

Федеральное агентство  
научных организаций

Российская  
академия наук

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки  
Институт социально-экономического развития территорий  
Российской академии наук



**О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова**

**Репродуктивное поведение  
как фактор  
воспроизводства населения:  
тенденции и перспективы**

Вологда  
2015

УДК 338.46:614.2  
ББК 65.495  
К17

**Калачикова, О.Н. Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения: тенденции и перспективы** [Текст]: монография / О.Н. Калачикова, А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2015. – 172 с.

*Научные консультанты:*

доктор экономических наук, профессор, заслуженный деятель науки РФ  
директор Института социально-экономического развития территорий РАН

**В.А. Ильин**

кандидат медицинских наук заместитель начальника управления  
организации медицинской помощи и профилактики, начальник отдела  
организации медицинской помощи детям и службы родовспоможения  
Департамента здравоохранения Вологодской области

**Е.Л. Володина**

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

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

*Рецензенты:*

доктор экономических наук, профессор  
Московского государственного университета им. М.В. Ломоносова

**Н.В. Зверева**

кандидат экономических наук, доцент, старший научный сотрудник Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте РФ

**И.Н. Веселкова**

ISBN 978-5-93299-271-5

© Калачикова О.Н., Шабунова А.А., 2015

© ИСЭРТ РАН, 2015

## ВВЕДЕНИЕ

Благоприятная демографическая структура (вступление в репродуктивный возраст многочисленного поколения, рожденного в 1980-е гг.) и реализация мер демографической политики в России обеспечили повышение уровня рождаемости в первом десятилетии XXI в. – с 8,7 промилле в 2000 г. до 13,3 промилле в 2013 г., даже в кризисный период. Вместе с тем режим воспроизводства населения остается суженным. К 2025 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 4,1 млн. человек или на 10,7%. В этой связи прекращение естественной убыли населения потребует повышения уровня рождаемости за счет увеличения детности семей, то есть изменения репродуктивного поведения населения.

Тенденции факторов рождаемости в Российской Федерации соответствуют общемировым, но имеют свою специфику. Прежде всего, это обесценивание института семьи, о чем свидетельствуют снижение брачности на 15% (с 10,6‰ в 1980 г. до 8,5‰ в 2012 г.) и высокий уровень разводов (4,5‰ в 2012 г.). В современной России каждый второй брак распадается и каждый третий ребенок рождается у незамужней женщины, лишь 5% семей имеют трех и более детей [96].

Трансформация репродуктивного поведения, характеризующаяся распространением раннего начала половой жизни, лояльностью к смене партнеров, применением низкоэффективной контрацепции и снижением установок детности вплоть до сознательного отказа от рождений – «child free», является последствием происходящей в России с конца 1980-х гг. сексуальной революции, описанной Питиримом Сорокиным в 1954 г. для американского общества.

Низкий уровень рождаемости ведет к сокращению населения и, следовательно, к уменьшению доли молодых людей в его структуре, что представляет значимый демографический риск для развития страны.

Он проявляется прежде всего в снижении креативного потенциала, основной носитель которого – молодежь.

Необходимость обеспечения демографической безопасности, перехода к инновационному развитию определяет актуальность исследований репродуктивного поведения россиян и факторов, его обуславливающих. Цель данной монографии – обобщить результаты таких исследований, проведенных в период с 2005 по 2014 г. на территории Вологодской области.

Информационно-статистическая база исследования включает данные World Bank, Eurostat, Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций, Федеральной службы государственной статистики РФ, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области, ведомственные данные по вопросам воспроизводства населения и социально-экономического развития, концепции и программы демографического развития России и ее субъектов, законы и нормативно-правовые акты в сфере воспроизводства населения. При подготовке монографии использованы результаты социологических исследований репродуктивного поведения населения, в том числе авторских, проведенных в мониторинговом режиме на территории Вологодской области.

Результаты исследования могут быть использованы органами власти при подготовке и реализации комплекса мер демографической политики, направленных на повышение уровня рождаемости населения.

# **1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

## **1.1. Формирование понятия и опыт исследований репродуктивного поведения населения**

Репродуктивное поведение, наряду с матримониальным, самосохранительным и миграционным, рассматривается как вид демографического поведения населения [6]. Обобщая ряд трактовок ведущих российских демографов [3, с. 31; 21, с. 8; 69; 75, с. 604; 81, с. 384-386; 126, с. 141-142; 151, с. 547-548], современное понятие «репродуктивное поведение» можно определить как систему действий и отношений, опосредующих рождение определенного числа детей или отказ от деторождения, регулирующийся биологическими, экономическими, психологическими и социальными факторами.

Отсюда можно определить виды или компоненты репродуктивного поведения – собственно репродуктивное, направленное на деторождение, и абортивное и контрацептивное, задачей которых является регулирование сроков и числа рождений (или их отсутствие) [36, с. 251]. Как и в любом виде человеческого поведения, в структуре репродуктивного выделяют: ценности, мотивы, установки, решения, приводящие к конкретным действиям, что позволяет говорить о линиях репродуктивного поведения [5].

В указанной формулировке отражается и многоаспектность репродуктивного поведения, его междисциплинарный характер. Действительно, данный вид поведения (с учетом рассматриваемого уровня –

индивид, социально-демографическая группа) является одним из объектов исследования медицины, биологии, демографии, психологии, экономики, социологии.

Определение понятия «репродуктивное поведение населения» имеет специфику, обусловленную тем, что в процессе формирования данной категориальной единицы был упущен теоретический этап. Отчасти это произошло в силу заимствования термина из биологии, где он хорошо разработан и изучен.

Репродуктивное поведение биологами понимается как поведение животных, связанное с образованием брачных пар, рождением потомства и его воспитанием [53, с. 11; 74; 130], входит в систему полового поведения или является его синонимом. Репродуктивное поведение животных предопределено инстинктом продолжения рода и регулируется – на уровне особи – физиологией (плодовитостью), на популяционном и видовом уровнях – естественным отбором. Репродуктивное поведение человека организовано значительно сложнее, отличается выделением сексуального поведения, целью которого является не деторождение, а получение удовольствия, что связано с практикой контрацепции, прерывания беременности, с возможностью альтернативных форм сексуальных отношений. Субъектом, реализующим репродуктивное поведение, является часть населения потенциально способного к данному виду поведения, а именно – население в репродуктивном возрасте.

Немаловажен тот факт, что во второй половине XX века возник научный и государственный интерес к вопросам, касающимся факторов рождаемости [132], и исследователи сразу обратились к практике [15, с. 139-140]. Инициация изучения репродуктивного поведения населения в 1960-х гг. в СССР была связана с небывалым снижением уровня рождаемости. Сокращение общего коэффициента рождаемости в период с 1960 по 1969 г. составило 32% (с 24,9‰ до 17,0‰ соответственно). «Все шире распространялись малодетные семьи, с одним-двумя детьми, что было очевидно, но не совсем понятно. В самом деле, всегда считалось, что чем лучше живут люди, тем выше и уровень рождаемости. В 60-х годах в основном были залечены раны войны, началось массовое жилищное строительство. Уровень жизни населения заметно повышался с каждым годом. В брачный возраст с середины 60-х годов стали вступать поколения, родившиеся в послевоенные годы. Казалось бы, уровень рождаемости должен подняться, а между тем число детей в семьях становилось все меньше. Одно-, двухдетная семья, распространенная ранее лишь в

небольших группах населения, в основном в крупных городах, становилась типичной для всего городского населения; в сельской местности число детей в семьях тоже стало меньше» [14, 15].

В 1950–1970-х гг. исследования причин снижения рождаемости, а именно уменьшения детности семей, активно проводились американскими учеными (Р. Истерлин, Г. Бэккер, Т.П. Шульц) Пенсильванской, Чикагской школ (модели «относительного дохода», «цены времени»), в результате чего сформировалась экономическая теория рождаемости, объяснявшая ее снижение меняющейся конъюнктурой на рынке труда, увеличением издержек на воспитание детей, снижением их полезности и конкурентоспособности по отношению к иным благам [84, 154, 155, 163].

В 1950–1980-х гг. тоже американские ученые К. Дэвис и Дж. Блейк, Дж. Бонгаартс в своих моделях промежуточных детерминант показали значимость социальных факторов рождаемости, таких как брачное, контрацептивное и абортное поведение, репродуктивное здоровье [20].

Количественную оценку влияния репродуктивного поведения на уровень рождаемости по авторским методикам провели демографы Э. Коул (Англия) и В.А. Борисов (Россия) [20, 75]. Опираясь на теорию естественной рождаемости Л. Анри (и внося свои коррективы), они провели расчет степени ее ограничения, которая оказалась весьма значительной и достигла к концу XX в. в России порядка 70%. Основными факторами рождаемости были определены репродуктивное здоровье, брачная структура и намеренное ограничение рождаемости посредством использования контрацепции и прерывания беременности.

Идею конкуренции потребности в детях с другими потребностями личности и семьи в рамках психологического подхода развивали Р. Лестэг, Д. Ван де Каа, Ф. Арье. К их идеям близки концепция кризиса семьи и убывающей полезности в детях, разработанные российскими демографами Л.Е. Дарским, В.А. Беловой, В.В. Бодровой, А.И. Антоновым, Т.А. Гурко [4, 5, 14, 15, 17]. В конце XX в. появились исследования, особое внимание уделяющие роли аксиологического фактора в формировании тенденций рождаемости и репродуктивного поведения [147].

Исторический подход, предложенный Дж. Колдуэллом<sup>1</sup>, глобальное снижение рождаемости предполагает частью естественного процесса социально-экономических трансформаций, параллельно которым и в

---

<sup>1</sup> Дж. Колдуэлл исследует проблемы демографического перехода в контексте изменения репродуктивного поведения семьи (его экономических основ). См.: Population and Development United Nations Annotated Bibliography. – New York, 1992. – P. 312.

соответствии с меняющимися условиями жизни изменяется и репродуктивное поведение. Вместе с тем Дж. Колдуэлл признает возможность воздействия на репродуктивное поведение в ходе реализации, например, программ планирования семьи.

Идея исторической эволюции рождаемости и репродуктивного поведения присутствует и в теории демографического перехода [160]. Согласно этой теории, все страны должны пройти три (иногда выделяют четыре или пять) фазы, каждая из которых соответствует конкретной стадии развития общества и определяет тип воспроизводства населения. В качестве движущих сил «демографического перехода» обычно указываются различные факторы технико-экономического характера: динамика национального дохода на душу населения, урбанизация, индустриализация и т.п. (А. Ландри, Ф. Нотештейн, Д. Ноан, А. Омран, К. Дэвис, А.Г. Вишневский). Теория демографического перехода предполагает, что за «резким повышением скорости роста популяции произойдет столь же стремительное ее снижение, после чего численность населения стабилизируется» [61, с. 85]. В 1980–90-х гг. высказывалось предположение, что стабилизация численности мирового населения произойдет к 2000 г. [122, с. 219]. Позднее этот рубеж стал рассматриваться как срок, к которому «абсолютный рост населения достигнет своего пика» [61].

Объединение различных подходов (табл. 1) в рамках научных дисциплин и теорий формирует разнообразие понимания сущности, назначения и факторов репродуктивного поведения, его изучаемых аспектов. Так, близки биологический и медицинский подходы, главной детерминантой выделяющие фертильность – физическую способность к деторождению. В демографии репродуктивное поведение само рассматривается как фактор рождаемости, причем, как правило, ограничивающий ее (контрацептивно-абортивное поведение). С экономической точки зрения главным фактором в рамках экономической теории рождаемости выступает полезность детей.

Исходя из принятого определения исследование репродуктивного поведения населения будет осуществляться в рамках социодемографического подхода. Мы будем рассматривать данный вид поведения населения в репродуктивном возрасте, как фактор рождаемости и воспроизводства. С учетом специфики предмета исследования (поведенческую природу) будут использоваться социологические методы, позволяющие изучить компоненты и виды репродуктивного поведения, а также их формирование.

Таблица 1. **Различные подходы к пониманию репродуктивного поведения**

Подход	Репродуктивное поведение			Авторы
	Сущность	Назначение	Главный фактор	
Биологический	Поведение животных, связанное с образованием брачных пар, рождением и воспитанием потомства. Механизм полового размножения	Воспроизводство особи, вида, популяции	Плодовитость / Фертильность	Н. Тинберген, Д. Мак-Фарленд, С.С. Шварц, З.А. Зорина, М.Н. Сотская, И.И. Полетаева и др.
Медицинский, социомедицинский	Поведение в рамках репродуктивного цикла, ведение половой жизни	Деторождение	Репродуктивное здоровье	Е.В. Андрушина, О.Г. Фролова, Г.М. Бурдули, Р.В. Нифантова, И.П. Каткова, М.Ю. Сурмач и др.
Демографический	Фактор рождаемости	Ограничение естественной рождаемости	Демографическая структура	Л. Анри, Э. Коул, Дж. Трассел, В.А. Борисов, Дж. Бонгаартс и др.
Экономический	Основной элемент формирования трудового потенциала	Воспроизводство трудовых ресурсов	Затраты / Полезность детей	Т. Мальтус, Г. Бэккер, Т. Шульц и др.
Аксиологический	Половая жизнь супругов, таинство	Создание новой личности	Жизненные ценности	Духовенство, воцерковленные исследователи (М.В. Ломоносов, К.А. Шестаков и др.)
Социодемографический	Система действий, отношений и психических состояний личности, связанная с рождением определенного числа детей, их очередностью, в браке или вне брака. Основной элемент формирования рождаемости	Воспроизводство населения	Потребность в детях	В.А. Борисов, В.М. Медков, А.И. Антонов, В.А. Белова, Л.Е. Дарский, Т.А. Гурко, Н.Е. Русанова и др.

Современные российские исследования касаются как социально-экономических условий рождаемости, так и оценки последствий ее низкого уровня на социально-экономическое развитие территории.

В рамках экономической теории продолжают исследования [2, 11, 73, 80] отдельных условий (жилищные, материальные, занятость женщин), влияющих на рождаемость и репродуктивное поведение населения. Их ограничивающая роль высока и в современном обществе: все больше людей корректируют с карьерным ростом и сроки рождения, и число детей [80].

Сегодня проблему совмещения занятости и репродуктивного поведения предлагается решать с помощью признания репродуктивного труда. Значимость репродуктивного труда для воспроизводства и необходимость вознаграждения за него представлены в работах А.М. Илышева, И.В. Лаврентьевой, А.П. Багировой [9, 10, 55, 70].

В.В. Бодрова рассматривала особенности репродуктивного поведения женщин, мужчин и семейных пар с позиций дифференциации репродуктивной ориентации в условиях социально-экономического кризиса периода реформ, лимитирующих желаемую детность [16, 17].

В контексте исследований взаимосвязи брачности и рождаемости выявлена прямая зависимость между типом партнерских отношений и числом детей. С.И. Голод и А.А. Клецин, Т.А. Гурко, А.Б. Синельников исследовали репродуктивное поведение женщин и мужчин в контексте состояния и перспектив развития института семьи; причем изменения репродуктивного поведения были истолкованы как смена его типов и типов семьи (от безразводной многодетной до добровольной бездетной).

Особо следует выделить исследования, в которых проблемы репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья женщин рассматриваются в контексте репродуктивного потенциала и в связи с характером функционирования институтов системы здравоохранения (В.Ю. Альбицкий, Г.М. Бурдули, И.Н. Веселкова, О.Г. Фролова, В.А. Шапкайц, И.И. Гребешева, А.А. Шабунова). Репродуктивное здоровье определено как одно из условий репродуктивного поведения, играющее значительную роль в итоговой рождаемости поколений.

Роль государственной демографической политики, уровня и направлений развития социальной политики и здравоохранения в формировании репродуктивного поведения рассмотрена в работах В.Н. Архангельского, Н.В. Зверевой, С.С. Сулакшина, Л.Н. Овчаровой, С.В. Рязанцева, О.В. Синявской. Показано, что государство может оказывать влияние на рождаемость населения посредством создания условий, способствующих реализации рождений.

Результатом репродуктивного поведения является не только число детей, аборт, распространенность применения контрацепции, но и изменение репродуктивных установок [5]. Изменения репродуктивных установок, согласно выводам, сделанным проф. А.И. Антоновым, связаны с переопределением ситуации под влиянием социального воздействия на ценностные ориентации респондента, и не в связи с надеждой на улучшение материальных условий жизни [3, с. 66].

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

Репродуктивные установки формируются под воздействием общественных институтов, транслирующих социокультурные нормы детности, характерные для данной исторической эпохи, территории (этнокультурные, религиозные особенности, уровень развития производства, тип семьи, государственности и др.). Формирование репродуктивной установки индивида во времени разворачивается соответственно этапам развития личности, социализации. По мнению специалистов в данной области [90, 91, 131], формирование репродуктивных установок начинается в 3–5 лет и заканчивается к 18–20 годам. Вначале ребенок неосознанно принимает репродуктивные установки матери, семьи, в которой родился, затем ближайшего окружения (языком психологии: социально значимый взрослый, сверстники, референтная группа). Далее следует самоидентификация на уровне этноса, страны и т.д. Таким образом, с возрастом, перенимая и приобретая жизненный опыт, оценивая существующие условия, индивид корректирует свои репродуктивные установки. Отображение данной коррекции, а также межпоколенных различий репродуктивных установок представлено на рис. 1. При суммировании имеющегося и «планируемого еще» чисел четче видна общая закономерность более низких репродуктивных ожиданий у молодежи, с возрастом «подгоняемых» к средним значениям «нормы»<sup>2</sup>.

Принимая за индикатор достоверность планируемого числа детей (значение равно сумме имеющихся детей и планируемых еще), можно сделать вывод о том, что окончательное формирование репродуктивной установки на детность происходит после 30-летнего возраста.

---

<sup>2</sup> Кроме вопроса о том, сколько всего детей собираются иметь в своей семье респонденты, были заданы еще два вопроса, позволяющие оценить репродуктивные ожидания: «Сколько у Вас детей?» и «Сколько детей еще Вы планируете завести?»

Закрепление имеющихся у молодежи представлений может привести к дальнейшему снижению предпочитаемых чисел детей. То есть воздействие необходимо сконцентрировать на формировании социальных норм детности (средне- и многодетных) преимущественно у населения в возрасте до 30 лет.

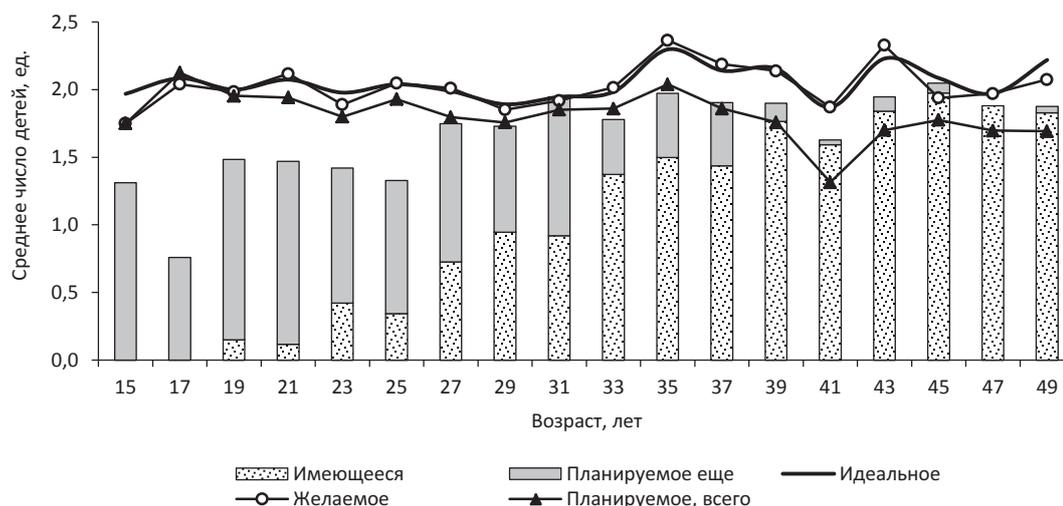


Рисунок 1. Средние значения имеющегося, идеального, планируемого и желаемого чисел детей у респондентов соответствующего возраста, чел. (2011 г.)

Источник: данные мониторинга репродуктивного потенциала населения Вологодской области.

Подводя итог, определим механизм формирования репродуктивного выбора (рис. 2). Реализация желаемых рождений может происходить при условии физической возможности (фертильности) и благоприятной среде. 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.

С общетеоретической позиции «люди ведут себя сообразно тому, как мысленно конструируют социальную ситуацию (например, в теории фреймов Ирвина Гофмана). Это не означает, что реальные условия мало-существенны, это лишь значит, что человек по-своему интерпретирует данные условия» [153, с. 42]; применительно к репродуктивному поведению: «не «плохие» условия жизни, а разрыв между притязаниями на индивидуальный успех и достигнутым положением заставляет придумывать правдоподобные ссылки на символические помехи к рождению детей [3, с. 57].

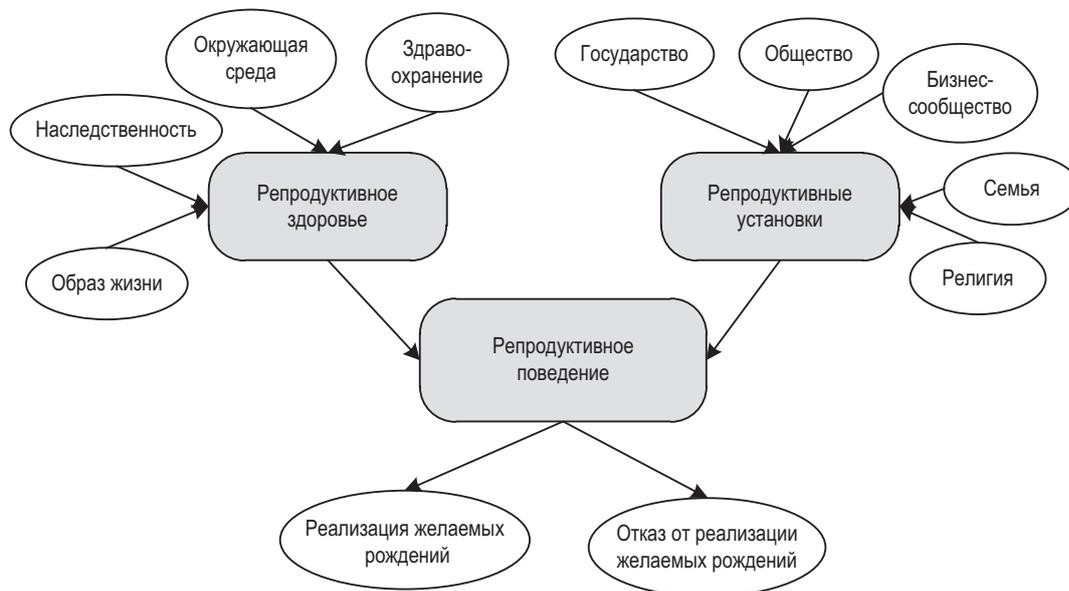


Рисунок 2. **Механизм формирования репродуктивного выбора**

Таким образом, репродуктивный выбор происходит в системе «хочу/могу». При наличии потребности в детях, в каждом предполагаемом случае полного репродуктивного цикла проходит два этапа оценки условий («могу»). Первый этап – физическая возможность зачатия, вынашивания и родоразрешения, что определяется репродуктивным здоровьем, второй – оценка возможностей воспитания ребенка (самооценка условий среды). На втором этапе оцениваются социально-экономические условия и уровень жизни населения.

Во всех вышерассмотренных подходах и теориях присутствует идея возможности влияния на результаты репродуктивного поведения, поскольку его факторы поддаются корректировке. И теория демографического перехода также не исключает такой возможности (и напротив, даже зная, на какой стадии находится та или иная территория, прогноз развития ситуации, значительно проще осуществить ее коррекцию). Ее принципиальная особенность в том, что сторонники данного направления не находят подтверждения угроз демографической безопасности и необходимости в каком-либо вмешательстве. В этой связи определяющим становится политическая парадигма, наличие ориентации на сохранение государственности и национальной, социокультурной самоидентичности.

На наш взгляд, население во многом определяет трудовой, репродуктивный, человеческий потенциал, формируя не только социокультурный, но и экономический «облик» территории. Существенные трансформации параметров населения неизбежно влекут за собой изменение всех характеристик территории, вплоть до изменения ее границ.

Наиболее значительное влияние демографического фактора на развитие территории связано с постарением населения, влекущим за собой комплекс демографических, экономических и социальных проблем (табл. 2).

Таблица 2. **Основные последствия демографического постарения** [72, 88, 99]

Характер последствий	Содержание последствий
<i>Демографический аспект</i>	Ухудшение возрастной структуры населения Формирование потенциально более узкой базы для развития процесса рождаемости Формирование потенциально более широкой базы для развития процесса смертности населения Трансформация параметров воспроизводства населения в сторону более суженного замещения поколений и др.
<i>Экономический аспект</i>	Ухудшение трудовой структуры населения Замедление процесса трудового замещения и сокращение прироста трудовых ресурсов Увеличение среднего возраста (старение) занятого населения Возрастание нагрузки на трудоспособных и занятых жителей лицами престарелого возраста и др.
<i>Социальный аспект</i>	Рост численности населения по возрасту, нуждающихся в поддержке со стороны общества Неуклонное увеличение расходов бюджета на социальное обеспечение престарелых людей Возрастание нагрузки на социальную инфраструктуру (учреждения здравоохранения, транспорт и т.п.) в силу старения общества Необходимость систематической корректировки социально-экономической политики и курса рыночных реформ в соответствии с особенностями условий и уровня жизни населения престарелого возраста и др.

Особое внимание к рождаемости (и, соответственно, репродуктивному поведению) 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). 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 годам (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 период [19]. Если принять общее снижение нетто-коэффициента за 100%, то 99,9999% этого снижения обусловлено падением рождаемости, и лишь 0,0001% – ростом смертности [3]. Именно поэтому исследования детерминант рождаемости, в частности репродуктивного поведения, с целью поиска возможностей воздействия на нее весьма актуальны.

Низкий уровень рождаемости в России является социально-экономическим феноменом, причем его социальный аспект не менее важен. Изменение репродуктивных установок и норм, проявляющееся в массовом распространении малодетных семей, ставит под сомнение тот факт, что данная ситуация может разрешиться сама собой без принятия комплекса мер, направленных на изменение репродуктивного поведения населения.

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

## **1.2. Анализ государственной политики регулирования рождаемости**

Изучая возможности воздействия на репродуктивное поведение населения, мы неизбежно приходим к анализу политического опыта. Поскольку цель любого корректирующего воздействия сводится к изменению факторов формирования интересующего объекта, следует определить те виды политических сфер, в компетенции которых находится репродуктивное поведение. Суть поиска сводится к тому, чтобы найти тот вид политики, который учитывал бы объект, предмет и факторы репродуктивного поведения.

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 [151, с. 561]. Изучая возможности воздействия на репродуктивное поведение населения как вид демографического, мы обратились к понятию демографической политики.

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 страны [36, с. 74].

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) [69].

Эксперты подчеркивают, что очень часто наблюдается смешение понятий социальной, демографической и семейной политики [13].

Семейная политика имеет целью улучшение уровня и качества жизни семьи, поддержку семей, имеющих различные «девиации»: неполные семьи, семьи с инвалидами, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, многодетные, малообеспеченные семьи, а также семьи с детьми.

С точки зрения направлений поддержки (денежные пособия, льготы на образовательные, медицинские, жилищно-коммунальные услуги, социальное обеспечение) семейная политика имеет широкие возможности воздействия на факторы репродуктивного поведения, в первую очередь на условия реализации желаемых рождений на уровне семьи.

Принципиальная особенность демографической политики заключается в воздействии на динамику демографических процессов не прямо, а опосредованно, через человеческое поведение. Меры демографической политики (экономические, информационные, административные) влияют как на формирование демографических потребностей, обуслов-

ливающих специфику демографического поведения, так и на создание условий для их реализации. Особую сложность демографической политике 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 долгосрочные.

Таким образом, семейная и демографическая политика имеют разные объекты. Семейная политика проводится в интересах конкретной социально-демографической группы – семьи, демографическая – населения в целом. Поскольку репродуктивное поведение характерно для населения репродуктивного возраста (независимо от его семейного статуса), а целью демографической политики является обеспечение желательного режима воспроизводства, для определения государственного влияния на репродуктивное поведение будем использовать понятие «демографическая политика».

Для регулирования уровня рождаемости государства используют множество прямых и косвенных воздействий, которые подразделяются в зависимости от цели: для снижения или повышения рождаемости (табл. 3). Все они направлены на изменение репродуктивного поведения населения.

Таблица 3. 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

По способу воздействия различают экономические, административно-правовые и пропагандистские меры демографической политики. 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). Их задача – компенсировать расходы на воспитание детей. 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) предполагают распространение актуальной информации в соответствии с целями государственной политики в области народонаселения. Их задача – формирование социальных норм детности. На наш взгляд, последнюю группу мер корректнее назвать «информационными», поскольку они предполагают информирование населения, оставляя ему право репродуктивного выбора.

Наибольшее развитие и распространение демографическая политика получила во второй половине XX в., что объясняется наступлением демографического взрыва в одних странах и депопуляции – в других. 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. Их обсуждали также на сессиях Генеральной Ассамблеи ООН. Особое значение имеет документ, принятый в Бухаресте в 1974 г., – «Всемирный план действий в области народонаселения». В нем содержатся рекомендации по проведению демографической политики [73, с. 124-125]. В основном деятельность ООН касается распространения планирования семьи, медицины, особенно в развивающихся странах.

Поскольку перенаселение, как и депопуляция, влечет за собой комплекс экономических, социокультурных, этноконфессиональных и политических проблем, каждое государство, оценивая возможные последствия демографического развития различных сценариев, должно выработать собственный курс демографической политики, в частности в сфере регулирования рождаемости населения. 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. Исходя из этого все страны можно разделить на три группы: проводящие активную демографическую политику по снижению рождаемости (это в первую очередь Индия и Китай); проводящие политику стимулирования рождаемости (большинство стран ЕС, Россия) и не форсирующие демографические процессы (Йемен, ОАЭ, Афганистан).

Комиссия по народонаселению и развитию ООН [78, 168] 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 беспокоит низкий уровень рождаемости населения, увеличилась с 21 до 61%, удельный вес наименее развитых стран, обеспокоенных высоким уровнем рождаемости, возрос с 31 до 90%. В целом, если в 1976 г. сложившийся уровень рождаемости считали чрезмерно высоким в 37% государств мира, то в 2007 г. – в 41% [149]. В настоящее время большинство стран пытаются оказывать влияние на уровень рождаемости населения. Среди развивающихся доля стран, реализующих мероприятия с целью снижения рождаемости, возросла с 34% в 1976 г. до 51% в 2007 г.; в наименее развитых странах мира – соответственно с 14 до 76% [149] (рис. 3).

Экономические и политические преобразования в странах Восточной Европы 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 [124, 149].

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 озна-

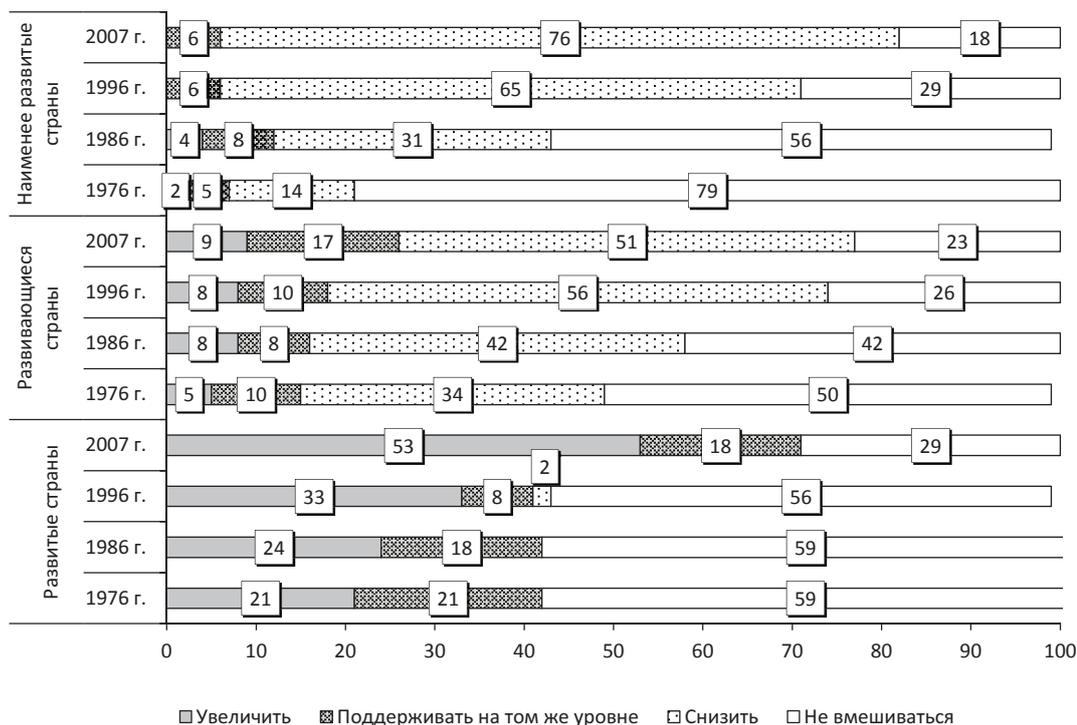


Рисунок 3. Направленность политики в отношении уровня рождаемости населения в 1976, 1986, 1996 и 2007 гг., % стран [149]

чает 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 контрацепции [150].

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 субсидий [150].

В целом демографическая политика развитых стран, направленная на повышение рождаемости, несколько различается. Основные отличия 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 связей [152].

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

После Второй мировой войны Франция занимала одно из первых мест в Европе по доле расходов на пособия детям и семьям в ВВП, но в 2009 г., по данным Евростата, она по этому показателю (2,68% ВВП) занимает восьмое место среди европейских стран вслед за Данией (3,88%), Люксембургом (3,7%), Германией (3,29%), Швецией (3,14%), Финляндией (3,1%), Исландией (3,02%) и Норвегией (2,89%). Однако параллельно увеличиваются другие социальные расходы – на здравоохранение, пособия по безработице, пенсии по старости и др. Сегодня к основным формам проявления семейной политики во Франции [54] относятся семейные пособия, льготы по подоходному налогу, создание и содержание инфраструктуры по уходу за детьми. Финансирование осуществляется за счет предприятий и государственных средств.

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

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 [44].

Швеция официально также не проводит политику, воздействующую на демографические процессы. Тем не менее в стране последовательно расширяются социальные льготы семьям с детьми. В соответствии с условиями страхования материнства и отцовства [164], отцы разделяют

ответственность за воспитание детей. Родители получают оплачиваемый отпуск после рождения ребенка на восемь месяцев, который может быть разделен между отцом и матерью. Оплачивается отпуск в размере 90% оплаты труда. В государственных учреждениях и на предприятиях отцам и матерям, имеющим маленьких детей, разрешается укорачивать рабочий день или неделю при незначительной потере в зарплатке. 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.

Распространено мнение, что в США не проводят государственную политику воздействия на рождаемость. Несмотря на отсутствие прямых денежных трансфертов, демографическая политика использует косвенные механизмы: стандартные налоговые вычеты и налоговые кредиты семьям с детьми [120]. О том, что государство США меняет позицию, свидетельствуют два факта: внедрение программ пропаганды полового воздержания среди подростков [83] и разработка закона о запрете абортов.

Таким образом, демографическая политика развитых государств по стимулированию рождаемости представляет собой сложную, хорошо организованную систему и использует в основном экономические механизмы, включаясь в контекст семейной, социальной, жилищной и других политических сфер жизни общества.

Несмотря на относительную [112, с. 51-52] эффективность принимаемых в европейских странах мер, как свидетельствует статистика демографических показателей (приложение 1), существует мнение, что пособия слишком щедры и иммигранты могут обеспечить себе приемлемый уровень жизни за их счет, создавая лишь дополнительную нагрузку на экономику страны и 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» [158].

Это позволяет сделать вывод о необходимости поиска баланса механизмов разной природы, основанных на научных исследованиях репродуктивного поведения населения.

Очередным этапом работ и свидетельством политической воли в России стало в 2006 г. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию [93], в котором он определил преодоление депопуляции одной из приоритетных задач государственного развития.

Между тем в научных кругах продолжают существовать две диаметрально противоположные позиции по вопросу необходимости регулирования рождаемости. Группа ученых во главе с А.Г. Вишневым считают демографические тенденции частью процесса модернизации [23, 24, 28, 82]. Снижение уровня рождаемости населения, по их мнению, не столь уж катастрофично и является лишь элементом закономерных трансформаций общественной жизни. Соответственно, предпринимать какие-либо активные действия не следует.

В то же время другие ученые признают необходимость стратегического управления воспроизводством населения: А.И. Антонов, Н.В. Зверева, В.Н. Архангельский, Л.Л. Рыбаковский, С.С. Сулакшин и др. На фоне общего согласия с идеей о возможности воздействия на репродуктивное поведение населения их взгляды на факторы и способы его регулирования разнятся [26, с. 201]. Одни считают необходимым расширение материальной поддержки, другие – идеологического воздействия, третьи – аксиологического. Отличие демографической политики связывается с особенностью предмета, на который она воздействует, – воспроизводство населения, его режим, акцент ставится на естественном движении населения без учета миграционной составляющей.

Сегодня меры повышения рождаемости в России аналогичны применяемым в европейских странах:

- система пособий и налоговых льгот, связанная 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 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, организацию воспитания детей дошкольного возраста (для возобновления трудовой деятельности матери), подготовку к профессиональной деятельности.

Между тем 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 [13].

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 сроки [119]. Учитывая, что изменения демографических процессов могут быть зафиксированы (и достигнуты) в период, равный длине поколения, отметим, что в данной области необходима разработка программы (концепции) демографической политики на 25–30 лет вперед.

Структура механизмов демографической политики России свидетельствует о ее материальной направленности (приложение 2). Это обусловлено наличием значимой положительной связи между уровнем рождаемости и экономическим развитием страны: коэффициент корреляции между общим коэффициентом рождаемости и ВВП составляет 0,81, тогда как с численностью женщин в активном репродуктивном возрасте – лишь 0,4. Период спада в экономике и политическая нестабильность в начале 1990-х гг. сопровождались снижением уровня рождаемости населения, минимальные значения которой отмечались в кризисные 1998–1999 годы. Периоды стагнации рождаемости населения (1995–1998 гг., 2002–2006 гг., 2009–2010 гг.) обусловлены инерционностью репродуктивных установок, реакции на происходящие изменения (рис. 4).

В социологическом измерении политико-экономическая обстановка и ее значимость для репродуктивных планов выражается тем, что «уверенность в завтрашнем дне» как фактор их реализации занимает второе место в рейтинге (после стабильности материальных условий).

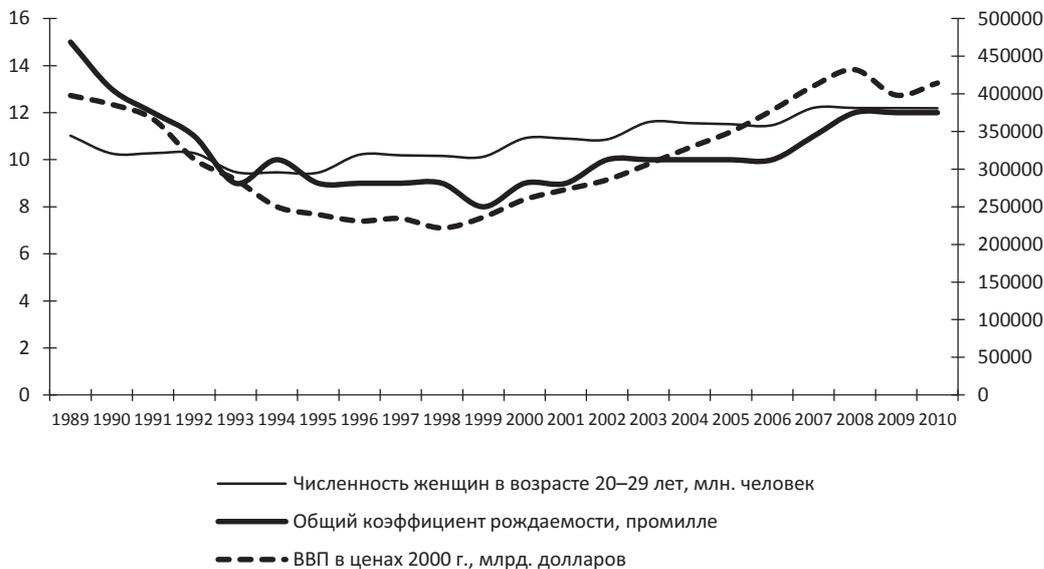


Рисунок 4. **Динамика валового внутреннего продукта, численности женщин в активном репродуктивном возрасте и общего коэффициента рождаемости населения**

Источник: данные World Bank. – URL: <http://www.worldbank.org>

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.

