

Рождаемость и планирование семьи: мнения, установки, мотивация

Под редакцией
И.Е. Калабихиной,
И.А.Троицкой



Экономический
факультет
МГУ
имени
М.В. Ломоносова

МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ
имени М. В. Ломоносова
Экономический факультет



РОЖДАЕМОСТЬ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ: МНЕНИЯ, УСТАНОВКИ, МОТИВАЦИЯ

Серия
«Качественные исследования в экономике
и демографии»

Научный семинар
в магистратуре экономического факультета МГУ

Выпуск 10

Под редакцией
И. Е. Калабихиной, И. А. Троицкой

Москва
2016

УДК 314.3; 314.5
ББК 60.7
Р622

Редакторы:
д-р экон. наук *И. Е. Калабихина*,
канд. экон. наук *И. А. Троицкая*

Р622 **Рождаемость и планирование семьи: мнения, установки, мотивация. Серия «Качественные исследования в экономике и демографии».**
Выпуск 10: Монография / Под ред. И. Е. Калабихиной, И. А. Троицкой. — М.: Экономический факультет МГУ имени М. В. Ломоносова, 2016. — 188 с.

ISBN 978-5-906783-53-0

Монография продолжает серию публикаций, подготовленных по результатам исследований, ежегодно проводимых в рамках научного семинара магистратуры программы «Социальная политика» экономического факультета МГУ.

В 2015 г. в исследовании, выполненном методом полуструктурированного интервью, изучались мнения респондентов о различных аспектах рождаемости и планирования семьи: о репродуктивных установках и мотивации к рождению детей; об отношении к контрацепции и аборту; о распространении информации о планировании семьи; об опыте общения со структурами здравоохранения, связанными с родовспоможением и планированием семьи; о гендерных аспектах репродуктивного выбора; о месте рождаемости и планирования семьи в биографиях респондентов.

В создании монографии принимали участие российские демографы, социологи, медики, известные своими исследованиями в области планирования семьи и представившие результаты исследований 2011–2015 гг.

В приложении содержатся методологические материалы.

Результаты исследования представляют научный интерес для экономистов, демографов, социологов.

УДК 314.3; 314.5
ББК 60.7

ISBN 978-5-906783-53-0

© Экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова, 2016

СО Д Е Р Ж А Н И Е

ПРЕДИСЛОВИЕ	4
ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-2011»	8
РЕПРОДУКТИВНЫЕ РЕШЕНИЯ В СИТУАЦИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ: МУЖСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЖЕНЩИН	40
ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РОЖДАЕМОСТИ: РОССИЯ И СТРАНЫ ОЭСР	55
РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ»	67
Жизненные и репродуктивные циклы	67
Влияние демографической политики и внутрисемейных отношений на принятие решения о рождении ребенка	92
Репродуктивные ценности и установки	104
Опыт общения с инфраструктурами, «ответственными» за планирование семьи в системе здравоохранения	120
Отношение к распространению информации о методах контрацепции посредством СМИ и введения специального предмета в школе	136
Роль мужчины в принятии репродуктивных решений семьи	144
МЕТОДИЧЕСКОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ	163
Гид интервью	163
Информационная таблица и линии жизни	169
<i>Инструкция № 1.</i> Тип интервью и основной алгоритм проведения интервью	172
<i>Инструкция № 2.</i> Основные приемы полуструктурированного интервью	174
<i>Инструкция № 3.</i> Транскрипция интервью	177
<i>Инструкция № 4.</i> Контент-анализ полуструктурированного интервью и написание аналитического отчета	179
<i>Инструкция № 5.</i> Памятка участнице/участнику интервью	182
<i>Инструкция № 6.</i> Обращение к респондентам	183
<i>Инструкция № 7.</i> Последние напутствия интервьюерам и исследователям	184
Календарно-тематический план дисциплины «Научный семинар «Качественные исследования в экономике и демографии»	186

ПРЕДИСЛОВИЕ

Уважаемый читатель,

перед вами 10-й, юбилейный выпуск результатов исследования, проведенного в рамках научного семинара «Качественные исследования в экономике и демографии»¹ на экономическом факультете МГУ им. М. В. Ломоносова в рамках магистерской программы «Социальная политика» (до 2015 г. программа называлась «Экономика социальной сферы, труда и народонаселения»).

Основной качественный метод исследований в рамках данного семинара — полуструктурированные интервью. Каждый год банк данных качественных исследований программы пополняется на 40–70 интервью (количество интервью зависит от числа участников семинара, т.е. от числа интервьюеров, обычно на семинаре работают 10–15 человек). Студенты магистратуры после методических занятий и тренингов разрабатывают программу и гиды исследования, берут интервью у жителей Московского региона, формируют банк данных аудио- и текстовых файлов, анализируют тексты интервью, линии жизни респондентов и пишут коллективный труд по результатам исследования.

Предыдущие темы исследования в рамках нашего семинара: «Выпускники экономических специальностей на рынке труда» (выпуск 9); «Дискриминация на рынке труда города Москвы» (выпуск 8); «Иностранцы трудовые мигранты в России» (выпуск 7); «Уход из родительского дома» (выпуск 6); «Влияние демографической политики 2007–2009 гг. на рождаемость в Московском регионе» (выпуск 5); «Знание школьниками Москвы собственных прав и способов их защиты» (выпуск 4); «Стратегии увеличения свободного времени жителей Московского региона» (выпуск 3); «Самосохранительное поведение жителей Московского региона» (выпуск 2); «Внутрисемейное распределение бюджета (скрытые доходы членов семьи)» (выпуск 1)².

¹ Семинар начал свою работу в 2002 г., но проведение полного цикла исследования и создание научной серии с ежегодными публикациями по результатам исследования стартовали в 2006 г. Руководитель семинара — профессор кафедры народонаселения, д-р экон. наук И. Е. Калабихина, ikalabikhina@yandex.ru.

² Выпуски научной серии «Качественные исследования в экономике и демографии» доступны по ссылке: <http://demography.econ.msu.ru/library/qualitative-research/>. Каждый выпуск содержит обширный методологический материал по проведенному исследованию.

В 2015 г. семинар был посвящен вопросам планирования семьи и репродуктивного поведения (банк данных — 46 отобранных полуструктурированных интервью). Приглашенным экспертом семинара являлась ведущий научный сотрудник Центра по изучению народонаселения экономического факультета МГУ, канд. экон. наук И. А. Троицкая, международный специалист по планированию семьи и репродуктивному поведению. В рамках исследования мы затронули вопросы о семейных ценностях и установках по отношению к планированию семьи; о мифах по поводу контрацепции; о репродуктивных намерениях, их мотивации и реализации; о роли мужчины в принятии репродуктивных решений семьи; о репродуктивных и жизненных циклах московских респондентов; об опыте общения респондентов с инфраструктурами, ответственными за планирование семьи в системе здравоохранения Московского региона; о влиянии современной демографической политики на репродуктивное поведение.

В интервью приняли участие 37 женщин (от 25 до 45 лет) и девять мужчин (от 27 до 48 лет). Все опрошенные — жители Москвы и Московской области. 45 респондентов имели опыт брака; в момент опроса 34 состояли в браке (в том числе шесть — в повторном). Число детей у респондентов варьирует от 0 до 4; среднее число — 1,54 ребенка. В «поле» работало десять интервьюеров (восемь девушек и двое молодых людей). Одно интервью занимало 0,5–1 час. Результаты исследования вошли в данную коллективную монографию. Студенты (Юлия Бабыкина, Камиля Сахбетдинова, Марк Трифонов, Яна Яковлева) совместно с руководителями исследования представили результаты в Доме ученых РАН весной 2016 г. и на Европейской конференции по изучению населения летом 2016 г.

В 2015 г. мы выбрали тему «Планирование семьи», поскольку в обществе на фоне возрождения традиционных настроений накопились вопросы о том, что понимать под планированием семьи, какие акции допустимы в рамках политики планирования семьи, является ли планирование семьи полезным для семьи, для женщин и мужчин. Тема становится особенно актуальной в свете регулярно возникающих в обществе дискуссий о запрете аборта, вывода его из системы медицинского страхования и т.д.

Россия идет по пути второго демографического перехода, но социальная политика может тормозить это движение. В частности, может возникать разногласие между ценностями и установками (или ответами респондентов об идеальном репродуктивном поведении) и реализуемыми репродуктивными действиями (реальным репродуктивным поведением). Например, преимущественно однополовые в основном респонденты говорили о важности семейных ценностей и идеальной двух-трехдетной семье.

Значительная часть респондентов (среди которых были в основном немногочетные москвичи с высшим образованием) высказывались против распространения информации о контрацепции в СМИ и против контрацептивного образования. При этом были высказывания и против абортотв, и против большого числа детей. Многие негативно говорили об абортотв, но все высказывались против запрета абортотв.

Важно, что часть респондентов отрицательно относились к современным методам контрацепции, считая их вредными для здоровья (гормональные таблетки и спирали).

По-прежнему преобладали гендерные стереотипы: мужчина — кормилец, женщина в первую очередь мать. Но мать работающая, экономически активная. Однако намечена тенденция смещения гендерных ролей в семье, мужчины все чаще выполняют традиционно женские обязанности, женщины находят себя в роли добытчика в семье. Еще один гендерный аспект. Не все респонденты считали, что мужчина должен принимать участие в решении о рождении ребенка в случае беременности. Менее трети респондентов считали это ненужным, треть — факультативным.

Тревожный результат: отсутствие полной и открытой информации об инфраструктурах, ответственных за планирование семьи; как следствие ряд проблем — от трудностей с выбором клиники до недоверия к врачам.

Наши результаты подтверждают высокую значимость семейных ценностей, разрыв в установках и реальном поведении, доминирование гендерных стереотипов, наличие мифов и невежественного отношения в вопросах контрацепции, ориентацию современных институтов планирования семьи на помощь в рождении ребенка в большей степени, чем на контрацептивное образование. Подтверждено, что религиозность повышает значимость семейных ценностей и повышает репродуктивные установки. Изменение репродуктивных установок за последние 50 лет повлекло за собой смену репродуктивного поведения: увеличение ответственности со стороны родителей за благополучие семьи и возможность воспитания детей в достатке, повышение значимости самостоятельно принимать решения.

Основные сюжеты по результатам нашего качественного исследования, которые затронуты в монографии: репродуктивные ценности и установки (Ю. Полякова (Бабыкина), К. Сахбетдинова), роль мужчины в принятии репродуктивных решений семьи (М. Трифонов, Н. Бекенов), жизненные и репродуктивные циклы (Д. Воронова, Д. Моисеева), отношение к распространению информации о методах контрацепции посредством СМИ и введения специального предмета в школе (Л. Сахно), влияние демографической политики и внутрисемейных отношений на принятие решения о рождении ребенка (И. Ни), опыт общения с инфраструктурами, «ответственными» за планирование семьи в системе здравоохранения (Д. Пономарева, Я. Яковлева).

В создании монографии помимо студентов магистратуры и руководителей исследования (И. Е. Калабихина, И. А. Троицкая) приняли участие ведущие исследователи в области планирования семьи — Л. И. Бардакова (Master of Science in Public Health, магистр в области здравоохранения, эксперт ООН по репродуктивному здоровью), О. Г. Исупова (PhD в социологии, с.н.с. Института демографии НИУ ВШЭ), В. И. Сакевич (канд. экон. наук, с.н.с. Института демографии НИУ ВШЭ). Анализируя количественные данные, авторы рассматривают вопросы планирования семьи и репродуктивного здоровья девочек-подростков в России (Л. Бардакова, И. Троицкая); проблемы внутрисемейного регулирования рождаемости в странах ОЭСР (В. Сакевич). На основе качественных данных изучен вопрос о мужском участии в принятии репродуктивных решений в ситуации ЭКО с точки зрения женщин (О. Исупова). Монография дополнена обширным методическим приложением по проведению данного исследования (И. Калабихина).

Мы надеемся, что активизация дискуссии о разных аспектах планирования семьи и отношении к этим вопросам населения будет полезной в период обострения интереса к этим вопросам для того, чтобы сохранить положительное влияние различных программ в области планирования семьи и охраны репродуктивного здоровья на качество жизни женщин и мужчин.

Калабихина Ирина Евгеньевна, д-р экон. наук,
профессор кафедры народонаселения ЭФ МГУ,
руководитель семинара ikalabikhina@yandex.ru

Троицкая Ирина Алексеевна, канд. экон. наук,
ведущий научный сотрудник лаборатории
экономики народонаселения и демографии ЭФ МГУ

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ДЕВОЧЕК-ПОДРОСТКОВ В РОССИИ: РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ «РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ ЖЕНЩИН-2011»¹

В 2011 г. в России было проведено первое в российской (и советской) истории обследование репродуктивного здоровья, репрезентативное на национальном уровне. Организаторами обследования стали Федеральная служба государственной статистики (Росстат) совместно с Министерством здравоохранения Российской Федерации, в партнерстве и при финансовой поддержке Фонда ООН в области народонаселения (ЮНФПА). Работу по организации и проведению полевых работ обследования осуществлял ИИЦ «Статистика России». Методологическое и техническое содействие в проведении обследования и анализе его результатов было оказано Отделом репродуктивного здоровья Центра по контролю и профилактике заболеваний (CDC), Атланта, США. Проведение обследования по стандартной методике обеспечило сопоставимость его результатов с данными аналогичных обследований, проведенных в других странах.

Обследование было основано на личных интервью с женщинами репродуктивного возраста (15–44 лет) по их месту жительства — в 60 регионах Российской Федерации, включенных в обследование. При формировании выборки первичной единицей отбора были счетные участки Всероссийской переписи населения 2010 г. Репрезентативность выборки обеспечивалась трехэтапной процедурой отбора респондентов; в результате в ходе обследования было получено 10 010 завершенных интервью.

Доля респондентов в возрасте 15–19 лет в выборке оказалась выше, чем во всем населении (по данным переписи 2010 г.), поэтому численность этой группы и соответственно все показатели для нее были скорректированы с помощью весовых коэффициентов.

Важной проблемой, изучение которой стало возможным благодаря обследованию, стало *репродуктивное здоровье подростков*. Эта довольно

¹ Основные положения статьи были впервые опубликованы в коллективной монографии: Троицкая И. А., Бардакова Л. И., Уварова Е. В., Жуков И. В. Репродуктивное поведение и потребности девочек-подростков в России. — М.: ЮНФПА, 2013.

уязвимая группа, вступающая в репродуктивный возраст и в первые сексуальные отношения, требует особого внимания. По данным обследования, к 19 годам более 60% опрошенных уже имели сексуальный опыт, в подавляющем большинстве случаев — до вступления в брак, а 19% сексуально активных респонденток в возрастной группе 15–19 лет имели двух и более партнеров в течение года, предшествовавшего опросу. В этой группе отмечены самые высокие показатели незапланированных беременностей: определяя статус последней беременности, имевшей место в течение пяти лет, предшествовавших обследованию, респондентки в возрасте 15–19 лет назвали незапланированными 55% беременностей. Это неизбежно приводит к высоким показателям искусственного аборта, поскольку среди беременностей, прерванных этим методом, 90% оказываются незапланированными.

1. Анализ ситуации

Спрос на услуги, непосредственно связанные с репродуктивным здоровьем и планированием семьи, среди женщин 15–19 лет относительно невысок: доля женщин, состоящих в браке или сексуально активных и имеющих детей, в этой возрастной группе значительно ниже, чем в остальных. Но, принимая во внимание перспективы предстоящей репродуктивной жизни сегодняшних девочек-подростков, предложение в этом секторе здравоохранения, особенно связанное с распространением адекватной информации и равным доступом к услугам, должно быть по крайней мере таким же, как и для других возрастных групп. А в идеале, учитывая необходимость профилактики в этой области и в этой возрастной группе, — еще шире, еще разнообразнее.

Прогноз численности женщин в возрасте 15–19 лет до 2030 г.

По данным Росстата, в России в начале 2012 г. было более 3,7 млн девочек-подростков (15–19 лет). Ожидается, что этот показатель будет снижаться до 2017 г., затем начнется его постепенный рост, и к середине 2020-х гг. численность этой возрастной группы превысит сегодняшние показатели (рис. 1).

Рост численности этой группы после 2020 г. связан как со структурными, так и с конъюнктурными факторами. В этот период возраста 15–19 лет начинают достигать дети, рожденные многочисленными поколениями матерей конца 1980-х гг.; возникает новая демографическая волна, хотя и менее выраженная, чем предыдущие. Кроме того, дополнительным фактором роста числа рождений во второй половине 2000-х гг. и соответственно прогнозируемого роста численности подростков в 2020-е гг. стала реализация мер демографической политики, прежде всего введение материнского капитала при рождении вторых и последующих детей.

В итоге после кратковременного снижения численность женского населения в возрасте 15–19 лет начнет расти и достигнет, согласно среднему варианту прогноза Росстата, 4–4,3 млн во второй половине 2020-х гг.

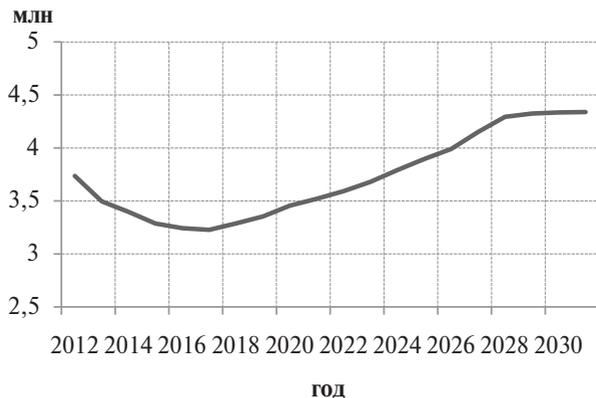


Рис. 1. Динамика численности женского населения России в возрасте 15–19 лет до 2030 г., млн человек (средний вариант прогноза)

2. Репродуктивное поведение подростков

В 2011 г. (в год проведения обследования) на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет приходилось 27 рождений, и их вклад в показатели рождаемости в России составлял 6%, или 104 тыс. рождений. Согласно прогнозам ООН, в ближайшие 20 лет рождаемость в этой возрастной группе снизится почти втрое и не будет превышать 10–11 рождений на 1000 женщин. В итоге, согласно среднему варианту прогноза ООН для России, ежегодное число рождений в группе 15–19 лет снизится до 40–45 тыс. к 2030 г., и вклад этой группы в суммарные показатели рождаемости не будет превышать 3%.

Однако такое снижение абсолютных и относительных показателей рождаемости не должно означать снижения интереса к нуждам этой группы, связанным с репродуктивным здоровьем в широком смысле. В этой возрастной группе гораздо большим спросом пользуются и будут пользоваться впредь услуги и информация, связанные не с родовспоможением и охраной здоровья матери и ребенка, а с предупреждением нежелательных беременностей и профилактикой заболеваний, передаваемых половым путем.

Хотя относительные показатели аборт в возрастной группе 15–19 лет, как и во всех остальных репродуктивных возрастах, неуклонно снижаются в течение двух последних десятилетий, эта проблема по-прежнему

остается серьезной (рис. 2). Во-первых, хотя абсолютное число аборт в этой группе снизилось вдвое за последние пять лет, 67 тыс. абортов, зарегистрированных в группе моложе 20 лет в 2011 г., остаются достаточно высоким показателем; причем 18 тыс. из них приходится на группу 14–17 лет. Для группы 15–19-летних характерна более высокая вероятность аборта как исхода беременности: в 2011 г. на 10 родов в этой группе приходилось 6,5 абортов, тогда как в возрастах 20–29 лет на 10 родов приходится лишь 5 абортов. Важность проблемы аборта в возрастной группе 15–19 лет заключается в том, что им заканчиваются 50% *первых* беременностей.

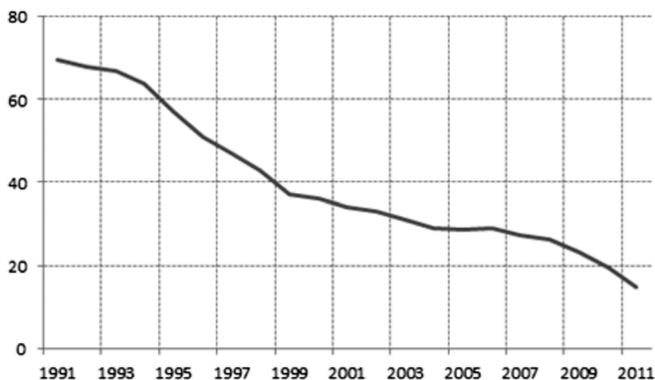


Рис. 2. Число абортов на 1000 женщин возрастной группы 15–19 лет

Распространенность инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), среди 15–19-летних хотя и снизилась в 4–6 раз в последние 15 лет, по-прежнему остается высокой — в 1,5–2 раза выше, чем в группе 20–29 лет. Известно, что большинство ИППП чаще диагностируется у женщин, чем у мужчин, и в самой молодой возрастной группе это также наблюдается. В 2011 г. заболеваемость женщин в возрасте 15–19 лет всеми ИППП, кроме гонореи, была в 2,5–5 раз выше, чем заболеваемость мужчин этого же возраста.

3. Описание выборки

Группа респонденток в возрасте 15–19 лет, участвующих в обследовании «Репродуктивное здоровье женщин», имеет специфические социально-демографические характеристики, осложняющие анализ. Во-первых, эта группа гомогенна по основным показателям, таким как состояние в браке, образование или экономическая активность (табл. 1). Подавляющее большинство респонденток в этой группе никогда не состояли в браке (93%), не имели детей (97%), имели образование не выше среднего (90%) и не работали в момент опроса (90%).

Таблица 1

**Социально-демографические характеристики респонденток
в возрасте 15–19 лет**

Характеристики	%	Характеристики	%
<i>Тип населенного пункта</i>		<i>Образование</i>	
Москва	5,2	Незаконченное среднее и ниже	54,7
Другие мегаполисы	15,6	Среднее	35,8
Другие города	50,6	Среднее профессиональное	5,2
Село	28,6	Высшее	4,3
<i>Состояние в браке</i>		<i>Число живорожденных детей</i>	
Официальный брак	2,4	0	96,8
Гражданский брак	3,0	1	2,8
Состояла в браке ранее	1,6	2	0,3
Никогда не состояла в браке	93,0	3 и более	0,0
Число респонденток			1096

С этим связана вторая проблема — число наблюдений, недостаточное для анализа некоторых проблем. Поэтому наиболее стабильные с точки зрения статистики оценки для возрастной группы 15–19 лет можно получить только для тех вопросов, на которые отвечали все (или почти все) респонденты этой группы.

4. Рождаемость

Коэффициенты рождаемости в возрастной группе 15–19 лет, оцененные для двух последовательных трехлетних периодов, предшествующих опросу, — 28 и 29 рождений на 1000 соответственно — оказались близки к показателям официальной статистики. Отмеченные в обследовании снижение и стабилизация показателей рождаемости в этой возрастной группе в течение последних 20 лет также соответствуют данным официальной статистики (рис. 3). Такое совпадение является подтверждением качества обследования.

В момент опроса подавляющее большинство респонденток в этой возрастной группе (97%) не имели детей. Это связано главным образом с незначительным числом состоявших в браке в момент обследования; но среди них только 66% не имели детей, тогда как у каждой третьей респондентки 15–19 лет, состоящей в браке, уже был один ребенок, а у 2% — двое детей.

Повозрастные показатели рождаемости в возрасте 15–19 лет в течение трех лет, предшествовавших обследованию, были равны 29 рожде-

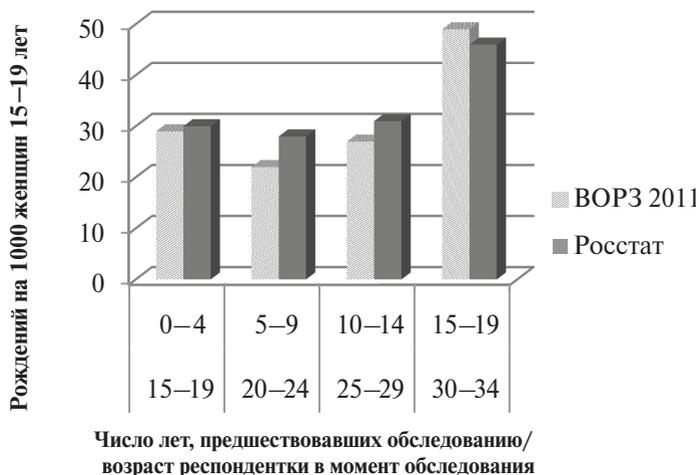


Рис. 3. Показатели рождаемости в возрастной группе 15–19 лет, по поколениям респондентов

ниям на 1000 женщин данной возрастной группы. Самые высокие показатели наблюдались у сельских жительниц (49 на 1000), у респонденток со средним профессиональным образованием (61 на 1000) или с низким уровнем благосостояния (42 на 1000). При этом наблюдалась значительная социально-демографическая дифференциация: рождаемость у 15–19-летних москвичек (13 на 1000) была вдвое ниже, чем у жительниц других городов (26) и почти в 4 раза ниже, чем у сельских респонденток (49). Респондентки с более высоким уровнем благосостояния имели показатели рождаемости вдвое ниже (18–19 на 1000), чем в группе с самым низким уровнем (42). Сравнение показателей рождаемости у респонденток с разными уровнями образования следует делать с осторожностью вследствие незначительного числа респонденток со средним профессиональным и высшим образованием в этой возрастной группе.

Обследование показало изменения в сексуальном поведении у различных поколений респонденток. Родившиеся в 1980-е гг. (возраст 15–24 года в момент опроса) гораздо чаще вступали в ранние сексуальные отношения, чем родившиеся в конце 1960-х — 1970-е гг. Если у последних практически не наблюдалось сексуальных контактов до 15 лет, в молодых поколениях (15–19 лет в момент опроса) почти 4% отметили первый сексуальный опыт до достижения этого возраста. Браки и рождения детей до наступления 15 лет были чрезвычайно редки во всех поколениях.

К сожалению, данные не позволяют оценить доли начавших сексуальную жизнь, вступивших в брак и родивших ребенка к наступлению возраста 19 лет, поскольку часть респондентов еще не достигла этого возраста, и их будущее сексуальное, matrimониальное и репродуктив-

ное поведение невозможно учесть при расчете показателей. Можно лишь сказать, что в группе 15–19-летних 29% респонденток имели сексуальный опыт, 7% — опыт брака, а 3% родили по крайней мере одного живого ребенка.

В процессе обследования респонденткам задавался вопрос о планировании последней беременности, имевшей место в течение пяти лет, предшествовавших обследованию. В возрастной группе 15–19 лет больше половины беременностей оказались незапланированными: либо несвоевременными (41%), либо нежелательными (14%). Практически для всех беременностей с таким статусом исходом является искусственный аборт.

5. Искусственный аборт

По данным обследования, в 2008–2011 гг. на 1000 женщин в возрасте 15–19 лет приходилось в среднем в год 11 искусственных аборт. Эта цифра почти вдвое ниже, чем данные официальной статистики, согласно которым показатель аборт в 2008–2011 гг. составлял в среднем 21 на 1000 в год.

Социально-демографическая дифференциация аборт в группе 15–19 лет наблюдается по уровню образования и благосостояния. Вероятность аборта в этом возрасте наиболее высока у респонденток со средним образованием, а также у респонденток со средним уровнем благосостояния (третий и четвертый квантили). Тип населенного пункта практически не влияет на частоту аборта в этой группе (рис. 4).



Рис. 4. Частота абортов (на 1000 респонденток в возрасте 15–19 лет) в 2008–2011 гг., по социально-демографическим характеристикам

* Вертикальная линия показывает среднее значение для всей группы 15–19 лет: 11 абортов на 1000.

Среди всех респонденток в возрасте 15–19 лет 2,5% имели опыт аборта в течение трех лет, предшествовавших обследованию. При этом вероятность повторного аборта в этой группе составляла 7%: среди респонденток, отметивших наличие абортов в период 2008–2011 гг., 4,5% имели два аборта, а 2,2% — три и более. 94% всех абортов производилось в медицинских учреждениях, как государственных (76%), так и частных (18%). 6% респонденток в возрасте 15–19 лет указали дом как место прерывания беременности, что в 3–4 раза выше, чем в других возрастных группах.

Респондентки в возрасте 15–19 лет платили самую высокую цену за производство искусственного аборта: 2400 руб. при средней цене 1900 руб. для всей выборки. Каждый второй аборт в этой возрастной группе был произведен на ранних стадиях беременности — до 7 недель, и всего 10% — на 10–12 неделях. Почти половина респонденток в возрасте 15–19 лет использовала УЗИ для определения сроков беременности, и ни одна — для определения пола.

Поскольку самые молодые респондентки чаще делали аборт на ранних сроках беременности (до семи недель), доля отметивших кюретаж в качестве метода производства аборта в этой группе была ниже (35%), чем во всей выборке (55%). Метод вакуум-аспирации в этой группе использовался чаще, чем в среднем по выборке (39 против 34%), так же как и медикаментозный аборт (12 против 8%). Но почти 15% опрошенных в возрасте 15–19 лет ответили, что использовали «другой» метод производства аборта: это в 4 раза выше, чем во всей выборке.

Клинические особенности абортов в возрасте 15–19 лет заключаются в том, что респондентки этой группы реже всего нуждались в лечении антибиотиками (35%) и проводили ночь в больнице после процедуры аборта (3%). В среднем по выборке эти показатели составили 43 и 6% соответственно. Также они в 1,5 раза реже имели ранние осложнения после аборта (10 против 15% для всей выборки), но частота поздних осложнений была точно такой же, как и средняя по выборке (7%) (рис. 5).

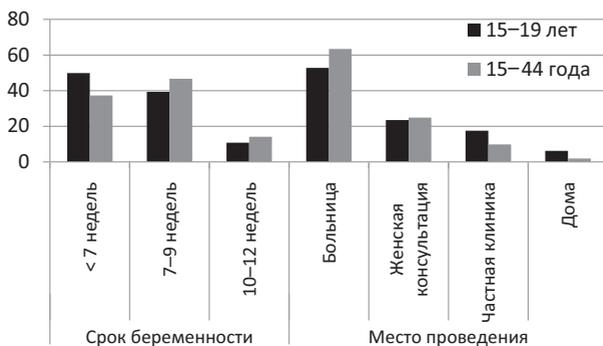


Рис. 5. Характеристики абортов в возрастной группе 15–19 лет и во всей выборке, 2006–2011 гг., %

Среди респонденток 15–19 лет, делавших аборт в 2006–2011 гг., 60% не использовали контрацепцию в момент наступления беременности, прерванной впоследствии абортom. Тем не менее 40%-ная вероятность зачатия при использовании контрацепции, как современной (21%), так и традиционной (20%), показывает низкую эффективность использования контрацепции респондентами этой возрастной группы.

Среди причин аборта, приведенных респондентками в возрасте 15–19 лет, преобладают социально-экономическая ситуация и возражения партнера против рождения ребенка (табл. 2). В этом возрасте аборт практически не используется в качестве метода контроля рождений: ни для прекращения рождаемости, ни для регулирования интервала между рождениями.

Таблица 2

**Причины производства аборта респондентками в возрасте 15–19 лет
и во всей выборке, 2006–2011 гг., %**

Причина аборта	15–19 лет	15–44 года
Социально-экономические причины	57,2	33,0
Ограничение рождаемости	1,4	24,4
Партнер против ребенка	23,3	16,5
Состояние здоровья	5,2	11,2
Промежуток между родами	8,4	9,6
Другие	4,5	5,4
Всего	100	100
Число случаев	98	1628

6. Использование контрацепции

Использование контрацепции в прошлом и в момент опроса

В возрастной группе 15–19 лет 28% женщин имели опыт использования контрацепции: 14% использовали ее в момент опроса, еще 14% — когда-либо в прошлом. Практически все они отметили опыт применения современных методов (27 из 28%), тогда как традиционные методы использовались ими вдвое реже (12 из 28%). Основными методами контрацепции, когда-либо использовавшимися респондентками этой возрастной группы, оказались презерватив (опыт его использования в момент обследования или в прошлом отметили 27% опрошенных) и прерванный половой акт (11%). Эти же два метода наиболее часто использовались и в среднем по всей выборке, с той лишь разницей, что в группе 15–19-летних они использовались в 3–5 раз реже. Что же касается остальных методов, суммарная доля имевших опыт использования таблеток,

ВМС, спермицидов и пр. составляет около 10%, тогда как во всей выборке этот показатель приближается к 120%¹.

Доля респонденток, никогда не использовавших контрацепцию к моменту опроса, в этой группе в 4 раза выше, чем в среднем по выборке, прежде всего из-за отсутствия опыта сексуальных отношений. Ситуация меняется, если оценивать использование контрацепции в зависимости от сексуальной активности.

Среди респонденток в возрасте 15–19 лет, состоявших в браке в момент опроса, 50% использовали контрацепцию, главным образом современную (42% опрошенных против 8%, использовавших традиционные методы). Самыми популярными были презерватив (его использовали 30% состоящих в браке респонденток в возрасте 15–19 лет), таблетки (9%) и прерванный половой акт (7%). Доля пользователей всеми методами контрацепции, кроме презерватива, в группе 15–19 лет была ниже, чем в среднем по выборке (рис. 6).

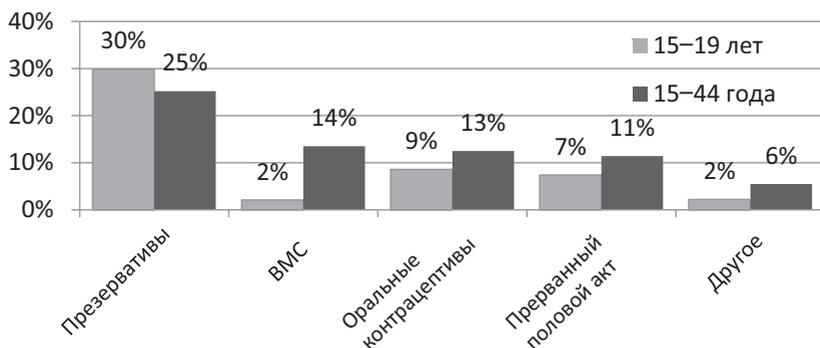


Рис. 6. Использование различных методов контрацепции в момент опроса, по возрасту

Однако соотношение пользователей традиционными и современными методами остается практически неизменным в каждой возрастной группе: 80% пользователей обращаются к современным методам, и 20% — к традиционным; в группе 15–19 лет это соотношение слегка отличается в пользу современных методов: 83 против 17%. Неизменность этого соотношения во всех когортах дает основания полагать, что изменения в контрацептивном поведении российских женщин, состоящих в браке, происходят очень медленно.

Однако сексуальная активность возможна не только в браке. В группе 15–19 лет на 10 респонденток, состоявших в браке в момент интервью, приходилось 14, имевших сексуальные отношения вне брака. И если принимать во внимание сексуальную активность как фактор использования

¹ Показатель превышает 100%, потому что в течение жизни респондентки сменили несколько методов контрацепции.

контрацепции, распространенность ее использования будет отличаться от показателей для состоящих в браке респонденток.

В возрастной группе 15–19 лет доля сексуально активных респонденток (независимо от состояния в браке) составила 17%, и среди них подавляющее большинство — 80% — использовали контрацепцию в момент опроса. Напомним, что для состоящих в браке респонденток этой возрастной группы аналогичный показатель составил лишь 50%. Это, безусловно, связано с репродуктивными планами замужних респонденток, с намерениями забеременеть и родить ребенка.

Презерватив по-прежнему остается самым популярным методом, его использовали в момент опроса 63% сексуально активных респонденток в возрасте 15–19 лет; за ним следуют оральные контрацептивы (9%) и прерванный половой акт (4%). Если для всей выборки и для каждой возрастной группы, кроме 15–19 лет, отношение современных методов к традиционным как 80:20 сохраняется и для сексуально активных женщин, в группе 15–19 лет это соотношение существенно отличается: среди всех пользователей лишь 6% используют традиционные методы (прерванный половой акт и календарный метод), а 94% используют современные методы. Если разделить всех сексуально активных женщин в группе 15–19 лет в соответствии с их состоянием в браке, разница будет еще более существенной (рис. 7).

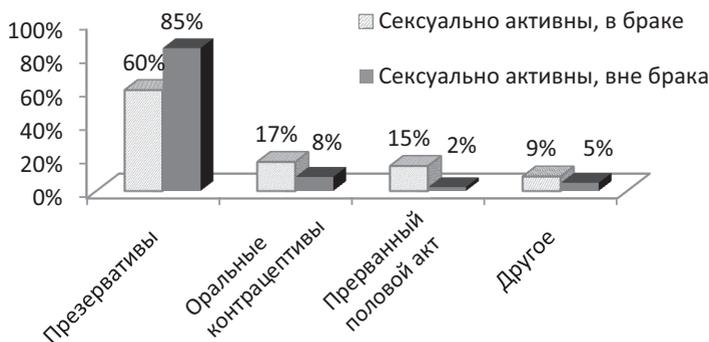


Рис. 7. Структура используемой контрацепции у сексуально активных респонденток в возрасте 15–19 лет, по состоянию в браке (сумма всех методов = 100%)

Как видно из рис. 7, основные различия в показателях использования контрацепции между состоящими и не состоящими в браке респондентками в возрасте 15–19 лет определяются использованием презерватива, которое занимает 85% в структуре методов, используемых сексуально активными респондентками, не состоящими в браке. Если прибавить к этому долю прерванного полового акта в структуре используемых методов (2%), окажется, что вне брака в 9 из 10 случаев сексуальных контактов, защищенных контрацепцией, используется «мужской» метод

контрацепции, и участие респонденток в принятии решения о контрацептивной защите может оказаться пассивным.

Неудовлетворенная потребность в контрацепции

Теоретически в услугах по планированию семьи нуждается каждая женщина репродуктивного возраста, если она не беременна или не планирует беременность в ближайшее время, физиологически способна иметь детей и подвержена риску наступления беременности (состоит в браке или сексуально активна). Иными словами, неудовлетворенная потребность в контрацепции — это разрыв между репродуктивными намерениями и контрацептивной практикой женщины, существенный резерв снижения показателей абортот.

В странах, где высока доля традиционных низкоэффективных методов в структуре используемой контрацепции, — к ним относится и Россия — более информативной с точки зрения планирования политики и программ в области планирования семьи является другая оценка. В группу женщин с неудовлетворенной потребностью включаются не только те, кто нуждается в контрацептивной защите и не использует ее, но и женщины, использующие традиционные методы. В этом случае говорят о неудовлетворенной потребности в современной контрацепции.

В группе 15–19 лет неудовлетворенная потребность в контрацепции, рассчитанная для всех респонденток, оказывается очень низкой: 3% для всех методов и 4% — для современных. Такие низкие показатели, безусловно, связаны с относительно невысокой долей сексуально активных респонденток в этой группе. Этот же показатель, рассчитанный только для респонденток, состоящих в браке, оказался в 3–4 раза выше, чем для всей группы 15–19-летних (рис. 8).

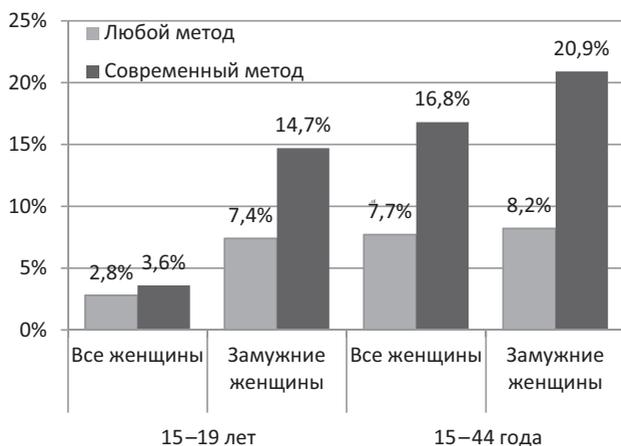


Рис. 8. Неудовлетворенная потребность в контрацепции, по состоянию в браке

Но даже эти, выросшие в несколько раз при пересчете для замужних респонденток показатели в группе 15–19 лет будут ниже, чем аналогичный показатель для всей выборки.

7. Мнения о контрацепции и потребность в информации

В ходе обследования всех опрошенных попросили выразить мнение по поводу эффективности тех или иных методов контрацепции: из списка 11 методов необходимо было выбрать самый эффективный, с точки зрения респондента. Самые молодые респондентки (15–19 лет) в 25% случаев ответили, что не обладают достаточным знанием о методах контрацепции, чтобы судить об их эффективности. Это позволяет предположить, что респондентки, отвечая на вопросы о контрацепции, часто опираются на личный опыт их использования. И если в группе 15–19 лет сексуально активна только каждая пятая респондентка, те, у кого еще нет опыта сексуальных контактов, не всегда ищут информацию о контрацепции до того, как возникнет необходимость в ее использовании.

Те, кто смог выразить свое мнение по поводу эффективности различных методов контрацепции, склонны недооценивать эффективность менее известных и реже используемых методов. Так, стерилизацию — метод с практически 100%-ной эффективностью, посчитали очень эффективной лишь 8% респонденток в возрасте 15–19 лет. Напротив, 34% назвали самым эффективным методом презерватив, и 11% — оральные контрацептивы. Отметим, что эти два метода наиболее часто используются в группе 15–19-летних: еще одно доказательство формирования мнения о контрацепции прежде всего на основании личного опыта. В то же время респондентки верно оценили традиционные методы как низкоэффективные: их поставили на первое место чуть более 1% респонденток в группе 15–19 лет.

В целом неточная информация об эффективности методов контрацепции и ее недостаток в группе самых молодых указывают на неудовлетворенную потребность в качественной информации по планированию семьи.

Мнения по поводу различных методов контрацепции

Оральные контрацептивы

В группе респонденток 15–19 лет практически все (98%) слышали о существовании оральных контрацептивов. Им был задан вопрос о преимуществах и недостатках этого метода. 80% респонденток назвали преимуществом оральных контрацептивов то, что их легко достать и легко использовать. Гораздо меньшее количество опрошенных этого возраста знали, что таблетки могут оказывать положительное влияние на репро-

дуктивное здоровье: делают регулярным менструальный цикл (23%) и уменьшают кровотечение (13%). Среди недостатков этого метода были упомянуты возможная прибавка в весе (43%), необходимость регулярного приема (46%) и высокая цена (35%). Лишь 10% опрошенных назвали недостатком негативное влияние приема таблеток на кровообращение. Таким образом, возможное влияние (как позитивное, так и негативное) этого метода на здоровье менее всего известно респондентам в группе 15–19 лет.

Респондентки в возрасте 15–19 лет в целом реже имеют мнение о недостатках и достоинствах таблеток, чем вся выборка в среднем. Причем, когда речь идет об особенностях покупки и приема оральных контрацептивов, разница невелика — 5–10 процентных пунктов. Что же касается влияния приема таблеток на здоровье, разница в доле ответивших может доходить до 20% (табл. 3).

ВМС

В возрастной группе 15–19 лет знание об этом методе контрацепции невысоко по сравнению с таблетками или презервативом: лишь 69% респонденток в этом возрасте слышали о ВМС. Поскольку этот метод контрацепции практически никогда не предписывается молодым нерожавшим женщинам, гипотеза о роли личного опыта в формировании мнений о контрацепции подтверждается в очередной раз.

Почти половина (48%) молодых респонденток, слышавших о ВМС, считает, что его легко использовать, а 34% — что стоимость ВМС относительно невысока. Среди недостатков этого метода, связанных в основном с его негативным влиянием на здоровье, повышенный риск воспаления органов малого таза отметили 37% опрошенных в возрасте 15–19 лет, а увеличение кровопотери — 23%. В случае с ВМС, когда мнение о методе не подкреплено личным опытом, разница в знаниях об особенностях метода в группе 15–19 лет и во всей выборке становится гораздо существеннее, чем, к примеру, в случае оральных контрацептивов.

Таблица 3

Мнение респонденток 15–19 лет, слышавших о ВМС и оральных контрацептивах, об их достоинствах и недостатках, %

Возраст, лет	Оральные контрацептивы				
	Преимущества				Число случаев
	Легко достать	Легко использовать	Делают цикл регулярным	Уменьшают кровотечение	
15–19	82,7	79,6	23,4	12,7	983
15–44	93,0	86,6	51,6	32,2	9764

Окончание табл. 3

Возраст, лет	Недостатки				Число случаев
	Могут прибавить вес	Тяжело помнить о приеме	Очень дорого	Плохо влияют на кровообращение	
15–19	42,6	46,0	35,0	10,2	983
15–44	65,5	55,3	41,1	16,1	9764

ВМС			
Возраст, лет	Преимущества		Число случаев
	Легко использовать	Сравнительно недорого	
15–19	47,7	34,2	692
15–44	66,8	57,9	9388

Возраст, лет	Недостатки		Число случаев
	Увеличивает риск воспаления органов малого таза	Может увеличить кровопотерю	
15–19	36,7	22,5	692
15–44	54,3	44,3	9388

Мнение о рисках, связанных с использованием контрацепции

Вопрос о риске использования различных методов контрацепции и искусственного аборта для здоровья женщин задавался всем респонденткам в возрасте 15–19 лет, а не только слышавшим о методе. По мнению опрошенных, наименьший риск для здоровья представляет использование презерватива, наибольший — искусственный аборт (рис. 9).

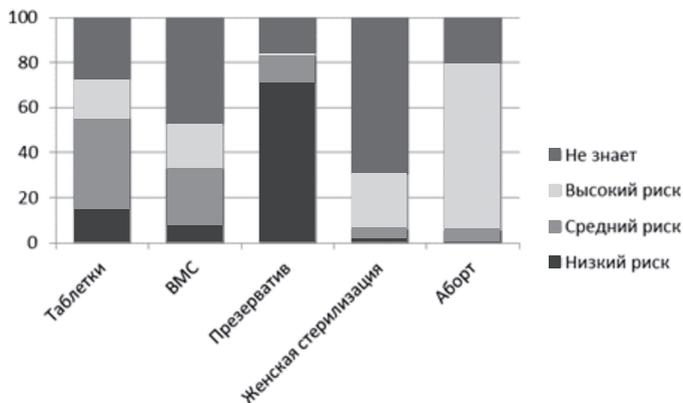


Рис. 9. Мнения респонденток в возрасте 15–19 лет о риске использования различных методов для здоровья женщины, %

В очередной раз мнение респонденток определялось личным опытом. Почти половина (48%) опрошенных в этой возрастной группе не смогла оценить риск использования ВМС для здоровья, а в случае женской стерилизации этот показатель составил 70%. Мнение о высоком риске женской стерилизации (24%) и искусственного аборта (70%) связано, вероятнее всего, с необходимостью достаточно серьезного медицинского вмешательства.

Необходимость в дополнительной информации о методах контрацепции

Данные обследования показали, что в группе 15–19-летних респонденток более 70% хотели бы получить больше информации о методах контрацепции, а 6% не знали, нужна ли им дополнительная информация о методах контрацепции. Самые молодые женщины испытывали более высокую необходимость в дополнительной информации о методах контрацепции, чем вся выборка в целом (71 против 50%). Это может расцениваться как показатель пробелов в сексуальном образовании вне рамок личного сексуального опыта.

Среди респонденток 15–19 лет, желавших получить больше информации о методах контрацепции, 44% считали лучшим источником информации врача-гинеколога, еще 13% — мать. Остальные источники упоминались реже: СМИ назвали 8% респондентов, телевидение — 7%. Такая же доля опрошенных в возрасте 15–19 лет назвала в качестве лучшего источника информации кого-то, кто имел опыт использования контрацепции (7%).

Если принять во внимание низкий уровень интереса к СМИ как к возможному источнику информации о планировании семьи, неудивительно, что только 62% опрошенных в возрастной группе 15–19 лет считали, что подобная информация должна распространяться по радио или телевидению, а 28% считали, что этого делать не нужно.

В целом, несмотря на то что российские женщины относительно неплохо информированы о методах контрацепции, в группе самых молодых респонденток наблюдалась неудовлетворенная потребность в распространении информации.

8. Здоровье женщин и детей

Профилактика и состояние репродуктивного здоровья

В группе самых молодых респонденток отношение к собственному здоровью, в том числе репродуктивному, отличалось от других возрастных групп. Только каждая вторая (53%) обращалась к врачу в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию, чаще всего за профилактической помощью или для лечения острого заболевания. В этот же период

13% пришлось отложить обращение за медицинской помощью, чаще всего это было связано с организацией работы медицинского учреждения: они не смогли записаться на прием или врач не работал в выбранный день (по 21% среди отложивших визит). Респондентки в возрасте 15–19 лет в 1,5–2 раза реже откладывают визит к врачу по сравнению с другими возрастными группами.

30% опрошенных в группе 15–19 лет отметили, что проходили хотя бы раз в жизни клиническое обследование молочной железы, и 1% — маммографию (метод профилактики, предусмотренный скорее для женщин старше 40 лет). Но если задать этот вопрос только респонденткам, имеющим сексуальный опыт, показатели вырастут до 43 и 3% соответственно. Самостоятельно обследовали свои молочные железы в целях профилактики 12% всех опрошенных в возрасте 15–19 лет и 19% — среди сексуально активных, причем половина из них делала это каждый месяц.

Информация о вирусе папилломы человека и о противовирусной вакцине имеет значительно меньшее распространение в возрастной группе 15–19 лет. 22% опрошенных знали о ВПЧ и 16% — о вакцине против этого заболевания: это в 2–3 раза ниже, чем в других возрастных группах и в среднем по выборке. Тем не менее интерес к возможности вакцинации проявила каждая четвертая респондентка (27%); практически тот же уровень мы наблюдаем и во всех остальных возрастных группах.

Дородовое и послеродовое наблюдение

Несмотря на относительно небольшое количество родов у респонденток в возрасте 15–19 лет в течение пяти лет, предшествовавших обследованию, обследование позволило получить достаточно информации об особенностях поведения самых молодых респонденток во время беременности и родов, а также в послеродовой период.

Подавляющее большинство беременных (97%) в возрасте 15–19 лет посещали врача во время беременности. Тем не менее 3% никогда не посещавших врача в дородовой период — это в 2–4 раза выше, чем в других возрастных группах и по выборке в целом. 18% впервые обратились к врачу довольно поздно, во втором триместре беременности. Частота визитов к врачу в дородовой период была довольно высока: 65% беременных в возрасте 15–19 лет посещали врача 10 и более раз; этот показатель близок к среднему значению по всей выборке.

Практически все роды в этой возрастной группе происходили в родильных домах, городских или районных (97%). Доля родов, проведенных в специализированных больницах, у респондентов 15–19 лет была в 1,5–2 раза ниже, чем в других возрастных группах и в среднем по выборке. Это объясняется, возможно, различиями в состоянии здоровья и в вероятности возникновения осложнений у женщин разных возрастов.

Самые молодые респондентки дольше оставались в предродовом отделении до момента родов — восемь часов, но также они реже оставались на долгий срок в послеродовом отделении. 11% респонденток в возрасте 15–19 лет провели после родов более недели в медицинском учреждении, а каждая четвертая — менее пяти дней. Большинство респонденток (65%) оставалось в медицинском учреждении в течение пяти-семи дней после родов.

8% родов в возрастной группе 15–19 лет закончилось кесаревым сечением. Можно предположить, что все они проводились по медицинским показаниям, поскольку законодательство РФ ограничивает доступ к контрацептивной стерилизации возрастом (35 лет и старше) или числом уже рожденных детей (не менее двух).

В группе 15–19-летних 76% респонденток находились под послеродовым наблюдением. Во время визитов к врачу в послеродовый период они чаще всего получали информацию о грудном вскармливании и наблюдении за грудью (82% отметили, что врач давал им эту информацию), реже всего — информацию о планировании семьи (72%). В качестве положительного факта следует отметить внимание медицинских работников к этой возрастной группе: они получали информацию в послеродовый период значительно чаще, чем все остальные респондентки (рис. 10).

