы, позволяющие совмещать трудовую, рекреационную и репродуктивную деятельность семьи (поддержка частных детских садов, садов на дому, внедрение практики государственных аккредитованных нянь, компенсации расходов на их услуги; распространение гибких форм занятости, расширение рекреационных услуг, ориентированных на параллельное обслуживание всех членов семьи).

⁷⁹ Шабунова А.А., Калашников К.Н., Калачикова О.Н. Здоровье и здравоохранение территорий. – Вологда, 2010. – С. 189-190.

2. Сохранить равнодоступность всеобщего среднего образования для всех категорий семей путем разработки системы поддержки одаренных детей из малоимущих семей.

3. Разработать систему грантов (пособий, губернаторских стипендий) в целях расширения доступности и повышения привлекательности среднего профессионального образования.

4. Для обеспечения получения высшего образования одаренными детьми из малоимущих и бедных семей разработать систему пособий (субсидий, грантов) на образование.

5. Обеспечить полноценное финансирование материально-технической базы образовательных учреждений.

Г. В целях укрепления института семьи:

1. Внести коррективы в законодательную базу, регулиующую вступление в брак и его расторжение. Для принятия более взвешенного решения желательно увеличить период ожидания регистрации как браков, так и разводов до 3 месяцев.

2. Расширить практику заключения брачного контракта.

При подаче заявления было бы желательно разъяснять будущим супругам преимущества заключения брачного контракта, направлять к специалисту в данной области. Оптимальным вариантом стало бы открытие кабинета юриста при органах ЗАГС (или сотрудничество на договорной основе).

3. Расширить практику психологической помощи с целью гармонизации внутрисемейных отношений. Использовать все возможные механизмы информирования населения о предоставляемых услугах.

4. Включить в образовательные программы курсы «Этика и психология семейной жизни», «Семьеведение» и пр. (на выбор школ) за счет регионального компонента.

5. Подготовить серию роликов социальной рекламы просемейной тематики, разработать механизмы поощрения создания телевизионной продукции, содержащей положительный образ полной среднетной семьи.

Исследование репродуктивного потенциала населения Вологодской области фиксирует сохранение высокого уровня абортот. Поэтому остановимся на **регулировании абортотного поведения населения**.

Первое направление работ будет касаться, в первую очередь, организации деятельности учреждений здравоохранения. В результате огромной работы по формированию системы консультирования женщин, проведенной в Вологодской области Департаментом здравоохранения, снизилась доля молодых женщин (в возрасте 15–25 лет), прибегавших к искусственному прерыванию беременности, с 9% в 2007 г. до 2% в 2011 г.; произошло общее снижение доли женщин, имеющих аборт в анамнезе, с 32 до 20%. Вместе с тем уровень частоты абортот в регионе, согласно классификации ООН, в 2010 г. впервые определялся как средний (ранее область по числу абортот на 1000 женщин фертильного возраста стабильно попадала в группу регионов с высоким уровнем абортот).

Улучшение ситуации связано и с успехами демографической политики, простимулировавшей семью реализовать планируемые и отложенные рождения.

В плане повышения эффективности до- и постабортного консультирования, а также формирования контрацептивной культуры населения целесообразно повсеместно принять к исполнению приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 389 от 1 июня 2007 года «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях».

Основными функциями кабинета медико-социальной помощи являются:

- медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;

- оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;

- осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;

- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;

- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;

- социальная помощь бездетным супружеским парам;

- профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

В то же время результаты исследования, проведенного на территории Вологодской области в 2009 г. ГУП Центр социально-экономических исследований, свидетельствуют о низкой правовой грамотности населения в вопросах социальной защиты материнства и детства, поддержки семей с детьми⁸⁰. Поэтому целесообразно наладить не только медико-социальное, но и юридическое консультирование женщин, что будет способствовать повышению процента сохраненных жизней. Для принятия более взвешенного решения женщина в указанный период

⁸⁰ Цикл социальных роликов «Демография – судьба народа». Влияние социальной рекламы на формирование репродуктивных установок: отчет об исследовательской работе / исп.: А.В. Патралов, Е.А.Удалова, Э.А. Зверева, М.В. Мезенева. – Вологда: ГУП ЦСЭИ, 2009. – С. 32–33.

должна получить направление к психологу, репродуктологу или социальному работнику для медико-психологического консультирования, информирования о возможных формах поддержки и способах ее получения в том случае, если беременность будет сохранена.

Организационный механизм данного комплексного консультирования представлен на *рис. 27*.