Оценке эффективности демографической политики, реализуемой в России и за рубежом, посвящено довольно большое количество работ. Анализ эффективности системы социальных трансфертов в России был проведен авторским коллективом Независимого института социальной политики.

Основной вывод исследования заключается в том, что прямая финансовая поддержка в существующем виде, во-первых, не оказывает решающего влияния на репродуктивное поведение (вследствие незначительности их вклада в семейный бюджет), во-вторых, механизм распределения социальных трансфертов не учитывает нуждаемость в них. В результате низкого уровня адресности отдельных видов пособий и выплат система социальной защиты в целом не направлена на бедные и низкодоходные домохозяйства [37, с. 79].

Судя по динамике смены репродуктивных намерений в 2007 г. по сравнению с 2004 г., активный всплеск рождаемости, который наблюдался в 2008 г., обусловлен в основном намерениями по рождению первого

ребенка, и во вновь образуемых семьях смены тенденции на двухдетность, хотя бы в прожективных намерениях, не произошло [37, с. 162].

Вместе с тем В.Н. Архангельским и Н.В. Зверевой были получены выводы о том, что 78% роста показателей рождаемости в период с 2006 по 2009 г. обусловлено такими «новыми» мерами демографической политики, как увеличение пособий по беременности и родам, изменение системы расчета пособия по уходу за ребенком – ранее до 1,5 года, введение материнского капитала [49, с. 82]. Однако это не значит, что собственно репродуктивные установки повысились.

Согласно расчетам Независимого института социальной политики, повышение пособия на детей из бедных семей до уровня 0,5 прожиточного минимума (это соответствует минимальным расходам на обеспечение питанием и самой дешевой одеждой), а также до уровня 0,75 прожиточного минимума одиноким матерям, не имеющим алиментов и зарегистрированным в качестве безработных, сокращает существующий дефицит дохода на 30%. В связи с этим приоритетным направлением государственной политики в области социальной защиты населения должно стать развитие системы пособий для бедных семей с детьми с учетом контроля доходов на основе принципов социального контракта. Расходы на программу составляют 400% от базового уровня: в ценах 2009 г. – 160 млрд. руб., при ежегодном увеличении расходов на 15% [37].

Ресурсы на увеличение указанного пособия предлагается высвободить за счет модернизации категориальных льгот путем ужесточения правил входа в систему для вновь вступающих и работающих. Предварительные расчеты показывают, что если категориальные выплаты ветеранам труда предоставлять только при условии, что их индивидуальные доходы не превышают двух прожиточных минимумов, то бюджетные расходы по данному направлению уменьшатся на 10 млрд. руб., а если схожие условия получения социальной помощи применить также к другим группам категориальных льготников, то можно выйти на общее сокращение бюджетных расходов на 15 млрд. руб. в год. Второй источник финансирования пособий – увеличение налоговых поступлений в связи с повышением заработной платы [37, 116]. Исследование стимулирования рождаемости в России, проведенное под руководством В.В. Елизарова, свидетельствует о том, что «через несколько лет структурные факторы, которые нам подарили небольшой подъем рождаемости, себя

исчерпают, и неизбежно начнется следующая фаза падения рождаемости (снижение ежегодных чисел рождений). Развивая и совершенствуя демографическую политику на федеральном и региональном уровне, нам нужно успеть за 3–4 года подготовиться к качественному улучшению политики за пределами 2012–2014 гг., не ограничиваясь только индексацией пособий. Если мы этого не сделаем, нас будет ожидать еще один спад рождаемости, более глубокий, чем в конце 1990-х» [44, с. 123-151].

Таким образом, демографическая политика России в области повышения рождаемости имеет три существенных недостатка: превалирование экономических механизмов (до 80%<sup>3</sup>), их недостаточная эффективность, отсутствие координирующего органа власти, отвечающего за демографическое развитие страны, и в частности за тенденции рождаемости населения.

### **1.3. Методологические подходы к исследованию репродуктивного поведения**

Теоретические основы репродуктивного поведения разработаны достаточно основательно как с биологической, медицинской, так и с социологической и демографической позиций. В связи с этим современные исследования сосредоточиваются в основном на изучении факторов репродуктивного поведения, а также его особенностей у конкретных групп населения. Среди направлений современных исследований можно выделить:

1. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения (Е.Б. Бреева, И.И. Гребешева, И.П. Каткова, Р.В. Нифантова, Н.М. Римашевская, Н.Е. Русанова, А.А. Шабунова, В.А. Шапкайц).
2. Гендерные аспекты репродуктивного поведения (Е.А. Баллаева, С.П. Ермаков, С.В. Захаров, Л.Г. Лунякова, Н.М. Римашевская и др.).
3. Исследования институтов брака и семьи как фактора репродуктивного поведения (А.И. Антонов, Е.Б. Бреева, Т.А. Гурко, А.Б. Синельников и др.).

---

<sup>3</sup> В Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года для решения задачи по повышению уровня рождаемости отсутствуют пропагандистские механизмы, 80% предполагаемых мероприятий относятся к экономическим (в 62% – с закреплением в нормативно-правовой базе), 20% – исключительно административно-правовые.

4. Исследования репродуктивного поведения отдельных социально-демографических групп населения, например студенческой молодежи (Т.А. Долбик-Воробей, А.И. Кузьмин и др.), многодетных семей (А.И. Антонов, О.Л. Лебедь и др.) и др.

5. Исследования этнокультурных особенностей репродуктивного поведения и взаимодействия с миграционными процессами (А.И. Антонов, В.Н. Архангельский, А.И. Кузьмин, Л.Л. Рыбаковский, О.Л. Рыбаковский, А.Б. Синельников, К.А. Шестаков и др.).

6. Исследования влияния занятости на репродуктивное поведение (А.П. Багирова, Н.В. Зверева, А.М. Илышев, И.В. Лаврентьева, Е.А. Москова и др.).

7. Исследования уровня жизни (в том числе отдельно доходов, жилищных условий и пр.) как фактора репродуктивного поведения (Е.М. Авраамова, А.И. Антонов, В.Н. Архангельский, В.И. Гришанов, А.К. Гузанова, В.Г. Доброхлеб, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева, Л.Ю. Иванова, А.И. Кузьмин, Н.М. Римашевская, Л.Л. Рыбаковский, А.Ю. Шевяков и др.).

8. Исследования возможностей регулирования репродуктивного поведения с целью повышения рождаемости (В.Н. Архангельский, В.Э. Багдасарян, В.В. Елизаров, В.М. Жеребин, Н.В. Зверева, О.А. Кислицина, М.А. Клупт, Л.А. Мигранова, Л.Н. Овчарова, Г.В. Осипов, В.В. Пациорковский, С.В. Рязанцев, О.В. Синявская, С.С. Сулакшин, А.И. Татаркин др.).

9. Этико-правовые вопросы репродуктивного поведения населения (репродуктивные права) (Е.Б. Бодрова, О.Г. Исупова, Н.Е. Русанова и др.).

10. Исследования репродуктивного здоровья и системы здравоохранения как условий репродуктивного поведения (О.Г. Исупова, И.П. Каткова, Р.В. Нифантова, Н.М. Римашевская, Н.Е. Русанова, М.Ю. Сурмач, А.А. Шабунова, В.А. Шапкайц и др.).

Отличительной чертой нашего исследования является использование наряду с данными статистики социологического мониторинга, проведенного с участием авторов. Его данные позволяют отслеживать динамику изменений репродуктивного поведения, выявлять значимость экономических, социальных, психологических факторов этих изменений, определять группы населения, в которых иницируются негативные формы (в контексте целей демографической политики), трансформации репродуктивного поведения.

Кроме того, авторами проведено стандартизованное интервью пар, принявших решение о создании семьи, с целью выявления особенностей формирования репродуктивных установок не на личностно-индивиду-

альном, а на партнерско-семейном уровне. На этапе создания брачной пары репродуктивные установки партнеров согласуются, корректируются; наблюдается увеличение разности между желаемым и планируемым числами детей.

Осуществленное в 2010 г. групповое анкетирование студенческой молодежи подтвердило гипотезу о том, что данная группа населения является наиболее восприимчивой к информационным способам воздействия на формирование репродуктивных установок.

В целом методы, использованные в исследовании, можно разделить на два блока (табл. 4).

Таблица 4. **Методологические подходы, использованные в исследовании**

<b>Анализ результатов, факторов и социально-экономических последствий репродуктивного поведения по официальным статистическим данным</b>	<b>Анализ тенденций, результатов, факторов репродуктивного поведения по субъективным оценкам населения Вологодской области</b>
1. Анализ статистических показателей различных аспектов репродуктивного поведения; оценка деятельности государственных органов власти с целью воздействия на репродуктивное поведение; анализ статистических показателей, характеризующих факторы репродуктивного поведения.	1. Мониторинг репродуктивного поведения населения Вологодской области.
2. Расчет гипотетического минимума естественной рождаемости (ГМЕР).	2. Мониторинг репродуктивного здоровья женщин Вологодской области.
3. Расчет упущенной экономической выгоды вследствие репродуктивных потерь.	3. Социологическое исследование репродуктивных установок студенческой молодежи.
4. Оценка индексным методом вклада структурных и поведенческих факторов в изменение общего коэффициента рождаемости в период введения «новых» мер стимулирования рождаемости населения (2006–2011 гг.).	4. Социологическое исследование репродуктивных установок пар, принявших решение о заключении брака.

Информационную базу исследования составили:

1. Данные Всемирной организации здравоохранения, Worldbank (данные, использованные при сравнении России с другими странами).

2. Материалы Всероссийских переписей населения 2002 г. (распределение населения Вологодской области по полу, возрасту, брачному состоянию, детности).

3. Статистические данные Федеральной службы государственной статистики и Территориального органа ФГС по Вологодской области (официальные данные, характеризующие социально-экономическую ситуацию, демографическое развитие, результаты репродуктивного поведения населения на федеральном и региональном уровне).

4. Данные медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области (абсолютные значения показателей репродуктивных потерь).

Поскольку репродуктивное поведение населения во многом зависит от субъективно оцениваемых условий, данные официальной статистики не могут в полной мере отразить факторы его формирования. Поэтому анализ тенденций, перспектив и факторов репродуктивного поведения по официальным статистическим данным был дополнен данными социологических исследований, проведенных с участием авторов.

5. Мониторинг репродуктивного потенциала. Вологодская область состоит из 26 административных районов и двух крупных городов (Вологда и Череповец). В нашей выборке участвуют гг. Вологда, Череповец и 8 муниципальных районов: Бабаевский, Великоустюгский, Вожегодский, Грязовецкий, Кирилловский, Никольский, Тарногский и Шекснинский. В выборке представлены районы всех групп, выделенных по социально-экономическому развитию (приложение 3).

Опрос проводится с 2005 г. Форма опроса – раздаточное анкетирование. Сбор эмпирических данных производится методом поквартирного опроса с шагом 5–8 квартир. Объем выборки – 1500 респондентов в репродуктивном возрасте. Выборка целенаправленная, квотная.

Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий:

- пропорций между городским и сельским населением;
- пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города);
- пропорций половозрастной структуры населения области;

Величина случайной ошибки выборки не превышает 3% при доверительном интервале 4–5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

Вопросы анкеты соответствуют пяти исследовательским блокам:

- Анализ собственно репродуктивного поведения: установки детности, представления об оптимальной длительности протго- и интергенетических интервалов, предпочтения пола детей.
- Анализ абортного поведения: наличие и кратность аборта, представления о его допустимости.
- Анализ контрацептивного поведения: регулярность и мотивы использования контрацепции, неудовлетворенная потребность в планировании семьи, ее причины.

- Анализ факторов репродуктивного поведения: система жизненных ценностей, брачные установки, семейное положение, детность родительской семьи, репродуктивное здоровье, медико-гигиеническая грамотность, материальное и жилищное положение, образование, род занятий, место проживания, оценка государственных мер регулирования репродуктивного поведения, пол, возраст.

Разработанная анкета позволяет исследовать репродуктивное поведение населения, выявляя потребность в детях, репродуктивные установки, мотивы, результаты решений и действий, а также установить взаимосвязи репродуктивного поведения с социально-экономическими характеристиками населения, выявить его факторы и условия формирования (приложение 4).

6. Мониторинг репродуктивного здоровья женщин Вологодской области. Обследование женщин репродуктивного возраста осуществлялось совместно с Институтом здоровья семьи в рамках проекта «Мать и дитя» в 2006 и 2009 гг. Тип выборки – районирование с пропорциональным размещением единиц наблюдения; квотирование по возрасту в соответствии с генеральной совокупностью. Объем выборочной совокупности составляет 1600 человек в точках опроса, используемых в мониторинге репродуктивного потенциала. Дополнительно опрашивается население четырех «пилотных» районов (по 400 человек в каждом из районов: Вожегодском, Шекснинском, Кадуйском и Нюксенском).

Основные направления исследования следующие:

- оценка уровня информированности и грамотности в вопросах контрацепции и репродуктивного здоровья;
- анализ контрацептивного поведения женщин;
- оценка роли консультирования медицинским работником по вопросам применения контрацепции и репродуктивного здоровья;
- охват женщин медико-гигиеническим консультированием и его эффективность;
- социально-демографические характеристики респонденток.

7. В 2010 г. исследование репродуктивного поведения продолжено специальным обследованием студенческой молодежи, как наиболее лабильной социальной группы населения в активном репродуктивном возрасте. Было проведено групповое анкетирование студентов пяти высших учебных заведений гг. Вологды и Череповца.

Инструментарий аналогичен инструментарию мониторинга репродуктивного поведения, скорректирован с учетом возрастной группы, анкеты разработаны отдельно для юношей и девушек.

8. Социологическое исследование репродуктивных установок пар, принявших решение о создании семьи, проведено методом стандартизованного интервью в 2007 г. В ходе опроса респонденты вначале индивидуально заполняли вопросники, затем совместно отвечали на вопросы интервьюера. Исследование выявило установки детности и предпочитаемую длительность прото- и интергенетических интервалов, причины создания семьи / регистрации брака, матримониальные установки, жилищные условия, отношение к демографической политике, бездетности.

Социологические исследования осуществлены на базе Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук. Общая характеристика проведенных исследований представлена в таблице 5 [56].

Таблица 5. **Характеристика социологического исследования репродуктивного поведения населения Вологодской области**

Параметр	Год обследования							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014
Характеристики респондентов (население в репродуктивном возрасте)	Мужчины и женщины	Женщины	Мужчины и женщины / брачующиеся пары	Мужчины и женщины	Женщины	Студенческая молодежь	Мужчины и женщины	
Объем выборки, чел.	1586	3137	1461/ 324	1536	3200	494	1371	1500
Метод	Раздаточное анкетирование		Раздаточное анкетирование / стандартизованное интервью	Раздаточное анкетирование		Групповое анкетирование	Раздаточное анкетирование	

При доработке вопросников учитывались итоги опроса беременных женщин Вологодской области в 2004 г., населения репродуктивного возраста в 2005 г., женщин репродуктивного возраста в 2006 г. Были также проанализированы данные обследований женского населения с целью выявления уровня социально-гигиенической грамотности, особенностей abortивно-контрацептивного поведения – «Репродуктивное

здоровье российских женщин» (1996, 1999 г., ВЦИОМ, USAID<sup>4</sup>), «Мать и дитя» (Институт здоровья семьи [56], USAID); регулярных опросов различных демографических групп населения, проведенных кафедрой социологии семьи социологического факультета МГУ, а именно: «Религия, семья, дети» (2003–2005 гг.) [118]; обследований ценностных ориентаций учащейся молодежи на образ жизни, социальные установки к здоровью, браку и семье (2004 г.), «Семейный образ жизни в сельской России» (2005–2006 гг.), «Семья с несколькими детьми» (2006–2007 гг.) [62]; опросов населения репродуктивного возраста в Новгородской области [6]. В анализ вошли анкетные опросы студенческой молодежи, осуществленные Т.А. Долбик-Воробей [42] в период с ноября 2001 по апрель 2002 года в ряде московских вузов, А.И. Кузьминым – на территории Свердловской области и Ханты-Мансийского автономного округа в 2003 г. [68, 137]; исследования Независимого института социальной политики в рамках панъевропейской программы «Поколение и гендер» в период с 2004 по 2007 г. («Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» – 2004, 2006 гг.)<sup>5</sup>.

Полных аналогов разработанного авторами инструментария нет, материалы указанных выше источников были проанализированы и частично использованы. Разработанные вопросники отвечают всем направлениям выполненного исследования. Обследования целевых групп (брачующихся пар и студентов) подготовлены и проведены на территории г. Вологды авторами.

Для оценки биологического потенциала рождаемости и степени его реализации был применен метод В.А. Борисова – расчет гипотетического минимума естественной рождаемости (далее сокращенно – ГМЕР) [20].

В отличие от зарубежных работ, в которых делают попытки определить максимум естественной рождаемости, в методе, разработанном В.А. Борисовым в 1971 г., определяется гипотетический минимум естественной рождаемости, т.е. такой уровень рождаемости, ниже которого она не может опуститься без влияния каких-либо обстоятельств негативного свойства (пониженная плодовитость значительной части населения страны, высокая доля супругов, живущих раздельно долгое время и т.п.).

---

<sup>4</sup> Агентство США по международному развитию. См.: Бодрова В.В. Репродуктивное здоровье российских женщин в конце XX столетия // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2001. – № 1 (51). – С. 55-59.

<sup>5</sup> URL: <http://www.socpol.ru/gender/RIDMIZ.shtml> (дата обращения: 05.10.2010).

На основе специально разработанной математической модели и данных о параметрах человеческой плодовитости В.А. Борисовым были определены минимальные коэффициенты брачной естественной рождаемости (табл. 6), которые затем использовались при расчетах конкретных показателей ГМЕР для любого реального населения и конкретного времени. Эти коэффициенты очерчивают границу, ниже которой уровень брачной рождаемости может опуститься под влиянием только четырех факторов:

- 1) недоучета числа родившихся;
- 2) высокой доли бесплодных браков;
- 3) высокой доли раздельно живущих супругов;
- 4) намеренного ограничения рождаемости в браке.

Уже одно это, т.е. сведение огромного количества факторов, воздействующих на рождаемость, всего к четырем, делает метод полезным.

Таблица 6. **Минимальные коэффициенты брачной естественной рождаемости, принятые в модели ГМЕР за стандарт, промилле (‰)**

	Возрастные группы (лет)					
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
Коэффициенты	400	377	349	279	155	31

Возрастная группа 15–19 лет в таблице отсутствует. В этой возрастной группе однолетние возрастные коэффициенты рождаемости увеличиваются очень резко по мере взросления женщин и вступления их в брак (в пределах данного возрастного интервала). Поэтому средняя величина показателя для пятилетнего возрастного интервала оказывается слишком неустойчивой, слишком зависимой от внутригрупповой структуры, непригодной для включения в модель.

То же самое относится и к возрастам старше 50 лет, в которых также случаются рождения, тем более в условиях естественной рождаемости. Поэтому В.А. Борисов объединяет всю рождаемость в крайних возрастных группах женщин в одном поправочном коэффициенте, который вводится к рассчитанному гипотетическому числу родившихся в условиях естественной рождаемости. Обобщив удельный вес детей, родившихся у женщин в возрастах моложе 15 лет и старше 50-ти в 35 странах мира, публикующих необходимую для данного расчета статистику, автор вывел усредненный поправочный индекс – 1,06.

Для расчета общего коэффициента ГМЕР достаточно располагать лишь данными о распределении замужних женщин по пятилетним возрастным группам. Такие данные имеются в итогах переписи населения любой страны. Более точный расчет можно сделать, если располагать возрастными коэффициентами брачной рождаемости, но такие показатели рассчитываются и публикуются пока в очень немногих странах. Для нашей страны приходится пользоваться данными переписей населения и, соответственно, расчет приурочивается к критическому моменту переписи.

Для расчета общего коэффициента ГМЕР достаточно перемножить численности замужних женщин по пятилетним возрастным группам и соответствующие минимальные возрастные коэффициенты естественной брачной рождаемости из таблицы 5 и к полученной гипотетической сумме родившихся у женщин в возрасте 20–49 лет добавить число родившихся у женщин моложе 15 и старше 50 лет. Это делается путем умножения гипотетического числа родившихся на поправочный индекс 1,06. В итоге общее гипотетическое число родившихся (для условий естественной рождаемости) остается лишь разделить на соответствующую ему среднюю численность населения и получить общий коэффициент ГМЕР.

Способ расчета можно представить в виде формулы, где все условные обозначения ясны из предыдущего текста:

$$n^{гмер} = \frac{1,06 \times \sum_{20}^{49} {}^m W_x \times F_x^0}{P}$$

Важным последствием репродуктивного поведения являются потери населения из-за нереализованных рождений, материнской и перинатальной смертности. Экономический ущерб в таком случае представляет собой недопроизводство валового продукта, который мог бы быть произведен этой группой населения в случае жизни.

Существует несколько методов экономического анализа. Это анализ минимизации затрат, методы «затраты – эффективность», «затраты – полезность», «затраты – выгода», «затраты – последствия» и стоимостной анализ [148, с. 31-38, 69-76]. Все они направлены на оценку социально-экономических затрат в связи с заболеваемостью и/или смертностью населения.

Для оценки потерь населения вследствие репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья наиболее подходит оценка косвенных затрат в стоимостном анализе [27, с. 125] или на основе расчета потерянных лет потенциальной жизни по методу «затраты – эффективность» [45, с. 96], однако с коррективами.

Расчет упущенной экономической выгоды вследствие репродуктивных потерь осуществлен по методике оценки потерь трудового потенциала И.П. Катковой [79, с. 77-78]. Она основана на идее потенциальной демографии, критерием потерь в которой является не число преждевременных смертей, а число потерянных лет жизни (потенциал жизнестойкости) или лет трудовой деятельности (потенциал трудоспособности), потерянных в данном году от всех смертей, которые произошли в предыдущие годы.

Использованный метод расчета потерь позволяет количественно оценить эти упущенные жизни и выразить их в человеко-годах трудовой деятельности, потерянных для общества лет в определенном году вследствие сложившихся уровней смертности (характеризующих риск смертности в годы, предшествующие рассматриваемому).

Упущенная экономическая выгода (величина недопроизведенного валового продукта, внутреннего или регионального) от указанных причин определяется как произведение количества несостоявшихся лет трудовой деятельности и показателя ВРП/ ВВП:

$$P_i = [MP \cdot T_g + УН \cdot T_g + МС \cdot T_o] \cdot ВРП ,$$

где  $P_i$  – экономические потери в  $i$  году (рубли);

$MP$  – количество мертворожденных (чел.);

$УН$  – количество умерших новорожденных в раннем неонатальном периоде (чел.);

$МС$  – материнская смертность (чел.);

$T_g$  – весь трудоспособный период (лет);

$T_o$  – оставшийся трудоспособный период ( $T_o = 55 - h$ ,  $h$  – количество прожитых лет);

$ВРП$  – валовой региональный продукт на душу населения в сопоставимых ценах (руб.).

С помощью индексного метода можно установить степень влияния на изменение уровня рождаемости за календарный период таких факторов, как:

- изменение половозрастной структуры населения за рассматриваемый период (за счет изменения доли женщин репродуктивного возраста);
- изменение возрастной структуры женщин в репродуктивном возрасте (за счет только изменений возрастной структуры женщин в репродуктивном возрасте при условии, что возрастные коэффициенты останутся неизменными);
- изменение возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. изменения поведенческого характера (за счет изменения специального коэффициента рождаемости без учета изменений возрастной структуры женщин 15–49 лет).

Это позволит оценить результативность государственного регулирования репродуктивного поведения.

Индекс изменения общего коэффициента рождаемости ( $n$ ) равен отношению его значения в конце периода к значению в начале:

$$J_n = n_1 \div n_0 . \quad (1)$$

Для установления связи между общими, возрастными коэффициентами рождаемости и возрастной структурой населения строится система индексов:

$$J_n = [dW_{cp1}^{15-49} \div dW_{cp0}^{15-49}] \times [\sum F_{x1} \times w_{x0}] \div [\sum F_{x0} \times w_0] \times [\sum F_{x1} \times w_{x1}] \div [\sum F_{x1} \times w_{x0}], \quad (2)$$

где  $n$  – общий коэффициент рождаемости;

$dW_{cp}^{15-49}$  – доля женщин в репродуктивном возрасте;

$F_x$  – возрастные коэффициенты рождаемости;

$w_x$  – доля женщин возрастной группы  $x$  в численности женщин 15–49 лет.

Индексом «0» отмечены значения на начало периода, индексом «1» – на конец исследуемого периода.

Иначе данное выражение можно представить в виде равенства индекса изменения общего коэффициента рождаемости за период времени от 0 до 1 произведению трех индексов, отражающих влияние структурного и поведенческого факторов на данное изменение:

$$J_n = JdW_{cp}^{15-49} \times J_{Fx} \times J_{wx} , \quad (3)$$

где  $JdW_{cp}^{15-49}$  – показывает изменение общего коэффициента за счет изменения только возрастной структуры женщин (индекс переменного состава);

$J_{Fx}$  – индекс постоянного состава показывает изменение общего коэффициента за счет изменения возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. собственно уровня рождаемости;

$J_{ix}$  – показывает изменение общего коэффициента за счет изменения доли женщин в возрасте  $x$  в численности женщин 15–49 лет.

В заключение отметим, что демографические процессы и тенденции репродуктивного поведения в Вологодской области аналогичны протекающим в ряде регионов России, что позволяет применять полученные в ходе исследования выводы при разработке региональной демографической политики.

Изучение репродуктивного поведения требует междисциплинарного подхода в силу специфики предмета, предполагающего применение разнообразных методов. Исследование репродуктивного поведения населения было осуществлено с применением общенаучных и специальных методов (статистических, социологических, картографических, графоаналитических, потенциальной демографии). Особенно широко использовались социологические, позволяющие наиболее полно и глубоко изучить явления и процессы поведенческой природы.

Таким образом, репродуктивное поведение населения, являясь условием рождаемости, требует поиска научно обоснованных механизмов управления демографическим развитием, обуславливая актуальность, научную и практическую значимость проведенного исследования.

## 2. ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ТЕРРИТОРИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

### 2.1. Демографическое развитие в контексте трансформации репродуктивного поведения

Снижение темпов роста населения мира (табл. 7) связано с сокращением уровня рождаемости, т.к. динамика смертности населения мира во второй половине XX – начале XXI в. характеризуется снижением ее общего коэффициента – с 19,5 до 8,6‰ [162]. При этом сохраняется региональная дифференциация: от 12,5‰ в Африканском регионе до 6‰ в Латинской Америке в 2010 г.

Таблица 7. Численность населения (млн. человек) и темпы роста, %

Мир, регион	Численность, млн. чел.							Темпы роста, %				
	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012	1970 / 1960	1980 / 1970	1990/ 1980	2000/ 1990	2010 / 2000
<b>Весь мир</b>	<b>3032</b>	<b>3699</b>	<b>4451</b>	<b>5295</b>	<b>6124</b>	<b>6987</b>	<b>7052</b>	<b>122,0</b>	<b>120,3</b>	<b>119,0</b>	<b>115,7</b>	<b>114,1</b>
Европа	605	657	693	721	729	738	740	108,6	105,5	104,0	101,1	101,2
Африка	282	364	480	637	821	1051	1070	129,1	131,9	132,7	128,9	128,0
Азия	1704	2139	2636	3181	3705	4216	4250	125,5	123,2	120,7	116,5	113,8
Латинская Америка	220	288	364	444	523	596	603	130,9	126,4	122	117,8	114,0
Северная Америка	204	232	256	284	316	346	351	113,7	110,3	110,9	111,3	109,5
Австралия и Океания	16	20	23	27	31	37	38	125	115	117,4	114,8	119,4
<i>Справочно: Россия</i>	<i>119</i>	<i>130</i>	<i>138</i>	<i>138</i>	<i>146</i>	<i>143</i>	<i>143</i>	<i>109,2</i>	<i>106,2</i>	<i>100</i>	<i>105,8</i>	<i>97,9</i>

Источники: Europe in figures – Eurostat yearbook 2009. – P. 130. – URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (дата обращения: 25.10.2010); Демографический ежегодник России. – 2001. – С. 19; 2011 World Population Data Sheet. The World at 7 billion. – Population Reference Bureau. – P. 6-9.

Значение коэффициента рождаемости в целом по миру сократилось с 37,2‰ в середине XX века до 19,0‰ в 2012 г. Наиболее существенное снижение рождаемости за этот период зафиксировано в Европейском (с 21,5 до 10,5‰), Азиатском (с 42,3 до 19‰) регионах и в Австралии (с 23,0 до 12,9‰).

Формирование численности населения Российской Федерации находится под двойным «прессом»: высокая смертность и низкая рождаемость, естественное движение (убыль) не восполняется механическим (табл. 8).

Таблица 8. Демографическая ситуация в России в сравнении с некоторыми странами мира в отношении первого типа воспроизводства населения

Страны «группы восьми»	Суммарный коэффициент рождаемости, ед.		Число родившихся		Число умерших		Естественный прирост / убыль населения		Миграционный прирост / убыль населения		Ожидаемая продолжительность жизни		Разность ОПЖ женщин и мужчин
			(на 1000 чел. населения)						лет				
Год	2000	2010	2000	2010*	2000	2010*	2000	2010	2000	2010	2000	2010*	2010*
Германия	1,4	1,4	9,3	8,1	10,2	10,4	-0,9	-2,2	2,0	2,0	77,9	79,8	5,2
Италия	1,3	1,4	9,5	9,5	9,8	9,8	-0,3	-0,4	3,1	6,0	79,4	81,4	5,2
Канада	1,5	1,7	10,7	11,2	7,1	7,4	3,6	3,8*	6,5	7,0	79,2	80,7	3,6
<b>Россия</b>	<b>1,2</b>	<b>1,6</b>	<b>8,7</b>	<b>12,5**</b>	<b>15,3</b>	<b>14,2**</b>	<b>-6,6</b>	<b>-1,7</b>	<b>2,5</b>	<b>1,0</b>	<b>65,3</b>	<b>68,6</b>	<b>11,9</b>
Великобритания	1,6	2,0	11,5	12,8	10,3	9,1	1,2	3,9	2,5	2,0	77,7	80,1	4,0
США	2,1	2,0	14,4	13,8	8,5	8,4	5,9	5,4*	4,6	3,0	76,6	78,1	4,9
Франция	1,9	2,0	13,1	12,8	9,1	8,5	4,0	2,0	1,2	1,0	79,0	81,1	6,7
Япония	1,4	1,4	9,4	8,5	7,6	9,1	1,8	-0,6*	0,3	0,0	81,1	82,9	6,8

\* 2009 г. \*\* 2010 г.  
 Источники: World Development Indicators / World Bank, 2006, 2011. – URL: <http://www.worldbank.org>; European Commission. Eurostat. – URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, 2011; World Population Data Sheet. The World at 7 billion. – Population Reference Bureau. – P. 6-9.

В результате в период с 2000 по 2014 г. население России сократилось на 3% (со 146 до 143 млн. человек, табл. 9). Снижение численности населения Северо-Западного федерального округа и Вологодской области было более значительным, чем в среднем по России, и составило 4 и 8% соответственно, несмотря на то, что Северо-Западный федеральный округ в 2012 г. являлся вторым по миграционной привлекательности округом страны после Центрального (коэффициент миграционного прироста – 62 и 58 на 10 000 чел. населения соответственно).

Уровень смертности в России в первой половине 1990-х годов был столь значительным, что ученые и политики стали говорить о массовом вымирании населения страны, демографической катастрофе и даже о геноциде русского народа [25, 48, 128]. Лишь со второй половины третьего тысячелетия зафиксировано снижение общего коэффициента смертности населения.

Таблица 9. Численность постоянного населения на 1 января, тыс. человек

Территориальное образование	Год							2014 к 2000, %
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	
Российская Федерация	146 890	143 801	142 834	142 865	143 056	143 347	143 667	97,8
Центральный федеральный округ	38 228	38 044	38 335	38 446	38 538	38 679	38 820	101,5
Северо-Западный федеральный округ	14 324	13 793	13 604	13 626	13 660	13 718	13 801	96,3
Республика Карелия	735	690	649	643	640	637	634	86,3
Республика Коми	1058	983	912	899	890	881	872	82,4
Архангельская область	1390	1299	1237	1225	1214	1202	1192	85,7
Вологодская область	1300	1246	1208	1201	1199	1196	1193	91,8
Калининградская область	959	942	939	942	947	955	963	100,5
Ленинградская область	1687	1681	1705	1719	1734	1751	1764	104,6
Мурманская область	941	857	800	794	788	780	771	81,9
Новгородская область	719	675	640	633	630	626	622	86,6
Псковская область	793	735	682	671	667	662	657	82,8
г. Санкт-Петербург	4742	4686	4833	4899	4953	5028	5132	108,2
Южный федеральный округ	н.д.	13 871	13 854	13 851	13 884	13 910	13 964	100,7
Северо-Кавказский федеральный округ	н.д.	8995	9353	9439	9493	9541	9590	106,6
Приволжский федеральный округ	31 703	30 679	29 993	29 880	29 811	29 772	29 739	93,8
Уральский федеральный округ	12 515	12 205	12 088	12 087	12 143	12 198	12 234	97,8
Сибирский федеральный округ	20 464	19 677	19 287	19 252	19 261	19 278	19 293	94,3
Дальневосточный федеральный округ	6913	6538	6320	6285	6266	6251	6227	90,1

Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система. – URL: <http://www.fedstat.ru/>

С 2000 г. в стране наметилась тенденция увеличения общего коэффициента рождаемости (рис. 5).

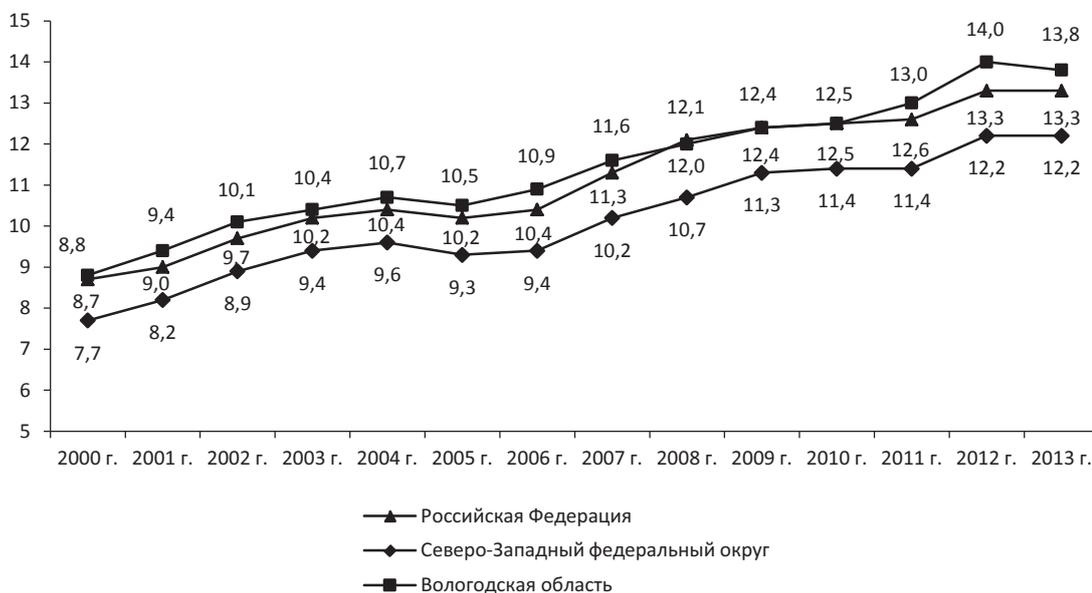


Рисунок 5. **Общий коэффициент рождаемости (на 1000 чел. населения)**

Источники: Регионы России, 2008, 2013: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru); Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат, 2009, 2013.

Но этот результат в значительной степени обусловлен эффектом «популяционных волн» – вступило в репродуктивный возраст относительно многочисленное поколение 1980-х годов рождения.

Уровень рождаемости населения в Вологодской области соответствует среднероссийскому. В период с 2000 до 2010 г. общий коэффициент рождаемости увеличился с 8,7 до 12,5‰ (см. рис. 5). В среднем с начала столетия в Вологодской области значение общего коэффициента рождаемости не опускалось ниже 9,7‰ (в Белозерском районе); максимальное значение – 12,5‰ – зафиксировано в Верховажском районе (рис. 6). Большинство (15 из 28) муниципальных образований области за рассмотренный период сохраняло среднее многолетнее значение показателя выше среднеобластного уровня.



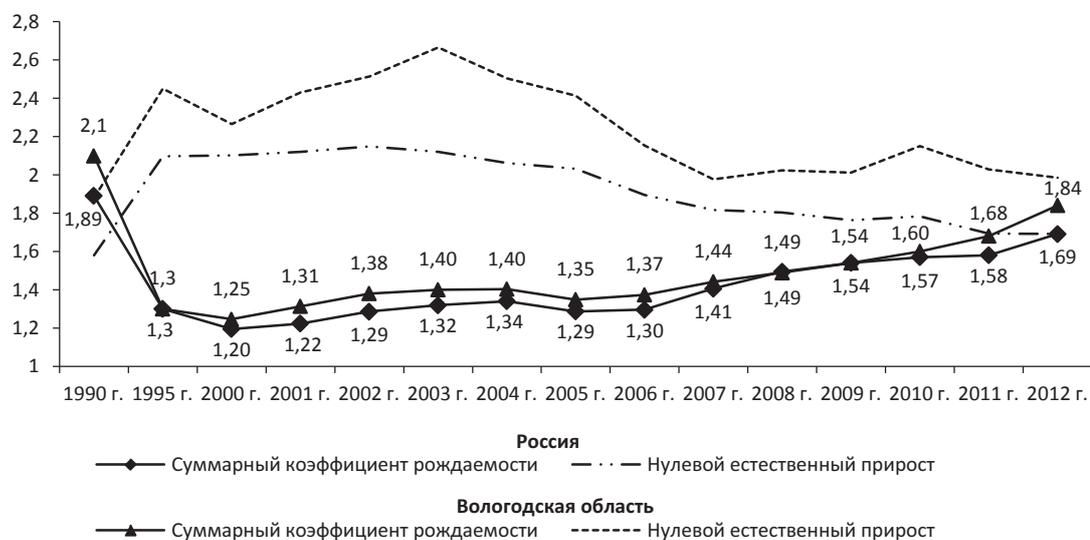


Рисунок 7. Суммарный коэффициент рождаемости

Источник: ЦБСД / Федеральная служба государственной статистики. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru); расчеты авторов.

В 2012 г. Вологодская область занимала второе место среди регионов Северо-Западного федерального округа по данному показателю (после Республики Коми, где суммарный коэффициент рождаемости достиг значения 1,88). При этом сохраняется территориальная дифференциация суммарного коэффициента рождаемости: население сельских территорий демонстрирует и более высокие значения, и более значительный его прирост в 2012 г. к 2000 г. (приложение 5). Этот факт свидетельствует о влиянии образа/уклада жизни на репродуктивное поведение населения.

Одной из важных причин снижения уровня рождаемости в ретроспективе стала трансформация репродуктивного поведения населения, вызванного особенностями социально-экономической жизни общества, в частности привлечением женщин к участию в производстве, повышением их экономической активности в целом.

Еще в начале 1990-х гг. европейские исследователи отмечали увеличение стремления женщин к самореализации в профессии, повлекшей удлинение периода обучения, увеличение возраста вступления в брак и откладывание рождений, что в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок оставался единственным [165, с. 37, 133]. Это подкреплялось ухудшением здоровья матерей и населения в целом [115, с. 72-77].

