

Historia
Russica

В.Б. Жиромская
Н.А. Араловец



Российские дети в конце XIX – начале XXI в.:

Историко-демографические очерки



**Институт российской истории
Российской академии наук
Научный совет Российской академии наук
по исторической демографии и исторической географии**

**В.Б. Жиромская
Н.А. Араловец**

Российские дети в конце XIX – начале XXI в.: Историко-демографические очерки

**Центр гуманитарных
инициатив
Москва — Санкт-Петербург
2018**

УДК 94(47)
ББК 63.3(2)
Х79

Серия «Historia Russica» основана в 2015 г.

Редакционная коллегия серии:

Ю.А. Петров (председатель), Н.Е. Быстрова, С.В. Журавлев,
В.Н. Захаров, В.А. Кучкин, Д.Б. Павлов, Н.М. Рогожин,
В.В. Трепавлов, В.В. Шелохаев, А.В. Юрасов

Серийное оформление: Ю.В. Балабанов

*Утверждено к печати Ученым советом Института российской истории
Российской академии наук*

Рецензенты:

доктор исторических наук Н.Ф. Бугай,
кандидат экономических наук В.В. Елизаров
(Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова)

Жиромская, В.Б.

Х79 Российские дети в конце XIX – начале XXI в.: историко-демографические очерки [Текст] / В.Б. Жиромская, Н.А. Араловец ; Институт российской истории Российской академии наук ; Научный совет Российской академии наук по исторической демографии и исторической географии. — М. : Институт российской истории РАН; Центр гуманитарных инициатив, 2018. — 223, [1] с. — (Historia Russica).

ISBN 978-5-8055-0327-7

На основе разнообразных источников в монографии показано изменение численности, возрастно-полового состава детского населения России за период с конца XIX по первое десятилетие XXI в. Рассмотрено положение детей в российских семьях, особенности отношений между детьми и родителями, изучено состояние здоровья детей, социальные и санитарно-гигиенические факторы, на него влиявшие, а также уровень детской заболеваемости и смертности. Особое внимание уделено демографической и семейной политике, в том числе заботе о детях-сиротах и инвалидах.

Книга адресована научным работникам, преподавателям, студентам и аспирантам, а также всем интересующимся историей российского детства.

ISBN 978-5-8055-0327-7

© Жиромская В.Б., Араловец Н.А., 2018
© Институт российской истории РАН, 2018
® Центр гуманитарных инициатив, 2018

Оглавление

Введение	7
Глава I. Семья и дети в России в конце XIX — начале XX в.	
§ 1. Дети в системе семейных ценностей	17
§ 2. Рождаемость и младенческая смертность на рубеже XIX—XX вв.	27
§ 3. Сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей	38
Глава II. Российская семья и дети в 1920—1930-х гг.	
§ 1. Революция в семейных отношениях. Ценность семьи и детей	43
§ 2. Дети и политика здравоохранения в 1920-х гг.	50
§ 3. 1930-е: демографическая трагедия	61
Глава III. «Детство, опаленное войной»	
§ 1. Рождаемость, младенческая и детская смертность, заболеваемость	77
§ 2. Забота о детях в военные и послевоенные годы	87
§ 3. Семья и дети	98
§ 4. Сироты, беспризорники, безнадзорные дети	102
Глава IV. Дети в годы демографической стабилизации и преддверии кризиса (1960—1980-е гг.)	
§ 1. Демографические показатели жизнедеятельности детей	117
§ 2. Изменение ценностных установок на детность	126
§ 3. Меры социально-демографической политики по охране материнства и детства	135
§ 4. Забота о сиротах и безнадзорных детях	143

Глава V. Демографический кризис конца XX в. и детство	
§ 1. Основные характеристики демографических процессов	149
§ 2. Статус ребенка в семье и семейные отношения	165
§ 3. Изменения в характере детской заболеваемости и медицинское обслуживание	174
§ 4. Рост социального сиротства	180

Глава VI. Дети в 2000-х гг.: первые итоги активизации государственной демографической политики	187
---	-----

Заключение	211
-------------------------	-----

Указатель имен	216
-----------------------------	-----

Указатель географических названий	219
--	-----

Введение

В годы тяжелого демографического кризиса периода Гражданской войны известный деятель медицины Н.А. Семашко, выступая на Первом съезде медико-санитарных отделов местных Советов (апрель 1918 г.), сказал: «Если мы не сохраним жизнь детей, то иссякнет самый источник нашего существования»¹. Казалось бы, данное утверждение бесспорно и чрезвычайно актуально в наши дни, однако именно сегодня в условиях затяжного демографического кризиса во многих странах мира ведется принципиальный спор о том, надо ли поощрять рождаемость.

Многие общественные и государственные деятели Германии, Голландии, Великобритании и США выступают против ценностных ориентаций на деторождение. С их точки зрения, гораздо рациональнее использовать потенциал старших поколений, продлевая их жизнедеятельность и работоспособность. Тем более что в настоящее время разрабатываются медицинские средства для борьбы со старением и пролонгации полноценной жизни в престарелом возрасте. Это не только высказывания, это — политика, которая усугубляет складывание во многих странах регрессивной в плане воспроизводства населения возрастной структуры — из-за резкого падения и дальнейшего сокращения в ней доли детей.

Подобные идеи муссируются и в российской печати. Среди ученых, публицистов и политиков ведется странная дискуссия по вопросу о выборе приоритетов демографической политики: поощрять рождаемость или бороться со смертностью. Но верно ли противопоставлять эти взаимосвязанные направления, призванные обеспечить дальнейшее развитие процесса демографической модернизации в России?

Тем не менее в последнее время обсуждается вопрос о том, что дети как одна из категорий неработающих граждан повышают социальную нагрузку на общество, поскольку в общей численности населения страны падает удельный вес лиц трудоспособного воз-

¹ Охрана матери и младенца в Москве и Московской губернии; иллюстр. сб. М., 1923. С. 23.

раста. Сторонники этой концепции считают, что дети в наше время требуют слишком больших вложений (подготовка к профессиональной деятельности, дальнейшая социализация), поэтому гораздо рациональнее поддерживать здоровье и работоспособность пожилых людей, уже получивших образование и имеющих профессиональный опыт. Нет сомнения в важности этого направления демографической политики. Однако такой односторонне прагматический взгляд лишает человечество перспектив развития, а экономический эффект от реализации такого проекта будет кратковременным, поскольку вряд ли возможно навечно обеспечить людям жизнь и трудоспособность. Непреходящий источник жизни заложен в молодых поколениях! Именно для них характерны любопытство и дерзания в поисках нового, нераскрытого и неизведанного, без чего немислим путь инновационного развития страны. Поэтому нельзя не заботиться о замещении поколений и не стимулировать рождаемость. Два направления демографической политики — поощрение рождаемости и борьба со смертностью и старением населения — являются приоритетными и в этом качестве заложены Правительством РФ в программу демографического развития российского общества.

20 июня 2006 г. Совет безопасности Российской Федерации принял комплекс мер демографической политики, направленных на обеспечение этих приоритетов. В 2007 г. указом Президента Российской Федерации была утверждена концепция демографической политики России до 2025 г.², в рамках которой одновременно началась реализация программы «Дети России», в которую вошли направления: «Здоровое поколение», «Одаренные дети», «Дети и семья».

В центре внимания данного исследования — дети и их ценность в условиях происходившей в российском обществе в конце XIX — начале XXI в. эволюции репродуктивного поведения населения в процессе демографической модернизации страны. Целью авторов является освещение особо актуальных сегодня проблем, связанных с рождаемостью, положением детей в семье, с состоянием детского здоровья, борьбой с детской (в том числе младенческой) смертностью и заболеваемостью, детскими беспризорностью и безнадзорностью в Российской империи, в Советской России/СССР и в Российской Федерации.

² Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: (утв. Президентом РФ 9 октября 2007 г. № 1351). (URL: <http://base.garant.ru/191961/>; дата обращения: 14.12.2015).

На протяжении XX в. Россия неоднократно переживала демографические кризисы, поэтому в настоящее время чрезвычайно важно изучить опыт восстановления населения и подготовить систему мер, направленных на поощрение рождаемости и социально-экономическую поддержку института семьи. Эти меры — при исключении прагматичности и спонтанности — должны основываться на научном прогнозе демографического развития страны и стать одним из приоритетных направлений государственной политики.

Для исследования поставленных в монографии проблем в качестве главных источников были использованы данные текущей медицинской и санитарной статистики, зафиксированные в материалах фондов Российского государственного архива экономики и Государственного архива Российской Федерации, нормативные документы, а также результаты проведенных в стране в разные годы переписей населения³, дополненные данными по Москве (1902) и Санкт-Петербургу (1900, 1910)⁴.

Авторы использовали статистические материалы, посвященные естественному движению населения России, СССР и РСФСР⁵,

³ Общий свод по Империи результатов разработки, данных первой всеобщей переписи населения, произведенной 28 января 1897 г. СПб., 1905. Т. 1—2; Всесоюзная перепись населения 1926 года. М., 1928. Т. 9; М., 1929. Т. 17; М.; Л., 1931. Т. 55; М.; Л., 1931—1933. Т. 56, вып. 1—3; Всесоюзная перепись населения 1937 г.: краткие итоги. М., 1991; Всесоюзная перепись населения 1937 года: общие итоги: сб. документов и материалов. М., 2007; Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги: СССР. М., 1992; Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги: Россия. СПб., 1999; Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. СССР. М., 1962; Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. РСФСР. М., 1963; Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года. М., 1972—1973. Т. 1—7; Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года: статистический сборник. М., 1989—1990. Т. 1—10; Население СССР: по данным Всесоюз. переписи населения 1989 г. М., 1990; Семья в СССР: по данным Всесоюз. переписи населения 1989 г. М., 1990; Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М., 2004—2005. Т. 1—14; Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. М., 2012. Т. 2; Социально-демографический портрет России: по итогам Всерос. переписи населения 2010 г. М., 2012.

⁴ Главнейшие предварительные данные переписи г. Москвы, 31 января 1902 г. М., 1902. Вып. 3; Перепись Москвы 1902 года. М., 1904. Ч. 1, вып. 1; Санкт-Петербург по переписи 15 декабря 1900 года. СПб., 1903. Вып. 1—2; Петроград по переписи населения 15 декабря 1910 года. Пг., [1915?]. Ч. 1.

⁵ Движение населения в Европейской России. Статистические таблицы за ... СПб., 1904—Пг., 1916. 1899 год—1900 год. 10 т.; Естественное движение населения РСФСР за 1926 год. М., 1928; Естественное движение населения в Сибкрае за 1925—1927 гг. Новосибирск, 1930; Народное хозяйство СССР, 1922—1972. М., 1972; Демографический ежегодник России: стат. сб. М., 1996—2009. 14 т.; Рос-

данные разного рода отчетов 1896—1914 гг.⁶, периодических изданий («Журнал Русского общества охранения народного здоровья», «Вестник статистики», «Социологические исследования», «Семья» и т.д.), труды Русского библиографического института «Гранат»⁷ и справочники⁸.

Также источниками являются доклад ЮНФПА (фонда ООН в области народонаселения) «Социальное и демографическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя» (о выполнении программы демографического развития России в контексте Каирской международной конференции 1994 г.)⁹ и интернет-ресурс (в частности, сайты «РОССТАТ» и “Eurostat. Population in Europe”).

Внимание отечественных исследователей к рассматриваемой теме усилилось во второй половине XX в. и особенно в первые десятилетия XXI в. Проблемы, связанные с рождаемостью, детской и младенческой смертностью, состоянием здоровья детей, их численностью и удельным весом в возрастной структуре населения России рассматривались в работах обобщающего характера, посвященных демографической истории XX в. К ним относится коллективная монография, авторами которой стали сотрудники Института российской истории РАН, преподаватели МГУ им. М.В. Ломоносова, НИУ ВШЭ, РГГУ и региональных вузов (Самары, Пензы, Уфы, Новосибирска, Екатеринбурга и др.)¹⁰. Это исследование основано на комплексе источников: переписи населения, данные его текущего учета, материалы санитарно-медицинской статистики, периодическая печать, мемуары и др.

Изучением современных демографических процессов занимаются сотрудники НИУ ВШЭ (под руководством А.Г. Вишневско-

сийский статистический ежегодник. [М.], 1994—2014. 21 т.; Семья в СССР: по данным Всесоюз. переписи населения 1989 г. М., 1990; Женщины в СССР. М., 1977; Дети в трудной жизненной ситуации: новые подходы к решению проблем. М., 2010; и др.

⁶ См., например: Россия. Управление главного врачебного инспектора. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России за ... СПб., 1904—Пг., 1916. за 1902 год — за 1914 год, 15 т.

⁷ Энциклопедический словарь Т-ва «Бр. А. и И. Гранат и К°». Изд. Русского библиографического института Гранат. М., 1938. Т. 11.

⁸ Города России в 1904 году. СПб., 1906; Города России в 1910 году. СПб., 1916; Народонаселение: энцикл. словарь. М., 1994.

⁹ Социальное и демографическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя. М., 2010.

¹⁰ См.: Население России в XX веке: ист. очерки. М., 2000—2012. Т. 1—3, 5 кн.

го). В их ежегодно публикуемых докладах¹¹ (в том числе в журнале «Демоскоп»)¹² дается анализ статистических материалов по демографической характеристике различных возрастных групп, в том числе и российских детей.

История детства, особенно в переломные периоды российского прошлого, изложена в трудах Р.И. Сифман¹³, В.Б. Жиромской, Г.Е. Корнилова, Г.В. Сабитовой¹⁴.

Тема защиты детей и оказанной им в годы Великой Отечественной войны помощи освещена Н.А. Виноградовым и П.Ф. Гладких¹⁵, проблеме заботы о детях, их здоровье в трудное послевоенное время посвятили свои работы В.Б. Жиромская и А.А. Сальникова¹⁶.

Массив научных работ по проблемам детского населения России связан с изучением причин поразившего ее в 1990-х гг. глубокого демографического кризиса. В исследованиях Л.Л. Рыбаковского, В.Н. Архангельского, Н.М. Римашевской, С.В. Захарова, Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева и др. представлены различные точки зрения — от оптимистических до самых пессимистических («русский крест») — на перспективы рождаемости, детности и преодоления депопуляции в стране¹⁷.

На фоне демографического кризиса в России в фокусе внимания ученых оказались следующие проблемы: ценность ребенка в

¹¹ Демоскоп weekly. (URL: http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/ns_r12/sod_r.html; http://forcemoment.ru/dicivoekuxa68/Население_России; дата обращения: 14.12.2015).

¹² Там же. (URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/index.php>; URL: <http://demoscope.ru/weekly/2015/0665/index.php>).

¹³ Сифман Р.И. Детность по данным семейной переписи 1926 года // Демографическое развитие СССР в послевоенный период. М., 1984.

¹⁴ Жиромская В.Б. Жизненный потенциал послевоенных поколений в России: историко-демографический аспект, 1946—1960. М., 2009; Корнилов Г.Е., Лаврова И.А. Голод и дети // Уральский исторический вестник. Екатеринбург, 2008. № 2. С. 102—116; Сабитова Г.В. Российская семья в условиях перемен // Семья и дети в современной России. М., 2006.

¹⁵ Виноградов Н.А. Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны (1941—1945). М., 1955; Гладких П.Ф. Здравоохранение блокадного Ленинграда, 1941—1944 гг. 2-е изд., перераб. и доп. Л., 1985.

¹⁶ Жиромская В.Б. Жизненный потенциал ...; Сальникова А.А. Российское детство в XX веке: история, теория и практика исследования. Казань, 2007.

¹⁷ См.: Рыбаковский Л.Л. Двадцать лет депопуляции в России. М., 2014; Стратегия демографического развития России / Архангельский В.Н., Иванова А.Е., Кузнецов В.Н., Рыбаковский Л.Л., Рязанцев С.В. М., 2005; Римашевская Н.М. «Русский крест» // Природа. 1999. № 6; Захаров С.В. Перспективы изменения модели рождаемости в России // Народонаселение. 2004. № 3; Осипов Г.В., Рязанцев С.В. Демографические перспективы России. М., 2008.

обществе и семье (Н.А. Араловец)¹⁸; дети в неполных семьях; место и роль ребенка в современной семье; отношения детей и родителей в приемных и разведенных семьях (К.Н. Белогай, А.А. Богачева, О.Г. Калина, И.А. Бобылева)¹⁹; традиционное и инновационное в культуре семейных отношений (М.Г. Кучмаев, А.И. Антонов, С.А. Сорокин, Г.В. Сабитова, О.Д. Кавашкина)²⁰; особенности отношения к детям в семьях отдельных народов²¹.

Государственную демографическую политику в историческом аспекте и на современном этапе проанализировали отечественные демографы, экономисты и историки (В.В. Елизаров, А.Я. Кваша, Т.М. Смирнова, А.И. Антонов, В.А. Борисов, В.Б. Жиромская, Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев)²².

Довольно обширная литература (труды М.А. Богомольского, А.С. Акопяна, В.И. Харченко, В.Г. Мишиева, А.П. Городецкого, И.В. Журавлевой и др.)²³ посвящена теме детской заболеваемости

¹⁸ *Араловец Н.А.* : 1) *Городская семья в России, 1897—1926: историко-демографический аспект.* М., 2003 ; 2) *Городская семья в России, 1927—1959 г.* Тула, 2009 ; 3) *Семейные ценности городских жителей России в XX в.* // *Труды Института российской истории.* М., 2010. Вып. 9 ; 4) *Городская семья России во второй половине XX в.* М., 2015.

¹⁹ *Семья и дети в современной России.* М., 2006.

²⁰ См.: *Кучмаев М.Г.* Традиционное и инновационное в культуре семейных отношений. М., 1999; *Антонов А.И., Сорокин С.А.* Судьба семьи России XXI века: размышления о семейной политике, о возможности противодействия упадку семьи и депопуляции. М., 2004; *Сабитова Г.В.* Российская семья в условиях перемен; *Кавашкина О.Д.* Семейное воспитание в России: (развитие идей от древней Руси до начала XX века) // *Семья в России.* 1984. № 12.

²¹ См., например: *Народы Европейской части СССР.* М., 1964. [Т.] 1; *Семейный быт народов СССР.* М., 1990.

²² *Елизаров В.В.* Демографическая политика в области поддержки семей с детьми: новые меры и предложения по их развитию // *Демографическая и семейная политика.* М., 2008; *Кваша А.Я.* Демографическая политика в СССР. М., 1981; *Смирнова Т.М.* Дети страны Советов: от гос. политики к реалиям повседневной жизни, 1917—1940 гг. М.; СПб., 2015; *Демографическая и семейная политика.* М., 2008; *Антонов А.И., Борисов В.А.* Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. М., 2006; *Жиромская В.Б.* Основные тенденции демографического развития России в XX веке. М., 2012; *Осипов Г.В., Рязанцев С.В.* Демографическая политика в России: трансформация, результаты, перспективы // *Вестник Российской академии наук.* 2014. Т. 84, № 11.

²³ См.: *Богомольский М.А.* К вопросу о заболеваемости детского населения некоторых городов // *Советское здравоохранение.* 1965. № 2; *Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г.* Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России. М., 1999; *Городецкий А.П.* Региональные особенности смертности в России. М., 2002; *Журавлева И.В.* Репродуктивное здоровье подростков и проблемы полового просвещения // *Социологические исследования.* 2004. № 1.

и смертности, в том числе младенческой. К изучению проблем детей-инвалидов, их обучения, профессиональной подготовки и адаптации в обществе ученые приступили сравнительно недавно (в основном это электронный ресурс)²⁴.

Демографическая и санитарная статистика рождаемости и детской смертности проанализирована в исследованиях С.А. Новосельского, Л.С. Каминского, В.В. Паевского²⁵. Тему борьбы с распространением ВИЧ/СПИД и наркоманией среди детей и подростков рассмотрели Б.П. Денисов, В.И. Сакевич, Е.М. Щербакова, Е.В. Реутов²⁶, историю социального сиротства — М.Р. Зезина, Е.О. Смирнова, А.Е. Лагутина²⁷. Одной из злободневных проблем сегодня является рост насилия в отношении детей и нарушение их прав в семьях. О необходимости борьбы с этой опасной тенденцией пишут Д.В. Масальская, Г.Р. Ярская-Смирнова, П.В. Романова, Е.П. Антонова и др.²⁸

В исследованиях отечественных ученых также рассмотрены особенности семейного права в России, зарубежных странах и раз-

²⁴ См.: Кулагина Е.В. Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами // Социологические исследования. 2004. № 1; Морозова О. Детям-инвалидам нужно учиться вместе с обычными ребятами! (URL: <http://www.kp.ru/daily/26289/3167195/>; дата обращения: 21.01.2015); Дети инвалиды в общеобразовательной школе (URL: <http://veselajashkola.ru/interesno/deti-invalidy-v-obshheobrazovatelnoj-shkole/>; дата обращения: 21.01.2015).

²⁵ Уиппл Дж.Ч., Новосельский С.А. Основы демографической и санитарной статистики. [М., 1929]; Новосельский С.А. Демография и статистика: избр. произведения. М., 1978; Каминский Л.С. Медицинская и демографическая статистика: избр. произведения. М., 1974; Паевский В.В. Вопросы демографии и медицинской статистики: избр. произведения. М., 1970.

²⁶ См.: Денисов Б.П., Сакевич В.И. Динамика эпидемии ВИЧ/СПИД // Социологические исследования. 2004. № 1; Щербакова Е.М. Нарконадзор в России: о чем говорит статистика // Там же; Реутов Е.В. Учащаяся молодежь и наркотики // Там же.

²⁷ См.: Зезина М.Р. Социальная защита детей-сирот в послевоенные годы, 1945—1955 // Вопросы истории. 1999. № 1; Смирнова Е.О., Лагутина А.Е. Осознание своего опыта детьми в семье и в детском доме // Вопросы психологии. 1991. № 6; Смирнова Е.О. Проблемы социального сиротства в России и за рубежом: историческая справка. (URL: <http://nashi-deti.detskii-dom-9.ru>; дата обращения: 21.01.2015); Сиротство и беспризорность в России: история и современность. СПб., 2008.

²⁸ См.: Масальская Д.В. Проблема жестокого обращения с детьми // Социальное обеспечение. 2005. № 8; Ярская-Смирнова Г.Р., Романова П.В., Антонова Е.П. Домашнее насилие над детьми: стратегии объяснения и противодействия // Социологические исследования. 2008. № 1; Москаленко В.Д. Ребенок в «алкогольной» семье: психологический портрет // Вопросы психологии. 1991. № 4.

работаны действенные способы решения наиболее сложных (в том числе психологических) проблем детей²⁹.

Таким образом, в отечественной историографии изучением проблем детей и детства занимались ученые разных специальностей — историки, этнографы, демографы, психологи, педагоги, юристы и др. Они проанализировали имеющиеся в их распоряжении данные, поставили научные и важные общественные задачи в решении вопросов, касающихся рассматриваемой темы. Вместе с тем в современных условиях назрела потребность в ее дальнейшем комплексном историко-демографическом исследовании.

²⁹ См.: *Степанова Н.М.* Государственная и семейная политика в странах Западной Европы (1990—2000-е гг.). (URL: <http://www.politstudies.ru/fulltext/2010/5/8.pdf>); дата обращения: 21.01.2015); *Митрикас А.* Семья как ценность: состояние и перспективы изменений ценностного выбора в странах Европы // Социологические исследования. 2004. № 5. С. 65—73; *Попов В.А., Аникина Р.В.* Социально-правовое положение отцов-одиночек в странах Западной Европы, США и России [Электронный ресурс] // Теория и практика общественного развития: междуна. науч. журн. 2014. Вып. 8. (URL: <http://teoria-practica.ru/vipusk-8—2014>; дата обращения: 21.01.2015); Семейное право зарубежных стран. (URL: <http://refrend.ru/784633.html>; дата обращения: 21.01.2015); Воспитание детей в Германии // Учебно-методический кабинет: сайт. (URL: <http://ped-kopilka.ru/pedagogika/vospitanie-detei-v-germani.html>; дата обращения: 21.01.2015); Сироты в Европе. (URL: <http://otvet.mail.ru/question/64703366>; дата обращения: 21.01.2015); *Антонова Г.П., Хрусталева Н.В.* Особенности внушаемости детей дошкольного и младшего школьного возраста // Вопросы психологии. 1982. № 3; *Искольдецкий Н.В.* Исследование привязанности ребенка к матери (в зарубежной психологии) // Там же. 1985. № 6; *Соколова Е.Т., Чеснова И.Г.* Зависимость самооценки подростка от отношения к нему родителей // Там же. 1986. № 2; *Розин М.В.* Представление о семейных конфликтах в подростковой субкультуре // Там же. 1990. № 4.

§ 1. Дети в системе семейных ценностей

В конце XIX — начале XX в. ценностные ориентации российского населения в сфере брачно-семейных отношений основывались на религиозных взглядах. Для России было характерно многообразие вероисповеданий¹, в которых различный подход к ценностям семьи имел самое непосредственное влияние на добрачное, внебрачное и брачное поведение населения, репродуктивные установки, внутрисемейные отношения и т.д.

¹ В России, особенно в ее европейской части, было наиболее распространено христианское вероисповедание. Его доктрина трактовала брак, как телесное и духовное общение между мужем и женой, основой которого являлась любовь. В христианстве она имела духовное содержание, чувственный элемент занимал подчиненное место, плотское начало брака оправдывалось деторождением. Нравственной основой поведения мужа и жены в браке были постоянство и верность, т.е. признавалось равенство супругов в нравственном отношении. Однако муж считался главой семьи, жена должна была ему повиноваться и помогать во всем. Плавенство мужа и покорность жены рассматривались как выражение взаимной супружеской любви. В христианском учении основной смысл брачного союза заключался в детях, их воспитании. Брак был нерасторжим за исключением смерти одного из супругов; супружеской неверности (при этом виновными считались и муж, и жена); осуждения того или иного супруга; безвестного отсутствия супруга в течение пяти и более лет; физической неспособности к браку; отречения от мира (монашество). Вместе с тем при отступлении или исчезновении у мужа и жены взаимного согласия брачные союзы не расторгались. Допускались повторные браки (вступать в брак разрешалось до трех раз). Однако в христианстве строго соблюдалась моногамия, многоженство считалось величайшим грехом; признавалось безбрачие, особенно в католичестве. Резко осуждались все формы внебрачных отношений (наложничество, конкубинат), контрацепция и искусственное прекращение беременности (аборты).

В исламе брак считался священным долгом каждого мусульманина. Если христианский брак был таинством, то мусульманский основывался на обязательной уплате приданого (махры). В результате заключения брака муж приобретал жену, становившуюся его собственностью. В отличие от христианства ислам принимал чувственную сторону брака. Мусульманский брак был полигамным: по Корану мужчина мог состоять в браке с четырьмя женщинами, иметь наложниц; женщина не могла иметь более одного мужа. В исламе признавались также временные браки. Расторжение брачного союза было вполне естественным и приобретало разные формы, однако развод мог исходить в большинстве случаев только от мужа, права которого считались неограниченными.

Вступление в брак в иудаизме рассматривалось как важнейший поступок в жизни человека. Заключался брачный контракт, где перечислялись все обязанности мужа в отношении жены, оговаривались его финансовые обязанности перед ней в случае смерти или развода. Тем не менее женщина находилась в зависимом положении: дочь — от отца, жена — от мужа. Кроме того, муж мог иметь несколько жен и наложницу, но в жизни это не было распространено — внебрачные отношения, как и в христианстве, строго порицались. В иудаизме признавалась естественность сексуальных отношений в браке; разрешался развод, особенно в случаях отсутствия в семье эмоционально-стабильных отношений; строго порицались ссоры и конфликты между супругами. Подробнее см.: *Араповец Н.А.* Городская семья в России, 1897—1926 гг. С. 45—52.

В тот период вступление в брак жестко ограничивалось рамками не только религиозного, но и сословного характера. Это положение было закреплено гражданским законодательством Российской империи². Однако для представителей всех вероисповеданий и социальных групп вступление в брак, создание семьи, воспитание потомства воспринимались как долг перед Богом и обществом. При этом обычно игнорировались желания и чувства вступающих в брак. В России ориентировались на его продолжительность, стабильность семьи и высокую рождаемость при слитности сексуального, брачного и репродуктивного поведения населения. Женщина тогда могла проявить себя только в замужестве и материнстве. Ее деятельность в большинстве случаев замыкалась рамками семейных забот — занималась домашним хозяйством, растила и воспитывала детей.

Социальное и психологическое стимулирование многодетности в стране также было связано с исторически сложившимся в обществе механизмом, при котором муж всегда обеспечивал материальное существование семьи, жена занималась домашним хозяйством, а дети были опорой родителям в болезни и старости, а в малообеспеченной семье еще и трудились, начиная с раннего возраста. Высокий уровень смертности детей и незначительное регулирование рождаемости в стране способствовали сохранению традиционного репродуктивного поведения ее населения.

Существенное влияние на этот процесс оказывали традиции и обычаи, исторически выработанные и освященные религией. Материалы Центрального статистического комитета (ЦСК) за 1899—1910 гг. зафиксировали особенно высокий уровень рождаемости у женщин, исповедовавших православие и ислам. Этот показатель у православных христианок хотя и снизился в начале XX в., по сравнению с концом XIX в., но по-прежнему оставался высоким, у мусульманок же он повысился в 1900-х гг. (особенно в 1910 г.), по сравнению с 1899 г. Важно отметить, что в рассматриваемый период у супругов отсутствовала свобода выбора относительно числа детей в семье, времени их появления на свет и т.д. Благодаря сложившейся демографической ситуации сохранялся высокий уровень рождаемости у всех народов России.

Устоявшиеся религиозные семейные ценности способствовали раннему возрасту вступления в брак (брачность была всеобщей) и господству авторитарных внутрисемейных отношений, которые ос-

² Россия. Законы и постановления. Гражданское уложение. Проект ... Редакционной комиссии по составлению Гражданского уложения с объяснениями. СПб., 1902. Кн. 2: Семейственное право, т. 1. Ст. 1—8, 157—164.

новывались на зависимости жен от мужей, а детей — от родителей; при этом существовало четкое возрастное-половое разделение. Однако в начале XX в. такие ценности уже не могли полностью удовлетворить потребности населения, что наряду с другими факторами свидетельствовало о кризисе традиционной патриархальной семьи. В российском обществе начался сложный поиск нравственной основы во взаимоотношениях между супругами, родителями и детьми.

Нравственные искания были особенно характерны для просвещенной части христианского населения. В частности, взгляды русских философов Н.А. Бердяева, В.В. Розанова, Н.Ф. Федорова и др., резко критиковавших презрение христианства к сексуальной жизни человека, по сути, затрагивали христианские принципы единобрачия и нерасторжимости брака³.

Представители наиболее радикальной интеллигенции считали, что брак должен основываться на взаимной любви, а не на расчете и меркантильных интересах, на равенстве супругов, праве и возможности расторжения брачного союза по инициативе как мужа, так и жены, на признании и уважении родителями прав их детей⁴.

Новые идеи разрушали традиционные религиозно-этические нормы брака и семьи. В частности, в российском обществе шел процесс приобщения женщин к некоторым видам труда. Они становились сестрами милосердия, телефонистками, учительницами и т.д. Возможность профессиональной реализации увеличивало — особенно в сравнении с XIX в. — материальную и психологическую самостоятельность женщин.

В этих условиях происходила переоценка роли и положения женщины в общественной и семейной жизни. В стране активно обсуждались проблемы, связанные с устранением неравенства женщин и уравниванием их в правах с мужчинами. Размах революционного движения в начале XX в. обострил в обществе критическое отношение не только к традиционной роли женщины в семье, но и к патриархальному семейному укладу в целом. Не случайно тогда возник вопрос о необходимости признания общественного значения роли матери в воспитании детей. Материнство связывалось не только с деторождением, но и с воспитанием здоровых, энергичных и честных людей.

Активизировалось происходившее в начала XX в. «отделение» традиционного репродуктивного поведения населения от брачного и сексуального. Одним из последствий этого было регулирование

³ Русский эрос, или философия любви в России. М., 1991. С. 120—150.

⁴ Ленин В.И. Полное собрание сочинений. Т. 49. С. 51—52; Коллонтай А.М. Новая мораль и рабочий класс. М., 1919 [обл. 1918]. С. 36—47.

рождаемости, ставшее доступным некоторым социальным группам горожан, особенно в случаях опасности внебрачного зачатия. Использовались традиционные, известные народной медицине, противозачаточные средства, но большее распространение получило искусственное прерывание беременности (аборт). В России, как и в других странах, аборты были запрещены, однако их число росло. В 1900-х гг. на долю незаконных абортов приходилось 75% всех учтенных. Состоятельные женщины за высокую плату имели возможность прерывать беременность в больнице, менее состоятельные вынуждены были обращаться к знахаркам. В начале XX в. производимые в Петербурге аборты составляли 20% к числу рождений⁵.

Все религиозные организации, считавшие использование подобных средств величайшим грехом, выступали против регулирования рождаемости. Исключение составляла протестантская церковь — в отличие от других христианских церквей она допускала аборты и применение контрацепции⁶.

Аналогичное положение с регулированием рождаемости наблюдалось и в западноевропейских странах, где большинство супругов хотели иметь не более троих детей.

Таким образом, в России, как и в Европе, кардинально менялись семейные ценности и репродуктивные установки населения. Новые взгляды на брак, семью и детей способствовали сокращению числа многодетных семей, особенно в городах. Однако в условиях неравноправного положения российских женщин и детей в обществе и семьях изменение репродуктивного поведения людей происходило довольно медленно — они преимущественно вели себя традиционно, в итоге сохранялся высокий уровень рождаемости.

Дети росли и воспитывались обычно в больших патриархальных семьях, экономической основой которых были занятия, требовавшие сосредоточения в руках глав семей собственности, финансовых и организационных рычагов. Такие семьи преобладали среди крестьян. Подобный тип семей в городах встречался среди купечества, ремесленников, имевших свое дело, извозчиков, крупных подрядчиков, рабочих, а также староверов. Большие патриархальные семьи характерны, например, для рабочих Подмосковского угольного бассейна — тесная связь с сельским хозяйством сближала их

⁵ Садвокасова Е.А. Социально-гигиенические аспекты регулирования размеров семьи. М., 1969. С. 12; см. также: Движение населения в Европейской России за... 1899 год—1910 год. 10 т.

⁶ Народонаселение: энцикл. словарь. С. 382.

быт и ценностные установки с крестьянством. Число членов семей подрядчиков, работавших на заводах Урала, тоже оказывалось внушительным: главы семей заключали с заводчиками подряды на погрузку руды, что, как известно, требовало немало рабочих рук, которые и предоставляли большие семьи. Существовали они и среди тех рабочих, у которых отсутствовали необходимые материальные средства для отделения взрослых детей, имевших семьи. Большие патриархальные семьи были особенно распространены среди староверов.

Патриархальные семьи являлись традиционными, например для башкир, татар, чувашей, грузин, осетин и других народов. Большие полигамные семьи преобладали у таджиков, узбеков, особенно живших в Бухарском и Хивинском ханствах, а также у народов Северного Кавказа⁷.

В то же время в городах все большее распространение получали простые семьи (родители и дети) и простые расширенные семьи (родители, дети, родственники). Это явление свидетельствовало о нуклеаризации⁸ российской городской семьи. Величина таких семей определялась региональными, национальными и социально-сословными особенностями: в городах Сибири они состояли, в основном, из четырех человек, в Нижнем Тагиле — из восьми; на Выйском заводе (семьи коренных рабочих) — из пяти-шести, в Москве и Санкт-Петербурге были немногочисленными. Семейно-имущественные разделы отмечались в тот период и в сельских патриархальных семьях.

Распространение простых семей объяснялось наличием в городах мигрантов (как правило, молодых мужчин и женщин) и их длительной оторванностью от родителей и родственников. Условия жизни в городах меняли сложившуюся ранее традицию формирования семьи из родственников по мужской линии, когда сыновья и их жены оставались в родительской семье, а дочери уходили в дома мужей. В семье мужа были родители, дети, не состоявшие в браке, женатые взрослые сыновья (или женатый сын) с детьми. Овдовевшие сыновья и их дети оставались жить с родителями. Вдовы с детьми могли вернуться к своим родителям или продолжить жить в семьях мужей. Такой порядок содействовал созданию и сохранению сложных семей.

⁷ См.: Крупянская В.Ю., Полищук Н.С. Культура и быт рабочих горнозаводского Урала (конец XIX в. — начало XX в.). М., 1971. С. 42—43, 48—49; Семейный быт народов СССР. С. 53—54, 202—203, 258, 386—387, 462; Голод С.И. Семья и брак: ист.-социол. анализ. СПб., 1998. С. 92—103.

⁸ Нуклеаризация — увеличение в населении доли нуклеарных, простых семей, состоящих из супружеской пары с детьми или без детей, либо одного из родителей со своими детьми, не состоящими в браке (Народонаселение: энцикл. словарь. С. 275).

Жители, особенно небольших городов, обычно руководствовались старыми традициями, близкими к семейным устоям села. Так, из-за отхода молодых людей в крупные промышленные центры сохранялись правила, по которым один из сыновей (обычно младший) оставался при родителях (что было свойственно и старообрядческим семьям Урала). Они отделяли женатого сына после женитьбы следующего, что сдерживало дробление семей и замедляло их нуклеаризацию.

Простые семьи преобладали у многих народов России (особенно в городах): например, в середине XIX в. — у бурят, в XIX в. — у представителей народностей Северного Кавказа. Однако семей, состоявших только из родителей и детей, насчитывалось немного, чаще встречались расширенные простые семьи, куда входили вдовы, разведенные женщины и т.д. В конце XIX — начале XX в. в городах Средней Азии простые семьи были распространены наряду с большими патриархальными.

Сложные семьи, состоявшие из нескольких семейных пар и их родственников, иногда достигали больших размеров: к примеру, среди работавших в Подмосковном угольном бассейне — 20—30 человек; чувашей — иногда более 30; рабочих Нижнего Тагила — 9—18 и более, купцов сибирских городов — более 15 человек (в таких семьях находилось не менее четырех супружеских пар)⁹.

Проживавших в простой семье было значительно меньше, но ее величина зависела от региональных и национальных традиций. Простые чувашские семьи насчитывали до 5 человек, как татарские (в Казанской губернии) и марийские — до 3—12. В Кутаисской губернии грузинская семья в среднем состояла из 6 человек, осетинская — из 10, а в Тифлисской губернии — соответственно из 4 и 7—8 человек. Семья абхазов в Кутаисской губернии насчитывала 4—5 человек. В городах Сибири семьи состояли в основном из 4 человек, в Москве и Петербурге они, как правило, были немногочисленными. Купеческие семьи насчитывали в среднем 5—7 членов. Российские сельские семьи по составу традиционно превосходили городские¹⁰.

⁹ Население России в XX веке. М., 2000. Т. 1. С. 43—44, 66—67; Крупянская В.Ю., Полищук Н.С. Указ. соч. С. 42—43, 48—49; Семейный быт народов СССР. С. 53—54, 202—203, 258, 386—388, 462; Голод С.И. Семья и брак. С. 54, 92—103, 289, 365, 462; Население Урала, XX в.: история демогр. развития. Екатеринбург, 1996. С. 43; Зверев В.А. Особенности естественного движения городского и сельского населения Сибири (конец XIX в. — XX в.) // Города и деревня Сибири в досоветский период. Новосибирск, 1984. С. 108.

¹⁰ Семейный быт народов СССР. С. 54, 211, 237, 258, 388; Крупянская В.Ю., Полищук Н.С. Указ. соч. С. 45, 47; Народы Европейской части СССР. [Т.] 1. С. 473; Гончаров Ю.М. Купеческая семья второй половины XIX — начала XX вв. (по ма-

Ценность детей в традиционной семье была высокой. Важно отметить, что по закону Российской империи детей старались не разлучать с родителями, даже в случае осуждения последних или одного из них¹¹. Кроме того, в стране широко использовался детский труд, что наряду с другими факторами стимулировало многодетность.

В конце XIX — начале XX в. отношения между супругами, родителями и детьми оставались, как правило, авторитарно-патриархальными, чему способствовало численное преобладание сельского населения с его устоями брачно-семейных отношений (согласно переписи населения в 1897 г. удельный вес горожан в стране составлял всего 13,4%, в ее европейской части — 12,9%, в 1916 г. — соответственно 14,8% и 15,1%). Немалую роль при этом играла миграция крестьян в индустриально развитые центры. Сельские жители, оседая в городах, вступали в брак и создавали семьи на понятной для них традиционной основе. Кроме того, большинство рабочих являлись выходцами из деревень и не порывали связи с сельским миром¹².

В семьях, прежде всего малообеспеченных, наблюдалось излишне строгое и даже жестокое отношение родителей к детям — их могли нещадно эксплуатировать для увеличения семейного бюджета. Девочки убирались в доме, стирали, готовили, нянчили младших сестер и братьев; их обучали прясть, ткать, шить и вязать; мальчиков приучали к «мужской» работе¹³.

В городах дети начинали работать с 12 лет: мальчики шли на производство, девочки — в няньки и прислуги. В 1897 г. активно применялся труд детей в возрасте до 15 лет: в обрабатывающей промышленности доля мальчиков составляла 6,6%, девочек — 3,2%; в торговле — соответственно 3,7% и 0,3%; домашнем прислуживании — 13,9% и 61,4%; среди прислуги домовой — 2,5% и 0,2%; чернорабочих и поденщиков — 4,1% и 2,3%. Их рабочий день составлял тогда 11,5 часа, в наиболее бедных семьях дети трудились и на производстве, и в доме¹⁴.

териалам компьютерной базы данных купеческих семей Западной Сибири). М., 1999. С. 121, 137; *Зверев В.А.* Указ. соч. С. 108.

¹¹ Об этом см.: *Королева М.В., Сеница А.Л.* Нравственно-религиозные основы семейной политики Российской империи начала XX века // Демографическая и семейная политика. М., 2008. С. 153.

¹² Общий свод по Империи результатов разработки, данных первой всеобщей переписи населения ... Т. 1. С. 6; также см.: Статистический ежегодник России. СПб., 1905 — Пг., 1916 (на обл. 1918). Г. 1. 1904 — Г. 13. 1916.

¹³ Народы Европейской части СССР. [Т.] 1. С. 474, 691, 870.

¹⁴ Общий свод по Империи результатов разработки, данных первой всеобщей переписи населения ... Т. 2. С. XLVIII—XLIX, 236—255; *Крупянская В.Ю., Полищук Н.С.* Указ. соч. С. 66—68.

Тяжело приходилось различным «ученикам». Так, в мещанских домах их принимали на обучение «за харчи» в возрасте 10—12 лет сроком на четыре года. Эти дети не имели выходных, не виделись с родителями, их рабочий день не имел временных ограничений. К тому же хозяин часто избивал учеников, в том числе и без всякого повода и относился к ним крайне жестоко.

Крестьянским детям тоже жилось нелегко: с малолетства они приобщались к труду, занимаясь наравне со взрослыми земледелием и животноводством, обработкой льна и конопли, ткачеством, пошивом одежды и обуви¹⁵.

Такой труд — с ранних лет тяжелый и порой изнурительный — негативно отражался на здоровье детей и способствовал постоянному росту в стране детской заболеваемости и смертности. По данным анкетирования, проведенного в 1911 г. отделом охраны и гигиены при Русском обществе охранения народного здоровья среди фабрично-заводского и ремесленного населения Санкт-Петербурга, в семьях, где супруги состояли в браке 18 лет, рождалось в среднем девять детей, однако четверть из них умирала в возрасте до года. Наиболее высокий коэффициент детской смертности был зафиксирован в нескольких губерниях: Нижегородской — 34%, Вятской — 32,5%, Олонечкой — 31,1%, Пензенской — 30,5%¹⁶.

В российских семьях почти повсеместно применялись физические наказания детей — даже за незначительные проступки их часто избивали родители. Такая деспотичность была присуща и обеспеченным семьям. Дочь статской советницы Паниной, например, жаловалась на бесчеловечное отношение матери к ней¹⁷; о жестоких наказаниях в своей семье вспоминал историк и общественный деятель П.Н. Милюков¹⁸. Такая система воспитания часто подрывала эмоциональную привязанность детей к своим матерям и отцам. В семьях, где не применяли телесных наказаний и по-настоящему занимались детьми, между ними и их родителями складывались и надолго сохранялись близкие отношения.

Наиболее авторитарными были семьи старообрядцев. Здесь царило полное и беспрекословное подчинение всех членов семьи ее

¹⁵ Гирнис В. Дети России XX века. Коломна, 2004. С. 31, 37.

¹⁶ Страшун И.Д. Русская общественная медицина в период между двумя революциями, 1907—1917. М., 1964. С. 169; Население России в XX в. Т. 1. С. 64.

¹⁷ Народы Европейской части СССР. Т. 1. С. 474, 691, 870; Жестокое обращение стат. совет. Паниной с своими дочерьми: к характеристике нравов // Русская старина. 1900. Т. 104, № 10. С. 166.

¹⁸ Милюков П.Н. Воспоминания. М., 1990. Т. 1. С. 55.

главе — мужчине, который распоряжался семейным бюджетом (ему отдавали заработанные деньги работавшие члены семьи), делал необходимые закупки, решал все проблемы. Отношения основывались на строгом подчинении: детей — родителям, младших детей — старшим, дочерей — сыновьям. В таких семьях была абсолютная зависимость дочерей от их матерей и отцов. Из-за боязни влияния со стороны иноверцев девочек держали в затворничестве до вступления в брак. Замуж они выходили исключительно по решению родителей. Беспрекословно подчинялись им и сыновья. Такие родители часто неуважительно относились к своим взрослым детям (особенно к незамужним дочерям), что, как правило, оборачивалось для них жизненной драмой.

В рабочих (не старообрядческих) семьях отношения между родственниками носили менее деспотичный характер. Замужние женщины в основном не работали, а занимались домом, воспитанием детей, приучая их уважительно относиться к взрослым, быть дисциплинированными — не уходить далеко от дома и возвращаться не позже положенного часа. Родители старались отметить именины детей, покупали или сами делали им игрушки, сани, коньки, «устраивали елку» на Новый год, сооружали зимой горки, катки, а летом — качели. Одновременно они заботились о школьном обучении и религиозном воспитании своих малолетних чад¹⁹.

В мусульманских семьях дети уже в возрасте шести-семи лет приучались к работе по дому. Их также воспитывали авторитарно, прежде всего это касалось девочек. Мальчикам — будущим хозяевам, наследникам, продолжателям рода — прививали чувство превосходства над сестрами и женщинами вообще, а от девочек требовали покорности, полного подчинения старшим в семье, а также отцу и братьям (даже младшим). Малолетними детьми обычно занимались матери, но по мере взросления мальчиков главную роль в их воспитании играли отцы. В узбекской семье, к примеру, сыновья-подростки спали и питались только на мужской половине дома. В центре же внимания матерей по-прежнему оставались их подростковые дочери. Уже в возрасте девяти-десяти лет им не разрешалось одним, без сопровождения старших членов семьи или ее представителей мужского пола любого возраста выходить из дома, покидать его без накладки на голову, а также разговаривать с мальчиками — даже ровесниками.

В еврейских семьях матери и отцы должны были уважительно относиться к детям и их внутреннему миру, а те, в свою очередь, почи-

¹⁹ Крупянская В.Ю., Полищук Н.С. Указ. соч. С. 66—68.

тать своих родителей. В то же время и здесь главенствовали мужья и отцы, жены зависели от своих супругов, а дети — от родителей²⁰.

Самыми тяжелыми оказывались условия жизни незаконно-рожденных детей. Однако в случае заключения брака между родителями такие дети получали все надлежащие права²¹. В 1897 г. в Европейской России доля внебрачных рождений к общему числу родившихся составляла: среди протестантов — 3,9%; католиков — 3,6; православных — 2,7; иудеев — 0,5; мусульман — 0,2%. В городах этого региона незаконнорожденных было больше: в 1909—1913 гг. на 1 тыс. незамужних 15—49-летних женщин приходилось 31,4 внебрачных рождения, в селах — только 13,1; детей, таким образом появившихся на свет, нередко отдавали в воспитательные дома, лучшие из которых находились в Санкт-Петербурге и Москве²².

Дети, рожденные вне брака, оказывались в очень сложном материальном и морально-психологическом положении, причем даже усыновленные, обладавшие правами законных, несмотря на то, что они после смерти усыновителя могли вступать в наследство наравне с его родными детьми и внуками²³.

В России также были дети, рожденные в браке, признанном недействительным. Обладая правами законных детей, они оставались с родителем, невиновным в заключении такого брака²⁴.

Сильный удар по семейному деспотизму нанесли распространившиеся в России в начале XX в. новые взгляды — об уважении в семье ребенка, его интересов и потребностей, о развитии детей как самостоятельно мыслящих и творческих натур²⁵. Закономерно, что тогда же переосмысливалась роль женщины в обществе и облегчалось положение тех из них, кто работал. С 1912 г. женщине-работнице предоставлялся двухнедельный отпуск до родов и че-

²⁰ *Вазабов М.В.* : 1) Ислам и женщина. М., 1968. С. 19—20, 32—35 ; 2) Ислам и семья. М., 1980. С. 35; Пятая книга Моисеева. Второзаконие. Гл. 5. Ст. 16—21; Гл. 24. Ст. 1—5 ; Семейный быт народов СССР. С. 499—508; *Голод С.И.* Семья и брак ... С. 92—103.

²¹ См. об этом: *Королева М.В., Синица А.Л.* Указ. соч. С. 155.

²² Проблемы демографической статистики. М., 1966. С. 331—332, табл. 1, 4; *Новосельский С.А.* Демография и статистика. С. 105—106; Население России в XX в. Т. 1. С. 62; также см.: Движение населения в Европейской России. 1899 год — 1910 год. 10 т.

²³ Россия. Законы и постановления. Гражданское уложение. СПб., 1903. Кн. 4. Ст. 28—32.

²⁴ *Королева М.В., Синица А.Л.* Указ. соч. С. 156.

²⁵ См.: *Кавашкина О.Д.* Указ. соч. С. 77—80; *Голод С.И.* Семья и брак ... С. 118; Семейный быт народов СССР. С. 316.

тырехнедельный — после; в обществе активно обсуждался вопрос о значении роли матери в воспитании детей²⁶.

Российское общество начало по-другому относиться к разводам, особенно в условиях критики христианских основ брака. В начале XX в. в практике его расторжения наметились определенные изменения. Наряду с разводами, разрешенными духовными судами, существовали и фактические — когда женам выдавались отдельные виды на жительство (такое право было предоставлено женщинам в 1914 г.). Это явление соответствовало происходившей в тот период трансформации традиционных взглядов населения на брак, семью и взаимоотношения супругов. Однако в России и фактические, и разрешенные разводы не получили широкого распространения. Семьи распались, главным образом, из-за смерти одного из супругов (по той же причине дети оставались сиротами без одного родителя)²⁷.

Тогда же дети, рожденные вне брака (по закону от 3 июня 1912 г. термин «незаконнорожденный» был заменен на «внебрачный»), получили дополнительные права по отношению к своим родителям²⁸.

В целом же происходившее в России в начале XX в. развитие новых тенденций в сфере брачно-семейных отношений ускорилось в годы Первой мировой войны.

§ 2. Рождаемость и младенческая смертность на рубеже XIX—XX вв.

В рассматриваемый период для России была характерна высокая (традиционная) рождаемость на фоне довольно значительной младенческой смертности. В конце XIX в. в возрастном-половом составе населения отмечался высокий удельный вес детей, особенно в возрасте 0—9 лет. Численное соотношение мальчиков и девочек в возрастных группах 0—9 и 10—19 лет было практически равным. По данным переписи населения 1897 г., первая возрастная группа от всего мужского населения составляла 27,4%, от женского — 27,3%; вторая — соответственно 21,0% и 21,2%.

²⁶ А.К. Семья и женщина. СПб., 1906. С. 5—9; Золотарев Л.А. Семья и женский труд. М., 1897. С. 9—11; Народы Европейской части СССР. [Т.] 1. С. 474.

²⁷ Бечаснов П.А. Статистические данные о разводах и недействительных браках за 1867—1886 гг. (по епархиям Европейской России) / разработал ... П. Бечаснов. СПб., 1893. С. 1, 2; Любарт М.К. Брак у французов, конец XVIII в. — начало XX в. М., 1994. С. 37—41. Рук. депонирована в ИНИОН РАН. 14.04.94. № 49596.

²⁸ Яковлева Г.В. Охрана прав незамужней матери. Минск, 1979. С. 13.

Самый высокий удельный вес детей в возрасте 0—9 лет приходился на уезды: среди мужского населения — 28,7%, среди женского — 28,0%; в городах этот показатель был значительно ниже — соответственно 19,45% и 21,9%. Возрастная группа 10—19 лет также преобладала в уездах, но ее доля среди мужского и женского населения имела практически равный удельный вес: в уездах — соответственно 21,3% и 21,2%, в городах — 19,1% и 20,7%.

В Европейской России младенческие возраста до года составляли: среди мужчин — 3,7%, среди женщин — 3,5%, в Привислинских губерниях — соответственно 3,5% и 3,5%; в Сибири — 3,5% и 3,6%; меньше были показатели на Кавказе (2,9% и 3,0%) и в Средней Азии (1,2% и 1,4%) — прежде всего, из-за высокой младенческой смертности, а также значительного недоучета при переписи новорожденных, характерного для мусульманских районов.

Доля детей в возрастах 1—9 лет оставалась внушительной на Кавказе: среди мужчин — 26,8%, среди женщин — 28,2%. В остальных регионах России их доля уменьшалась: в ее европейской части — соответственно 24,0% и 23,4%; в Привислинских губерниях — 24,6% и 24,7%; в Сибири — 21,6% и 23,2%; в Средней Азии — 21,4% и 24,6%.

Удельный вес возрастных групп 10—19 лет в населении Европейской России был значителен: среди мужчин — 21,3%, среди женщин — 21,4%, в привислинских губерниях — соответственно 20,5% и 21,5%; в остальных регионах доля этих возрастов была несколько ниже: Кавказ — 20,3% и 19,8%, Сибирь — 19,5% и 20,7%, Средняя Азия — 19,1% и 19,6%.

В младенческих возрастах соотношение полов было следующим: в европейской части страны мальчиков было больше, чем девочек, в остальных регионах последние численно преобладали. Аналогичное соотношение отмечалось в возрастах 1—9 лет. В группах 10—19 лет мальчики численно преобладали на Кавказе, девочки — в Европейской России, Привислинских губерниях, Сибири и Средней Азии.

В 1861—1913 гг. коэффициент рождаемости по 50 российским губерниям составлял в среднем 49,0‰, только в пяти губерниях — ниже 40‰. В городах Европейской России этот показатель также был высоким, но ниже общероссийских: в 1896—1897 гг. — 37,9‰, в 1913 гг. — 31,7‰²⁹.

²⁹ См.: Детность: вчера, сегодня, завтра. М., 1986. С. 21; Россия. Управление главного врачебного инспектора. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России ... СПб., 1905—Пг., 1916. за 1896—1901 гг. — за 1914 год. 17 т.; Рашин А.Г. Население России за 100 лет (1811—1913): стат. очер-

**Младенческая и детская смертность в Европейской России
в 1883—1902 гг. (человек)**

Годы	На 100 родившихся младенцев умерло в возрастах	
	до 1 года	старше 1 года
1883—1887	26,1	22,6
1888—1892	27,9	23,5
1893—1897	26,6	21,4
1989—1902	26,0	19,8

Составлено по: Новосельский С.А. Демография и статистика: избр. произведения. М., 1978. С. 125.

Низкий уровень жизни большинства населения России в конце XIX в. способствовал высокому уровню заболеваемости и смертности младенцев и детей (см. таблицу 1).

Особенно высокой оказалась смертность в возрастных группах 0—5 лет. В 1896—1897 гг. в городах с населением свыше 100 тыс. человек на 1 тыс. жителей умерло в возрасте 0—5 лет мальчиков — 62,7, девочек — 42,5; 5—10 лет — соответственно 12,2 и 11,1; 10—15 лет — 5,3 и 4,8. С увеличением возраста наблюдалось снижение показателей смертности среди детей обоих полов. Однако уровень смертности мальчиков в возрастах 5—10 и 11—15 лет был выше.

В начале XX в. смертность младенцев и детей оставалась высокой, но наблюдалось уже ее небольшое понижение: в 1896—1897 гг. смертность среди мальчиков — 28,4%, среди девочек — 24,9%, в 1907—1908 гг. — соответственно 25,0% и 21,8%. Смертность детей в возрасте 0—1 год понизилась на 12%, суммарная смертность детей в возрастах 0—5 лет упала на 19%³⁰. Показатели смертности младенцев в городах России были выше, чем в Европе (см. таблицу 2).

