

Антонов Г. В. Демографические установки населения и факторы их формирования / Г. В. Антонов // Научный диалог. – 2013. – № 1(13) : История. Социология. Экономика. – С. 133–153.

УДК 316.36+314.1

Демографические установки населения и факторы их формирования¹

Г. В. Антонов

В статье представлены отдельные результаты измерения демографических установок категорий населения г. Волгограда и Волгоградской области, ответственных за воспроизводство поколений в настоящее время и в ближайшее десятилетие. Также в работе поднимается проблема анализа социальных факторов и условий, формирующих текущие демографические установки населения, их направленность и интенсивность. Одним из наиболее интересных научных результатов, полученных в ходе проведённого исследования, является достоверная статистическая связь между уровнем религиозности респондентов и их демографическими установками.

Ключевые слова: демографические установки; демографическая социализация; демографическое поведение; депопуляция; религиозные установки; прикладная социология; демографическая политика.

Под *демографическими установками* мы понимаем те внутренние регуляторы действий и поступков человека, которые на внешнем уровне проявляются в виде определённого поведения в сфере брака

¹ Исследование выполнено при финансовой поддержке РГНФ в рамках проекта проведения научных исследований №12-13-34000 «Социальные факторы формирования демографических установок населения».

и семьи, деторождения, поддержания индивидуального здоровья. Соответственно демографические установки включают в себя установки брачно-семейные, репродуктивные и самосохранительные. В масштабах всего общества или отдельной территории (региона, муниципального образования и т. д.) индивидуальные акты брачно-семейного, репродуктивного и самосохранительного поведения складываются в четыре основных демографических процесса: рождаемость, смертность, брачность и разводимость. Описание этих процессов с помощью соответствующих коэффициентов даёт нам научную картину текущей демографической ситуации и перспектив её развития на изучаемой территории.

Следовательно, для изменения сложившейся демографической ситуации необходимы изменения численных значений коэффициентов рождаемости, смертности, брачности, разводимости, средней ожидаемой продолжительности жизни и т. д., что, в свою очередь, возможно только в случае качественной трансформации демографических установок категорий населения, ответственных за воспроизводство поколений в стране или регионе. Такой подход уже несколько десятилетий реализуется прежде всего в трудах представителей научной школы социологии семьи и демографии МГУ им. Ломоносова, придерживающихся «кризисной» точки зрения на происходящие в современной России демографические процессы [Антонов и др., 1987; Антонов, 1998; Архангельский и др., 2006; Архангельский, 2007; Борисов, 1976; Борисов, 1994; Дарский, 1972; Елизаров, 2006; Елизаров, 2011; Синельников, 2007; Синельников, 2011].

Под факторами формирования демографических установок мы подразумеваем те источники, каналы и агенты социализации, которые прямо или косвенно способствуют распространению в обществе или конкретной общности и интернализации личностью типичных образцов и стереотипов брачно-семейного, репро-

дуктивного и самосохранительного поведения. Иначе говоря, речь идёт о демографической социализации. Выявив наиболее значимые её социальные факторы, следует далее переходить к содержательному (качественному) анализу той информации, которую соответствующие агенты транслируют своим получателям. Это позволит проранжировать все социальные факторы демографической социализации в зависимости от направленности (положительные / отрицательные) и интенсивности (от наиболее к наименее значимым), с тем чтобы в дальнейшем сформулировать практические рекомендации по изменению демографической ситуации в современной России или отдельно взятом её регионе. Суть таких рекомендаций может быть сведена к двум пунктам: к усилению влияния слабых положительных факторов и нейтрализации сильных отрицательных.

Под положительными факторами демографической социализации понимаются те, которые формируют установки на стабильный брак, рождение нескольких детей (более одного) и активное поддержание индивидуального здоровья. Соответственно отрицательные факторы способствуют формированию установок на развод, отказ от рождения детей, аборты, безответственное отношение к собственному здоровью. Для выявления такого рода факторов в течение 2012 года в рамках первого этапа исследования «Социальные факторы формирования демографических установок населения» под руководством автора настоящей статьи были произведены базовые замеры брачно-семейных, репродуктивных и самосохранительных установок («предпочитаемое число детей» и ряд других) категорий населения г. Волгограда и Волгоградской области, ответственных за воспроизводство поколений, а также выявлена значимость основных каналов и агентов их демографической социализации. Для этого было сформировано несколько выборочных совокупностей, в том числе:

– респонденты в возрасте 21–35 лет ($n=557$) как категория населения, находящаяся в активном репродуктивном возрасте в настоящее время;

– респонденты в возрасте 13–20 лет ($n=390$) как категория населения, которой предстоит вступить в активный репродуктивный возраст в ближайшей перспективе, через несколько лет (хотя биологически рождение детей в данной возрастной группе вполне возможно, это происходит достаточно редко, так как «пик» деторождения приходится для женщин на возраста 25–29 лет включительно, а для мужчин смещён на чуть более поздние сроки и не концентрируется в таком же узком диапазоне) [Демографический ежегодник..., 2010, с. 128–165].

В обоих случаях был применён традиционный индивидуальный социологический опрос по однотипной анкете (респондентам в возрастах 13–20 лет предлагался несколько сокращённый её вариант). Опрос проводился в г. Волгограде и нескольких районах Волгоградской области, отобранных случайным образом. Метод отбора респондентов в выборки: (1) поквартирный опрос с шагом не менее чем 5 квартир; (2) опрос в частном секторе с шагом не менее чем 3 дома по одной стороне улицы. Выбор конкретных улиц, домов и квартир в рамках выделенных территорий осуществлялся с помощью генератора случайных чисел. Предельная ошибка выборки в обоих случаях не превышает 5 %.

В качестве основных измерителей величины репродуктивных установок были использованы:

- индексы идеального и оптимального числа детей;
- количество детей, которое, по мнению респондентов, имеют окружающие люди (родственники, друзья, знакомые и т. д.);
- отношение к возможности искусственного аборта в собственной семье (только для категории 21–25 лет).

В таблице 1 представлены сравнительные значения индексов предпочитаемых чисел детей в возрастных группах 13–20 и 21–35 лет.

Таблица 1

**Средние значения индексов предпочитаемых чисел детей
в возрастных категориях 13–20 и 21–35 лет**

Индексы	Возрастная категория	
	13–20 лет	21–35 лет
Идеальное число детей	2,83	2,82
Оптимальное число детей	1,60	1,54
Количество детей у окружающих людей (оценка)	1,85	1,64

Хорошо заметно, что индексы идеального и оптимального числа детей в возрастных группах 13–20 и 21–35 лет практически совпадают, тогда как оценки количества детей, которое имеют окружающие люди, различаются более чем на 0,2 пункта. При этом более высокое значение количества детей у окружающих в возрастной группе 13–20 лет почти не приводит к увеличению значения оптимального и тем более идеального числа детей. Важно отметить, что значение оптимального числа намного ближе к реальному количеству детей в семьях, хотя последнее всё равно оказывается ниже. Для остановки депопуляции и для рождения в большинстве семей хотя бы двоих детей необходимо, чтобы среднее числовое значение показателя «оптимальное, по мнению респондентов, число детей» было как минимум 2,5. Поэтому текущие репродуктивные установки рассматриваемых групп населения мы оцениваем как однозначно негативные.

Ответы на вопрос о возможности искусственного аборта в собственной семье, в том числе будущей или юридически не зарегистрированном браке, среди возрастной группы 21–35 лет распределились следующим образом:

– ни при каких обстоятельствах – 338 человек (60,68 % респондентов);

- это будет зависеть от обстоятельств – 185 (33,21 %);
- затрудняюсь ответить – 24 (4,31 %);
- пропустили вопрос – 10 (1,80 %).

То, что более 60 % опрошенных ни при каких обстоятельствах не допускают возможности искусственного аборта в своей семье, является положительным моментом, однако ещё почти 38 % всё же не исключают такую возможность при определённых обстоятельствах либо затрудняются ответить на этот вопрос, что является крайне отрицательной характеристикой их репродуктивных установок.

Одним из ключевых показателей, характеризующих брачно-семейные установки респондентов, является оптимальный, по их мнению, возраст вступления в первый брак для мужчин и для женщин. В таблице представлены средние арифметические значения таких возрастов в группах 13–20 и 21–35 лет (табл. 2).