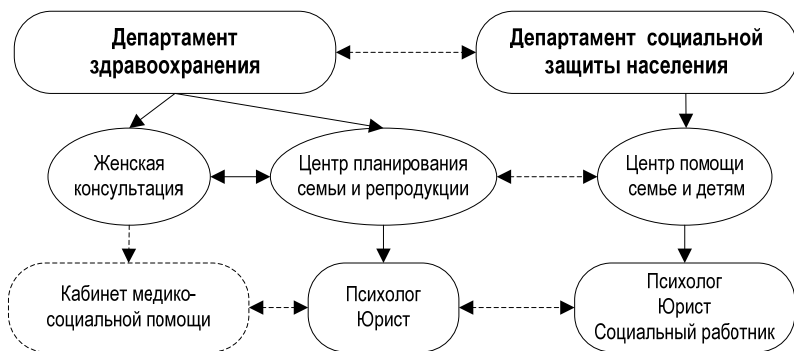


Рис. 27. Схема взаимодействия субъектов профилактики и предотвращения abortивного выбора

Кроме представленных на схеме учреждений, в Вологодской области существует Общественная организация «Центр общественных инициатив»⁸¹, которая совместно с Центром Национальной Славы и Благотворительным фондом «Семья и Детство» активно работает в направлении профилактики abortов в молодежной среде и расширения практики и эффективности доabortного консультирования. Сотрудниками подготовлен цикл роликов социальной рекламы против abortов и по пропаганде семейных ценностей, а также брошюры, наружная реклама данной тематики. Деятельность Центра, скоординированная с деятельностью других субъектов предложенной подсистемы, стала бы более эффективной.

⁸¹ Официальный сайт организации. – URL: <http://www.coi.su/>

В рамках программы модернизации здравоохранения РФ предполагается создание информационной системы, целью которой является управление качеством в сфере организации охраны здоровья граждан и обеспечение открытости системы здравоохранения⁸², что, несомненно, явится важным шагом на пути к повышению качества предоставляемых услуг.

Для осуществления столь масштабной разноплановой деятельности потребуется скоординированная работа органов власти, учреждений здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты, трудовых отношений, средств массовой информации.

⁸² О приоритетных направлениях информатизации в рамках региональных программ модернизации здравоохранения и перспективах реализации проекта по созданию информационной системы в здравоохранении в 2010–2012 году. Доклад директора Департамента информатизации Минздравсоцразвития России О.В. Симакова 18 августа 2010 г.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование репродуктивного потенциала населения проводится ИСЭРТ РАН на протяжении восьми лет. Этап 2011 г. посвящен изучению тенденций репродуктивного поведения населения в ракурсе активизации демографической политики. Основные результаты исследования состоят в следующем.

1. Для собственно репродуктивного поведения населения характерны: малодетность, повышение интенсивности рождаемости в старших возрастных группах, территориальная и гендерная дифференциация репродуктивных установок, их повышение у населения сельских территорий. Среднее желаемое число детей в семье составляет 2,08, планируемое – 1,86. По сравнению с аналогичным исследованием 2007 г. наблюдается увеличение предпочитаемых чисел детей, которые составляют 1,93 и 1,77 соответственно.

2. Наиболее значимыми факторами реализации имеющихся репродуктивных планов являются: материальное положение, состав семьи (брачное состояние), жилищные условия, а также доступность и качество медицинских и образовательных услуг.

3. Репродуктивное здоровье населения характеризуется снижением показателей младенческой и заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (с 2000 по 2010 г. снижение составило 51 и 57% соответственно).

4. Увеличилась на 42% заболеваемость бесплодием, на 26% – болезнями мочеполовой сферы (с 2000 по 2010 г. соответственно). Распространенность осложнений беременности

и родов в регионе увеличилась на 45% – с 43 случаев на 1 тыс. женщин фертильного возраста в 2000 г. до 57 в 2009 г. В среднем по России увеличение еще более значительное: с 53 случаев в 2000 г. до 77 в 2010 г.

5. Число аборт в регионе снизилось с 68 на 1000 женщин фертильного возраста в 2000 г. до 42 в 2010 г. (с 209 до 91 на 100 родов соответственно). Наиболее существенное снижение доли женщин, искусственно прерывавших беременность (в два раза), отмечено в возрастной группе от 15 до 25 лет (с 9% в 2007 г. до 2% в 2011 г.); снизилась и кратность аборт в данной возрастной группе. Это связано с введением системного до- и постабортного консультирования женщин, проведением программ повышения контрацептивной грамотности молодежи.