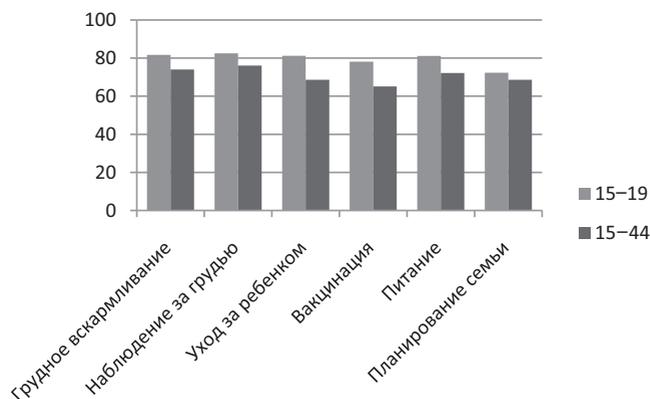


Рис. 10. Доля респонденток в возрасте 15–19 лет, получивших информацию в период послеродового наблюдения, %

В группе самых молодых респонденток отмечены наиболее частые случаи поведения повышенного риска в период беременности. Особенно это относится к курению: 20% респонденток этой группы курили во время беременности, причем треть из них — пять и более сигарет в день. Для сравнения отметим, что в среднем по выборке курили во время беременности 11% опрошенных, а в группе 35–44 года — 8%. Однако каждая третья женщина в возрасте 15–19 лет, курившая до беременности, прекратила курить на время беременности.

11% респонденток в возрасте 15–19 лет употребляли алкоголь во время беременности, и этот показатель практически одинаков во всех возрастных группах и в выборке в целом.

9. Мнения о рождаемости, планировании семьи и гендерных ролях

В группе 15–19-летних респондентов 50% считают наличие двоих детей идеальным для семьи, а общая доля респондентов, считавших, что идеальное число детей в семье — два и более, достигает 70%. При этом 5% не смогли выразить свое мнение в числе, ответив «Сколько Бог даст», а еще 6% считают, что идеального числа не существует, выбрав ответ «Как можно больше». Доля считавших идеальным наличие одного ребенка или бездетность относительно высока в группе самых молодых (11%).

Уровень знаний о планировании семьи, в частности о наиболее «опасных» с точки зрения риска беременности днях цикла, в группе 15–19 лет невысок. Почти каждая вторая респондентка (46%) не знала, в какой период цикла наиболее высока вероятность забеременеть. Среди давших ответ на этот вопрос большинство (23%) верно определило середину цикла как наиболее вероятное время зачатия. Контрацептивный механизм грудного вскармливания также оказался практически неизвестен самым молодым респонденткам. Более половины из них (54%) не знали, влияет ли кормление грудью на возможность забеременеть. Еще 32% считали, что кормление грудью никак не влияет на вероятность зачатия; впрочем, это ошибочное мнение было достаточно распространено и в других возрастных группах.

Мнение молодых респонденток о том, как следует поступить в случае нежелательной беременности, отличается от мнения остальных опрошенных, вероятнее всего, потому, что для большинства респонденток в возрасте 15–19 лет этот вопрос является скорее теоретическим из-за отсутствия опыта аборт и родов. Поэтому каждая пятая (19%) не знала, как поступить в предложенной ситуации. 5% респонденток — вдвое больше, чем в других возрастных группах и в среднем по выборке, — считали, что ребенка следует родить и отдать на усыновление. В группе 15–19 лет роды с последующим воспитанием ребенка и аборт рассматривались как равновероятные варианты, их отметили 39 и 37% опрошенных соответственно.

10. ИППП и ВИЧ

ИППП

Более 90% респонденток в возрасте 15–19 лет слышали хотя бы об одной инфекции, передающейся половым путем (ИППП). Об одних ИППП респондентки были информированы лучше, чем о других: почти

90% знали о сифилисе, 68% — о гонорее, тогда как остальные ИППП (грибковые инфекции, хламидии, трихомониаз, генитальный герпес) были известны лишь 35–50% респонденток. Это в 1,5–2 раза ниже, чем во всей выборке. Объяснением может быть относительно невысокая сексуальная активность в этой возрастной группе и связь информированности с личным опытом, которая уже наблюдалась при анализе информированности о контрацепции.

10% респонденток не знали ни одного симптома ИППП; в то же время 44% смогли назвать более трех симптомов. Но когда респонденткам предлагался список из 10 симптомов ИППП, почти половина выбрала из него боли в животе (52%) и влагалищные выделения (48%). Практически одна треть знала, что симптомами ИППП являются генитальный зуд (32%) и выделения с неприятным запахом (35%). Остальные симптомы были известны меньшему числу респонденток в возрасте 15–19 лет. Впрочем, такая же ситуация наблюдается и во всей выборке: респонденты всех возрастных групп менее склонны ассоциировать потерю веса, отечность в области половых органов или проблемы зачатия с ИППП.

Хотя всего 4% опрошенных в возрасте 15–19 лет оценили свой риск заражения ИППП как высокий или средний (против 9% во всей выборке), среди сексуально активных респонденток этой возрастной группы 7% когда-либо были инфицированы ИППП. В течение 12 месяцев, предшествовавших обследованию, 18% сексуально активных респонденток в возрасте 15–19 лет имели хотя бы один симптом ИППП, но лишь каждая вторая из них обратилась за лечением. Отметим, что вероятность быть инфицированной вообще и отдельными ИППП в частности среди самых молодых и во всей выборке практически одинакова (табл. 4).

Таблица 4

**Доля сексуально активных респонденток,
имевших хотя бы один симптом ИППП в течение 12 месяцев,
предшествовавших обследованию, %**

Симптомы	Возраст, лет	
	15–19	15–44
По крайней мере один симптом	18,2	19,5
в том числе:		
вагинальные выделения с неприятным запахом	9,0	9,4
боль во время полового акта	7,2	8,2
зуд или жжение в области гениталий	7,5	7,9
жгучая боль при мочеиспускании	5,1	5,0
воспаление или язвы в области гениталий	0,8	0,8
Число респонденток	331	8935

Для респонденток 15–19 лет, знавших хотя бы об одной ИППП, основным источником информации был медицинский работник (25%), вторым по важности источником оказались родители (18%). 17% получили информацию из СМИ (телевидения или печатных изданий), еще 15% — из Интернета. По сравнению со всей выборкой респондентки этой возрастной группы реже обращаются за информацией к врачу, но чаще — к Интернету (рис. 11). Родители и учителя — важные источники информации в группе 15–19-летних, по понятным причинам, реже отмечались во всей выборке как источники.

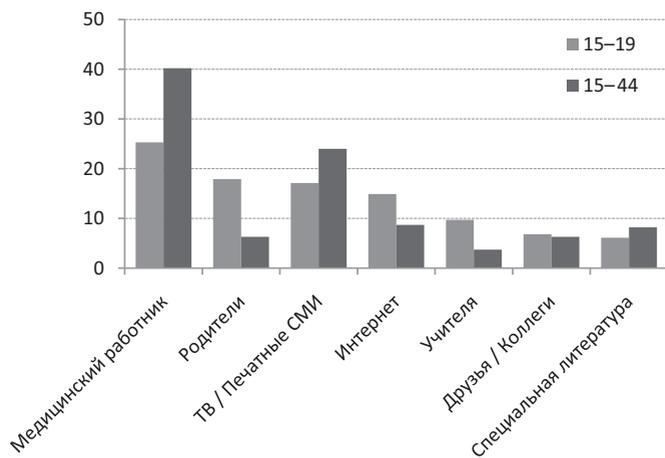


Рис. 11. Наиболее важные источники информации об ИППП среди слышавших о них, %

ВИЧ/СПИД

Уровень информированности о ВИЧ/СПИД в возрастной группе 15–19 лет выше, чем об ИППП: о нем слышали 99% опрошенных. Подавляющее большинство из них обладают знаниями о мерах профилактики (78%) и о неизлечимом характере этого заболевания (80%). 65% респонденток знали, что ВИЧ/СПИД может протекать бессимптомно, и лишь каждая третья знала о существовании медикаментов, снижающих вероятность передачи вируса от матери к ребенку. На вопрос о путях передачи 71% ответили, что это происходит во время беременности, и 60% — что передача вируса возможна во время родов. Менее половины знали о возможности инфицирования ребенка во время кормления грудью (48%), и лишь 39% указали все три пути передачи вируса ВИЧ/СПИД от матери к ребенку.

На вопрос о других путях инфицирования, когда респондентам предлагались заведомо неверные ответы, респондентки 15–19 лет отвечали следующим образом (табл. 5).

Таблица 5

**Доля респонденток, не согласных с утверждениями
о путях передачи вируса ВИЧ/СПИД,
в возрастной группе 15–19 лет и во всей выборке, %**

Вирус СПИД может передаваться...	15–19 лет	15–44 года
Посредством магии и сверхъестественных средств	97,4	98,3
Через рукопожатия	93,4	95,1
Через пользование общими продуктами и посудой	83,1	88,2
Через сиденье туалета	83,5	86,9
Через поцелуй	66,2	71,1
Через укусы комаров	64,4	69,5
Через маникюр, педикюр и стрижку	39,7	31,0
Во время стоматологического и хирургического лечения	22,9	15,4
Число респонденток	1096	10 010

Подавляющее большинство опрошенных не считало, что вирус может передаваться посредством магии, а также при бытовых контактах — через рукопожатия или пользование общей посудой — с инфицированным; две трети считали заблуждением вероятность передачи вируса через поцелуй или укус комара. Гораздо меньшее количество опрошенных, как в группе 15–19 лет (40%), так и во всей выборке (31%), отрицали возможность передачи вируса во время маникюра, педикюра или стрижки, и лишь каждая пятая среди 15–19-летних знала, что вирус ВИЧ/СПИД не передается во время стоматологического или хирургического лечения; во всей выборке этот показатель был еще ниже — 15%.

20% опрошенных в возрасте 15–19 лет когда-либо проходили тестирование на ВИЧ/СПИД и знали его результат, причем более половины из них (12% опрошенных) прошли этот тест в течение 12 месяцев, предшествующих обследованию.

68% опрошенных знали, в каком медицинском учреждении можно пройти тестирование на ВИЧ/СПИД, и половина из них предпочли бы обратиться по этому поводу в поликлинику. Следующими по частоте выбора предпочтительными местами тестирования для возрастной группы 15–19 лет стал Центр СПИД (14%) и женская консультация (10%), тогда как во всей выборке женскую консультацию назвали вдвое больше респонденток (19%). Такая разница в предпочтениях объясняется широко распространенным в России тестированием на ВИЧ/СПИД во время беременности: среди тех, кто ответил на вопрос о дородовом наблюдении во время последней перед опросом беременности, 80% прошли тестирование на ВИЧ/СПИД. Очевидно, что для респонденток старших возрастов вероятность беременности в анамнезе и, следовательно, веро-

ятность тестирования на ВИЧ/СПИД именно в женской консультации выше, чем в самой молодой возрастной группе.

Что касается профилактики ВИЧ/СПИД, 78% опрошенных в возрасте 15–19 лет знали о существовании мер, снижающих риск заражения; они оказались почти так же хорошо осведомлены об этих мерах, как и вся выборка в целом (рис. 12). Если во всей выборке опрошенные спонтанно¹ назвали в среднем пять мер профилактики, в группе 15–19 лет — четыре меры.

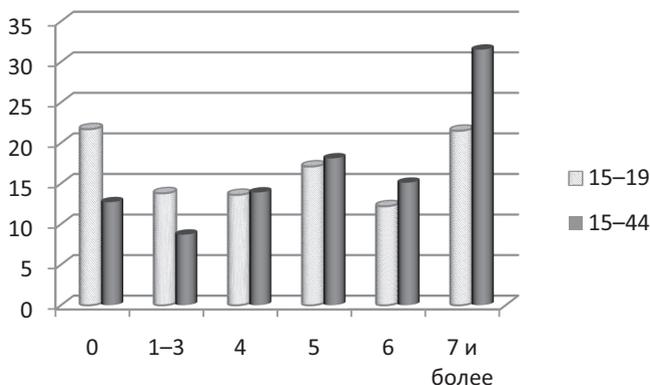


Рис. 12. Распределение респонденток по числу спонтанно указанных мер, снижающих риск инфицирования ВИЧ/СПИД, в группе 15–19 лет и во всей выборке, %

Среди спонтанно названных мер профилактики ВИЧ/СПИД чаще всего упоминалось использование презервативов (68%) и верность одному партнеру (42%). Таким образом, в представлении опрошенных, половой путь передачи вируса является самым распространенным. Равное количество респондентов (34%) отметили в качестве мер отказ от использования общих бритв или шприцев и отказ от секса с лицами, употребляющими наркотики внутривенно. Реже всего в качестве фактора риска упоминались сексуальные контракты с бисексуалами (5%). Лишь 12% опрошенных в этой возрастной группе считали, что можно снизить риск инфицирования вирусом ВИЧ/СПИД, попросив партнера сделать анализ.

Респондентки в возрасте 15–19 лет, знающие о ВИЧ/СПИД, в подавляющем большинстве оценивают свой риск инфицирования этим вирусом как низкий (43%) или нулевой (47%), что связано, прежде всего, с незначительной по сравнению с остальными возрастными группами долей сексуально активных.

¹ Спонтанно означает в данном случае, что при ответе на этот вопрос респондентам не давались подсказки; они должны были сами называть профилактические меры.

Самые молодые респондентки показали себя менее толерантными по отношению к инфицированным ВИЧ/СПИД, чем в среднем по выборке. 58% готовы ухаживать за ВИЧ-позитивным членом семьи (в среднем по выборке — 66%); они допускают, что ВИЧ-инфицированный педагог может преподавать (29 против 35%), а ВИЧ-инфицированные дети — посещать детские сады и школы (27 против 33%). Очень немногие готовы покупать овощи у ВИЧ-инфицированного продавца: 14% в возрастной группе 15–19 лет и 17% во всей выборке. С другой стороны, хотя подавляющее большинство опрошенных предпочло бы не распространять информацию о наличии в семье инфицированного, самые молодые респонденты менее склонны хранить это в секрете, чем все опрошенные в среднем (7 против 5%).

11. Домашнее насилие

Вопрос о насилии со стороны партнера в течение жизни и в последние 12 месяцев перед обследованием задавался только респонденткам, когда-либо состоявшим в браке. Обследование показало, что группа 15–19-летних была самой уязвимой с точки зрения домашнего насилия. 26% отметили вербальное насилие со стороны партнера в течение последнего года, 11% — физическое и 3% — сексуальное насилие. В среднем по выборке эти показатели составили 18, 6 и 1% соответственно, т.е. вероятность подвергнуться насилию со стороны партнера для молодых замужних женщин в 1,5–3 раза выше, чем в других возрастных группах (табл. 6).

Таблица 6

Частота насилия со стороны партнера среди замужних респонденток в возрастной группе 15–19 лет и во всей выборке, %

Возраст, лет	Насилие со стороны партнера в течение последних 12 месяцев			Количество случаев
	вербальное	физическое	сексуальное	
15–19	25,5	10,6	3,2	96
15–44	17,7	5,5	0,8	7955
Возраст, лет	Насилие со стороны партнера в течение жизни			Количество случаев
	вербальное	физическое	сексуальное	
15–19	31,2	15,6	4,9	96
15–44	38,1	19,8	3,9	7955

12. Международные сравнения

Во второй половине 2000-х гг. в ряде стран бывшего СССР была проведена серия обследований с целью изучения демографических процес-

сов и здоровья населения, в том числе и репродуктивного: Reproductive Health Survey (Грузия, 2010) и Demographic and Health Survey (Молдова, 2005; Азербайджан, 2006; Украина, 2007; Армения, 2010). Программы обоих обследований частично совпадали, как и принципы формирования выборок, поэтому их данные позволяют проводить сравнительный анализ ряда полученных показателей. Общее политическое и социальное устройство в прошлом, сохранение в новых условиях ряда особенностей функционирования национальных систем здравоохранения делают эти сравнения более релевантными.

Для российских респонденток 15–19 лет характерны одни из самых низких показателей рождаемости среди сравниваемых стран и самые высокие показатели искусственного аборта (рис. 13). Сравнивая эти показатели, необходимо принимать во внимание относительно небольшое число родов и аборт в этой возрастной группе. Чтобы решить эту проблему, во всех сравниваемых странах приходилось рассчитывать показатели рождаемости и аборта для трехлетнего периода, предшествовавшего обследованию.

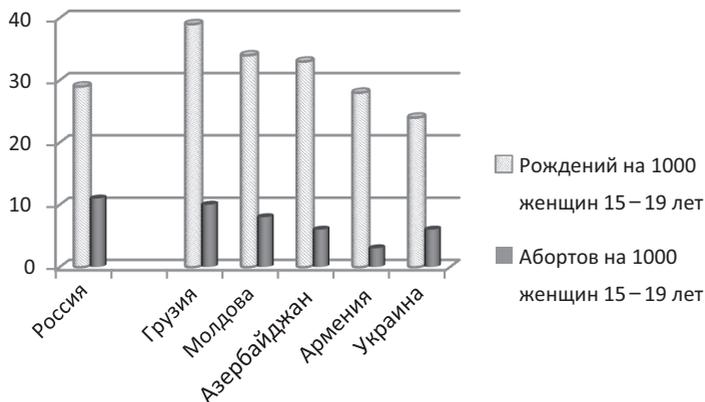


Рис. 13. Показатели рождаемости и искусственного аборта в возрастной группе 15–19 лет для трехлетнего периода, предшествовавшего обследованию

Разница в показателях рождаемости между странами объясняется различиями долей состоящих в браке в возрастной группе 15–19 лет и числом детей, рожденных этими женщинами. Если в странах Закавказья 8–10%, а в Молдове — 7% респонденток в возрасте 15–19 лет состояли в браке, то в России и Украине этот показатель не превышал 4%. Доля бездетных женщин 15–19 лет, состоящих в браке, колебалась от 56% в Грузии до 66% в России, тогда как доля женщин, родивших двоих и более детей, составляла 8% в Азербайджане и менее 1% в Армении (рис. 14). Комбинация этих факторов определяет различия в показателях рождаемости между сравниваемыми странами.

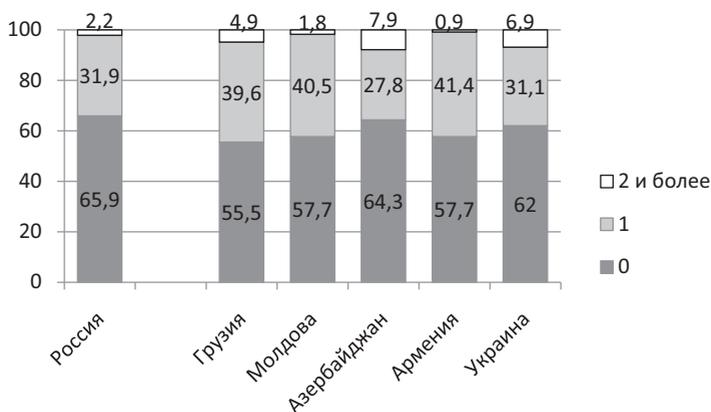


Рис. 14. Распределение состоящих в браке респонденток 15–19 лет по числу рожденных детей, %

Различия в показателях абортов также связаны с особенностями репродуктивного поведения в этой возрастной группе. К моменту обследования в российской выборке 2,5% опрошенных имели в анамнезе хотя бы один аборт, а в грузинской таковых было 2,2%. В других странах этот показатель не превышал 1%. Кроме того, в России и Грузии для респонденток в возрасте 15–19 лет существовала вероятность повторного аборта, которая составляла 7 и 14% соответственно; в других странах такого явления, как повторный аборт, не наблюдалось.

Кроме того, Россия невыгодно отличается от других стран высокой долей незапланированных беременностей в возрастной группе 15–19 лет. Когда респондентов просили ответить на вопрос о статусе их последней беременности, имевшей место в течение пяти лет, предшествовавших обследованию, в российской выборке более 50% определили ее как несвоевременную или нежелательную. Как показывают обследования, подавляющее большинство таких беременностей заканчивается искусственным абортом. В других странах аналогичный показатель был значительно ниже (рис. 15).

Обследования показывают также различия в сексуальной активности молодых респонденток из разных стран. В возрастной группе 15–19 лет имели сексуальный опыт: 29% в России, 22% в Молдове и 18% в Украине. В Закавказье этот показатель был на уровне 11% в Грузии и Азербайджане и 8% в Армении, и все сексуальные отношения имели место в браке, поскольку в этих странах доля имеющих сексуальный опыт практически равна доле когда-либо состоявших в браке (рис. 16). Этим отчасти объясняется высокая доля запланированных беременностей в этих странах в возрасте 15–19 лет: учитывая тот факт, что практически все беременности случаются в браке и что ценность детей традиционно вы-

сока в этом регионе, можно предположить, что нежелательных беременностей будет немного.

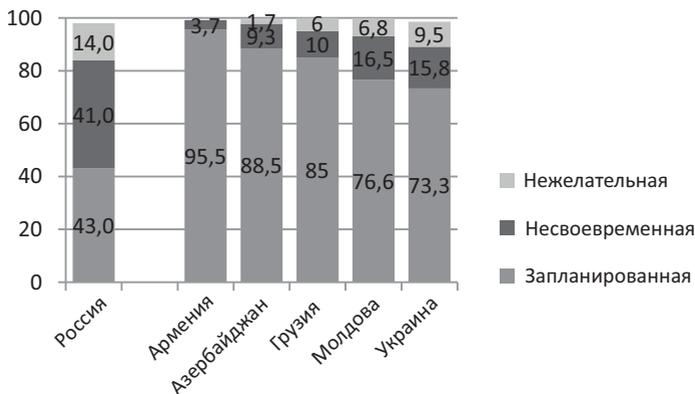


Рис. 15. Статус последней беременности, имевшей место в течение пяти лет, предшествовавших обследованию, в возрастной группе 15–19 лет, %

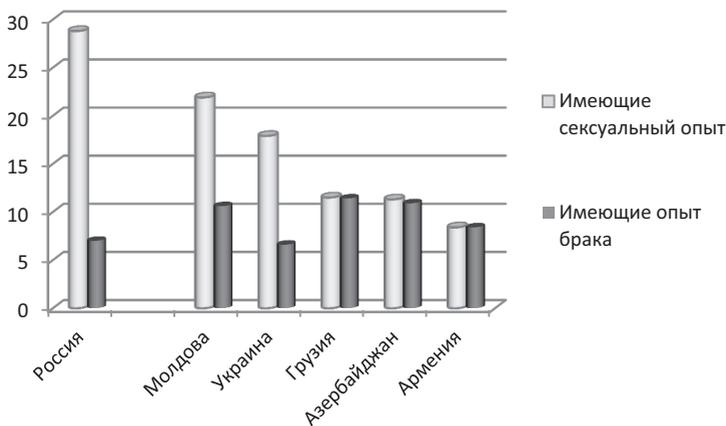


Рис. 16. Сексуальный и матримониальный опыт респондентов в возрасте 15–19 лет, %

Поскольку в возрастной группе 15–19 лет речь чаще всего идет о первых детях, из рис. 15 видно, что в странах Закавказья практически не наблюдается откладывания первых рождений в браке: 85% и более беременностей запланированы и заканчиваются, вероятнее всего, рождением ребенка. В Молдове, Украине и особенно в России, где добрачный сексуальный опыт довольно широко распространен, доля незапланированных беременностей относительно высока. И вероятнее всего, незапланированные беременности чаще случаются вне брака.

Как показывают обследования, во всех сравниваемых странах, кроме Армении и Азербайджана, каждая вторая респондентка 15–19 лет, состоящая в браке, использует контрацепцию, главным образом современную (табл. 7). Распространенность контрацепции в этой возрастной группе — на уровне 50% в России и Украине и 6% в Азербайджане — может показаться невысокой, но следует принимать во внимание репродуктивные намерения респонденток: какая-то часть их намеренно не использует контрацепцию, желая забеременеть. Учесть репродуктивные планы можно с помощью показателя неудовлетворенной потребности в контрацепции. Он представляет собой долю женщин, физиологически способных иметь детей, сексуально активных, не планирующих родить ребенка в ближайшие два года, но при этом не использующих никакого метода контрацепции, чтобы отложить беременность.

В возрастной группе 15–19 лет самая низкая неудовлетворенная потребность в контрацепции среди состоящих в браке наблюдается в России и Грузии, самая высокая — в Армении и Украине (см. табл. 7). В случае Армении результат представляется несколько противоречивым: доля состоящих в браке респонденток 15–19 лет, желающих отложить рождение ребенка на два года и более, достаточно высока (29%), тогда как всего 4% опрошенных назвали несвоевременной последнюю беременность, имевшую место в течение пять лет, предшествовавших обследованию. Возможно, здесь сыграло свою роль небольшое число наблюдений в группе замужних женщин 15–19 лет, а также временной сдвиг в ответах: вопрос об откладывании рождений относится к моменту обследования, а вопрос о статусе беременности — к довольно длительному периоду (пять лет) в прошлом.

Таблица 7

Доля респонденток в возрасте 15–19 лет, использующих контрацепцию в момент обследования, %

	Все	Состоящие в браке			
		Все методы	Современные методы	Традиционные методы	Неудовлетворенная потребность в контрацепции
<i>Россия</i>	<i>14,0</i>	<i>50,0</i>	<i>41,6</i>	<i>8,4</i>	<i>7,4</i>
Молдова	11,5	58,4	33,9	24,5	12,9
Грузия	2,2	53,4	34,7	18,5	9,0
Украина	11,0	48,3	42,7	5,6	29,0
Армения	1,7	19,1	3,1	16,0	27,0
Азербайджан	1,6	6,4	3,0	3,3	16,5

Таким образом, межстрановые сравнения показывают, что сексуальное и репродуктивное поведение российских респонденток в воз-

расте 15–19 лет имеет свои особенности: относительно высокие показатели искусственного аборта, высокую долю незапланированных беременностей, широко распространенную сексуальную активность до брака. Положительным можно считать высокую долю использующих современные методы контрацепции и низкую неудовлетворенную потребность в контрацепции среди замужних женщин этой возрастной группы.

Заключение

Анализ основных демографических показателей подтвердил высокое качество информации, полученной в процессе обследования. Коэффициенты рождаемости, искусственных абортов, младенческой смертности, оцененные на основе данных обследования, практически совпали с соответствующими показателями официальной статистики. Это стало своего рода критерием качества всех данных обследования, в том числе и относящихся к возрастной группе 15–19 лет.

Эта группа, с одной стороны, предоставляет широкое поле деятельности для структур здравоохранения, ответственных за репродуктивное здоровье населения. В ней сексуальная и репродуктивная активность относительно невысока, подавляющее большинство респондентов в этой группе не имеет ни матримониального, ни репродуктивного опыта и очень ограниченный сексуальный опыт, поэтому может стать идеальным целевым объектом для системы профилактических мероприятий в области репродуктивного здоровья. То есть услуги и информация, связанные с репродуктивным здоровьем, не должны предоставляться этой группе *post factum*, не должны быть результатом личного опыта (иногда печального); получение доступа к ним должно предшествовать первому сексуальному опыту, первому использованию контрацепции, первым родам. В идеале подростки должны вступать в сексуальную жизнь со 100%-ной информированностью обо всех проблемах, так или иначе связанных с репродуктивным здоровьем.

С другой стороны, спрос на услуги, непосредственно связанные с репродуктивным здоровьем, среди женщин 15–19 лет относительно невысок. В этой возрастной группе гораздо большим спросом пользуются и будут пользоваться впредь услуги и информация, связанные не с родовспоможением и охраной здоровья матери и ребенка, а с предупреждением нежелательных беременностей и профилактикой заболеваний, передающих половым путем.

Обследование показало значительную социально-демографическую дифференциацию показателей рождаемости и искусственного аборта в возрастной группе 15–19 лет. При реализации профилактических мер по снижению уровня абортов в этой группе следует обратить особое внимание на женщин со средним образованием и жительниц всех городов,

кроме Москвы и других мегаполисов, имеющих показатели абортс выше среднего по группе. Респондентки в возрасте 15–19 лет платили самую высокую цену за производство аборта, что существенно ограничивает доступ к этой процедуре для групп с невысоким уровнем благосостояния.

Высокая для этой возрастной группы доля повторных абортов — 7% — может быть снижена с помощью более широкого распространения послеабортного консультирования по вопросам планирования семьи.

Распространенность контрацепции в возрастной группе 15–19 лет имеет свои особенности. Показатель существенно отличается по состоянию респонденток в браке. Если среди состоящих в браке доля пользователей контрацепцией в момент опроса составляла 50%, то среди сексуально активных, но не состоящих в браке, она достигает почти 100%. Подавляющее большинство респонденток (вернее, их партнеры) используют презерватив, особенно при сексуальных контактах вне брака. Достоинствами этого метода для группы самых молодых респонденток является его способность защитить от инфекций, передаваемых половым путем, а также его «привязанность» непосредственно к сексуальному контакту, что важно при нерегулярных сексуальных отношениях. Примечательным является тот факт, что сексуально активные респондентки этой возрастной группы, не состоящие в браке, практически не используют низкоэффективных традиционных методов.

Неудовлетворенная потребность в контрацепции — важный резерв снижения уровня абортов — у состоящих в браке респонденток в возрасте 15–19 лет относительно невысока (7%).

Обследование показало недостаточную информированность самых молодых респондентов о методах планирования семьи. В подавляющем большинстве случаев информация о контрацепции и сам метод появляются у респондента в результате личного опыта после его использования (или принятия решения об использовании). Но поскольку в возрастной группе 15–19 лет лишь 17% респонденток были сексуально активны в момент опроса, общая информированность этой группы была невысока. Именно поэтому молодые респондентки часто не имели мнения о свойствах современных методов контрацепции, о их влиянии на здоровье, о преимуществах. Таким образом, в возрастной группе 15–19 лет существует спрос на информацию по планированию семьи: более 70% хотели бы ее получить, и почти половина из них предпочла бы в качестве источника информации медицинского работника. Этот «кредит доверия» необходимо использовать для обеспечения молодежи адекватной информацией о методах регулирования рождаемости.

Подавляющее большинство респонденток, родивших ребенка в возрасте 15–19 лет в течение пяти лет, предшествовавших обследованию, демонстрируют ответственное поведение в антенатальный период. 78% впервые пришли к врачу в первый триместр беременности, 65% посетили врача во время беременности 10 и более раз, 99% родов прошли

в медицинском учреждении. В то же время 3% опрошенных вообще не были у врача во время беременности, а 20% курили во время беременности.

Послеродовое наблюдение, которое получили 76% респонденток в возрасте 15–19 лет, недостаточно эффективно используется медицинскими работниками для распространения информации о здоровье матери и ребенка, грудном вскармливании, планировании семьи. Чаще всего врач говорит с женщиной о грудном вскармливании или уходе за ребенком (81–82% от общего числа находившихся под послеродовым наблюдением), реже всего — о планировании семьи (72%). Тем не менее самые молодые респондентки после родов получали информацию от врача чаще, чем женщины из остальных возрастных групп. Возможно, обладая опытом рождения детей, они сами отказывались от беседы с врачом, тогда как молодые женщины после рождения первенца нуждались в информации об уходе за грудью, питании в период грудного вскармливания или вакцинации ребенка.

Респондентки в возрасте 15–19 лет хорошо информированы о существовании инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Каждая четвертая получила информацию об ИППП от медицинского работника, еще 18% — от родителей. Несмотря на низкую сексуальную активность в этой группе, 7% опрошенных в возрасте 15–19 лет когда-либо имели ИППП.

Если общим знанием о ВИЧ/СПИД обладают практически все опрошенные в группе 15–19 лет, более детальная информация оказалась доступна меньшему числу. Лишь 30% респондентов знали все три пути передачи ВИЧ от матери к ребенку, 22% не смогли назвать ни одной меры, снижающей риск заражения ВИЧ, а каждая третья считала, что ВИЧ может передаваться через поцелуй. Возможно, именно этот недостаток информации делает группу 15–19-летних менее толерантными по отношению к ВИЧ-инфицированным.

Таким образом, основным направлением деятельности в отношении возрастной группы 15–19 лет следует считать расширение доступа к качественной и детальной информации о сексуальной, репродуктивной и семейной жизни. Знания о репродуктивном здоровье, уходе за новорожденным, методах предупреждения беременности или инфекциях, передаваемых половым путем, должны предоставляться всем в одинаковой мере и в самом раннем репродуктивном возрасте, а не приобретаться с опытом и возрастом.

Как показывает мировая практика, основными и более всего заслуживающими доверия источниками информации являются: система здравоохранения, прежде всего специализированные службы и программы планирования семьи; неправительственные организации, ведущие деятельность в этой области в сотрудничестве с системой здравоохранения; школьные программы полового воспитания. В России эти три элемента

эффективной информационной системы недостаточно развиты и слабо взаимодействуют между собой.

Библиография

1. Репродуктивное здоровье населения России-2011. Итоговый отчет. — М.: Информационно-издательский центр «Статистика России», 2013.
2. *Троицкая И.* Репродуктивное поведение и потребности девочек-подростков в России / И. Троицкая, Л. Бардакова, Е. Уварова, И. Жуков. — М.: ЮНФПА, 2013.
3. Демографический ежегодник России-2010; Демографический ежегодник России-2012. URL: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/doc_1137674209312

РЕПРОДУКТИВНЫЕ РЕШЕНИЯ В СИТУАЦИИ ЭКСТРАКОРПОРАЛЬНОГО ОПЛОДОТВОРЕНИЯ: МУЖСКОЕ ПОВЕДЕНИЕ С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ЖЕНЩИН

Введение: исследования мужских репродуктивных мотиваций

Основной задачей статьи является анализ дискурсивных стратегий построения и интерпретации женщинами репродуктивных решений и репродуктивного поведения мужчин в ситуации бесплодия одного или обоих членов пары мужчина-женщина и возможности применения репродуктивных технологий¹. Анализ ведется в рамках конструктивистской парадигмы. Предметом интереса автора является социально сконструированное знание о механизме принятия репродуктивных решений партнерами, и прежде всего интерпретация женщинами поведения и мотиваций мужчин в этой области. Под дискурсивными стратегиями мы здесь понимаем деятельность по проблематизации участниками форума актуальных способов моделирования реальности в речевых практиках в Интернете. Исследование показало, что представления женщин, обращающихся к помощи врачей, чтобы иметь детей, о мотивациях и механизме репродуктивных решений своих партнеров-мужчин дополняют и обогащают высказанные ранее другими авторами идеи. Однако в целом вся эта область пока изучена недостаточно.

Тем не менее определенные выводы уже можно сделать. Некоторые авторы утверждают, что отцовство мало что добавляет к гегемонной маскулинности в ее современном варианте, мужской успех в жизни сейчас в заметно меньшей степени измеряется наличием у мужчины детей по сравнению с традиционным обществом [12]. Большое значение имеют и окружающие условия, т.е. сопоставление ресурсов, которыми человек располагает, и ожидаемой отдачи от детей. Вариации в степени от-

¹ Вспомогательные репродуктивные технологии (ВРТ) основаны на медицинских манипуляциях, позволяющих получить зачатие человека вне организма матери. При этом может использоваться генетический материал как будущих социальных родителей, так и доноров (спермы и/или яйцеклетки); если основной проблемой является отсутствие/несостоятельность матки, вынашивать ребенка может так называемая суррогатная мать.

цовской вовлеченности связаны с самооценкой себя как сексуального партнера. Чем она выше, тем менее интересно вовлекаться в отцовство конкретного ребенка с конкретной женщиной [5].

С другой стороны, мужское отношение к беременности влияет на женские ощущения по ее поводу до, во время и после нее, а также на суммарный коэффициент рождаемости в мировом масштабе [7]. Мужские пронаталистские желания влияют на женское поведение и связаны с концепциями маскулинности во многих традиционных обществах, где количество сыновей влияет на статус мужчины и является одним из существенных элементов его жизненного успеха в целом [1].

Но культурно обусловленные представления целот играть и противоположную роль — «мачизм» в Колумбии, например, означает право мужчины настаивать на аборте или безнаказанно покинуть забеременевшую от него женщину. Мужчины в городах в условиях более равномерного распределения обязанностей по обеспечению дохода семьи и по уходу за детьми более кооперативны при принятии решений о рождении или нерождении детей, в отношении к отцовству как практике и выбору числа детей в семье [7]. Традиционно отцовская роль имела отношение к распределению и доступности сексуальных и экономических ресурсов, была связана с обеспечением сообщества новыми членами, а также с тем, чтобы эти дети выросли во взрослых с достаточным для данного общества потенциалом. На индивидуальном уровне это можно свести к генам (продолжению рода) и ответственности (прежде всего за выживание и элементарную социализацию детей). Важно также, какие именно социальные нормы в отношении отцовства транслировались мальчику в детстве и как он их воспринял [12]. В современных обществах эти нормы весьма размыты [13]. Что касается мужского бесплодия, исследования показывают, что оно негативно влияет на маскулинность, так как ассоциируется еще и с импотенцией. В некоторых обществах (Индия) это ведет к предпочтению донорской спермы усыновлению, особенно если жена согласна скрывать факт применения донорской спермы. В других культурах (например, Канада) донор спермы может восприниматься как соперник-победитель [7]. Часто бесплодие приводит к «уходу» мужчины в другие «составные части» гегемонной маскулинности в поисках компенсации — в работу или «коллекционирование» любовных побед. На опыт переживания мужчинами бесплодия также влияет нормативная недопустимость у них сильных эмоций, в результате в большинстве стран мужчинам очень трудно найти язык для выражения своих мыслей и чувств в этой области и людей, с кем они могли бы это обсуждать [7]. Суммируя, можно сказать, что в обществах, еще не прошедших через демографический переход, отсутствие детей для мужчины является социальной и экономической проблемой, а в постпереходных — скорее личной и психологической. Но это несколько упрощенная модель, в реальности репродуктивные стратегии мужчин, в том числе и в случае бесплодия, ва-

рыруются в контексте конкретных обществ и различаются у отдельных людей, хотя исторические изменения, безусловно, также существуют.

Исследование репродуктивного здоровья ЮНФПА-Росстата [3] продемонстрировало, что бесплодием в той или иной мере охвачены 5–6% россиян. При этом ВРТ в России пока обеспечивает всего лишь менее чем 1% ежегодной рождаемости.

Методика изучения

Интернет-сообщество («виртуальное сообщество» [11]) обычно концептуализируется как социальная сеть индивидов, общающихся между собой с помощью технологических средств, в нынешнюю эпоху это практически всегда Интернет или его различные производные. Часто этих людей объединяет наличие общей цели, и сеть помогает им в ее достижении. Такие сообщества создают четкие границы между «своими» — участниками сообщества и «чужими» — всеми остальными. Существование подобных объединений имеет противоречивые последствия для их членов: как и в любых других замкнутых коллективах, и в виртуальных может возникать враждебность к «чужакам», некоторое «сектанство», а также поляризация установок и взглядов [9]. Однако положительной стороной таких групп является «empowerment» их участников, т.е. обретение ими силы для решения стоящих перед ними задач.

Основной задачей исследования было изучение представлений женщин из бесплодной пары о смысле и значении бесплодия для мужчин и попытки объяснить поведение последних, одновременно вырабатывая стратегию собственного поведения в ситуации взаимозависимости мужчин и женщин от репродуктивных решений друг друга, когда наиболее «легкое», «естественно биологическое» обретение потомства невозможно и приходится применять ВРТ. Изучение высказываний и мнений собственно мужчин на эти темы практически невозможно, так как они об этом почти никогда и нигде не говорят.

Исследования в Интернете [8] предусматривают квазианонимность общения, его текстуальный характер и бестелесность. Мы можем получить информацию практически мгновенно и одновременно из разных географически отдаленных мест. При этом Интернет — это пространство между публичной и приватной сферами, высказывание чего-то здесь под псевдонимом требует меньшей смелости, чем выступление на митинге, и в то же время означает потребность выразить свои взгляды или рассказать о своих проблемах публично. В результате в сети изобилуют мысли и мнения, которые, возможно, никогда не были бы даже сформулированы, если бы мировая сеть не существовала. Высказывание в сети как действие при анализе всегда можно считать уже состоявшимся; применение качественного анализа такого текста позволяет увидеть формирование и бытование норм в области репродуктивного поведения. Мы

рассматриваем высказывания как речевые акты, применяя к ним герменевтический целостный тематический анализ.

Исследования форума на сайте «Пробирка» представляют собой классическую «нетнографию» [8]. Данные представленного эмпирического исследования — это материалы дискуссии «Что делать, если вторая половинка отказывается от ЭКО?», происходившей на интернет-форуме «Пробирка.ру» (Probirka.ru) с января 2013 г. [4]. Этот форум является наиболее массовым и длительно существующим (с 2003 г.) интернет-объединением русскоязычных пациентов ВРТ. Он был организован пациентами, а в 2008 г. приобретен бизнес-агентством, но до сих пор остается популярным пространством социального взаимодействия, в основном женщин-пациенток. По состоянию на 4 августа 2015 г. (в тот момент, когда автор последний раз обращалась к форуму в целях сбора материала) там было 80 561 зарегистрированный пользователь.

Форум рассматривается как коммуникативная среда и пространство производства специфического повседневного знания, касающегося опыта бесплодия. Выбор данной дискуссии обусловлен тем, что она наиболее ярко отражает дискурсивные построения в связи с мужскими репродуктивными решениями.

Тематический анализ высказываний осуществлялся следующим образом. Темы возникали из контекста высказываний информантов, группировались, из них выбирались центральные в отношении мужских репродуктивных решений, затем анализировалось, что именно в каждой группе цитат было сказано по каждой теме. Для иллюстрации настоящего текста выбирались наиболее яркие и информативные цитаты. Выборка высказываний в избранной дискуссии была сплошной.

Репродуктивные решения при бесплодии: роль мужчины с точки зрения женщины

Топик стартовал с истории Kt.¹. Она рассказала о внезапном решении своего мужа прекратить лечение с помощью ВРТ в момент, когда она сама уже начала гормональную стимуляцию яичников для их последующего пунктирования («бесплатного», по квоте на медицинскую помощь от государства), а муж уже сделал половину платных анализов, но надо было сдать еще много других:

«После неудачной беременности и операции решились на ЭКО, так как очень хотелось ребенка, справки все собрали, анализы все сделали дорогостоящие, даже квоту получили! Муж все время подбадривал меня, говорил, что все вытерпим и будет долгожданный ребенок, вместе мы таскались по больничкам... Мне сделали укол, после которого яичники не работают,

¹ Респонденты в этой статье обозначены первыми буквами имени или ника. Топики собраны за период с июля 2012 г. по сентябрь 2013 г.

дальше должны назначить их стимуляцию... а он испугался и передумал, теперь отказывается вовсе, порвал все направления ко врачу!!! Испугался, что финансово не потянем, хотя я ему твержу, что деньги не главное, а он просто кинул!!! Теперь у меня руки совсем опустились, жить не хочу, и с этим человеком, и вообще».

По словам Кт., эта ситуация вызвала у нее практически депрессивное состояние. В данном случае описывается выход мужчины из ситуации обзаведения пары детьми на ранней стадии медикализованного предзачатия. Именно вследствие медикализации эта стадия в данном случае растянута по времени до степени, невозможной при зачатии естественном. Можно провести аналогию со случаем, когда мужчина «покинул бы ситуацию» уже на стадии беременности, поскольку за такое время она бы уже случилась и развилась до определенного срока. Однако два этих решения не равны, между ними есть разница — и для женщины, и для мужчины. В случае лечения женщина испытывает проблемы в связи с начавшимся, возможно, небезвредным, гормональным воздействием, которое оказывается бесполезным (с точки зрения обретения ребенка) из-за решения мужчины. В случае беременности речь идет об «уже живом» ребенке в утробе будущей матери, со всеми связанными с этим возможными моральными коннотациями. Для мужчины случаи тоже не одинаковы, однако есть и существенное сходство — для него это все пока внешние события, это происходит вне его тела, ребенка в любом случае пока нет. Возможно, именно это позволяет ему принимать более отстраненные и в некотором смысле более рациональные решения — в данном случае, например, декларируемая причина отказа от дальнейших действий — финансовая.

Остальные участницы форума начинают прежде всего не утешать «пострадавшую» эмоционально, а давать ей различные советы, как действовать, что, наверное, оправданно, поскольку она декларирует экзистенциальный кризис.

Ф.: «Совет... один — постарайся себя взять в руки и действовать (попереживаешь-поплачешь потом)... постараться поговорить с мужем спокойно и узнать, что же его так сильно испугало... Наверняка есть что-то еще, кроме денег... Хотя если именно деньги, то тебе придется придумать и рассказать ему детальный план, где вы будете брать деньги на ЭКО. Мужчинам, им нужен конкретный план, а наших эмоциональных реакций типа «деньги не главное, проживем как-нибудь и т.д.» — им, к сожалению, этого не понять... В общем, сначала «включай мальчика» в себе — поговори с мужем на его языке, а потом уже «включишь девочку» — и если он что-то из рационального не понял, то эмоциями дождешь...»

Как видим, эти советы касаются напрямую именно того, как попытаться воздействовать на мужа с целью изменить его репродуктивное решение. Причем это настолько детальный совет, что может сложиться впечатление, что подобные практики неоднократно опробованы самой

советчицей в ее жизни. В дальнейшей дискуссии эти ощущения развиваются и подтверждаются, большинство участниц дают аналогичные «деятельностные» советы, различаются лишь детали предлагаемых манипуляций. Например, есть совет относительно воздействия на «рациональные», финансовые аргументы.

К.: «А что, не потянет финансово? У вас вроде квота? Я Б[еременность] вела в консультации, рожала по договоренности, это 50% стоимости контракта».

Однако предлагаются и альтернативные версии объяснения поведения мужа, развивающие выраженное первой отвечающей недоверие к декларируемой причине.

Ве.: «У меня... муж... начал говорить, что нас врачи обманут, в общем, нести полный бред. Я с ним не ругалась, молчала. Через какое-то время сам отошел и решился! В общем, мужики эмоционально слабее намного нас».

В данном случае обращает на себя внимание также утривание гендерных различий в когнитивно-эмоциональной области: «Мужики эмоционально слабее нас», этим объясняются их метания и нерешительность в области репродуктивных решений.

Возникает также тема недоверия к врачам, т.е., возможно, проблемной для мужчины является, в том числе, и передача контроля над процессом осуществления зачатия (т.е. над генетическим продолжением своего рода, являющимся важной составной частью отцовства для многих мужчин) в руки представителей медицинской профессии.

Не все, однако, являются сторонниками «мирного и конструктивного» разрешения конфликта, есть и такие, кто развивает «военную» стратегию, призывая если не к полному прекращению отношений с «таким» мужем, то к радикальному и навсегда изменению отношения к нему как к человеку, на которого нельзя положиться, непорядочному.

И.: «Такой поступок, кроме как предательством, назвать нельзя! Вот мужики, ну ни в чем на них положиться нельзя!!! И казалось бы, много ли он вложит (ну не считая денег) во все это мероприятие. Ведь основной груз несет на своих хрупких плечах именно женщина. И уколы ей, и таблетки, и наркоз, и подсадка, да мало ли еще всякого безобразия... А ему только что пару анализов сдать и сперму. ВСЕ!!!! Это слабость и трусость! Ненавижу таких людей!»

Можно видеть здесь обратную сторону того мужского восприятия, о котором уже говорилось выше: если для мужчины зачатие и беременность — это внешние по отношению к его телу события, то для женщины они абсолютно внутренние. По мнению И., это дает женщине приоритетные права в области репродуктивных решений, так как основной репродуктивный труд — именно ее. Причем эти права настолько приоритетны, что дают ей по-настоящему властную позицию по отношению к мужу. Развитие этой идеи мы увидим в дальнейших высказываниях дискуссионтов.

Именно потому, что женщина ощущает весь процесс медикализированного зачатия через свое тело, она считает, что с того момента, как началось воздействие на ее организм, бросать процесс мужчина не имеет права или что это крайне непорядочно. Для него же, возможно, ситуация выглядит иначе — ведь ребенка пока еще нет и в помине.

Появляются и рекомендации, основанные на представлении о равенстве супругов в области репродуктивных решений, а также на приоритете их отношений между собой над рождением пока не существующего ребенка. Однако некоторые рекомендации по манипуляциям с целью достижения желаемого результата возникают и в этом случае. Отцовство в этой дискурсивной стратегии интерпретируется как прежде всего ответственность.

Р.: «Если любите его, то... нужно как-то развеять его страхи. Скорее всего, он просто боится ответственности. Может, почаще ходите в гости к друзьям с детьми — пусть мотивируется».

Некоторые дискуссионки допускают не только право мужчины иметь свое репродуктивное решение, но и менять его в любой момент.

Ан.: «Как ни грустно это звучит, человек имеет право передумать, поменять свое решение».

Возникает и тема о том, что о репродуктивных желаниях, в том числе тех, которые связаны с медикализированным зачатием, если оно понадобится, неплохо было бы договариваться заранее, а если этого не произошло, то виноваты в этом, скорее всего, оба. А ребенок в идеале должен появляться на свет по обоюдному желанию обоих родителей, манипуляции же в дальнейшем приведут только к негативным последствиям для всех вовлеченных в ситуацию.

Кк.: «Колхоз — дело добровольное, и не мешало бы, чтобы желания двоих совпадали. О таких вещах обычно разговаривают до брака, но тут, видимо, не договорились или не поняли друг друга. Бывает. Или один из партнеров решил, что со временем «уломает» второго. И если бы не необходимость ЭКО, то сделать это было бы намного проще. Обмануть, в конце концов. Ничего хорошего из этого скорее всего не получилось бы».

Для многих, впрочем, возможность представления о браке, согласно которому он не обязательно означает появление детей, оказывается неожиданной, именно поэтому не возникает желания о чем-то договариваться до вступления в длительные отношения. Ведь «базовый» традиционный «брачный контракт» включает детей как незыблемый обязательный элемент.

В историях других участниц репродуктивные решения мужчин также принижаются, а приоритет отдается женским уже при наличии гораздо меньших рациональных оснований — уже есть дети, или только у мужа, или даже общие, растить их тяжело, но жене просто «хочется» еще одного ребенка. Мужу не хочется; его достаточно рационализированные аргументы и в данном случае объявляются «невнятными», т.е. несущее-

ственными, по сравнению с женским «просто хочу». Впрочем, сила женского желания ребенка «животом» представлена как действительно очень большая, такая, что негативно влияет на психологическое состояние женщины в целом, а «излечиться» от этого можно только путем беременности.

Ф.: «Муж категорически против еще одного ребенка. Бубнит что-то невнятное, что он устает на работе, что у нас есть дети и т.п. У нас двое сыновей после ЭКО, им пять лет. Мальчишек папа очень любит. Все свободное время он с удовольствием с ними. Хотя, признаться, времени свободного у него не так много. Я не работаю. Безумно хочется еще ребеночка. Самое главное, финансы позволяют... В последнее время желание иметь ребенка настолько навязчиво, что я даже будто «шевеления» чувствую. Боюсь, что так и крышу можно потерять».

О.: «Мой муж не хочет больше детей, у него трое от 2 других браков. А мне что делать? Мне 31, и хочу ребенка, и даже с ЭКО практически нет шансов... Хочу идти на ЭКО этим летом, но боюсь, что муж меня не подержит и придется самой с донорским эмбрионом, а я сама не потяну, муж работает. Ведь это же предательство — муж думает только о своем комфорте, как жить с таким человеком?????????»

О. объявляет позицию своего мужа предательством, как и в аналогичной жизненной ситуации Кт., хотя отличий очень много. Во-первых, ее муж уже является отцом трех детей, так что если они у него есть, и мотивация ответственности, и мотивация генетического продолжения у него, вполне вероятно, уже удовлетворены. Желание его третьей жены иметь своего ребенка, конечно, тоже имеет право на существование, но при этом у нее практически нет шансов, что генетически это будет ее ребенок. Она готова родить и с полностью донорским эмбрионом, но хочет, чтобы ее содержал именно нынешний муж, поскольку у нее нет других источников дохода. Можно хотеть и этого, но объявлять нежелание мужа согласиться со всем этим предательством можно считать дискурсивным стратегическим преувеличением. Впрочем, такое понимание соотношения мужских и женских прав и приоритетов в области репродуктивных решений иногда объясняется тем, что для женщины в рамках традиционного брака ребенок (пока гипотетический) — главная и чуть ли не единственная радость и удовольствие, и мужчина не имеет права ей в этом отказывать, даже если ребенку и очень трудно появиться на свет, поскольку жена платит мужу за ребенка своими хозяйственными услугами и заботой обо всей семье.

