

*Б.П. Денисов\*, В.И. Сакевич\*\**

## **ОЧЕРК ИСТОРИИ КОНТРОЛЯ РОЖДАЕМОСТИ В РОССИИ: БЛУЖДАЮЩАЯ ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА**

Как известно, профессор Кваша А.Я. был пионером применения теории демографического перехода к анализу демографического развития нашей страны. В рамках этой теории мы описываем переход рождаемости в России с точки зрения её непосредственных детерминант (Bongaarts, 1978). Из многочисленных публикаций на тему демографического перехода выделим два тезиса, во-первых, краткое изложение теории (Demeny, 1972): *в традиционных обществах рождаемость и смертность высоки, а в современных низки, то, что между двумя этими состояниями, и есть демографический переход*, и, во-вторых, условия перехода рождаемости: (1) малодетная семья воспринимается обществом как экономическое и социальное преимущество, (2) контроль рождаемости морально приемлем, и (3) наличествуют средства такого контроля (Coale, 1973). Легко видеть, что всякая пронаталистская политика представляет собой попытку преодолеть, развернуть, пересилить эти условия. Как и евгенику, её можно классифицировать как положительную (против пункта 1, поощрение рождений – нами не рассматривается), так и отрицательную (против двух оставшихся, или принуждение к рождениям). Демографическая политика рассматривается ниже как попытка управления двумя непосредственными детерминантами: абортами и контрацепцией<sup>1</sup>. Мы прослеживаем изменение двух бонгаартсовых факторов рождаемости, начиная приблизительно с первой современной переписи населения России 1897 года. Этот промежуток времени мы делим на семь периодов, отделённых друг от друга политическими поворотами, легализациями и запретом аборта, поддержкой и отказом поддержки планирования семьи. На основе нашего анализа мы приходим к выводу, что государственной политикой в области контроля рождаемости были испробованы практически все возможные подхо-

\* Денисов Борис Петрович – к.э.н., с.н.с. Центра по изучению проблем народонаселения экономического факультета МГУ имени М.В. Ломоносова.

\*\* Сакевич Виктория Ивановна – к.э.н., с.н.с. Института демографии НИУ ВШЭ.

<sup>1</sup> О брачности, см. статью М. Тольца в этом сборнике (прим. ред.).

ды, но без особого успеха – заставить население действовать вопреки своим собственным интересам пока не удалось.

### *До 1920 года: отход от традиции*

В конце XIX века Россия представляла собой страну с населением в допереходном состоянии, с высокими смертностью и рождаемостью. Захаров (2006) сделал содержательный обзор имеющихся оценок рождаемости для того периода. Коэффициент суммарной рождаемости (TFR) на рубеже веков был на уровне 7–9 рождений на женщину, что составляет приблизительно половину бонгаартсово́й плодовитости. С учётом того, что Россия находится восточнее линии Хаджнала (1965), и её население, вероятно, не было мальтузианским, контролирующим рождаемость с помощью откладывания вступления в брак, – мы видим присутствие каких-то форм внутрисемейного регулирования рождаемости. Перепись 1897 года зафиксировала соотношение дети/женщины на уровне 0.66<sup>2</sup>.

До большевицкой революции методы планирования семьи в нашей стране были малоизвестны, а аборт был не только грехом, но и преступлением. Статьи 1461–1463 Уложения о наказаниях косвенно показывали практику его применения. Контрацепция в России никогда не запрещалась, в отличие от аборта, запрет которого был, видимо, вызван ростом его популярности. Гернет, (1927) приводит фрагментарные данные об осужденных за аборт: 20 чел. в 1910 году, 28 в 1911, 31 в 1912, 60 в 1913, 40 в 1915, и 51 в 1916. Очевидно, что никто не был заинтересован в выполнении этого закона. Тем не менее, за короткое время число осуждённых выросло в 2–3 раза, что говорит о растущей популярности идеи ограничения размера семьи. По данным московских и петербургских больниц доля перенесших аборт среди всех больных родильных (либо гинекологических) отделений за 25 лет с 1883 по 1912 выросла от 2 до 10 раз (до трети всех госпитализированных в отдельных случаях) (Вишневский, Сакевич, 2006а). Миронов (1999) утверждает, что потребность в мерах ограничения числа рождений ощущалась не только в городах, но и в сельской местности. Тем не менее, единственным известным проти-

<sup>2</sup> Отношение дети/женщины – суть дробь, в числителе которой число детей в возрасте 0–4 года, в знаменателе число женщин в возрасте 15–45. По простым формулам (Smith, 1992) мы можем приблизительно оценить специальный коэффициент рождаемости (GFR) в 0.15 и TFR – 4.34 (на одну женщину).

возачточным методом оставался *coitus interruptus* (Томили́н, 1929). Приближаясь к социальной революции, Россия шла путём демографического перехода в области рождаемости.

### ***1920–1936. Первая декриминализация***

Каждый закончивший советскую школу знает, что именно Советская Россия была первой страной мира, освободившей женщину, предоставившей ей равные права, в том числе избирательные. С учётом того, что только последняя часть тезиса верифицируема, а он правилен частично<sup>3</sup>, безусловно, Россия была среди лидеров в постановке и решении гендерных вопросов. Более интересным, на наш взгляд, является кратковременность периода времени между получением прав мужчинами и женщинами. Первая Дума была избрана (мужчинами) в 1905 году, а спустя 12 лет возможность избирать получили женщины. В допуске к урнам меньше гендерного и больше общедемократического, прав человека. Всё население России получило избирательные права практически сразу. На эту особенность нашей истории обращается недостаточно внимания.

Где Россия действительно оказалась, бесспорно, первой, это в декриминализации аборта. В ноябре 1920 г. вышло совместное постановление Наркомздрава и Наркомюста «Об искусственном прерывании беременности». Правительство мотивировало своё решение евгеническими соображениями и интересами женщин. Формулировки документа следовали предложениям XII пироговского съезда<sup>4</sup> (1913): аборт мог производиться только в клинике, специальным персоналом, особенно оговаривалось бескорыстие. Интерпретации мотивировок различны; с одной стороны, реализация коммунистической доктрины и антирелигиозная мера, с другой, – решение, созревшее внутри имперской системы здравоохранения, хорошо обдуманное и учитывающее имеющийся мировой опыт. Объективно – и то, и другое.

При этом предполагалось, что усиление социализма, улучшение жизненных условий, культурная революция, половое просвещение и улучшение охраны здоровья матери и ребёнка постепенно уничтожат

<sup>3</sup> Женщины Новой Зеландии добились избирательных прав в 1893, Австралии – 1902, Финляндии – 1906, Норвегии – 1913, Дании и Исландии – 1915.

<sup>4</sup> «Общество русских врачей в память Н.И. Пирогова» – одна из наиболее уважаемых в Российской Империи добровольных неправительственных организаций врачей всех специальностей (1881–1922). Возобновило работу в 1985 году, после 2010 года – как Пироговское движение.