В конце 1970-х гг. «самым здоровым» считался возраст 25 лет, к концу восьмидесятых он снизился до 16 лет, а в конце девяностых человек оставался с тем потенциалом здоровья, который он получил при рождении и который, с этого момента, «шел вниз» [104, 105].

Современная Россия также демонстрирует аналогичные процессы (рис. 8). «Пик» рождаемости в 1992 г. приходился на женщин в возрасте 20–24 лет, в 2012 г. он фиксируется в группе 25–29-летних женщин. Кроме того, параллельно произошло снижение числа рождений в группе моложе 20 лет (с 74 в 1992 г. до 27 на 1000 женщин соответствующего возраста в 2012 г.) и увеличение числа рождений в старших возрастных группах (30–34 лет, 35–39 и 40–44 лет). По сравнению с 2000 г. в 2012 г. наблюдается повышение интенсивности рождений в возрастных группах от 25 и старше.

Изменение возрастной модели рождаемости наблюдалось как в регионах Северо-Западного федерального округа, так и в других федеральных округах страны (приложение 6).

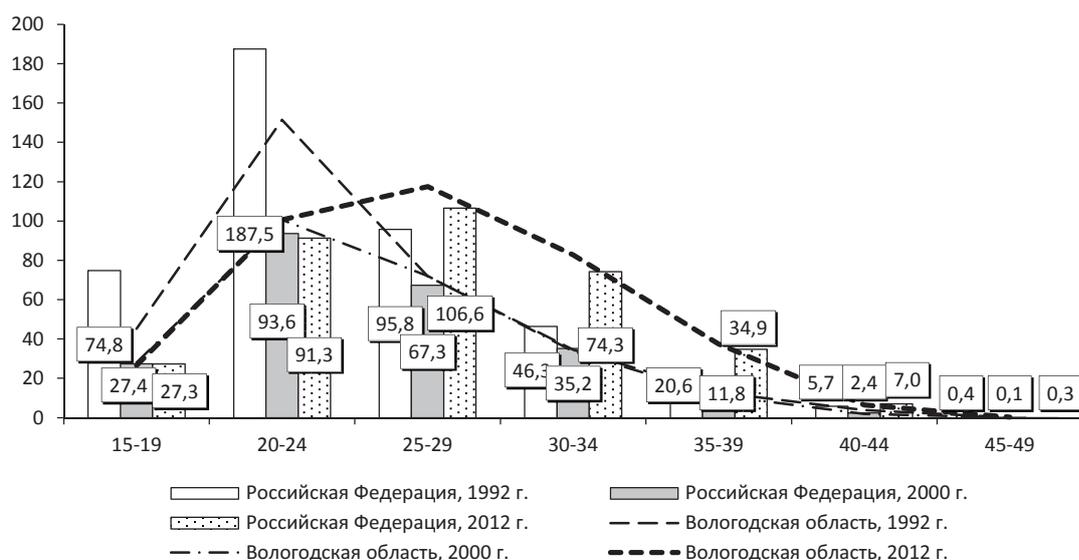


Рисунок 8. **Возрастные коэффициенты рождаемости**, число родившихся за год на 1000 женщин в возрасте, лет

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

Следует учитывать и состояние половозрастной структуры населения, которая, наряду с репродуктивным поведением, определяет уровень рождаемости.

Распределение населения России по основным возрастным группам свидетельствует об очень высоком уровне демографической старости населения (в соответствии со шкалой Ж. Божё-Гарнье-Э. Россета) и имеет тенденцию увеличения доли лиц в возрасте 60 лет и старше (рис. 9).

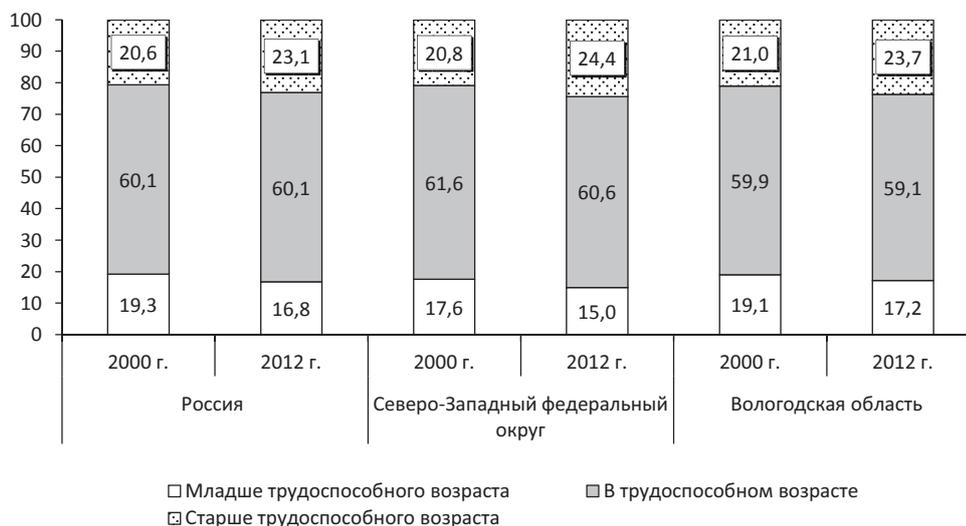


Рисунок 9. **Изменение возрастной структуры населения, %**

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

Причем старение идет «снизу» – за счет снижения рождаемости, а не за счет увеличения продолжительности жизни (как, например, в Японии). Т.е. замещение трудоспособной части населения не обеспечено, в случае сохранения тенденций репродуктивного поведения населения демографическая нагрузка будет расти без перспектив снижения.

В период с 2000 по 2012 г. общая демографическая нагрузка практически не изменилась, нагрузка детьми снизилась на 18%, пенсионерами – увеличилась на 13%. Направленность изменения показателя демографической нагрузки населением в возрасте старше трудоспособного в сторону снижения зафиксирована в 3 регионах страны, в пределах Северо-Кавказского федерального округа (приложение 7). В остальных регионах в 2012 г. по сравнению с 2000 г. данный показатель увеличился. Демографическая нагрузка лицами в возрасте младше трудоспособного снизилась во всех регионах, кроме Республики Алтай [40]. Хотя уровень демографической нагрузки в России незначительно превышает таковой в странах Европейского союза [29], проблема состоит в том, что эконо-

мическая активность лиц в возрасте старше трудоспособного ниже [39], состояние здоровья хуже и требует значительных социальных трансфертов.

Особенности демографической структуры населения, сдвиг коэффициентов рождаемости на старший возраст наряду с ухудшением репродуктивного здоровья женщин являются факторами риска снижения не только количественных, но и качественных параметров воспроизводства населения [145, с. 46-55].

Рассмотрим прогнозные оценки демографических процессов с целью выявления структурных резервов увеличения рождаемости населения. По последним оценкам Росстата, численность населения России составит в среднем к 2030 г. 139 041,8 тысячи человек, что по сравнению с численностью 2009 г. ниже на 2% (табл. 10).

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в 2020 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 4,1 млн. человек, или на 10,7% [76]. Причем все это сокращение придется на самый активный период: женщин в возрасте 20–29 лет будет меньше на 4,6 млн. человек, или на 38%. После 2010 г. в активный репродуктивный возраст (20–29 лет) начнут входить малочисленные контингенты родившихся в 1990-е годы. Доля 20–29-летних женщин в общей численности населения сократится с 8,6% в 2009 году до 7,2% к началу 2015 г., до 5,2% – к началу 2020 г., до 4,8% – к началу 2025 г.

Таблица 10. **Изменение численности населения России по вариантам прогноза,**  
тысяч человек

Год	Низкий вариант прогноза	Средний вариант прогноза	Высокий вариант прогноза
2015	139639,9	142168,6	143848,9
2020	136231,9	141770,7	145623,2
2025	131778,0	140643,3	146862,0
2030	126916,9	139041,8	147772,3

Источник: Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 г.: стат. бюллетень / Росстат. – М., 2010. – URL: <http://www.gks.ru>

Наиболее значительное сокращение этого показателя будет происходить в период с 2012 по 2021 г. Для прекращения естественной убыли населения (при сохранении нынешнего уровня смертности) потребуются высокие показатели рождаемости: 2015 г. – 2,14, 2020 г. – 2,55, 2025 г. – 2,91 [85].

Прогноз численности и состава населения Вологодской области на среднесрочную перспективу [141] (до 2020 г.) позволил оценить последствия сложившейся демографической обстановки и наиболее вероятные траектории ее изменения. При построении модели авторами был сделан ряд предположений о динамике демографических процессов. В первую очередь учитывались возможные изменения основных демографических компонент – рождаемости, смертности и миграции. Брачность и разводимость населения, а также социально-экономические факторы (например, доходы населения, уровень образования, жилищная обеспеченность и др.) в явном виде не рассматривались. Можно считать, что их влияние отражено в количестве рождений и смертей населения области.

Расчеты выполнены в четырех гипотетических вариантах демографического развития методом передвижки возрастов. Согласно каждому из данных вариантов развития демографической ситуации, численность населения области к 2020 г. уменьшится относительно показателя 2007 г. (рис. 10).

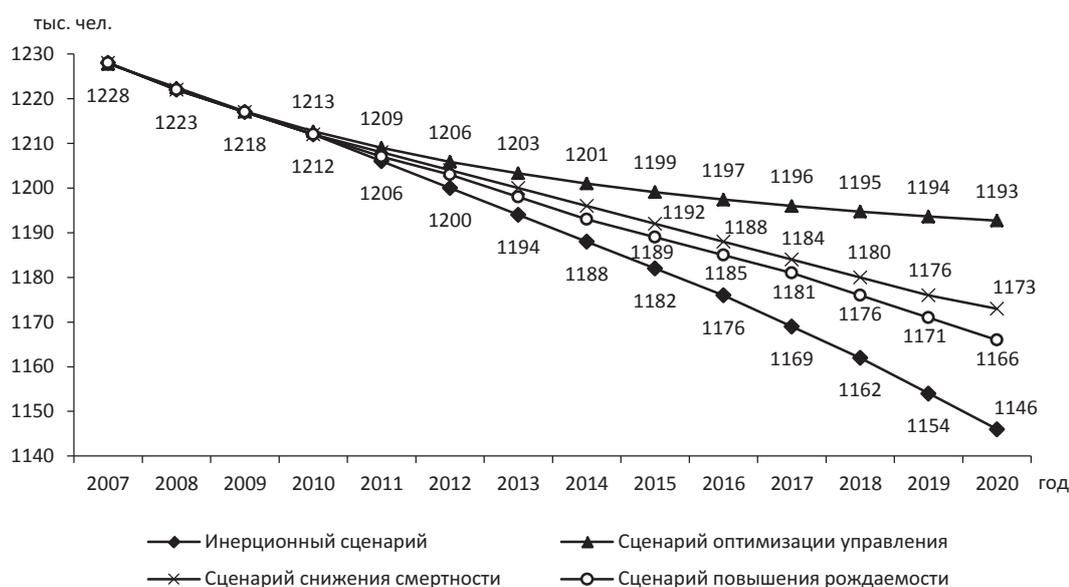


Рисунок 10. Прогноз численности населения Вологодской области по четырем различным сценариям, тыс. человек [141]

«Нижней» оценкой в данном прогнозе является значение 1146 тыс. чел. к 2020 г. (по инерционному сценарию развития событий), а «верхней» – 1193 тыс. чел. (сценарий оптимизации управления). В границах этого интервала лежат прогнозные значения численности населения,

полученные по сценарию снижения смертности и сценарию увеличения рождаемости. Это подтверждает преимущественную роль комплексных мер по улучшению ситуации перед однонаправленными.

Сопоставление различных сценариев (см. рис. 10, табл. 11) показывает, что, даже при наличии поддержки со стороны государства, значимое отклонение в лучшую сторону возможно лишь через несколько лет подобной практики (на графике расхождение прогнозных значений сценариев начинается с 2010 г.).

Таблица 11. **Вариативный демографический прогноз для Вологодской области** [141]

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

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

В 2010–2020 гг. ожидается дальнейший рост диспропорции полов, согласно которому к началу 2020 г. в Вологодской области на 100 женщин будет приходиться 82 мужчины (в 2007 г. – 85). Количество женщин репродуктивного возраста в области будет сокращаться с каждым годом – в среднем на 17% за весь период прогнозирования.

Вариативный демографический прогноз изменения численности населения Вологодской области до 2020 г., как и России в целом, свидетельствует о сохранении депопуляции даже при планируемом увеличении рождаемости. Уменьшение числа женщин репродуктивного возраста

в будущем ставит задачу увеличения детности семей, актуализируя исследования особенностей репродуктивного поведения населения.

Таким образом, демографическая ситуация в России и Вологодской области в настоящем и в прогнозируемом будущем такова, что уровень рождаемости может быть повышен лишь за счет корректировки репродуктивного поведения в сторону повышения детности.

## 2.2. Тенденции репродуктивного поведения населения

По данным проведенного в Вологодской области исследования около половины семей бездетны, примерно четверть имеют одного ребенка и 20% – двух детей, трех и более детей имеют около 5% семей. В 2006 г. на момент опроса среднее число детей в семье было 1,66, в 2007 г. – 1,0, в 2008 г. – 0,83, 2009 г. – 1,63, в 2011 г. – 1,13, в 2014 г. – 0,99 [58, 60].

Хотя в реальной жизни ожидаемое (планируемое) число детей не всегда совпадает с фактическим, тем не менее рождаемость в значительной степени (до 50% [67, 102]) определяется репродуктивными планами семьи и личности, которые являются, по мнению многих ученых, довольно устойчивыми на протяжении репродуктивного периода жизни [17, с. 11; 90, с. 26-35; 131]. Репродуктивные установки жителей области соответствуют малодетности (табл. 12).

Таблица 12. **Желаемое и планируемое число детей у жителей Вологодской области**

Год	Территория					
	г. Вологда и г. Череповец		Районы		Область	
	Желаемое	Ожидаемое	Желаемое	Ожидаемое	Желаемое	Ожидаемое
2005	2,13	1,77	2,22	1,78	2,20	1,77
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
2014	2,05	1,84	1,97	1,77	2,02	1,81

Источник. Здесь и далее, если не указано иное: Данные опроса изучения репродуктивного потенциала населения Вологодской области.

Среднее желаемое число детей в семье в 2014 г. составляло 2,02 ребенка. Однако оно не реализуется полностью: ожидаемое число детей в регионе в 2014 году составило 1,81, а суммарный коэффициент рождаемости еще меньше – 1,84 (в 2012 г.). То есть появление планируемого числа детей детерминируется рядом условий. Жители районов традиционно имели более высокие значения предпочитаемой детности, чем жители крупных городов, однако в 2014 г. впервые зафиксировано обратное.

Это может быть связано со стремлением сельских жителей приблизить уровень и образ жизни к городскому. После повышения желаемого числа детей, зафиксированного в 2011 г., в 2014 г. наметилось его снижение, и оно по-прежнему ниже, чем в 2005 г., до введения новых мер демографической политики (родовой сертификат, семейный капитал). Это свидетельствует о закреплении тенденции снижения потребности в детях.

Гендерный аспект предпочтений в области детности характеризуется сохранением тенденций, выявленных ранее. Рост предпочитаемых чисел детей был более заметным у женщин, чем у мужчин (табл. 13).

Таблица 13. **Желаемое и планируемое число детей, гендерный разрез**

Пол	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	2005	2008	2011	2014	2005	2008	2011	2014
Мужчины	2,16	2,00	2,04	2,02	1,77	1,88	1,83	1,83
Женщины	2,14	2,01	2,10	2,02	1,70	1,83	1,87	1,80
<i>В среднем</i>	<i>2,15</i>	<i>2,01</i>	<i>2,08</i>	<i>2,02</i>	<i>1,73</i>	<i>1,86</i>	<i>1,86</i>	<i>1,81</i>

Результаты, полученные в ходе выборочного обследования «Семья и рождаемость»<sup>7</sup>, показывают более низкие репродуктивные намерения женщин по сравнению с мужчинами. Желаемое число детей у женщин составило 2,28, у мужчин – 2,30; планируемое число детей одинаково – 1,92. По сравнению с замером 2009 г. желаемое число детей у мужчин несколько снизилось (2,38 в 2009 г.), у женщин увеличилось ожидаемое число детей (1,72 в 2009 г.)<sup>8</sup>. В Вологодской области аналогичная ситуация была зафиксирована в 2005, 2008, 2014 гг., только в 2011 г. женщины продемонстрировали более высокие значения желаемой и планируемой детности по сравнению с мужчинами (см. табл. 13).

Городские мужчины демонстрируют более высокие значения желаемого числа детей, чем сельские, но планируемые числа детей практически одинаковы (табл. 14). В 2014 г. в сельской местности впервые за период исследования репродуктивные установки женщин ниже, чем у мужчин.

<sup>7</sup> Обследование проведено в 30 субъектах Российской Федерации в 2012 г. Объем выборки составил 10 054 респондента. См.: Аналитический отчет по итогам выборочного наблюдения репродуктивных планов населения в 2012 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2012/demo/orp.doc](http://www.gks.ru/free_doc/2012/demo/orp.doc)

<sup>8</sup> Обследование проведено в 30 субъектах Российской Федерации в 2009 г. Объем выборки составил 2000 респондентов. См.: Дети в России. 2009: стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: Статистика России, 2009. – С. 20.

Таблица 14. **Гендерные различия репродуктивных установок сельских и городских жителей Вологодской области**

Среднее число детей	Город								Село							
	Мужчины				Женщины				Мужчины				Женщины			
	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
Желаемое	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0	2,3	1,9	1,9	2,0	2,2	2,1	2,1	2,0
Планируемое	1,8	1,9	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	1,8	1,6	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9	1,9	1,7

При сопоставлении предпочитаемых чисел детей у молодых людей до 18 лет («детей») и возрастной категории 30–39 лет и старше («родителей») обнаруживается существенное различие. По данным обследования населения Новгородской области [6, с. 53, 51] значения желаемого числа составляли у «матерей» 2,55, у «дочерей» 1,91; у «отцов» 2,59, у «сыновей» 1,99; планируемого – соответственно 1,94 и 1,53, 2,09 и 1,75. Поколение «детей» «желало» и «собиралось иметь» на 0,62 и 0,38 «ребенка» меньше, чем поколение «родителей». Еще большее снижение репродуктивных ориентаций юношества в сравнении с родительскими установками было выявлено при собственно посемейном анализе, проведенном под руководством проф. А.И. Антонова. Идеальное число детей у матерей равнялось в среднем 2,77, у их дочерей – 1,92 (-0,58); у отцов и сыновей – 2,44 и 2,09 (-0,35); желаемое число у матерей и дочерей – 2,64 и 2,05 (-0,59); у отцов и сыновей – 2,47 и 2,04 (-0,43); планируемое число детей у матерей и дочерей – 2,32 и 1,77 (-0,55), отцов и сыновей – 2,28 и 1,85 (-0,43) [3, с. 64].

Аналогичная тенденция была выявлена авторами и для населения Вологодской области: желаемое число детей у матерей и дочерей в 2008 г. составило 1,88 и 1,87, планируемое – 1,82 и 1,75 соответственно. У «отцов» и «сыновей» желаемое – 2,09 и 1,9, планируемое – 1,91 и 1,8 (табл. 15).

Кроме того, динамика показателей говорит о происшедшем за период исследования сближении межпоколенных установок относительно желаемой детности у женщин. Это значит, что малодетность закрепляется в сознании женщин как норма, ослабляется потребность в детях, вернее, в их числе, большем, чем предписывают «стандарты», признанные оптимальными, социально одобряемые.

Рост планируемого числа детей косвенно свидетельствует об улучшении самооценок условий для деторождения, однако только в пределах желаемой детности. При этом превышение у «детей» планируемой

Таблица 15. **Желаемое и планируемое число детей в различных возрастных группах**

Год	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	<i>В среднем</i>	Младше 18	30 и старше	Разность	<i>В среднем</i>	Младше 18	30 и старше	Разность
Мужчины								
2005	2,15	2,06	2,28	-0,22	1,77	1,82	1,77	0,06
2007	1,91	1,93	1,88	0,04	1,75	1,82	1,67	0,15
2008	2,00	1,90	2,09	-0,19	1,88	1,80	1,91	-0,11
2011	2,04	1,89	2,07	-0,18	1,83	1,91	1,77	0,14
2014	2,02	1,83	2,00	-0,17	1,83	1,70	1,78	0,08
Женщины								
2005	2,13	1,96	2,26	-0,30	1,70	1,64	1,70	-0,07
2007	1,94	1,86	1,97	-0,11	1,79	1,73	1,76	-0,03
2008	2,01	1,87	1,88	-0,01	1,84	1,75	1,82	-0,07
2011	2,10	2,00	2,18	-0,18	1,87	1,98	1,87	0,11
2014	2,02	2,08	2,02	0,06	1,80	2,09	1,69	0,40

детности по сравнению с «родителями» в отдельные годы исследования подтверждает лишь то, что они относительно более высоко оценивают меры, принимаемые государством для реализации желаемых рождений, что, отчасти, может объясняться неопытностью и оптимизмом, присущими молодежи.

Репродуктивные установки мужчин, даже в аспекте желаемой детности, более сильно зависят от внешних условий. Это показывает положительная разность их значений у «сыновей» и «отцов» в 2007 г., когда были введены «новые» меры демографической политики. Причем изменить свое мнение о будущей детности под влиянием супруга готовы 34% населения: среди женщин – 31%, среди мужчин – 36% (в 2011 г.). Полное совпадение желаемого и планируемого чисел детей продемонстрировали в 2005 г. 56% населения региона, в 2008 г. – 69%, в 2011 г. – 68%, в 2014 г. 66% (табл. 16).

Таблица 16. **Таблица сопряженности планируемого и желаемого чисел детей,**  
в % от числа опрошенных (100% в строке)

Желаемое число детей	Планируемое число детей						
	Ни одного	1 ребенок	2 детей	3 детей	4 детей	Затрудняюсь ответить	%
Ни одного	73,8	14,3	4,8	0,0	0,0	7,1	100
1 ребенок	9,7	79,2	2,9	0,0	0,0	8,2	100
2 детей	3,4	7,1	80,1	0,5	0,0	8,9	100
3 детей	4,6	3,4	19,0	64,6	1,3	7,2	100
4 детей	3,2	3,2	16,1	16,1	58,1	3,2	100
Затрудняюсь ответить	8,7	7,7	7,2	4,1	1,0	71,3	100

Несоответствие планируемого и желаемого чисел детей чаще наблюдается в сторону сокращения репродуктивных ожиданий. Почти 9% жителей региона планируют меньшую детность, чем хотели бы, обратное соотношение отмечается лишь у 1% населения. Наличие детей, соотнесенное с репродуктивными планами, отражает степень реализации последних: 2% бездетных граждан полагают остаться бездетными; почти 66% однодетных семей еще не удовлетворили потребность в детях. Лишь 12% двухдетных семей ориентированы на среднететность, а среди трехдетных 7% хотели бы еще иметь детей (рис. 11). Следовательно, существует определенный резерв рождений, не реализованных под влиянием ряда внешних и внутренних факторов.

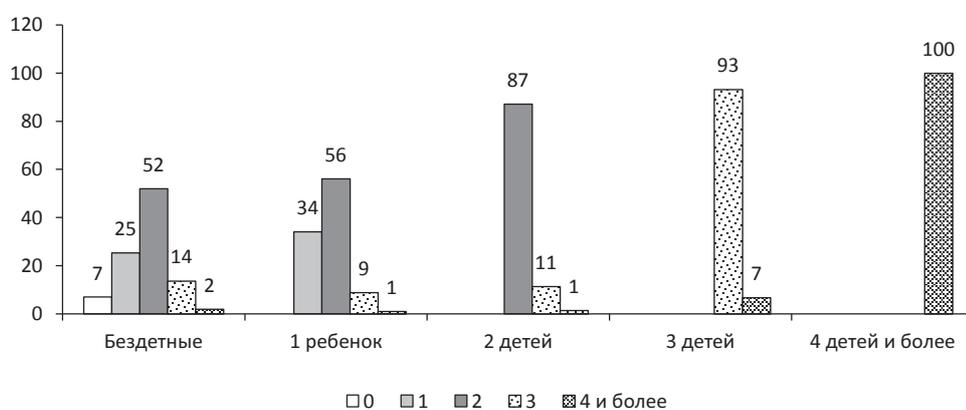


Рисунок 11. **Репродуктивные планы населения с различным показателем детности,** в % от числа опрошенных в каждой группе, 2014 г.

Репродуктивная мотивация соответствует историческим типам и типам детности. Граждане, которые хотели бы иметь трех и более детей, чаще всего объясняют свое желание любовью к детям, для трети представителей этой группы высокие репродуктивные планы – семейная традиция (рис. 12).

Экономическая составляющая мотивации репродуктивных установок на многодетность отразилась в оценке роли детей. Дети в семьях, ориентированных на многодетность, чаще воспринимаются как помощь в ведении хозяйства (26% против 14% в малодетных семьях) и помощь в старости (46% против 32%, рис. 13).

Малодетные репродуктивные планы жители области объясняют материальными причинами (рис. 14).

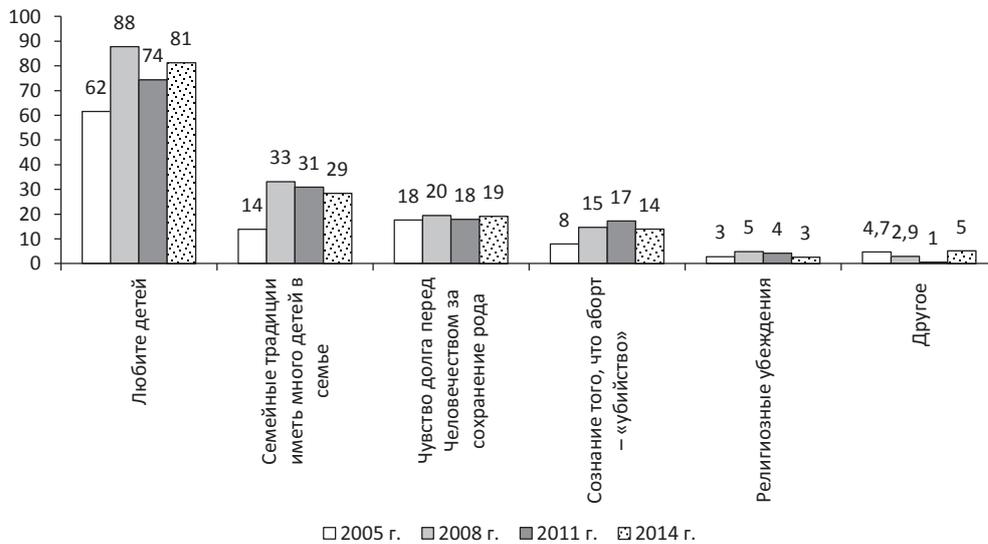


Рисунок 12. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины этого?» (в % от числа опрошенных, ориентированных на многодетность\*)

\* Используется в формулировке Проекта ФЗ № 98035393-2 «О государственной поддержке многодетных семей», согласно которой многодетной считается семья, имеющая трех и более детей.

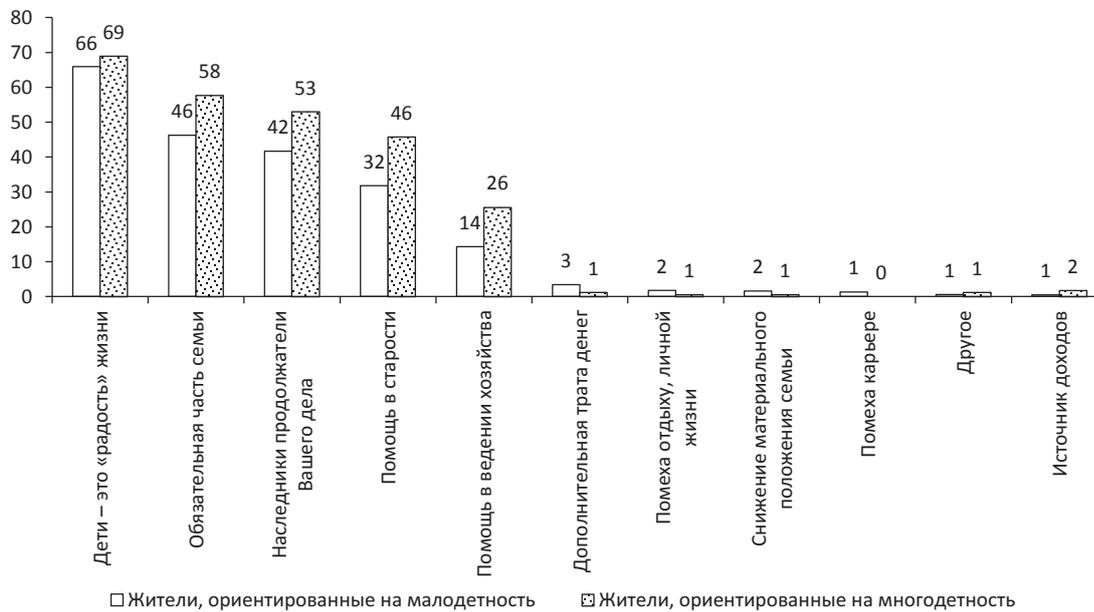


Рисунок 13. Распределение ответов на вопрос: «Для вас дети – это...» (в % от числа опрошенных с разными репродуктивными планами, 2011 г.)

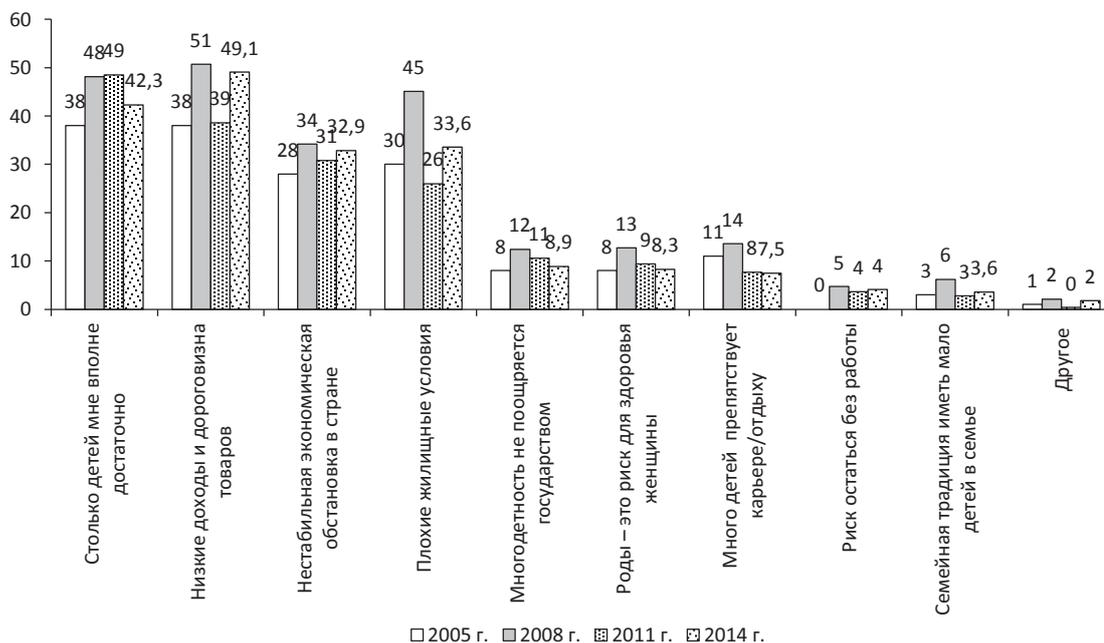


Рисунок 14. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше» (в % от числа опрошенных, ориентированных на малодетность)

Вместе с тем значительное распространение традиции иметь мало детей в семье и представлений о «достаточности» небольшого количества детей отражает существенный вклад социальной и психологической составляющей в репродуктивную мотивацию сегодняшней малодетности. Вероятнее всего, потребность в детях конкурирует с другими потребностями семьи (самих родителей и имеющих/планируемых детей), возможность удовлетворения которых будет тем выше, чем меньше число детей.

В 2010 г. в связке с вопросом о желаемом числе детей студентам был предложен полуоткрытый вопрос: «Почему Вы хотите иметь именно столько детей?» При анализе ответов открытого типа методом контент-анализа было выявлено, что экономические мотивы деторождения «называли» молодые люди с наименьшими значениями предпочитаемых чисел детей, наибольшие идеальное, желаемое и планируемые числа детей – в группе определивших социальные мотивы деторождения (табл. 17).

Таблица 17. **Средние значения предпочитаемых чисел детей в зависимости от мотивов деторождения\***, человек

Группы мотивов	Доля ответов*, %	Идеальное	Желаемое	Планируемое
Экономические	9	1,92	1,85	1,77
Социальные	24	2,50	2,79	2,29
Психологические	67	2,26	2,34	2,04
<i>В среднем</i>	<i>100</i>	<i>2,27</i>	<i>2,37</i>	<i>2,06</i>

\* Расчет только по ответам открытой части вопроса, в пересчете на 100%.  
 Источник: данные опроса студенческой молодежи, 2010 г., n = 494.

Таким образом, для собственно репродуктивного поведения населения характерны: малодетность, возрастная (межпоколенная), территориальная и гендерная дифференциация репродуктивных установок, их снижение и сближение, особенно у женщин. В структуре репродуктивной мотивации ведущее положение занимают психологические мотивы деторождения, далее следуют социальные и экономические.

**Абортивное поведение населения.** За первые одиннадцать лет третьего тысячелетия Россия потеряла 18361,4 тыс. возможных жизней в результате абортивного выбора, что составляет 110% общей численности рожденных за этот период детей. В 2000 г. на 100 родов приходилось 169 абортов, в 2012 г. – 56; на 1000 женщин репродуктивного возраста – 54 и 34 аборта, в 2000 и 2009 гг. соответственно (см. рис. 15, 16). По экспертной оценке, при такой интенсивности производства абортов в России одна женщина к концу репродуктивного периода будет иметь в среднем 1,8–2,5 аборта [113]. Подобный уровень прерываний беременности не зафиксирован ни в одной стране мира [43]. При этом внутри-страновые различия показателей абортивного поведения весьма значительны: от 14 абортов на 100 родов в Республике Чечня (Южный федеральный округ) до 134 в Магаданской области (Дальневосточный федеральный округ). Наиболее приближены к среднероссийским показатели абортивного поведения населения Северо-Западного, Приволжского и Центрального федеральных округов.

Несмотря на значительное снижение после 2005 г., уровень абортов в Вологодской области превышает аналогичный показатель Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа в среднем и всех его регионов (рис. 15; приложение 8).



Рисунок 15. Число аборт на 100 родов

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

При рассмотрении динамики числа аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста также наблюдается снижение (приложение 8). В соответствии с классификацией ООН<sup>9</sup>, всего в одном муниципальном образовании страны уровень частоты аборт на 1000 женщин фертильного возраста определяется как очень низкий, в 5 – низкий, в 60 – средний и в 14 – высокий. Вологодская область до 2009 г. включительно относилась к последней группе, в 2010 г. благодаря тенденции снижения данного показателя абортивного поведения, переместилась в группу со средним уровнем аборт на 100 родов (прил. 8; рис. 16).

Территориальный анализ абортивного поведения позволил выделить группы районов, различные по уровню числа аборт на 100 родов (рис. 17).

Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Вашкинском районе, где вопрос стоит крайне остро: за рассмотренный период на 100 родов приходилось более 500 аборт на 100 родов (475 в 2010 г.). По данным социологического исследования, с возрастом увеличивается и доля женщин с аборт на 100 родов в анамнезе, и кратность абортивного вмешательства (см. табл. 18, 19). В среднем треть женщин Вологодской области прибегали к искусственному прерыванию беременности.

<sup>9</sup> Уровни частоты аборт на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10–19, средний – 20–49, высокий – 50 и более.

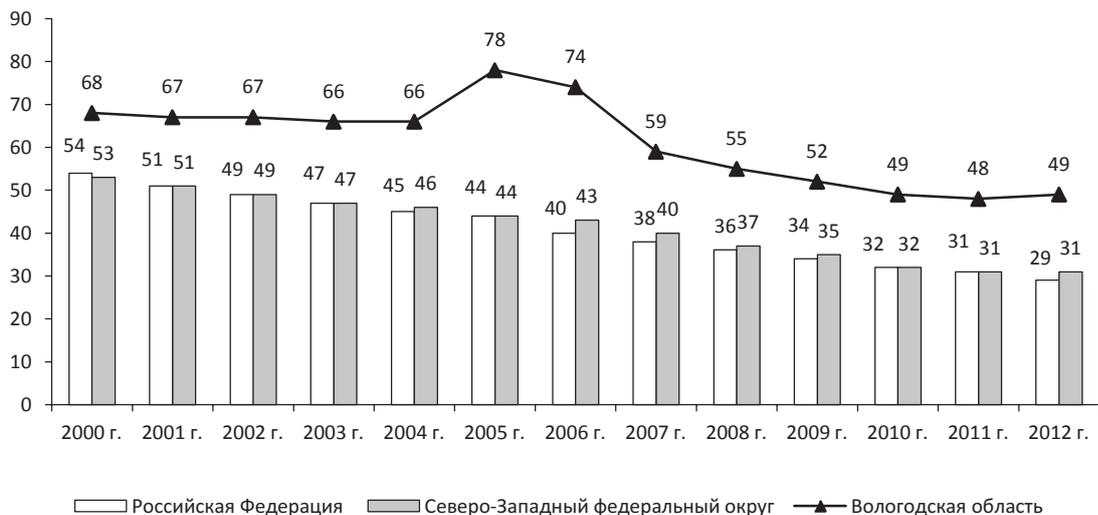


Рисунок 16. Число абортoв на 1000 женщин репродуктивного возраста (15–49 лет)

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

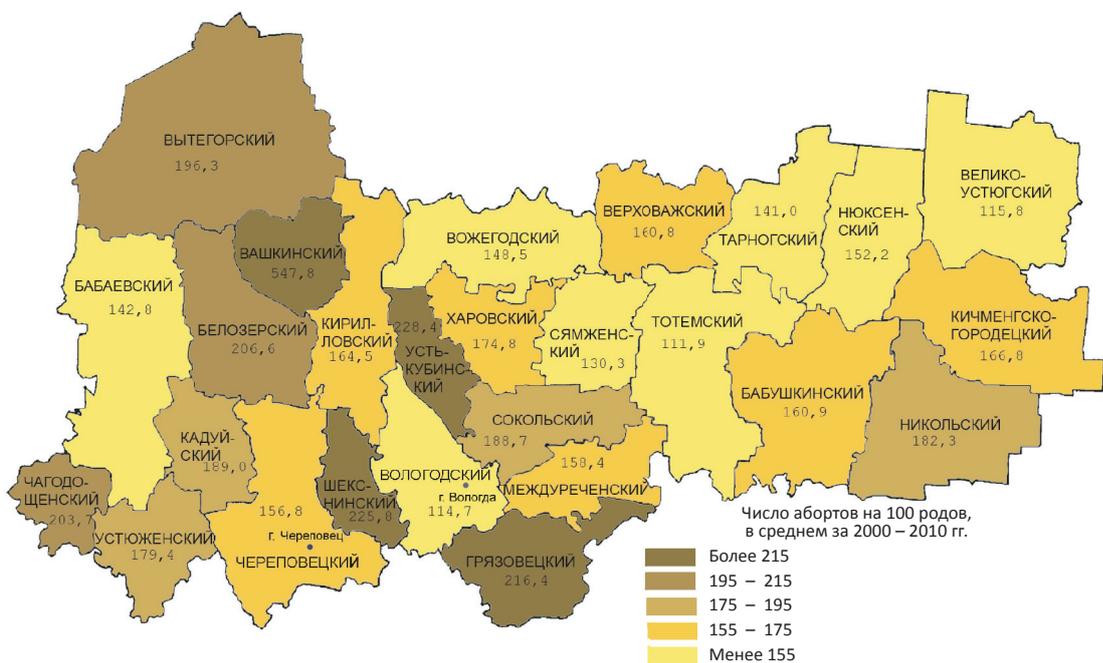


Рисунок 17. Число абортoв на 100 родов (в среднем за 2000–2010 гг.)