Ял.: «Я не пойму, как это отказался? Отказаться можно в магазин вместе пойти или на концерт Петросяна! А тут стоит вопрос ЕДИНСТВЕННОГО ТВОЕГО ЖЕЛАНИЯ! А что он думает, что твое единственное желание, выходя за него, — это стирать, убирать и развлекать его родственников?»

Другие участницы дискуссии продолжают развивать тему возможных манипуляционных тактик поведения в целях изменения репродуктивного решения мужа. Рекомендуются тактика выжидания, а также создания у мужа впечатления, что жена готова к еще более решительным вариантам, чем экстракорпоральное оплодотворение, для обретения ребенка, тогда он может согласиться на ЭКО как на «меньшее зло».

Не.: *«Когда я поняла, что без ЭКО у нас шансов нет, а мне уже 37 и детей нет, я стала заглядываться на сайты по усыновлению. Муж видел, куда я хожу-брожу по Интернету, потом я сказала ему, что всерьез задумываюсь об усыновлении. Потому что для меня реально очень важно стать мамой. Просто сказала, от него не требовалось ни реакции, ни ответа. Но, видимо, у меня получилось так убедительно, что он понял, что я могу и исполнить намерение. А потом я... сказала ему — прошло не меньше двух недель — может, все-таки ЭКО попробуем?»*

И знаете, мой муж, который за шесть лет ни бэ, ни мэ на эту тему, так радостно отозвался на это и серьезно мне сказал — да, давай».

Следующий пример показывает, насколько по-разному женщина может воспринимать ребенка от донорской яйцеклетки и ребенка от другой женщины, даже если отцом обоих является ее муж. Возможно, тут проявляется то, что для многих женщин собственная генетическая связь с ребенком важна не более, чем возможность выносить его «своим животом» и затем растить в течение первых лет его жизни, это в значительно большей степени делает ребенка «своим» для женщины, а для мужчины в данном случае важнее именно его генетическая связь и минимизация ответственности — ребенок у любовницы уже есть, гены переданы, а растить и его-то одного не очень хочется, тем более — брать на себя ответственность за еще одного.

Х.: *«...он сказал, что передумал, и предложил взять ребенка у его бывшей любовницы, которого он видел всего один раз (без комментариев), а сейчас вроде бы согласился [на ЭКО], и я месяц бегаю по врачам. Но вдруг погрузстнел, начал бубнить что-то несвязное и выдавил опять, что дети ему сейчас не нужны... Он для меня стал чужим в один миг, я его не хочу совсем. Давать и сделать, как я хочу, или плюнуть и уйти от такого??? Говорит, что любит, но разве ЭТО любовь?»*

В этом примере, как и в следующем и во многих других, важно также отметить приоритетность репродуктивного желания женщины перед ее отношениями с мужем и даже зависимость последних от позиции и поведения мужа в отношении обзаведения детьми — непримиримость репродуктивных планов (иногда) разрушает парные отношения.

Р1.: *«Я на ЭКО иду в третий раз, сейчас в протоколе. Ни единого раза муж меня не забрал ни после пункции, ни после переноса. Я его ненавижу. Он мне не нужен. Ни помощи, ни поддержки, ни совета. Даже спим мы отдельно, я не могу заснуть рядом с этим храпящим телом. Боже мой, с какой бы радостью я его вообще никогда не видела и не жила с ним. Как же*

сложно развестись в этом возрасте. Из-за всех этих совместных дел, работы, квартиры».

Следующая история тоже про приоритетность ребенка по сравнению с женщиной, здесь это выражено прямым текстом. Но интереснее тут скорее довольно подробное описание реакции мужа на его собственное бесплодие, очевидно весьма интенсивной, кризисной, это, видимо, было связано с центральными для него жизненными планами и задачами, и невозможность или трудность передачи своих генов долго казалась ему непоправимой бедой. Его жена при этом готовила «запасные» стратегии обзаведения потомством в рамках очень условных, практически исчезающих, моральных ограничений. В данном случае, как и в некоторых других, инструментальная роль мужчины для женщины при осуществлении ее репродуктивных планов очевидна.

Ин.: «Ребенок с вами навсегда, мужья — переменная величина. Если вы решили, что хотите стать мамой, то нужно к этому идти, несмотря ни на что! У меня муж долго не мог смириться с мыслью, что причина нашей бесплодности — его мужской фактор. Чуть до развода не дошло. Психовал, орал, кричал: «Иди налево сходи», потом успокоился. Я все перетерпела молча. Просто я мысленно отвела себе время на попытку с ним, а потом сходила бы налево. Как бы это цинично ни звучало. Узнал бы — или понял и простил, или ушел, но у меня все равно осталась бы моя радость, моя цель в жизни. Я еще в фитнес-центр записалась и хожу, чтобы в форме себя держать, если мужа нового придется искать».

Наличие мужского фактора бесплодия и связанных с ним проблем с мужской самооценкой может проявляться и по-другому — в утаивании его наличия от жены и высказывании нежелания иметь детей, в то время как на самом деле мужчина очень хотел бы, чтобы дети появились, и даже что-то предпринимает по этому поводу в секрете от жены, в страхе, что она его бросит. Донорская сперма (ДС) в данном случае для него является ресурсом, а не трагедией, и более приемлемым вариантом по сравнению с разводом. Договориться обо всем оказывается возможным вполне полюбовно, это история о взаимных страхах (а также о нехватке у мужчины языковых средств для выражения мыслей и чувств в такой области), связанных с воображаемой непримиримостью репродуктивных решений.

Nst.: «Я хочу ребенка, а у мужа то одна, то другая отговорка... И обидно, что врач говорит, что у меня все хорошо, что я здорова, а малышей нет. Уговаривала мужа пойти на проверку, но это как с горой говорить. Пока ультиматум не поставила. До ультиматума хотела тайком сделать ЭКО+ДС. Но как-то «стыдно», как будто нагуляла. Набралась смелости и сказала мужу: или идешь провериться, или я делаю с донором. Вот тут-то все выяснилось. Муж знал, что у него проблема. Лечился несколько лет, но боялся сказать, боялся, что, узнав о его проблеме, я брошу его. Он и сам хотел предложить сделать с ДС, но не знал, как сказать. Поплакав вместе, мы решили искать клинику».

Следующий пример показывает наряду с уже отмеченными ранее метаниями мужчины между желанием и нежеланием ребенка от любимой женщины, значимостью/незначимостью ответственности и передачи генов влияние наличия у женщины серьезных соматических заболеваний — в этом случае ответственность также возникает, но уже за здоровье жены и будущего ребенка. Хотя в данном случае любовь к женщине и ее репродуктивные планы побеждают, тем более что медикаментозная подготовка к беременности опять же уже началась. Тема манипуляций (выжидание, молчание, убеждение в готовности к «еще более страшному» варианту) здесь также важна.

Ле.: «У него есть ребенок от первого брака. И вроде даже он сам начал тему, что хочет еще малыша. Начали мы компенсировать... мой сахарный диабет, поставили инсулиновую помпу... И вот когда все анализы были в норме и врачи разрешили беременеть, муж собрал вещи и ушел от меня. Сказал, что он подумал и дети ему больше не нужны, у него есть сын, а меня он не может заставить жить без детей, поэтому решил уйти. Такого стресса у меня за всю жизнь не было, я редела несколько дней. Через несколько дней приехал что-то забрать, на самом деле просто от тоски стал без меня помирать. Обниматься сразу полез, но первое, что сказал, это... тебе как-то надо убедить себя, что детей у нас не будет. Я ничего не стала ему тогда говорить, просто молча стала сама ходить по врачам, готовиться. С ним тему детей не поднимаю, так он не выдержал, прочитав пару моих сообщений в аське (я специально оставила перед ним включенный планшет), я там с подружкой обсуждала как раз детей и свою подготовку к этому. Так он раскричался, почему это я сама решила детей рожать, и похоже, что без него. Он так не согласен и готов стать отцом, но только одного малыша еще».

Ситуация, когда мужчина злоупотребляет алкоголем и не имеет ярко выраженной мотивации к отцовству ни как к ответственности, ни как к передаче генов, все равно может рассматриваться его женой как возможная «база» для осуществления ее личного позитивного репродуктивного решения — правда, она при этом может рассмотреть и использование донорской спермы, но, видимо, все-таки предпочитает ребенка в браке, пусть и невысокого качества.

Ллк.: «У него есть дочь от первого брака, и другого ребенка ему не нужно, и все еще усугубляется алкоголем, пьет... то ли С[сперму] Д[онора] брать, и впоследствии развод, то ли его уговаривать с пьяными спермиками... и непонятно, что дальше...»

Низкое качество «брака», а точнее, незарегистрированных длительных отношений, при непримиримости репродуктивных установок иногда, со временем, дает женщине невиданную ранее свободу опций для обзаведения ребенком, поскольку выясняется, что существует множество мужчин, готовых бесплатно выступать для нее донорами спермы, поскольку, вероятно, для них генетическая составляющая репродуктивного пове-

дения важнее связанной с отцовством ответственности. Женщина даже может выбирать и менять донора от попытки к попытке в целях максимизации шансов на наступление беременности. А потом она может и предъявить уже случившуюся беременность «партнеру» и предложить участвовать в ситуации, если он захочет. При этом у нее есть возможность как сказать ему правду о биологическом отцовстве в этом случае, так и не говорить.

У.: «Мой мне не муж (не расписаны мы), хотя... 10 лет вместе уже (...на-вроде гражданско-гостевого брака — в трех минутах ходьбы друг от друга живем, а... материально я всегда была у себя одна). Когда начали спать, не предохраняясь, вроде напрягся вначале, но проканал... Когда я стала понимать, что само не получится, наемкнула на ЭКО, даже спермограмму сдали, но потом динаму включил, а после конкретного разговора отказался в этом всем участвовать. Типа, дети ему в 38, видите ли, уже поздно (хотя своих у него нет), вдруг что не то. ...Пришлось изменить угол зрения — подумала, если так складывается, значит, у меня просто выбор больше будет, чем из полутора человек, что на меня позарятся. Начала искать доноров спермы, естественно, неанонимных (...как можно даже «исходник» не посмотреть, с чьими генами всю жизнь рядом придется жить). Оказалось все не так плохо. Есть достаточное количество мужчин, готовых помогать в этом нелегком деле. Многие готовы делать это безвозмездно, и, кстати, все они были очень даже ничего. Даже пара-тройка замечательных (получше моего «недомужа») (а видала я человек 6–8 за три попытки ЭКО — после первой неудачной порекомендовали поменять донора, раз есть возможность). Мой вот вообще не знает про мои три ЭКО. Раз оно ему не надо, то и не его это дело. По крайней мере, пока не получится. А там варианты будем обсуждать».

Таким образом, получается, что мужчина, которому женщина предлагает беременность даже и не от него — как дар, — тоже оказывается в ситуации принятия репродуктивного решения особого типа — будет ли он участвовать в выращивании этого ребенка как социальный отец.

Заключение

Исследование показало, что у многих женщин существуют нормативные ожидания, связанные с неким «базовым брачным контрактом», согласно которому брак обязательно предполагает появление детей. Это означает как необходимость стремиться к преодолению проблем в области репродуктивного здоровья, если они этому мешают, так и необсуждаемость и непрерываемость мотиваций обоих партнеров к рождению детей.

Если выясняется, что партнер-мужчина отказывается заводить детей с данной женщиной, даже если такое возможно только путем ЭКО или усыновления, это воспринимается многими как «предательство», нарушение данного базового контракта.

Такое восприятие связано еще и с тем, что наличие хотя бы одного ребенка для некоторых женщин является единственной ожидаемой радостью в традиционном браке, только оно отчасти оправдывает в остальном служебную роль жены — ведение хозяйства, заботу о стариках и других взрослых членах семьи.

При этом о рациональной (финансовой) стороне выращивания ребенка и собственно «лечения» бесплодия многие женщины думать не хотят, искренне считая такого рода аргументы своих мужей несущественными отговорками.

Обычно женщины считают допустимыми различные манипуляции (почти любые) с целью склонить мужа на «правильную» сторону, «захотеть» появления ребенка в семье и таким образом «починить» контракт.

У этой базовой модели возможны вариации:

- женщина «любит» мужчину и постарается его понять, возможно, даже не будет очень уж сильно уговаривать,
- мужчина для нее вообще имеет только инструментальную ценность, ребенок намного важнее, и хороши все средства.

Меньшинство признает существование множественности «контрактов», среди которых есть и такой, который не подразумевает детей в браке. Эти немногие женщины считают, что о том, какой «контракт» у данной пары, лучше договориться еще до вступления в отношения, а не ожидать, что «контракт» по умолчанию «базовый», целостный. Некоторые даже допускают, что поменять свое мнение по поводу деторождения любой человек имеет право в любой момент — хотя специфика репродуктивных технологий такова, что, если мужчина отказывается от «борьбы» за ребенка, когда медикаментозное воздействие на женский организм уже начато, для него это выглядит как совершенно нормальное, этичное изменение мнения «пока еще не поздно», а для женщины ситуация может казаться аналогичной принуждению к аборту, поскольку телесно и психологически она в этот момент уже как бы «входит» в беременность.

Интересно, что в ситуации применения репродуктивных технологий женщина имеет дополнительные возможности получить беременность без участия «своего» мужчины, а потом поставить его перед необходимостью репродуктивного решения второго порядка, когда беременность уже есть, пусть и не от него, и только от нее зависит, расскажет она ему правду или нет. Репродуктивные желания мужчины опосредованны и зависят от женщины, что во многих случаях приводит к отсутствию сильной эмоциональной заинтересованности в детях, тем более что мужская гендерная роль и в целом не предполагает чрезмерной эмоциональности, это подтверждают и другие исследования [5].

Исследование показало, что мужчина (как и женщина) [2, 10], зная о своих репродуктивных проблемах, иногда сам считает донорский генетический материал ресурсом для обзаведения детьми [7].

В ситуацию решения о рождении могут включаться дополнительные факторы — наличие детей у одного из партнеров или у пары, серьезная болезнь у одного из партнеров, но очень сильным фактором является репродуктивное желание (существовавшее изначально или актуализировавшееся только в отношениях с конкретным мужчиной / конкретной женщиной) или его отсутствие, если оно очень определенно и ярко выражено. Тот, кому все равно, или его желания/нежелания достаточно слабы, обречен в конце концов подчиниться более уверенному партнеру [2].

Социальные (вырастить детей достойными членами общества и отвечать за их физическое и умственное благополучие) и генетические репродуктивные мотивации мужчин в исследуемых текстах часто прослеживаются как отдельные, у некоторых мужчин очень сильно первое, и тогда им важно именно воспитывать и растить ребенка, иногда и не обязательно генетически своего, как и в других странах [7]. У других ярко выражено второе, и они готовы выступать бесплатно донорами для многих женщин. У большинства же присутствует комбинация того и другого, что в сочетании с серийной брачностью может приводить к негативным репродуктивным решениям в новом браке, поскольку в прежних уже есть генетически свои дети, в выращивании которых надо так или иначе участвовать.

Женские мотивации к рождению ребенка [2, 6] несколько более целостны, телесны и менее рациональны, думать заранее о том, как они будут воспитывать ребенка и на какие деньги его кормить, многим женщинам несвойственно, более того, они отвергают аргументы подобного рода как недостойные. Коммуникация между партнерами по поводу рождения ребенка — процесс непростой в любом случае, а применение репродуктивных технологий иногда значительно удлиняет период от принятия решения до появления ребенка, давая возможность как мужчине, так и женщине неоднократно менять свои предпочтения, рационализировать и (или) наполнять их эмоциями — в гораздо большей степени, чем при обычном процессе зачатия, беременности и родов.

Библиография

1. *Забаев И. В.* Семья и деторождение в России. Категории родительского сознания / И. В. Забаев, Н. Н. Емельянов, Е. С. Павленко, И. В. Павлюткин // *Экология и жизнь*. — 2006. — № 7. — С. 18–25.
2. *Исупова О. Г.* Модернизация женских мотиваций к рождению детей: деконструкция материнства? / О. Г. Исупова // *Демоскоп Weekly*. — 2011. — № 453–454.
3. Репродуктивное здоровье населения России-2011. Итоговый отчет. Росстат. Министерство здравоохранения Российской Федерации. — М.: Росстатистика, 2013.
4. Что делать, если вторая половинка отказывается от ЭКО? Онлайн-дискуссия, идущая на интернет-форуме «Пробирка.ру» (Probirka.ru) с января

- 2013 г. URL: <http://www.probirka.org/forum/viewtopic.php?f=178&t=42832&p=10160850&hilit=%D0%BF%D0%BE%D1%80%D0%B2%D0%B0%D0%BB+%D0%B2%D1%81%D0%B5+%D0%BD%D0%B0%D0%BF%D1%80%D0%B0%D0%B2%D0%BB%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F+%D0%BA%D0%BE+%D0%B2%D1%80%D0%B0%D1%87%D1%83#p10160850>
5. *Apicella C. L.* Men's reproductive investment decisions: Mating, Parenting, and Self-perceived Mate Value / C. L. Apicella, F. W. Malowe // *Human Nature*. — 2007. — Mar. — No. 18 (1). — P. 22–34.
 6. *Hammons S. A.* Assisted Reproductive Technologies: Changing Conceptions of Motherhood? / S. A. Hammons // *Affilia*. — 2008. — No. 23. — P. 270.
 7. *Inhorn M. C.* Reconceiving the Second Sex: Men, Masculinity, and Reproduction / M. C. Inhorn, T. Tjørnhøj-Thomsen, H. Goldberg, M. la Cour Mosegaard, eds. — New York and Oxford: Berghahn Books, 2009.
 8. *Kozinets R. V.* The Field Behind the Screen: Using Netnography for Marketing Research in Online Communities / R. V. Kozinets // *Journal of Marketing Research*. — 2002. — No. 39. — P. 61–72.
 9. *Parsell M.* Pernicious Virtual Communities: Identity, Polarisation and the Web 2.0 / M. Parsell // *Ethics and Information Technology*. — 2008. — No. 10 (1). — P. 41–56.
 10. *Ragoné H.* Of Likeness and Difference. How Race Is Being Transfigured by Gestational Surrogacy / H. Ragoné and F. Twine (eds.) *Ideologies and Technologies of Motherhood. Race, Class, Sexuality, Nationalism*. — New York, London: Routledge, 2000. — P. 56–75.
 11. *Rheingold H.* *The Virtual Community* / H. Rheingold. — Menlo Park, CA: Addison-Wesley Publishers, 1993.
 12. *IStone L.* *Kinship and Gender. An Introduction* / L. Stone. — Boulder, Colorado and Oxford: Westview Press, 2000.
 13. *Tripp-Reimer T.* Cross-cultural perspectives on fatherhood / T. Tripp-Reimer, S. E. Wilson // Bozett F. W., Hanson S.M. H. (Eds.) *Fatherhood and families in cultural context*. — New York: Springer Publishing Company, 1991. — P. 1–27.

ПРОБЛЕМЫ ВНУТРИСЕМЕЙНОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ РОЖДАЕМОСТИ: РОССИЯ И СТРАНЫ ОЭСР¹

Репродуктивное здоровье подразумевает возможность вести приносящую удовлетворение, безопасную сексуальную жизнь, а также свободу в принятии решений относительно воспроизводства потомства [10]. Свободное и ответственное планирование числа детей и сроков их рождения помогает не только сохранить здоровье женщины, но и способствует благополучию ее детей. Поэтому неотъемлемым элементом охраны репродуктивного здоровья должен быть доступ к методам регулирования рождаемости, а именно: наличие эффективной и безопасной для здоровья контрацепции и право прервать нежелательную беременность.

Законодательство в отношении абортов

Россия входит в число стран, имеющих самое либеральное законодательство в отношении искусственного прерывания беременности (аборта). Согласно ст. 56 Федерального закона от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», каждая женщина имеет право самостоятельно решать вопрос о материнстве, в том числе право на искусственное прерывание беременности по своему желанию при сроке беременности до 12 недель. Также женщина имеет право на прерывание беременности по социальным показаниям при сроке беременности до 22 недель, а при наличии медицинских показаний — независимо от срока беременности. Медицинская помощь при производстве аборта должна оказываться в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования, т.е. бесплатно [6].

Аналогичное российскому право на прерывание беременности по желанию предоставляют женщине только приблизительно треть стран

¹ В данной статье использованы результаты проекта «Демографические тенденции в России и в странах ОЭСР: сравнительный анализ и выводы для политики», выполненного в рамках Программы фундаментальных исследований НИУ ВШЭ в 2015 г.

мира (58 из 196 стран), но в этих странах проживает больше половины мирового населения (в эту группу входит Китай). Почти во всех странах мира аборт разрешен с целью спасения жизни женщины, в 2/3 стран — при наличии угрозы физическому и психическому здоровью женщины, в половине стран — в случаях, если беременность является результатом изнасилования или инцеста [14]. Чили, Доминиканская Республика, Сальвадор, Ватикан, Мальта и Никарагуа не допускают искусственного прерывания беременности ни при каких обстоятельствах. В развивающихся странах законодательство в отношении аборта в целом является намного более запретительным, чем в развитых. Право прервать беременность по желанию женщины гарантировано в 71% развитых и только в 16% развивающихся стран. С этой точки зрения страны ОЭСР тоже неоднородны (табл. 1).

Таблица 1

**Легальные основания для искусственного прерывания беременности
в странах ОЭСР и России**

Страна	Основания, по которым разрешено искусственное прерывание беременности
Австралия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Австрия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Бельгия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Великобритания	1, 2, 3, 5, 6
Венгрия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Германия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Греция	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Дания	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Израиль	1, 2, 3, 4, 5
Ирландия	1
Исландия	1, 2, 3, 4, 5, 6
Испания	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Италия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Канада	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Люксембург	1, 2, 3, 4, 5, 6
Мексика	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7*
Нидерланды	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Новая Зеландия	1, 2, 3, 4, 5
Норвегия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Польша	1, 2, 3, 4, 5

Окончание табл. 1

Страна	Основания, по которым разрешено искусственное прерывание беременности
Португалия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Россия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Словакия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Словения	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
США	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Турция	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Финляндия	1, 2, 3, 4, 5, 6
Франция	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Чехия	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Чили	Запрещен
Швейцария	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Швеция	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Эстония	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7
Южная Корея	1, 2, 3, 4, 5
Япония	1, 2, 4, 6

Примечания: 1 — спасение жизни женщины; 2 — защита физического здоровья женщины; 3 — защита психического здоровья женщины; 4 — беременность в результате изнасилования и инцеста; 5 — аномалии развития плода; 6 — социально-экономические причины; 7 — по желанию женщины.

* В Мексике есть различия между штатами.

Источник: United Nations, World Population Policies Database. URL: http://esa.un.org/poppolicy/about_database.aspx

Как видно из табл. 1, большинство стран ОЭСР имеют, как и Российская Федерация, либеральное законодательство: 23 из 34 стран — членов ОЭСР разрешают аборт по желанию женщины. Еще пять стран — Великобритания, Исландия, Люксембург, Финляндия и Япония — предоставляют право на прерывание беременности по социально-экономическим основаниям, которые трактуются достаточно широко. Четыре страны (Израиль, Южная Корея, Новая Зеландия и Польша) законодательно разрешают аборт только при определенных условиях, например, при аномалиях развития плода, если беременность наступила в результате изнасилования или инцеста или если есть медицинские показания для прерывания беременности. Правоприменительная практика в этих странах имеет существенные различия. Так, в Израиле, хотя закон и налагает ограничения, прерывание беременности является вполне доступной услугой, женщине следует получить разрешение специальной комиссии [13]. А вот в Польше легальный аборт, дей-

ствительно, почти недоступен. Даже если жительница Польши имеет законное основание для прерывания беременности, реализовать свое право ей непросто, врачи часто отказываются делать аборт, ссылаясь на идеологические мотивы. Польские женщины вынуждены обращаться к нелегальным услугам в частные клиники или ехать в другую страну; в последние годы в Польше отмечен рост отказов от детей и даже случаи детоубийств [5].

Ирландия — одна из немногих стран Европы, где искусственный аборт допускается законом только в одном случае: когда беременность представляет угрозу жизни женщины. Но и в тех редких случаях, когда у женщины есть легальные основания для аборта, прерывание беременности почти никогда не производится [4]. В Чили, единственной из стран — членов ОЭСР, аборт не разрешается ни при каких условиях. К слову, на фоне государств Латинской Америки ситуация в Чили, скорее, правило, чем исключение; только три страны региона имеют либеральное законодательство, касающееся аборта: Куба, Гайана и Пуэрто-Рико.

В большинстве стран ОЭСР, по крайней мере в европейских странах, как и в России, производство аборта входит в базовый пакет медицинской помощи, покрываемый страховкой. Исключения составляют, в частности, Чехия, Словакия и Венгрия.

Общей мировой тенденцией последних десятилетий является либерализация законодательства в отношении искусственного прерывания беременности. Таких стран, как Ирландия, среди развитых стран единицы. В России, напротив, прослеживается тенденция наступления на репродуктивные права — за последние десять лет был принят ряд законодательных актов, ограничивающих доступность искусственного прерывания беременности. В России сокращены перечни медицинских и социальных показаний для аборта, введена «неделя тишины» (период ожидания между обращением женщины в клинику и самой процедурой), запрещена реклама абортов. В течение «недели тишины» женщине рекомендуется пройти так называемое психологическое консультирование, основная цель которого — способствовать изменению ее решения о прерывании беременности в пользу рождения ребенка¹. По состоянию на конец 2015 г. в Государственной Думе РФ находились на рассмотрении инициативы по дальнейшему ограничению репродуктивных прав, например, предложения: ввести обязательное «ультразвуковое исследование (женщины, пришедшей на аборт) для визуализации плода и прослушивания его сердцебиения», запретить производство абортов в частных клиниках, а также, что особенно важно, исключить абORTы из программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, кроме абортов по медицинским показа-

¹ Это, скорее, псевдоконсультирование, поскольку предполагает нажим и давление на женщину.

ниям. Предложения исключить аборт из программы госгарантий уже отклонялись Госдумой в 2004, 2011 и 2015 г., но это не останавливает ярых противников репродуктивного выбора. Тем более что рекомендация исключить финансирование абортов из системы ОМС исходит от Патриарха Московского и Всея Руси.

Известно, что законодательство в отношении аборта мало влияет на его распространенность, но в значительной степени определяет степень безопасности процедуры [11]. Опыт разных стран (и нашей в том числе) показывает, что ограничение или запрет аборта не приносит положительных результатов ни с точки зрения демографической динамики, ни с точки зрения репродуктивного здоровья женщин.

Уровень абортов

Легальный статус аборта, однако, влияет на наличие и качество статистики абортов. Для стран, где аборт законодательно запрещен, можно говорить только об оценках распространенности практики прерывания беременности. Да и в ряде стран с либеральным законодательством (Австрии, Канаде, Греции и др.) статистика абортов либо отсутствует, либо признается неполной. Из 34 стран ОЭСР достоверная статистика прерванных беременностей существует для 22 стран. На сравнении с ними мы и остановимся.

В России государственную статистику абортов публикует Росстат, который дополняет статистику прерванных беременностей, учтенных Министерством здравоохранения, данными из медицинских учреждений других министерств, а также из негосударственных организаций, имеющих лицензию на производство аборта. Полноту учета прерванных беременностей в России можно считать удовлетворительной [1].

С конца 1980-х гг. официальная статистика фиксирует неуклонное снижение ежегодных чисел абортов в России (табл. 2). Согласно данным Росстата, с 1988 (года, после которого началось постоянное снижение) по 2014 г. абсолютное число прерванных беременностей уменьшилось в 5 раз (с 4,6 млн до 0,9 млн), а специальный коэффициент абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет — в 4,9 раза (с 127 до 26). Снижение частоты абортов произошло во всех возрастных группах женщин; при этом чем моложе женщины, тем быстрее снижаются показатели абортов. Судя по всему, «абортная культура» для молодых постсоветских поколений остается в прошлом.

С 2007 г. годовое число рождений в России превышает годовое число прерванных беременностей, чего не наблюдалось в течение нескольких десятилетий до этого. В 1967 г. на 100 живорождений приходилось 293 аборта (максимум), в 1990 г. — 206, в 2007 г. — 92, а в 2014 г. — 48 абортов.

Таблица 2

**Основные показатели зарегистрированных аборт в России,
1990, 1995, 2000, 2005, 2010–2014 гг. (по данным Росстата)**

Год	Число абортв		
	тыс.	на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет	на 100 живорождений
1990	4103,4	113,9	206
1995	2766,4	72,8	203
2000	2138,8	54,2	169
2005	1675,7	42,7	117
2010	1186,1	31,7	66
2011	1124,9	30,5	63
2012	1064,0	29,3	56
2013	1012,4	28,3	53
2014	919,1	26,0	48
<i>1990 г. к 2014 г., разы</i>	<i>4,5</i>	<i>4,4</i>	<i>4,3</i>

Примечание: данные за 1995, 2000 и 2005 гг. — без Чеченской Республики; за 2014 г. — без Крымского ФО.

Тем не менее, несмотря на значительные успехи последних десятилетий, по уровню абортв Россия по-прежнему опережает все рассматриваемые страны — члены ОЭСР (рис. 1). Причем в данном случае для международных сравнений использовались скорректированные российские показатели. Дело в том, что официальная статистика абортв в России включает не только искусственные, но и самопроизвольные абортв, в последние годы их доля превышает 20%. Тем самым российские показатели завышаются относительно других стран, где в официальную статистику, как правило, попадают только легальные искусственные абортв. На рис. 1 и 2 коэффициенты абортв для России рассчитаны без учета самопроизвольных абортв.

Ближе всех к России из рассматриваемых стран — Эстония и Швеция. Самая низкая частота абортв наблюдается в Швейцарии и Германии. Российский показатель выше швейцарского почти в 4 раза. Вероятно, более высоким, чем в России, уровнем абортв характеризуется Мексика [9], но эта страна не располагает надежной статистикой абортв.

Основываясь на более точном, чем специальный коэффициент, измерителе уровня абортв — суммарном коэффициенте абортв (СКА), рассматриваемые страны можно условно разделить на три группы: 1) с низким уровнем абортв, СКА = 0,2–0,3 (Швейцария, Германия, Португалия, Нидерланды, Словакия, Бельгия, Италия, Словения, Чехия, Финляндия); 2) со средним уровнем, СКА = 0,4–0,5 (Израиль, Испания, Дания, Исландия, Норвегия, Великобритания, Франция, Новая Зеландия, Венгрия); 3) с высоким уровнем, СКА \geq 0,6 (США, Швеция,

Эстония, Россия) (рис. 2). России стоило бы внимательно изучить опыт стран первой группы по снижению числа нежелательных беременностей.

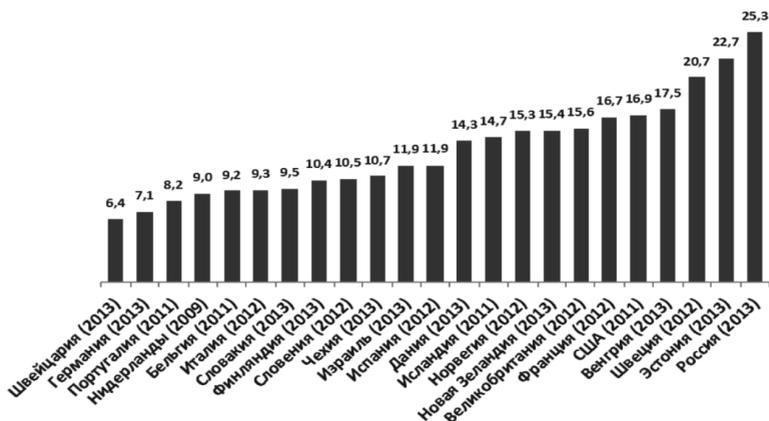


Рис. 1. Специальный коэффициент абортов (на 1000 женщин в возрасте 15–44 лет) в странах ОЭСР и России

Примечание: показатель по России не включает самопроизвольные аборты.

Источники: рассчитано на основе базы данных Eurostat. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; США: Институт Гуттмахера. URL: <http://www.guttmacher.org/sections/abortion.php>; Франция: INED. URL: http://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/abortion-contraception/abortions/; Израиль: Central Bureau of Statistics of Israel. URL: http://cbs.gov.il/reader/cw_usr_view_SHTML?ID=595; Новая Зеландия: Statistics New Zealand. URL: http://www.stats.govt.nz/browse_for_stats/health/abortion/info-releases.aspx

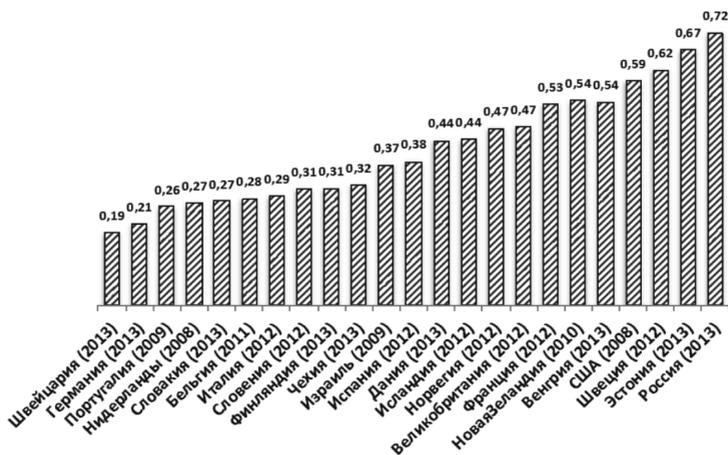


Рис. 2. Суммарный коэффициент абортов в странах ОЭСР и России

Примечание: показатель по России не включает самопроизвольные аборты.

Источники: рассчитано на основе базы данных Eurostat. URL: <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>; Швеция, Норвегия, Исландия: Nordic Statistics. URL: <http://norden>

statbank.dk/health5; Франция: INED. URL: http://www.ined.fr/en/everything_about_population/data/france/abortion-contraception/abortions/; Новая Зеландия, Израиль, Португалия, Нидерланды, США: Sedgh Gilda, Akinrinola Bankole, Susheela Singh and Michelle Eilers. Legal Abortion Levels and Trends By Woman's Age at Termination // International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. 2012. No. 38 (3). P. 143–153, doi: 10.1363/3814312.

Использование контрацепции

Относительно высокий уровень абортов в России свидетельствует о том, что переход к эффективному планированию семьи, когда внутрисемейный контроль рождаемости осуществляется за счет предотвращения нежелательной беременности, а не за счет ее прерывания и когда общее число беременностей у женщины равно числу желанных рождений, в России не завершен. Все недавние выборочные обследования в нашей стране показали, что распространенность контрацепции в России высока и вполне сопоставима с развитыми странами. Однако при использовании россиянами методов контрацепции часто происходят сбои или «контрацептивные неудачи».

На рис. 3 представлены два показателя: распространенность контрацепции (любого метода) и распространенность современных методов контрацепции среди женщин, состоящих в зарегистрированном или незарегистрированном браке, полученные в ходе последнего обследования репродуктивного поведения населения той или иной страны. Отметим, что в некоторых странах такого рода обследования проводились очень давно, а в ряде стран (Австрия, Исландия, Израиль и Люксембург) вообще не проводились (или о них неизвестно международным наблюдателям).

Доля пар, применяющих любой метод контрацепции, варьирует от 54% в Японии до 88% в Норвегии. Кроме Норвегии, среди стран ОЭСР очень высока распространенность контрацепции в Португалии, Чехии и Великобритании. Указанные страны входят в число мировых лидеров по уровню использования методов контрацепции.

В России, согласно выборочному обследованию «Репродуктивное здоровье населения России-2011», 68% состоящих в партнерстве женщин в возрасте от 15 до 44 лет применяют методы контрацепции [3] — это средний уровень использования контрацепции для развитых стран. Схожие с российским показатели распространенности контрацепции характерны для таких стран, как Бельгия, Нидерланды, Испания, Германия. Можно сказать, что Россия по этому показателю не выделяется на фоне стран с близким уровнем рождаемости.

Доля применяющих современные, эффективные методы планирования семьи тоже довольно высока сейчас в России, особенно если сравнить с советским периодом. Более 80% пользователей контрацепции в России предпочитают современные методы. А, например, в Польше эта доля не доходит до 40%, в Италии, Греции, Турции — чуть выше

60%. Правда, во многих странах ОЭСР эта доля приближается к 100%, т.е. малонадежные традиционные методы практически не используются. Здесь кроется резерв для повышения эффективности внутрисемейного контроля рождаемости в России.

На показатель распространенности контрацепции влияет уровень рождаемости в стране — чем выше рождаемость, тем меньше пары нуждаются в методах предотвращения беременности. Поэтому наряду с распространенностью контрацепции обычно рассматривается показатель неудовлетворенной потребности в планировании семьи, который определяется как доля женщин, состоящих в партнерстве, которые хотят предотвратить или отсрочить деторождение, но при этом не используют методов контрацепции.

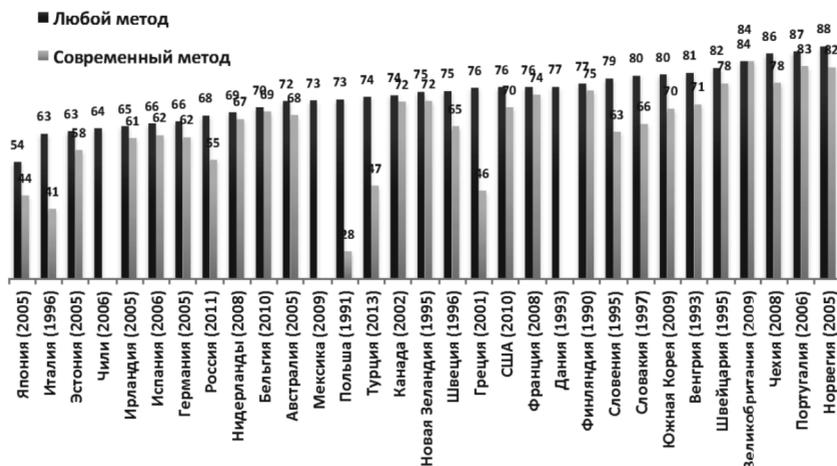


Рис. 3. Доля женщин репродуктивного возраста, использующих методы контрацепции, среди женщин, состоящих в браке/партнерстве, страны ОЭСР и Россия, %

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). 2015 Update for the MDG Database: Contraceptive Prevalence (POP/DB/CP/A/MDG2015).

Для измерения неудовлетворенной потребности в планировании семьи требуются данные выборочных опросов, содержащие информацию о репродуктивных планах, календаре беременностей, грудном вскармливании, применении контрацепции и бесплодии, а такие опросы проводятся нерегулярно и не везде. Эксперты Отдела народонаселения ООН разработали модель, позволяющую оценивать, в частности, неудовлетворенную потребность в контрацепции для всех стран мира, включая те страны, для которых существует мало эмпирических данных [8].

Согласно оценочным данным, неудовлетворенная потребность в планировании семьи колеблется от 5–6% в Великобритании, Южной Ко-

рее, Норвегии, Турции, Франции и Швейцарии до почти 16% в Японии (рис. 4). Средний уровень для стран ОЭСР составляет 9%. Для сравнения: в странах Африки к югу от Сахары этот показатель превышает 20%.

Россия находится приблизительно в середине ранжированного ряда рассматриваемых стран. Причем реальный показатель в нашей стране, по данным Выборочного обследования репродуктивного здоровья населения России, составил 8% (а не 9,6%, по расчетам ООН).

Таким образом, в России наблюдается парадоксальная картина: высокий уровень использования контрацепции и относительно низкая неудовлетворенная потребность в планировании семьи сочетаются с высоким для развитой страны уровнем аборт. Это говорит о том, что проблема заключается не в отказе от контрацепции и не в выборе аборта как метода регулирования рождаемости, а в регулярности и адекватности применения любого из методов контрацепции (а может быть, отчасти и в «приукрашивании» своего поведения при выборочных опросах).

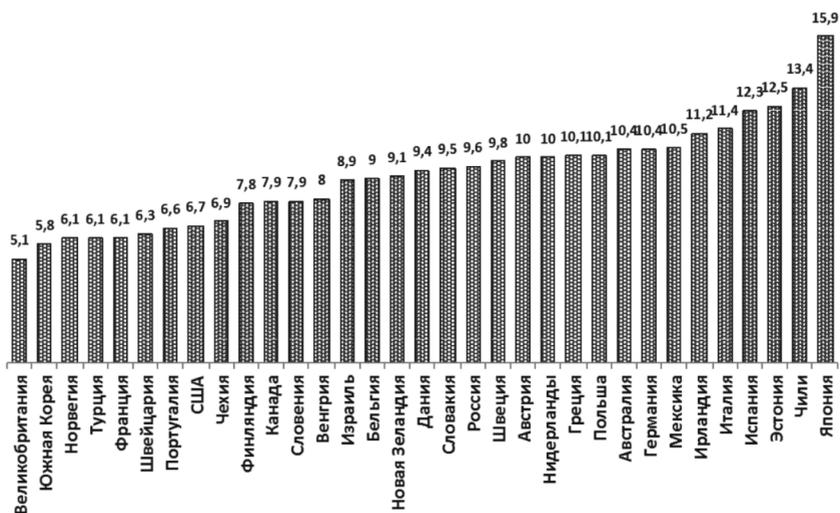


Рис. 4. Неудовлетворенная потребность в планировании семьи. Оценка на 2015 г., страны ОЭСР и Россия, %

Источник: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). Model-based Estimates and Projections of Family Planning Indicators 2015. New York: United Nations.

Структуру применяемых методов контрацепции в России также трудно назвать оптимальной; самый распространенный метод — презерватив — относится к методам контрацепции средней эффективности. Современные противозачаточные средства (например, гормональные инъекции, импланты) очень редко упоминаются при опросах; популяр-

ный в мире и самый эффективный метод планирования семьи — стерилизация — не получил распространения в России.

Именно повышением контрацептивной грамотности можно было бы ускорить снижение уровня аборт в России, а не ограничением доступности прерывания беременности, как это происходит в последние годы. Пути повышения контрацептивной культуры хорошо известны: информация и квалифицированная консультация по планированию семьи, наличие и доступность современных средств контрацепции, сексуальное образование подростков и молодежи. Однако в России распространен миф о том, что планирование семьи ведет к снижению рождаемости, и серьезных мер по продвижению ответственного родительства не предпринимается.

Библиография

1. *Денисов Б. П.* Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? / Б. П. Денисов, В. И. Сакевич // Демографическое обозрение. — 2014. — № 1. — С. 144–169. URL: <http://demoreview.hse.ru/2014-1/120991286.html>
2. Население России-2013: двадцать первый ежегодный демографический доклад / Отв. ред. А. Г. Вишневский. — М.: Издательский дом НИУ ВШЭ, 2015. Раздел 3.
3. Репродуктивное здоровье населения России-2011. Итоговый отчет. Росстат, Минздрав РФ, ЮНФПА, Отдел репродуктивного здоровья Центров по контролю и профилактике заболеваний (США). — Информационно-издательский центр «Статистика России», май 2013.
4. *Сакевич В. И.* Ирландия — остров запрещенного аборта / В. И. Сакевич // Демоскоп Weekly. — 2010. — № 413–414. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0413/reprod02.php>
5. *Сакевич В. И.* Помог ли Польше запрет аборта? / В. И. Сакевич // Демоскоп Weekly. — 2010. — № 433–434. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0433/reprod01.php>
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_121895/
7. Abortion legislation in Europe. IPPF European Network, Rue Royale 146 1000 Brussels Belgium, May 2012. URL: www.ippfen.org
8. *Alkema L.* National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: a systematic and comprehensive analysis / L. Alkema, V. Kantorova, C. Menozzi, Dr A. Biddlecom // The Lancet. — 2013. — 11 May. — Vol. 381. — No. 9878. — P. 1642–1652.
9. *Juarez F.* Incidence of Induced Abortion by Age and State, Mexico, 2009: New Estimates Using a Modified Methodology / F. Juarez, S. Singh // International Perspectives on Sexual and Reproductive Health. — 2012. — No. 38 (2). — P. 58–67.

10. OECD/World Health Organization (2014), Health at a Glance: Asia/Pacific 2014: Measuring Progress towards Universal Health Coverage, OECD Publishing. URL: http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_ap-2014-en
11. *Sedgh G.* et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 / G. Sedgh et al. // *Lancet*. — 2012. — No. 379. — P. 625–632.
12. *Sedgh G.* Legal Abortion Levels and Trends By Woman’s Age at Termination / G. Sedgh, A. Bankole, S. Singh and M. Eilers // *International Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. — 2012. — No. 38 (3). — P. 143–153.
13. *Steinfeld R.* Wars of the Wombs: Struggles Over Abortion Policies in Israel / R. Steinfeld // *Israel Studies*. — 2015. — Summer. — Vol. 20. — No. 2. — P. 1–26.
14. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2014). Abortion Policies and Reproductive Health around the World (United Nations publication. Sales No. E.14.XIII.11).

РЕЗУЛЬТАТЫ КАЧЕСТВЕННОГО ИССЛЕДОВАНИЯ «ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ»

Д. Воронова, Д. Моисеева
магистры 2-го года,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова

ЖИЗНЕННЫЕ И РЕПРОДУКТИВНЫЕ ЦИКЛЫ

Введение

Жизненные и репродуктивные циклы играют важную роль в жизни каждого человека. Мы рождаемся, растем, получаем образование, вероятно, переезжаем, создаем союзы, вступаем в половые отношения и начинаем использовать контрацепцию, впервые выходим на рынок труда, уходим из родительского дома и обретаем финансовую независимость, партнерские союзы перерастают в брак, за которым следует рождение детей, в то время как некоторые делают аборт. Многие люди разводятся и вступают в браки повторно, заводят второго и третьего ребенка. И у каждого свой цикл. При этом можно выделить некоторые особенности, характерные отдельно для женщин и для мужчин.

Вопросы семейных циклов интересуют многих зарубежных ученых [3–7]. Российские ученые также изучали этот вопрос. Так, в 2012 г. студентами экономического факультета МГУ было проведено качественное исследование на тему: «Уход из родительского дома» [2].

Следует также отметить обследование «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» (РИДМИЖ), проведенное в 2007 г. Поскольку обследование проводится с 2004 г. и является панельным, у исследователей появилась возможность соотнести намерения с фактами. Так, было доказано, что намерения, безусловно, влияют на вероятность рождения детей (рис. 1).

Так, мы видим, что среди женщин, которые хотели родить ребенка, около 20% сделали это в промежутке с 2004 по 2007 г., среди тех, кто не хотел, — немногим менее 5%, а среди тех, кто не задумывался над вопросом о желании родить детей, — около 15%. Таким образом, женщины, не желавшие иметь детей, в большей степени реализовали свои намерения.

Если же взглянуть на ответы более внимательно, эта мысль находит дополнительное подтверждение (рис. 2).

Итак, среди женщин, не желающих больше иметь детей или откладывающих их рождение, менее 5% стали матерями. Доля женщин, ставших

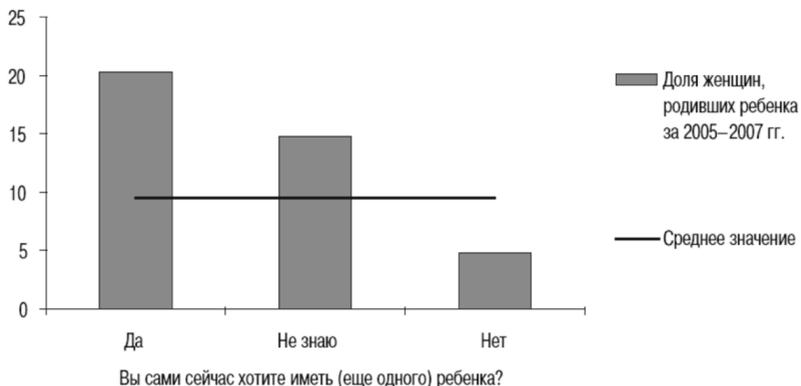


Рис. 1. Доля женщин, родивших ребенка в период между опросами, в зависимости от выраженных в 2004 г. общих репродуктивных намерений, %
 Источник: [1, 137].

матерями в течение трех лет и выразивших конкретное желание, составила менее 40% от общего числа желающих родить ребенка. Среди тех, кто хотел родить ребенка, но позже, и кто задумывался о материнстве в течение трех лет, около 20% стали матерями.

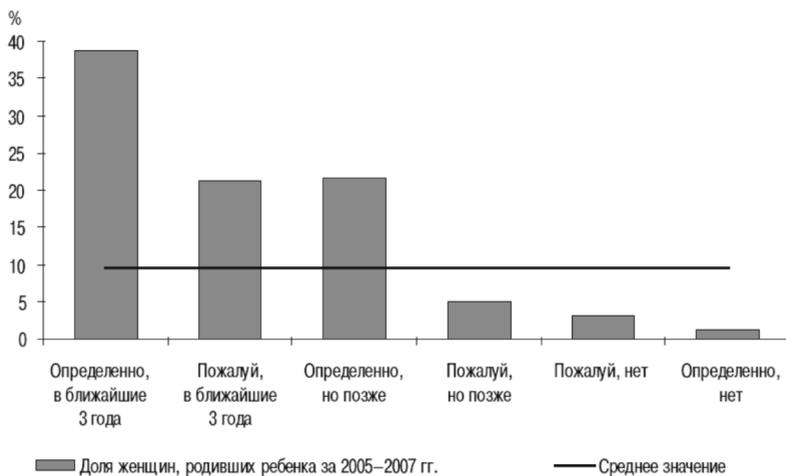


Рис. 2. Доля женщин, родивших ребенка за период между опросами, в зависимости от определенности и временных границ выраженных в 2004 г. репродуктивных намерений, %
 Источник: [1, 138].

Кроме того, осенью 2009 г. Росстат провел выборочное обследование «Семья и рождаемость». Опрос проводился в 20 субъектах Российской Федерации, представляющих все федеральные округа. Было опрошено

1999 человек (1118 женщин в возрасте до 45 лет и 881 мужчина). Почти половина опрошенных замужних женщин находились в возрастах 25–34 года. Их мужья, а также участвовавшие в обследовании незамужние матери в среднем оказались несколько старше. Средний возраст жен составлял 32,3 года, мужей — 35,0 лет, незамужних матерей — 34,9 года.

Среднее число рожденных женщиной детей составило 1,28 (уточним, что это не итоговое среднее число рождений, так как часть женщин еще не завершили свой репродуктивный цикл). Распределение женщин по числу рожденных детей представлено в табл. 1.

Таблица 1

Распределение женщин по числу рожденных детей, %

Число рожденных детей	Все женщины	Состоящие в браке	Незамужние матери
0	9,4	11,8	—
1	58,3	52,8	79,6
2	27,8	30,7	16,4
3	3,8	4,0	3,1
4	0,6	0,6	0,9
5	0,1	0,1	—

Источник: URL: http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm

Средний возраст матери при рождении первого ребенка, по результатам обследования, составил 22,5 года, при рождении второго ребенка — 26,6 года, при рождении третьего ребенка — 28,6 года.

Данное исследование позволяет также изучить интервалы между вступлением в брак и рождением первого ребенка, а также между рождением первого и второго ребенка (табл. 2).

Таблица 2

Средний протогенетический интервал при рождении первого ребенка в разные годы (месяцев), средний интервал между рожденими первого и второго ребенка при рождении второго ребенка в разные годы, месяцев

Годы рождения первого ребенка	Интервал от вступления в брак до рождения первого ребенка	Интервал от рождения первого до рождения второго ребенка
До 1990	17,0	31,3
1990–1994	16,2	48,1
1995–1999	20,0	56,9
2000–2004	24,3	67,1
2005–2009	27,8	73,2

Источник: составлено авторами на основе URL: http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm

Авторы обследования «Семья и рождаемость» выделяют следующую причину таких интервалов — линии репродуктивного поведения. Они служат одной из важнейших характеристик репродуктивного поведения и представляют собой последовательность репродуктивных действий и событий, обусловленную величиной и силой потребности в детях и характеризующуюся предупреждением/прерыванием беременности или отказом от них на различных этапах репродуктивного периода.

Это исследование также дает результаты анализа сопоставления реального и ожидаемого числа детей.

Согласно результатам обследования, свыше половины респондентов при наличии всех необходимых условий хотели бы иметь двоих детей, а немногим более четверти — троих. В качестве ожидаемого числа детей они также чаще всего называли двоих детей. Треть женщин и 21,8% мужчин собираются ограничиться одним ребенком, а троих и более детей намереваются иметь лишь 8,6% женщин и 12,2% мужчин. У мужчин в среднем несколько выше, чем у женщин, как желаемое, так и ожидаемое число детей (табл. 3).