6. Вместе с тем у населения сохраняется приемлемость аборта как способа регулирования детности: допустимым аборт считают 64% жителей области (в 2005 г. так считали 89%, в 2008 г. – 72%). Основными факторами абортивного выбора выступают реализованность репродуктивных планов и допустимость аборта. Велика территориальная дифференциация: среднегодовые значения числа аборт на 100 родов колеблются от 111,9 в Тотемском районе до 547,8 в Вашкинском.

Распространенность контрацептивных практик высока. О том, что хотя бы иногда используют какой-либо метод контрацепции, заявило 84% населения, живущего половой жизнью. Однако всегда используют контрацепцию 39% населения (значимых изменений за период исследования не выявлено). При этом планируют беременность в течение ближайших 3 лет 18% жителей области, что свидетельствует о сохранении риска незапланированных беременностей и аборт.

Анализ политики государств в области рождаемости показал следующее:

1. Какие-либо механизмы регулирования рождаемости населения используют 76% стран мира; в 53% развитых стран осуществляется политика повышения рождаемости.

Все известные широко применяемые механизмы повышения рождаемости можно условно объединить в три группы: денежные пособия; налоговые льготы; создание и содержание инфраструктуры по уходу за детьми.

2. Демографическая политика России в области повышения рождаемости включает меры всех трех типов, но имеет существенные недостатки: а) превалирование экономических механизмов (80%), их недостаточная эффективность; б) отсутствие координирующего органа при формировании и реализации мероприятий, направленных на улучшение демографической ситуации; в) краткосрочность.

3. Для повышения эффективности экономических механизмов в России было бы целесообразно:

- разработать систему пособий (субсидий, грантов) в целях расширения доступности и повышения привлекательности среднего и профессионального образования; ввести новый вид пособия, назначаемого при вступлении в брак; это позволит сформировать у родителей уверенность в будущем своих детей и повысить «стартовые» репродуктивные планы молодоженов;

- разработать механизмы, позволяющие совмещать трудовую, рекреационную и репродуктивную деятельность семьи (поддержка частных детских садов, садов на дому, внедрение практики государственных аккредитованных нянь, компенсации расходов на их услуги; распространение гибких форм занятости, расширение рекреационных услуг, ориентированных на параллельное обслуживание всех членов семьи);

- разработать механизмы, повышающие привлекательность профессий узких медицинских специалистов с целью кадрового обеспечения здравоохранения (в рамках модернизации);

- разработать более доступную ипотечную модель обеспечения жильем молодых семей, проработать нормативно-правовую базу и систему субсидирования частного, частно-кооперативного строительства жилья.

4. Для более полной реализации потенциала пропагандистско-воспитательных мер демографической политики ввиду выявленной эффективности продолжить консультирование населения в вопросах репродукции, межличностных отношений и семейной жизни, увеличить его доступность для других категорий граждан. Ввести в образовательные программы курсы «Этика и психология семейной жизни», «Семьеведение» и пр. (на выбор школ) за счет регионального компонента. Разработать механизмы поощрения масс-медийной продукции просемейной направленности.

5. Для обеспечения координирования работ разработать долгосрочную Программу демографического развития Вологодской области.

Все предложенные меры позволят скорректировать репродуктивное поведение населения и будут способствовать достижению целей демографического развития, поставленных в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 г.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

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. Белобородов, И.И. Изображение семьи и родительства в телерекламе (по результатам комплексного исследования «Влияние средств массовой информации и рекламы на демографическое поведение жителей России») [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=833.

3. Белобородов, И.И. Информационное сопровождение семейно-демографической политики: доклад на круглом столе «Пути сотрудничества Церкви, общества и государств в целях защиты семьи и семейных ценностей» (17.03.2010) [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1657.

4. Белобородов, И.И. По материалам доклада «О состоянии институционально-организационной базы и ресурсном обеспечении демографической политики в Российской Федерации» на форуме «Святость материнства» (проводившегося 27–28 ноября 2010 г. в храме Христа Спасителя) [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1825#_ftn5.

5. Белова, В.А. Статистика мнений в изучении рождаемости [Текст] / В.А. Белова, Л.Е. Дарский. – М.: Статистика, 1972. – 144 с.

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

8. Борисов, В.А. Демография [Текст] / В.А. Борисов. – М.: NOTABENE, 2001. – 272 с.

9. Борисов, В.А. Демография и социальная психология [Текст] / В.А. Борисов. – М., 1970. – С. 8.

10. Бреева, Е.Б. Основы демографии: учебное пособие [Текст] / Е.Б. Бреева. – М.: Дашков и К°, 2004. – С. 307.