Таблица 18. Доля женщин, утвердительно ответивших на вопрос: «Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?», %

Возрастная группа, лет	2007 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
От 15 до 25	9,2	4,4	1,5	6,1
От 25 до 30	13,0	6,3	8,4	18,3
От 30 до 35	22,3	32,9	31,6	28,4
Старше 35	55,5	56,3	58,5	50,6
<i>В среднем</i>	<i>31,7</i>	<i>32,3</i>	<i>20,1</i>	<i>32,0</i>

После снижения в 2011 г. доли женщин, прибегавших к искусственному прерыванию беременности, двукратного сокращения доли девушек в возрасте до 30 лет, прервавших беременность абортom, в 2014 г. зафиксирована негативная динамика данных показателей. По-прежнему увеличение доли делавших аборт наблюдается в группах женщин старше 30 лет. Это обусловлено кумулятивным эффектом (с возрастом

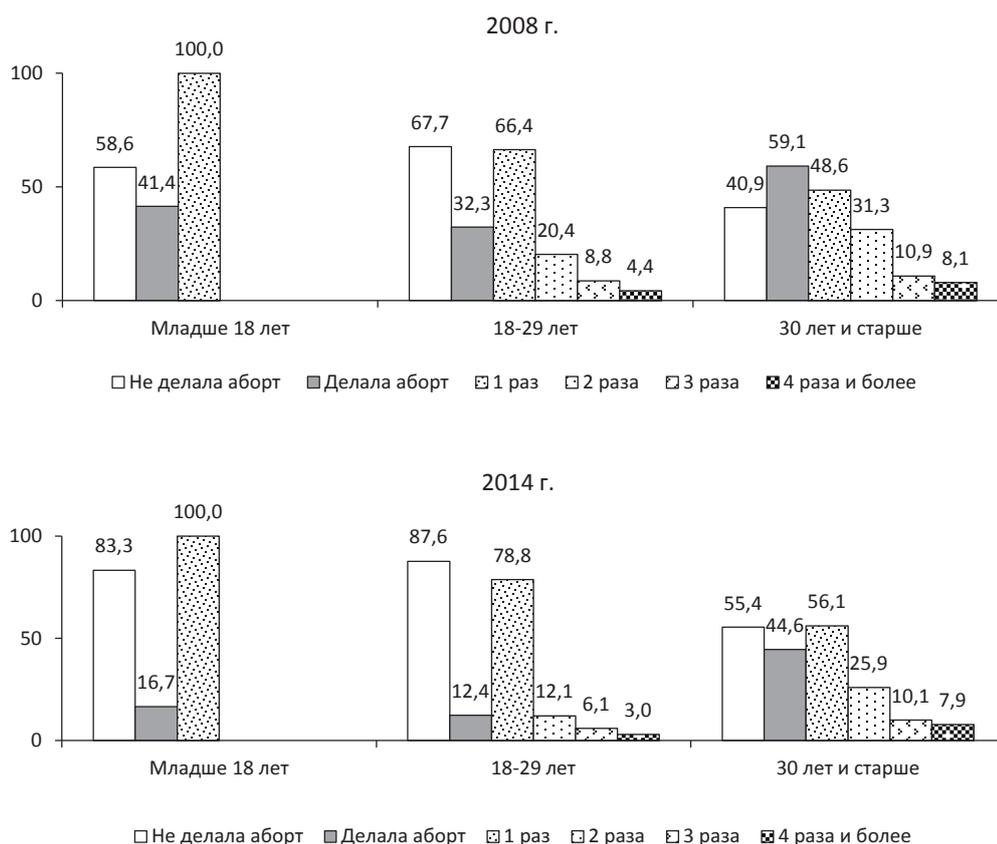


Рисунок 18. Наличие и кратность прерываний беременности (в % от числа опрошенных женщин, ответивших на вопрос)

увеличивается длительность половой жизни, повышая вероятность и кратность абортного выбора; кроме того, в случае наступления незапланированной беременности женщины в возрасте старше 35 лет, как правило, прибегают к данному способу регулирования детности поскольку репродуктивные планы у большинства выполнены, а контрацептивное поведение характеризуется широким распространением естественных методов).

Следует отметить, что, судя по результатам нашего исследования, еще в 2008 г. более 40% девушек в возрасте до 18 лет однократно использовали данный метод планирования семьи. С возрастом кратность перенесенных операций увеличивается (рис. 18). В 2014 г. отмечается улучшение ситуации: в анамнезе у молодых девушек отсутствуют аборт, снизилась доля женщин, более двух раз прерывавших беременность.

По данным исследования 2014 г., из всех женщин, имеющих хирургическое прерывание беременности в анамнезе, 60% прибегали к нему однократно, 24% – двукратно, 9% имеют 3 аборта и 7% – 4 и более (табл. 19).

Таблица 19. **Распределение женщин по числу абортов 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	77,3	58,1	43,4	52,3	59,4
2 раза	18,2	16,1	30,2	29,5	25,1
3 раза	4,5	12,9	17,0	12,1	9,4
4 и более раз	0,0	12,9	9,4	6,1	6,2
2008 год					
1 раз	90,9	75,0	54,2	43,0	50,8
2 раза	0,0	6,3	28,9	31,0	27,4
3 раза	9,1	12,5	7,2	16,9	13,1
4 и более раз	0,0	6,3	9,6	9,2	8,7
2011 год					
1 раз	100,0	60,9	55,2	45,3	50,5
2 раза	0,0	26,1	27,6	31,7	29,5
3 раза	0,0	8,7	10,3	13,0	11,6
4 и более раз	0,0	4,3	6,9	9,9	8,4
2014 год					
1 раз	87,5	76,9	78,8	51,3	59,6
2 раза	12,5	11,5	15,2	28,2	23,8
3 раза	0,0	7,7	0,0	12,2	9,4
4 и более раз	0,0	3,8	6,1	8,3	7,2

Данные обследования женщин, проведенного в 2009 году<sup>10</sup>, подтверждают выявленный масштаб распространенности аборт: 32,4% респонденток прибегали к данной операции, из них 55% – однократно, 26% – дважды, 9% – трижды, примерно 11% женщин – 4-9 раз, единично встречались значения 10, 11, 12, 15, 17, 23 раза повторных прерываний.

Корреляционный анализ кратности аборта в анамнезе и репродуктивных планов (табл. 20) позволил установить, что планируемое число детей очень слабо положительно ( $r = 0,09$ ) связано с числом прерванных беременностей. Это говорит о том, что аборт сохраняет свою значимость в качестве способа регулирования тайминга рождений. Вполне логична прямая связь кратности аборт с возрастом женщины – накапливается «стаж» половой жизни, что дополняется выявленной взаимосвязью с возрастом сексуального дебюта: чем раньше девушки начинают половую жизнь, тем указанный «стаж» больше, тем больше и число прерываний беременности. Отметим, что средний возраст сексуального дебюта составляет 17,07 года. Минимальное значение – 11 лет, максимальное – 23, мода – 16 лет (41% респонденток начали половую жизнь в 16–17 лет). При этом, чем выше уровень образования, тем в более старшем возрасте состоялся сексуальный дебют, что свидетельствует о роли общей образованности и социально-гигиенической грамотности в формировании репродуктивного поведения женщин.

Таблица 20. Матрица парных коэффициентов корреляции<sup>о</sup>

Критерий	Кратность аборт	Самооценка репродуктивного здоровья (*)	Планируемое число детей	Возраст сексуального дебюта	Возраст	Уровень образования (*)
Кратность аборт	1,00	-0,05	0,09(*)	-0,26	0,19	-0,04
Самооценка репродуктивного здоровья (*)	-0,05	1,00	0,04	0,00	0,35	0,05
Планируемое число детей	0,09	0,04	1,00	-0,02	0,12	0,04
Возраст сексуального дебюта	-0,26	0,00	-0,02	1,00	0,36	0,26
Возраст	0,19	0,35	0,12	0,36	1,00	0,29
Образование (*)	-0,04	0,05	0,04	0,26	0,29	1,00

<sup>о</sup> Корреляция является значимой на уровне 0.01.

\* Наилучшей оценке репродуктивного здоровья присвоено первое место, высшему уровню образования – пятое.

<sup>10</sup> Анкета, предложенная для опроса Институтом здоровья семьи, была дополнена авторами.

Взаимосвязь с возрастом, однако, можно оценить и более критично. Накапливая опыт, в том числе негативный, некоторая часть женщин продолжает вести половую жизнь по-прежнему: либо не используя контрацепцию, либо используя неэффективные методы и средства, либо неправильно применяя эффективные. Тот факт что 20% женщин прибегали к аборту более двух раз, позволяет косвенно оценить масштабы численности данной группы.

Уровень абортов представляет результат не только грамотности населения в вопросах планирования семьи, но и применения этих знаний на практике. Решение о прерывании беременности абортом зависит от принципиального признания или непризнания его допустимости. Категорически не приемлют аборт 36% жителей области (38% мужчин и 34% женщин), остальные считают его допустимым (21%) или допустимым при определенных обстоятельствах (42%). Следует отметить, что молодые люди негативнее относятся к прерыванию беременности (46% населения в возрасте 15–18 лет относятся к аборту, как к недопустимому поступку). Высокие показатели абортивного поведения говорят о сохранении роли хирургического прерывания беременности и его новых медикаментозных форм как равноценных способов регулирования детности. При этом абортивные установки населения характеризуются высокой долей ориентированных на сохранение незапланированной беременности: так полагают поступить около 40% вологодских женщин, но 10% еще до ее наступления уверены в том, что ее прервут.

В зависимости от того, насколько реализованы репродуктивные планы семьи в отношении числа детей, различаются и абортивные установки. Если планируемое число детей еще не достигнуто, регулятором выступает желательная длительность прото- или интергенетического интервала, пренебречь которой и сохранить жизнь ребенка готовы от 46 до 50% женщин в разные годы исследования (табл. 21).

Таблица 21. **Абортивные установки женщин в зависимости от реализованности репродуктивных планов, %**

Ответы на вопрос: «Как Вы поступите в случае незапланированной беременности?»	Фактическое число детей меньше планируемого числа			Фактическое число детей равно планируемому числу			Фактическое число детей больше планируемого числа		
	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
Сделаю аборт	14,5	6,3	4,6	26,4	15,6	12,1	41,2	7,8	15,5
Буду рожать	45,5	50,2	58,0	28,6	22,6	26,7	23,5	25,5	25,0
Затрудняюсь ответить	40,0	43,4	37,3	45,0	61,9	61,2	35,3	66,7	59,5

Если репродуктивный план «выполнен», т.е. имеющееся число детей равно планируемому, превысить его готовы 15–29%, а если незапланированные рождения уже имели место, вновь рожать настроены только 14–26%. Комплекс мер, направленных на повышение рождаемости и снижение уровня аборт, с одной стороны, принес положительный результат: в 2011 г. доля женщин, ориентированных на аборт в случае незапланированной беременности, снизилась в разы по сравнению с обследованием 2007–2008 гг., но вместе с тем доля уверенных в сохранении беременности возросла незначительно.

Ответственность за принятие решения о прерывании беременности чаще несут женщины – почти в половине случаев; в 35% случаев решение принимается совместно с партнером; по рекомендации врача было осуществлено 10% прерываний беременности (табл. 22). В то же время, по данным Департамента здравоохранения Вологодской области, доля аборт по медицинским показаниям за последние 5 лет не превышала 2,5%. Это косвенно свидетельствует о том, что гинекологическая служба еще не вполне переориентирована на приоритетность сохранения беременности.

Таблица 22. **Распределение ответов на вопрос: «Инициатором аборта были...», гендерный разрез, %**

Вариант ответа	Год	Женщины	Мужчины	<i>В среднем</i>
Я	2008	48,7	20,1	<i>36,8</i>
	2011	49,0	18,2	<i>44,3</i>
	2014	46,2	15,4	<i>35,6</i>
Партнер(ша)	2008	4,2	16,9	<i>9,5</i>
	2011	3,3	6,8	<i>3,8</i>
	2014	10,3	33,3	<i>18,2</i>
Совместное решение	2008	29,1	42,9	<i>34,8</i>
	2011	33,7	40,9	<i>34,8</i>
	2014	31,8	32,5	<i>32,1</i>
Родственники	2008	3,8	1,6	<i>2,9</i>
	2011	3,7	4,5	<i>3,8</i>
	2014	4,0	2,6	<i>3,5</i>
Врач	2008	9,8	3,2	<i>7,0</i>
	2011	9,1	15,9	<i>10,1</i>
	2014	5,4	8,5	<i>6,5</i>
Другое	2008	4,5	15,3	<i>9,0</i>
	2011	1,2	13,6	<i>3,1</i>
	2014	0,4	0,9	<i>0,6</i>

В 2008 г. в цикл вопросов о прерывании беременности был включен следующий: «Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?» Почти 20% женщин ответили на него утвердительно. Наряду с доабортным консультированием, это еще один механизм предотвращения аборта, а значит, еще одна сохраненная жизнь и избегание риска ухудшения репродуктивного здоровья женщины. 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. 23).

Таблица 23. **Распределение ответов на вопрос: «При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым прерывание беременности абортom?»** (в % от числа считающих допустимым искусственное прерывание беременности)

Вариант ответа	Год опроса			
	2005	2008	2011	2014
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	51,9	71,9	49,1	71,7
Плод имеет порок в развитии	43,3	68,2	39,3	66,2
Беременность – результат изнасилования	40,3	53,4	22,5	35,1
Беременность может повредить здоровью женщины	21,8	41,1	18,0	25,2
Материальные трудности семьи	12,3	29,9	14,8	24,3
Женщина не замужем	7,3	10,2	6,1	6,6
По настоянию родителей, родственников, молодого человека	4,0	11,8	3,6	4,3
Другое	1,6	1,6	0,1	1,1

Таким образом, в регионе сохраняется приемлемость аборта как способ регулирования детности, решение о прерывании беременности и ответственность за него чаще всего 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 районе области).

**Контрацептивное поведение** как часть репродуктивного поведения в целом тесно связано с абортивным поведением и рождаемостью. 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.

Следует учесть, что методы контрацепции включают в себя применение средств контрацепции и использование биологических (естественных) методов планирования семьи. Степень эффективности метода контрацепции оценивают с помощью индекса Пирла (Pearl index), показывающего, сколько женщин из ста забеременели, используя тот или иной метод контрацепции на протяжении одного года. Выделяют естественные, барьерные, гормональные, химические и хирургические методы контрацепции (приложение 9).

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 2012 г. в России отмечалось снижение использования ВМС и стерилизации женщин и увеличение использования гормональной контрацепции (табл. 24), однако в странах Европейского союза уровень использования женщинами гормональных средств почти в 7 раз выше.

Таблица 24. **Использование средств контрацепции**

Год	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Численность женщин, применявших внутриматочные спирали (на конец года)</i>									
Всего, тыс. человек	6323	5399	5269	5144	5007	4822	4749	4487	4544
На 100 женщин в возрасте 15–49 лет	16,0	13,8	13,4	13,3	13,1	12,7	12,8	12,3	12,6
<i>Численность женщин, применявших гормональную контрацепцию (на конец года)</i>									
Всего, тыс. человек	2829	3711	3878	4012	4120	4200	4658	4378	4506
На 100 женщин в возрасте 15–49 лет	7,2	9,5	9,9	10,4	10,8	11,0	12,5	12,0	12,5
<i>Проведено операций по поводу стерилизации женщин</i>									
Всего, тыс. человек	18,5	16,6	17,1	14,3	14,7	13,9	12,5	11,6	11,6
На 100 000 женщин в возрасте 15–49 лет	47,0	42,3	43,6	36,8	38,4	36,5	33,4	31,6	32,1
Источники: Здравоохранение в России. 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.; Здравоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. – URL: <a href="http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm">http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm</a> ; Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – URL: <a href="http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm">www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm</a>									

Распространенность в Вологодской области контрацептивных практик выше среднего значения по всем странам мира (с 2000 по 2006 г. она составила в среднем 63,3%) [77]: о том, что хотя бы иногда используют какой-либо метод контрацепции, заявили 84% населения области, живущего половой жизнью. Abortивно-контрацептивное поведение и планирование семьи в целом базируется на информированности в данных вопросах населения, которая в разной степени реализуется в поведенческих решениях.

Авторами проведена оценка уровня социально-гигиенической грамотности населения по двум параметрам: социально-гигиеническая информированность и рациональность контрацептивного поведения. Была проанализирована информированность населения в вопросах контрацепции, инфекций, передающихся половым путем, о последствиях аборта, о родах. Рассмотрены особенности контрацептивного поведения населения: распространенность и структура применяемых средств и методов, их адекватность репродуктивным планам, взаимосвязь с информированностью, наличием аборта в анамнезе, социально-демографическими характеристиками респондентов и др.

За период исследования, с 2005 по 2014 г., самооценка информированности населения в вопросах репродукции увеличилась (табл. 25).

Таблица 25. **Самооценка информированности населения в вопросах репродукции**  
(средний балл по 5-балльной шкале, где 1 – плохо информирован, 5 – очень хорошо информирован)

2005 г.			2008 г.			2011 г.			2014 г.		
В среднем	Женщины	Мужчины	В среднем	Женщины	Мужчины	В среднем	Женщины	Мужчины	В среднем	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	4,0	4,1	3,9
<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	3,6	3,7	3,6
<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	4,0	4,2	3,9
<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	4,1	4,2	3,9
<i>О последствиях аборта</i>											
3,4	3,6	3,1	3,7	4,1	3,4	3,7	4,0	3,4	3,8	4,1	3,4
<i>О родах</i>											
3,2	3,6	2,8	3,6	4,0	3,1	3,6	3,9	3,2	3,7	4,1	3,2

Гендерные различия при этом сохраняются: женщины по-прежнему более осведомлены в данной сфере. Наименее информировано население о первых признаках венерических заболеваний (3,6 балла), о родах (3,7 балла), особенно мужчины – 3,2 балла в сравнении с 4,1 балла у женщин; о последствиях аборта (3,7 балла). Осведомленность населения в вопросах репродукции очень слабо коррелирует с возрастом и уровнем образования, что, вероятно, обусловлено спецификой информации, получение которой должно быть личностно мотивировано. Лучшая осведомленность населения отмечается по вопросам, касающимся методов контрацепции (как в целях предохранения от нежелательной беременности, так и инфекций, передающихся половым путем).

По данным исследования, проведенного в 2008 г., вообще не пользуются контрацептивными средствами 16% населения, живущего половой жизнью<sup>11</sup>. Причем такой выбор характерен для бездетных граждан (60%). Из тех, кто не пользуется контрацептивами, 31% состоят в браке, 40% находятся в возрасте от 15 до 25 лет. В течение трёх ближайших лет планируют рождение ребенка лишь 18% представителей данной группы; 32% – отметили, что (более) не хотят иметь детей. Для тех, кто планирует рождение детей, пусть в средне- или долгосрочной перспективе, отказ от контрацепции может быть обусловлен отсутствием четких временных интервалов рождения детей. Те, кто рождение детей не планирует, в случае необходимости считают возможным прибегнуть к аборту.

Наиболее значимая корреляция наблюдается между самооценкой информированности о средствах предохранения от нежелательной беременности и применением эффективных<sup>12</sup> контрацептивов, предполагающих постоянное использование (рис. 19).

Это внутриматочная спираль (ВМС) и гормональные таблетированные препараты (коэффициент корреляции составляет 0,1). Данные средства контрацепции помогает подобрать и назначает, а в случае выбора ВМС и устанавливает квалифицированный специалист. При этом, как правило, предварительно проводится консультирование пациентки о возможных вариантах средств, принципе их действия, возможных последствиях применения и т.д. Вероятно, поэтому и само-

---

<sup>11</sup> По данным обследования РидМиЖ, проведенного в 2007 г., не пользовались контрацепцией 19,7% населения, живущего половой жизнью.

<sup>12</sup> Индекс Пирла, показывающий, сколько женщин из ста забеременели, используя тот или иной метод контрацепции на протяжении одного года, для комбинированных оральных контрацептивов составляет 0,05-0,2%, ВМС – 0,2-3,0%.

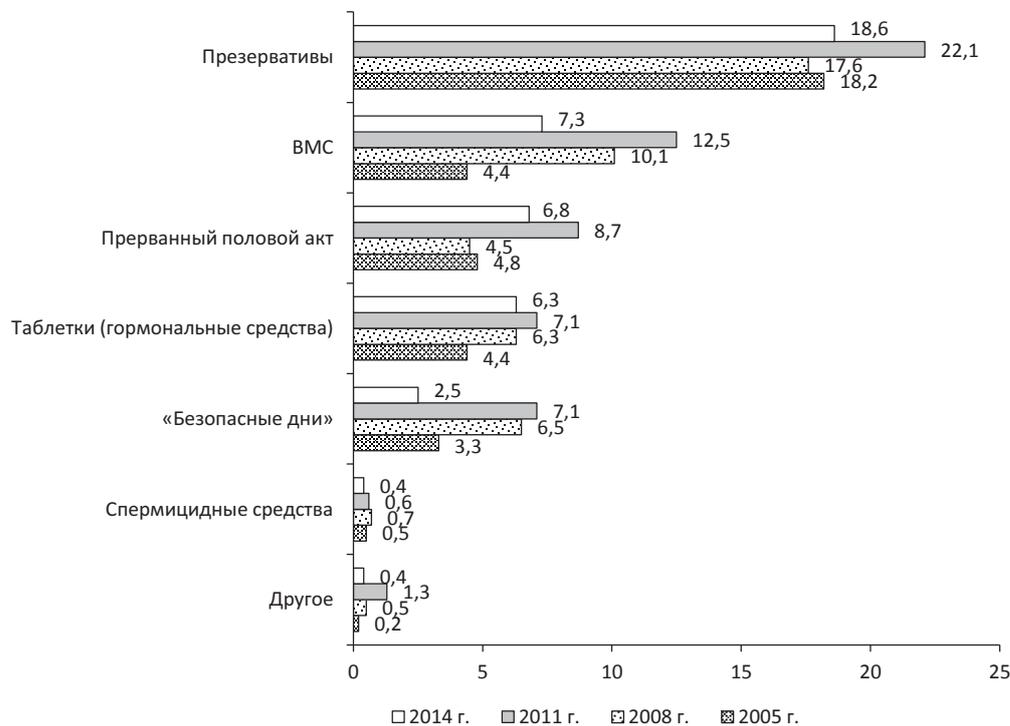


Рисунок 19. **Использование методов предупреждения беременности (вариант ответа «всегда использую»), в % от числа живущих половой жизнью**

оценки информированности у людей, использующих их, более высоки, чем у тех, кто применяет другие контрацептивы. Среди средств контрацепции наиболее распространенным остается презерватив, на втором и третьем местах – естественные методы контрацепции, 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 (табл. 26).

В группе населения, очень часто или всегда делающего выбор в пользу низкоэффективных естественных методов контрацепции, основную долю составляют: горожане (89%), лица, не состоящие в браке (53%); люди со средним специальным образованием (48%); жители области, находящиеся в активном репродуктивном возрасте от 20 до 35 лет (60%). Из них 35% – бездетны, при этом беременность в течение 1 года планируют лишь 5%, в течение 2–3 лет – еще 19%, а треть вообще больше не хотят иметь детей. Таким образом, беременность, вероятность возникновения которой весьма велика, будет незапланированной, а для 30% – нежелательной.

Таблица 26. **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	2014	2005	2007	2008	2011	2014
<i>Естественные методы планирования семьи</i>										
Прерванный половой акт	1,8	1,8	1,8	1,9	2	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9
«Безопасные дни»	1,6	1,5	1,7	1,7	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4
<i>Медицинские средства планирования семьи</i>										
Презервативы	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,6	2,3	2,5	2,5	2,5
Таблетки (гормональные средства)	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5
ВМС (внутриматочная спираль)	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,3	1,5	1,5	1,3	1,4
Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1
Другое	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,7	1,2	1,1	1,1	1,1

Использование естественных методов контрацепции женщинами, имеющими в анамнезе аборт (а это 41% партнерш, применяющих данные методы), свидетельствует о невысокой ответственности за свое здоровье и о неправильном нравственно-этическом отношении к аборту, как к обыденному способу регулирования детности.

В совокупности с теми, кто вообще не использует контрацепцию, данная часть населения составляет группу риска по незапланированным беременностям и абортам (14 и 16% соответственно уверены, что прибегнут к операции в случае неожиданного зачатия), осложнениям беременности и родов, рождению ослабленных или больных детей [60].

Применение знаний в области репродукции ограничивается субъективным нежеланием использовать средства предохранения от нежелательной беременности и ИППП (рис. 20). В результате аборт остается одним из распространенных способов планирования семьи.

Отсутствие четкой зависимости между количеством перенесенных женщиной операций по прерыванию беременности и осведомленностью о средствах предохранения от нежелательной беременности (табл. 27) может свидетельствовать, во-первых, о недостаточной эффективности постабортного консультирования. Среди женщин, готовых в случае незапланированной беременности прибегнуть к аборту, 35% уже имеют его в анамнезе, из них 42% – один раз, 31% – два раза, 12% – трижды, остальные 15% – более трех раз. При этом 78% абортированных женщин обсуждали методы предохранения с врачом, а 56% отметили, что были проконсультированы в данном вопросе во время последнего аборта<sup>13</sup>.

<sup>13</sup> По данным исследования 2009 г.

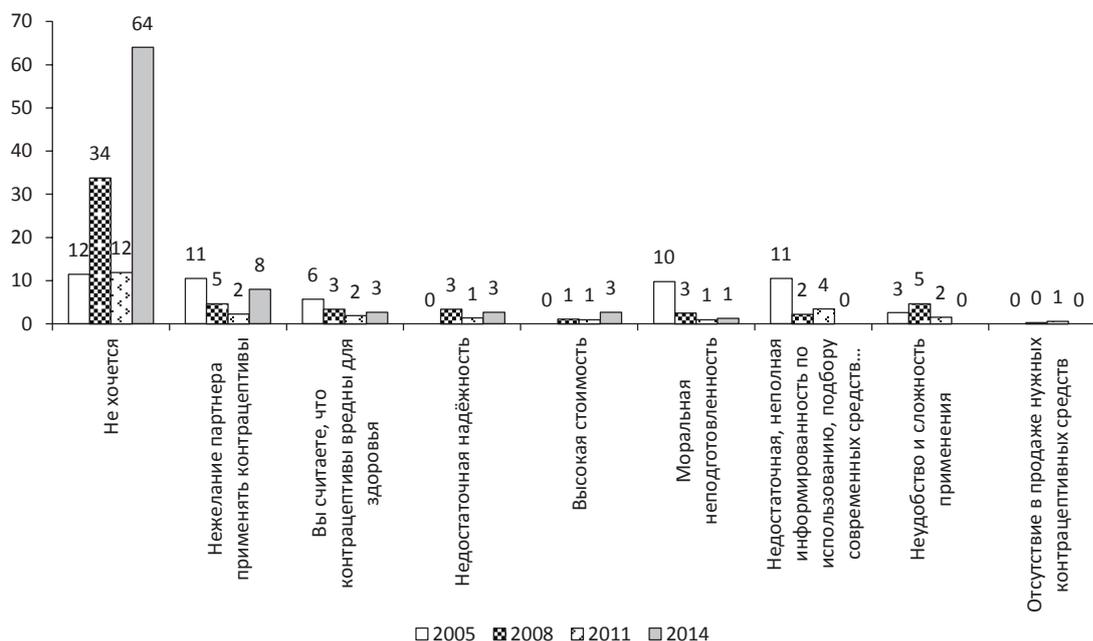


Рисунок 20. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы не пользуетесь ни одним средством контрацепции, то укажите, пожалуйста, почему?» (в % от числа опрошенных)

Во-вторых, это свидетельство того, что абортивный выбор определяется не только уровнем грамотности в вопросах репродукции, но и жизненными обстоятельствами.

Таблица 27. Информированность в вопросах контрацепции в зависимости от количества перенесенных операций по прерыванию беременности (средний балл по 5-балльной шкале)

Информированность в вопросах контрацепции (средний балл по 5-балльной шкале)	Число прерываний беременности в анамнезе				
	0	1	2	3	4 и более
О средствах предохранения от нежелательной беременности	4,17	4,27	4,09	4,23	4,07
О последствиях аборта	3,79	3,83	3,89	4,02	3,93

Таким образом, оценивая социально-гигиеническую грамотность населения региона, следует отметить в целом хорошую (по самооценкам) информированность населения в вопросах репродукции. Однако адекватно применяют данные знания далеко не все. Для части населения характерно легкомысленно-безответственное отношение к половой жизни: сознательный отказ от использования контрацепции, не связанный с планированием зачатия, широкое распространение низкоэффективных методов контрацепции, аборт.

Группы риска составляют: а) граждане, использующие низкоэффективные средства и методы контрацепции – молодые люди со средним специальным образованием, получившие информацию о данных методах не от квалифицированных работников, т.е. подбор средств произведен самостоятельно; б) граждане старше 35 лет, не использующие контрацепцию. Кроме того, необходимо учесть, что мужчины имеют более низкую информированность в вопросах репродукции, планирования семьи. Все это требует повышения сексуальной культуры населения, формирования активной жизненной позиции и в целом здоровьесберегающего поведения [60].

### **2.3. Условия и факторы формирования репродуктивного выбора**

В качестве индикатора физической возможности деторождения (фертильности населения) используется показатель бесплодия. Приводятся различные данные о масштабах бесплодия в России. «Частота бесплодных браков в России превышает 15%, что по данным ВОЗ является критическим уровнем...» [76]. Источниками данных от 15 до 25% бесплодных пар в большей части являются сайты медицинских учреждений, оказывающих услуги по лечению гинекологических и андрологических заболеваний, в том числе с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. В целом, разброс мнений экспертов находится в интервале 8–20% [104, 106].

Статистика свидетельствует о том, что в России и в Вологодской области с начала XXI в. существенно возросла заболеваемость женским бесплодием (табл. 28). Столь высокие значения данного показателя, их рост свидетельствуют о наличии проблем с зачатием вообще: как у женщин, не имевших беременностей (первичное бесплодие), так и у женщин, беременность у которых наступала, в том числе благополучно завершилась родами (вторичное бесплодие). Показатель мужского бесплодия в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин [145, с. 46].

Однако следует учесть, что медицинский диагноз «бесплодие» подразумевает отсутствие беременности в течение одного-двух лет (из разных источников) при регулярной половой жизни без использования контрацепции, что не предполагает абсолютной невозможности иметь детей.

Таблица 28. **Заболеваемость бесплодием в Вологодской области и Российской Федерации** (на 100 тыс. чел.)

Бесплодие	2000 г.		2007 г.		2008 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2012 г. к 2000 г., %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Мужское	0,3	н.д.	1,2	н.д.	1,1	н.д.	9,5	н.д.	8,9	н.д.	0,5	н.д.	167	н.д.
Женское	72,2	138,4	91,8	183	98,2	191,6	85	196,2	204,9	224,2	40,5	227,7	56	164

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2008, 2010, 2012; данные Росстата. – URL: gks.ru

Оценка масштабов бесплодия косвенно проводится в ходе специальных обследований. По результатам обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» 11,8% женщин ответили, что определенно не могут иметь детей. Подавляющее большинство из них (78%) принадлежат к старшей возрастной группе от 40 до 49 лет. Большая часть этих женщин вообще низко оценивают состояние своего здоровья, 92% их числа уже имеют детей, в том числе 60% – двоих и более, и 88% не хотят рожать (еще одного) ребенка. Физическая неспособность родить ребенка не является для последних проблемой [113]. По данным обследования «Мать и дитя» в 2009 г. на территории Вологодской области, 5% женщин указали, что больны бесплодием (диагноз, установленный врачом). Из них 18% в возрасте старше 40 лет, 30% имеют детей.

Бесплодие становится серьезной проблемой, снижая репродуктивные возможности демографического развития, что отражается на уровне рождаемости и формирует социальный заказ на развитие вспомогательных репродуктивных технологий [110, 111]. Следует отметить, что снижение потенциала здоровья населения служит значимым ограничивающим фактором репродуктивного поведения и рождаемости [22, 143, 144].

Согласно результатам исследования, проведенного авторами, наиболее значимыми условиями реализации имеющихся репродуктивных планов являются: материальное положение, состав семьи (брачное состояние), жилищные условия, а также доступность и качество медицинских и образовательных услуг (табл. 29).

Вышеперечисленные условия с помощью процедуры факторного анализа были объединены в два фактора. В первый вошли позиции, относящиеся к «внешним» условиям среды, в первую очередь характеристики инфраструктуры воспроизводства, во второй – позиции, касающиеся воспитания детей (посещение образовательных семинаров для родителей, помощь старшего поколения в воспитании детей, организация

присмотра за детьми, не посещающими детский сад). Первый фактор объясняет порядка 60% суммарной дисперсии, второй – 13%.

Таблица 29. **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 ребенок	Двое детей	Трое детей	Четверо детей и более	
Стабильность материального благополучия	4,10	<b>4,49</b>	<b>4,53</b>	<b>4,61</b>	4,57	4,50
Наличие/возможность приобретения жилья и его удовлетворительное состояние	<b>4,11</b>	4,48	4,49	4,59	<b>4,61</b>	4,47
Уверенность в завтрашнем дне	4,00	4,47	4,48	4,56	4,57	4,45
Возможность обеспечить своим детям качественное образование	4,07	4,30	4,33	4,59	4,35	4,34
Полная семья	3,90	4,12	4,39	4,55	4,57	4,32
Доступность качественной медицинской помощи	4,01	4,26	4,22	4,48	4,43	4,25
Помощь родителей	3,27	3,35	3,60	3,73	3,83	3,54
Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад	3,37	3,12	3,26	3,50	3,43	3,28
Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	3,07	3,07	3,16	3,33	3,48	3,16

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

Вначале отметим наличие определенной группы населения, не планирующей рождение детей вообще. Доля бездетных граждан, не желающих и не планирующих иметь детей, составляет 1%. Это люди, нацеленные на карьерный рост и «зарабатывание денег» (69% представителей данной группы выбрали эти варианты жизненных ценностей), для чего дети являются помехой (так ответили 46% представителей данной группы). Кроме того, 77% людей, сознательно выбирающих бездетность, назвали детей помехой личной жизни и отдыху. Однако в случае незапланированной беременности 38% этой небольшой части населения все же предполагают ее сохранить. Лишь 15% представителей данной группы отдадут предпочтение зарегистрированному браку. О том, что решение остаться бездетными вполне сознательное, говорят данные о возрасте – 77% населения данной группы старше 30 лет.

Для людей, имеющих репродуктивные планы на малодетность (1–2 ребенка, 80% населения), основным условием их реализации является уверенность в завтрашнем дне и стабильность материального благополучия (см. табл. 29).

Семья (наличие супруга) в списке условий для реализации малодетных репродуктивных планов занимает лишь 5–6 место. Неуверенность в стабильности брака стимулирует снижение репродуктивных установок и ограничивает реализацию имеющихся. Женщины, ориентированные на рождение одного-двух детей, полагают, что смогут справиться с их воспитанием и без помощи супруга. Мужчины, также осознавая это, чувствуют себя менее обязанными прилагать все усилия для сохранения семьи [59].

Самостоятельность, финансовая независимость женщин порождает, с одной стороны, эмоциональную и материальную свободу и равноправие, но с другой – меньшую терпимость в межличностных взаимоотношениях и ослабление прочности семейного союза. Это подтверждается статистическими данными об уровнях брачности и разводимости населения, их соотношении.

Проблема нестабильности брачных союзов, несмотря на положительные тенденции изменения уровня брачности и снижения разводимости населения в России (рис. 21; приложение 10), сохраняется.

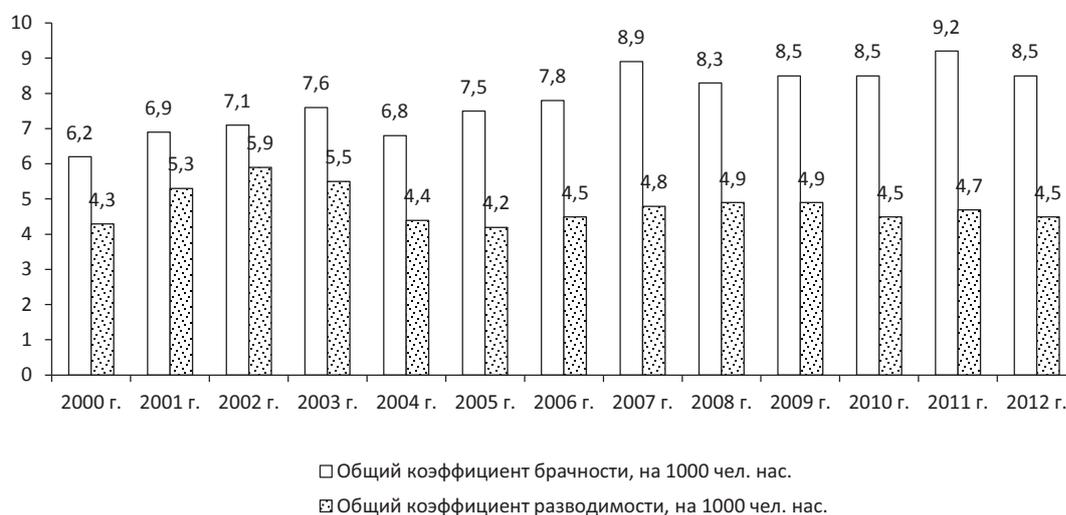


Рисунок 21. **Общие коэффициенты брачности и разводимости в Российской Федерации**

Источник: данные Росстата. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Уровень разводимости в России остается одним из самых высоких в мире (приложение 10, табл. 1). Около 50% браков заканчивается разводами (в 2012 г. на 1000 браков в Российской Федерации приходился 531 развод, в Северо-Западном федеральном округе – 535, в Вологодской области – 528 разводов). В 2012 г. наименьшее число разводов на 1000 браков – 346 – отмечалось в Северо-Кавказском федеральном округе, наибольшее – 587 – в Дальневосточном федеральном округе (рис. 22; приложение 10, табл. 2).



Рисунок 22. **Общие коэффициенты брачности и разводимости в Вологодской области, на 1000 человек населения**

Источник: данные Росстата. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

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

В Вологодской области доля внебрачных рождений с начала столетия увеличивалась в течение 5 лет (с 31 до 37%), лишь с 2006 г., параллельно с активизацией демографической политики, наметилось некоторое ее снижение – до 32% (табл. 30). Такая ситуация в сфере брачно-семейных отношений объясняется не только сознательной ориентацией части женщин на одинокое материнство, но и повысившейся приемлемостью альтернативных форм матримониального поведения. Как показывает социологическое исследование, предпочтение совместному прожива-

нию без регистрации в ЗАГСе отдают 14% мужчин и 8% женщин. В 2014 году по сравнению с 2007 г. популярность сожительства снизилась почти в 2 раза (в 2007 г. данной форме отношений отдавали предпочтение 23% мужчин и 15% женщин).

Таблица 30. **Родившиеся живыми у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке**  
(доля в общем числе родившихся, %)

Год	Российская Федерация			Северо-Западный федеральный округ			Вологодская область		
	Всё население	Городское население	Сельское население	Всё население	Городское население	Сельское население	Всё 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
2010	24,9	23,3	28,6	26,7	24,9	35,5	31,1	29,1	35,7
2011	24,6	23,1	28,2	26,2	24,4	35,2	30,1	27,8	35,4
2012	23,8	22,2	27,8	25,0	23,2	34,1	28,1	25,5	34,1

Источник: Демографический ежегодник России. – URL: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)

Роль семейного положения и отношение к браку в целом весьма существенно влияют на уровень репродуктивных установок населения. Жители области, отдающие предпочтение легитимному союзу, демонстрируют более высокие значения желаемой и планируемой детности (табл. 31).

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.

Значимость семьи в формировании репродуктивных установок населения нельзя недооценивать: существует весомая положительная корреляция между детностью родительской семьи и репродуктивными ожиданиями людей, более ярко выраженная среди молодежи (табл. 32).