Таблица 3

Распределение по желаемому и ожидаемому числу детей, %

Число детей	Женщины		Мужчины	
	желаемое	ожидаемое	желаемое	ожидаемое
0	0,2	0,6	0,1	0,6
1	7,5	33,3	6,9	21,8
2	57,7	46,5	51,4	49,5
3	25,2	7,6	26,4	10,5
4	1,8	0,6	3,4	1,1
5 и более	1,7	0,4	2,8	0,6
Трудно сказать	5,8	11,0	9,0	15,9
<i>Среднее</i>	<i>2,28</i>	<i>1,72</i>	<i>2,38</i>	<i>1,90</i>

Источник: URL: http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm

Командой студентов экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова было опрошено 38 женщин в возрасте от 25 до 45 лет, и девять мужчин в возрасте от 27 до 48 лет, которые проживают в Москве и Московской области и большая часть которых состоит или когда-либо состояла в браке и имеет детей. Стоит отметить, что результаты, полученные нами в данной статье, не являются репрезентативными, так как выборка для нашего исследования достаточно мала.

Так, согласно анализу ответов, полученных нами от респондентов, в среднем вышеперечисленные события наступают для мужчин раньше, чем для женщин. Исключения составляют лишь такие события, как на-

чало отношений с первым партнером и вступление в первый брак. Кроме того, линия жизни для женщин и линия жизни для мужчин имеют разный вид. Поэтому отдельное изучение поведения мужчин и женщин в своих жизненных и репродуктивных циклах представляется важной задачей.

1. Женщины

Линия жизни

На основании данных, полученных при проведении выборочного обследования, нами была построена усредненная линия жизни женщины, на которой отражены события, произошедшие более чем с половиной респонденток (рис. 3).

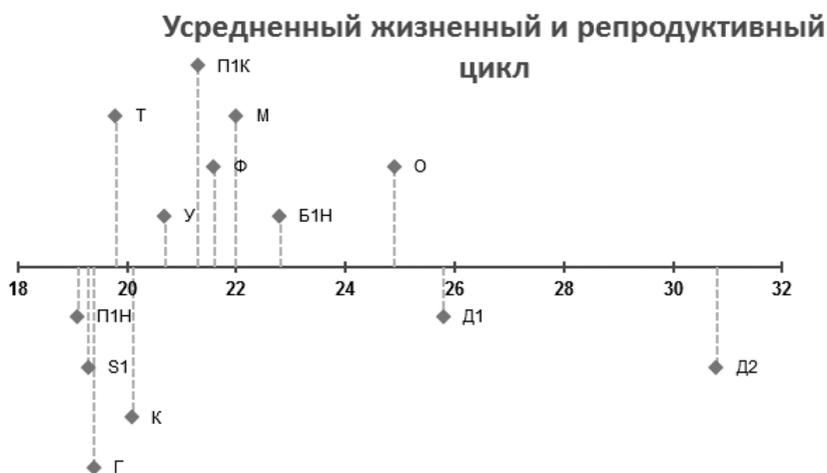


Рис. 3. Усредненный жизненный и репродуктивный цикл женщины

Примечание: П1Н — начало отношений с первым партнером; S1 — первый сексуальный опыт; Г — начало регулярных посещений гинеколога; Т — первая работа; К — первое применение контрацепции; У — уход из родительского дома; П1К — конец отношений с первым партнером; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; М — переезд в Москву; Б1Н — вступление в первый брак; О — получение образования; Д1 — рождение первого ребенка; Д2 — рождение второго ребенка.

Рассмотрим промежутки между событиями поподробнее.

1. Возраст начала отношений с первым партнером — 19 лет и один месяц, с начала отношений до первого сексуального опыта (19 лет и три месяца) в среднем проходит два месяца. Следует отметить, что, согласно нашим расчетам, первый сексуальный опыт у большинства (27 женщин) произошел именно с первым партнером, длительность отношений с которым превышает три месяца, а средняя продолжительность этих отношений составляет два года и два месяца. Это говорит о том, что женщины

в нашей выборке (абсолютное большинство которых имеет высшее образование) достаточно серьезно подошли к выбору первого сексуального партнера. Заметим, что для девяти женщин из нашей выборки первый партнер стал и первым (и единственным) мужем. Конечно, предположение о влиянии образования на выбор партнера является гипотезой, требующей дополнительной проверки, что более выполнимо в рамках количественного исследования.

2. Между первым сексуальным опытом и первым посещением гинеколога (19 лет и пять месяцев) в среднем проходит два месяца. В действительности этот показатель совсем не однороден, поскольку довольно значительная часть женщин (10) стала регулярно посещать гинеколога только при беременности первым ребенком, а посещать гинеколога в возрасте начала половой жизни стали 12 женщин (что характерно, именно эти женщины начали вести половую жизнь в самых ранних возрастах). Это может свидетельствовать о нескольких явлениях (опять же в рамках гипотез):

- для более позднего начала половой жизни — высокое доверие между партнерами (в частности, уверенность в том, что у партнера нет заболеваний, передающихся половым путем);
- для более раннего начала половой жизни — более низкий уровень доверия к партнеру. Возможно, можно было бы также объяснить более раннее обращение к гинекологу большим беспокойством о собственном здоровье, однако, как правило, это беспокойство проявляется с годами, поэтому такую точку зрения рассматривать не будем.

3. Между первым сексуальным опытом и началом применения контрацепции (20 лет и один месяц) проходит в среднем десять месяцев, между первым посещением гинеколога и первым применением контрацепции — восемь месяцев. Этот промежуток столь велик в основном из-за женщин, чей первый партнер стал первым мужем, — им просто не нужно было применять контрацепцию. Кроме того, в нашей выборке представлены женщины (3), которые никогда не применяли контрацепцию, поскольку считают ее вредной для здоровья и практикуют традиционные способы предохранения от нежелательной беременности (прежде всего, прерванный половой акт). Отметим также, что в нашем исследовании участвовали и женщины, которые ранее использовали контрацепцию, но в данный момент не используют по тем же убеждениям. Что любопытно, две из этих женщин — гинекологи. Кроме того, часть женщин могла откладывать применение контрацепции в связи с необходимостью консультации с врачом о наиболее удобном и безопасном способе контрацепции (например, если речь шла о противозачаточных таблетках, которые необходимо подбирать индивидуально).

4. Между началом трудовой деятельности (19 лет и десять месяцев) и уходом из родительского дома (20 лет и восемь месяцев) в среднем про-

шло десять месяцев. Первый заработок в данном случае может рассматриваться как дополнительный источник дохода женщины, а не единственный источник средств к существованию (об этом говорит и тот факт, что возраст наступления финансовой независимости наступает значительно позже, о чем сказано ниже). Уход из родительского дома, в свою очередь, можно рассматривать в двух контекстах: для части женщин (12) он явился результатом начала получения высшего образования, для части — начала сожительства с мужем (16). Отметим также, что одна из опрошенных женщин в сорокалетнем возрасте до сих пор продолжает жить со своими родителями, поскольку для них покупка или съём жилья представляют слишком значительные финансовые затраты. Другой предполагаемой причиной может являться недееспособность родителей и необходимость обеспечения им постоянного ухода, но, к сожалению, в ходе интервью такой аспект был не раскрыт.

5. Финансовая независимость от родителей в среднем наступила в 21 год и семь месяцев (временной промежуток между началом работы и этим событием — один год и десять месяцев). Это довольно интересный показатель, поскольку он свидетельствует о заинтересованности, а главное, вовлеченности женщины в труд. Кроме того, средний возраст наступления финансовой независимости в наших расчетах наступил раньше, чем возраст окончания получения образования, что говорит о том, что этим женщинам удалось совмещение учебы и работы. Интересно также рассмотреть связь наступления финансовой независимости и вступления в брак. Части из женщин, начавших семейную жизнь в ранних возрастах (5), родители продолжали помогать по причине молодости молодоженов и, в силу отсутствия опыта работы и образования, неспособности из себя обеспечить. Другая часть (13) перестала нуждаться в материальной помощи родителей сразу после заключения брака, поэтому отсутствие финансовой зависимости от родителей в их случае следует рассматривать как заслугу и этих женщин, и их мужей. Наконец, финансовая самостоятельность для 18 женщин наступила раньше, чем вступление в первый брак, что говорит о способности этих респонденток самостоятельно себя обеспечить. Женщина, которая продолжает жить с родителями (см. п. 4), так и не достигла финансовой независимости. Хотелось бы отметить, что распределение возраста наступления финансовой независимости довольно неоднородно (рис. 4).

Отметим, что больше половины респонденток обрели финансовую независимость до 22-летнего возраста, когда в принципе сложно говорить о высоких заработках. Часть из них, как было упомянуто выше, успели к этому времени вступить в брак, однако если рассматривать самые ранние возраста (18 и 19 лет), то совпадение возраста замужества и финансовой независимости наблюдается лишь у трех из 11 респонденток. Отсюда следует вывод о том, что понятие финансовой независимости у каждой респондентки свое — для кого-то это самостоятельное обеспечение



Рис. 4. Распределение возраста финансовой независимости, %

продуктами питания и одеждой, для кого-то — покупка автомобиля и (или) жилья. Скорее всего, при методологической однородности понимания термина «финансовая независимость» более равномерным было бы и наступление этого события по возрастам.

6. Возраст переезда в Москву в среднем составил 22 года, временной интервал между уходом из родительского дома и переездом составил один год и четыре месяца. Отметим, что среди респонденток почти половина (18) родились и выросли в Москве, поэтому в их случае связать уход из родительского дома, например, с началом получения высшего образования невозможно. Среди переехавших для девяти женщин именно обучение стало причиной ухода из родительского дома. Семь женщин переехали в Москву в возрасте 30 лет и старше. Многие связывают это с желанием дать детям лучшее образование и качество жизни, а также более высоким уровнем зарплат в столице.

7. Средний возраст вступления в первый брак — 22 года и девять месяцев, что раньше времени окончания обучения (24 года и 10 месяцев), между вступлением в первый брак и рождением первого ребенка (25 лет и девять месяцев) в среднем проходило три года. Это может объясняться желанием получить образование и найти работу до предполагаемого рождения ребенка, т.е. планированием времени беременности. Получению образования, видимо, замужество не мешает — более того, часть женщин (8) закончили обучение в возрасте 30 лет и старше — кто-то получал высшее образование после профессионального, а кто-то — и второе высшее.

8. Разница между рожденьями первого и второго ребенка (30 лет и девять месяцев) составила в среднем пять лет. За это время можно подготовить старшего ребенка к школе, он станет более самостоятельным, поэтому у матери появится возможность посвятить себя еще одному ре-

бенку. Поэтому можно говорить о том, что также происходит планирование рождения детей.

9. Что касается аборт, среди 38 опрошенных женщин 12 хотя бы единожды делали аборт. В свою очередь, этих женщин можно разделить на две подгруппы. Первая — это женщины, которые делали аборт в раннем возрасте в связи с нежеланием и невозможностью материально содержать ребенка (одна из респонденток так говорит о своей прерванной беременности: «Первая была в 18 лет. Понятно, что это был аборт, потому что рано еще»). Вторая группа — женщины, сделавшие аборт в связи с достижением желаемого количества детей (другая респондентка объяснила свой аборт тем, что «всегда хотела и знала, что смогу воспитать только одного ребенка»). Также есть и один прецедент аборта в относительно старшем возрасте (41 год), когда решение было принято именно из-за возраста и при молчаливом согласии мужа. Сейчас эта женщина очень сожалеет о своем поступке, а при воспитании двух дочерей настаивает: «Что бы ни случилось, надо рожать».

Случаев повторных аборт в нашем исследовании зафиксировано всего два, они так же связаны с неуверенностью женщин в материальном будущем детей, а также недостаточным доверием к партнеру (мысли о том, что он может уйти и женщина останется наедине с ребенком).

Предпочтительный и реальный возраст вступления в брак

Ответы на вопрос: «В каком возрасте мужчине и женщине лучше всего начинать семейную жизнь?» — можно разделить на две категории. К первой относятся ответы, имеющие конкретное численное выражение, которое может значительно отличаться у разных респондентов. Так, одна из респонденток, вступившая в брак в 21 год (разошлись с мужем, когда ей было 23) и не имеющая детей, сказала: «*Оптимальный возраст лет 20. Можно сделать это чуть раньше, 18–19, но 20 лет — оптимальный вариант. Ты здоровый, молодой, активный, у тебя вся жизнь впереди, ты можешь вырастить ребенка*». Другая женщина, вступившая в брак в 25 лет, считает именно такой возраст подходящим: «*Наверно все-таки после 25 для женщины. Это уже высшее образование, два-три года стажа работы, куда ты сможешь вернуться после декретного отпуска. В 25 брак и подход к своему спутнику будут более осознанными*». С ней согласна еще одна респондентка, вышедшая замуж в 22 года и недавно пережившая бракоразводный процесс: «*Что касается начала семейной жизни, то, может быть, конечно, раньше (25 лет), потому что надо, чтобы люди прожили какое-то время вместе, чтобы понять, смогут ли они дать начало продолжения жизни и сопровождать эту жизнь на протяжении многих-многих лет. Потому что развод очень сильно отражается на самочувствии ребенка, у нас проблемы в школе, поэтому, конечно, в идеале раньше, до рождения ребенка начинать семейную жизнь*». К более старшему возрасту начала семейной

жизни призывает следующая респондентка: *«По опыту моих знакомых ближе к 30, наверное, самые обдуманнные браки. Потому что чем младше, тем как-то все легковеснее и проще, не знаю, как-то проще встречаются, проще расходятся. Вот в районе 30 более-менее как-то получаются семьи».*

Ко второй группе можно отнести ответы об индивидуальности подходящего возраста, а если быть точнее, индивидуальности психологической подготовленности к семейной жизни. Так, одна из респонденток ответила: *«Это сложно сказать, иногда и в 40 рано, а иногда в 18 уже замечательные мать с отцом, поэтому это зависит, наверно, от психологического состояния каждого человека, но, во всяком случае, если смотреть классически, мне кажется, после достижения высшего образования. Все же надо получить образование и уже идти вперед».* Практически аналогичное замечание сделала еще одна респондентка: *«У всех индивидуально. Насколько они готовы к браку. Некоторые в 18 лет уже достаточно взрослые и готовы взять на себя ответственность, а некоторые до 30 лет еще дети. Когда они чувствуют, что они готовы взять ответственность, жить не только для себя, но и для другого человека, вот тогда они и готовы вступать».* Другая женщина на этот же вопрос ответила так: *«Бывают люди молодые совсем и совсем зрелые. А бывают лет 35, а еще балбесы. Поэтому в физиологическом возрасте я думаю, что такого ответа нет. Кто на что готов».*

Если же говорить в целом, то самым подходящим для вступления в брак считается возраст, при котором и мужчина, и женщина, желающие начать семейную жизнь, получили высшее образование (которое может стать основой их материального достатка) и начали полноценную трудовую деятельность, что в среднем и соответствует возрасту 25 лет, о котором неоднократно упоминали респондентки. Кроме того, они должны быть психологически готовы к семейной жизни — это готовность идти на компромисс, нести ответственность за другого человека — сначала за супруга, а затем и за ребенка, который может родиться в этом браке.

Предпочтительный и реальный возраст рождения детей

Интересным также представляется рассмотрение вопроса о возрасте рождения детей. В ходе опроса респонденткам были заданы следующие вопросы:

- Какой возраст (для мужчин и для женщин), на ваш взгляд, самый подходящий для рождения детей? А когда уже поздно? Почему вы так думаете?
- Сколько вам было лет, когда у вас родился первый ребенок (*n*-й ребенок)?

Ответы респондентов позволяют провести сравнительный анализ реальных и ожидаемых возрастов рождения детей. То есть мы можем выяс-

нить, насколько идеальный, по мнению респонденток, возраст совпадет с реальным возрастом появления у них детей.

Так, реальные средние возраста рождения детей составляют: первого ребенка — 25,8 года, второго ребенка — 30,8 года, третьего ребенка — 33,5 года, четвертого ребенка — 39 лет. Что же касается вопроса о наиболее подходящем возрасте рождения детей, мнения респонденток разделились на точные и неточные возраста.

Среди точных возрастов возрастные границы рождения детей для женщин составили от 23 до 50 лет (крайние значения). В целом нижняя граница варьировала от 19 до 25 лет, а верхняя — от 30 до 45 лет (усредненный интервал — от 23,5 до 38,2 года). Если сопоставить реальные и ожидаемые возраста появления детей для этих респонденток, то 11 из них родили детей в возрастах, соответствующих их ожиданиям, а четверо вышли за границы наиболее подходящего возрастного интервала.

Что касается неточных ответов (т.е. ответов респонденток, в которых не были указаны точные возраста), то в них преобладали такие факторы, влияющие на возрастной интервал по рождению детей, как возрастные ограничения по здоровью и зрелость человека, его готовность к появлению детей.

Мнения респонденток разделились на пять категорий: за молодые возраста; за средние возраста; против пожилых возрастов; рождение детей вне возраста; определенной позиции по возрасту нет. Так, для женщин, которые считают оптимальным рождение детей в молодых возрастах, характерны следующие мнения: *«По здоровью, мне кажется, даже в 20 лет уже нормально», «А по здоровью — чем раньше, тем лучше, я считаю. С возрастом накапливаются болячки, и чего тянуть», «Потому что молодая, организм молодой, не нажила болезней хронических, легче рожать, легче воспитывать, легче ночами вставать. Физиологически это гораздо проще».*

Для женщин, выбравших в качестве оптимального интервала более зрелые возраста, характерны следующие мнения: *«Вот раньше нет такого осознания, нет осознания ответственности, которую ты несешь за своего ребенка... Когда ребенок после 30 рождается, уже четкое планирование его развития идет, уже в голове ты выстраиваешь: что, как, когда позаниматься, когда чего делать, с этим уже немножко по-другому отношение идет, более серьезное», «Готовы ли они обеспечить этого ребенка и дать ему, ведь надо же не только его одеть и накормить, его же развивать надо еще, а они, может быть, сами еще (смеется) недостаточно», «Если понимаешь, что не сможешь прокормить, то внутренне тоже будешь не готов брать на себя такую ответственность. Это ни себе жизни не дать, ни ребенку!», «К 25 люди уже все-таки больше формируются, понимают, что они хотят от жизни. То есть, например, если сейчас я хочу ребенка, в 25 я была не против, а в 22 меня это пугало больше всего».*

Многие женщины высказывали отрицательное отношение к старородящим: *«Нужно рассчитывать на то, что ребенка как минимум нужно,*

ну, лет до 25 поддержать, просто выслушать», «Я не считаю правильным, что бабушка в 60 лет, там, пытается забеременеть и родить ребенка. Ну, в таком возрасте через пять лет ее может уже и не быть, и что тогда будет с этим ребенком?», «С возрастом повышается риск генетических всяких заболеваний, и оптимально, наверное, все-таки до 35 постараться успеть. Лучше пораньше чуть-чуть», «Родителям нужна же тоже энергия. Чтобы родители были бодрыми, энергичными, их хватало на своего ребенка», «Это очень тяжело физически. Именно физически (говорит уверенно). То есть там не морально, не в плане денег, нет, а вот именно постоянно находиться с ним, зависеть от него», «С возрастом мы стали уставать. Ребенку нужна игра, шум. За 30 хочется больше спокойствия. Ребенку нужно внимание, организованный досуг. Подруга родила в 37 — это уже немного сложно». С другой стороны, одна из респонденток приводила пример своей подруги, которая родила первого ребенка в возрасте 38 лет: «Вот у моей подруги первый ребенок родился, когда ей было 38 лет, а ее мужу — 43 года, и у них все хорошо, замечательно. И даже не скажешь, что они старородящие!»

Среди опрошенных были также мнения о том, что для рождения детей нет каких-либо границ по возрасту: «Предела возраста для рожания детей нет никакого. Если ты можешь родить в 50 — рожай! Дети — это дети, как же можно их не рожать! (Говорит очень мягко, с улыбкой)», «Ну если пара хочет детей, то почему бы и нет. Предела нет, пара должна хотеть, это должно быть осознанно, и ребенок должен быть счастлив».

Некоторые респондентки воздержались от какого-либо конкретного мнения по поводу возрастного интервала рождения детей: «Оптимального возраста я бы не назвала, это очень индивидуально», «И вот эти границы возрастные, они очень такие разнятся, и каждый сам определяет для себя вот эти возрастные ограничения», «Психологическая зрелость. Родители, которые сами дети, не готовы нести за своих детей ответственность, они еще не нагулялись, их детей воспитывают бабушки и дедушки».

Некоторые респондентки также высказали мнение по поводу возрастных границ рождения детей для мужчин. В среднем респондентки указывают интервал от 30—35 лет до 40—45 лет как наиболее подходящий возраст для рождения детей. Для мужчин указан более поздний возраст, чем для женщин: «Мужчины — они просто еще, наверное, не понимают всего, ни ответственности, ничего. Морально к 40 они больше готовы, но физически — лучше помоложе (смеется)». Однако многие женщины указывают на отсутствие верхней границы возраста у мужчин: «Некоторые мужчины, вот им 50, а у них женщины молодые, им 30, ну естественно, она ему родит», «Понятно, что мужчины могут быть готовы завести детей до старости», «И в 70 лет мужчины становятся отцами». Все же наиболее старшие возраста у мужчин не пользуются популярностью у женщин: «Но мужчине надо же еще отвечать за свою семью и содержать их какое-то время. А если он уже совсем старенький, то, наверное, ему тяжело это делать через какое-то время».

Пример жизненной истории

У одной из женщин, опрошенных в ходе исследования (ее имя — Марина), оказалась очень интересная и необычная, на наш взгляд, жизненная и репродуктивная история. Помимо двух родных детей, они с мужем приняли в семью еще двоих. Рассмотрим линию ее жизни поподробнее (рис. 5).

О своем жизненном и репродуктивном цикле она рассказывает так: *«Я забеременела в 25, в 26 я родила. И как-то у нас так все плавно получилось: сначала мы познакомились, пожили, потом накопили на свадьбу, поженились. После свадьбы мы сделали небольшой ремонт в квартире и родили ребенка. И как-то в 26 ребенок. У меня в компании получилось так, что я родила самую первую».* Второй ребенок родился, когда Марине было 30 лет, и промежуток получился именно таким из-за физиологических причин: *«Я планировала: второго сразу прям после первого. Я думала: я первого рожу, и буквально пройдет полгода, и я забеременею вторым, чтоб была маленькая разница, так очень хотела. Но получилось так, что я первого очень долго кормила грудью, а пока кормишь грудью, не всегда получается забеременеть. И вот пока там мой организм восстановился, пока я пришла в себя, и только потом наступила беременность».*

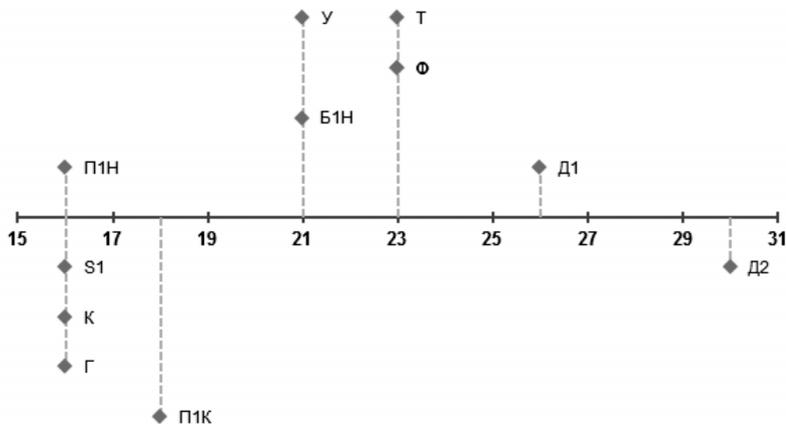


Рис. 5. Жизненный цикл одной из респонденток (35 лет, замужем, четверо детей — двое родных и двое приемных)

Примечание: П1Н — начало отношений с первым партнером; S1 — первый сексуальный опыт; Г — начало регулярных посещений гинеколога; К — первое применение контрацепции; П1К — конец отношений с первым партнером; Б1Н — вступление в первый брак; У — уход из родительского дома; Т — первая работа; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; Д1 — рождение первого ребенка; Д2 — рождение второго ребенка.

Марина признается, что воспитание второго ребенка, особенно пока он был совсем маленьким, давалось ей тяжелее: *«Когда я родила первого,*

ночью вставала, т.е. я не высыпалась, по-честному вставала, кормила, передевала, убаякивала. Второго я родила в 30, и ночью я уже не могла проснуться физически... Поскольку я кормила грудью, то заменить меня не на что было, и просто вот так вот меня поднимали, и я просто была, как зомби. То есть в 26 у меня хватало сил, в 30 у меня силы иссякли, полностью. Раньше я думала: может, в 35, в 37 я еще рожу. [Сейчас] я понимаю, что даже если я и рожу, я уже как бы не подниму ребенка, потому что это очень тяжело физически». Поэтому сейчас Марина сожалеет, что не родила первого ребенка раньше: «Я думала, если бы я родила первого не в 26, а в 19, 20, 21, то сейчас у меня было бы гораздо больше энтузиазма».

2. Мужчины

Во время проведения интервью респондентам были заданы вопросы, направленные на изучение их мнения по поводу оптимального количества детей в семье, идеального возраста вступления в семейную жизнь для мужчин и для женщин, возрастных рамок рождения детей. Это были следующие вопросы:

- Сколько детей, по вашему мнению, должна иметь семья в России? Почему?
- В каком возрасте мужчине и женщине лучше всего начинать семейную жизнь (или возраст не имеет значения)?
- Сколько детей вы и ваш партнер собираетесь (еще) иметь? Почему? Совпадает ли это с вашими желаниями?
- Как вы регулировали интервал между рождениями детей?
- Считаете ли вы необходимым планировать детей и время их рождения? Почему?
- Какой возраст для мужчин и для женщин, на ваш взгляд, самый подходящий для рождения детей? А когда уже поздно? Почему вы так думаете?
- Какие факторы могут повлиять на ваше решение завести еще одного ребенка?
- Допускаете ли вы применение контрацепции? Аборт?

Ответы респондентов на эти вопросы и их линии жизни позволяют провести сравнительный анализ того, что они ожидают от типичной российской семьи, с тем, чего добилась их собственная семья. Перейдем к более подробному анализу каждого из респондентов¹.

Так, первый респондент — мужчина в возрасте 49 лет, он женат (во второй раз), проживает с супругой, взрослым ребенком (27 лет) и родителями, работает, до 15 лет жил в маленьком городе (рис. 6).

¹ Небольшое количество респондентов позволяет нам подробно изучить линию жизни каждого из них и сопоставить реальность с ожиданиями, однако не позволяет изучить усредненную линию жизни.

Респондент допускает использование контрацепции и аборт: «*Естественно*». — «Проголосовали бы вы за запрет абортов и почему?» — «*Нет. Я считаю, это личное дело каждого человека — иметь детей или не иметь. Разные ситуации бывают. Экономическая ситуация не позволяет ребенка иметь. Бывают разные случаи*».

В данной паре было две беременности, однако только одна закончилась рождением ребенка — «*состояние здоровья не позволяет иметь детей жене*». При этом пара согласна в своем мнении о том, что для их семьи оптимальное число детей — трое. И, по мнению респондента, типичная семья в России должна иметь не менее трех детей — «*чтобы заменить себя, супругу, и прирост стране давать надо*».

Респондент впервые вступил в брак в возрасте 20 лет. Первый брак был непродолжительным — менее года, детей в браке не было. Второй брак был заключен практически сразу же после развода, в 21 год, и в этот же год в семье появился ребенок. Вместе с тем оптимальным возрастом для вступления в семейную жизнь респондент считает несколько более поздние возраста: «*Диапазон 22–25 лет, наверное*».

Границы возрастного интервала, наиболее подходящего для рождения детей, в понимании респондента, выглядят следующим образом: «*Ну, наверное, 25–30 лет. После 45, наверно, уже поздно. Я думаю, организм женский уже не настолько здоров. Количество заболеваний врожденных увеличивается*». То есть реальный возраст рождения ребенка опять же несколько ниже ожидаемого. Респондент сожалеет о том, что не планировал рождение своего ребенка, и говорит о том, что это необходимо: «*Вспоминаю свою молодость и понимаю, что если бы я запланировал, то это было бы несколько позже. Не всегда бываешь готов к этому, в том числе финансово*».

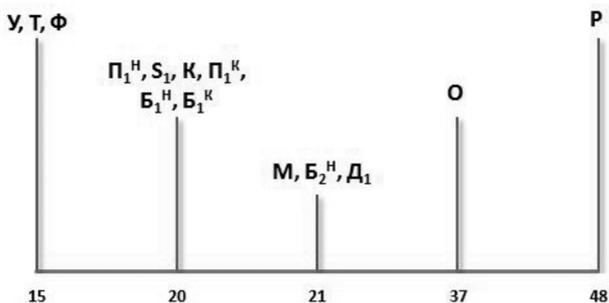


Рис. 6. Репродуктивный и жизненный циклы первого респондента

Примечание: У — уход из родительского дома; Т — первая работа; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; П₁^Н — начало отношений с первым партнером; S₁ — первый сексуальный опыт; К — первое применение контрацепции; П₁^К — конец отношений с первым партнером; Б₁^Н — вступление в первый брак; Б₁^К — первый развод; М — переезд; Б₂^Н — вступление во второй брак; Д₁ — рождение первого ребенка; О — получение образования; Р — возраст респондента.

Другому респонденту 39 лет, он женат во второй раз, проживает с супругой и четырьмя детьми (12, 11, восемь лет, четыре месяца) в Москве, работает (рис. 7).

Отличительной особенностью этого респондента является то, что ему в своей семье хотелось бы иметь пять-шесть детей. На его поведение во многом повлиял пример ближайшего окружения: *«Друзей — Да. Родственников — только бабушек-дедушек, потому что были большие семьи. Но коллег — НЕТ. Только у друга одного большая семья — четверо детей. Я вообще люблю детей. Когда у меня всего один брат, мне, например, грустно оттого, что он у меня один. Если бы два, то здорово, а если несколько, то вообще класс. Поэтому влияло, потому что мне было мало братьев»*. Оптимальное количество детей, в понимании респондента, в типичной российской семье должно быть как минимум трое: *«Для того чтобы дало возможность увеличивать наше население»*. Семья планирует дальнейшие рождения: *«Планируем еще. Конечно (желания партнеров в этом вопросе совпадают), а какой смысл заставлять партнершу»*.

Респондент считает необходимым планировать время рождения детей: *«Конечно, обязательно. Очень много оснований для этого. Много факторов: экономические, психологические, политические»*. Среди факторов, влияющих на решение завести еще одного ребенка, респондент выделяет следующие: *«Есть желание, экономические факторы, чтобы было в стране спокойно, политические, социальные. Если что-то будет не так, мы пересмотрим наше желание зачать следующего ребенка. Кризисные какие-то явления могут повлиять на наше решение об отказе иметь следующих детей»*.

Аборт и контрацепцию эта семья допускает, но сама не использует: *«Да (допускает контрацепцию, аборт). Вот у нас в практике такого не было, и мы это не допускаем. Если бы возникла незапланированная беременность, то аборт сделать неприемлемо. Ну, в нормативном порядке нет (не проголосовал бы за запрет абортотворения), потому что это всего-навсего увеличивает рост преступности. Потому что законы в этой сфере не действуют, особенно в нашем обществе. Я бы голосовал против запрета»*.

Оптимальное начало семейной жизни и появление детей, по мнению респондента, должны происходить у мужчин и женщин по-разному: *«Мужчине после 28, не ранее, женщине, наверно, после 24. Здесь можно вопрос по-другому поставить: если не заводить детей, то раньше этого возраста можно»*. В действительности, у респондента второй брак: первый был заключен в возрасте 26 лет и продлился три года, за это время родился один ребенок (возраст респондента на момент этого события составлял 27 лет). Второй был заключен через год после расторжения первого, в браке родилось трое детей — респонденту на этот момент было 29, 31 и 38 лет соответственно. То есть, как и для предыдущего респондента, возраст вступления в семейную жизнь для него был несколько меньше желаемого. Рождение детей произошло в возрастах, соответствующих ожиданию респондента.

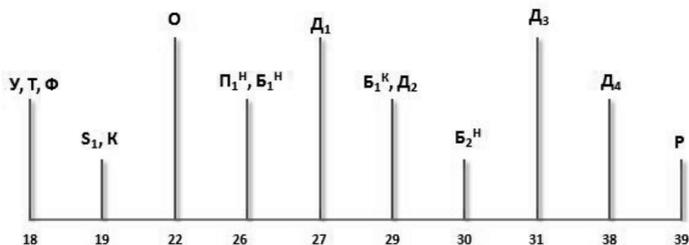


Рис. 7. Репродуктивный и жизненный циклы второго респондента

Примечание: У — уход из родительского дома; Т — первая работа; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; S₁ — первый сексуальный опыт; К — первое применение контрацепции; О — получение образования; П₁^Н — начало отношений с первым партнером; Б₁^Н — вступление в первый брак; Д₁ — рождение первого ребенка; Б₁^К — первый развод; Д₂ — рождение второго ребенка; Б₂^Н — вступление во второй брак; Д₃ — рождение третьего ребенка; Д₄ — рождение четвертого ребенка; Р — возраст респондента.

Третий респондент — работающий мужчина, проживающий в крупном городе со своей супругой и двумя детьми (22 и 14 лет). По мнению этого респондента, типичная семья в России должна иметь минимум двое детей (рис. 8). «Ну, потому что, опять же, дети умели сосуществовать друг с другом, как брат и сестра, братья-сестры. Это очень важно с точки зрения адаптации к жизни в обществе. Далее, это взаимовыручка и взаимопомощь в жизни. Все-таки близкие люди, как мне кажется, чаще всего помогают друг другу в жизни. Это поддержка в трудную минуту, это очень важно. А с точки зрения родителей, к сожалению, всякие бывают обстоятельства, и всегда хочется продолжения рода, поэтому, чем больше детей, тем больше шансов, что род продолжится». Семья изначально планировала двоих детей, и мало что может изменить их решение: «Ну, сейчас уже, наверно, и никакие (о факторах, влияющих на решение завести еще одного ребенка)».

Респондент допускает использование контрацепции, но настроен против аборт. «Аборты? Ну, нет. Ну, моя позиция по жизни, не только конкретно этой теме, а любой, запрет, я считаю, неэффективен. Можно запретить, однако люди не перестанут их делать. Значит, будут делать их подпольно, с большим вредом для своего здоровья, чем это было бы легально. Я считаю, что запреты не решают проблем, потому что запреты всегда можно обойти, если на то есть желание».

При этом респондент не считает необходимым планировать детей и время их рождения: «Необходимым? Мне кажется это все индивидуально». Интервалы между рождениями детей никак не регулировались, четкие решения о времени рождения детей не принимались. Пара использует мужскую контрацепцию и не использует женскую: «Да ничего она не использует».

Респондент женился в возрасте 23 года, первый ребенок появился в том же году, а второй — когда респонденту был 31 год. В качестве идеального возраста для создания семьи респондент не указывает каких-либо четких границ: *«Ну, мне кажется, что здесь не в возрасте дело как в таковом, а мужчине начинать семейную жизнь, когда он немного, но зарабатывает самостоятельно, чтобы содержать семью. Женщине, я думаю, можно и раньше вступить в брак. Опять же, при условии, что мужчина сможет содержать их двоих на начальном этапе, когда нет детей и им этого достаточно»*. Респондент вышел на работу и стал финансово независим от родителей в возрасте 23 лет, т.е. практически одновременно с созданием семьи и появлением ребенка. Это значит, что он также женился несколько раньше, чем ему хотелось бы. В качестве границ оптимального возраста для рождения детей респондент указывает следующее: *«Наверное, где-то в период от 20 до 30 лет, чтобы родители пока молодые, чтобы был больше промежуток времени, когда интересы детей могли совпадать с интересами родителей, и наоборот. Тем самым, когда ребенок вырастет, и практически родители становятся ему друзьями, если у них есть общие интересы. Если ребенок рождается позже, я думаю труднее достичь такого баланса. Если человек способен, если хочет, то, наверное, как и учиться, никогда не поздно»*. В целом реальные рождения в данной семье совпадают с ожидаемыми.

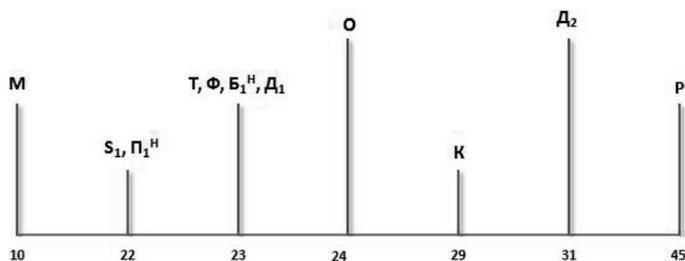


Рис. 8. Репродуктивный и жизненный циклы третьего респондента

Примечание: М — переезд; S₁ — первый сексуальный опыт; П₁^H — начало отношений с первым партнером; Т — первая работа; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; Б₁^H — вступление в первый брак; Д₁ — рождение первого ребенка; О — получение образования; К — первое применение контрацепции; Д₂ — рождение второго ребенка; Р — возраст респондента.

Четвертому респонденту 27 лет, он женат (это первый брак) и проживает вместе со своей супругой и маленьким ребенком (возраст около года) в Москве, работает (рис. 9). По словам респондента, на их репродуктивное поведение сильно повлиял пример окружения: *«Влияет поведение друзей: они спровоцировали, а теперь провоцируем мы других. Это реально работает»*. В семье один ребенок, однако желаемое количество детей иное: *«Три — это общее желание»*. В качестве обоснования выбора

именно такого количества детей респондент отвечает: «Хочу, чтобы было нескучно встречать старость». Типичная российская семья, по мнению респондента, должна иметь двоих детей — «интуитивно кажется».

Семья допускает применение контрацепции и аборт: «Контрацепция — да. Аборт — по медицинским показаниям». При этом респондент отмечает необходимость планирования беременности: «Чтобы быть готовым психологически и финансово». Решения о количестве детей и времени их рождения принимаются посредством «общения с глазу на глаз». Среди факторов, которые могли бы повлиять на решение о рождении еще одного ребенка, «доход, наличие жилплощади, желание всех».

Первые серьезные отношения этого респондента начались, когда ему было 12 лет, и продлились до 21 года. Впоследствии до брака у него было еще шесть серьезных отношений, последние же закончились браком (респонденту было 25 лет). Ребенок родился, когда респонденту было 27 лет. Что касается мнения об оптимальном возрасте начала семейной жизни, то он не указывает четких границ: «По-разному. Зависит не от возраста, а от готовности. А так хоть с 16». Что касается минимального возраста рождения детей, то для этого респондента это «24 (после вуза)». Таким образом, в целом ожидания респондента совпали с реальными событиями.

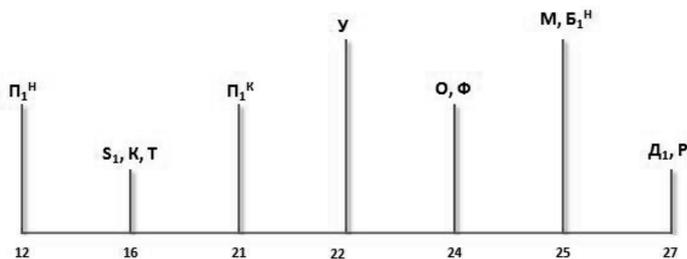


Рис. 9. Репродуктивный и жизненный циклы четвертого респондента

Примечание: П₁^H — начало отношений с первым партнером; S₁ — первый сексуальный опыт; K — первое применение контрацепции; T — первая работа; П₁^K — конец отношений с первым партнером; Y — уход из родительского дома; O — получение образования; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; M — переезд; B₁^H — вступление в первый брак; D₁ — рождение первого ребенка; P — возраст респондента.

Следующему респонденту 28 лет, он женат, проживает с супругой и двумя детьми (два года и полгода) в Москве, работает (рис. 10). По мнению респондента, типичная семья в России должна иметь три-четыре ребенка: «Ну, как минимум происходит рост нации. Вообще хорошо иметь большую семью». Это совпадает с индивидуальными желаниями респондента.

Решения о рождении еще одного ребенка принимаются в этой семье постепенно: «Сложно и системно, не одновременно. Разные факторы. Да

как-то чувствую — время пришло. Среди факторов, влияющих на решение завести еще одного ребенка, были выделены «экономические, политические» факторы. Однако при этом респондент не считает необходимым планировать детей и время их рождения — *так можно всю свою жизнь распланировать, и становится обидно, когда все выходит за рамки*. Семья допускает использование контрацепции и аборт.

Согласно мнению респондента, семейную жизнь лучше стоит начинать в 20–27 лет, а оптимальный возраст рождения детей для мужчин — 25–50 лет (для женщин — 20–45 лет): «Обусловлены функциями организма и созреванием, дееспособности, ну как бы социальной». Таким образом, ожидания респондента в целом совпали с реальностью: брак был заключен в возрасте 25 лет, первый ребенок появился, когда респонденту было 26 лет.

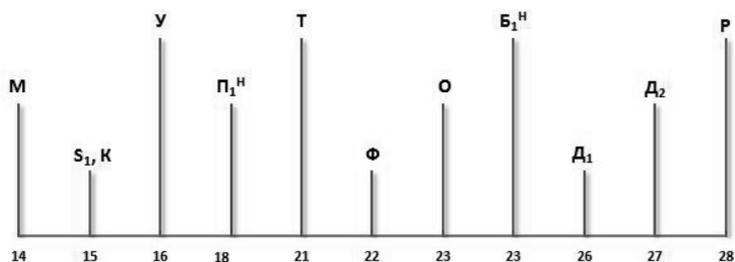


Рис. 10. Репродуктивный и жизненный циклы пятого респондента

Примечание: М — переезд; S₁ — первый сексуальный опыт; К — первое применение контрацепции; У — уход из родительского дома; П₁^H — начало отношений с первым партнером; Т — первая работа; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; О — получение образования; Б₁^H — вступление в первый брак; Д₁ — рождение первого ребенка; Д₂ — рождение второго ребенка; Р — возраст респондента.

Шестому респонденту 35 лет, он женат, проживает с супругой, двумя детьми (пять и восемь лет) и мамой в Москве, работает, до 15 лет жил в Ташкенте (рис. 11). Такое количество детей обусловлено желанием респондента: «Просто я был один в семье, а я хотел, чтобы у меня был не один ребенок». При этом в семье есть желание завести еще одного ребенка: «Ну, может, еще одного, она (супруга) вроде бы тоже не против». Факторы, влияющие на решение иметь еще одного ребенка, — «семейное благополучие, финансовое положение, эмоциональная обстановка... Надо будет оценить все «за» и «против». Типичная российская семья, в понимании респондента, должна иметь двоих-троих детей, что совпадает с индивидуальными желаниями данной семьи: «Ну, чтобы улучшить демографическую ситуацию, наверное, троих или двоих».

Респондент допускает применение контрацепции, но настроен против абортов. «Проголосовали бы вы за запрет абортов и почему?» — «Да, мне кажется, это негуманно, что ли. И просто это какой-то выход для

дураков. Надо башкой сначала думать, перед тем как... Люди, получается, не думают заранее, а потом детей убивают. Нужно заранее думать перед тем, как заниматься этим (сексом) и с контрацепцией». Респондент считает необходимым планирование беременности: «У женщин есть определенные периоды. В финансовом положении подгадать». Однако интервал между детьми никак не регулировался: «Просто так получилось».

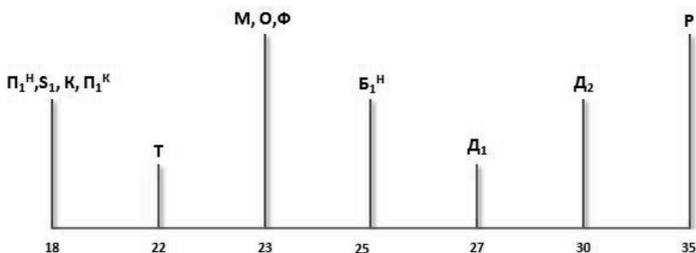


Рис. 11. Репродуктивный и жизненный циклы шестого респондента

Примечание: P_1^H — начало отношений с первым партнером; S_1 — первый сексуальный опыт; K — первое применение контрацепции; P_1^K — конец отношений с первым партнером; T — первая работа; M — переезд; O — получение образования; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; B_1^H — вступление в первый брак; D_1 — рождение первого ребенка; D_2 — рождение второго ребенка; P — возраст респондента.

Для этого респондента оптимальный возраст начала семейной жизни для женщин несколько раньше, чем для мужчин: «*Девушкам можно с 20. Мужчинам попозже чуть-чуть, 24–25. 25, думаю, самый подходящий*». Что касается границ возраста рождения детей, то это возраст от 24 до 35 лет, «*связано с женской физиологией*». В действительности, респондент женился в возрасте 25 лет, «*самом подходящем*» возрасте, дети появились, когда респонденту было 27 и 30 лет соответственно. Таким образом, ожидаемый возраст респондента на момент тех или иных событий совпал с реальным возрастом.

Седьмой респондент — женатый мужчина в возрасте 31 года, проживающий с двумя детьми (шесть лет и три года) и супругой, работает, до 15 лет жил в Оренбурге (рис. 12). В семье двое детей («*два раза (были беременны), насколько мне известно*» (улыбается), это желаемое количество детей для обоих партнеров, и намерений рожать еще детей нет, «*нас все устраивает*». Нет и факторов, которые могли бы изменить их решение: «*Даже не знаю. Мы уже точно решили, что не будем больше заводить детей*». По мнению респондента, средняя российская семья должна иметь в среднем не более двух детей: «*Двоих, думаю, достаточно. Два человека — это нормально, их можно спокойно обеспечить*».

Респондент негативно относится как к контрацепции, так и к абортam: «*Общее отношение негативное, но это все зависит от ситуации. Иногда это бывает разумным решением. Я не люблю пользоваться лишней раз*

таблетками и не хочу, чтоб жена их пила. Поэтому пользуемся презервативами. (Проголосовали бы вы за запрет аборт и почему?) Скорее нет. Опять же, ситуации бывают разные, и под одну гребенку всех заносить я не стал бы». Респондент неоднозначно относится к планированию рождения детей: «Думаю, стоит исходить из материального положения. Подгадать, когда расходы могут увеличиться. Хотя человек полагает, а Бог располагает. Тут уж как пойдет». Разница между детьми — три года, этот интервал никак не регулировался: «Ну, так получилось. Мы особо не планировали».

Определенных возрастных границ начала семейной жизни респондент не называет: «Дело не столько в возрасте, а в готовности финансовой, материальной хотя бы. Парень должен работать на тот момент, когда он хочет жениться». Возрастные границы для рождения детей респондент определяет следующим образом: «Ну, для мужика никогда не поздно (смеется). А для женщин, думаю, за 40 уже тяжело. А подходящий возраст, скорее всего, для мужчин — это уже когда есть неплохой стабильный заработок, т.е. в 25–27. Для женщин можно и пораньше, пусть 23–24 года». В 18 лет респондент начал жить отдельно от родителей, в 21 год — начал работать, к 22 годам завершил образование, переехал, обрел финансовую независимость от родителей. Первые же серьезные отношения закончились браком: «Это первый, и, надеюсь, это последний». Женится в возрасте 25 лет, тогда же появился первый ребенок. Второй — спустя три года, в 28 лет. То есть представления респондента об оптимальных возрастах начала семейной жизни и рождения детей полностью совпадают с реальностью.

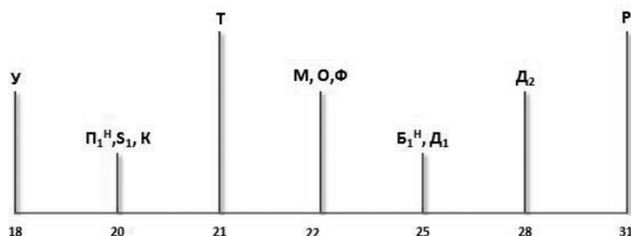


Рис. 12. Репродуктивный и жизненный циклы седьмого респондента

Примечание: У — уход из родительского дома; П₁^Н — начало отношений с первым партнером; S₁ — первый сексуальный опыт; К — первое применение контрацепции; Т — первая работа; М — переезд; О — получение образования; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; Б₁^Н — вступление в первый брак; Д₁ — рождение первого ребенка; Д₂ — рождение второго ребенка; Р — возраст респондента.

Восьмому респонденту 33 года, он женат, проживает в Москве с супругой и детьми, работает (рис. 13). В семье двое детей (восемь лет и три года), но есть желание и здоровье завести еще одного. «Может быть, в будущем заведем еще одного. Пока не планируем больше. Но если позволит финансовое положение, то года через два заведем еще одного ребенка».

Мы с женой мечтаем о троих, но это зависит от наших финансовых возможностей». Факторы, влияющие на желание завести еще одного ребенка, — «финансовое состояние семьи, состояние здоровья». По мнению респондента, российская семья в среднем должна иметь как минимум одного ребенка: «Хотя бы одного иметь нужно. Лучше двоих. Если хватает денежных средств, то можно и троих».

Респондент допускает применение контрацепции и аборт: «Это личное дело каждого». Семья детей не планировала: «Ничего не планировали. Так вышло, и нас все устраивает. Последние два раза было по факту. Я узнавал, когда это уже случилось. Думаю, третьего будем планировать». К планированию беременности респондент относится положительно: «Не считаю это необходимым для всех. Однако это точно не является плохой идеей. Так как планирование семьи дает хорошую возможность наилучшим образом вырастить детей: произвести на свет столько детей, сколько будет оптимально с точки зрения финансовых возможностей. Важно также, чтобы дети не оставались без родительской ласки. То есть, если родители очень много работают, есть смысл не заводить большого количества детей, чтобы они не были представлены няне или самим себе. Родители должны максимально участвовать в жизни детей».

Оптимальный возраст для начала семейной жизни и появления детей, по мнению респондента, различается. Для мужчин семью можно заводить в возрасте 25–50 лет, «когда он финансово независим от родителей, но еще не стар». Женщине — от 20–30 лет, «на пике фертильности лучше начинать». Возраст рождения детей для мужчин совпадает с возрастом появления семьи, а для женщины «этот возраст, конечно, более ограничен, с 20 лет до 35 лет. И то, лучше первого ребенка рожать до 30 лет, а потом будет сложно». К 22 годам респондент получил образование, ушел из родительского дома, вышел на работу и стал финансово независим от родителей, а женился к 25 годам. В этом же возрасте у него появился первый ребенок, а через пять лет, в возрасте 30 лет, второй ребенок. То есть, реальные возраста вступления в брак и рождения детей совпали с ожидаемыми.

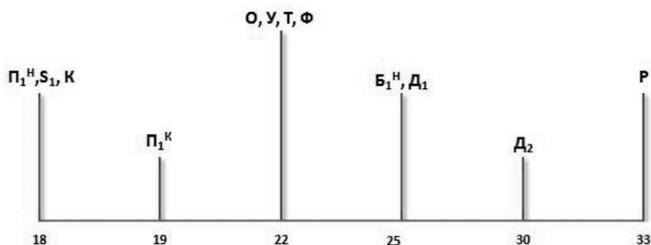


Рис. 13. Репродуктивный и жизненный циклы восьмого респондента

Примечание: P_1^H — начало отношений с первым партнером; S_1 — первый сексуальный опыт; K — первое применение контрацепции; P_1^K — конец отношений с первым партне-

ром; О — получение образования; У — уход из родительского дома; Т — первая работа; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; B_1^H — вступление в первый брак; D_1 — рождение первого ребенка; D_2 — рождение второго ребенка; Р — возраст респондента.

Наш последний респондент — немногословный женатый мужчина в возрасте 32 лет, проживает с супругой и двумя детьми (семь и пять лет), ожидают появления еще одного ребенка, работает (рис. 14). Респондент отмечает, что его семья хотела бы ограничиться тремя детьми, «но кто знает». Между детьми небольшая разница в возрасте: «Хотели, чтобы дети вместе росли, чтобы была небольшая разница». Состояние здоровья позволяет иметь еще детей, оптимальное, по мнению респондента, количество детей все же зависит от здоровья и материального положения. На данный момент семья не обсуждала вопрос о рождении еще одного ребенка, и фактором, влияющим на их решение, может стать только беременность. По мнению респондента, для типичной семьи в России достаточно двоих детей.