такое зло как аборт. Представление, что улучшение жизненных условий и рост благосостояния неизбежно ведут к росту рождаемости и уменьшению числа абортующих, долгие годы определяло политику партии и правительства в этой области. Она и теперь не потеряла своей популярности. Как следствие, исследования и разработки в области контрацепции, как и до революции, приоритета не получили. Средства контрацепции практически не разрабатывались. Известно небольшое число таких попыток. Об одной из них пишет Сэнгер (1928) – речь идёт о встрече с проф. Тушновым<sup>5</sup>, проводившим эксперименты с инъекционными спермицидами (Тушнов, 1911, 1938). В некоторых областях изучались возможности контрацептивного применения рентгеновского облучения<sup>6</sup> (Генс, 1929).

Россия существенно отставала от передовых стран по части исследований в области контрацепции и особенно по её производству. Генс (1929) писал, что, несмотря на запрет контрацепции, во всех буржуазных странах её легко можно купить в любом магазине, она производится промышленным способом, широко рекламируется врачами и привлекает даже здоровых женщин. Более того, Нидерланды и Британия не вводили запрета на контрацепцию, в этих странах исследования и разработки велись вполне легально, так же как и производство.

После декриминализации число абортующих стало расти. Позднее при снятии запрета этот феномен наблюдался во всех странах. Исследователи спорят о причинах роста: выход из тени и лучшая регистрация или истинный рост? Многие поддерживают первую точку зрения<sup>7</sup>. По их мнению, легализация только обнаружила ситуацию, которая уже сложилась. Генс (1926), ссылаясь на обследование тысячи текстильщиц, приводит следующие данные: в 1900–1913 гг. 94–95

<sup>5</sup> Проф. Михаил Павлович Тушнов (1879–1935) медик, микробиолог и патофизиолог, член Академии сельскохозяйственных наук (1935); выпускник Казанского ветеринарного института (1902), в котором позднее (1905–1931) преподавал. С 1932 возглавлял отдел микробиологии Московского ветеринарного института. Им предложено несколько лекарственных средств, построена теория функционирования лизатов при болезнях животных. Его дочь, Вероника Тушнова (1915–1965) – известная поэтесса, автор пронзительных стихов для некоторых хитов Аллы Пугачёвой.

<sup>6</sup> Позднее эти эксперименты были повторены в нацистских концентрационных лагерях.

<sup>7</sup> Паевский (1929) писал, что только к 1928 году полнота учёта в Ленинграде стала удовлетворительной.

из сотни беременностей закончились рождением, в 1914–1916 – 91, в 1917–1919 – 85, в 1920–1922 – 77 и в 1923–1924 – 71. Это же обследование показало, что рождаемость грамотных работниц ниже, и они делают больше аборт.

В 1923 Наркомздрав образовал Центральную научную комиссию по изучению контрацепции внутри Отдела охраны материнства и детства. Резолюция Всесоюзного съезда по охране материнства и младенчества (декабрь 1925) специально отметила центральную роль просвещения и образования женщин посредством консультаций у гинекологов по вопросам контрацепции, а также, во вторую очередь, более широкую социальную поддержку беременных женщин в качестве инструментов сдерживания роста числа аборт. Большая часть медиков пропагандировала сознательное материнство, но дальнейшие события показали, что их голос либо не был услышан, либо принят во внимание с обратным знаком.

Рост популярности аборт привёл к дефициту абортных коек в больницах, то есть спрос начал превышать предложение; в ответ правительство решило ограничить доступ к абарту по желанию женщины. Были учреждены специальные комиссии, выдававшие разрешение на бесплатное производство аборт. Это решение определяло и систему приоритетов: (1) незамужние безработные, (2) незамужние занятые с ребёнком, (3) многодетные, (4) жёны рабочих, (5) остальные застрахованные, (6) остальные граждане (Генс, 1929). Не получившие направления от комиссии могли сделать платный абарт в клинике или обратиться к рынку нелегальных услуг. В условиях отсутствия контрацепции абарт неизбежно становился распространённым способом регулирования размеров семьи. Аналогичная либеральная ситуация в это же время наблюдалась в Веймарской Германии (David, 1998).

В 1924 году были введены обязательные для заполнения учётные карты на (1) женщин, получивших разрешение на производство полного аборт и (2) и неполного, то есть аборт, начатого вне медицинского учреждения (Генс, 1926), (Гернет, 1927). Карта содержала информацию о возрасте, национальности, профессии, типе населённого пункта (город/село), брачном состоянии, жилищных условиях, числе предыдущих беременностей, рождений, выкидышей, продолжительности беременности. В 1925 отдел моральной статистики ЦСУ начал обработку карт. В 1927 ЦСУ выпустило два справочника *Аборты в 1925 году* и *Аборты в 1926 году*. Они содержали огромное количество

данных не только об абортах, но и о социально-демографических характеристиках женщин, делавших их, включая мотивы аборт. Собранные данные позволяли глубоко изучить причины аборт, которые по распространённому мнению были детерминированы экономически, и разработать меры противодействия их распространению.

В 1924 официально было зарегистрировано 131,572 полных и неполных аборт. О 102,896 женщинах есть данные по территории и типу аборт (не/полный). Доля неполных варьирует от 29 до 37% в городах, и до 46% в сельских районах. Разница между городом и селом объясняется различиями в доступности. 1925 год по 200,000 женщин дал следующий результат: 25–29% (города), до 43 (село), то есть, очевидное улучшение.

Анализ характеристик 10 тыс. женщин, подавших заявления в комиссии для производства бесплатного аборт в 1924 году, показал, что в городах большая часть аборт производилась женщинами 20–29 лет (58–60%), с одним ребёнком (28–34%), а в сёлах – в возрасте 30–45 лет (51% аборт), среди имеющих трёх и более детей (48%) (Генс, 1926). Доля бездетных среди обратившихся невелика. Главным образом женщины ссылались материальные трудности (44%) и плохое здоровье (41%) (Генс, 1926).

Отдел охраны материнства и детства НКЗ в 1925 году предпринял обследование сельских докторов (собрано 2207 заполненных анкет с 3761 участка) (Генс, 1926). По результатам обследования выяснилось, что крестьянки, обращающиеся по поводу аборт, обычно боятся огласки и просят доктора хранить обращение в секрете. Значительной частью причин аборт стала супружеская неверность (около 20%), воспринимаемая как тяжкий грех, несмотря на распространённость. Обследование также показало, что неудовлетворенный спрос на аборт велик, в соответствии с правилами выполняется только 2/5 аборт. Для получения направления крестьянкам необходимо ехать в город, что не всегда выполнимо. По этой причине большая часть аборт производилась бабками нелегально. Для борьбы с этим явлением 17 марта 1925 года НКЗ предоставил сельским докторам право самостоятельного решения по поводу аборт.

В начале 1930-х ситуация изменилась к худшему. Пережив страшный голод, государство не было расположено к восприятию и продвижению неомальтузианских идей, его идеологией на долгие годы стал пронатализм, а контроль рождаемости оказался врагом.