Таблица 31. **Репродуктивные установки жителей области в зависимости от предпочитаемой формы брака и оценки его роли в воспитании детей**

Вопрос и варианты ответа	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	Год исследования							
	2005	2008	2011	2014	2005	2008	2011	2014
<i>Какому браку* Вы отдаете предпочтение?</i>								
Зарегистрированному браку	2,22	2,10	2,17	2,11	1,81	1,95	1,93	1,90
Совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе	2,04	1,75	1,77	1,76	1,58	1,63	1,61	1,56
<i>Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?</i>								
Да	2,23	2,10	2,19	2,11	1,77	1,96	1,94	1,86
Нет	2,04	1,87	1,98	1,94	1,70	1,67	1,80	1,74
Не думал/не думала об этом	2,06	1,75	1,86	1,84	1,74	1,70	1,68	1,72
* 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.								

Таблица 32. **Коэффициенты корреляции числа детей в родительской семье и репродуктивных ожиданий населения\***

Год исследования	Идеальное число детей	Желаемое число детей	Планируемое число детей
2005 г.	0,165	0,174	0,156
2008 г.	-	0,173	0,147
2010 г.	0,266	0,168	0,200
2011 г.	0,167	0,152	0,150
* Корреляция является значимой на уровне 0,01, в 2014 г. вопрос не задавался.			

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

Среди ведущих факторов, необходимых, по мнению жителей области, для распространения многодетности, первое место занимает решение жилищной проблемы; существенно усилилась значимость уровня жизни; повысились требования к медицинскому обслуживанию, материальной поддержке от государства. О наличии ценностных трансформаций, а также об осознании их людьми, свидетельствует тот факт, что 20% респондентов в 2008 г. против 11% в 2005 г. выбрали ответ: «Изменение установок общества относительно числа детей в семье (мода на многодетность)» (рис. 23).

Это подтверждает значимость информационных механизмов формирования репродуктивных установок. Снижение выраженности ответов в 2011, 2014 гг., вероятно, связано со снижением эффекта новизны «новых» мер демографической политики (материнского капитала, увеличения пособий, введения родовых сертификатов).

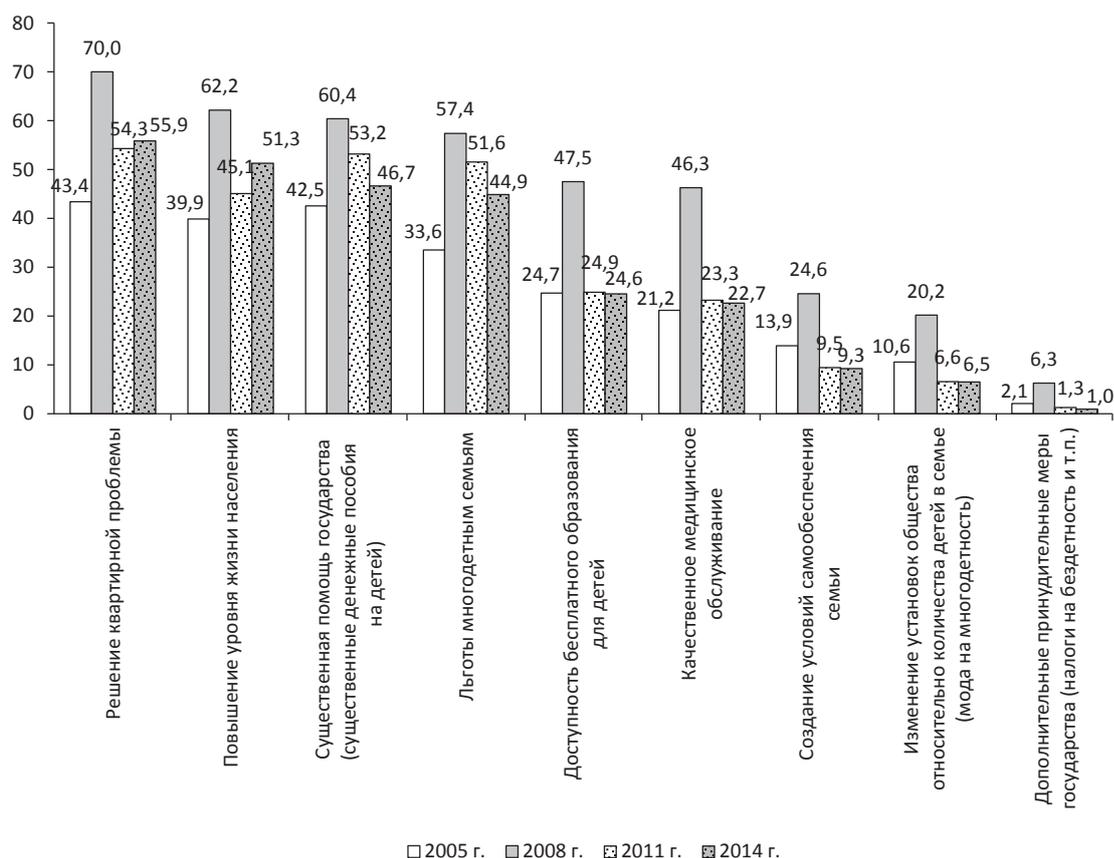


Рисунок 23. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, какие условия необходимы для распространения многодетности?» (в % от числа опрошенных)

Рассматривая существующую модель репродуктивного поведения населения как фактора воспроизводства, можно выделить следующие негативные параметры: раннее начало сексуальной жизни, допустимость добрачных половых отношений, смены партнеров вне брака, неадекватное контрацептивное поведение большей части населения; распространение малодетности, недореализация желаемых рождений в связи с объективными и субъективными факторами. К ним относятся: репродуктивное здоровье, отсутствие партнера, неудовлетворенность инфраструктурой воспроизводства, жилищными условиями и матери-

альным положением, неуверенность в завтрашнем дне и социально-экономической стабильности в стране, высокая ценность карьеры, дети для которой воспринимаются как помеха.

В идеале, репродуктивные установки должны соответствовать средне- и многодетности, рождению первенца в первые два года после вступления в брак, интервалу между рожденьями 2–4 года (табл. 33).

Половая жизнь должна начинаться в период психофизиологического созревания – примерно в 18–20 лет, с одним постоянным партнером, в браке. Отношение к сожительству – негативное. Зачатие планируется, в случае откладывания беременности применяется высокоэффективная контрацепция, подобранная с помощью специалиста. В случае контрацептивной осечки, при отсутствии противопоказаний, беременность сохраняется.

Таблица 33. Соответствие фактической модели репродуктивного поведения идеальной, необходимой для обеспечения расширенного воспроизводства населения

Критерий	Характеристика критерия	
	Эталон <sup>1)</sup>	Факт <sup>2)</sup>
<i>Предпочитаемые числа детей</i>		
Идеальное	Трое и более	Двое (43%)
Желаемое		
Планируемое		
<i>Планирование семьи</i>		
Тип создания семьи*	В браке	В браке (72%)
Рождение детей	В браке	В браке (55%)
Протогенетический интервал	В первые 2 года брака	В первые 2 года брака (38%)
Интергенетический интервал	2-4 года	2-3 года (39%)
Обсуждение числа, сроков рождения детей*	Да	Да (59%)
Отношение к сожительству*	Отрицательное	Нейтральное (65%)
<i>Половая жизнь*</i>		
Сексуальный дебют	В браке, 18-20 лет	16-18 лет (64%)
Применение контрацепции	Высокоэффективная, в соответствии с планированием рождения детей	Низкоэффективная (26-29%)
Приемлемость аборта	Нет	Да; да, при определенных обстоятельствах (64%)
<sup>1)</sup> Идеальная репродуктивная установка (эталон) представлена по: Руководство по охране репродуктивного здоровья / под ред. В.И. Кулакова. – М.: Триада-Х, 2001. – 568 с., дополнено авторами. <sup>2)</sup> Данные по каждому критерию приведены исходя из наибольшей доли респондентов. * Критерий, дополненный авторами.		

При сопоставлении идеальной модели с существующей видны ее «недостатки». Это более низкие установки детности, допустимость абортов, распространение низкоэффективной контрацепции, либеральность по отношению к добрачным связям и смене партнеров (см. табл. 33).

Таким образом, демографические процессы в большинстве регионов Российской Федерации имеют депопуляционный характер. Уровень рождаемости определяет суженный режим воспроизводства населения. Демографическая структура характеризуется старением населения, диспропорцией полов (в возрасте от 30 лет и старше). Прогноз развития демографической ситуации свидетельствует о сохранении негативных тенденций. Это говорит о необходимости регулирования репродуктивного поведения населения, так как структурные резервы не достаточны для обеспечения даже простого воспроизводства населения.

Вместе с тем репродуктивное поведение населения характеризуется фактической малодетностью, высоким уровнем абортов и распространением практики низкоэффективной контрацепции. Формирование репродуктивных установок происходит за счет «присваивания» социальных норм детности. Ведущая роль в репродуктивной мотивации принадлежит психологическим мотивам, для удовлетворения потребности в детях в данном случае достаточно 1–2 детей. Репродуктивные установки реализуются не в полной мере, что обусловлено девальвацией брака и неудовлетворенностью населения условиями жизни, которые рассматриваются как неблагоприятные. В первую очередь, это комплекс условий для воспитания детей: жилищные, материальные условия, услуги медицины и образования.

Результатом активизации демографической политики (увеличение пособий, связанных с рождением детей, введение «материнского капитала») стало некоторое улучшение показателей рождаемости. Однако экономическое стимулирование может лишь благоприятствовать реализации имеющихся репродуктивных планов населения, которые на сегодняшний день ограничиваются малодетностью. Следовательно, для воспроизводства населения важно обеспечить условия для реализации желаемого числа рождений той частью населения, которая ориентирована на много- и среднететность, учесть социальную и психологическую репродуктивную мотивацию с целью повышения потребности в детях. Несомненно, столь масштабные задачи потребуют системной скоординированной работы на всех уровнях управления от муниципального до федерального.

### **3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ**

#### **3.1. Возможности регулирования репродуктивного поведения**

Необходимость воздействия на репродуктивное поведение обусловлена во-первых, наличием резервов повышения рождаемости, во-вторых, потерями, которые несет общество в результате нерационального контрацептивного поведения.

Оценку резервов рождаемости в России и Вологодской области проведем с помощью методики В.А. Борисова [2]. Расчет индекса гипотетического минимума естественной рождаемости (ГМЕР) в России и в Вологодской области свидетельствует о наличии ее значительных резервов (табл. 34).

В рассмотренный период индекс ГМЕР снижается, говорит об ухудшении возрастной и брачной структуры населения. Причем снижается не только сам индекс ГМЕР, но и степень его реализации. В 2010 г. гипотетический минимум естественной рождаемости в Вологодской области реализовывался на 33%. То есть распространяется практика контроля рождаемости на фоне убывания потребности в детях (либо снижается биологический потенциал в результате ухудшения репродуктивного здоровья населения).

Для оценки потерь населения вследствие репродуктивных причин был осуществлен расчет ущерба от материнской и младенческой смертности. В приложении 11, согласно данным медицинской статистики России и Вологодской области, приведены показатели репродуктивных потерь.

Таблица 34. **Общие коэффициенты рождаемости, гипотетический минимум естественной рождаемости и степень реализации ГМЕР**

Год	Россия			Вологодская область *		
	Общий коэффициент рождаемости	Гипотетический минимум естественной рождаемости	Реализация ГМЕР, %	Общий коэффициент рождаемости	Гипотетический минимум естественной рождаемости	Реализация ГМЕР, %
	в промилле			в промилле		
1897	49,9	47,7	104,7	-	-	-
1927	46,0	50,2	91,6	-	45,2	-
1939	37,0	51,4	72,0	-	42,8	-
1959	23,9	49,2	48,6	-	46,1	-
1970	14,4	47,2	30,6	12,8	43,1	29,7
1979	15,9	47,6	33,4	16,2	42,8	37,8
1989	15,3	48,7	31,5	14,9	47,7	31,2
2002**	9,7	39,3	24,7	10,1	38,2	26,5
2010**	12,5	38,6	32,4	12,5	37,9	33,0

\* Рассчитано авторами по данным Вологдастата.  
 \*\* Рассчитано авторами по данным Всероссийских переписей населения 2002 г., 2010 г.  
 “-“ – нет данных.  
 Источники: Антонов А.И., Борисов В.А. Лекции по демографии, 2011. – С. 204, авторские расчеты.

В приложении 12, табл. 1 представлены оценки недополученного трудового потенциала в результате репродуктивных потерь населения России и Вологодской области в результате младенческой и материнской смертности, а также абортот. По проведенным расчетам, в 2009 г. величина недопроизведенного ВВП от младенческой смертности в раннем неонатальном периоде составила более 49 млрд. руб., от мертворождений – 75 млрд. руб., от материнской смертности – 2 млрд. руб. (табл. 35; приложение 12, табл. 2).

Исходя из того, что в течение года операция по прерыванию беременности может быть проведена неоднократно, и из специфики обстоятельств возникновения абортивного случая, опираясь на различные данные<sup>14</sup>, мы учли 20% всех произведенных абортов как потенциально

<sup>14</sup> На вопрос: «Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?» 20% респондентов ответили утвердительно (ИСЭРТ РАН, n=1536, 2008 г.). По экспертному мнению начальника отдела охраны материнства, детства Департамента здравоохранения Вологодской области к.мед.н. Е.Л. Волождиной, при правильном подходе можно сократить репродуктивные потери на 60–70%. Как показали работы Красноярского филиала Центра Национальной славы в рамках Всероссийской программы «Святость материнства», число абортов можно сократить на 18% (URL: <http://kfcnsr.ru/>).

предотвратимые с помощью доабортного консультирования и/или предоставления социальных гарантий (социальная и психологическая помощь, гарантированное пособие при рождении ребенка и др.). Понимая условность расчета, а также невозможность учета всех экономических альтернатив abortивного выбора, авторы не настаивают на включении рассчитанной величины потерь от abortов в общую сумму экономического ущерба.

Таблица 35. **Величина недопроизведенного валового продукта вследствие репродуктивных потерь**

Вид потерь	2000 г.	2002 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
<b>Российская Федерация</b> (млн. руб., в сопоставимых ценах)							
Мертворожденные	25 609,3	35 479,2	55 996,9	62 106,7	77 593,7	87 847,1	75 757,7
<i>В % от ВВП</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>
Умершие новорожденные	25 072,7	31 492,8	44 230,1	49 347,2	54 663,4	58 193,3	49 342,0
<i>В % от ВВП</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
Материнская смертность	947,8	1155,8	1554,9	1722,1	1993,5	2261,6	2192,3
<i>В % от ВВП</i>	<i>0,02</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>
Аборты	1 289 693	1 533 435	2 253 460	2 477 378	2 665 142	2 832 695	2 336 736
<i>В % от ВВП</i>	<i>22,4</i>	<i>17,5</i>	<i>12,5</i>	<i>11,0</i>	<i>9,5</i>	<i>8,3</i>	<i>7,3</i>
<b>Вологодская область</b> (млн. руб., в сопоставимых ценах)							
Мертворожденные	238,8	321,9	605,7	768,4	775,0	973,1	721,1
<i>В % от ВРП</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>
Умершие новорожденные	300,1	268,8	410,7	321,3	395,6	302,3	266,1
<i>В % от ВРП</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>
Материнская смертность	7,7	16,6	4,4	8,7	15,1	5,9	8,8
<i>В % от ВРП</i>	<i>0,01</i>	<i>0,02</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,01</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
Аборты	13 988,4	14 761,0	29 180,6	27 523,1	29 484,7	31 370,1	21 221,2
<i>В % от ВРП</i>	<i>20,2</i>	<i>18,3</i>	<i>15,0</i>	<i>13,6</i>	<i>12,1</i>	<i>10,5</i>	<i>10,0</i>

В целом с начала столетия экономический ущерб от репродуктивных потерь снижается, что обусловлено значительной ролью реализации программ и проектов по укреплению репродуктивного здоровья, охране материнства и детства в России и ее регионах.

Вместе с тем для формирования средне- и многодетных репродуктивных установок и реализации желаемых рождений требуется создание целого комплекса социально-экономических условий. В 2006–2011 гг. отмечается активизация государственного стимулирования рождаемости. В этот период пересмотрены схемы начисления пособий на детей,

реализуется выплата «семейного капитала». Общий коэффициент рождаемости, по официальным статистическим данным, в 2006 г. составлял 10,9‰, в 2011 г. – 13,0‰. Определим вклад репродуктивного поведения в данное увеличение с помощью индексного метода. Индекс изменения общего коэффициента рождаемости ( $J_n$ ) равен:

$$13,0 : 10,9 = 1,1927.$$

Умножив результат на 100, получим увеличение общего коэффициента рождаемости за указанный период на 19,27%. Вычислим значения индексов.

1. Индекс изменения доли женщин 15–49 лет ( $JdW_{cp}^{15-49}$ ) рассчитывается как отношение указанных долей в 2011 и 2006 г.:

$$25,2 : 26,5 = 0,9521.$$

Вычитаем из 1, умножаем на 100%, получаем снижение на 4,78 %.

2. Индекс изменения специального коэффициента рождаемости без изменений возрастной структуры женщин 15–49 лет ( $J_{Fx}$ ) является результатом отношения специального коэффициента рождаемости в 2011 к его значению в 2006 г.:

$$51,4 : 41,1 = 1,2497.$$

Учитывая допущенное округление значений общих коэффициентов рождаемости, уточним значение индекса изменения общего коэффициента рождаемости за период с 2006 по 2011 г. Поскольку указанный индекс по определению равен произведению индекса изменения доли женщин репродуктивного возраста в общей численности населения и индекса изменения специального коэффициента рождаемости:

$$0,9521 \times 1,2497 = 1,1898.$$

3. Индекс изменения за счет трансформации возрастной структуры женщин репродуктивного возраста при неизменных возрастных коэффициентах ( $J_{vx}$ ).

Для его расчета вначале определим гипотетический суммарный коэффициент рождаемости, который мог бы быть в 2011 г. при возрастной структуре женщин репродуктивного возраста, которая сложилась в 2006 г. (табл. 36).

Таблица 36. Расчет условного показателя суммарного коэффициента рождаемости

Возрастная группа	Возрастные коэффициенты, 2011 г.	Возрастная структура женщин 15-49 в 2006 г., в долях единицы	Условный показатель СКР
15-19	25,4	0,1535	3,8978
20-24	91,4	0,1571	14,3577
25-29	107,6	0,1383	14,8798
30-34	72,6	0,1235	8,9603
35-39	33,5	0,1140	3,8136
40-44	5,0	0,1453	0,7283
45-49	0,2	0,1683	0,0315
Итого		1,0000	46,6690

Теперь соотнесем реальный специальный коэффициент рождаемости и полученную величину условного суммарного коэффициента:

$$51,4 : 46,7 = 1,1005.$$

За счет изменения структуры женщин репродуктивного возраста коэффициент рождаемости увеличился на 10,05%  $((1 - 1,1005) \times 100\%)$ .

Таким образом, увеличение за счет изменения интенсивности рождений составило  $24,97 - 10,05 = 14,92\%$ .

Возвращаясь к равенству индексов, получаем:

$$18,98\% = -4,79\% + 10,05\% + 14,92\%.$$

Поскольку правая и левая части равенства не равны, вычислим отклонение, поделив 18,98 на полученную в правой части сумму (20,18), значение равняется 0,94. Затем все индексы правой части умножим на полученное отклонение:

$$18,98 = (14,92 \times 0,94) + (10,05 \times 0,94) - (4,79 \times 0,94) = 14,03 + 9,45 - 4,50.$$

Согласно результатам, полученным в ходе индексного метода оценки факторов рождаемости, увеличение общего коэффициента рождаемости населения в период с 2006 по 2011 г. на 19,27% было достигнуто:

- за счет действительного увеличения рождаемости, т.е. за счет увеличения возрастных коэффициентов рождаемости – на 14,03%,
- некоторого улучшения структуры женщин внутри репродуктивного возраста – на 9,45%;
- снижения доли женщин репродуктивного возраста в общей численности населения – на -4,5%, при сохранении доли женщин репродуктивного возраста, общий коэффициент рождаемости мог бы увеличиться на 22%.

Таким образом, зафиксированный рост рождаемости в период активизации демографической политики в Вологодской области, действительно, большей частью (на 74%) обусловлен увеличением интенсивности рождений.

Население региона в целом положительно оценило предпринятые правительством меры: 39% жителей региона в 2007 г. и 50% в 2008 г. сочли указанные нововведения способными увеличить рождаемость в России (рис. 24). Характерно, что сельские жители были менее оптимистичны, чем горожане.

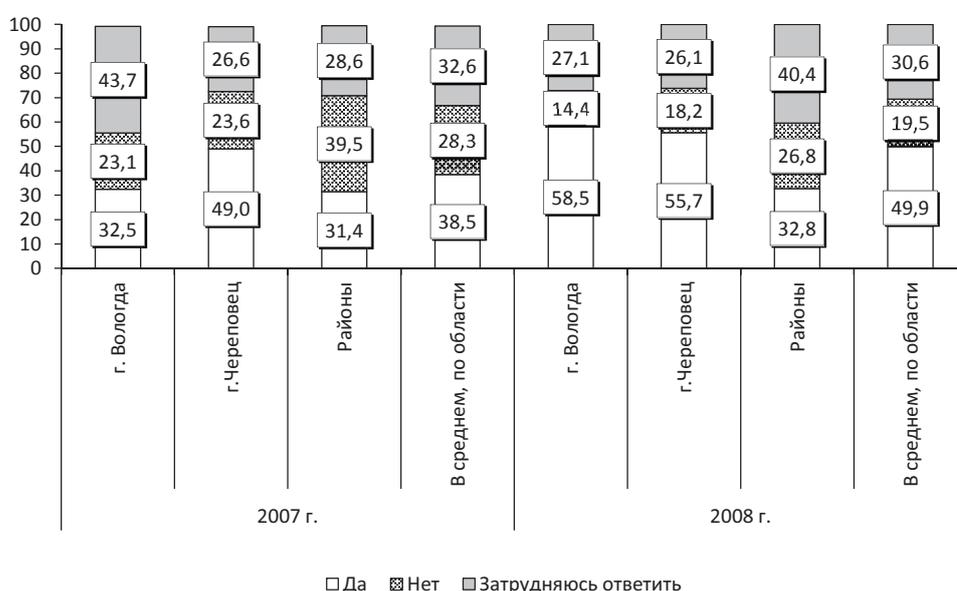


Рисунок 24. **Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка способны увеличить рождаемость в нашей стране?»** (в % от числа опрошенных, территориальный разрез)

Женщины продемонстрировали большую уверенность в действенности нововведений, чем мужчины, особенно в 2008 г. (52% женщин против 48% мужчин; рис. 25). Кроме того, женщин, не сформировавших мнение по данному вопросу, стало меньше на 5%, чем в 2007 г. и чем мужчин. Вероятно, больший оптимизм женщин обусловил введение «материнского капитала» (хотя его могут получать и отцы), т.к. его средства могут использоваться для формирования накопительной части пенсии (хотя в данном качестве он мог бы иметь значение для ограниченного числа женщин [8]).



Рисунок 25. **Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка способны увеличить рождаемость в нашей стране?»** (в % от числа опрошенных, гендерный разрез)

Новая система расчета пособия по уходу за ребенком, значительно повысившая репродуктивные намерения образованных женщин с высоким уровнем дохода [37, с. 142], несколько сгладила остроту данного периода, когда вклад женщины в доходы семьи снижается, а иждивенческая нагрузка увеличивается. Это еще раз подтвердило важность проблемы совмещения занятости женщин и репродуктивного поведения [80].

Несмотря на принятые в сфере демографической политики меры и в целом положительное к ним отношение, респонденты не планируют в связи с ними изменения личных репродуктивных планов (рис. 26).

Наименее восприимчивыми к материальному стимулированию оказались семьи с двумя и более детьми, в то время как бездетные и однопородные респонденты, пока еще не удовлетворившие потребность в детях, более склонны учесть в планировании числа детей принятые государством меры.

В целом для РФ респонденты оценивают эффективность мер демографической политики положительно, однако учитывать их в своих репродуктивных планах намерены немногие: 9% ответили, что в связи с их введением увеличат число детей в своей семье (на 1–2 детей). Это 8% бездетных респондентов/семей, 13% – однопородных, 2% – с двумя и более детьми (см. рис. 27).

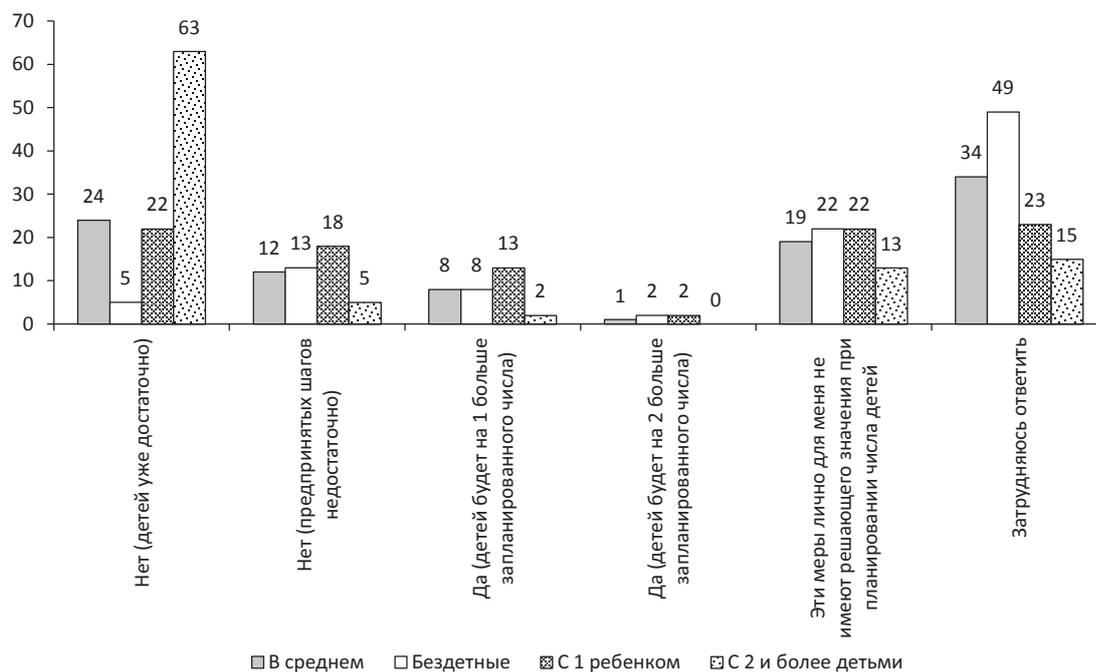


Рисунок 26. **Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?»** (в % от числа опрошенных в 2007 г.)

Эффект влияния за год несколько снизился: на 2% уменьшилась в 2008 г. доля планирующих увеличить число детей в своей семье с учетом предпринятых мер поддержки родительства по сравнению с 2007 г. и почти на 3% увеличилась доля тех, кто считает принятые меры недостаточными для реализации своих репродуктивных планов. На 5% увеличилась доля тех, для кого эти меры не имеют решающего значения при планировании числа детей, на 4% снизилась доля затруднившихся ответить (рис. 27, 28).

В отличие от общих оценок, чуть больше женщин, чем мужчин, считают данные меры недостаточными для корректировки личных репродуктивных планов, особенно в связи с тем, что «детей уже достаточно» (приложение 13).

При оценке материальных мер демографической политики население области разделилось на 3 группы:

1. Группа респондентов, положительно оценивших принятые меры.
2. Группа, для которой принятые меры не имели никакого эффекта.
3. Группа респондентов, не определившихся в своих репродуктивных планах (установках).

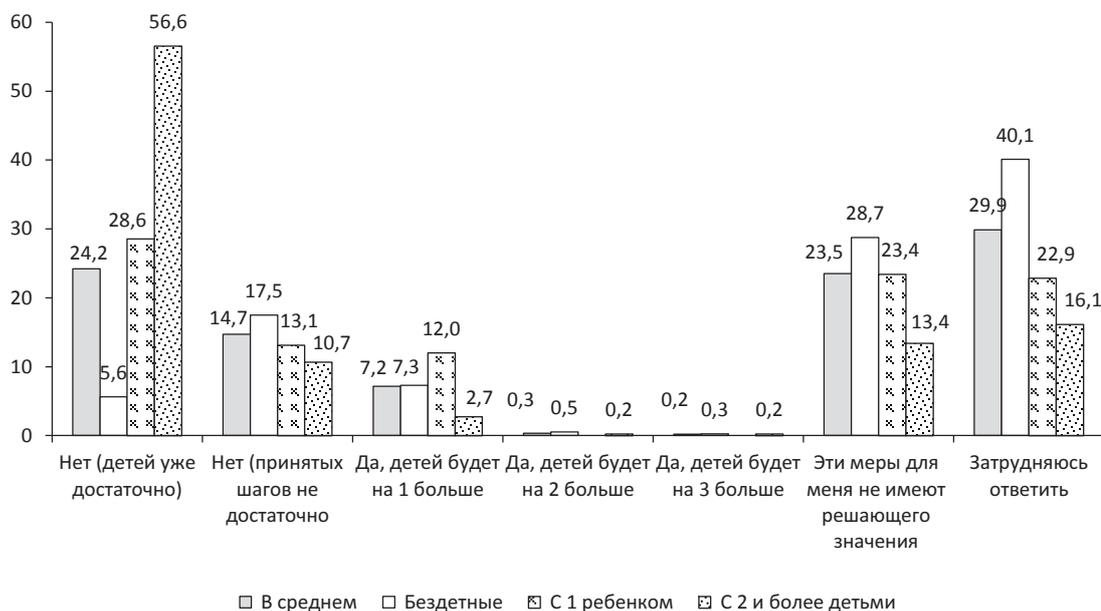


Рисунок 27. **Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?»** (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Первая группа респондентов, составляющая 10% выборки, максимально представлена в возрастном интервале от 15 до 20 лет (рис. 28).

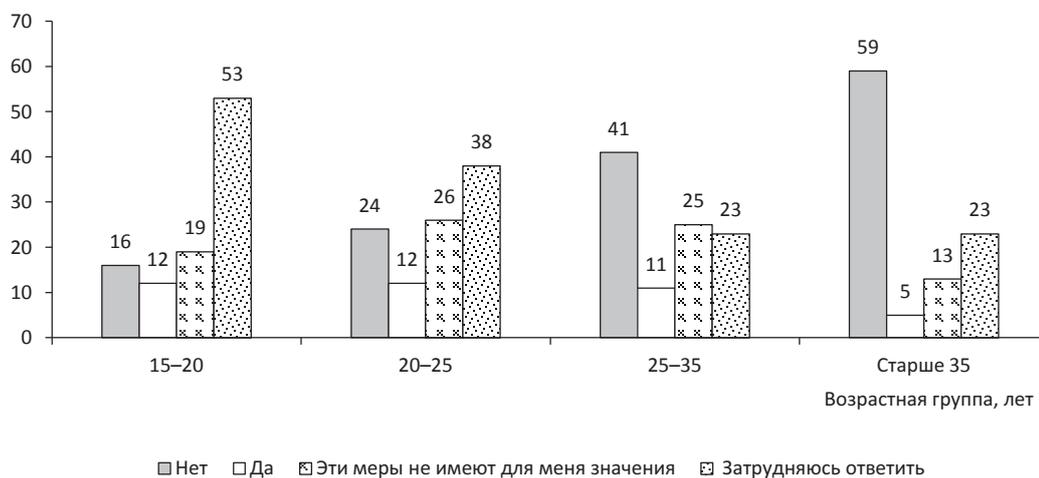


Рисунок 28. **Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?»** (в % от числа опрошенных)

Чаще всего это бездетные или однопородные респонденты с высокой установкой детности: желаемое и планируемое число детей – три и более. Уровень доходов – средний, образование – незаконченное среднее и среднее техническое. Четкой корреляции по полу не выявлено (из планирующих увеличение числа детей в семье 52% мужчин и 48% женщин). Для данной категории населения эффективность материального стимулирования рождаемости обусловлена высокими репродуктивными установками и нереализованностью репродуктивных планов в силу молодости и семейного положения. Вторая группа (56%) почти наполовину представлена респондентами возрастной группы старше 35 лет, потребность в детях у которых уже удовлетворена. Для них характерны невысокие значения желаемого и планируемого числа детей, высшее и среднее техническое образование. В данной категории населения существенный эффект принесут пропагандистские меры, направленные на повышение репродуктивных установок, изменение отношения к семье и ценностных ориентаций.

Третья группа (34%) – респонденты, затруднившиеся ответить на вопросы о репродуктивных планах в связи с принятыми государством мерами, представляют собой резерв повышения репродуктивных установок под влиянием продуманной мотивационно-стимулирующей демографической политики. К этой группе относятся мужчины и женщины в возрасте: от 15 до 20 лет – 44%, в группах 20–25 и 25–35 лет – по 18%, в старшей возрастной группе – 21%; со средним уровнем доходов по самооценке. Чаще всего это бездетные (более 60%) и малодетные респонденты с высокими репродуктивными установками (желаемое число детей – 2–4, планируемое число детей – 2–3), со средним техническим и незаконченным средним образованием. Из затруднившихся оценить влияние материальных мер демографической политики на собственные репродуктивные планы 52% – респонденты мужского пола.

Таким образом, материальное стимулирование создает предпосылки для реализации имеющихся репродуктивных установок относительно числа детности путем повышения оценок условий для желаемого деторождения. Однако в том виде, в каком существует система пособий, шансы на появление детей «сверх планируемого числа» не более 10%.

В целом же большая часть населения (49%) Вологодской области полагает, что государство должно проводить политику поддержки семьи в реализации имеющихся планов. О том, что государство должно

стимулировать семьи иметь больше детей, заявили 40% жителей области, 11% считают, что государство не должно вмешиваться в репродуктивную жизнь семьи.

Среди препятствий увеличения рождаемости традиционно первые места отдаются материальным и жилищным условиям, факторам экономического благополучия. Хотя достоверность подобных ответов относительна [7], примечательно, что значительный прирост выраженности за период исследования отмечается у фактора ценностной трансформации: в 2011 г. 14% населения области считали, что рождаемость ограничивается приоритетом карьеры, стремлением «пожить для себя» против 8% в 2005 г. (табл. 37). Об этом же говорит вышедшая на 4 место позиция «заботы, связанные с уходом за детьми».

На 97% увеличилась частота выбора такого фактора, как «риск остаться без работы», что подчеркивает актуальность проблемы занятости женщин, совмещения трудовой деятельности и репродуктивной.

Таблица 37. **Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, препятствует увеличению рождаемости в нашей стране?»** (в % от числа опрошенных)

Факторы	Год				2014 г. к 2005 г., %	Ранг			
	2005	2008	2011	2014		2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
Плохие жилищные и материальные условия большинства семей	68,3	80,4	70,0	70,7	103,5	1	1	1	1
Нестабильное экономическое положение	43,5	51,8	45,8	46,3	106,4	2	2	2	2
Риск остаться без работы	15,5	36,1	30,5	33,7	217,4	3	3	3	3
Приоритет карьеры, стремление «пожить для себя»	8,3	27,1	13,6	16,1	194,0	6	4	5	4
Заботы, связанные с уходом за детьми	12,2	25,8	15,1	12,7	104,1	5	5	4	6
Рождение неполноценного ребенка	12,5	23,5	13,4	13,3	106,4	4	6	6	5
Другое	0,6	1,3	0,5	0,4	66,7	7	7	7	7

Таким образом, эффект превалирующей в демографической политике материальной поддержки рождаемости проявляется в реализации имеющихся репродуктивных планов и, вероятно, будет непродолжительным, так как репродуктивные установки большей части населения соответствуют малодетности, имея тенденцию снижения от поколения к поколению.

Учитывая особенности репродуктивной мотивации населения [26, с. 64-65] и тот факт, что улучшение внешних условий, как правило, влияет на степень реализации имеющихся представлений о будущей детности, необходимо воздействовать и на формирование репродуктивных установок. Для этого следует расширять информационно-воспитательные механизмы стимулирования рождаемости [3, с. 66; 49, с. 83].

Опыт целевого социального воздействия применяется сравнительно недавно и изучен на локальных выборах, однако имеющиеся результаты свидетельствуют о результативности информационного влияния на репродуктивные установки. В работах Г.А. Сунгатуллиной, например, увеличение доли молодежи (студентов), ориентированной на средне- и многодетность, после специализированной беседы на демографическую тему составило 10% [129].

В Вологодской области в контексте решения проблемы высокого уровня аборт в рамках проекта «Мать и Дитя», региональной целевой программы «Безопасное материнство» было проведено исследование социально-гигиенической грамотности населения в вопросах репродукции, показавшее, что информированность населения о планировании семьи невысока (табл. 38).

Таблица 38. **Информированность населения в вопросах репродукции** (самооценка, средний балл по 5-балльной шкале, где 1 – очень плохо информирован (а), 5 – очень хорошо информирован (а))

Информированность	Возрастная группа								В среднем по выборке	
	От 15 до 25		От 25 до 30		От 30 до 35		Старше 35			
	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011
О путях заражения ВИЧ/СПИД	3,7	3,63	3,53	3,86	3,61	3,85	3,6	3,85	3,64	3,79
О первых признаках венерических заболеваний	3,07	3,2	3,26	3,53	3,32	3,56	3,24	3,6	3,17	3,47
О средствах предохранения от ИППП	3,74	3,68	3,61	3,85	3,61	3,88	3,47	3,81	3,64	3,79
О средствах предохранения от беременности	3,86	3,71	3,83	3,95	3,67	3,98	3,6	3,85	3,76	3,85
О последствиях аборта	3,31	3,36	3,38	3,76	3,27	3,69	3,46	3,74	3,35	3,63
О родах	3	3,04	3,29	3,62	3,31	3,69	3,44	3,72	3,19	3,5

В 2005 г. доля населения, показавшего очень плохую осведомленность в данных вопросах, составляла от 3 до 13% (в разных аспектах): менее всего население было информировано о первых признаках венерических заболеваний, родах и последствиях аборта. На основании полученных результатов в регионе внедрено обязательное до- и постабортное

консультирование женщин, ведется лекционная работа в образовательных учреждениях в целях профилактики abortивного поведения у молодых девушек, проводится антиabortная кампания с использованием социальной рекламы, привлечением средств массовой информации, общественных организаций. В результате в 2011 г. отмечается повышение общей осведомленности населения. Лишь 2–7% респондентов очень плохо информированы о каком-либо из предложенных вопросов, причем наименьшие баллы имеет информированность по тем же вопросам, что и в 2005 г.

В 2009 г. была начата консультативно-лекционная деятельность в профессиональных учебных заведениях в рамках межведомственной целевой программы «Охрана репродуктивного здоровья населения г. Вологды и Вологодской области», в результате доля молодых девушек, прерывавших беременность abortом, сократилась в 4 раза по сравнению с 2007 г. и составила лишь 2% (табл. 39).

Снизилась у них и кратность abortов: в 2011 г. не выявлено повторных abortов (в 2007 г. 23% девушек в возрасте от 15 до 25 лет прерывали беременность до трёх раз). Удельный вес женщин, прибегающих к искусственному прерыванию беременности, выше в старших возрастах, что объясняется кумулятивным эффектом, а также тем, что в возрасте после 35 лет незапланированные беременности вероятнее всего заканчиваются abortом.

Основой изменений abortивного поведения (и не менее значимым результатом деятельности) стало изменение репродуктивных, в частности abortивных, установок: категорически неприемлемым считали abort в 2005 г. 11% жителей области, в 2011 г. их доля увеличилась в 3 раза (до 36%); увеличилось планируемое число детей (с 1,77 в 2005 до 1,86 в 2011 г.).

Снижение уровня abortов обусловлено, с одной стороны, реализацией рождений в связи с улучшением оценок внешних условий среды под воздействием материального стимулирования рождаемости. С другой – масштабной работой, инициированной проведенным исследованием по повышению медико-гигиенической грамотности населения в вопросах репродукции.

В период с 2011 по 2014 г. отмечается ухудшение рассмотренных показателей. Отчасти это обусловлено снижением финансирования, прекращением пролонгации ряда целевых программ и отменой информационного воздействия на репродуктивные установки населения.

