

## Тенденции абортного поведения россиян в контексте демографической политики

Тамара Керимовна Ростовская<sup>1,2</sup>, Екатерина Николаевна Васильева<sup>1</sup>,  
Екатерина Александровна Князькова<sup>1</sup>

1 *Институт демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 117218, Россия*

2 *Институт современных языков, межкультурной коммуникации и миграций Российского университета дружбы народов, Москва, 119333, Россия*

Получено 25 May 2023 ♦ Принято в печать 19 July 2023 ♦ Опубликовано 7 March 2024

**Цитирование:** TK Rostovskaya, EN Vasilieva, EA Knyazkova (2024) Trends in abortion-related behaviour of russians in the context of demographic policy. Population and Economics 8(1):15–36. <https://doi.org/10.3897/porecon.8.e106949>

### Аннотация

В статье обсуждаются результаты экспертного опроса, проведенного в феврале — мае 2021 года в десяти субъектах Российской Федерации с целью анализа тенденций абортного поведения россиян, а также выработки рекомендаций по формированию комплексной специальной программы предотвращения и снижения показателей аборт в РФ. Проведенные экспертные интервью (n=15) с представителями социально ориентированных некоммерческих организаций (СО НКО) и специалистами медицинских организаций (врачами-гинекологами, психологами) позволили структурировать направления деятельности в области доабортного консультирования в исследуемых субъектах и выявить эффективные институциональные ресурсы. Регионы исследования значительно различались не только по социокультурным характеристикам, но и по технологиям организации доабортного консультирования. В данной работе используются как синонимы понятия «доабортное» и «преабортное» консультирование. В ходе исследования было выявлено, что некоторыми экспертами (имеющими личную позицию, что аборты недопустимы без медицинских показаний) не приветствуется использование понятий «доабортное» и «преабортное» консультирование; ими используется понятие «противоабортное» консультирование, что, согласно герменевтике, наполняет понятие иным смыслом, ужесточая целеполагание используемых технологий. Выявлены следующие проблемы: сложность сбора статистических данных в негосударственных медицинских учреждениях, недостаток квалифицированных специалистов, отсутствие единой методики проведения доабортных консультаций. Согласно полученным данным, абортное поведение россиян трансформируется под влиянием новых медицинских технологий. Меры государственной поддержки семей с детьми не изменяют значительно абортное поведение россиян.

**Ключевые слова**

прерывание беременности, женщина, аборт, демографическая политика, доабортное консультирование, Россия

**Коды JEL:** J13, P36, P46, R28

**Демографические основания организации профилактики абортов на современном этапе**

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 г. № 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» одной из ключевых целей государственной политики в сфере сбережения народа России является устойчивый естественный рост численности и повышение качества жизни населения [Указ Президента РФ..., 2021]. Повышение рождаемости — ключевой показатель национального проекта «Демография». К 2030 году в России планируется увеличить суммарный коэффициент рождаемости до 1,7 одновременно с повышением ожидаемой продолжительности жизни до 78 лет [Национальный проект..., 2023]. В дискуссиях о формировании условий повышения рождаемости все чаще обсуждаются вопросы репродуктивного выбора и abortивного поведения. Это серьезные вопросы, т.к. право на аборт отстаивается Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в контексте охраны репродуктивного здоровья женщин. Под abortивным поведением понимают процедуры, направленные на предотвращение нежелательных рождений. По данным статистики, более 20 млн абортов в мире являются небезопасными, почти 15% обусловленных беременностью смертей приходится на осложнения, связанные с небезопасным абортом [ВОЗ, 2022].

Данные о распространенности abortивного поведения отслеживаются Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ), тем не менее статистика абортов не является точной ни в одной стране мира, поскольку самопроизвольное прерывание беременности на ранних сроках относят к естественным физиологическим процессам, и само прерывание часто происходит до факта регистрации беременности. В России статистические данные аккумулируются Росстатом [Демографический..., 2023; Здравоохранение..., 2023; Численность населения..., 2023; Численность постоянного..., 2023] и Министерством здравоохранения Российской Федерации. Для оценки динамики абортов в России фиксируется общее количество абортов: как по желанию женщины, по медицинским или социальным причинам, так и из-за выкидышей, когда беременность могла быть желанной. В связи с этим аспектом необходимо разделить аборты, которые женщины делают осознанно, и самопроизвольные аборты — выкидыши, вызванные невозможностью женщины выносить плод, связанные с биологическим прерыванием беременности.

Начиная с 2007 года общее количество зарегистрированных абортов снизилось, а количество родов стало превышать количество прерываний беременности. По данным Федеральной службы государственной статистики, а также Федерального государственного бюджетного учреждения «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, с 2015 г. абсолютное число абортов опустилось ниже 1 млн, эта тенденция сохранилась и на сегодняшний день. То есть общее количество абортов за 15 лет сократилось в три раза, или на 66%. Количество абортов на 1000 женщин детородного возраста сократилось в 2,5 раза — с 38,2 в 2005 г. до 15,1 в 2019 г. В 2019 г. на 100 родов (живо- и мертворождений) приходилось 35,9 абортов, что почти в три раза ниже, чем в 2005 г. [Rostovskaya et al., 2022]. Оценка показателей абортов по 5-летним возрастным группам, применяемая Росстатом в период с 2008 по 2015 г., также указывает на более быстрое снижение числа абортов среди самых молодых российских женщин: в период

с 2008 по 2015 г. в группе 15–19 лет — в 2,7 раза; по всем возрастным группам — в 1,6 раза. Тем не менее проблема не теряет актуальности: в России разрабатываются программы по работе с женщинами в условиях репродуктивного выбора [Обучение гинекологов..., 2023].

Проводимая государством политика, связанная с реализацией указов Президента России «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации» (2012), «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» (2018 г., нацпроект «Демография»), а также распоряжений Правительства Российской Федерации «Об утверждении Концепции государственной семейной политики в Российской Федерации на период до 2025 года» (2014), «Об основах государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года» (2014) и др., привела к повышению внимания общества и государства к проблемам семьи, росту ее престижа, условиям осуществления репродуктивного выбора.

На всех уровнях политического управления важно реализовывать задачи по формированию и развитию безопасного репродуктивного поведения населения на основе ценности рождения первенца и последующих детей в благополучной полной семье. В то же время принятие управленческих решений в сфере профилактики абортов невозможно без анализа тенденций abortивного поведения россиян. В связи с актуальностью и значимостью проблемы абортов социальный образ женщины перед прерыванием беременности в ранние сроки представляет научный интерес. Основной целью данного исследования является анализ тенденций abortивного поведения женщин, а также выработка рекомендаций по формированию комплексной специальной программы предотвращения и сокращения числа абортов в РФ.

## **Тенденции abortивного поведения: теоретические основания исследования**

Аборт как искусственное прерывание беременности практикуется во многих странах, с некоторыми нормативными ограничениями по срокам и причинам прерывания беременности, т.к. репродуктивный выбор беременной женщины сопряжен с множеством аспектов медицинского, этического, морального, религиозного, социального, экономического и правового порядка. В целом необходимо разделить концепции, объясняющие abortивное поведение, на две группы: в первой группе обсуждаются права женщин на использование своего тела; во второй группе концепций доказывается, что плод (будущий ребенок) имеет право на жизнь с момента зачатия. Оба теоретических постулата являются основой разных юридических практик разрешения и ограничения использования абортов для планирования семьи [Плотникова, 2022].

Закрепление права женщин распоряжаться своим телом связано с обсуждением масштабов и последствий абортов на институциональном уровне, а также с идеей преодоления социального неравенства, которое сопряжено с доступностью или недоступностью абортов для женщин [Singh et al., 2014; Becker et al., 2011]. Основная декларируемая цель — обеспечение доступа к медицинской помощи, встречающее ограничения, обусловленные возрастом женщин, семейным положением, этнической принадлежностью, регионом проживания, недостатком финансовых средств и др. [Coast et al., 2018]. Недоступность абортов оборачивается небезопасностью медицинской процедуры прерывания беременности с последующей потерей репродуктивного здоровья. Основные причины риска — несвоевременное обращение за медицинской помощью, недоступность услуг в странах, где наблюдается стигматизация abortивных практик [Hanschmidt et al., 2016]. Указанные исследования являются основой для формирования целей и задач ВОЗ — развитие эффективной политики повышения доступности абортов как метода безопасного прерывания беременности для минимизации осложнений после аборта в целях снижения смертности от осложнений аборта [ВОЗ, 2022; ВОЗ, 2023]. Такая постановка

проблемы позволяет рационализировать расширение практики применения искусственного прерывания беременности, способствующее преодолению стигматизации, свободному конструированию женщиной собственного жизненного пути, реализации принципов самосохранительного поведения и т.д.

Второе теоретическое направление — это обоснование права плода на жизнь с момента зачатия. Если принимать позицию, что с момента зачатия формируется человек, то аборт приравнивается к убийству, а значит, должны быть юридические рамки защиты плода [Niță, Ilie Goga, 2020]. С религиозной точки зрения аборт неприемлемы для всех религий, и наименьшее количество абортов можно наблюдать в глубоко религиозных обществах и семьях. Религия рассматривает начало человеческой жизни с момента зачатия, а аборт считается формой убийства [Cherry, 2009].