11. Всемирный банк [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://databank.worldbank.org>
12. 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>
13. Демографический понятийный словарь [Текст] / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – 352 с.
14. Демографическое поведение и его детерминация [Текст] / В.Н. Архангельский, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева, Л.Ю. Иванова. – М.: ТЕИС, 2005. – 352 с.
15. Доклад международной конференции по народонаселению и развитию, Каир, 5–13 сентября 1994 года [Текст] – Нью-Йорк: ООН, 1995. – С. 42-43.
16. Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB), ЕРБ ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>.
17. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 108 с.
18. Женщины и мужчины России – 2008 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
19. Закон Вологодской области от 29.12.2003 № 982-ОЗ (ред. от 16.07.2005) «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства в Вологодской области» (принят Постановлением ЗС Вологодской области от 26.12.2003 № 802).
20. Захаров, С.В. Чем объяснялся рост рождаемости в России в последние годы [Электронный ресурс] / С.В. Захаров. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0453/tema01.php>
21. Зверева, Н.В. Предварительные итоги и перспективы современной политики в области рождаемости в России [Текст] / Н.В. Зверева, В.Н. Архангельский // Федерализм. – 2010. – №2 (58). – С. 82.
22. Здравоохранение в России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.
23. Здравоохранение в России. 2007 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/lssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm
24. Здравоохранение в России. 2009 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm
25. Зубченко, Л.А. Семейная политика Франции / Л.А.Зубченко // Актуальные проблемы Европы [Электронный ресурс]: сборник научных трудов / ред. кол.: Т.Г. Пархалина (гл. ред.) и др. – М.: ИНИОН, 2009. – №2. – С. 72-92. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0449/analit03.php#_FN_6

26. Калачикова, О.Н. Социально-гигиеническая грамотность в системе условий формирования репродуктивного поведения населения [Текст] / О.Н. Калачикова // Проблемы развития территории. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – Вып. № 2 – С. 64 – 71.
27. Калашников, К.Н. Организационно-экономические факторы управления региональной системой здравоохранения: монография / К.Н. Калашников, А.А. Шабунова, М.Д. Дуганов. – Вологда, 2012. – 153 с.
28. Клупт, М.А. Формирование демографической политики в современной России: социологический анализ [Текст] / М.А. Клупт // Социс. – 2003. – № 12.
29. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года: утв. распоряжением Правительством Российской Федерации от 24.09.2001 № 1270 - р. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/koncersiya/koncersiya.html>
30. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: утв. Указом Президента Российской Федерации № 1351 от 9 октября 2007 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=947
31. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года: утв. распоряжением Правительства Российской Федерации от 17 ноября 2008 г. № 1662-р. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: Kremlin.RU
32. Краткие итоги выборочного обследования «Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения» [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/2008/demo/zdr08.htm
33. Краткие итоги выборочного обследования «Семья и рождаемость» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/>
34. Кузьмин, А.И. Основы демографии [Электронный ресурс] / А.И. Кузьмин // Система федеральных образовательных порталов. Социально-гуманитарное и политическое образование. – Режим доступа: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/47066>
35. Максаковский, В.П. Географическая картина мира [Текст] / В.П. Максаковский. – М. : Дрофа, 2008. – Кн. 1. – 495 с.
36. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.med74.ru>
37. Медков, В.М. Демография [Текст]: учеб. пособие / В.М. Медков. – Ростов н/Д.: Феникс, 2002. – 448 с.
38. Мировые демографические тенденции [Текст]: доклад Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна на 42 сессии Комиссии по народонаселению и развитию, Нью-Йорк, 30.03 – 03.04. 2009 г. – 28 с.
39. Народонаселение: энциклопедический словарь [Текст]. – М., 1994. – С. 384–386.

40. Национальная ассоциация обучения воздержанию США (National Abstinence Education Association) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.abstinenceassociation.org>

41. О приоритетных направлениях информатизации в рамках региональных программ модернизации здравоохранения и перспективах реализации проекта по созданию информационной системы в здравоохранении в 2010–2012 году: доклад директора Департамента информатизации Минздравсоцразвития России О.В. Симакова 18 августа 2010 г.

42. Обзор политики стран мира в области народонаселения World Population Policies 2007 [Электронный ресурс] // Мировой демографический барометр. Авт. рубрики Е. Щербакова. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php>

43. Оперативные данные Росстата [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

44. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010 г. [Текст]. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2009, 2010 г.

45. Пальцева, Т.В. Формирование репродуктивной установки [Текст] / Т.В. Пальцева // Семья в России. – 2004. – №4. – С. 26–35.

46. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию 10.05.2006 [Электронный ресурс] // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

47. Проневская, И. Проблемы демографии и кризиса семьи в средствах массовой информации (опыт контент-анализа) [Электронный ресурс] / И. Проневская // Демографические исследования. – 2006. – №3. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=321

48. Регионы России – 2008: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

49. Регионы России – 2011. Социально-экономические показатели: стат. сб. [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

50. Российский статистический ежегодник – 2008 г. / Федеральная служба государственной статистики.

51. Российский статистический ежегодник – 2009 г. / Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

52. 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») / НИСП [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.socpol.ru/gender/Prog_Russia.shtml

53. 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 институт социальной политики. – М.: НИСП, 2009.

54. Смирнов, А. Низкая рождаемость и старение населения: причины, последствия, варианты политики [Электронный ресурс] / А. Смирнов. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0215/analit01.php>

55. Современная демографическая политика: Россия и зарубежный опыт // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ [Текст]. – 2005. – № 25 (277).

56. Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007. – 104 с.

57. Социокультурные аспекты развития территории [Текст]: монография / А.А. Шабунова, К.А. Гулин, Н.А. Окулова, Т.С. Соловьева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 131 с.

58. Социология семьи [Текст]: учебник / под ред. проф. А.И. Антонова. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ИНФРА-М, 2009. – С. 390–392.

59. Социология: словарь-справочник [Текст]. – М., 1991. – Т. 3. – С. 141–142.

60. Уварова, Е.В. Комбинированные оральные контрацептивы в аспекте сохранения репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи [Электронный ресурс] / Е.В. Уварова, И.С. Савельева // Русский медицинский журнал. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_3555.htm

61. Центр общественных инициатив. Официальный сайт [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.coi.su/>

62. Центральная база статистических данных [Электронный ресурс]. – Режим доступа: gks.ru

63. Цикл социальных роликов «Демография – судьба народа». Влияние социальной рекламы на формирование репродуктивных установок: отчет об исследовательской работе [Текст] / исп.: А.В. Патралов, Е.А. Удалова, Э.А. Зверева, М.В. Мезенева. – Вологда: ГУП ЦСЭИ, 2009. – С. 32–33.

64. Шабунова, А.А. Вологодская область: перспективы демографического развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, А.О. Богатырев // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – № 11. – С. 51–61.

65. Шипунова, О.В. Проблемы и перспективы региональной демографической политики в области рождаемости [Текст] / О.В. Шипунова // Регион: экономика и социология. – М., 2012. – №1. – С. 174–184.

66. Энциклопедический социологический словарь [Текст] / под ред. Г.В. Осипова – М., 1995. – С. 561.
67. Энциклопедический социологический словарь [Текст]. – М., 1995. – С. 547–548.
68. Юрьев, Е. Нужны ли России многодетные семьи [Электронный ресурс] / Е. Юрьев. – Режим доступа: <http://rusk.ru/st.php?idar=113116>
69. Heinsohn, G. Söhne und Weltmacht: Terror im Aufstieg und Fall der Nationen, [Text]. – 2003. – 189 p.
70. World Population Data Sheet. The World at 7 billion [Text]. – Population Reference Bureau. – 2011. – P. 6–9.
71. World population policies 2007. United Nations. [Text]. – New York, 2008. – 583 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Таблица 1. **Общие коэффициенты брачности и разводимости в некоторых странах мира:** графа 1 – коэффициент брачности (число зарегистрированных браков на 1000 человек населения); графа 2 – коэффициент разводимости (число зарегистрированных разводов на 1000 человек населения)