Высокий уровень смертности российских младенцев в Москве и Санкт-Петербурге отчасти был связан с тем, что удельный вес умерших в воспитательных домах составлял: в петербургском —

ки. М., 1956. С. 168, 195—196; Антонов А.И. Эволюция рождаемости и репродуктивного поведения населения в СССР // Демографическое развитие СССР в послевоенный период. М., 1984. С. 49.

³⁰ Государственный архив Российской Федерации (ГА РФ). Ф. 374. Оп. 23. Д. 353. Л. 1, 26, 41, 53; Новосельский С.А. Смертность и продолжительность жизни в России. Пг., 1916. С. 182. Смертность грудных детей вычислена по отношению к родившимся в те же календарные годы, в течение которых умерли эти дети; Каминский Л.С. Указ. соч. С. 130.

Таблица 2

**Уровень младенческой смертности в столичных городах
России и Европы в 1903—1912 гг. (человек)**

Год	На 1 тыс. новорожденных умерло в возрасте до 1 года			
	Москва	Санкт-Петербург	Берлин	Париж
1903	316	253	76,7	104
1906	322	256	177	108
1909	316	242	156	97
1912	288	248	142	103

Составлено по: Россия. Управление главного врачебного инспектора. Отчет о состоянии народного здоровья и организации врачебной помощи в России ... СПб., 1905—Пг., 1915. за 1903 год — за 1913 год. 14 т.

12,9% (1907); 15,4% (1908); 16,5% (1909); 15,8% (1910); в московском — соответственно 12,9%; 15,4%; 16,5%; 15,8%³¹.

В городах Сибири также фиксировалась высокая детская смертность: в Енисейской губернии в 1902 г. доля умерших детей в общем числе умерших жителей в возрастах до 1 года — 33,9%, до 10 лет — 48,1%; в 1903 г. — 34,3% и 49,2%; в Тобольской губернии — соответственно 38,1%; 54,4%; 36,3% и 49,2%³².

Высокие показатели смертности младенцев и детей, как отмечалось, были обусловлены неудовлетворительными социально-гигиеническими условиями жизни людей; тяжелым, подчас изнурительным трудом работниц, негативно влиявшим на функционирование женского организма в период беременности; низким уровнем знаний по санитарии и т.д.

Увеличение числа мигрантов в крупных промышленных городах России (центральных и провинциальных) обостряло жилищную проблему для большинства семей. Острая нехватка благоустроенного жилья крайне отрицательно влияла на состояние здоровья горожан, в первую очередь, младенцев и детей. Особенно сказывалась перенаселенность жилищ. Например, в Петербурге в 1890-х гг. в квартире, состоявшей из четырех комнат, могли проживать семь и более семей. Кроме того, там же семьи нередко сдавали углы и каждая из них была вынуждена жить в одной комнате со съемщиками. Так, в Москве в 1882 г. в среднем на

³¹ Журнал Русского общества охранения народного здоровья. 1912. № 1/2. С. 98; Кабо Е.О. К вопросу о естественном движении населения в пореформенной Москве // Проблемы демографической статистики. М., 1966. С. 322.

³² Зверев В.А. Указ. соч. С. 111.

одну квартиру приходилось 9,7 человек, в 1898—1899 г. — 9,5; в 1902 г. — 9³³.

Важнейшим из критериев здорового жилья по выработанным тогда в российских городах санитарным нормам считался объем воздуха, который приходился на одного жильца и равнялся 1 куб. сажени (саж.) воздуха (9,7 куб. м), для ночлежных домов — 0,76 (8). Врачи и гигиенисты считали необходимой нормой воздушного пространства 3,25—3,5 куб. аршина (51—55 куб. м)³⁴. Однако в действительности нормы нарушались. Проведенное в 1898—1899 г. в Москве обследование показало, что в 27% квартир на одного человека приходилось 1—2 куб. саж. воздуха (9,7—19,4 куб. м), т.е. требованиям гигиены не отвечало 73% жилых помещений. Положение осложнялось тем, что в них было недостаточно форточек (те же, что имелись, зимой часто замазывали и заколачивали): квартиры с одной форточкой составляли 47%, с двумя — 12%, без них — 41% от общего числа жилых помещений. Условия проживания в меблированных комнатах были еще хуже: на одного жильца приходилось 0,23—0,43 куб. саж. воздуха (2—4 куб. м)³⁵. В итоге, в условиях недостатка воздуха в жилых помещениях очень быстро распространялась любая инфекция, что было смертельно опасно для детей.

Между тем с середины XIX в. в российских городах, как и в европейских, начали работать строительные товарищества, домостроительные кооперации, акционерные и другие общества. Было организовано «Общество для улучшения в С.-Петербурге помещений рабочего и нуждающегося населения». Оно сдавало в принадлежавшем ему доме недорогие удобные квартиры в основном престарелым женщинам и женщинам с детьми, предоставлялись столовая и амбулатория. Для детей 3—7 лет был устроен детский сад, детей постарше бесплатно обучали в начальном городском училище.

В 1902 г. в Петербурге по инициативе Д.А. Дриля было организовано «Товарищество устройства и улучшения жилищ для нуждающегося трудящегося населения» («Товарищество борьбы с жилищной нуждой»). Члены этого объединения, считавшие, что жилищные ус-

³³ Главнейшие предварительные данные переписи г. Москвы, 31 января 1902 г. М., 1902. Вып. 2. С. 29—30.

³⁴ Сажень — 2,13 м; аршин — 0,71 м; *Диканский М.Г.* Квартирный вопрос и социальные опыты его решения. СПб., 1908. С. 9; *Поплавский И.А.* О влиянии жилищ на заболеваемость и смертность рабочих: опыт стат. исслед. М., 1914. С. 8; Известия Московской городской думы. Отдел общий. 1905. № 11/13. С. 63.

³⁵ *Кедров П.* Санитарные условия квартир для бедных в Москве. Воронеж, 1899. С. 5; *Святловский В.В.* 2-й. Квартирный вопрос. СПб., 1898. С. 89.

ловия большинства горожан находились в бедственном положении, требовали срочно решить эту проблему. Силами товарищества был построен и заселен Гаванский городок (Галерная гавань в Петербурге) — пятиэтажные корпуса жилых домов, квартиры в которых предназначались для семейного проживания и состояли из одной-трех комнат с кухней, передней и кладовой. При домах находились ясли, школа, а также столовая, чайная, библиотека-читальня. В 1906 г. было учреждено «Товарищество для устройства и улучшения жилищ для пришлого рабочего люда в С.-Петербурге».

В конце XIX — начале XX в. в Москве приступили к строительству дешевых жилищ для городской бедноты. В решении данной проблемы участвовало и благотворительное «Императорское Человеколюбивое общество». Немалую роль при этом сыграли жертвования Г.Г. Солодовникова.

Возникли такие строительные объединения, как «Домостроительное общество» (Санкт-Петербург), «Очаг» (Киев) и др., работавшие по аналогии с европейскими. Однако деятельность всех подобных обществ, товариществ и других организаций носила в основном благотворительный, а не коммерческий характер.

Состоятельные горожане могли пользоваться услугами домостроительных коопераций с взносами пайщиков в размере 40—50% от строительной стоимости их квартир; цена составляла 450—500 руб. за 1 кв. саж. Как правило, это были большие благоустроенные квартиры. Однако дома таких коопераций не имели детских садов, потребительских лавок и библиотек³⁶.

Деятельность созданных в тот период различных организаций существенно улучшила жилищные условия населения, в том числе малообеспеченного. Прирост числа квартир в Москве был очень высок: в 1882—1902 гг. — 57,3%. В Вене, к примеру, этот показатель достигал 65,9% (1880—1900), в Берлине — 37,4% (1880—1895), Париже — 19,3% (1881—1896), Лондоне — 8,7% (1891—1901); Петербург оказался между Парижем и Лондоном — 8,9% (1881—1896)³⁷.

³⁶ См.: Петербургское общество доставления дешевых квартир и других пособий нуждающимся жителям. Отчет о деятельности Комитета Общества доставления дешевых квартир и других пособий нуждающимся жителям С.-Петербурга за 1899 г. 39-й год. СПб., 1900. С. 10, 15, 21, 25, 27—29, 42, 49; Товарищество борьбы с жилищной нуждой. Петербург. Борьба с жилищной нуждой. СПб., 1903. [№ 1]: Отчет за время с 17 ноября 1902 г. по 20 апреля 1903 г. С. 9, 11—12, 22; Товарищество борьбы с жилищной нуждой. Петербург. Устав. СПб., 1906. С. 4, 6; *Суворин А./А.* Новые дома. Кооперативные дома с небольшими квартирами (от 1 до 5 комнат). Пг., 1915. С. 5.

³⁷ Главнейшие предварительные данные переписи г. Москвы, 31 января 1902 г. Вып. 3. С. 16.

В больших городах стали строиться по типовому проекту многоэтажные дома с квартирами в четыре-пять комнат, но такие жилищные предложения могли удовлетворить запросы только имущих слоев населения. Небольшие благоустроенные помещения в две-три комнаты, а также дешевые квартиры для бедных не получили широкого распространения. По данным 1907 г., печатники Москвы проживали в комнатах (41,5% от числа опрошенных) или занимали полкомнаты, угол, койку (37,9%). В 1908 г. в Петербурге доля рабочих различных профессий, занимавших комнаты, составляла 47,6%, снимавших углы — 32,4%; в комнатах в основном проживали семейные рабочие, в углах жили одинокие³⁸.

До Первой мировой войны в российских городах так и не был преодолен жилищный кризис, а проблема оздоровления жилых помещений осталась неразрешенной.

Состояние здоровья, уровень заболеваемости и смертности горожан (в т.ч. детей) зависели от их социального положения. Смертность в бедных семьях оказывалась выше, чем в состоятельных. Так, в Москве наименьшее число людей, страдавших от острых инфекционных болезней, заболеваний органов дыхания и т.д., наблюдалось там, где проживали зажиточные семьи. Обычно это были расположенные в центре благоустроенные дома с водопроводом, канализацией и электрическим освещением. По данным переписи населения Петербурга за 1900 г., смертность возрастала по мере приближения к окраинам города. Аналогичная картина наблюдалась в 1916 г. в Саратове и Оренбурге. В центре Саратова, например, на 1 тыс. населения уровень смертности жителей был небольшим — 9,8—16,4 человек; на окраинах (бедных и густонаселенных) — соответственно 34,9—44,2³⁹.

Настоящим бедствием для городов стала антисанитария, приводившая к повышению заболеваемости и росту смертности не столько взрослых, сколько детей⁴⁰. Положение усугубляли малочисленность городов, имевших водопровод, а также качество сети городских водопроводов: в 1870 г. в Европейской России и Сибири таких городов было лишь 12, но уже к 1914 г. их стало 135. Быстрее всего водопроводная система создавалась в тех городах евро-

³⁸ Кирьянов Ю.И. Жизненный уровень рабочих России (конец XIX в. — начала XX в.). М., 1979. Табл. 36, 37.

³⁹ Кокшайский И.Н. Город Саратов в жилищном отношении: (по данным переписи 1916 г.). Саратов, 1922. С. 125; Смертность населения и социальные условия. 12 диагр. с прил. объяснит. текста. Пг., 1916. Диагр. 5, 8.

⁴⁰ Страшун Н.Д. Указ. соч. С. 74; Рыбальченко Л.В. К вопросу об оздоровлении г. Самары: очерки сан. состояния г. Самары в сент. месяце 1899 г. Самара, 1899. С. 9.

пейской части страны (86,6%), где проживали 20—50 тыс. человек, медленнее — с числом 100 тыс. жителей⁴¹.

Состояние водопроводов не отвечало санитарным нормам. Большинство из них не имело очистительных сооружений, фильтров, химико-бактериологические исследования воды проводились редко. Домовые водопроводные ответвления находились в 152 населенных пунктах и в основном обслуживали их центральные кварталы, где проживали состоятельные семьи. Почти все горожане пользовались водой из колодцев, открытых водоемов, часто загрязненных, что приводило к массовым отравлениям, инфекционным болезням и вспышкам эпидемий. Было мало прачечных — в Европейской России, например, они имелись лишь в 13 городах. Ситуация осложнялась крайне низким уровнем замощения городских улиц: лишь в Санкт-Петербурге он достигал 100%, в Москве — 81%, в Клину — 77%, Серпухове — 75%, Полтаве — 68%, Саратове — 62%, Тамбове — 61%, Рязани — 58%, Новгороде — 54%, Твери — 54%, во Владикавказе — 50%⁴².

Антисанитарной была и организация удаления нечистот и отбросов, соответствующий надзор со стороны городских властей отсутствовал. Согласно результатам анкетирования, проведенного Постоянным бюро водопроводных съездов в 1909 г., в Европейской России канализация была в 27 городах из 762, на Кавказе — в 6 из 103, а в Сибири и в Средней Азии ее не было. В 395 городах вывозом нечистот занимались пригородные крестьяне; были организованы и ассенизационные обозы. Однако в 150 городах ничего подобного не делали, и скапливавшиеся там нечистоты и отбросы заражали воздух, почву, водоемы и даже водопроводы. В результате

⁴¹ Города России в 1904 году. С. 53, 396, 442; Статистический ежегодник, 1921 год. М., 1923. Вып. 2. С. 306. В центральных и средневожских губерниях водопроводы имелись в 49 городах из 188, в волжско-донских и днепровско-донских — в 33 из 290, в северных и озерных — в 18 из 74. В Сибири они составляли 1,2% (действовали только в Тобольске, Тюмени, Томске, Чите, Хабаровске); на Кавказе — 4,0% (были построены во всех губернских городах Переднего Кавказа и некоторых городах Закавказья); в Средней Азии (в Верном, Ашхабаде, Петропавловске, Засане, Чимкенте) — 3,0%. Для ср.: водопроводы были только в 5,2% городов Царства Польского.

⁴² Города России в 1904 году. С. 8—11, 168—185; Города России в 1910 году. С. 8—10, 368—387, 892—907, 1022—1029, 1092—1099; *Данилов Ф.А.* Водопроводы русских городов. М., 1911. [Вып. 1]. С. 7, 12—13, 48—51, 100—103; *Бурилин А.* Жилищно-коммунальный вопрос в дореволюционной России // Проблемы экономики. 1936. № 6. С. 101, 103. В начале XX в. в центральных и южных губерниях Европейской России из 421 населенного пункта не были замощены улицы в 102; в северных — из 22 городов в 15; в озерных — из 45 в 11; в волжско-донских и днепровско-донских губерниях — из 194 в 71; на Переднем Кавказе — из 71 в 17. В 21 среднеазиатском городе мощеные улицы имелись, а в подавляющем большинстве сибирских городов таковых не было.

быстрого распространения опасных болезней возрастал и уровень смертности горожан.

Санитарно-гигиеническая ситуация, наблюдавшаяся в тот же период в Западной Европе и Америке, была иной. Германские власти, например, с 1870-х гг. большое внимание уделяли созданию в городах водопроводной сети, а также очистке улиц и замощению дорог. В немецких городах уже тогда было газовое освещение на улицах, в домах — электрическое. В Америке первый водопровод появился в Бостоне в 1652 г., а в начале XX в. благоустроенные водопроводы имелись почти во всех городах и больших деревнях; в стране проводили и фильтрацию речной воды⁴³.

Рост заболеваемости и смертности жителей городов России, особенно детей, обуславливался и качеством питания. Болезням органов пищеварения (в том числе инфекционным) в большинстве случаев были подвержены неимущие группы населения — рабочие, низшие категории служащих, студенты, прислуга, нищие.

Питание рабочих и их семей по уровню калорийности и содержанию питательных веществ не отвечало физиологическим нормам. Материалы проведенных обследований — текстильщиков Петербурга (1908), фабричных рабочих Богородского уезда (1909), Середского промышленного района Костромы (1911), а также бюджетов нефтепромышленных рабочих Баку (1910) — показали, что они потребляли в основном продукты растительного происхождения и по сравнению с мясом и мясными продуктами эта пища была менее питательна. Суточное потребление калорий едва превышало в среднем 3 тыс. единиц (при норме 3 600 калорий). В Середском районе потребляемое текстильщиками количество животного белка составляло 15 г в сутки (при норме 35 г), в Богородском уезде — 11 г. Только для нефтяников Баку суточное потребление животного белка соответствовало норме — около 40 г, а также для текстильщиков Петербурга — 38 г. Суточное потребление жиров растительного и животного происхождения при физиологической норме в 60 г колебалось от 31 г (для рабочих Баку) до 55 г (для фабричных рабочих Богородского уезда)⁴⁴.

Проведенные в 1900-х гг. обследования бюджетов рабочих (фабрик и заводов Московской губернии, шелкокрутильной фабрики Москвы,

⁴³ Города России в 1904 году. С. 442—443; Города России в 1910 году. С. 8—11, 206—215, 368—387, 892—907, 1022—1029, 1092—1099; *Бурилин А.* Указ. соч. С. 104; Сборник статей по вопросам городской жизни в России и за границей. М., 1901. Вып. 1. С. 74—75, 90—92; ГА РФ. Ф. 543. Оп. 1. Л. 10.

⁴⁴ *Кабо Е./О/.* Питание русского рабочего до и после войны: по статистическим материалам 1908—1924 гг. [М.], 1926. Табл. 7.

текстильных фабрик Петрограда, нефтяников Баку и т.д.) выявили, что продовольственное потребление низшей экономической группы городского населения (рабочие, мастеровые, ремесленники) было меньше по количеству и хуже по качеству по сравнению со средней (служащие, чиновники) и высшей (торговцы и фабриканты). Ежегодно среднедушевое потребление белков, жиров, углеводов у низшей экономической группы составляло: белков — 65,5 фунта (27 кг — фунт равен 409,5 г), жиров — 23,7 (10) при норме 40,3 (17), углеводов — 402,6 (165) при норме 274 (112); средняя — соответственно 93,3 (38), 44,9 (18), 402,6 (165); высшая — 99,7 (41), 52,5 (22), 490,3 (201).

По подсчетам Р. Кабо, потребление белков в низшей группе было больше минимальной физиологической нормы на 4%, в средней — на 48,1%, в высшей — на 58,3%. Жиров в низшей группе потребляли меньше физиологической нормы на 42,0%, в средней — больше на 11,4%, в высшей — больше на 30,3%. Углеводную пищу в низшей группе употребляли больше на 47,0%, в средней — на 71,9%, в высшей — на 78,6%. Значит, в низшей группе недостающее потребление жиров замещалось в основном углеводами, причем их потребление рабочими в России было больше, а жиров меньше, если сравнивать с Финляндией и Швецией. Так, в 1900-х гг. российские рабочие потребляли в сутки: углеводов — 724 г, белков — 137 г, жиров — 40 г; финляндские — соответственно 646, 159, 119 г; шведские — 485, 134, 79⁴⁵.

Пища рабочих, ремесленников, мастеровых и членов их семей отличалась меньшим количеством питательных веществ. В пищевом рационе служащих, чиновников, торговцев, фабрикантов преобладали продукты животного происхождения. Во всех экономических группах наблюдалось повышенное употребление хлебных продуктов. Постоянный недостаток питательных веществ, витаминов и т.д. для детей в низшей экономической группе ослаблял защитные функции детского организма при опасности распространения острых инфекционных болезней и заболеваний органов дыхания и пищеварения.

Отрицательное воздействие на здоровье взрослых и детей оказывало употребление в пищу бракованного мяса, обезвреженного на скотобойнях варкой; недоброкачественного молока и молочных продуктов, а также хлеба, рыбы. Произведенные в 1910 г. специальные пробы показали, что доля пищевых продуктов неудовлетворительного каче-

⁴⁵ Кабо Р. Потребление городского населения России: (по данным бюджетных и выборочных исследований). М., 1918. С. 20, 23.

ства составляла: в Двинске — 86%, в Екатеринославе — 41%, Москве — 35%, Тифлисе — 33%, Петербурге — 32%, Баку — 32%, Ростова-на-Дону — 21%⁴⁶.

Продававшиеся по низким ценам некачественные продукты охотно покупали рабочие, ремесленники, мастеровые, мелкие чиновники, прислуга и т.д. По замечанию С.Н. Прокоповича, изучавшего бюджеты петербургских рабочих в 1908 г., бедная семья тратила на питание основную часть денег и, конечно, стремилась покупать дешевые продукты. Так, при расходе до 200 руб. тратилось на питание в среднем 92 руб. (53% расходного бюджета); в 500—600 руб. — соответственно 190 руб. (35%); в 600—700 руб. — 216 руб. (34%); свыше 800 руб. — 345 руб. (37%)⁴⁷. По месячным нормам на одного петербургского текстильщика в среднем приходилось: мяса — 11 фунтов (220 руб.), хлеба ржаного — 53 (105—159), сахара — 3 (42—45)⁴⁸.

Медицинская помощь, оказываемая в России в конце XIX — начале XX в., не отвечала потребностям большинства населения, прежде всего детей. В городах не хватало больниц и амбулаторий, из-за отсутствия специализированных инфекционных больниц заразные больные не изолировались от здоровых людей, что приводило к быстрому распространению болезней и частым вспышкам опасных инфекций. Анкетирование о состоянии медицинской помощи, проведенное в 1903 г. среди жителей 258 городов, показало, что только в 32 из них (12,4%) были больницы; число больничных коек не соответствовало наличному числу населения; помощь, оказываемая за счет средств местных бюджетов, имела ограниченный характер. Относительно благополучная ситуация с обеспеченностью больничным лечением наблюдалась в Калуге, где на одно место в больнице приходилось 57 жителей, в Петрозаводске — 74, Рязани — 85. Неблагополучно было в Туле, Казани, Тюкалинске — от 337 до 2 600 человек.

В стране существовал дефицит врачей, фельдшеров, вспомогательного медицинского персонала. Большинство медиков сосредоточивалось в городах и было перегружено работой. Так, в Батуми на одного врача приходилось 5 тыс. жителей, в Колпино — 5 281, в Камышине — 7 233. Более благоприятная ситуация складывалась там, где этот показатель колебался в пределах 200—900 человек: Владимир — 228 жителя, Харьков — 376, Владикавказ — 474, Рязань — 876, Москва — 889 жите-

⁴⁶ Кирьянов Ю.И. Указ. соч. С. 196.

⁴⁷ Прокопович С.Н. Бюджеты петербургских рабочих. СПб., 1909. С. 13.

⁴⁸ Давидович М. Петербургский текстильный рабочий. М., [1919]. Ч. 1. С. 68.

лей⁴⁹. Кроме того, ситуация в России осложнялась из-за разобщенности медико-санитарных учреждений, недостаточного развития медицинской и фармацевтической промышленности.

Таким образом, в конце XIX в. неудовлетворительное медицинское обслуживание в России стало еще одним фактором, способствовавшим росту заболеваемости и высокой смертности младенцев и детей. Закономерно, что в 1896—1897 гг. в европейской части страны (50 губерний) число детей, рожденных в среднем одной женщиной за всю жизнь и доживших до 30 лет, было равно 3,332⁵⁰. А уже во время Первой мировой войны (1914—1917) в том же регионе резко снизились показатели рождаемости и возросла младенческая и детская смертность. По расчетам С.А. Новосельского и Л.С. Каминского, рождаемость тогда упала на 46%. В то же время в Пермской губернии, к примеру, умерло 48,2% родившихся младенцев (средний показатель по России — 40%)⁵¹.

§ 3. Сироты и дети, оставшиеся без попечения родителей

В конце XIX в. наряду с детьми, которые воспитывались в семьях, в России были те, кто остался без попечения родителей, и сироты. Помощь обездоленным детям оказывали благотворительные учреждения — дома призрения, приюты, сиротские и воспитательные дома и т.д. В 1880—1890-х гг. приюты действовали в разных городах России: в Москве — это создававшиеся для девочек-сирот или девочек из бедных семей Сиротский дом им. Николая Мазурина; убежище для детей лиц, погибших на Ходынском поле; Ксенинский учебно-ремесленный; в Туле — Мариинский сиротопитательный для призрения покинутых и беспомощных детей; в Вологде, Полтаве, Моршанске, Петрозаводске — приюты-ясли для призрения младенцев; в Рыбинске — воспитательный дом для новорожденных младенцев. В 1890-х гг. в приютах создавали ясли и занимались бездомными новорожденными младенцами, а также найденышами и подкидышами.

В тех же учреждениях создавались ремесленные классы, мастерские, кулинарные школы, а также школы домоводства, нянь и др.

⁴⁹ Города России в 1910 году. С. 62, 63, 345, 346, 512, 1009, 1080, 1151; Энциклопедический словарь Т-ва «Бр. А. и И. Гранат и К°». Т. 11. С. 413; Отчет Управления главного врачебного инспектора... за 1912 год. СПб., 1914. С. 63; ГА РФ. Ф. 543. Оп. 1. Д. 444. Л. 8.

⁵⁰ Антонов А.И. Указ. соч. С. 49. Табл. 1.

⁵¹ Каминский Л.С. Указ. соч. С. 116—117; Новосельский С.А. Демография и статистика. С. 210, 211.

Впоследствии это давало возможность устроить наиболее способных воспитанников (согласно их умениям, стремлениям и происхождению) в школы, училища и т.д. Вместе с тем сирот стремились определить не только в разные учреждения, но и в семьи. С 1895 г. этим непосредственно занимался Московско-Нарвский отдел Общества попечения о бедных и больных детях Синий Крест (всего во второй половине 1890-х были устроены 56 детей).

В стране существовали и сельские приюты, созданные членами сельских обществ. Они нанимали или строили избу (с кухней, столовой, спальней и игровой), в которой размещались 15—25 детей и воспитательница. Иногда имелось несколько таких изб, где дети могли свободно общаться друг с другом. В сельских приютах их учили грамоте, ремеслу и ведению сельского хозяйства. Примером такого учреждения являлась созданная Н.Н. Верещагиной трудовая колония, находившаяся под Москвой.

Были и земледельческие приюты самообеспечения, где дети 12 лет и старше находились с приемной матерью и работником приюта, обучались организации хозяйства и различным ремеслам. В приютах Таганрога, Севастополя, Петергофа мальчиков-сирот готовили для матросской службы.

Значительный объем помощи обездоленным детям оказывали воспитательные дома Москвы (в начале XX в. там находились 26 363 ребенка) и Санкт-Петербурга (32 974), куда также принимали незаконнорожденных младенцев и подкидышей. И внебрачные, и законные дети (в случае смерти или болезни матери) могли передаваться на временное (42—47 дней) кормление в семьи, в том числе крестьянские.

В России открывались работные дома и дома трудолюбия. В 1886 г. в день рождения великой княжны Ольги Николаевны около Павловска был создан Ольгинский приют трудолюбия для уличных детей, куда принимали девятилетних и, развивая в них любовь к творчеству и труду, готовили к самостоятельной жизни. Ольгинские детские приюты работали и в Петербурге.

Кроме того, получили распространение приюты, где сироты жили в одной семье с приемной матерью и сами вели хозяйство⁵², а также семейный патронат, когда детей-сирот передавали в бездетные или малодетные семьи для вскармливания и воспитания.

Таким образом, на рубеже XIX—XX вв. в России существовала сеть благотворительных учреждений, помогавших детям (сиротам,

⁵² Сиротство и беспризорность в России ... С. 58—78.

оставшимся без родительского попечения, бездомным и др.) и занимавшихся их воспитанием

Во время Первой мировой войны число таких детей увеличилось. Их судьбы были в руках нескольких благотворительных организаций: «Общества помощи бесприютным и беспризорным детям призванных на войну», «Общества помощи жертвам Отечественной войны 1914—1915 гг.», обществ «Детская помощь», «Народная помощь», «Комитет для оказания помощи вдовам и сиротам, пострадавшим на войне». В феврале 1917 г. в состав Временного правительства вошло Министерство государственного призрения, непосредственно решавшее задачи, связанные с благотворительностью, а также контролем и координацией деятельности такого рода учреждений и обществ.

Исследователи отмечали, что к тому времени на российской территории (в границах будущей РСФСР) действовали 5 883 детских приюта (29 650 детей). В целом в военные годы число осиротевших и бездомных детей достигло примерно 2,5 млн⁵³.

Война изменила традиционный для России семейный уклад. Главами семей часто становились женщины, единолично решавшие все свои проблемы. Это явление стало характерным практически для всех социально-сословных групп горожан.

Самостоятельнее становились и дети: занимались домашним хозяйством и часто вместе с матерями работали на производстве. В августе 1914 г. Министерство народного просвещения издало циркуляр «О привлечении учащихся в средних учебных заведениях к изготовлению белья для раненых воинов». В школах были организованы сборы добровольных пожертвований на нужды войны. Девочки шили рубашки, вязали шарфы для воинов, помогали сестрам милосердия в госпиталях, читали раненым газеты и книги, писали за них письма и т.д., мальчики активно участвовали в деятельности скаутских организаций⁵⁴.

* * *

В конце XIX — начале XX в. в России развивался сложный процесс ограничения авторитарно-патриархальных семейных традиций и происходила демократизация внутрисемейных отношений, что привело в итоге к изменению положения и ценности детей в российских семьях. Однако в тот период в стране большинство детей испытывали недостаток в питании, медицинском обслуживании и удобном жилье.

⁵³ Там же. С. 79, 80, 84.

⁵⁴ Сальникова А.А. Указ. соч. С. 145, 147—148.

Российская семья и дети в 1920–1930-х гг.

После Октябрьской революции в стране радикальным образом изменилась политическая система и формы собственности, отделение церкви от государства. Началась активная антирелигиозная пропаганда. Все это существенно ускорило трансформацию в стране традиционных норм брачно-семейных отношений, прежде всего внутрисемейных. Важную роль сыграла принятая в октябре 1918 г. Кодекс законов об актах гражданского состояния, брачном, семейном и опекунском праве РСФСР, в котором закреплялись равноправные положения супругов в обществе, брак и развод.

Женщина, ставшая юридически свободной, теперь могла развиваться субъективно, обладая правом самостоятельно принимать решения, связанные с вступлением в брак и с его расторжением. Положения детей в семье изменились: прекратились телесные наказания; дети, рожденные в законном браке и вне его, становились равноправными.

В законах с мусульманским населением наряду с введенным обязательной регистрацией брака и прекращением в праве на его расторжение были закреплены «самые многожурные» в то время принципы и формы браки. Принятые законы регуливали многие вопросы быта, касающиеся брачно-семейных устоев и личности, что способствовало возмещению традиционных функций (в том числе и по отношению женщин и детей в обществе и семье, на примере советских отношений. Однако весьма усложнившаяся материальная обстановка (особенно в городах) усилила вынужденное воспитание в труде, поэтому воспроизводство населения мусульманского населения стало более традиционным, с характерным для него высоким уровнем рождаемости.

Гражданская война критично повлияла на продолжительность в стране демографические процессы, оставив жизнь женщин и детей. Миллиарды детских смертей. Если в 1911–1913 гг. в Москве доля младенцев от совокупной 21,8% к числу родившихся, то в 1919 г. — 25,9% (в Петрограде — 24,2%). В дефицитности эти цифры являются тем более показательными, учитывая также огромные потери в городах.

В течение года в ряде мусульманских обществ (в частности в отделе в городе Горьком) волею судьбы произошло увеличение

§ 1. Революция в семейных отношениях.

Ценность семьи и детей

После Октября 1917 г. в России произошли радикальные изменения политической системы и форм собственности, отделение церкви от государства. Началась активная антирелигиозная пропаганда. Все это существенно ускорило трансформацию в стране традиционных норм брачно-семейных отношений, прежде всего внутрисемейных. Важную роль сыграло принятие в октябре 1918 г. Кодекса законов об актах гражданского состояния, брачности, семейном и опекуном праве РСФСР, в котором закреплялось равноправное положение супругов в обществе, браке и семье.

Женщина, ставшая юридически свободной, теперь могла распоряжаться собственностью, обладала правом самостоятельно принимать решения, связанные с вступлением в брак и с его расторжением. Положение детей в семье изменилось: запрещались телесные наказания; дети, рожденные в законном браке и вне его, становились равноправными.

В районах с мусульманским населением наряду с введением обязательной регистрации брака и провозглашением права на его расторжение были запрещены калым, многоженство, а также принудительные и ранние браки. Принятые законы разрушали многие веками господствовавшие брачно-семейные устои и ценности, что способствовало изменению традиционных взглядов на роль и положение женщины и детей в обществе и семье, на характер семейных отношений. Однако быстро усваиваемые молодежью законы (особенно в городах) старшее поколение воспринимало с трудом, поэтому репродуктивное поведение мусульманского населения было более традиционным, с характерным для него высоким уровнем рождаемости.

Гражданская война негативно повлияла на происходившие в стране демографические процессы, осложнив жизнь женщин и детей. Начала расти детская смертность. Если в 1911—1915 гг. в Москве среди младенцев она составляла 23,8% к числу родившихся, то в 1919 г. — 28,4% (в Петрограде — 33,2%). В действительности, по мнению демографов, этот показатель был намного выше, причем больше в городах, чем в деревнях.

В военные годы резко ухудшилась санитарно-гигиеническая ситуация в городах Европейской России. Например, в 13 из них

семьи жили в основном без водопроводов, канализации, электрического освещения и центрального отопления. В таких квартирах горожан проживало 72,6%, а то и 90% (Великий Устюг, Ставрополь, Вольск и др.). Проведенные Центральным статистическим управлением в 1918—1919 и 1919—1920 гг. обследования питания жителей губернских городов региона выявили катастрофическую картину. В семьях на дневной рацион приходилось менее одного стакана молока; основной пищей была картошка. Недостаток питания особенно тяжело сказывался на детях, среди которых свирепствовали инфекционные болезни, часто с летальным исходом. В таких условиях (еще и на фоне усиливавшейся детской смертности, особенно младенческой) произошло значительное снижение уровня рождаемости, причем и брачной, и внебрачной. По расчету С.А. Новосельского, в 1911 г. на 1 тыс. замужних женщин в браке родились 176 детей, а в 1920 г. — 120, на 1 тыс. незамужних в возрасте 16—50 лет — соответственно 101 и 62¹.

Но уже во второй половине 1920-х гг. наблюдался рост рождаемости: ее общий коэффициент в европейской части страны ни разу не опускался ниже 44,7‰, а коэффициент эффективной рождаемости (т.е. с учетом лишь выживших младенцев) — не ниже 30,7‰. Наивысший коэффициент рождаемости пришелся на 1925 г. — 45,0‰, а эффективной — на 1926 г. Однако соответствующий уровень, зафиксированный до Первой мировой войны, так и не был достигнут. Близок к нему оказался лишь тот, что наблюдался в 1925—1928 гг. Разрыв между показателем эффективной рождаемости и общим коэффициентом рождаемости даже в те относительно благополучные годы оставался значительным.

При этом нельзя не учитывать, что хотя естественный прирост населения в те годы в большинстве губерний был положительным, уровень детской (особенно младенческой) смертности все еще оставался высоким. В 1924 г. младенческая смертность составляла 19% всех родившихся в данном календарном году, в 1925 г. — 20%, в 1926 г. — 17%, в 1927 г. — 19%; среди детей 1—4 лет умершие составляли 10%. Общий коэффициент смертности в Европейской

¹ Материалы по статистике Петрограда и Петроградской губернии. Пг., 1921. Вып. 5. С. 28; Уипль Дж.Ч., Новосельский С.А. Указ. соч. С. 608; Новосельский С.А. Демография и статистика... С. 111, 214, 215; Каминский Л.С. Указ. соч. С. 117; Статистический ежегодник, 1921 / РСФСР. М., 1923. Вып. 2. С. 306; Труды ЦСУ. М., 1922. Т. 8, вып. 2. С. 326, 328; М., 1923. Вып. 4. С. 300—305; М., 1926. Т. 30, вып. 1. С. 36—37; Российский государственный архив экономики (РГАЭ). Ф. 1562. Оп. 5. Д. 1288. Л. 1—3 об.; Оп. 18. Д. 1. Л. 18—18 об., 23.

России в 1925 г. понизился до 24,1‰, а в Центрально-Промышленном районе — до 22,1‰; увеличилась средняя продолжительность жизни населения: мужчины доживали до 42 лет, женщины — до 47. Тем не менее тогда в СССР не удалось полностью компенсировать людские потери 1914—1922 гг., а главное — преодолеть нарушения в развитии демографических процессов.

Уже к 1928 г. коэффициент смертности повысился, а к 1930 г. снизилась рождаемость. Проявилась неблагоприятная тенденция к ранней смертности мужчин трудоспособных возрастов (прежде всего горожан) и, как следствие, начал увеличиваться разрыв между продолжительностью жизни мужчины и жизнью женщины. Кроме того, даже в середине 1920-х гг. на долю внешних (экзогенных) причин смертности приходилось $\frac{2}{3}$ всех смертей, что свидетельствует о подверженности населения массовым инфекционным заболеваниям и о высоком травматизме при недостаточном медицинском обслуживании, которым еще не были охвачены все советские граждане.

После Гражданской войны увеличилась доля детей и подростков в составе населения РСФСР: в возрасте до 4 лет достигала 15,3%, в то время как в возрасте 5—10 лет (рожденных в военные годы) — не выше 10,2%.

Изменился и уровень смертности детей 10—14 лет, появившихся на свет в основном еще до Первой мировой войны. Их доля в общей численности населения составляла лишь 11,8%. Сокращение числа молодежи, связанное с людскими потерями в войне, привело к тому, что дети и подростки до 14 лет составляли 37% населения страны, в то время как 20—24-летние — 9,4%, 25—29-летние — 8%. Особенно большие потери понесли группы среднего возраста: удельный вес лиц 30—40 лет едва превышал 6%; 35—39 лет — 5,7%; 40—44 лет — 4,7%; 45—49 лет — 4,0%, т.е. доля наиболее зрелой части населения не достигала и 20%².

Ценность семьи и детей в обществе 1920-х гг. оставалась высокой, несмотря на популярность идеи о ведущей роли коллективных интересов над личными и семейными³. Данные Всесоюзной переписи населения 1926 г. показали, что большинство детей в РСФСР (особенно в городах) жили в простых полных семьях (75% от всех типов семей), состоявших из трех-четырех человек. Значительные потери населения в годы Первой мировой и Гражданской войн

² Население России в XX веке. Т. 1. С. 151—154.

³ Философия любви. М., 1990. Вып. 2. С. 334; Кон И.С. Сексуальная культура в России: клубничка на березке. М., 1997. С. 133—134.

обусловили увеличение числа детей в неполных семьях вдов и разведенных женщин, а также в семьях без родителей во главе с одним из старших детей. Неполные семьи в российских городах составляли 11,7% всех типов семей; в Москве — 11,2%; в Ленинграде — 12,0%; семьи без родителей — соответственно 11,6%; 13,9%; 13,2%⁴.

Продолжался процесс сокращения детности в семьях. В поколениях женщин 1890—1894 гг. рождения доля тех, кто имел четырех и более детей, составляла 74% (в городах — 64%, в селах — 77%), а 1910—1914 гг. рождения — 46% (соответственно — 32% и 53%). Таким образом, численность женщин (в реальных когортах), имевших четырех и более детей, уменьшилась⁵.

По расчетам демографов, стало намного меньше детей в городских семьях: в Москве и Ленинграде в среднем при продолжительности брака 13—17 лет — по двое, в других городах — по трое⁶. Например, у супружеских пар коренных жителей Нижнего Тагила (в основном рабочих), вступивших в брак в 1919—1920 гг., было по четверо детей (33,3% общего числа семей), однако, у тех, кто стал супругами в мирные 1921—1925 гг., — по двое (35,0%). Пожившиеся в 1921—1925 гг. имели по одному ребенку (33,3%), как и большинство тех, кто приехал в этот город и создал семью в 1919—1920 гг. (42,8%), и только в 14,3% таких семей было по четверо детей⁷.

При сравнении семей городских и сельских отметим, что, например, рожавшие в 1920—1940-х гг. горожанки (поколение 1900—1904 гг. рождения) в среднем имели по три-четыре ребенка, сельчанки — по четыре-пять⁸.

Преобладание в РСФСР семей с двумя детьми (в первую очередь в городах) и резкое уменьшение числа многодетных подтверждали наличие в стране семейного регулирования рождаемости. Это явление стало особенно заметным после легализации в 1920 г. аборт (совместное постановление Наркомздрава и Наркомюста от 18 ноября), что в итоге значительно повлияло на быстрый рост количества аборт. Наибольшее число аборт приходилось на

⁴ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 5. Д. 1296. Л. 1—4 об.; Д. 1297. Л. 1—4 об.; Всесоюзная перепись населения 1926 года. М., 1931. Т. 56, вып. 1. С. 9—13; Л., 1931. Вып. 2. С. 9—13; М.; Л., 1933. Вып. 3. С. 9—13 (подсчеты авторов), 188—195.

⁵ Сифман Р.И. : 1) Динамика рождаемости в СССР. М., 1974. С. 44, 61, 95, 99 ; 2) Детность по данным семейной переписи 1926 года. С. 53.

⁶ Всесоюзная перепись населения 1926 года. Т. 56, вып. 3. С. 293.

⁷ Культура и быт горняков и металлургов Нижнего Тагила, 1917—1970 / В.Ю. Крупицкая, О.Р. Будина, Н.С. Полищук, Н.В. Юхнева. М., 1974. С. 159, табл. 1, 2.

⁸ Сифман Р.И. Динамика рождаемости в СССР. С. 44, 61, 64, 95, 99.

крупные промышленные города, меньшее — на провинциальные, а для деревень оно оставалось минимальным: в 1926 г. в Москве на 1 тыс. женщин в возрастах 15—44 года приходилось 44,0 аборта, в Ленинграде — 37,1; в городах Нижегородской губернии — 29,4; в прочих городах — 25,4; в сельской местности — 2,4.

Эти данные свидетельствуют о произошедшей в обществе существенной трансформации традиционных брачно-семейных ценностей. Особенно это коснулось женщин, вовлеченных в учебу, производственную и общественную работу. Важно отметить, что некоторые представители молодежи не связывали вступление в брак с деторождением, как это было, например, у их сверстников в конце XIX — начале XX в. Новые явления в семейных установках были популярны больше в городе, чем на селе⁹.

Хотя в 1920-х гг. уже нельзя было для увеличения материального благосостояния семьи использовать труд детей, однако, их ценность по-прежнему сохранялась и стимулировала рождаемость населения. Так, ее коэффициент в городах составлял: в 1925 г. — 36,1‰, в 1927 г. — 33,0‰; в селах — соответственно 48‰ и 47‰¹⁰.

В те годы в РСФСР заметно повысилась нестабильность брачных союзов, чему способствовали принятые еще в декабре 1917 — октябре 1918 г. законы о семье и браке, одновременно заложившие правовую основу для расторжения брака¹¹. Однако анализ мотивов разводов свидетельствовал о стремительном изменении привычного положения женщин в обществе, браке и семье. Это особенно ярко проявлялось в городах, где женщины, имевшие самостоятельные источники дохода, чаще мужчин заявляли о желании развестись. Но таких женщин все-таки было не очень много. В середине 1920-х гг. удельный вес самодеятельных матерей составлял 20,3% семей всех социальных групп, несамодетельных — 77,7%; безработных — 2,0%. Женщины, имевшие мужа и детей (и бездетные), в основном не были заняты на производстве, а занимались домашним хозяйством. Трудились вдовы и разведенные женщины с деть-

⁹ Аборты в 1925 году / СССР, ЦСУ. М., 1927. С. 53; Аборты в 1926 году / СССР, ЦСУ. М., 1929. С. 7; *Садвокасова Е.А.* Указ. соч. С. 25—27; *Ласс Д.И.* Современное студенчество. (Быт, половая жизнь). М.; Л., [1928]. С. 147.

¹⁰ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 256. Л. 15—16; Оп. 33. Д. 2632. Л. 24; ГА РФ. Ф. 374. Оп. 20. Д. 70. Л. 6; Народное хозяйство СССР, 1922—1972. С. 41; Естественное движение населения РСФСР за 1926 год. С. XIX, XXIII; Естественное движение населения в Сибкрае за 1925—1927 гг. С. 6.

¹¹ Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства. 1917. Отд. 1. № 10, 2 дек., ст. 152; 1918. Отд. 1. № 76—77, 22 окт., ст. 818.

ми, а также незамужние и бездетные молодые женщины¹². Тем не менее в условиях 1920-х гг. инициаторами развода в большинстве случаев все-таки выступали представители сильного пола. Это обстоятельство отчасти объясняло численное преобладание разведенных женщин, поскольку мужчины после оформления разводов обычно вступали в повторные браки. Количество разведенных женщин росло в бездетных и однодетных семьях, а сокращалось — в многодетных¹³.

Стабильность брачно-семейных отношений в СССР в 1920-х гг. (в сравнении с Россией периода конца XIX — начала XX в.) значительно больше зависела от уровня разводов населения, чем от уровня смертности. Увеличение в городах продолжительности жизни (мужчины — до 41 года, женщины — до 49 лет) сокращало опасность потери детьми своих родителей или одного из них¹⁴.

Тогда же выросло число детей, которые воспитывались в распавшихся семьях. Разводы родителей в большинстве случаев отрицательно влияли на детей. Заметную роль в дестабилизации ситуации в семейной сфере сыграло признание в 1926 г. государством и зарегистрированных в ЗАГС браков и не зарегистрированных¹⁵.

Кроме того, изменился характер внутрисемейных отношений. Авторитарность глав семей мужчин была ограничена законодательным устранением неравноправия женщин и вовлечением их в трудовую и общественную жизнь, что способствовало снижению подчиненности детей родительской власти. Отношения в семьях развивались как менее авторитарные и более уважительные к миру ребенка, его индивидуальности. Взрослые дети стремились самостоятельно решать проблемы, касающиеся выбора ими профессии и трудовой деятельности, спутника жизни и возраста вступления в брак, создания семьи, места жительства и т.д. Проявление авторитарных решений со стороны родителей вызывало у детей протесты и нередко приводило к конфликтам, а иногда к разрыву отношений и уходу последних из семей.

В эти годы взращивание детей существенно усложнилось. Родители стремились дать им хорошее воспитание, образование, хотели,

¹² Всесоюзная перепись населения 1926 года. М., 1930. Т. 26. С. 4—5; М., 1930. Т. 34. С. 2—3 (подсчеты авторов).

¹³ Статистическое обозрение. 1929. № 3. С. 106, 107; Ласс Д.И. Указ. соч. С. 142; Паевский В.В. Указ. соч. С. 349.

¹⁴ Смертность и продолжительность жизни населения СССР, 1926—1927. Таблицы смертности. М.; Л., 1930. С. 31.

¹⁵ Собрание кодексов РСФСР. 4-е изд. М., 1927. Ст. 3, 11, 15.

чтобы, получив специальность, дети нашли достойную работу и были счастливы. Распространение в обществе идей о ведущей роли интересов коллектива над личными устремлениями увеличило внесемейные установки членов семьи, в том числе детей. Вхождение в активную общественную жизнь страны существенно расширяло круг их интересов, контактов и стремлений. Этому содействовала и возраставшая самостоятельность матерей и взрослых старших сестер. Расширение в городах форм социального обслуживания населения освобождало членов семьи от многих обязанностей, связанных с воспитанием детей, их образованием, лечением, а также ведением домашнего хозяйства.

В 1920-х гг. менялся и традиционный механизм формирования семьи по мужской линии, что существенно повлияло на характер отношений между родителями и детьми¹⁶. Вместе с тем в семьях еще сохранялись авторитарные черты. Дети, ценность которых как помощников в домашних делах и сельскохозяйственных работах оставалась высокой, должны были подчиняться родителям и стать им опорой в старости. Младшие дети (братья и сестры) обязывались слушаться старших, которые традиционно присматривали за ними, а также ухаживали за больными и немощными членами семьи¹⁷.

Несмотря на узаконенное в стране равенство полов, все еще в значительной мере сохранялись как главенствующая роль мужчин в обществе и семье, так и фактическое неравенство женщин. По данным Всесоюзной переписи населения 1926 г., в городах РСФСР мужчины являлись главами в 82,6% семей общего числа зарегистрированных, женщины — в 17,4%¹⁸.

Тем не менее росло число представительниц прекрасного пола, возглавивших семьи, что стало следствием женской эмансипации в российском обществе. В конце 1920-х гг. в результате активного вовлечения в производство женщин повысилась их самостоятельность, особенно в молодых трудоспособных возрастах¹⁹.

Трансформация роли женщин в обществе и семье (наряду с увеличением эмоциональных мотивов при вступлении в брак) способствовала демократизации отношений между супругами, ро-

¹⁶ См.: *Вольфсон С.Я.* Социология брака и семьи: опыт введения в марксистскую генеологию. Минск, 1925. С. 379; *Культура и быт горняков и металлургов Нижнего Тагила*. С. 42.

¹⁷ См.: *Кузьмин А.И.* Семья на Урале: демографические аспекты выбора жизненного пути. Екатеринбург, 1993. С. 43.

¹⁸ Всесоюзная перепись населения 1926 года. М.; Л., 1931. Т. 55. С. 62—63, 128—131; Т. 56, вып. 1. С. XI; Вып. 3. С. 9—13 (подсчеты авторов).

¹⁹ *Рашин А.Г.* Женский труд в СССР. М., 1928. С. 10.

дителями (особенно отцами), детьми и повышению потребности взрослых и детей в психологически близких отношениях.

§ 2. Дети и политика здравоохранения в 1920-х гг.

После Гражданской войны два фактора поставили Советскую Россию на грань демографической катастрофы: огромные людские потери на фронтах и снижение (до отрицательного значения) в городах ее европейской части естественного прироста гражданского населения вследствие падения рождаемости и роста смертности (особенно младенческой и детской). По подсчетам Ю.А. Полякова, за годы Первой мировой и Гражданской войн население страны уменьшилось (включая все виды потерь вплоть до эмиграции) на 11—15 млн человек²⁰.

Положение было действительно катастрофическим. Только в 1920 г. в Европейской России было зафиксировано более 3 млн умерших, т.е. коэффициент смертности в целом составил 40,9‰²¹. В том же году в ряде городов смертность превысила рождаемость: во Владимирской губернии на 100 родившихся приходилось 368 умерших, в Орловской — 266, в Калуге — 212, Перми — 211²². Пик смертности пришелся на 1921 г. В пострадавших от голода зонах в среднем показатель смертности составлял 38,2‰, в Казани — 45, а в Саратове — выше 60‰²³. Это объяснялось в основном причинами экзогенного характера: недостатком питания людей, их истощением и слабостью, отсутствием отопления, антисанитарией и связанным с ней массовым распространением инфекционных заболеваний (сыпного и возвратного тифа, дизентерии и проч.). Большой процент смертей приходился на заболевших легочными и желудочно-кишечными заболеваниями. Младенцы часто погибали от врожденной слабости и диспепсии.

В конце XIX в. в европейской части России коэффициент рождаемости был равен 50,5‰²⁴, а в 1917 г. в Вологодской губернии,

²⁰ Население России в XX веке. Т. 1. С. 95.

²¹ Там же. С. 150; *Adametz S., Blum A., Zakharov S.* Disparités et variabilités des catastrophes démographiques en URSS. Paris, 1994. P. 62. (INED. Dossiers et Recherches; no. 42).

²² *Жиромская В.Б.* Демографическая история России в 1930-е годы: взгляд в неизвестное. М., 2001. С. 53.

²³ Население России в XX веке. Т. 1. С. 151.

²⁴ *Жиромская В.Б.* После революционных бурь: население России в первой половине 20-х годов. М., 1996. С. 7.

например, он составил 18,8‰, в Ярославской — 26,9‰, в Москве и Петрограде — соответственно 19,6‰ и 18,7‰²⁵. Несмотря на некоторое повышение рождаемости в 1918 и 1920 гг. (в связи с первой и второй волнами демобилизации), ее показатели оставались низкими. Общий коэффициент рождаемости в 1920 г. в среднем колебался в пределах 23—35‰. В 17 губерниях европейской части Советской России он не достигал уровня 1913 г.²⁶ По подсчетам С.А. Новосельского, если на 1 тыс. женщин в 1900—1901 гг. в Санкт-Петербурге у замужних рождалось 179 детей, у незамужних — 108, то в 1920 г. в Петрограде — соответственно 120 и 62²⁷.

Связанный с волнами демобилизаций относительный подъем рождаемости был практически аннулирован высокой младенческой смертностью, поэтому показатели эффективной рождаемости продолжали оставаться низкими. Эпидемии уносили миллионы детских жизней. В разоренной стране свирепствовали эпидемии кори, скарлатины, дифтерии, дизентерии и других детских болезней. Кроме того, в 1920 г. в стране на свет появилось свыше 1 млн увечных младенцев²⁸.

Борьба с младенческой и детской сверхсмертностью, охрана здоровья детей стали основными задачами, решение которых помогло бы Советскому государству справиться с поразившей население демографической катастрофой. Система здравоохранения, существовавшая до революции, была дезорганизована (но даже если бы она действовала, то не смогла бы справиться с такой сверхсложной задачей).

Прежде всего, в стране не хватало врачей: многие из них были мобилизованы на фронт и не вернулись, другие погибли во время Красного и Белого террора, часть специалистов-медиков эмигрировала. В 1921 г. в городах осталось всего 500 педиатров, работавших при острой нехватке медикаментов. В таких условиях предстояло фактически заново создать систему здравоохранения. Конечно, формировалась она на государственной основе, но не на пустом месте, а вобрав в себя лучшие традиции российской медицины и зарубежного опыта.

Государственная медицина в России зародилась в конце XVI в. В 1581 г. в Москве был создан Аптекарский приказ.

²⁵ Дробижев В.З. У истоков советской демографии. М., 1987. С. 65—67.

²⁶ Там же.

²⁷ Уипль Дж.Ч., Новосельский С.А. Указ. соч. С. 608.

²⁸ Гаврилова И.Н. Население Москвы: исторический ракурс. М., 2001. С. 312.

Это учреждение непосредственно занималось лечением царя, его семьи, придворных и приближенных к трону лиц, воинов царского войска, а также борьбой с эпидемиями, освидетельствованием больных, подготовкой врачей, хранением научных работ по врачеванию и т.д.

В XVIII в. были учреждены высшие и местные органы управления, ведавшие медико-санитарным делом — Медицинская канцелярия, затем Медицинская коллегия, губернские и уездные врачебные управы²⁹. В начале XIX в. главным государственным органом управления медицинской помощью населению стал Медицинский департамент (в составе Министерства внутренних дел), при котором был создан Медицинский совет (научно-медицинский орган). Медицинский департамент осуществлял общий врачебный и санитарный контроль над деятельностью различных ведомств, непосредственно оказывавших помощь, как правило, городскому населению (ведомственную, морскую, военную и т.д.).

Во второй половине XIX в. появилась общественная медицина (земская и городская). Руководитель земских врачей Е.А. Осипов сформулировал ее основные задачи, одной из которых стала организация в городах и селах систематической борьбы с эпидемиями. Медики становились, например, членами Общества русских врачей в память Н.И. Пирогова, Русского общества охранения народного здравия, обществ врачей в Петербурге, Москве, Харькове, Казани, медицинских обществ и проч. Проводившиеся съезды (губернских земских врачей, «Пироговские» и др.) объединяли представителей всех медицинских специальностей с целью организации здравоохранения в России и развития медицинской помощи населению.

Земские врачи выработали ее основные принципы. Так, они считали, что лечебная помощь (участковая, стационарная и специализированная) должна была оказываться в земствах бесплатно. Тогда же в ряде земских губерний начали работать санитарные врачи и открылись санитарные бюро. К 1914 г. в этих губерниях было 2 686 врачебных сельских участков. Однако такая медицина существовала не на всей территории страны, а только там, где было земское самоуправление (на сельское население Сибири, Севера, Кавказа, Средней Азии она не распространялась). Положение земской медицины не было устойчивым. Согласно закону о земских

²⁹ Министры здравоохранения: очерки истории здравоохранения России в XX в. М., 1999. С. 9—10; Яровинский М.Я. Здравоохранение Москвы, 1581—2000 гг. М., 1988. С. 9—14; Змеев Л.Ф. Чтения по врачебной истории России. СПб., 1896. С. 231.

учреждениях, расходы на народное здравие имели необязательный характер. Земства нередко, вопреки намеченным принципам, вынуждены были в больницах восстанавливать плату за лечение, заменяли врачей фельдшерами и закрывали санитарные учреждения.