Таким образом, с этической точки зрения прерывание беременности можно рассматривать как выбор между правом женщины на собственное тело и правом ребенка (плода) на жизнь. В зависимости от ценностей мужчины и женщины, зачавших ребенка, потенциальные родители сталкиваются или не сталкиваются с этическим выбором в отношении добровольного прерывания беременности. Часто решение о прерывании беременности принимается только женщиной, если она подверглась насилию или не сообщила партнеру о беременности, или решение женщины о сохранении беременности оспаривается близкими, которые не поддерживают идею рождения ребенка.

В российской науке дискуссия о прерывании беременности развивалась по иному сценарию, нежели в зарубежных странах [Петров, Байкулова, 2016], т.к. СССР стал одной из первых стран, где официально были разрешены аборты. Религиозные препятствия прерыванию беременности долгое время в России не обсуждались, проблематика стала формироваться только с 1990-х гг., что обусловлено постепенной артикуляцией разных точек зрения на ценность жизни женщины или ребенка. Влияние оказало и то, что в нашей стране аборты были легализованы с 1920-х гг., и борьба с религиозным мировоззрением сделала неактуальными рассуждения о ценности человеческой жизни до рождения, т.к. они были сопряжены с идеей существования души. С 1936 г. в СССР был введен запрет на аборты (за исключением абортов по медицинским показаниям), который привел к росту смертности женщин от осложнений после нелегальных процедур, поэтому в 1955 г. запрет на аборты был снят [Шадеркина, 2016]. Институционализация абортов в России, имеющая давнюю историю, привела к тому, что Россия длительное время являлась лидером по количеству абортов на 1000 женщин [Аполыхин и др., 2015; Вишневыский и др., 2017]. Для сравнения, не во всех штатах США на начало 2023 г. утихла дискуссия о рамках законодательства в области прерывания беременности по желанию женщины, облегчающего доступ к абортам [What the data says..., 2023].

Абортивное поведение в России не стигматизируется; напротив, практика прерывания беременности широко распространена [Денисов, Сакевич, 2014; Сакевич, Денисов, 2019], об этом говорит и анализ запросов в сети Интернет по ключевому слову «аборт» [Калабихина и др., 2020]. В итоге в России не стоит проблема неравенства доступа к медицинским услугам по прерыванию беременности, они включены в полис обязательного медицинского страхования. Проблема в другом: выявить, понимают ли акторы, что аборты — это большая ответственность для всех, причастных к принятию решения. В этом отношении интересно социологическое исследование О.Н. Безруковой и В.А. Самойловой, по результатам которого на вопрос «С какими суждениями о правах отца вы согласны, а с какими нет?» суждение «Женщина может прерывать беременность только с согласия отца ребенка» оценено респондентами следующим образом: «согласны» — 63,5% мужчин и 36,6% женщин; «не согласны» — 29,5% мужчин и 55,4% женщин; остальные затруднились ответить [Безрукова, Самойлова, 2023].

Кроме широкого пула теоретических исследований, хорошо известны эмпирические исследования, направленные на выявление причин прерывания незапланированной беременности. К основным причинам относятся социально-экономические, медицинские, психологические

проблемы [Marinescu et al., 2014; Turner et al., 2018], которые часто приводят к решению о прерывании беременности, независимо от законодательных ограничений, существующих в некоторых странах. В итоге формируется практика производства нелегальных аборт, которая ведет к повышенному риску для здоровья и жизни женщины, учитывая, что в большинстве случаев используются неподходящие методы, не соблюдаются гигиенические условия, а медицинское обследование не проводится. ВОЗ утверждает, что аборты, проводимые в соответствии с медицинскими рекомендациями, сопряжены с очень низким риском осложнений; в то же время аборты вносят существенный вклад в материнскую заболеваемость и смертность во всем мире [Sedgh et al., 2012].

Факторы, влияющие на принятие решения о прерывании беременности, можно разделить на социальные (семейное положение, уровень образования, уровень дохода, факт насилия), психологические (наличие или отсутствие поддержки родителей и партнеров) [Gbagbo et al., 2015] и институциональные, которые формируют или усложняют условия реализации абортного поведения. К институциональным факторам можно отнести религиозные запреты и связанные с ними случаи социальной стигматизации, а также юридические запреты [Alhassan et al., 2016], инфраструктурные ограничения, включающие доступность учреждений, предоставляющих услуги по прерыванию беременности [Frederico et al., 2018].

Не для всех регионов России актуальны религиозные запреты, но они имеют значение, например, в Чеченской Республике, где один из самых низких показателей абортов [Рязанцев и др., 2019]. Согласно результатам ВЦИОМ, опубликованным 7 июня 2022 г., за 6 лет увеличилась доля россиян, считающих недопустимыми аборты ни при каких обстоятельствах. Если в 2016 г. так считали 4%, то в 2022 г. уже 13% [ВЦИОМ, 2022]. Работники медицинских учреждений намного чаще говорят о необходимости государственного регулирования по распространению методов контрацепции, предотвращающих аборты (53%), и об ответственности обоих партнеров за решение о прерывании беременности (85%). Интересно, что на Северном Кавказе 41% респондентов выступает за государственные меры по предотвращению аборта, а в северо-западном округе, напротив, 61% выступает против вмешательства государства в вопросы деторождения [ВЦИОМ, 2022]. В целом, анализ абортного поведения требует исследования совокупности процессов, обстоятельств беременности, которые развиваются в течение нескольких недель и могут быть крайне непредсказуемыми, так как находятся под влиянием как физиологических процессов, так и психологических, социально-экономических и пр. условий жизни женщины. Прерывание беременности не может быть понято линейно; это процесс, который обусловлен меняющимися личными обстоятельствами и индивидуальными характеристиками актора.

В условиях демографического спада в России вводятся некоторые институциональные препятствия для реализации необдуманного прерывания беременности (невозможность проведения аборта в день обращения, направление на преабортное консультирование и др.) [Обучение гинекологов..., 2023]. Учитывая специфику теоретического исследования абортов в России и в других странах, попробуем, опираясь на экспертные оценки, ответить на следующие вопросы: каковы мотивы абортного поведения женщин, приходящих на преабортное консультирование, и как влияют современные меры государственной демографической политики на тенденции абортного поведения, способствуют ли они сохранению беременности женщин, находящихся в условиях репродуктивного выбора?

## Методы

Выводы сделаны на основе уточнения данных массового опроса, полученных в рамках первого этапа Всероссийского мониторинга «Демографическое самочувствие населения регионов

России» (конец 2019 — начало 2020 г.), методом экспертного опроса (февраль — май 2021 г.), проведенного в рамках второго этапа Всероссийского мониторинга. Оба этапа сбора эмпирических данных осуществлялись в 10 регионах России (Москва и Московская область, Республика Башкортостан, Республика Татарстан, Волгоградская, Вологодская, Ивановская, Нижегородская, Свердловская области и Ставропольский край). Выбор регионов производился по следующим критериям: во-первых, были отобраны регионы европейской части России, входящие в Центральный, Приволжский, Южный, Северо-Кавказский, Северо-Западный и Уральский федеральные округа. Во-вторых, учитывался рейтинг социально-экономического положения регионов по итогам 2019 г.: г. Москва (1 место), Ивановская (61 место), Волгоградская (29 место), Вологодская (28 место), Московская (4 место), Нижегородская (14 место), Свердловская (7 место) области, Республика Башкортостан (13 место), Республика Татарстан (5 место), Ставропольский край (30 место), что позволило включить в выборку регионы с разным уровнем экономического развития. В-третьих, целенаправленно были включены в выборку регионы, формирующие этническое и религиозное многообразие европейской части РФ. Подробнее с обоснованием критериев выборки массового опроса можно ознакомиться в работе Т.К. Ростовской с соавторами [Ростовская и др., 2021]. В-четвертых, учитывалась динамика снижения числа abortов в регионе. Наблюдается общее снижение числа прерываний беременности, однако показатели сильно разнятся по разным регионам (см. Таб. 1). Результаты авторского анкетного опроса, проведенного в рамках проекта «Демографическое благополучие России» в 2019–2020 гг. в 10 субъектах России с выборкой в 5616 человек, также говорят о том, что abortы остаются значимым методом регулирования деторождения [Rostovskaya et al., 2022].

Результаты опроса показали, что в среднем 16% женщин прерывали свою беременность до вступления в брак (вопрос «Были ли у вас abortы до вступления в нынешний брак?») (см. Таб. 2). В Ивановской области треть женщин сделали abort до регистрации брака, в Волгоградской области 25% женщин прервали беременность, 20% — в Нижегородской области, 19% — в Свердловской области. 9% женщин делали процедуру прерывания беременности до рождения первого ребенка (вопрос «Были ли у вас abortы после вступления в нынешний брак до рождения первого ребенка в нынешнем браке?»), однако уже 25% женщин делали abort между рождением первого и второго ребенка и 27% женщин — между рождением второго и третьего (в двух последних случаях не уточнялось, о каком браке идет речь) [Rostovskaya et al., 2022].