Респондент допускает использование контрацепции, аборт «в редких случаях». Не стал бы голосовать за запрет абортов — «возможны случаи, когда аборт необходим». К планированию семьи респондент относится положительно: «Наверно, нужно хотя бы примерно определить время, когда готовы к детям, например, когда материально будет возможность обеспечивать ребенка необходимым минимумом».

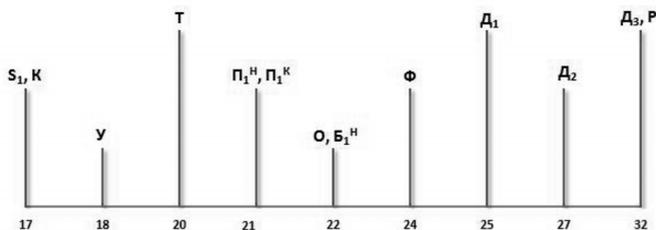


Рис. 14. Репродуктивный и жизненный циклы девятого респондента

Примечание: S_1 — первый сексуальный опыт; К — первое применение контрацепции; У — уход из родительского дома; Т — первая работа; P_1^H — начало отношений с первым партнером; P_1^K — конец отношений с первым партнером; О — получение образования; B_1^H — вступление в первый брак; Ф — наступление финансовой независимости от родителей; D_1 — рождение первого ребенка; D_2 — рождение второго ребенка; D_3 — рождение третьего ребенка; Р — возраст респондента.

По мнению респондента, семейную жизнь надо начинать «в том возрасте, когда уже присутствует осознание ответственности», детей лучше всего заводить в возрасте от 20 до 45 лет, иначе беременности могут быть «не самые удачные». Первые серьезные отношения респондента начались и закончились в 21 год, последующие серьезные отношения, начавшиеся в возрасте 22 лет, закончились браком в том же году. Через три года появился первый ребенок, еще через два — второй. Таким образом, сложно

сказать о соответствии реального и ожидаемого возрастов вступления в брак, а возраст рождения детей совпал с ожидаемым.

Итак, наша выборка оказалась очень неоднородной, по многим жизненным событиям ее можно было разделить на несколько групп. По определенным критериям, присущим этим группам, нами были сформулированы гипотезы, которые подлежат проверке в рамках дополнительных исследований:

- 1) уровень образования влияет на выбор сексуального партнера;
- 2) для раннего возраста начала половой жизни характерен низкий уровень доверия партнеру, для более старшего возраста уровень доверия выше;
- 3) замужество не мешает женщине получать образование;
- 4) замужество сопряжено с получением финансовой независимости.

Стоит отметить, что среди мужчин довольно сложным представляется проведение сравнительного анализа и построение усредненной линии жизни, подведение общих итогов. Это связано в первую очередь с тем, что респондентов в нашей выборке всего девять, и результаты, полученные в ходе анализа такой выборки, не будут отражать действительную картину.

Что касается качественных вопросов, то респонденты продемонстрировали различные мнения по одним и тем же проблемам. В целом для большинства из них характерно совпадение возрастных периодов вступления в брак и появления детей. Однако некоторые респонденты начинали семейную жизнь несколько раньше, чем им того хотелось бы, а некоторые говорили о том, что жалеют, что не планировали рождение своих детей.

Библиография

1. *Синявская О. В.* Рождаемость в современной России: от планов к действиям? / О. В. Синявская, А. О. Тындик // SPERO. Социальная политика: экспертиза, рекомендации, обзоры. — 2009. — Весна-лето. — № 10. — С. 131–158.
2. Уход из родительского дома / Отв. редактор-составитель И. Е. Калабихина. — М., 2012. — 142 с.
3. *Glick P. C.* The family life cycle and social change / P. C. Glick // *Family Relations*. — 1989. — No. 38. — P. 123–129.
4. *Glick P. C.* The life cycle of the family / P. C. Glick // *Journal of Marriage and the Family*. — 1955. — No. 17. — P. 3–9.
5. *Glick P. C.* Updating the family cycle / P. C. Glick // *Journal of Marriage and the Family*. — 1977. — No. 39 (1). — P. 5–13.
6. *Murphy P. E.* A Modernized Family Life Cycle / P. E. Murphy, W. A. Staples // *Journal of Consumer Research*. — 1979. — Vol. 6. — P. 12–22.
7. *O’Rand A. M.* Concepts of the Life Cycle: Their History, Meanings, and Uses in the Social Sciences / A. M. O’Rand, M. L. Krecker // *Annual Review of Sociology*. — 1990. — Vol. 16. — P. 241–262.

И. Ни
магистр 2-го года,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова

ВЛИЯНИЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ПОЛИТИКИ И ВНУТРИСЕМЕЙНЫХ ОТНОШЕНИЙ НА ПРИНЯТИЕ РЕШЕНИЯ О РОЖДЕНИИ РЕБЕНКА

Введение

Исследователи связывают изменение отношения к демографической политике в России с Посланием Президента РФ Федеральному Собранию в 2006 г. В нем упоминалось о необходимости стимулирования рождаемости для преодоления негативных демографических тенденций, наблюдавшихся в России с начала 1990-х гг., а также предлагался ряд мер, призванных помочь семьям принять решение о рождении второго ребенка. Для обеспечения этих мер были введены новые пособия в дополнение к уже существующим, увеличены размеры выплат и компенсаций, связанных с рождением ребенка и уходом за ним. Вместе с тем в российском населении бытует мнение, что эти пособия «вообще невозможно получить».

В данной статье будут вкратце рассмотрены основные федеральные выплаты и пособия, актуальные на 2014 г., будет описано влияние этих выплат на принятие решений о рождении детей, а также будет рассмотрен вопрос внутрисемейных и межпоколенческих трансфертов и поддержки.

В мае 2015 г. группа студентов магистратуры экономического факультета МГУ имени М. В. Ломоносова опросила 45 человек (38 женщин и девять мужчин) в Москве и Московской области, подавляющее большинство которых состоит в браке и имеет детей. Данные этих интервью также были использованы в работе.

1. Демографическая политика и выплаты в Российской Федерации

Выплаты и пособия в связи с рождением ребенка

В 2014 г. в Российской Федерации выплачивались следующие пособия, связанные с беременностью, родами и уходом за детьми (табл. 1).

Таблица 1

Федеральные выплаты в 2014 г.

Вид пособия или выплаты	Размер пособия в 2014 г., руб.
Пособие по беременности и родам («декретные»)	≤ 44 975,34
Единовременное пособие при рождении ребенка	13 741,99
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель)	515,33
Ежемесячное пособие матерям по уходу за ребенком до достижения возраста 1,5 лет (или лицам, их заменяющим)	
<i>Неработающим матерям, родившим первого ребенка</i>	2576,63
<i>Неработающим матерям, родившим второго или следующего ребенка</i>	5153,24
<i>Работающим матерям (40% зарплаты на момент ухода в отпуск по беременности и родам, но не менее, чем пособие неработающим, и не более максимума)</i>	<i>Максимум 17 990,14</i>
Материнский (семейный) капитал	429 408,5
Родовой сертификат	11 000

Источник: [3, 56–57].

Размер этих пособий значительно вырос за последние годы: по сравнению с 2007 г. — годом введения материнского капитала — в 2014 г. наблюдается их рост в 1,7–3 раза в зависимости от вида пособия.

Материнский (семейный) капитал, введенный в 2007 г., выплачивается семьям при рождении второго ребенка, но использовать его можно только на определенные цели: улучшение жилищных условий семьи, плату за обучение детей и формирование будущей пенсии матери. Демографы связывают повышение рождаемости в России начиная с 2007 г. с введением этой меры демографической политики (рис. 1). Введение материнского капитала вызвало не только изменение календаря рождений, наблюдаемое в случаях принятия подобных мер, но и реальный рост показателей рождаемости, особенно для вторых и последующих рождений [2, 16]. Эффективность этой меры побудила власти более чем 70 регионов России ввести в 2012 г. аналогичное единовременное пособие при рождении третьего ребенка.

Осенью 2009 г. Федеральной службой государственной статистики (Росстат) было проведено выборочное обследование «Семья и рождаемость». Обследование проводилось в 30 субъектах Российской Федерации, представляющих все федеральные округа. Опрашивались как женщины, состоящие в браке, так и незамужние матери. Опрос и анализ его данных позволили узнать об оценке уровня жизни и жилищных условий, об их влиянии на решение о рождении ребенка, об отношении респондентов к демографической политике и о том, какие существуют препятствия к тому, чтобы иметь (больше) детей (табл. 2).

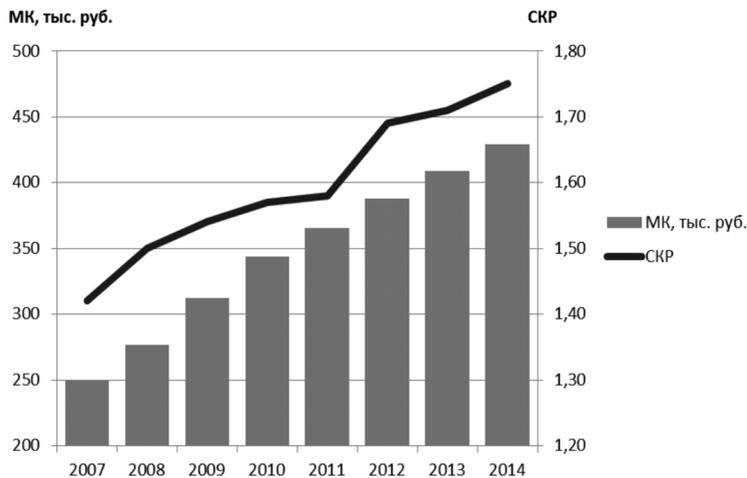


Рис. 1. Динамика размера материнского (семейного) капитала и суммарного коэффициента рождаемости в России с 2007 г., тыс. руб.

Источники: [3; 5].

Таблица 2

Оценка женщинами влияния дополнительных мер государственной помощи семьям с детьми на решение о рождении ребенка в 2007–2009 гг., %

Год рождения ребенка	Если у вас родился ребенок в 2007–2009 гг., то повлияло ли на ваше решение о рождении ребенка что обстоятельство, что начали реализовываться дополнительные меры государственной помощи семьям с детьми?			
	Не повлияло	Повлияло, появился ребенок, рождение которого до этого откладывали	Эти меры помогли принять решение о рождении ребенка, которого без этого не могли себе позволить	Трудно сказать
Первый ребенок				
2007	92,6	3,7	—	3,7
2008	87,8	4,9	—	7,3
2009	89,3	3,6	3,6	3,6
2007–2009	89,6	4,2	1,0	5,2
Второй ребенок				
2007	92,3	3,8	3,8	—
2008	50,0	25,0	15,6	9,4
2009	78,6	14,3	7,1	—
2007–2009	70,8	15,3	9,7	4,2

Источник: [6].

Из табл. 2 видно, что на рождение первого ребенка меры государственной помощи никак не повлияли. Это объясняется тем, что размер пособий и выплат для первых рождений настолько мал, что их влияние на принятие решения о рождении ребенка абсолютно незначительно. К тому же в России добровольная бездетность не распространена, т.е. одного (хотя нередко только одного!) ребенка имеет практически каждая российская семья [1]. Этого нельзя сказать о втором ребенке. В 2008 г. наблюдается наибольшее влияние введения материнского (семейного) капитала — сразу после введения (в 2007 г.), до этого влияние государственных мер на решение о втором ребенке было таким же, как и на решение о первом. Среди родившихся в 2007 г. есть и те, кто «должен был родиться» позже, но в результате введения материнского капитала эти рождения были сдвинуты по времени. Поэтому в последующие годы его влияние ослабляется.

Оценка значимости мер демографической политики для увеличения рождаемости (по данным выборочных обследований)

Наибольшее значение, по мнению большинства женщин, имеют меры, направленные на улучшение жилищных условий семей. Предоставление материнского капитала на первое место поставили около 27% женщин, на второе — около 23% (табл. 3).

По мнению большинства мужчин, наиболее значимыми для повышения рождаемости также являются меры, направленные на улучшение жилищных условий семей (табл. 4).

Таблица 3

Оценка значимости мер демографической политики, женщины, %

Меры	1-е место	2-е место	3-е место
Пособие по беременности и родам	7,9	5,7	9,9
Единовременное пособие при рождении ребенка	5,7	12,7	12,7
Предоставление материнского капитала	26,7	22,7	12,4
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности, в его нынешнем размере	10,3	4,1	1,5
Оплата отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет	9,0	15,5	15,7
Ежемесячное пособие на ребенка в его нынешнем размере	3,9	6,6	7,1
Предоставление молодой семье жилищных субсидий на льготных условиях	33,7	20,4	13,1
Компенсация затрат родителей на оплату посещения детских дошкольных учреждений	2,0	9,8	20,5
Налоговые льготы родителям в их нынешнем размере	0,9	2,4	7,1

Источник: [6].

Таблица 4

Оценка значимости мер демографической политики, мужчины, %

Меры	1-е место	2-е место	3-е место
Пособие по беременности и родам	6,5	3,9	9,9
Единовременное пособие при рождении ребенка	6,5	9,5	11,5
Предоставление материнского капитала	28,2	22,7	10,5
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности, в его нынешнем размере	16,2	2,2	1,3
Оплата отпуска по уходу за ребенком до достижения им возраста 1,5 лет	4,3	16,4	13,8
Ежемесячное пособие на ребенка в его нынешнем размере	2,1	7,1	6,5
Предоставление молодой семье жилищных субсидий на льготных условиях	33,6	22,1	13,2
Компенсация затрат родителей на оплату посещения детских дошкольных учреждений	1,2	13,0	18,0
Налоговые льготы родителям в их нынешнем размере	1,4	3,0	15,3

Источник: [6].

Мужчины ниже по сравнению с женщинами оценивают существующую систему пособий (относительно высоко — пособие женщинам, вставшим на учет в ранние сроки беременности: на первое место по значимости поставили эту меру 16,2%). Оплату отпуска по уходу за ребенком до 1,5 лет на первое место поставили только 4,3% мужчин (женщин — около 8%), на второе — 16,4%, на третье — 13,8% (женщины соответственно 18,6 и 19,5%).

Анализ ответов респондентов

Данные качественного обследования, проведенного студентами, позволяют выяснить отношение респондентов к мерам семейной политики: какова их осведомленность в вопросе наличия и размера пособий, влияют ли, по мнению респондентов, демографическая политика на принятие решения о рождении ребенка.

Вопрос: Интересовались ли вы детскими пособиями, когда узнали, что беременны? Имеет (имело) ли для вас значение пособие и другие выплаты/льготы, выплачиваемые при рождении ребенка, при решении родить ребенка?

Почти половина опрошенных утверждают, что не интересовались и не пользовались никакими пособиями, которые предлагает государство (рис. 2).

«Нет, потому что на наше государство бесполезно рассчитывать, сегодня они решили выплатить, а завтра нет» (ж, 30, 0).

«Нет, конечно, это такие копейки, что это вообще смешно» (ж, 34, 2).



Рис. 2. Информированность о детских пособиях и их влияние на принятие решений, %

Большинство говорят, что их семьи получают выплаты, при этом свыше половины из них считает, что это не очень важный аспект.

«Я читала Комаровского много, смотрела разные передачи, ну довольно много всего. Пособия не влияли на принятие решения родить» (ж, 34, 1).

Но есть и такие, кто считает, что это важно (среди мужчин такое мнение более распространено, возможно, потому, что именно на них лежит обязанность зарабатывать деньги).

«За первого ребенка там 3000 дают, заодно и остальное оформила, чтоб уж не только ради 3000 идти. Оформила из жадности и забыла. А там, кроме 3000, еще 7000 накопало — мелочь, а приятно» (ж, 31, 1).

Вопрос: Повлияли ли на ваше решение о рождении ребенка меры демографической политики?

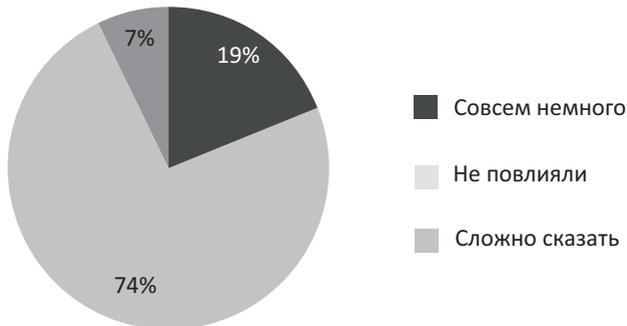


Рис. 3. Влияние мер демографической политики на принятие респондентами решения о рождении ребенка

Подавляющее большинство опрошенных (как женщин, так и мужчин, рис. 3) уверены, что текущая государственная политика в сфере демографии не повлияла на их решение о рождении ребенка. Многие считают, что она в чем-то поспособствовала, но решающим фактором не была:

«Не поменяла. Чуть подтолкнула но ничего не изменила» (ж, 28, 1).

По мнению респондентов, возможность сочетания работы и воспитания детей также оказывает влияние на принятие решения о рождении ребенка (рис. 4).

Вопрос: Бойтесь ли (боялись ли) вы оставить работу в связи с рождением ребенка?



Рис. 4. Отношение респондентов к возможной потере работы во время отпуска по уходу за ребенком, %

Больше половины опрошенных не переживают по поводу вынужденного ухода с работы. Кто-то из женщин — благодаря тому, что муж зарабатывает достаточно, кто-то — потому что уверен, что восстановиться будет несложно.

«Проблем с начальником не было, т.е. когда я сказала, что беременна, он — «хорошо, через три года ждем» (ж, 43, 2).

Из них около 20% женщин не печалются насчет работы, потому что после рождения ребенка приоритеты сдвинулись, и семья вышла на первое место.

«Нет. Спокойно и с радостью. Потому что для меня годы отпуска по уходу за ребенком — это самые прекрасные годы» (ж, 41, 1).

Что касается мужчин, то для них потеря работы выглядит довольно опасно и угрожающе (что и понятно): половина опрошенных мужчин считают, что это будет проблемой:

«Ну, приходилось менять работу. Рост финансовых затрат, поэтому пришлось еще одну работу искать, потом менять» (м, 48, 1).

2. Внутрисемейные отношения и решение о рождении детей

Отношения между поколениями

Социологические исследования, проводившиеся в России в конце XX в., содержат обширную информацию об интенсивности внутрисемейных и межпоколенческих трансфертов как в городских, так и в сельских семьях. Несмотря на значительный разброс в результатах исследований, эти работы позволяют сделать вывод, что добровольные межпоколенческие трансферты охватывают значительную часть российских семей как в городе, так и на селе и являются нормой. Внутрисемейные трансферты — двусторонние: например, в сельских семьях финансовую поддержку детям оказывают родители-пенсионеры, так как выплата пенсий более регулярна, чем выплата зарплат, дети же оказывают родителям услуги в виде помощи по хозяйству — имеют место межпоколенческие потоки денежных и материальных ресурсов и услуг, которые работают одновременно и соответственно влияют друг на друга.

Представление о широкой распространенности добровольных межпоколенческих трансфертов в России подтверждает и исследование, проведенное в конце 2008 г. Объектом исследования были семьи студентов одного из вузов Санкт-Петербурга. Выборка не являлась случайной, так как опрашивались только те студенты, которые в момент опроса находились на занятиях. Выборка не была репрезентативной, однако вполне удовлетворяла целям опроса, которые состояли в отработке методов анкетного исследования внутрисемейных межпоколенческих трансфертов и предпочтений респондентов в сфере пенсионного обеспечения. Объем выборки составил 116 человек.

Результаты опроса показали, что 73% студентов получают материальную помощь от своих родителей, 38% родителей студентов получают от них материальную помощь, 68% респондентов утверждают, что их родители помогают материально своим родителям. Лишь 10% (почти все в возрасте 26–41 года) утверждали, что межпоколенческие трансферты, перечисленные в анкете, в их семьях отсутствуют [4].

Часть вопросов была посвящена отношению респондентов к межпоколенческим трансфертам. Ответы на эти вопросы показали, что 35% предпочли бы, чтобы по достижении ими пенсионного возраста их дети или другие родственники оказывали им материальную помощь. 36% считают, что благосостояние нынешних пенсионеров должно обеспечиваться и за счет материальной помощи детей. Значительная часть студентов считают для себя очень важным иметь возможность в будущем материально поддерживать своих родителей (33%), а также обеспечить материальное благополучие своим детям (70%).

Анализ ответов респондентов

Вопрос: Помогают (помогали) ли вам (финансово, морально) с воспитанием детей? Кто и как?

Подавляющее большинство опрошенных получают какую-либо помощь от родственников и близких. Среди них большая часть тех, кто получает моральную поддержку (в основном от родителей). Но есть и те, кто хочет или вынужден справляться со всеми сложностями самостоятельно (рис. 5).

«Да, конечно, и бабушка, и дедушка. У нас было две бабушки, двое дедушек. Они нам помогли очень здорово. Дедушка у нас работал, он уже вышел на пенсию, мы водили в садик дочку, он свою пенсию отдавал ей на садик» (ж, 40, 2).

«Ну, муж нас всех тянул, а больше никто» (ж, 43, 2).



Рис. 5. Межпоколенные трансферты, связанные с рождением ребенка и уходом за ним

Отношения между супругами

Серьезные разногласия по поводу домашних обязанностей, быта и воспитания младшего поколения сопровождают каждодневную жизнь 35–40% семей с детьми (табл. 5). Ссоры, связанные с денежными вопросами, характерны для трети домохозяйств. Взрослые респонденты из 25% домохозяйств признают, что причиной конфликтов часто становятся их взаимоотношения с собственными родителями. Наконец, почти для 20% семей с детьми основанием разногласий становится само решение иметь ребенка.

Зафиксировано, что повышенным уровнем внутрисемейного напряжения отличаются домохозяйства, для которых характерны низкая доходная и имущественная обеспеченность, а также некомфортное жилье (недостаточный метраж или отсутствие базовых коммунальных услуг);

есть все основания утверждать, что низкий уровень образования членов домохозяйства увеличивает риск возникновения напряженных отношений в семье. Такой же эффект вызывают и невысокая квалификация и низкий профессиональный статус занятых.

Таблица 5

Веса составляющих (доля партнерств, в которых иногда или часто возникают разногласия по данным причинам) частного индекса разногласий между партнерами

Причины разногласий	Вес составляющей, %
Домашние обязанности, быт	40
Деньги	35
Интимные отношения	16
Отношения с родителями и родителями партнера/супруга (партнерши/супруги)	25
Воспитание детей	35
Решение иметь ребенка	19

Источник: [4].

Анализ ответов респондентов

Вопрос: Готов ли ваш партнер обеспечивать и поддерживать вас, когда вы будете сидеть с детьми?

Почти все женщины (более 90%) с уверенностью утверждают, что их партнеры будут абсолютно готовы обеспечивать их, пока они будут находиться дома с детьми. И лишь несколько выразили свое сомнение на этот счет:

«Мне сложно сказать, так как первому ребенку уже мало уделяет времени, поэтому меня это немного пугает, но я решила, что все равно буду рожать» (ж, 30, 0).

Вопрос: Зарабатываете ли вы (ваша семья) достаточно, чтобы обеспечить еще одного ребенка?

Большинство опрошенных имеют довольно оптимистическую точку зрения на свое финансовое положение. Более 3/4 опрошенных считают, что в семье заработок достаточный, чтобы обеспечить еще одного ребенка.

«Да, хватило бы и на третьего, я так думаю» (ж, 40, 2).

Вопрос: Если у вашей семьи появится одновременно большая сумма денег, на что вы ее потратите?

Довольно большое разнообразие можно увидеть среди ответов на вопрос о внезапном появлении крупной суммы денег (табл. 6). Многие, конечно, давали сразу несколько версий ответа на этот вопрос.

Таблица 6

Планы респондентов при получении значительных денежных средств

На что потратят	Доля респондентов, %
На недвижимость	43,2
На отдых, покупку автомобиля	23,4
На инвестиции (банковский депозит, свой бизнес)	16,2
На членов семьи (детей, родителей)	10,8
Зависит от суммы	5,4

Интересно, что почти половина опрошенных хотели бы вложить эти деньги в недвижимость.

«На улучшение жилищных условий, конечно, в первую очередь. Ребенок растет, надо расширяться» (ж, 41, 1).

Многие опрошенные были бы не против поехать на эти деньги отдохнуть с семьей: каждый пятый думает об отпуске.

«Мы вот думаем летом поехать отдохнуть вместе с девочками, но это довольно непросто. Я думаю, часть денег мы бы потратили на отдых. А остальное, наверное, вложили бы во что-то. Острой нужды ни в чем нет» (ж, 34, 2).

Заключение

По тому, что отвечают респонденты относительно влияния демографической политики на принятие решений относительно детей, можно было бы подумать, что эта политика играет совсем слабую и незначительную роль. Однако уже в 2009 г. 25% женщин, имеющих больше одного ребенка, утверждали, что политика повлияла на их решение о втором ребенке (исследование Росстата).

Что касается внутрисемейной поддержки, то почти все опрошенные женщины уверены в своих партнерах, при этом поддержка со стороны чувствуется мужчинами сильнее, чем женщинами. Это, вероятно, объясняется тем, что женщины значительно больше времени проводят с детьми и значительно большие усилия на них тратят. Крайне распространена схема «помощи бабушек и дедушек», которые готовы присмотреть за внуками, или, как говорили большинство респондентов, «посидеть» с ними.

Говоря о взглядах на будущее, женщины видят ситуацию немного радужнее и с большей уверенностью говорят о том, что денег в семье достаточно для еще одного ребенка.

В качестве заключения хотелось бы привести цитату одной из респонденток: *«Кажется, каждое пособие — мелочь, а приятно. И несколько таких мелочей — уже очень приятно».*

Библиография

1. *Авдеев А. А.* На пути к однодетной семье: прошла ли Россия точку невозврата? Рождаемость и планирование семьи в России: история и перспективы / А. А. Авдеев // Демографические исследования. Вып. 18. — М., 2011. — С. 68–97.
2. *Архангельский В. Н.* Анализ рождаемости в реальных поколениях в современной России: подходы к оценке итогов и перспектив / В. Н. Архангельский // Междисциплинарные исследования населения: 50 лет университетской демографической школе. Материалы международной конференции «Восьмые Валентеевские чтения». — М.: Проспект, 2015. — С. 16.
3. *Елизаров В. В.* Государственная семейная и демографическая политика в России: к разработке эффективных мер повышения рождаемости / В. В. Елизаров, Е. В. Кочкина. — М., 2014.
4. *Загребина А. В.* Социологические аспекты альтруизма в межпоколенческих отношениях / А. В. Загребина, А. В. Сурков // Социологические исследования. — 2010. — № 11. — С. 105–109.
5. Росстат. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B14_16/Main.htm
6. Росстат. Выборочное обследование «Семья и рождаемость», 2009.

Ю. Полякова, К. Сахбетдинова
магистры 2-го года,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова

РЕПРОДУКТИВНЫЕ ЦЕННОСТИ И УСТАНОВКИ

Эта тема исследования, безусловно, важная с точки зрения понимания ценностей и установок, а также репродуктивных намерений населения России для того, чтобы грамотно выстраивать и применять социально-демографическую политику. Изучение мотивов рождения последнего ребенка проводилось в начале 1940-х гг. в США (Индианаполисе) и было продолжено в СССР в 1970-е гг. Теоретическая модель, которая объясняет взаимоотношение репродуктивных намерений и фактических рождений с учетом расхождений между двумя этими показателями, была разработана У. Миллером и Д. Паста [11]. Они выделяли четыре комбинации связи, которые возможны между намерениями и рождениями, — это реализация положительных намерений, отрицательных намерений, а также два случая, когда намерения не реализуются: ложноположительную — если желание иметь ребенка не приводит к его появлению — и ложноотрицательную — если рождение ребенка происходит «незапланированно», при высказанном ранее нежелании иметь детей. Также был разработан механизм влияния установок на последующие решения в теории планируемого поведения И. Айзена и М. Фишбейна [9]. По данной тематике также написано большое количество статей. К примеру, в статье А. О. Тындик представлено комплексное исследование репродуктивных установок населения в российском обществе на 2012 г., анализируется взаимосвязь между различными элементами репродуктивного поведения. Автор также показывает связь между ориентацией на однодетность и откладыванием деторождения, стремлением к многодетности и более ранним вступлением в родительство. Исследование проводилось на базе репрезентативного социально-демографического обследования РИД-МИЖ. Из наиболее значимых институтов данного направления в развитии демографии можно назвать Российский институт стратегических исследований. В нем, в частности, рассматриваются вопросы о влиянии особенностей трансформационной российской экономики на репродуктивное поведение и рождаемость [8].

Отдельного внимания заслуживают работы сотрудников Центра по изучению народонаселения экономического факультета Московского государственного университета им. М. В. Ломоносова. В 1976 г. под руководством профессора А. И. Антонова были проведены исследования репродуктивного поведения семьи в Москве и в Вильнюсе. Оба исследования отличались широкой программой с использованием психологических методов измерения установок. Проводились опросы одновременно мужей и жен в одних и тех же браках. При опросах женщин и мужчин средние показатели предпочтений в отношении числа детей мало различаются по полу (числа детей по ответам мужчин в среднем обычно превышают аналогичные числа по ответам женщин, но не намного). Такое исследование по данной тематике проводилось в России одним из первых в мире [1].

В России изучение репродуктивных намерений становится особенно важным в связи со снижением рождаемости и быстрым старением населения. Во многом здесь прослеживается связь с концепцией второго демографического перехода, где выдвигается идея о том, что причиной снижения рождаемости, происходящего в настоящее время, является главным образом ценностный сдвиг от материальных к постматериальным ценностям (ценностям самореализации) [10]. Это может быть связано с изменением институциональной среды, в которой те или иные институты определенным образом обуславливают снижение рождаемости и трансформацию семейных ценностей. К примеру, в современной России у женщин в репродуктивном возрасте, а именно начиная с 20 лет, на первое место выходит получение образования, даже нескольких высших образований, и движение по карьерной лестнице, поэтому планирование рождения детей приходится примерно на 30 лет и выше. Вероятнее всего, медицина, обращая особое внимание на «ответственность» и на представления о сложности рождения нескольких детей, также культивирует снижение рождаемости [2]. Таким образом, по-видимому, в настоящее время лишь такие институты, как семья и религия, оказывают положительное влияние на рождаемость [3].

Обращаясь к вопросу семьи, здесь следовало бы упомянуть тот факт, что в России на сегодняшний день сложилось мнение, что идеальное количество детей в семье — двое, но рождение второго ребенка происходит в большинстве случаев только в полных семьях, рождение третьего — исключительно в полных семьях.

Что касается влияния религиозности на количество детей в семье, данная корреляция была рассмотрена в ряде исследований демографов и экономистов. К примеру, Д. Филлипов и К. Бергхаммер в своих исследованиях при выявлении обусловленности рождаемости наличием религиозности отметили, что последняя влияет на значение идеального числа детей в семье, на вероятность появления следующего ребенка, на ожидаемое и реальное число детей. То есть данные показатели являются

более высокими для религиозных людей. Ими были выделены категории, особенно влияющие на рождаемость, а именно: религиозное учение, социальный капитал религиозных людей и способность религии уменьшать у индивида чувство неопределенности [12].

В России также был проведен ряд исследований о влиянии религиозности на рождаемость. Т. М. Малева и О. В. Синявская в рамках проекта РИДМИЖ выявили, что у этнических групп, исповедующих ислам, отмечается наиболее высокий уровень рождаемости. Что касается других религиозных групп, у них рождаемость находится на примерно одинаково низком уровне [6].

Обращаясь к социально-экономическому положению населения, можно заметить следующее: если у семьи достаточно средств для обеспечения ребенка, его воспитания, проживания в приемлемых условиях, получения образования и удовлетворения примитивных человеческих потребностей, тогда существует большая вероятность, что семья решится завести детей. Если же женщина вынуждена одна (самостоятельно) растить ребенка, то существует высокая вероятность роста абортотворения или использования контрацептивных препаратов для предотвращения нежеланных рождений. Для того чтобы исключить влияние денежного капитала на принятие решений планирования и о рождении детей, государство выделяет средства на поддержку малоимущих семей, а также специальные выплаты при рождении второго, третьего и последующего ребенка (см. статью И. Ни в данном сборнике).

Однако большая часть населения высказывает негативное мнение в отношении государственного субсидирования, ссылаясь на его незначительность в общем доходе семьи и весьма трудную процедуру его получения. Уровень рождаемости в стране зависит от мотивации человека, его репродуктивных намерений и степени их реализации. Поэтому для достижения демографических целей, определенных государством, прежде необходимо выяснить, какие существуют мотивационные факторы и репродуктивные намерения у населения, чтобы сформировать эффективную социально-демографическую политику.

Несмотря на определенное влияние социально-экономического положения семьи на решение супругов о количестве детей, в исследованиях ряда ученых отражается и наличие обратной связи между данными явлениями. Еще английский экономист Адам Смит в своем известном труде «Исследование о природе и причинах богатства народов» (Лондон, 1776) писал следующее: «Бедность... как кажется, даже благоприятствует размножению. Истощенная голодом женщина в горной Шотландии часто имеет более двадцати детей, тогда как изнеженная пресыщенная дама часто неспособна произвести на свет и одного ребенка и обыкновенно оказывается совершенно истощенной после рождения двух или трех детей. Бесплодие, столь частое среди светских женщин, весьма редко встречается у женщин из низших слоев народа. Роскошь,

может быть, порождает в прекрасном поле страсть к наслаждениям, но, по-видимому, всегда ослабляет и часто совершенно уничтожает способность к деторождению» [7].

Так называемый «парадокс обратной связи», под которым понимается обратная зависимость между экономическим положением семьи и ее желанием иметь то или иное количество детей, рассматривался также в трудах Ж. Бертильона (1890), Б. С. Яголима (1928), С. А. Новосельского (1929), С. Г. Струмилина (1934, 1936, 1957), А. М. Востриковой (1960, 1965), Таубера (1960), А. Г. Волкова (1965–1984).

Таким образом, именно ценности и установки главным образом формируют в человеке желание (или его отсутствие) иметь определенное количество детей в семье.

Обращаясь же к вопросу об отношении россиян к абортам и о политике, проводимой в России в данной области, можно сослаться на исследования Института демографии НИУ ВШЭ, которые показывают, что россияне в целом не одобряют аборт, и никто не принимает такое решение с легкостью [4].

Однако в вопросе о законодательном ограничении права на аборт по желанию мнения россиян разделились надвое. В наибольшем процентном соотношении против выступили мужчины и женщины за пределами репродуктивного возраста, девушки без опыта семейной жизни, сельские жители и люди с низким уровнем образования. По результатам опроса «Левада-центра», верующие не едины во мнении по отношению к абортам. Чуть более половины респондентов, исповедующих православие, и около 61% последователей ислама не были согласны с тем, что аборт — это узаконенные убийства и их нельзя разрешать ни при каких условиях. Большая часть взрослого населения (77%), включая верующих, считает, что рождение детей в семье нужно планировать, используя методы контрацепции. И лишь 14% опрошенных придерживаются точки зрения, что нужно родить и вырастить столько детей, сколько даст Бог. Таким образом, если бы в стране проводился референдум, следует ли законодательно ограничить аборт, то, по всей видимости, большинство выступило бы против.

Религия и отношение к абортам и контрацепции

В нашем исследовании мы также решили обратить внимание на фактор религиозности респондентов и его связь с их репродуктивными установками и отношением к абортам.

Часть опрошенных отнесли себя к религиозным: они отметили необходимость совершения различных обрядов (крещение, отпевание, венчание и т.д.) и частого посещения храмов. Вот что, к примеру, они говорили: *«К сожалению, не очень часто [посещаю храмы], но хожу на исповедь, стараюсь посещать, во всяком случае, все наши христианские*

праздники и соблюдать какие-то традиции, быть богопочитающим, богобоязненным человеком». Или так: «А какую религию исповедуете? — Христианство. — Хорошо. А как часто вы посещаете храмы? — Каждое воскресенье. Мы в баптистскую церковь ходим».

На вопрос о важности сопровождения различных событий, таких как рождение, смерть или брак, религиозными обрядами, респонденты отвечали следующим образом: *«Да, [считаю, что необходимо]. Но брак, я считаю, попозже должен сопровождаться венчанием. Очень много браков распадается, а венчание — это уже очень серьезное дело, не просто паспортный штамп, а раз и навсегда. А навсегда ты уже должен быть уверен. Я бы венчалась лет через 15 совместной жизни. А ребенка, я считаю, надо сразу крестить, не ждать совершеннолетия».* Еще один из ответов: *«Отпевание — не знаю. Ребенка надо обязательно защитить крещением, также в определенный день после рождения надо прийти и помолиться в церкви, женщина должна быть образованной в этом плане».*

Что примечательно, из опрошенных женщин религиозными оказались чуть более половины. Среди респондентов мы также выделили группу индивидов, не относящих себя к какой-либо религии либо считающих, что есть определенные высшие силы, но они не знают, какие. Часть респондентов также отметила, что если и проявляет свою религиозность, то такое их поведение являлось следованием обычаям общества, или же обращение к Богу было *«по необходимости»*, в зависимости от жизненной ситуации. Здесь можно привести следующий ответ на вопрос, считает ли себя респондент религиозным: *«Религиозный — громко сказано. Меня крестили в детстве, но я довольно спокойно отношусь к религии, без фанатизма. Мы детей тоже крестили, но это, скорее, потому что в обществе так принято. Я все равно думаю, что человек волен сам выбирать, во что ему верить. Мы не будем навязывать детям религию».* Другой ответ представителя данной группы респондентов прозвучал так: *«Да нет, скорее всего, так — атеист с проблесками веры. Ну то есть я верю во что-то, но пока еще не могу сказать, что прямо такая религиозная. На пути к религии, скажем так».* Или, к примеру, еще один ответ: *«Я не считаю себя глубоко религиозным, я считаю, что... я больше за, ну, как бы высший разум, если можно так сказать, то есть... Вот и наша Земля, и наша жизнь, оно как-то запланировано, я верю, что мы живем не просто для того, чтобы родиться, покушать, родить ребенка, умереть, и чтобы дальше все было, я считаю, что все-таки мы духовно развиваемся не зря. Что дальше, возможно, наша духовная оболочка для чего-то там и будет служить».*

У респондентов также спрашивали об их отношении к аборту. Нами было отмечено в большей степени негативное отношение к данному вопросу со стороны почти всех женщин, многие из них говорили о его возможности лишь по медицинским показаниям. Часть женщин тем не менее допускали его. Женщины также отмечали необходимость планирования семьи и важность применения контрацепции. Мы получили сле-

дующие ответы: *«К контрацепции отношусь положительно, к абортам — отрицательно. Я человек верующий, аборт — это большой грех. Контрацепция помогает мужчине и женщине не взять большой грех на душу. Хотя в принципе церковь отрицает и контрацепцию. Но я считаю, что это лучше, чем взять грех на душу»*. Или другой ответ: *«Применение контрацепции допускаю, совершение аборт — нет. Негативно отношусь. Я понимаю, что есть ситуации, когда это необходимо, но это прямо должны быть такие ситуации исключительные»*.

Ответы женщин, отметивших возможность аборт по медицинским показаниям, прозвучали следующим образом: *«[Возможность применения] контрацепции — да, конечно. Аборт — при сложном течении обстоятельств. Я считаю, что если есть какие-то проблемы со здоровьем или так сложились обстоятельства именно по здоровью, допустим, будущего ребенка, то обязательно, да»*. Также был приведен такой ответ: *«Я точно знаю, что это [аборт] большая травма для женщины. Пока была беременная, наслушалась историй. И что женщины чувствуют, что как будто действительно убили ребенка. Я могу понять аборт только по медицинским показаниям, а не просто потому что случайная беременность. Потому что случайных беременностей вообще не должно быть в принципе, беременность и материнство — это же очень серьезные вещи»*.

Вот что ответили респондентки, допускающие совершение аборта: *«[Применение контрацепции допускаю], потому что желательно, чтобы беременности были запланированы. [Совершение аборт допускаю, так как] есть жизненные ситуации... не просто внеплановая беременность, а в каких-то стечениях, ну, не знаю, банальное изнасилование или... ну молодая какая-то девушка, девочка совсем, какие-то неосторожные связи, вдруг. Лучше на ранних стадиях, вот за аборт на ранних стадиях, пока еще, ну скажем, все это еще на уровне клеточки. Да, с точки зрения религии не очень хорошо, но, с другой стороны, лучше прервать эту беременность с минимальными рисками для девочки, для девушки, для женщины, и потом, собравшись с мыслями, с силами, там, пройти медицинское обследование и уже запланировать беременность и родить здорового, счастливого ребенка и быть счастливой матерью, чем потом мыкаться и «что же сделать?». Еще один ответ прозвучал следующим образом: *«Контрацепция нужна, а то будет семеро по лавкам. К аборт плохо отношусь. По молодости было дело, правда. Но с другой стороны — как посмотреть. Иногда смотрю на больных детей — и жалко. Одно дело, если родился больным и родители решили оставить и растят его таким — это я уважаю. А бывает, что вынашивают и отдают в детский дом (даже здоровых!). По моему, для ребенка бывает лучше, чтобы сделали аборт. Из детского дома выходят единицы адекватных людей. Если не заберут ребенка в семью, то он будет скорее всего несчастлив, неблагополучным. А может и вором, и преступником ведь стать — тогда и другие люди пострадают. А иногда это бывает необходимо — пожертвовать несформировавшимся ребенком,**

чтобы не умереть самой. Конечно, надо стараться, чтобы этого не было, но всякое же случается. Сама операция бывает нужна».

Несмотря на в большей степени очень отрицательное отношение к совершению аборт, по вопросу о законодательном запрете последних респонденты были не столь категоричны. Большинство из них склонялось к мнению о том, что принятие решения об аборте очень индивидуально, и у женщин могут быть разные обстоятельства, ставшие причиной такого поступка, и здесь, скорее, она в ответе за свою судьбу и судьбу ребенка. Лишь три из 30 опрошенных женщин проголосовали бы за запрет абортов. Один из аргументов прозвучал следующим образом: *«Да, проголосовала бы. Работая в акушерстве и гинекологии, никому бы не пожелала этого».* Мужчины в своих ответах отметили правовые и экономические аспекты данного вопроса: *«Ну, моя позиция по жизни, не только конкретно по этой теме, а любой запрет, я считаю, неэффективен. Можно запретить, однако люди не перестанут их делать. Значит, будут делать их подпольно, с бóльшим вредом для своего здоровья, чем это было бы легально. Я считаю, что запреты не решают проблем, потому что запреты всегда можно обойти, если на то есть желание»; «Нет. Я считаю, это личное дело каждого человека — иметь детей или не иметь. Разные ситуации бывают. Экономическая ситуация не позволяет ребенка иметь. Бывают разные случаи»; «Нет. Потому что бывают разные случаи. Это ограничение прав личностных»; «Ну, в нормативном порядке нет, потому что это всего-навсего увеличит рост преступности. Потому что законы в этой сфере не действуют, особенно в нашем обществе. Я бы голосовал против запрета»; «Скорее нет. Опять же ситуации бывают разные, и под одну гребенку всех заносить я не стал бы. Надо индивидуально смотреть и решать. Может, имеет смысл создавать специальные комиссии по этим вопросам. Но как специальный запрещающий закон я не согласился бы с этим».*

Вред и польза контрацепции, освещение вопросов контрацепции в СМИ

Возвращаясь к вопросу о контрацепции: несмотря на то что респонденты по большей части поддерживали ее применение, они допускали использование далеко не всех ее видов ввиду возможного нанесения вреда здоровью. Вот какие мнения мы услышали на этот счет: *«Некоторую — да [считаю вредной]. Противозачаточную спираль. У меня были проблемы со здоровьем личного характера, и мне начитывали много лекций по этому поводу; поэтому я знаю, что она может принести, в моем случае, вред».* Ответ другого респондента: *«Спираль — очень опасно, так как угроза воспаления. Я также считаю, что не каждый врач может ее грамотно поставить».* Еще одно мнение по поводу отрицательного влияния спирали на состояние здоровья: *«Чаще всего любая контрацепция, она*

все-таки влияет на здоровье женщины. Я работаю в центре акушерства и гинекологии. Спираль — обычно миома из-за нее». Была высказана точка зрения, касающаяся и такого вида контрацепции, как прерывание полового акта: «А это какая у нас вредная контрацепция — когда предохраняется мужчина, прерывает половой акт. Это ведет тоже к сексуальной дисфункции мужской, даже к импотенции, к большой такой неврологической встряске. Это не полезно. И еще для женщины это тоже вредно, потому что мужские гормоны должны к женщине поступать, нейтрализовать ее лишние женские, и тогда будут оба здоровы. Это защищает ее от опухоли, от миомы матки, от эндометриоза». Многие женщины также настроенно относятся к применению контрацептивных препаратов в виде таблеток: «Таблетки могут быть опасны, если они не подходят. Это ведь явно не витаминки». Ряд мужчин также считают некоторые виды контрацепции вредными: «Женские противозачаточные таблетки могут привести к гормональным сбоям»; «Считаю таблетки женские вредными, но может, это от недостатка сведений в этой области»; «Нет, но без всяких таблеток. Таблетки могут менять гормональный фон и прочие особенности организма».

У ряда женщин, однако, достаточно позитивные представления о современных достижениях медицины, и они не считают ни один из видов контрацепции вредным для здоровья: «А считаете ли вы контрацепцию вредной для здоровья?» — «Нет (резко, уверенно)». — «А почему?» — «Вот опять же, потому что ситуации бывают разными, профилактика абортов». — «А именно по отношению к здоровью?» — «Нет, не считаю, абсолютно, отнюдь, наоборот даже». Или вот еще один полученный ответ: «Нет [не считаю контрацепцию вредной для здоровья]. Главное подобрать правильно контрацепцию». Мужчины, считавшие, что контрацепция не наносит вреда здоровью женщины, отвечали следующим образом: «Это же индивидуальная подборка врачом, скорее всего. Если что-то организм не принимает, есть другие средства»; «Не считаю вредной. Потому что это инструмент. Инструмент не может быть вредным или полезным. Все зависит от способа применения».

В данном ключе рассмотрим вопрос осведомленности современных женщин о методах контрацепции и его освещение в СМИ (рис. 1).

В обзоре «Ключевые факторы, влияющие на использование контрацепции в Восточной Европе и Центральной Азии» [5] было проанализировано исследование, проведенное совместно Фондом ООН в области народонаселения и Международной федерацией планируемого родительства методом фокус-групп в таких странах, как Армения, Азербайджан, Босния и Герцеговина, Болгария, Казахстан, Македония и Сербия. Опрашивались как городские жители, так и сельские, как состоящие в браке, так и одинокие. По возможности включались уязвимые группы населения (цыгане и др.), молодежь до 25 лет. В исследовании было выделено семь ключевых факторов неиспользования контрацепции:

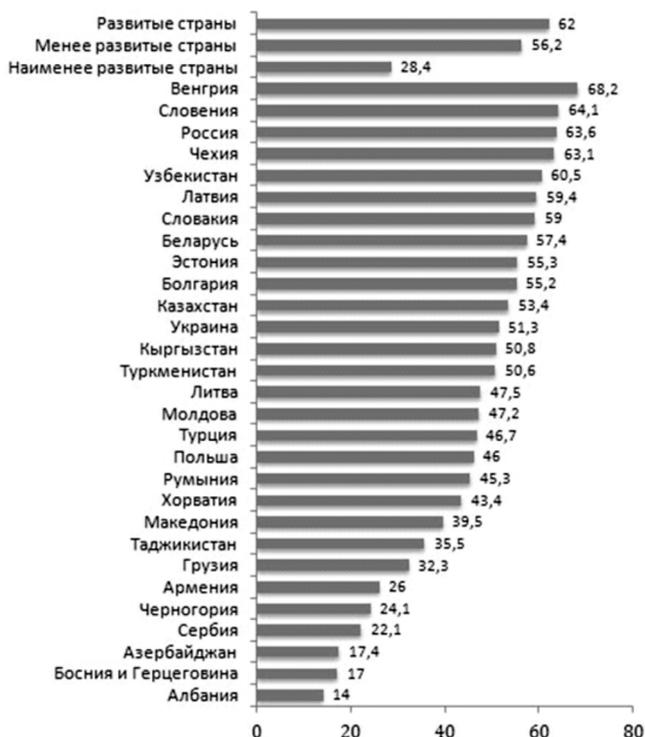


Рис. 1. Доля женщин, использующих современные методы контрацепции, среди всех женщин репродуктивного возраста, состоящих в браке/партнерстве, %
 Источник: оценка Отдела народонаселения ООН на 2010 г.

1. Недостаток правительственных обязательств по обеспечению контрацептивами;
2. Восприятие современной контрацепции как вредной для здоровья;
3. Доступ молодежи к информации и услугам по планированию семьи затруднен;
4. Недостаточные знания и негативное отношение к контрацепции со стороны поставщиков услуг;
5. Узкий спектр доступных методов контрацепции ограничивает выбор;
6. Стоимость;
7. Социальные нормы и ожидания в отношении секса и сексуальности.

Что касается фактора 3, исследование показало, что городская молодежь имеет лучший доступ к информации о планировании семьи, чем сельская. Важными источниками информации являются Интернет, те-

левизионные сериалы, СМИ. Тем не менее такая информация не всегда является знанием, и респонденты часто не знали, как правильным образом использовать метод и где приобрести то, что необходимо для его применения.

По данному вопросу мнения респондентов проводимого нами исследования разделились: часть их них отметили необходимость распространения информации о контрацептивах и методах контрацепции по телевидению и радио. Вот как прозвучали их ответы: *«Да, я считаю, что да [должна распространяться], потому что оградит от ранних абортот и всего такого»*; *«Да, конечно. Просто потому что информация о контрацепции помогает предотвратить количество нежелательных беременностей, инфекций, которые передаются половым путем. То есть это просто, наверное, необходимая часть полового образования, которого действительно сейчас не всегда хватает»*; *«Я считаю, что должна, но, может, 8–9-й класс, не раньше. По радио и телевидению — ну, молодежь вся в Интернете сидит, в социальных сетях. Мне кажется, Youtube будет эффективнее в этом случае»*; *«Должна, я считаю, и лекции им должны читать, и на сайтах, и в брошюрах, и по телевидению. Это должно быть все»*.

Часть респондентов высказались против такой меры: *«Нет, это достаточно узкая специализация, и это должно производиться именно в специализированных учреждениях»*; *«Ну, я не очень принимаю, потому что по телевизору и дети смотрят, всему свое время. Они и так рано или поздно это узнают, а вот на всю... не надо»*; *«Мне кажется, в школе должна, а по телевизору не должно быть такого. О таких вещах, для чего нужна контрацепция, от родителей надо узнавать или в школе, а не по телевизору. Когда ты уже знаешь, что это такое, тебе уже рекламируют варианты. В школе все-таки должно объясняться, но точно не по телевизору. Это будет вульгарно»*.

Было интересно посмотреть на репродуктивное поведение, отношение к абортот и контрацепции женщин одного возраста, но придерживающихся полярных точек зрения по отношению к религии. Что касается первой, более религиозной респондентки, еженедельно посещающей храмы, у нее четыре ребенка, один-единственный брак, она категорически против абортот, и по вопросу о том, следовало бы законодательно запретить аборт или нет, она выступила *«за его запрет»*, аргументировав свой ответ тем, что *«не нам решать [лишать плод жизни или нет]»*. С необходимостью применения контрацепции она согласилась, отметив, что применение спирали и таблеток может повредить здоровью женщины. Респондентка не согласилась с тем, что информация о контрацептивах и методах контрацепции должна распространяться по радио и телевидению, потому что *«это может привести... и это приводит к разврату. Вместо того, чтобы пропагандировать одного сексуального мужа и жену»*.