Исследования в области контрацепции и абортот были прекращены, а информация о них засекречена. Такое положение продолжалось до начала перестройки. Ранние коммунистические соображения о том, что именно капитализму нужна высокая рождаемость для поддержания резервной армии труда, а также пушечного мяса для ведения агрессивных войн, были прочно забыты (Генс, 1926).

Растущее число абортот и уменьшающееся число рождений стали эмпирической базой представления об их обратно-пропорциональной зависимости, аналогичного геоцентрической системе Птолемея. С началом 1930-х в стране развернулась антиабортная кампания. Для начала они стали платными, и цена росла ежегодно<sup>8</sup>. В 1934 году при душевом доходе семьи 80–100 руб. цена абортот составляла 75 руб., или около четверти всего дохода семьи (Лебина, 1999). Урланис (1963) сформулировал позицию правительства следующим образом: *опасаясь того, что рост абортот приведёт к дальнейшему снижению рождаемости правительство решило запретить абортот*. По мнению Садвокасовой (1968), *организаторы запрета (абортот) ожидали роста рождаемости, которая постоянно падала*. Лебина (1999) сформулировала требования, предъявляемые к людям того времени, так: *советский народ живёт в моногамных браках, женская сексуальность выражается только в рождении детей, добрачные связи аморальны*. Произошёл разворот обратно к патриархальным нормам. В таких условиях о создании службы планирования семьи не могло быть и речи.

#### **1936–1954. Запрет абортот**

«Совесть партии» А.А. Сольц (1937) писал в газете «Труд»: *«Нам нужны люди. Абортот, которые уничтожают жизнь, неприемлемы в нашей стране. Советская женщина имеет одинаковые права с мужчиной, но это не освобождает её от великого и почетного долга, который возложила на нее природа: она мать, она дает жизнь. И это определено не личное дело, но дело большой социальной важности»*.

Сольц изложил распространённое мнение о том, что абортот и рождения – сообщающиеся сосуды. Меньше абортот – больше рождений и наоборот. Несколько позднее они были воспроизведены Н. Чаушеску практически дословно. Опыт и СССР, и Румынии показал, что в более или менее современном обществе такой простой свя-

<sup>8</sup> В то же время была ослаблена борьба с пьянством, бюджетный дефицит также может служить объяснением этой меры.

зи нет. Попытки совместить противоположности «*женщина свободна, но должна*» на долгие годы стали ядром демографической политики, а в современном обществе их критика – одна из основных тем феминизма (Здравомыслова, 2009). Также нет однозначного мнения о причинах такого решения: было ли оно *рационально* мотивировано потерями от голода или психологической склонностью Сталина к патриархальности.

27 июня 1936 года постановлением ЦИК и СНК СССР «*О запрещении аборт, увеличении материальной помощи роженицам, установлении государственной помощи многодетным, расширении сети родильных домов, детских яслей и детских садов, усилении уголовного наказания за неплатеж алиментов и о некоторых изменениях в законодательстве о разводах*» аборт были запрещены; этим же постановлением разрешались аборт по медицинским показаниям, когда продолжение беременности грозило жизни и здоровью матери или наличием врожденного заболевания. Подтверждалось, что только медицинское учреждение может оказывать такую услугу. Были определены уголовные наказания за нелегальное производство аборт и принуждение к аборт. Сами женщины, сделавшие аборт нелегально, подвергались общественному порицанию, в повторных случаях штрафу (до 300 руб).

И без того слабые образовательные программы по контрацепции были прекращены. Врачи более не были обязаны предоставлять консультации по применению контрацепции. Центральная научная комиссия по изучению контрацепции была упразднена, перестали выходить популярные буклеты и брошюры по теме (Садвокасова, 1969). Прерванные этим постановлением исследования и разработки уже никогда не были восстановлены.

Тем не менее, ситуация не была столь безнадежна, как может показаться. Ещё одним решением советского правительства (от 31 июля 1936) определялось увеличение производства презервативов, пессариев и других противозачаточных средств (алюминиевых колпачков, специальных паст и др.), в частности, постановлялось введение в строй линии по производству презервативов на заводе граммофонных пластинок в Баковке<sup>9</sup>. Кроме этого, в виду того, что в СССР

<sup>9</sup> Завод граммофонных пластинок находился в Апрелевке. Баковский завод резинотехнических изделий выпускал: (1) противогазы и (2) презервативы, отсюда советское название презерватива – изделие № 2.



не было союзного УК, а норма УК РСФСР появилась приблизительно через год решение не стало неожиданным для населения.

Как и ожидалось, сразу после введения запрета число абортот уменьшилось, а рождений – выросло. К примеру, в первой половине 1936 года в Ленинграде было произведено 43,6 тыс. абортот, а во второй – только 735 (Лебина, 1999). Но эффект запрета был краткосрочным, стремление пар к ограничению размера семьи оказалось сильнее государственного пронатализма.

После 1937 число зарегистрированных абортот возобновило свой рост. Общее по СССР число абортот в 1937 году составило 568 тыс., в 1939 – 723 тыс, в 1940 – 807 тыс. (Исупов, 2000). В РСФСР доля беременностей, закончившихся абортот, в 1939 году была 10,1%, в том числе 22,2% в городе и 3,1% на селе (Садвокасова, 1965). Е. Садвокасова оценила GAR (1939) для городского населения РСФСР в 36,5%, а для Москвы – 34,7% (близко к значению 90-х гг.) (Садвокасова, 1969).

В худшую сторону стала меняться структура абортот – стала расти доля неполных абортот. Например, в первом квартале 1938 года в городах Челябинской области их доля составила 95%, а Ярославской 98% (Вишневский, Сакевич, 2006b). Какая часть неполных абортот была криминальной – трудно сказать. Е. Садвокасова оценила эту пропорцию как 1/3 из того факта, что у каждой третьей женщины, поступившей в больницу с неполным абортот, наблюдался сепсис (Садвокасова, 1969).

В докладной записке начальника ЦУНХУ при Госплане Саутина (май 1938) обобщены данные по 29 регионам СССР: в 24% случаев внебольничных абортот в сельской местности и в 13% случаев внебольничных абортот в городах были начаты искусственно (Вишневский, Сакевич, 2006b). Это довольно низкий показатель, он может свидетельствовать о том, что врачи покрывали женщин, помогая им уклониться от наказаний и штрафов. Врачи также давали разрешения на производство абортот при отсутствии необходимых показаний, фальсифицируя документы. В 1937 одна из ленинградских комиссий выдала разрешения половине обратившихся, а в Выборгском районе – 70% (Лебина, 1999).

Прерывание беременности стало опасным, но доходным бизнесом, занятость в котором вышла за рамки медицинской профессии. Состав осужденных за незаконное производство абортот в 1936: врачи и мед-

сёстры – 23%, рабочие – 21%, служащие и домохозяйки – 16%, прочие – 24% (Лебина, 1999). Знахарки, бабки, повитухи, прачки и тому подобные работники здравоохранения делали аборт, по свидетельству современника (Тадевосян, 1937). Их «профессионализм» частично объясняет существенный рост материнской смертности.