Низкая осведомленность общественности о проблемах репродуктивной сферы характерна для многих россиян. Например, исследование, проведенное в городе Вологда, показало, что около 50% людей репродуктивного возраста не располагают информацией о репродуктивном поведении, 13% имеют половые связи вне брака, а 12% не используют никаких противозачаточных средств. Такое явление увеличивает риск нежелательной беременности и риск заболеваний, передающихся половым путем.

Официальная статистика Российской Федерации оценивает использование женщинами контрацептивов, таких как внутриматочные (ВМС) и гормональные контрацептивы, в качестве методов предупреждения беременности. Однако официальная статистика показывает, что в России не только гормональная контрацепция, но и использование ВМС не получило широкого распространения (анализ динамики статистических показателей см. в работе [Rostovskaya et al., 2022]). С другой стороны, методы гормональной контрацепции и ВМС для предотвращения нежелательной беременности часто используются в Сибирском, Уральском, Дальневосточном и Приволжском федеральных округах, и эти округа также характеризуются высоким уровнем abortов. Высокая частота использования контрацептивов женщинами в этих федеральных округах не находит положительного отражения в снижении числа abortов в этих районах. Наоборот, эти федеральные округа являются антилидерами по количеству сделанных abortов в России (см. в работе [Rostovskaya et al., 2022]).

Таблица 1. Число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста

	Число абортов на 1000 женщин в возрасте 15–49 лет																		
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Российская Федерация	45,0	42,2	40,2	37,9	35,8	33,9	31,7	30,3	29,1	28,3	25,9	23,8	23,7	22,3	19,0	17,7	15,8	14,9	14,6
Центральный федеральный округ	36,1	33,7	31,2	29,1	27,3	25,3	24,0	23,3	22,3	21,4	19,4	17,8	17,6	16,6	13,8	12,6	11,1	10,6	10,9
Ивановская область	43,9	39,1	40,5	38,2	35,6	36,8	36,3	34,4	30,5	26,6	24,8	22,3	19,6	17,9	16,5	15,0	12,2	10,5	10,8
Московская область	36,7	32,9	32,1	28,7	25,8	24,8	24,8	23,7	23,9	23,0	21,3	18,6	17,5	15,2	11,9	10,5	10,2	9,3	9,2
г. Москва	19,0	17,3	14,1	13,9	12,8	11,2	11,5	11,4	11,2	11,3	10,4	9,8	11,1	12,1	9,7	9,3	8,5	9,0	9,9
Северо-Западный федеральный округ	45,8	44,2	42,2	39,4	36,7	34,3	31,5	30,6	30,7	29,0	26,5	25,4	24,9	22,6	19,5	18,5	16,6	15,0	14,3
Вологодская область	65,9	78,3	73,9	59,3	56,1	51,9	48,7	47,7	48,5	47,5	39,6	36,0	36,7	34,7	29,2	26,2	24,0	21,3	19,2
Южный федеральный округ	41,0	38,6	36,7	34,6	33,0	30,2	26,9	24,9	23,9	22,3	20,6	19,5	19,3	16,4	13,8	12,6	11,5	10,9	11,1
Волгоградская область	52,0	49,0	48,0	45,9	44,4	41,2	38,0	36,9	33,9	33,3	31,2	30,4	26,8	19,1	15,9	14,2	13,1	11,7	13,5
Северо-Кавказский федеральный округ	20,4	21,7	21,1	21,2	18,7	18,4	17,4	17,2	15,6	15,2	13,7	12,8	13,0	12,0	10,7	10,5	9,1	9,0	8,6
Ставропольский край	33,8	36,4	33,3	33,2	29,4	29,1	27,7	27,8	25,3	23,3	22,0	20,2	20,5	19,0	16,8	15,4	13,0	12,9	11,7
Приволжский федеральный округ	47,9	45,0	42,5	40,3	38,6	36,7	33,9	32,2	30,8	30,4	28,2	25,7	25,3	24,4	21,2	19,9	17,9	16,8	16,1
Республика Башкортостан	44,1	39,3	36,8	34,0	30,1	28,3	26,4	24,0	22,9	21,4	19,7	19,5	18,1	18,0	16,1	15,7	14,9	13,6	11,4
Республика Татарстан	47,6	44,2	40,8	36,9	33,8	32,9	30,3	30,2	29,2	28,1	26,7	23,8	23,9	23,5	20,3	18,5	17,1	16,8	15,8
Нижегородская область	40,7	43,8	41,6	39,0	37,9	34,7	29,8	30,7	27,0	30,2	27,2	25,9	25,9	23,6	18,6	17,8	15,4	15,1	16,1
Уральский федеральный округ	60,5	52,5	51,3	49,4	47,5	45,0	43,0	41,2	40,1	39,0	35,6	32,4	32,5	30,4	26,4	25,2	23,1	21,3	20,9
Свердловская область	69,0	51,8	54,0	54,6	50,9	49,0	47,7	46,2	44,5	43,3	40,4	36,6	37,2	34,4	31,3	29,3	27,1	25,6	24,9

Источники: Расчеты авторов на основе: Здравоохранение в России // Федеральная служба государственной статистики (2023) URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 15.12.2023); ЕМИСС Государственная статистика. Численность постоянного населения — женщин по возрасту на 1 января. Режим доступа: <https://www.fedstat.ru/indicator/33459> (дата обращения: 15.12.2023).

**Таблица 2.** Распределение ответов на вопрос: «Были ли у Вас аборт?», в % от опрошенных женщин

Вариант ответа	Ивановская область	Московская область	г. Москва	Вологодская область	Волгоградская область	Ставропольский край	Республика Башкортостан	Республика Татарстан	Нижегородская область	Свердловская область	Среднее по опросу
<i>До вступления в нынешний брак (для всех женщин)</i>											
Да	33,3	9,4	12,4	18,1	24,7	12,6	10,9	7,9	20,3	19,1	16,3
Нет	66,7	90,6	87,6	81,9	75,3	87,4	89,1	92,1	79,7	80,9	83,7
<i>После вступления в нынешний брак до рождения первого ребенка (для всех женщин)</i>											
Да	0,0	3,6	7,6	7,6	24,0	8,0	5,4	4,2	3,9	11,7	8,7
Нет	100,0	96,4	92,4	92,4	76,0	92,0	94,6	95,8	96,1	88,3	91,3
<i>Между рожденьями первого и второго ребенка (для тех женщин, у кого 2 и более детей в нынешнем браке)</i>											
Да	100,0	21,5	35,9	20,2	50,0	27,3	26,4	20,3	23,8	29,1	27,0
Нет	0,0	78,5	64,1	79,8	50,0	72,7	73,6	79,7	76,2	70,9	73,0
<i>Между рожденьями второго и третьего ребенка (для тех женщин, у кого 3 и более детей в нынешнем браке)</i>											
Да	0,0	20,0	50,0	15,0	0,0	36,8	27,0	42,9	0,0	8,3	25,4
Нет	0,0	80,0	50,0	85,0	0,0	63,2	73,0	57,1	100,0	91,7	74,6
<i>После рождения младшего ребенка (для всех женщин, у кого есть дети в нынешнем браке)</i>											
Да	0,0	7,1	14,3	20,9	15,0	13,4	15,7	11,6	24,3	20,3	16,1
Нет	100,0	92,9	85,7	79,1	85,0	86,6	84,3	88,4	75,7	79,7	83,9

*Источник:* Всероссийское социологическое исследование «Демографическое самочувствие России», проведенное в конце 2019 — начале 2020 гг. в Центральном, Северо-Западном, Приволжском, Уральском, Северо-Кавказском, Южном федеральных округах. N=5616 — представители различных поколений в возрасте от 18 до 50 лет. Рук. д.соц.н., профессор Т.К. Ростовская.

Более высокие показатели могут быть связаны с низкой культурой контрацепции, недостаточной осведомленностью о планировании семьи и роли контрацепции в нем, высокой стоимостью современных контрацептивов, отсутствием доверия к контрацептивам (из-за отсутствия знаний о правилах использования и степени воздействия на здоровье), а также нежеланием мужа использовать противозачаточные средства. Обсуждаемые результаты свидетельствуют о том, что нужно провести федеральное обследование социально-экономического положения российских семей и действий региональных программ, направленных на поддержку семьи, материнства и детства.

Таким образом, полученные данные показывают, что прерывание беременности стало привычной практикой для российского населения. В современной ситуации важно получить как можно больше данных о том, как сохранить репродуктивное здоровье женщины и как работают специализированные программы, направленные на доабортное консультирование. Выделим, какие технологии используются в современной России.



Для уточнения данных массового опроса был проведен экспертный опрос (n=15) представительниц СО НКО и специалистов медицинских организаций (врачи-гинекологи, психологи). Опрос проводился по полуформализованному гайду, это позволило обработать результаты экспертных оценок, опираясь на метод «обоснованная теория».