Таблица 2

**Средние значения оптимальных возрастов
вступления в первый брак для мужчин и женщин
по мнению респондентов в группах 13–20 и 21–35 лет**

Оптимальный возраст вступления в первый брак	Возрастная категория	
	13–20 лет	21–35 лет
Для мужчин, лет	25,90	26,16
Для женщин, лет	23,08	22,92

Данный показатель с точки зрения характеристики брачно-семейных установок является очень информативным, поскольку тенденция к повышению среднего возраста вступления в первый брак вот уже несколько десятилетий выступает неотъемлемым элементом системных изменений, затронувших традиционные, существовавшие веками, брачно-семейные нормы и ценности, в тех обществах, которых процесс модернизации (переход к индустриализму

и постиндустриализму) коснулся в полной мере. Именно поэтому глубина распада традиционной системы семейных ценностей может быть измерена в том числе и с помощью такого показателя, как оптимальный, по мнению респондентов, возраст вступления в первый брак.

Исходя из данных таблицы 2, можно сделать вывод о положительной направленности брачно-семейных установок, поскольку предпочитаемые возраста вступления в первый брак оказались достаточно молодыми (примерно 26 и 23 года для мужчин и женщин соответственно), причём мнения по данному вопросу в обеих группах опрошенных практически совпадают, что говорит ещё и об устойчивости рассматриваемых установок. Помимо теоретического, индикативного смысла этого показателя, имеется ещё и чисто практический: чем раньше люди вступают в первый брак, тем больше времени остаётся у них для рождения и воспитания детей и тем выше, соответственно, шансы на появление вторых и третьих детей, что очень важно для стабилизации демографической ситуации. И наоборот, существенное повышение возраста вступления в первый брак (до 35 лет и старше), как это наблюдается в последнее время в развитых странах Запада, практически не оставляет времени для появления более чем 1 ребёнка в семье, а также увеличивает вероятность осложнений во время беременности и родов, которая, впрочем, пока до некоторой степени компенсируется высокоразвитой и высокотехнологичной системой медицинской помощи беременным и новорожденным в указанных странах.

Ещё одним показателем направленности брачно-семейных установок может служить отношение к разводу. Например, ответы на вопрос «Считаете ли Вы развод катастрофой?» (он предлагался только возрастной группе 21–25 лет) распределились следующим образом:

- да – 134 человека (24,06 % респондентов);
- нет – 272 (48,83 %);
- в зависимости от обстоятельств – 137 (24,60 %);
- затрудняюсь ответить – 8 (1,44 %);
- пропустили вопрос – 6 (1,08 %).

Рассматриваемый индикатор в отличие от предыдущего даёт негативную оценку направленности брачно-семейных установок, так как почти половина опрошенных не считают расторжение брака катастрофическим событием и ещё четверть респондентов не определились, будут ли они его рассматривать в качестве такового в зависимости от обстоятельств. Также обращает на себя внимание очень низкий процент затруднившихся ответить на данный вопрос, что свидетельствует о высоком уровне сформированности соответствующих установок.

Самосохранительные установки в самом общем виде могут быть оценены с помощью двух индикаторов: во-первых, интенсивность усилий (действий) по поддержанию собственного здоровья (насколько часто, регулярно и т. д. это происходит), а во-вторых, направленность этих действий (положительная / отрицательная или полезная / бесполезная). В качестве первого индикатора может служить вопрос «Вы следите за своим здоровьем?» с позициями ранговой шкалы от «нет» до «максимально интенсивно (регулярно)». Поскольку неизвестно, что именно каждый понимает под «следить за своим здоровьем», то требуется второй индикатор – контрольный вопрос «Если Вы следите за своим здоровьем, то в чём это выражается?», который целесообразно оставлять открытым, чтобы респондент мог достаточно точно и подробно описать, что конкретно он делает для сохранения собственного здоровья. В таблице 3 представлены данные об интенсивности действий респондентов в возрастных группах 13–20 и 21–35 лет по поддержанию индивидуального здоровья.