Естественно, смертность от аборта и его последствий выросла. Если в 1935 году в городах России было зарегистрировано 451 случай смерти от аборта, то в 1936 – уже 910. Связанная с абортom смертность росла до 1940, перевалив за 2 тыс. в городах. Всего в 1940 году в российских городах было зарегистрировано около 4 тыс. материнских смертей, или 329 на 100 тыс. родившихся. В 1935 доля смертности от аборта в материнской смертности составляла 26%, в 1940 – 51%, в начале 1950-х она превысила 70% (Вишневский, Сакевич, 2006b).

Ещё одним неприятным следствием запрета стал рост числа детоубийств. В качестве причин этого письмо прокуратуры СССР от 14 апреля 1937 года называло: *«сопротивление враждебных социализму элементов мероприятиям партии и правительства по охране прав и интересов детей, нежелание иметь детей и платить алименты, угрозы и издевательства над матерью со стороны отца ребенка, рожденного от случайной связи, ложный стыд малокультурных матерей и тому подобные обстоятельства»* цит. по: (Тадевосян, 1937).

Неплохой аппроксимацией явления может служить доля убитых в возрасте до года в общем числе убитых. В 1934–1940 гг. в городах РСФСР этот показатель вырос в 2,5 раза с 5,8% до 14,3% (Вишневский, Сакевич, 2006b). В Ленинграде в 1940 году он составил 25% (Лебина, 1999).

Запрет аборта не дал ожидаемого результата. Партийно-советское руководство пыталось, с одной стороны, найти подходящее объяснение провала, с другой, – снять с себя ответственность. Глава ЦУНХУ Саутин в докладной записке *О недостатках работы по борьбе с незаконными абортами* (май 1938) в адрес зам. Председателя СНК СССР, наркому здравоохранения, Прокурору СССР и секретарю ВЦСПС писал, что *«НКЗ СССР и его местные органы не ведут надлежащей борьбы с абортами, как в части активного выявления лиц, производящих аборт, так и в части широкой разъяснительной работы о вреде аборта. В громадном большинстве случаев врачебный персонал и руководство больниц уклоняется от выяснения обстоятельств, вызвавших неполный аборт»*, цит. по: (Вишневский, Сакевич, 2006b).

Действительно, определить причину нелегального аборта трудно, если вообще возможно. Женщины, доставленные в больницу в тяжёлом состоянии после неполного аборта, не склонны сообщать о тех людях, которые помогали начать прерывание беременности («*даже перед смертью*», писал Тадевосян (1937)). В крайнем случае женщины говорили, что делали всё сами или аборт начался в результате травмы. Уголовные расследования в таких случаях начинались редко, ещё реже такие случаи передавались в прокуратуру, и ещё реже доходили до суда.

В ещё одной записке «*О рождаемости и приросте населения СССР в 1-м квартале 1938 года*» тов. Саутин также обратил внимание на недостаточно интенсивную работу Наркомздрава по проведению в жизнь мероприятий, способствующих увеличению рождаемости, в частности, на невыполнение плана строительства детских яслей (план 1937 года был выполнен на 17,8%), цит. по: (Вишневский, Сакевич, 2006b). Вследствие халатного, преступно-бюрократического отношения к делу со стороны органов здравоохранения не были выполнены и планы строительства родильных домов (Тадевосян, 1937).

Были созданы социально-правовые кабинеты по борьбе с абортами, в обязанности которых входило *регулярное, своевременное получение от врачебных комиссий по выдаче разрешений на аборт списка женщин, которым отказано в производстве аборта (не позднее 24 часов после заседания комиссии) для организации патронажа* (цит. по: Лебина, 1999, с. 291). То есть практически вводилась слежка за беременными женщинами, этот опыт позднее был воспроизведён в Румынии.

Несмотря на разрушение всех институтов гражданского общества, население СССР в этот период явило очевидное несогласие с политикой правительства и использовало малейшую возможность обхода правил, противоречащих собственным интересам.

#### **1954–1974. Вторая декриминализация**

После смерти Сталина (5 марта 1953) в государственном управлении возобновили работу некоторые механизмы обратной связи. 5 августа 1954 года вышел указ Президиума ВС СССР «*Об отмене уголовной ответственности беременных женщин за производство аборта*». 23 ноября 1955 этот же орган выпустил указ «*Об отмене запрещения аборт*».

Число зарегистрированных абортс увеличилось ещё больше, возможно, за счёт выхода из тени подпольных. Вместе с тем доля неполных абортс быстро снизилась: с 80% в 1954 до 30% в 1956 и до 16% в 1966 (Садвокасова, 1969). Немного меньший уровень – 10-12% – наблюдался до начала 1990-х. Материнская смертность также быстро уменьшилась, за три года (1955-1958) более чем в два раза.

К середине 1960-х в стране был налажен учёт абортс, он стал удовлетворительным по полноте (Avdeev, 1995), хотя данные об абортс оставались секретными до середины 1980-х. Кое-что опубликовала Е. Садвокасова в своих статьях (1963, 1968, 1969). Время от времени отдельные цифры проскакивали в прессе. Стали публиковаться результаты обследований. По нашим расчётам на основе данных Садвокасовой за 1965 г. (регистрации Минздрава), суммарный коэффициент абортс (ТАR) – интегрированный показатель, не зависящий от возрастной структуры населения, в 1958–1959 в РСФСР был порядка 4-х на одну женщину. В 1990-х гг. Росстат опубликовал временные ряды абортс<sup>10</sup>, которые показали, что рост числа абортс в РСФСР происходил до 1964 года, когда был достигнут максимум, около 5,6 млн, или GAR – 169‰ и TAR (по нашей оценке) около 6. После этого началось снижение.

Обследование молодых семей в городах, вступивших в брак в 1960, показало, что 3/4 женщин имели хотя бы один аборт в течение первых пяти лет брака, 1/3 – два абортс, а 14% – три и более абортс. Обследование показало также, что пары не откладывают первое рождение, только 10% остались бездетными через пять лет после вступления в брак (Каткова, 1971).

Большое число абортс в 1960-е годы объяснялось неразвитостью сети услуг по планированию семьи и отсутствием эффективной контрацепции. Около 20 лет прошло впустую, *всю работу по разъяснению вреда абортс и необходимости применения противозачаточных средств пришлось начинать сначала* (Садвокасова, 1969). Исследование женщин семи городов РСФСР, обратившихся по поводу абортс, пользовавшихся и не пользовавшихся контрацепцией показало, что использование контрацепции предотвращает лишь 20-25% абортс (Садвокасова, 1969).

<sup>10</sup> Открытие статистики привело к большому числу публикаций по теме, в частности, по этой причине мы избегаем цифр в дальнейшем изложении.

Власти продолжали придерживаться догмы, что развитие народного хозяйства и повышение уровня жизни приведет женщин к предпочтению выбора рождения ребенка, а не аборта, а низкая рождаемость – результат временных трудностей, которые скоро будут преодолены. В это же время планировалось и построение коммунизма. Следуя догме, Садвокасова построила довольно сложную систему причин отказа от сохранения беременности и пришла к выводу, что 1/3 аборт (35% в городах и 26% в сельской местности) были сделаны по причинам, безусловно устранимым в процессе дальнейшего построения коммунистического общества (Садвокасова, 1969). Респондентки обычно ссылались на недостаток жилплощади, времени на воспитание детей, финансовые трудности и другие подсказки исследователя. По современным представлениям такое объяснение отказа от рождения предназначено для сокрытия реальной причины.