## Результаты

Обратимся к текстам экспертного интервью для выявления мотивов abortивного поведения женщин, систематизируем данные через описание социально-психологических портретов женщин, приходящих на преабортное консультирование. Во-первых, важно определить возрастные категории обратившихся. По данным экспертов (экспертное интервью проводилось с использованием звукозаписывающей техники, далее полученные данные транскрибировались), чаще всего решение об abortе принимают женщины в возрасте 24–40 лет, как правило, состоящие в браке, имеющие по крайней мере одного ребенка (эксперты доабортного консультирования из Республики Башкирия, Волгограда, Екатеринбурга). В Иваново эксперты отметили иную возрастную категорию — средний возраст от 32 до 40 лет, но это также, в основном, замужние женщины. Как положительный факт эксперты отметили, что в их практике преабортного консультирования редко встречаются случаи работы с несовершеннолетними.

*«Это редко <...> несовершеннолетних ни разу в этом кабинете не было. 18-летняя была, 20-летняя. Одна сохранила беременность, вторая — нет»* (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург).

Во-вторых, эксперты-психологи имеют компетенции, позволяющие охарактеризовать психологический портрет женщин, пришедших на доабортное консультирование:

*«...на доабортное консультирование соглашаются женщины, допускающие возможность рождения ребенка. Такие женщины очень нуждаются в психологической помощи, взгляде на сложную жизненную ситуацию «со стороны». Думаю, можно сказать, что такие женщины ожидают, чтобы их отговорили от abortа, и они могли бы отчасти переложить ответственность за свое решение на специалиста»* (эксперт доабортного консультирования, Московская область).

Обозначим данную категорию женщин как «женщины, сомневающиеся в необходимости abortа, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора». В этом случае чаще женщина хочет сохранить беременность, но оказывается под давлением близких, которые против сохранения беременности, т.е. основная причина — нарушение внутрисемейных связей, эмоциональные и психологические трудности взаимодействия в семье, отсутствие поддержки ближайшего окружения (супруга, родителей), нежелание партнера иметь ребенка, давление родителей обоих или одного из супругов.

Категории женщин можно выделить, учитывая объективные и субъективные мотивы abortов: по медицинским показаниям; социально-экономические и психологические. Медицинские показания к прерыванию беременности закреплены Приказом Минздравсоцразвития РФ от 03.12.2007 № 736 (ред. от 27.12.2011) «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности». Основаниями для abortа служат инфекционные и онкологические болезни, системные, психические заболевания. В данном контексте не учитываются ситуации аномального развития плода, речь идет о медицинских показаниях для матери. Но развитие плода также является важным фактором принятия решения о сохранении/прерывании беременности. Экспертами отмечается, что встречаются случаи, когда медицинские показания необоснованно используются некомпетентными специалистами:

*«И в одном медицинском учреждении было 80% abortов по медицинским показаниям. Что это означает? Это означает, что это наш аномальный минигород, в котором просто все боль-*

ные рождают. Это нереально. Реальный процент уродств, которые есть в России, это 4–5%. А у нас в одном учреждении эти проценты зашкаливают до 80... По итогу оказалось, что в той женской консультации действует всего два гинеколога и нет никаких узких специалистов по разным темам. То есть, когда у женщины есть варикозное расширение вен или какие-то минимальные риски, связанные с возрастом или с ее здоровьем, гинекологи просто пугаются и ставят всем медицинское прерывание беременности, чтобы не брать на себя риски» (эксперт, г. Нижний Новгород).

В описанном случае «женщины, сомневающиеся в необходимости аборта, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора», женщины с запланированной беременностью могут сохранить ее, обратиться за расширенной консультацией в другие медицинские учреждения. Женщины, которые не планировали беременность, напротив, без сомнения ее прервут, т.к. ответственность за данное решение лежит на медицинском персонале.

Совсем другая ситуация — повышенная тревожность женщины, у которой присутствует опыт рождения нездорового ребенка.

*«Еще в последнее время несколько женщин было — это когда у них, у их детей патология появлялась... Она воспитывала, допустим, особенного ребенка. Тут великий страх вообще рожать... А прерывание именно у тех женщин, у которых патология у детей, и рожать не хотят. Потому что великий риск — у нее есть двое детей, второй с патологией, она говорит: “Мне третьего не надо, мне надо как-то этих вырастить”»* (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург).

Следующий тип женщин — «неуверенные в материальном благополучии женщины, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора». Для данной категории женщин основной мотив прерывания беременности — материальное положение. Но это может быть как субъективное восприятие своего положения как неблагополучного, так и объективные обстоятельства — бедность и нищета. Субъективное восприятие и объективные обстоятельства определяются жилищной/бытовой неустроенностью, отсутствием постоянного места работы, нехваткой денежных средств и т.д. В этом случае меры поддержки семьи (в рамках государственной демографической политики или деятельности специализирующихся на помощи семье СО НКО) могут способствовать сохранению беременности. Но в то же время наблюдается недоверие к программам поддержки семьи: *«Даже им говорю, что ведь есть поддержки от государства, материнский капитал, другие программы для молодых семей. Они все равно боятся, что не смогут воспитать, дать образование, жилье»* (эксперт доабортного консультирования, Республика Башкирия).

Эксперт из Ивановской области отметил, что сохранение беременности ведет к снижению материального благополучия семей региона. Чтобы сохранить доходы на прежнем уровне и в случае рождения ребенка *«мужчины вынуждены уезжать на заработки из области в другие регионы»* (эксперт доабортного консультирования, г. Иваново). Таким образом, материальное неблагополучие ведет к существенной трансформации семьи, возможному разрыву семейных связей вследствие переезда супруга, что может в дальнейшем привести к разводу.

Еще один тип неуверенных женщин — «женщины с маргинальным социальным статусом, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора». Маргинальный статус (в данном случае трактуется как неопределенный) — это всегда наличие трудной жизненной ситуации: отсутствие гражданства (женщины-мигрантки); беременность вне брака, в том числе от женатого мужчины; низкий уровень образования у молодой женщины и др. Часто подобная ситуация формируется при отсутствии поддерживающего социального окружения, нарушении социальных связей. Эксперты, представители СО НКО отмечают, что в таких случаях важны практики сопровождения и постоянной поддержки женщины — встреча из родильного дома, дружеское участие и др. При профессиональной поддержке в случае решения о рождении ребенка у женщины формируются новые социальные связи, восстанавливается осознание ценности собственной личности.

Отдельно выделим тип «успешные женщины, ориентированные на карьеру, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора»; в этом случае женщины не желают менять устоявшийся образ жизни, боятся снижения социального статуса, и выбор делается в пользу карьеры или получения образования.

*«В нашем регионе убирают третьих и четвертых детей успешные женщины. И это как раз один из наших высоких показателей причин. То есть женщина, родившая двух детей или одного, говорит: “Мне надо работать, развиваться дальше, мне больше не надо рожать”. Именно это основной процент женщин, с которыми мы ничего не можем сделать, только психологическое консультирование»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

Выделим категорию «сексуально свободные женщины, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора»; женщины из данной категории часто меняют партнеров, не планируют не только беременность, но и брак в ближайшее время, это молодые женщины, приходящие на аборт на ранних сроках беременности.

Еще одна категория — «женщины, ориентированные на самосохранительное поведение, оказавшиеся в условиях репродуктивного выбора». У данной категории женщин проявляются когнитивные установки оправдательного характера — *«не хочется портить здоровье, фигуру»*.

С каждой из выделенных категорий женщин специалисты выстраивают работу, учитывая выявленный тип мотивации. Только эксперты, имеющие длительный опыт работы с женщинами в условиях репродуктивного выбора, владеют технологиями, позволяющими влиять на решение женщины за ограниченное время. Однако специалистов, работающих с 2015 г., когда технологии предабортного консультирования стали институционализироваться, очень мало, поэтому в регионах выстраивают систему повышения квалификации специалистов. Именно в 2015 г. Минздрав выступил с предложением по организации предабортного консультирования, и было организовано российское движение «Спаси жизнь». В период становления технологий предабортного консультирования направление к психологу женщин, планирующих аборт, носило рекомендательный характер, а женщины, решившиеся на прерывание беременности, не доверяли психологам: *«...многие женщины считали: ну раз рекомендательный — значит необязательно, то есть частично кто-то приходил, кто-то и не вспоминал...»* (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург).

Эксперт из Нижнего Новгорода отметил, что с ними в команде работает генетик, его консультация важна, если на прием пришли женщины, которые переживают за свое здоровье или здоровье будущего ребенка. Эксперты, работающие совместно с генетиком, отмечают несовершенство некоторых скринингов при беременности: вероятность рождения нездорового ребенка ниже, чем показывают скрининги, а тревожность женщины по результатам скрининга многократно увеличивается. Так, высокая тревожность женщин привела к росту прерываний беременности в ситуации пандемии:

*«Пандемия — люди боялись выйти в декрет. Много случаев, когда в семье кто-то болел, кто-то в стационар поступал. Потом был момент, что прививки делали и вдруг узнавали, что беременные»* (эксперт из г. Екатеринбург), т.е. причинами аборта становились болезнь или наступление беременности после прививки от COVID-19. Конечно, и у генетиков нет сегодня точных данных, как бы сказались на здоровье будущего ребенка коронавирусная инфекция или прививка от нее.