У второй респондентки, ее ровесницы, но не относящей себя к очень религиозным и отметившей свои походы в церковь лишь в кризисные пе-

риоды жизни, двое детей, третий по счету брак, и, несмотря на ее мнение о том, что *«если Бог дал, то значит вот, как бы надо это воплотить»*, она не выступает категорически против аборт: *«Если женщина уже в возрасте, и когда у нее там уже есть дети и она считает, что это в тягость ей, то, конечно, я считаю, что можно сделать аборт»*, и выступает против их законодательного запрета, аргументируя тем, что *«бывают всякие ситуации»*. Что интересно, респондентка не допускает применение контрацепции, а о вреде последней говорит следующим образом: *«Ну, вот про таблетки да, я считаю, что не надо этого делать, это вредно. А презервативы — это естественно»*. На вопрос о распространении информации о контрацептивах и методах контрацепции по телевидению и радио она ответила следующим образом: *«Да нет, наверное, и так все знают (смеется). Я думаю, что нет»*.

Таким образом, делая общий вывод по части влияния фактора религиозности респондентов на их репродуктивные установки и отношение к абортам, следует отметить общую характеристику ответов респондентов, по большей части являющихся религиозными: это отрицательное отношение к совершению аборт, положительное отношение к контрацепции, а также большое количество высказываний о необходимости планирования семьи. Различие в репродуктивных установках было рассмотрено на двух конкретных примерах, где были приведены мнения по отдельным вопросам женщин, придерживающихся разных точек зрения по отношению к религии.

Репродуктивное поведение в зависимости от ценностей и установок

Исследование предполагает проверку гипотезы о влиянии ценностей и установок мужчин и женщин на их репродуктивное поведение, поэтому в данном разделе рассмотрена взаимосвязь ценностных ориентиров респондентов и их репродуктивного поведения.

При опросе респондентов им было предложено дать ассоциации некоторым понятиям, чтобы выяснить их отношение к ним. Были предложены следующие понятия: «ребенок», «мать», «семья», «отец». Понятие «ребенок» получило следующие ассоциации: «основная миссия человека, животного, растения», «цель жизни, продолжение рода», «будущее», «самое дорогое, ради чего живем», «мое сердечко», «настоящее счастье», «новое существо, личность», «важный член семьи», «ответственность, труд», «богатство, достоинство», «материнский инстинкт». Женщины, которые пока не имеют детей, мало представляют, что значит ребенок, они признаются в своем незнании и непонимании. Остальные женщины и мужчины, имеющие одного и более детей, отнеслись к такому заданию либо с юмором, либо с теплотой.

Понятие «мать» также получило некоторые интересные ассоциации: «волчица, победительница», «любовь», «детство», «вкусная еда», «воспитание», «женщина, которая дает жизнь». Понятие «семья» получило следующие ассоциации: «ячейка общества», «пристань моя», «мой мир», «ответственность», «полная чаша», «очень важно», «союз». Понятие «отец» получило следующие ассоциации: «добытчик», «мой тыл», «взросление», «мужчина, который помогает женщине давать жизнь». Таким образом, семья для респондентов в любом случае — очень важное явление, которым они дорожат. Женщины хотят иметь детей и испытывают к данному понятию очень теплые и неосозаемые чувства.

Далее рассматривается восприятие женщинами и мужчинами положения об основном предназначении женщины — быть матерью. Мнения по данному вопросу разделились. Женщины считают, что это должно сопровождаться возможностью самореализовываться в качестве личности путем карьерного роста или через иные занятия, не связанные с уходом за детьми и ведением домашнего хозяйства. Мужчины в основном полагают, что женщина обязана быть матерью и только, однако некоторые не отрицают и возможности помимо материнства развиваться как личности. Среди женщин, имеющих детей, большинство согласны полностью с тем, что женщина прежде всего должна быть матерью. Некоторые респондентки, у которых нет детей или же они находятся в ожидании ребенка, склонны считать, что быть матерью — это далеко не главное предназначение женщины. Они считают, что современное общество уже устроено немного по-другому, нежели несколько десятилетий назад. В настоящее время очень ценятся труд женщин и их общий вклад в экономику любой страны, поэтому в первую очередь она должна самосовершенствоваться как личность, а потом уже планировать детей.

На женщин и мужчин по большому счету не оказывает влияния репродуктивное поведение родителей, друзей или коллег. Они предпочитают сами решать, сколько детей иметь в семье, в зависимости от различных ситуаций (финансовых, жилищных и проч.). К примеру, один респондент, имеющий на данный момент уже четверых детей, считает, что оптимальное число детей — шесть, на его репродуктивное поведение не влияет ближайшее окружение. Респондент со своей женой особо не занимаются планированием рождений детей и принимают решение по желанию, на которое не оказывают влияние внешние факторы. Большинство респондентов считают, что в первую очередь необходимо задуматься о финансовом благополучии семьи перед тем, как планировать детей. Это важно, потому что детей нужно содержать, воспитывать, дать полноценное и хорошее образование, которое также требует вложения денежных средств. Кроме того, необходимо иметь соответствующие жилищные условия. Некоторые респонденты высказали мнение о том, что жить с родителями под одной крышей — достаточно сложно, поэтому семейная пара должна обзавестись своим жильем, прежде чем плани-

ровать детей. Однако по результатам исследования не все респонденты, высказывавшие такое мнение, добились подобных успехов в решении вопроса о жилье.

Почти все респонденты, как мужчины, так и женщины, склонны полагать, что женщина обязательно должна иметь работу. Некоторые не столь категорично отнеслись к данному вопросу и считают, что у женщины должно быть хотя бы любимое дело, помимо воспитания детей и ведения домашнего хозяйства. Мужская часть опрошенных по крайней мере считает, что женщина не может дать хорошее воспитание детям, если сама не совершенствует свои знания, не развивает свою индивидуальность или не имеет работы.

В исследовании также ставится вопрос о том, какое оптимальное количество детей должна иметь семья в России. Респонденты в основном считают, что это два-три ребенка. В основном мнения разошлись из-за вопросов о различных возможностях финансового обеспечения детей. Мужчины и женщины считают, что в принципе достаточно иметь хотя бы одного ребенка, но если позволяют финансовые возможности семьи обеспечивать еще несколько детей, то следует иметь и больше. Кроме того, некоторые респонденты при ответе на данный вопрос обратили свое внимание на демографическую ситуацию в России в текущий момент. Они считают, что в настоящее время в стране существует достаточно много демографических проблем, таких как старение населения, его сокращение, поэтому *«русскому народу необходимо плодиться, чтобы не сгинуть с лица Земли»*. В целом респонденты имеют представление о демографической политике в России. Кроме того, респонденты в большинстве случаев обременены вопросами о финансовом благополучии семьи. Некоторые из них высказывают мнение о том, что оптимальное количество детей в России — это четверо, однако сами не могут позволить себе такую роскошь из-за отсутствия жилья или небольшого заработка семьи. В опросе участвовали и матери-одиночки, которые также считают оптимальным иметь двоих или троих детей, но из-за отсутствия полноценной семьи не могут позволить себе иметь большее количество детей. Некоторые респонденты вынуждены содержать своих родителей или выполнять обязательства по кредитам и поэтому также не могут позволить себе большее количество детей.

Исследование показало, что существует проблема определения наилучшего возраста для рождения у мужчин и женщин, которая также оказывает безусловное влияние на репродуктивное поведение. Респондентка 40 лет, имеющая одного ребенка-подростка, считает, что в ее возрасте уже не стоит планировать детей, хотя здоровье и финансовое положение позволяют ей это сделать. Таким образом, можно заметить, что представления о наилучшем возрасте для рождения детей влияют на фактическое количество детей у респондентов и на планы, которые они строят.

На планирование рождения детей респондентами также влияют их взгляды на оптимальное количество детей в России в рамках демографической ситуации в стране. Респонденты стараются поддерживать и улучшать рождаемость в России. Однако влияние репродуктивного поведения ближайшего окружения оказалось в большинстве случаев незначительным. Из этого можно сделать вывод, что люди чаще всего следуют своим убеждениям, не беря во внимание опыт родственников, друзей или коллег.

Кроме того, в исследовании поднимался вопрос о самостоятельном решении женщины оставлять ребенка или делать аборт. Мнения разделились. Некоторые респонденты категорически против абортной системы, которая существует в России. Ввиду своих религиозных установок глубоко верующие респонденты считают, что в случае незапланированной беременности вне зависимости от наличия условий для воспитания ребенка или наличия супруга женщина должна оставить его. С другой стороны, менее категоричные респонденты полагают, что женщина не должна сама решать этот вопрос. Прежде всего она должна посоветоваться с отцом ребенка или с близкими и родными людьми, которые ее поддержат и выслушают. Третья и самая малочисленная группа респондентов считает, что только женщина сама вправе решать, делать аборт или нет, так как все тяготы, связанные с рождением и воспитанием ребенка, ложатся именно на нее.

В исследовании поднимались вопросы об осведомленности респондентов по поводу «недели тишины» и об отношении их к данной мере. Были получены следующие ответы: *«Ну, мне кажется, это правильно. Потому что бывают решения, которые вызваны каким-то истерическим и нервным состоянием, а в принципе, если подумать, оказывается не так страшно. Я думаю, сильно большое количество абортных делается больше в каком-то паническом состоянии, чем в здравом размышлении. Наверное, это все-таки помогает как-то «притихнуть». Но с другой стороны, это затягивает время. Срок на неделю... Я, конечно, не очень разбираюсь в медицине, но я так понимаю, что там каждый день на счету»,* или *«Ну, не знаю, я не представляю себе, чтобы я неделю помолчала, все равно не получится»;* *«Ну, в общем-то, всегда решать все вопросы лучше, когда остынут чувства, и вот первые такие эмоции пройдут, и уже со здоровой спокойной головой продумать. В общем, это логично».* Мужское мнение было следующим: *«Не знаю, пусть рожает, если плод в норме»;* *«Если у женщины есть постоянный партнер, то она должна поделиться новостью о беременности с ним, и вместе они решат, что делать дальше. Про «неделю тишины» знаю. Вполне с ней согласен. Хотя иногда срок беременности не позволяет ее проводить. Можно использовать этот метод только на ранних сроках»;* *«Ситуационно зависит. Думать должна!»*

В целом респонденты плохо осведомлены о данном явлении. Примерно половина считает, что «неделя тишины» полезна, так как снизит

количество аборт. Другая половина склонна полагать, что «неделя тишины» — это слишком большой срок для беременных женщин, желающих сделать аборт.

В заключение сделаем несколько выводов. Прежде всего, ценности и установки каждого отдельного респондента, безусловно, влияют на его репродуктивное поведение и планирование рождения детей. Было найдено различие во влиянии ценностей и установок на женщин и мужчин в некоторых вопросах. Однако исследование показало, что почти все респонденты (исключение составляют буквально единицы) не обращают внимания на репродуктивное поведение своих родителей или знакомых. Ценности современного мира за последние полвека изменились. Теперь женщины и мужчины хотят сами решать вопрос о количестве детей в семье, ориентируясь на свои возможности их обеспечения всем необходимым. Кроме того, ценности и установки прошлого поколения (родителей респондентов) по поводу получения качественного образования оказали свое влияние на участников опроса почти всех возрастов (у нескольких человек старше 40 лет не выявилась подобная корреляция). Таким образом, почти все респонденты имеют хотя бы одно высшее образование и только после его получения принимали решение о создании семьи или рождении детей.

Установки по поводу возраста вступления в семейные отношения мужчин и женщин также оказались неоднозначными. В основном женщины ссылались на медицинские показатели среднего возраста рождения детей. Мужчины считают, что возраст по большому счету не имеет значения, мужчина должен осознавать ответственность и иметь постоянный заработок, чтобы содержать семью и детей.

Таким образом, по ответам респондентов можно сказать, что они обладают высокими моральными ценностями. Все респонденты мужского пола имеют постоянный заработок и могут содержать семью и детей, поэтому их ответы по предыдущему высказыванию можно считать правдивыми. Опрошенные в целом на момент рождения детей уже имели постоянный доход и были в сознательном возрасте для понимания всей ответственности и серьезности семейной жизни.

Библиография

1. *Борисов В. А.* Демография / В. А. Борисов. — М.: Издательский дом NOTA BENE, 1999. — С. 177.
2. *Забаев И.* Рациональность, ответственность, медицина: проблема мотивации деторождения в России в начале XXI в. / И. Забаев // Экономическая социология. — 2011. — Т. 12. — № 2. — С. 21–48.
3. *Забаев И. В.* Влияние религиозной социализации и принадлежности к общине на рождаемость. Постановка проблемы / И. В. Забаев, Е. Б. Мелкумян, Д. А. Орешина, И. В. Павлюткин, Е. В. Пруцкова // Демоскоп

- Weekly. — 2013. — № 553–554. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0553/analit03.php>
4. Как государству бороться с абортми? // Демоскоп Weekly. — 2015. — № 631–632. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0631/reprod01.php>
 5. Ключевые факторы, влияющие на использование контрацепции в Восточной Европе и Центральной Азии // Демоскоп Weekly. — 2013. — № 573–574. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2013/0573/reprod01.php>
 6. *Малева Т. М.* Социально-экономические факторы рождаемости в России: эмпирические измерения и вызовы социальной политике / Т. М. Малева, О. В. Синявская // Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе. — 2007. — Вып. 1. — С. 204.
 7. *Смит А.* Исследование о природе и причинах богатства народов. Кн. I. Глава VIII «О заработной плате» / А. Смит. — М.: Эксмо, 2007.
 8. *Тындик А. О.* Репродуктивные установки населения в современной России / А. О. Тындик // SPERO. — 2012. — Весна-лето. — С. 95–112.
 9. *Ajzen I.* Understanding attitudes and predicting social behavior / I. Ajzen, M. Fishbein. Englewood Cliffs. — NJ: Prentice-Hall, 1980.
 10. *Inglehart R.* Culture Shift in Advanced Industrial Society / R. Inglehart. — Princeton (NJ): Princeton University Press, 1990.
 11. *Miller W. B.* How does childbearing affect fertility motivations and desires? / W. B. Miller, D. J. Pasta // Social Biology. — 1995. — No. 42. — P. 185–198.
 12. *Philipov D.* Religion and fertility ideals, intentions and behavior: a comparative study of European countries / D. Philipov, C. Berghammer // Vienna Yearbook of Population Research. — 2007. — Vol. 5. — P. 271–305.

Д. Пономарева, Я. Яковлева
магистры 2-го года,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова

ОПЫТ ОБЩЕНИЯ С ИНФРАСТРУКТУРАМИ, «ОТВЕТСТВЕННЫМИ» ЗА ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Каждая женщина имеет опыт обращения в организации, занимающиеся планированием семьи: это Центры планирования семьи, женские консультации, клиники гендерной медицины, Центры репродукции. Это организации, куда приходят миллионы девушек и женщин всех возрастов со своими заботами, проблемами и переживаниями. Причин обращения в такие инфраструктуры множество: беременность, рождение ребенка, операции, аборт, бесплодие, различные заболевания или врожденные патологии репродуктивной системы, гормональные сбои в работе организма и пр.

Общая характеристика учреждений планирования семьи в Москве

Женские консультации предназначены для профилактики и лечения различных болезней репродуктивной системы женщин, а также для планирования беременности и подготовки к родам. *Центры планирования семьи* занимаются ведением беременностей и родов, оказанием акушерской помощи пациенткам с преждевременными родами, с групповой и резус-несовместимостью матери и ребенка, с заболеваниями крови. Деятельность *клиник гендерной медицины* направлена на решение партнерских проблем, они занимаются вопросами и женского, и мужского репродуктивного здоровья. К их сфере деятельности относятся такие проблемы, как лечение бесплодия, воспалительных заболеваний и инфекций, сексуальных расстройств у мужчин и женщин.

Система репродуктивного здравоохранения в России состоит из двух уровней. Женские консультации, центры планирования семьи и гинекологические отделения в медицинских учреждениях — это первичное амбулаторное звено. Родильные дома, специализированные гинекологические клиники, гинекологические отделения в больницах относятся к учреждениям вторичной стационарной помощи. Согласно Федеральному

закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.04.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», гражданин сам выбирает организацию для получения первичной медико-санитарной помощи, но не чаще раза в год. Медицинское учреждение выбирается в том числе по территориально-участковому принципу [2].

По данным, представленным в Государственной программе города Москвы «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)» на 2012–2020 гг., по состоянию на 2012 г. в Москве функционировали 135 государственных женских консультаций, 31 акушерский стационар, отделения гинекологии в 50 стационарах, одно отделение для несовершеннолетних с консультативным центром [3] (рис. 1).

В последние годы отмечается рост числа беременных, вставших на учет в медицинских организациях. В 2012 г. этот показатель составил 119 092, в 2013 г. — 120 136. Количество родов в 2013 г. в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы составило 126 820 [5].

В 2013 г. показатель материнской смертности составил 14,7 случая на 100 тыс. родившихся живыми. Основное число летальных исходов приходится на показатели смертности в многопрофильных и специализированных больницах, куда беременные женщины поступают с наиболее тяжелыми патологиями. Как отмечается в указанной выше Программе, дальнейшее совершенствование организации оказания акушерско-гинекологической медицинской помощи в городе Москве требует оптимизации структуры медицинских организаций, распределения функций между отдельными медицинскими организациями и их подразделениями [3].

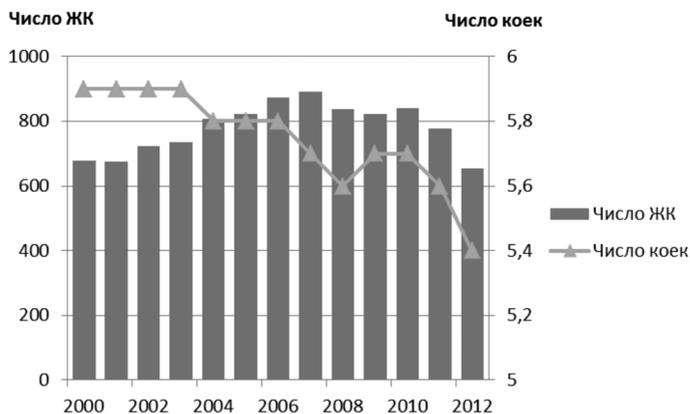


Рис. 1. Число женских консультаций, детских поликлиник, амбулаторий, организаций, имеющих женские консультации и детские отделения (левая ось), и число коек (врачебных и акушерских) для беременных женщин и рожениц, тыс. (правая ось) в г. Москве, 2000–2012 гг.

Источник: [11].

В 2013 г. количество аборт в России составило 1012,4 тыс., или 28,3 аборт на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет [12]. При этом более 70% аборт приходится на женщин в возрасте 20–34 года — 732,1 тыс., или 42,8 аборт на 1000 женщин этой возрастной группы.

Следует отметить, что обследования, которые проводились в последние годы по выборке, репрезентативной в масштабах страны, подтверждают статистику по прерываниям беременности Росстата. Таким образом, если в ряде регионов и есть недоучет аборт, то на государственном уровне он не значим [8].

При этом с каждым годом число аборт по сравнению с числом рождений уменьшается. Если в 2000 г. количество аборт более чем в 1,5 раза превышало количество рождений, то в 2013 г. число аборт было в 2 раза меньше числа рождений.

Если говорить о Москве, здесь один из самых низких уровней зарегистрированных аборт — 11,3 аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста в 2013 г. При этом, если убрать из расчета самопроизвольные выкидыши, как это принято в мировой статистике аборт, то показатель будет равен 5,5 [8]. В Москве также наблюдается одна из самых высоких долей аборт, сделанных в частных клиниках, — более 20%.

Такова ситуация, связанная с планированием семьи, в контексте инфраструктур, ответственных за это. В рамках нашего исследования мы попытались выделить основные проблемные моменты, касающиеся обращения в женские консультации и Центры планирования семьи, а также влияние опыта на репродуктивное поведение женщин.

Гипотезы исследования

Несмотря на разнообразие организаций, занимающихся планированием семьи, мы предположили, что пользование их услугами (за исключением женских консультаций) слабо распространено. Это может быть связано с недостаточной информированностью, с удовлетворенностью услугами, оказываемыми по месту жительства, с отсутствием серьезных проблем с репродуктивным здоровьем. Еще один момент — мужчины меньше, чем женщины, осведомлены о данных учреждениях.

Женщины могут пользоваться услугами сразу нескольких учреждений, поэтому следующая гипотеза связана с недоверием к ним или к врачам. Сомнения в компетентности врача, проверки его предписаний, неудовлетворительный уровень качества оказываемых услуг и технического оснащения женской консультации — все это может стать мотивом к обращению в несколько организаций одновременно. Женщины обмениваются опытом и рекомендуют врачей друг другу. Мы предположили, что эти рекомендации также оказывают значительное влияние на пользование услугами и доверие к врачу.

Еще одна гипотеза: существуют опасения в отношении женских консультаций, которые влияют на сроки обращения. Если женщина ожидает негативного отношения, хамства, неуважительного обращения, ей хочется перенести момент постановки на учет как можно дальше по времени. Однако также мы предполагаем, что опасения не настолько сильны, чтобы влиять на само репродуктивное поведение.

В исследовании также рассматривается вопрос бесплатных и платных услуг. Женщинам свойственно в большей степени доверять платному врачу, государственные услуги менее качественные, обращение персонала лучше в платных клиниках. Проверяется также влияние неуважительного отношения со стороны персонала и ожиданий относительно моральной (психологической) поддержки на частоту обращения в учреждения здравоохранения, оказывающие услуги по ведению беременности, родовспоможению и планированию семьи.

Распространение инфраструктур планирования семьи

Анализ проведенных интервью показывает, что однозначной позиции в отношении услуг женской консультации или других организаций, занимающихся планированием семьи, у женщин не сложилось. Мнение зависит от собственного опыта, от опыта знакомых. Для кого-то врачи и женская консультация ассоциируются только с положительными эмоциями, для кого-то обращение в медицинские центры превратилось в страшный опыт.

Все женщины, узнавшие про беременность, должны встать на учет в женскую консультацию. При этом инфраструктуры, ответственные за планирование семьи, не ограничиваются только этим учреждением. В ходе исследования было выяснено, что наибольшую известность имеют Центры планирования семьи, в то время как про клиники гендерной медицины и Центры репродукции слышали далеко не все.

Характер ответов респондентов позволил выявить один проблемный момент. Центры планирования семьи имеют репутацию учреждений, в которые обращаются только в случае больших проблем при беременности, при бесплодии или для ЭКО (экстракорпорального оплодотворения). Для кого-то эта связь настолько сильная, что происходит путаница в названиях.

Вопрос: Знаете ли вы об организациях, занимающихся планированием семьи?

Ответ: «А как они, ЭКО называются, или?..» (ж, 40, 2 — здесь и далее указаны пол, возраст респондента и число детей).

При этом область деятельности Центров планирования семьи намного шире. В таких центрах проводятся обследования и лечение пациенток с невынашиванием беременности, медико-генетическое консультирование, осуществляется ведение беременности, подготовка к родам и т.д.

Чаще всего о Центре планирования семьи респонденты узнавали от знакомых — *«знаю от знакомой, которая делала ЭКО»* (ж, 34, 2). Обращение в учреждения, связанные с планированием семьи, вызвано какими-либо проблемами: *«Необходимости не было, беременность протекала нормально»* (ж, 31, 1); *«Во время беременности нет, она у меня протекала классически, очень хорошо»* (ж, 39, 1).

Мужчины, как правило, менее осведомлены об организациях, занимающихся планированием семьи: *«Что-то слышал. Жена лучше меня в этом плане осведомлена»* (м, 31, 2). Они также подчеркивают отсутствие необходимости в этих учреждениях: *«Ну, в организациях планирования семьи не было необходимости, так как и возраст, и опыт есть. Теоретически мы подкованы. Вроде мы пока сами справляемся с этими вопросами»* (м, 39, 4).

Больше половины женщин пользовались услугами двух учреждений (Центра планирования или платной клиники и женской консультации). При подготовке исследования предполагалось, что данный факт может быть связан с недоверием к квалификации врача, проверкой его предписаний, с качеством оказываемых услуг, с недостаточным оснащением женской консультации. Все это нашло подтверждение в историях респондентов. Добавилась также еще одна причина — желание сдавать больше анализов.

В платную клинику обращались, потому что *«рекомендовали сослуживцы, девушки. Как бы на платной основе более качественные услуги получила. У меня было кесарево сечение, и в платной консультации со второй беременностью специалист не только вел всю беременность, она же делала операцию, и она же потом следила за здоровьем моим вплоть до выписки. То есть такой комплексный подход»* (ж, 41, 2).

Другие обращались в несколько учреждений не из-за недоверия врачу, а для получения нескольких заключений: *«Человек, выслушав одно мнение, старается где-то выслушать еще и другое мнение. Это не из-за того, что понимаешь, что некомпетентный человек, но, так как есть возможность, мы живем в огромном мегаполисе, я всегда старалась 2, 3, 4 мнения набрать»* (ж, 39, 1).

Чего женщины ожидают от женской консультации, за какими услугами туда идут?

«Чтобы сдать анализы и проследить, что с тобой все в порядке, — от обычной консультации, я думаю, большего и не требуется» (ж, 40, 4).

«Приходить обследоваться и держать руку на пульсе. Это учреждения поликлинического плана, созданные для направления женщины на какие-то процедуры» (ж, 37, 1).

«Ну, чтобы больничный получить, я не знала, какую еще выбрать, где можно наблюдать беременность, а наблюдать все равно надо, поэтому пошла в женскую консультацию, ну и параллельно туда так и ходила» (ж, 41, 2).

«Женскую консультацию я воспринимаю только как заведение, которое ведет и контролирует беременность, помогает нормально доносить ребенка и родить, помогает оформить все необходимые документы» (ж, 35, 2).

Платный врач или бесплатный?

В рамках качественного исследования мы не могли не затронуть сравнение бесплатной женской консультации и платных клиник, в которые обращаются женщины. Оправданно ли наличие нескольких врачей, различается ли качество обслуживания, компетентность врачей — мы рассматривали проблемы женских консультаций и объективные причины для обращения в платные клиники.

Для одних женщин платные услуги были оказаны на очень высоком уровне: *«Ой, знаете, там такая дорогая консультация, все как в фильмах. Чуть ли не на руках носят. Так что очень хорошо все там общаются с женщинами. К тому же врач знал, что его лично посоветовала моя подруга, возможно, и это сыграло роль. Я точно знаю, что в менее дорогих консультациях далеко не всегда так сюсюкаются, как со мной. К молоденьким девушкам точно предвзято часто относятся, говорят, мол, сама еще ребенок и рожать собралась. Это по рассказам знакомых, которые слышали это где-то» (ж, 31, 2).*

Что касается компетенции врачей, то не все согласны с тем, что в женской консультации она ниже:

«Я считаю, что вот обычная женская консультация, она обслуживает больше населения, чем платная, поток проходит больше, врачи опытнее в этом плане. Они более подготовленные. Ведут диспансеризованное наблюдение. Этих жителей они вот знают прям целыми семьями. Это как семейный врач. А в платных клиниках они ведь не все делают. Не выдают родовые сертификаты, больничные листы порой не выдают. У них связь со стационарами не налажена, ведь женская консультация — это одно, есть еще родильные отделения, целая цепочка — преемственность медицины. А вот там консультативный прием и все» (ж, 40, 2).

«Не скажу, что частный доктор лучше, чем в обычной поликлинике. Если доктор хороший, то он может сидеть как в частной, так и в госполиклинике. Я по знакомству выбираю докторов» (ж, 36, 0).

«Обращалась в бесплатную консультацию и в платную. В общем-то, говорили они примерно одно и то же» (ж, 41, 2).

«Я лежала и в платных, и в бесплатных палатах, врачи одинаковые, т.е. единственное, что в платном случае, ну будет чуть лучше кровать, ты будешь лежать одна, а не в какой-то компании. Будет телевизор в платной. А врачи, медсестры — они все одинаковые абсолютно, и там и там. Не определяется качество тем, бесплатная эта клиника или платная, просто хочется пойти к проверенному врачу» (ж, 30, 0).

Некоторые женщины столкнулись с абсолютной некомпетентностью платных врачей: *«Я получала платные услуги у акушера-гинеколога, которая оказалась абсолютно неквалифицированной. Выбор клиники во второй раз был ошибкой. Более того, она вообще не имеет права там работать. Когда у меня открылось кровотечение, врач вместо того, чтобы заботиться о здоровье пациента, беспокоилась только о репутации клиники»* (ж, 34, 2).

Для выявления опасений, связанных с обращением в женскую консультацию, задавался вопрос о сроке постановки на учет по беременности. Предполагалось, что те женщины, у которых есть какие-то отрицательные ассоциации или знакомые с негативным опытом, будут оттягивать этот момент до последнего. Данная гипотеза не нашла никакого подтверждения в ходе исследования. Некоторые женщины не знают срок, на котором надо вставать на учет в женскую консультацию (до 12 недель). Некоторые путают и говорят, что надо вставать после 12 недель.

Основная часть респонденток встали на учет на ранних сроках беременности, как только узнали. Это связано с ожиданием ребенка, его желанностью и планированием: *«Ой, моментально. Мне кажется, еще месяца не было. Очень быстро. Я даже какую-то поддержку от государства получила, рублей 200 мне дали. Кратчайшие сроки. Потому что ждали ребенка. Когда мы увидели тест, была такая радость, что первое место, куда я хотела бы пойти, — это, конечно, женская консультация, чтобы подтвердить, что я «в положении»* (ж, 39, 1).

Некоторые женщины вставали на учет ближе к 12 неделям. Это происходило по разным причинам. Кто-то не знал про беременность, кто-то находился в другой стране, другие раздумывали, куда им пойти, к какому врачу, в какое учреждение. *«Изначально я планировала все-таки какую-то платную клинику. И в платной клинике мне сделали УЗИ, и я сдала анализы, и подтвердилась беременность, но на тот момент почему-то прошла информация, что платные клиники не имеют права выдавать больничные. И я пока узнавала эту информацию, пока думала, куда все-таки ехать, все-таки платная клиника в другом городе, и я не понимала, как я буду туда ездить на больших сроках. Поэтому, пока думала, а потом уже... Хотя я узнала на ранних сроках»* (ж, 41, 2). Если относительно роддомов и качества их обслуживания можно найти достаточное количество актуальной информации, то получить информацию о рейтинге женских консультаций, их технических и профессиональных характеристиках довольно проблематично.

Можно также выделить опасения в отношении оснащения медицинской техникой, препаратами: *«Вот это ввергло в ужас полный, люди замечательные, а вот работать им не на чем и не с чем»* (ж, 28, 1); *«Я старалась об этом не думать»* (ж, 34, 2). В отдельных случаях эта проблема сглаживалась: *«Если не было какого-то оборудования, говорили: «Я тебе советую туда-то съездить, показаться где-то еще, сдать какой-то анализ очередной»* (ж, 39, 1).

Респондентки также рассказывали о своих опасениях по поводу посещения государственных поликлиник во время беременности, если женщина работает: *«Это ужасно просто наблюдаться в государственной женской консультации: это безумные очереди... вот когда ты приходишь кровь сдавать. Вот нужно просто понять, что у беременной женщины почти каждый день с утра токсикоз месяцев до четырех, и нужно утром пойти кровь сдать натошак, естественно. Ты идешь, у тебя кружится голова, тебя тошнит, а там эти бабульки вместе со своими кулечками, с баночками своими. Тебя без очереди практически никто не пропустит. Это просто ужасно. Потом опять же, чтобы попасть к врачу, так по крайней мере было при мне, сейчас не знаю как, нужно взять утром талончик... и может быть, ты попадешь в тот же день, но только после обеда. Хорошо, если утром будет запись, тебе не надо... Бывает, что в восемь утра берешь талончик и попадаешь на четыре часа дня. А ведь женщина еще работает до семи месяцев. То есть ты утром должна отпроситься на работе, чтобы пойти талончик взять, а потом еще пойти вечером... не все работодатели на это идут. Я помню, мне приходилось несколько раз писать заявление, чтобы взять этот день «за свой счет» (ж, 32, 2).*

Заметим, что, согласно законодательству Российской Федерации, на основании справки, подтверждающей беременность, работодатель обязан предоставить женщине время в течение рабочего дня для соответствующего обследования. После предоставления медицинского заключения время отсутствия сотрудницы должно быть оплачено в соответствии со ст. 254 Трудового кодекса Российской Федерации, т.е. за беременной женщиной сохраняется средний заработок по месту работы. Однако из вышеприведенной цитаты видно, что работодатели не всегда соблюдают Трудовой кодекс и идут навстречу беременным работницам.

Не секрет, что для женских консультаций очень остро стоит проблема очередей. Часто наши респонденты называли очередь в качестве ассоциации со словосочетанием «женская консультация».

«Видела, как высидивают люди по несколько часов даже» (ж, 40, 2).

«Ну, сдача крови, допустим. Опаздывали, народу много, душно, сесть негде, женщины беременные, медсестры опаздывают, потом бегом-бегом, не оказывают должного внимания. Путали анализы, такое тоже вот было. Ну, это мелкий персонал, врачи в принципе все нормальные, хорошие» (ж, 43, 2).

Большинство респонденток на вопрос о неуважительном отношении врачей отвечают, что с таким не сталкивались. Однако есть несколько негативных примеров:

«Бывает и неуважительное отношение: «Давай, что ты там возишься, садись». Ну, ругаются. Я считаю, что это некомпетентно» (ж, 35, 2).

«Ну, в общем, да, сталкивалась с отношением, таким нейтральным. Типа «Что, пришла? Пришла! А, ну ладно. Молодец. Свободна» (м, 39, 4).

Хотелось бы обратить внимание на одну интересную особенность российского законодательства. В п. 1 ст. 30 «Основ законодательства Россий-

ской Федерации об охране здоровья граждан» (от 22.07.1993 № 5487-1) было регламентировано право пациентов на «уважительное и гуманное отношение со стороны медицинского и обслуживающего персонала» [1]. Однако на смену данному документу пришел Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.04.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Из нового закона право пациентов на уважительное и гуманное отношение «чудесным» образом исчезло [2].

Таким образом, объективной причиной для обращения в платную клинику может являться отсутствие очередей или более доброжелательное отношение врачей. Другими преимуществами частных клиник являются более организованный сервис, современный ремонт и приятный внешний вид помещения, удобная мебель, более вежливый административный персонал.

«Конечно, есть женщины, которые наблюдаются там. Они не хотят побывать в очереди, быстрее обслуживание, персонал есть, штат укомплектован, они лучше оснащены, обследования шире» (ж, 40, 2).

Таким образом, основными жалобами респонденток на государственные медицинские учреждения были:

- 1) очереди, недостаток должного внимания;
- 2) недостаточное оснащение медицинской техникой, препаратами;
- 3) пренебрежительное отношение персонала.

Причины претензий к частным клиникам:

- 1) некомпетентность врачей;
- 2) чрезмерная забота о репутации клиники;
- 3) исключительно консультативный прием, отсутствие права выдачи родовых сертификатов и больничных листов в некоторых клиниках.

Доверие к врачам

В статье Е. Здравомысловой и А. Темкиной «Врачам я не доверяю», но... Преодоление недоверия к репродуктивной медицине» [4, 179–211] анализируются ожидания женщин относительно услуг учреждений здравоохранения и причины их недовольства. В рамках исследования авторы использовали эмпирические данные за 2005–2006 гг., которые состоят из пяти дневников включенного наблюдения и 22 глубинных интервью с пациентками медицинских учреждений. Информантки — женщины в возрасте 19–45 лет, которые в основном принадлежат к среднему классу.

В данном исследовании приводятся некоторые жалобы пациенток, которые не были указаны респондентками текущего качественного исследования. Таким образом, в государственных инфраструктурах женщин также беспокоят отсутствие комфортных условий и приватности, непредоставление доступных объяснений диагноза, а также процедур.

Что касается претензий к частным клиникам, в статье отмечается недоверие к негосударственным учреждениям. Авторы также описывают несколько случаев, когда пациентам ставили неправильный диагноз с целью вымогательства дополнительных денежных средств.

Таким образом, в рамках нашего исследования проверяется следующая гипотеза: «Доверие к врачам платных клиник ниже, чем к врачам обычных женских консультаций». В ходе анализа полученных данных не было выявлено четкой связи между формой организации и доверием к ней. В основном причинами доверия или недоверия к врачу являлись его личные качества и профессиональный опыт. Следует также отметить огромную роль советов и рекомендаций знакомых. Так, женщины, которые обращаются к врачу по совету знакомых, полностью доверяют ему и довольны оказанными услугами.

Возвращаясь к доверию, стоит также отметить, что те женщины, которые имеют в семье или в близком кругу врачей-гинекологов, акушеров или хирургов, непременно с ними советуются и проверяют показания врачей. *«Если мне ставят какой-то диагноз, то я схожу к нескольким врачам и послушаю. В любых ситуациях я советуюсь с мамой-хирургом»* (ж, 35, 2).

Степень доверия также зависит от хода протекания беременности, если все хорошо — поводов для сомнений в компетенции врача меньше: *«Я доверяла своему врачу, потому что каких-то больших проблем со здоровьем у меня не было»* (ж, 34, 2).

«Первый врач поставил диагноз, как будто погадали на кофейной гуще. Вообще не в тему» (ж, 34, 2). В таких условиях женщина начинает искать других врачей, получать услуги в других организациях, даже полагаться на свой собственный опыт: *«Я понимала, что надо полагаться на свои ощущения и интуицию, что-то соблюдалось, что-то нет»* (ж, 37, 1).

Основными причинами для доверия к врачу респонденты считают:

- его профессионализм и опыт: *«Профессиональные врачи, которые знают свое дело и умеют донести до людей, что происходит с плодом»* (м, 28, 2); *«Первому врачу доверяла, несмотря на то что она работала по старинке. И мне кажется, что она видела и слышала больше, чем врачи при помощи современных методов»* (ж, 34, 2);
- советы знакомых, их опыт общения с врачом;
- спокойное протекание беременности;
- научные регалии: *«Да, доверяла. В большей степени, конечно, платному. Платный был профессор, а бесплатный — рядовой специалист»* (ж, 41, 2);
- хорошее отношение к пациентке: *«Как-то душевно вела очень, по-доброму. Да, мне это было важно»* (ж, 41, 1).

Нам удалось выявить сомнения, связанные с финансовой заинтересованностью врачей:

«Врачи также зависят от препаратов, которые они выписывают и получают за это деньги. Не слепо я им доверяю» (ж, 35, 2).

«Во второй раз у нас были догадки, что врач работает только из-за денег... Сейчас мы тоже иногда получаем платные услуги в государственной поликлинике, но врач так сильно не заинтересована в деньгах. Иногда она рекомендует не делать так часто платные процедуры (например, проверка гемоглобина), так как это излишне» (ж, 34, 2).

Опыт обращения в медицинские учреждения

Интересен вопрос о целях женщины при обращении в подобные заведения — волнуют ли ее моральная, психологическая поддержка или только медицинские услуги. Подавляющее большинство респондентов указывают, что моральная поддержка в женской консультации (и других учреждениях) никак не предусмотрена. На вопрос о ее необходимости ответы различались.

Только около трети женщин нуждались в моральной поддержке. Остальные получали ее в семье, от своих близких: *«Моральная поддержка — если только близких, семьи, а так нет. Я уже твердо стояла на ногах, я понимала, что меня ждет через девять месяцев, поэтому нет, я не нуждалась ни в какой поддержке. Единственно, что, семья, конечно» (ж, 39, 1).*

Некоторые респонденты шли только за медицинской поддержкой, но *«своим хорошим настроением врач, конечно, оказывала моральную поддержку и психологическую» (ж, 29, 1); «там работали очень приятные люди, так что и в моральном плане беременность прошла очень комфортно» (ж, 31, 2).*

Те, для кого психологический аспект очень важен, готовы обращаться к платному врачу: *«Надо, чтобы он был квалифицированный, но в первую очередь позитивный, доброжелательный, чтобы его человеческие качества нравились... пусть даже за деньги, но чтобы он улыбался» (ж, 31, 1).*

Для того чтобы судить о степени удовлетворенности услугами, о том, был ли опыт положительным или отрицательным, задавался вопрос: *«Обратились ли бы вы в это заведение повторно? Посоветовали ли бы знакомым?»* Среди тех, кто обращался к врачу не по рекомендации знакомых, подавляющее большинство не хотели бы пользоваться услугами тех же самых организаций и врачей. Однако причины встречаются разные — врач слишком старый, посоветовали другого врача, не понравилось обращение. Об удовлетворенности тех, кто не меняет организацию, также нельзя делать однозначные выводы:

«Останусь в этой консультации только для галочки, для официального больничного листа, а само лечение я буду вести где-то дополнительно за плату» (ж, 28, 1).

«Буду обращаться в женскую консультацию только с практической точки зрения. Сдать бесплатный анализ каждые сколько-то недель, чтобы элементарно лишние деньги на это не тратить» (ж, 31, 1).

Опыт обращения в женские консультации также характеризуется поведением персонала — соблюдением этикета, вежливым обращением. *«Некоторые врачи не очень вежливые, ну, может быть, их можно понять. У них огромный поток. Понятно, что каждой, может быть, не уделишь должного внимания, не улыбнешься»* (ж, 31, 1).

В результате исследования было выявлено, что неуважительное обращения врачей встречается реже, чем обслуживающего персонала (например, в гардеробе). *«Меня не коснулось жестко. Но соседка была у меня, у которой все жестко было. Я бы не выжила в той обстановке, как с ней там разговаривали»* (ж, 31, 1); *«Иногда говорят «что, пришла? Пришла! А, ну ладно. Молодец. Свободна»* (м, 39, 4). Не всегда приветливое обращение врачей часто связывают с большой загруженностью.

Одно из интересных открытий исследования — восприятие хорошего приема в женской консультации как большой удачи. Респонденты часто описывают свой опыт, используя слова «везло», «не повезло», «удачно», «обошло стороной» и тому подобное: *«По опыту подруг, половина на половину. Где-то пугают страшными диагнозами, где-то запускают беременность, и женщины теряют ребенка»* (ж, 30, 0); *«Я как-то сама не сталкивалась, мне везло»* (ж, 41, 1); *«Нам везло по-страшному»* (м, 28, 2).

Опыт обращения в большинстве случаев не повлиял на желание иметь детей в дальнейшем. Отмечалось, что в случае отрицательного опыта он мог бы повлиять: *«Если бы роддом был самый обычный, такой же, как женская консультация, я бы не согласилась рожать второго ребенка. Вот это ужасно»* (ж, 28, 1). Для одной респондентки появился повод задуматься об еще одном ребенке: *«Так вот, я пришла на УЗИ, и мужчина, очень интересный врач, говорит: «Ну, вот сейчас быстренько, потом третьего. А за третьего еще землю дают». Я говорю: «Нет, пока хватит». Он говорит: «Нет, тебе нужно еще третьего». Тогда я даже не думала, что третьего ребенка... сейчас я в таком... смятении нахожусь»* (ж, 32, 2).

Личное мнение относительно беременности врачи высказывают больше в положительном ключе — оставлять ребенка, вынашивать его, иметь побольше детей, не тянуть со следующим: *«Вы знаете, они все говорили мне одно и то же: «За одним придешь, приходи за вторым». Вот это от бабушек, которые мыли помещение, до главврача. Они всегда говорили: «На первом не останавливаться». Эмоциональный фон там всегда был хороший. Люди приходили на работу, и лица у них, и эмоциональное состояние были всегда для будущей мамы подобающими, во всяком случае, для меня»* (ж, 39, 1).

Не все учитывают высказанное мнение: *«По поводу прерывания, по поводу выбора платного роддома высказывали, и всеми мнениями я прене-*

брегла» (ж, 28, 1); «*Врач всегда считала, что детей должно быть не меньше двух*» (ж, 34, 2).

Иногда мнение врачей может оказывать давление на пациента, иногда оно высказывается в неуместной обстановке: «*Когда я уже лежала на столе раскладушечном, врач, которая там готовила, задала вопрос: «Ты уверена, что этого хочешь? Поверь, мужчины приходят и уходят, а если ты не сможешь иметь детей...» На самом деле я плакала, мне было тяжело расставаться, но я опять же понимала, что этот мужчина, которого я выбрала, я чувствовала, мой, были планы жить долго и счастливо, и я сказала, что не могу поступить по-другому*» (ж, 37, 1).

Это может негативно восприниматься женщинами: «*Человек приходит к врачу за помощью, а они начинают ругаться: «Когда ты рожать будешь?», «то-да-се», «старородящая». Когда мне надо, тогда и буду рожать, у меня есть свое мнение*» (ж, 35, 2).

Респонденты также высказывали некоторые рекомендации в отношении оказания услуг и общения с пациентами: «*И когда идешь вставать на учет по беременности, у тебя всегда спрашивают: «Беременность оставляем?» Это идет в форме вопроса. Мне кажется, им надо это в форме утверждения всегда говорить (смеется), а не в форме вопроса. Потому что, когда женщина еще не очень осознает, что будет дальше происходить, да и в таком смятении находится... это ее подталкивает на принятие, возможно, не очень правильного решения*» (ж, 32, 2).

Однозначного мнения о женской консультации нет. Кому-то там «*трепали нервы*» (ж, 34, 2), им приходилось пользоваться дополнительными услугами, кто-то отвечал с ходу о своих впечатлениях: «*Вообще ужас, кошмар, лучше туда не ходить*» (ж, 35, 4). У кого-то «*опасения отсутствовали. Может быть, какие-то положительные факторы тоже отсутствовали. Надо сходить было*» (м, 39, 4).

С другой стороны — «*это надежное учреждение, очень нужное для женщин и для девочек всех возрастов*» (ж, 40, 2), «*женские консультации сочетают в себе все плюсы и минусы государственных учреждений*» (ж, 34, 1).

Родильные дома оставили у женщин более теплые впечатления, чем женские консультации. Отчасти это связано с самим событием, фактом появления новой жизни. Большинство респонденток вспоминают о родах и времени, проведенном в роддоме, с улыбкой.

«*Самые лучшие ассоциации (со словом «роддом». — Авт.), самые замечательные, хорошее место для женщины. Несмотря на пройденную боль, переживания перед родами, бессонные ночи, «почему она родила, а я еще нет, вдруг я вообще никогда не рожу», бесконечные звонки домой*» (ж, 39, 1).

«*Сейчас уже, спустя время, уже только приятные ассоциации. Детей ведь оттуда выносят. Несмотря на то что мне там было больно и ноги еле передвигала, сейчас уже смешно это вспоминать. Теперь остались только приятные воспоминания — еще пойдут*» (ж, 29, 1).

Однако есть пример неуважительного отношения не только в женской консультации, но также и в роддоме:

«К роддому тоже, кстати, относится про доброжелательность. Тоже не хватало. Меня не коснулось жестко. Но соседка была у меня, у которой все жестко было. Я бы не выжила в той обстановке, как с ней там разговаривали. Какая-то жесть была» (ж, 31, 1).

Итак, в ходе исследования было выявлено, что наибольшее распространение среди медицинских учреждений, занимающихся планированием семьи, получили женские консультации и Центры планирования. Клиники гендерной медицины, Центры репродукции известны немногим, а уровень осведомленности мужчин ниже, чем женщин. Получение услуг в двух учреждениях связано с недоверием к квалификации врача, проверкой его предписаний, с качеством оказываемых услуг, с недостаточным оснащением женской консультации.

Основные проблемы государственных учреждений — очереди, недостаток должного внимания к пациенту; недостаточное оснащение медицинской техникой, препаратами; пренебрежительное отношение персонала. Однако к частным клиникам также предъявляются претензии из-за некомпетентности врачей; чрезмерной заботы о репутации клиники. Услуги заключаются исключительно в консультативных приемах, отсутствует практика выдачи родовых сертификатов и больничных листов. Гипотеза большего доверия к платным врачам не подтвердилась.

Основными причинами для доверия к врачу являются его профессионализм и опыт, советы знакомых, их опыт общения с врачом, спокойное протекание беременности, научные регалии, хорошее отношение к пациентке.

Опасения в отношении женских консультаций не влияют на сроки обращения. Женщины не ожидают моральной поддержки, обращаются только за медицинскими услугами. В целом опыт общения с инфраструктурами не влияет на репродуктивное поведение.

Истории всех женщин очень разные, у кого-то остались лишь приятные впечатления, кого-то не удовлетворило качество услуг. Это заставляет задуматься о том, как же женщине выбрать медицинскую организацию, ответственную за рождение детей и планирование семьи. Выбрать ближайшую к дому женскую консультацию или частную клинику в центре? Прислушаться к совету знакомых или искать в Интернете?

Респондентки, выбравшие организацию по совету знакомых, полностью доверяли своему врачу. Но как быть тем, кто не может заручиться рекомендациями от друзей и родственников по данному вопросу?

При написании статьи мы обнаружили, что в Москве отсутствует единый открытый портал с рейтингом инфраструктур, ответственных за планирование семьи, и отзывами о них. На Портале открытых данных [10] представлен список всех женских консультаций Москвы, их графики

работы и адреса. Однако никаких отзывов на данном сайте оставлять нельзя, не говоря уже о рейтинге.

В Интернете можно найти несколько сайтов, где женщины оставляют свои отзывы о женских консультациях и планировании семьи. Но информация есть далеко не по всем организациям, а рейтинг не является всеохватывающим и носит довольно субъективный характер. Таким образом, было бы целесообразно создание государственного сайта со всей необходимой информацией, которая помогала бы женщинам принять взвешенное решение о выборе той или иной медицинской организации.

Подводя итоги, хочется отметить общий настрой интервьюируемых женщин. Они охотно делятся своим опытом, воспоминаниями, впечатлениями. *«Когда мама идет все-таки в женскую консультацию, для нее это же важный момент. Каждый приход — это же вес, сердце, — и для тебя это все самое главное. Мамы беременные — у них глаза на мокром месте. Там чуть что — сразу слезы, нервная система очень расшатанная. Как ваза хрустальная. Для мамы это все очень волнительно, трогательно. Каждый прием»* (ж, 31, 1). Этот опыт навсегда остается в памяти женщины и может как улучшить ее состояние во время беременности, добавить спокойствия, так и превратить девять месяцев ожидания в пытку и стресс от походок к врачу.

Библиография

1. Федеральный закон от 22.07.1993 № 5487-1 (ред. от 27.12.2009) «Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ (ред. от 06.04.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Государственная программа города Москвы на 2012–2020 гг. «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)».
4. 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. — 430 с. — (Труды факультета политических наук и социологии; Вып. 18).
5. Результаты реализации в 2013 г. Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012–2016 гг.) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». URL: http://old.mosgorzdrav.ru/mgz/komzdravsite.nsf/va_WebPages/page_prog_stolichZD?OpenDocument
6. Кочорова Л. В. Анализ удовлетворенности пациенток работой женских консультаций Санкт-Петербурга в системе обязательного медицинского страхования / Л. В. Кочорова, Б. Л. Цивьян // Ученые записки СПбГМУ им. Академика И. П. Павлова. — 2014. — Т. 21. — № 4. — С. 25–27.
7. Кужель А. М. Результаты пилотного социологического исследования уровня удовлетворенности граждан медицинской помощью в амбулаторных медицинских организациях для взрослых Санкт-Петербурга / А. М. Кужель,

- О. Б. Строгонова, В. Н. Поспелова, Н. В. Маркова // Менеджер здравоохранения. — 2013. — № 6. — С. 12–16.
8. Сакевич В. Аборты и контрацепция в России: есть ли различия между регионами? / В. Сакевич // Демоскоп Weekly. — 2014. — № 623–624. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2014/0623/reprod01.php>
 9. Светличная Т. Г. Оценка удовлетворенности медицинской помощью пациентов амбулаторно-поликлинических учреждений (по данным социологического опроса) / Т. Г. Светличная, О. А. Цыганова, А. В. Кудрявцев // Здравоохранение Российской Федерации. — 2010. — № 3. — С. 18–21.
 10. Портал открытых данных Правительства Москвы. URL: www.data.mos.ru/datasets/509
 11. Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по городу Москве. URL: http://moscow.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/moscow/ru/statistics/sphere/
 12. Федеральная служба государственной статистики. URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b14_50/Main.htm

*Л. Сахно
магистр 2-го года,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова*

ОТНОШЕНИЕ К РАСПРОСТРАНЕНИЮ ИНФОРМАЦИИ О МЕТОДАХ КОНТРАЦЕПЦИИ ПОСРЕДСТВОМ СМИ И ВВЕДЕНИЯ СПЕЦИАЛЬНОГО ПРЕДМЕТА В ШКОЛЕ

Контрацепция является важнейшим средством, позволяющим планировать рождение детей, защищать свое здоровье от инфекций и в целом контролировать свою репродуктивную жизнь. Каждый член общества должен осознать, что контрацепция — это не только предотвращение абортов, но и профилактика целого ряда заболеваний, в частности онкологических, а также заболеваний, передающихся половым путем.