Таблица 39. **Изменение параметров абортивного поведения в результате реализации целевых программ**

Критерий	2005 г.	Действующие программы	2007 г.	Действующие программы	2011 г.	Действующие программы	2014 г.
Доля женщин с абортом в анамнезе, %	32	1. Проект «Мать и дитя» 2. Программа «Безопасное материнство» 3. Программа «Здоровый ребенок»	32	1. Цикл социальной рекламы «Демография – судьба народа» 2. Проект «Ты не одна» 3. Межведомственная программа «Охрана репродуктивного здоровья населения г. Вологды и Вологодской области» 4. Проект «Мать и дитя» 5. Программа «Безопасное материнство» 6. Программа «Здоровый ребенок»	20	Программа модернизации здравоохранения	35
Доля жителей, считающих аборт недопустимым, %	11		11		36		34
Информированность о последствиях аборта, балл	3,3		3,6		3,6		3,8
Среднее планируемое число детей	1,73		1,77		1,86		1,81

Полученные результаты свидетельствуют о возможности воздействия на репродуктивные установки и поведение населения информационных механизмов демографической политики.

Авторы отдают себе отчет в том, что информационное поле – это инструмент формирования в первую очередь установок населения. Его цель – повышение конкурентоспособности семьи и родительства, средне- и многодетности «на рынке личностных потребностей». Однако без изменения реальных материальных, социальных, а особенно жилищных условий полной реализации репродуктивных планов ожидать не следует.

### **3.2. Направления повышения эффективности экономического стимулирования рождаемости**

Регулирование репродуктивного поведения населения требует значительной комплексной работы по созданию условий для реализации желаемых рождений, по формированию репродуктивных установок на средне- и многодетность, адекватное контрацептивное поведение.

Обратная взаимосвязь между экономическим уровнем жизни и рождаемостью населения развитых стран выявлена давно и неоднократно подтверждена в современных российских исследованиях [63, 106, 146].

Особенности репродуктивной мотивации, характеризующейся превалированием психологических мотивов, определяют высокую эмоциональную и интеллектуальную насыщенность, времяемкость и энергозатратность воспитания ребенка.

С одной стороны, семье достаточно одного-двух детей для удовлетворения потребности в детях, с другой – семья не может себе позволить больше детей, так как слишком высоки требования самой семьи к процессу взаимодействия с ребенком и к качеству собственной жизнедеятельности. Как следствие, возникает несовпадение приоритетов семьи и государства [92].

Хотя сегодня в структуре демографической политики преобладают экономические механизмы, их эффективность не высока. Главные недостатки мер материального стимулирования рождаемости обусловлены такими обстоятельствами, как:

1. *Отсутствие достаточной информационной поддержки.* О недостаточной правовой грамотности женщин в вопросах полагающихся им видов поддержки и способов их получения свидетельствуют социологические данные [139, с. 32-33]. Широкое распространение данной информации – один из путей повышения эффекта материальных (также иных) мер.

2. *Неспособность привести к реальным изменениям положения семей с детьми.* Вклад социальных трансфертов в доход среднестатистического домохозяйства слишком мал [106] и не покрывает расходы семьи на детей. Поэтому социальная поддержка не имеет решающего значения для репродуктивных планов. Доля материнских и семейных пособий в денежных доходах домохозяйств составляла в 2010 г. 0,8%, к объему ВВП – 0,6% (табл. 40).

3. *Эпизодичность.* Определенный срок действия какой-либо меры поддержки приводит к стремлению успеть воспользоваться ею. Например, Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ, действует в период с 1 января 2007 по 31 декабря 2016 года. Концепции демографического развития и политики рассчитываются сроком на 10–12 лет, встречаются региональные программы демографического развития на срок 1–2 года. С учетом демографической природы регулируемых процессов подобные программы должны реализовываться за период, не менее длины поколения (25–27 лет), только в этом случае можно ожидать их результативности.

Таблица 40. **Расходы на выплату семейных и материнских пособий**

Показатель	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Расходы на семейные и материнские пособия – всего, млн. руб. (1995 г. – млрд. руб.)	11 982	27 042	46 736	57 811	120 828	178 786	225 475	256 307	293 590	322 738
из них:										
по беременности и родам*	920	3675	14 403	19 109	29 410	44 222	57 039	66 948	75 632	86 636
при рождении ребенка*	343	1533	8192	11 047	12 246	14 158	16 878	13 686	21 311	23 350
по уходу за ребенком до 1,5 года*	579	1757	5632	7607	54 306	75 210	97 067	119 544	139 802	152 059
ежемесячное пособие на ребенка**	10 124	19 936	18 135	19 624	24 090	32 611	40 898	43 081	938	1159
по уходу за детьми-инвалидами*	16	141	374	424	776	912	680	760	45 228	48 846
прочие семейные и материнские пособия	...	...	...	...	...	11 673	12 913	12 288	10 679	10 688
Доля семейных и материнских пособий, в %:										
к ВВП	0,8	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5
к объему денежных доходов населения	1,3	0,7	0,3	0,3	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
* По данным Фонда социального страхования Российской Федерации. ** По данным Минздравсоцразвития России. Источники: Российский статистический ежегодник 2011. – М., 2011, Российский статистический ежегодник 2013. – М., 2013.										

В данном контексте в рамках цикла воспроизводства населения целесообразно использовать принцип *цикличности* в формировании демографической политики государства. На рис. 29 в упрощенном виде представлена поддержка семьи и деторождения на разных этапах, учтены также период получения профессии (18–24 года) и начала профессиональной деятельности (22–24 года).

Два последних момента включены из соображений «замкнутости» цикла и в силу того, что данные периоды жизни [детей] весьма значимы по оценкам «родителей», обеспечение образования детей – один из факторов реализации репродуктивных планов. Была рассмотрена поддержка консультативной и медицинской, материальной направленности (на рисунке стрелки с цветной заливкой и белым фоном соответственно). Стрелки, очерченные сплошной линией, свидетельствуют о наличии довольно стабильной помощи, охватывающей в той или иной степени все население. Пунктирная линия означает, что получение определенной помощи ограничено, затруднено или требует активной деятельности субъекта поддержки.

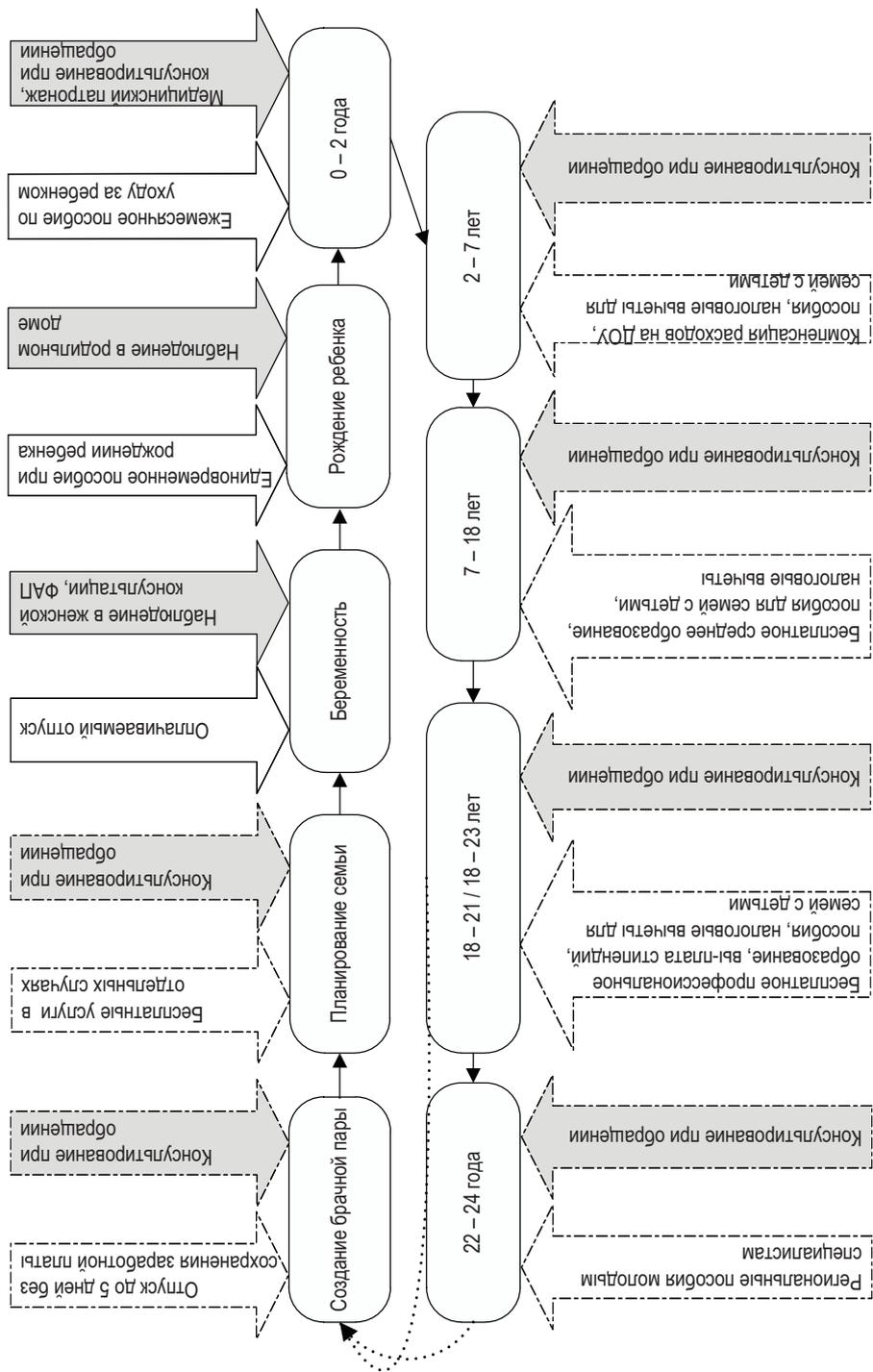


Рисунок 29. Государственная поддержка на ключевых этапах цикла воспроизводства населения

Анализ системы пособий (приложение 2; табл. 41) свидетельствует о том, что наибольшую поддержку государство оказывает в период беременности, родов и ухода за ребенком, до посещения им детского дошкольного учреждения. Поддержка имеет и материальный, и консультативный характер, причем консультирование присутствует обязательно.

Таблица 41. **Размеры пособий и расходы бюджета на их выплату в 2010 г. (Российская Федерация)**

Этап цикла воспроизводства	Размер семейных и материнских пособий, руб в мес.	Расходы бюджета, млн руб	
		Прямые выплаты	Содержание инфраструктуры
Создание брачной пары	–	–	н.д.
Планирование семьи	–	–	н.д.
Беременность	Не более, чем 34583 руб.	66948	16947*
Рождение ребенка	10 988,85 руб.	13686	
от 0 до 1,5 лет	Максимум для работающих матерей 13833,33 руб. (В среднем 6255,5 руб.) Минимум для неработающих матерей 2060,41 руб.	119544	
От 2 до 7 лет	От 100 до 500 руб.	43081	293930,0**
От 7 до 18 лет			614461,0
От 18 до 21/23 лет	–	–	55010,4** 105591,3 301884,4

\* Расходы ФСС на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни.  
\*\* Объем бюджетного финансирования дошкольных образовательных учреждений, учреждений среднего общего, начального, среднего и высшего профессионального образования.

Далее, в период посещения ребенком дошкольного учреждения и школы, материальной поддержкой охватываются лишь некоторые социально не защищенные группы населения, в первую очередь малоимущие. Консультирование может быть обеспечено педагогами (психологами, логопедами, медицинскими работниками ДООУ и учреждений общего образования), но требует заинтересованности и конкретных действий для его получения со стороны родителей.

Ситуация при получении профессионального образования аналогична, за тем исключением, что отдельный специалист, который должен работать в детском саду и школе, здесь отсутствует и для получения какой-либо консультации потребуется 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.

На этапе создания семьи (брачной пары) кроме неоплачиваемого отпуска длительностью до 5 дней, который должен предоставляться брачующимся согласно части второй ст. 128 ТК РФ, никаких специальных видов поддержки по формированию репродуктивных планов 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. материальная поддержка будет эффективна. Выплаты молодоженам практикуются во многих европейских странах (Швеция, Франция, Португалия, Греция, Люксембург, Испания и др.). В российских реалиях они могут быть предоставлены в виде целевых сертификатов. Аналогично «материнскому капиталу», «стартовый родительский капитал» было бы целесообразно направить на улучшение жилищных условий, образование и лечение детей любой очередности.

Отдельно хочется отметить планирование семьи, материальная поддержка которого выражается в возможности бесплатных аборт, в том числе по собственному желанию женщины, 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) [150].

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.

Учет необходимости государственной поддержки на протяжении всего воспроизводственного цикла ставит вопрос о разработке долгосрочных программ стимулирования рождаемости (или данного направления в программе демографического развития).

Направления работ, которые предполагает подобная программа, определены ведущими условиями реализации репродуктивных планов населения: жилищными условиями, семейным положением, медициной и образованием. В связи с этим, а также с выявленными недостатками применяемых механизмов было бы целесообразно принять следующие меры.

*В целях улучшения жилищных условий семей с детьми:*

1. 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, позволяющего выплачивать кредит. При этом кредит сопровождается залогом, обязательным страхованием жизни заемщика и/или приобретаемого имущества.

Анализ кредитного рынка [127, 136] показал, что молодая семья с одним ребенком и средним для Вологодской области уровнем заработной платы для приобретения квартиры необходимой минимальной площади<sup>15</sup> ( $18 \times 3 = 54$  кв. м) должна иметь доход, 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 минимум [95] 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 за собой снижение дохода матери на период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком и необходимость дальнейшего расширения жилплощади.

Разработка и реализация механизма, позволяющего снизить кредитное бремя при рождении очередных детей, могли бы существенно улучшить условия реализации репродуктивных планов населения. Например, в Омской области существует практика выделения субсидии

---

<sup>15</sup> 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»).

в размере 200 тыс. руб. при рождении второго ребенка на погашение ипотечного/жилищного кредита [1]. В Республике Татарстан с 2005 г. реализуется Социальная ипотека с более мягкими условиями (7% ставка, возможность кредитования без первоначального взноса) [123].

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

Число семей, состоящих на учете на получение жилья, за период с 2000 по 2010 г. снизилось с 69 до 33 тысяч, однако до 2010 г. доля получивших жилье и улучшивших жилищные условия не превышала 6% (в 2000 г. – 11%). Вместе с тем более 80% семей нуждаются в жилье и должны 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 в рамках целевых программ (с разработкой соответствующей федеральной целевой программы или иного механизма стимулирования и поддержки инициативы регионов).

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

*В целях повышения удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинского обслуживания. В рамках модернизации здравоохранения:*

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

2. Информатизация здравоохранения.

По данным мониторинга общественного мнения населения Северо-Западного федерального округа, 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% соответственно [142, с. 189-190]). Введение электронных терминалов самозаписи, наряду с другими направлениями модернизации здравоохранения, позволит повысить удовлетворенность населения медицинскими услугами.

*С учетом значимости образования детей для родителей:*

1. Сохранение всеобщего бесплатного общего и профессионального образования.

2. Финансирование материально-технической базы образовательных учреждений.

Таким образом, экономические механизмы демографической политики следует пересмотреть с учетом выявленных недостатков. Во-первых, учесть необходимость поддержки полных семей с детьми через систему налогообложения: в зависимости от числа детей увеличить значимость налоговых вычетов в бюджете домохозяйств.

Во-вторых, учесть необходимость социальной поддержки населения на всех этапах воспроизводственного цикла. Это позволит сформировать у родителей уверенность в будущем своих детей и повысить «стартовые» репродуктивные планы молодоженов.

В-третьих, решить проблему совмещения трудовой деятельности и материнства (наряду с муниципальными детскими учреждениями, поддержка частных детских садов, садов на дому, внедрение практики государственных аккредитованных нянь, компенсации расходов на их услуги; внедрение гибких форм занятости; приложение 14).

### **3.3. Организационно-управленческий механизм формирования репродуктивного поведения населения**

Согласно проведенному исследованию можно выделить два основных направления корректировки репродуктивного и в целом демографического поведения населения. Во-первых, это повышение благоприятности среды для наиболее полной реализации имеющихся репродуктивных намерений путем повышения эффективности экономических мер демографической политики. Во-вторых, формирование соответствующих целям демографического курса страны собственно репродуктивных и абортивно-контрацептивных установок, что потребует создания информационного поля – базы для данного процесса.

Регулирование репродуктивного поведения будет эффективным при условии учета выявленных проблем демографической политики.

Необходимо, в частности, дальнейшее экономическое стимулирование рождаемости, более широкое использование информационных механизмов, создание структуры органов власти, которые должны отвечать за демографическое развитие и в задачи которых войдёт следующее:

- улучшение системы сбора демографической информации и организация демографического мониторинга;
- демографическая экспертиза подготавливаемых и принимаемых решений, оценка последствий их реализации для воспроизводства населения и демографического развития;
- учет демографических факторов в разработке среднесрочных и долгосрочных стратегий социально-экономического развития страны;
- разработка концепций демографического развития, программ улучшения демографической ситуации и планов конкретных мер по их реализации (сбалансированных по целям, задачам, ресурсам, срокам и исполнителям);
- координация работы по научному обеспечению демографической политики и подготовке (переподготовке) специалистов для системы управления [44].

В контексте выявленных проблем репродуктивного поведения – малодетности, невысокой контрацептивной культуры, высокой частоты abortивного выбора, комплекса факторов, его определяющих (экономических, социальных, психологических), и недостатков существующей демографической политики предложена структура органов власти, которая может способствовать формированию и реализации средне- и многодетных репродуктивных установок, осуществляя комплексный демографический мониторинг ситуации и эффективности реализуемых мер.

Необходимость межведомственного взаимодействия для решения задач демографической политики предполагает создание координирующего органа, основной задачей которого будет организация и контроль результатов деятельности всех занятых в данной работе структур. Таким органом на федеральном уровне может стать Совет при Президенте по демографическому развитию, на региональном – координационный совет по демографическому развитию во главе с первым лицом (губернатором, президентом) субъекта Федерации.

Цель Совета при Президенте – координация деятельности ведомств и структур для повышения рождаемости. Две главные задачи:

- создание благоприятных условий для наиболее полной реализации репродуктивных намерений населения;
- создание информационного поля, способствующего формированию репродуктивных установок, соответствующих целям демографической политики России. В составе данного Совета целесообразно присутствие представителей таких органов власти, как департаменты здравоохранения, труда и занятости, социального развития, образования и культуры, а также научных учреждений, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

Главный инструмент оценки осуществляемой работы – мониторинг демографической ситуации. Он должен фиксировать тенденции демографических процессов: рождаемости, брачности, разводимости, смертности, изменения демографической структуры и т.д. Медико-социологический мониторинг отслеживает тенденции состояния здоровья населения, репродуктивного поведения и факторов, его определяющих, сензитивность населения к стимулирующему воздействию.

На рис. 30 представлена организационная схема регулирования репродуктивного (как части демографического) поведения населения на примере Вологодской области.

На региональном уровне в Совет по демографическому развитию (соответственно, при главе субъекта федерации) должны быть включены представители: органов власти (департаментов здравоохранения, труда и занятости, социального развития, образования и культуры), научных учреждений, общественных организаций (Центр общественных инициатив, Областная общественная палата, профсоюзы), региональных СМИ, религиозных организаций. Значимость деятельности на региональном уровне обусловлена тем, что они обладают полномочиями в проведении собственной политики с учетом специфики региона [15; 18, с. 12].

Для формирования репродуктивных установок выделено два смысловых блока работ:

- повышение контрацептивной культуры, регулирование abortивного поведения;
- закрепление ценности родительства, многодетности, укрепление институтов брака и семьи, профилактика раннего начала половой жизни.

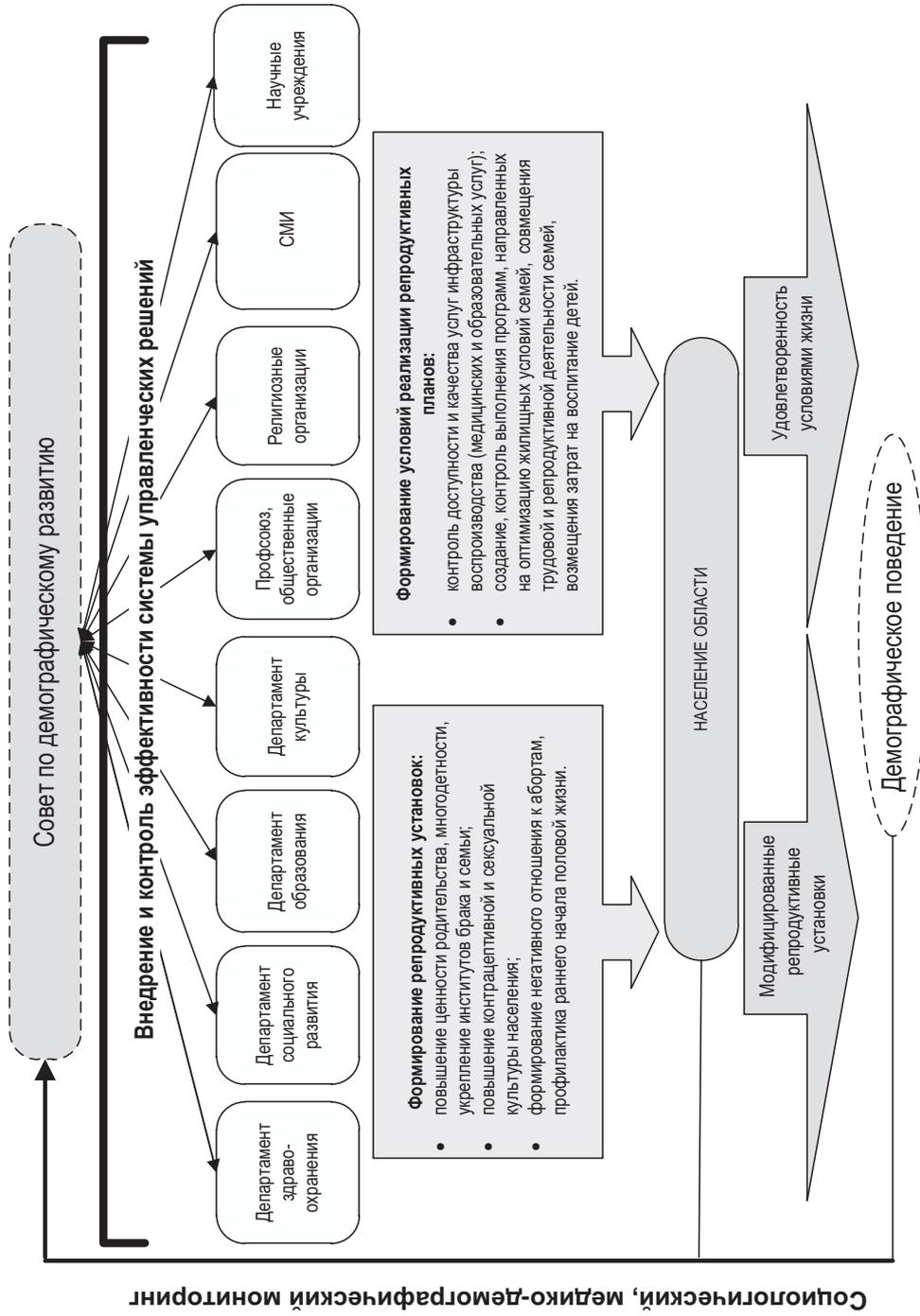


Рисунок 30. Организационная схема регулирования репродуктивного поведения населения (на региональном уровне)

Для этого необходимо задействовать все учреждения здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты, трудовых отношений, средства массовой информации. Состав, основные функции и индикаторы эффективности деятельности Совета представлены в табл. 42.

Таблица 42. Структура, функции и индикаторы деятельности Координационного совета по демографическому развитию

Состав	Представители	Функции в рамках КС по демографическому развитию	Индикаторы эффективности деятельности
Органы власти	Департамент здравоохранения	Оказание медицинской помощи Профилактика заболеваний Распространение знаний и навыков здорового образа жизни	Заболеваемость населения, смертность от предотвратимых причин, младенческая, материнская смертность, число аборт
	Департамент социальной защиты	Оказание всех видов социальной помощи семьям с детьми в достаточном объеме.	Число семей, находящихся в трудном положении, охват консультационными услугами
	Департамент образования	Формирование представлений о семье, здоровом образе жизни Обеспечение детей местами в образовательных учреждениях	Число детей, ожидающих место в ДОУ, доля детей, употребляющих алкоголь, курящих, занимающихся в спортивных и других секциях
	Департамент культуры и охраны объектов культурного наследия	Формирование представлений о семье, здоровом образе жизни	Уровень брачности, разводимости населения. Охват населения работой с постоянным участием (семейные клубы, кружки и т.д.)
	Департамент труда и занятости	Разработка механизмов по обеспечению занятости граждан, имеющих детей в возрасте до 3 лет, молодежи	Организация альтернативных форм присмотра за детьми. Уровень безработицы в данных группах
	Департамент финансов	Выделение средств, достаточных для проведения мер повышения рождаемости населения	Исполнение бюджета
Общественные организации	Общественная палата, Центр общественных инициатив	Демографическая экспертиза законопроектов и программ, принимаемых в регионе	Доля законопроектов, программ и пр., прошедших демографическую экспертизу
Региональные СМИ	Рен ТВ-Вологда, ВГТРК Русский Север	Формирование информационного поля Информационное сопровождение мероприятий	Информированность населения по вопросам, касающимся демографического развития региона
Религиозная организация	Епархия	Формирование представлений о семье, семейном образе жизни, воспитании детей	Уровень брачности, разводимости населения. Доля воцерковленного населения

Анализ существующего информационного потока, проведенный методом контент-анализа СМИ и Интернет разными исследователями [12, 64, 98], в том числе и автором, позволил сделать следующий вывод в контексте исследования: информационное поле характеризуется бессистемностью, отсутствием контроля и противоречивостью транслируемых норм и ценностей, в целом не способствует формированию высоких репродуктивных ожиданий.

Организованный информационный поток, контролируемый органами власти в форме координационного совета по демографическому развитию, даст возможность формировать среду для актуализации просемейных ценностей, с одной стороны, а с другой – осуществлять независимую экспертизу репродуктивно значимых услуг на всех этапах воспроизводства населения, оптимизировать условия реализации репродуктивных планов.

*1. Повышение контрацептивной культуры, регулирование abortивного поведения.*

Первое направление работ будет касаться, в первую очередь, организации деятельности учреждений здравоохранения. Огромная работа по формированию системы консультирования женщин уже проведена в Вологодской области Департаментом здравоохранения и дала заметные результаты: снизилась доля молодых женщин (в возрасте 15–25 лет), прибегавших к искусственному прерыванию беременности, – с 9% в 2007 г. до 2% в 2014 г.; произошло общее снижение доли женщин, имеющих аборт в анамнезе, – с 32 до 20%. Вместе с тем уровень абортов в регионе, согласно классификации ООН<sup>16</sup>, в 2010 г. впервые определялся как средний (ранее область по числу абортов на 1000 женщин фертильного возраста стабильно попадала в группу регионов с высоким уровнем абортов).

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

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

<sup>16</sup> Уровни частоты абортов на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10–19, средний – 20–49, высокий – 50 и более.

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 детьми [139]. Поэтому целесообразно наладить не только медико-социальное, но и юридическое консультирование женщин, что будет способствовать повышению процента сохраненных жизней. Для принятия женщиной более взвешенного решения в указанный период она 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. 31.

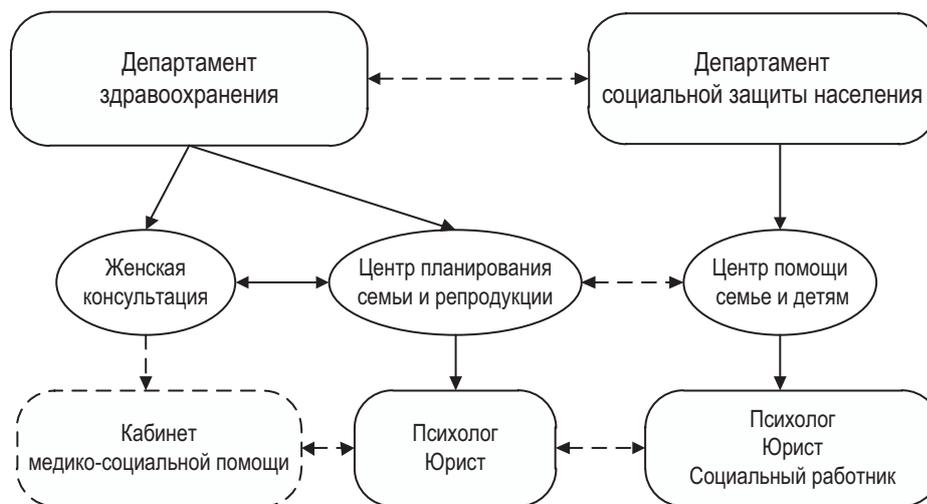


Рисунок 31. **Схема взаимодействия субъектов профилактики и предотвращения abortивного выбора**

В Вологодской области, кроме представленных на схеме учреждений, существует общественная организация «Центр общественных инициатив»<sup>17</sup>, 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 подготовлены цикл роликов с социальной рекламой против abortов и пропагандой семейных ценностей, а также брошюры, наружная реклама по этой тематике.

Следует отметить, что скоординированная деятельность субъектов данной подсистемы по оказанию медико-социальной, юридической помощи была бы более эффективной.

Данная схема взаимодействия учреждений будет способствовать и решению проблемы бесплодия. В ситуации затрудненности зачатия женщины и их партнеры нуждаются в психологической, юридической и материальной помощи, поскольку лечение бесплодия затратно, а о репродуктивных правах население осведомлено слабо [17].

В рамках программы модернизации здравоохранения РФ предполагается создание информационной системы, целью которой является управление качеством в сфере организации охраны здоровья граждан

<sup>17</sup> Официальный сайт. – URL: <http://www.coi.su/>

и обеспечение открытости системы здравоохранения [86], что, несомненно, станет большим шагом в повышении качества предоставляемых услуг.

*II. В таких направлениях, как повышение ценности родительства, многодетности, укрепление институтов брака и семьи, профилактика раннего начала половой жизни, целесообразны следующие меры:*

1. Внесение корректив в законодательную базу, регулирующую 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. Расширение практики заключения брачного контракта.

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

3. Расширение практики психологической помощи гармонизации внутрисемейных отношений. Использовать все возможные механизмы информирования населения о предоставляемых услугах.

4. Включение в образовательные программы курсы «Этика и психология семейной жизни», «Семьеведение» и пр. (на выбор школ) в программу общего образования за счет регионального компонента. Раздельно преподавать отдельные дисциплины, такие как «Технология» (домоводство и труд) и «Физическая культура» и т.д.

5. Увеличение временной квоты на социальную рекламу просемейной тематики, опирающейся на «вечные» ценности любви, добра, целомудрия, родительства и семейных связей. Создание серии роликов социальной рекламы просемейной тематики, разработка механизмов поощрения создания телевизионной продукции, содержащей положительный образ полной среднетной семьи.

6. Принять закон о регулировании торговли продукцией эротического содержания (возрастной ценз, продажа в непрозрачной упаковке).

Резюмируя вышесказанное, отметим, что демографический мониторинг будет фиксировать тенденции демографических процессов: рождаемости, брачности, разводимости, смертности, изменения демографической структуры и т.д., медико-социологический – тенденции состояния здоровья населения, репродуктивного поведения и факторов, его определяющих, удовлетворенность населения доступностью и качеством

репродуктивно значимых услуг, оценку благоприятности других социально-экономических, политических условий для деторождения и чувствительность населения к стимулирующему воздействию. Перечень показателей и ответственных за их получение представлен в приложении 15.

На наш взгляд, весь массив информации следует концентрировать в независимом научном учреждении, которое будет ежегодно готовить научный отчет о полученных результатах в тесном взаимодействии с остальными ответственными за сбор данных. Отчет представляется всем структурам, входящим в Координационный совет. Объективная оценка происходящих изменений обеспечит своевременную обратную связь, что существенно расширит возможности для корректировки предпринимаемых мер.

## **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

В монографии представлены результаты анализа репродуктивного поведения населения как главного ресурса повышения рождаемости и преодоления депопуляционных тенденций. Рассмотрены динамика, особенности и факторы формирования и реализации репродуктивных установок, являющихся определяющим условием детности семей. Показано, что при системном подходе к демографической политике возможно обеспечить воспроизводство населения и устойчивое социально-экономическое развитие.

При проведении исследования был использован комплексный подход, что обусловлено междисциплинарным характером предмета. Репродуктивное поведение населения рассмотрено с точки зрения демографии (количественные и качественные характеристики населения), экономики (экономическая оценка репродуктивных потерь), социологии (социологический опрос как один из применяемых методов исследования), психологии (репродуктивная мотивация) и медицины (репродуктивное здоровье).

Основные результаты исследования состоят в следующем.

1. Комплексный анализ репродуктивного поведения требует комбинированного подхода к его пониманию, что позволяет учитывать многоаспектность, единство психологической, биологической, экономической, социальной, демографической и медицинской природы данной категории.

2. Корректировка репродуктивного поведения населения – единственный ресурс повышения рождаемости, так как, по данным прогноза, численность женщин репродуктивного возраста будет снижаться

(структурный ресурс исчерпан). В связи с тем что репродуктивное поведение – многоаспектная категория, для его корректировки требуется системный межведомственный подход.

3. Экономическая оценка недопроизведенного ВВП страны в связи с младенческой и материнской смертностью, прерываниями беременности абортom ежегодно составляет примерно 8%. Доля абортов в них составляет примерно 90%. В Вологодской области экономический ущерб вследствие более высокого уровня абортов составил 10% ВРП в 2009 г. За последние 10 лет наблюдается снижение репродуктивных потерь, связанное с развитием консультирования населения по вопросам репродукции, планирования семьи (Вологодская область с 2003 г. участвует в проекте «Мать и Дитя»), улучшением материально-технической базы здравоохранения (в рамках региональных программ, Национального проекта «Здоровье»). Полученные позитивные результаты свидетельствуют об управляемости репродуктивного поведения при осуществлении системного подхода и использовании адекватных природе проблемы механизмов воздействия.

4. При сопоставлении идеальной модели репродуктивного поведения с существующей выявлены ее «недостатки». Это более низкие установки детности (43% населения ориентированы на 2 детей); допустимость абортов (64% респондентов считают аборт допустимым); распространение низкоэффективной контрацепции (26–29% населения, живущего половой жизнью, регулярно используют методы контрацепции с индексом Пирла до 50%); либеральность по отношению к добрачным связям и смене партнеров (64% респондентов нейтрально и положительно относятся к сожительству).

5. Поскольку планируемая детность зависит на 50% от представлений о желаемом числе детей, необходимо активировать работу по формированию средне- и многодетных репродуктивных установок. Для этого необходимо расширить просветительско-воспитательные (информационные) механизмы демографической политики.

6. Основными внешними факторами, влияющими на реализацию желаемых рождений, являются материальные и жилищные условия населения, оценка их благоприятности.

Проведенный анализ репродуктивных установок населения показал, что, с одной стороны, потребность в детях конкурирует с другими потребностями индивида и/или семьи; с другой стороны, растут требования к качеству воспитания детей, что увеличивает его затратность.

Превалирование репродуктивных мотивов психологической группы снижает количественный показатель детности до 1–2 детей, в крайнем случае, полностью замещается бездетностью – «Child free».

Потребность семьи в детях вступает в конфликт с потребностью государства в человеческих ресурсах. Репродуктивные планы реализуются не в полной мере (желаемое число детей в период исследования стабильно превышает планируемое), что позволяет сделать предположение о недостаточной эффективности демографической политики, и в первую очередь ее материальных механизмов. Государство неизбежно должно компенсировать семье затраченные ресурсы на воспроизводство, обеспечить наиболее благоприятные условия жизнедеятельности средне- и многодетных семей.

7. Выполненный анализ демографической политики в области рождаемости позволил выявить причины, снижающие ее эффективность, и определить перспективные направления ее оптимизации.

Демографическая политика России в области повышения рождаемости имеет три существенных недостатка: а) низкая эффективность экономических механизмов; б) их превалирование (80%); в) отсутствие координирующего органа власти на федеральном уровне, отвечающего за демографическое развитие страны и реализацию механизмов, направленных на снижение рождаемости (распространение и доступность средств регулирования детности, в том числе бесплатно, для населения, и высокая экономическая активность женщин).

Государственная поддержка осуществляется не на всех этапах воспроизводственного цикла населения, о чем свидетельствует тот факт, что в период создания брачной пары наблюдается значительный разрыв между идеальной, желаемой и планируемой детностью. Охват всех репродуктивно значимых событий (от зачатия до начала профессиональной деятельности) будет давать уверенность в завтрашнем дне, способствовать более полной реализации имеющихся репродуктивных планов в среднесрочной перспективе и формированию более высоких репродуктивных установок в долгосрочной.

Необходимость комплексного подхода к регулированию репродуктивного поведения и разработке долгосрочной целевой программы демографического развития требует создания координирующего органа, обеспечивающего межведомственное взаимодействие и контроль эффективности включенных в данную деятельность структур.

Главным инструментом оценки ситуации должен стать регулярный мониторинг демографического поведения, репродуктивного здоровья населения.

Для смягчения конкуренции трудовой и репродуктивной деятельности семьи возможно использование таких двух механизмов, как широкое внедрение гибких форм занятости (частичная, неполная занятость и т.д.) и признание репродуктивного труда, позволяющих обеспечить семьям с детьми уровень дохода, сопоставимый с получаемым занятыми в экономике.

Решение проблемы абортс необходимо осуществлять в комплексе с работой по формированию репродуктивных установок на семейную жизнь, ответственное родительство, в целях профилактики раннего начала половой жизни и формирования сексуальной культуры.

Изменение репродуктивного поведения невозможно без изменения репродуктивных установок, для чего нужно формировать просемейную систему ценностей. Благоприятные условия жизнедеятельности семей с детьми будут способствовать и формированию репродуктивных планов, и их более полной реализации.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аналитический Центр по ипотечному кредитованию и секьюритизации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.rusipoteka.ru/lenta/market/kompensacii\\_pogasheniyu\\_ipotechnogo\\_kredita/](http://www.rusipoteka.ru/lenta/market/kompensacii_pogasheniyu_ipotechnogo_kredita/)
2. Андрющенко, Я.В. Влияние материальных условий жизни на рождаемость и проблемы демографической политики [Электронный ресурс] / Я.В. Андрющенко // Демографические исследования. – 2010. – № 6. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=5&idArt=788](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=788).
3. 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.
4. Антонов, А.И. Социология рождаемости [Текст] / А.И. Антонов. – М., 1980. – 161 с.
5. Антонов, А.И. Социология семьи [Текст] / А.И. Антонов, В.М. Медков. – М. : Изд-во Международного университета бизнеса и управления, 1996. – 304 с.
6. Архангельский, В.Н. Демографическое поведение и его детерминация [Текст] / В.Н. Архангельский, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева, Л.Ю. Иванова. – М. : ТЕИС, 2005.
7. Архангельский, В.Н. Мнения о «помехах» к рождению детей в семье и о действительных трудностях реализации желаемого числа детей [Электронный ресурс] / В.Н. Архангельский // Демографические исследования. – 2010. – № 3. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=20&idArt=320#\\_ftnref5](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=320#_ftnref5).
8. Бабкин, А.С. Влияние рождения второго ребенка на объемы пенсионных накоплений матерей [Текст] / А.С. Бабкин // SPERO. – 2008. – № 9. – С. 105-124.
9. Багирова, А.П. Продуктивный и репродуктивный труд: сравнительный анализ [Текст] / А.П. Багирова // Человек и труд. – 2008. – № 12. – С. 30-32.
10. Багирова, А.П. Репродуктивный труд: генезис научных представлений [Текст] / А.П. Багирова, М. Абилова // Человек и труд. – 2010. – № 3. – С. 56-58.