Страна	1995 г.		2000 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Австрия	5,3	2,3	4,9	2,4	4,8	2,4	7,8	4,5	4,3	2,5	4,2	2,4
Армения	4,2	0,7	2,9	0,4	5,2	0,8	4,5	2,5	5,6	0,9	5,7	0,9
Беларусь	7,6	4,1	6,2	4,3	7,5	3,1	8,1	3,3	9,8	3,7	8,0	3,8
Германия	5,3	2,1	5,1	2,4	4,7	2,5	4,5	2,3	4,5	2,3	4,6	2,3
Греция	6,1	1,1	5,7	1,0	5,5	1,2	5,2	1,3	6,7	1,2	4,8	...
Казахстан	7,4	2,5	6,1	1,8	8,1	2,1	4,4	1,9	9,4	2,3	8,6	2,3
Китай	...	...	6,7	1,0	6,3	1,4	6,8	1,5	7,5	1,6	...	...
Латвия	4,4	3,1	3,9	2,6	5,5	2,8	3,2	1,2	5,8	3,3	5,7	2,7
Мексика	7,3	0,4	7,0	0,5	5,7	0,7	7,6	3,8	5,6	0,7	5,6	0,7
Нидерланды	5,3	2,2	5,5	2,2	4,4	2,0	4,4	2,2	4,4	2,0	4,5	2,0
Россия*	7,3	4,5	6,2	4,3	7,5	4,2	5,2	0,9	8,3	4,8	8,3	5,0
Румыния	6,8	1,5	6,1	1,4	6,6	1,5	5,0	0,5	8,8	1,7	7,0	1,7
Словения	4,1	0,8	3,6	1,1	2,9	1,3	9,0	2,3	3,2	1,3	3,3	1,1
Турция	7,6	0,5	6,8	0,5	9,1	1,3	...	...	9,1	1,3	9,0	1,4
Украина	8,4	3,8	5,6	4,0	7,1	3,9	8,9	1,3	9,0	3,8	7,0	3,6
Франция	4,4	2,1	5,1	1,9	4,5	2,5	...	...	4,3	...	4,2	...
Швеция	...	...	4,5	2,4	4,9	2,2	5,0	2,2	5,2	2,3	5,5	2,3

* 2010 г. – 8,5; 4,5 соответственно.

Таблица 2. **Соотношение браков и разводов** (число разводов на 1000 браков)

Территория	1990	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009
Центральный федеральный округ	465	624	703	576	582	547	619	595
Северо-Западный федеральный округ	483	709	787	608	622	598	630	602
<i>Республика Карелия</i>	<i>396</i>	<i>826</i>	<i>777</i>	<i>612</i>	<i>591</i>	<i>584</i>	<i>603</i>	<i>589</i>
<i>Республика Коми</i>	<i>457</i>	<i>758</i>	<i>852</i>	<i>599</i>	<i>625</i>	<i>594</i>	<i>683</i>	<i>642</i>
<i>Архангельская область</i>	<i>368</i>	<i>650</i>	<i>719</i>	<i>538</i>	<i>573</i>	<i>550</i>	<i>650</i>	<i>606</i>
<i>Вологодская область</i>	<i>341</i>	<i>657</i>	<i>646</i>	<i>649</i>	<i>669</i>	<i>642</i>	<i>685</i>	<i>576</i>
<i>Калининградская область</i>	<i>470</i>	<i>765</i>	<i>743</i>	<i>559</i>	<i>573</i>	<i>556</i>	<i>586</i>	<i>658</i>
<i>Ленинградская область</i>	<i>563</i>	<i>830</i>	<i>803</i>	<i>664</i>	<i>730</i>	<i>689</i>	<i>725</i>	<i>718</i>
<i>Мурманская область</i>	<i>568</i>	<i>833</i>	<i>907</i>	<i>776</i>	<i>778</i>	<i>724</i>	<i>800</i>	<i>782</i>
<i>Новгородская область</i>	<i>446</i>	<i>742</i>	<i>667</i>	<i>555</i>	<i>563</i>	<i>553</i>	<i>580</i>	<i>612</i>

Окончание табл. 2

Псковская область	432	754	714	517	533	527	614	599
г. Санкт-Петербург	534	623	827	597	599	580	575	535
Южный федеральный округ	424	538	633	470	460	437	481	488
Приволжский федеральный округ	339	569	664	558	572	526	588	579
Уральский федеральный округ	415	685	739	597	608	597	658	637
Сибирский федеральный округ	409	623	694	601	618	581	617	602
Дальневосточный федеральный округ	498	748	799	627	647	629	651	650
Российская Федерация	424	619	700	567	575	543	597	583

Источники: Россия и страны мира – 2008 г.: стат. сб.; Россия и страны мира – 2010 г.: стат. сб. / ФСГС. – URL: www.gks.ru (18.09.2010).

Приложение 2

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 и/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	
* URL: http://medportal.ru , http://www.doktorvisus.ru/medarticle/articles/20819.htm ; URL: http://medportal.net.ua (дата обращения 05.05.2010).		

Приложение 3

Структура оценки репродуктивного здоровья

Характеристика	Показатели	Единица измерения
Здоровье половой сферы будущих родителей	Заболееваемость болезнями мочеполовой сферы	Случаев на 1 тыс. чел.
	Эндометриоз	Случаев на 100 тыс. чел.
	Эрозия и эктропион шейки матки	Случаев на 100 тыс. чел.
	Расстройства менструации	Случаев на 100 тыс. чел.
	Сальпингит, оофорит	Случаев на 100 тыс. чел.
	Болезни предстательной железы	Случаев на 100 тыс. чел.
Способность к зачатию и рождению детей	Мужское бесплодие	Случаев на 100 тыс. чел.
	Женское бесплодие	Случаев на 100 тыс. чел.

Возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем	Заболееваемость гонореей	Случаев на 100 тыс. чел.
	Заболееваемость сифилисом	Случаев на 100 тыс. чел.
Возможность планирования беременности	Число абортов	На 1000 женщин репродуктивного возраста
	Использование контрацепции: ВМС, ГОК	В % от числа женщин фертильного возраста
Безопасность беременности и родов	Заболееваемость беременных по нозологическим формам	В % от закончивших беременность
	Осложнения беременности и родов, заболееваемость	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
	Родилось недоношенными	В % от числа родившихся живыми

Приложение 4

Таблица 1. Динамика общего коэффициента рождаемости (%) в некоторых странах Европейского региона

Страна	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Исландия	15,4	14,4	14,1	14,3	14,5	14,5	14,5	14,6	15,1	15,8	15,4
Швеция	10,2	10,3	10,7	11,1	11,2	11,2	11,7	11,7	11,9	12,0	12,3
Венгрия	9,6	9,5	9,5	9,3	9,4	9,7	9,9	9,7	9,9	9,6	9,6
Польша	9,9	9,6	9,3	9,2	9,3	9,6	9,8	10,2	10,9	11,0	10,8
Франция	13,1	13,0	12,7	12,6	12,7	12,7	12,9	12,7	12,8	12,8	12,8
Германия	9,3	8,9	8,7	8,6	8,6	8,3	8,2	8,3	8,3	8,1	8,3
Испания	9,9	10,0	10,1	10,5	10,7	10,8	11,0	11,0	11,4	10,8	10,4
Греция	9,5	9,3	9,4	9,5	9,6	9,7	10,1	10,0	10,5	10,5	10,2
Италия	9,5	9,4	9,4	9,4	9,7	9,5	9,5	9,5	9,6	9,5	9,3
Россия, справочно	8,7	9,0	9,7	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	12,5

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех». – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>; URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/> (дата обращения: 27.06.2011).

Таблица 2. Динамика суммарного коэффициента рождаемости в некоторых странах Европейского региона

Страна	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Исландия	2,10	1,95	1,93	1,99	2,03	2,05	2,07	2,09	2,14	2,22
Швеция	1,55	1,57	1,65	1,72	1,76	1,77	1,85	1,88	1,91	1,94
Венгрия	1,33	1,31	1,30	1,27	1,28	1,32	1,35	1,32	1,35	1,33
Польша	1,37	1,29	1,24	1,22	1,23	1,24	1,27	1,31	1,39	1,40
Франция	1,89	1,89	1,88	1,89	1,90	1,92	1,98	1,98	2,00	2,00
Германия	1,38	1,35	1,34	1,34	1,36	1,34	1,33	1,37	1,38	1,36
Испания	1,23	1,26	1,27	1,30	1,33	1,35	1,38	1,40	1,46	1,39
Греция	1,32	1,25	1,27	1,28	1,31	1,34	1,41	1,42	1,51	1,52
Италия	1,26	1,26	1,26	1,28	1,33	1,32	1,35	1,37	1,41	н.д.
Россия, справочно	1,20	1,22	1,29	1,32	1,34	1,29	1,30	1,41	1,49	1,54

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех». – URL: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>; URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/> (дата обращения: 27.06.2011).

Приложение 5

Управленческая матрица по направлению «Регулирование репродуктивного поведения населения»

Задача	Механизмы		
	Пропагандистско-воспитательные	Административно-правовые	Экономические
Повышение контрацептивной культуры, профилактика абортот	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплексное консультирование населения в вопросах репродукции. 2. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы против абортот, направленной на пробуждение материнского инстинкта. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 389 от 1 июня 2007 года «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях». 2. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе». 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взимание платы за проведение хирургического прерывания беременности по личному желанию пациентки при отсутствии медицинских и социальных показаний. 2. Обеспечение контрацептивами женских консультаций (для бесплатной апробации).
Формирование гендерной, национальной, религиозной самоидентичности детей и молодежи, профилактика раннего начала половой жизни	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение распространения продукции, демонстрирующей жестокость, насилие, порнографию, асоциальное поведение. 2. Внедрение в образовательный процесс курсов «Этика и психология семейной жизни», «Истоки», «Основы религиозных культур и светской этики» и др. 3. Раздельное преподавание отдельных дисциплин, таких как «Технология» (домоводство и труд) и «Физическая культура». 4. Активизация работы учреждений культуры (акции, мероприятия, кружки). 5. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы для данной группы населения соответствующей тематики. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внесение поправок в ФЗ РФ «О средствах массовой информации». 2. Принятие закона об ограничении торговли продукцией эротического содержания (повышение цен, продажа в непрозрачной упаковке). 3. Создание соответствующих административно-правовых актов. 4. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе». 	—