Консультации носят как обязательный, так и рекомендательный характер, когда за женщиной остается право выбора — посещать психолога или нет; в таком случае пишется отказ.

*«...Мы направляем всех, но женщина вправе отказаться от консультации психолога. Она просто пишет информированный отказ врачу, что “я не нуждаюсь в консультации психолога”»* (эксперт доабортного консультирования, Республика Татарстан).

Различный характер организации консультирования (обязательный или рекомендательный) влияет на процент отказов от доабортного консультирования.

*«Уже 8 лет в женской консультации я провожу консультации, и женщины знают, приходя на аборт, что им придется пройти доабортное консультирование и встретиться со мной и со старшей акушеркой пройти беседу»* (эксперт доабортного консультирования, г. Иваново).

*«За период работы с 2016 года одна женщина отказалась от доабортного консультирования»* (эксперт доабортного консультирования, г. Волгоград).

*«Да, отказы от доабортного консультирования, конечно, имеются. Соглашаются на доабортное консультирование примерно менее половины женщин, задумывающихся об аборте»* (эксперт доабортного консультирования, Московская область).

В зависимости от опыта работы психолога формируется его репутация, что также может влиять на отказы или согласие женщин, если консультации носят рекомендательный характер.

При работе с женщинами, которые оказались в условиях репродуктивного выбора без социальной поддержки, эффективными являются групповые консультации, но индивидуальные консультации проводятся чаще, т.к. на форму проведения влияют не только потребности женщин, но и институциональные условия, инфраструктура (не всегда выделенные психологам кабинеты оборудованы для групповой работы).

*«Когда группа, они смотрят друг на друга и делают выводы. С группой, конечно, легче. Групповое занятие, оно само собой исцеляет»* (эксперт доабортного консультирования, Республика Башкирия).

Специфическим видом группового консультирования может стать консультация женщины и ее партнера (супруга): *«Очень редко женщины приходят на доабортное консультирование вместе с партнером. По оценкам экспертов, 2–3% женщин»* (эксперт доабортного консультирования, г. Волгоград) или когда *«на консультацию приходят семьи мигрантов, в которых женщина не говорит на русском языке»* (эксперт доабортного консультирования, г. Москва).

Хотя женщины предупреждены, что консультация проводится для обоих партнеров: *«Когда приходят на прием к гинекологу, там выдают направление к психологу, и там написано, что консультация для обоих партнеров. Но консультация по согласованию с пациенткой. Женщина решает, прийти ли ей с потенциальным отцом ребенка»* (эксперт доабортного консультирования, Республика Башкирия).

Также женщины приходят к партнерами в случае необходимости прерывания беременности по медицинским показаниям, когда мужчина оказывает поддержку:

*«Женщина хотела родить, а по медицинским показаниям... Вот с такими приходили. Очень приятно видеть, когда мужчина поддерживает женщину и не оставляет ее в такой ситуации»* (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург).

Эксперты считают, что именно партнеры поддерживают женщину в решении прервать беременность (по словам женщин, и те партнеры, кто приходит на консультацию, и те, кто не приходит), поэтому необходимо разрабатывать отдельные меры, направленные на работу с мотивацией мужчин к abortивному поведению. Только *«в 15–17% случаев партнеры не знают о беременности женщины, женщина самостоятельно принимает решение прервать беременность»* (эксперт доабортного консультирования, г. Волгоград).

Если решение об аборте принимается в семье совместно, то приход на доабортное консультирование вместе с партнером увеличивает шансы на сохранение беременности:

*«Смотрите, если пришел партнер, чисто случайно мой психолог узрел, что они там вдвоем, 80% гарантий, что она сохранит ребенка. Как правило, мужика быстрее настроит, если они только пришли на совместную консультацию, мужики все здравомыслящие, и они на самом деле не хотят никого убирать. У нас все консультации, если там присутствовал мужчина, все закончилось положительно»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

*«Мужчина, пришедший в женскую консультацию, уже более лояльно настроен к сохранению беременности, чем тот мужчина, который отказался от этого»* (эксперт доабортного консультирования, Московская область).

Для женщин, которые сомневаются в своем решении о прерывании беременности, но не имеют социальных связей и боятся, что без поддержки не справятся с рождением ребенка, важно не только пройти консультацию у психолога, но и получить социальное сопровождение. Государственные системы сопровождения менее доступны, чем сопровождение в СО НКО, работающих с семьей и кризисными беременностями; наиболее эффективно, если психолог, проводящий доабортное консультирование, состоит в штате СО НКО:

*«... у нас специалисты оснащены корпоративной сотовой связью, по которой они обязаны до 8 вечера принимать любые звонки. Они дают визитки свои женщинам, кто у них был. Соответственно, любая женщина может обратиться к ним повторно. Например, она пришла, а на нее свекровь там наехала, и она плачет, ей надо пообщаться. Плюс, когда у нас специалисты работают в разных женских консультациях, то женщина может прийти туда, где ей удобно»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

Эксперты, специалисты СО НКО, работающие с кризисными беременностями, сравнивают мотивированность и доступность свою и психологов, работающих в штате медицинского учреждения на неполную ставку:

*«Чем отличается психолог женской консультации от нашего? Женщина, которая идет на аборт, является немотивированным клиентом. И психолог женской консультации, который получает копейки за свою деятельность, не желает тратить свое время на нее и даже получать «плюшки» за это. И только убежденные люди, которые плюсом получают хорошее вознаграждение за свой труд, могут спокойно с этим справиться и воспринять это как свою работу»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

Время, затраченное на консультацию, является важным фактором принятия решения: на консультацию приходит немотивированный клиент (женщины, принявшие решение об аборте), а специалисту «за 30–40 минут надо как-то с ней пообщаться, чтобы она хотя бы засомневалась...» (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург). «К сожалению, разовое преабортное консультирование показывает низкую эффективность, если не подкреплено реальной помощью женщине в состоянии кризисной беременности» (эксперт доабортного консультирования, Московская область).

В целом специалисты из НКО, ведущие прием по согласованию с женскими консультациями, имеющие большой опыт консультирования, оставляющие свои контактные данные женщинам, эффективно используют отведенное время: «Психологу из НКО можно сидеть в одном учреждении по два раза в неделю, и этого вполне достаточно, чтобы проговорить со всем потоком по этой проблеме» (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

Частные медицинские учреждения не выстраивают систему сотрудничества по преабортному консультированию, что подтверждают экспертные оценки, поступившие и от специалистов частной медицины и СО НКО:

*«Мы пробовали работать в частных, но частники к нам не направляют. У нас было два частных центра, которые как бы согласились посадить наших специалистов, но мы приняли за полгода там два человека. И для нас это совершенно нерентабельно»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

Осложняет работу с женщинами позиция врачей, которые считают, что преабортное консультирование оказывает давление на женщину, которая уже сделала свой репродуктивный выбор:

*«В каждой женской консультации гипотетически пять гинекологов, и вот у нас союзник один, максимум два. Остальные врачи либо у нас не заинтересованы, либо не могут спокойно дать оценку. Мы учим врачей не давать свою оценку “рожать ей” или “не рожать”. А врач часто, он настолько уже привык, что “ну зачем тебе этот третий, зачем ты его рожаетишь?”. И вот мы пытаемся врачей убедить, чтобы они были в независимой позиции, чтобы они свое личное мнение не озвучивали»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

В Волгоградской области эффективность работы специалистов по преабортному консультированию рассчитывается как 30% отказов от прерывания беременности из 100% обратившихся. Возможно, оптимизация технологий работы в РФ в союзе с врачами-гинекологами может увеличить показатель до 50%.

В то же время у врачей-гинекологов в женской консультации нет времени на подробный разговор с женщинами, пришедшими на аборт: *«Врач в рамках 12 минут, которые у него на каждую женщину положено, а бывает и меньше, пока он соберет с нее все бумажки, он не рассказывает женщине о всех последствиях, которые, как правило, есть. Они просто суют ей листок, на котором она черканет согласие о том, что ей все там рассказали но, на самом деле ее никто не проинформировал о том, что это, возможно, бесплодие, рак и так далее»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

Таким образом, демографическая политика, ориентированная на помощь беременным в трудной жизненной ситуации, формирует стандарты качества оказания услуг. При учете всего спектра мотивации и женщин, и мужчин можно предлагать соответствующие инструменты поддержки семьи (Табл. 3).

Эксперты считают, что для повышения эффективности работы при разговоре с женщиной необходимо установить доверительные отношения, выяснить причины принятого репродуктивного выбора и совместно попробовать найти пути решения проблемной ситуации. В дальнейшей работе хорошо себя показали методы арттерапии (эксперт доабортного консультирования, Республика Башкирия), групповые психологические тренинги для женщин и семейное консультирование (эксперт доабортного консультирования, Московская область). Психологи применяют воздействие на решение женщин, демонстрируя, как выглядит ребенок в настоящий момент, чтобы женщина не воспринимала зарождающуюся жизнь как «виртуальную», как «некую клетку»: *«И многие из женщин не представляют вообще, что у них там дети. Соответственно, у нас все психологи оснащены разными, вот такими например, малышами (показывает маленькую куколку-малыша на ладони), вот это 12 недель. А они думают, что там какая-то клетка, что там как бы нет ребенка»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

В случае трудной жизненной ситуации анализ доступных женщине ресурсов может помочь ей принять решение о сохранении беременности: *«Когда женщина в кризисной ситуации, то она все видит, как в тоннеле, в негативном ключе, и начинаешь ее как-то немножечко переключать, а что если поразмышлять, как сохранить. Резервы все равно находятся, главное, чтобы она это поняла. Захотела понять»* (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург).