С тех пор официальная медицина, на которую неожиданно, возможно, стараниями Саутина, легла ответственность за демографическую политику, оказалась «сидящей на двух стульях»: с одной стороны, абортные страдания, с другой, – приверженность пронатализму не даёт возможности осмыслить преимущества планирования семьи и использовать контрацепцию для борьбы с абортом. Конструктивные попытки были; например, 2 августа 1962 г. МЗ СССР издал приказ «*О мерах по усилению борьбы с абортами*». Среди мер указывались: широкая санитарно-просветительная работа о вреде аборта, гигиене половой жизни; обеспечение населения имеющимися противозачаточными средствами путем организации их бесперебойной продажи в аптеках, консультациях, медсанчастях; улучшение амбулаторно-поликлинического обслуживания женщин, обучение применению контрацептивов; организация клиничко-экспериментальной лаборатории по изысканию и испытанию новых противозачаточных средств при НИИ акушерства и гинекологии Минздрава РСФСР и т.д.

#### ***1974–1985. Отказ от достижений НТР***

Несмотря на фантастические достижения в освоении космоса (спутник, Гагарин), создании ядерного оружия и средств доставки, СССР с середины 1960-х гг. стал отставать от развитых капиталистических стран. Учреждённой лаборатории мало что удалось сделать. Её достижением стал, пожалуй, симпозиум по гормональной контрацепции, проведённый в 1970 г. На нём было сообщено, что гормональные контрацептивы, как отечественные, так и зарубежные,

успешно прошли клинические испытания в СССР (по-видимому, это очень большое преувеличение) и были рекомендованы для применения, но только в течение одного года. Симпозиум направил МЗ пожелание развивать гормональную контрацепцию в нашей стране.

Уже в 1974 г. Минздрав распространил инструктивное письмо *«О побочных действиях и осложнениях при применении оральных контрацептивов»*. Письмо сильно преувеличивало побочные эффекты и, судя по всему, было сигналом того, чтобы материалы симпозиума не есть руководство к действию. После этого письма появилось много мифов о последствиях применения оральной гормональной контрацепции (росте веса, раке груди, росте усов, головных болях и проч.). В 1970-е, несмотря на недавнее изобретение<sup>11</sup>, пилюлей уже пользовалось несколько миллионов женщин мира. Западные страны продолжали исследования и разработки, улучшали качество и снижали число и силу побочных эффектов гормональной контрацепции. Конкуренция производителей заставляла их делать продукт всё лучше и лучше. В это время наша страна отказалась идти вместе со всеми. В 1981 г. новое письмо МЗ *«О побочных реакциях и осложнениях, вызываемых оральными контрацептивами»* подтвердило прежнюю позицию: *...трудно согласиться с мнением..., что положительные медицинские и социальные последствия применения оральных контрацептивов превышают их риск*. Эту точку зрения министерству пришлось переменить и довольно скоро.

#### **1985–1998. Планирование семьи**

Перестройка началась с приказа МЗ РСФСР<sup>12</sup> (на всякий случай, для служебного пользования) *«О неудовлетворительной работе по предупреждению и снижению аборт в РСФСР и повышению ее эффективности»* (№ 590 от 25.07.1985, через три месяца после того как М.С. Горбачёв стал генсеком). Неблагоприятную ситуацию приказ пояснял обычной мантрой: низким уровнем организаторской

<sup>11</sup> В мае 1960 г. Управление по контролю качества пищевых продуктов и лекарственных средств США (FDA) разрешило продажу эновида в качестве контрацептива. С появлением и распространением таблетки связывают контрацептивную и сексуальную революции, окончательно отделивших сексуальное наслаждение и рождение детей (Денисов, 2010).

<sup>12</sup> Любопытно, что приказ был республиканским, а не общесоюзным. С одной стороны, проблема абортов в РСФСР стояла наиболее остро, с другой, этим признавалась неоднородность населения СССР в части рождаемости.

работы органов и учреждений здравоохранения ряда территорий, формальным, недифференцированным подходом к профилактике непланируемой беременности, неудовлетворительной работой женских консультаций по организации контрацепции, незнанием истинной потребности в контрацептивах, плохой организацией санитарной противоабортной пропаганды и т.д. Тем не менее, некоторые региональные руководители получили реальные выговоры за высокий уровень абортот. В постановляющей части приказ указал *считать проблему профилактики абортов и контрацепции одной из важнейших задач по охране здоровья женщин и улучшению демографических процессов.*

Первым советским лидером, упомянувшим демографические процессы и их неблагоприятное развитие, был Ю.В. Андропов, это произошло приблизительно через 50 лет после закрытия демографических институтов в Ленинграде и Киеве. Его заявление было результатом возрождения советской демографии; в середине 1960-х были организованы исследовательские подразделения в ЦСУ и МЗ, научная и учебная программы открыты в МГУ. Во второй половине 1970-х в МГУ заработала совместная программа МГУ и ООН «*Население и развитие*». Стала размываться социалистическая догма, утверждающая, что только временные трудности сдерживают неизбежный для социализма рост рождаемости. Идея общности развития населений в виде теории демографического перехода приобретала всё больше сторонников, пионером применения этой идеи к развитию населения СССР стал Кваша (1974).

В это же время Минздравом были предприняты действия, не только определившие дальнейшее развитие, но и приведшие к необратимым результатам. В первую очередь надо отметить огромные усилия МЗ по производству и продвижению современного и эффективного контрацептива – внутриматочной спирали (ВМС). ВМС идеально подошла к ментальности населения с низкой самосохранительной культурой и не очень развитой привычкой к дисциплине и регулярности. Многие авторы обращали внимание, что, хотя использование контрацепции быстро росло, 70–80% абортов были результатом её неправильного использования (David, Popov, 1999), (Шнейдерман, 1991). Для оральной контрацепции – это нерегулярность принятия таблеток, для презерватива – неиспользование в каждом половом акте. В таких условиях ВМС оказалась просто находкой.

Для борьбы с высоким уровнем материнской смертности от внебольничного аборта были предприняты меры по облегчению доступности прерывания беременности. Среди таких мер можно назвать приказ МЗ СССР (№ 1342 от 31 декабря 1987), который легализовал аборт до 28-й недели беременности, существенно расширив список социальных показаний, по которым аборт можно было делать на более поздних сроках.

Длительная кампания дезинформации о современной контрацепции не могла не принести плодов в виде причудливо искажённых представлений советских людей о планировании семьи. Согласно результатам обследования в Москве и Уфе (Бабин, 1986), 1/4 молодых москвичек, состоящих в браке, и 31% жительниц Уфы не слышали о гормональной контрацепции, а из тех, кто слышал, 5–6% считали её безопасной. Самым эффективным методом респондентки назвали прерванное сношение.