В стране существовали и городские больницы, но средств, выделявшихся на их нужды из местных бюджетов, как правило, не хватало. Лечение, включая больничное, оставалось платным. В целом действия медико-санитарных служб в России были тогда несогласованными, поэтому большинство врачей считало, что для улучшения их работы было необходимо создать единый центральный орган — Министерство здравоохранения³⁰.

Формировавшаяся в 1920-х гг. государственная система советского здравоохранения опиралась на дореволюционный опыт и основывалась на принципах, разработанных земскими врачами. Бесплатными в стране стали санитарное обслуживание населения, его стационарное, специализированное лечение и обслуживание по участкам. Уже после Октябрьской революции последовала серия декретов советской власти, в которых провозглашалось, что все дети находятся под охраной государства. Законодательно закрепились социальная защита материнства и детства, большое внимание уделялось вскармливанию младенцев и питанию детей.

Согласно принятым в конце 1917 г. декретам ВЦИК и СНК РСФСР, для работниц устанавливались: дополнительные перерывы для отдыха на весь период беременности и кормления младенца; четырехмесячный отпуск по беременности и уходу за ребенком, а для кормящей матери — шестичасовой рабочий день³¹. Женщина получала пособия: единовременное — при рождении ребенка (в размере удвоенной ставки рабочего, имевшего 6-й разряд по квалификации)³² и постоянное — на весь период его кормления (одна четверть от вышеозначенной суммы единовременного пособия). Рабочим бесплатно или за половину стоимости раздавали молоко для детей, выдавали белье для новорожденных или матерью — на пеленки (из расчета 30 аршин); оказывались и другие виды помощи матерям и их детям, обеспечивалось их бесплатное лечение³³.

³⁰ Петров Б.Д. Очерки истории отечественной медицины. М., 1962. С. 20—26; Страшун И.Д. Указ. соч. С. 16—17; Очерки здравоохранения СССР (1917—1956). М., 1957. С. 43—45.

³¹ Декреты Советской власти. М., 1957. Т. 1. С. 85, 200.

³² Там же. С. 267.

³³ Охрана матери и младенца ... С. 10.

Были приняты специальные постановления, связанные с улучшением детского питания и увеличением в связи с этим детского пайка (14 сентября 1918 г.)³⁴; с созданием местными Советами фондов детского питания (23 сентября; на их субсидирование Наркомздраву ассигновали 40 млн руб.)³⁵; с бесплатным питанием детей в возрасте до 14 лет (17 мая 1919 г.); с вводом в строй детских столовых и пунктов питания³⁶.

В 1919 г. при СНК РСФСР был создан Совет защиты детей³⁷, в ноябре 1920 г. — Фонд помощи детям, а в декабре в стране прошла неделя защиты детей³⁸.

Проводилась работа по просвещению матерей и их обучению по уходу за новорожденными. Этими вопросами занимались многие организации. Так, в 1922 г. в Москве был открыт первый государственный научный институт по охране материнства и детства во главе с Г.Н. Сперанским (при учреждении работала школа акушеров). Помимо проведения научных исследований, институт занимался пропагандой соответствующих знаний. Например, используя опыт немецких и американских ученых, открывших экспозиции в Дрездене и Филадельфии, в 1923 г. институт организовал в Москве выставку, посвященную проблеме ухода за ребенком, на которой можно было проконсультироваться у работавших там специалистов.

В 1920-х гг. в стране существовали два специальных издания: «Журнал по изучению раннего детского возраста» и «Охрана материнства и младенчества». Была налажена гинекологическая служба для беременных женщин (впервые в России женская и детская консультации были организованы в 1907 г. в одном из родильных домов в Москве), создана сеть гинекологических клиник, связанных с женскими консультациями, в том числе для матерей по уходу за новорожденными. Последние существовали и независимо от клиник. О том, насколько важна была гинекологическая служба, свидетельствует тот факт, что в стране ежегодно в течение 1918—1919 гг. от родов погибало до 50 тыс. женщин, но уже в 1923—1924 гг. ситуация кардинально улучшилась³⁹. Число женских консультаций быст-

³⁴ Декреты Советской власти. М., 1964. Т. 3. С. 193, 311.

³⁵ Там же. С. 363—364.

³⁶ Там же. М., 1971. Т. 5. С. 196—197.

³⁷ Собрание узаконений и распоряжений рабочего и крестьянского правительства. 1919. № 3, ст. 32.

³⁸ Известия. 1920. 11 нояб.

³⁹ Материалы 1-го Всероссийского совещания по охране материнства и младенчества, Москва, 1— декабря 1920 г. М., 1921. С. 124; *Гаврилова И.Н.* Указ. соч. С. 300.

ро росло: если в 1918 г. в Москве их было только три, то в начале 1921 г. — уже 21. В столице расширили сеть молочных кухонь⁴⁰.

Уделялось особое внимание охране детского и подросткового труда на предприятиях: так, по декрету СНК РСФСР от 29 октября 1917 г. рабочий день подростков ограничивался шестью часами; запрещалось использовать женский и детский труд на ночных, вредных и подземных работах⁴¹. Началась активная борьба с детской сверхсмертностью от инфекционных болезней. Прежде всего, в 1919 г. были приняты постановления о борьбе с эпидемиями: «О мероприятиях по борьбе с сыпным тифом» (28 января), «О мерах борьбы с эпидемиями» и «Об обязательном оспопрививании» (10 апреля). Прививки делали всему населению⁴². Были организованы массовые прививки детей от острых эпидемических заболеваний: оспы, брюшного тифа, сыпного и возвратного. С 1923 г. начал действовать специальный Бактериологический институт им. И.И. Мечникова, в котором разрабатывалась вакцина для прививок. Уже к 1924—1925 гг. удалось значительно сократить смертность от таких заразных заболеваний, как оспа и брюшной тиф. Однако тогда не смогли «победить» изматывавших детей малярию и скарлатину, эпидемии которых фиксировались не только в 1920-х, но и в 1930-х гг.

Боролись советские медики и с антисанитарией в городах: проводились «банные недели», «недели чистки», в ходе которых осуществлялась поквартальная дезинфекция жилых помещений; рассыпалась карболка в местах общего пользования; выдавалось мыло, а одежда жителей подвергалась санитарной обработке⁴³. Все это препятствовало распространению многих инфекционных заболеваний, прежде всего, тифа.

Новшеством стало проведение в стране мер профилактического характера. С 1925 г. во всех детских учреждениях и школах систематически проходили профилактические осмотры, позволявшие предупреждать заболевания, выявлять их симптомы на ранних стадиях, бороться с хроническими болезнями, главным среди которых оставался туберкулез. В 1917—1918 гг. им были больны 80% детей в возрасте до 11 лет и 93% 14-летних⁴⁴. До 25% всех умерших детей

⁴⁰ Журнал по изучению раннего детского возраста. 1923. Т. 1, № 102. С. 103.

⁴¹ Декреты Советской власти. Т. 1. С. 58.

⁴² Там же. Т. 5. С. 19, 56, 60.

⁴³ Яровинский М.Я. Указ. соч. С. 84—88; Известия ВЦИК. 1920. 21 февр.

⁴⁴ Известия советской медицины. 1918. № 5/6. С. 2—3; Красная Москва, 1917—1920 гг. [М., 1920]. С. 405.

погибало от этого заболевания. В 1923 г. для борьбы с ним был открыт Московский туберкулезный институт, а также сотни противотуберкулезных диспансеров. К 1925 г. детскую смертность от этой страшной болезни удалось существенно снизить, особенно в промышленных центрах (например, в Центрально-Промышленном районе этот показатель снизился в полтора раза).

Провозглашенное в Советской России равноправие полов потребовало от власти решения еще одной важной проблемы — сочетания материнства с производственной и общественной деятельностью женщин. Важно отметить, что при этом выполнялась одна из главных задач того периода — обеспечение страны трудовыми ресурсами, поскольку потери мужской части населения оказались так велики, что на их восполнение требовалось не одно десятилетие. Решить такую сложную проблему требовалось в кратчайшие сроки — найти приемлемые для женщины формы сочетания материнства и занятости на производстве. Хотя многое было уже сделано, но этого оказалось недостаточно. При огромной занятости женщины на производстве и в домашнем хозяйстве требовалось создать ей условия для воспитания и обучения своих детей.

В связи с этим поначалу за основу взяли идею великих просветителей прошлого и авторов социальных утопий о полном устранении семьи как косного института от процесса воспитания ребенка и о передаче этой сферы обществу, в данном случае — государству⁴⁵. Эту концепцию обсуждали участники Первого Всероссийского съезда деятелей по охране детства (2—8 февраля 1919 г.)⁴⁶. В результате пришли к общему мнению о том, что будет правильным сразу после рождения ребенка функции по его воспитанию возложить на государство, чтобы не допустить влияния на маленького гражданина его семьи, с ее собственническими настроениями, эгоизмом и индивидуализмом. Таким огосударствлением начали заниматься дома ребенка, дома матери и ребенка. Одновременно в 1919—1920 гг. были созданы детские сады и ясли, сочетавшие семейное и общественное воспитание. Однако вскоре в домах ребенка обнаружили, что вскармливание детей без материнского молока приводило к увеличению младенческой заболеваемости и смертности. Кроме того, государство не имело достаточных средств для обеспечения по всей стране требуемой от этих до-

⁴⁵ Всероссийский съезд деятелей по охране детства. 1-й. Москва. 1919. [Стенографический отчет]. [М.], 1920. С. 3—4; Красная Москва, 1917—1920. С. 405—460; *Гаврилова И.Н.* Указ. соч. С. 306—307.

⁴⁶ Всероссийский съезд деятелей по охране детства ... С. 3—4.

мов работы. В 1921—1922 гг. был выбран самый разумный вариант для воспитания малышей — в яслях и детских садах. Однако их не хватало даже в городах, в деревнях они и вовсе были редкостью.

Постепенно дома матери и ребенка, согласно принятому советским правительством специальному постановлению, превратились в приюты для беспризорных матерей-одиночек, не имевших крова, средств к существованию и в большинстве случаев нетрудоспособных. Что касается домов ребенка, то туда отправляли подкидышей, которых стало особенно много после голода 1921 г. По подсчетам И.Н. Гавриловой, в 1922 г. число детей в домах ребенка возросло в стране в два и более раз — с 7,5 до 16 тыс.⁴⁷

В 1918 г. сиротские дома преобразовали в детские дома, и в них началось обучение ремеслам. Старые приюты стали трудовыми коммунами. Для детей умственно отсталых и с психическими нарушениями открыли особые учреждения — с медицинским обслуживанием. В 1920 г. для борьбы с беспризорностью были учреждены детские чрезвычайные комиссии, детская социальная инспекция и отдел Охраны материнства и младенчества. Охраной материнства и младенчества стал заниматься Наркомздрав, оказанием помощи несовершеннолетним, в первую очередь беспризорникам, — Наркомпрос, детьми, совершившими правонарушения, — комиссии по делам несовершеннолетних. В 1921 г. при ВЦИК в качестве координационного центра была образована Комиссия по улучшению жизни детей.

Тогда же началась активная работа по подготовке медицинских кадров. Известно, что первыми в России врачами (военными) стали выпускники медицинской школы, созданной в 1654 г. при Аптекарском приказе. С открытием в 1707 г. Госпитальной школы московского генерального госпиталя подготовка медиков стала систематической. В октябре 1917 г., накануне революции, в России действовали 17 медицинских институтов, в 1918—1922 гг. открылись еще 16. Впервые такие вузы, имевшие к тому же факультеты и отделения педиатрии, были созданы в Закавказье, Средней Азии и Белоруссии. Важнейшую роль в подготовке кадров сыграло поколение медиков, получивших образование и профессионально сформировавшихся до революционных событий — Н.А. Семашко, А.Н. Бах, М.М. Морозов, Н.Н. Бурденко, Г.И. Россолимо, В.И. Молчанов и др.

Система охраны материнства и детства в СССР осуществлялась в основном за государственный счет: дети получили бесплатный

⁴⁷ Гаврилова И.Н. Указ. соч. С. 317.

доступ к медицинскому обслуживанию, детским учреждениям и проч. Между тем, средств у государства на осуществление всех запланированных им проектов не хватало, поэтому многие из них остались на бумаге. В 1923 г., когда окреп нэп, появилась возможность решать некоторые проблемы не только за счет госбюджета, но и привлечением частных капиталовложений, благотворительных средств: основать за их счет, как это было до 1917 г., часть медицинских учреждений, детских домов и т.д. На пожертвования А.А. Абрикосовой, например, в 1906 г. в Москве был открыт родильный дом на 51 койку. Именно в этом медицинском учреждении впервые стали помещать новорожденных в специальные палаты, открыли первую детскую консультацию. Скорую помощь в России тоже оказывали в основном на благотворительные средства (существовало даже Добровольное общество скорой помощи).

Однако такие традиции в Советской России не «прижились». Даже в годы нэпа частную медицинскую практику свели к минимуму. В основном ею занимались дантисты, акушерки, а в сельской местности — фельдшера. Так, по переписи 1926 г. (а частные врачи фиксировались как лица свободных профессий) по всему Центрально-Промышленному району было 800 дантистов, 276 фельдшеров и 291 врач (среди них числились и ветеринары). Если в Москве работали 150 частных врачей-специалистов и 110 дантистов, то число таковых в провинциальных городах ограничивалось единицами. Даже в таких областных центрах, как Тверь, например, врачей (вместе с дантистами) было около 20 человек, в Свердловске — 24 (включая ветеринаров)⁴⁸.

Частная практика детских врачей практически была полулегальной, соответственно, для оказания медицинской помощи детям не привлекались деньги состоятельных людей. Частично детские медицинские учреждения содержались за счет местных бюджетов — это было возможно лишь для крупных городов. Провинциальные же детские учреждения и лечебницы подобных средств просто не получали, поэтому многие из них закрывались (например, в Костроме, Саратове и других городах Поволжья, сильно пострадавших от голода 1921 г.).

В годы Гражданской войны изменилась организация помощи обездоленным детям. Советское правительство отказалось от деятельности благотворительных обществ, а работавший ранее Совет

⁴⁸ Всесоюзная перепись населения 1926 года. М., 1929. Т. 19. С. 287—290.

детских приютов упразднило. Обездоленными занимались комиссии, отделы народных комиссариатов государственного призрения, здравоохранения, труда и юстиции. В 1918 г. учредили комиссию по делам несовершеннолетних, в 1919 г. — Государственный совет защиты детей. Детские приюты и сиротские дома стали называться детскими домами. Властные структуры критически относились к усыновлению (удочерению) и патронату. Однако в годы Гражданской войны еще продолжали работать некоторые благотворительные объединения. Например, во многих городах сохранились общественные организации Лиги спасения детей, благодаря деятельности которых в колонии было устроено 3 500 детей.

Первоначально сироты и беспризорники попадали в приемники (здесь детей кормили и оказывали им медицинскую помощь). Это была сеть, состоявшая из приемных пунктов (туда дети поступали из комендатур) и приемников-распределителей (в них находились дети, уже совершившие преступления). Так, в Петрограде в октябре 1918 — начале 1920 г. работал детский карантинно-распределительный пункт, который направлял «наиболее трудных» детей в городские приемники (одним из них была «Школа социально-индивидуального воспитания им. Ф.М. Достоевского»), больных и ослабленных — в школы-санатории, школы-лечебницы и специальные учреждения. Однако большая часть сирот и беспризорников оказывалась в детских домах. Их число постоянно росло: если в январе 1919 г. было 1 279 таких учреждений (в них содержались 75 300 детей), то в июне — уже 1 734 (124 627).

Воспитатели детских учреждений с трудом справлялись с проблемами, связанными с питанием воспитанников, обеспечением их одеждой, обувью и оказанием им медицинской помощи, поэтому именно тогда начали работать загородные колонии, которые разместили в пригородных дачах и дворцах. Одна из них существовала в Екатерининском дворце Царского Села.

В феврале 1921 г. по инициативе Ф.Э. Дзержинского при ВЦИК РСФСР была организована Комиссия по улучшению жизни детей (Деткомиссия ВЦИК), занимавшаяся одновременно борьбой с беспризорностью и безнадзорностью.

В результате голода сиротами осталось около 2 млн детей, многие из которых стали беспризорниками. В 1922 г. число обездоленных детей увеличилось до 7 млн, детские учреждения были переполнены (в поволжских, например, находилось детей в пять раз больше положенного). Созданные еще весной 1921 г. Крестьян-

ские комитеты общественной взаимопомощи проводили большую работу по организации детских домов в районах, охваченных голодом, а также по вывозу детей в более благополучные регионы. Однако обессиленные и часто больные дети попадали в переполненные детские дома, где не хватало кроватей, спальных принадлежностей, одежды и проч. В таких случаях эвакуированных подростков отдавали на прокормление в крестьянские семьи.

Как правило, беспризорники, сосредоточенные в крупных городах, занимали подвалы, разрушенные или полуразрушенные здания, канализационные колодцы, котлы для разогрева асфальта, объединялись, занимались воровством и грабежом, что в целом значительно ухудшало криминальную обстановку. Для борьбы с этим явлением создавались специальные отряды, проводившие облавы в местах скопления беспризорников. Найденных детей обычно отправляли в детские дома.

В первой половине 1920-х гг. руководство этих учреждений, в основном располагавшихся в непригодных для нормальной жизни помещениях, испытывали материальные трудности; к тому же, не хватало мебели, посуды, одежды, обуви, медикаментов и т.д. Все это привело к сокращению в стране числа детских домов: в 1922 г. работало 6 063 учреждений (с 540 тыс. детей), а в 1925 г. — 2 836 (228 127).

Для исправления положения создавались специальные фонды. В 1924 г., например, для помощи беспризорникам был основан фонд им. В.И. Ленина. Местные власти нередко «прикрепляли» детские учреждения к промышленным предприятиям, профсоюзам, воинским частям и т.д. В сельской местности обездоленным детям помогали Крестьянские комитеты общественной взаимопомощи.

Финансовая помощь оказывалась в форме производившихся промышленными предприятиями отчислений, а также специально организованных сборов. Однако наиболее эффективной оказывалась та, что поступала от рабочих патронатов (например, один из них возник в Петрограде в 1922—1923 гг.). Источниками такой помощи становились прибыли предприятий, официально выделенные деньги и личные пожертвования. Первоначально члены патронатов входили в коллективы, состоявшие из цехов, отделов, заводов, учреждений, организаций, воинских частей. К 1925 г. число состоявших в патронатах достигло 214 тыс. человек. Впоследствии патронат стал индивидуальным и число его членов сократилось.

Патронаты выделяли деньги на ремонт и содержание зданий детских домов, покупку для детей одежды, обуви, продуктов пита-

ния, медицинских препаратов и т.д. Патронаты занимались и трудовым устройством подростков; предприятия бронировали для них определенное число рабочих мест; а в Москве с детьми проводилась культурно-просветительская работа. Чтобы «разгрузить» переполненные детские дома, патронаты помогали организовывать специальные дома — для старших по возрасту беспризорников.

Кроме того, в стране создавались трудовые школы-коммуны. Основной упор в них был сделан на трудовое воспитание. Наиболее известными стали руководимые А.С. Макаренко колония для несовершеннолетних правонарушителей им. М. Горького (под Полтавой) и детская трудовая коммуна им. Ф.Э. Дзержинского (Харьков). Трудовые школы находились на полном самообслуживании и частичной самокупаемости, а их воспитанники трудились на производстве или в сельском хозяйстве, получая за свой труд зарплату.

В некоторых регионах школы-коммуны создавали в детских городках, где располагались детсады, библиотеки, клубы, мастерские, больницы и т.д. Важно отметить, что такими городками наряду с воспитателями управляли и воспитанники. В 1920-е гг. по типу детских домов стали создавать небольшие по численности пионерские дома — с воспитанниками-пионерами.

В результате проведенной государственными органами работы значительно сократилось число беспризорников: если в 1927 г. в РСФСР их было 105 тыс., то в 1928 г. — уже 30—35 тыс.⁴⁹ Однако в 1930-х гг. число обездоленных детей вновь возросло.

§ 3. 1930-е: демографическая трагедия

1930-е гг. занимают в нашей истории особое место ввиду сложившейся тогда в СССР сложной социально-экономической и политической ситуации: неизжитые последствия Гражданской и Первой мировой войн, форсированная индустриализация, коллективизация с ее раскулачиванием и насильственным перемещением населения, голод 1932—1934 гг., массовые политические репрессии и т.д. Все эти события изменили жизнь людей, имели долгосрочные последствия для российского населения и определили особенности протекавших в стране социальных и демографических процессов.

⁴⁹ Сиротство и беспризорность в России ... С. 90—103.

При исследовании этого периода ученых прежде всего интересовала суперзасекреченная и закрытая ранее тема — людские жертвы голода 1932—1934 гг. Точное число погибших от голода и сопутствующих ему болезней, к сожалению, до сих пор не установлено, но это были миллионы людей.

Исходя из наиболее взвешенных и устоявшихся на сегодняшний день оценок, потери на Украине составили 3—3,5 млн человек⁵⁰, в Казахстане и Киргизии — около 2 млн⁵¹, в РСФСР (без Казахстана и Киргизии) — не менее 2—2,5 млн⁵². Итого в результате голода 1932—1934 гг. в СССР погибло более 7 млн человек.

В течение 1930-х гг. естественный прирост населения страны не отличался стабильностью, колебания этого показателя были резкими, скачкообразными, а повышение неустойчивым. Тем не менее одновременно сохранялась традиционная, довольно высокая рождаемость — в пределах 39—40‰.

С 1929 г. тенденция понижения рождаемости становится устойчивой. Если в тот год снижение рождаемости оказалось незначительным, по сравнению с 1928 г., и могло быть объяснено естественными причинами (тем же демографическим переходом), то в 1930 г., по сравнению с 1929 г., она резко упала — почти на 14%! Положение не изменилось и в 1931 г., а затем ежегодно шло падение рождаемости «по вертикали», по сравнению с предыдущим годом: в 1932 г. — на 6%, в 1933 г. — на 19%, 1934 г. — на 21%⁵³.

По демографическим законам после голодных лет должна была начаться компенсаторная рождаемость, однако, «порадовав» несколько в 1937 г. (уровень 1929 г.), к концу 1930-х она начала устойчиво снижаться (и это после запрещения с 1936 г. абортов!). На протяжении

⁵⁰ См.: *Ивницкий Н.А.* Голод 1932—1933 годов в СССР. М., 2009; *Кульчицкий С.В.* Некоторые проблемы сплошной коллективизации на Украине // *История СССР*. 1989. № 5. С. 33; *Кульчицкий С.В.* : 1) Трагічна статистика голодомору // *Минуле України: відновлені сторінки*. Київ, 1991 ; 2) *Україна між двома війнами (1921—1939 рр.)*. Київ, 1999.

⁵¹ См.: *Абылхожин Ж.Б., Козыбаев М.К., Татимов М.Б.* Казахская трагедия // *Вопросы истории*. 1989. № 7. С. 65—67; *Алексеев А.Н.* Голод начала 30-х годов в Казахстане (методика определения числа пострадавших) // *Историческая демография: новые подходы, методы, источники*. М., 1992. С. 76—78; *Батырбаева Ш.* Население Кыргызстана в 20—50-е годы XX века: ист.-демогр. анализ. Бишкек, 2003.

⁵² См.: *Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харькова Т.Л.* Демографическая история России, 1927—1959. М., 1998; *Жиромская В.Б.* Основные тенденции демографического развития России в XX веке.

⁵³ Рассчитано по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 256. Л. 27—49 (данные по РСФСР приводятся без Казахстана и Киргизии).

всего периода в ее показателях наблюдались скачкообразные резко частые понижения и резко редкие повышения. Период такой слабой компенсаторной рождаемости был очень коротким (обычно длится 3—6 лет), и потерь населения восполнить не удалось.

В те годы доминирующую роль в динамике численности населения играла смертность. Именно она определила и отрицательный прирост населения в 1933 г., и отрицательный демографический баланс, который существовал в течение ряда лет в некоторых областях России, и низкий, по сравнению с прогнозами, прирост населения страны в целом.

Показатель смертности повысился уже в 1929 г., в следующем году он несколько понизился, но с 1931 г. вновь начал расти, достигнув пика в 1933 г. По отношению к 1928 г. смертность выросла в 1929 г. на 14%, в 1931 г. — на 10%, 1933 г. — на 58%, в 1934 г. уровень ее понизился на 8%. В 1935 г. снижение смертности продолжилось, а в 1936 г. наблюдался ее скачкообразный подъем — этот год «уступил» лишь 1933-му г., когда показатель смертности оказался выше на 23% в сравнении с 1928 г.⁵⁴

В 1937—1938 гг. уровень смертности несколько понизился, но остался высоким, а на следующий год вновь начал расти. Заметим, что мужская смертность значительно опережала женскую.

С 1931 г. этот показатель в городах резко возрос, его новый подъем начался в 1936 г. Для смертности на селе, остававшейся высокой все эти годы, такие резкие скачки не были характерны (за исключением тех, что наблюдались в 1933 г.). Видимо, во второй половине 1930-х гг. деревня была меньше затронута детскими эпидемиями, чем город⁵⁵.

В 1930-х гг. особенно высокой была детская и младенческая смертность. В РСФСР ее уровень оказался выше, чем в целом по Союзу. Это объясняется частично высокими людскими потерями во время голода 1932—1934 гг. в Казахстане, Поволжье и на Северном Кавказе. 1934—1935 гг. стали коротким периодом неустойчивого понижения младенческой смертности, но в 1936 г., по сравнению с 1934 г., она резко возросла: в СССР — в 1,3 раза, в РСФСР — в 1,7. В 1937—1939 гг. ее показатели также оставались высокими.

Как в СССР, так и в РСФСР рос удельный вес младенческой смертности в общем числе смертей. Следует заметить, что данный

⁵⁴ Там же.

⁵⁵ Там же. Л. 28—29, 49.

показатель увеличивался в 1934—1935 гг. На первый взгляд это противоречило наблюдавшемуся тогда уменьшению абсолютных показателей смертности младенцев. Однако последнее свидетельствует не столько о нормализации демографической ситуации, сколько о понижении рождаемости. В последующие годы пошел обратный процесс, но одновременно возросло и число младенческих смертей (на фоне увеличения показателя общей смертности населения).

Ситуация с младенческой смертностью оказалась такой острой, что обеспокоила статистиков. В Центральном управлении народно-хозяйственного учета (ЦУНХУ) Госплана СССР составляли ежемесячные графики по этому показателю и выявляли особо опасные месяцы. Исследование причин роста младенческой смертности приводит к выводу: последствия голода имели долгосрочный характер, что подтверждается увеличением смертности младенцев от пороков внутриутробного развития и врожденной слабости. Они погибали, не успев появиться на свет, от диспепсии и истощения, что было связано с голоданием вынашивавших их женщин, многие из которых выполняли тяжелую работу на предприятиях, в том числе на вредном производстве. Негативное влияние оказывало и ухудшение экологической ситуации при строительстве промышленных объектов в городах. Помесячное изучение там младенческой смертности показало, что ее пик приходился на летние месяцы, когда неблагоустроенность городского хозяйства, отсутствие канализации, скученность, теснота, антисанитария способствовали еще и распространению кишечных инфекций. Весной, как правило, младенцы погибали от заболеваний органов дыхания (бронхиты, пневмонии).

В результате возраст «дожития» младенцев был низким. Самыми тяжелыми оказывались первые сутки их жизни, но опасная ситуация сохранялась в течение 10 последующих дней. Именно тогда погибало большинство младенцев. Меньше смертей приходилось на возраст 6—12 месяцев.

На селе повышению детской смертности, в том числе младенческой, часто способствовали отсутствие или недостаточность медицинского обслуживания. Между тем выяснилось, что самые ослабленные дети рождались весной (из-за истощения от недоедания и витаминного голодания матерей) и часто умирали в первые месяцы кормления. Это характерное для деревни явление, отмеченное еще земскими статистиками, в середине 1930-х гг. усугубилось последствиями голода 1932—1934 гг. (см. *таблицу 3*).

Таблица 3

**Младенческая смертность в СССР и РСФСР
в 1933—1939 гг. (тыс. человек)**

Год	СССР		РСФСР	
	Число умерших до 1 года	Удельный вес в общей смертности	Число умерших до 1 года	Удельный вес в общей смертности
1933	718,7	14,4	602,9	20,5
1934	537,5	20,4	454,1	22,9
1935	706,1	27,5	576,7	28,9
1936	938,1	31,5	747,4	32,9
1937	1031,3	34,4	762,1	34,8
1938	1023,3	34,6	757,4	35,4
1939	1053,6	35,4	781,0	36,5

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 111. Л. 23—23 об.; Д. 116. Л. 115—117; Д. 135. Л. 51, 54, 62, 64, 70—70 об.; Кириллова Д.А. Рождаемость, смертность и прирост населения СССР (1933—1939 гг.). Чебоксары, 1994. С. 40.

О том же свидетельствуют факты мертворождений (даже неполная их статистика). В 1933 г. в РСФСР родилось 8,9 тыс. мертвых детей, в том числе 5,8 тыс. мальчиков. Большая их часть пришлась на городскую местность, лишь $\frac{1}{3}$ — на сельскую (при слабом учете). В 1934 г. в городах сократилась рождаемость и мертворождений стало несколько меньше — 7,1 тыс., но при этом увеличились мертворождения на селе. В 1936 г. этот показатель, по сравнению с предыдущими годами, во много раз увеличился — 29,7 тыс., из них 17,3 тыс. мальчиков, причем в городах и деревнях было одинаковое число мертворождений⁵⁶. Как правило, больше всего их приходилось на период октября—декабря, в 1934 г. к этим месяцам добавлялся август.

Чтобы понять сложившуюся тогда демографическую ситуацию, обратимся к анализу причин смерти. Самая распространенная из них (26,4% всех смертей) — болезни органов дыхания у детей и взрослых: туберкулез, крупозная пневмония, бронхопневмония, пневмония и бронхит. Следующей причиной стали острозаразные, инфекционные заболевания, которым особенно подвержен детский организм, — оспа, сыпняк, возвратная горячка и чаще всего поражавшие детей корь, дизентерия, дифтерия и скарлатина. Кроме того, дети до двух лет (9% общего чис-

⁵⁶ Там же. Д. 26. Л. 25—27; Д. 107. Л. 141—143; Д. 109, Л. 32—35.

ла умерших) часто погибали по причине заболевания диареей и диспепсией (как последствий голодного истощения)⁵⁷. Смерть взрослым и детям «несли» болезни сердца, желудочно-кишечные энтериты и онкологические заболевания. Последние еще не стали массовыми — погибшие от них составляли только 3% умерших.

Также люди умирали из-за полученных на производстве травм (с развитием индустриализации травматизм усилился: только в городах Европейской России на него пришлось 3,5% умерших); от старческой дряхлости (4,5%). Зафиксированные тогда случаи наступления смерти по причине убийств, алкоголизма и самоубийств оказались немногочисленными (например, в европейской части России произошло всего 1 690 самоубийств).

В голодное время начала 1920-х гг. из-за истощения люди чаще всего заболели туберкулезом и другими опасными болезнями (причины смерти тогда фиксировались неполно). Во второй половине 1930-х гг. имели место вспышки инфекционных детских заболеваний: в 1935 г. — коклюша и скарлатины, в 1936 г. — скарлатины, дифтерита и кори. В 1936—1937 гг. на погибших от скарлатины пришлось 20% умерших тогда детей, от дифтерии — 16—20%, от кори — 45—60%⁵⁸. Уровень заболевания детей корью в 1937 г. оказался необычайно высоким. В направленном в правительство секретном донесении ЦУНХУ ситуация рассматривалась как «фактическая эпидемия», охватившая, в основном, города.

Особого внимания требует изучение статистики смерти новорожденных и детей в возрасте до 1 года. В архивах сохранилась секретная записка начальника отдела населения и здравоохранения ЦУНХУ Госплана СССР В. Хотимского (август 1936 г.), в которой обобщены результаты работы сотрудников отдела по изучению детской смертности и ее причин в 1934—1935 гг. (см. таблицу 4).

Итак, около $\frac{3}{4}$ всех смертных случаев в возрасте до 1 года приходились на три перечисленные выше группы, которые и определили уровень и динамику детской смертности. «Следует сделать оговорку, что вследствие неточности в регистрации причин смерти от болезней новорожденных от врожденной слабости, удельный вес этой группы в общей смертности детей в возрасте до 1 года значительно выше», — отмечается в записке⁵⁹.

⁵⁷ Там же. Д. 109. Л. 4—6.

⁵⁸ Там же.

⁵⁹ Там же. Д. 110. Л. 5.

**Причины младенческой смертности в 1934 г.*
(в % к общему числу всех смертных случаев)**

	Болезни новорожденных, врожденная слабость	Бронхит, бронхопневмония	Детские острые желудочно-кишечные заболевания	Итого
СССР (европейская часть)	23,2	17,3	30,3	70,8
СССР	21,3	15,2	36,8	73,3
РСФСР	21,6	18,3	32,5	72,4

* По данным годовых разработок смертности по причинам.

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 110. Л. 4—5.

Здесь явно прослеживаются следы голодомора 1932—1934 гг. Истощение организма наблюдалось как у новорожденных, так и у беременных, следствием чего стала высокая смертность младенцев от врожденной слабости. Вместе с тем необходимо отметить, что желудочно-кишечные заболевания (диарея и диспепсия) также были связаны с наступившим вследствие голодания ослаблением организма и ребенка, и матери. Распространенные причины смерти от заболеваний дыхательных органов в данном случае отступали на второй план. Показательно, что именно на территории европейской части РСФСР был зафиксирован высокий процент смертей от врожденной слабости младенцев. Здесь располагались такие очаги голода, как Северный Кавказ, Поволжье, Южный Урал и т.д. Кроме того, именно в тот регион устремился поток беженцев из Украины. При анализе причин смерти, отмеченных в записке, обращает на себя внимание комплекс данных о младенческой смертности в промышленных центрах страны (см. таблицу 5).

Данные таблицы 5, собранные в городах (где строились новые и реконструировались старые промышленные объекты), показывают последствия форсированной индустриализации. Наступившее в связи с этим загрязнение окружающей среды вызвало рост заболеваний органов дыхания с летальным исходом.

В промышленные города стекались потоки рабочей силы, не обеспеченной нормальными жилищными условиями и необходимым медицинским обслуживанием. Часто жилье (в основном бараки) строили в непосредственной близости к вредным для здо-

**Коэффициенты детской смертности в возрасте до 1 года
в городах с населением свыше 50 тыс. жителей в 1934—1935 гг.
(на 1 тыс. родившихся)**

	Годы	Врожденная слабость	Болезни дыхательных органов (кроме крупозных)	Острые желудочно-кишечные заболевания
РСФСР (европейская часть)	1934	38,2	43,1	39,1
	1935	35,3	34,8	49,0
РСФСР	1934	26,2	23,7	28,7
	1935	22,4	26,2	34,1

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 110. Л. 4—5.

ровья людей предприятиям. Коммунальное хозяйство старых, но разросшихся городов находилось в кризисном состоянии. В новых городах строительство коммуникаций (водоснабжения, канализации) отставало от роста промышленных объектов и притока рабочих рук. Скученность, антисанитария, недостаток отопительных, канализационных и водоснабжающих систем приводили к росту смертности населения от желудочно-кишечных заболеваний (прежде всего, младенцев и детей). Что касается такой причины смертности младенцев, как врожденная слабость, то в 1935 г., по сравнению с 1934 г., ее удельный вес несколько понизился (голод и его последствия уходили в прошлое). Однако в конце 1930-х гг. этот показатель вновь резко возрос по причинам экологического порядка, последствием которых становились пороки внутриутробного развития детей.

Символично, что отмеченные в записке Хотимского максимально высокие коэффициенты детской смертности приходились на промышленные города с населением свыше 100 тыс. жителей: Кемерово (283,2‰), Новосибирск (264,6‰), Барнаул (253,8‰). Свыше 200‰ имели Челябинск, Сталинск, Саратов, Казань, Куйбышев, Уфа, Оренбург и др. Высокими оказались данные коэффициенты в Свердловской, Челябинской областях и Западно-Сибирском крае. В результате, подчеркивал Хотимский, страна заняла по уровню детской смертности одно из самых первых мест в Европе, опередив по этому печальному показателю Германию, Францию, Англию и Италию.

Травматизм, как причина смертности взрослого населения в 1930-х гг., был характерен для городов и являлся следствием низкой квалификации рабочих, недостаточной охраны их труда на предприятиях, а также ухудшения экологии в связи с вводом в действие вредных производств. Если в 1935 г. на 1 тыс. работников промышленности приходилось 75 случаев тяжелых травм со смертельным исходом, то в 1936 г. — уже 90. Во второй половине 1930-х гг. на Челябинском тракторном заводе, Саратовском заводе комбайнов, Люберецком заводе сельскохозяйственных машин травматизм вырос в 1,5—2 раза; увеличилось и число умерших от раковых заболеваний, особенно в Москве и Ленинграде⁶⁰.

В 1936 г. в Ярославской, Горьковской, Ивановской, Калининской, Ленинградской и Московской областях было зафиксировано превышение смертности над рождаемостью⁶¹. Так, в Горьковской области на 16,6 тыс. рождений приходилось 23,5 тыс. смертей; в Свердловской — соответственно 14,4 и 19,2 тыс.; в Ленинградской — 14,6 и 16,3 тыс. По самым приблизительным подсчетам в тот период избыточная смертность населения РСФСР (без Казахстана и Киргизии) составила примерно 5 млн человек: в основных пораженных голодом 1932—1934 гг. районах — 2,8 млн; во второй половине 1930-х гг. (особенно среди младенцев и детей) — 1,2 млн; в местах заключения — 1 млн. В начале 1937 г. были зафиксированы 2,4 млн всех категорий заключенных (вместе с охранявшими их), в начале 1939 г. — 2,9 млн; 90% заключенных составляли мужчины; в течение года в разных лагерях умирало от 5% до 25% находившихся там людей.

Исследователи неоднократно пытались дать оценку людских потерь в СССР в конце 1920-х — 1930-х гг. Теперь, учитывая все составные потерь (в том числе данные последних лет относительно 1932—1934 гг.), можно утверждать, что они составили, по самым минимальным подсчетам, более 11 млн человек.

В возрастной пирамиде обозначились новые «демографические ямы». Первая из них — в возрастной группе детей 2—4 лет. Ее удельный вес среди других групп в 1937 г. упал до 11% против 15,2% в 1926 г. Следующий «провал» пришелся на группу 15—19 лет и был связан с низкой рождаемостью в военные и первые послевоенные годы. В 1926 г. представителям этих возрастных групп было 5—9 лет

⁶⁰ Там же. Д. 82. Л. 1—3.

⁶¹ Там же. Д. 109. Л. 33—49, 51—51 об.

и они составляли 10% населения; в 1937 г. их удельный вес снизился до 8%. Если 13-летних было почти 4 млн, то 16-летних — только 2,6 млн; 17-летних — 2,5 млн. Кроме того, их отрочество пришлось на голодные годы — начало 1930-х⁶².

Значительную роль в трансформации брачно-семейных отношений в 1930-х гг. играли негативные явления в общественной жизни страны, особенно голод и массовые репрессии. По данным В.Н. Земскова, произошло значительное увеличение числа осужденных за так называемые контрреволюционные и другие особо опасные государственные преступления: в 1935 г. были осуждены 267 076 человек, в 1936 г. — 274 670; в 1937 г. — 790 665; в 1938 г. — 554 258. Важно отметить, что в 1937 г. из общей численности осужденных к высшей мере наказания приговорили 353 074 человека; в лагерях, колониях и тюрьмах находились 429 311; в ссылке и высылке — 1 366; прочие меры применили к 6 913; в 1938 г. — соответственно 328 618; 205 509; 16 842; 3 289 человек. Одновременно в стране расширились департационно-миграционные процессы⁶³.

Существенное повышение в эти годы уровня смертности населения, а также усиление нестабильности брачно-семейных отношений способствовали увеличению числа детей, живших в неполных семьях, насильно разлученных с родителями и отправленных в детские дома, сирот и т.д. Повзросло число беспризорных детей: на 1 января 1935 г. в городах СССР их было 26 тыс.⁶⁴

Многие семьи в эти годы перестали существовать. Заметную роль в этом сыграл приказ наркома внутренних дел СССР «Об операции по репрессированию жен и детей изменников Родины» от 15 августа 1937 г. В таких условиях были заметно подорваны сложившиеся ранее устои семьи. Многие дети репрессированных родителей оказались в тяжелейших условиях. Детей в возрастах 1—1,5 лет и до 3-х полных лет размещали в детских домах и яслях наркомздравов республик в пунктах жительства осужденных; 3—15 лет — в детских домах наркомпросов других республик, краев и областей и вне Москвы, Ленинграда, Киева, Тбилиси, Минска, приморских и пограничных городов. В отношении детей старше

⁶² *Жиромская В.Б., Киселев И.Н., Поляков Ю.А.* Полвека под грифом «секретно»: Всесоюзная перепись населения 1937 года. М., 1996. С. 65.

⁶³ *Население России в XX веке. Т. 1.* С. 316, 331—335.

⁶⁴ Там же. С. 183—190, 316—317, 331—335; *Корнилов Г.Е., Лаврова И.А.* Указ. соч. С. 102—116; *Мокеров И.П., Кузьмин А.И.* Экономико-демографическое развитие семьи. М., 1990. С. 65; *Сиротство и беспризорность в России ...* С. 104.

15 лет вопрос решался индивидуально, в зависимости от их возраста, возможностей существования собственным трудом или проживания на иждивении родственников. Грудных детей (вместе с их осужденными матерями) направляли в лагеря, а по достижении возраста 1—1,5 лет передавали в детские дома и ясли наркомздоров республик. Дети 3—15 лет принимались на государственное обеспечение. В 1937—1938 гг. были созданы специальные детские дома для детей, чьих родителей репрессировали.

В 1930-х гг. в нашей стране развивалось патронирование (в 1935 г. в РСФСР им были охвачены 38 тыс. детей). Оно было добровольным; предусматривалось составление письменного договора между родителями и органами народного образования. Приемные родители обязывались содержать воспитанника наравне с другими членами семьи. Государство оказывало таким родителям единовременную помощь и выплачивало ежемесячные пособия. В то же время родственникам разрешалось брать оставшихся сирот на полное их иждивение. В СССР к январю 1939 г. в детских яслях и домах находились 22 427 воспитанников, 2 915 детей возвратили матерям или отдали опекунам. Однако нередко приемные семьи не получали положенных выплат за детей, и те оказывались в тяжелых материальных и моральных условиях. Сирот и беспризорников также отдавали под опеку. В то же время многочисленные данные свидетельствовали о формальном подходе к опекаемым детям, об отсутствии должного контроля над опекунами и о частой их сменяемости. Все это приводило к возвращению детей в детские дома⁶⁵.

Негативные явления в общественной жизни страны и социальные катаклизмы изменили традиционные брачно-семейные ценности и сказались на демографическом поведении населения. В российском обществе, несмотря на запрещение в 1936 г. абортов, распространялись новые репродуктивные установки, развивалось регулирование рождаемости. В РСФСР отмечалось постепенное сокращение численности семьи. В 1939 г. в ее городах на состоявшие из двух человек семьи приходилось 27,0% (к итогу), из трех — 27,8%; четырех — 21,8%; пяти — 12,7%, шести — 6,3%, семи — 2,7%, восьми — 1,1%, девяти — 0,4%, десяти и более человек — 0,2%; в республике в целом — соответственно 20,7%; 22,6%; 21,3%; 16,0%; 10,2%; 5,4%; 2,4%; 0,9%; 0,5%. Таким образом, в го-

⁶⁵ Дети ГУЛАГа, 1918—1956. М., 2002. С. 234, 236; Сиротство и беспризорность в России ... С. 108, 111—113.

родах была большая доля семей, состоявших из 2—4 человек. Свя-зано это было с регулированием рождаемости и процессом нукле-аризации семьи. Все чаще супруги жили отдельно от родителей и семей своих братьев и сестер. В то же время в эти годы уровень рождаемости сельского населения оставался высоким⁶⁶.

Во второй половине 1930-х гг. советское правительство, пы-таясь преодолеть последствия демографического кризиса, акти-визировало политику по охране материнства и детства. Стремясь в кратчайшие сроки повысить рождаемость, в 1935 г. оно приня-ло закон о запрете аборт (вступил в действие в 1936 г.). Однако эта пронаталистская мера имела кратковременный эффект. Вско-ре проявились и негативные последствия этой административной меры — рост числа подпольных абортов и увеличение материн-ской смертности.

Разумеется, пронаталистская политика не сводилась к запрету абортов. В тот период в стране существовали декретные отпуска, выплачивались пособия многодетным и неполным семьям, до-тации на приобретение детских товаров. Правда, они были одно-образны по ассортименту, но доступны семьям со средним (и ниже) достатком. Расширялась сеть детсадов и яслей. В 1940 г. в РСФСР действовало около 30 тыс. постоянных дошкольных уч-реждений, которые посещали 1,3 млн детей⁶⁷.

Основным направлением демографической политики рас-сматриваемого периода стали борьба со сверхсмертностью детей (прежде всего, от инфекционных болезней) и укрепление детско-го здоровья. Активно и успешно работали стационары, регулярно производились вакцинации и профилактические осмотры детей.

Действенными мерами укрепления их здоровья, помимо прак-тиковавшихся с 1920-х гг. санаториев, стали выезды детских садов на летний отдых на дачи. Для младших школьников и подростков были организованы пионерские и спортивные лагеря (летние и зимние). Кроме отдыха на свежем воздухе дети получали регуляр-ное калорийное питание, занимались спортом и творчеством в различных секциях и кружках. Через эти оздоровительные учреж-дения прошли десятки тысяч детей. Такая практика, несмотря на ряд издержек (заорганизованность, администрирование и проч.), несомненно, улучшала детское здоровье.

⁶⁶ Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги: Россия. С. 36; На-селение Западной Сибири в XX веке. Новосибирск, 1997. С. 60.

⁶⁷ Народное хозяйство СССР, 1922—1972. С. 514.

Благодаря проведению во второй половине 1930-х гг. активной демографической политики практически на всей территории РСФСР наблюдался положительный естественный прирост населения. Этому способствовали и сохранившиеся еще элементы традиционного типа воспроизводства населения. Однако людские потери первой половины 1930-х гг. полностью компенсированы не были.

Трансформация традиционных ценностей брачно-семейных отношений усилила нуклеаризацию семьи, особенно городской. На территории РСФСР преобладала простая семья, состоявшая из брачной пары и детей, главой которой в большинстве случаев являлся мужчина. В то же время увеличилось число неполных семей, где главенствовали матери.

В эти годы возросла роль женщин в российском обществе. В 1939 г. их доля среди руководителей партийных организаций, государственных, кооперативных и общественных учреждений и предприятий составляла 14,6%; научных работников, профессоров и преподавателей вузов — 35,8%; медицинских работников — 88,9% и т.д. Вырос образовательный уровень представительниц слабого пола — на 1 тыс. населения среднее образование имели 153,5 женщины и 162,9 мужчины; высшее образование — соответственно 10,9 и 22,5⁶⁸. К тому же, женщины активно учились и нередко занимались общественной работой, усиливался их авторитет в семье. Все это способствовало росту экономической самостоятельности женщин.

По данным Всесоюзной переписи населения 1939 г., возросло число женщин, ставших главами своих семей. Хотя в городах РСФСР главенствующая роль в них принадлежала 77,0% мужчин, но доля женщин достигала уже 23,0%; в селах — соответственно 78,9% и 21,1%⁶⁹.

В 1930-х гг. в семейно-брачных отношениях действовали различные, часто противоречивые, тенденции. С одной стороны, росла самостоятельность женщин и молодых членов семей, которые активно вовлекались в производственную деятельность, участвовали в общественной жизни. Все это приводило к демократизации внутрисемейных отношений и ослаблению авторитарно-патриархальных начал в семьях, даже в сельских. Соответственно, менялось в них и положение детей — были расширены их права и уси-

⁶⁸ Всесоюзная перепись населения 1939 года: основные итоги: Россия. С. 104, 163, 165, 167, 169, 174, 175, 177 (подсчеты авторов).

⁶⁹ Там же. С. 37.

лился государственно-общественный контроль за их содержанием и воспитанием в семьях. Осуждалось домашнее насилие, ограничивался детский труд (часто непосильный) в домашнем хозяйстве, государственно-административными методами обеспечивалось право детей на обучение, посещение ими школьных и дошкольных учреждений, разного рода кружков, на участие в культурно-общественных и спортивно-оздоровительных мероприятиях. Родители уже не могли ни юридически, ни фактически полностью регламентировать жизнь своих детей, даже малолетних. В принципе, это обеспечивало права каждого ребенка, оберегало и улучшало его здоровье и развитие.

С другой стороны, такое воспитание было нацелено исключительно на утверждение в детском сознании примата «коллективизма», «общественного» интереса над индивидуальным и семейным, что порой приводило к нарушению связи «родители — дети», отдаляло их друг от друга, в целом осложняло положение ребенка в семье и его отношения с родителями, братьями и сестрами. В результате негативных последствий подобных воспитательных установок сверстники (тоже дети) высмеивали своих одноклассников даже за самую необходимую помощь родителям по хозяйству («батраком заделался»), за «возню» с младшими братишками и сестренками («в няньки записался») и самое обычное послушание («мамочкин сынок/дочка»). Понятие же «почтение» по отношению к родителям считалось «старорежимным». Подобная воспитательная политика грубо нарушала естественные человеческие отношения в семье.

Был и еще один негативный момент. Родителей «перегружали» на производстве, отправляли в бесконечные командировки, обременяли многочисленными «общественными нагрузками», требовали посещать массу разного рода собраний во вне рабочее время, в итоге, время на общение с собственными детьми сокращалось до *minimum minimorum*.

Особая ситуация складывалась в семьях репрессированных: правительство поощряло развод с «врагом народа» и отречение детей от родителей.

Такого рода семейная политика не укрепляла семьи и заложила негативные тенденции, которые впоследствии способствовали развитию послевоенного кризиса института семьи. Однако в 1930-х гг. еще сохранялись довольно сильные традиционные установки на сохранение семьи и высокую ценность детей.

«Детство, опаленное войной»

В годы Великой Отечественной войны миллионы детей, оставшихся без родителей, оказались в приемных семьях, детских домах и в детских учреждениях, в том числе в санаториях, кадетских колониях по дому и школе, мая младшие братья и сестры, они часто голодно выжидали и становились самостоятельными. В блокадном Ленинграде дети работали на оборонных предприятиях, тушили зажигательные бомбы, были сапёрами, участвовали в партизанском движении, работали на больницах, обслуживали от голода людей и многое другое. Пережитые детьми тяготы и лишения еще долго после войны сказывались на их здоровье, морально-психологическом самочувствии, настроении, поведении и взаимоотношениях в семье.

§ 1. Родяемость, младенческая и детская смертность, заболеваемость

За годы войны из-за высокой рождаемости и сверхсмертности детей произошло резкое сокращение их численности в населении страны. Большие потери отмечались не только среди оккупированных групп, принимавших непосредственное участие в войне, но и среди рожденных в военные годы, утративших детство и отрочество¹ пришло к этому времени.

В январе 1946 г. в Удмуртии насчитывалось 6 млн 825 тыс. детей 1941—1945 гг. рождения. Интенсивность их численности начала быстро убывать, в первые месяцы 1950 г. — более чем на 500 тысяч человек, а детей 1946—1950 гг. рождения — почти на 450 тыс. Рождаемость в 1936—1940 гг. достигалась 14 млн 545 тыс. человек — на 6 млн 000 тыс. в начале войны, а в ее конце 19-ая годовая высокая смертность их численность сократилась на 1 млн 870 тыс. (на 12%)².

Понесли жертвы и подростки 1926—1930 гг. рождения в период войны 10—14-летних было 13 млн 350 тыс., в конце — на 734 тыс. меньше. На их долю выпал голод 1932—1934 гг. — тяжелой труд и пенные годы, насилье заболеваемость тифом и 14 частой смертельной истерией и другие тифом. Только в Москве в первые годы

¹ См. также: В. Смирнов, «Судьбы детей войны», М., 1991, с. 102—103, 107—108.

² См. также: Е. М. Лаврова, Г. В. Завискин, В. С. Фролов, «Воспитание детей войны в учреждениях культуры», М., 1990, с. 11—12.

В годы Великой Отечественной войны дети оказались в тяжелейших условиях. Теряя близких, работая наравне со взрослыми на производстве и в сельском хозяйстве, в госпиталях и сандружинах, выполняя обязанности по дому и поднимая младших братьев и сестер, они очень быстро выросли и становились самостоятельными. В блокадном Ленинграде дети работали на оборонных предприятиях, тушили зажигательные бомбы, были связистами, готовили город к зиме, ухаживали за больными, обессилившими от голода людьми и многое другое¹. Пережитые детьми тяготы и лишения еще долго после войны сказывались на их здоровье, морально-психологическом самочувствии, настроении, поведении и взаимоотношениях в семье.

§ 1. Рождаемость, младенческая и детская смертность, заболеваемость

За годы войны из-за низкой рождаемости и сверхсмертности детей произошло резкое сокращение их численности в населении страны. Большие потери отмечались не только среди возрастных групп, принимавших непосредственное участие в войне, но и среди рожденных в военные годы, а также тех, чье детство и отрочество пришлось на это время.

В начале 1946 г. в России насчитывалось 6 млн 825 тыс. детей 1941—1945 гг. рождения. Впоследствии их численность начала быстро убывать: в первые месяцы 1956 г. — более чем на 500 тыс. человек, а детей 1946—1950 гг. рождения — почти на 450 тыс. Рожденных в 1936—1940 гг. насчитывалось 14 млн 848 тыс. человек — им было 0—4 года в начале войны, а к ее концу из-за очень высокой смертности их численность сократилась на 1 млн 870 тыс. (на 12%)².

Понесли жертвы и подростки 1926—1930 гг. рождения: в начале войны 10—14-летних было 13 млн 450 тыс., в конце — на 734 тыс. меньше. На их долю выпал голод 1932—1934 гг., тяжелый труд в военные годы, высокая заболеваемость, травматизм часто со смертельным исходом и другие тяготы. Только в Москве за первые годы

¹ Бродицкая Ю. Из блокнота военного времени // Дети города-героя. Л., 1974. С. 8—11.

² См.: Андреев Е.М., Дарский Л.Е., Харьковская Т.Л. Указ. соч. Прил. 1; Жиромская В.В. Жизненный потенциал ... С. 47—48.

войны от травм погибло более 15 тыс. подростков³. Следует учесть, что дети этого возраста участвовали в боевых действиях — в партизанских отрядах и подполье, а также помогали взрослым в отрядах противовоздушной обороны и на строительстве оборонительных сооружений.

В возрастной структуре населения РСФСР понизилась доля самых перспективных в демографическом отношении групп — детей и подростков. Наибольший уровень младенческой смертности в тыловых российских районах был зафиксирован в 1942 г.: на 1 тыс. родившихся в 1940 г. умерли 228 мальчиков; в 1941 г. — 209; в 1942 г. — 329; девочек — соответственно 200; 184; 298.

Высокая детская смертность была связана и с распространением в стране острых инфекционных и желудочно-кишечных болезней, а также заболеваний органов дыхания, главным образом, туберкулеза и воспаления легких. Дети, особенно в возрасте до 1 года, умирали от врожденной слабости, пороков развития, преждевременных рождений, непосредственно вызванных тяжелыми условиями жизни, плохим питанием, недостаточным медицинским и медикаментозным обслуживанием. В 1945 г. в РСФСР живыми родились 84,5 тыс. младенцев, из них недоношенными — 37,5 тыс. (4,8%); мертворожденных было почти 8 тыс.; 14 тыс. умерли вскоре после рождения, среди них преобладали недоношенные — 9 тыс. (64%). Кроме того, уже после голода 1947—1948 гг. еще несколько лет сохранялась высокая младенческая смертность. Во многих регионах она превышала 100‰, иными словами, из каждой 1 тыс. новорожденных на первом году жизни умирали более 105. Негативную роль сыграл фактор ослабления организмов беременных. Так, у женщин, родившихся в 1942 г., смертность их детей была на 55% выше довоенной нормы, в 1943 г. — на 10%, в 1944 г. — на 3%.

В связи с этим настораживает специфика возрастной пирамиды населения конца 1950-х гг.: пониженные численность и удельный вес подростково-юношеской группы — 10—19-летних (менее 15% населения РСФСР), как правило, родившихся во время войны или переживших ее в раннем детстве. Аналогичная ситуация сложилась и для следующей группы — 20—24-летних (менее 10%), на долю которой выпали эпидемии 1930-х гг. и тяготы военного дет-

³ *Жиромская В.Б.* Основные тенденции демографического развития России в XX веке. С. 134.