Использование методов контрацепции подразумевает следующее: знание различных способов предохранения, отношение к ним и применение на практике. Соответственно, для предотвращения нежелательной беременности необходимо быть осведомленным в данном вопросе, а также с позитивным настроем относиться к контрацепции. К сожалению, до сих пор большинство людей плохо информированы о современных методах контрацепции. Это зачастую обусловлено тем фактом, что сведения о контрацептивах поступают не из научной литературы, не от медицинских специалистов, а от друзей и знакомых, которые, в зависимости от своих предпочтений, могут преувеличить или, наоборот, умалить те или иные качества контрацепции.

Таким образом, информация о способах контрацепции оказывает влияние на формирование отношения и принятие женщиной решений об их применении.

Данная статья посвящена изучению отношения к контрацепции современных женщин, исследованию их мнений по поводу распространения информации о ней в СМИ, а также посредством введения специального предмета в школах, посвященного вопросам сексуального воспитания; выяснению возраста, соответствующему началу такого образовательного курса. Данный анализ по большей части будет построен в соответствии с основной задачей, а именно: выяснить, коррелирует или нет факт наличия детей с отношением к данному интимному вопросу.

Чтобы разобраться в том, что думают женщины по поводу информации о контрацепции, ее распространении и применении, им было предложено ответить на два вопроса.

Вопрос: Должна ли информация о контрацепции распространяться по телевидению или радио?

Согласно результатам проведенного исследования, большинство респондентов считают, что информация о методах контрацепции должна транслироваться через СМИ. На данный вопрос позитивно отреагировали и женщины, у которых есть дети, и те, у кого их нет. Однако стоит отметить, что положительный ответ сопровождался некоторыми поправками и комментариями: например, уточнялся возраст, с которого стоит обсуждать контрацепцию, а также предлагались различные варианты мест распространения информации.

«Должна, я считаю, и лекции им должны читать, и на сайтах, и в брошюрах, и по телевидению. Это должно быть все» (ж, 40, 2).

«...допустим, в десятых-одиннадцатых... э (некоторая пауза. — Авт.)... то, наверное, «да», я бы сказала. И то, наверное, это должно быть какое-то очень поверхностное обучение... Не знаю, ну, наверно, нужен такой урок. Да» (ж, 32, 2).

«Я считаю, что должна, но, может, 8–9-й класс, не раньше. По радио и телевидению — ну, молодежь вся в Интернете сидит, в социальных сетях. Мне кажется, Youtube будет эффективнее в этом случае (смеется)» (ж, 41, 1).

«...не считаю необходимым, чтобы об этом знали дети младшего дошкольного возраста. Ну, в общем, это должно быть в меру, да, на определенных каналах, на определенных радио... не знаю» (ж, 31, 1).

Можно подчеркнуть тот факт, что женщины, которые делали аборт, среди главных причин в поддержку распространения информации о методах контрацепции упоминали именно о нем. То есть говорили о контрацепции как о способе предотвращения этой медицинской процедуры.

«...я считаю, что да, потому что оградит от ранних абортотв и всего такого» (ж, 43, 2).

«Методы контрацепции должны распространяться по радио и телевидению. Должны преподаваться в школе. Я считаю, что в школе, мало того, что родители должны на эту тему разговаривать, в школе должен быть какой-то предмет... пусть он будет раз в месяц, но чтоб об этом говорили... чтобы поменьше абортотв и этих проблем» (ж, 34, 0).

«...было бы хорошо, если наша система образования показывала бы женщине, что такое аборт... Молодому поколению нужно объяснять, что такое аборт. Когда ты родишь ребенка, ты будешь сожалеть о том, что ты сделала до этого» (ж, 34, 2).

Соответственно, чтобы избежать ошибок или снизить количество абортотв в России, необходимо ввести в школах краткий курс об основах половой жизни.

Однако есть и те, кто выступает категорически против такого заявления, считая, что массовое распространение такой информации ни к чему.

«...не очень принимаю, потому что по телевизору и дети смотрят, всему свое время. Они и так рано или поздно это узнают, а вот на всю... не надо» (ж, 40, 1).

«Нет, не считаю. Потому что это может привести... и это приводит к разврату» (ж, 40, 4).

«Ну, в общем, я бы в целом сказала «нет», потому что смотрят телевизор дети. И так у нас сейчас включишь канал ГНТ, там, кроме как про секс, вообще ничего нет. Там все программы и все фильмы — все только про одно. Поэтому я бы сказала, что нет» (ж, 32, 2).

Некоторые женщины в своих ответах указывали на то, что вопросы контрацепции носят интимный характер и, более того, обладают медицинской спецификой, поэтому должны обсуждаться в специализированных учреждениях, с компетентными в данной теме людьми.

«...все-таки, это медицинский аспект, и при медицинских учреждениях должны быть специальные школы и курсы для населения, где девушки могут прийти и все узнать и задать интересующие вопросы» (ж, 34, 2).

«...это достаточно узкая специализация, и это должно производиться именно в специализированных учреждениях» (ж, 34, 2).

«...мне кажется, это нужно обсуждать с врачом» (ж, 35, 2).

«Я считаю, что девочки должны получать такую информацию точно не по телевизору и не по радио» (ж, 35, 1).

Таким образом, мы видим, что чуть больше половины женщин приветствуют процесс популяризации контрацепции, хотя и с некоторыми оговорками. Другая же часть ответивших не считают нужным проведение мер по распространению данной информации.

Возможно, такая негативная реакция связана со строгим воспитанием респонденток, осуждением или запретом на всякое упоминание о контрацепции. Ведь не секрет, что в период СССР в стране была низкая сексуальная культура; в те годы Минздрав руководствовался в своей деятельности по предостережению от нежелательной беременности двумя основными аргументами:

- внедрение таблеток ничего хорошего не даст;
- оральную контрацепцию мы не запрещали — и специально разрешать ее нужды нет.

Так оральная контрацепция осталась за рамками закона. Кроме того, первые противозачаточные таблетки, появившиеся в Советском Союзе в 1970-е гг., содержали большое количество гормонов, что обусловило реакцию со стороны Минздрава запретить врачам назначать их в качестве метода контрацепции. Может быть, именно поэтому этот класс препаратов остается не столь популярным среди женщин, как, например, презервативы, и вызывает опасения.

Вопрос: Как вы относитесь к преподаванию основ семейной и сексуальной жизни в школах?

Это был следующий вопрос, на который должны были ответить респонденты. Он также отражал мнение опрашиваемых по поводу распространения сведений о контрацепции. Как и в отношении предыдущего вопроса о СМИ, точки зрения на этот счет разделились, однако подавляющее число женщин согласилось бы с таким нововведением. Большинство из них заявили о важности и необходимости такого предмета в школе, начиная со старших классов.

«В школах — да, я согласна. Вот даже когда я училась, у нас был такой урок, этика, что ли, сейчас даже не помню. И вот нам рассказывали про гигиену, как и что, умываться, девочкам за собой ухаживать. Мне кажется, это очень важно. Я считаю, что вот в школе надо это рассказывать, доносить до детей это все. Я считаю, что в школе это необходимо» (ж, 40, 2).

«Хороший предмет. Да. Уже это можно все преподавать класса с восьмого» (ж, 40, 2).

«Я думаю, что-то вроде этого должно быть. Да, потому что, к примеру, в моей школе такого не было, и я ощущаю какой-то недостаток этого, потому что, скажем, в семье об этом также не принято было говорить» (ж, 31, 1).

«В 9–11-х классах да, когда начинается анатомия человека. В рамках этого предмета разговор о контрацепции уместен» (ж, 35, 2).

Некоторые в своих ответах делали акцент на преподавании именно семейных основ, а не на сексуальном воспитании. При этом уточняя, что они бы хотели, чтоб детям прививались ценности традиционной семьи, отношений, соответствующих общепринятым моральным нормам.

«...на этом предмете мне бы все-таки не хотелось, чтоб моему ребенку рассказывали об однополых браках и преподавали, что это абсолютно нормально» (ж, 35, 2).

«...если вот не брать в рассмотрение Европу, к тому, что там сейчас происходит, я положительно отношусь. Но именно к традиционным методам» (ж, 28, 1).

В целом отношение к предложению преподавания в школах такого предмета, как «Основы семейной и сексуальной жизни», позитивное. Лишь небольшая часть выступила против, аргументируя это либо возрастом (дети все равно не поймут), либо отсутствием компетентных лиц, которые смогут правильно донести информацию.

«...потому что у нас нет людей, которые могли бы это правильно преподнести... Я пока не вижу в нашем обществе возможности преподавать правильно это все» (ж, 39, 1).

Таким образом, наблюдается явное желание мам, чтобы их детей обучали основополагающим вопросам семейной жизни, а также ключевым вопросам контрацепции. Этот факт также подтверждается экспертным мнением: «Родители предпочитают видеть в школах программы, кото-

рые направлены на целомудрие детей, призывают их к воздержанию от сексуальной активности до брака, пропагандируют моральные нормы и принципы ответственного отношения к супружеской жизни» [2].

Если рассматривать поколение родителей (в данном случае опрашиваемых женщин), то опять же можно отметить, что в их школьном возрасте почти не уделялось внимание данной теме, о ней стеснялись и боялись говорить. Более того, в учебнике (1984 г. издания), по которому обучались советские школьники, отсутствовал раздел о строении женских и мужских половых органов. Для советских детей оставался неосвоенным вопрос оплодотворения яйцеклетки. Безусловно, это накладывает отпечаток на современные взгляды мам на вопросы сексуального воспитания их детей.

Сегодня по-прежнему не существует единой концепции сексуального образования подростков. В силу сокращения количества учебных часов у учителей просто не хватает времени рассказать о данной теме в рамках уроков анатомии. Однако есть школы, которые рассматривают эти вопросы на факультативных занятиях в курсе валеологии, т.е. науки о здоровом образе жизни.

Как показывает практика, Россия далеко отстает от Европы в плане сексуального образования. По данным исследования Российской академии образования, такой предмет, как «Основы контрацепции, этики и психологии семейной жизни», преподается школьникам: в Швеции — с 1942 г., в Чехии — с 1960 г., в Японии — с 1964 г., в Польше — с 1973 г., в России это официально не разрешено. Хотя попытки введения предмета полового воспитания предпринимались. В последний раз подобная программа разрабатывалась в конце 1990-х гг. совместно с ООН и ЮНЕСКО. Однако участники проекта сами совершили ошибку: российские социологи составили анкеты для учителей, родителей и школьников, непривычно слишком откровенные. И после начала анкетирования против полового воспитания восстала часть общественности, не готовая к внедрению такого рода программ.

Вопрос: А стоит ли вообще обучать подростков основам семейной и сексуальной жизни?

Вопрос, который до сих пор вызывает массу дискуссий среди родителей, учителей, ученых, чиновников Министерства образования.

Так, например, кандидат психологических наук, действительный член Академии педагогических и социальных наук в своем интервью говорит: «Школьникам просто необходимо рассказывать о ряде вопросов, связанных с сексуальной жизнью, по нескольким причинам. Сексуальная жизнь связана не только с нравственностью, но и со здоровьем. В России, по оценкам экспертов, более 1 миллиона больных СПИДом из 140 миллионов населения (по состоянию на 2009 г.), и ситуация в этом плане весьма печальная — статистика роста числа ВИЧ-инфицированных, больных сифилисом и другими передаваемыми половым путем заболеваниями

пугающая. И это ни для кого не секрет. Большая проблема также аборт. И ничего хорошего, конечно, нет в незапланированных беременностях, особенно ранних. Подобные проблемы нашего общества отчасти объясняются сложившейся ситуацией в области полового просвещения. С одной стороны, тема секса все еще является табу для школы и в какой-то степени для семьи. С другой стороны, нет ничего проще, чем отыскать в Интернете порнографию — даже ребенку» [3].

Другой небезызвестный политический деятель, бывший уполномоченный при Президенте РФ по правам ребенка П. Астахов, крайне негативно относился к такой инициативе. По его мнению, преждевременно и некорректно преподнесенная детям информация об интимных сторонах жизни человека может принять форму пропаганды разврата, беспорядочного образа жизни и причинить существенный вред физическому, нравственному и психическому здоровью детей, сделать их более уязвимыми для посягательств на их половую неприкосновенность. Для предупреждения сексуального растления несовершеннолетних он считает важным возобновить преподавание в школах предмета «Этика и психология семейной жизни».

Таким образом, мы видим, что вопрос о введении подобного предмета до сих пор остается спорным. С одной стороны, сексуальное образование необходимо потому, что, не получив ясной и достоверной информации от компетентных лиц по данной теме, дети восполняют недостающие знания из других источников, которые могут не соответствовать действительности. В этой связи государственная программа сексуального образования, основывающаяся на научной, медицинской базе, является необходимой.

С другой стороны, попытки ввести половое образование в начальных классах расцениваются как растление малолетних. По словам эксперта, «для нашей страны подобное всестороннее половое просвещение детей недопустимо, так как противоречит культурным традициям народов России, основам отечественной педагогики и возрастной психологии ребенка, более того, оно несовместимо со взглядами традиционных конфессий на семью и на воспитание детей» [2].

Рекомендации по проведению уроков сексуального образования

- Как отмечает часть специалистов, предмет должен носить другое, более корректное название, поскольку термины «половое воспитание», «сексуальное просвещение» могут вызвать у ряда подростков или, скорее, у их родителей отторжение.
- «Рассеянное» обучение предмету. То есть освещение вопросов пола в процессе преподавания разных предметов (прежде всего биологии). Например, в курсе химии можно рассказать о действии химических контрацептивов, географии — о брачных обычаях различных народов, истории — об изменении положения женщины

в обществе, при изучении литературы вполне уместно обсудить этическую сторону отношений мужчины и женщины. Разговор обязательно должен касаться не только биологической сферы, но и всего, что связано с этикой и психологией взаимоотношений полов.

- Привлечение людей, непосредственно столкнувшихся с одной из проблем, обсуждаемых в программе курса. Приглашенный гость делится опытом, рассказывает о том, как это происходит в жизни.
- Организация мероприятий, способствующих половому воспитанию: организация консультаций в Центре планирования семьи, знакомство со школьным психологом или социальным работником школы, которые также проводят лекции о здоровом образе жизни, о средствах предупреждения нежелательной беременности.

В качестве методов обучения можно выделить два ключевых:

- 1) метод ориентирующего общения (так называемая подготовительная фаза). Всем известно, что человек формируется в общении, т.е. посредством коммуникаций. К способам ориентирующего общения относятся: беседы; разъяснения в процессе общения, в виде ответа на вопрос; обсуждение различных ситуаций; лекции;
- 2) метод воспитывающего общения. Здесь основополагающими факторами являются те чувства, которые возникают у человека при взаимодействии с другими в процессе общения. Именно они могут сформировать желательные и нежелательные эмоции. К инструментам метода воспитывающего общения относят прием положительных образцов пологолевого поведения и приемы одобрения и неодобрения, но они опосредованы и действуют лишь только потому, что вызывают определенные эмоции. Поэтому так важен индивидуальный подход, правильный выбор средств воздействия, одобрения или порицания.

В заключение приведем несколько выводов.

1. Подавляющее большинство женщин репродуктивного возраста поддерживают концепцию полового воспитания в школе.
2. С распространением информации о способах предохранения по радио и телевидению согласно чуть больше половины женщин. Остальная часть считает, что данный вопрос должен освещаться индивидуально, путем посещения психологов, которые смогли бы в индивидуальном порядке объяснить ребенку основы сексуальной жизни, все риски незащищенного полового акта (аборт, заболевания, передающиеся половым путем).
3. Возраст, в котором лучше всего начинать изучать вопросы сексуального поведения и репродуктивного здоровья, обозначен респондентками в интервале 14–15 лет, т.е. по достижении старших классов.

4. Те, кто выразился против проведения таких уроков, аргументировали свою позицию следующим образом:
 - а) школьные преподаватели недостаточно обучены для проведения таких занятий;
 - б) отсутствуют специалисты, которые могли бы правильно преподнести информацию;
 - в) половое воспитание будет выступать стимулом раннего начала половой жизни.
5. Исследование показало, что наличие детей у женщин кардинальным образом не влияет на их ответы; единственное, можно отметить тот факт, что респондентки без детей отвечали на поставленные вопросы более уверенно, без каких-либо сомнений.

Особо хотелось бы отметить, что большинство опрошенных проявили интерес к такому предмету, как «Основы семейной жизни», в рамках которого детей обучают целомудрию, рассказывают о роли семьи и прививают семейные ценности. В свою очередь, это свидетельствует об усилении такой тенденции, как переложение воспитательных функций семьи на образовательные учреждения. Ведь, по сути, социализация и подготовка детей к взрослой жизни являются приоритетными задачами родителей.

Следует отметить, что это явление уже нашло отражение среди решений политических деятелей. Так, Комиссия Общественной палаты РФ по развитию науки и образования 26 мая 2015 г. обсуждала введение в школьную программу нового предмета «Нравственные основы семейной жизни». Предложение исходило от председателя патриаршей комиссии по вопросам семьи протоиерея Димитрия. Согласно его заявлению, «этот курс адресован старшеклассникам (10–11-й классы), поскольку они скоро покинут стены школы, и нужно подготовить их к созданию семьи. Это не просто предмет, а образовательный проект, который направлен на изменение отношения к семье во всем обществе» [2].

Библиография

1. Стандарты сексуального образования в Европе. Европейское региональное бюро ВОЗ. Федеральный центр просвещения в сфере здравоохранения. ФЦПСЗ. — Кельн, 2010.
2. Правда.ру «Эксперт: Попытки ввести уроки полового воспитания, особенно в начальной школе, — настоящее растрепание», интервью 02.03.2015. URL: http://www.pravda.ru/news/expert/02-03-2015/1250703-Lubov_Kachesova-0/
3. РИА «Новости», Борис Шапиро: тема секса остается табу для российской школы, интервью 23.11.2009. URL: <http://ria.ru/education/20091123/195073304.html>
4. URL: <http://bogdan-63.livejournal.com/2944367.html>

*М. Трифонов, Н. Бекенов
магистры 2-го года,
экономический факультет
МГУ имени М. В. Ломоносова*

РОЛЬ МУЖЧИНЫ В ПРИНЯТИИ РЕПРОДУКТИВНЫХ РЕШЕНИЙ СЕМЬИ

Введение

Данная статья проливает свет на следующие темы: участие мужчины в принятии решений внутри семьи, мнение о количестве детей в семье и их согласованность с мнением партнера, умышленное воздействие на репродуктивное поведение партнера, вопросы контрацепции, распределение обязанностей в семье.

В статье анализировались результаты опроса 60 жителей г. Москвы, который был проведен студентами 1-го курса магистратуры экономического факультета МГУ им. М. В. Ломоносова, по поводу репродуктивного поведения и планирования семьи, однако только 35 респондентов смогли дать необходимые для исследования ответы. Респонденты выбирались по признаку пола, так, интервьюеры мужского пола опрашивали только мужчин, а женщины — женщин.

Исследование было разделено на несколько блоков: общие данные о респонденте, ценности и установки, репродуктивные намерения и их мотивация, жизненные и репродуктивные циклы, роль мужчины в принятии репродуктивных решений семьи, а также опыт общения с инфраструктурами.

Исследования на тему принятия решений в семье не новы. К этой проблеме обращалось большое количество ученых и исследователей, была организована не одна конференция. Наиболее известное обсуждение проблемы принятия решений происходило на Венской конференции в декабре 2010 г., которая называлась «От намерения к поведению: принятие репродуктивных решений в макро- и микроперспективе». К этой проблеме также обращались О. Г. Исупова, ведущая рубрику «Гендер и репродуктивные решения» на образовательном портале demoscope.ru, В. И. Сакевич, изучавшая проблему аборт в мире. Существует теория планируемого поведения, согласно которой человек, опираясь на рациональные мотивы, строит идеальную схему принятия решений при планировании, в том числе рождения детей. Однако в своей статье

У. Миллер подверг критике данную теорию, ссылаясь на то, что зачастую решения имеют спонтанный характер [1]. Поэтому, несмотря ни на что, у каждого человека могут наблюдаться отклонения от запланированного поведения. «Само человеческое поведение спонтанно, не подвержено четким каузальным (причинно-следственным) зависимостям, в нем трудно выделить четкие стадии формирования намерений, затем переходящих в поведение» [1]. И ведь реальность (результаты многих исследований, в том числе РИДМИЖ), действительно, показывает, что очень «часто те, кто заявляет о своем намерении родить в ближайшее время ребенка, этого не делает, и наоборот. Если где-то в этой схеме и есть место рациональности, то это скорее рационализация постфактум, когда человек уже после совершения поступка сам себе объясняет мотивы и причины своего поведения. Поскольку людям нравится считать себя рациональными» [2].

1. Мужчины

Одной из важных проблем, рано или поздно встающих перед каждой семьей и носящих универсальный характер, является проблема планирования семьи. Эта проблема актуальна и для общества в целом.

В настоящее время складывается несколько иная ситуация с деторождением, чем даже в середине XX в., многие семейные пары не хотят иметь детей, другие решаются на рождение ребенка в более позднем возрасте, чем это было ранее, увеличивается доля неполных семей, т.е. родителей-одиночек. Не все семьи планируют рождение ребенка, велик процент незапланированных беременностей. Поэтому на данный аспект следует обратить особое внимание.

Необходимо отметить важность осознанного информированного участия обоих супругов в планировании семьи, как на этапе планирования беременности, так и при выборе эффективных методов контрацепции для предупреждения незапланированной беременности.

Активное участие отца в планировании беременности очень важно для супружеской пары. Необходимо также отметить важность совместной ответственности за зачатие и рождение здорового и желанного ребенка.

Понимая это, все больше молодых отцов вместе со своими любимыми женщинами проходят через беременность и роды. Сейчас существует множество программ, основанных на подготовке родительских пар к рождению ребенка, все чаще говорят о том, что участие (не стороннее наблюдение, а именно активное участие) отца в процессе родов благотворно влияет и на укрепление отношений между супругами, и на появление отцовских чувств к малышу.

Опрошенные мужчины принадлежат к возрастной группе 30–50 лет. Все они женаты и имеют минимум одного ребенка.

Во время проведения интервью респондентам были заданы следующие вопросы, направленные на изучения роли мужчины в принятии репродуктивных решений семьи:

- Вы участвовали в принятии решения о рождении (последнего, «вот этого») ребенка? Или вопрос о том, быть или не быть, решает жена/подруга?
- Какое оптимальное количество детей в семье вы видите? Согласен ли с вами партнер в вопросе о количестве детей, которых вы хотите?
- Почему вы (не) хотите следующего ребенка?
- Как в вашей семье принимаются решения о количестве детей и времени их рождения?
- Считается ли супруга/жена/подруга с вашими решениями?
- Давили ли вы когда-нибудь на своего партнера или использовали уловки, чтобы склонить его в пользу идеи завести еще одного ребенка? Приведите пример.
- Заставляли ли вы свою жену/подругу забеременеть или, напротив, сделать аборт? Заставляли вы когда-нибудь жену/подругу забеременеть?
- Есть еще дети (от других браков)?
- Готовы ли вы прожить с женой/подругой, не имея детей, всю жизнь?
- Если вы с женой/подругой зачали незапланированного ребенка, решите ли вы его оставить?
- Используете ли вы методы контрацепции для мужчин?
- Осведомлены ли вы о контрацепции жены? Что она использует? Всегда одно и то же?
- Обсуждаете ли вы вопросы контрацепции?
- Какие факторы могут повлиять на ваше решение завести еще одного ребенка?
- Ведете ли вы здоровый образ жизни, не пьете, не курите, посещаете тренажерный зал или ходите на спортивную секцию?
- Сколько часов длится ваш рабочий день?
- Как распределены ваши домашние обязанности? Помогаете ли вы по хозяйству? С детьми? Как?
- Зарабатываете ли вы достаточно, чтобы обеспечить еще одного ребенка?
- Если у вас появится одновременно большая сумма денег, на что вы ее потратите?

Ответы респондентов на эти вопросы и их линии жизни позволяют провести сравнительный анализ того, какую роль они играют при планировании семьи.

Перейдем к более подробному анализу каждой группы мужчин-респондентов.

Группа 1

Группа 1 опрашивалась Н. Бекеновым. В ней четыре респондента (линии жизни представлены в табл. 1).

Первый респондент — мужчина в возрасте 35 лет, он женат, проживает с супругой, двумя детьми и мамой, работает.

Данный респондент на вопрос: «Вы участвовали в принятии решения о рождении ребенка?» — ответил утвердительно: *«Да, участвовал»*. В данном случае желания супругов иметь ребенка совпадали: *«Мы оба хотели завести ребенка»*. Респондент планирует завести еще одного ребенка, и его супруга согласна с ним: *«Ну, она вроде бы тоже не против»*. Стоит отметить, что в данной семье нет определенного способа принятия решения по количеству детей и времени их рождения. Скорее супруги оба чувствуют, когда их *«семейное благополучие, финансовое положение и эмоциональная обстановка»* позволят иметь детей, к тому же респондент отрицательно относится к абортам. Он зарабатывает достаточно, чтобы обеспечить еще одного ребенка. Таким образом, в случае незапланированной беременности респондент готов оставить ребенка.

Второй респондент — мужчина в возрасте 31 года, женат, проживает с супругой и двумя детьми, работает.

У него вопрос: «Вы участвовали в принятии решения о рождении ребенка?» — вызвал непонимание. По его мнению, если ребенок родился, то *«в самом главном я поучаствовал»*. На последующий вопрос: «Когда ваша супруга забеременела, вы вместе приняли решение оставить ребенка?» — ответ был: *«Перед нами такого вопроса не стояло. Мы были рады, и все»*. В данной семье не планируют заводить еще детей. *«Нас все устраивает. Мы согласны с женой, что двое — это для нас оптимум»*. И хотя в финансовом плане они могут позволить себе завести еще одного ребенка, респондент опасается, как это скажется на здоровье его супруги. Поэтому на вопрос: «Если вы зачали незапланированного ребенка, решите ли вы его оставить?» — ответ был: *«Надо будет посоветоваться с врачом в первую очередь, как это скажется на здоровье жены»*. Не исключает возможность аборта в случае, если это будет угрожать здоровью его жены, хотя в целом имеет негативное отношение к абортам.

Третий респондент — мужчина в возрасте 33 лет, женат, проживает с супругой и двумя детьми, оба супруга работают, до 15 лет жил в Казахстане.

Он участвовал в решении о рождении ребенка: *«Сразу решили, что ребенку быть»*. Супруги планируют завести еще одного ребенка: *«Мы с женой мечтаем о троих, но это зависит от наших финансовых возможностей»*. На вопрос, как в его семье принимаются решения о количестве детей и времени их рождения, респондент ответил, что о последних двух беременностях он узнал от жены по факту. *«Думаю, третьего будем планировать»*. Такие факторы, как финансовое состояние семьи, состояние

здоровья, также могут повлиять на решение супругов завести еще одного ребенка. «Если не будет никаких причин делать аборт, то, конечно, оставим», — так ответил респондент на вопрос о решении оставить незапланированного ребенка.

Четвертый респондент ответил, что «этот ребенок желанный», поэтому вопрос о решении, оставить или нет ребенка, перед ними не вставал. Для данной семьи нет оптимального количества детей: «Сколько позволит здоровье и материальное положение». Поэтому в отношении незапланированного ребенка им необходимо будет посоветоваться с врачом, «как это скажется на здоровье жены».

Таблица 1

Линии жизни респондентов первой группы

№ респондента	В	М	О	У	П ₁ ^Н	S ₁	К	П ₁ ^К	Т	Ф	Б ₁ ^Н	Д ₁	Д ₂
1	35	23	23	—	18	18	18	18	22	23	25	27	30
2	31	22	22	18	20	20	20	—	21	22	25	25	28
3	33		22	22	18	18	18	19	22	22	25	25	30
4	32		22	18	21	17	17	21	20	24	22	25	27

Примечание:

В — возраст;

М — возраст переезда в другой город (миграция);

О — дата окончания обучения, возраст;

У — возраст ухода из родительского дома;

П₁^Н — возраст начала отношений с первым партнером (более трех месяцев);

П₁^К — возраст окончания отношений с первым партнером;

S₁ — возраст вступления в половые отношения;

К — возраст, в котором начал использовать контрацепцию;

Т — возраст, в котором начал работать;

Ф — возраст наступления финансовой независимости;

Б₁^Н — возраст вступления в первый брак;

Д₁ — возраст рождения первого ребенка;

Д₂ — возраст рождения второго ребенка.

Отметим, что никто из респондентов не заставлял своего партнера забеременеть. На вопрос: «Считается ли супруга с вашими решениями?» — все респонденты ответили утвердительно. Маловероятно, что кому-нибудь из респондентов мужское самолюбие позволит ответить отрицательно на данный вопрос.

По ответам респондентов можно сделать вывод, что основной причиной использования контрацепции является то, что она позволяет родить ребенка в лучшее для пары время.

Супруга первого респондента не использует контрацепцию, во всяком случае, он об этом не осведомлен, вместо этого респондент сам пользу-

ется мужской контрацепцией — презервативами. Женскую контрацепцию он не считает вредной для здоровья.

Жена второго респондента также не использует контрацепцию. Респондент использует презервативы. Вопрос контрацепции супругами не обсуждался.

Супруга третьего респондента *«поставила себе спираль. Если решим завести еще одного ребенка, то удалим ее»*. Некоторые виды контрацепции респондент считает вредными. Так, женские противозачаточные таблетки, по его мнению, могут привести к гормональным сбоям.

Четвертый респондент на данный момент использует презервативы как основной метод контрацепции, ранее его супруга использовала таблетки.

Среди опрошенных вазэктомия является непопулярным методом мужской контрацепции.

Не менее важным для анализа репродуктивных решений респондентов являются установки и ценности опрашиваемого.

Ответ первого респондента на вопрос, что для него значит ребенок, был следующим: *«Ребенок — это, наверное, основная миссия каждого человека — оставить после себя потомство. И не только человека и любого животного и растения»*.

На аналогичный вопрос второй респондент ответил: *«Ну, это цель жизни человека, продолжение рода, то, ради чего стоит жить»*.

Третий респондент дал весьма короткий, но цельный ответ: *«Ребенок — будущее. Мать — воспитание, любовь. Семья — ячейка общества. Отец — добытчик»*.

Ответ четвертого респондента на этот вопрос анкеты был следующим: *«Ребенок — продолжение, мать — душа, семья — родные, отец — защита»*.

По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), репродуктивное здоровье — это важнейшая составляющая общего здоровья человека. Оно подразумевает состояние полного физического, умственного и социального благополучия, характеризующее способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем, гарантию безопасности беременности, родов, выживание и здоровье ребенка, благополучие матери, возможность планирования следующих беременностей, в том числе и предупреждение нежелательных.

Состояние репродуктивного здоровья во многом определяется образом жизни человека, ответственным отношением к своему здоровью. По этой причине в анкету был включен вопрос: *«Ведете ли вы здоровый образ жизни, не пьете, не курите, посещаете тренажерный зал или ходите в спортивную секцию?»*

На данный вопрос первый респондент ответил: *«Не пью. Иногда курю. Посещаю тренажерный зал»*.

Ответ второго респондента: *«Курю, пью только по особым случаям. Иногда занимаюсь».*

«Не пью, не курю. Недавно начал посещать тренажерный зал после долгого интервала», — так ответил на данный вопрос третий респондент.

Четвертый респондент ответил следующим образом: *«Не курим, употребляем алкоголь в умеренных количествах, занимаемся спортом».*

Немаловажным для принятия и реализации репродуктивных решений является распределение домашних обязанностей в семье. Стоит отметить, что у всех респондентов минимальный возраст ребенка три года и жены работают. Это предполагает наличие помощи со стороны мужа, так как жена не находится в отпуске по уходу за детьми.

На вопрос: *«Как распределены ваши домашние обязанности?»* — первый респондент ответил так: *«Мусор выношу, с детьми гуляю».*

Ответ второго респондента: *«По хозяйству, ну, тяжелое что-нибудь перетасить или ремонт сделать».*

Третий респондент сказал: *«Я отвечаю за чистоту ковров и за то, чтобы в доме вся мебель была целой, а техника работала».*

Ответ четвертого респондента: *«По вечерам, после работы, развлекаю детей, пока жена убирается».*

Группа 2

Группа 2 опрашивалась М. Трифионовым. В группе пять респондентов (линии жизни представлены в табл. 2).

Первый респондент оказался человеком со сложной судьбой. В раннем возрасте у него умерла мать, а в 15 лет его бросил отец. Данный респондент воспитывал себя сам и рано начал зарабатывать себе на жизнь. Всего у него было два постоянных партнера и два брака. Притом все они произошли примерно в один период, когда опрашиваемому был 20–21 год. Респондент планировал появление ребенка и участвовал в принятии решения о его появлении на свет. Вопрос о рождении обсуждался совместно. Ответ на многие вопросы был лаконичен и ограничивался: *«Да, конечно».* Для респондента было предпочтительно иметь троих детей, однако он не знал точно, желала ли этого его жена. Указывая на свой возраст (48 лет), отмечал, что больше детей у него не будет. Никогда респондент не пытался давить на свою супругу с целью увеличения числа детей. Обсуждал с ней вопросы контрацепции. Распределение обязанностей по дому он комментировал следующим образом: *«Конкретных обязанностей нет ни у кого».* На вопрос о появлении большой суммы денег ответил следующим образом: *«Наверное, я бы инвестировал во что-либо».*

Второй респондент оказался большим любителем детей. Оптимально для него пять-шесть. Процесс принятия решений о количестве детей в семье комментирует так: *«Совместно. Ну, у нас примерные планы есть,*

через сколько следующий. Я спрашиваю, ну что, ПОРА? ПОРА! Ну и вперед! (смеется). Не так, конечно, происходит, но аналогичная ситуация». Респондент не является большим поклонником методов мужской контрацепции: «Я вот говорил, два метода, таблетки, свечи. Презервативы редко».

Таблица 2

Линии жизни респондентов второй группы, лет

№ респондента	В	М	О	У	П ₁ ^н	S ₁	К	П ₁ ^к	Т	Ф	Б ₁ ^н	Д ₁	Д ₂	Б ₁ ^к	Б ₂ ^н
1	48	21	37	15	20	20	20	20	15	15	20	21		20	21
2	39		22	18	26	19	19		18	18	26	27	28	29	30
3	45	10	24		22	22	29		23	23	23	23	31	23	
4	27	25	24	22	12	16	16	21	16	24	25	27			
5	28	14	23	16	18	15	15		21	22	23	26	27		

Примечание:

В — возраст;

М — возраст переезда в другой город (миграция);

О — дата окончания обучения, возраст;

У — возраст ухода из родительского дома;

П₁^н — возраст начала отношений с первым партнером (более трех месяцев);

П₁^к — возраст окончания отношений с первым партнером;

S₁ — возраст вступления в половые отношения;

К — возраст, в котором начал использовать контрацепцию;

Т — возраст, в котором начал работать;

Ф — возраст наступления финансовой независимости;

Б₁^н — возраст вступления в первый брак;

Б₁^к — возраст окончания первого брака;

Д₁ — возраст рождения первого ребенка

Д₂ — возраст рождения второго ребенка

Б₂^н — возраст начала второго брака.

Факторы, влияющие на решение о появлении еще одного ребенка, многообразны: «Ну, какие, есть желание, экономические факторы, чтобы было в стране спокойно, политические, социальные. Если что-то будет не так, мы пересмотрим наши желание зачать следующего ребенка. Кризисные какие-то явления могут повлиять на наше решение об отказе иметь следующих детей».

Респондент комментирует распределение обязанностей в семье следующим образом: «Жена сама с детьми сидит. Старшие дети помогают по дому. Моя главная обязанность — закупка продуктов. Но бывает, конечно, посуда, стирка, пол, но редко». На вопрос о возможности получения большой суммы отвечает, что будет расходовать средства на постройку дома: «На постройку дома. Второе — на детей и родителей. Какие-то предметы роскоши — точно исключено. Может, машину поменяем».

Третий респондент работает по ненормированному графику, не в полной мере следит за здоровьем, имеет двух детей. Из ответа респондента не совсем ясно, принимал ли он совместно с женой решение о рождении последнего ребенка: *«Ну как, тут получилось, и слава Богу»*. Принятие решений по поводу количества детей комментирует так: *«Никак специально не принимались»*. О себе говорит, что использует контрацепцию, уверен, что женой контрацепция не используется. На вопрос о том, какие факторы могли бы повлиять на решение о появлении еще одного ребенка, говорит так: *«Ну, сейчас уже, наверно, и никакие»* (возраст респондента 48 лет). Обязанности по дому распределены следующим образом: *«Убираем квартиру вместе. Есть стиральная машина, есть посудомоечная. Готовит жена»*. Потратить большую сумму планирует на дом: *«Ну, наверно, все-таки дом для семьи, да. У нас небольшая квартира. Поэтому скорее всего да»*.

Четвертый респондент достаточно молод (27 лет). У него есть один ребенок. Рождение планировалось заранее, чтобы родителям не было проблематично воспитывать и ухаживать за ребенком. Оптимальным респонденту кажется наличие трех детей, супруга с ним согласна. Еще одного ребенка респонденту хочется по следующей причине: *«Хочу, чтобы было нескучно встречать старость»*. Респондент никак не оказывал давления на супругу с целью зачать ребенка. Он также признался, что не готов жить с партнершей, не имея детей вовсе. Контрацепцией в паре пользуется только респондент. По его словам, следующие факторы могут поспособствовать решению о появлении еще одного ребенка в семье: *«Доход, наличие жилплощади, желание всех»*. Распределены обязанности в паре следующим образом: *«Готовлю, мою посуду, покупаю продукты, сижу с ребенком, когда жена моет голову»*.

Пятый респондент женат и имеет двоих маленьких детей, он достаточно молод — ему 28 лет. Решение о каждом ребенке принимал, обсуждая его с женой. Они мечтают примерно о трех детях. Респондент не применял никаких уловок для управления мнением жены. Про зачатие незапланированного ребенка и возможность его оставления: *«Зависит от ситуации, в каких обстоятельствах. Одно дело, если ты на Крайнем Севере и не знаешь, от кого он, другое дело, если ты в семье»*. Вопросы контрацепции обсуждали с женой и пробовали различные типы: *«Так, первое — волевые решения, второе — презервативы, третье — таблетки»*. Существует всего два фактора, которые могут повлиять на решение завести еще одного ребенка: *«Ну, экономические, политические»*. Обязанности по дому смещены в сторону жены. Касательно вопроса о том, куда следует потратить большую сумму денег, респондент отвечал, как и большинство опрошенных мужчин: *«На улучшение жилищных условий»*. Это можно объяснить тем, что семья расширяется и имеющихся условий жилья недостаточно.

2. Мужчины и женщины

Для того чтобы оценить общую картину, перейдем к рассмотрению ответов всех респондентов.

Принятие решений

Абсолютное большинство утверждало, что партнер участвовал в решении о рождении последнего ребенка (рис. 1). Респонденты отвечали следующим образом:

«Участвовал. Мы хотели завести ребенка».

«Ну, вместе, конечно» (о решении рожать).

Отрицательные ответы были в случаях, когда партнер был в командировке или не был готов к появлению ребенка:

«Да нет, мне кажется, как я изначально говорила, если Бог дал, то значит вот, как бы, надо это воплощать. Ну, вот после рождения двоих детей мне Бог больше не дает, поэтому...»

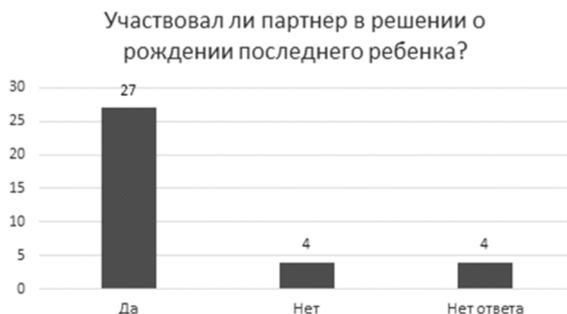


Рис. 1. Участие партнера в принятии решения о рождении (младшего) ребенка

«Нет, ну как-то, у нас не было такого разговора, это со вторым, а с первым не помню, но хотели двоих, вместе решали это».

«Не принимал, он был в шоке от первого».

«Ну, в идеале, конечно, должно быть это очень обоюдно, очень (акцент на этом слове) обоюдное решение. Но, как правило, так бывает, наверно, очень редко. Ну, или там в большинстве случаев... Наверно, женщина должна сама решать».

Респондентов также спрашивали о том, как в их семье принимаются решения о числе детей и времени их рождения. Подавляющее большинство респондентов (29) не дали ответа на этот вопрос. Среди тех, кто ответил на него, четверо решали вопрос о рождении детей совместно с партнером.

«Совместно. Ну у нас примерные планы есть, через сколько следующий. Я спрашиваю, ну что, ПОРА? ПОРА! Ну и вперед! (смеется). Не так, конечно, происходит, но аналогичная ситуация».

Еще два респондента-мужчины ответили, что никак не участвуют в принятии решения:

«Последние два раза было по факту. Я узнавал, когда это уже случилось. Думаю, третьего будем планировать».

Неожиданным результатом опроса оказались два положительных ответа на вопрос об использовании партнером мужского пола различных уловок, которые воздействовали на партнершу и подвигли ее на решение завести еще одного ребенка или, напротив, прервать беременность (рис. 2).

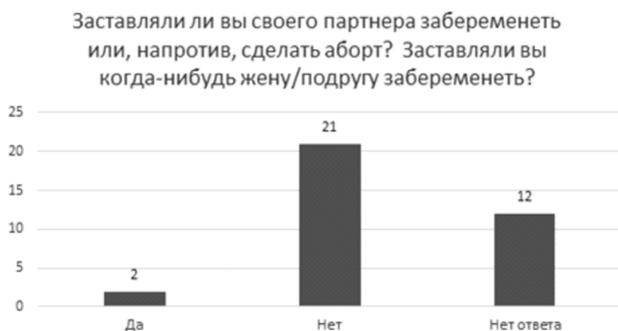


Рис. 2. Роль мужа/партнера в принятии решения родить ребенка или прервать беременность

«Да, оказывал воздействие. Ну, хотелось мне и второго ребенка родить. Но он посоветовал мне все-таки прервать беременность, поскольку у нас ребенок был маленький, я его кормила грудью и как-то не вовремя все это произошло. Он не был к этому готов» (об аборте).

«Да, это было со вторым ребенком на протяжении года. И это способствовало принятию решения, я поняла, что он не отстанет (смеется)» (о решении завести еще одного ребенка).

Большинство при ответе на данный вопрос отрицало наличие воздействия.

«Нет, нет. Все произошло естественным путем (смеется)».

«Уловок никаких не было, все было в согласии».

Установки

По результатам опроса четко видно, что зачастую пары отдают предпочтение двум детям в семье и имеют на этот счет согласованное мнение.

«Да, мы согласны с женой, что двое — это оптимум».

«Оптимально, наверно, все же двоих, но не сложилось. О возрасте сложно говорить, а длительность отношений — более года. Возраст — сложно сказать. До 30 он не думал о детях. Сначала у нас было так, что я хотела двоих детей, а муж одного, а потом у нас все поменялось. Оба перестроились».

Основным же предметом споров является наличие трех детей. Некоторые семьи не готовы находиться в окружении столь большого количества детей, другие же имеют на этот счет четкую позицию.

«Мы с женой мечтаем о троих, но это зависит от наших финансовых возможностей».

«Ну, не знаю, наверное, троих. Но здесь тоже очень многое зависит от здоровья, от достатка, от жилплощади. То есть я не готова ютиться с тремя детьми в двухкомнатной квартире. А Андрей (муж) хочет троих. Минимум. Ну вот пусть и зарабатывает. Ну, в целом — да. Мы с ним не обсуждали вопрос жилплощади, необходимой для детей, но я думаю, он тоже не готов жить впятером в какой-то крошке-квартире».

«Трое. Это его программа-минимум. У него другое восприятие. Он говорит, что гордится, когда идет рядом с детьми, ему нравится, когда они держат его за руки».

Отдельные респонденты предпочитают иметь пять-шесть детей в семье.

«Да, когда он мне сделал предложение, он сказал, что он хочет пятерых. Я говорю: о'кей, поехали (смеется), вот. Все, больше мы никак не согласовывали, не обсуждали».

Респонденты также отвечали на вопрос о вероятности сохранения их семьи в случае, если у них не будет детей в течение всей жизни.

На данный вопрос очень многие из них отвечали неоднозначно, так как не могли точно предсказать поведение своего партнера в такой ситуации. Большинство ответивших остались при мнении, что их партнер не сможет прожить с ними, не имея детей вовсе.

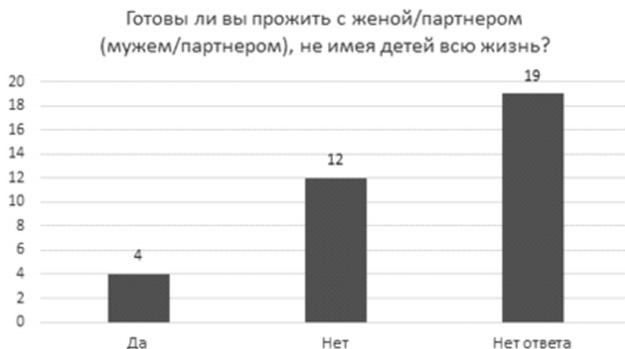


Рис. 3. Отношение к совместной жизни в отсутствие детей

«Я думаю, что да. И я. Мы считаем, что вот... мой партнер считает, что мои дети — это его дети, я считаю, что его дети — мои дети. У нас очень дружно. А если бы детей не было? Ну, мне кажется, это сложно сказать... Наверное, нам все равно хотелось бы иметь детей, несмотря на

возраст, очень бы хотелось, потому что ради кого-то надо жить, не ради себя, а ради детей».

«Я думаю, что да, готов (задумалась). Если бы не было ребенка... не знаю... не знаю, наверное... нет, наверное, не готова».

«Нет, не единственный. Есть люди, которые всю жизнь живут без детей. Если смысл их жизни не в детях, а в друг друге, в большей степени, тогда они всю жизнь живут вместе».

Не все респонденты ответили на вопрос о рождении ребенка в случае незапланированной беременности, но те, кто ответил (шесть респондентов), изъявляли волю оставить ребенка в семье. Ответы выглядели следующим образом:

«Надо будет посоветоваться с врачом в первую очередь, как это скажется на здоровье жены».

«Если не будет никаких причин (к примеру, связанных со здоровьем жены) делать аборт, то, конечно, оставим».

Как видно из ответов, респонденты изъявляли желание оставлять ребенка только в том случае, если это не повредит здоровью жены.

Многие респонденты не смогли ответить на вопрос о факторах, которые могут повлиять на решение о рождении еще одного ребенка. Однако из восьми ответивших на этот вопрос четверо навали первым фактором финансовую составляющую.

«Ну, какие, есть желание, экономические факторы, чтобы было в стране спокойно, политические, социальные. Если что-то будет не так, мы пересмотрим наши желание зачать следующего ребенка. Кризисные какие-то явления могут повлиять на наше решение об отказе иметь следующих детей».

«Семейное благополучие, финансовое положение, эмоциональная обстановка».

Те же респонденты, чей возраст был близок к 50 годам, отвечали, что детей не смогут завести и на них ничто не сможет повлиять.

«Даже не знаю. Мы уже точно решили, что не будем больше заводить детей».

«Ну, сейчас уже, наверно, и никакие».

Контрацепция

Все респонденты-мужчины (шесть человек), давшие ответ на вопрос об использовании ими мужской контрацепции, ответили на него положительно.

Вопрос по поводу использования женских методов контрацепции задавался мужчинам и женщинам в разной форме: мужчин спрашивали о том, знает ли он, каким методом пользуется его жена/подруга; женщин — о том, знает ли муж, каким методом она пользуется.

В вопросе о женской контрацепции лишь немногие не знали, пользуется ли респондент или его жена/подруга каким-либо методом женской контрацепции (рис. 4).

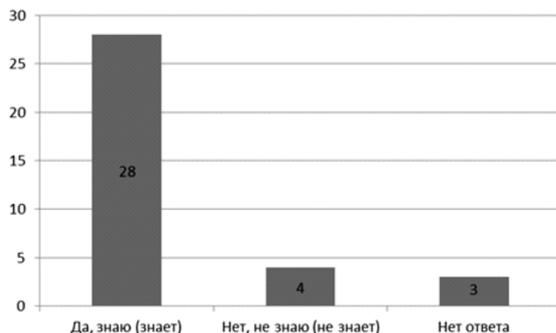


Рис. 4. Информированность респондентов и их партнеров об использовании женских методов контрацепции в их паре

Но лишь немногие мужчины смогли точно дать ответ, какой из способов использует партнер; точно так же немногие женщины отметили, что их муж/партнер знает, какой метод они используют (и используют ли).

«Только спираль. Мы категорически против противозачаточных таблеток».

«Думаю, нет (смеется). Ну только про спираль знает, что у меня она стоит».

«Ну, он знает, что я пью таблетки. Думаю, что всякие вагинальные колпачки ему не знакомы, но и я с ними не очень-то знакома».

«А! Да ничего она не использует».

По ответам респондентов можно сделать вывод, что основной причиной использования контрацепции является то, что она позволяет родить ребенка в лучшее для пары время. Большинство опрошенных обсуждают вопросы контрацепции в своей паре (рис. 5).

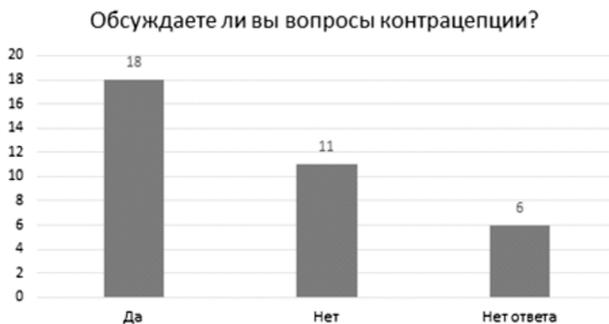


Рис. 5. Обсуждение вопросов контрацепции супругами/партнерами

«Если только вскользь упоминаем».

«Посвящаю его в этот вопрос. Иногда он даже напоминает: «Ты там выпила свои пилюли?» Спрашивает».

«Конечно, мы советовались. До 30 лет, пока мы не хотели детей, мы это все проговаривали. И потом мы обоюднo приняли решение о том, что пора иметь детей. Я предохранялась таблетками, но это не постоянно. Врач обязательно прописывала таблетки, если случалось какое-то воспаление, чтобы не забеременеть на фоне этой болезни и ослабленного иммунитета. Врач также рекомендовала презервативы».

Образ жизни

Многие проигнорировали вопрос про создание специальных условий для рождения здорового ребенка. Те же, кто ответил, в основном соблюдали не все условия для создания благоприятной среды для зачатия и рождения ребенка. Самым популярным был ответ: *«Не курю, не пью, тренируюсь».*

«Веду, не пью, не курю. Недавно начал посещать тренажерный зал после долгого интервала».

«Я бросила курить. Причем очень задолго, наверное, за год. А алкоголь я никогда и не употребляла, только на Новый год бокал шампанского, и все. Но во время беременности, конечно, вообще ни капли. Я вот уже сказала, что мне нравилось быть беременной, я ела исключительно здоровую пищу, например. Очень привыкла, кстати, и так эта привычка и осталась. Вот какая польза! Ну, и я ходила на акваэробiku специальную, там было тоже здорово».

«Я стараюсь следить за здоровьем. Конечно, сейчас этот вопрос обострился. У меня мама-врач, я стараюсь всегда консультироваться с ней, куда лучше обратиться, к кому лучше пойти».

В большинстве своем в парах обязанности по дому выполняют женщины (рис. 6). В таких случаях на мужчину ложатся незначительные поручения в виде ремонта по дому, похода в магазин. В основном в таких парах мужчина — добытчик, зарабатывает деньги, а женщины дома сидят с детьми.