<p>Повышение статуса полной семьи с детьми, укрепление институтов брака и семьи</p>	<p>1. Расширение форм работы с семьей в сфере дополнительного образования, культурно-досуговой, спортивно-оздоровительной сферах. 2. Формирование групп помощи родителям в воспитании детей и распространение информации об их работе. 3. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы, направленной на популяризацию семейного образа жизни, постоянства, родительства.</p>	<p>1. Усложнение процедуры развода (увеличение «периода ожидания», присутствие супругов). 2. Разработка нормативно-правового акта, легитимизирующего сожитительство. 3. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе».</p>	<p>1. Компенсация оплаты услуг дополнительного образования, спортивно-оздоровительных учреждений семьям с детьми или предоставление «семейных абонементов». 2. Корректировка системы социальных трансфертов, предоставляемых семьям с детьми, молодым семьям.</p>
<p>Оптимизация условий для совмещения трудовой деятельности и родительства</p>	<p>1. Распространение информации о возможностях сокращения рабочего времени для матерей с детьми. 2. Информационное сопровождение мер.</p>	<p>1. Внесение поправок в ТК РФ для расширения возможностей трудовой деятельности матерей (гибкий график работы, неполная занятость, надомная работа). 2. Законодательно закрепить институт аккредитованных нянь.</p>	<p>1. Сокращение потерь матерей, воспользовавшихся правом на сокращенный рабочий день/неделю. 2. Пособие на оплату услуг аккредитованных нянь. 3. Введение налоговых преференции для частных детских садов и других учреждений, оказывающих услуги по присмотру, организации досуга, развитию детей.</p>

Обеспечение государственной поддержки на всех этапах воспроизводства населения	Информационное сопровождение мер.	<p>1. Разработка законодательных актов, определяющих размер и порядок выплат для молодоженов (в первую очередь, в целях обеспечения жильем).</p> <p>2. Разработка законодательных актов, позволяющих повысить доступность качественных медицинских и образовательных услуг.</p>	<p>1. Введение пособия (сертификата) для молодоженов.</p> <p>2. Сохранение возможности бесплатного образования и медицинского обслуживания (развитие систем грантов на образование, мед. страхования).</p> <p>3. Повышение «подъемных» для молодых специалистов.</p>
--	-----------------------------------	---	--

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>Введение</i>	3
ГЛАВА 1. Репродуктивное поведение – основа воспроизводства населения	6
1.1. Сущность, виды репродуктивного поведения, его роль в формировании демографических процессов	6
1.2. Методологические аспекты изучения демографического поведения населения: информационная база, методы, инструментарий	10
1.3. Анализ динамики основных индикаторов демографического поведения населения в XXI в. на основе статистических данных	16
ГЛАВА 2. Тенденции и факторы репродуктивного поведения населения	29
2.1. Анализ основных тенденций репродуктивного поведения	29
2.2. Реализация репродуктивных планов.....	48
2.3. Репродуктивное здоровье населения	55
ГЛАВА 3. Управление репродуктивным поведением населения	67
3.1. Демографическая политика: сущность, виды, механизмы.....	67
3.2. Анализ демографической политики России в сфере повышения рождаемости.....	86
3.3. Основные направления и механизмы работы по повышению рождаемости в регионе	96
<i>Заключение</i>	108
<i>Список литературы</i>	112
<i>Приложения</i>	118

Научное издание

Калачикова Ольга Николаевна

**РЕГУЛИРОВАНИЕ РЕПРОДУКТИВНОГО
ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ: СОСТОЯНИЕ И ПРОБЛЕМЫ**

Редакционная подготовка
Компьютерная верстка

Л.Н. Воронина
Е.С. Нефедова

Подписано в печать 1.10.2012.
Формат бумаги 60×84/₁₆. Печать цифровая.
Усл. печ. л. 7,5. Тираж 200 экз. Заказ № 306.

Институт социально-экономического развития
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а
Телефон: 59-78-03, e-mail: common@vscc.ac.ru