ства. Таким образом, значительные людские потери в годы войны обусловили появление «демографических ям» в возрастной структуре российского населения.

В период Второй мировой войны детская смертность увеличилась и в западных странах: в Бельгии в 1940—1941 гг. — на 12,5%, по сравнению с уровнем 1937—1939 гг., в 1945 г. — на 21%; во Франции в 1940—1945 гг. — на 28%; в Нидерландах — на 33%⁴. Однако после войны во многих государствах Западной и Центральной Европы, а также в США произошел взрыв компенсаторной рождаемости, который в зарубежной литературе получил название «бэби-бум».

Имелись ли условия для его реализации в СССР и состоялся ли он в России? Теперь можно судить об этом с известной степенью достоверности, поскольку открыты архивные данные текущего учета населения. На развитие демографических процессов в стране в послевоенное время негативно повлияло несколько факторов. Во-первых, советская экономика переживала напряженный восстановительный период, когда на оккупированной и прифронтовых территориях буквально из пепла надо было возрождать города и села, перестраивать все хозяйство страны на мирный лад. Во-вторых, люди были истощены физически и морально-психологически после сверхчеловеческого напряжения во имя Победы. В-третьих, отрицательную роль сыграла гибель мужчин в рабочих репродуктивных возрастах, вследствие чего возникла диспропорция возрастно-половой структуры населения. Дисбаланс в соотношении полов привел к нарушению брачности, увеличению числа разводов, появлению массы вдов и матерей-одиночек. В-четвертых, ухудшились бытовые условия жизни и питание людей, не хватало медперсонала и медикаментов. Наконец, война привела к ухудшению экологической ситуации в СССР.

Правительство пыталось исправить это положение путем осуществления демографической политики. Однако сразу справиться с последствиями вышеназванных факторов — глубокими и долгосрочными — оказалось нереально, можно было только смягчить их негативное воздействие.

Безусловно, в России началось увеличение рождаемости, но эта тенденция была непоследовательна и неоднозначна. Анализ кон-

⁴ Козлов В.С. Естественное движение населения капиталистических стран Европы. М., 1959. С. 124.

кретных данных послевоенной статистики населения дает возможность проследить процесс развития послевоенной демографической компенсации.

В 1946 г. в РСФСР родилось 2 332,8 тыс. человек, умерло 1 064,8 тыс., т.е. естественный прирост составил 1 268 тыс. В относительном выражении рождаемость составила 26‰, вдвое превысив смертность⁵. Первый послевоенный год дал надежду на реализацию процесса демографической компенсации, но в 1947—1948 гг. в стране был неурожай, за которым последовал голод.

Уже в 1947 г. в РСФСР рождаемость составила 24,5‰, смертность — 13,8‰; естественный прирост, соответственно, стал меньше — 10‰. При этом данные показатели не так ярко отражают ухудшение положения в республике в целом из-за различия демографической ситуации в ее разных районах⁶. Однако в 1947 г. в производящих областях (Воронежской, Ярославской) отмечался отрицательный прирост населения: —0,8‰; —0,2‰ соответственно; в Тамбовской области смертность превысила рождаемость в 1,2 раза; на севере Вологодской — в 1,5. В ряде областей Среднего и Нижнего Поволжья (Костромской, Сталинградской, Саратовской, Астраханской, Горьковской и др.) естественный прирост был близок к нулю. Если в Поволжье и Черноземье отрицательный баланс населения имел место в апреле—августе, то в Вологодской области — в марте, затем — с сентября по конец года. Впрочем, в декабре во многих регионах смертность превысила рождаемость, т.е. в 1948 г. страну ожидал демографический кризис.

Общие показатели смертности были невысокими лишь в некоторых областях европейской части РСФСР, а рождаемость резко снизилась, по сравнению с 1946 г., что считается аномальным для периода демографической компенсации. Так, в 1947 г. рождаемость понизилась: в Горьковской области ее коэффициент составил 5,7‰; в Кировской — 6,1‰; в Сталинградской — 3,8‰; Ивановской — 5,2‰; Астраханской — 4,5‰; Брянской — 5,1‰⁷.

В автономиях также наблюдалось снижение ее коэффициента: например, в Башкирии — 6,4‰, в Чечне — 5,3‰. Довольно высоким он оставался в Сибири: в Красноярском крае — 25,1‰, в

⁵ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 636. Л. 3.

⁶ Там же. Л. 12—16, 28—52, 101—111; Д. 701. Л. 1—22 (подсчеты В.Б. Жиромской).

⁷ Жиромская В.Б. Основные тенденции демографического развития России в XX веке. С. 149—150.

Алтайском — 35,1‰, зато и смертность там была выше — 13‰ и 15‰ соответственно; прирост населения 12‰. Но в Приморском и Хабаровском краях рождаемость уже не превышала 13‰, а прирост населения 7‰. В целом в большинстве областей России (кроме южных регионов и Восточной Сибири) отмечалось резкое падение рождаемости.

Другое характерное для 1947 г. тревожное демографическое явление — это резкое возрастание младенческой смертности (до года). В целом в РСФСР ее коэффициент поднялся до 127,5‰ (по сравнению с 1946 г. — в 1,7 раза). Если в Восточной Сибири, Краснодарском крае и на Алтае этот печальный показатель заметно ниже общероссийского — соответственно 120‰; 115,6‰; 112‰, то на Дальнем Востоке, в Центральной России, на Урале он астрономически высок: в Хабаровском крае — 171‰, в Калининской области — 151‰; Ивановской — 164‰; Иркутской — 183‰; Кемеровской — 203‰; Ярославской — 208‰; Сталинградской — 164‰; Астраханской — 275‰; Воронежской — 295‰ и др. На этом фоне относительно благополучнее была ситуация в западных областях, например, в Брянской области коэффициент детской смертности составил 94‰, а в автономиях — неоднозначна: в Башкирии — более 135‰ (выше общероссийского), в Дагестане — 95‰ (самый низкий показатель). Тем не менее из-за повсеместного повышения именно младенческой смертности бэби-бум в стране не состоялся.

В 1947 г. причинами смертности младенцев до 1 года были голод и такие болезни, как диспепсия, дизентерия, гастро- и энтероколиты, воспаление легких. Например, в Ростове-на-Дону из 1 239 детей от диспепсии умерли 162 ребенка, от гастро- и энтероколита — 413, от воспаления легких — 293 (почти $\frac{3}{4}$ всех смертей происходило от этих причин); в Саратове из 1 431 умершего ребенка — соответственно 256; 104; 359; кроме того, от дизентерии — 249. В Свердловске из 2 855 детей от диспепсии умерли 116, от колита — 297, от воспаления легких — 758, от дизентерии — 702 ребенка⁸.

В более благополучных районах (на Ставрополье, в западных областях, Западной Сибири) младенцы гибли, в основном, от простудных заболеваний, для того времени традиционных. В Туле было довольно много случаев смерти от диспепсии, не характерной в принципе для этой области, в Ярославле из 1 562 младенцев от дизентерии умерли 145, от диспепсии — 164, колита — 182, воспали-

⁸ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 20. Д. 701. Л. 1—22.

ния легких — 356 (⅓ всех смертей от вышеназванных причин) и т.д. Врожденные пороки развития встречались очень редко. В принципе, такой набор экзогенных причин смерти младенцев свидетельствует об очень неблагоприятной ситуации, крайне отрицательно сказавшейся на протекании демографической компенсации.

В 1948 г. во многих регионах РСФСР рождаемость снизилась: в Ставрополье она составила 97,5% от уровня относительно благополучного 1946 г.; в Воронежской области — 97,5%; Курской — 84,7%; Московской — 89,5%; Владимирской — 101,3% (почти нулевой прирост), Ивановской — 93,5%; Калининской — 98,2%; Ленинградской — 76,1%; Новгородской — 91,2%; Вологодской — 79,1; Мурманской — 90,8%; Горьковской — 98,0%; Саратовской — 97,95%; Кировской — 94,2%. В результате голода и миграции населения из голодных мест в Вологодской, Владимирской, Калининской, Воронежской, Горьковской, Ивановской, Тамбовской, Ярославской, Рязанской, Костромской, Курской, Ленинградской и ряде других областей Центральной России в конце зимы и весной (чаще всего в феврале—апреле) 1948 г. отмечался отрицательный естественный прирост населения. Аналогичный показатель был зафиксирован в марте—мае в Удмуртской АССР и в апреле — в Чувашской АССР. На Урале низкий естественный прирост (93,2% по сравнению с 1946 г.) и убыль городского населения в апреле, а в сельской местности — в апреле—мае отмечались в Свердловской области.

Голод 1946—1947 гг., протекавший как в острых, так и в латентных формах, охватил довольно обширную территорию России, включая промышленный центр, в том числе Ленинградскую и Московскую области. При анализе демографических последствий голода следует учитывать следующие факторы: сохранившийся после войны дефицит продуктов питания, ослабленное напряжением военных лет (ранения, недоедание, тяжелый труд, нервное напряжение) физическое здоровье населения.

Однако в 1948 г. коэффициент младенческой смертности в южных районах, Центрально-Промышленном районе, части Поволжья и Центрального Черноземья был уже меньше показателя 1947 г., когда он значительно превышал 100‰: например, в Воронежской области — 70,7‰; в Куйбышевской — 80‰; Саратовской — 68‰; Московской — 82,7‰; Костромской — 94,2‰; Краснодарском крае — 64,6‰. На Дальнем Востоке и в Восточной Сибири положение тоже оказалось относительно благополучным — 95—96‰. Однако имелись и «тревожные» регионы: Вла-

димирская область — 112‰, Вологодская — 123,8‰ и особенно Свердловская — 133,5‰.

Кризисная ситуация с рождаемостью изменилась в 1949 г., когда демографическая компенсация начала активно реализовываться. Почти во всех регионах России рождаемость повысилась, причем значительно. Так, по сравнению с 1946 г., в Вологодской области она составила 124%, во Владимирской — 128,5%; в Воронежской — 129,1%; Кемеровской — 133,1%; Новосибирской — 139,6%; Свердловской — 136%; Смоленской — 144,2%; в Ставропольском крае — 121,8%; в Татарской АССР — 125,5%; Чувашской АССР — 120,8% и др. Рост рождаемости наблюдался не только там, где было зафиксировано ее падение в голодные годы, но и в относительно «благополучных» районах. Более медленные темпы ее роста были характерны для Нижнего Поволжья: Куйбышевская область — 112,8%, Саратовская — 105%.

Однако уже в 1950 г., по сравнению с 1946 г., в Вологодской области рождаемость поднялась только на 11,8%; Владимирской — на 18,2%; Воронежской — на 3,6%; в Татарской АССР — на 9,9%; в Ставрополье — на 8,4%. Высокие темпы ее роста сохранялись в Сибири, например, в Омской области — на 31%. Так же высоко поднялась рождаемость в Калужской области — на 22,5% больше; в Ивановской — на 19%; в Удмуртской АССР — на 36,6%; в Коми — на 31%.

В 1950 г. рождаемость в Московской области, по сравнению с 1946 г., немного повысилась — на 9%, однако в абсолютных данных это хороший показатель, учитывая густонаселенность Подмосковья: 120 тыс. новорожденных вместо 110 тыс. — в 1946 г. и 99 тыс. — в 1948 г.

В то же время имелись регионы, где рождаемость сократилась, например, на Дальнем Востоке: в Приморском крае она составила 95,6% относительно послевоенного года, в Хабаровском — 67,8%. Из областей Центральной России можно выделить Саратовскую область — понижение произошло почти на 10%.

Таким образом, период повышенной компенсаторной рождаемости после войны оказался очень коротким, был фактически прерван голодом 1947 г. и в основном охватил лишь конец 1940-х — начало 1950-х гг. Следует учесть, что рождаемость, несмотря на ее повышение в компенсаторный период, ни разу так и не поднялась на довоенный уровень. В стране не было «демографического выигрыша», т.е. активного пополнения населения молодым поколе-

нием, как это произошло во многих западных странах. В России бэби-бум практически не состоялся, очень скоро вместо него наступил бэби-спад.

Война нанесла значительный урон здоровью детей. Данные ЦСУ СССР и РСФСР показывают, что во второй половине 1940-х гг. основными детскими болезнями оставались туберкулез и воспаление легких, сердечно-сосудистые и желудочно-кишечные заболевания, рак и другие злокачественные новообразования. В 1949 г. в российских городах смертность от этих болезней составляла 60% общего числа умерших. В 1950 г. туберкулез, занимавший в 1949 г. первое место по удельному весу, передвинулся на третье место, причем среди причин смерти увеличилась доля желудочно-кишечных и онкологических заболеваний. В 1949 г. от болезней сердца скончалось 13,5% всех умерших детей; от воспаления легких — 12,5%; туберкулеза — 14,5%; желудочно-кишечных заболеваний — 10,5%; онкологических болезней — 9,5%; в 1950 г. — соответственно 13,6%; 13,3%; 12,3%; 11,4%; 10,1%.

В конце 1940-х гг. в городах РСФСР 32,9% младенцев (в возрасте до года) умирало от воспаления легких и 28,6% — от болезней желудочно-кишечного тракта. Особо обращает на себя внимание высокая смертность от врожденной слабости, преждевременного рождения и различных болезней младенцев. В 1945 г. родились живыми 784,5 тыс. детей, из них недоношенными — 37,5 тыс. (4,8%); мертворожденных было почти 18 тыс.; 14 тыс. умерли вскоре после рождения, среди них преобладали недоношенные — 9 тыс. (64%). Смертность среди последних в начале 1950-х гг. составляла ежегодно около 20% их общего числа. В 1954 г., по сравнению с 1953-м, число мертворожденных выросло более чем на 2%, что свидетельствовало об ухудшении генофонда населения.

Война отрицательно сказалась на физическом развитии младенцев. Как показали исследования, это происходило из-за нарушения полноценного внутриутробного развития детей в военные годы вследствие недостаточного питания матерей⁹. В Ленинграде, например, в 1941 г. суммарные средние величины веса новорожденных были более чем на 100 г ниже по сравнению с 1938—1940 гг. В 1942 г. физическое состояние новорожденных резко ухудшилось: средний вес понизился на 600 г, средний рост — на

⁹ Поляков Ю.А., Жиромская В.Б., Араловец Н.А. «Демографическое эхо» войны // Война и общество, 1941—1945. М., 2004. Кн. 2. С. 250—258.

2 см, окружность груди меньше на 1,5 см, головы — на 1,3 см. По данным 1965 г., у детей, рожденных в Москве в 1943—1944 гг., вес в сравнении с рожденными в 1937 г. ко времени достижения ими года жизни, был меньше на 650 г, а рост — на 1,5 см.

В Свердловске наблюдалась та же картина: в 1942 г. вес новорожденных снизился на 200 г у мальчиков и на 171 г — у девочек, рост уменьшился — соответственно на 0,71 и 0,74 см. Ухудшилось и физическое развитие дошкольников. Рост мальчиков 4—7 лет в 1945 г. был меньше на 4—5 см, чем у детей того же возраста в 1938 г., вес уменьшился на 2 кг у семилетних и на 1 кг у четырехлетних. Аналогичная ситуация была характерна для школьников: во время войны у девочек наблюдалось отставание роста, особенно у 11-летних, у мальчиков максимальное отставание в физическом развитии падало на возраст 13—14 лет. Вследствие этого в 1945 г. подростки всех возрастных групп оказались физически слабее, чем их сверстники в 1939 г.

Изучение влияния физического развития новорожденных и детей дошкольного возраста на продолжительность их жизни показало, что дефицит роста, веса, обусловленные тяжелыми материальными условиями жизни на протяжении 6—8 военных и послевоенных лет, даже при благоприятных условиях оставался некомпенсированным в течение последующих 13—15 лет. В СССР по отдельным возрастным группам ситуация нормализовалась только к 1956—1958 гг. Последствия войны привели к росту заболеваемости и смертности у переживших войну людей (особенно в младенческих и детских возрастах).

Согласно анализу медицинской статистики, у поколения, родившегося в 1941—1948 гг., заболеваемость и смертность, в том числе в молодых и средних возрастах, была значительно выше, чем у лиц предшествовавших и последующих лет рождения. Прекращение увеличения продолжительности жизни в нашей стране к началу 1970-х гг. и последовавшее вскоре уменьшение этого показателя во многом объясняются пониженным жизненным потенциалом тех, кто родился во время войны и в первые послевоенные годы.

Война изменила и структуру инвалидности. Согласно данным исследования 1965 г., наиболее распространенным видом последствий ранений военных лет стали остаточные явления травм головного мозга, огнестрельные остеомиелиты и болезни культей, поражения периферических нервов, а также органов зрения, грудной клетки, позвоночника и спинного мозга, органов брюшной поло-

сти, челюстно-лицевой области, заболевания внутренних органов и полученных на фронте ложных суставов, незаживающие раны. Причем эти осложнения давали о себе знать в течение восьми лет после ранений у более половины больных, лечившихся в госпиталях; рецидивы осложнений (воспалительные процессы в области ранений) проявлялись каждые три года.

Итак, война значительно ослабила здоровье не только перенесших ее людей, но и их потомства, что негативно отразилось в будущем на характере заболеваемости, показателях смертности и рождаемости населения, потребовало больших затрат на его социальное обеспечение. Повышение смертности в послевоенные годы существенно снизило естественный прирост населения. «Демографическое эхо» войны сказывалось на протяжении нескольких десятилетий.

Только к концу 1950-х гг. удалось добиться существенного снижения детской и младенческой смертности. В 1958—1959 гг. смертность детей в возрасте 0—4 года, по сравнению с 1938—1939 гг., понизилась в 6,4 раза; 5—9 лет — в 5; 10—14 лет — в 3,2; 15—19 лет — в 2,6 раза¹⁰. На 1 тыс. родившихся в СССР умерли в возрасте до 1 года: в 1950 г. — 81 ребенок; в 1955 г. — 60; 1958 г. — 40,6; 1960 г. — 36 детей.

Хотя в послевоенный период в РСФСР сократился уровень младенческой и детской смертности (прежде всего в городах, чему способствовали оказание качественной медицинской помощи детям, улучшение их питания и жилищных условий), однако ее уровень, несмотря на тенденцию к снижению, в целом по стране оставался довольно высоким в сравнении с некоторыми европейскими странами и США (относительно детей в возрасте до 1 года см. таблицу б).

В условиях мирного времени активно шел процесс демографического перехода, второй его фазы, связанной с сокращением рождаемости. Во второй половине 1950-х гг. в РСФСР рождаемость снижалась: 1950 г. — 26,9‰; 1955 г. — 25,7‰; 1959 г. — 23,7‰. Процесс происходил очень быстро, практически не оставляя воз-

¹⁰ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 2237. Л. 1—50; Д. 2645. Л. 8, 11, 16, 96; Д. 2658. Л. 1; Д. 3169. Л. 6; Д. 3806. Л. 2; Д. 3807. Л. 22—34; Д. 3820. Л. 5; Д. 4485. Л. 1, 3, 21, 101, 147; Оп. 33. Д. 413. Л. 214; Д. 420. Л. 70; Д. 421. Л. 28, 54; Д. 422. Л. 90; Д. 1065. Л. 66, 278, 315; Д. 1071. Л. 39; Д. 1072. Л. 803; Д. 1697. Л. 13; Д. 1699. Л. 51; Д. 2186. Л. 189; Д. 2187. Л. 8, 89; Д. 2192. Л. 250; Д. 2638. Л. 1—20 (подсчеты авторов); Демографическая ситуация в СССР в 40-е годы: (по документам «особой папки» Сталина) // Отечественные архивы. 1996. № 2. С. 30, 33.

Таблица 6

**Младенческая смертность в Европе и США
(на 1 тыс. родившихся)**

Год	США	Англия	Франция
1951	29	31	50
1956	26	25	36

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 1053. Л. 9; Д. 3662. Л. 1—2; Д. 4529. Л. 125; Население СССР за 70 лет. М., 1988. С. 121.

возможности для реализации «демографического выигрыша», не говоря уже о «взрыве». Впоследствии эта особенность (нарушение в соотношении фаз демографического перехода) привела к быстрому старению населения и породила множество социальных и экономических проблем в России.

§ 2. Забота о детях в военные и послевоенные годы

В начале войны была организована срочная эвакуация детей из прифронтовых районов. Большинство учащихся школ, воспитанников детских домов, детсадов, яслей, домов ребенка, а также неорганизованных детей, в том числе потерявших родителей, эвакуировали в глубь страны. В инструкции Наркомздрава СССР от 20 августа 1941 г. отмечалась необходимость обеспечения в пути следования детей их круглосуточного медицинского обслуживания. Предлагалось уделять особое внимание выявлению больных инфекционными заболеваниями.

Особые трудности вызвала эвакуация детей из блокадного Ленинграда. Медики составляли краткие истории болезней или карточки на эвакуированных детей, что давало возможность учесть их количество, состояние здоровья, болезни и т.д. По ходу следования эвакуированных — на крупных вокзалах или пристанях — организовывалось круглосуточное дежурство врачей, создавались специальные комнаты для отдыха здоровых детей, а также изоляторы для заболевших. Кроме того, в комнатах матери и ребенка детей кормили и при необходимости выдавали одежду.

Согласно вышеназванной инструкции, предлагалось обеспечить детей в местах нового расселения первоочередной и квалифицированной лечебно-профилактической помощью; не допускать

распространения детских инфекций; организовать в городах помощь больным детям на дому; полностью госпитализировать больных скарлатиной, дифтерией, дизентерией, осложненной корью; взять на учет детским консультациям всех прибывших в район их деятельности детей в возрасте до трех лет; наладить усиленное патронажное обслуживание (прежде всего, в семьях, расселенных в бараках или общежитиях); расширить работу молочных кухонь, особенно для питания эвакуированных грудных детей; организовать широкую сеть раздаточных пищевых пунктов; установить повседневное медицинское наблюдение за детскими учреждениями системы Наркомпроса¹¹.

На новых местах детей осматривали врачи, проводили их санитарную обработку и делали им прививки. Больных госпитализировали, а детей с подозрениями на инфекционные болезни выделяли в отдельные помещения; здоровых размещали в специальных интернатах. В восточных районах страны для эвакуированных детей было организовано 1 835 учреждений (на 192 тыс. мест), в которых направили 987 врачей и 1 900 медицинских сестер. Кроме того, открывавшиеся там детские сады и ясли позволяли работать женщинам-матерям. Особое внимание уделялось эвакуированным юным ленинградцам. Принятые меры имели позитивный результат: если в 1942 г. среди них было 50% ослабленных детей, то в 1943 г. — всего 1%¹².

В специальном постановлении коллегии Наркомздрава СССР об обслуживании эвакуированных детских учреждений (6 января 1943 г.) было заявлено о необходимости закончить их укомплектование медицинскими работниками; провести к 1 мая проверку состояния здоровья всех находившихся там детей. Предлагалось изолировать больных кожными грибковыми заболеваниями и туберкулезом — в санатории и стационары; в месячный срок ликвидировать распространившуюся среди детей чесотку¹³.

В годы войны проводились мероприятия по улучшению медицинского обслуживания и питания детей. 27 октября 1942 г. СНК СССР принял соответствующее постановление, в котором отме-

¹¹ *Виноградов Н.А.* Указ. соч. С. 27, 28—29.

¹² Там же. С. 28, 29; *Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С.* Советское здравоохранение и военная медицина в Великой Отечественной войне, 1941—1945. Л., 1985. С. 197.

¹³ *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны, 1941—1945: сб. документов и материалов.* М., 1977. С. 244.

чалась необходимость расширения сети детских учреждений, установления в крупных городах норм снабжения детей молоком, организации столовых усиленного и диетического питания для детей в возрасте от 3 до 13 лет¹⁴.

В Москве в 1942 г. активно осуществлялся патронаж младенцев, а также велось наблюдение за недоношенными и ослабленными детьми. Работали детские консультации, открывались дневные стационары на 306 коек: зимой — для ослабленных детей, летом — с острой диспепсией¹⁵.

В соответствии с вышеназванным постановлением 3 ноября 1942 г. вышел приказ Наркомздрава СССР о восстановлении к 1 декабря участковой системы обслуживания детей в городских детских и смешанных (детских и женских) консультациях, детских поликлиниках и отделениях общих поликлиник с полным медицинским обслуживанием больных детей на дому, а также об обеспечении новорожденных патронажем. Предполагалось направить во все детские лечебные учреждения врачей и патронажных сестер из расчета: на каждый врачебный участок — один участковый педиатр на 1—1,2 тыс. детей в возрасте от трех лет и две патронажные сестры. Все сельские врачебные участки укомплектовывались патронажными сестрами из расчета: одна сестра — один участок.

Чтобы приблизить врачебное обслуживание к месту жительства детей, «разукрупняли» консультации и поликлиники с большим радиусом обслуживания¹⁶. Важно отметить, что через детские консультации было организовано питание детей заболевших матерей.

Осуществление профилактической и лечебной помощи возлагалось на районных и городских педиатров, руководивших работой детских учреждений. В их обязанности входили организация подготовки и повышение уровня квалификации персонала, расширение сети расположенных в восточных районах страны учреждений, а также выявление и госпитализация заболевших (особенно инфекционными болезнями) детей. Число коек в детских больницах повысилось на 11,5%¹⁷.

Однако в сельской местности за годы войны численность таких больниц (и коек в них) не изменилась. По данным Наркомздрава

¹⁴ Виноградов Н.А. Указ. соч. С. 28; Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Указ. соч. С. 197.

¹⁵ Яровинский М.Я. Указ. соч. С. 145.

¹⁶ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 198—200.

¹⁷ Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Указ. соч. С. 198.

СССР, на селе работали всего 19 детских больниц. Но в то же время там возросло количество домов ребенка — с 10 до 40 (с 334 до 2 962 коек)¹⁸.

Для детей, заболевших туберкулезом, создавались специализированные санатории, лесные школы. Важным фактором в борьбе с распространением этой болезни стала обязательная вакцинация новорожденных¹⁹.

Органы здравоохранения проводили по всей стране постоянную профилактическую работу по предупреждению распространения острых детских инфекций (дифтерит, скарлатина, корь, коклюш, оспа, токсическая диспепсия и др.); в городах и на селе (в детских учреждениях, бараках, общежитиях, совхозах, новостройках и т.д.) детям от одного года до восьми лет делали прививки (вакцинацию и ревакцинацию) против дифтерии. Обслуживавшие детей врачи (при их отсутствии — фельдшеры) были обязаны при подозрении на эту болезнь вводить противодифтерийную сыворотку заболевшему ребенку, срочно его госпитализировать; с момента его изоляции наблюдать (не менее недели) всех детей, находившихся в контакте с больным.

Городские и сельские детские учреждения обеспечивались неснижаемым запасом противокоревой сыворотки (в размере 1 л). Применялась также серопротектива. Дети, больные корью, подлежали безотказной госпитализации.

В яслях и детских садах при заболевании детей коклюшем организовывали специальные карантинные группы как для круглосуточного пребывания больных детей, так и для контактировавших с ними. В городах и селах детей прививали и против оспы²⁰.

В СССР показатели профилактических противодифтерийных прививок в 1943 г. были выше, чем в 1942-м. Участковое обслуживание детского населения приводило к более раннему выявлению заболевших корью детей и контактировавших с ними, а также своевременному применению серопротективы. В целом по стране заметно улучшилось положение с госпитализацией детей, больных дифтерией и скарлатиной. Специалисты отмечали, что в отдельных областях и городах госпитализацией было охвачено почти 100% заболевших детей. Улучшилась ситуация и в отношении тех, кто болел корью²¹.

¹⁸ Там же. С. 527.

¹⁹ *Виноградов Н.А.* Указ. соч. С. 22.

²⁰ *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ...* С. 309—311.

²¹ Там же. С. 431.

Разворачивалась борьба с кишечными инфекциями, прежде всего, дизентерией. В 1943 г., например, в Москве работали четыре санатория на 380 коек для детей с хронической дизентерией.

В блокадном Ленинграде в сентябре—декабре 1941 г. в 13 детских больницах на 3 850 коек лечилось более 67 тыс. детей, которых обслуживали 260 врачей и 1 065 медицинских сестер. В 1942 г. открыли еще семь детских больниц. Таким образом, в ленинградских медучреждениях (уже на 4 635 коек) работали 305 врачей и 1 169 медицинских сестер. Особенность детских больниц города состояла в увеличении количества мест для детей, больных алиментарной дистрофией I и II степени, которым требовалось более продолжительное лечение. Для них при больницах создавались специальные отделения²².

В 1944 г. в Ленинграде дети дошкольного и школьного возрастов обслуживались в 34 лечебно-профилактических учреждениях (объединенных детских консультациях и поликлиниках, где работали педиатры, стоматологи и специалисты по кожно-венерическим болезням). Однако только в 15 центральных поликлиниках детям оказывали специализированную помощь хирургического, офтальмологического и отоларингологического характера. К тому же, в Ленинграде только семь детских поликлиник имели функционирующие рентгеновские кабинеты, 15 — физиотерапевтические, 17 — клинично-диагностические лаборатории.

Вместе с тем детские ясли, сады и школы были охвачены профилактическими прививками (школьников планово прививали: против оспы — на 100%, дифтерии — на 91%, брюшного тифа — на 85%). В этих учреждениях проводились медицинские осмотры детей, значительное внимание уделялось их физической подготовке.

На 1 ноября 1944 г. в Ленинграде функционировали 13 оздоровительных детских садов (пять — за городом) для туберкулезных детей, находившихся там три месяца зимой и два — летом²³.

Во время войны уделялось особое внимание детскому питанию. Хотя рацион его был ограничен, но дети в возрасте от 0 до 3 лет обслуживались специальной сетью магазинов, где получали крупы, масло, молоко, молочные продукты и сахар. Дети более старшего возраста обеспечивались через карточную систему. В школах были

²² Гладких П.Ф. Указ. соч. С. 84; Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 169.

²³ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 485—489.

организованы бесплатные завтраки. Конечно, этого питания не хватало, особенно подросткам.

В тыловых городах работали столовые усиленного диетического питания для ослабленных детей, в рацион питания всех детских лечебно-профилактических учреждений вводился витамин С в виде настоя шиповника и хвои²⁴. На 1 февраля 1943 г. эти учреждения обслуживали более 100 тыс. детей, в 1944-м — 500 тыс. В столовых Свердловска, например, обслуживалась почти половина всех детей, в том числе школьников в возрасте до 16 лет²⁵.

Полное дневное питание детей обеспечивали молочные кухни, число которых постоянно росло: в конце 1943 г. в РСФСР открыли 260 таких заведений. Создавались они в основном при консультациях. Если в 1940 г. на каждые 100 из них приходилось 54 кухни, то в 1944 г. — 67. Молочные кухни создавались и в сельской местности, особенно это касалось РСФСР и республик Средней Азии²⁶.

В Москве восстановили две молочные кухни и 15 раздаточных пунктов. Одновременно организовали детские столовые для 25 тыс. детей; ослабленные юные москвичи получали питание в специальных столовых — в 1943 г. здесь обслуживали 120 тыс. детей. Тогда же заработали 28 новых молочных кухонь, выдававших ежедневно 100 тыс. порций детского питания. Для вскармливания детей раннего возраста при консультациях в 63 пунктах ежедневно собиралось 400 л грудного молока. В 1944 г. 20 молочных кухонь и 58 раздаточных пунктов снабжали молоком и смесями всех детей в возрасте до 1 года, по медицинским показаниям — детей в возрасте до 4 лет²⁷.

Сложнее оказалась ситуация в Ленинграде. По данным направленного 3 июля 1942 г. в Наркомздрав СССР отчета ленинградского городского отдела здравоохранения о работе по охране детства, в течение первых месяцев блокады дети (в основном до одного года) получали соевое молоко в сочетании со сгущенным. Отсутствие минеральных солей в таком молоке при длительном его потреблении в условиях острой нехватки овощей и витаминов способствовало росту дистрофии у детей раннего возраста, снижению

²⁴ Там же. С. 198—200.

²⁵ *Виноградов Н.А.* Указ. соч. С. 28; *Шевченко Ю.Л.* Вклад военного и гражданского здравоохранения страны в победу в Великой Отечественной войне 1941—1945 гг. // Медицина и здравоохранение в дни войны и мира: материалы науч.-практ. конф., посвящ. 55-летию победы в Великой Отечественной войне 1941—1945 годов, Москва, 25—26 апр. 2000 г. М., 2000. С. 55.

²⁶ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 167—169, 527.

²⁷ *Яровинский М.Я.* Указ. соч. С. 145, 150, 156.

иммунитета и повышению смертности детей. Однако несмотря на трудности блокады, в городе работали 24 молочные кухни. Для детей-дистрофиков при консультациях и яслях были организованы стационары-больнички на 600 мест.

В городах тыловых районов страны проводились массовые оздоровительные мероприятия²⁸. В 1943 г. за счет государственных, профсоюзных и других организаций 800 тыс. детей вывели в летние пионерские лагеря и 100 тыс. — на дачи. В летних оздоровительных учреждениях побывали: в 1943 г. — 1,5 млн детей; в 1944 г. — 2,5 млн; в 1945 г. (неполные данные) — 3,4 млн. Для малышей специально создавались детские площадки. Тогда же во многих колхозах были организованы детские санатории (как, например, в Вологодской области)²⁹.

Во время войны функционировал и Всесоюзный санаторный пионерский лагерь «Артек», который по приказу Наркомздрава СССР с 23 января 1942 г. перевели из Крыма в санаторий «Серебряные пруды» Сталинградской области. На его базе с 16 мая 1942 г. было развернуто 250 коек. Однако летом 1944-го «Артек» восстановили в Крыму: с 15 августа 1944 г. — на 500 коек, с 1 января 1945 г. — на 1 тыс.³⁰

Благодаря проводившимся в стране лечебно-профилактическим мероприятиям уже в 1943 г. снизились и уровень заболеваемости (в том числе острыми инфекционными болезнями), и смертность детей. В 1944—1945 гг. в городах РСФСР резко уменьшилось число детей, заболевших коклюшем и дифтерией, но положение с корью усугубилось, правда, показатели были ниже довоенных³¹.

Среди мероприятий по охране детства следует отметить еще одно важное направление. В результате военных потерь мужского населения резко нарушилось соотношение полов, прежде всего, внутри возрастных групп, которым в 1941 г. было 18—27 лет: доля мужчин составляла 38%, женщин — 62%. Даже в возрастной группе 30—34 лет мужчин было 45%, женщин — 55%. Среди лиц 1920—1924 гг. рождения, особенно пострадавших от потерь во время войны, на 100 женщин приходилось всего 63 мужчины.

²⁸ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 343—345.

²⁹ Виноградов Н.А. Указ. соч. С. 32; Иванов Н.Г., Георгиевский А.С., Лобастов О.С. Указ. соч. С. 198.

³⁰ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 93, 436.

³¹ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 2248. Л. 23, 26; Население России в XX веке. М., 2001. Т. 2. С. 94.

По тем же причинам повысилась занятость женщин во всех отраслях народного хозяйства. На предприятиях были организованы ясли с круглосуточным дежурством персонала. Важно отметить, что туда принимали не только здоровых, но и больных детей. Последних отделяли в стационары, санаторные группы и т.д. К тому же, ослабленные и больные дети могли получить медицинскую помощь в стационарах при территориальных детских консультациях.

Организовывались ясли на дому. Зачисленные в них дети, находясь у себя дома или у соседей, получали медикаментозное обслуживание, а из кухонь ближайших стационарных яслей — питание. На базе колхозов создавались ясли, содержавшиеся за счет сельскохозяйственных артелей³².

В блокадном Ленинграде в детские сады помещали и детей школьного возраста до 10 лет, особенно братьев или сестер тех детей, которые уже находились в таких дошкольных учреждениях. С 9 февраля 1942 г. все ясли перевели на круглосуточную работу. В то же время до 70% увеличилось число детей интернатных групп. Однако в связи с массовой эвакуацией число яслей в городе сократилось: в 1941 г. их было 136 (13 677 мест), в 1942 г. — 97 (7 825), в 1943 г. — 87 (7 025), в 1944 г. — 109 (9 565)³³.

В конце 1943 г. на территории РСФСР открыли 1 450 детских яслей. В столице в 1944 г. сеть детских учреждений практически достигла довоенного уровня: в 1940 г. — 80, в 1944 г. — 74³⁴. Согласно справке Наркомздрава СССР об итогах деятельности органов здравоохранения в сельских местностях в годы Великой Отечественной войны и перспективах развития сельской медицинской сети здравоохранения в послевоенный период (июль 1945 г.), в российских селах число мест в постоянных яслях увеличилось, зато в сезонных — уменьшилось по СССР на 8%, по РСФСР — на 17%; напротив, в республиках Средней Азии и Закавказья число мест в постоянных яслях сократилось, а в сезонных повысилось соответственно на 31,8 и 9,1%³⁵.

В послевоенные годы продолжилась борьба с болезнями и смертностью детей. Особое значение при этом имело постановление Совета министров РСФСР от 7 марта 1947 г. «О мероприятиях по дальнейшему снижению заболеваемости детей». Первоочеред-

³² *Виноградов Н.А.* Указ. соч. С. 30—31.

³³ *Гладких П.Ф.* Указ. соч. С. 76—77.

³⁴ *Яровинский М.Я.* Указ. соч. С. 150, 155.

³⁵ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 527.

ной задачей объявлялись восстановление и дальнейшее развитие сети детских лечебно-профилактических учреждений. Важно отметить, что в СССР число врачей-педиатров по сравнению с довоенным периодом увеличилось в три раза: в 1940 г. — 19 тыс., в 1960 г. — 59 тыс. Число коек для детей в больницах за этот период тоже троекратно возросло: в 1960 г. — 260 тыс. (в 1940 г. — 90 тыс.), в том числе для неинфекционных больных — 164 тыс. (53 тыс.), инфекционных — 75 тыс. (32 тыс.), больных туберкулезом — 21 тыс. (5 тыс.) соответственно. Тогда же отмечался численный рост коек в детских санаториях: с 95 тыс. (1940) до 120 тыс. (1960), в том числе для детей больных туберкулезом — соответственно с 39 до 85 тыс.

В РСФСР также троекратно увеличилось число врачей-педиатров — 12 тыс. (1940) и 35 тыс. (1960); число коек для детей в больницах — 57 тыс. (1940) и 157 тыс. (1960), в детских санаториях — соответственно 52 тыс. и 63 тыс.³⁶

Объединение поликлиник и больниц в 1947—1949 гг. значительно улучшило медицинское обслуживание детей. Была усовершенствована и работа скорой неотложной помощи. Наряду с этим успешно развивалось детское курортное лечение: если в 1913 г. в России насчитывалось 14 детских санаториев, то в 1950 г. — 582, а в 1958 г. — 610.

В стране росло число домов для детей-инвалидов. В РСФСР по окончании войны было 64 таких учреждения, где находились 4,3 тыс. детей (из них 1,7 тыс. — девочки). Детей-инвалидов обучали, оказывали им медицинскую помощь, в том числе при протезировании.

Успеху в борьбе за жизнь и здоровье детей способствовало внедрение в медицинскую практику теории ликвидации инфекционных болезней, разработанной Л.В. Громашевским и другими медиками. В результате в СССР и РСФСР смогли одолеть холеру, оспу, малярию и другие опасные заболевания. Одним из эффективных методов борьбы с ними стала вакцинация населения, в первую очередь детей. Использование этого метода, в частности, в борьбе с натуральной оспой показало, что при полном профилактическом охвате населения прививками успешно достигается необходимый противоэпидемический эффект³⁷.

³⁶ Женщины и дети в СССР: стат. сб. М., 1969. С. 172—176 (подсчеты авторов).

³⁷ Систематическое собрание законов РСФСР, указов Президиума Верховного Совета РСФСР и решений Правительства РСФСР. М., 1967. Т. 10. С. 335—336; 50 лет советского здравоохранения, 1917—1967. М., 1967. С. 62—64, 75—77, 324, 326, 433; Народное хозяйство РСФСР в 1958 году: стат. ежегодник. М., 1959. С. 499.

Проводившаяся в стране демографическая политика способствовала повышению рождаемости. Указом советского правительства от 8 июля 1944 г. предусматривалось увеличение государственной помощи многодетным и одиноким матерям. Те из них, кто имел двоих детей, при рождении третьего ребенка одновременно получали 400 руб., четвертого — одновременно 1,3 тыс. руб. и ежемесячно 80 руб., пятого — соответственно 1,7 тыс. и 120 руб., шестого — 2 тыс. и 140 руб., седьмого — 2,5 тыс. и 200 руб., восьмого — 2,5 тыс. и 200 руб., девятого — 3,5 тыс. и 250 руб., десятого — 3,5 тыс. и 250 руб., каждого следующего ребенка — 5 тыс. и 300 руб. Ежемесячные пособия многодетным матерям выплачивались начиная со второго года рождения ребенка и до достижения им пятилетнего возраста.

Одновременно вводились государственные пособия не состоявшим в браке одиноким матерям на содержание и воспитание детей до достижения ими 12-летнего возраста: на одного ребенка — 100 руб. в месяц, двух детей — 150 руб., трех и более — 200 руб. Право на получение такого пособия одинокая мать имела и в случае своего замужества³⁸.

Существенно увеличили льготы беременным женщинам. Отпуска по беременности и родам продлевались с 63 до 77 календарных дней (35 — до родов и 42 — после), и в этот период выдавались пособия за государственный счет. Кроме того, в случае сложных родов или рождения двойни полагавшийся отпуск мог быть продлен до 56 календарных дней. Начиная с четырех месяцев беременности, женщину не разрешалось привлекать на сверхурочные работы как на предприятии, так и в учреждении. Ночные работы для кормящей матери запрещались. Вдвое были увеличены нормы дополнительного продовольственного пайка беременным (начиная с шестого месяца), а также матерям в течение четырех месяцев кормления. Наряду с этим, за ясли и детский сад на 50% меньше платили родители, имевшие троих детей (при зарплатке до 400 руб. в месяц), четверых (до 600 руб.), а также пятерых и более (независимо от заработка). В то же время предусматривалось создание яслей и детских садов, а также коммун матери и ребенка на предприятиях и в учреждениях с массовым применением женского труда³⁹.

³⁸ РСФСР. Законы. Кодекс законов о браке, семье и опеке. Официальный текст с изменениями от 1-е ноября 1946 г. и с приложением по состоянию на 1-е ноября 1947 г. М., 1947. С. 45—47.

³⁹ Там же. С. 47—48.

Таблица 7

**Физическое развитие детей, посещавших детские сады
Москвы и Казани (1938/39—1958/59 гг.)**

Показатели физическо- го развития	Воз- раст (число лет)	Москва				Казань (татары)			
		Мальчики		Девочки		Мальчики		Девочки	
		1938/39	1958/59	1938/39	1958/59	1938/39	1958/59	1938/39	1958/59
Рост (см)	4	98,3	100,7	91,3	92,6	94,9	98,8	92,9	98,2
	5	105,7	107,4	105,2	106,8	99,1	105,1	98,9	104,9
	6	111,9	113,6	112,1	113,8	105,9	112,3	104,3	110,9
	7	118,4	119,6	116,9	119,2	109,7	117,5	110,2	116,4
Вес (кг)	4	15,9	16,5	15,3	16,3	14,7	15,5	14,3	15,1
	5	17,9	18,4	17,8	18,2	15,9	17,3	15,2	17,0
	6	19,8	20,6	19,8	20,6	17,2	19,3	16,6	18,6
	7	22,1	22,9	21,4	22,5	18,9	21,5	18,5	20,9
Окружность грудной клетки (см)	4	54,2	53,9	53,0	53,3	53,1	54,2	52,5	53,4
	5	55,5	55,6	54,7	54,8	55,0	56,0	53,1	55,5
	6	57,3	57,5	56,3	56,5	56,4	57,7	54,8	56,9
	7	59,1	59,5	57,5	58,1	57,6	59,7	56,4	58,8

Составлено по: Женщины и дети в СССР: стат. сб. М., 1969. С. 184—185.

Улучшению ухода за младенцами способствовал принятый в 1956 г. закон об увеличении продолжительности отпусков по беременности и родам с 77 до 112 календарных дней. В случае патологических беременности и родов или многоплодной беременности послеродовой отпуск увеличивался до 70 дней⁴⁰.

В 1950-х гг. быстро развивалась сеть дошкольных детских учреждений. Число мест в детских садах постоянно росло: в СССР в 1950 г. их было 776,7 тыс., в 1957 г. — 1 млн 46,2 тыс.; в РСФСР — соответственно 502,7 тыс и 672,9 тыс. Однако количество детей в них увеличивалось намного быстрее: в СССР — с 1 млн 169 тыс. (1950) до 2 млн 95 тыс. (1957), в РСФСР — соответственно с 830 тыс до 1 млн 475 тыс., т.е. число мест в советских детских садах выросло в 1,3 раза, а количество детей — в 1,8. Таким образом, в кратчайшие сроки необходимо было увеличить число дошкольных учреждений, так как у посещавших их детей отмечалось улучшение физического развития (см. таблицу 7).

⁴⁰ Сборник законов и указов Президиума Верховного Совета СССР, 1938—1967. М., 1968. Т. 2. С. 240—248, 420.

Итак, принятые в СССР социально-демографические меры в военные и первые послевоенные годы способствовали увеличению рождаемости и улучшению детского здоровья.

§ 3. Семья и дети

Потери мужского населения репродуктивных возрастов существенно дестабилизировали брачно-семейные отношения, повлияли на распространение в городах и селах семей неполных (состоявших из вдов, разведенных женщин с детьми) и материнских (из женщин и их внебрачных детей).

В 1945—1958 гг. в СССР родилось 10,6 млн внебрачных детей. Одной из причин этого явления стало запрещение аборт в 1936—1955 гг.⁴¹ Отношение в обществе к внебрачным детям оставалось критическим. 8 июля 1944 г. Президиум Верховного Совета СССР принял указ «Об увеличении государственной помощи беременным женщинам, многодетным и одиноким матерям, усилении охраны материнства и детства, об установлении почетного звания “Мать героиня” и утверждении ордена “Материнская слава” и медали “Медаль материнства”», который, в отличие от Кодекса законов о браке, семье и опеке 1926 г., устанавливал юридическую силу только за зарегистрированными браками в органах ЗАГС. Лишь такие браки, отмечалось в документе, узаконивали права и обязанности супругов. Лицам, состоявшим в фактически брачных отношениях до издания этого нормативного акта, предлагалось зарегистрировать брак с указанием срока фактической совместной жизни. Отменялось существовавшее право обращения матери в суд с иском об установлении отцовства и о взыскании алиментов на содержание ребенка, родившегося от лица, с которым она не состояла в зарегистрированном браке. По-новому в органах ЗАГС фиксировали факт рождения ребенка от не состоявшей в зарегистрированном браке матери. Его записывали по фамилии матери с присвоением отчества по ее указанию, в графе «Отец» ставили прочерк. В паспортах обязательно фиксировалось место и время регистрации брака с указанием фамилии, имени, отчества и года рождения супруга⁴². Однако в условиях войны многие женщины

⁴¹ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 33. Д. 3918. Л. 15; Д. 4529. Л. 136; Население России в XX веке. Т. 2. С. 219, 351, 352.

⁴² Сборник законов СССР и указов Президиума Верховного Совета СССР, 1938—1967. Т. 2. Ст. 19. С. 415.

не смогли зарегистрировать фактические браки из-за смерти своих мужей (погибли в боях, умерли от ран, пропали без вести и т.д.).

Впоследствии в указе правительства от 10 ноября 1944 г. уточнялось: если фактический брак, существовавший до издания указа от 8 июля, не мог быть зарегистрирован вследствие смерти или пропажи без вести на фронте одного из лиц, состоявших в таких отношениях, то «другая сторона имеет право обратиться в народный суд с заявлением о признании ее супругом умершего или пропавшего без вести лица на основании ранее действовавшего законодательства»⁴³.

Ликвидация в 1944 г. института фактического брака вызвала болезненные проблемы в и без того усложнившихся в условиях военного времени взаимоотношениях родителей, не состоявших в законном браке, и их детей.

Согласно принятому 14 марта 1945 г. указу Президиума Верховного Совета СССР, ребенок, родившийся до 8 июля 1944 г. от граждан, состоявших в фактическом браке, в случае смерти отца, записанного в книгах ЗАГС, имел право наследования, а также на обеспечение пенсией и государственным пособием, установленным для семей военнослужащих, наравне с детьми, родившимися в зарегистрированном браке. Если родители заключили такой брак, то ребенок приравнивался во всех отношениях к тем, кто родился в законном браке. Ребенку присваивались отчество по имени отца и (с обоюдного согласия родителей) его фамилия⁴⁴.

Эти указы в значительной степени изменили принятые ранее в российском обществе брачно-семейные отношения — они стали укрепляться вследствие повышения авторитета законного брака. Вместе с тем доказать факт совместной семейной жизни (в случае гибели «незаконного» супруга) в условиях военного времени было довольно трудно. В итоге многие дети остались без отцов и оказались морально ущемлены. Кроме того, семья не получала материальной помощи за потерю кормильца. С одной стороны, государственные органы обеспечивали таких детей пособиями и преимущественным правом на содержание в детских учреждениях, с другой — наносили им психические и моральные травмы, так как в свидетельстве о рождении ставился прочерк вместо имени отца. Предполагалось, что эта мера укрепит моральные устои женщины, заставит ее избегать внебрачных связей. В этом плане резуль-

⁴³ Там же. С. 417.

⁴⁴ Там же. С. 418.

тат оказался малоэффективным, зато огромная моральная тяжесть легла на внебрачных детей уже в первые дни их жизни.

Тем не менее принятый указ существенно стимулировал регистрацию старых (фактических) браков в органах ЗАГС, что обусловило численное увеличение брачных союзов в последующие годы. В 1945 г. на 1 тыс. человек населения РСФСР в городах было зарегистрировано 17 браков, в селах — 9⁴⁵.

В послевоенное время произошли значительные изменения в составе семей. Развитие демографического перехода привело в преобладанию простых мало- и среднететных семей. По данным переписи населения 1959 г., семья в РСФСР состояла в среднем из 3,7 человек, в городах эта величина была меньше — 3,5; на селе больше — 3,8. Однако в отдельных регионах отмечались незначительные отклонения как в сторону увеличения, так и уменьшения от средней величины российской семьи. За межпереписной период (1939—1959) стало больше семей (прежде всего в городах), состоявших из 2—4 человек, и меньше — из 5—9⁴⁶.

В 1950-х гг. репродуктивное поведение российского населения существенным образом изменилось. В условиях легализации абортов уже сама женщина или супружеская пара свободно могли решать вопрос о предстоящем рождении ребенка или отказе от этого, причем не на основе жесткой общественной регламентации, а исходя из ценностных установок и личных потребностей супругов. Существенно уменьшилась и зависимость от решения проблемы, связанной со вступлением в брак. В результате регулирование рождаемости расширилось, сокращался ее уровень, уменьшалось число детей в семьях.

По данным демографов, женщины 1890—1894 г. рождения, достигшие 20-летнего возраста в 1910—1914 г., родили в среднем (в расчете на одну представительницу поколения) 5,3 ребенка, а те, кто был 1920—1924 г. рождения, будучи 20-летними в 1940—1944 г., — 2,7. Аналогичная ситуация наблюдалась в российских регионах: на Урале, например, еще в 1928 г. женщины в среднем рожали по 6,93 детей, а в 1958—1989 гг. — уже по 2,81.

Вышеприведенные трансформации привели в дальнейшем к разединению сексуального, брачного и репродуктивного поведения населения, особенно в городах, что в целом изменило ценностные установки людей на брак, семью и детей.

⁴⁵ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 329. Д. 1014. Л. 1—7; Д. 1456. Л. 1—9 (подсчеты авторов).

⁴⁶ Итоги Всесоюзной переписи населения 1959 года. РСФСР. С. 426—453.

Из-за сокращения детности повысилась ценность ребенка в семье. В 1950-х гг. родители стали более внимательны и требовательны к физическому и духовному развитию своих чад. В семьях заметно возрос интерес к информации, связанной с проблемами педагогики и медицины. Матери начали в большей мере получать консультации и помощь от врачей. Особое значение имела патронажная работа с детьми младенческого возраста, обеспечивавшая правильный уход за ними: кормление по часам, сбалансированное питание с использованием соков, витаминов и других питательных веществ.

Серьезное внимание матери уделяли правильной организации ежедневного режима детей, прогулкам, чтению книг, играм, первоначальному знакомству с буквами, цифрами, а в дальнейшем — обучению чтению, письму, счету и т.д. В повседневный быт ребенка входили специальные мебель, коляски, белье, посуда, игрушки, книги. Детям школьного возраста родители старались отвести специальное место для занятий, хранения книг и школьных принадлежностей. Взрослые проверяли домашние задания детей, посещали родительские собрания. Возросло значение культурного воспитания и просвещения ребенка — преимущественно в школьном возрасте его знакомили с музеями, театрами, выставками и т.д.

У родителей появилась возможность организовать отдых своих детей, особенно во время их летних каникул — на дачах, в деревнях, пионерских лагерях (в том числе и городских); дошкольников вывозили на загородные дачи, где работали ясли и детские сады. В жизни детей большое значение приобрело участие в различных кружках, создававшихся в школах, домах пионеров⁴⁷.

Так, в послевоенный период в обществе и семье заметно повысилось внимание к детям, их физическому и культурно-образовательному, морально-психологическому и духовному развитию, усложнилась их социализация.

Отношения в семьях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами в 1950-х гг. стали демократичнее. Огромное число погибших в годы войны мужчин, а также больных и искалеченных фронтовиков обусловило дальнейшее увеличение роли женщин в семье, а у детей — ответственности за родителей, братьев и сестер. Распространение внесемейных установок демократизи-

⁴⁷ Народы Европейской части СССР. [Т.] 1. С. 488—490; Харчев А.Г. Брак и семья в СССР: опыт социол. исслед. М., 1964. С. 295; Харчев А.Г., Емельянов К.Л. Брак: идеал и действительность // Социальные исследования. М., 1970. Вып. 4. С. 64—65.

ровало отношения между родителями и детьми. В итоге, возросло значение их доверительных отношений, что свидетельствовало о становлении семьи современного типа⁴⁸. Но была и другая сторона в развитии семейных отношений.

Производственные, общественные и семейные проблемы родителей, особенно матерей, наличие противоречий в социальной сфере способствовали усложнению внутрисемейных отношений и вызывали разводы. Повышение нестабильности брачных союзов в тот период было связано с последствиями военного времени: принятие июльского указа 1944 г. вызвало оформление разводов, фактически совершившихся до, во время и после войны. В этих условиях в РСФСР участились случаи вступления мужчин в брак (в том числе повторный) с молодыми по возрасту женщинами. Это явление, наряду с другими факторами, приводило к росту числа детей в неполных семьях⁴⁹. Каждый ребенок всегда тяжело переживал разводы родителей и с трудом уживался с новыми членами семьи — отчимом или мачехой, а также со сводными братьями и сестрами.

§ 4. Сироты, беспризорники, безнадзорные дети

В годы войны обострились проблемы, связанные с устройством детей, оставшихся без родителей, и потерявшихся. Многие из них пережили бомбежки и обстрелы, стали свидетелями гибели родных. Эти дети нередко находились в психологически тяжелом состоянии и нуждались в профессиональной помощи. Руководитель детского дома, находившегося на Волге в 40 км от Сталинграда, вспоминала о первой партии детей, привезенных 28 апреля 1943 г. Они были не только истощены и больны, но и крайне испуганы: «Услышав гул самолета, пролетавшего над городом, дети поднимали отчаянный крик и бросались к взрослым, цепляясь за их одежду, долго не могли успокоиться». Они, отмечала женщина, походили на маленьких стариков, на их лицах не было улыбок.

Число детей-сирот увеличилось в ходе эвакуации гражданского населения из прифронтовой полосы, проходившей иногда в условиях вражеских обстрелов, бомбежек и порой сопровождавшейся гибелью людей. Значительную часть контингента беспризорных в годы войны

⁴⁸ См.: Араловец Н.А. Городская семья в России, 1927—1959 гг. С. 233—240.

⁴⁹ Население России в XX веке. Т. 2. С. 351.