Таблица 3

**Распределение ответов на вопрос
«Вы следите за своим здоровьем?»**

Варианты ответа на вопрос «Вы следите за своим здоровьем?»	Возрастная категория			
	13–20 лет		21–35 лет	
	п	%	п	%
1. Да, постоянно	49	12,56	93	16,70
2. Достаточно регулярно	168	43,08	219	39,32
3. К сожалению, это не всегда получается	147	37,69	215	38,60
4. Почти нет	23	5,90	28	5,03
5. Нет	2	0,51	2	0,36
Пропустили вопрос	1	0,26	0	0
Всего	390	100	557	100

На первый взгляд, самосохранительные установки обследованных групп населения вполне можно охарактеризовать как выражено положительные (на основании данных таблицы 3), так как почти 95 % всех ответов в обеих выборках концентрируются в диапазоне ответов от «да, постоянно» до «к сожалению, это не всегда получается», и только чуть более 5 % приходится на варианты «почти нет» и «нет», причём количество выбравших последний вариант вообще статистически не значимо.

На самом деле эти данные отражают лишь распространённое среди подавляющего большинства населения современной России заблуждение, согласно которому о здоровье человека должен проявлять заботу кто угодно (государство, работодатель, система здравоохранения и т. д.), только не сам его обладатель (носитель). В действительности же традиционная современная медицина, система здравоохранения, несмотря на высокие достижения медицин-

ской и биологической науки, оказываются бессильными перед разрешением проблемы здоровья прежде всего потому, что их внимание приковано к уже больному человеку, его болезням и их лечению до выздоровления (часто неполного), а вопросы сохранения и укрепления здоровья с использованием естественных оздоровительных процедур лежат вне поля зрения практической медицины [Меерсон и др., 1999]. Согласно заключению экспертов ВОЗ, состояние здоровья населения даже в наиболее благополучных странах лишь на 10 % определяется уровнем развития медицины как науки и системы медицинской помощи, на 20 % – наследственными факторами, на 20 % – состоянием окружающей среды и на 50 % – образом жизни (режим питания, сна, двигательной активности и т. д.).

Исходя из этого все полученные ответы на вопрос «Если Вы следите за своим здоровьем, то в чём это выражается?» в зависимости от характера перечисленных в них действий, способствующих, по мнению респондентов, поддержанию здоровья, были разделены на три группы. Первая – указанные действия носят выраженный пассивный характер (только посещение врача, обследования в больнице, приём лекарств, отсутствие вредных привычек и т. д.), вторая – указанные действия носят выраженный активный характер (регулярные значительные физические нагрузки, занятия спортом, постоянное закаливание, адекватное и сбалансированное питание и т. д., при этом неважно, выполняются ли действия, перечисленные в первой группе), третья – указанные действия носят смешанный характер (нерегулярные или недостаточно интенсивные действия, перечисленные во второй группе плюс действия любой интенсивности, перечисленные в первой группе).

Ответам первой группы был присвоен числовой код «-1» как характеризующим негативные самосохранительные установки. Ответам второй группы был присвоен числовой код «+1» как отражающим позитивные самосохранительные установки. Наконец, отве-

там третьей группы присвоен числовой код «0» как описывающим смешанные либо нейтральные самосохранительные установки. Иначе говоря, мы расцениваем, например, регулярные интенсивные занятия спортом как максимально эффективные действия по поддержанию собственного здоровья, а одни только обращения в систему здравоохранения при наличии уже имеющихся заболеваний – как полное отсутствие таких действий и т. д. Именно такой подход к оценке эффективности действий респондентов по поддержанию своего здоровья должен обеспечить наиболее точное отражение реальной ситуации в данной сфере. В таблице 4 представлено распределение оценок ответов респондентов на вопрос «Если Вы следите за своим здоровьем, то в чём это выражается?».

Таблица 4

**Оценки ответов на вопрос
«Если Вы следите за своим здоровьем,
то в чём это выражается?»**

Балльные оценки ответов	Возрастная категория			
	13–20 лет		21–35 лет	
	n	%	n	%
«+1»	154	39,49	209	37,52
«0»	72	18,46	88	15,80
«-1»	91	23,33	140	25,13
Не ответили на вопрос	73	18,72	120	21,54
Всего	390	100	557	100
Средняя арифметическая	0,20		0,16	

Из данных таблицы 4 следует, что на самом деле регулярно заботятся о своём здоровье (прикладывают постоянные усилия для этого) менее 40 % респондентов; при этом четверть опрошенных во-

обще ничего не делают для его поддержания, а ещё примерно пятая часть не смогли объяснить, как именно они следят за собственным здоровьем. Среднее арифметическое значение балльных оценок следует интерпретировать таким образом: «-1» – вообще никто и никогда не следит за своим здоровьем, «+1» – за здоровьем следят все и постоянно, «0» – интенсивность действий по поддержанию индивидуального здоровья средняя либо указанные действия носят смешанный характер. Поэтому значения 0,20 и 0,16 можно интерпретировать как среднюю интенсивность действий респондентов по поддержанию здоровья. Следовательно, в целом самосохранительные установки можно охарактеризовать как нейтральные либо смешанные, разнонаправленные, но никак не положительные.