В целом некоторые эксперты отмечают, что не хватает системности в работе специалистов по преабортному консультированию: *«В данной связи хотелось бы, чтобы были общие порталы (как федеральный, так и региональные) для консолидации усилий специалистов, способствующих сохранению кризисной беременности и рождению здоровых детей. В настоящее время очень многое из того, что мы реализуем в рамках данного направления, осуществляется, исходя из личных профессиональных связей руководства и специалистов»* (эксперт доабортного консультирования, Московская область).

В Волгоградской области, Нижегородской области, напротив, система работы сложилась. Ответственность специалистов возрастает, когда психолог после консультации предоставляет заключение женщине, решившейся на аборт. Но это не регламентированный на федеральном или региональном уровне документ, локальный внутренний отчет, чтобы отслеживать, как работает система: *«И иногда делаем сверки в конце года, когда имеем официальную статистику. Например, мы видим, что 300 абортов было совершено, а у нас по прохождению, например, только 150. Мы видим, ага, 150 куда-то делись. То бишь к нам их не направили. И когда я спрашиваю у медиков, где другие 150, то мне никто не может вразумительно ничего ответить»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород).

**Таблица 3.** Основные направления развития демографической политики в целях поддержки женщин, оказавшихся в условиях репродуктивного выбора

<b>Категории женщин, оказавшихся в условиях репродуктивного выбора</b>	<b>Мотивация abortивного поведения</b>	<b>Меры поддержки</b>
«женщины, сомневающиеся в необходимости аборта»	Медицинские показания к аборту, а также повышенная тревожность женщин, что может родиться больной ребенок	Консультация генетика, дополнительная, расширенная медицинская страховка для проведения дополнительных генетических исследований
«неуверенные в материальном благополучии женщины»	Отсутствие поддержки близких или прямое давление на женщину с целью стимуляции abortивного поведения	Семейные психологические консультации, совместные консультации с партнером (супругом)
	Объективные причины — неудовлетворительное материальное положение семьи, в том числе нежелание расстаться с супругом, который будет вынужден после рождения ребенка искать работу в другом регионе для сохранения привычного уровня доходов в семье	Борьба с бедностью, нищетой, материальные меры поддержки семьи, специальные программы поддержки супругов женщин, ожидающих ребенка, адресная помощь
	Субъективные оценки женщиной (супругами) материального благополучия семьи	Материальные меры поддержки семьи, психологическое консультирование
«женщины с маргинальным социальным статусом»	Отсутствие российского гражданства (женщина в процессе оформления российского гражданства не имеет достаточных ресурсов для получения медицинской помощи); отказ партнера, с которым не заключен брак, от общения с женщиной после того, как она сообщила о беременности (в том числе, если партнер состоит в браке с другой женщиной)	Консультации с юристом, материальные меры поддержки одиноких женщин, а также женщин, не завершивших оформление российского гражданства, специальные программы сопровождения одиноких женщин, ожидающих ребенка, адресная помощь
«успешные женщины, ориентированные на карьеру»	Нежелание прерывать карьерный рост или образование	Гибкая занятость, повышение доступности дошкольных образовательных учреждений. Для женщин, планирующих получить образование или не завершивших обучение, — предоставление индивидуального учебного плана
«сексуально свободные женщины»	Нежелание нести ответственность за ребенка	Психологическое консультирование. Профилактическая работа с молодежью.
«женщины, ориентированные на самосохранительное поведение»	Страх потерять здоровье, фигуру, красоту во время беременности или после рождения ребенка	Дополнительная, расширенная медицинская страховка женщинам при рождении второго и последующих детей, расширенное информирование о вреде abortов для репродуктивной функции

*Источник:* составлено авторами по результатам обработки данных экспертного опроса.

Такие локальные документы могут быть полезны, если женщины, которые по итогам консультирования все-таки прервали беременность, нуждаются в длительном сопровождении со стороны психолога или куратора: *«Я всегда оставляю свои координаты, телефончик. Если у нее есть потребность — всегда пожалуйста. Если я вижу, что у нее выявляется высокий уровень тревожности, если вдруг всплывает такой фактор, что был когда-то аборт и у нее последствия такие психики — постабортный синдром называется, то в разговоре это все всплывает, и она сама задает вопрос: можно я еще приду? Пожалуйста, всегда рада. Я им предлагаю, что вы можете еще прийти, и вы можете прийти еще неоднократно — мы с вами будем беседовать, если такие вопросы есть»* (эксперт доабортного консультирования, г. Екатеринбург).

## Обсуждение

Мы систематизировали мотивы женщин, собирающихся сделать аборт (тревога, что родится больной ребенок, отсутствие поддержки близких, желание не портить отношения, не потерять здоровье, фигуру, красоту, карьеру, переживания о материальном благополучии семьи, нежелание расстаться с супругом, когда он будет вынужден искать работу в другом регионе для сохранения привычного уровня доходов в семье, страх, что супруг уйдет из семьи, если не согласен на рождение еще одного ребенка, и др.), а также предоставили сведения о сложившихся в рамках демографической политики и гражданских инициатив формах работы по преабортному консультированию женщин в разных регионах, предложили основные направления развития демографической политики в целях поддержки женщин, оказавшихся в условиях репродуктивного выбора.

Женщин, собирающихся сделать аборт, можно условно разделить на несколько категорий:

- 1) молодые девушки в стадии ранней фертильности, достигшие возраста «полового дебюта» (15–16 лет), и женщины до вступления в брак в возрасте 22–24 года;
- 2) молодые женщины в возрасте от 25 до 35 лет, в средней стадии фертильности, не вступившие в брак;
- 3) женщины репродуктивного возраста, состоящие в браке, имеющие ребенка / детей;
- 4) женщины в стадии поздней (от 36 до 42 лет) и затухающей (от 42 до 49 лет) фертильности, имеющие взрослых детей.
- 5) женщины любого возраста, имеющие медицинские показания для проведения абортов.

Основным направлением работы с разными категориями женщин является предоставление адресной помощи беременной в трудной жизненной ситуации силами СО НКО, такими как Общероссийское общественное движение Автономная некоммерческая организация «За Жизнь!», благотворительная программа помощи кризисным беременным «Спаси Жизнь», Фонд поддержки семьи, материнства и детства «Женщины за жизнь», Благотворительный фонд «Семья и детство» и др., в том числе предоставление проживания, вещевой, бытовой, продовольственной помощи, а также профориентация и переобучение беременных. В частных медицинских учреждениях реализуются разовые индивидуальные консультации врача-гинеколога, помощью психолога женщины могут воспользоваться на платной основе.

В региональных и муниципальных учреждениях здравоохранения и социальной сферы (например, государственное казенное учреждение социального обслуживания «Волгоградский областной центр психолого-педагогической помощи населению», государственное казенное учреждение Республиканский ресурсный центр «Семья» и др.) в рамках доабортного консультирования проводятся индивидуальные и семейные консультации для женщины и ее ближайшего окружения, которые могут быть как разовыми, так и системными, в зависимости от потребности и ситуации женщины.

За прошедшее время в государственных медицинских учреждениях и связанных с ними центрах оказания помощи семье выстроилась система работы по преабортному консульти-



рованию. Женщины проходят прием у врача-гинеколога, делают УЗИ плода, определяют срок беременности, и врач дает заключение о возможности аборта. После врача женщины попадают на прием к заведующему женской консультацией или старшей сестре-акушерке (проводится беседа о последствиях аборта для здоровья женщины), психологу (индивидуальное консультирование) и юристу (подписывают документы на аборт).

Более развито сотрудничество с НКО специалистов по преабортному консультированию, которые сами относятся к некоммерческим структурам. Взаимодействие осуществляется по следующим направлениям:

- разработка, издание и распространение информационно-просветительских материалов;
- проведение мероприятий, направленных на профилактику прерывания нежелательной беременности и пропаганду семейных ценностей;
- информирование о помощи и поддержке в учреждениях социального обслуживания;
- совместное обучение специалистов, работающих с женщинами в трудной жизненной ситуации (эксперт доабортного консультирования, г. Волгоград).

При принятии женщиной решения о сохранении беременности работа с ней продолжается до 30 недель беременности и при необходимости после родов. Длительность периода сопровождения определяется специалистом-куратором совместно с женщиной в зависимости от ее жизненной ситуации, может продлеваться при необходимости. Куратор привлекает специалистов, необходимых для решения проблем женщины (психолога, юрисконсульта и др., включая специалистов других ведомств — здравоохранения, образования и т.п.). В частных медицинских учреждениях длительное сопровождение проводится только на платной основе.