К концу существования Советского Союза контроль рождаемости в нашей стране отличался следующими особенностями (Кон, 2010), (David, Popov, 1999):

- доступностью и широкой распространённостью аборта;
- низким качеством производства абортов и большим числом осложнений;
- неразвитостью услуг планирования семьи;
- недостатком предложения современных контрацептивов;
- неправильным использованием имеющихся контрацептивов;
- отсутствием полового просвещения и мракобесием в этой области.

Такое наследство было принято Россией после крушения СССР. Некоторые из этих особенностей наблюдаются и сейчас. Тем не менее, перестройка сделала общество более открытым, появился доступ к новым технологиям, включая контрацепцию, началась вестернизация многих областей политической и ежедневной жизни.

В 1990-х гг. перемены, затронувшие все стороны российской жизни, вторглись и в область планирования семьи. Вновь возникла рыночная экономика, в частности, появился рынок современных и качественных контрацептивов. Возникли частные структуры, предоставляющие услуги по планированию семьи, и, хотя эти услуги не были доступны широким слоям женщин, монополия Минздрава хотя бы отчасти была ликвидирована. Возникли неправительственные



организации, ставящие перед собой задачи защиты репродуктивных прав и охраны репродуктивного здоровья населения. Видное место среди них заняла *Российская ассоциация планирования семьи*, созданная в декабре 1991 г. при поддержке правительства. Страна вышла из информационной изоляции, в том числе и в этой сфере. После того, как в конце 1980-х гг. была рассекречена статистика абортот, началось широкое обсуждение проблемы в научной литературе и средствах массовой информации. Стали расширяться каналы, по которым население могло получить сведения о планировании семьи.

На волне общих демократических преобразований в России была принята Федеральная целевая программа «Планирование семьи», с 1994 г. имевшая статус президентской. Принятие этой программы инициировало разработку соответствующих региональных документов в более чем 50 регионах России. Тональность документов МЗ по сравнению с 1960–1970-ми годами кардинально изменилась, ставилась задача добиться быстрого роста применения гормональных контрацептивов путем увеличения их закупок и распространения информации об этом виде противозачаточных средств как среди населения, так и среди врачей, преодоления негативного отношения акушеров-гинекологов к применению оральной контрацепции.

В 1990-х гг. практически с нуля была создана служба планирования семьи, сотни центров планирования семьи и репродукции, относящихся к системе МЗ. В рамках программы «Планирование семьи» осуществлялись государственные закупки контрацептивов, многие учреждения имели возможность бесплатного обеспечения ими социально незащищенных групп населения, в том числе молодежи. Были организованы курсы подготовки специалистов. Велась значительная работа по повышению информированности населения в области планирования семьи. Программой предусматривалось создание и внедрение специальных программ полового образования и воспитания подростков. Существенную финансовую помощь в переходе от абортов к контрацепции оказывали международные организации, правительственные и частные зарубежные фонды. В рамках международных проектов осуществлялись поставки современного оборудования, средств контрацепции для центров планирования семьи и женских консультаций, велась подготовка кадров, издавалась соответствующая литература.

Однако наряду с явным и давно ожидаемым оживлением деятельности по развитию планирования семьи активизировались и его противники. Государственная дума с 1998 г. лишила программу «Планирование семьи» прямого бюджетного финансирования. Было приостановлено и с тех пор не возобновлено внедрение программ сексуального просвещения в школах.

### *После 1998 года: разворот к традиции*

На протяжении всех постсоветских лет число аборт в России устойчиво снижается. С 1990 по 2012 гг. число аборт уменьшилось приблизительно в четыре раза, так же как GAR. Это подтверждается как официальной статистикой, так и результатами выборочных опросов женщин. TAR в 2007 г. стал меньше суммарного коэффициента рождаемости впервые с 1959 г., другими словами, женщины стали чаще рожать, чем прерывать беременности. Чтобы прийти к этому, понадобилось около 50 лет. Особенно быстрое снижение аборт характерно для молодых женщин; «абортная культура», если она и существовала, то для постсоветских поколений осталась в прошлом. Эффективность планирования семьи в стране повышается<sup>13</sup>.

Темпы снижения числа прерванных беременностей, однако, в 2000-е гг. замедлились; соседние страны, имевшие показатели, схожие с российскими в советское время, значительно обошли Россию в решении проблемы аборт. В результате Россия остается в ряду стран с самыми высокими уровнями аборт в мире (среди стран, имеющих статистику аборт, а это приблизительно 1/3 стран).

Отставание России от других стран по темпам снижения распространенности аборт продолжает привлекать внимание организаторов здравоохранения и вынуждает искать более действенные механизмы решения проблемы аборт. Но на фоне общего разворота страны к «традиционным» устоям и ценностям и декларируемого повышения роли церкви в жизни общества в качестве механизмов выбираются не доказавшие свою эффективность меры (продвижение планирования семьи, сексуальное образование), а усиление репрессий и запретов.

После закрытия программы «Планирование семьи» законодательные инициативы федерального и регионального уровня, направленные на ограничение доступности искусственного прерывания

<sup>13</sup> Подробнее см. (Денисов, Сакевич, 2011)

беременности, появляются в России с большой регулярностью. Так, Постановлением Правительства РФ от 11.08.2003 № 485 «О перечне социальных показаний для искусственного прерывания беременности» число социальных показаний, на основании которых можно сделать аборт после 12-й недели беременности, уменьшилось с 13 до 4. В 2012 г. правительство сократило перечень социальных показаний до одного пункта (Постановление от 6 февраля 2012 г. № 98). Таким показанием теперь является беременность, наступившая в результате совершения преступления, предусмотренного статьей 131 Уголовного кодекса Российской Федерации (изнасилование). В результате «социальных» аборт у нас почти не осталось.

В 2007 г. был введен рекомендуемый образец информированного добровольного согласия на проведение искусственного прерывания беременности, в котором предлагается информировать женщину о возможных серьезных осложнениях здоровья после проведения аборта, «пугать» о таких последствиях, как, например, бесплодие, внематочная беременность, преждевременные роды, нервно-психические расстройства и др. (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 17.05.2007 № 335). В то время как Всемирная организация здравоохранения называет аборт «очень безопасным медицинским вмешательством», если он проводится с соблюдением необходимых стандартов (WHO, 2012). Также в 2007 г. был значительно сокращен перечень медицинских показаний для искусственного прерывания беременности (Приказ Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736). Руководители здравоохранения обосновали такой шаг развитием новых технологий, позволяющих вести беременность у женщин, для которых раньше она считалась абсолютным противопоказанием. Неоднократно принимались законодательные поправки, ограничивающие рекламу услуг по прерыванию беременности.