Ещё одной группой установок, хотя и не имеющей прямого отношения к демографическому поведению, но выступающей фактором формирования брачно-семейных, репродуктивных и самосохранительных установок, является отношение к религии. Хорошо известно, что все мировые религии резко негативно относятся к абортам, отказу от деторождения (за исключением священнослужителей), вступления в брак, к разводам и т. д. Также общеизвестным фактом является то, что высокая или хотя бы средняя рождаемость наблюдается в тех странах и регионах, где религиозные ценности и нормы по-прежнему выступают ключевым регулятором индивидуального поведения; в современной России это прежде всего республики Северного Кавказа. Там же фиксируется и наиболее низкая разводимость, минимальное число абортотворцев, незначительная распространённость социального сиротства (при живых родителях), низкий уровень алкоголизма и наркомании, высокая вовлечённость молодёжи в активное, а часто и профессиональное, занятие спортом.

Одним из ключевых индикаторов уровня религиозности респондентов выступает, на наш взгляд, соблюдение постов, поскольку они относятся к наиболее строгим религиозным обычаям и обрядам

и если человек соблюдает все посты в соответствии со своим вероисповеданием, то с высокой вероятностью он придерживается и других религиозных предписаний. В таблице 5 представлено распределение ответов на вопрос «Соблюдаете ли Вы религиозные обычаи, обряды и традиции в соответствии с Вашим вероисповеданием?» среди групп населения в возрастах 13–20 и 21–35 лет.

Таблица 5

**Распределение ответов на вопрос
«Соблюдаете ли Вы религиозные обычаи, обряды и традиции
в соответствии с Вашим вероисповеданием?»**

Варианты ответа на вопрос «Соблюдаете ли Вы религиозные обычаи, обряды и традиции в соответствии с Вашим вероисповеданием?»	Возрастная категория			
	13–20 лет		21–35 лет	
	n	%	n	%
1. Да, постоянно (включая посты)	7	1,79	28	5,03
2. Как правило, соблюдаю	91	23,33	110	19,75
3. Когда как	121	31,03	152	27,29
4. Практически не соблюдаю	86	22,05	164	29,44
5. Нет	84	21,54	99	17,77
Пропустили вопрос	1	0,26	4	0,72
Всего	390	100	557	100

Различия в распределении ответов на данный вопрос между двумя возрастными группами небольшие, но статистически значимые, однако при всех различиях хорошо заметна следующая закономерность: ответы распределены более или менее равномерно по всем вариантам, кроме первого (доля выбравших его крайне мала, особенно в группе 13–20-летних).

Кроме того, группе опрошенных в возрастах 21–35 лет был предложен, в частности, и такой вопрос: «Считаете ли Вы для себя необ-

ходимым регистрировать свой брак не просто в органах ЗАГС, но и в соответствии с Вашим вероисповеданием?» (например, для православных – это обряд венчания). Ответы распределились следующим образом:

- да – 184 человека (33,03 % респондентов);
- нет – 251 (45,06 %);
- затрудняюсь ответить – 118 (21,18 %);
- пропустили вопрос – 4 (0,72 %).

То есть только треть опрошенных считают для себя обязательной регистрацию брака в соответствии со своей религиозной принадлежностью, что является дополнительным подтверждением слабого влияния традиционных норм и ценностей в современном обществе и низкой активности религии как института социализации, в том числе демографической.

Таким образом, демографические установки категорий населения г. Волгограда и области, ответственных за воспроизводство поколений в настоящее время и в ближайшей перспективе, можно охарактеризовать следующим образом:

- брачно-семейные установки – нейтральные либо смешанные, разнонаправленные;
- репродуктивные установки – резко (выраженно) отрицательные;
- самосохранительные установки – нейтральные либо разнонаправленные.