11. Барбасов, А.А. Жилищные условия как фактор репродуктивного поведения [Текст]: автореферат дис. ... канд. социол. наук / А.А. Барбасов. – М., 2008.
12. Белобородов, И.И. Изображение семьи и родительства в телерекламе [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=20&idArt=833](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=833).
13. Белобородов, И.И. По материалам доклада «О состоянии институционально-организационной базы и ресурсном обеспечении демографической политики в Российской Федерации» на форуме «Святость материнства» (27–28 ноября 2010 г.) [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=5&idArt=1825#\\_ftn5](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1825#_ftn5).
14. Белова, В.А. Планирование семьи: вчера, сегодня, завтра [Электронный ресурс] / В.А. Белова. – Режим доступа: <http://www.manada.ru/med/a-14/180/index.shtml>.
15. Белова, В.А. Статистика мнений в изучении рождаемости. [Текст] / В.А. Белова, Л.Е. Дарский. – М. : Статистика, 1972. – 144 с.
16. Бодрова, В.В. Репродуктивное здоровье российских женщин в конце XX столетия [Текст] / В.В. Бодрова // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2001. – № 1 (51). – С. 55-59.
17. Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период [Текст] / В.В. Бодрова // Народонаселение. – 1999. – № 2. – С. 11.
18. Бойко, Ю.П. Региональная демографическая политика в контексте национальной безопасности России [Текст] / Ю.П. Бойко, Э.Л. Садыкова // Народонаселение. – 2010. – № 1. – С. 11-18.
19. 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](http://www.demographia.ru/articles_n/index.html?idR=13&idArt=131).
20. Борисов, В.А. Демография [Текст] / В.А. Борисов. – М.: Издательский дом NOTABENE, 2001. – 272 с.
21. Борисов, В.А. Демография и социальная психология [Текст] / В.А. Борисов. – М., 1970. – С. 8.
22. Веселкова, И.Н. Как сохранить нацию [Текст] / И.Н. Веселкова, Ю.М. Комаров. – М. : Академкнига, 2002. – 429 с.
23. Вишневский, А.Г. Избранные демографические труды [Электронный ресурс] / А.Г. Вишневский. – М. : Наука, 2005. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/vishnevskij/tom1.pdf>
24. Вишневский, А.Г. Цивилизация, культура и демография [Текст] / А.Г. Вишневский // Общественные науки и современность. – 2011. – № 2. – С. 57-76.
25. Глазьев, С.Ю. Геноцид [Текст] / С.Ю. Глазьев. – М. : Терра, 1998. – 319 с.
26. Государственная политика вывода России из демографического кризиса [Текст] / под ред. С.С. Сулакшина. – М., 2007. – 888 с.

27. Гурович, И.Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии [Текст] / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов. – М. : Медпрактика-М, 2003. – С. 264.
28. Демографическая модернизация России: 1900–2000 [Текст] / под ред. А.Г. Вишневого. – М. : Новое издательство, 2006. – 601 с.
29. Демографическая нагрузка: последние годы благоприятной динамики: аналитический материал [Электронный ресурс] / Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский, Е.А. Кваша, Т.Л. Харькова. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0215/tema04.php>
30. Демографический ежегодник Вологодской области [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 407 с.
31. Демографический ежегодник России. 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
32. Демографический ежегодник России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2005. – 595 с.
33. Демографический ежегодник России. 2007 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 551 с.
34. Демографический ежегодник России. 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
35. Демографический ежегодник России. 2009 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
36. Демографический понятийный словарь [Текст] / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М. : ЦСП, 2003. – 352 с.
37. Детерминанты репродуктивного поведения населения и факторы семейного неблагополучия: результаты панельных исследований [Текст] / авторский коллектив: Л.Н. Овчарова (отв. редактор), М.А. Малкова, Л.И. Ниворожкина, А.И. Пишняк, Д.О. Попова, О.В. Синявская, А.С. Сухова, А.О. Тындик, К.Г. Абазиева. – М. : Московский общественный научный фонд; Независимый институт социальной политики, 2010. – 247 с.
38. Дети в России. 2009 [Текст]: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат. – М. : Статистика России, 2009. – С. 122.
39. Доброхлеб, В.Г. Возрастные и гендерные стереотипы в контексте демографического старения [Текст] / В.Г. Доброхлеб // Материалы международной научной конференции «Население, семья, уровень жизни». – М. : М-Студио, 2008. – С. 38-44.
40. Доброхлеб, В.Г. Динамика и структура населения России в будущем [Текст] / В.Г. Доброхлеб // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда, 2010. – № 12. – С. 62-70.
41. Доклад международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 5–13 сентября 1994 года) [Текст]. – Нью-Йорк : ООН, 1995. – С. 42-43.
42. Долбик-Воробей, Т.А. Студенческая молодежь о проблемах брака и рождаемости [Текст] / Т.А. Долбик-Воробей // Социс. – 2003. – № 11.
43. Европейское региональное бюро ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int>

44. Елизаров, В.В. Стимулирование рождаемости и поддержка семей с детьми в современной России [Текст] // Рождаемость и планирование семьи в России: История и перспективы / под ред. И.А. Троицкой, А.А. Авдеева. – М., 2011. – 177 с.
45. Ермаков, С.П. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях) [Текст] / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинко. – М., 2000. – 96 с.
46. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 108 с.
47. Женщины и мужчины России – 2008 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
48. Захаров, С.В. Когортный анализ смертности населения России [Электронный ресурс] / С.В. Захаров. – Режим доступа: [http://www.demoscope.ru/center/zacharov/zachar\\_rus.html](http://www.demoscope.ru/center/zacharov/zachar_rus.html)
49. 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. 69-84.
50. Здравоохранение в России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.
51. Здравоохранение в России. 2007 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/bgd/regl/B07\\_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm)
52. Здравоохранение в России. 2009 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: [www.gks.ru/bgd/regl/b09\\_34/Main.htm](http://www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm)
53. Зорина, З.А. Зоопсихология. Элементарное мышление животных [Текст] / З.А. Зорина, И.И. Полетаева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 320 с.
54. Зубченко, Л.А. Семейная политика Франции [Электронный ресурс] / Л.А. Зубченко // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество», 2011. – № 449-450. – Режим доступа: [http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0449/analit03.php#\\_FN\\_6](http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0449/analit03.php#_FN_6)
55. Илышев, А.М. Стратегия включения репродуктивного труда в экономику России [Текст]: монография / А.М. Илышев, И.В. Лаврентьева. – М.: Финансы и кредит, 2005. – 368 с.
56. Институт здоровья семьи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ifhealth.ru/>
57. Калачикова, О.Н. Методологические аспекты исследования репродуктивного поведения [Электронный ресурс] / О.Н. Калачикова // Социологические методы в современной исследовательской практике: сб. статей. – М.: НИУ ВШЭ, 2011. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – С. 416-419.
58. Калачикова, О.Н. Особенности репродуктивного поведения населения, лимитирующие уровень рождаемости (на примере Вологодской области) [Текст] / О.Н. Калачикова // VI Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2010»: сб. тез. – М.: МАКС Пресс, 2010. – 1884 с.

59. Калачикова, О.Н. Репродуктивные планы семьи: факторы реализации [Электронный ресурс] / О.Н. Калачикова // Мат-лы Междунар. молодежн. научн. форума «ЛОМОНОСОВ-2010». – М.: МАКС Пресс, 2010. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).
60. Калачикова, О.Н. Социально-гигиеническая грамотность в системе условий формирования репродуктивного поведения населения [Текст] / О.Н. Калачикова // Проблемы развития территории. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2011. – № 2 (54) – С. 64-71.
61. Капица, С.П. Модель роста населения Земли и экономическое развитие человечества [Текст] / С.П. Капица // Вопросы экономики. – 2000. – № 12. – С. 85.
62. Кафедра социологии семьи Социологического факультета МГУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.socio.msu.ru/?s=main&p=chair-i>
63. Кирута, А.Я. Неравенство, экономический рост и демография: неисследованные взаимосвязи [Текст] / А.Я. Кирута, А.Ю. Шевяков. — М. : М-Студио, 2009. – 188 с.
64. Клупт, М.А. Формирование демографической политики в современной России: социологический анализ [Текст] / М.А. Клупт // Социс. – 2003. – № 12.
65. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года: одобрена распоряжением Правительством Российской Федерации от 24.09.2001 № 1270-р. [Электронный ресурс] // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
66. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 № 1351 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://text.document.kremlin.ru>
67. Копейкина, М.А. Экономико-математическое моделирование репродуктивного поведения населения региона [Текст] / М.А. Копейкина // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вологда, 2006. – № 32. – С. 55-63.
68. Кузьмин, А.И. Жизненные стратегии как регуляторы демографического поведения семьи и населения [Текст] / А.И. Кузьмин, Т.В. Примаков, А.А. Кузьмина // Экономика региона. – 2011. – № 3. – С. 63-69.
69. 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>
70. Лаврентьева, И.В. О механизме регулирования репродукционного процесса в регионе [Текст] / И.В. Лаврентьева // Проблемы теории и практики управления. – 2003. – № 6. – С. 63-69.
71. Лебедь, О.Л. Социальные последствия депопуляции в России [Электронный ресурс] / О.Л. Лебедь // Демографические исследования. – 2010. – № 7. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=5&idArt=1089](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1089)

72. Лысюк, Е.В. Факторы, влияющие на рождаемость и среднее число детей [Электронный ресурс] / Е.В. Лысюк // Ломоносовские чтения. – 2002. – Т. 1. – Режим доступа: <http://lib.socio.msu.ru/l/library?e=d-000-00---0lomon--00-0-0-0prompt-10---4-----0-11--1-ru-50---20-about---00031-001-1-0windowsZz-1251-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01fda9916c94337b0e2aee21.2.11>
73. Максаковский, В.П. Географическая картина мира [Текст] / В.П. Максаковский. – М. : Дрофа, 2008. – Кн. 1. – 495 с.
74. Мак-Фарленд, Д. Поведение животных. Психобиология, этология и эволюция [Текст] / Д. Мак-Фарленд. – М. : Мир, 1988. – 520 с.
75. Медков, В. М. Демография [Текст] : учебное пособие / В.М. Медков. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 683 с.
76. Министерство здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/child/45>
77. Мировая статистика здравоохранения – 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/statistics>
78. Мировые демографические тенденции [Текст] : доклад Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна на 42 сессии Комиссии по народонаселению и развитию. – Нью-Йорк, 2009. – 28 с.
79. Младенческая смертность в г. Москве / под ред. И.П. Катковой: приложение к журналу «Народонаселение». – М. : ИСЭПН, 2000. – С. 77-78.
80. Мосакова, Е.А. Занятость и репродуктивное поведение женщин в современной России [Текст]: автореферат дис. ... канд. экон. наук / Е.А. Мосакова. – М., 2009.
81. Народонаселение: энциклопедический словарь [Текст]. – М., 1994. – 640 с.
82. Население России 2008 [Текст] : Шестнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский ; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики, 2010. – 352 с.
83. Национальная ассоциация обучения воздержанию США (National Abstinence Education Association) : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.abstinenceassociation.org>
84. Нобелевская премия по экономике 1992 г. Гэри Беккер. [Электронный ресурс] // Нобелевские лауреаты по литературе, медицине, химии, физике, экономике и мира с 1901 по 2009 год. – Режим доступа: [Nobeliat.ru](http://Nobeliat.ru)
85. О выполнении в 2007–2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков [Электронный ресурс] : доклад Т. Голиковой на заседании Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных нацпроектов и демографической политике 19 января 2010 г. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52>
86. О приоритетных направлениях информатизации в рамках региональных программ модернизации здравоохранения и перспективах реализации проекта

по созданию информационной системы в здравоохранении в 2010–2012 гг. [Электронный ресурс]: доклад директора Департамента информатизации Минздрава России О.В. Симакова 18 августа 2010 г. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/217495/>

87. Образование в Вологодской области в 2005–2009 гг.: стат. сб. [Текст] / Вологдастат. – 2010. – С. 12.

88. Осипов, Г.В. Стратегия выхода России из демографического кризиса [Текст] / Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев // Демографические перспективы России. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 364.

89. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007, 2009, 2010.

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

91. Пасовец, Ю.М. Репродуктивные установки населения региона [Электронный ресурс] / Ю.М. Пасовец // Мат-лы VIII Междунар. науч. конф., г. Москва, 18–19 декабря 2009 г. – Режим доступа: <http://demografia.viperson.ru/wind.php?ID=425429>.

92. Плющ, И.В. Эволюция репродуктивной мотивации семьи [Текст] / И.В. Плющ // Психическое здоровье. – 2006. – № 12. – С. 3-9.

93. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 10.05.2006 // Интернет-версия системы Консультант-Плюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

94. Постановление Правительства Вологодской области от 19 сентября 2005 г. № 1019 «О реализации закона области от 1 июня 2005 года № 1285-ОЗ «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан» // Интернет-версия системы Консультант-Плюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

95. 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. // Интернет-версия системы Консультант-Плюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

96. Предварительные итоги переписи населения России в 2010 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.perepis-2010.ru/results\\_of\\_the\\_census/results-inform.php](http://www.perepis-2010.ru/results_of_the_census/results-inform.php)

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

98. 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](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=321)

99. Прохор, М.Ф. Статистическое исследование и прогнозирование постарения населения в г. Москва [Текст]: дис. ... канд. эконом. наук / М.Ф. Прохор. – М., 2003. – 150 с.
100. Путин, В.В. Выступление на VI заседании общественной организации «Всероссийское педагогическое собрание» 31 мая, НИТУ «МИСиС» [Электронный ресурс] / В.В. Путин. – Режим доступа: <http://www.misis.ru>
101. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
102. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы [Текст] / коллектив авторов под рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда : ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.
103. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Экономика Северо-Запада: проблемы и перспективы развития. – 2004. – № 2. – С. 134-140.
104. Римашевская, Н.М. Детство как потенциал социально-демографического развития России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2011. – № 2. – С. 4-11.
105. Римашевская, Н.М. Здоровье человека – здоровье нации [Текст] / Н.М. Римашевская // Экономические стратегии. – 2006. – № 1. – С. 36-41.
106. Римашевская, Н.М. Риски бедности в современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – М., 2010. – № 2 (48). – С. 7.
107. Россия и страны мира – 2008 г. [Электронный ресурс] : стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)
108. Россия и страны мира – 2010 г. [Электронный ресурс] : стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)
109. Руководство по охране репродуктивного здоровья [Текст] / под ред. В.И. Кулакова. – М. : Триада-Х, 2001. – 568 с.
110. Русанова, Н.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии – фактор повышения рождаемости и компонент инновационного развития [Электронный ресурс] / Н.Е. Русанова, О.Г. Исупова // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – 2010. – № 409-410. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0409/analit04.php>
111. Русанова, Н.Е. Репродуктивное здоровье как фактор демографического развития [Текст] / Н.Е. Русанова // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: сб. тез. II Всерос. социолог. конгресса. – М., 2003. – С. 35-36.
112. Рыбаковский, Л.Л. Региональная дифференциация расходов на проведение демографической политики и возможности оценки ее эффективности [Текст] / Л.Л. Рыбаковский // Народонаселение. – 2010. – № 4. – С. 51-59.
113. Сакевич, В.И. Аборт или контрацепция: что выбирают российские женщины? [Электронный ресурс] / В.И. Сакевич. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2003/0123/tema01.php>

114. Сакевич, В.И. Рождаемость и бесплодие: все ли тут ясно? [Электронный ресурс] / В.И. Сакевич // Демоскоп. – 2005. – № 219-220. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0219/reprod01.php#2>
115. Сбережение народа [Текст]: монография / под ред. Н.М. Римашевской. – М. : Наука, 2007. – 326 с.
116. Семейные стратегии, поведение на рынке труда и рождаемость в современной России : финальный отчет по гранту № R04-9161 [Текст] / О.В. Синявская, С.В. Захаров, Д.Х. Ибрагимова, М.А. Карцева; под рук. О.В. Синявской. – М., 2007. – 57 с.
117. Семья и рождаемость [Электронный ресурс]: результаты пилотного обследования населения в 2009 г. – Режим доступа: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2010/family.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm)
118. Синельников, А.Б. Семейная жизнь и религиозность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=20&idArt=247#\\_ednref1](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=247#_ednref1)
119. Смирнов, А. Низкая рождаемость и старение населения: причины, последствия, варианты политики [Электронный ресурс] / А. Смирнов // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – 2005. – № 215-216. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0215/analit01.php>
120. Современная демографическая политика: Россия и зарубежный опыт // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2005. – № 25 (277). – 80 с.
121. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/#>
122. Современная демография / под ред. А.Я. Кваши, В.А. Ионцева. – М., 1995. – С. 219.
123. Социальная ипотека в Татарстане [Электронный ресурс] // Инвест-профит. – Режим доступа: <http://www.invest-profit.ru/nedvizhimost/ipoteka/1168-socialnaya-ipoteka-v-tatarstane.html>
124. Социальное и демографическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя [Текст] / под рук. Т.М. Малеевой, О.В. Синявской. – М., 2010. – 172 с.
125. Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа [Текст]: стат. сб. – Вологда, 2007. – 104 с.
126. Социология: словарь-справочник [Текст]. – М., 1991. – Т. 3. – С. 141-142.
127. Сравнение ипотечных кредитов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://uslugi.yandex.ru/banki/ipoteka/index.xml?region=21>
128. Стратегия демографического развития России [Текст] / под ред. В.Н. Кузнецова, Л.Л. Рыбаковского. – М. : ИСПИ РАН, 2005. – 208 с.

129. Сугнатуллина, Г.А. Ценностные ориентации подростков и молодежи, приобретающих опыт социально значимой деятельности [Текст] / Г.А. Сугнатуллина // Вестник МГУ. – Серия 18. Социология и политология. – 2002. – № 3. – С. 158-163.
130. Тинберген, Н. Социальное поведение животных [Текст] / Н. Тинберген. – М., 1993. – 149с.
131. 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](http://www.rmj.ru/articles_3555.htm)
132. Факторы рождаемости [Текст] / под ред. А.Г. Волкова. – М. : Статистика, 1971. – 88 с.
133. Федеральный закон Российской Федерации «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
134. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
135. Федеральный закон Российской Федерации «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
136. Фонд развития ипотечного жилищного кредитования Вологодской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ipoteka.vologda.ru/>
137. Ценностные и репродуктивные ориентации молодежи. Результаты исследования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.demographia.ru/articles\\_N/index.html?idR=20&idArt=246#\\_Toc126567705](http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=246#_Toc126567705)
138. Центральная база статистических данных (ЦБСД) [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: [www.gks.ru](http://www.gks.ru)
139. 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. – 52 с.
140. Цыцарова, Т.Е. Демография [Текст] / Т.Е. Цыцарова. – Ульяновск : УлГТУ, 2009. – 100 с.
141. 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.
142. Шабунова, А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий [Текст] / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова; под рук. А.А. Шабуновой. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.

143. Шабунова, А.А. Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика [Текст]: автореферат дис. ... докт. эконом. наук. – М., 2011.
144. Шабунова, А.А. Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2009. – № 3 (7). – С. 73-81.
145. Шабунова, А.А. Рождаемость и воспроизводство населения территории [Текст]: монография / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2011. – 148 с.
146. Шевяков, А.Ю. Неравенство доходов как фактор экономической и демографической динамики [Текст]: монография / А.Ю. Шевяков. – М. : ИСЭПН РАН, 2010. – 43 с.
147. Шестаков, К.А. Аксиологический фактор репродуктивного поведения россиян [Текст]: автореферат дис. ... канд. социол. наук / К.А. Шестаков. – М., 2010.
148. Шматова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы [Текст] / Ю.Е. Шматова, О.И. Фалалеева, К.А. Гулин. – Вологда : ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.
149. Щербакова, Е. Доля стран, удовлетворенных сложившимся уровнем рождаемости, снизилась с 53% в 1976 году до 35% в 2007 году [Электронный ресурс] / Е. Щербакова // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – 2008. – № 333–334. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php>
150. Щербакова, Е. Обзор политики стран мира в области народонаселения [Электронный ресурс] / Е. Щербакова // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php>
151. Энциклопедический социологический словарь [Текст] / под ред. Г.В. Осипова. – М., 1995. – 940 с.
152. Юрьев, Е. Нужны ли России многодетные семьи [Электронный ресурс] / Е. Юрьев. – Режим доступа: <http://rusk.ru/st.php?idar=113116>
153. Ядов, В.А. Культура труда и трудовых отношений: что мы можем сказать и сделать? [Текст] / В.А. Ядов // Социальные проблемы труда в условиях перехода к инновационному развитию общества: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2008. – С. 42.
154. Becker, G. A Theory of Allocation of Time [Text] / G. Becker // Economic Journal. –1965 (September). – P. 493-517.
155. Becker, G. Interaction between quantity and quality of children [Text] / G. Becker, G.H. Lewis, T.W. Shultz(ed) // Economics of the family: marriage, children and human capital. – Chicago , 1973. – P. 81-90.
156. Europe in figures – Eurostat yearbook 2009 [Электронный ресурс]. – P. 130. – Режим доступа: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

157. European Commission. Eurostat [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
158. Heinsohn, G. Söhne und Weltmacht: Terror im Aufstieg und Fall der Nationen [Text] / G. Heinsohn. – 2003. – 189 p.
159. Murphy, R. Son Preference in Rural China Patrilineal Families and Socio-economic Change [Text] / R. Murphy, R. Tao, X. Lu // Population and Development Review. – 2011. – Vol. 37. – № 4. – P. 665-690.
160. Notestein, F.W. Population: the long view. Food for the World [Text] / F.W. Notestein, W. Schultz. – Chicago, 1945. – P. 103-112.
161. Pollak, R.A. Cultural and Economic Approaches to Fertility: Proper Marriage or Mesalliance? [Text] / R.A. Pollak, S.C. Watkins // Population and Development Review. – 1993. – Vol. 19. – № 3. – P. 467-496.
162. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://esa.un.org/unpp>
163. Smith, A. Wealth of Nations. E. Canning(ed). M. Library Edition [Text] / A. Smith. – New York, 1856. – P. 58.
164. Svenska Palmen [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sweden4rus.nu/rus/info/radio/news.asp?id=1031>
165. Werner, F. Praktische Personalarbeit als Aufgabe: Grundlagen, Konzepte, Checklisten [Text] / F. Werner. – Wiesbaden: Gabler, 1991. – S. 37.
166. World Development Indicators // World Bank, 2006, 2011. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.worldbank.org>
167. World Population Data Sheet 2011. The World at 7 billion [Text]. – Population Reference Bureau. – P. 6-9.
168. World population policies 2007 [Text]. – United Nations. – New York, 2008. – 583 p.

## **ПРИЛОЖЕНИЯ**

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.	2011 г.	2012 г.
Исландия	15,4	14,4	14,1	14,3	14,5	14,5	14,5	14,6	15,1	15,8	15,4	14,08	14,13
Швеция	10,2	10,3	10,7	11,1	11,2	11,2	11,7	11,7	11,9	12,0	12,3	11,83	11,89
Венгрия	9,6	9,5	9,5	9,3	9,4	9,7	9,9	9,7	9,9	9,6	9,6	8,83	9,1
Польша	9,9	9,6	9,3	9,2	9,3	9,6	9,8	10,2	10,9	11,0	10,8	10,08	10,02
Франция	13,1	13,0	12,7	12,6	12,7	12,7	12,9	12,7	12,8	12,8	12,8	12,54	12,36
Германия	9,3	8,9	8,7	8,6	8,6	8,3	8,2	8,3	8,3	8,1	8,3	8,1	8,22
Испания	9,9	10,0	10,1	10,5	10,7	10,8	11,0	11,0	11,4	10,8	10,4	10,2	9,7
Греция	9,5	9,3	9,4	9,5	9,6	9,7	10,1	10,0	10,5	10,5	10,2	9,42	9,05
Италия	9,5	9,4	9,4	9,4	9,7	9,5	9,5	9,5	9,6	9,5	9,3	9,11	8,84
<i>Россия, справочно</i>	<i>8,7</i>	<i>9,0</i>	<i>9,7</i>	<i>10,2</i>	<i>10,4</i>	<i>10,2</i>	<i>10,4</i>	<i>11,3</i>	<i>12,1</i>	<i>12,4</i>	<i>12,5</i>	<i>12,6</i>	<i>13,3</i>

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>,  
 URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>

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.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Исландия	2,10	1,95	1,93	1,99	2,03	2,05	2,07	2,09	2,14	2,22	2,2	2,02	2,04
Швеция	1,55	1,57	1,65	1,72	1,76	1,77	1,85	1,88	1,91	1,94	1,98	1,9	1,91
Венгрия	1,33	1,31	1,30	1,27	1,28	1,32	1,35	1,32	1,35	1,33	1,26	1,24	1,34
Польша	1,37	1,29	1,24	1,22	1,23	1,24	1,27	1,31	1,39	1,40	1,38	1,3	1,3
Франция	1,89	1,89	1,88	1,89	1,90	1,92	1,98	1,98	2,00	2,00	2,00	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	1,39	1,36	1,38
Испания	1,23	1,26	1,27	1,30	1,33	1,35	1,38	1,40	1,46	1,39	1,37	1,34	1,32
Греция	1,32	1,25	1,27	1,28	1,31	1,34	1,41	1,42	1,51	1,52	1,51	1,4	1,34
Италия	1,26	1,26	1,26	1,28	1,33	1,32	1,35	1,37	1,41	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.
<i>Россия, справочно</i>	<i>1,20</i>	<i>1,22</i>	<i>1,29</i>	<i>1,32</i>	<i>1,34</i>	<i>1,29</i>	<i>1,30</i>	<i>1,41</i>	<i>1,49</i>	<i>1,54</i>	<i>1,57</i>	<i>1,58</i>	<i>1,69</i>

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>,  
 URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>

**Поддержка семей с детьми в России, закрепленная законодательными актами**

Вид	Суть	Размер, ограничения	Законодательная основа
Оплачиваемые отпуска по беременности и родам, по уходу за ребенком, единовременные выплаты в связи с беременностью и рождением детей			
<b>Пособие по беременности и родам на период отпуска по беременности и родам</b> (70 дней (в случае многоплодной беременности – 84 до родов) и 70 (в случае осложненных родов – 86, при рождении двух или более детей – 110) дней после родов)	Оплата отпуска составляет 100% средней заработной платы за два календарных года, предшествующих году наступления отпуска по беременности и родам	Минимальный размер 25 563,6 руб., максимальный – 207 123 руб. Если стаж будущей мамы составляет менее шести месяцев, пособие будет выплачиваться из расчета минимального размера оплаты труда	Федеральный закон №255-ФЗ от 29.12.2006 г. «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (в редакции Федерального закона от 08.12.2010 г. №343-ФЗ),
<b>Ежемесячное пособие по уходу за ребенком</b> (до 1,5 лет)	Составляет 40% средней заработной платы матери за вышеуказанный период	Минимум – 2576,63 руб. за первого ребенка, 5153,24 руб. за второго и последующего. Максимум – 17990 руб.	Федеральный закон от 19.05.1995 года №81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».
<b>Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности</b>	Женщины, вставшие на учет в мед. учреждениях на сроке беременности до 12 недель, имеют право на получение единовременной выплаты	515,33 руб	Федеральный закон о бюджете Фонда социального страхования (ФСС) Российской Федерации на очередной финансовый год
<b>Единовременное пособие при рождении ребенка</b>	При рождении ребенка назначается единовременная выплата	13 741,99 руб + РК	
<b>Единовременное пособие беременной жене военнослужащего по призыву</b>	Срок беременности женщины более 180 дней, муж находится на срочной военной службе в армии	21 761,25 руб.	
<b>Ежемесячное пособие по уходу за ребенком жене военнослужащего по призыву</b>	Лицу, ухаживающему за ребенком до 3-х лет в период службы отца	9 326 руб.	
<b>Материнский капитал</b>	За рождение / усыновление ребенка второй или последующих очередностей выплачивается фиксированная сумма	Размер закреплен законодательно и составляет 250 тыс. руб., ежегодно индексируется с учетом инфляции В 2014 г. – 429 408 руб.	Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», действует в период с 1.01.2007 по 31.12.2016 г.

Продолжение приложения 2

<p><b>Ежемесячное пособие на детей до 16(18) лет из бедных семей</b></p>	<p>Адресное пособие для поддержки бедных семей с детьми</p>	<p>Различно в разных регионах (от 70 до 500 руб.)</p>	<p>Федеральный закон № 122 от 01.01.2005 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»</p>
<p><b>Стандартный налоговый вычет на каждого ребенка в возрасте до 18 лет</b></p>	<p>Сумма стандартного налогового вычета по подоходному налогу для родителей составляет 1000 руб на каждого ребенка (2000 руб на детей одиноких родителей и вдовцов)</p>	<p>Полагается, пока годовой доход не превысит 280 000 руб., до 18 лет / 24 лет, если ребенок является учащимся дневной формы обучения</p>	<p>Пл 4 п.1 ст. 218 НК РФ</p>
<p><b>Социальный налоговый вычет на расходы, связанные с обучением ребенка</b> <b>Социальный налоговый вычет на все расходы, связанные с лечением детей</b></p>	<p>Из налоговой базы вычитаются суммы, уплаченные в течение года налогоплательщиком-родителем (опекуном / попечителем) за обучение родных детей в возрасте до 24 лет или опекаемых детей в возрасте до 18 лет на дневной форме обучения, и/или лечение детей до 18 лет в размере фактически произведенных расходов.</p>	<p>Не более 50 000 руб.  Перечень услуг и лекарств, утвержденный Правительством РФ, максимум – 100 000 рублей</p>	<p>Ст. 219 НК РФ</p>

Окончание приложения 2

Другие виды поддержки			
<b>Компенсация расходов на дошкольное воспитание</b>	Родителям компенсируется часть расходов на дошкольное воспитание	Размер компенсации для первого ребенка в семье составляет 20% от среднего уровня расходов на содержание одного ребенка, для второго – 50%, для третьего и последующих – 70%.	Ст. 52.1 Закона РФ «Об образовании» (в редакции Федерального закона № 207-ФЗ от 05.12.2006 г.)
<b>Компенсация проезда</b>	Приобретение льготных проездных билетов, оплата проезда к месту лечения		Федеральный закон от 19.05.1995 года №81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»
<b>Бесплатное питание для школьников</b>		Для детей из многодетных, малообеспеченных семей	Региональные законодательные акты
<b>Посещение театра, музея</b>		Для многодетных, 1 раз в месяц	

**Стандартизированные коэффициенты социально-экономического развития муниципальных районов Вологодской области (2009 г.)**

	Среднемесячная начисленная заработная плата, руб.	Уровень зарегистрированной безработицы, %	Инвестиции в основной капитал, тыс. руб.	Объем промышленной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Объем сельскохозяйственной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Бюджетная обеспеченность 1 жителя, руб.	Обеспеченность населения врачами (количество врачей на 1000 жителей), ед.	Объем розничной торговли в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Объем платных услуг в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Жилищная обеспеченность (площадь в расчете на 1 жителя), кв. м	Интегральный коэффициент
Уровень выше среднего											
Кадуйский	1,000	0,538	0,082	0,884	0,108	0,876	0,514	0,752	0,933	1,000	2,503
Шекнинский	0,908	1,000	1,000	0,569	0,499	1,000	0,489	0,611	0,765	0,658	2,389
Чагодощенский	0,827	0,429	0,134	1,000	0,143	0,857	0,623	0,596	0,875	0,847	2,269
Великоустюгский	0,770	0,396	0,321	0,153	0,124	0,779	1,000	0,884	1,000	0,75	2,245
Вологодский	0,889	0,700	0,309	0,074	1,000	0,614	0,507	0,579	0,968	0,653	2,203
Бабаевский	0,986	0,750	0,023	0,026	0,119	0,686	0,739	0,708	0,693	0,923	2,187
Кирилловский	0,842	0,636	0,080	0,040	0,210	0,812	0,581	1,000	0,844	0,899	2,186
Череповецкий	0,809	0,600	0,276	0,141	0,782	0,732	0,461	0,672	0,994	0,832	2,161
Средний уровень											
Тотемский	0,892	0,656	0,133	0,133	0,237	0,823	0,613	0,852	0,763	0,76	2,111
Грязовецкий	0,920	0,356	0,199	0,134	0,405	0,805	0,415	0,873	0,665	0,758	2,093
Нюксенский	0,980	0,724	0,074	0,004	0,149	0,685	0,479	0,657	0,520	0,828	2,000
Сокольский	0,791	0,375	0,096	0,454	0,133	0,581	0,817	0,707	0,779	0,791	1,996
Харовский	0,759	0,677	0,274	0,204	0,127	0,553	0,630	0,852	0,744	0,931	1,973
Вытегорский	0,841	0,600	0,702	0,100	0,054	0,590	0,472	0,788	0,539	0,691	1,916
Сямженский	0,838	0,538	0,042	0,023	0,163	0,615	0,609	0,725	0,377	0,898	1,857

## Окончание приложения 3

Низкий уровень													
Усть-Кубинский	0,744	0,840	0,144	0,033	0,324	0,610	0,479	0,549	0,589	0,972	1,783		
Устоженский	0,756	0,618	0,084	0,059	0,319	0,474	0,570	0,565	0,632	0,945	1,780		
Белозерский	0,769	0,488	0,035	0,135	0,116	0,578	0,535	0,613	0,540	0,887	1,746		
Междуреченский	0,749	0,477	0,060	0,033	0,309	0,623	0,500	0,600	0,473	0,870	1,719		
Вожегодский	0,731	0,600	0,064	0,035	0,157	0,421	0,493	0,773	0,543	0,851	1,699		
Бабушкинский	0,666	0,778	0,022	0,011	0,207	0,553	0,472	0,732	0,410	0,907	1,655		
Тарногский	0,686	0,840	0,056	0,016	0,250	0,466	0,641	0,646	0,251	0,899	1,635		
Никольский	0,698	0,913	0,027	0,01	0,223	0,449	0,345	0,766	0,423	0,766	1,564		
Вашкинский	0,691	0,583	0,021	0,02	0,129	0,465	0,504	0,57	0,395	0,835	1,54		
Кичм.-Городецкий	0,653	0,636	0,023	0,008	0,203	0,453	0,525	0,775	0,222	0,728	1,52		
Верховажский	0,685	0,583	0,063	0,051	0,299	0,44	0,475	0,576	0,227	0,765	1,475		

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

Населенный пункт: \_\_\_\_\_

Добрый день!

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

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

**Как заполнять вопросник**

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

Благодарим за помощь и сотрудничество!

Вологда

## 1 РАЗДЕЛ. СЕМЬЯ, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

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

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

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

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

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

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

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

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

**5. Сколько у Вас детей?** \_\_\_\_\_

**6. Скольких детей еще Вы планируете завести?** \_\_\_\_\_

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

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

**8. Каково, на Ваш взгляд, идеальное число детей в семье?**

1. Ни одного
2. Один ребенок
3. Двое детей
4. Трое детей
5. Четверо детей и более
6. Затрудняюсь ответить

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

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

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

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

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

1. Нестабильная экономическая обстановка в стране
2. Низкие доходы населения и дороговизна товаров
3. Плохие жилищные условия
4. Много детей в семье препятствует карьере (отдыху)
5. Семейная традиция иметь мало детей

6. Многодетность никак не поощряется государством
7. Роды – это риск для здоровья женщины
8. Столько детей мне вполне достаточно
9. Риск остаться без работы
10. Другое \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

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

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

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

1. 1-2 тыс. руб.
2. 3-4 тыс. руб.
3. 5 тыс. руб.
4. Свой вариант \_\_\_\_\_

**17. Для Вас дети – это... (отметьте все, что считаете нужным)**

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

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

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

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

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

**20. Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб.<sup>1</sup> за рождение 2-го или последующего ребенка будут способствовать увеличению рождаемости в нашей стране?**

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

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

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

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

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант \_\_\_\_\_
4. Затрудняюсь ответить

---

<sup>1</sup> Величина пособия, приведенная здесь, актуальна на год исследования – 2008-й.