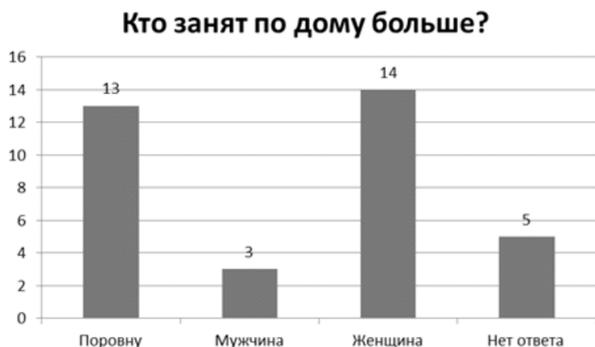


Рис. 6. Распределение домашних обязанностей

«По хозяйству, ну, тяжелое что-нибудь перетащить или ремонт сделать».

«Ну, по хозяйству... В основном, конечно, женское — приготовить, убрать — конечно, на мне. По поводу магазинов — у нас как-то так сейчас разграничение, что это мужское занятие, по поводу обучения... Вот средний сын у нас идет пополам, занимаемся то один, то второй, чем-то другим занимается. А по поводу младшей дочери... ну, здесь занимаюсь только я. Ну, там небольшие, как бы, там у нас идут несогласия в вопросах образования (смеется)».

«Женщина моет посуду, а он мужскую работу делает».

Во многих парах обязанности по дому распределены примерно поровну.

«У нас нет распределения домашних обязанностей, каждый выполняет то, что необходимо. Я совершенно спокойно могу сходить заплатить за гараж, а муж пойдет, получит мои брюки. Абсолютная взаимозаменяемость. Воспитанием сына занимаемся вдвоем. Уроки тоже, все пополам».

«Мы делаем все. Муж может и готовить, и убирать, и также я. То есть у нас нет обязанностей таких, что вот я пришла и должна готовить и убираться, стирать... у нас нет такого, мы все делаем сообща, поэтому у нас в этом плане нету, да, ругани, что вот кто-то должен накормить кого-то или кто-то на работе задержался... С детьми, конечно, я, наверное, больше, потому что в основном муж больше на работе».

«Ну, мы всем вместе занимаемся — я мою посуду, и муж моет посуду, муж моет пол, я мою пол. И мы вместе и белье в стирку по очереди забрасываем. У кого будет время, тот это и делает. То есть у нас нет такого разделения. Ну, с ребенком у нас тоже не сказать, чтобы обязанности. Я забираю ее из сада, поскольку я раньше освобождаюсь. Специально (недовольно говорит) раньше освобождаюсь, чтобы забрать ее из сада не в конце дня, ходим на танцы, на гимнастику художественную, на рисование. Вместе гуляем, проводим досуг. Ну, у меня обязанности — одеть, собрать, если мы едем куда-то в отпуск. Мы очень много передвигаемся, с палатками. Моя обязанность — собрать все вещи. Минимум свои и ребенка. Остальное хозяйство у нас на папе. То есть мы с собой ничего не собираем, кроме мелкой еды в дорогу. Все остальное у нас папа организует».

В редких случаях мужчина в доме выполняет больше поручений, чем женщина.

«Муж моет посуду и сидит с Дашей (дочкой), отводит ее в садик. Ну нет, он в принципе все делает, когда меня нет — и покормить, и погулять. Сейчас он делает все. Так что, ну как бы когда я дома, в основном я. Когда меня нет, он. Но пол он не моет, зараза такая (смеется)».

«(Сразу) все на муже (смеется), они не распределены, они просто переложены (смеется). Ну, играет он, гуляем то я, то он, то вместе, вот. В сад он отводит, забираю я. Вот, но просто так у нас по работе складывается, что он позже начинает, и он может, там, встать и может прийти, и все».

что угодно. В сад, утренние врачи, там, что-то отнести-донести в школу, это все на нем. До обеда он с ними, после обеда я с ними. Вот. Потом домашние уроки, которые в школе задают, там, русский, математика, это я делаю. А вот что-то дополнительное (выделяет голосом), почитать книжку, энциклопедию, там, не знаю, разгадать кроссворд, это делает муж. Или, там, в компьютерные игры поиграть, т.е. какие-то такие вещи, интеллектуальные».

«С рождением второго ребенка у нас многое изменилось. Он стал мне больше помогать, чем с первым ребенком. Возможно, потому что с двумя детьми стало сложнее. С первым ребенком нам больше помогли родители. Плюс второй ребенок — это его инициатива, он понимает, что я второго ребенка не очень хотела, потому что сильно уставала. Ночью, если ребенок плачет, то я ухожу в другую комнату, чтобы муж выспался. Но он позволяет мне поспать утром до его работы».

Большинство респондентов готовы обеспечить появление еще одного ребенка в семье (рис. 7). Те же, кто не готов к появлению ребенка с финансовой точки зрения, объясняют это наличием различных обязательств.

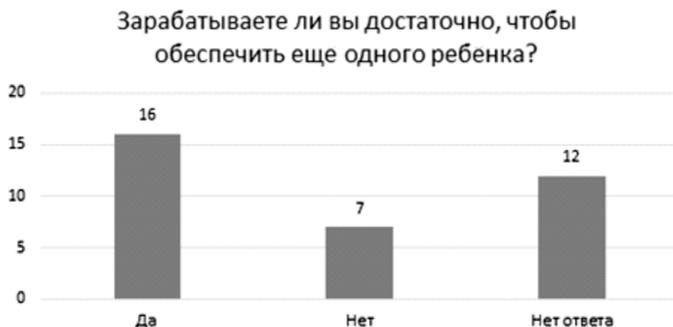


Рис. 7. Возможность финансово обеспечить еще одного ребенка

«На данный момент нет. К сожалению, у меня много кредитов. На пропитание я им заработаю, вопрос в том, заработаю ли я им на что-то большее, чтобы дети не чувствовали себя ущербными по сравнению с другими детьми».

«Нет, с учетом кризиса, мужу сейчас задерживают зарплату».

На вопрос о трате крупной суммы респонденты чаще всего отвечали, что улучшили бы свои жилищные условия, причем большинство хотело бы обзавестись не столько новой квартирой, сколько своим домом (рис. 8).

«У нас есть большая мечта — приобрести или дом или большую дачу поблизости от города».

«На постройку дома. Второе — на детей и родителей. Какие-то предметы роскоши — точно исключено. Может, машину поменяем».

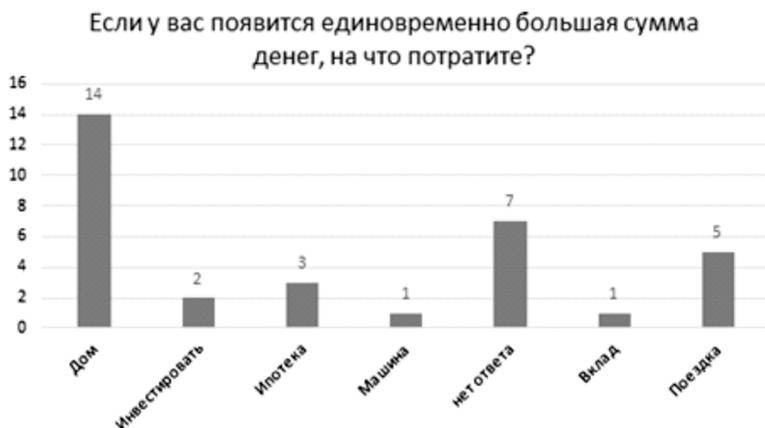


Рис. 8. Распределение ответов на вопрос о трате крупной суммы денег

«На дом где-нибудь далеко, в районе Урала. Я бы хотела уехать куда-то далеко. Я не люблю Москву».

Также многие ответили, что потратили бы средства на путешествие куда-либо.

«Мы вот думаем летом поехать отдохнуть вместе с девочками, но это довольно непросто. Я думаю, часть денег мы бы потратили на отдых. А остальное, наверное, бы вложили во что-то. Острой нужды ни в чем нет».

«(Вздыхает) Я бы поехала куда-нибудь отдохнуть».

Некоторые респонденты хотели рассчитаться с обязательствами. Некоторые (преимущественно мужчины) предлагали сделать так, чтобы деньги приносили еще большие деньги (инвестировать, начать собственный бизнес, открыть вклад).

3. Заключение

В основном все мужчины знают о женской контрацепции, планируют рождение ребенка и не ведут здоровый образ жизни. Обязанности по дому, исходя из данных опроса, большей частью остаются на женских плечах. Однако существует множество случаев, когда обязанности распределены поровну. Если же мужчина мало уделяет внимание своим домашним обязанностям, то в таком случае на него ложится бремя добытчика. В целом мужчины и женщины принимают решения разного порядка. Так, например, мужчины в большинстве своем готовы вкладывать деньги не в поездки, а в жилье.

Библиография

1. *Miller W.B.* Fertility Desires and Intentions: Construct Differences and the Modeling of Fertility Outcomes / W. B. Miller. Conference proceedings from Vienna Institute of Demography REPRO meeting, 2011.
2. *Исупова О.* Как принимаются решения о рождении / О. Исупова. URL: <http://demoscope.ru/weekly/2010/0447/gender03.php>

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПРИЛОЖЕНИЕ

ГИД ИНТЕРВЬЮ

(Главный вопрос: почему?)

Важно чаще приводить пример)

Темы интервью и примерные вопросы для раскрытия темы

Ценности и установки

1. Что для Вас значит ребенок? Дайте ассоциации понятиям «ребенок», «мать», «семья», «отец».
2. Насколько для Вас близко утверждение «Главное предназначение женщины — быть матерью»?
3. Влияет ли на Ваше репродуктивное поведение пример ближайшего окружения? Родственников? Друзей? Соседей? Коллег?
4. Насколько для Вас близко утверждение «Женщина обязательно должна иметь работу»?
5. Допускаете ли Вы применение контрацепции? Аборт?
6. Проголосовали ли бы Вы за запрет аборт? Почему?
7. Считаете ли Вы контрацепцию вредной для здоровья? Почему? Какую именно? Приведите пример.
8. Считаете ли Вы себя религиозным человеком и какую религию исповедуете?
9. Как часто Вы посещаете храмы?
10. Считаете ли Вы, что такие события, как брак, рождение или смерть, должны сопровождаться религиозными обрядами — например, для православных венчанием, крещением или отпеванием?
11. Сколько детей, по Вашему мнению, должна иметь семья в России? Почему?
12. Считаете ли Вы, что женщина всегда имеет право САМА (ОДНА) решать судьбу своей беременности? Приведите пример.
13. По Вашему мнению, если у женщины незапланированная беременность, что она должна сделать? Знаете ли Вы про «неделю тишины»? Как Вы к ней относитесь?
14. В каком возрасте мужчине и женщине лучше всего начинать семейную жизнь или возраст не имеет значения?
15. Считаете ли Вы, что информация о контрацептивах и методах контрацепции должна распространяться по радио и телевидению?

16. Как Вы относитесь к преподаванию основ семейной и сексуальной жизни в школах?

Репродуктивные намерения, их мотивация и реализация

1. Сколько раз Вы были беременны? (Ваша партнерша/супруга.)
2. Сколько у Вас (у нее) было беременностей, которые окончились рождением ребенка? Таким образом, у Вас... детей. Уточните их возраст.
3. Позволит ли состояние здоровья Вам и Вашему партнеру иметь детей, если Вы этого захотите?
4. Сколько детей Вы и Ваш партнер собираетесь (еще) иметь? Почему? Совпадают ли Ваши желания? (Назовите желаемое и ожидаемое число детей в семье.)
5. Если есть больше одного ребенка, какая разница в возрасте между детьми? Почему так вышло? Как Вы регулировали интервал между рожденьями детей, какие методы контрацепции использовали? Когда? Почему? Какие используете сейчас?
6. *(Если хотят (еще) детей.)* Что Вы делаете для того, чтобы родить здорового ребенка? (Какой образ жизни ведете, обращаетесь к специалистам...)
7. Какой способ контрацепции Вы использовали/ используете/будете использовать до желаемой беременности?
8. Если у женщины (у мужчины) сексуальный партнер малознаком, какой тип контрацепции обычно они используют? Отличается он от повседневной контрацепции? Приведите пример других лиц.
9. Считаете ли Вы необходимым планировать детей и время их рождения? Почему?
10. Какой возраст (мужчины/женщины), на Ваш взгляд, самый подходящий для рождения детей? А когда уже поздно? Почему Вы так думаете?
11. Интересовались ли Вы детскими пособиями, когда узнали, что беременны? Имеет (имело) ли для Вас значение пособие и другие выплаты/ льготы/... выплачиваемые при рождении ребенка, когда Вы приняли решение родить ребенка?
12. Поменяла ли современная демографическая политика Ваши планы о времени рождения ребенка? Как?
13. Помогают (помогали) ли Вам (финансово, морально) с воспитанием детей? Кто?
14. Боитесь ли Вы оставлять работу в связи с рождением ребенка? Почему?
15. Готов ли Ваш партнер обеспечивать и поддерживать Вас, когда Вы будете сидеть с детьми?

Жизненные и репродуктивные циклы

1. В каком возрасте Вы получили образование?
2. Последнее учебное заведение, которое Вы закончили? В каком возрасте Вы начали жить отдельно от родителей?
3. (*Если родители развелись.*) Сколько Вам было лет, когда Ваши родители разошлись?
4. В каком возрасте Вы стали финансово независимы от родителей?
5. В каком возрасте Вы впервые вступили в постоянные/серьезные отношения (три месяца минимум)?
6. В каком возрасте Вы начали вести половую жизнь?
7. (*Для женщин.*) С какого возраста Вы регулярно посещаете гинеколога?
8. В каком возрасте Вы начали использовать контрацепцию?
9. В каком возрасте Вы начали жить вместе со своим(ей) супругом(ой)?
10. Вы говорили, у Вас... браков? А сколько партнерских союзов (пояснить — браки зарегистрированные и незарегистрированные свыше трех месяцев)?
11. Какой по счету партнерский союз закончился браком?
12. Сколько Вам было лет, когда Вы вступили в отношения, закончившиеся первым браком (*n*-м браком)?
13. В каком возрасте Вы женились/вышли замуж?
14. Сколько Вам было лет, когда родился Ваш первый ребенок (*n*-й ребенок)?
15. (*Если развелись.*) Сколько Вам было лет, когда Вы развелись/разошлись со своим(ей) супругом(ой)?
16. В каком возрасте Вы впервые вышли на работу?
17. В каком возрасте Вы сделали первый (искусственный) аборт (*n*-й аборт)?

Примечание: брак (зарегистрирован), партнерский союз (не зарегистрирован брак, живут вместе), постоянные сексуальные отношения (не живут вместе, не зарегистрирован брак).

Роль мужчины в принятии репродуктивных решений семьи

Для мужчин

1. Участвовали ли Вы в решении о рождении (последнего) ребенка? Или вопрос о том, быть или не быть, решает жена/подруга?
2. Какое оптимальное количество детей в семье Вы видите? Согласен ли с Вами партнер в вопросе о количестве детей, которых Вы хотите?
3. Почему Вы (не) хотите следующего ребенка?
4. Как в Вашей семье принимаются решения о количестве детей и времени их рождения?

5. Считается ли супруга/жена/подруга с Вашими решениями?
6. Давили ли Вы когда-нибудь на своего партнера или использовали уловки, чтобы склонить его в пользу идеи завести еще одного ребенка? Приведите пример.
7. Заставляли ли Вы своего партнера забеременеть или, напротив, сделать аборт? Заставляли ли Вы когда-нибудь жену/подругу забеременеть?
8. Есть ли еще дети (от других браков)?
9. Готовы ли Вы прожить с женой/подругой, не имея детей всю жизнь?
10. Если Вы зачали незапланированного ребенка, решите ли Вы его оставить?
11. Используете ли вы методы контрацепции для мужчин?
12. Осведомлены ли Вы о контрацепции жены? Что она использует? Всегда одно и то же?
13. Обсуждаете ли Вы вопросы контрацепции?
14. Какие факторы могут повлиять на Ваше решение завести еще одного ребенка?
15. Ведете ли Вы здоровый образ жизни: не пьете, не курите, посещаете тренажерный зал или ходите в спортивную секцию?
16. Сколько часов длится Ваш рабочий день?
17. Как распределены Ваши домашние обязанности? Помогаете по хозяйству? С детьми? Как?
18. Зарабатываете ли Вы достаточно, чтобы обеспечить еще одного ребенка?
19. Если у Вас появится одновременно большая сумма денег, на что потратите?

Для женщин

1. Принимаете ли Вы участие в решениях о количестве детей в семье? А Ваш муж/друг/партнер?
2. Каково оптимальное число детей, которых хочет Ваш партнер? Какие время/ возраст/длительность отношений считаются оптимальными для рождения детей?
3. Считаетесь ли Вы с решениями партнера?
4. Согласны ли Вы с партнером в вопросе о количестве детей, которых хотите иметь?
5. Знает ли Ваш партнер о методах женской контрацепции?
6. Обсуждаете ли Вы вопросы контрацепции?
7. Заставлял ли Вас партнер когда-нибудь забеременеть? Использовал ли Ваш партнер какие-либо уловки для того, чтобы склонить Вас к идее завести ребенка?
8. Настаивал ли Ваш партнер на том, чтобы Вы сделали аборт? Вы согласились? Принимаете ли Вы решение по аборту вместе?

9. Готов ли партнер прожить с Вами, не имея детей вообще? А Вы? (*Задаем только в контексте.*)
10. Как распределены Ваши домашние обязанности? По хозяйству? С детьми?
11. Зарабатываете ли Вы/Ваш партнер достаточно, чтобы обеспечить еще одного ребенка?
12. Если у Вас появится одновременно большая сумма денег, на что потратите?

Опыт общения с инфраструктурами, «ответственными» за ПС в системе здравоохранения

Для женщин

1. Знаете ли Вы об организациях, занимающихся планированием семьи? О каких именно? (Известны ли Вам следующие инфраструктуры: Центры планирования семьи, женские консультации, клиники гендерной медицины, Центры репродукции?)
2. Пользовались ли Вы услугами специальных учреждений, занимающихся планированием семей? В какие учреждения Вы обращались во время беременности? Почему Вы пошли именно в эти организации?
3. Знаете ли Вы, на каком сроке необходимо вставать на учет в женской консультации? На каком сроке это сделали Вы? (*Если это было позже 12-й недели.*) Почему?
4. Были ли у Вас какие-либо опасения в отношении услуг женской консультации? Какие?
5. Обратились бы Вы в это заведение повторно? Посоветовали ли бы знакомым? Почему? (*Если у респондента не один ребенок, дополнительно.*) Сменили ли Вы врача/организацию при другой беременности? Почему?
6. Было ли Вашей целью только медицинское обследование (медицинские услуги) или Вам была нужна моральная поддержка?
7. Повлиял ли опыт обращения в женские консультации на Ваше желание иметь детей в дальнейшем? Как именно?
8. Сталкивались ли Вы с неуважительным или несправедливым обращением? (Например, хамство/агрессия/нарушение этикета.) Приведите пример.
9. Высказывали ли работники учреждения личное мнение по поводу планирования/протекания вашей беременности? Что именно? Повлияло ли оно на Ваше состояние/поведение?
10. Доверяли ли Вы Вашему врачу? Были ли поводы усомниться в его компетенции? (*Если да.*) Пользовались ли Вы услугами еще одного врача/другой консультации? Почему?

11. Какие у Вас ассоциации со словами «женская консультация»/«роддом»?

Вопросы тем, кто делал аборт

1. Куда Вы обращались с целью прерывания беременности?
2. Какой аборт был («мини» (вакуум)/традиционный)?
3. Сталкивались ли Вы с неуважительным обращением?
4. Высказывали ли работники учреждения личное мнение по поводу прерывания беременности?
5. Была ли оказана психологическая поддержка? (Или давление?)
6. Была ли оказана консультация после аборта о более эффективных методах контрацепции?

Для мужчин

1. Знаете ли Вы об организациях, занимающихся планированием семьи? О каких?
(Известны ли Вам следующие инфраструктуры: Центры планирования семьи, женские консультации, клиники гендерной медицины, Центры репродукции?)
2. Пользовалась ли Ваша жена/подруга услугами специальных учреждений, занимающихся планированием семей? В какие учреждения она обращалась во время беременности? Почему она пошла именно в эти организации?
3. Были ли у нее какие-либо опасения в отношении данных организаций? Какие?
4. Обратилась бы она в это заведение повторно? Посоветовала ли бы знакомым? Почему?
5. Повлиял ли опыт обращения в организации по планированию семьи на желание Вашей пары иметь детей в дальнейшем? Как?
6. Что рассказывала Ваша жена/подруга о женских консультациях, роддоме? Каково ее мнение?
7. Сталкивались ли Вы (она) с неуважительным или несправедливым обращением? (Например, хамство/агрессия/нарушение этикета.)
8. Высказывали ли работники учреждения личное мнение по поводу планирования Вашей семьи? Повлияло ли оно на Ваше состояние/поведение?
9. Доверяли ли Вы (жена/подруга) Вашему врачу? Были ли поводы усомниться в его компетенции? (Если да.) Пользовались ли вы услугами еще одного врача/другой консультации? Почему?

ЗАПОЛНЯЕМ ЛИНИИ ЖИЗНИ для базы данных в Excel.

ДАРИМ ПАМЯТКИ.

БЛАГОДАРЮ ЗА ИНТЕРВЬЮ!

(место, время, длительность интервью)

ИНФОРМАЦИОННАЯ ТАБЛИЦА И ЛИНИИ ЖИЗНИ

Информационная таблица для заполнения по каждому респонденту

Код интервью	Пол/возраст/количество детей/фамилия интервьюера/№ интервью
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ	
Пол	м/ж
Возраст	N
Состояние в браке	Женат/замужем Развод Вдова(ец) Никогда не состоял(а) в браке Незарегистрированный брак Разошлись
Номер брака	N
Состав домохозяйства	Супруг/супруга Дети Родители Братья/сестры Другие родственники и неродственники
Состав расширенной семьи (живут не вместе члены семьи)	
Количество и возраст детей	Пример: 1 (семь лет); 2 (один год)
Число братьев и сестер	N
Образование	Среднее Неоконченное высшее Высшее Несколько высших
Оценка уровня жизни Какой тип магазина обычно предпочитаете для покупки продуктов?	Супермаркет Супермаркет (дорогой) Магазинчик у дома
Жилье (количество комнат на человека)	N
Где жили до 15 лет	Столица (округа, области, республики) Крупный город (население свыше 250 тыс. чел.) Маленький город Сельская местность
Работает/не работает	Да/нет

Партнер: возраст № брака еще дети образование работает/ не работает где жил до 15 лет	лет N N Ответы, аналогичные ответам респондента Ответы, аналогичные ответам респондента ответы, аналогичные ответам респондента
ЖИЗНЕННЫЕ ФАКТЫ (заполняем в конце интервью)	
Число беременностей	N
Число родов	N
Число аборт	N
Тип контрацепции	Традиционный (календарный метод, прерванный половой акт...) Современный (таблетки, спираль, презервативы, инъекции, пластыри...)
Число партнерских союзов и браков (всего)	N

Линия жизни. Женщины

№ респондента	В	М	О	У	П ₁ ^Н	S ₁	К	Г	П ₁ ^К	Т	Ф	Б ₁ ^Н	Д ₁	Д ₂	A ₁	Б ₁ ^К
1																
2																
3																
4																
5																

Примечание: при наличии большего числа детей, браков, аборт

столбцы.

В — возраст;

М — возраст переезда в другой город (миграция);

О — дата окончания обучения, возраст;

У — возраст ухода из родительского дома;

П₁^Н — возраст начала отношений с первым партнером (более трех месяцев);

П₁^К — возраст окончания отношений с первым партнером;

S₁ — возраст вступления в половые отношения;

К — возраст, в котором начала использовать контрацепцию;

Г — возраст, в котором начала регулярно посещать гинеколога;

Т — возраст, в котором начала работать;

Ф — возраст наступления финансовой независимости;

Б₁^Н — возраст вступления в первый брак;

Д₁ — возраст рождения первого ребенка;

A₁ — возраст совершения первого аборта;

Б₁^К — возраст окончания первого брака.

Линия жизни. Мужчины

№ респондента	В	М	О	У	П ₁ ^н	S ₁	К	П ₁ ^к	Т	Ф	Б ₁ ^н	Д ₁	Д ₂	A ₁	Б ₁ ^к	Б ₂ ^н	Б ₂ ^к			
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				

Примечание: при наличии большего числа детей, браков, абортс заполнять пустые столбцы.

В — возраст;

М — возраст переезда в другой город (миграция);

О — дата окончания обучения, возраст;

У — возраст ухода из родительского дома;

П₁^н — возраст начала отношений с первой партнершей (более трех месяцев);

П₁^к — возраст окончания отношений с первой партнершей;

S₁ — возраст вступления в половые отношения;

К — возраст, в котором начал использовать контрацепцию;

Т — возраст, в котором начал работать;

Ф — возраст наступления финансовой независимости;

Б₁^н — возраст вступления в первый брак;

Б₁^к — возраст окончания первого брака;

Д₁ — возраст рождения первого ребенка;

A₁ — возраст совершения первого аборта (у партнерши).

Инструкция № 1.

ТИП ИНТЕРВЬЮ И ОСНОВНОЙ АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕНИЯ ИНТЕРВЬЮ

Первый опыт получения интервью достаточно сложен. Мы будем придерживаться техники **полуструктурированного интервью**¹.

У нас разработанный сценарий (гид) интервью, основные сюжеты которого (всего **четыре (!) ключевые темы и примеры вопросов в каждой**) мы должны знать наизусть для свободного общения и контакта глазами с респондентом.

Таким образом, мы ограничиваем свой аппетит и получаем информацию только по интересующей нас теме, но при этом стараемся создать обстановку открытого спокойного разговора, а не опроса, аккуратно ведя беседу, останавливая респондента при отклонении от темы, направляя его к интересующим нас вопросам.

Подвопросы мы прописываем для себя, проговариваем, но не берем их на интервью (**ХОТЯ БЫ НЕ СМОТРИМ НА НИХ ВО ВРЕМЯ ИНТЕРВЬЮ**). Это делается для того, чтобы быть готовыми на понятном языке развивать тему, хорошо провести процедуру зондирования. Эти вопросы всплывут в памяти, будут использованы в процессе интервью в свободной форме по ситуации и дополнены другими вопросами по теме разговора. **ВАЖНО: НЕ ПОКАЗЫВАЕМ РЕСПОНДЕНТУ СПИСОК ОСТРЫХ ВОПРОСОВ!!!**

Репетируем вопросы и ответы на вопросы на своих близких.

В процессе интервью делаем пометки («следы») на тех ключевых сюжетах, к которым необходимо вернуться, которые для нас до конца не ясны.

Используем аудиозапись. Обязательно вставляем новые батарейки перед **каждым (!)** интервью и проверяем диктофон. Не забываем взять **листок бумаги для ЛИНИЙ ЖИЗНИ** и отдельный листок бумаги для отметок по **«ПАСПОРТИЧКЕ» И ПРОЧИМ ТАБЛИЦАМ** (или чистый вариант гида).

Беспокойство и суета интервьюера по поводу записывающей техники, своих листов с гидом или для записей должны быть устранены (продумайте, как расположите технические средства на горизонтальной плоскости перед собой).

Наименование всех файлов (звуковых и текстовых) содержит код респондента.

¹ См.: Инструкция № 2 «Основные приемы полуструктурированного интервью».

Коды звуковых и текстовых файлов (коды респондента)

КОД ИНТЕРВЬЮ: пол, возраст, число детей, фамилия интервьюера, номер респондента (*пример: ж, 37, 2, Матвеева, 1*)

Каждый студент(ка) проводит **четыре-пять интервью** продолжительностью **1–1,5 часа**.

После проведения **каждого** интервью **в тот же день** делаем **краткую транскрипцию** на две-три стр. **ЧИСТОГО ТЕКСТА БЕЗ ТАБЛИЦ И ЛИНИЙ ЖИЗНИ**: основные выводы по частям гйда и острым вопросам (см. инструкцию № 3), самые яркие цитаты.

В начале каждой транскрипции заполняем «**паспортчики**» и другие таблички, а также «**техническую**» **информацию** об интервью (дата, время, место проведения).

В конце каждой транскрипции кратко (три-четыре предложения) изложите ваши **впечатления** от респондента (степень искренности, открытости респондента, наличие противоречий) и интервью (самооценка интервью по 10-балльной шкале (почему)).

Продуктивный календарь для интервью — одно-два интервью через день (двухдневный цикл). При таком календаре вы успеваете осмыслить результат, написать краткую транскрипцию по свежим впечатлениям.

Самое **лучшее** интервью (критерий: много ярких цитат респондента) транскрибируем **ПОЛНОСТЬЮ**.

Линии жизни всех респондентов высылаем в одном файле EXCEL.

Все материалы для проведения исследования расположены в DROPBOX.

Все полученные вами кодированные материалы (аудиофайлы и другие материалы) также помещаем в DROPBOX.

Календарь:

14–30 апреля — программа, гиды, поиск респондентов, обсуждение техник проведения интервью;

1–19 мая — опрос респондентов, транскрибирование;

20 мая — предоставление аудиозаписей, кратких и полных транскрипций, устный отчет о результатах «полевой» работы;

21 мая — техники анализа интервью;

22 мая — 21 июня — подготовка первого варианта аналитической статьи, первый аналитический отчет (электронная конференция); предоставление итогового варианта аналитической статьи;

22 июня — защита статьи (экзамен).

Продуктами, полученными по завершении исследования, должны стать аудиофайлы с записями интервью, транскрипции (с таблицами и линиями жизни), а также аналитические статьи, написанные участниками исследовательской группы.

Инструкция № 2.

ОСНОВНЫЕ ПРИЕМЫ ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ

Полуструктурированное интервью — это интервью с подготовленным сценарием (гидом), в котором сформулированы основные сюжеты разговора, логика проведения интервью, приблизительное время его проведения. Это интервью с небольшим количеством закрытых вопросов, с преобладанием открытых вопросов. В таком интервью жестко стандартизируют только самые важные вопросы с точки зрения целей и задач исследования (и, возможно, очерчивается веер вариантов ответов к ним). При этом интервьюер имеет возможность определить вопросы формулировать произвольно, ориентируясь по ситуации. Можно дополнять и углублять ответы на закрытые вопросы. Можно также при необходимости отклоняться и от логики сценария.

Полуструктурированное интервью состоит из трех частей:

1. «Паспортичка» респондента/респондентки.
2. Событийная часть.
3. Объясняющая часть.

Социально-демографические характеристики респондентов и респонденток. Как правило, для исследователя важны такие характеристики, как пол, возраст, поколение, состав домохозяйства (включая наличие детей), образование, сфера занятости, профессия, принадлежность к социальным группам. Частично это можно фиксировать во время приглашения на интервью.

Событийная часть. Наиболее легко фиксируемая и классифицируемая часть интервью (в том числе и для контент-анализа интервью), состоит из рассказа респондентов о событиях в их жизни или в жизни третьих лиц. Для целей полуструктурированного интервью вопросы, связанные с событийной частью, могут быть с набором вариантов ответов *для интервьюера* (т.е. закрытые вопросы), если данные события напрямую связаны с целями интервью.

Объясняющая часть. Самая тяжелая часть интервью, требующая высокого профессионализма в исполнении. Применяется процедура зондирования, дознания (probing). Отвечает на вопросы, ради которых затевалось качественное исследование: «Почему?», «Зачем?», «Ваше мнение по этому поводу?»

Интервью состоит из четырех стадий:

1. Приглашение на интервью;
2. Начало интервью;

3. Основная часть интервью;
4. Завершение интервью.

Приглашение на интервью. Оторвано во времени и пространстве от самого интервью. Должно быть предварительно составлено обращение к респонденту, в котором четким ненаукообразным языком поясняете:

- о чем будет разговор;
- какие цели вашего исследования;
- какова продолжительность интервью;
- каким образом вы будете записывать интервью (предупреждаем об анонимности, использовании информации строго в научных целях, о возможности псевдонима);
- где и когда интервью будет проходить;
- какое вознаграждение предполагается за интервью (в случае, если оно предполагается). Интервью может проходить дома у респондента/респондентки, у вас дома, на работе, в университете и т.д.

Договоритесь о том, чтобы при интервью не присутствовали родственники и друзья опрашиваемых.

Начало интервью. Располагаемся, произносим несколько общих фраз. Далее идет фраза типа: «У меня есть несколько вопросов. Могу я начать наш разговор?» Включаем технику (не молча! оговариваем это вслух¹), предупреждаем о том, что в любой момент можем остановить запись. Всю «паспортичку» респондентов необязательно наговаривать на диктофон. Частично характеристики выясняются на первой стадии интервью, частично — в процессе интервью.

Основная часть интервью. Придерживаемся описанной в гиде последовательности сюжетов, ключевых вопросов. Это позволит следовать структуре и логике интервью (напоминаю, мы используем технику полуструктурированного интервью).

Нарушаем логику интервью в случае:

- когда возвращаемся к неясным, нераскрытым вопросам, «следам», пометкам;
- когда респонденты противоречат своим первым высказываниям;
- когда атмосфера искренней открытости не позволяет перебить респондента/респондентку и есть уверенность, что он/она ответит на интересующий вас вопрос чуть позже.

Завершение интервью. «И последний вопрос...»

В некоторых случаях полезно составлять «резюме», подводить итоги, осмысливая и подтверждая основные выводы вместе с респондентом(кой): «Итак, по данному вопросу мы пришли к выводу, что...»

Обязательно благодарим за ценные мысли и сотрудничество.

¹ Эти пояснения делаются для того, чтобы дать сигнал о начале интервью и не производить впечатления подпольной записи.

Полезные приемы для проведения зондирования (дознания, глубокого изучения вопроса):

- 1) оправдание;
- 2) просьба привести пример;
- 3) обращение к опыту третьих лиц, знакомых;
- 4) использование пословиц, поговорок;
- 5) игра в ассоциации. Например, со словосочетаниями «**ребенок**», «**семья**», «**женская консультация**», «**роддом**». Сначала свободные ассоциации. Потом просим выделить хорошие и плохие ассоциации;
- 6) понимание трудности вопроса, затруднений при ответе;
- 7) уточнение, пояснение;
- 8) возврат к одному и тому же сюжету;
- 9) указание на нелогичность доводов;
- 10) расширение событийной части (дополнительная информация для понимания);
- 11) точность и аккуратность в последовательности событий в жизни респондента(ки);
- 12) использование роли ученика, просьба поделиться опытом;
- 13) рефлексия и саморефлексия словами респондента — почувствовать и понять, о чем говорит респондент(ка), помочь ему/ей сформулировать мысль (полезно и опасно в равной мере: полезно, так как люди часто затрудняются в оценке событий и формулировке мнений, надо «проверить» на месте; опасно, так как есть риск навязать свое мнение).

Вербальные «помощники» в интервью:

1. **Голосовые интонации** выделяют главные вопросы;
2. **Слушать больше**, чем говорить;
3. Использовать **паузы и молчание** для того, чтобы респондент собрался с мыслями, продумал ответ (но не в случае, если респондент отключился, «поплыл»).

Невербальные «помощники» в интервью:

- 1) контакт **глазами**;
- 2) доброжелательное выражение лица, **улыбка**;
- 3) **кивки** для поддержки собеседника;
- 4) одобряющие, открытые **жесты** (осторожно с закрытыми, неестественными жестами!);
- 5) **дистанция** и физический контакт (похлопывание и др., внимательно следить за реакцией собеседника(цы);
- 6) **положение** по отношению к респонденту/респондентке (не прямо напротив, а 90° — угол для естественного контакта глазами; на одном уровне);
- 7) **поза** — ненапряженная, расслабленная, открытая, НО заинтересованная, внимательная.

Инструкция № 3. ТРАНСКРИПЦИЯ ИНТЕРВЬЮ

После интервью (идеально сразу после каждого интервью) необходимо сделать транскрипцию, которая будет включать также паузы, междометия, смех и прочие эмоции, замеченные во время интервью. Эта работа занимает довольно много времени (транскрипция часового интервью потребует около десяти часов) и, как правило, выполняется вспомогательным техническим персоналом с последующим контролем интервьюера.

Наши условия (отсутствие средств на выполнение технических работ или времени для самостоятельного выполнения данной работы) требуют компромиссного решения. Полностью транскрибировать необходимо только одно интервью — самое удачное, на ваш взгляд. Все остальные интервью транскрибируем в урезанном виде: только *основные факты/мнения из списка острых вопросов; факты и мнения, важные для понимания основных сюжетов гйда*, а также **ИНТЕРЕСНЫЕ ЦИТАТЫ**¹ респондентов.

Все транскрипции дополняем таблицами: «паспортчика», **факты в интервью**.

Во всех текстовых файлах отмечаем: **дату и место интервью, время и продолжительность интервью, код респондента**.

Следует написать и **особые заметки** интервьюера: о степени искренности респондента(ки), о противоречиях респондента, а также о качестве интервью (об отказах, о помехах во время интервью и пр.). Поставить себе самооценку по десятибалльной шкале по каждому интервью.

Чтобы выполнить **полную транскрипцию**, мы слушаем интервью и печатаем (в программе Microsoft Word) все слова, междометия, фиксируем, по возможности, эмоции.

Часовое интервью занимает около 10 страниц (Times New Romans, 12, один интервал).

Каждую фразу начинаем с новой строки. Ваш текст выделяется другим шрифтом (полужирным). Интересные фразы в интервью можно выделить курсивом.

Чтобы выполнить **краткую транскрипцию**, мы слушаем все интервью, но печатаем только интересные моменты. Все, что укладывается в таблицы «паспортчика...», заносим в них, а все, что можно просто типизировать или описать без цитат, описываем кратко в нескольких абзацах. У нас также есть **линии жизни**.

¹ Цитаты составляют до половины объема аналитической статьи, отбирайте их тщательно!

Надо понимать минусы кратких транскрипций: вы теряете значительную часть информации, частично теряете связь между событиями и мнениями в интервью, затрудняете анализ ваших коллег по конкретному сюжету. Однако ограниченность материальных ресурсов, ограниченность времени, которое мы можем посвятить работе над проектом (один триместр), а также наши цели (научиться технике проведения и анализа интервью) предполагают, что мы не будем обращаться к полученному материалу вне данного триместра. Следовательно, на период нашего проекта (около одного месяца с начала «полевых» работ) вы должны держать в памяти свои интервью, должны быть готовы отвечать своим коллегам на вопросы о ваших респондентах, возвращаться по их просьбе к конкретному месту в интервью и более подробно цитировать ответы.

Инструкция № 4.

КОНТЕНТ-АНАЛИЗ

ПОЛУСТРУКТУРИРОВАННОГО ИНТЕРВЬЮ И НАПИСАНИЕ АНАЛИТИЧЕСКОГО ОТЧЕТА

Контент-анализ можно проводить, используя программу обработки текстов (например, NVIVO, <http://www.qsrinternational.com>) или программу для качественных и смешанных исследований MAXQDA, <http://www.maxqda.com>.

При небольшом объеме материала контент-анализ можно проводить ручным способом (используя поисковые функции Microsoft Office). Однако возможности такого способа весьма ограничены (см. пошаговую процедуру «ручного» контент-анализа в предыдущих выпусках нашей серии).

Основными нашими категориями анализа являются обозначенные в гиде крупные подтемы (они удовлетворяют правилам эксклюзивности и исчерпанности). Единицами анализа служат законченные высказывания респондентов. Контекстуальными единицами для выбранной единицы анализа являются тематические блоки интервью. Единицей счета в части количественного контент-анализа служит частота появления схожих мнений. Однако при публикации информации о частоте употребления схожих мнений мы используем не точное число единиц счета, а приблизительное — «половина респондентов», «одна треть респондентов», «четвертая часть респондентов», «почти все респонденты» и т.д. Дополнительным результатом можно считать полученный веер мнений по каждой категории анализа.

Количественный результат (частота типовых высказываний) и качественный результат (наиболее яркие типовые высказывания) контент-анализа интервью получают после заполнения таблиц. Кодировальную матрицу (регистрация единиц анализа — законченных высказываний респондентов по тому или иному вопросу) и все необходимые таблицы контент-анализа выполняем с помощью указанных программ.

В процессе написания статьи в монографию в качестве примера приводим наиболее яркие содержательные высказывания респондентов по тем или иным темам (категориям) анализа.

Приведем алгоритм написания отчета или аналитической статьи и включения в общую монографию.

1. Первые «полевые» отчеты об успехах, неудачах и ходе интервью; первые впечатления о работе с респондентами; самые яркие ци-

- таты и первые выводы о точности выдвинутых гипотез пишем сразу после сбора интервью.
2. Выбираем тему для аналитического отчета — статьи (по гиду, гипотезам, категориям анализа (подтемам) или наиболее важным сюжетам). Обсуждаем совместно, чьи респонденты наиболее интересны для конкретной темы анализа.
 3. Для полноценной работы команды необходимо все аудио- и текстовые файлы с транскрипциями и линиями жизни «залить» в DROPBOX к дню «полевого» отчета. НЕ ПОДВОДИТЕ КОМАНДУ!
 4. Используем таблицы «паспортичек», стереотипов и линии жизни в своих отчетах. Ищем респондентов, которые подходят к теме статьи, представляем их социально-демографический портрет.
 5. Для аналитического отчета следует использовать технику контент-анализа. Выбираем нужные цитаты из всех полных и кратких транскрипций по вашей теме. Группируем их в сюжеты для анализа. Считаем частоту типовых высказываний и приводим яркие высказывания в качестве примеров. Выделяем отдельно нетипичные, особенные высказывания.
 6. Как мы указывали, частота типовых высказываний выражается числом случаев («пять респондентов», «12 респондентов») или лучше приблизительной оценкой («большая часть», «половина», «треть») в зависимости от аналитического сюжета.
 7. Нюансы типовых, общих высказываний требуют нескольких цитат к одному типовому высказыванию. Такие цитаты следует ранжировать по яркости и важности.
 8. В отчетах строго выделяем факты и мнения (стереотипы).
 9. Главный вопрос для анализа «ПОЧЕМУ?».
 10. Для аналитического отчета *по гипотезам* сюжетами служат гипотезы. Каждая гипотеза принадлежит той или иной категории (подтеме). Мы описываем, какие гипотезы подтвердились, какие — нет. Подтверждаем или опровергаем наши гипотезы, выдвигаем новые, все подтверждаем цитатами.
 11. Объем аналитического отчета *не менее* 20 тыс. и *не более* 40 тыс. знаков без пробелов.
 12. *От 1/3 до 1/2 объема отчета должны составлять цитаты респондентов.* Приближаемся к цифре 1/2.
 13. Цитаты выбираем яркие и хорошо проясняющие отношение респондентов. Соблюдаем честность, не выбираем цитаты, подтверждающие только симпатичную нам точку зрения. Соблюдаем баланс взятых и невзятых цитат.
 14. Цитаты редактировать с большой осторожностью. Можно «резать» цитаты, укорачивать, выбирать наиболее яркие и читаемые

куски, но следует не менять порядок слов, передавать эмоции респондентов, если они были транскрибированы.

15. На 70–80% материал отчета должен быть основан на интервью.
16. Остальной объем — это краткий обзор работ на тему вашей статьи.
17. Отчеты представляем в электронном виде не позже чем за один-два дня ДО экзамена для возможности правок. В день экзамена делаем короткие презентации в PPP (10–15 минут).

Инструкция № 5.

ПАМЯТКА УЧАСТНИЦЕ/УЧАСТНИКУ ИНТЕРВЬЮ

Благодарим за участие в интервью. Вы нам очень помогли.

Если вам понадобится дополнительная информация о репродуктивном здоровье и планировании семьи, мы можем предложить вам несколько сайтов.

Информация и возможность задать вопрос:

Общероссийская общественная организация содействия охране репродуктивного здоровья граждан «Российская ассоциация «Народонаселение и Развитие» (РАНиР): <http://www.ranir.ru>

Научно-популярные статьи:

Рубрика «Берегите женщин!» на Демоскопе Weekly:

<http://demoscope.ru/weekly/arc/arcwomen.php>

Социальная поддержка семей с детьми (Москва):

<http://docs.cntd.ru/document/3662941>

Социальная поддержка многодетных семей:

<http://www.soczaschita.ru/podderzhka/lgoty-socialnaya-podderzhka-povidam/kakie-lgoty-mnogodetnym-semyam-polo.html>

<https://pgu.mos.ru/ru/services/passport/7700000010000005267/>

О мерах социальной поддержки семьи и детей в Московской области:
http://www.papaimama.ru/arts.php?art=1-2006-OZ_MosObl

Инструкция № 6. **ОБРАЩЕНИЕ К РЕСПОНДЕНТАМ**

Уважаемый(ая), меня зовут... я учусь в магистратуре экономического факультета Московского государственного университета (МГУ). Вы знаете, сейчас в стране идет активная демографическая политика. Мы проводим **исследование о планировании семьи**. Это простые, но важные вопросы. Сколько детей хотят иметь люди? В каком возрасте и с какими интервалами лучше рожать детей? Почему?

Вы готовы уделить нам свое время и побеседовать со мной? Ваше мнение очень важно для нас. Вся информация анонимна и будет использована только в научных целях и интересах жителей Москвы.

Наш разговор будет продолжаться около часа. Скажите, пожалуйста, где бы Вам было удобно встретиться и поговорить. Очень важно, чтобы нам никто не помешал и в помещении было тихо.

(Начало интервью: Я задам Вам несколько простых вопросов и при этом буду записывать нашу беседу на диктофон, чтобы не упустить ни одной интересной мысли.)

Инструкция № 7.

ПОСЛЕДНИЕ НАПУТСТВИЯ ИНТЕРВЬЮЕРАМ И ИССЛЕДОВАТЕЛЯМ

1. Перед интервью еще раз читаем все инструкции и материалы, высланные в этом триместре.
2. Помним гид почти наизусть для проведения углубленного интервью (а не формального опроса).
3. Последовательность тем для разговора (большие блоки в гиде) стараемся не менять для легкого перехода от темы к теме (последовательность логически продумана) и для удобной работы с текстами интервью. Последовательность тем меняется, только если респондент(ка) сам(а) заговорил(а) о другой теме (не перебивайте!).
4. Гибко используем вопросы гида, подлаживаем их ЗАРАНЕЕ под конкретного собеседника или собеседницу. Стараемся основные вопросы задавать всем респондентам/кам. Но при этом создаем непринужденную атмосферу беседы и **ИМПРОВИЗИРУЕМ**.
5. Перед каждым интервью продумаем, какие вопросы точно вы будете задавать именно этому/этой респонденту(ке).
6. Уходим от наукообразной речи. Дружелюбно, с пониманием, с участием ведем разговор. Стараемся задавать конкретные и понятные вопросы. Не «грузим» респондентов общими и философскими вопросами. Ваши собеседники не должны (и не могут) отвечать на подобные вопросы.
7. **Стараемся не формулировать острые вопросы в лоб, чувствуем готовность респондента отвечать на прямые вопросы, обязательно говорим об анонимности интервью или о возможности скрыть авторство тех или иных ответов.**
8. Нас интересует не столько личная жизнь, сколько примеры и мнения респондентов по теме. Характеристики личные и семьи для понимания основного вопроса. Будем корректны. Не даем увести себя от темы.
9. Больше слушаем, меньше говорим. Не навязываем свое мнение, не показываем свое отношение. В разговоре для вас любой случай — ни хорошее, ни плохое явление! Любое мнение имеет право на существование.
10. В разговоре полезно использовать фольклор (поговорки и пословицы), примеры-истории, ассоциации. **ВСПОМИНАЕМ И ДРУГИЕ ПРИЕМЫ ЗОНДИРОВАНИЯ.**

11. Все время просим приводить примеры из личной жизни, спрашиваем о ЛИЧНОМ отношении респондента к тем или иным вопросам.
12. Спрашиваем также об известных случаях по теме с коллегами, знакомыми, родственниками.
13. Таблички полезно заполнять в конце интервью, но это не должно быть догмой.
14. Помним, для нас самый главный вопрос «ПОЧЕМУ?».

УСПЕХОВ И УДОВОЛЬСТВИЯ ОТ РАБОТЫ!

КАЛЕНДАРНО-ТЕМАТИЧЕСКИЙ ПЛАН ДИСЦИПЛИНЫ «НАУЧНЫЙ СЕМИНАР «КАЧЕСТВЕННЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ В ЭКОНОМИКЕ И ДЕМОГРАФИИ»

Автор: д-р экон. наук, профессор И. Е. Калабихина

Курс 1

Триместр 3

Общая трудоемкость (кредиты/часы) 4/144.

Аудиторная работа (часы) 36 (семинары).

Самостоятельная работа (часы) 80.

Контактные часы 28.

Аудиторная работа

№ занятия	Темы для изучения	Формы проведения занятий	Количество часов
1	Типологизация методов, преимущества и недостатки качественных методов, возможности качественных методов в демографии и экономике. Выбор темы исследования	Семинар	4
2	Подробное представление опыта проведения качественного исследования: методология, техника, сложности, успехи, результаты. Дискуссия о перспективах исследования. Составление программы исследования по выбранной теме	Семинар	4
3	Методология интервью и ФГ: гипотезы, гид, календарь, выбор респондентов, обращение к респондентам, техники интервью	Семинар	4
4	Разработка гида, методы и техники проведения интервью по выбранной теме	Семинар	4
5	Апробация гида, анализ потенциальных методических и технических ошибок, утверждение списка респондентов и гида интервью	Семинар	4
6	Презентация первых полевых результатов исследования, анализ успехов и неудач	Семинар	4

7	Контент-анализ кратких и полных транскрипций. Программы NVivo, MAXQDA. Технология написания аналитического отчета по качественным исследованиям	Семинар	4
8	Результаты исследования: представление аналитических отчетов (первый вариант)	Семинар	4
9	Презентация тематических глав, сдача аналитических текстов по результатам исследования для публикации книги	Экзамен	4
ВСЕГО			36

Самостоятельная работа

Недели для выполнения №	Темы для изучения	Форма выполнения	Количество часов
1-я — начало 2-й	Программа исследования (ФГ или интервью), гипотезы	Программа исследования, гипотезы	10
Конец 2-й — начало 3-й	Составление гйда интервью и обращения к респондентам, подбор респондентов	Гид интервью, обращение к респондентам	10
Конец 3–5-я	Проведение интервью («полевые» работы), транскрипция, подготовка первых отчетов	Проведение интервью, полная транскрипция одного интервью, подготовка краткого отчета	26
6–8-я	Написание аналитических тематических отчетов, подготовка результатов исследования к публикации	Аналитическая глава (текст), подготовка презентации	26
Дата конференции	Участие в конференции (Ломоносовские чтения, Валентевские чтения и пр.)	Участие в конференции	8
ВСЕГО			80

Контактные часы

№ занятия	Темы для изучения	Формы проведения занятий	Количество часов
1–2	Консультации к «полевым» работам (как повести интервью, процедура дознания)	Консультации очные и/или в режиме онлайн	8
3	Консультации по транскрипции интервью, по подготовке первых отчетов	Консультации в режиме онлайн	4
4–5	Консультации по написанию аналитических отчетов по теме исследования	Консультации в режиме онлайн	8

6	Консультации по подготовке результатов исследования к публикации. Консультации по подготовке презентации тематических глав	Консультации в режиме онлайн	4
7	Консультации по недочетам в статьях и редактированию выпуска научной серии	Консультации очные и/или в режиме онлайн	4
ВСЕГО	28		

Балльно-рейтинговая система (БРС) курса

4 кредита · 50 баллов = 200 баллов.

Работа на аудиторных занятиях — дискуссии (максимум 40 баллов = 8 · 5).

Предварительные материалы исследования: разработка программы, гида (максимум 30 баллов).

Интервью и транскрипции, первый отчет (максимум 55 баллов).

Аналитическая статья в сборник, итоговый отчет (максимум 50 баллов).

Участие в конференции (максимум 25 баллов).

Научное электронное издание

РОЖДАЕМОСТЬ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ: МНЕНИЯ, УСТАНОВКИ, МОТИВАЦИЯ

Серия

«Качественные исследования в экономике и демографии»

Выпуск 10

ISBN 978-5-906783-53-0



9 785906 783530