При этом религиозные установки так же, как и репродуктивные, можно считать выраженно отрицательными в том смысле, что религиозные нормы и ценности в настоящее время в одном из типичных (по целому ряду показателей) регионов России – Волгоградской области – практически не регулируют повседневное поведение, действия и отношения подавляющего большинства индивидов, в том числе и в демографической сфере. Этот факт имеет, на наш взгляд, крайне важное научное и практическое значение, почему-то

упускаемое из виду отечественной социологией. Во всяком случае, выполненных в нашей стране за последние 20 лет серьёзных научных работ, посвящённых анализу связи демографических установок с религиозностью, насчитываются единицы.

«Важность» этой связи выражается, в частности, в следующем. Выявлена статистически значимая зависимость между индексами предпочитаемых чисел детей и уровнем религиозности, проявляющаяся в том, что чем выше религиозность респондентов, тем в среднем выше значения идеального и оптимального числа детей в семье. В таблице 6 приведены численные значения коэффициентов ранговой корреляции Спирмена (ρ) и Кендалла (τ) между религиозностью и индексами предпочитаемых чисел детей в возрастных группах 13–20 и 21–35 лет (для измерения тесноты связи были использованы методы непараметрической статистики, поскольку один из признаков измерен по ранговой шкале).

Таблица 6

**Значения ранговых коэффициентов корреляции
и их уровней значимости между религиозностью
и предпочитаемыми числами детей**

Возрастная категория	Индексы предпочит. чисел	Численные значения коэффициентов корреляции			
		Спирмен		Кендалл	
		ρ	p-уровень	τ	p-уровень
13–20 лет	Идеальное	0,24	< 0,001	0,19	< 0,001
	Оптимальное	0,23	< 0,001	0,19	< 0,001
21–35 лет	Идеальное	0,12	0,006	0,10	0,006
	Оптимальное	0,19	< 0,001	0,16	< 0,001

Приведённые в таблице 6 данные говорят о том, что во всех случаях замера тесноты связи между религиозностью и предпочитае-

мыми числами детей выявлена слабая, но статистически достоверная зависимость (вероятность, что она случайна, нигде не превышает 0,006, а в большинстве случаев гораздо ниже). В чём конкретно проявляется эта зависимость, представлено в таблице 7.

Таблица 7

Зависимость значений предпочитаемых чисел детей от религиозности респондентов

Варианты ответа на вопрос «Соблюдаете ли Вы религиозные обычаи, обряды и традиции в соответствии с Вашим вероисповеданием?»	Индексы предпочитаемых чисел детей в разных возрастных группах			
	13–20 лет		21–35 лет	
	Идеальное	Оптимальное	Идеальное	Оптимальное
1. Да, постоянно (включая посты)	4,29	2,71	3,32	2,09
2. Как правило, соблюдаю	3,02	1,77	2,93	1,69
3. Когда как	2,89	1,63	2,74	1,56
4. Практически не соблюдаю	2,82	1,56	2,89	1,48
5. Нет	2,44	1,32	2,56	1,33
В целом по выборке	2,83	1,60	2,82	1,54

Хорошо заметно, что индексы предпочитаемых чисел детей практически однозначно увеличиваются по мере повышения уровня религиозности респондентов. Особенно сильно отличаются в сторону увеличения индексы идеального и оптимального числа детей у тех респондентов (в обеих выборках), которые постоянно соблюдают религиозные обычаи, обряды и традиции в соответствии со своим вероисповеданием, включая посты (то есть выбрали первый вариант ответа на соответствующий вопрос). Можно утверждать, что если бы все жители Российской Федерации репродуктивного возраста имели бы такие репродуктивные установки, как наиболее религиозная их часть, то в стране не было бы депопуляции.

Выявлена также связь между уровнем религиозности респондентов и их отношением к возможности аборта в собственной семье (как уже говорилось, вопрос про аборт предлагался только в выборке 21–35-летних). Соответствующие данные представлены в таблице 8.