составляли сироты. Так, по данным приемников-распределителей Челябинской области, 70% беспризорников из числа задержанных в 1944 г. не имело родителей. Детей-сирот находили на освобожденных от врага территориях. 23 января 1942 г. было принято постановление СНК СССР «Об устройстве детей, оставшихся без родителей», где указывалось: «Считая важнейшим государственным делом устройство детей, оставшихся без родителей, и проведение мероприятий по предупреждению детской беспризорности, Совет Народных Комиссаров Союза ССР постановил: обязать Совнаркомы союзных и автономных республик, исполнительные комитеты краевых, областных, городских и районных Советов депутатов трудящихся под личную ответственность председателей обеспечить устройство детей, оставшихся сиротами или потерявших родителей»⁵⁰. Предписывалось обеспечить выявление всех безнадзорных детей и разместить их в приемниках-распределителях. Туда направляли детей в возрасте до 15 лет включительно. По завершении двухнедельного срока детей в возрастах до 14 лет в случае невозможности возвращения их родителям отправляли в детские учреждения или определяли на патронирование, старше 14 лет — устраивали на работу на предприятия или в колхозы и совхозы. Кроме того, создавались центральный и областные, краевые, городские, районные справочные адресные детские столы.

В 1943—1944 гг. для детей воинов Красной армии и партизан, детей-сирот, родители которых погибли от рук немецких оккупантов, были организованы суворовские военные и специальные ремесленные училища, детские дома и приемники-распределители. Об этом свидетельствует принятое 21 августа 1943 г. постановление СНК СССР и ЦК ВКП (б) о неотложных мерах по восстановлению хозяйства в районах, освобожденных от немецкой оккупации⁵¹.

Борьба с детской беспризорностью и безнадзорностью велась в блокадном Ленинграде, особенно зимой—весной 1942 г. В январе в каждом городском районе дополнительно были открыты дома малюток (1 275). За февраль—май сотрудники детских консультаций выявили и устроили в дома малюток и ясли свыше 2 тыс. детей. В приемники-распределители доставляли осиротевших детей в возрасте до 15 лет включительно. Там они проходили санитарную обработку, получали чистую одежду, питание и медицинскую по-

⁵⁰ Цит. по: *Емелин А.С.* Правовые основы превращения СССР в единый военный лагерь в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.: (сов. государство и право в годы Великой Отечественной войны 1941—1945 гг.). М., 2000. С. 75.

⁵¹ *Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны...* С. 332, 372.

мощь. Через 5—6 дней детей распределяли по яслям и домам малюток, больных помещали в медицинские учреждения. Одновременно для облегчения их розыска родителями и родственниками при областном управлении НКВД был создан адресный стол. Осиротевшие дети в большинстве случаев попадали в дома малюток и детские дома, а затем их эвакуировали в тыловые районы страны. Всего с декабря 1941 г. по июль 1942 г. через детские дома прошло около 40 тыс. детей.

Важно отметить, что ленинградские ясли и дома малюток обеспечивались убежищами, а также средствами противовоздушной и противохимической защиты. В отчете городского отдела здравоохранения о работе по охране детства в Ленинграде (3 июля 1942 г.) отмечалось, что в результате проведенной работы в 99 яслях и домах малюток (64%) работали удовлетворительные бомбо- и газоубежища. Во всех детских учреждениях в целях подготовки к бомбежкам и артобстрелам проводили необходимые противовоздушные и противопожарные мероприятия⁵². Благодаря налаженному медико-санитарному обслуживанию ленинградских детских домов и оказанной их воспитанникам лечебно-профилактической помощи в 1944 г. заметно улучшилось (по сравнению с 1942—1943 гг.) физическое состояние детей и понизился уровень их заболеваемости.

Вместе с тем в стране усилилась борьба с беспризорностью и безнадзорностью детей. Жизнь беспризорников была сложной и опасной. Источниками средств их существования стали попрошайничество, собирание остатков пищи, торговля табаком, папиросами, билетами в кино и цирк⁵³.

Оставшиеся без надзора дети и беспризорники зачастую становились на путь совершения правонарушений и преступлений (пьянство, хулиганство, мелкое воровство, квартирные кражи, нанесение телесных повреждений, убийства). По данным Р.Б. Германа, в СССР в 1942 г. число детских и подростковых преступлений, по сравнению с 1941 г., увеличилось на 61%, в 1944 г. — на 81%⁵⁴.

⁵² *Гладких П.Ф.* Указ. соч. С. 74—75; Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 168.

⁵³ *Рябова Т.С.* Жизнь беспризорников и безнадзорных дел Великой Отечественной войны // Урал индустриальный: Бакунинские чтения: материалы VIII Всерос. науч. конф., 27—28 апр. 2007 г. Екатеринбург, 2007. Т. 2. С. 221.

⁵⁴ *Герман Р.Б.* Деятельность российской милиции в годы Великой Отечественной войны и послевоенный период (1941—1960 гг.). Ростов н/Д, 2000. С. 66; *Гусак В.А.* Преступность в городе Челябинске и Челябинской области (1941—

Например, в Челябинской области в 1943 г. за уголовные преступления осудили 1 962 подростка, а за первое полугодие 1944-го — 479.

15 июня 1943 г. советское правительство приняло специальное постановление «Об усилении мер борьбы с детской беспризорностью, безнадзорностью и хулиганством». Одной из таких мер стала организация НКВД СССР трудовых воспитательных колоний для содержания в них беспризорных и безнадзорных детей и подростков, неоднократно замеченных в мелком хулиганстве и других незначительных преступлениях, и воспитанников детских домов, систематически нарушавших их внутренний распорядок. В эти колонии направляли в основном подростков 11—16 лет⁵⁵.

«Армия» сирот, беспризорных и безнадзорных пополнялась не только за счет детей, родители которых погибли в войну, но и по причине массовых мобилизаций (военной и трудовой) мужского и женского населения страны, а также голода 1946—1947 гг.

Обездоленными становились и брошенные матерями-одиночками дети, как правило, рожденные вне брака, и маленькие беженцы из обнищавших или неблагополучных семей. Из охваченных голодом районов бежали те, кто находился в приемных семьях под опекой или попечительством. Из-за плохого питания увеличилось число детей-беглецов из детских домов, ремесленных училищ, мест трудоустройства. Среди беспризорников оказывались и дети репрессированных родителей. Детей лиц, находившихся в заключении как по политическим, так и по уголовным статьям, отдавали в детдома и дома ребенка. Однако в последних не хватало мест, и детей до 4 лет, находившихся при арестованных матерях, стали отправлять вместе с ними в места заключения. По данным на 1 августа 1948 г., в лагерях и тюрьмах находились 24 369 женщин (с детьми и беременными). Там же существовали дома младенца. В 1949 г. достигших двухлетнего возраста детей женщин-заклученных предписывалось передавать родственникам или в детские дома. Однако к весне 1953 г. в местах заключения оставалось значительное число женщин (41 791), которые были беременны или имели при себе детей до двух лет⁵⁶.

1945 гг.) // Исторические чтения: материалы науч. конф. Центра ист.-культ. наследия г. Челябинска «Неизвестная война: малоизученные страницы Великой Отечественной», 2004. Челябинск, 2005. Вып. 9. С. 76.

⁵⁵ Дети ГУЛАГа, 1918—1956. С. 383—384.

⁵⁶ Зезина М.Р. Указ. соч. С. 46—47; Дети ГУЛАГа, 1918—1956. С. 496—497, 507; Сиротство и беспризорность в России ... С. 126, 132—149.

Детей спецпереселенцев отправляли в район поселения вместе с родителями. Даже в случае смерти последних дети не могли покинуть этих мест и не подлежали усыновлению.

Устройством беспризорных занимались специальные комиссии райисполкомов, созданные еще в 1942 г. Отдел по борьбе с детской беспризорностью и безнадзорностью входил в состав НКВД. Данные о кадровом составе детских комнат весьма скудны. Несмотря на то, что лица, работавшие с несовершеннолетними, должны были иметь педагогическое образование или соответствующий опыт, на практике это требование зачастую не выполнялось.

Кроме того, выявлением и устройством обездоленных занимались детские приемники-распределители (ДПР), которые практически все находились в неудовлетворительном состоянии, а организованное там питание и медицинское обслуживание не отвечало необходимым требованиям⁵⁷. Как правило, в ДПР с детьми работали в условиях их большой скученности.

Находившихся в учреждениях временного содержания обычно разбивали на группы по возрастному составу. С детьми ежедневно по плану проводили занятия общеобразовательного характера, читали им газеты и различную литературу. Они были включены в трудовой процесс: чинили белье, одежду, убирали здания, работали на огородах, делали игрушки и т.д. В челябинском распределителе, например, даже устроили выставку творческих работ воспитанников⁵⁸. Тем не менее следует признать, что результативность таких учреждений оказалась очень низкой.

Для устройства сирот и безнадзорных при отделах народного образования были открыты адресные столы, куда поступали сведения о местонахождении таких детей. По подсчетам М.Р. Зезиной, за 9 месяцев 1945 г. в РСФСР выявили 256 тыс. беспризорников. В областях, подвергшихся оккупации, их было гораздо больше. По наблюдениям исследовательницы, число беспризорных после войны продолжало расти. В 1947—1948 гг. в ДПР зафиксировали около 500 тыс. детей. Доля сирот среди них увеличилась с 46% (1945) до 53% (1947).

⁵⁷ Народ и война: 1941—1945 гг. М., 2010. С. 483.

⁵⁸ Г.И. Александрова подразделила все детские учреждения, через которые проходил в годы войны беспризорник, на 2 группы — первичные и стационарные. Детские дома, находившиеся в ведении органов народного образования, были причислены автором к стационарным учреждениям (Александрова Г.И. Организация и деятельность детских учреждений в годы Великой Отечественной войны // Проблемы социально-политической истории Центрального Черноземья. Тверь, 1993. С. 115).

В 1948 г. число детей, потерявших родителей и подлежавших учету в Центральном адресно-справочном детском столе, достигло 2,5 млн⁵⁹.

Часть детей отправляли в детские дома: в 1945 г., например, во Владимирской области передали 27% беспризорников, в Ярославской — 26%, в Москве — 16%. В 1953 г. в стране из 64 тыс. детей, прошедших через комиссии исполкомов, 1,5% направили в детские учреждения. Однако все же предпочитали передавать детей в семьи: в Калининской области так было устроено 57% беспризорников, во Владимирской — более 50%, в Ярославской — около 70%, а по СССР в целом — 74,3%.

В приемные семьи дети поступали на условиях опеки, патроната и усыновления. Доля опеки была очень высокой: в 1945 г. — более 40%, в 1953 г. — около 50% всех приемных семей. В этих случаях после смерти родителей ребенку назначалась пенсия или страховка. Если подросток работал или учился, то он имел личный заработок либо стипендию. Опекуны никакого пособия не получали, поэтому ими чаще всего становились родственники ребенка.

Патронат действовал недолго. В 1945 г. почти 50% детей взяли на патронат. Но со временем выяснялось, что его целью зачастую становилась выплата семьям пособия на ребенка. Большинство детей при этом были обречены на полуголодное существование, попрошайничество и т.д. К 1953 г. доля патроната сократилась до 28% всех приемных семей, а в 1968 г. его отменили.

Усыновленных оказалось немного, всего 10%; к 1945 г. в РСФСР их насчитывалось 308 тыс. Усыновившая ребенка семья не получала никакой особой материальной поддержки со стороны государства, кроме обычного пособия на ребенка. Как правило, на усыновление шли его родственники или родители, потерявшие в войну своих детей и не имевшие уже возможности по возрасту или состоянию здоровья родить ребенка. В принятом 8 сентября 1943 г. специальном указе Президиума Верховного Совета СССР отмечалось, что по просьбе усыновителя его фамилия и отчество могли быть присвоены усыновляемому ребенку. Усыновителей в качестве родителей могли вписать в актывые книги. В таких семьях возникали сложные психологические ситуации, когда дети впоследствии узнавали о своем усыновлении. Отношения становились особенно драматичными, если находились настоящие родители усыновленного ребенка или один из них⁶⁰.

⁵⁹ Зезина М.Р. Указ. соч. С. 42—43.

⁶⁰ Сборник законов и указов Президиума Верховного Совета СССР, 1938—1967. Т. 2. С. 409; Великая Отечественная война, 1941—1945: энциклопедия. М., 1985. С. 240—241.

Однако если усыновляемым исполнялось 10 и более лет, то было запрещено без их согласия присваивать им фамилию и отчество усыновителей, а также записывать последних в качестве родителей.

Беспризорники, переданные в детские дома, попадали в разные условия. В 1946 г. в СССР функционировали 5 390 детских домов (на 560 тыс. человек), в том числе в РСФСР — 3 700 (на 375 тыс.). Как подчеркивалось в постановлении СНК СССР «Об улучшении работы детских домов» от 1 сентября 1943 г., областные и краевые исполкомы и СНК автономных и союзных республик должны были обеспечить размещение всех детских домов в приспособленных помещениях, принять меры к устранению скученности детей, предоставить этим учреждениям кровати, мебель, инвентарь, кухонную и столовую посуду. Для трудового обучения детей и обслуживания бытовых нужд в течение 1943—1944 гг. во всех детских домах были созданы столярные, слесарные, швейные, обувные и прочие мастерские.

Особое внимание уделялось организации постоянного медико-санитарного обслуживания детских домов и интернатов. Каждый из них посещал прикрепленный врач: в городах — не реже трех раз в неделю, в селах — не менее двух раз в месяц; кроме того, для постоянного наблюдения за состоянием здоровья детей, оказания им первой медицинской помощи, проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий в каждое из учреждений назначалась квалифицированная медицинская сестра. В целях выявления детей, нуждавшихся в медицинской помощи, в течение сентября 1943 г. провели тщательный врачебный осмотр всех воспитанников детских домов и интернатов. Детям сделали профилактические прививки (против оспы, дифтерии и т.д.), обеспечили учреждения медикаментами, бакпрепаратами и дезинфекционными средствами.

В результате в 1944 г. медицинское обслуживание воспитанников детских домов улучшилось. В 42 областях РСФСР из 2 695 детдомов 450 имели постоянных врачей, 1 768 — прикрепленных; там же работали медсестры (2 198 человек среднего медперсонала). Врачи проводили систематические медицинские осмотры воспитанников детских домов, 91% учреждений был обеспечен изоляторами⁶¹.

⁶¹ Здравоохранение в годы Великой Отечественной войны ... С. 390—391, 445.

В лучших условиях оказались дети, попавшие в привилегированные детдома (например, в г. Воскресенске Московской области — для детей офицеров армии и флота, погибших на фронте). Существовали также специальные детские дома для детей фронтовиков и партизан Великой Отечественной войны. Эти учреждения содержались не только на государственные средства, их поддерживали профсоюзы и комсомол. Работали также детдома для детей иностранных граждан. Несколько специальных учреждений находилось в ведении ВЦСПС, где было лучшее снабжение и хорошо оборудованные помещения, а дети — всегда одеты и обуты⁶².

Однако бо́льшая часть детских домов содержалась на средства местных бюджетов. Хорошо если детдом имел подсобное хозяйство или ему оказывалась помощь шефов, но чаще дети испытывали нужду и в продуктах питания, и в одежде. Кроме того, сотрудники и преподаватели детских домов нередко злоупотребляли своим служебным положением и совершали хищения.

В 1948 г. были организованы специальные санатории для воспитанников детдомов — на 657 больных и 77,9 тыс. койко-дней, а в 1949-м открыли дома отдыха для детдомовцев. Одновременно практиковались вывозы воспитанников на загородные дачи, которыми постепенно оснастили многие такие учреждения. Для нуждавшихся в лечении детей-хроников стали создавать специальные детские дома санаторного типа. В 1949 г. в них отдыхали и лечились 304 ребенка, проведя там 98,7 тыс. койко-дней.

Детские учреждения имели целью подготовить своих воспитанников к квалифицированной трудовой деятельности. Дети получали сначала школьное образование, затем их направляли в ремесленные училища и школы фабрично-заводского обучения (ФЗО), где они осваивали разные профессии, в основном, рабочие специальности. Однако в дальнейшем воспитанники могли получить полное среднее и высшее образование. Согласно принятому в 1947 г. постановлению Совета министров СССР, для детдомовцев предусматривалось создание специальных учебных заведений — срочно открыли 15 училищ. С 1949 г. запретили отправлять на предприятия воспитанников детдомов без их предварительного обучения в ремесленных или сельскохозяйственных училищах.

Что касается среднего специального образования, то в 1950 г. сирот, окончивших в детских домах школы-семилетки на «отлич-

⁶² Зезина М.Р. Указ. соч. С. 51.

но», принимали на полное государственное обеспечение для продолжения образования, а с 1955 г. уже государство взяло на себя все заботы о выпускниках, принятых в средние специальные учебные заведения, причем вплоть до окончания ими учебы. Многие из них впоследствии получили высшее образование, закончив дневные, а чаще вечерние и заочные отделения вузов.

К середине 1950-х гг. несколько улучшилось как содержание детских домов, так и медицинское обслуживание их воспитанников. В постановлении Совета министров РСФСР «О мероприятиях по дальнейшему улучшению медицинского обслуживания воспитанников детских домов» от 24 января 1953 г. отмечалась необходимость обеспечить детские дома врачами; устанавливался твердый график их посещений: «в городах не реже трех раз в неделю, в сельской местности не реже двух раз в месяц». Обязательной стала ежегодная диспансеризация воспитанников; одновременно предполагались их медицинские осмотры (не реже двух раз в год) с привлечением врачей-специалистов. Больных детей (особенно заболевших трахомой) направляли в стационарные лечебные учреждения, а ослабленных — в лечебно-оздоровительные.

В постановлении Совета министров РСФСР (июнь 1950 г.) подчеркивалась необходимость улучшения снабжения детских домов молоком, овощами, картофелем, фруктами и ягодами. Однако по существующим нормам 1956 г., на одного воспитанника учреждения общего типа приходилось в сутки: пшеничного хлеба — 300 г, ржаного — 300, мяса — 100, рыбы — 90, овощей — 340, сливочного масла — 50, молока — 250, творога — 33, сметаны — 17, сыра — 10, сахара — 60 г, что было недостаточно для полноценного питания.

С марта 1956 г. при детских домах, располагавшихся в сельской местности, стали создавать подсобные хозяйства (если их не было) или расширять уже работавшие. При этом государство оказывало помощь в приобретении продуктивного и рабочего скота, сельскохозяйственного инвентаря, семян, минеральных удобрений, а также материалов для строительства животноводческих и хозяйственных помещений. С 1 января 1960 г. в домах ребенка увеличили суточную норму питания по молоку и молочным продуктам: молоко — до 700 г, сметана — до 20 г, творог — до 30 г, однако в детских домах и школах-интернатах с особым режимом норма по всем этим продуктам не превышала 500 г.

В школы-интернаты (утверждены в апреле 1957 г.) в первую очередь принимали сирот, детей одиноких матерей, инвалидов войны,

труда и тех, для воспитания которых в семьях отсутствовали необходимые условия. На полное государственное обеспечение определялись дети, не имевшие родителей, и лишь в отдельных случаях — из многодетных и малообеспеченных семей.

Менее благополучным в стране оказалось положение домов ребенка. В конце войны и первые послевоенные годы число матерей-одиночек, никогда не состоявших в браке, год от года возрастало, и в 1946 г. численность родившихся у них детей составила 26% всех рожденных детей; многие женщины были не в состоянии их содержать. В 1944 г. вышел указ Президиума Верховного Совета РСФСР, по которому рожденных вне брака детей разрешалось принимать на государственное обеспечение в дома ребенка (см. таблицу 8) и детские дома. В 1946 г. в РСФСР в дома ребенка поступило 25 тыс. детей, половина из них в возрасте до одного года, 4 тыс. — круглые сироты, 12 тыс. были рождены матерями-одиночками, а остальные — подкидыши (как правило, от матерей-одиночек, но незарегистрированные).

В 1947 г. в эти учреждения поступили 18 тыс. детей от матерей-одиночек и 14 тыс. подкидышей; в целом в тот год приняли 42 тыс. детей, из них почти половина в возрасте до одного года. Это в значительной степени было связано с вынужденной и активной миграцией из охваченных голодом районов. Люди часто отдавали своих детей (особенно младенцев) в дома ребенка, надеясь, что там у них будет больше шансов выжить, чем в пути и на новом месте. Оставляли своих чад не только одинокие матери (незамужние, вдовы, разведенные), но и полные семьи. А поскольку из семей в такие заведения детей не брали, оставляли их без документов. Так увеличивалось число подкидышей. Многие родители надеялись позже забрать своих детей, но не всегда и не у всех это получалось.

В домах ребенка оказалось немало детей, потерявшихся во время бегства из пораженных неурожаем районов. В 1948 г. приток детей несколько уменьшился, но оставался значительным — более 23 тыс., и «подбрасывали» их уже не семьи беженцев, а женщины, оставшиеся одиночками. Основную часть составляли дети, официально сданные в дома ребенка матерями-одиночками. О том, что раньше у этих женщин были мужья, пусть и незарегистрированные, что в первые послевоенные годы они остались без кормильца, говорит тот факт, что 40% поступивших в государственные учреждения детей составляли те, кому было больше одного года. Младенчество каждого из них прошло в родительском доме, не исключено, что в полной семье, но после смерти отца или его бегства в

Таблица 8

Численность детей в домах ребенка в РСФСР в 1945—1950 гг.

Дома ребенка	1945 г.	1946 г.	1947 г.	1948 г.	1949 г.	1950 г.
Число учреждений	345	360	420	435	411	411
Поступило за год детей (тыс. человек)	19,1	24,5	42	23,1	—	—
Из них:						
сирот	2,4	4,0	3,9	2,7	—	—
от матерей-одиночек	—	12,3	17,7	11,8	—	—
подкидышей	—	3,8	14,2	4,8	—	—
Среди поступивших детей-младенце в возрасте до 1 года	—	—	19,8	9	—	—
В течение года из всех воспитанников домов ребенка (человек):						
отдано на усыновление	1743	1680	1676	273	—	213
взято родными	6563	7557	10457	8680	—	1085
на патронат	—	566	715	300	—	72
в ОНО*	—	—	—	—	—	296
умерло	2659	4641	11592	3998	—	—

* ОНО — Отдел народного образования.

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 6—6 об.; Д. 351. Л. 21; Д. 412. Л. 7 об.; Д. 444. Л. 7 об.; Д. 486. Л. 9; Д. 550. Л. 10 об.

более благополучные районы (мигрировали, прежде всего, работоспособные мужчины) мать не смогла содержать ребенка.

Часть детей подбрасывали матери-алкоголички, часть — молодые незамужние женщины. В середине 1950-х гг. в домах ребенка содержалось 25—26 тыс. детей как только что отданных, так и поступивших туда ранее.

Судьбы этих детей складывались по-разному. Большинство их в первые послевоенные (особенно в голодные) годы было взято родными или родителями. В 1946 г. таких детей было 7,5 тыс.; в 1947 г. — 10,5 тыс.; в 1948 г. — около 9 тыс. Но и в 1945 г. их забрали довольно много — 6,6 тыс. человек; почти по 2 тыс. ежегодно усыновлялись, по несколько сотен определялись на патронат. Детей забирали родители или в случае их смерти — родные, как только им удавалось более или менее наладить свой быт.



За работой. Начало XX в.



Крестьянская семья. 1900-е гг.



Семья купца Поленова. 1910 г.



*Дети поручика
Спиридонова. 1912 г.*



Гимназисты. 1900-е гг.



Родионовский институт благородных девиц. 1900-е гг.



*Ученицы прогимназии
г. Лаишев. 1916 г.*



*Медицинский персонал
в одной из палат
детской клиники
Женского медицинского
института. 1900-е гг.*



*Продовольственная
помощь детям. Граж-
данская война*



*У вагонов. Гражданская
война*



Первомай. 1929 г.



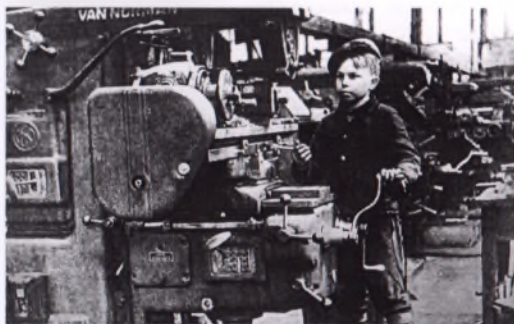
Детский сад. 1925 г.



Довоенная школа



Пионерлагерь. 1930-е гг.



*У станка.
Великая Отечественная война*



Володя Дубинин



Зина Портнова



В госпитале. Великая Отечественная война



Занятия детей в разрушенной школе. Великая Отечественная война



Роддом. 1950-е гг.



Мать и дитя. 1957 г.



Детский сад. 1954 г.



Школьники. 1950-е гг.



В музее. 1962 г.



*Московский зоопарк.
1964 г.*



1 сентября 1967 г.



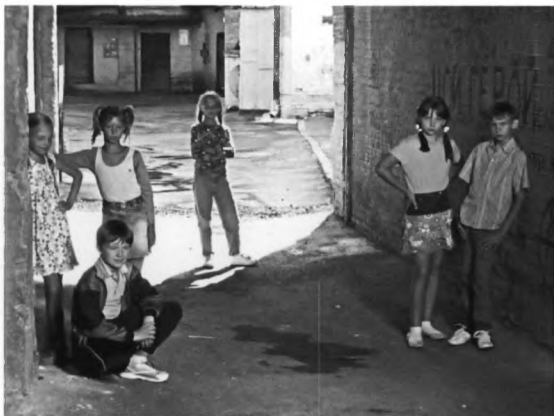
Человек родился. 1973 г.



Первоклассник. 1980 г.



С Новым 1975-м годом!



Во дворе. 1990-е гг.



Без дома. 1990-е гг.



Центр дошкольного образования. 1999 г.



Дети мигрантов



На уроке. г. Реутов



Школьники. 2007 г.



Семья с детьми. Башкортостан



Мальши. Якутия



Растут чемпионы. 2016 г.

Таблица 9

Дома матери и ребенка в РСФСР (1945—1949 гг.)

Год	Число учреждений	Поступило за год		Умерло детей
		матерей	детей	
1945	17	341	451	61
1946	20	957	1188	157
1947	22	1083	1562	351
1948	19	560	859	100
1949	13	535	420	

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 18. Д. 320. Л. 7; Д. 351. Л. 21; Д. 412. Л. 7 об.; Д. 444. Л. 7 об.; Д. 486. Л. 9; Д. 550. Л. 10 об.

На рубеже 1950-х гг. наблюдалась стабилизация состава домов ребенка. Кто хотел вернуть временно оставленных детей или найти малолетнего родственника, либо усыновить хотя бы чужого ребенка, уже это сделали. Остались дети без родителей или покинутые ими (как правило, матерями-одиночками) навсегда. Родственники подкидышей соглашались с решениями их матерей — никогда не интересовались судьбами своих детей. В домах ребенка ежегодно содержалось 30 тыс. детей и младенцев, родные забирали их по 1 тыс. в год. Такая ситуация сохранилась и в дальнейшем; все больше становилось детей-отказников, которых не хотели видеть и знать ни мать, ни отец (как правило, был неизвестен), ни родственники.

При этом число детей-сирот было незначительным. Усыновление становилось все более редким явлением и к началу 1960-х гг. встречалось, в основном, только в художественных произведениях. К тому времени в брачный возраст вступили новые поколения, а женщины, потерявшие женихов (реальных и гипотетических) и мужей, оставшиеся после войны одиночками, достигли среднего или пожилого возраста. Соответственно, молодые пары уже не стремились к усыновлению, рассчитывая иметь собственных детей, а для одиноких это было трудно и неактуально. Кроме того, из-за преобладания именно брошенных неблагополучными матерями детей возникали боязнь дурной наследственности и предубеждение, что те неполноценны. К сожалению, эту боязнь нельзя было считать полностью необоснованной.

В стране существовали дома матери и ребенка, предназначавшиеся главным образом для матерей-инвалидов. Более всего поступило туда детей в 1947 г. (см. таблицу 9). Голод дал о себе знать и здесь, ухудшив физическое состояние и экономическую обеспе-

ченность матерей-инвалидов. Кроме того, они не могли мигрировать и старались устроиться в больницы или в такие учреждения, где был бы обеспечен хотя бы минимальный уровень питания. Впоследствии в условиях восстановления экономики в дома матери и ребенка направлялось все меньше детей. Так, в 1958 г. на территории РСФСР в них находилось всего 35 человек.

* * *

Итак, в восстановительный период, несмотря на тяжелые условия послевоенного времени, советское правительство предприняло ряд конструктивных мер в области демографической политики. В стране удалось обеспечить охрану материнства и детства, помочь неполным семьям, устроить жизнь сирот, беспризорных и безнадзорных детей и повысить рождаемость, причем существенную роль в этом, несомненно, сыграла отечественная медицина.

Дети в годы демографической стабилизации и преддверии кризиса (1960–1980-е гг.)

В начале 1960-х годов в СССР достигли нормы естественного демографического прироста. Это было связано от традиционного к современному типу воспроизводства населения благодаря к слову завершению. Наступила эра демографической стабилизации. Утвердился режим воспроизводства населения с низкой рождаемостью и смертностью, преобладающей в структуре населения семьи с декларируемой ориентацией на меньшую детализацию. Подчеркивая, что население продолжает расти, однако:

Если в 1960 г. в РСФСР на 1 тыс. человек рождается 19,6 детей, то в 1970 г. — 18,8, в 1979 г. — 15,7. Снизилось и среднее коэффициенте обусловил повышение коэффициента естественного прироста: 0—1, 5—9, 10—14 лет в 1970 г., по сравнению с 1959 г. Уменьшился и суммарный коэффициент рождаемости. В 1961—1962 гг. он составлял 1,935, а в 1968—1969 гг. — 1,096. В начале 1970-х гг. фиксировались некоторые его повышения, а затем — снижение: в 1970—1971 гг. — 1,773, в 1971—1972 гг. — 1,625, 1972—1973 гг. — 1,506, 1975—1976 гг. — 1,734, 1978—1979 гг. — 1,216, 1979—1980 гг. — 1,198. Суммарный коэффициент рождаемости — показатель — значительно ниже, чем в сельской местности, — указывает на выживание городского населения.

При этом в большинстве регионов населения в 1979 г. женщины, рожавшие одного ребенка — 21,4%, двух — 27,2%, в городах СССР — соответственно 27,0% и 27,3%. Среди девочек рожавших и у всех детей, оставшихся в живых. В то же время в городах рождаемость не рожавших женщин по РСФСР — 26,3%, а по СССР — 26,8%.

Проведенные в 1960—1970-е гг. обследования в городах страны показали разрыв — конверсию — женщины от воспроизводства детей: до 70—74 лет, свыше — среднего уровня в среднем в 30 лет, а 30—34 лет — в 34 года.

Клинико-экологическая ситуация, которую описал Факторов, и социальное — отразилось на состоянии здоровья в РСФСР, рожавших:

1. Факторов В. И. Демографическая ситуация в СССР. М.: Наука, 1980. С. 106—107.
2. Факторов В. И. Демографическая ситуация в СССР. М.: Наука, 1980. С. 106—107.
3. Факторов В. И. Демографическая ситуация в СССР. М.: Наука, 1980. С. 106—107.

§ 1. Демографические показатели жизнедеятельности детей

В 1960—1970-х гг. в более благоприятных, чем ранее, условиях начала пробивать себе дорогу тенденция к нормализации демографических процессов. Переход от традиционного к современному типу воспроизводства населения был близок к своему завершению. Наступил период демографической стабилизации. Утвердился режим воспроизводства населения с низкой рождаемостью и смертностью, преобладанием нуклеарной малодетной семьи, с закрепившейся практикой семейного планирования. Особенно ярко эти процессы проявились среди горожан.

Если в 1960 г. в РСФСР на 1 тыс. городского населения рождаемость была равна 20,5, то в 1970 г. — 14,8, 1979 г. — 15,7. Снижение ее общего коэффициента обусловило численное сокращение возрастных групп 0—4, 5—9, 10—14 лет в 1979 г., по сравнению с 1959 г. Уменьшился и суммарный коэффициент рождаемости. В 1961—1962 гг. он составлял 1,935, а в 1968—1969 гг. — 1,696. В начале 1970-х гг. фиксировалось некоторое его повышение, а затем — снижение: в 1970—1971 гг. — 1,773; в 1971—1972 гг. — 1,825; 1972—1973 гг. — 1,800; 1975—1976 гг. — 1,734; 1978—1979 гг. — 1,714; 1979—1980 гг. — 1,698. Суммарный коэффициент рождаемости в городах был значительно ниже, чем в сельской местности, что сказалось на численности городского населения¹.

По данным Всесоюзной переписи населения 1979 г., женщины, родившие одного ребенка, составляли 28,4%, двоих — 27,2%; в городах СССР — соответственно 27,0% и 27,3%. Доля родивших троих-пятерых и более детей, оставалась низкой. В то же время в городах росло число не рожавших женщин: по РСФСР — 26,3%, а по СССР — 26,8%.

Проведенные в 1960—1970-х гг. обследования в городах страны показали раннее завершение женщинами деторождения: те из них, кто достиг возраста 70—74 лет, родили последнего ребенка в среднем в 39 лет, а 50—54 лет — в 34 года².

Количество родившихся определялось, кроме прочих факторов, и национальной принадлежностью женщин. В РСФСР русские,

¹ Численность, состав и движение населения в РСФСР. М., 1990. С. 92—97; Демографический ежегодник Российской Федерации, 1993: стат. сб. М., 1994. С. 81.

² Янкова З.А. Городская семья. М., 1979. С. 63—64.

украинки, белоруски, калмычки, еврейки, балкарки рожали в среднем по одному-двум детям, бурятки, кабардинки, осетинки, карелки, марийки, мордовки, татарки, адыгейки — по двое-трое детей, однако, представительницы других национальностей — больше: например, башкирки, аварки, кумычки, лезгинки³. Уменьшение числа рождений, раннее завершение деторождения, увеличение количества малодетных семей у многих народов — все это свидетельствовало о распространении в российских городах нового типа рождаемости.

Изменился и тип смертности городских жителей. Если уровень смертности в 1960-х гг. имел тенденцию к понижению, то в 1970-х он постепенно увеличивался. Так, на 1 тыс. человек населения РСФСР в 1960 г. умерли 6,7 человек; в 1970 г. — 7,9; 1980 г. — 10,0. В некоторых регионах этот показатель оказался чуть меньше: например, в Западной Сибири — соответственно 6,4; 7,5; 9,6 человека; на Урале — 6,7; 6,7; 8,6. И еще одна особенность: уровень смертности населения в городах был ниже, чем в сельской местности⁴.

Некоторое повышение этого показателя в городах обуславливалось увеличением доли старших возрастных групп в составе населения, жизнеспособность которых была значительно подорвана в годы Великой Отечественной войны. В России начался процесс старения населения, свойственный завершающей стадии демографического перехода от традиционного к современному типу воспроизводства населения.

Но в 1960 г. население РСФСР по своей возрастной структуре еще было молодым — в полной мере не сказались результаты процесса старения общества. Молодежь до 30 лет составляла 55%, т.е. более половины всего населения. Это заметно меньше, чем до войны, но все же молодежная группа была представлена значительным показателем. В рассматриваемый период в России увеличилось число детей, в том числе самых маленьких: 0—4 года — 11,4%, вместе же детская и подростковая группы (0—14 лет) составляли почти 30% населения (см. *таблицу 10*). Разумеется, здесь сказались последствия послевоенной демографической компенсации в

³ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 1010. Л. 1—1 об., 4—4 об.; Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года. М., 1990. Т. 6, ч. 3. С. 3—9.

⁴ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 999. Л. 4; Д. 1017. Л. 76—76 об., 84—84 об.; Демографический ежегодник Российской Федерации, 1993. С. 65; Численность, состав и движение населения в РСФСР. С. 92—97; Население Западной Сибири в XX веке. Новосибирск, 1997. С. 85; Население Урала. XX век: история демогр. развития. Екатеринбург, 1996. С. 165—169.

Таблица 10

Возрастно-половой состав населения РСФСР в 1959—1960 гг. (%)

Возраст	Мужчины	Женщины	Всего
0—4	13,0	10,1	11,4
5—9	12,1	9,4	10,6
10—14	8,2	6,4	7,2
15—19	8,6	6,9	7,6
20—24	11,1	8,8	9,8
25—29	10,0	8,2	9,0
30—34	9,6	9,3	9,4
35—39	4,7	6,1	5,5
40—44	4,5	5,9	5,3
45—49	5,1	6,9	6,1
50—54	4,1	5,8	5,1
55—59	2,8	5,0	4,0
60—64	2,2	3,7	3,0
65—69	1,6	2,8	2,3
70—74	1,2	2,3	1,8
75—79	0,7	1,3	1,0
80—84	0,3	0,7	0,5
85—89	0,1	0,3	0,3
90—94	0,0	0,1	0,0
95—99	0,0	0,0	0,0
100 и более	0,0	0,0	0,0
Возраст не указан	0,0	0,0	0,0
Все население	100	100	100

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 37—39; Народное хозяйство РСФСР в 1960 году: стат. ежегодник. М., 1960. С. 7—8.

РСФСР, хотя она и была менее результативна, чем в ряде стран Западной Европы.

Более четверти всего населения составляла молодежь 15—29 лет — 26,4%, среди мужчин ее было больше — 30%. При этом среди детской и молодежной групп малочисленностью выделялись возраста 10—14 и 15—19 лет, что обуславливалось низкой рождаемостью и высо-

кой детской смертностью во время войны, тяготами военного и послевоенного детства. Так, если группа 5—9-летних составляла 10,6% всего населения, а 20—24-летних — 9,8%, то 10—14-летних — 7,2%, 15—19-летних — 7,6%, т.е., кому в 1960 г. было 10—19 лет, родились в военные годы и первое послевоенное пятилетие.

Региональная специфика отразилась в соотношении возрастных групп. Процент детей в возрасте от 0 до 4-х лет по всем регионам был довольно высок и близок к среднему показателю по РСФСР. Несколько ниже он оказался в районах, характеризовавшихся наибольшей степенью урбанизации — Северо-Западном и Центральном, где сосредоточивались крупнейшие промышленные центры, — по 10,3% всего населения региона⁵. На Урале, в Западной и Восточной Сибири удельный вес этих возрастов был заметно выше — соответственно 12,3%; 13,2%; 13,7%⁶.

В начале 1960-х гг. в возрастной структуре всех российских регионов детей и подростков от 0 до 14 лет было много. Заметно ниже среднего по России оказалась доля детских и подростковых возрастных групп в Северо-Западном и Центральном районах (27,1% и 27,2%); на Северном Кавказе этот показатель был чуть ниже республиканского (27,6%); в Поволжье он приближался к среднероссийскому (29,1%), а на Урале, в Западной и Восточной Сибири и на Дальнем Востоке превосходил его, достигая соответственно 31,7%; 32,4%; 33,4%; 33,3% всего населения указанных районов⁷.

Молодежь в возрасте 15—29 лет составляла четверть населения в большинстве регионов; в восточных районах страны ее удельный вес был несколько значительнее, чем в западных: в Европейской России — 25—26% всего населения соответствующего региона, а на Урале, Дальнем Востоке и в Сибири — более 28%⁸.

Итак, несмотря на развивавшийся в России в начале 1960-х гг. Первый демографический переход, в возрастной структуре ее регионов преобладали молодежь и дети: группы от 0 до 29 лет составляли более 50% населения в Северо-Западном, Центральном, Поволжском, Северо-Кавказском районах и более 60% — на Урале, в Западной, Восточной Сибири и на Дальнем Востоке⁹. С точки зрения

⁵ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 336. Ч. 2. Д. 1530. Л. 55—60, 67—72, 79—84 (подсчеты В.Б. Жиромской).

⁶ Там же. Л. 121—126, 139—144, 151—156 (подсчеты В.Б. Жиромской).

⁷ Там же. Л. 55—60, 67—72, 79—84, 97—102, 109—114, 121—126, 151—156, 163—168 (подсчеты В.Б. Жиромской).

⁸ Там же.

⁹ Там же.

особенностей самого перехода, закономерным является его неравномерность из-за устойчивых региональных различий демографических показателей — наиболее быстрыми темпами он происходил в Западных и Центральных районах.

Что касается возрастных групп с пониженной численностью, то это явление наблюдалось по всем российским регионам. Группа 15—19-летних (родившихся во время войны) имеет значительно меньший удельный вес в возрастной структуре, по сравнению с граничащей с ней группой 20—24-летних. И это несмотря на то, что последние родились перед войной, в условиях шквала репрессий, пережили тяжелые детские эпидемии второй половины 1930-х гг., и на их долю пришлось тяжелое военное детство. Конечно, сказалось и действие закона о запрещении аборт, но оно было краткосрочным и во многом нивелировалось указанными причинами. Различия же в удельном весе и численности этих двух групп ощутимы.

Доля 15—19-летних составляла: в Центральном районе — 7,5%, в Поволжье — 8,0%; в Северо-Западном районе — 6,7%; на Северном Кавказе — 8,1%; на Урале — 7,8%; в Западной Сибири — 7,6%; в Восточной — 7,9%; на Дальнем Востоке — 7,8%¹⁰. Иными словами, эти данные еще раз подтверждают, что возраста военных лет рождения отличались малочисленностью во всех без исключения российских регионах.

В регионах России также отмечались пониженные численность и удельный вес возрастной группы 10—14 лет, т.е. послевоенных лет рождения. В Центральном районе от всего населения эта группа составляла 7,1%, а граничащая с ней группа 5—9-летних — 9,8%; в Северо-Западном районе — соответственно 7,0% и 9,8%; на Северном Кавказе — 6,7% и 10,1%; в Поволжье — 7,3% и 10,5%; на Урале — 7,3% и 11,6%; в Западной Сибири — 7,5% и 11,7%; в Восточной — 7,5% и 12,2%; на Дальнем Востоке — 8,9% и 12,2%. Таким образом, заметное снижение численности и удельного веса 10—14-летних стало причиной столь резкого перехода от одной группы к другой. И здесь выделяются Центральный и Северо-Западный районы, а также Северный Кавказ, где, кроме последствий войны и голода 1947 г., сказалось негативное действие депортаций¹¹.

Особенностью возрастных структур неславянских народов РСФСР является несколько больший, чем у славян, удельный вес

¹⁰ Там же.

¹¹ Там же. Л. 67—72, 79—84, 109—114 (подсчеты В.Б. Жиромской).

детей до 9 лет: у удмуртов — 24%, у татар — почти 26%; народностей Дагестана — 26—28%; башкир — 29; якутов — 30%¹². Однако разница в числе детей у всех этих народов, по сравнению со славянскими, не так велика, как в 1920—1930-х гг. и особенно у тех, кто проживал в европейской части страны, а также относился к тюркской и угро-финской группам.

Зато у народов Сибири и Дальнего Востока рождаемость продолжала оставаться очень высокой, и доля детей до 9-летнего возраста была весьма велика. А у неславянских народов оказался выше удельный вес молодежи в возрастном составе населения. Порой он достигал более 60%, но в ряде случаев, например, у удмуртов, он был несколько ниже — 51%.

В целом детская смертность сокращалась, что подтверждают данные по возрастным группам 5—9 и 10—14 лет. Тем не менее высокий уровень смертности все еще наблюдался в младенческом и детских возрастах (0—4 года). Это объяснялось тем, что их матери родились в военные или первые послевоенные годы и не отличались крепким здоровьем, как и их отцы, как правило, бывшие фронтовики, перенесшие раны, контузии и зачастую с молодых лет страдавшие рядом хронических заболеваний.

Относительно высокий уровень младенческой смертности в РСФСР все же имел тенденцию к понижению: на 1 тыс. новорожденных в 1960 г. умерли 34,9 младенца; в 1964 г. — 25; 1970 г. — 23,0; 1975 г. — 22,5; 1980 г. — 22,1 (в городах в 1960 г. — 35,4, а в 1980 г. — 21,2 младенца).

Наиболее высокие показатели детской смертности были зафиксированы в возрастах до 1 года включительно (особенно младенцев до 1 месяца). В этих группах мальчиков умирало больше, чем девочек. С увеличением возраста детей показатели смертности снижались¹³, причем для регионов были характерны значительные различия (см. *таблицу 11*).

Согласно данным *таблицы 11*, младенческая смертность повсеместно уменьшалась, кроме Тувы. Ее показатели повысились в некоторых городах Смоленской области — с 16,3‰ (1980) до 16,6‰ (1984); Марийской АССР — соответственно с 14,1‰ до 15,0‰; Пензенской области — с 14,2‰ до 16,9‰; Краснодарского края — с 15,9‰ до 17,6‰; Чукотского автономного округа — с 14,3‰ до 25,8‰.

¹² *Жиромская В.Б.* Основные тенденции демографического развития России в XX веке. С. 211.

¹³ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 1020. Л. 2—2 об.; Д. 1021. Л. 4—4 об.; Д. 1182. Л. 2.

**Уровень младенческой смертности
в городах отдельных регионов РСФСР в 1980 и 1984 гг. (‰)**

Регионы РСФСР	Умершие в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми	
	1980 г.	1984 г.
Тувинская АССР	47,0	50,4
Ненецкий автономный округ	40,8	23,8
Коми-Пермяцкий автономный округ	39,9	27,6
Горно-Алтайский автономный округ	39,4	19,9
Калмыцкая АССР	32,5	22,8
Еврейская автономная область	30,6	28,9

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 63. Д. 1968. Л. 4—21; Оп. 67. Д. 1812. Л. 4—20.

Таблица 12

Младенческая смертность в Москве в 1979—1989 гг. (‰)

Год	Умершие в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми
1979	23,8
1980	23,7
1982	20,7
1983	20,6
1984	22,1
1985	21,5
1986	20,8
1987	19,9
1988	19,4
1989	18,4

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 63. Д. 1968. Л. 4—21; Население Москвы: прошлое, настоящее, будущее. М., 1992. С. 81.

Хотя в Москве (см. таблицу 12) и в Ленинграде уровень младенческой смертности понизился, тем не менее он оставался все-таки высоким: так, в Ленинграде на 1 тыс. родившихся в возрасте до 1 года в 1980 г. умерли 22,9 младенца, в 1984 г. — 19,2¹⁴.

В городах РСФСР в возрастных группах населения коэффициент смертности составлял: до 1 года — 19,6‰, 1—14 лет — 0,6‰. В 1983—1984 гг. наиболее высокие показатели младенческой смерт-

¹⁴ Там же. Оп. 63. Д. 1968. Л. 4—21; Оп. 67. Д. 1812. Л. 4—20.

Таблица 13

**Младенческая и детская смертность по возрастам
в городах РСФСР в 1980—1982 гг. (% к итогу)**

Возраст (лет)	1980 г.	1982 г.
0	3,3	3,2
1	0,4	0,3
2	0,2	0,1
3	0,1	0,1
4	0,1	0,1
0—4	4,1	3,8
5—9	0,4	0,3
10—14	0,3	2,8

Составлено по: РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 63. Д. 1994. Л. 10; Оп. 65. Д. 1941. Л. 2 а—2 а об.; Оп. 67. Д. 1799. Л. 7—8.

ности (в возрастах до 1 года) были в городах Чечено-Ингушской АССР — 35,8‰ и Тувинской АССР — 41,0‰. В детских и подростковых возрастах (1—14 лет) по уровню смертности выделялись города Калмыцкой АССР — 1,4‰, а также Тувинской АССР — 1,7‰. Коэффициенты смертности младенцев, а также детей и подростков там были выше средних российских показателей в возрастах до 1 года и 1—14 лет¹⁵.

В младенческих и детских возрастных группах доминировала смертность в возрасте до 1 года, однако с увеличением возраста число умерших младенцев сокращалось (см. таблицу 13).

Мальчики умирали чаще девочек во всех младенческих и детских возрастах¹⁶. Уровень смертности детей в возрасте до 5 лет в РСФСР оставался высоким. Однако в 1980—1983 гг. и особенно в 1985—1990 гг. он заметно снизился — на 1 тыс. родившихся живыми мальчиков и девочек в возрасте до 5 лет в 1980—1981 гг. умерли 27,7 человек; в 1982—1983 гг. — 25,4; 1983—1984 гг. — 25,9; 1984—1985 гг. — 26,2; 1985—1986 гг. — 25,0; 1989 г. — 22,0; 1990 г. — 21,3¹⁷.

В основном дети умирали от воспаления легких (все формы). В 1960 г. в российских городах удельный вес этого заболевания в структуре причин смерти детей в возрасте до 1 года был равен 35,4%. Смерть младенцев от врожденных пороков развития составляла 7,6%, от инфекционных болезней — 6,9%, в том числе

¹⁵ Там же. Оп. 67. Д. 1799. Л. 7—8.

¹⁶ Там же. Оп. 63. Д. 1994. Л. 10; Оп. 65. Д. 1941. Л. 2а—2а об.

¹⁷ Демографический ежегодник России, 2001. М., 2001. С. 172.

от дизентерии — 4,8%, от гастроэнтероколита — 1,9%¹⁸, а в возрасте 0—6 дней — от родовых травм и асфиксии. Дети в возрастах 0—4 года, 5—9 лет, 10—14 лет чаще всего умирали от заболеваний органов дыхания, инфекционных болезней, а также из-за несчастных случаев, отравлений и травм. У городских мальчиков и девочек в возрасте до двух лет преобладали бытовые травмы. С увеличением возраста значительно повышалась численность умерших детей (особенно мальчиков) от дорожно-транспортных травм¹⁹.

Мертворождений у городских женщин было немного: в 1980-х гг. в среднем 1,0% общего числа родившихся. В конце этого десятилетия в городах доля родившихся живыми младенцев составляла 99,0% общего числа, мертвыми — 1,0%; в сельской местности — соответственно 99,3% и 0,7%, а в целом по населению — 99,1% и 0,9%. По числу мертворожденных детей выделялись города Центрального, Уральского, Западно-Сибирского, Восточно-Сибирского и Дальневосточного районов²⁰.

В 1980 г. в городах среди мертворожденных было 55,5% мальчиков и 44,5% девочек, в 1982 г. — соответственно 55,4% и 44,6%, в 1984 г. — 54,2% и 45,8%. Статистические данные свидетельствуют, что в большинстве случаев трагедии были связаны с токсикозами второй половины беременности матерей²¹.

В российских городах в составе умерших детей в возрасте до 1 года по национальности численно преобладали русские, татары, украинцы, белорусы. В 1980—1984 гг. возросла численность умерших младенцев у русских, узбеков, татар, казахов, но одновременно их число сократилось у украинцев, белорусов и евреев.

¹⁸ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 27. Д. 1020. Л. 2—2 об.; Д. 1000. Л. 15—16.

¹⁹ Там же. Оп. 63. Д. 2020. Л. 4; Оп. 65. Д. 2002. Л. 11—11 об.; Д. 2003. Л. 4 а—4 а об.; Д. 2045. Л. 11—13; Оп. 67. Д. 1881. Л. 13; Население России. М., 1994. С. 84—85, 96—98.

²⁰ Демографический ежегодник России, 1998. М., 1998. С. 359—360 (подсчеты авторов); РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 63. Д. 1968. Л. 4—21; Оп. 65. Д. 1920. Л. 4—20 а; Оп. 67. Д. 1812. Л. 4—17.

²¹ РГАЭ. Ф. 1562. Оп. 63. Д. 1968. Л. 4—21; Оп. 65. Д. 1920. Л. 4—20 а; Д. 2002. Л. 10—10 об.; Оп. 67. Д. 1812. Л. 4—17 (подсчеты авторов).

§ 2. Изменение ценностных установок на детность

В рассматриваемый период в странах Западной Европы началась «сексуальная революция». Для ее предотвращения в нашей стране официальная советская идеология сделала все возможное. Однако процессы, свойственные этому явлению, хотя с запозданием и не столь широко, но все же затронули российское население.

Это выразилось, прежде всего, в разъединении и автономизации брачного, сексуального и репродуктивного поведения населения, что заметно снизило традиционные запреты и ограничения как для мужчин, так и для женщин. Отношения между супругами, родителями и детьми развивались как сугубо личностные. В супружестве повысились сексуальные ценности. Вступление в брак не всегда связывалось с деторождением, тем более что решение о рождении ребенка супруги принимали, исходя из собственных желаний, без внешнего вмешательства. Все это обусловило дальнейшие изменения репродуктивного поведения населения и ускорило развитие планирования семьи и регулирование деторождения.

Согласно данным проведенных обследований, стремление женщин к равному с мужчинами овладению социальными ролями не снимало психофизических особенностей и социокультурных различий в предназначении представителей обоих полов. В рассматриваемый период в российском обществе для большинства женщин и материнство, и участие в производственной, общественной жизни стали одинаково важны. Однако их сочетание затруднялось из-за сохранения в обществе остатков фактического неравенства женщины, поскольку ведение домашнего хозяйства практически приравнивалось к еще одному рабочему дню. Так, в 1979—1980 гг. только 0,5% женщин с малолетними детьми могли работать неполный рабочий день или неполную рабочую неделю²².

В эти годы сохранялись и выработанные ранее стереотипы брачного поведения и традиционные семейные ценности. Их «столкновение» с современными ценностями нередко порождало острые противоречия в семьях, вызывая конфликты между супругами, родителями и детьми.

В условиях новых семейных отношений уменьшалась роль ценностных установок относительно детей. Об этом свидетельство-

²² Кон И.С. Сексуальная культура в России. 2-е изд., перераб. и доп. СПб., 2005. С. 176—177; Голод С.И. : 1) Семья и брак ... С. 50—89 ; 2) XX век и тенденции сексуальных отношений в России. СПб., 1996. С. 65—71, 73—75.

вали данные опросов, проведенных в 1982 г. в крупных городах Урала. Так, у молодых супругов в иерархии жизненных ценностей ведущее место (80,0% опрошенных) занимали взаимопонимание и доверие. Доля ценностей супружеской любви у семейных жителей Златоуста, например, составляла 44,4%, Магнитогорска — 46,4%. В то же время молодожены стали больше ценить собственное здоровье: 60,2% опрошенных в Златоусте и 57,0% — в Магнитогорске. Важно отметить, что материальное благополучие и интересная и творческая работа (у молодых специалистов) оказались важнее, чем дети. В иерархии жизненных установок молодых супругов материальное благополучие составляло от 31,7% до 45,0%. В Златоусте и Магнитогорске на значимость первенца как основной жизненной ценности указало всего по 2,2% опрошенных, в Свердловске — 5,0%. Именно в это время появились употреблявшиеся в молодежных жаргонах такие синонимы слова «дети», как «спиногрызы», «короеды» и проч. И это не было случайностью.

Среди наиболее важных условий счастливого брака 68,1% опрошенных назвали взаимоуважение и согласие супругов; 66,1% — взаимную любовь; 51,0 — верность супругов друг другу; 31,0 — материальное благополучие; 24,3% — сексуальную гармонию супружеских отношений. Вместе с тем понизилось значение детей: на их ценность сослались 15,2% молодых супругов²³.

Для мужчин семейные ценности представлялись менее важными, чем для женщин. Несмотря на значительное изменение своей роли в общественной, профессиональной и семейной жизни, представительницы слабого пола все-таки меньше мужчин были ориентированы на карьеру. По данным опроса, проведенного в Москве в 1983—1984 гг., семью предпочли около 50% женщин и около 34% мужчин. Но при этом и у тех, и у других была понижена ценность детей.

Похожая картина наблюдалась и в зарубежных странах. В установках молодежи понижались ценности семьи и детей. Опрос 1982 г. в Западной Германии показал, что в ценностной иерархии девушек молодых возрастов (15—19 лет) ведущую роль играла карьера, и только затем следовали семья и материнство²⁴.

²³ Зуськова О.Э. Становление семьи и развитие личности // Становление брачно-семейных отношений. М., 1989. С. 71; Мокеров И.П., Кузьмин А.И. Указ. соч. С. 73—74.

²⁴ Русские: этносоциол. очерки. М., 1992. С. 160; Зидер Р. Социальная история семьи в Западной и Центральной Европе (конец XVIII — XX вв.). М., 1997. С. 248.

Данные опросов, проведенных в 1988 г. среди рабочих и интеллигенции Москвы и Львова, свидетельствовали о повышении (особенно в сравнении с прошлыми годами) требований к брачному выбору, эмоциональному комфорту в браке, к общности интересов супругов, удовлетворенности интимной жизнью. При этом брак в последнюю очередь был сориентирован на детей. Новые требования сильнее проявлялись у женщин с высшим образованием и реже встречались у мужчин рабочих профессий. В то же время традиционные семейные ценности (муж обеспечивает семью материально, жена занимается домашним хозяйством и воспитанием детей) сохранялись. Наличие традиционных и современных установок у супругов, родителей и особенно взрослых детей, их столкновение, подчас острое, порождало в семьях многочисленные противоречия и конфликты²⁵.