В 2011 г. в российском законодательстве, регламентирующем искусственное прерывание беременности, произошли дальнейшие изменения. Вместо Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (№ 5487-1 от 22 июля 1993 года) был принят закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ФЗ №323 от 21 ноября 2011 года). Редакция статьи, посвященной искусственному прерыванию беременности, претерпела довольно значительную правку. Новым законом введен специальный период времени, отведенный женщине после обращения в медучреждение по поводу аборта, для того, чтобы, по замыслу ав-

торов закона, женщина могла еще раз обдумать свое решение. Этот период зависит от срока беременности: при беременности от 4 до 7 недель и от 11 до 12 недели прерывание беременности может проводиться не ранее 48 часов с момента обращения, а при беременности от 8 до 10 недель – не ранее семи дней с момента обращения, то есть вводится так называемая «неделя тишины». В это время женщине рекомендуется пройти психологическое консультирование, основная цель которого – способствовать сохранению беременности и рождению ребенка. К консультированию предлагается привлекать сотрудников РПЦ.

Нередко звучат предложения ввести полный запрет на аборт, за исключением ситуаций, когда беременность угрожает жизни и здоровью женщины.

Все эти нововведения делают аборт менее доступным и менее безопасным, вопрос об улучшении качества медицинской помощи остается очень актуальным в России.

Законодательное ограничение аборта рассматривается и как инструмент демографической политики, направленной на повышение рождаемости. Подобные заявления периодически звучат из уст членов правительства. Под профилактикой, предупреждением абортотворения чиновники подразумевают отказ от аборта в пользу рождения, если нежелательная беременность случилась. Одним из целевых индикаторов Государственной программы развития здравоохранения Российской Федерации (принята распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.) служит доля женщин, принявших решение вынашивать беременность, от числа женщин, обратившихся в медицинские организации по поводу прерывания беременности. Она должна возрасти до 15% в 2020 г.; как измерять этот показатель, не уточняется.

\* \* \*

После Второй мировой войны рождаемость в России полностью контролируется на уровне семьи; с середины 1960-х гг. она упала ниже уровня воспроизводства населения. Россия была первой страной, легализовавшей аборт. Приверженность пронатализму не давала возможности развивать и внедрять контрацепцию, особенно современные эффективные методы, в качестве альтернативы аборту. Точка зрения, что улучшение условий жизни и рост благосостояния неизбежно приведет к росту рождаемости и уменьшению числа абортотворения, продолжает определять государственную политику в этой области.

В условиях недоступности контрацепции аборт стал распространенным методом регулирования размеров семьи. Уровень абортотворности был очень высок в советское время и остается относительно высоким до сих пор, особенно в сравнении с другими развитыми странами. В то же время было бы ошибкой сказать, что аборт был основным инструментом контроля над рождаемостью. Основной причиной высокого уровня абортотворности является неэффективная контрацепция и её неправильное использование. Несмотря на постоянные усилия, пронаталистская политика по-прежнему не может преодолеть предпочтения семей. Правительство РФ оказалось не в состоянии использовать известные инструменты снижения абортотворности – сексуальное образование и доступная и эффективная контрацепция.

На основе нашего анализа мы приходим к выводу, что в истории нашей страны были короткие периоды, когда демографическая политика была более или менее адекватной; чаще правительство пыталось заставить население действовать против собственных интересов населения, но без особого успеха.

Современные тенденции показывают, что и при отсутствии государственной поддержки общество само развивается в направлении более гуманистического и эффективного контроля рождаемости. Видимо российским парам всё же удастся заменить аборт на планирование семьи, используя все более эффективную контрацепцию. Последние исследования подтверждают справедливость официальной статистики и, таким образом, реальность благоприятных тенденций в контроле рождаемости.

#### Литература

1. Бабин Е.Б. Контрацептивное поведение супругов в городских семьях // Детность семьи: вчера, сегодня, завтра / Рук-ль авторского коллектива А.И. Антонов. М.: Мысль, 1986.
2. Вишневский А.Г., Сакевич В.И. Регулирование деторождения: запретная практика. В кн.: Демографическая модернизация России, 1900–2000 / Под ред. А.Г. Вишневского. М.: Новое издательство, 2006а. С. 38–43.
3. Вишневский А.Г., Сакевич В.И. Россия между абортотворностью и планированием семьи. В кн.: Демографическая модернизация России, 1900–2000 / Под ред. А.Г. Вишневского. М.: Новое издательство, 2006б. С. 195–246.
4. Генс А.Б. Аборт в РСФСР. Доклад на Всесоюзном съезде по охране материнства и младенчества (1–8 дек. 1925 г.). М.: «Охрана материнства и младенчества», 1926.
5. Генс А.Б. Проблема аборта в СССР. М.: Госмедиздат, 1929.

6. Гернет М.Н. Аборт в законе и статистика абортот // *Аборты в 1925 году*. М.: ЦСУ СССР, 1927.
7. Денисов Б. Как рождалась «таблетка от рождения» // *Медицинская газета*. 28 мая 2010 г. № 39.
8. Денисов Б., Сакевич В. Внутрисемейное регулирование рождаемости в Белоруссии, России и Украине в постсоветский период // *Экономический журнал ВШЭ*. 2010. Т. 15. № 4.
9. Захаров С.В. Неэффективная рождаемость. В кн.: *Демографическая модернизация России, 1900–2000* / Под ред. А.Г. Вишневого. М.: Новое издательство, 2006. С. 29–43.
10. Здравомыслова Е. Гендерное гражданство и абортная культура. В кн.: *Здоровье и доверие: гендерный подход к репродуктивной медицине: сборник статей* / под ред. Е. Здравомысловой и А. Темкиной. СПб.: Издательство Европейского университета в Санкт-Петербурге, 2009. С. 108–135.
11. Исупов В.А. Городское население Сибири: от катастрофы к возрождению (конец 30-х – конец 50-х годов). Новосибирск: Наука, 1991.
12. Исупов В.А. Демографические катастрофы и кризисы в России в первой половине XX века: Историко-демографические очерки. Новосибирск: Сибирский хронограф, 2000.
13. Каткова И.П. Рождаемость в молодых семьях. М.: Медицина, 1971.
14. Кваша А.Я. Проблемы экономико-демографического развития СССР. М., Статистика, 1974.
15. Кон И.С. Клубничка на березке. Сексуальная культура в России. М.: Время, 2010.
16. Лебина Н.Б. Повседневная жизнь советского города: нормы и аномалии. 1920 – 1930 годы. СПб.: Журнал «Нева» – Издательско-торговый дом «Летний Сад», 1999.
17. Миронов Б.Н. Социальная история России периода империи (XVIII – начало XX в.). СПб.: «Дмитрий Буланин», 1999.
18. Паевский В.В. К вопросу о рождаемости в Ленинграде (по материалам статистики абортот) // *Статистический сборник Ленинградского областного отдела здравоохранения за 1929 г.* В кн.: Паевский В.В. *Вопросы демографической и медицинской статистики (Избранные произведения)* / Под ред. проф. А.М. Меркова. М.: Статистика, 1970.
19. Райх В. Сексуальная революция. М.: «АСТ», 1997.
20. Садвокасова Е.А. Некоторые социально-гигиенические аспекты изучения абортот // *Советское здравоохранение*. 1963. № 3.
21. Садвокасова Е.А. Аборт как социально-гигиеническая проблема. Дисс. ... докт. мед. наук / Ин-т организации здравоохранения и истории медицины им. Н.А. Семашко МЗ СССР. М., 1965.
22. Садвокасова Е.А. Роль абортот в осуществлении сознательного материнства в СССР (по материалам выборочного обследования) // *Изучение воспроизводства населения*. М.: Наука, 1968.