Таблица 8

Зависимость между уровнем религиозности респондентов и их отношением к аборту в возрастной группе 21–35 лет

Варианты ответа на вопрос «Допускаете ли Вы возможность искусственного аборта в Вашей собственной семье?», %	Варианты ответа на вопрос «Соблюдаете ли Вы религиозные обычаи, обряды и традиции в соответствии с Вашим вероисповеданием?»				
	1. Да, постоянно (включая посты)	2. Как правило, соблюдаю	3. Когда как	4. Практически не соблюдаю	5. Нет
1. Ни при каких обстоятельствах	78,57	66,04	60,67	60,49	56,70
2. Это будет зависеть от обстоятельств	21,43	28,30	36,67	34,57	39,18
3. Затрудняюсь ответить	0	5,66	2,67	4,94	4,12

В таблице 8 по столбцам отражены доли выбравших каждый вариант ответа на вопрос «Допускаете ли Вы возможность искусственного аборта в Вашей собственной семье (в том числе в будущей или в юридически не зарегистрированном браке)?» (в %) среди выбравших соответствующий вариант ответа на вопрос «Соблюдаете ли Вы религиозные обычаи, обряды и традиции в соответствии с Вашим вероисповеданием?». Например, среди тех, кто постоянно соблюдает все религиозные обычаи, включая посты, не готовы ни при каких обстоятельствах пойти на аборт 78,57 % респондентов, а среди тех, кто вообще не соблюдает никакие религиозные традиции, убеждённых противников аборта только 56,70 %. Разница между ними составляет почти 22 процентных пункта, что очень существенно. Заметно, что данные таблицы 8 полностью соответствуют данным та-

блицы 7, а именно: чем выше уровень религиозности опрошенных, тем более позитивные у них и репродуктивные установки.

Это означает на практике, что нормы и ценности, которые исповедует любая из мировых религий (а все они, хотя и в разной степени, получили распространение в современной России), являются тем идеалом господствующих установок среди населения, массовое следование которым обеспечивает его полноценное количественное и качественное воспроизводство. Поэтому государство должно в максимальной степени использовать все доступные ему возможности и ресурсы (а они, как известно, колоссальны) для внедрения этих норм и ценностей в сознание и повседневную практику индивидов, для их массовой интернализации. Это не означает, что следует призывать и агитировать всех непременно принимать какую-либо веру. Речь идёт лишь о нормах и ценностях, которые должны стать основой личности каждого человека, определяя тем самым все его мысли, действия, поступки, структуру и иерархию потребностей, а также основой функционирования общества в целом. В противном случае произойдёт дальнейшее развитие депопуляционных процессов, то есть вырождение и вымирание народов России.

Как уже отмечалось, репродуктивные установки – это наиболее «проблемная» составляющая всей системы регуляции демографического поведения населения современной России. При этом, как показал проведённый анализ, религия и в настоящее время продолжает оставаться эффективным институтом демографической социализации, то есть фактором формирования демографических (прежде всего, репродуктивных) установок. Проблема состоит только в том, что таким фактором религия в современном обществе является для слишком малой части населения, чтобы оказать существенное влияние на демографические процессы в изучаемом регионе или Российской Федерации в целом. Но религия – это, разумеется, не единственный фактор формирования демографических

установок в современной России. Существуют ещё семья, средства массовой информации и коммуникации и целый ряд других. Анализ интенсивности и направленности их влияния на демографическое поведение поколений, ответственных за воспроизводство – задача одного из следующих этапов исследования «Социальные факторы формирования демографических установок населения».

Литература

1. Антонов А. И. Второй ребёнок / А. И. Антонов, В. М. Медков. – Москва : Мысль, 1987. – 299 с.
2. Антонов А. И. Исследование образа жизни сельской семьи (результаты одновременного опроса отцов, матерей и их детей в двадцати регионах России) / А. И. Антонов, С. И. Малявин // Вестник Московского университета. – Серия 18 : Социология и политология. – 2005. – № 3. – С. 123–135.
3. Антонов А. И. Микросоциология семьи : методология исследования структур и процессов / А. И. Антонов. – Москва : Nota Bene, 1998. – 359 с.
4. Антонов А. И. Проблемы моделирования и прогнозирования динамики рождаемости населения Российской Федерации / А. И. Антонов, В. М. Медков, М. А. Нетрусов // Информационный бюллетень РФФИ. – 1997. – Т. 5. – № 6. – С. 17.
5. Антонов А. И. Современные демографические тенденции и аналитические прогнозы, проблемы семейно-демографической политики в социальном государстве / А. И. Антонов. // Вестник Московского университета. – Серия 18 : Социология и политология. – 2010. – № 4. – С. 134–150.
6. Антонов А. И. Удовлетворённость жизнью, семья и брак в России и Европе / А. И. Антонов, О. Л. Лебедь, А. А. Соколов // Мониторинг общественного мнения : экономические и социальные перемены. – 2010. – № 3 (97). – С. 64–72.
7. Архангельский В. Н. Основные результаты пилотного обследования «Семья и рождаемость» / В. Н. Архангельский, О. И. Антонова, С. Ю. Никитина // Вопросы статистики. – 2006. – № 10. – С. 3–5.
8. Архангельский В. Н. Репродуктивное поведение российской молодежи и некоторые аспекты его детерминации / В. Н. Архангельский // Уровень жизни населения регионов России. – 2007. – № 5. – С. 28–39.
9. Архангельский В. Н. Современная политика в области рождаемости в России: предварительные итоги и перспективы / В. Н. Архангельский, Н. В. Зверева // Федерализм. – 2010. – № 2 (58). – С. 69–84.