Материалы, собранные социологами в 1980-х гг., свидетельствовали: состоящие в браке и разведенные женщины придавали большее значение благополучию и хорошим взаимоотношениям в семье, наличию детей, их воспитанию и становлению, чем незамужние. Однако последние чаще замужних и разведенных называли в качестве жизненных ценностей семью и хорошего мужа. Кроме того, у незамужних женщин средних возрастов особую роль в мотивации вступления в брак играла боязнь одиночества, а не желание обзавестись детьми.

Социологи выявили прямую зависимость между уровнем образования, состоянием в браке и ценностью детей. Собранные и проанализированные этими специалистами данные показали, что женщины всех категорий брачного состояния придавали серьезное значение возможности иметь интересную и любимую работу, а также реализовать свой творческий потенциал и профессиональные знания. Такое стремление замужних женщин нередко снижало их потребность в семье и детях. Для не состоящих в браке женщин профессиональный и карьерный рост оказывались главными. Однако изменение брачного состояния женщины меняло и ее отношение ко всем вышеназванным проблемам, например, для разведенной менее значимыми становились традиционные семейные ценности.

Эти ценности, в том числе ориентация на наличие и воспитание детей, были занижены у не состоящих в браке мужчин молодых возрастов (18—19 лет). С увеличением возраста, особенно при

²⁵ Фотеева Е. В. Развод в представлениях рабочих и интеллигенции // Становление брачно-семейных отношений. М., 1989. С. 64.

вступлении в брак, их взгляды менялись. По данным опросов, проведенных в 1970—1980-х гг., в Твери доля мужчин, считавших хорошую семью необходимым условием счастливой жизни, составляла 32%, в Саратове — 49,8%. У замужних женщин аналогичные показатели были выше, чем у женатых мужчин, — соответственно 40,7% и 59,7%. Вместе с тем мужчины в оценках качеств, наиболее ценных для их пола, на первое место ставили преданность делу и принципиальность, на второе — хозяйственность и домовитость, на третье — привлекательность и веселый характер. Однако женщин чаще всего привлекали мужчины хозяйственные и домовитые²⁶.

Понижение ценностных установок относительно детей объяснялось и тем, что материально и психологически сильно усложнились их взращивание и социализация, что значительно ограничивало планы родителей на комфортную жизнь. Кроме того, снизилась традиционная ценность детей как помощников в домашнем хозяйстве в случае старости и болезней родителей.

Изменение традиционных репродуктивных установок населения сказалось на сокращении рождаемости и уменьшении числа детей, прежде всего, в городских семьях — чаще всего они имели по одному ребенку. Такие «ячейки общества» в 1970 г. составляли 53,7% семей, имевших детей до 18 лет; в 1979 г. — 62,5%; с двумя детьми — соответственно 35,5% и 32,6%; с тремя и более — 10,8% и 4,9%. Таким образом, в городах удельный вес семей с двумя и особенно с тремя детьми сокращался. В то же время в данных статистики отразилась высокая доля не рожавших женщин: в городах РСФСР — 26,3%, а СССР — 26,8%.

Важно отметить, что сокращение числа детей в семьях наблюдалось практически во всех городах страны, включая союзные республики, где многодетность считалась традиционной. В Закавказье и Средней Азии уменьшалась доля городских семей с тремя и более детьми, однако все же она была больше, чем в РСФСР, Белоруссии, Прибалтике и на Украине.

Уменьшалось и ожидаемое число детей в семье. В результате проведенного в 1978 г. выборочного обследования выяснилось, что этот показатель понизился. В городах СССР на 100 женщин, состоящих в первом браке, в среднем ожидалось: в 1945—1949 гг. — 238 детей, в 1955—1959 гг. — 209, 1965—1969 гг. — 196, 1975—1978 гг. — 192 ребенка²⁷.

²⁶ Русские: этносоциол. очерки. С. 162, 170.

²⁷ Белова В.А., Дарский-Толчинский Л.Е. Статистика мнений в изучении рождаемости. М., 1972. С. 81—82, 97.

Кроме того, количественный показатель зависел от уровня образования и квалификации труда женщин. У тех, кто имел начальное образование и ниже, а также неполное среднее, было по одному—два ребенка, у матерей со средним, высшим, незаконченным высшим и средним специальным образованием — не больше одного²⁸.

Положение маленьких членов малодетных семей имело свои плюсы и минусы. С одной стороны, родители могли вкладывать в их воспитание и образование больше средств, чем в многодетной семье. Их чада лучше питались, одевались, имели возможность посещать зрелищные мероприятия, путешествовать, снабжались необходимой техникой для обучения, могли заниматься дополнительно с репетиторами и были лучше подготовлены к поступлению в вузы. С другой стороны, они не воспитывались в большом коллективе, были социально мало адаптированы, проявляли робость в принятии самостоятельных решений, часто возлагали надежды на родительскую опеку. Таким детям в большей мере, чем выросшим в многодетных семьях, были свойственны эгоизм, неумение общаться со сверстниками, незащищенность, повышенная ранимость и неумение постоять за себя.

В 1980-х гг. жители российских городов начали активно переоценивать выработанные в обществе нормы взаимодействия супругов, родителей и детей. Внутрисемейные отношения имели в целом демократический характер. Главенство мужа существенно понизилось, а в некоторых (особенно молодых) семьях даже носило формальный характер. Однако часто все складывалось традиционно: муж материально обеспечивал семью, жена вела домашнее хозяйство, занималась детьми и т.д. Такое распределение ролей сохранялось, даже в том случае, когда жена зарабатывала больше мужа. Загруженность женщин профессиональными и семейными делами приводила к частым конфликтам. Их рост в современной семье определялся и степенью удовлетворения супругами своих интересов и потребностей. Реализация последних была главным условием успешного функционирования семьи. Данные обследования, проведенного в 1980-х гг. в московской городской консультации по вопросам семьи и брака, свидетельствовали о наличии разных взглядов супругов на роли и распределение обязанностей в семье.

²⁸ Итоги Всесоюзной переписи населения 1970 года. 1974. Т. 7. С. 250—251, 380—381 (подсчеты авторов по городской семье РСФСР), 444, 450, 452; Итоги Всесоюзной переписи населения 1979 года. М., 1990. Т. 6, ч. 2. С. 60—61 (подсчеты авторов); Янкова З.А. Указ соч. С. 25, табл. 3; Белова В.А., Дарский-Толчинский Л.Е. Указ. соч. С. 81—82, 97.

Эти различия не позволяли супружеским парам удовлетворять свои потребности при ведении домашнего хозяйства, решении финансовых проблем, взращивании детей, организации досуга и отдыха, а также полностью реализовывать себя в качестве отца и матери, хозяина и хозяйки дома и т.д. Отсутствие развития семейных отношений, семьи как целостного организма и каждого из супругов в качестве самостоятельных личностей часто становилось фактором распада брака. Дети особенно болезненно переживали ссоры и конфликты, возникавшие между их родителями²⁹.

Вместе с тем существовали семьи — особенно в национальных регионах РСФСР — с традиционными патриархальными отношениями, для которых характерны главенство мужа и отца, авторитарная система воспитания детей, возрастно-половая субординация, отсутствие индивидуальной избирательности. В них, как правило, игнорировались интересы ребенка, попирались его права, применялась система суровых наказаний. Однако современные условия жизни влияли на характер отношений и в таких семьях³⁰. Традиционная система воспитания все чаще наталкивалась на сопротивление ребенка, возникали конфликты, приводившие к его отчуждению от родителей.

В современных условиях изменялись нормы внутрисемейных отношений, что обусловило распространение (прежде всего, в городах) детоцентристских семей — с отношениями и общими ценностями, объединявшими мужа и жену, родителей и детей. Супруги ограничивались рождением одного-двух детей, которые находились в центре внимания своих заботливых родителей.

Появлялись также семьи (в крупных городах), где муж и жена не подчиняли свои личностные потребности интересам семьи и детей, игнорировали традиции и обычаи. Супруги предпочитали внесемейные интересы и не собирались иметь детей, а если все же становились родителями, то не считались с желаниями своих чад.

В отношениях родители-дети доминировало разрешение бытовых и хозяйственно-экономических проблем, а этические, морально-психологические, в том числе касавшиеся различных сторон брака и семьи, считались второстепенными. Согласно данным специально проведенных в Москве в 1980-х гг. исследований молодых супружеских пар, 85% невест и 80% женихов никогда не обсуждали вопросов брака

²⁹ Зуськова О.Э. Указ. соч. С. 75, 82.

³⁰ Голод С.И., Клещин А.А. Состояние и перспективы развития семьи. Теоретико-типологический анализ. Эмпирическое обоснование. СПб., 1994. С. 6—8.

и семьи с отцами; матерям, видимо, доверяли больше дочери, поэтому и показатели оказались иными — 35% и 63%.

В современной семье столичного города сохранялись различия в воспитании сыновей и дочерей. Обычно матери обсуждали с дочерьми проблемы морально-нравственного порядка, отцы затрагивали их намного реже. Перед сыновьями родители ставили вопросы хозяйственного характера.

Серьезные проблемы возникали тогда, когда дети остро ощущали недостаток внимания со стороны перегруженных делами родителей. Те часто не проявляли интереса к внутреннему миру своих чад, их пристрастиям, занятиям, друзьям, отношениям с окружающими. Нарастало противоречие между потребностью детей в эмоционально-психологической близости с родителями и невозможностью ее реализовать в семье. Специалисты рассматривают безразличие родителей, проявленное к судьбам детей, как один из ведущих факторов совершаемых ими правонарушений³¹.

Кроме того, обследования выявили, что в 25% семей воспитанием детей занимались исключительно матери. Это очень важно, поскольку, по мнению психологов, значительная привязанность ребенка младенческого возраста к матери существенно влияет как на его жизнедеятельность и дальнейшее развитие, так и на его отношения с другими людьми, в том числе с объектами привязанностей³².

Иногда детей воспитывали только отцы, но таких семей было немного — только 3%, что объяснялось устоявшимися традициями распределения ролей, когда проблемы домашнего быта и семейного воспитания решали женщины.

Исследования психологов показали зависимость между самооценкой детей и характером отношений в семье. Высокая степень социальной и личной адаптированности ребенка, его целеустремленность, дисциплинированность, моральные качества, интересы, адекватная самооценка были обусловлены доверительными, теплыми, уважительными отношениями, сложившимися с родителями, в меру требовательными. Чувства изолированности, ненужности, низкая самооценка, проблемы в межличностных отношениях появлялись у детей в той семье, где между ее членами преобладали рациональные отношения, а родители почти не были эмоциональ-

³¹ Нечаева А.М. Правонарушения в сфере личных семейных отношений. М., 1991. С. 84—85.

³² См. об этом: Искольдский Н.В. Указ. соч. С. 146—152.

но вовлечены в жизнь своих чад и считали наказания основным методом их воспитания³³.

Заметное влияние на развитие ребенка, формирование его внутреннего мира, морально-нравственных качеств оказывает повседневная жизнь его родителей, их отношение к обществу, труду, семье, друг другу, а также интересы, привычки и т.д. Специалисты отмечают важность подражания ребенка своим родителям. Оно основывается на усвоенном им опыте, причем не только позитивном, но и негативном. Нарушения родителями (или одним из них) норм морали, общественного порядка негативно влияют на формирование личности ребенка, на его поведение, когда он переносит свой опыт на друзей, школу, коллектив. Особенно опасными в процессе создания ценностных и моральных установок у детей являются алкогольные пристрастия их родителей³⁴.

В воспитательном процессе всегда необходимо учитывать возрастные особенности детей. Когда в 10—13-летнем возрасте начинается их переход к юношеству, под влиянием многочисленных общественных, культурных, семейных, образовательных и других факторов с детьми происходят заметные психологические изменения. У них развивается логическое мышление, проявляется интерес к выбору будущей профессии и в целом к познанию мира взрослых, возникает привязанность к людям, сверстникам из внесемейного окружения. Вместе с тем дети этого возраста сохраняют психологическую уязвимость, повышенную возбудимость и эмоциональную нестабильность.

В возрасте 14—18 лет формирование личности ребенка связано с психологическими противоречиями. Подросток эмоционально тяготеет к людям, которых он считает образцом для себя. Ими могут стать мама и/или папа. Однако потребность подростка в примере для подражания сталкивается с его стремлением к независимости от родителей. Справиться с возникшим у него противоречием, сохранить в семье нормальные взаимоотношения могут только родители, обладающие соответствующими знаниями³⁵. Они важны и в плане необходимого воздействия на ребенка, а также применения к нему наказаний — от ограничений и запретов до телесных,

³³ Соколова Е.Т., Чеснова И.Г. Указ. соч. С. 110, 111.

³⁴ Нечаева А.М. Правонарушения в сфере личных семейных отношений. С. 77—79.

³⁵ Проблемы детей школьного возраста (10—13 лет): отчет о совещании Рабочей группы, Москва, 30 нояб. — 3 дек. 1976 г. Копенгаген, 1978. С. 11; Проблемы детей школьного возраста (14—18 лет): отчет о совещании Рабочей группы, Амстердам, 6—10 июня 1977 г. Копенгаген, 1978. С. 8.

имеющих в России широкое распространение. Однако психологи отмечают недопустимость «шлепать» детей до трех лет, применять физические наказания к девочкам в возрастах старше 10 лет и к мальчикам — старше 14. К тому же любые наказания могут перерасти в психологическое или физическое насилие родителей над ребенком, в унижение его человеческого достоинства, что негативно отразится на его психике и состоянии здоровья в целом.

Психологически некомфортная жизнь подростка нередко приводит его в неформальные группы, что способствует усилению «расхождения» с родителями и обострению семейных конфликтов. Тем более, как утверждают психологи, чем старше становится ребенок, тем ниже его уровень внушаемости³⁶, что заметно усложняет воздействие на него родителей.

В рассматриваемый период значительно возросла потребность в помощи родителей у взрослых детей, уже состоящих в браке и имеющих собственных детей. По статистическим данным, на помощь родителей в материальном плане рассчитывали 65,8% женихов и 67,0% невест; в ведении хозяйства — соответственно 59,4% и 56,4%; в воспитании детей — 66,0% и 68,5%. Необходимость такой постоянной поддержки в жизнеобеспечении большинства молодых семей способствовала сохранению стабильных контактов родителей и детей. Вместе с тем повышалась зависимость последних от родительской опеки, что часто приводило к конфликтным ситуациям между представителями разных поколений, а также между молодыми супругами.

Таким образом, в те годы в российских семьях еще сохранялись традиционные отношения. В то же время возникал явный дефицит этического воспитания детей, что влияло на брачное поведение юношей и девушек. Альтернативные формы семьи, конфликтность в отношениях родителей и детей, недостаток взаимопонимания и взаимоуважения между родителями — все это свидетельствовало о наступившем в конце 1980-х гг. кризисе института семьи. Он обострился в 1990-х гг. — в условиях социальной нестабильности в стране, массового обнищания ее населения и глубочайших эмоциональных потрясений.

³⁶ Розин М.В. Указ. соч. С. 88; Антонова Г.П., Хрусталева Н.В. Указ. соч. С. 53, 54—55.

§ 3. Меры социально-демографической политики по охране материнства и детства

В 1960—1980-х гг. советское правительство активизировало социальную политику, направленную на улучшение условий жизни населения, прежде всего, семей с детьми, что способствовало снижению уровня детской заболеваемости и смертности в РСФСР.

В результате развернувшегося в 1960-х гг. интенсивного жилищного строительства сотни семей с детьми были переселены в отдельные квартиры. Наряду с доминировавшим в те годы государственным жилищным фондом в республике развивался и фонд жилищно-строительных кооперативов. Объем жилья, находившегося в личной собственности граждан, был незначительным. Однако в конце 1980-х гг. населению стали активно продавать квартиры в домах государственного и общественного жилищного фондов — всего 10 тыс. квартир общей стоимостью около 47 млн руб.³⁷

Большинство городского населения РСФСР проживало в отдельных квартирах. В условиях урбанизации они имелись и в селах, но заметно меньше, чем в городах. В 1989 г. доля горожан и сельчан, живших в таких квартирах, составляла 61,1% российского населения; в городах — 68,9%, на селе — 39,8%.

Хозяевами индивидуальных домов в основном являлись сельчане и лишь частично — горожане. В 1989 г. в РСФСР в индивидуальных домах жило 22,5% населения; в городах — 11,4%; на селе — 52,9%. В коммунальных квартирах в том же году жили 6,0% россиян; в городах — 7,6%; в сельской местности — 1,6%.

Как правило, в отдельной квартире российской семьи было две комнаты (но не всегда ребенок имел одну из них), в индивидуальных домах на селе — три и более. А в коммунальных квартирах условия проживания оставались стесненными³⁸. Порой бывшие жильцы коммуналок ностальгически вспоминали коллективный быт этих квартир, где никто и никогда не оставался без присмотра.

В 1989 г. за счет государственных капиталовложений вводились следующие площади квартир: однокомнатная — 35 кв. м, двухкомнатная — 51,3; трехкомнатная — 67,9; четырехкомнатная и более —

³⁷ Народное хозяйство РСФСР в 1989 г.: стат. ежегодник. М., 1990. С. 228, 231.

³⁸ Основные итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М., 2005. Т. 14. С. 435; Население СССР: по данным Всесоюз. переписи населения 1989 г. С. 42.

82,0. В трех- и четырехкомнатные квартиры переселялись, в основном, многодетные семьи. Уровень комфортности жилья оставался неудовлетворительным: размеры коридоров, кухонь, ванных комнат и вспомогательных помещений были небольшими — в общей площади квартиры их удельный вес оставался на уровне 40%³⁹.

Жилищные условия в городах и селах РСФСР существенно различались по уровню благоустройства. В городах большинство населения пользовалось центральным отоплением (в том числе от автоматизированных газовых водонагревателей и малометражных котлов), водопроводом, канализацией, горячим водоснабжением, ванной или душем. В поселках городского типа и особенно в селах этими видами благоустройства пользовалось заметно меньше людей. Вместе с тем в РСФСР доля городов с водопроводом в 1970 г. составляла 94%; в 1975 г. — 97%; 1980 г. — 98%; 1985 г. — 98%; 1990 г. — 99%; с канализацией — соответственно 73%; 81%; 85%; 90%; 94%; поселков городского типа с водопроводом — 65%; 81%; 85%; 86%; 81%; с канализацией — 39%; 48%; 54%; 59%; 61%; сел с водопроводом — 2%; 2%; 2%; 2%; 16%; с канализацией — 0,2%; 0,4%; 1%; 1%; 3%. Аналогичная ситуация фиксировалась в городах и селах СССР⁴⁰.

Но в ряде поселков городского типа и даже городов многие семьи с детьми жили в неблагоустроенных квартирах: каждая четвертая из них не была оборудована централизованным водоснабжением, канализацией и центральным отоплением. В 1980 г. в городах удельный вес оборудованной водопроводом площади составлял 73%, в 1990 г. — 81%; канализацией — соответственно 71% и 78%; централизованным отоплением — 75% и 82%; ваннами — 64% и 73%; газом — 67% и 69%; горячим водоснабжением — 47% и 67%; напольными электроплитами — 4% и 17%. В сельской местности в обобществленном жилищном фонде более половины (55—60%) квартир тоже оставались неблагоустроенными⁴¹.

В первую очередь жилой площадью обеспечивались рабочие семьи с детьми. Например, рабочие и служащие Уралэлектротяжмаша в 1957 г., в основном, имели на одного человека 3—4,4 кв. м, а в 1981 г. — 9—12 и более кв. м (как и почти все трудящиеся Верх-Исетского металлургического завода в 1985 г.). В селах

³⁹ Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 228.

⁴⁰ Население СССР: по данным Всесоюз. переписи населения 1989 г. С. 42; Российский статистический ежегодник, 2000... С. 172.

⁴¹ Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 230; Российский статистический ежегодник, 2000. М., 2000. С. 173.

же на одного жителя приходилось больше жилой площади, чем в городах: в 1980 г. — 13,8 кв. м, в 1990 г. — 18,2.

Важно отметить, что неполные семьи имели хорошие жилищные условия, поскольку при разводах жилье, как правило, оставалось в распоряжении матери и ребенка. Закон защищал их интересы, если происходил раздел квартиры (что практиковалось редко). Излишки площади у неполных семей не изымались. Данные обследования 1985 г. в Свердловске показали, что в отдельных квартирах проживало 66,2% таких семей; в кооперативных — 16,7%; в коммунальных — 15,2%; в частных — 1,4%. По сравнению с 1977 г. (соответственно 37,5%; 6,3%; 29,6%; 1,7%), прослеживается увеличение процента неполных семей, проживавших в отдельных и кооперативных квартирах, и снижение — в коммунальных и частных. К тому же обеспеченность жильем неполных семей в расчете на одного человека была выше, чем полных⁴².

Семьи, прежде всего с детьми, обеспеченные жилой площадью 5—7 кв. м на одного человека, нуждались в ее улучшении. Однако во второй половине 1980-х гг. доля семей очередников, которые улучшили жилищные условия, понижалась: в 1986 г. — 15% состоявших на учете; в 1987 г. — 17%; 1988 г. — 15%; 1989 г. — 14%⁴³, что было связано со свертыванием жилищного строительства в стране.

В то же время в РСФСР ветхие и аварийные здания составляли 35 млн кв. м (1,5% всего жилого фонда). Однако в условиях нарастания в российском обществе социальных проблем и противоречий объем ремонтных работ (включая капитальные) в жилых зданиях сократился⁴⁴.

Питание населения РСФСР в эти годы улучшилось, соответственно, появилась возможность сделать его для детей полноценным. В их рационе преобладали молочные и мясные продукты, хлебобулочные и кондитерские изделия; широко использовались консервы, в том числе плодово-ягодные и овощные. Закономерно, что потребление молочной продукции на душу населения увеличилось с 112 (1980) до 141 кг (1989); мясной — соответственно с 32 до 45 кг; сахарного песка — с 22 до 29 кг; консервов — с 43 до 56 условных банок.

⁴² Население СССР: по данным Всесоюз. переписи населения 1989 г. С. 44; Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 229; Российский статистический ежегодник, 2000. С. 172, 174—175; Мокеров И.П., Кузьмин А.И. Указ. соч. С. 27, 40.

⁴³ Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 231.

⁴⁴ Российский статистический ежегодник, 2000. С. 172; Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 230.

В конце 1980-х гг. наметились изменения в структуре питания населения — оно стало меньше потреблять мясных и молочных продуктов, хлеба и сахара, больше овощей и фруктов. Из продовольственных товаров в большинстве случаев покупали мясную и молочную продукцию, хлебобулочные изделия, овощи, фрукты и проч. Данные выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств свидетельствовали о том, что деньги расходовались на покупку мяса и мясных продуктов: в 1980 г. — 9,3%; в 1985 г. — 9,5%; 1990 г. — 8,6%; молока и молочных продуктов — соответственно 5,6%; 5,3%; 4,0%; сахара и кондитерских изделий — 5,1%; 4,8%; 3,8%; хлеба и хлебных продуктов — 4,3%; 3,8%; 3,1%; фруктов и ягод — 2,8%; 3,2%; 3,4%; овощей и бахчевых — 2,8%; 2,6%; 3,0%; заметно возросли траты на приобретение алкогольных напитков — 5,4%; 4,6%; 5,0%.

В то же время следует напомнить, что в тот период, помимо детских учреждений, общественного детского питания в стране не существовало. Не было детских кафе, столовых, продовольственных магазинов и проч., были лишь молочные кухни и отделы питания для младенцев и детей раннего возраста.

Улучшение условий жизни населения РСФСР способствовало акселерации: отмечалось увеличение роста детей, их более раннее физическое созревание. Это явление было характерно и для Европы, тем не менее в каждой стране существовали особенности биологического развития детей и подростков⁴⁵.

В 1960-х гг. улучшилось медицинское обслуживание населения, в том числе детского, однако уже в 1970—1980-х гг. оно изменилось в худшую сторону. Об этом свидетельствуют темпы сокращения числа больниц: в 1960 г. — 14,3 тыс.; в 1970 г. — 13,8; 1975 г. — 13,1; 1980 г. — 12,5; 1985 г. — 12,5 тыс. Так же обстояло дело с обеспеченностью российского населения амбулаториями и поликлиниками: в 1960 г. — 21,9 тыс.; в 1970 г. — 19,9; 1975 г. — 18,9; 1980 г. — 18,7; 1985 г. — 19,4; 1990 г. — 21,5 тыс.

Появились новые формы медицинского обслуживания населения — стационары при больницах и поликлиниках (дневные) и на дому, диагностические центры. Опасность распространения СПИД в эти годы обусловила создание в РСФСР 540 специализированных лабораторий по исследованию крови на вирус. Вместе с тем сохранялся недостаток учреждений здравоохранения в сель-

⁴⁵ Проблемы детей школьного возраста (10—13 лет). С. 9; Проблемы детей школьного возраста (14—18 лет). С. 5.

ской местности и провинциальных городах. Уменьшилось число коек для больных детей. На 10 тыс. детей в 1981 г. было 98,0 коек; в 1985 г. — 94,8; 1989 г. — 92,2.

В РСФСР расширялась обеспеченность населения детской скорой медицинской помощью. В 1980-х гг. увеличилось число станций скорой медицинской помощи. По данным учреждений системы Минздрава РСФСР, в 1970 г. их было 1 921; в 1980 г. — 2 325; 1985 г. — 2 788; 1990 г. — 3 042. Скорую помощь оказывали и специализированные кардиологические, анестезиолого-реанимационные, неврологические и психиатрические бригады.

Тем не менее материально-техническая база медицинских учреждений республики, особенно на селе, оставалась слабой. Сохранялась низкая оснащенность медицинских учреждений современной аппаратурой и оборудованием, обострилась проблема, связанная со снабжением больных лекарственными препаратами. Специалисты отмечали скученность пребывания больных в медицинских учреждениях: в каждой третьей больнице на одну койку приходилось меньше 4 кв. м площади при норме 7 кв. м⁴⁶.

В России росло число терапевтов, хирургов, акушеров-гинекологов, педиатров, психиатров (в том числе наркологов) и стоматологов⁴⁷. Повысилась обеспеченность населения медицинскими кадрами. На 10 тыс. российского населения в 1960 г. приходилось 19,3 врачей; в 1970 г. — 26,6; 1975 г. — 32,6; 1980 г. — 38,3; 1985 г. — 43,2. Это явление было характерно практически для всех регионов РСФСР. Так, в Северо-Западном регионе на 10 тыс. человек в 1970 г. было 39,8 врачей; в 1975 г. — 45,2; 1980 г. — 48,5; 1985 г. — 53,6; в Ненецком автономном округе — соответственно 21,1; 22,8; 23,8; 30,0; в Вологодской области — 18,9; 23,7; 26,2; 31,9; в Адыгее — 20,5; 25,3; 32,8; 38,7; но их становилось меньше (несмотря на высокие показатели) в Москве — 74,2; 86,7; 96,9; 104,2 и Ленинграде — 70,0; 73,4; 78,4; 84,6.

Хотя во второй половине 1980-х гг. число врачей увеличилось, их квалификация, прежде всего, в районных поликлиниках, оставляла желать лучшего. Участились случаи невнимательного отношения к детям, а также халатности, неквалифицированной по-

⁴⁶ Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. ... С. 288, 294, 292, 297, 300; Российский статистический ежегодник, 1996. М., 1996. С. 205.

⁴⁷ Российский статистический ежегодник, 2001. С. 239—244; Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 288, 294, 292, 297, 300; Москва в цифрах: с начала века до наших дней. М., 1997. С. 39.

становки диагнозов и неграмотного назначения лекарственных препаратов (без учета побочных явлений).

В принципе, медицинская помощь в РСФСР и СССР в целом осуществлялась бесплатно, но уже с 1960-х и особенно в 1970—1980-х гг. неофициально она становилась платной (даже детская). Услуги врачей и среднего медицинского персонала в государственных больницах негласно оплачивались больным или его родственниками, а медикаменты и большую часть лекарств в стационарах совершенно официально покупал сам больной.

Профилактические осмотры, диспансеризации и вакцинации детей проводили в детских дошкольных учреждениях и школах. Однако часто диспансеризации проводились формально. В профилактике заболеваний допускалось невнимание к осматриваемому ребенку, отсутствовало своевременное и качественное лечение. Все это приводило к росту заболеваемости детей. Ее наиболее высокие показатели наблюдались в возрастах 1—2 года, 2—6 лет, прежде всего, из-за значительного распространения именно у детей младших возрастов болезней уха, горла, носа, острого катара верхних дыхательных путей и инфекционных заболеваний⁴⁸.

В 1980-х гг. дети были меньше подвержены некоторым видам заболеваний, в первую очередь, это касалось туберкулеза легких. Но значительно возросло число детей, пораженных пищевой токсико-инфекцией, энтеритом, гастроэнтеритом и колитом, в том числе инфекционного происхождения. У многих — в возрастной группе 3 года и старше — были зарегистрированы острые инфекционные заболевания (корь, скарлатина).

В 1970—1980-х гг. сложная экологическая ситуация в российских городах способствовала активному распространению среди детей новообразований и заболеваний эндокринной системы, крови и кроветворных органов. В то же время участились случаи болезней органов кровообращения, а также заболеваний нервной, костно-мышечной и мочеполовой систем. В условиях сильного загрязнения почвы, воды, воздуха, особенно в таких городах, как Владикавказ, Кемерово, Чапаевск, Новокузнецк и др., наблюдался рост врожденных пороков развития у младенцев. Увеличилось число детей с хроническими заболеваниями.

Борьба с этими серьезными недугами велась, но не было заметного улучшения уровня медицинского обслуживания населения.

⁴⁸ Богомольский М.А. Указ. соч. С. 12—15.

ния. Неудивительно, что россияне в эти годы были критически настроены по отношению к существовавшей системе здравоохранения.

В 1980-х гг. в РСФСР активно развивалась сеть санаториев и профилакториев, домов и баз отдыха, пансионатов, туристских баз, где создавались места для семейного отдыха и лечения родителей с детьми. Открывались и учреждения отдыха короткого пребывания (одного-двух дней).

Однако в конце 1980-х гг. число учреждений отдыха, особенно семейного, уменьшилось, а качество обслуживания, питания и проживания в них, как правило, было низким. Стоимость с большим трудом приобретающихся путевок в санатории, дома отдыха и пансионаты для большинства граждан по-прежнему была высокой. Ситуация также осложнялась несовпадением времени отдыха членов семей. Согласно данным единовременного выборочного обследования 1989 г., большинство респондентов предпочитало организованный семейный отдых с детьми, но было вынуждено проводить отпуска и каникулы врозь⁴⁹. Таким образом, в 1980-х гг. качество жизни населения в РСФСР оставалось низким, что негативно влияло на состояние здоровья детей.

Пронаталистская политика этих лет имела прагматический характер. На протяжении 1960-х гг. правительство почти не занималось демографическими проблемами. Естественный прирост был стабильно положительным, старение населения еще ощущалось мало. Однако рождаемость в стране падала, а смертность росла, что могло привести к дефициту трудовых ресурсов.

Сокращение рождаемости и уменьшение детей в семье было обусловлено, в том числе, легализацией в СССР аборт. 23 ноября 1955 г. Президиум Верховного Совета СССР принял указ об отмене запрета на аборт (существовал с 1936 г.)⁵⁰. Важно отметить, что в начале 1980-х гг., когда государство предприняло ряд мер в целях увеличения рождаемости, заметно усилилось внутрисемейное планирование деторождения. Решение о рождении ребенка или отказе от этого основывалось на личных потребностях и интересах женщины или супругов. Они делали свой выбор свободно, индивидуально и не связывали его, как это было в недалеком прошлом, с необходимостью вступления в брак.

⁴⁹ Народное хозяйство РСФСР в 1989 г. С. 307—308.

⁵⁰ Ведомости Верховного Совета СССР. 1955. № 22, ст. 425.

Правительство было обеспокоено снижением рождаемости, в связи с чем была разработана и реализована система мер по ее поощрению. Законодательной основой этой программы стал принятый 2 сентября 1981 г. указ Президиума Верховного Совета СССР «О мерах по усилению государственной помощи семьям, имеющим детей». Согласно документу, женщинам предоставлялся отпуск по беременности и родам продолжительностью 56 календарных дней до родов и 56 — после; в случае сложных родов или рождения двух и более детей этот отпуск увеличивался до 70 календарных дней. По желанию женщины, а также при наличии у нее общего трудового стажа не менее одного года она могла оформить частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до достижения им возраста одного года. За этот период матери выплачивались пособия по государственному и социальному страхованию. Кроме того, женщине по ее заявлению предоставлялся дополнительный отпуск без сохранения заработной платы по уходу за ребенком до достижения им возраста полутора лет. Одиноким матерям (не состоявшим в браке) на содержание и воспитание детей выплачивались государственные пособия в размере 20 руб. в месяц на каждого ребенка⁵¹.

Для работающих женщин создавались более благоприятные условия, позволявшие им сочетать трудовую деятельность на производстве и воспитание детей: неполный рабочий день, неполная рабочая неделя, скользящий график. Матери, имевшей двоих и более детей в возрасте до 12 лет, предоставлялись трехдневный оплачиваемый отпуск и первоочередное право на получение ежегодного отпуска летом, либо в другое удобное для нее время. Женщине также предоставлялось право на отпуск сроком до двух недель по уходу за детьми без сохранения заработной платы.

Для матерей, работавших или обучавшихся с отрывом от производства, вводились выплаты государственного единовременного пособия при рождении первого ребенка в размере 50 руб., второго и третьего — 100 руб.⁵²

Многодетным матерям увеличили ежемесячные пособия. В 1960 г. в СССР их получали 3,5 млн многодетных семей, в 1980 г. — 3,2 млн. Многодетность в тот период, в основном, была распространена в семьях неславянских народов. Пособия поощряли рождаемость в Средней Азии, население же Центральной

⁵¹ Там же. 1981. № 36, ст. 1032. С. 863—864.

⁵² Свод законов СССР. М., 1981. Т. 2. С. 678—681.

России по этим программам практически не получало поддержки. В соответствии с мерами мотивации рождаемости матери выплачивали единовременное пособие при рождении третьего ребенка и повысили пособия по беременности и родам. Государство продолжало поддерживать одиноких матерей. Кроме того, выплачивались пособия детям из малообеспеченных семей.

Женщине-матери предоставлялась возможность продлить послеродовой отпуск по уходу за ребенком и работать по индивидуальному графику. Эти меры, конечно, облегчали родителям уход за детьми, но оставляли нерешенными множество проблем. Например, женщине-матери по возвращении из отпуска по уходу за ребенком администрация обязана была сохранить рабочее место и соответствующую оплату. Но при этом не всегда сохранялась прежняя должность, что негативно сказывалось на карьерном росте женщины (например, без потери в оплате учительницу могли сделать библиотечкарем).

Администрации предприятий и учреждений старались не брать на престижную работу женщин с маленькими детьми, не допускали выхода матерей на работы по индивидуальным графикам, предпочитая не предоставлять им положенных законодательством льгот. К сожалению, реального государственного контроля за соблюдением вышеназванных законов налажено не было. Отцы не имели права получать отпуска по уходу за детьми, а в случае их болезней — больничных листов, хотя этот вопрос неоднократно обсуждался в СМИ.

Итак, в 1980-х гг. семьям с детьми законодательно был предоставлен значительный пакет государственной помощи. Позитивную роль в улучшении здоровья детей сыграл указ Президиума Верховного Совета СССР «Об усилении борьбы с пьянством», принятый 16 мая 1985 г. и введенный в действие 1 июня того же года⁵³. Все эти меры дали положительный, но краткосрочный эффект.

§ 4. Забота о сиротах и безнадзорных детях

В 1970—1980-х гг. в СССР распространилось социальное сиротство, которое возникло в условиях, прежде всего, лишения отцов и матерей их родительских прав. В этом случае ребенок направлялся в детский дом или интернат и при живых родителях обретал статус сироты.

⁵³ Ведомости Верховного Совета СССР. 1985. № 21, ст. 369. С. 320—322.

Злостный характер таких неправомерных поступков, как уклонение родителей от выполнения своих обязанностей по воспитанию детей, злоупотребление родительскими правами, жестокое обращение с детьми, вредное влияние на них аморального и антиобщественного поведения родителей, хронический алкоголизм и наркомания приводили к лишению родительских прав. Данные Комитета по народному образованию СССР свидетельствовали о существенной численности детей, утративших попечение родителей. Тем не менее тенденция к ее снижению наметилась в 1985—1988 гг.: в 1985 г. — 109 923 детей, в том числе в возрасте до 7 лет — 41 788; в 1986 г. — соответственно 102 178 и 38 906; 1987 г. — 94 380 и 22 699; 1988 г. — 89 280 и 21 991⁵⁴.

Социальное сиротство возникало и при разводах родителей. В основном расторгались браки супругов, которым было по 25—29 лет. Именно в этом возрасте у разволившихся фиксировалось наибольшее число общих несовершеннолетних детей. Чаще всего разводились пары с одним ребенком.

Разводы способствовали увеличению числа неполных семей с низким уровнем благосостояния. В Таганроге, например, в 1980-х гг. доля бедных среди неполных простых семей с детьми составляла 31%, среди сложных — 34%; среди семей бабушек и дедушек с детьми (с частичной материальной поддержкой со стороны родителей ребенка или без нее) — 23%. Низкий процент бедных отмечался среди одиночек трудоспособных возрастов — 3,2% и полных семей без детей — 8,5%.

Из-за того, что в обществе сохранялось негативное отношение к разводам, детям из семей разведенных родителей было не только материально, но и психологически тяжело. По данным опросов воспитателей детских дошкольных учреждений, а также учащихся заочного отделения дошкольного воспитания Рязанского государственного пединститута (во второй половине 1980-х гг.), дети-дошкольники особенно болезненно реагировали на разводы родителей. Переживания мальчиков оборачивались агрессией, неповиновением и девиантным поведением в целом, девочек — тревожным состоянием, депрессией, невротическими реакциями — рассеянностью, плаксивостью, замкнутостью и др.

Жизнь детей часто осложнялась конфликтами родителей, не прекращавшимися и после развода. Детские переживания еще бо-

⁵⁴ Нечаева А. М. Правонарушения в сфере личных семейных отношений. С. 80—81, 85, 87—88, 93.

лее обострялись при рождении детей в новых семьях разведенных родителей. Данные анкетного опроса, проводившегося в 1985 г. в отделах ЗАГС и народных судах Москвы, Тулы и Воронежа, показали ожидаемые супругами изменения в воспитании детей после развода. Так, после расторжения брака 46% отцов намеревались встречаться с детьми не реже одного раза в неделю, вместе с тем такие намерения разделяли только 20% матерей. Кроме того, разведенная мать не всегда хотела, чтобы ее «бывший» встречался с ребенком. Однако по анкетному опросу, только 27—36% отцов после развода собирались принимать непосредственное участие в воспитание своих детей⁵⁵. Все это усиливало конфликтность супружеских отношений и перед разводом, и после. В итоге, большинство детей в таких семьях имели отклонения в поведении.

— Хотя российское общество и осознавало, что при разводах родителей надо было более внимательно и бережно относиться к интересам детей, но в 1989 г. 0,8 млн детей и подростков (2% общего числа несовершеннолетних) проживали без обоих родителей, с бабушками и дедушками и другими родственниками; 1,8 млн (4,4%) жили вообще вне семей, в общежитиях при учебных заведениях⁵⁶. Возрастало число детей, живших в отличавшихся от общепринятых стандартов и норм альтернативных семьях: фактических; неполных и материнских; с раздельным проживанием супругов; с неродными родителями и т.д.⁵⁷

Материнская семья — это мать и ее внебрачный ребенок. В 1970—1983 гг. доля внебрачных детей в российских городах увеличилась с 5,6% до 10,2%, на селе — с 7,2% до 12,8%⁵⁸. Распространение внебрачных рождений породило такое явление, как добровольное установление отцовства — возможное лишь тогда, когда на него соглашалась мать ребенка. При обоюдном согласии родители подавали в ЗАГС совместное заявление об установлении отцовства. Согласие матери не требовалось: в случае ее смерти, признания матери недееспособной, лишения ее родительских прав, невозможно-

⁵⁵ *Солодников В.В.* : 1) Дети развода // Социологические исследования. 1988. № 4. С. 60, 62; 2) Накануне развода // Там же. № 1. С. 56, 57.

⁵⁶ Семья в кризисном обществе: годич. отчет за 1992 г. М., 1993. С. 18.

⁵⁷ *Голод С.И., Клещин А.А.* Указ. соч. С. 33—34; *Голод С.И.* Семья и брак ... С. 198—211; *Мацковский М.С.* Изменение положения женщин и будущее семьи // Социологические исследования. 1979. № 1. С. 85—91; *Заикина Г.А.* Либерализация половой морали и семья // Становление брачно-семейных отношений. М., 1989. С. 59—60.

⁵⁸ *Денисов А.П., Лопушанский В.Г., Резников С.Г.* Внебрачные дети // Социологические исследования. 1989. № 4. С. 82.

го установления ее местожительства. Тогда запись об отце ребенка производилась по заявлению отца. Специалисты отмечали, что в 1980-х гг. в СССР поданные заявления об установлении отцовства в добровольном порядке составляли 43% внебрачных рождений.

Увеличение в России числа семей с неродными родителями было связано, в том числе, с участвовавшими усыновлениями и удочерениями детей. По данным статистики, 1 января 1985 г. в СССР на учете состояли 444 278 таких детей (из них усыновлены/удочерены отчимами/мачехами — 228 845); 1 января 1986 г. — соответственно 462 369 и 239 973; 1 января 1987 г. — 483592 и 254 835.

Распространилось в те годы и опекуновство (попечительство). В СССР 1 декабря 1985 г. на учете состояли 254 188 подопечных детей, передано на опеку 58 460 несовершеннолетних; 1 декабря 1986 г. — соответственно 266 039 и 61 272; 1 декабря 1987 г. — 27 964 и 58 232. В 1985 г. на полное государственное обеспечение в детские дома и школы-интернаты были направлены 32 843 детей, в семьи на усыновление и опеку — 75 250; в 1986 г. — соответственно 24 686 и 76 164; 1987 г. — 20146 и 79 921⁵⁹.

В конце 1980-х гг. в России появилась новая форма воспитания, обучения и содержания сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, — детские дома семейного типа (занимавшиеся детьми от их рождения до начала трудовой деятельности). Впервые они были созданы в 1988 г. В таких домах могли проживать 5—10 детей. Планировалось создание детских городков, состоявших из отдельных многоквартирных домов, где жили семьи, взявшие на воспитание не менее 10 детей. Наряду с этим были приемные семьи с 5 и более сиротами и оставшимися без попечения родителей детьми. Проживали они в многокомнатных квартирах обычных домов либо в специализированных домах. В таких семьях родители занимались воспитанием приемных детей за вознаграждения⁶⁰.

⁵⁹ Нечаева А.М. Правонарушения в сфере личных семейных отношений. С. 25—31.

⁶⁰ Там же. С. 56—57.

Демографический кризис конца XX в. и детство

В 1990 г. в СССР начался демографический кризис, который привнес в демографическую ситуацию умеренных превращений эпохи реформаций. Число умерших превысило число рожавших. В 1992 г. умерло мужчин на 94 тыс. больше, чем рожилось. Пик отрицательного естественного прироста населения населения пришелся на 1994 г., когда умерло на 302 тыс. больше, чем рожилось (см. таблицу 14). Также отрицательным был естественный прирост у женщин: в 1992 г. число умерших превзошло количество рожавших на 125,5 тыс. человек, в 1994 г. — на 391,5 тыс.

Таблица 14

Естественный прирост населения Российской Федерации по полу (человек)

Год	Мужчины	Женщины
1990	218 367	316 017
1991	96 297	3 878
1992	-94 266	-125 533
1993	-464 009	-386 356
1994	-501 549	-91 556
1995	-467 437	-375 569
1996	-413 191	-355 470
1997	-380 350	-275 489
1998	-343 972	-152 500
1999	-286 372	-82 533
2000	-228 529	-44 080

См. также: [Демографический кризис в России](#), [Табл. 14](#), [2000 г.](#), [Ф](#)

Свободности личности, возможности добровольно избраться и уйти из семьи, отлучиться, высказывать политические амбиции, в том числе — нежелать, и делать карьеру, стабильности. Причины стремительного падения естественного прироста было увеличением смертности среди мужчин, экономическим кризисом, отсутствием перспектив, стабильности, а также — в результате женского репродуктивного поведения: потерей интереса к продолжению рода, утратой мужского интереса, снижением числа детей, безработицей, отсутствием жизни, интересом к сексу.

Демографический кризис в России // М.: 2004. — 240 с. — ISBN 5-901700-00-0

§ 1. Основные характеристики демографических процессов

В 1990-х гг. в России разразился глубокий демографический кризис, поставивший ее народы на грань депопуляции. Число умерших превышало число родившихся. В 1992 г. умерло мужчин на 94 тыс. больше, чем родилось. Пик отрицательного естественного прироста мужского населения пришелся на 1994 г., когда умерло на 502 тыс. мужчин больше, чем родилось (см. таблицу 14). Также отрицательным был естественный прирост у женщин: в 1992 г. число умерших превысило количество родившихся на 125,5 тыс. человек, в 1994 г. — на 391,5 тыс.¹

Таблица 14

Естественный прирост населения Российской Федерации по полу (человек)

Год	Мужчины	Женщины
1990	218 848	114 017
1991	95 331	8 638
1992	-94 244	-125 553
1993	-404 000	-346 356
1994	-501 649	-391 558
1995	-467 437	-372 568
1996	-412 191	-365 420
1997	-380 356	-375 480
1998	-352 902	-352 550
1999	-486 372	-443 255
2000	-526 629	-431 903

Составлено по: Демографический ежегодник России, 2001. М., 2001. С. 58.

Особенности динамики численности российского населения в тот период объясняются высокими показателями смертности, в том числе детской, и резким сокращением рождаемости. Причин стремительного падения последнего показателя было несколько: сложная социально-экономическая ситуация, отсутствие политической стабильности, многочисленные стрессовые ситуации, связанные с трудностями адаптации к системе рыночных отношений значительной части населения, утратой жизненных ориентиров, обнищанием многих семей, безработицей, потерей жилья, интенсивными ми-

¹ Демографический ежегодник России, 2001. С. 58; Демографический ежегодник России, 2008: стат. сб. М., 2008. С. 66.

грациями как внешними, так и внутренними. Существовавшая ранее система охраны материнства и детства была разрушена, а новая еще не сложилась. Общую картину «дополняла» отмена дотаций на детское питание и товары для детей, а также льгот по оплате коммунальных услуг. Резко возросли цены на спорттовары, игрушки, развивающие игры и «подорожало» содержание детей в дошкольных учреждениях.

Увеличение смертности объяснялось общим ослаблением здоровья большинства населения страны из-за недостаточного и несбалансированного питания, значительного повышения цен, особенно на продукты первой необходимости, из-за перебоев в тепло- и энергоснабжении жилья во многих российских регионах.

Значительную роль в создавшейся ситуации сыграл кризис системы здравоохранения. В России фиксировалась сверхсмертность в младенческом и средних репродуктивных возрастах. Например, на 1 тыс. живорожденных детей в 1992 г. умерло 18 младенцев, в 1993 г. — 20, в 1994 г. — 18,6. Рождалось много слабых детей. Специалисты считают важнейшим показателем здоровья младенца массу его тела при рождении. Этот показатель связан как с биологическими особенностями родившегося, так и с условиями его внутриутробного развития. Данные статистики тех лет свидетельствуют о росте заболеваемости среди беременных женщин.

В 1990-х гг. заметно ухудшились показатели физического развития новорожденных. Возросла доля детей с массой тела менее 2 500 г (маловесных): с 5,7% среди всех родившихся живыми в 1990 г. до 6,7% в 1999 г. В группу младенцев с массой тела 2 500—2 900 г (в 1991 г. — 16,2%, в 1999 г. — 17,2%) входили дети с задержкой внутриутробного развития, замедлением роста и недостаточным питанием. Вместе с тем доля новорожденных с массой тела 3 500 г и выше понизилась (в 1991 г. — 41,0%, в 1999 г. — 37,0%), что свидетельствовало об ухудшении здоровья населения в целом.

В начале 2000-х гг. ситуация несколько улучшилась. Повысилась доля новорожденных с массой тела 3 500 г и выше: с 37,9% в 2000 г. до 39,1% в 2004 г. В то же время сократилась доля маловесных детей: в 2000 г. детей с массой тела 2 500—2 999 г было 16,7%, в 2004 г. — 16,2%; с массой тела 2 000—2 499 г — соответственно 4,22% и 4,08%².

Исследователи часто связывают проблему маловесных детей с их недоношенностью. Среди них, почти всегда имевших врожденные

² Демографический ежегодник России, 2001. С. 58.

аномалии, задержки в физическом и нервно-психическом развитии, наблюдался высокий уровень заболеваемости, инвалидности и смертности. В 1999 г. в России число недоношенных, в сравнении с 1991 г., увеличилось на 13,5%, но с 2000-х гг. оно начало уменьшаться: в 2004 г., например, относительно 1999 г. — на 11,3%.

Увеличение числа маловесных новорожденных указывает на социальное неблагополучие российского общества. По данным специально проведенных в 2000—2001 гг. обследований, дети из малообеспеченных семей имели отклонения в физическом развитии (недостаток веса, отставание в росте). Среди детей школьного возраста оказалось 3,4% тех, кто родился с весом менее 2 500 г; 14,1% — 2 500—2 900 г³.

В начале 1990-х гг. доля детей в возрасте 0—4 года сократилась, даже по сравнению с 1989 г., составив 7,6% российского населения; 5—9-летних была несколько выше 8% (очевидно, сказались влияющие мер по поощрению рождаемости начала 1980-х гг.); 10—14-летних не превышала 7,3%⁴.

Рассмотрим причины падения рождаемости в эти годы. Прежде всего надо учитывать, что кризис развивался в условиях глубокой деформации возрастно-половой структуры населения⁵. Перепись 2002 г. зафиксировала сложившееся в результате войн и социально-политических катаклизмов XX в. значительное превышение численности женщин над численностью мужчин, которое в 1989 г. составило 10 млн человек против 9,6. В 2002 г. удельный вес мужчин в населении составил 46,6%, однако появилась особенность в возрастно-половом составе, которая негативно сказалась на уровне рождаемости. В молодых, самых репродуктивных, возрастах соотношение женщин и мужчин внутри возрастных групп изменилось в пользу последних. Это объяснялось повышенной материнской смертностью в 1980—1990-х гг. Кроме того, в 1990-х молодые девушки массово выезжали за рубеж в поисках высокооплачиваемой работы или выгодного брака. Судьбы этих молодых женщин сложились по-разному, но многие из них не вернулись на родину по тем или иным причинам⁶.

³ Суханова Л.П. Здоровье новорожденных детей России. М., 2007. С. 58—63, 69; Дети России, 2000—2001 гг. М., 2003. С. 47, 66, 67.

⁴ Демографический ежегодник России, 2001. С. 31.

⁵ Жиромская В.Б. Демографический кризис конца XX — начале XXI в. в России и его особенности // Раздвигая горизонты науки: к 90-летию акад. С.Л. Тихвинского. М., 2008. С. 325—329.

⁶ Демографический ежегодник России, 2001. С. 42.

Демографический кризис развивался в условиях регрессивной, с точки зрения воспроизводства населения, возрастной структуры. Перепись зафиксировала превышение числа пожилых людей над числом детей: 18,1% численности населения составили дети, 61,3% — население трудоспособного возраста, 20,5% — старше этого возраста⁷.

На снижение уровня рождаемости повлияло и уменьшение доли женщин репродуктивного возраста. Правда, в 1990-х гг. изменились характеристики повозрастной рождаемости. С одной стороны, репродуктивный период стал более длительным, нередко были случаи рождения первенца в 39—45 лет, что сужало возможности рождения второго и третьего ребенка, с другой — максимум повозрастной рождаемости переместился на возраст 20—24 года, а в 1970-х гг. приходился на 25—29 лет. Перемещение рождений на более молодой возраст все-таки создает возможности для большего числа рождений, кроме того, рожденные молодой женщиной дети, по сравнению с «поздними», как правило, отличаются более крепким здоровьем. Однако снижение возраста рождения первенца не гарантировало увеличения числа рождений на протяжении жизни женщины, так как она могла раньше перестать рожать.

Немаловажным моментом является тот факт, что демографический кризис протекал в условиях завершившегося демографического перехода к малодетной семье. Следует учитывать, что этот переход завершился и в городе, и в деревне, где еще недавно сохранялись традиционные, средне- и многодетные семьи, которые и восполняли потери населения. Семей сложного состава (в основном, каждая их них — это супружеская пара с детьми, один из которых состоит в браке) было немного. В 1994 г., например, они составляли 5% общего числа всех семей, а домохозяйства с тремя и более супружескими парами — 0,1%.

Сократилось среднее число детей в семье (1,63) и снизилось количество многодетных семей. Примерно $\frac{1}{3}$ семей имели детей, а остальные состояли либо из молодых супругов, либо из пожилых. По данным переписи 2002 г., на 1 тыс. женщин от 15 лет и старше городского и сельского населения приходилось 0 детей на 217 женщин, один ребенок — на 305, двое детей — на 337, трое и более — на 141. Завершился переход к малодетной семье не только у русского, но и у ряда других этносов России, где дольше сохранялись

⁷ Там же.

традиционные семьи. Среднегодовое число рождений на одну женщину 1957—1958 гг. рождения сократилось, по сравнению с поколением 1938—1942 гг. рождения: у чеченцев — на 1,065; у аварцев — на 1,164; казахов — на 2,317; калмыков — на 1,232 и др. Преобладали нуклеарные семьи. В этих условиях даже незначительное падение рождаемости и увеличение детской смертности ставило под угрозу естественный процесс воспроизводства населения.

На рождаемость негативно воздействовало увеличение числа неполных семей. Возросло количество семей с одним родителем и «материнских». В городах особенно высокой оказалась доля семей, имевших только одного родителя — в основном из-за больших потерь мужского населения. Число смертей в 1990—1994 гг. было на 22% больше (1 млн 742 тыс.), чем за предыдущие пять лет, а среди мужчин — на 32%. В рабочих возрастах показатель их смертности был в 3—4 раза выше, чем женщин, что характерно лишь для военного времени. В результате, в 1999 г. разрыв в продолжительности жизни представителей обоих полов был равен 12,5 года.

Тяжелая демографическая ситуация 1990-х гг. развивалась на фоне кризиса семейных отношений, о чем свидетельствовало возросшее количество разводов. По переписи 2002 г. на каждую 1 тыс. мужчин приходилось разведенных: русские — 97 человек; украинцы — 85; белорусы — 88; татары — 74; карелы — 100; у остальных народов показатель колебался на уровне 50—69; разведенных женщин было еще больше: соответственно 100; 132; 130; 114; 122 человек (у других национальностей — на уровне 70—90).

Резко снизилось число заключающихся браков. Не состояли в браке: русские — 25% мужчин; украинцы — 14%; белорусы — 14,3%; татары — 24,4%. Не состоявших в браке женщин было гораздо больше. Постоянно росла доля детей, родившихся вне зарегистрированного брака: например, в 1994 г. — 19,6% общего числа новорожденных, в 2003 г. — уже 29,7%.

Кризис семьи, бесспорно, обусловили нестабильная экономическая обстановка в стране и социально-бытовая неустроенность населения. Минимальный размер оплаты труда не соответствовал прожиточному минимуму. Социологические обследования показали, что причинами разводов чаще всего были невозможность прокормить семью (29% опрошенных), отсутствие собственного жилья (41%), алкоголизм или наркомания (51%). Заметим, что величина прожиточного минимума находилась на уровне физического выживания.

Но есть и еще один фактор, искусственно навязываемый населению, — пропаганда с экрана телевизора и со страниц прессы нетрадиционных семейных отношений, случайных половых связей, не ориентированных на деторождение («секс ради секса»), а также ранней половой жизни (в подростковом и детском возрастах).

Немалую роль в усугублении демографического кризиса играет болезнь века — бесплодие, которое может быть результатом откладывания рождения ребенка из-за нестабильности семьи или отсутствия законно зарегистрированного брака. Причинами могут стать недостаточность материального обеспечения семьи, дефицит жилплощади и т.д. Согласно опросам общественного мнения, откладывали рождение ребенка или даже отказывались от него (на 1 тыс. семей — 217 бездетных) из-за низкого уровня жизни, высоких цен (20%) и маленьких детских пособий (19%), недостаточного числа детских воспитательных учреждений (17%), плохого медицинского обслуживания (13%), проблем с жильем (8%), из-за платной медицины, «дорогих» детских садов, лечения и детского питания (7%)⁸.