## 2 РАЗДЕЛ. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

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

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

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

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

**25. Если знаете, укажите источники полученной Вами информации:**

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

**26. Считаете ли Вы допустимым искусственное прерывание беременности?**

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант \_\_\_\_\_
4. Затрудняюсь ответить

### 3 РАЗДЕЛ. СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

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

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

**32. С какого возраста Вы живете половой жизнью?**

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

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

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

**34. Каков характер Ваших отношений с партнером?**

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

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

Средство	Частота применения			
	Вообще не пользуюсь	Иногда	Очень часто	Всегда
1. Презервативы	1	2	3	4
2. Прерванный половой акт	1	2	3	4

3. Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
4. «Безопасные дни»	1	2	3	4
5. ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
6. Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
7. Другое (укажите)	1	2	3	4

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

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

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

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

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

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

**39. Инициатором аборта были:**

1. Вы
2. Партнер(ша)
3. Родственники
4. Вы и партнер(ша)
5. Врач
6. Другое \_\_\_\_\_

#### 4 РАЗДЕЛ. СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ

**40. Ваш пол**

1. Мужской
2. Женский

**41. Возраст** \_\_\_\_\_

**42. Сколько детей в семье, в которой Вы выросли?** \_\_\_\_\_

**43. Ваше образование:**

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

**44. Верующий ли Вы человек?**

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

**45. Род занятий:**

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

**46. Если Вы работаете, укажите Ваш должностной статус:**

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

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

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

*Спасибо за помощь!*

## Суммарный коэффициент рождаемости, единица

	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2012 г. к 2000 г., %
<b>Российская Федерация</b>						
Все население	1,2	1,29	1,57	1,58	1,69	141
Городское	1,09	1,21	1,44	1,44	1,54	141
Сельское	1,55	1,58	1,98	2,06	2,21	143
<b>Центральный федеральный округ</b>						
Все население	1,07	1,16	1,37	1,38	1,47	137
Городское	1,03	1,13	1,32	1,32	1,41	137
Сельское	1,29	1,31	1,58	1,64	1,79	139
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>						
Все население	1,08	1,2	1,44	1,46	1,56	144
Городское	1,03	1,14	1,38	1,39	1,49	145
Сельское	1,34	1,49	1,82	1,92	2,14	160
<b>Республика Карелия</b>						
Все население	1,18	1,3	1,58	1,6	1,71	145
Городское	1,09	1,19	1,42	1,43	1,5	138
Сельское	1,57	1,85	2,46	2,7	3,21	204
<b>Республика Коми</b>						
Все население	1,22	1,36	1,63	1,7	1,88	154
Городское	1,15	1,29	1,45	1,46	1,56	136
Сельское	1,53	1,68	2,49	3,15	4,16	272
<b>Архангельская область</b>						
Все население	1,21	1,36	1,63	1,63	1,76	145
Городское	1,11	1,26	1,45	1,42	1,51	136
Сельское	1,65	1,75	2,45	2,83	3,47	210
<b>Вологодская область</b>						
Все население	1,25	1,36	1,6	1,68	1,84	147
Городское	1,17	1,23	1,46	1,5	1,64	140
Сельское	1,52	1,74	2,04	2,29	2,6	171
<b>Калининградская область</b>						
Все население	1,11	1,16	1,46	1,52	1,63	147
Городское	1,03	1,09	1,35	1,42	1,51	147
Сельское	1,38	1,41	1,82	1,86	2,01	146
<b>Ленинградская область</b>						
Все население	1	1,02	1,17	1,16	1,22	122
Городское	1,01	1,02	1,18	1,19	1,26	125
Сельское	0,97	1,04	1,14	1,08	1,15	119
<b>Мурманская область</b>						
Все население	1,14	1,25	1,49	1,49	1,57	138
Городское	1,14	1,23	1,46	1,46	1,55	136
Сельское	1,2	1,6	1,91	2,05	1,95	163

<b>Новгородская область</b>						
Все население	1,12	1,28	1,55	1,55	1,7	152
Городское	1,07	1,21	1,46	1,48	1,57	147
Сельское	1,28	1,52	1,8	1,79	2,12	166
<b>Псковская область</b>						
Все население	1,15	1,28	1,51	1,54	1,66	144
Городское	1,11	1,17	1,37	1,38	1,49	134
Сельское	1,26	1,64	1,98	2,09	2,28	181
<b>г. Санкт-Петербург</b>						
Городское	0,93	1,08	1,38	1,38	1,48	15
<b>Южный федеральный округ</b>						
Все население	1,33	1,413	1,51	1,52	1,63	123
Городское	1,15	1,273	1,39	1,41	1,52	132
Сельское	1,62	1,63	1,75	1,73	1,86	115
<b>Северо-Кавказский федеральный округ</b>						
Все население	н.д.	1,64	1,99	2,01	2	122
Городское	н.д.	1,51	1,71	1,65	1,67	111
Сельское	н.д.	1,79	2,29	2,39	2,37	132
<b>Приволжский федеральный округ</b>						
Все население	1,23	1,28	1,58	1,59	1,72	140
Городское	1,1	1,19	1,44	1,45	1,56	142
Сельское	1,63	1,59	2	2,06	2,27	139
<b>Уральский федеральный округ</b>						
Все население	1,22	1,36	1,71	1,75	1,88	154
Городское	1,14	1,3	1,6	1,63	1,76	154
Сельское	1,59	1,66	2,25	2,34	2,55	160
<b>Сибирский федеральный округ</b>						
Все население	1,26	1,37	1,7	1,72	1,86	148
Городское	1,12	1,26	1,52	1,52	1,62	145
Сельское	1,67	1,72	2,31	2,47	2,78	166
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>						
Все население	1,26	1,42	1,63	1,66	1,78	141
Городское	1,14	1,32	1,49	1,49	1,61	141
Сельское	1,69	1,79	2,1	2,28	2,49	147
Источник: Центральная база статистических данных (ЦБСД) [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <a href="http://www.gks.ru">www.gks.ru</a>						

**Возрастные коэффициенты рождаемости, родившиеся живыми  
на 1000 женщин в возрасте, лет**

Регион / Год	Возрастной интервал							
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	15–49
<b>Российская Федерация</b>								
2000	28,1	95,3	68,7	36,0	12,0	2,4	0,1	32,6
2012	27,3	91,3	106,6	74,3	34,9	7,0	0,3	52,4
<b>Центральный федеральный округ</b>								
2000	25,4	89,3	64,6	32,9	11	2,2	0,1	29,4
2012	20,7	73,3	96,1	68,1	32,1	6,6	0,3	45,4
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>								
2000	22	81,7	63,8	33	10,8	1,9	0,1	27,8
2012	21,3	75,2	102,3	75,0	35,2	7,0	0,3	48,8
<b>Республика Карелия</b>								
2000	23	86,6	67,7	34,9	10,6	1,5	0,1	30,1
2012	24,0	91,8	108,9	77,2	35,4	6,5	0,2	51,3
<b>Республика Коми</b>								
2000	28,2	88,6	63,8	34,9	11,7	1,8	0,1	31
2012	34,8	107,8	112,8	77,5	36,9	6,6	0,2	54,9
<b>Архангельская область</b>								
2000	24,9	90,7	66,1	34,2	10,8	1,4	0,1	30,9
2012	26,8	104,3	106,5	76,0	33,9	5,9	0,3	53,1
<b>Вологодская область</b>								
<b>2000</b>	<b>27,4</b>	<b>98,1</b>	<b>70,9</b>	<b>34,4</b>	<b>11,3</b>	<b>1,9</b>	<b>0,1</b>	<b>32,4</b>
<b>2012</b>	<b>26,6</b>	<b>100,6</b>	<b>117,5</b>	<b>82,7</b>	<b>37,5</b>	<b>6,5</b>	<b>0,2</b>	<b>57,2</b>
<b>Калининградская область</b>								
2000	27	92,5	61	32,9	10,4	1,9	0	29,9
2012	24,0	85,9	103,6	74,5	33,3	6,3	0,4	49,9
<b>Ленинградская область</b>								
2000	24,6	77,8	53,7	26	8,8	1,7	0,1	24,9
2012	21,4	68,4	74,0	51,5	25,8	5,0	0,2	37,5
<b>Мурманская область</b>								
2000	23	81,6	67,7	33,4	9,7	1,6	0,1	27,7
2012	21,5	87,9	100,0	71,4	28,5	5,0	0,2	46,7
<b>Новгородская область</b>								
2000	24,7	90,3	60,5	29,3	10,3	1,8	0,1	28,3
2012	30,3	95,4	106,1	72,2	32,3	5,9	0,4	51,2
<b>Псковская область</b>								
2000	25,1	89	62	29,9	9,2	2,6	0,1	28,4
2012	28,6	94,1	103,1	70,1	31,0	6,1	0,5	48,3
<b>г. Санкт-Петербург</b>								
2000	13,7	67,4	64,6	35	11,7	2,3	0,1	25
2012	12,3	52,8	104,4	81,6	40,2	8,9	0,4	48,1

## Окончание приложения 6

Южный федеральный округ								
2000	32,3	108	78,9	42,8	15,4	3,4	0,2	38,8
2012	29,0	91,7	103,3	68,7	30,7	5,8	0,3	50,4
Северо-Кавказский федеральный округ								
2000	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.
2012	35,6	118,7	117,2	78,9	41,9	10,0	0,7	63,8
Приволжский федеральный округ								
2000	26,1	97,3	69,3	36,5	11,7	2,2	0,1	32,7
2012	23,6	94,0	111,7	76,0	35,2	6,7	0,2	52,9
Уральский федеральный округ								
2000	36,1	107,1	71,2	34	9,9	2	0,1	35,3
2012	31,3	102,3	117,2	83,2	38,7	7,5	0,3	58,8
Сибирский федеральный округ								
2000	33	99,6	67,9	35,3	11,6	2,4	0,1	34,4
2012	35,7	103,3	112,6	79,3	36,7	7,3	0,2	58,5
Дальневосточный федеральный округ								
2000	31,4	91,1	68	37,6	14	2,8	0,2	33,7
2012	34,2	101,3	106,1	74,4	35,4	7,0	0,2	54,6
Источники: Демографический ежегодник России. – 2001; Демографический ежегодник России [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа: <a href="http://www.gks.ru">http://www.gks.ru</a>								

### Коэффициенты демографической нагрузки

Территория	На 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов																	
	Всего						Моложе трудоспособного возраста						Старше трудоспособного возраста					
	2000	2005	2010	2011	2012		2000	2005	2010	2011	2012		2000	2005	2010	2011	2012	
Российская Федерация	662	589	626	643	664	<b>100,3</b>	323	263	264	271	280	<b>86,7</b>	339	326	362	372	384	<b>113,3</b>
<b>Центральный</b>	670	601	631	647	665	<b>99,3</b>	276	226	227	232	240	<b>87,0</b>	394	375	404	415	425	<b>107,9</b>
<b>Северо-Западный</b>	624	565	613	630	650	<b>104,2</b>	286	229	232	238	247	<b>86,4</b>	338	336	381	392	403	<b>119,2</b>
Республика Карелия	618	557	638	663	690	<b>111,7</b>	313	248	263	272	283	<b>90,4</b>	305	309	375	391	407	<b>133,4</b>
Республика Коми	540	482	550	574	602	<b>111,5</b>	325	263	276	285	297	<b>91,4</b>	215	219	274	289	305	<b>141,9</b>
Архангельская область	616	551	630	656	686	<b>111,4</b>	322	256	273	283	295	<b>91,6</b>	294	295	357	373	391	<b>133,0</b>
Вологодская область	685	588	640	663	691	<b>100,9</b>	325	256	268	277	290	<b>89,2</b>	360	332	372	386	401	<b>111,4</b>
Калининградская область	606	555	601	621	642	<b>105,9</b>	296	244	247	254	263	<b>88,9</b>	310	311	354	367	379	<b>122,3</b>
Ленинградская область	659	576	624	638	653	<b>99,1</b>	283	217	223	226	230	<b>81,3</b>	376	359	401	412	423	<b>112,5</b>
Мурманская область	473	456	532	551	574	<b>121,4</b>	278	235	249	257	267	<b>96,0</b>	195	221	283	294	307	<b>157,4</b>
Новгородская область	730	642	695	718	748	<b>102,5</b>	308	243	254	262	274	<b>89,0</b>	422	399	441	456	474	<b>112,3</b>
Псковская область	744	652	690	711	736	<b>98,9</b>	302	242	242	249	259	<b>85,8</b>	442	410	448	462	477	<b>107,9</b>
г. Санкт-Петербург	622	577	602	613	626	<b>100,6</b>	247	201	194	199	207	<b>83,8</b>	375	376	408	414	419	<b>111,7</b>
<b>Южный</b>	706	631	658	671	691	<b>97,9</b>	329	271	267	271	279	<b>84,8</b>	377	360	391	400	412	<b>109,3</b>
<b>Северо-Кавказский</b>	748	648	639	647	659	<b>88,1</b>	477	409	391	393	398	<b>83,4</b>	271	239	248	254	261	<b>96,3</b>
<b>Приволжский</b>	686	597	634	653	677	<b>98,7</b>	337	265	264	271	281	<b>83,4</b>	349	332	370	382	396	<b>113,5</b>
<b>Уральский</b>	618	547	604	624	648	<b>104,9</b>	327	265	277	287	299	<b>91,4</b>	291	282	327	337	349	<b>119,9</b>
<b>Сибирский</b>	636	564	617	638	663	<b>104,2</b>	341	277	287	296	308	<b>90,3</b>	295	287	330	261	355	<b>120,3</b>
<b>Дальневосточный</b>	557	522	577	595	616	<b>110,6</b>	327	274	275	281	291	<b>89,0</b>	230	248	302	212	325	<b>141,3</b>

Источник: Регионы России – 2013 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

## Прерывание беременности

	На 1000 женщин 15-49 лет										На 100 родов									
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
	<b>Российская Федерация</b>	<b>54</b>	<b>43</b>	<b>38</b>	<b>36</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>169</b>	<b>117</b>	<b>92</b>	<b>81</b>	<b>74</b>	<b>67</b>	<b>63</b>	<b>56</b>			
<b>Центральный федеральный округ</b>	<b>46</b>	<b>34</b>	<b>29</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>23</b>	<b>22</b>	<b>164</b>	<b>105</b>	<b>83</b>	<b>73</b>	<b>64</b>	<b>58</b>	<b>56</b>	<b>50</b>				
Белгородская область	53	31	26	24	22	19	19	17	174	94	68	58	52	46	44	37				
Брянская область	61	47	41	41	42	37	36	34	200	138	105	99	97	89	84	73				
Владимирская область	48	46	39	39	36	34	34	34	166	134	100	93	85	79	77	71				
Воронежская область	54	48	41	32	29	26	26	25	180	151	119	86	74	63	63	56				
Ивановская область	53	40	39	36	37	36	35	31	190	120	102	89	89	88	83	68				
Калужская область	56	42	37	36	34	32	31	28	198	127	97	91	83	73	70	58				
Костромская область	65	49	52	52	45	40	41	37	206	134	124	116	95	82	80	68				
Курская область	54	42	38	41	34	30	34	32	168	126	97	96	78	68	72	66				
Липецкая область	60	42	36	35	34	31	30	26	200	120	93	85	80	71	70	54				
Московская область <sup>1)</sup>	40	33	29	26	26	25	24	24	147	101	83	68	64	60	55	52				
Орловская область	60	45	40	43	38	35	35	33	197	136	106	105	91	79	83	72				
Рязанская область	49	46	35	31	26	26	26	26	174	138	94	78	63	62	61	58				
Смоленская область	59	42	38	37	35	33	30	30	219	132	108	98	85	81	71	69				
Тамбовская область	59	41	36	34	31	30	28	27	186	123	103	94	85	77	73	67				
Тверская область	51	42	44	44	42	41	39	38	171	117	110	104	95	92	85	76				
Тульская область	52	40	36	34	33	31	30	27	191	132	109	95	85	81	75	64				
Ярославская область	63	54	47	47	40	36	37	35	227	152	122	114	91	80	82	72				
г. Москва <sup>1)</sup>	32	17	14	13	11	11	11	11	121	57	43	37	30	29	29	26				
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>	<b>53</b>	<b>44</b>	<b>40</b>	<b>37</b>	<b>35</b>	<b>32</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>187</b>	<b>133</b>	<b>107</b>	<b>94</b>	<b>82</b>	<b>72</b>	<b>69</b>	<b>64</b>				
Республика Карелия	63	56	47	46	43	41	40	41	201	154	116	105	94	87	83	79				
Республика Коми	63	52	56	42	41	38	38	38	193	136	130	95	86	80	77	69				

Архангельская область	64	60	57	55	53	48	45	46	199	153	127	120	110	96	92	87
Вологодская область	68	79	60	57	53	49	48	49	209	206	139	125	110	99	93	86
Калининградская область	63	46	40	39	37	35	34	35	213	141	99	92	84	79	73	71
Ленинградская область	48	42	34	31	31	27	26	25	191	148	112	97	88	78	76	67
Мурманская область	49	39	34	31	30	26	26	23	166	112	89	76	71	58	59	51
Новгородская область	58	48	52	49	48	45	42	41	201	135	126	119	107	99	89	80
Псковская область	63	55	50	48	47	45	44	46	214	159	128	118	109	104	97	96
г. Санкт-Петербург	39	28	26	25	22	20	20	20	159	91	79	69	55	46	46	42
<b>Южный федеральный округ</b>	<b>31</b>	<b>39</b>	<b>35</b>	<b>33</b>	<b>30</b>	<b>27</b>	<b>25</b>	<b>24</b>	<b>155</b>	<b>105</b>	<b>84</b>	<b>75</b>	<b>67</b>	<b>59</b>	<b>54</b>	<b>48</b>
Республика Адыгея	39	33	31	31	28	23	20	22	111	85	69	64	58	46	40	42
Республика Калмыкия	49	37	31	30	34	24	22	19	120	82	62	56	64	42	41	33
Краснодарский край	57	40	36	33	29	24	22	23	168	104	84	71	61	52	46	44
Астраханская область	50	42	29	28	27	26	24	24	136	96	58	53	51	48	44	40
Волгоградская область	54	49	46	45	42	38	37	34	175	141	116	105	96	87	85	73
Ростовская область	42	31	29	29	26	24	22	20	138	91	76	71	64	57	53	43
<b>Северо-Кавказский федеральный округ</b>	<b>29</b>	<b>25</b>	<b>21</b>	<b>19</b>	<b>18</b>	<b>17</b>	<b>17</b>	<b>16</b>	<b>66</b>	<b>44</b>	<b>38</b>	<b>31</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>27</b>	<b>25</b>
Республика Дагестан	18	16	14	12	12	12	11	10	31	31	25	20	20	19	18	15
Республика Ингушетия	11	8	8	10	11	13	13	10	14	15	13	13	15	15	14	14
Кабардино-Балкарская Республика	26	26	17	16	14	14	12	12	71	74	37	34	29	27	23	20
Карачаево-Черкесская Республика	28	20	34	17	15	13	17	17	72	49	77	37	32	28	37	34
Республика Северная Осетия - Алания	33	27	24	24	24	22	22	21	83	65	49	46	46	41	41	35
Чеченская Республика	...	...	13	14	16	13	12	11	...	...	13	13	14	12	11	11
Ставропольский край	44	36	33	29	29	28	28	25	131	100	81	67	67	62	63	53
<b>Приволжский федеральный округ</b>	<b>61</b>	<b>45</b>	<b>41</b>	<b>39</b>	<b>37</b>	<b>34</b>	<b>33</b>	<b>31</b>	<b>186</b>	<b>127</b>	<b>99</b>	<b>89</b>	<b>81</b>	<b>72</b>	<b>67</b>	<b>59</b>
Республика Башкортостан	62	39	34	30	28	26	24	23	165	102	75	62	56	50	46	41
Республика Марий Эл	66	45	44	43	41	41	40	44	197	123	103	95	86	86	78	77
Республика Мордовия	51	42	37	38	37	34	34	31	172	135	112	105	101	92	92	79
Республика Татарстан	64	44	37	34	33	30	30	29	186	126	94	80	73	63	60	52

Продолжение приложения 8

Удмуртская Республика	76	54	46	46	46	42	38	35	34	210	138	100	95	82	72	63	56
Чувашская Республика	70	50	47	43	38	35	34	31	205	136	110	99	80	73	68	56	56
Пермский край	69	55	51	49	48	42	40	39	194	140	112	101	93	78	73	67	67
Кировская область	67	58	54	55	54	52	51	50	218	164	130	123	116	110	103	91	91
Нижегородская область	49	44	39	38	35	30	31	27	168	132	105	95	83	69	70	57	57
Оренбургская область	76	64	60	59	58	54	53	50	211	167	131	121	111	100	97	85	85
Пензенская область	57	44	40	40	38	34	30	27	199	140	111	102	96	84	73	60	60
Самарская область	46	36	30	30	28	26	24	25	161	102	79	71	65	59	54	53	53
Саратовская область	54	34	36	34	33	30	28	27	177	102	95	85	80	73	67	59	59
Ульяновская область	63	39	33	32	31	30	30	25	208	125	96	84	78	72	70	54	54
<b>Уральский федеральный округ</b>	64	53	50	48	44	42	41	40	195	134	111	98	89	82	77	69	69
Курганская область	72	55	54	56	50	47	51	48	198	139	117	112	104	96	96	81	81
Свердловская область	64	52	55	51	48	46	46	45	210	137	127	109	100	93	88	79	79
Тюменская область	60	51	46	44	41	38	37	38	172	119	95	87	77	70	66	61	61
Челябинская область	65	55	47	46	41	38	37	36	199	147	107	95	86	77	71	63	63
<b>Сибирский федеральный округ</b>	61	52	49	46	45	43	41	39	174	129	105	92	86	80	75	66	66
Республика Алтай	53	65	62	60	61	58	58	45	102	107	86	76	79	75	65	51	51
Республика Бурятия	50	52	48	47	43	46	45	44	120	107	85	77	68	73	69	64	64
Республика Тыва	59	55	50	50	53	52	57	55	104	85	61	58	58	56	59	57	57
Республика Хакасия	61	47	46	43	42	43	43	42	169	117	92	80	76	76	74	68	68
Алтайский край	47	37	36	35	33	33	32	27	140	96	83	73	68	66	63	49	49
Забайкальский край	61	48	44	43	42	40	40	40	142	99	82	74	71	68	67	63	63
Красноярский край	71	60	55	51	47	45	42	41	214	158	128	110	97	91	83	75	75
Иркутская область	63	55	54	51	49	45	45	42	165	128	108	91	85	79	78	68	68
Кемеровская область	55	48	49	47	47	44	43	43	169	124	109	97	92	88	87	78	78
Новосибирская область	69	65	59	58	58	53	48	44	225	171	142	125	119	105	94	81	81
Омская область	62	45	38	32	31	28	26	25	203	123	89	70	64	56	50	43	43
Томская область	59	53	47	49	47	43	38	36	180	143	109	107	98	90	79	70	70

Окончание приложения 8

<b>Дальневосточный федеральный округ</b>	68	62	52	49	48	46	44	42	196	148	114	104	97	92	86	78
Республика Саха (Якутия)	75	61	53	50	46	48	45	44	158	124	95	89	78	80	72	66
Камчатский край	60	64	57	54	53	47	41	40	180	157	133	119	113	103	85	78
Приморский край	59	48	36	36	37	34	33	33	186	125	87	85	81	74	71	65
Хабаровский край	73	62	58	54	52	50	47	46	239	156	135	116	109	103	96	88
Амурская область	77	88	63	60	58	55	55	50	211	201	133	123	114	106	104	90
Магаданская область	74	61	59	59	60	55	51	58	228	158	151	148	134	129	116	120
Сахалинская область	64	67	66	58	56	54	50	48	196	162	148	124	119	115	106	94
Еврейская автономная область	73	66	63	58	53	53	56	52	206	153	126	108	102	102	101	93
Чукотский автономный округ	57	64	50	47	43	40	42	42	141	122	95	92	89	75	86	81

<sup>1)</sup> Данные за 2012 год по Москве и Московской области приведены с учетом изменения их границ с 1 июля 2012 г.

Источник: Регионы России - 2013 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

## Классификация методов контрацепции

Вид	Метод/средство	Индекс Пирла, %
Естественные методы <i>Суть: 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	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
Источники: Составлено по: URL: <a href="http://medportal.ru">http://medportal.ru</a> , <a href="http://www.doktorvisus.ru/medarticle/articles/20819.htm">http://www.doktorvisus.ru/medarticle/articles/20819.htm</a> ; URL: <a href="http://medportal.net.ua">http://medportal.net.ua</a> (дата обращения 05.05.2010).		

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

Страна	1995 г.		2000 г.		2005 г.		2008 г.		2009 г.		2010 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	4,2	2,4	4,2	2,2	4,5	2,1
Армения	4,2	0,7	2,9	0,4	5,2	0,8	5,7	0,9	5,8	0,9	5,5	0,9
Беларусь	7,6	4,1	6,2	4,3	7,5	3,1	8,0	3,8	8,3	3,7	8,1	3,9
Германия	5,3	2,1	5,1	2,4	4,7	2,5	4,6	2,3	4,6	2,3	4,7	2,3
Греция	6,1	1,1	5,7	1,0	5,5	1,2	4,8	...	5,3	...	...	...
Казахстан	7,4	2,5	6,1	1,8	8,1	2,1	8,6	2,3	8,8	2,5	9	2,6
Китай	...	...	6,7	1,0	6,3	1,4	...	...	...	...	...	...
Латвия	4,4	3,1	3,9	2,6	5,5	2,8	5,7	2,7	4,4	2,3	4,2	2,2
Мексика	7,3	0,4	7,0	0,5	5,7	0,7	5,6	0,7	5,2	0,8	7	...
Нидерланды	5,3	2,2	5,5	2,2	4,4	2,0	4,5	2,0	4,4	1,9	...	...
<b>Россия</b>	7,3	4,5	6,2	4,3	7,5	4,2	8,3	5,0	8,4	4,9	8,5	4,5
Румыния	6,8	1,5	6,1	1,4	6,6	1,5	7,0	1,7	6,3	1,5	5,4	1,5
Словения	4,1	0,8	3,6	1,1	2,9	1,3	3,3	1,1	3,2	1,1	3,2	1,2
Турция	7,6	0,5	6,8	0,5	9,1	1,3	9,0	1,4	8,2	1,6	7,9	1,6
Украина	8,4	3,8	5,6	4,0	7,1	3,9	7,0	3,6	6,9	3,2	6,7	2,7
Франция	4,4	2,1	5,1	1,9	4,5	2,5	4,2	...	3,9	...	3,9	...
Швеция			4,5	2,4	4,9	2,2	5,5	2,3	5,1	2,4	5,4	2,5

Источники: Россия и страны мира – 2008 г.: стат. сб., Россия и страны мира – 2010 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

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

Территория	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Центральный федеральный округ</b>	<b>465</b>	<b>703</b>	<b>576</b>	<b>582</b>	<b>547</b>	<b>619</b>	<b>595</b>	<b>545</b>	<b>514</b>	<b>540</b>
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>	<b>483</b>	<b>787</b>	<b>608</b>	<b>622</b>	<b>598</b>	<b>630</b>	<b>602</b>	<b>550</b>	<b>526</b>	<b>535</b>
Республика Карелия	396	777	612	591	584	603	589	532	532	535
Республика Коми	457	852	599	625	594	683	642	568	510	602
Архангельская область	368	719	538	573	550	650	606	531	529	603
Вологодская область	341	646	649	669	642	685	576	511	469	528
Калининградская область	470	743	559	573	556	586	658	584	597	571
Ленинградская область	563	803	664	730	689	725	718	731	725	736
Мурманская область	568	907	776	778	724	800	782	677	645	661
Новгородская область	446	667	555	563	553	580	612	519	490	531
Псковская область	432	714	517	533	527	614	599	540	525	559
г. Санкт-Петербург	534	827	597	599	580	575	535	501	473	450
<b>Южный федеральный округ</b>	<b>424</b>	<b>633</b>	<b>470</b>	<b>460</b>	<b>437</b>	<b>481</b>	<b>488</b>	<b>550</b>	<b>521</b>	<b>535</b>
<b>Северокавказский федеральный округ</b>	<b>338</b>	<b>408</b>	<b>301</b>	<b>298</b>	<b>287</b>	<b>296</b>	<b>319</b>	<b>313</b>	<b>318</b>	<b>346</b>
<b>Приволжский федеральный округ</b>	<b>339</b>	<b>664</b>	<b>558</b>	<b>572</b>	<b>526</b>	<b>588</b>	<b>579</b>	<b>511</b>	<b>487</b>	<b>514</b>
<b>Уральский федеральный округ</b>	<b>415</b>	<b>739</b>	<b>597</b>	<b>608</b>	<b>597</b>	<b>658</b>	<b>637</b>	<b>562</b>	<b>546</b>	<b>578</b>
<b>Сибирский федеральный округ</b>	<b>409</b>	<b>694</b>	<b>601</b>	<b>618</b>	<b>581</b>	<b>617</b>	<b>602</b>	<b>533</b>	<b>538</b>	<b>554</b>
<b>Дальневосточный федеральный округ</b>	<b>498</b>	<b>799</b>	<b>627</b>	<b>647</b>	<b>629</b>	<b>651</b>	<b>650</b>	<b>583</b>	<b>587</b>	<b>587</b>
<b>Российская Федерация</b>	<b>424</b>	<b>700</b>	<b>567</b>	<b>575</b>	<b>543</b>	<b>597</b>	<b>583</b>	<b>526</b>	<b>509</b>	<b>531</b>

## Репродуктивные потери за 2000 – 2009 гг.

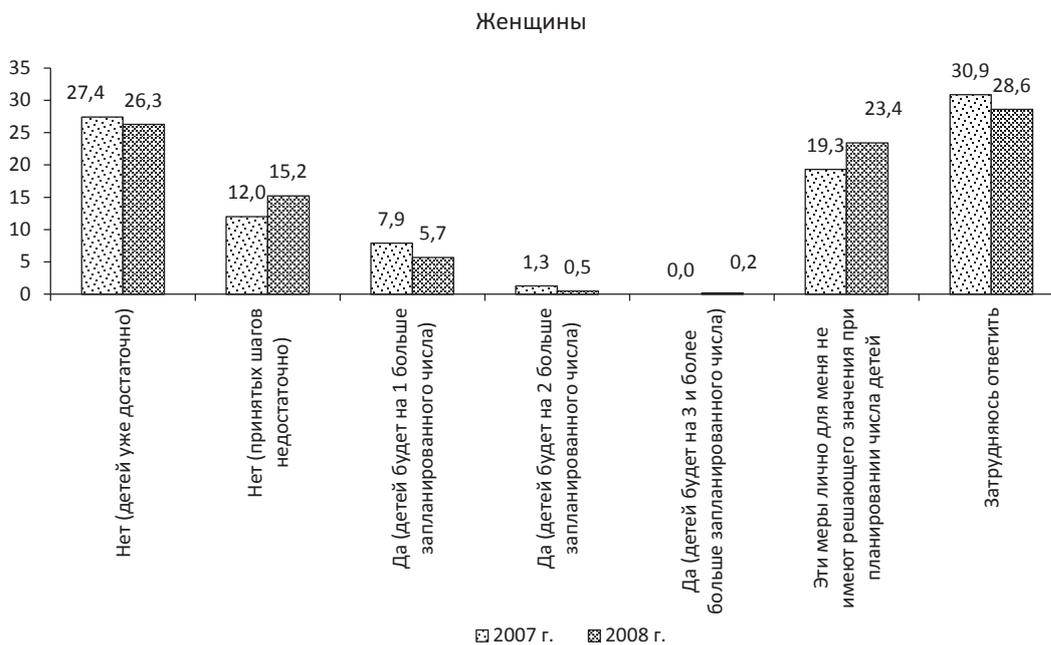
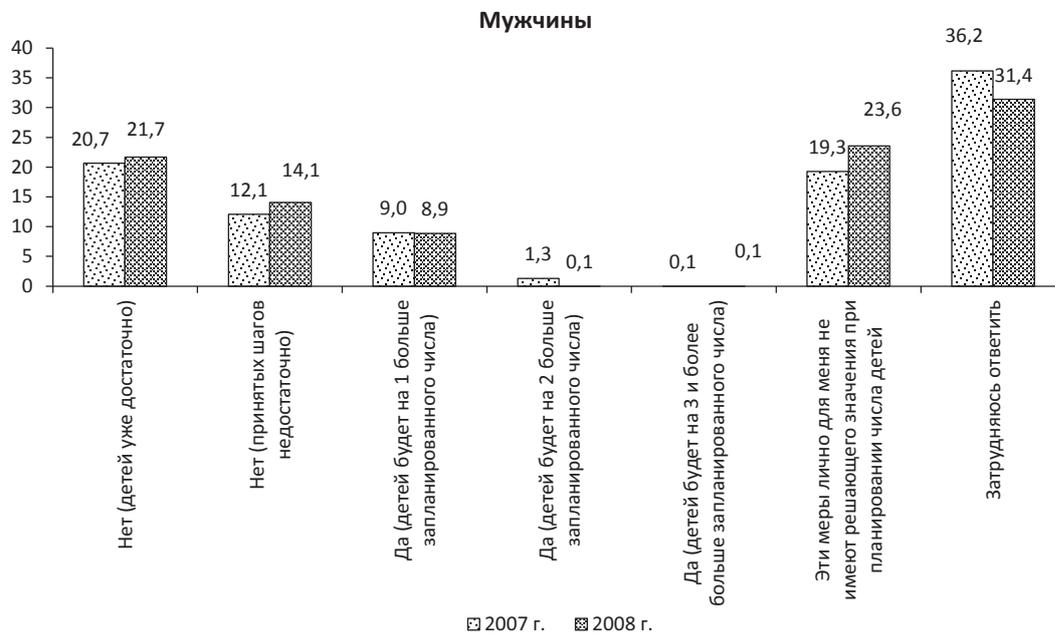
Показатели	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	<i>Россия</i>									
Мертворожденные (чел.)	8494	8711	8998	9043	8745	8328	7934	8612	8594	8380
Умершие новорожденные (чел.)	8316	8192	7987	7712	7292	6578	6304	6067	5693	5458
Материнская смертность (чел.)	503	479	469	463	352	370	352	354	354	н.д.
Число абортот	2 138 800	2 014 700	1 944 500	1 864 600	1 797 600	1 675 700	1 582 400	1 479 900	1 385 600	1 292 400
	<i>Вологодская область</i>									
Год	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Мертворожденные (чел.)	78	100	97	80	90	87	110	96	103	103
Умершие новорожденные (чел.)	98	92	81	74	66	59	46	49	32	38
Материнская смертность (чел.)	4	6	8	4	6	1	2	3	1	2
Число абортот	22 841	22 285	22 240	21 993	21 707	20 958	19 700	18 261	16 602	15 155

Таблица 1. Потерянные годы трудовой жизни (человеко-лет)

Показатель	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	<i>Россия, тысяч лет</i>									
Мертворожденные	339,76	348,44	359,92	361,72	349,80	333,12	317,36	344,48	343,76	335,20
Умершие новорожденные	332,64	327,68	319,48	308,48	291,68	263,12	252,16	242,68	227,72	218,32
Материнская смертность	12,575	11,975	11,725	11,575	8,800	9,250	8,800	8,850	8,850	9,700
Аборты	17 110	16 117	15 556	14 916	14 380	13 405	12 659	11 832	11 085	10 339
Все причины	17 795	16 806	16 247	15 599	15 031	14 011	13 238	12 428	11 665	10 902
	<i>Вологодская область, лет</i>									
Мертворожденные	3120	4000	3880	3200	3600	3480	4400	3840	4120	4120
Умершие новорожденные	3920	3680	3240	2960	2640	2360	1840	1960	1280	1520
Материнская смертность	100	150	200	100	150	25	50	75	25	50
Аборты	182 728	178 280	177 920	175 944	173 656	167 664	157 600	146 088	132 816	121 240
Все причины	189 868	186 110	185 240	182 204	180 046	173 529	163 890	151 963	138 241	126 930

Таблица 2. Величина недопроизведенного валового продукта вследствие репродуктивных потерь

Вид потерь	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Россия (млн. руб., в сопоставимых ценах)									
Мертворожденные	25 609,3	29 718,8	35 479,2	41 756,8	49 045,0	55 996,9	62 106,7	77 593,7	87 847,1	75 757,7
В % от ВВП	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Умершие новорожденные	25 072,7	27 948,1	31 492,8	35 610,8	40 896,1	44 230,1	49 347,2	54 663,4	58 193,3	49 342,0
В % от ВВП	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Материнская смертность	947,8	1021,4	1155,8	1336,2	1233,8	1554,9	1722,1	1993,5	2261,6	2192,3
В % от ВВП	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Аборты	1 289 693,2	1 374 685,9	1 533 435,2	1 721 990,1	2 016 313,3	2 253 460,3	2 477 378,6	2 665 142,8	2 832 695,4	2 336 736,7
В % от ВВП	22,4	19,2	17,5	16,0	14,4	12,5	11,0	9,5	8,3	7,3
Все причины	1 341 323,1	1 433 374,2	1 601 563,0	1 800 693,9	2 107 488,2	2 355 242,2	2 590 554,6	2 799 393,3	2 980 997,4	2 464 028,7
В % от ВВП	23,3	20,0	18,3	16,8	15,1	13,1	11,5	10,0	8,7	7,7
Вологодская область (млн. руб., в сопоставимых ценах)										
Мертворожденные	238,8	271,5	321,9	348,2	566,7	605,7	768,4	775,0	973,1	721,1
В % от ВРП	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
Умершие новорожденные	300,1	249,8	268,8	322,1	415,6	410,7	321,3	395,6	302,3	266,1
В % от ВРП	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Материнская смертность	7,7	10,2	16,6	10,9	23,6	4,4	8,7	15,1	5,9	8,8
В % от ВРП	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Аборты	13 988,4	12 102,1	14 761,0	19 143,8	27 337,9	29 180,6	27 523,1	29 484,7	31 370,1	21 221,2
В % от ВРП	20,2	18,5	18,3	17,8	16,9	15,0	13,6	12,1	10,5	10,0
Все причины	14 535,0	12 633,6	15 368,3	19 824,9	28 343,8	30 201,4	28 621,6	30 670,4	32 651,4	22 217,1
В % от ВРП	21,0	19,3	19,0	18,4	17,6	15,6	14,2	12,6	11,0	10,4



**Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье? (в % от числа опрошенных, гендерный разрез)**

Управленческая матрица по направлению «Регулирование репродуктивного поведения населения»

Задача	Механизмы			Экономические
	Пропагандистско-воспитательные	Административно-правовые		
Повышение контрацептивной культуры, профилактика абортотворения	<p>1. Комплексное консультирование населения в вопросах репродукции.</p> <p>2. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы против абортотворения, направленной на пробуждение материнского инстинкта.</p>	<p>1. Исполнение приказа Минздравсохранения и социального развития РФ № 389 от 1 июня 2007 года «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях».</p> <p>2. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе».</p>	<p>1. Взимание платы за проведение хирургического прерывания беременности по личному желанию пациентки при отсутствии медицинских и социальных показаний.</p> <p>2. Обеспечение контрацептивами женских консультаций (для бесплатной апробации).</p>	
Формирование гендерной, национальной, религиозной самоидентичности детей и молодежи, профилактика раннего начала половой жизни	<p>1. Ограничение распространения продукции, демонстрирующей жестокость, насилие, порнографию, асоциальное поведение</p> <p>2. Внедрение в образовательный процесс курсов «Этика и психология семейной жизни», «Истоки», «Основы религиозных культур и светской этики» и др.</p> <p>3. Раздельное преподавание таких дисциплин, как «Технология» (домоводство и труд) и «Физическая культура».</p> <p>4. Активизация работы учреждений культуры (акции, мероприятия, кружки).</p> <p>5. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы соответствующей тематики для данной группы населения.</p>	<p>1. Внесение поправок в ФЗ РФ «О средствах массовой информации».</p> <p>2. Принятие закона об ограничении торговли продукцией эротического содержания (повышение цен, продажа в непрозрачной упаковке).</p> <p>3. Разработка соответствующих административно-правовых актов</p> <p>4. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе».</p>	-	

Продолжение приложения 14

<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 сожительство. 3. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе». 4. Внесение поправок в ТК РФ для расширения возможностей трудовой деятельности матерей (гибкий график работы, неполная занятость, надомная работа).</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>
---	--	--	---

## Направления мониторинга репродуктивного поведения населения

Показатель	Единица измерения	Источник (ответственные)	
	<b>Репродуктивное здоровье населения</b>		
Заболееваемость болезнями репродуктивной системы	На 100 000 человек населения	Официальная статистика (Департамент здравоохранения, Медицинский информационно-аналитический центр)	
Заболееваемость бесплодием	На 100 000 человек населения		
Заболееваемость беременными	Доля болевших среди беременных, %; структура заболееваемости по нозологическим формам, %		
Здоровье новорожденных	Доля детей, родившихся больными, %		
Здоровье детей и молодежи 0 до 2, от 2 до 7, от 7 до 18, от 18 до 21/24 лет	Заболееваемость		
	<b>Результаты репродуктивного поведения</b>		
Общий коэффициент рождаемости	На 1000 человек населения	Официальная статистика, социологический мониторинг (Департамент здравоохранения, Региональный орган ФСГС, научное учреждение (ИСЭРТ РАН))	
Коэффициент фертильности	Среднее число рождений на 1 женщину за репродуктивный период, ед.		
Детность семей	Доля семей разной детности в общей численности семей, %		
Уровень абортот	Число абортот на 100 родов, на 1000 женщин репродуктивного возраста		
Кратность абортот	Доля женщин с разным числом абортот в анамнезе, %		
Распространенность контрацептивных практик	Доля замужних женщин, применяющих контрацепцию, %		
Структура применяемых средств и методов контрацепции	Доля женщин репродуктивного возраста, живущих половой жизнью, %		
Возраст сексуального дебюта	В среднем, лет; доля в возрастных группах, %		
			Социологический мониторинг (научное учреждение (ИСЭРТ РАН))

<b>Репродуктивные установки</b>		Социологический мониторинг
Идеальное число детей	Число детей, человек	Социологический мониторинг
Ожидаемое / планируемое число детей		
Желаемое число детей		
Предпочитаемая длительность прото- и интергенетического интервала	Месяцев / лет	Социологический мониторинг (научное учреждение (ИСЭРТ РАН))
Предпочтения пола ребенка	Распространенность наличия / отсутствия предпочтений определенного пола	
Медико-социальная грамотность	Доля женщин, имеющих правильные знания о средствах и методах контрацепции	
	Доля женщин, имеющих правильные знания о последствиях аборта, о родах	
	Доля женщин, имеющих правильные знания об ИППП, ВИЧ/СПИД	
Допустимость аборта, структура причин допустимости	Доля населения, считающего аборт допустимым, структура причин, %	
Причины отказа от использования контрацепции	Структура, %	
Матримониальные установки	Доля населения, отдающего предпочтение легитимному союзу, %	
	Доля населения, считающего брак обязательным для воспитания детей, %	
Место родительства в системе жизненных ценностей	Ранг	
Представления о роли детей	Доля населения, %	
<b>Условия реализации желаемых рождений</b>		
<b>Социально-психологический блок</b>		
Удовлетворенность населения:		Социологический мониторинг (научное учреждение)
услугами здравоохранения	Доля (не)удовлетворенного населения, %	
услугами образования		
инфраструктурой		
жилищными, материальными условиями		
отношениями с партнером		
органами власти	Протестные настроения, индекс	
Уровень брачности и разводимости	На 1000 человек населения	Официальная статистика (РО ФСГС)



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение .....	3
<b>1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ .....</b>	<b>5</b>
1.1. Формирование понятия и опыт исследований репродуктивного поведения населения .....	5
1.2. Анализ государственной политики регулирования рождаемости .....	15
1.3. Методологические подходы к исследованию репродуктивного поведения .....	27
<b>2. ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ТЕРРИТОРИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ.....</b>	<b>39</b>
2.1. Демографическое развитие в контексте трансформации репродуктивного поведения .....	39
2.2. Тенденции репродуктивного поведения населения .....	50
2.3. Условия и факторы формирования репродуктивного выбора .....	72
<b>3. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ .....</b>	<b>82</b>
3.1. Возможности регулирования репродуктивного поведения .....	82
3.2. Направления повышения эффективности экономического стимулирования рождаемости .....	95
3.3. Организационно-управленческий механизм формирования репродуктивного поведения населения .....	103
Заключение .....	113
Список использованных источников .....	117
Приложения .....	129

*Научное издание*

**Калачикова Ольга Николаевна  
Шабунова Александра Анатольевна**

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ  
КАК ФАКТОР ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ:  
ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

Редакционная подготовка	Л.Н. Воронина
Технический редактор, верстка	Т.В. Попова
Корректор	Н.С. Киселева

---

Подписано в печать 19.05.2015.  
Формат 70×108/<sub>16</sub>. Печать цифровая.  
Усл. печ. л. 15,0. Тираж 500 экз. Заказ № 154.

---

Институт социально-экономического развития  
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

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

ISBN 978-5-93299-271-5



9 785932 992715