В преабортном консультировании задействованы специалисты различного профиля: гинекологи, старшая сестра-акушерка, медицинские психологи, социальные психологи, специалисты по работе с семьей, специалисты по социальной работе. В женских консультациях выделяют специально оборудованный кабинет медико-социальной помощи (эксперт доабортного консультирования, Московская область), который является структурным подразделением женской консультации, и его деятельность регламентирована приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.06.2007 № 389 [Приказ Минздравсоцразвития..., 2007].

Чаще всего в систему преабортного консультирования включены женские консультации и НКО, работающие в сфере сохранения семьи. Так, в Республике Башкирия действует сеть ресурсных центров «Семья», в которых беременные женщины в трудной жизненной ситуации могут находиться от двух месяцев до двух лет. В Ивановской области в таких случаях женщинам на приеме у психолога в женской консультации дают направление в общественную организацию защиты материнства «Колыбель», где они получают поддержку в виде продуктовых наборов и вещей для малыша.

В случае взаимодействия сотрудники государственных учреждений здравоохранения осуществляют маршрутизацию беременных для получения адресной материальной и психологической помощи, организации временного проживания в трудной жизненной ситуации в связи с кризисной беременностью.

Основной проблемой остается отсутствие налаженной системы взаимодействия, сотрудничество осуществляется большей частью по личной инициативе заинтересованных акторов. Например, эксперт из Казани отметила только, что знает о наличии НКО, занимающихся проблемами кризисной беременности, но взаимодействие государственного учреждения здравоохранения с ними не налажено.

По данным Министерства здравоохранения Российской Федерации, в России только 20% абортпроводятся по медицинским показаниям [Rostovskaya et al., 2022]. В целом по России 6–7% женщин соглашаются сохранить беременность. В региональных службах эти цифры варьируются: около 7% в Республике Башкирия, г. Уфа; 9% в г. Екатеринбург; до 30% в г. Волго-

граде. Сами эксперты оценивают эффективность работы как недостаточную, однако подчеркивают, что даже 5% сохраненных беременностей — это важный результат.

Высокая эффективность доабортного консультирования в некоторых регионах, например в Волгоградской области, обусловлена тем, что в регионе разработана методика, включающая три этапа:

- 1) установление контакта (необходимость учитывать особенности беременной женщины, ее образ жизни и мыслей),
- 2) основной содержательный этап (необходимо поддержание и развитие контакта, стимулирование к сохранению беременности, формирование навыков будущей мамы),
- 3) этап завершения (сбор «обратной связи», обсуждение вопросов дальнейшей помощи женщине и др. аспекты) (эксперт доабортного консультирования, г. Волгоград).

При доабортном консультировании женщина не всегда может определить приоритетную причину, аргумент «за» прерывание беременности, поэтому существует необходимость оценки психологического состояния, медицинских показаний или их отсутствия, изучения условий жизни беременной женщины, особенностей ее конкретной жизненной ситуации, выявления специфики взаимоотношений в семье, определения наличия у беременной женщины репродуктивного опыта, информированности и навыков успешного решения проблем. Эксперты согласны, что для повышения эффективности преабортного консультирования необходимо определять основные причины abortов. Так, в Нижнем Новгороде в течение года определяли все потребности женщин, т.к. помощь в удовлетворении данных потребностей является фактором сохранения беременности женщиной в условиях репродуктивного выбора. И потом в ответ на каждый запрос разработали свою технологию его разрешения. *«Получается, что мы классифицировали весь свой поток по запросам. И в зависимости от процентного соотношения мы проработали шаги, что мы этим женщинам можем конкретно предложить, чтобы они не сделали abort»* (эксперт доабортного консультирования, г. Нижний Новгород). Результатом диагностики является составление индивидуального плана сопровождения женщины.

По формату эффективны и офлайн-, и онлайн-консультации (эксперт доабортного консультирования, Московская область). Чтобы работа по преабортному консультированию была более эффективной, необходим, по мнению экспертов, глубокий анализ причин репродуктивного выбора женщин. Мерами по повышению эффективности преабортного консультирования являются более тесное сотрудничество психологов со специалистами женских консультаций, проведение рабочих встреч, неформальное общение и проведение совместных мероприятий профилактического характера, вовлечение в доабортное консультирование партнеров беременной женщины, привлечение представителей духовенства (при желании женщины). Специалист из частной клиники отметила необходимость более жесткого контроля за выполнением запрета на проведение срочных abortов в день обращения (особенно в частных клиниках), так как любому abortу должно предшествовать доабортное консультирование, в том числе с привлечением квалифицированного психолога. На сегодняшний день практика производства abortов в день обращения в частных медицинских клиниках редко, но встречается, хотя не отражается в отчетности учреждения. Следовательно, необходима комплексная государственная программа по доабортному консультированию, в которой участвовали бы все медицинские клиники, вне зависимости от форм и видов собственности.

## Заключение

Снижению числа abortов будет способствовать ряд мероприятий:

- 1) государственные и региональные программы и проекты по профилактике abortов, предусматривающие комплекс механизмов, таких как освещение вопросов контрацеп-

ции, последствий аборт для здоровья, повсеместное распространение пунктов медико-социальной и психологической помощи в женских консультациях, а также частных медицинских клиниках, просветительская работа с населением (социальная реклама, лектории), доступная для населения психологическая помощь, в том числе онлайн и по телефону горячей линии. Формирование в обществе негативного отношения к прерыванию нежелательной беременности через распространение информационных материалов (в общественных местах — в транспорте, магазинах и др.), проведение профилактических мероприятий, направленных на сохранение жизни детей, а также мероприятий по формированию ответственного отношения к семье, детям, семейных ценностей. Увеличение количества семейно-ориентированных роликов, рекламы и т.п. во всех СМИ.

2) меры по государственной поддержке семей, ожидающих пополнение:

- предоставление социального жилья сроком до 5 лет (с момента постановки женщины на учет по беременности и родам; по необходимости, независимо от наличия собственности у молодых родителей): общежития семейного типа; семейные общежития квартирного типа, квартиры-малометражки;
- работа молочной кухни, бесплатный проезд в городском транспорте всем обучающимся, увеличение числа бесплатных кружков при всех государственных образовательных учреждениях (детских садах и школах);
- введение гибкой системы академических отпусков для родителей-студентов с возможностью продолжать обучение в дистанционном формате по индивидуальной траектории обучения;
- создание благотворительных приютов для женщин, подвергающихся насилию, в частности принуждению к абортам, в т.ч. на базе крупных медицинских центров;
- введение сокращенного рабочего дня (до шести часов вместо восьми) для одного из родителей, воспитывающих детей в возрасте до 10 лет, что даст возможность родителям заниматься семейным воспитанием детей и обеспечит безопасность детей во внеурочное время;
- увеличение количества путевок на летний отдых и оздоровление детей (с частичной оплатой) и расширение категорий для получения льготных путевок.

Таким образом, специалисты из сферы доабортного консультирования выделяют следующие причины абортов: по медицинским показаниям; социально-экономические причины; психологические причины; недостаточная грамотность мужчин и женщин в области контрацептивного поведения. Правильное определение причин, по которым женщина решает прервать беременность, способствует выстраиванию программы сопровождения до момента рождения ребенка и дальше. Но для этого необходима координация усилий специалистов различного профиля, сотрудничество государственных или частных медицинских учреждений с НКО. Однако сейчас взаимодействие реализуется на личных контактах. Для снижения числа абортов необходима разработка государственных и региональных программ, проектов по профилактике абортов и дальнейшему развитию мер государственной поддержки семьи. Генезис государственных подходов в России — это формирование институциональных условий, которые будут способствовать осознанному принятию решения о прерывании беременности. Принятые решения отражены в приказе Росстата от 22.02.2023 № 76 «Об утверждении формы федерального статистического наблюдения с указаниями по ее заполнению для организации федерального статистического наблюдения в сфере здравоохранения», которым введена новая статистическая форма «Результаты доабортного консультирования, человек», с помощью которой можно будет отслеживать эффективность консультирования женщин в условиях репродуктивного выбора в современной России. В то же время отметим, что российская женщина свободна в осуществлении репродуктивного выбора.