Достигнув приемлемого материального уровня к 30—35 годам, многие женщины нуждались в дорогостоящих медицинских процедурах для того, чтобы стать матерью. Во многих других странах с этим более или менее справлялись, так как были разработаны методы преодоления бесплодия, а цены на лечение были умеренные. В России же клиники, использовавшие систему вспомогательных репродуктивных технологий, существовали лишь в нескольких крупных городах, а сама процедура из-за высокой цены оказывалась доступной только хорошо обеспеченным гражданам. Тем временем во Франции или Англии на 1 млн человек приходилось 700 попыток искусственного оплодотворения, в России — всего 60—70.

Одной из причин, приводящих к бесплодию, является широкое применение абортов. По их числу Россия занимала в Европе первое место (до 1995 г. — второе после Румынии). Однако количество абортов сократилось. Если на 100 рождений, например, в 1990 г. приходилось 206 абортов, то в 2003 г. — 126. Максимум отношения числа абортов к числу рожденных наблюдался в 1993 г.

Бесплодие провоцирует и рост заболеваемости мужчин и женщин новыми видами распространяемых половым путем ин-

⁸ *Жиромская В.Б.* Демографический кризис конца XX в России // Проблемы исторической демографии и исторической географии. М.; Н. Новгород, 2010. Вып. 2. С. 11.

фекций — хламидиоза и т.д., а также ВИЧ-инфекции. В конце 1990-х гг. в стране среди населения в возрасте 15—49 лет было зарегистрировано 1,1% больных этой опасной инфекцией. Рост алкоголизма (в том числе пивного), нарко- и токсикомании среди молодежи тоже порождали бесплодие.

При низком естественном приросте российского населения нередким в стране стало такое явление (что даже невозможно было представить в советский период), как торговля детьми «на вывоз за рубеж». Конечно, если удавалось обнаружить таких торговцев, закон их жестоко карал, однако далеко не все очаги торговли оказывались выявленными. Многие преступники действовали по нескольку лет совершенно безнаказанно и были связаны с зарубежными подпольными организациями. Так же торговали и молодыми девушками, и девочками-подростками, начиная с 12—13 лет. Целые партии «живого товара» переправлялись за границу якобы на работу, а на самом деле — для комплектации домов терпимости. Этот факт был известен, но надлежавшей борьбы с преступниками не велось.

Следует учитывать, что в 1990-х гг. страну буквально захлестнули волны массовой миграции, в том числе нелегальной. Это способствовало ухудшению криминогенной и эпидемиологической обстановки в стране, разрастанию незаконного и бесконтрольного (в антисанитарных условиях) производства низкокачественных продуктов питания, что приводило к массовым отравлениям, потере здоровья и смерти значительного числа взрослых и детей.

Происходило общее ухудшение здоровья российского населения, а причинами тому были низкое качество питания и недостаточное медицинское обслуживание. Кроме того, люди страдали от небывалой для нашей страны и все возрастающей дороговизны квалифицированных медицинских услуг и лекарственных препаратов, в том числе детских.

Вследствие роста инфляции размеры детских пособий в Российской Федерации были настолько ничтожны, что семьи, имеющие детей, по сути, оказались без серьезной материальной поддержки со стороны государства. Лишь в 2001 г. власти страны приняли «Концепцию демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года», где были сформулированы цели и задачи этого важного направления государственной политики.

В последнее десятилетие XX в. показатели рождаемости в России стремительно падали. На 1 тыс. населения в 1989 г. родилось

14,6 человек; в 1990 г. — 13,4; 1991 г. — 12,1; 1992 г. — 10,7; 1993 г. — 9,4; 1994 г. — 9,6; 1995 г. — 9,3; 1996 г. — 8,9; 1997 г. — 8,6; 1998 г. — 8,8; 1999 г. — 8,3; 2000 г. — 8,7. Заметное снижение рождаемости фиксировалось в Центральном (с 13,4‰ в 1990 г. до 8,3‰ в 1999 г.) и Северо-Западном (соответственно 11,9‰ и 7,1‰) федеральных округах⁹.

Небольшое увеличение коэффициентов рождаемости в российских городах в 1994 и 1998 гг. не улучшило общую неблагоприятную ситуацию. На 1 тыс. человек городского населения в 1991 г. родились 11,2 человека, в 1992 г. — 9,8; 1993 г. — 8,6; 1994 г. — 8,9; 1995 г. — 8,6; 1996 г. — 8,3; 1997 г. — 8,1; 1998 г. — 8,3; 1999 г. — 7,9; 2000 г. — 8,4.

Уровень рождаемости понижался и в сельской местности, однако, там он был все-таки выше, чем в городах, — на 1 тыс. человек населения в 1991 г. родились 14,5 человек; в 1992 г. — 13,2; 1993 г. — 11,5; 1994 г. — 11,4; 1995 г. — 10,9; 1996 г. — 10,4; 1997 г. — 10,0; 1998 г. — 10,2; 1999 г. — 9,6; 2000 г. — 9,8¹⁰.

В России наблюдалось снижение суммарного коэффициента рождаемости (итоговое число рождений в расчете на одну женщину): 1990 г. — 1,887 рождений; 1992 г. — 1,552; 1993 г. — 1,385; 1994 г. — 1,400; 1995 г. — 1,344; 1996 г. — 1,281; 1997 г. — 1,230; 1998 г. — 1,242; 1999 г. — 1,171; 2000 г. — 1,214¹¹.

Суммарный коэффициент рождаемости в российских городах понизился с 1,540 в 1991 г. до 1,072 в 1999 г., но в начале XXI в. отмечается его небольшое повышение: 2000 г. — 1,125; 2001 г. — 1,173; в городах он ниже общероссийских показателей — соответственно 1,214 и 1,249. Наиболее высокий суммарный коэффициент рождаемости фиксируется в городах Ингушетии: 1999 г. — 2,296 рождений; 2000 г. — 2,401; 2001 г. — 2,160. Эти данные свидетельствуют, что в 1999 г. этот показатель был ниже, чем в селах (2,481), в 2000 и 2001 гг. — выше (2,230 и 2,040).

Суммарный коэффициент рождаемости в селах также понижался (хотя и был выше, чем в городах и в целом по России). В 1989 г. он составлял 2,63 рождений; в 1990 г. — 2,60; 2000 г. — 1,55¹². Снижение происходило в условиях малодетности. Молодая семья отказывалась иметь детей из-за трудностей (а порой и невозможности; мать не работала) их содержания в сложных и нестабильных соци-

⁹ Российский статистический ежегодник, 2001. М., 2001. С. 88, 105—124.

¹⁰ Там же. С. 104.

¹¹ Там же. С. 125.

¹² Женщины и мужчины в России, 2008: стат. сб. М., 2008. С. 31.

альных условиях. Однако обследования 1999—2001 гг. показали, что с ростом уровня совокупного месячного дохода семьи уменьшалось желание родителей иметь много детей. В группе с самым низким совокупным месячным доходом семьи (менее 3 тыс. руб.) удельный вес «желающих» оказался наиболее высоким (43,3%), а с большим доходом (свыше 20 тыс. руб.) он снизился (37,8%)¹³.

В тот период произошла трансформация ценностных установок на детность. Широкое распространение получили нормы однодетности, значительно реже — двухдетности. Многие семьи вовсе отказывали себе в деторождении или откладывали его до лучших времен. Наблюдалось ослабление мотивов рождения детей. Особенно остро это проявилось на фоне быстрого и продолжительного ухудшения социальных условий жизни большинства населения.

О том же свидетельствовало отсутствие у родителей, уже имевших детей, желания увеличить свою семью. Доля таких семей среди однодетных составляла 18,3%, двухдетных — 55,7%, трехдетных — 64,7%, многодетных — 48,4%. Бездетные респонденты, большинство которых находилось в возрасте до 30 лет, не хотели иметь детей (18,8%).

Проведенное в 1999—2001 гг. обследование репродуктивного поведения населения регионов России показало, что на Урале, Дальнем Востоке и в Сибири была высока доля населения, желавшего увеличения числа детей в семьях, — более 53%, в Северо-Западном регионе она составила 46,7%. Однако в Москве фиксировался наибольший процент жителей, не желавших увеличения своих семей (52,1%). По России в целом ожидаемое число детей в среднем на семью сократилось с 1,8 ребенка в 1991 г. до 1,08 в 1994 г. (почти на 40%).

Важным фактором изменения репродуктивных установок людей стало стремление просто обеспечить выживание собственных семей. Даже та небольшая часть населения, которая занималась карьерой, бизнесом, наращиванием капитала и т.д., учитывая нестабильность социально-экономической ситуации в стране, лишь за немногим исключением, не была сориентирована на увеличение деторождения. Тем более что в 1990-х гг. амбиции молодежи заметно повысились, а ее карьерный успех был сопряжен с огромными нагрузками, требовавшими физических, морально-психологических и временных затрат.

¹³ См.: Акопян А.С., Харченко В.И., Мишнев В.Г. Указ. соч. С. 64; Антонов А.И., Сорокин С.А. Указ. соч. С. 78.

К тому же, репродуктивное поведение формировалось в условиях либерализации половой морали, что проявлялось, главным образом, в признании значительной частью населения допустимости сексуальных отношений до вступления в брак и между не состоящими в браке людьми¹⁴.

Большинство младенцев рождалось у матерей, состоящих в зарегистрированном браке, но в 1990-х число таких детей уменьшилось и стало больше рожденных вне законного брака. В 1990 г. удельный вес младенцев, родившихся живыми в зарегистрированном браке, составлял 85,4% новорожденных, вне зарегистрированного — 14,6%; в 1995 г. — соответственно 78,9% и 21,1%¹⁵. Демографы подчеркивают, что в незарегистрированных браках дети рождаются реже, чем в зарегистрированных.

По данным статистики, в первой половине 1990-х гг. возросла смертность населения: 1990 г. — 11,2‰; 1993 г. — 14,5‰; ее самый высокий уровень наблюдался в 1994 г. — 15,7‰; в 1995—1998 гг. она понизилась, что объяснялось адаптацией населения к новым условиям жизни. Однако дефолт в России в конце 1990-х гг. привел к дальнейшему увеличению уровня смертности населения: 1995 г. — 15,0‰; 1996 г. — 14,2‰; 1997 г. — 13,8‰; 1998 г. — 13,6‰; 1999 г. — 14,7‰; 2000 г. — 15,4‰. Самые высокие ее показатели были зафиксированы в Центральном и Северо-Западном федеральных округах. Смертность населения в Ивановской области, например, была заметно выше, чем в целом по России: 1990 г. — 14,0‰; 1994 г. — 18,9‰; 1995 г. — 18,3‰; 1996 г. — 17,8‰; 1997 г. — 17,7‰; 1998 г. — 17,6‰; 1999 г. — 20,3‰; 2000 г. — 20,3‰. Показатель смертности населения по России в целом был выше, чем в ее городах.

Уровень заболеваемости детей и состояние их здоровья, особенно в возрасте до 1 года, были тесно связаны с болезнями матерей, в том числе в период беременности. Доля детей (от числа родившихся) с массой тела 1000 г и более, которые родились больными или заболели, составляла: в 1980 г. — 8%; в 1985 г. — 9%; 1990 г. — 15%; 1995 г. — 29%; 2000 г. — 38%. Закономерно, что самые распространенные болезни младенцев определялись отдельными состояниями, возникшими у их матерей в перинатальном периоде: в 1990 г. — 15%, в 1995 г. — 32%; 2000 г. — 51%; с врожденными ано-

¹⁴ Антонов А.И., Сорокин С.А. Указ. соч. С. 43, 76, 77, 83—84, 106, 112, 322; О положении семей в Российской Федерации. М., 1994. С. 19.

¹⁵ О положении семей в Российской Федерации. С. 149; Араловец Н.А. Городская семья России во второй половине XX в. С. 266—268.

малиями (пороки развития) рождалось соответственно 270; 836; 668 младенцев на 1 тыс. детей.

Для тех, кому было от 0 до 14 лет, основными стали болезни органов дыхания, нервной системы и органов чувств, кожи и подкожной клетчатки, инфекционные и паразитарные заболевания, травмы и отравления. В 1990 г. на 100 тыс. детей с заболеваниями органов дыхания было 78 358 человек; в 1999 г. — 82 631; 2000 г. — 88 859; с инфекционными и паразитарными болезнями — соответственно 8 842; 10 413; 10 412; с травмами и отравлениями — 7 034; 8 881; 9 256; болезнями нервной системы и органов чувств — 6 215; 2 815; 2 764; кожи и подкожной клетчатки — 4 848; 6 904; 7 316; органов пищеварения — 3 876; 6 545; 6 617; костно-мышечной системы и соединительной ткани — 844; 2 769; 2 939. Дети также страдали от новых болезней, например, эндокринной системы — 541; 1 438; 1 519; системы кровообращения — 192; 637; 675; от новообразований — 104; 221; 231 человек.

Увеличилось число детей, пораженных венерическими болезнями. Специалисты отмечали, что в 1992—1997 гг. распространение сифилиса среди детей в возрасте до 15 лет возросло в 36,2 раза. Становилось больше ВИЧ-инфицированных и больных СПИД: в 2000 г. таких детей в возрасте до 14 лет было 386. По состоянию на 1 января 2001 г. зарегистрировали 1 320 ВИЧ-инфицированных детей, из них больных СПИД — 133 ребенка; в 2003 г. — соответственно 5 896 и 191¹⁶.

Во второй половине 1990-х гг. уровень младенческой смертности (достигнув в 1993 г. максимальных значений) начал постепенно снижаться. В то время в связи с падением рождаемости российские организации здравоохранения наконец-то обратили внимание на здоровье младенцев, приняли обеспечивавшие их выживание меры: патронаж, регулярные и частые осмотры педиатрами, бесплатные молочные кухни и лекарства для тех, кому было от 0 до 3 лет.

В городах самый высокий показатель смертности детей в возрасте до 1 года также наблюдался в 1993 г., затем началось его понижение. На 1 тыс. родившихся живыми умерли: в 1991 г. — 17,2 младенцев; в 1993 г. — 19,2; 1995 г. — 17,4; 1997 г. — 16,1; 2000 г. — 14,7 (см. *таблицу 15*).

В Москве в 1995 г. младенческая смертность составляла 15,5‰; в 1996 г. — 13,1‰; 1997 г. — 14,4‰; в Санкт-Петербурге — соот-

¹⁶ Российский статистический ежегодник, 2001. С. 247—254, Население России, 2002. М., 2004. С. 95—98.

**Младенческая смертность
в городах регионов России в 1995—1997 гг. (человек)**

Регионы России	Умершие в возрасте до 1 года на 1 тыс. родившихся живыми		
	1995 г.	1996 г.	1997 г.
Поволжский	18,1	17,0	15,9
Северо-Кавказский	19,1	19,3	17,9
Уральский	17,8	17,2	16,0
Западно-Сибирский	18,2	16,4	16,1
Восточно-Сибирский	18,6	20,3	19,0
Дальневосточный	19,9	18,7	18,2

Составлено по: Демографический ежегодник России, 1998. М., 1998. С. 192—204; Демографический ежегодник России, 2001. М., 2001. С. 81; Демографический ежегодник России, 2002. М., 2002. С. 55—57, 166—168, 384—387; *Городецкий А.П.* Региональные особенности смертности в России. М., 2002. С. 5.

ответственно 13,8‰; 11,5‰; 11,0‰¹⁷. Ее уровень в селах был выше, чем в городах, особенно у мальчиков: 1998 г. — 18,2‰; 1999 г. — 18,7‰; 2000 г. — 16,7‰¹⁸. В возрастных группах 1—4 года, 5—9 и 10—14 лет смертность была ниже, чем в младенческих возрастах. В 1999 г. ее наиболее высокие показатели отмечались у детей от 1 года до 4 лет, особенно у мальчиков. В этом возрасте на 1 тыс. населения умерли в 1998 г. 0,9 ребенка; в 1999 г. — 1,0; 2000 г. — 1,0; мальчиков — соответственно 1,1; 1,1; 1,1; девочек — 0,8; 0,9; 0,9. Показатели в возрастах 5—9 и 10—14 лет (для мальчиков и девочек) были ниже.

В городах коэффициент смертности мальчиков в возрасте 1—4 года в 1995 г. составил 1,0‰, затем он немного уменьшился: 1996 г. — 0,9‰; 1997 г. — 0,9‰; 1998 г. — 0,8‰; 1999 г. — 0,9‰; 2000 г. — 0,9‰; у девочек показатель был ниже: 1995 г. — 0,8‰; 1996 г. — 0,7‰; 1997 г. — 0,7‰; 1998 г. — 0,6‰; 1999 г. — 0,7‰; 2000 г. — 0,7‰.

Смертность мальчиков в возрасте 1—4 года в селах была больше, чем в городах, однако, у девочек ее уровень в конце 1990-х гг. несколько повысился. На 1 тыс. человек населения в 1998 г. в сель-

¹⁷ Демографический ежегодник России, 1998... С. 192—204; Демографический ежегодник России, 2002. М., 2002. С. 56.

¹⁸ Демографический ежегодник России, 1998. С. 192—204; Демографический ежегодник России, 2001. С. 81; Демографический ежегодник России, 2002. С. 55—57, 166—168, 384—387; *Городецкий А.П.* Указ. соч. С. 5.

**Младенческая смертность в городах России
по основным причинам смерти, 1991—1997 гг. (человек)**

Основные причины смерти младенцев	Умершие в возрасте до 1 года на 10 тыс. родившихся живыми			
	1991 г.	1993 г.	1995 г.	1997 г.
Состояния, возникавшие в перинатальном периоде	87,5	94,9	82,6	74,4
Врожденные аномалии	39,9	42,3	42,7	41,8
Болезни органов дыхания Из них:	19,4	22,3	17,2	15,2
Острые пневмонии	12,7	14,9	11,7	10,2
Инфекционные и паразитарные заболевания	9,3	11,3	10,3	8,8
Несчастные случаи, отравления и травмы	5,9	7,9	8,7	8,3
От болезней органов пищеварения	1,1	1,2	0,9	0,9

Составлено по: Демографический ежегодник России, 2002. М., 2002. С. 220—302; Демографический ежегодник России, 1998. М., 1998. С. 309—312, 313—321.

ской местности умерло 1,4 ребенка; в 1999 г. — 1,5; 2000 г. — 1,4; мальчиков — соответственно 1,5; 1,6; 1,5; девочек — 1,2; 1,3; 1,3.

Данные статистики свидетельствовали об уменьшении в конце 1990-х гг. числа умерших детей в возрасте до 5 лет. Их доля в 1998 г., по сравнению с 1990 г., составила 59,0%; в 1999 г. — 58,9%; 2000 г. — 54,9; мальчиков — соответственно 58,5%; 57,9%; 54,2%; девочек — 59,6%; 60,3%; 55,8%.

Самые высокие показатели детской смертности мальчиков наблюдались в Сибири, на Дальнем Востоке и Урале; девочек — в Сибири и на Дальнем Востоке. Существенное увеличение уровня смертности детей в Дальневосточном регионе специалисты связывали с сахалинским землетрясением 1995 г. В то же время в Приволжском округе фиксировалось снижение смертности девочек на 3,6%¹⁹.

Основные причины смерти младенцев в российских городах отражены в *таблице 16*.

¹⁹ Демографический ежегодник России, 2002. С. 166—168, 172 (подсчеты авторов); Городецкий А.П. Указ. соч. С. 13—14.

Итак, произошло снижение показателей младенческой смертности по основным классам причин смерти после ее пика в 1993 г. Дальнейший ее спад наблюдался в конце 1990-х гг.

В Москве коэффициент смертности младенцев от состояний, возникавших в перинатальном периоде, составил: 1995 г. — 82,5‰; 1996 г. — 72,7‰; 1997 г. — 89,2‰; от врожденных аномалий — соответственно 48,2‰; 43,3‰; 53,9‰; эти показатели по Санкт-Петербургу были ниже: соответственно 73,1‰; 53,7‰; 46,7‰ и 37,1‰; 31,7; 36,2‰. В 1997 г. младенческая смертность от состояний, возникавших в перинатальном периоде, и врожденных аномалий в Москве, в отличие от других российских городов, повысилась, в Санкт-Петербурге относительно первой причины понизилась, относительно второй — несколько возросла. Показатели смертности от инфекционных и паразитарных болезней в 1995 и 1996 гг. в Москве были ниже, чем в Санкт-Петербурге, а в 1997 г. — выше. В 1995 г. от болезней органов дыхания в Москве умерло больше младенцев, чем в Санкт-Петербурге, однако в 1996 и 1997 гг. показатели смертности в обоих городах понизились (см. *таблицу 17*)²⁰.

Экологически неблагоприятные условия жизни, прежде всего, в крупных индустриально развитых городах, оказывали самое негативное влияние на организм женщин наиболее активных репродуктивных возрастов; особенно отрицательно они воздействовали на состояние здоровья беременных (см. *таблицу 18*).

В 1980—2000 гг. процент беременных с серьезными заболеваниями значительно увеличился; стало больше тех, кто страдал от анемии и отеков, протеинурии и гипертензивных расстройств.

Отрицательное влияние на здоровье женщин, в том числе репродуктивных возрастов, оказывало распространение новых инфекций (ВИЧ и СПИД), а также венерических заболеваний, в частности, сифилиса.

Материнская смертность в России была в 15—20 раз выше, чем во многих развитых странах: на 100 тыс. живорожденных в 1992 г. она составляла 50,8 человек, в 1993 г. — 51,6; в скандинавских странах — 2,8; в Великобритании — 7,0; в США — 9,0²¹. Заболеваемость матерей сказывалась на состоянии здоровья рожденных ими детей, способствовала росту младенческой и детской смертности.

²⁰ Демографический ежегодник России, 1998. С. 309—321; Демографический ежегодник России, 2002. С. 299—302.

²¹ Российский статистический ежегодник, 2001. С. 252; *Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г.* Указ. соч. С. 41—42; О положении семей в Российской Федерации. С. 24.

Таблица 17

**Младенческая смертность в Москве и Санкт-Петербурге
от инфекционных и паразитарных болезней
и заболеваний органов дыхания, 1995—1997 гг. (человек)**

Причины смерти младенцев	Умершие младенцы на 10 тыс. родившихся живыми					
	Москва			Санкт-Петербург		
	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.
Инфекционные и паразитарные болезни	4,5	4,1	3,2	6,2	5,7	2,5
Болезни органов дыхания	9,6	4,1	3,2	5,9	4,7	6,4

Составлено по: Демографический ежегодник России, 1998. М., 1998. С. 309—312, 313—321; Демографический ежегодник России, 2002. М., 2002. С. 299—302.

Таблица 18

**Материнская смертность в городах России
по основным причинам смерти, 1980—2000 гг. (%)**

Основные причины смерти	Доля женщин, умерших от осложнений беременности, родов и послеродового периода				
	1980 г.	1985 г.	1990 г.	1995 г.	2000 г.
Анемия	3,6	5,4	12,1	34,4	43,9
Болезни системы кровообращения	3,5	4,3	5,1	7,7	10,2
Отеки, протеинурия и гипертензивные расстройства	8,3	8,9	10,7	14,9	21,4
Болезни мочеполовой системы	2,3	3,5	5,9	12,9	18,6

Составлено по: Российский статистический ежегодник, 2001. М., 2001. С. 252; Акопян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. Состояние здоровья и смертность детей и взрослых репродуктивного возраста в современной России. М., 1999. С. 41—42; О положении семей в Российской Федерации. М., 1994. С. 24.

Понижение уровня рождаемости в Российской Федерации несколько активизировало демографическую политику. В первой половине 1990-х гг. в условиях осуществляемой экономической реформы по переходу к рыночной экономике распалась действовавшая с 1944 г. система ежемесячных пособий на детей в многодетных семьях.

Пособия стали такими мизерными, что не оправдывали своего социально-демографического назначения. Во второй половине 1990-х гг. действовала система социальной защиты семей, компенсировавшая частично огромную инфляцию в период либерализации цен. Эти выплаты должны были смягчить влияние кризиса на уровень жизни российских семей с детьми. С апреля 1991 г. ежемесячные пособия на детей в возрасте от 1,5 до 6 лет выдавались в сумме 80 руб. на ребенка, причем минимальный душевой доход, при котором семья получала право на пособие, увеличили вдвое — до 280 руб. в месяц, т.е. не более четырехкратного минимума заработной платы. Тем не менее такие пособия не смогли компенсировать начавшийся в стране рост цен. В то время 100-граммовая баночка детского питания стоила от 15 руб. и выше, детское одеяльце — от 300 руб., платье для двухлетнего ребенка производства КНР (наиболее доступные по цене вещи) — 180 руб.

При этом порядок индексации при инфляции выдерживался не всегда. Так, в мае 1992 г. минимальная зарплата выросла с 342 до 900 руб., но пособие (в фиксированном виде) было увеличено только через месяц.

Выплаты на маленьких детей оказались вдвое больше, чем на детей 6 лет и старше. Рост цен значительно обгонял увеличение пособий, которые покрывали расходы на маленького ребенка лишь на 20—25%, а на детей старшего возраста — приблизительно на 10%. 1 июня 1993 г. пособие составляло 1 125 руб. (и оставалось таковым до 1994 г.). На эти деньги можно было приобрести 1,5 кг фруктов. Дотации же на товары детского ассортимента, как отмечалось ранее, были сняты²².

В 1990-х гг. в стране продлили частично оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком до 1,5 лет, в мае 1995 г. приняли закон о государственных пособиях гражданам, имеющим детей (Федеральный закон № 81). По этому закону пособия на детей всех возрастов стали выплачиваться в едином размере — 70% от минимального размера оплаты труда, что было явно недостаточным.

В 1996 г. указом Президента Российской Федерации были утверждены «Основные направления государственной семейной политики», где определялись ее цели, принципы и механизмы реализации²³. Семейная политика рассматривалась как составная часть социальной и определялась, как целостная система «принципов, оценок и мер

²² См.: Население России в XX веке: ист. очерки. М., 2012. Т. 3, кн. 3. С. 182—184.

²³ См.: Об основных направлениях государственной семейной политики: Указ Президента РФ от 14 мая 1996 г. № 712 «Основные направления государственной семейной политики» // Российская газета. 1996. 21 мая. С. 4; Семья в России. 1996. № 3—4.

организационного, экономического, правового, научного, информационного, пропагандистского и кадрового характера, направленных на улучшение условий и повышение качества жизни семьи».

В русле основных направлений был разработан и в 1995 г. принят Семейный кодекс Российской Федерации, вступивший в силу 1 марта 1996 г. В нем впервые подробно оговаривались права детей и определялся их статус в семье. Однако на протяжении 1990-х гг. основные положения семейной и демографической политики так и не были реализованы. Депопуляционные процессы удалось переломить лишь в начале 2000-х гг.

§ 2. Статус ребенка в семье и семейные отношения

Кризисная ситуация в стране, снижение материального уровня жизни населения в 1990-х — начале 2000-х гг. заметно усложнили семейные отношения. Многие дети оказались в очень сложной ситуации, особенно в неполных и многодетных семьях.

Значительное углубление социальных различий в российском обществе отразилось на развитии и воспитании детей. Проведенные в 1990-х гг. обследования показали возрастающую зависимость успеваемости школьника от социально-экономического статуса его семьи. Дети с наиболее низким уровнем успеваемости в 70% случаев воспитывались в бедных и малообеспеченных семьях. Закономерно, что в те годы заметно снизилась доля тех детей, которые могли дополнительно заниматься музыкой, иностранными языками, танцами, спортом и т.д., так как для этого у родителей просто не было денег. Кроме того, в жизни детей выросло значение модных и дорогих вещей (одежда, мобильный телефон, компьютер), зарубежных поездок, наличия у родителей комфортного жилья, автомобиля, финансовых возможностей и т.д. Все это негативно влияло на процесс формирования личности ребенка²⁴.

Дети нередко росли в условиях неустойчивых браков своих родителей (и первых, и повторных, которые часто не компенсировали последствия разводов). Показатели разводимости российского населения в 1990-х гг. повысились; самые высокие отмечались в 1995 г., затем началось их снижение. В 1970 г. на 1 тыс. человек российского населения было 3,0 развода; в 1980 г. — 4,2; 1990 г. — 3,8; 1995 г. — 4,5; 1997 г. — 3,8; 1999 г. — 3,6. В большинстве регионов показатель разводимости населения в 1995 г. был выше, чем по России в целом:

²⁴ Дети России, 2000—2001 гг. С. 59; Сальникова А.А. Указ. соч. С. 215.

Северный — 5,0‰; Северо-Западный — 5,3‰; Центральный — 4,8‰; Западно-Сибирский — 4,9‰; Дальневосточный — 5,3‰.

Неустойчивость брачных союзов возросла (на 100 браков был 51,0 развод). Вместе с тем в 1990-х гг. сократилась средняя продолжительность брака: в 1970 г. она составляла 9,78 года; в 1980 г. — 10,47; 1990 г. — 10,16; 1995 г. — 9,68.

Разводились как бездетные супруги, так и те, кто имел одного, двух либо более детей в возрасте до 18 лет. Однако численно преобладали разводы в семьях с одним ребенком. Данные статистики свидетельствовали: в 1990 г. доля разводов у супругов бездетных составляла 38,3%, с одним ребенком — 42,8%; с двумя и более детьми — 18,9%; в 1995 г. — соответственно 34,7%; 45,3%; 20%²⁵.

Рост числа разведенных в России при отсутствии компенсации их последующим вступлением в брак способствовал дальнейшему распространению неполных семей. Так, из-за разводов в 1997—1998 гг. более 1 млн несовершеннолетних детей и подростков остались без одного из родителей²⁶.

В 1990-х гг. увеличилось число детей в «материнских» семьях, что было обусловлено высокими показателями внебрачной рождаемости в России. Такие семьи отличаются особыми отношениями между матерями и детьми и возникающими в процессе их воспитания проблемами. Однако внебрачная рождаемость повышалась быстрее брачной: доля брачной рождаемости в 1994 г. составляла 80,4%; внебрачной — 19,6%; в 2000 г. — соответственно 72,0% и 28,0%²⁷.

Семейный кодекс Российской Федерации 1995 г. включал статьи о правах несовершеннолетних детей и обозначил по отношению к ним родительские обязанности²⁸. Хотя это привело к демократизации семейных отношений, но и серьезно их осложнило: дети (особенно подростки), ставшие более самостоятельными, быстрее усваивали положения кодекса и все чаще заявляли о своих правах. Родители же не могли смириться с тем, что ребенок имеет право высказать свое мнение, владеть, как собственными, подаренными ему вещами, и т.д.

²⁵ Российский статистический ежегодник, 2005: стат. сб. М., 2006. С. 128; Демографический ежегодник России, 1998. С. 118—125; О положении семей в Российской Федерации, 1994—1996 гг. М., 1998. С. 30—31 (подсчеты авторов), 159.

²⁶ О положении детей в Российской Федерации, 2000: ежегод. гос. докл. М., 2000. С. 5—6; *Араловец Н.А.* Городская семья России во второй половине XX в. С. 281—285.

²⁷ Население России, 2002. С. 56, 57 (подсчеты авторов).

²⁸ См.: Семейный кодекс Российской Федерации 1995 г. // Собрание кодексов Российской Федерации. М., 2000.

Нередко вполне справедливые требования ребенка возмущали родителей, в результате возникали конфликтные ситуации, порой сопровождавшиеся физическими наказаниями. И это, несмотря на то, что за драки и избиения (мужьями жен и детей, родителями детей) виновного могли лишиться родительских прав или применить к нему уголовное наказание.

Несовершеннолетние имеют право собственности, например, на имущество, полученное ими в дар или наследование, а также приобретенное на их средства. Согласно Семейному кодексу, ребенок обладает правом собственности на имущество родителей, которые, со своей стороны, не имеют прав на его имущество²⁹.

В семейный свод законов 1995 г., в отличие от Кодекса о браке и семье 1968 г., были включены статьи о правах несовершеннолетних, важнейшее из которых — жить и воспитываться в семье. Кроме того, они имеют право знать своих родителей, получать от них заботу и проживать с ними, а также право на обеспечение собственных интересов, всестороннее развитие и уважение их человеческого достоинства. В случае утраты попечения со стороны родителей права ребенка на воспитание в семье осуществляет орган опеки и попечительства.

Несовершеннолетние имеют право на общение с отцом и матерью, бабушкой и дедушкой, братьями и сестрами, другими родственниками. Права ребенка не могут нарушаться в случаях развода родителей и признания их брака недействительным, а также при раздельном проживании супругов, в том числе в разных государствах.

Ребенок имеет право на защиту своих прав и законных интересов, которую осуществляют родители или заменяющие их лица, на заступничество от злоупотреблений с их стороны. В предусмотренных законом случаях права и интересы несовершеннолетних защищают органы опеки и попечительства, прокуроры и суды.

Согласно Семейному кодексу ребенок может выражать свое мнение в семье при решении любого вопроса, затрагивающего его интересы, может быть заслушан в ходе судебного и административного разбирательств. Учет мнения ребенка является обязательным при достижении им возраста 10 лет. Он имеет право на имя (получает по соглашению родителей), отчество (присваивается по имени отца) и фамилию (определяется фамилией его родителей); на получение содержания от своих родителей, а также от других членов семьи (алименты, пособия, пенсии и т.д.). Принятые родителями

²⁹ Там же. Ст. 60. С. 309.

(одним из родителей, лицами, их заменяющими) суммы расходуются ими на содержание, воспитание и образование ребенка³⁰.

В случае неустановленного отцовства имя ребенку дает мать, отчество присваивается по имени лица, записанного как отец, фамилия — по фамилии матери. В аналогичной статье Кодекса о браке и семье 1968 г. давалась иная формулировка: фамилию ребенку давала мать, не состоявшая в зарегистрированном браке, при отсутствии же совместного заявления от отца и матери по решению суда об установлении отцовства фамилию записывали по фамилии матери, и по ее указанию — имя и отчество отца ребенка³¹.

При установлении отцовства ребенка, родившегося от не состоявших в зарегистрированном браке лиц, он обладает такими же правами и обязанностями по отношению к родителям и родственникам, как и дети, родившиеся от лиц, состоящих в законном браке³².

В законодательстве предусматривались обязательства совершеннолетних детей по содержанию своих несовершеннолетних и нетрудоспособных братьев и сестер, а также бабушек и дедушек (их же обязывали содержать несовершеннолетних внуков)³³.

Мать и отец обладают равными правами и обязанностями в отношении своих несовершеннолетних чад. Родительские права прекращаются при достижении детьми возраста совершеннолетия, при вступлении несовершеннолетних в брак и в ряде других случаев. Родители несут всю полноту ответственности за воспитание, состояние здоровья, а также за физическое, психическое и нравственное развитие своих детей, обязаны обеспечить им получение общего образования. Кроме того, защита их прав и интересов возлагается на мать и отца.

Проживающий отдельно от ребенка родитель имеет право общаться с ним и участвовать в его воспитании и образовании. То же могут бабушки, дедушки, братья, сестры и другие родственники.

Расширились родительские права не состоявших в браке несовершеннолетних родителей. До достижения возраста 16 лет они воспитывают ребенка совместно с назначенным опекуном, после — уже самостоятельно.

Вместе с тем в Семейном кодексе Российской Федерации перечисляется большее число оснований для лишения родительских

³⁰ Там же. Ст. 54, 55, 57, 58, 60. С. 308—309.

³¹ Там же. Ст. 58. С. 308; Кодекс о браке и семье. М., 1969. Ст. 49. С. 16.

³² Сборник кодексов Российской Федерации. Ст. 53. С. 308; Кодекс о браке и семье. Ст. 50. С. 16.

³³ Сборник кодексов Российской Федерации. Ст. 87, 88, 93—95. С. 313—314.

прав: уклонение родителей или одного из них от выполнения родительских обязанностей, в том числе от выплаты алиментов; отказ от ребенка; злоупотребление своими родительскими правами; жестокое обращение с детьми; умышленное преступление против жизни и здоровья своих детей. Подобная мера принимается также в случае совершенного умышленного преступления против жизни и здоровья одного из супругов³⁴.

Предусматривается ограничение родительских прав без их лишения, т.е. по решению суда ребенка забирают у родителей или одного из них при возникшей опасности дальнейшего пребывания его в семье. Ограничение родительских прав сопровождается взысканием с родителей алиментов на их ребенка³⁵.

Однако в отношениях родители-дети имелось немало проблем, о чем свидетельствовали обследования, проведенные в 1994—1995 гг. среди учеников 9-х классов и их матерей в Брянске и Владимире, Москве и Тамбове. Так, на непростые отношения с родителями сошлось 28% старшеклассников Москвы и 20% — Подмоскovie.

Существенное увеличение профессиональных нагрузок и многочисленных домашних дел у родителей значительно сократило их время для занятий с детьми. В 1993 г. в московских семьях в рабочие дни отцы и матери затрачивали на воспитание детей в среднем 1,4 часа, а в выходные — 2,8. Занятость на работе, усталость и раздраженность родителей, особенно в условиях постоянно возникающих стрессовых ситуаций, понижали их внимание к проблемам детей. Так, 14% московских подростков решало свои проблемы самостоятельно, 16% мальчиков и 35% девочек — с помощью друзей. Большинство родителей (54%) или не знало, или не всегда точно знало, где и с кем их дети проводят время. Приведенные данные свидетельствуют о морально-психологическом отчуждении детей от родителей, нередко усугубляющемся острыми конфликтами между супругами. Все вышеперечисленные явления негативно влияют на формирование личности ребенка, способствуют росту детской и подростковой преступности, наркомании, проституции и т.д.

К тому же, в стране усугублялись проблемы организации до- и внешкольного воспитания детей и подростков: многие ведомственные учреждения, дома пионеров, спортивные школы закрылись или перепрофилировались; оставшиеся учреждения поднимали

³⁴ Там же. Ст. 61, 62, 63, 64, 66, 69. С. 309, 310.

³⁵ Там же. Ст. 73. С. 311.

плату за свои услуги; разрушалась прежняя система оздоровительного отдыха детей и детского спорта. По данным статистики, в 1992—1995 гг. на 40% сократилось число загородных лагерей. Важно также отметить, что дети, получившие первый опыт жизни в семьях, где родители (или родитель) не оказывают им достаточного внимания, хуже подготовлены к семейной жизни, меньше заботятся о родителях, в том числе больных и престарелых.

Заметно участились конфликты между родителями и детьми-подростками, входившими в неформальные объединения панков, хиппи, металлистов и т.д. В семьях даже возникали криминальные ситуации. Специалисты отмечали, что чаще всего конфликтовали матери и сыновья, с дочерьми подобное происходило в два раза реже. Хотя высокий уровень конфликтности между матерями и их детьми-подростками наблюдался в неполных семьях, тем не менее во время проведенных в 1990-х гг. обследований значительных отличий в личностных характеристиках детей из таких семей обнаружено не было. Это свидетельствует о тенденции снижения внимания родителей к детям и ухудшения воспитания детей в семьях всех демографических типов.

Сложные проблемы возникали у детей при повторных браках их матерей. Подростки из таких семей чаще, чем в полных семьях, имеют заниженные самооценки, преувеличивают негативное отношение к себе со стороны окружавших их людей, чувствуют себя изолированными от семьи и т.д. В то же время они не готовы принять ответственность за собственное поведение³⁶.

Результаты проведенных обследований показали, что отсутствие отца в семье далеко не всегда оказывает негативное влияние на развитие ребенка. Вместе с тем подтверждалось, что позитивный образ отца всегда положительно воздействует на эмоциональное благополучие и формирование поло-ролевой идентичности подростка, особенно в неполных семьях³⁷.

Серьезные медицинские и психологические проблемы возникали у детей, у которых оба родителя или один из родителей алкоголики. У таких детей, даже по сравнению с теми, кто воспитывался в неблагополучных семьях, наблюдалось в семь раз больше суицидных попыток, в три раза выше вероятность помещения в детский дом,

³⁶ Белогай К.Н., Богачева А. Личностное развитие подростка в семье с повторным браком матери // *Семья и дети в современной России*. М., 2006. С. 161; *Розин М.В.* Указ. соч. С. 92—94.

³⁷ *Калина О.Г.* Отец во внутреннем мире подростка: эксперим. исслед. // *Семья и дети в современной России*. М., 2006. С. 166.

в два раза выше возможность вступления в ранний брак в возрасте до 16 лет, выше вероятность психических заболеваний и проявления девиантного (антиобщественного, противоправного) поведения.

Для подростков-нарушителей были характерны такие явления, как несформированное отношение к своему будущему, нарушение социальных отношений (среди детей-нарушителей — 100%, среди обычных школьников — 17%), отсутствие эмоционально-волевых качеств, деформация личности³⁸.

В 1990-х гг. усилилось жестокое отношение родителей к своим чадам. В стране росло число детей, убежавших из дома из-за жестокого обращения с ними родителей и недопонимания в семье. Изучение мнений жителей Нижнего Новгорода о семейном насилии (октябрь—ноябрь 1998 г.) показало, что 50% респондентов с высшим образованием применяли к детям физические наказания.

Психологическое и физическое насилие над ребенком, по мнению многих специалистов, является основной причиной его асоциального поведения, роста детской беспризорности, наркомании и преступности. Риск насилия над ребенком значительно повышается в закрытой микросоциальной среде. Как правило, выделяют три зоны насилия, потенциально опасные для ребенка: внутри семьи; в учебно-воспитательных учреждениях (детских домах, кадетских корпусах, элитарных школах, воспитательно-исправительных учреждениях); вне учебных детских организациях (детские кружки, секции)³⁹.

В условиях 1990-х гг., в отличие от прошлых десятилетий, в семьях (особенно малоимущих) повышалась экономическая ценность детей. Они не только помогали родителям в домашнем хозяйстве, на сельскохозяйственных работах, но и подрабатывали, став экономически активными членами семьи.

В 1999 г. в России численность несовершеннолетних, занятых на крупных и средних предприятиях промышленности, транспорте, в строительстве и торговле, увеличилась, по сравнению с 1998 г., на 19,2%. Нередко подростки вынуждены были заниматься тяжелым физическим трудом, работать в антисанитарных условиях при повышенном уровне шума и вибрации, запыленности и загазованности. При

³⁸ Москаленко В.Д. Ребенок в «алкогольной» семье: психологический портрет // Вопросы психологии. 1991. № 4. С. 65; Заика Е.В., Крейдун Н.П., Ячина А.С. Характеристика личности подростков с отклоняющимся поведением // Вопросы психологии. 1991. № 3. С. 88—89.

³⁹ Зыков О.В. Насилие над ребенком — причина детской беспризорности, наркомании и преступности // Вопросы ювенальной юстиции. 2006. № 4. С. 24—26.

этом рабочий день детей длился семь часов и более. Об этом явлении свидетельствовал проведенный в 1999 г. опрос детей Москвы: из них 53,2% начали работать в возрасте до 14 лет, в том числе 6,3% — до 7 лет; 11,4% — в возрасте 7—9; 11,4% — 10—12 лет. Более половины опрошенных (65%) трудились постоянно, в том числе 31,6% — более семи часов в день. Несовершеннолетние также занимались уличной торговлей, работали на заправках и мойках машин, разнообразных подсобных и сельскохозяйственных работах, занимались попрошайничеством и проституцией, воровством и бродяжничеством⁴⁰.

Детский труд в России оказался недостаточно защищен, в то время как в развитых странах, где его широко использовали, были разработаны законы по защите прав детей, вынужденных работать. В Великобритании, например, им разрешали трудиться с 12 лет, но не более трех часов в день. Использовать их на вредных производствах и в ночных сменах (или затруднявших посещение школы) было запрещено. Несовершеннолетние не платили налогов, а их трудоустройству, что очень важно, содействовала муниципальная власть. Все это упорядочивало сферу применения детского труда⁴¹.

Стремительное повышение в российском обществе ценностей материального порядка и денег порой способствовало криминализации сознания детей и подростков. В эти годы увеличилось количество совершенных ими правонарушений, возникли новые формы детской преступности, все чаще несовершеннолетние становились участниками жестоких грабежей и убийств⁴².

В 1990-х гг. возникли острые проблемы, связанные с детьми беженцев и вынужденных переселенцев (социальное и медицинское обслуживание, адаптация к новым условиям проживания и т.д.). В 1995 г. такой статус получили около 90 тыс. детей⁴³.

Однако в те годы в России все-таки большинство детей проживало в семьях, отвечавших принятым нормам, в том числе морально-нравственным. Важно отметить повышение роли отцов в воспитании и социализации детей. Изменился институт родительства. В условиях заметного снижения рождаемости и увеличения смертности населения ценность детей повысилась.

⁴⁰ Кучмаев М.Г. Указ. соч. С. 4, 8—9; О положении детей в Российской Федерации, 1995: ежегод. гос. доклад. М., 1996. С. 33, 35; Дети: защита от эксплуатации. М., 2007. С. 2—15.

⁴¹ Дети России: факты и проблемы. М., 1996. С. 28.

⁴² Там же. С. 23.

⁴³ О положении детей в Российской Федерации, 1995. С. 10.

Значительно возросла роль семьи в организации проведения досуга и отдыха детей. Туристическое обслуживание населения (включая зарубежный туризм) расширилось, однако из-за высоких цен на путевки им могли воспользоваться немногие семьи. Отдых в пансионатах, домах отдыха и санаториях также оставался дорогим для большинства российских семей. Вместе с тем в стране значительно сократилось число учреждений организованного отдыха. Кроме того, качество обслуживания в них далеко не всегда отвечало потребностям родителей, отдохнувших с детьми⁴⁴. Эти проблемы обострились в 2000-х гг., с началом экономического кризиса в России, в условиях резкого понижения уровня жизни большинства ее граждан и роста безработицы.

В российском законодательстве особое внимание уделяется определению статуса ребенка-инвалида. Был принят Федеральный закон «Об основных гарантиях прав ребенка в Российской Федерации»⁴⁵, по которому детям-инвалидам создавались равные с другими гражданами возможности участия в жизни общества; для дошкольников предусматривалось проведение необходимых реабилитационных мер и создавались условия для пребывания в детских учреждениях общего типа. Если по каким-то причинам общие или специальные дошкольные и общеобразовательные учреждения дети-инвалиды посещать не могли, то их обучение с согласия родителей осуществлялось на дому по полной общеобразовательной или индивидуальной программе.

В настоящее время в России для реализации прав инвалидов на образование имеются учебные заведения различных уровней, работающие по специальным программам, обеспеченные вспомогательными техническими средствами, позволяющими осуществлять совместное с здоровыми людьми обучение. По данным Министерства образования и науки РФ, только в дошкольных образовательных учреждениях общего и компенсирующего типов изолированно от здоровых детей находятся 360,5 тыс. детей-инвалидов, в специальных (коррекционных) — еще 279,1 тыс. Однако остаются проблемы, связанные с оснащенностью обычных школ специальными вспомогательными средствами для обеспечения беспрепятственной доступности для посещения их инвалидами, с восприятием и усвоением ими учебного материала, а также с психологической готовностью учащихся и педагогов к такому совместному обучению.

⁴⁴ Кучмаев М.Г. Указ. соч. С. 22.

⁴⁵ См.: Федеральный закон от 24 июля 1998 г. № 124-ФЗ; (ред. от 20.07.2000 № 103-ФЗ). (URL: www.consultant.ru; дата обращения: 20.07.2016).

§ 3. Изменения в характере детской заболеваемости и медицинское обслуживание

В начале 1990-х гг. уровень младенческой смертности значительно повысился под воздействием многих факторов экзогенного порядка. Резко ухудшились социальные условия жизни большинства россиян и членов их семей, что наиболее болезненно отразилось на детях. В тот период наблюдалось быстрое и баснословное обогащение меньшинства населения и значительное обнищание его основной массы. Данные статистики свидетельствовали об увеличении численности россиян, имевших денежные доходы ниже прожиточного минимума.

В 1996 г. ниже него оказался среднедушевой денежный доход 22% россиян. Наиболее остро социальное расслоение проявилось в Москве и Санкт-Петербурге. Так, в общей численности населения столицы в 1994 г. удельный вес малообеспеченных групп составлял 13,7%, в 1998 г. он повысился до 17,6%, в Санкт-Петербурге их доля была намного выше — соответственно 23,0% и 27,2%. В 1985 г. в Москве потребление мяса и мясных продуктов на душу населения составляло 102 кг; в 1995 г. — 72; 1998 г. — 68; молока и молочных продуктов — соответственно 424; 256; 245; овощей — 131; 66; 69; в Санкт-Петербурге — соответственно 89, 57, 48; 438, 228, 201; 101, 52, 50 кг.

В новых социально-экономических условиях стремительно сокращалось число работающих женщин. Их удельный вес в 1985—1995 гг. в промышленности снизился с 48% до 44% общей численности занятых, в сельском хозяйстве — с 41% до 38%, в строительстве — с 28% до 25%, в сфере связи — с 71% до 67%, в торговле — с 79% до 75%, в жилищно-коммунальном хозяйстве — с 54% до 44%, в кредитовании — с 89% до 75%, в государственном аппарате — с 71% до 62%.

Негативную роль сыграла безработица. Так, пик числа безработных в 1995 г. был зафиксирован в Архангельске (12 679 человек) и Ижевске (19 612), в 1998 г. — в Уфе (19 195) и Улан-Удэ (4 283).

По данным статистики, в России произошло снижение численности экономически активного населения: в 1995 г., по сравнению с 1993 г., она составила 97,1%. Также сократилась доля занятых в экономике: в 1993 г. — 94,5% населения; в 1995 г. — 91,2%; мужчин — соответственно 94,4% и 91,0%; женщин — 94,5% и 91,3%. Вместе с тем удельный вес безработных повысился: в 1993 г. — 5,5%; в 1995 г. — 8,8%; мужчин — соответственно 5,6% и 9,0%; женщин — 5,5% и 8,7%. В большинстве случаев эти явления в целом отрицательно сказались на благосостоянии семей и, в частности, на положении имевшихся в них детей.

Неблагополучной в России оставалась экологическая ситуация. В середине 1990-х гг. 17% случаев смертей было связано с вредным воздействием окружающей среды на организмы взрослых и детей. Экологические условия жизни российского населения во многом определяли его генетическое здоровье. В 2000—2001 гг. самый высокий процент детей, перенесших острые заболевания, а также имевших хронические болезни, был у московских школьников в возрастах 10—11 лет. В российских регионах доля детей, переболевших острыми заболеваниями (инфекционными, острыми пневмонией и отитом, аллергическими реакциями и т.д.), составляла 18,5%, в Москве — 22,4%; имеющих хронические болезни — соответственно 7,6% и 12,4%.⁴⁶

В современных условиях загрязнение почвы, воздуха, воды и почвенно-растительного покрова оказывает негативное влияние на состояния физического и психического здоровья детского населения. Например, в результате многолетнего изучения влияния химического состава поверхностных вод территории Республики Башкортостан на развитие личности школьников выяснилось, что хлор вызывает у них нарушение интеллектуальных функций; азот способствует развитию возбудимого и тревожно-боязливых типов личности; фенол угнетает умственную деятельность, усиливает возбудимость, взрывные реакции; нефтепродукты способствуют росту эгоцентрических личностных тенденций и т.д.⁴⁷

Большинство россиян, особенно в малообеспеченных группах, стали хуже питаться: в 1990-х гг. в рационе питания доминировали хлеб, картофель, животный жир и сахар. У значительной части населения специалисты выявили дефицит белков и витаминов, йода, железа, кальция и селена. Снизилось количество потребляемых продуктов, необходимое для полноценного функционирования человеческого организма. В итоге в стране начался рост эндокринных и кардиологических болезней, участились случаи нарушения «формирования скелета у детей», поражения «опорно-двигательного аппарата у взрослых», развития анемии среди детей, беременных женщин и т.д.

В условиях реформирования российского общества была разрушена старая система здравоохранения, а новая складывалась с трудом. Постоянно уменьшалось число больничных учреждений — даже в крупных городах: так, в Москве с 235 (1985) до 217 (1998), в Санкт-Петербурге — соответственно с 138 до 118.

⁴⁶ Дети России, 2000—2001 гг. С. 64.

⁴⁷ Уразаева Ф.Х. Дисгармоничное развитие личности в экологически неблагоприятных регионах РБ: моногр. Уфа; Стерлитамак, 2001. С. 153—154.

Сократилось количество больничных коек. На 10 тыс. жителей Москвы в 1985 г. приходилось 138 коек; в 1995 г. — 124; 1998 г. — 123; Санкт-Петербурга — соответственно 58; 50; 47; в Архангельске — 188; 205; 182; Уфе — 170; 170; 164; Ижевске — 145; 154; 146; Улан-Удэ — 143; 155; 122. Аналогичная ситуация сложилась в детских больницах России: на 10 тыс. детей в 1990 г. было 91,4 койки; в 1995 г. — 85,1.

Ощущалась острая нехватка врачей — на 10 тыс. человек населения в Москве в 1985 г. приходилось 102,2 врача; в 1995 г. — 77,5; 1998 г. — 83,9; в Санкт-Петербурге — соответственно 84,6; 71,8; 73,9; сокращалась численность среднего медицинского персонала — соответственно 174; 122; 126 человек (Москва) и 147; 113; 111 (Санкт-Петербург). Обеспеченность детей в возрастах 0—14 лет педиатрами заметно снизилась в 1992 г., но затем начала расти, однако если на 10 тыс. детей в 1990 г. приходилось только 24,5 педиатра, то в 1992 г. — 23,5; 1995 г. — на уровне 1990 г.⁴⁸

В то же время стремительно падал профессиональный уровень медицинских кадров. Заметно понизились, даже в сравнении с прошлыми десятилетиями, эффективность медпомощи и объем бесплатных медицинских услуг, предлагавшихся населению, существенно ухудшилось его медикаментозное обслуживание, «взлетели» цены на лекарственные препараты. Важно отметить, что именно в 1990-х появились фальсифицированные лекарства, особенно опасные для детей⁴⁹.

Кроме того, в России значительно повысился уровень преступности, в том числе из-за совершения противоправных деяний, не наблюдавшихся в прошлые десятилетия: терроризм, похищения детей и торговля ими, осуществление против них насильственных действий в семье и вне ее. Вместе с тем в условиях ухудшения жизни большинства семей, закрытия детских спортивных школ, культурно-досуговых и творческих учреждений, несовершеннолетние вовлекались в криминальную деятельность, использовались в порноиндустрии и т.д. Детская преступность составляла 30—40% всех совершенных в России преступлений. В 1996 г. доля несовершеннолетних преступников, в сравнении с 1987 г., увеличилась на 76% (у взрослого населения — на 26%), более 50% всех преступлений в

⁴⁸ Российский статистический ежегодник, 1996. М., 1996. С. 205.

⁴⁹ Регионы России: стат. сб. М., 1999. Т. 1. С. 29, 311, 319, 413; М., 1999. Т. 2. С. 50, 51, 100—101; Семья в России: стат. сб. М., 1996. С. 83, 85; Аюрян А.С., Харченко В.И., Мишиев В.Г. Указ. соч. С. 63, 76, 78, 90—91.

стране совершали 14—25-летние. В результате российское общество постоянно находилось в состоянии стресса⁵⁰.

Ухудшение социальных условий жизни в стране, а также глубочайшие морально-психологические потрясения, выпавшие на долю ее граждан, способствовали понижению рождаемости, увеличению заболеваемости и смертности взрослого и детского населения.

Известно, что вес ребенка при рождении существенно влияет на его дальнейшее развитие. Самые лучшие характеристики здоровья имеют те дети, которые при рождении имели массу тела 4 300 г, а наихудшие — те, кто обладал избыточным или недостаточным весом⁵¹. Последние чаще подвержены простудным и хроническим заболеваниям (тонзиллит и аденоид, гастрит, бронхит и астма, невротические расстройства, нарушения осанки и др.).

В 1990-х гг. увеличилось число заболевших детей и детей-инвалидов. Кроме того, по данным статистики акушерских стационаров России, повысился уровень заболеваемости новорожденных, особенно недоношенных: на 1 тыс. рожденных живыми в 1991 г. заболели 147,5 доношенных детей, в 2004 г. — 366,4; недоношенных — соответственно 619,4 и 993,7.