10. *Борисов В. А.* Демографические проблемы семьи / В. А. Борисов // *Семья в России.* – 1994. – № 2. – С. 222–229.
11. *Борисов В. А.* Перспективы рождаемости / В. А. Борисов. – Москва : Статистика, 1976. – 248 с.
12. *Дарский Л. Е.* Формирование семьи : демограф.-статист. исследования / Л. Е. Дарский. – Москва : Статистика, 1972. – 264 с.
13. *Демографический ежегодник России – 2010* : стат. сб. / Росстат. – Москва : Федеральная служба государственной статистики, 2010. – 525 с.
14. *Елизаров В. В.* Демографические и экономические аспекты поддержки семей с детьми / В. В. Елизаров // *Уровень жизни населения регионов России.* – 2011. – № 8. – С. 78–92.
15. *Елизаров В. В.* Новые меры демографической политики и их вклад в увеличение поддержки семей с детьми / В. В. Елизаров // *Уровень жизни населения регионов России.* – 2007. – № 5. – С. 5–27.
16. *Елизаров В. В.* Стимулирование рождаемости : от теории к практике / В. В. Елизаров // *Уровень жизни населения регионов России.* – 2006. – № 5–6. – С. 91–104.
17. *Медков В. М.* Демографические прогнозы ООН для мира и России / В. М. Медков // *Вестник Московского университета.* – Серия 18 : Социология и политология. – 2008. – № 1. – С. 135–151.
18. *Меерсон Е. А.* Эколого-социально-медицинские технологии формирования популяционного здоровья : курс лекций / Е. А. Меерсон, И. А. Бочарова, И. К. Быстрыков ; под общ. ред. Е. А. Меерсон. – Волгоград : Изд-во Волгоградского гос. ун-та, 1999. – 460 с.
19. *Синельников А. Б.* Влияние брачного статуса на самооценку состояния здоровья / А. Б. Синельников // *Социальные аспекты здоровья населения.* – 2011. – Т. 20. – № 4. – С. 9.
20. *Синельников А. Б.* Развод – революция в семье / А. Б. Синельников // *Вестник Московского университета.* – Серия 18 : Социология и политология. – 2010. – № 2. – С. 130–146.
21. *Синельников А. Б.* Ценностные ориентации российской и европейской молодежи / А. Б. Синельников // *Вестник Московского университета.* – Серия 18 : Социология и политология. – 2011. – № 1. – С. 145–158.
22. *Синельников А. Б.* Что первично : семья, демография или экономика? / А. Б. Синельников // *Семья в России.* – 2007. – № 3. – С. 32–47.

Population's Demographic Attitudes and Factors of Their Formation

G. Antonov

The article presents some of the results of measuring the demographic attitudes of the population category responsible for the reproduction of generations at present and in the next decade in Volgograd and the Volgograd Region. The work also tackles the problem of analyzing the social factors and conditions shaping the population's current demographic attitudes, their direction and intensity. One of the most interesting scientific results obtained during the conducted research is the proved statistical connection between the respondents' religiosity level and their demographic attitudes.

Key words: demographic attitudes; demographic socialization; demographic behaviors; depopulation; religious attitudes; applied sociology; demographic policy.

Антонов Георгий Вячеславович, кандидат социологических наук, доцент, кафедра социологии, Волгоградский государственный университет (Волгоград), antonovgv@mail.ru.

Antonov, G., PhD in Sociology, associate professor, Department of Sociology, Volgograd State University (Volgograd), antonovgv@mail.ru.