## Список использованной литературы

- Аполихин О.И., Москалева Н.Г., Комарова В.А. (2015) Современная демографическая ситуация и проблемы улучшения репродуктивного здоровья населения России // Экспериментальная и клиническая урология: (4): 4-14. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-demograficheskaya-situatsiya-i-problemy-uluchsheniya-reproduktivnogo-zdorovya-naseleniya-rossii>
- Безрукова О.Н., Самойлова В.А. (2023) «Ненужные» дети? Ценности родительства, права отцов и матерей в социокультурных установках россиян // Социологические исследования: (8): 101-111. <https://doi.org/10.31857/S013216250027371-1>
- Вишневецкий А.Г., Денисов Б.П., Сакевич В.И. (2017) Контрацептивная революция в России // Демографическое обозрение: 4(1): 6-34. <https://doi.org/10.17323/demreview.v4i1.6986>
- Денисов Б.П., Сакевич В.И. (2014) Аборты в постсоветской России: есть ли основания для оптимизма? // Демографическое обозрение: 1(1): 144-69. <https://doi.org/10.17323/demreview.v1i1.7698>
- Калабихина И.Е., Банин Е.П., Архангельский В.Н., Абдуселимова И.А., Клименко Г.А., Колотуша А.В., Николаева У.Г., Шамсутдинова В.Ш. (2020) Краткосрочное прогнозирование демографических тенденций на основе данных Google Trends // Прикладная информатика: 15(6): 91-118. <https://doi.org/10.37791/2687-0649-2020-15-6-91-118>
- Петров Ю.А., Байкулова Т.Ю. (2016) Современные представления о проблеме искусственного прерывания беременности (обзор литературы) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований: (8-5): 727-31. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=10157>
- Плотникова Е.С. (2022) К вопросу о конституционном закреплении репродуктивных прав и свободы репродуктивного самоопределения в зарубежных странах: сравнительно-правовой анализ // Ex Jure: (1): 23-32. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/k-voprosu-o-konstitutsionnom-zakreplenii-reproduktivnyh-prav-i-svobody-reproduktivnogo-samoopredeleniya-v-zarubezhnyh-stranah>
- Ростовская Т.К., Кучмаева О.В., Золотарева О.А. (2020) Оценка демографических установок глазами мужчин и женщин в условиях дефицита рождаемости // Женщина в российском обществе. Специальный выпуск: 121-35. <https://doi.org/10.21064/WinRS.2021.0.8>
- Рязанцев С.В., Ростовская Т.К., Сигарева Е.П., Сивоплясова С.Ю. (2019) Аборты и abortивное поведение в контексте поиска резервов демографического развития в России // Экология человека: (7): 17-23. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/aborty-i-abortivnoe-povedenie-v-kontekste-poiska-rezervov-demograficheskogo-razvitiya-v-rossii>
- Сакевич В.И., Денисов Б.П. (2019) Репродуктивное здоровье населения и проблема abortов в России: новейшие тенденции // Социологические исследования: (11): 140-51. <https://doi.org/10.31857/S013216250007457-5>
- Alhassan A.Y., Abdul-Rahim A., Akaabre P.B. (2016) Knowledge, awareness and perceptions of females on clandestine abortion in Kintampo North municipality // European Scientific Journal (ESJ): 12(12): 95-112. <https://doi.org/10.19044/esj.2016.v12n12p95>
- Becker D., Diaz-Olavarrieta C., Juarez C., Garcia S.G., Sanhueza Smith P., Harper C.C. (2011) Sociodemographic factors associated with obstacles to abortion care: Findings from a survey of abortion patients in Mexico City // Women's Health Issues: 21(3): S16-S20. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2011.02.009>
- Cherry J.M. (2009) Christian bioethics and the public forum: why christians should actively engage in public moral debate // Revista Română de Bioetică: 7(1): 47-58. URL: <https://www.researchgate.net/>

- publication/290081840\_Christian\_bioethics\_and\_the\_public\_forum\_why\_christians\_should\_actively\_engage\_in\_public\_moral\_debate
- Coast E., Norris A.H., Moore A.M., Freeman E. (2018) Trajectories of women's abortion-related care: A conceptual framework // *Social Science & Medicine*: 200: 199-210. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.01.035>
- Frederico M., Michielsens K., Arnaldo C., Decat P. (2018) Factors influencing abortion decision-making processes among young women // *International Journal of Environmental Research and Public Health*: 15(2): 329. <https://doi.org/10.3390/ijerph15020329>
- Gbagbo F.Y., Amo-Adjei J., Laar A. (2015) Decision-making for induced abortion in the Accra metropolis, Ghana // *African Journal of Reproductive Health*: 19(2): 34-42. URL: <https://www.jstor.org/stable/24877768>
- Hanschmidt F., Linde K., Hilbert A., Riedel-Heller S.G., Kersting A. (2016) Abortion stigma: A systematic review // *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*: 48(4): 169-77. <https://doi.org/10.1363/48e8516>
- Marinescu I.P., Foarfă M.C., Pirlog M.-C., Turculeanu A. (2014) Prenatal depression and stress — risk factors for placental pathology and spontaneous abortion // *Romanian Journal of Morphology and Embryology*: 55(3 Suppl): 1155-60. URL: <https://rjme.ro/RJME/resources/files/55131411551160.pdf>
- Niță A.M., Ilie Goga C. (2020) A research on abortion: ethics, legislation and socio-medical outcomes. Case study: Romania // *Romanian Journal of Morphology and Embryology*: 61(1): 283-94. <https://doi.org/10.47162/RJME.61.1.35>
- Rostovskaya T.K., Shabunova A.A., Knyazkova E.A., Afzali M. (2022) The abortion and contraceptive behavior: results of the all-Russian research // *Problems of social hygiene, public health and history of medicine*: 30(3): 415-22. <https://doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-3-415-422>
- Sedgh G., Singh S., Shah I.H., Ahman E., Henshaw S.K., Bankole A. (2012) Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008 // *The Lancet*: 379(9816): 625-32. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61786-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61786-8)
- Singh S., Darroch J.E., Ashford L.S. (2014) Adding it up: The Costs and Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health 2014. Guttmacher Institute, New York. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-costs-and-benefits-investing-sexual-and-reproductive-health-2014>
- Turner K.L., Pearson E., George A., Andersen K.L. (2018) Values clarification workshops to improve abortion knowledge, attitudes and intentions: a pre-post assessment in 12 countries // *Reproductive Health*: 15(40). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0480-0>

## Другие источники информации

- ВОЗ (2022) Впервые в истории опубликованы оценки показателей нежелательной беременности и аборт на уровне стран. Сайт Всемирной организации здравоохранения, 24.03.2022. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/24-03-2022-first-ever-country-level-estimates-of-unintended-pregnancy-and-abortion> (дата обращения: 19.03.2023)
- ВОЗ (2023) По данным учреждений ООН, каждые две минуты от причин, связанных с беременностью и родами, в мире умирает одна женщина. Официальный сайт Всемирной организации здравоохранения, 23.02.2023. URL: <https://www.who.int/ru/news/item/23-02-2023-a-woman-dies-every-two-minutes-due-to-pregnancy-or-childbirth--un-agencies> (дата обращения: 19.03.2023)

- ВЦИОМ (2022) Прерывание беременности: за, против и какова роль государства. Официальный сайт ВЦИОМ, 06.06.2022. URL: <https://wciom.ru/analytical-reviews/analiticheskii-obzor/preryvanie-beremennosti-za-protiv-i-kakova-rol-gosudarstva> (дата обращения: 19.11.2022)
- Демографический ежегодник России 2023. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13207> (дата обращения: 19.11.2022)
- Здравоохранение в России 2023. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/210/document/13218> (дата обращения: 19.11.2022)
- Минздравсоцразвития РФ (2007) Приказ от 01.06.2007 N 389 «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях». URL: <https://www.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc&base=EXP&n=396667#wgRk3mT8TpT1sIFp> (дата обращения: 15.06.2023)
- Национальный проект «Демография». URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/demography> (дата обращения: 19.03.2023)
- Обучение гинекологов программе консультирования в ситуации репродуктивного выбора как фактор снижения количества абортотв и повышения эффективности работы медицинских и перинатальных психологов (2023) // Аист на крыше. Демографический журнал: (10): 24-9.
- Указ Президента РФ от 02.07.2021 N 400 «О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации» (2021) URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/47046> (дата обращения: 15.06.2023)
- Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13284> (дата обращения: 15.11.2022)
- Численность постоянного населения — женщин по возрасту на 1 января. Витрина статистических данных. Федеральная служба государственной статистики. URL: <https://showdata.gks.ru/report/278938/> (дата обращения: 02.12.2022)
- Шадеркина В.А. (2016) Аборты: скупые факты, сухие цифры // Медвестник, 06.10. URL: <https://medvestnik.ru/content/articles/Aborty-skupye-fakty-suhie-cifry.html> (дата обращения: 19.03.2023)
- What the data says about abortion in the U.S. (2023) Pew Research Center, 11.01. URL: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2023/01/11/what-the-data-says-about-abortion-in-the-u-s-2/> (дата обращения: 19.03.2023)

## Сведения об авторах

- Ростовская Тамара Керимовна — доктор социологических наук, профессор, заместитель директора по научной работе Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 117218, Россия; директор Института современных языков, межкультурной коммуникации и миграций Российского университета дружбы народов, Москва, 117198, Россия. Email: [rostovskaya.tamara@mail.ru](mailto:rostovskaya.tamara@mail.ru)
- Васильева Екатерина Николаевна — доктор социологических наук, доцент, главный научный сотрудник Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 117218, Россия. Email: [vasilevaen@yandex.ru](mailto:vasilevaen@yandex.ru)
- Князькова Екатерина Александровна — кандидат политических наук, старший научный сотрудник Института демографических исследований Федерального научно-исследовательского социологического центра Российской академии наук, Москва, 117218, Россия. Email: [earavlova@bk.ru](mailto:earavlova@bk.ru)