23. Садвокасова Е.А. Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи. М.: Медицина, 1969.
24. Сольц А.А. Аборт и алименты // Труд. 27 апреля 1937. № 97.
25. Тадевосян В. Закон 27 июня 1936 г. в действии // Социалистическая законность. 1937. № 8.
26. Томилин С.А. К вопросу о плодовитости крестьянки и влиянии ее на детскую смертность. В кн.: Советская демография за 70 лет / Отв. редактор Т.В. Рябушкин. М.: Наука, 1987.
27. Тушнов М.В. К учению о спермотоксинах. Биологическая роль спермотоксинов при оплодотворении. Казань, 1911.
28. Тушнов М.В. Проблемы спермотоксинов и лизатов. М., 1938.
29. Урланис Б.Ц. Рождаемость и продолжительность жизни в СССР. М.: Госстатиздат ЦСУ СССР, 1963.
30. Шнейдерман Н.А. Откровенный разговор: Рождаемость и меры ее регулирования. М.: Мысль, 1991.
31. Avdeev A., Blum A., Troitskaja I. The History of Abortion Statistics in Russia and the USSR from 1900 to 1991 // Population: An English Selection, 7. 1995.
32. Bongaarts J. A framework for analysing the proximate determinants of fertility // Population and Development. 1978. Review 4: 105–132.
33. Coale Ansley J. The demographic transition. IUSSP Liege International Population Conference. Liege: IUSSP, 1973. Volume 1: 53–72.
34. David H. P., J. Fleischhacker, Ch. Hohn. Abortion and Eugenics in Nazi Germany // Population and Development Review. 1998. 14, № 1.
35. David H. P., Popov A.A. Russian Federation and USSR Successor States. In: From Abortion to Contraception: A Resource to Public Policies and Reproductive Behavior in Central and Eastern Europe from 1917 to the Present / Edited By Henry P. David with the assistance of J. Skilogianis. Greenwood Press, 1999.
36. Demeny P. Early fertility decline in Austria-Hungary: A lesson in demographic transition. In: Glass, D.V. and Revelle, R. (eds.). Population and social change. London: Edward Arnold, 1972. Pp. 153–172.
37. Denisov BP, Sakevich VI, Jasilioniene A. Divergent Trends in Abortion and Birth Control Practices in Belarus, Russia and Ukraine // PLoS ONE. 2012. 7(11): e49986. doi:10.1371/journal.pone.0049986.
38. Hajnal J. European marriage pattern in historical perspective en D.V. Glass and D.E.C. Eversley, (eds.) Population in History, Arnold, London, 1965.
39. Sanger M. Margaret Sanger, An Autobiography. New York: W.W. Norton, 1938.
40. Smith D.P. Formal Demography (The Plenum Series on Demographic Methods and Population Analysis). 1992.

*О.Б. Хорева\**, *О.В. Рахманова\*\**

### **ОСОБЕННОСТИ РЕАЛИЗАЦИИ СЕМЕЙНОЙ И МОЛОДЕЖНОЙ ПОЛИТИКИ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ РОССИИ**

В современной Российской Федерации реализуется система мер на федеральном и региональном уровне помощи семьям с детьми, направленная на стимулирование деторождения и укрепление института семьи, а также проводится политика пропаганды здорового образа жизни, борьбы с факторами риска развития заболеваний.

В настоящее время разрабатывается Концепция государственной семейной политики до 2025 г., которая должна служить ориентиром для федеральных органов государственной власти и органов местного самоуправления при решении вопросов жизнеобеспечения, защиты прав и интересов, социализации семей. Семейная политика сегодня – это целенаправленная деятельность государственных органов и иных социальных институтов в сфере укрепления семьи, оптимизации выполнения ею своих функций и улучшения условий жизнедеятельности (Глушкова, Хорева, 2013: 9). Современная семейная политика включает в себя социальное обеспечение, налоговую политику и семейное право. Семейная политика реализуется посредством различных технологий (организационных, законодательно-нормативных, информационных, экономико-финансовых и др.), в том числе через комплекс гражданско- и административно-правовых мер (законодательные акты, регламентирующие разводы, браки, положение детей в семьях, алиментные обязанности, охрану материнства и детства, аборт и меры контрацепции, условия занятости и режим работы работающих женщин-матерей и т.д.) (Глушкова, Хорева, 2013: 138).

Правовая база регулирования в области семейной политики включает международные конвенции, декларации и пакты, регламентирующие отношения государства с семьей и защищающие положение детей и подростков; законодательно-нормативные документы в обла-

---

\* Хорева Ольга Борисовна\* – к.э.н., доцент, заместитель заведующего кафедрой управления развитием территорий и регионалистики факультета государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ.

\*\* Рахманова Ольга Васильевна\*\* – аспирант кафедры управления развитием территорий и регионалистики факультета государственного и муниципального управления НИУ ВШЭ.



сти семейной политики групп государств, например Евросоюза, а также нормативно-правовые акты конкретного государства, обеспечивающие проведение семейной политики на национальном уровне.

Государственная политика в отношении поддержки семьи регламентируется в Российской Федерации нормами Семейного кодекса Российской Федерации, федеральными законами «Об опеке и попечительстве», «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации» и др. документами.

Указом Президента Российской Федерации от 1 июня 2012 г. № 761 принята Национальная стратегия действий в интересах детей на 2012–2017 гг., разработанная с учетом Стратегии Совета Европы по защите прав ребенка на 2012–2015 гг. К основным направлениям реализации Национальной стратегии относятся: доступность качественного обучения и воспитания детей, культурное развитие и информационная безопасность детей, здравоохранение, дружественное к детям, и здоровый образ жизни, равные возможности для детей, нуждающихся в особой заботе государства, создание системы защиты и обеспечения прав и интересов детей и дружественного к ребенку правосудия и др.

В РФ семейная политика тесно взаимосвязана с молодежной политикой, в том числе в отношении необходимости решать проблемы, связанные с развитием молодой семьи. В современной России остро стоят вопросы, касающиеся оказания качественных услуг в сфере разработки и реализации эффективной молодежной региональной политики, создания условий для успешной социализации и эффективной самореализации молодежи, развития потенциала молодежи и его использование в интересах развития регионов России.

В ряде регионов России существуют проблемы, связанные с невысокой общественно-политической активностью молодежи, активной миграцией сельской молодежи в городскую местность, распространенностью употребления алкоголя среди подростков, дисбалансом в требуемых и предлагаемых специальностях на рынке труда. Поэтому руководство ряда регионов России сегодня вынуждено решать задачу по развитию трудовой мобильности молодежи, привлечению квалифицированной рабочей силы (внутрироссийской и иностранной), реализации семейной, трудовой, образовательной и миграционной политики, нацеленной на население в возрасте 14–30 лет, в том числе на молодые семьи. Для этого необходимо