В структуре заболеваемости младенцев традиционно преобладали внутриутробная гипоксия и асфиксия: на 1 тыс. рожденных живыми в 1991 г. ими болели 61,9; в 1999 г. — 175,5; 2004 г. — 163,3 ребенка. Второе место по распространенности в 1990-х гг. заняла родовая травма (правда, в 2000-х гг. — уже четвертое): на 1 тыс. рожденных живыми в 1991 г. ее имели 23,8; в 1999 г. — 41,7; 2004 г. — 40,1 детей, но в те же годы новорожденные часто заболевали гипотрофией (замедление роста, недостаточность питания и т.д.) — соответственно 23,6; 78,8; 92,9 ребенка. В 2000-х гг. эта болезнь «переместилась» на второе место. Одновременно повысился уровень заболеваемости новорожденных неонатальной желтухой (до 1998 г. фиксировалась в категории «прочие болезни») — с 47,3‰ (1999) до 75,3‰ (2004). Участились и врожденные аномалии, в том числе из-за неэффективной диагностики: на 1 тыс. рожденных живыми в 1991 г. их имели 18,8 детей; в 1999 г. — 29,3; 2004 г. — 32,5; сохранялся высокий уровень заболеваемости новорожденных инфекциями, специфичными для перинатального периода: соответственно 6,9; 25,0; 23,5 ребенка⁵².

⁵⁰ Дети «группы риска»: материалы Междунар. конф. СПб., 2001. С. 19. (URL: <http://dob.1september.ru/2004/20/4.htm>; дата обращения: 10.12.2014).

⁵¹ Дети России, 2000—2001 гг. С. 47, 66, 67.

⁵² Суханова Л.П. Указ. соч. С. 79—84.

Все это, безусловно, было связано с ухудшением социальных условий жизни большинства россиян (негативно повлиявшим на состояние здоровья женщин), распространением патологии беременности и родов. Многие исследователи считают, что обнищание семей привело к тому, что дети начали страдать от инфекционных и паразитарных болезней, заболеваний органов дыхания, пищеварения и т.д.⁵³

Согласно ведомственной статистике, в России в 1991 г. на 100 тыс. подростков в возрасте 15—17 лет заболели инфекционными и паразитарными болезнями 2 124,7 человек; в 1994 г. — 3735,1; болезнями эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета — соответственно 523,0 и 1 098,3; имели новообразования 67,3 и 11,8 человек. Специалисты отмечали, что только 10—15% учащихся образовательных учреждений можно было считать здоровыми. Повысился уровень смертности от самоубийств людей в возрасте моложе 20 лет: на 100 тыс. человек населения в 1990 г. юноши составляли 8,9 человек, в 1994 г. — 10,4; девушки — соответственно 2,3 и 2,7.

В 1991 г. на 100 тыс. маленьких россиян от заболеваний органов дыхания страдали 78 359,7 детей, в 1994 г. — 68 308,8; от инфекционных и паразитарных болезней — соответственно 8 841,3 и 10 223,3; заболеваний нервной системы и органов чувств — 6 215,2 и 7 710,0; кожи и подкожной клетчатки — 4 847,8 и 6 848,1; органов пищеварения — 3 876,2 и 5 183,0; эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета — 523,0 и 10 98,3; от новообразований — 67,3 и 11,8.

У детей наблюдался высокий уровень травматизма и отравлений. На 100 тыс. детей в 1991 г. от этого пострадали 7 034,3 человека, в 1994 г. — 6 982,6 (по данным Федеральной инспекции труда РФ только в 1995 г. на производстве погибли 42 подростка, 1 850 несовершеннолетних получили травмы); росло число детей, имевших новообразования (соответственно 104,4 и 156,3), заболевания эндокринной системы и те, что возникали из-за расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета (540,6 и 924,1), болезней крови и кроветворных органов (411,1 и 710,1), костно-мышечной системы и соединительной ткани (843,7 и 1 580,6); а также врожденные аномалии (270,0 и 383,7).

Распространение наркомании, наличие групп населения с нетрадиционной сексуальной ориентацией, низкая сексуальная

⁵³ Дети России: факты и проблемы. С. 25.

культура в обществе способствовали повышению заболеваемости населения ВИЧ-инфекцией и СПИД. Так, в 1996 г. были зарегистрированы 1 086 случаев ВИЧ-инфекции, в 2000 г. уже зафиксировали 51 592 больных с диагнозом ВИЧ-инфекция и СПИД, в том числе 386 детей в возрасте до 14 лет. В начале 2003 г. ВИЧ-инфицированных было 228 917 человек (в их числе 5 896 детей), из них больных СПИД 804 человека (среди них 191 ребенок). Произошел рост числа ВИЧ-инфицированных среди женщин наиболее репродуктивных возрастов — от 20 до 30 лет.

Во второй половине 1990-х гг. увеличилось количество заболевших сифилисом, в том числе детей до 15 лет: на 100 тыс. населения в 1990 г. им были больны и состояли в лечебно-профилактических учреждениях 32,2 ребенка; в 1993 г. — 64,7; в 1995 г. — 260,8⁵⁴.

Были зафиксированы психические заболевания у 25% подростков. Специалисты отмечали значительный рост среди детей убийств и самоубийств (за период 1995—1997 гг. — на 40%). В современных условиях примерно 85% школьников нуждаются в специальной медицинской и психолого-педагогической помощи.

На состояние детского здоровья в России негативно повлияло снижение внимания к предупреждению заболеваний. В 1990 г. доля профилактически осмотренных детей составляла 88,1% числа всех, подлежащих периодическим осмотрам; в 1993 г. — 83,6%; 1995 г. — 80,6%; подростков — соответственно 97,2%; 94,5%; 94,1%.

Осмотры выявили рост удельного веса детей с дефектами речи: в 1990 г. — 2,3% от общего числа осмотренных; в 1993 г. — 2,4%; 1995 г. — 2,7%; со сколиозом — соответственно 0,7%; 0,9%; 1,0%; с нарушением осанки — 3,2%; 3,9%; 4,6%; с понижением остроты зрения — 6,0%; 5,7%; 5,8%. Кроме того, не всем детям в возрасте 1 года были сделаны профилактические прививки, особенно от эпидемического паротита, коклюша, полиомиелита, дифтерии. В 1995 г. удельный вес вакцинированных новорожденных (30 дней) против туберкулеза составлял 91,6% находившихся на учете; против дифтерии (в возрасте 1 год) — 77,8%; коклюша — 68,7%; полиомиелита — 77,0%; кори — 85,4%; эпидемического паротита — 64,8%⁵⁵.

Таким образом, в России наблюдалось катастрофическое снижение уровня здоровья детей. Чтобы исправить положение (особенно в условиях малодетности), требовалось разработать и осу-

⁵⁴ Российский статистический ежегодник, 1996. С. 219; Демографический ежегодник России, 2002. С. 220—225; Население России, 2002. С. 95—98.

⁵⁵ Российский статистический ежегодник, 1996. С. 192, 193, 212.

шествить комплексные меры по оздоровлению подрастающего поколения. Однако в те годы этого не сделали.

Ухудшение в России социальных условий жизни, недостаток и несбалансированность питания населения, активное употребление им пищевых добавок продолжало крайне негативно сказываться на детском здоровье. Также ситуацию усугубили обнищание семей, кризис института брака, рост безработицы, стремительное распространение алкоголизма (в том числе пивного) и наркомании.

Кроме того, в стране не соблюдалось законодательство по предоставлению матерям отпуска по уходу за детьми. Именно в 1990-х женщины работали непосредственно до срока родов полный рабочий день, в том числе занимались тяжелыми и вредными видами труда. Они выходили на работу сразу после родов, так как частные фирмы не давали декретных отпусков; детей переводили на искусственное питание, часто бросали в роддомах и домах малютки. В тот период среди матерей-отказниц были не только матери-одиночки, но даже замужние женщины. В то же время материально обеспеченные матери подрывали свое и детское здоровье бесконечными зарубежными путешествиями, сопровождавшимися частыми сменами временных и климатических поясов (как правило, очень резкими), с экзотической кухней и неуместными для детей развлечениями. Все это негативно повлияло «на репродуктивное здоровье российской нации», особенно детей.

§ 4. Рост социального сиротства

В 1990-х гг. в самой тяжелой ситуации оказались сироты, особенно социальные: дети-отказники и те, родителей которых лишили родительских прав. По данным проведенных в 1992—1995 гг. обследований, сироты при живых родителях составляли 95% их общего числа; в 1995 г. было учтено 482,6 тыс. детей-сирот и тех, кто остался без попечения родителей в возрасте до 18 лет. Одновременно росло число брошенных детей. Важно отметить, что у многих из них были родители. По данным Минюста РФ и судебного департамента при Верховном суде РФ, увеличилось количество удовлетворенных исков о лишении родительских прав: в 1997 г. — 27 640; в 2000 г. — 42 917; в начале 2003 г. — 49 588⁵⁶.

⁵⁶ Дети России: факты и проблемы. С. 20; *Нечаева А.М.* Проблемы прочности семьи // *Семья и дети в современной России.* М., 2006. С. 49—50; Дети московских вокзалов: опыт фонда НАН по взаимодействию с беспризорными детьми

Социальное сиротство отрицательно воздействовало на формирование личности ребенка, особенно при его вступлении в самостоятельную жизнь и при создании собственной семьи, а также способствовало росту детской и подростковой преступности, алкоголизма, наркомании, проституции и т.д. Согласно сведениям МВД РФ, в 1995 г. за появление в общественных местах в нетрезвом виде были задержаны 269 тыс. подростков — на 14% больше, чем в 1994 г.; каждый четвертый подросток совершал преступления под воздействием алкоголя; число находившихся в момент совершения преступления в состоянии наркотического возбуждения несовершеннолетних возросло в 1995 г., по сравнению с 1994 г., на 10,3% и достигло 857 человек.

О самом негативном влиянии социального сиротства на психическое и социальное развитие детей свидетельствуют следующие данные: в домах ребенка с тяжелыми хроническими нарушениями центральной нервной системы находилось 60% детей; с отставанием в физическом развитии — 55%; с хроническим тонзиллитом, астмоидным бронхитом, пиелонефритом и т.д. — 30%. Специалисты отмечали, что только 4,7% этих детей ничем не болели.

Такое состояние здоровья сирот связано, прежде всего с плохой наследственностью их родителей, часто отягощенной алкоголизмом и наркоманией. Кроме того, важным фактором являлась нежелательная беременность, отрицательно сказывающаяся на развитии плода, особенно при стремлении матери от него избавиться. Нельзя забывать и о крайне неблагоприятных условиях жизни в таких семьях: очень низкий материальный уровень, плохое питание, пьянство, скандалы и драки родителей, их равнодушие к детям; жестокое обращение с ними, наличие больных родственников, в том числе с психическими заболеваниями. Вместе с тем на состоянии здоровья ребенка болезненно отражались его отрыв от родителей и помещение в интернат. Согласно исследованиям, изоляция от матерей младенцев приводит к тяжелейшим последствиям для их интеллектуального и личностного развития, не поддающихся исправлению⁵⁷.

Социальное сиротство сильно влияет на психическую жизнь ребенка, поскольку нарушается процесс его саморегуляции, и начинает преобладать пониженное настроение (чувство тревоги, неуверен-

на вокзалах г. Москвы: анализ проблемных зон организации работы с детьми группы риска. М., 2006. С. 61, 79.

⁵⁷ Дети-сироты: консультирование и диагностика развития. М., 1998. С. 12—17; Дети «группы риска». С. 19—26.

ности в себе, низкий уровень интересов и т.д.). Все это приводит к задержке или искажению интеллектуального и личностного развития ребенка. Значительно обедняются его эмоциональные проявления: возникают трудности в общении и пассивность, утрачивается побудительная мотивация. В старших возрастах такие дети склонны к социальной апатии, асоциальной и криминальной деятельности, вызывающему поведению; у них понижен интерес к людям⁵⁸.

Таким образом, утрата семьей позитивного влияния на детей приводит к отставанию их интеллектуального и физического развития, к ослаблению их здоровья, росту среди них заболеваемости и смертности.

Во второй половине 1990-х гг. в России фиксировался рост внебрачной рождаемости. Самыми высокими по стране были показатели по следующим регионам: в 1995 г. на 1 тыс. женщин в возрасте до 18 лет в Читинской области родили вне брака 29,5 женщин; в Амурской — 23,5; Ростовской — 24,0; Кемеровской — 22,1; Волгоградской — 22,1; Курганской — 20,5; в Краснодарском крае — 24,6.

В России в 1997 г. родились вне брака 319,2 тыс. детей (25,3% родившихся); в 1998 г. — 345,9 (27,0%); 1999 г. — 339,3 (27,9%), из них по совместному заявлению отца и матери было зарегистрировано соответственно 42,9%; 43,3%; 44,8% детей. В 2001—2002 гг. этот показатель составлял 47,5%⁵⁹.

Увеличилась и доля детей, оставшихся без одного (или обоих) родителей (в результате их развода либо смерти; внебрачного рождения ребенок): в 1988—1989 гг. — 45,1%; в 1991 г. — 51,9%; 1993 г. — 63,6%. Основной причиной, обусловившей такие высокие показатели, являлся развод, но в современных условиях заметно усилилась роль всех демографических факторов, влияющих на численное увеличение неполных семей⁶⁰.

В 2000-х гг. в стране стало больше социальных сирот. Данные доклада Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, продемонстрировали ежегодное увеличение численности выявленных детей-сирот и тех, кто лишился родительского попечения. В 1990—2006 гг. число сирот и сирот социальных повысилось в 2,7 раза.

⁵⁸ Дети-сироты ... С. 12.

⁵⁹ Демографический ежегодник России, 2002. С. 94—104; Население России, 2002. С. 57.

⁶⁰ Борисов В.А., Синельников А.Б. Брачность и рождаемость в России: демогр. анализ. М., 1995. С. 46—47.

На основе судебного решения родителей могут лишить родительских прав вследствие их уклонения от выполнения родительских обязанностей, в том числе при злостной неуплате алиментов; осуществления физического или психического насилия над детьми; болезни хроническим алкоголизмом или наркоманией; умышленного преступления против жизни или здоровья своих детей, а также супруга. У родителей отбирают детей и при непосредственной угрозе их жизни или здоровью. По данным вышеназванного фонда, в 2006 г. доля тех, чьих отцов и матерей (или одного из них) лишили родительских прав, составляла 79,5% числа проживавших в таких семьях детей.

Мать и отец ребенка могли быть и ограничены в родительских правах на его воспитание. Возросло число и таких родителей (в 2006 г. — 3 229 человек; в 2007 г. — 3 442), и их детей (соответственно 5 389; 5 759). В то же время доля родителей, восстановивших права в отношении своих детей, была невелика: в 2006 г. — 18,2% всех ограниченных в родительских правах; в 2007 г. — 16,2%.

Социальное сиротство в России способствовало росту числа беспризорных и безнадзорных детей, бродяг, попрошайек и т.д. По данным МВД РФ, в начале 2000-х гг. было 2,5 млн беспризорников (независимые эксперты насчитали 4 млн). Специалисты, занимавшиеся детьми, по разным причинам оказавшимися на улице, выявили острую проблему: бежавших от жестокого обращения или насилия в семье находили и на законном основании возвращали в те же условия, что нередко приводило к новому бегству детей. Все это способствовало распространению в их среде девиантного поведения.

Важно отметить, что противоправное поведение среди современных детей и подростков, в том числе не достигших 14 лет (возраста уголовной ответственности), росло в два раза быстрее, чем среди взрослых⁶¹. Исследователи отмечали необходимость специальной помощи таким детям, особенно подвергшимся насилию и жестокому обращению для преодоления у них недоверия к взрослым, избавления от негативных стереотипов в межличностных отношениях и приобретения позитивного опыта. Защищавший права детей фонд НАН («Нет алкоголю и наркотикам», основан в 1991 г.) создал в Москве первый в России приют-убежище для детей и подростков «Дорога к дому» (1992). В дальнейшем в стране предполагалось создать детские социальные гостиницы, приюты, службы занятости,

⁶¹ Сабитова Г.В. Указ. соч. С. 56—62; Дети московских вокзалов: опыт фонда НАН ... С. 38—39.

а также специальную психолого-социальную службу для работы с биологическими семьями детей, склонных к уходу из них⁶².

Одним из механизмов девиантного поведения детей, нередко связанного с неблагополучием семьи, являлось воспроизведение в семейной жизни уже взрослых детей уклада и проблем семьи родителей («наследование» всего негативного). Неблагоприятная ситуация могла наступить вследствие масштабных трансформаций в экономической, социальной и политической жизни общества. Семейное неблагополучие также возникало из-за сложных жизненных ситуаций: потери кормильца, длительной болезни или инвалидности одного из членов семьи. По данным статистики, на учете в органах социальной защиты населения РФ в 2006 г. состояли 309,1 тыс. семей, где проживали 554,3 тыс. несовершеннолетних⁶³.

В условиях современной России развиваются разнообразные семейные формы устройства детей-сирот и тех, кто остался без попечения родителей. Согласно Семейному кодексу Российской Федерации, такие дети передаются в семью на воспитание (усыновление или удочерение), под опеку или попечительство, в приемную либо в патронатную семью, а также в соответствующие организации всех типов. При устройстве ребенка должны учитываться его этническое происхождение, религия, культура, родной язык, возможность обеспечения преемственности в воспитании и образовании.

В России приоритетной формой такого устройства считается усыновление или удочерение, которые допускаются в отношении несовершеннолетних и только в их интересах. Кроме того, не разрешается усыновление или удочерение братьев и сестер разными лицами. Иностранные граждане или лица без гражданства могут усыновить или удочерить детей, но только в том случае, если нет возможности передать детей-сирот и тех, кто остался без попечения родителей, на воспитание в семьи постоянно проживающих на территории Российской Федерации российских граждан или на усыновление или удочерение родственниками детей, независимо от их гражданства и места жительства.

В 1990-х наблюдалось увеличение случаев усыновления или удочерения детей иностранными гражданами (по данным Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, пик пришелся на 2004 г., затем начался спад) и сокращение — российскими.

⁶² О положении детей в Российской Федерации, 1995. С. 10; *Бобылева И.А.* Факторы влияния кровной семьи на социальных сирот // *Семья и дети в современной России.* М., 2006. С. 97; *Дети московских вокзалов: опыт фонда НАН ...* С. 41—42, 77.

⁶³ *Дети в трудной жизненной ситуации ...* С. 8.

Усыновление или удочерение в нашей стране осуществляется по решению суда (с 1996 г.) по заявлению лиц, желающих усыновить ребенка, и является охраняемой законом тайной. Дети, усыновленные и родные, равны в правах, в том числе наследственных, а также обязанностях по отношению к родителям и усыновителям, как родители и усыновители равны в правах и обязанностях по отношению к родным и усыновленным детям.

Опека устанавливается над детьми до достижения ими возраста 14 лет, попечительство — в возрастах 14—18 лет. По Семейному кодексу Российской Федерации приемными родителями могут быть супруги, а также отдельные граждане, желающие принять на воспитание ребенка или детей; однако таковыми не могут быть лица, не состоящие между собой в браке. Приемным родителям государство оказывает материальную и социальную поддержку⁶⁴.

В докладе вышеназванного фонда сообщалось о численном сокращении детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей, в институциональных учреждениях (домах ребенка, детских домах, домах-интернатах и др.) и об увеличении — в семейных формах их устройства. Проведенные обследования показали принципиальную разницу в отношениях ребенок-взрослый в семье и институциональных учреждениях, где дети полностью находятся на государственном обеспечении. Здесь воспитанники дошкольного возраста испытывают дефицит индивидуального внимания со стороны взрослых, страдают от сменяемости воспитателей и жесткой регламентации и своей жизни. Она в интернатах протекает в больших коллективах, контакты со сверстниками, которые воспитываются в семьях, существенно ограничены.

Однако в интернатах нередко выявлялось жестокое отношение воспитателей к детям, негативно влиявшее на их личностное развитие. Психологи отмечали у детей-дошкольников из детских домов нарушение осознания собственного опыта и субъективно-личного отношения к действиям взрослых. Выросшие там дети часто были инфантильными, иждивенчески настроенными, плохо адаптированными и неспособными к самостоятельности, решению проблем организации своего быта, личной жизни и т.д.

Важно также отметить неудовлетворительное состояние материальной и технической баз интернатных учреждений — здания

⁶⁴ Семейный кодекс РФ с комментариями: текст с изм. и доп. на 1 апр. 2013 г. М., 2013. Ст. 123. С. 63—64; Ст. 124. С. 64; Ст. 125. С. 65; Ст. 139. С. 74; Ст. 145. С. 76; Ст. 153. С. 80; Дети в трудной жизненной ситуации ... С. 24—25.

многих из них нуждаются в капитальном ремонте. В интернатах наблюдается низкий уровень санитарного обслуживания их воспитанников, что негативно сказывается на состоянии их здоровья.

С 2004 г. началось сокращение числа институциональных учреждений (домов ребенка, детских домов, детских домов-школ, домов-интернатов, школ-интернатов). В 2006 г. в них наиболее низкой была доля воспитанников в Чеченской Республике (0,05%) и Республике Ингушетия (0,11%); самой высокой — в Республике Тыва (43,9%) и Еврейской автономной области (37,0%). Однако в России таких учреждений, несмотря на их численное сокращение, еще довольно много.

Именно в них в 2000 г. находилось 27,0% всех детей-сирот и оставшихся без попечения родителей; в 2005 г. — 24,4%; состоявших под опекой и попечительством было соответственно 49,3% и 51,8%; усыновленных — 23,0% и 21,8%; проживавших в приемных семьях и семейных детских домах — 0,7% и 2,0%.

В России росло число родителей, желавших усыновить ребенка. Доля таких граждан, включая иностранных, в 2006 г. доходила до 49,6% учтенных людей, желавших принять ребенка на воспитание в семью; в 2007 г. — 44,6%. Также в стране существовали семейные детские дома и приемные семьи. В начале 2000-х гг. в приемных семьях на воспитании находилось 68 037 детей; на семейные формы устройства передали 90 639 детей (85,0% выявленных детей-сирот, оставшихся без попечения родителей), под опеку (попечительство) — 77 886 (73,0%), на усыновление — 12 753 (12,0%). Кроме того, детей возвращали родителям: в 2006 г., например, вернули 7,3% общего числа выявленных детей-сирот и оставшихся без попечения родителей⁶⁵.

Однако внутри семей, где проживали родные и приемные дети, возникали проблемы. Специалисты отмечали, что из-за переключения всего внимания родителей к приемным детям, их собственным чадам было психологически тяжело. Родителям далеко не всегда удавалось сделать их своими единомышленниками и помощниками в заботе о приемных детях. Между последними и их кровными родителями (а также между ними (или родственниками) и родителями-воспитателями) очень часто были сложные отношения. Кроме того, неприязнь к «родным родителям», проявлявшаяся со стороны приемных детей, могла привести к нежелательным последствиям при создании их собственных семей⁶⁶.

⁶⁵ Дети в трудной жизненной ситуации ... С. 21, 22—26, 28, 29, 31, 33; Смирнова Е.О., Лагутина А.Е. Указ. соч. С. 37.

⁶⁶ Иванова Н.П., Заводилкина О.В. Дети в приемной семье. М., 1993. С. 20—23.

Дети в 2000-х гг.: первые итоги активизации государственной демографической политики

Однако такая ситуация не исключает закономерным следствием демографического перехода, тем возникла не из-за фатальной не-
успешности, а в результате естественного процесса демографической
интервенции. Свидетельством тому стал рост населения в первом де-
сятилетии XXI в. — признак демографической консолидации. На-
метившись на некоторые положительные сдвиги в показателях рож-
даемости. В 2002 г. ее коэффициент вырос, по сравнению с 2000 г., на
1,0% и в 2003 г. — на 2,5%, составил 10,2 новорожденных на 1 тыс.
населения (по сравнению со снижением до 2000 г.)

Первым и основным осуществленным в стране демографической
политикой мероприятием после 10 мая 2000 г. когда была объявлена
госполитика Президента Российской Федерации В.В. Путина Федераль-
ному Собранию России. Это — установка на решение главной задачи: «На-
иболее эффективным способом решения демографических проблем, усиле-
ния населения Российской Федерации, является привлечение в нашу страну, не ра-
ботая, так называемых «матерей-иностранок». Такая задача входит в программу
«структурирования российской семьи, а именно: «формирование традици-
онной, полновесной семьи, воспитывающей ребенка, рождение ребенка и забота
об этом ребенке», причем «важным акцентом является на том, что «се-
мьям им необходимо стимулировать рождение хотя бы второго ребенка»

Для выхода страны из демографического кризиса были утвержде-
ны «Ключевые демографической политики Российской Федерации на период
до 2012 года» (подписан Президентом Российской Федерации, 16
сентября 2007 г.) и «План мероприятий по ее реализации в 2008—2010 гг.»
приказом Правительства Российской Федерации от 14 декабря
2008 г. № 170-ст. И первым из них было выделено безусловное
приоритетное значение «проектной инициативы «Земля России» (по

Указом Президента Российской Федерации от 10 мая 2000 г. № 314
«О мерах по реализации государственной демографической политики»

В начале XXI в. демографическая ситуация в России оставалась нестабильной. Страна все еще находилась в состоянии демографического кризиса, был превышен коэффициент смертности населения 1995 г. (самый высокий за 1990-е гг.) — 14,9‰. В 2000 г. он составлял 15,3‰; в 2001 г. — 15,6‰; 2003 г. — 16,4‰; в 2004 и 2005 гг. практически оставался на том же уровне — соответственно 15,9‰ и 16,1‰. В результате Россия продолжала отставать от развитых стран по средней продолжительности жизни населения; сохранялся и большой разрыв между ее показателями у мужчин и женщин — 12,5 лет.

Однако такая ситуация не являлась закономерным следствием демографического перехода, она возникла не из-за фатальной неизбегности, а в результате нарушения процесса демографической модернизации. Свидетельством тому стало появление в первом десятилетии XXI в. признаков демографической компенсации. Наместились некоторые положительные сдвиги в показателях рождаемости. В 2002 г. ее коэффициент вырос, по сравнению с 2000 г., на 1,0‰; в 2003 г. — на 2,5‰, составив 10,2 новорожденных на 1 тыс. человек (этот уровень оставался до 2006 г.).

Перелом в отношении осуществления в стране демографической политики произошел после 10 мая 2006 г., когда было обнародовано послание Президента Российской Федерации В.В. Путина Федеральному Собранию России. Одно из главных его положений гласит: «Никакая миграция не поможет решить демографических проблем, если мы не создадим условий для рождаемости в нашей стране, не разработаем свои программы поддержки семьи». Была предложена программа «стимулирования рождаемости, а именно: меры поддержки молодых семей, поддержки женщин, принимающих решение родить и поднять на ноги ребенка», причем внимание акцентировалось на том, что «сегодня мы должны стимулировать рождение хотя бы второго ребенка»¹.

Для выхода страны из демографического кризиса были утверждены «Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (указ Президента Российской Федерации, октябрь 2007 г.) и план мероприятий по ее реализации в 2008—2010 гг. (распоряжение правительства Российской Федерации от 14 февраля 2008 г. № 170-р). В рамках концепции было намечено осуществление нескольких проектов под общим названием «Дети России» (по

¹ Ежегодное Послание Президента РФ Федеральному Собранию, 10 мая 2006 г. (URL: <http://www.kremlin.ru/text/appears/2006/05/105546.shtml>; дата обращения: 26.07.2016).

направлениям: «Здоровое поколение», «Одаренные дети» и «Дети и семья»), а в 2007 г. началась их реализация. В 2007—2009 гг. были приняты меры по поддержке женщин-матерей и семей с детьми, началась работа в рамках национального проекта «Здоровье».

— В 2007 г. существенно увеличили ежемесячные выплаты по уходу за ребенком до 1,5 лет (с 700 руб. до 1,5—6 тыс. руб.), впервые ввели пособия для неработающих женщин (1,5 тыс. руб. при рождении первого ребенка, 3 тыс. руб. — второго и следующего), а для работающих установили пособия в долях к их зарплатам — 40% на момент ухода в отпуск по беременности и родам (но не меньше, чем у неработающих). Была определена и максимальная величина выплат — не более 6 тыс. руб. (см. *таблицу 19*).

Несколько увеличился размер впервые введенного в 2006 г. «родового сертификата» — с 7 до 10 тыс. руб., который расходовался не только на стимулирование работы женских консультаций (3 тыс. руб.) и роддомов (6 тыс. руб.), но и на усиление послеродового наблюдения за здоровьем ребенка в детской поликлинике (1 тыс. руб.)².

Одна часть дополнительных денежных средств шла на поощрение (оплату труда) медицинского персонала (35—55% средств, в зависимости от объема и качества оказания медицинских услуг), другая — на покупку нового оборудования, третья — на обеспечение беременных женщин медикаментами, а также витаминами и микроэлементами.

В 2007 г. началась регистрация претендентов на получение 250-тысячного материнского (семейного) капитала — новой меры государственной поддержки. В 2013 г. материнский капитал составлял 409 тыс. руб., в 2015 г. — 453 тыс. руб.; были расширены возможности его использования; всего в начале 2015 г. соответствующие сертификаты получили 5,5 млн семей.

Предпринятые правительством меры стимулировали повышение рождаемости. Ее коэффициент возрос: 2007 г. — 11,3‰; 2008 г. — 12,1‰; 2009 г. — 12,3‰; 2010 г. — 12,5‰³. Сократилось число мертворождений. На 1 тыс. россиянок 15—49 лет в 2006 г. родились живыми 37,7 детей; в 2008 г. — 44,6; в городах — соответственно 35,4 и 41,5; на селе — 44,6 и 54,2. Повысился суммарный

² Елизаров В.В. Указ. соч. С. 4.

³ Араловец Н. А. Миграция из стран СНГ и состояние здоровья населения России на рубеже XX—XXI вв. // Глобальные демографические проблемы современности: миграции и миграционная политика. М., 2011. С. 208.

коэффициент рождаемости: 2000 г. — 1,195 рождений; 2005 г. — 1,287; 2010 г. — 1,567; 2012 г. — 1,70⁴.

В послании Президента Российской Федерации Д.А. Медведева Федеральному Собранию России от 30 ноября 2010 г. указывалось: «По сравнению с 2005 годом рождаемость в России увеличилась более чем на 21%... Младенческая смертность сократилась на четверть. В прошлом году, впервые за пятнадцать лет, нам удалось выйти на рост численности населения России. Во многом это, конечно, результат работы материнского капитала, национального проекта “Здоровье” и других мер социальной поддержки семей»⁵.

В телевизионном выступлении мэра г. Москвы С.С. Собянина от 27 декабря 2011 г. подчеркивалось, что за год в столице родились 120 тыс. младенцев, а естественный прирост населения увеличился на 12,5 тыс. человек, смертность сократилась на 20%. И это был лишь один из множества фактов, подтверждающих, что Россия начала выходить из глубокого демографического кризиса.

Улучшение ситуации происходило в основном за счет сокращения младенческой смертности: 2001 г. — 14,6‰, 2008 г. — 8,5‰. Следует отметить, что последний показатель был лишь немногим выше, чем в среднем по Европе. Данные статистики свидетельствовали о ежегодном понижении в России показателей младенческой смертности. На 1 тыс. родившихся живыми в возрасте до 1 года умерли в 2000 г. 15,3 детей; в 2009 г. — 8,1; в городах — соответственно 14,7 и 7,5; на селе — 16,8 и 9,7. В последующие два года уровень младенческой смертности продолжал сокращаться: на 1 тыс. родившихся живыми в 2010 г. приходилось 7,5 детей, умерших в возрасте до 1 года; в 2011 г. — 7,4.

Младенческая смертность среди мальчиков традиционно была выше, чем среди девочек, но и ее показатели сокращались. На 1 тыс. родившихся живыми в возрасте до 1 года умерли в 1995 г. 20,5 мальчиков; в 2000 г. — 17,3; 2005 г. — 12,5; 2009 г. — 9,1; 2011 г. — 8,3; девочек — соответственно 15,5; 13,2; 9,4; 7,1; 6,5⁶.

В первое десятилетие XXI в. ведущими классами причин смерти младенцев были отдельные состояния, возникающие в перина-

⁴ Российский статистический ежегодник, 2010. М., 2010. С. 95, 109; Демографический ежегодник России, 2009. М., 2009. С. 148, 157, 165; Российский статистический ежегодник, 2012. М., 2012. С. 93, 108.

⁵ Ежегодное Послание Президента РФ Федеральному Собранию, 30 ноября 2010 г. (URL: <http://kremlin.ru/transcripts/9637/work>; дата обращения: 26.07.2016).

⁶ Российский статистический ежегодник, 2009. М., 2009. С. 130; Российский статистический ежегодник, 2012. С. 110.

Таблица 19

Пособия семьям с детьми и иные меры демографической политики

Вид пособия или выплаты	Размер пособия			
	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
Пособие по беременности и родам	Не более чем из расчета 16 125 руб.	Не более чем из расчета 23 450 руб.	Не более чем из расчета 25 390 руб.	Не более чем из расчета 34 583 руб.
Единовременное пособие при рождении ребенка	8 000 руб.	8 680 руб. с 1.01.2008 г. 8 840,58 руб. с 1.07.2008 г.	9 592,03 руб. с 1.01.2009 г. 9 989,86 руб., с 1.04.2008 г.	10 988,85 руб. с 1.01.2010 г.
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медучреждениях в ранние сроки беременности (до 12 недель)	300 руб.	325,5 руб. с 1.01.2008 г. 331,52 руб. с 1.07.2008 г.	359,70 руб. 1.01.2009 г. 374,62 руб. с 1.04.2009 г.	412,08 руб. с 1.01.2010 г.
Ежемесячное пособие матерям по уходу за ребенком до достижения возраста полутора лет (или лицам их заменяющим)	—	—	—	—
Пособие неработающим матерям, родившим первого ребенка	1 500 руб.	1 627,5 руб. с 1.01.2008 г. 1 657,61 руб. с 1.07.2008 г.	1 798,5 руб. с 1.01.2009 г. 1 873,1 руб. 1.04.2009 г.	2 060,41 руб. с 1.01.2010 г.

Пособие неработающим матерям, родившим второго или следующего ребенка	3 000 руб.	3 255 руб. с 1.01.2008 г.	3 597 руб. с 1.01.2009 г.	4 120,82 руб. с 1.01.2010 г.
Пособие работающим матерям (40% зарплаты на момент ухода в отпуск по беременности и родам, но не менее, чем пособие неработающим, и не более максимума)	Максимум 6 000 руб.	Максимум 6 510 руб. с 1.01.2008 г.	Максимум 7 194 руб. с 1.01.2009 г.	Максимум 13 383,33 руб. с 1.01.2010 г.
Материнский (семейный) капитал	250 тыс. руб.	271 250 руб. с 1.01.2008 г.	29 9731,25 руб. с 1.01.2009 г.	34 3378,64 руб. с 1.01.2010 г.
Родовой сертификат	10 000 руб. (3+6+0,5+0,5)	11 000 руб. (3+6+1+1)	11 000 руб. (3+6+1+1)	11 000 руб. (3+6+1+1)

Составлено по: Демография и социально-экономические проблемы народонаселения: информ.-библиогр. бюл. лит., изд. в 2008—2009 гг. М., 2010. Вып. 11. С. 8—9.

тальном периоде, и врожденные аномалии. Фиксировалась также младенческая смертность от болезней органов дыхания, пищеварения, инфекционных и паразитарных (см. *таблицу 20*). Особо следует выделить «внешние» причины смерти, прежде всего, младенческий травматизм. В начале 2000-х гг. отечественные педиатры оказались всерьез обеспокоены этим явлением. Разумеется, свой печальный вклад в эту статистику внесли дорожно-транспортные происшествия, в которых страдали и совсем маленькие дети. Но основные травмы были связаны с путешествиями родителей вместе с младенцами в дальние страны с экзотическим климатом и рельефами. Во время таких вояжей дети чаще, чем в домашних условиях, оставались без надзора в отелях, на пляжах и т.д., пока их родители были заняты развлечениями и активным отдыхом. Иногда мамы и папы вовлекали в свой отдых и младенцев — походы с ребенком за спиной в рюкзаке, катание на байдарках вместе с малыми детьми и проч. Травматизм младенцев был связан и с поведением пьяных родителей. Кроме того, часто происходили случаи младенческого травматизма по причине неопытности или халатности акушерского персонала в роддомах (об этом довольно много писали в СМИ). Травмы младенцам наносили и неумелые родители. Проблема их обучения уходу за детьми даже не ставилась, а молодые мамы и папы — в прошлом часто единственные дети в семьях — не имели соответствующих опыта и наблюдений (см. *таблицу 20*).

Сокращение в России младенческой смертности от всех классов ее причин было связано с уменьшением уровня материнской смертности. На 1 тыс. родившихся живыми умерли от осложненных беременности, родов и послеродового периода: в 2000 г. — 39,7 женщин; в 2006 г. — 23,8⁷.

Снижался уровень смертности мальчиков и девочек в других возрастах: до 5, 5—9 и 10—14 лет (см. *таблицу 21*).

Понижение показателей младенческой смертности были обусловлены в те годы определенным улучшением медицинского обслуживания детей. Число педиатров в России заметно увеличилось (с 2000 г. в их составе учитывались детские хирурги, эндокринологи и онкологи), особенно при сравнении с 1990-ми. Однако не все еще проблемы оказались решены. В 2000 г. на 10 тыс. детей в возрастах 0—14 лет приходилось 28,2 педиатров; в 2006 г. их ко-

⁷ Демографический ежегодник России, 2007. М., 2007. С. 281.

**Младенческая смертность по основным классам причин смерти
(человек)**

Основные причины смерти младенцев	Умершие младенцы на 10 тыс. родившихся живыми						
	2000 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2011 г.
Умершие в возрасте до 1 года от всех причин	153,3	109,7	102,2	93,6	85,2	81,4	73,5
Из них:							
от некоторых инфекционных и паразитарных заболеваний	9,2	5,0	4,1	3,8	3,0	2,8	2,7
от болезней органов дыхания	16,5	8,3	7,8	6,9	6,1	5,4	4,5
от болезней органов пищеварения	0,9	0,7	0,7	0,6	0,4	0,5	0,5
от врожденных аномалий	35,5	26,9	24,5	22,7	20,6	20,3	18,0
от отдельных состояний, возникших в перинатальном периоде	67,7	49,1	47,3	42,9	39,3	36,7	34,9
от внешних причин	9,7	7,6	6,7	6,4	5,9	5,7	4,6

Составлено по: Российский статистический ежегодник, 2012. М., 2012. С. 111.

личество несколько увеличилось — 33,3; но в 2011 г. начало сокращаться — 31,1. Нестабильным оставалось и количество коек для больных детей: в 2000 г. на 10 тыс. маленьких пациентов было 86,6 коек; в 2006 г. — 92,0; 2009 г. — 86,1; 2011 г. — 80,4.

Улучшилась профилактика заболеваний детей и подростков. Доля осмотренных детей составляла: 2000 г. — 80,5% общего числа подлежащих периодическим осмотрам; 2002 г. — 90,5%; 2005 г. — 85,6%; 2007 г. — 85,0%; 2009 г. — 83,8%; 2011 г. — 83,0%; подростков — соответственно 94,5%; 96,3%; 95,9%; 95,9%; 95,4%; 97,0%. В то же время удельный вес профилактически осмотренных детей во второй половине 2000-х гг. понизился. В отношении подростков ситуация была более стабильной.

Расширился охват детей вакцинацией. Удельный вес вакцинированных новорожденных (30 дней) против туберкулеза в 2011 г. состав-

Таблица 21

Возрастные коэффициенты смертности (умершие на 1 тыс. чел. соответствующей возрастной группы), лет

Возраст	1980—1981	1990	1995	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Умершие мальчики															
0—4	6,5	4,4	4,6	4,4	4,4	4,1	3,9	3,6	3,3	3,0	2,9	2,6	2,5	2,3	2,3
5—9	0,8	0,7	0,7	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,3	0,4	0,4	0,3
10—14	0,7	0,6	0,7	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4
Умершие девочки															
0—4	4,9	3,3	3,5	3,3	3,2	3,1	3,0	2,7	2,5	2,3	2,2	2,1	2,0	1,9	1,7
5—9	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2
10—14	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2

Составлено по: Российский статистический ежегодник, 2012. М., 2012. С. 109.

лял 95,0% детей, состоявших на учете; против дифтерии (в возрасте 1 года) — соответственно 97,2%; коклюша (в возрасте 1 года) — 96,7%; полиомиелита (в возрасте 1 года) — 97,4%; кори (в возрасте 2 лет) — 98,1%; эпидемического паротита (в возрасте 2 лет) — 98,1%⁸.

Вместе с тем проведенные обследования выявили широкий спектр задач по подъему уровня здоровья детей в России. Медленно уменьшался удельный вес детей с нарушением осанки: 2005 г. — 8,9% осмотренных; 2007 г. — 7,5%; 2011 г. — 6,8%; с понижением остроты зрения — соответственно 6,4%; 6,1%; 6,1% и т.д.

В 2000—2011 гг. стало меньше детей, пораженных инфекционными и паразитарными болезнями: на 100 тыс. в 2000 г. было 10 288,5 больных; в 2008 г. — 9 121,7; в 2011 г. — 8 144,6, в 2013 г. — 7 841,5. Однако, как и в 1990-х, ведущими заболеваниями детей в возрасте 0—14 лет оставались болезни органов дыхания (на 100 тыс. в 2000 г. болели 87 805,6 человек; в 2008 г. — 107 038,9; в 2011 г. — 120 336,7; 2013 г. — 118 358,9). Высокий уровень (несмотря на некоторое понижение) заболеваемости болезнями органов дыхания в значительной мере был обусловлен ухудшением экологической обстановки, особенно в городах. Дети страдали от отравлений, поскольку понизилось качество пищи.

Росла детская заболеваемость злокачественными болезнями: на 100 тыс. детей в 2010 г. этим недугом было поражено 443,9; в 2011 г. — 460,2; 2013 г. — 477,4; 2014 г. — 479,4, причем заболевших мальчиков было, как правило, больше, чем девочек (здесь — с впервые установленным диагнозом).

Российские дети болели активным туберкулезом. Наиболее высокие показатели заболеваемости туберкулезом наблюдались в 2000—2001 гг., затем они ежегодно сокращались. Например, на 100 тыс. человек населения в возрасте 0—14 лет в 2005 г. отмечено 16,2 случая заболевания у мальчиков и 16,7 — у девочек, в 2010 г. — соответственно 14,8, и 15,4; 2013 г. — 13,7 и 14,8; 2014 г. — 12,6 и 13,9⁹. Вместе с тем увеличилось число детей, у которых впервые в жизни установили такой диагноз.

Удалось снизить заболеваемость детей и подростков венерическими болезнями. На 100 тыс. человек населения в 2000 г. с первично поставленным диагнозом «сифилис» были зарегистрированы 7,0 мальчиков; в 2010 г. — 2,4; 2014 г. — 1,0; девочек — со-

⁸ Российский статистический ежегодник, 2008. С. 264, 268, 269; Российский статистический ежегодник, 2012. С. 109—111, 270, 273—275.

⁹ Российский статистический ежегодник, 2015. М., 2015. С. 230.

ответственно 9,9; 2,7; 1,2; 1,4 мальчику в 2000 г. был поставлен диагноз «гонорея», в 2010 и 2013 гг. — по 0,2; девочкам — 7,2 (2000), 1,8 (2010), 1,5, (2011) и 1,2 (2013)¹⁰.

Обследования показали наличие среди подростков в возрастах 15—19 лет значительного числа ВИЧ-инфицированных: с 1 января 1987 г. по 31 декабря 2002 г. в возрастной группе 0—14 лет выявили 3 153 юношей, 2 750 девушек; 15—19 лет — соответственно 31 424 и 14 069. В составе больных детей и подростков численно преобладали юноши 15—19 лет. Фиксировались у детей и заболевания СПИД: на 1 марта 2003 г. — 192 ребенка.

Факторами распространения ВИЧ-инфекции среди подростков специалисты называют снижение возраста начала сексуальной жизни и увеличение сексуальной активности подростков, а также низкий уровень соответствующей культуры. Важно отметить, что подростки не получали необходимого просвещения ни в семьях, ни в учебных заведениях. По данным проведенных в Москве и Санкт-Петербурге исследований, 87% родителей никогда не говорили со своими детьми о сексе или делали это эпизодически; на подобные темы ни разу не общались с родителями 67% девочек и 77% мальчиков¹¹.

Росло число детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей (заражены во время беременности и родов): в 2002 г. их доля составила 5,5%. Частота передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в России до 2000 г. в среднем доходила до 19,3%.

Одним из основных путей распространения в России этого опасного заболевания является внутривенное употребление наркотиков. Согласно данным первого этапа мониторинга, проведенного в 2002 г. в рамках Федеральной целевой программы по борьбе с наркотической зависимостью, 4 млн потребителей наркотических средств — дети и молодежь 11—24 лет, из которых от 0,9 до 1,1 млн человек были наркозависимы¹².

Наркомания и токсикомания особенно распространились среди подростков 15—17 лет. В 2000 г. на 100 тыс. человек этой возрастной группы впервые в их жизни диагноз «наркомания» был поставлен 81,8 подросткам; в 2005 г. — 11,0; 2011 г. — 4,7; «токсикомания» — соответственно 16,4; 6,8; 13,3; 4,9.

¹⁰ Российский статистический ежегодник, 2012. С. 277, 279—281, 284—285; Российский статистический ежегодник, 2015. С. 231—232.

¹¹ Журавлева И. В. Указ. соч. С. 136.

¹² Денисов Б. П., Сакевич В. И. Указ. соч. С. 79, 80, 82.

По данным 1992—2002 гг., наркомания среди подростков возросла в 14,8 раза. Наибольшее число таких детей фиксировалось в 2000 г., в последующие годы оно сократилось. На 100 тыс. человек населения в возрасте 15—17 лет под медицинским наблюдением в 1990 г. находились 7,6 потребителей наркотических средств; в 2000 г. — 120,7; в 2005 г. — 21,1; в 2011 г. — 10,5. Важно отметить, что возраст «приобщения к наркотикам» снизился с 17—18 до 12—13 лет.

Во второй половине 2000-х гг. стало меньше подростков-токсикоманов 15—17 лет, состоявших на учете в медицинских учреждениях: на 100 тыс. человек населения соответствующего возраста в 1990 г. на учете находился 31,5 токсикоман; в 2000 г. — 46,4; 2005 г. — 61,4; 2011 г. — 31,7¹³.

Ранние «сексуальные дебюты», низкий уровень сексуальной культуры в подростковой среде, наряду с другими факторами, приводили к ранним беременностям и абортам. Среди женщин, прерывавших беременности, фиксировались подростки в возрасте до 15 лет. Однако таких случаев зафиксировано немного: на 1 тыс. женщин в данных возрастных группах в 1995 г. были сделаны 0,2 аборта; в 2000 г. — 0,1; 2001 г. — 0,2; 2007 г. — 0,1¹⁴.

Сексуальная активность подростков, распространение заболеваний, передающихся половым путем, ВИЧ-инфекции и СПИД, ранние аборты оказывали негативное влияние на репродуктивное здоровье подростков. В 1994—2004 гг. среди них специалисты отмечали 5—7-кратный рост болезней, распространяющихся половым путем. Однако изучение репродуктивного здоровья велось преимущественно с детьми и подростками женского пола. Вместе с тем данные выборочных обследований показали, что 40—60% бесплодных браков было связано с репродуктивным здоровьем мужчин (истоки этой проблемы нередко находятся в детском и подростковом возрастах)¹⁵. Причинами сложившейся ситуации стали не только издержки просвещения, но и недостаточное медицинское обслуживание детей.

Одним из факторов этого явления оказались сокращение объема и снижение качества бесплатных профилактических и лечебных медицинских услуг, а также широкое распространение платного медобслуживания, доступного лишь ограниченным категориям населения.

¹³ Щербакова Е.М. Указ. соч. С. 86; Российский статистический ежегодник, 2012. С. 282.

¹⁴ Российский статистический ежегодник, 2008. С. 268, 271, 274—276.

¹⁵ Журавлева И.В. Указ. соч. С. 133, 134.

Острой для России оставалась проблема детской инвалидности. По данным статистики Министерства труда и социального развития РФ, в конце 2002 г. в стране действовали 1 426 интернатов для детей с ограниченными возможностями здоровья: 188,6 тыс. умственно-отсталых, 20,0 тыс. с задержкой психического развития. Среди детей, признанных инвалидами в связи с психическими расстройствами, умственно отсталые составляли 70%. Однако лечение детей-инвалидов заметно осложнилось в те годы из-за высоких цен на медицинское, курортное, медикаментозное обслуживание и транспортные услуги¹⁶.

По статистическим данным, увеличилось число детей-инвалидов в возрасте до 16 лет (с 2000 г. — до 18 лет), получавших социальные пенсии: в 1980 г. на 10 тыс. детей — 16,5 человек; в 1990 г. — 38,6; 1995 г. — 119,3; 2000 г. — 201,7; 2005 г. — 202,1; 2009 г. — 197,0; 2011 г. — 211,3¹⁷.

Дети в возрасте 0—17 лет получали инвалидность в основном по заболеваниям нервной системы: в 2005 г. на 10 тыс. детей ими страдали 42,1 ребенка; в 2008 г. — 41,9; по болезням, связанным с психическими нарушениями и расстройствами поведения — соответственно 47,5 и 47,2; вследствие врожденных аномалий (пороков развития), деформаций и хромосомных нарушений — 36,8 и 36,8; по болезням костно-мышечной системы и соединительной ткани — 8,5 и 6,9; органов дыхания — 7,1 и 5,6; болезням эндокринной системы, расстройства питания, нарушения обмена веществ — 11,2 и 11,3 (в том числе при сахарном диабете — 7,2 и 7,5); при травмах, отравлениях и некоторых других воздействиях внешней среды — 4,6 и 3,4; при новообразованиях — 5,5 и 5,5 и др.

Сократилось число детей-инвалидов по вирусным инфекциям центральной нервной системы, болезням крови, нервной системы, органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной и мочеполовой систем, соединительной ткани, по отдельным состояниям, возникшим в перинатальном периоде, по врожденным аномалиям, деформациям и хромосомным нарушениям, из-за травм, отравлений и некоторых других воздействий внешней среды.

Вместе с тем в 2008 г., по сравнению с 2000 г., стало больше детей-инвалидов по таким заболеваниям, как туберкулез, ново-

¹⁶ Там же. С. 4, 19—20; *Нечаева А. М.* Проблема прочности семьи. С. 49—50.

¹⁷ *Здравоохранение в России, 2009. М., 2009. С. 154; Кулагина Е. В.* Занятость родителей в семьях с детьми-инвалидами // *Социологические исследования. 2004. № 1. С. 85; Российский статистический ежегодник, 2012. С. 286.*

образования, болезни эндокринной системы, нарушения обмена веществ (среди них сахарный диабет) и работы системы кровообращения, а также психические и поведенческие расстройства.

Дети-инвалиды нуждаются в особом внимании и заботе, специальном лечении и медицинском уходе. В 2000-х гг. решали проблемы, связанные с улучшением медицинского, бытового и транспортного обслуживания этих детей, с их обучением в обычных детских дошкольных и школьных учреждениях, организацией досуга, спортивных соревнований, творческих конкурсов и т.д.

Для детей-инвалидов открыли специальные развивающие центры детского творчества, спортивные клубы и проч. Такой центр, например, успешно действовал в Барвихе (поселок в Московской области). Однако на сегодняшний день многие центры (в стране их было очень мало) уже закрыты.

Тем не менее вопрос об улучшении обслуживания инвалидов поставлен, идет процесс становления и развития системы комплексной реабилитации и социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья. Пример тому — опыт Московского региона¹⁸.

В переписях российского населения 2002 и 2010 гг. отражены его возрастно-половая структура и положение в ней детей в возрасте 0—13 лет. В частности, согласно переписи 2002 г., их численность составила 21,3 млн (14,7% общей численности россиян), в городах — 14,4 млн (13,6% горожан), на селе — 6,8 млн (17,5% сельчан). В субъектах Российской Федерации наиболее высокий удельный вес детей этой возрастной группы был в Чеченской Республике — 30,5%; Республике Ингушетия — 32,0; Республике Дагестан — 26,34; в Ненецком автономном округе — 20,8%¹⁹.

Детское население России (0—13 лет) в 2010 г. составляло 20,3 млн (14,2% общей численности россиян), в городах — 14,2 млн (13,5% горожан), на селе — 6,1 млн (16,3% сельчан). Наиболее высокий удельный вес детей в этих возрастах отмечался в Чеченской Республике — 30,6% общей численности населения этого субъекта РФ); Республике Ингушетия — 28,0; Республике Дагестан — 23,5; в Ненецком автономном округе — 20,1%.

¹⁸ См. подробнее: *Степанова О.А., Исупов Р.Г.* Становление и развитие системы комплексной реабилитации и социализации лиц с ограниченными возможностями здоровья в Московском регионе // Мир глазами историка. М., 2014. С. 347—354.

¹⁹ Всероссийская перепись населения 2002 года. М., 2005. Т. 2. С. 85, 113, 116, 131; Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. М., 2012. Т. 2. С. 14—16, 84, 130, 133, 145.

В 2010 г. произошло заметное сокращение доли сельских детей в возрастах 0—13 лет (от общей численности сельчан), удельный вес детей по России в целом (особенно в городах) за межпереписной период понизился незначительно.

Произошли изменения в возрастно-половом составе детского населения. Наблюдалось увеличение в его составе удельного веса детей в возрасте 0—4 года (в 2002 г. — 4,4% общей численности населения; в 2010 г. — 5,6%) и доли детей в возрастах 5—9 лет (соответственно 4,8% и 5,0%). Аналогичное явление было характерно для городского населения страны: дети в возрастах 0—4 года в 2002 г. составляли 4,1% общей численности горожан; в 2010 г. — 5,3; 5—9 лет — соответственно 4,4% и 4,7%. В сельском населении, в отличие от городского, удельный вес детей в возрасте 5—9 лет в 2010 г. снизился, по сравнению с 2002 г. Переписи зафиксировали следующие изменения доли детей в общей численности сельского населения: 0—4 года в 2002 г. — 5,2%; в 2010 г. — 6,3%; 5—9 лет — соответственно 5,8% и 5,6%²⁰.

Рост числа младенческих групп и групп раннего детского возраста определялся увеличением уровня рождаемости уже в первые годы нового века, что свидетельствовало о развитии в стране, пережившей глубокий демографический кризис, процесса демографической компенсации.

Свидетельством тому стало снижение показателя младенческой смертности (до 1 года). На 1 тыс. родившихся живыми в 2000 г. умерли в возрасте до 1 года 15,3 младенцев; в 2002 г. — 13,3; 2005 г. — 11,0; 2008 г. — 8,5; 2010 г. — 7,5; 2011 г. — 7,4. По данным статистики, в 2006 г. на 1 тыс. родившихся живыми умерли в возрасте до 1 года 10,2 младенцев; в 2007 г. — 9,4; 2008 г. — 8,5; в городах — соответственно 9,4; 8,6; 7,9; на селе — 12,1; 11,2; 10,1.

Медленнее снижался уровень смертности в возрастных группах детей 1—4 года, 5—9 лет, 10—14 лет. На 1 тыс. человек населения России в 2006 г. в возрасте 1—4 года умерло 0,7 ребенка; в 2007 г. — 0,6; 2008 г. — 0,6; 5—9 лет — 0,4; 0,3; 0,3; 10—14 лет — 0,4; 0,4; 0,3; соответственно в городах: 1—4 года — 0,6; 0,5; 0,5; 5—9 лет — 0,3; 0,3; 0,3; 10—14 лет — 0,3; 0,4; 0,3; на селе: 1—4 года — 1,0; 0,9; 0,8; 5—9 лет — 0,5; 0,4; 0,4; 10—14 лет — 0,4; 0,5; 0,4²¹.

²⁰ Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. М., 2005. Т. 14. С. 45—47; Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. Т. 2. С. 14—16.

²¹ Демографический ежегодник России, 2009. С. 148, 189—190; Российский статистический ежегодник, 2003. М., 2003. С. 120; Российский статистический ежегодник, 2012. С. 110, 111.

В соотношении полов в детско-подростковых группах в первое десятилетие XXI в. не было биологических нарушений. В младенческих и детских возрастах девочек стало меньше мальчиков. Численная разница между детьми обоих полов в этих возрастах оставалась незначительной. Однако в 2010 г., по сравнению с 2002 г., наблюдалось сокращение числа девочек. В 2002 г. на 1 тыс. мальчиков в России было 956 девочек в возрастных группах 0—13 лет; в городах — 954; на селе — 958; в 2010 г. — соответственно 952; 952; 953. На более ранних этапах демографического развития количество мальчиков быстро сокращалось из-за их более высокой смертности, особенно в подростковом возрасте. Однако в общей численности населения, в связи со снижением как женской, так и мужской смертности, резкого снижения численности мужчин не произошло. Это явление наблюдалось и у большинства этносов России. Но в отличие от стран Западной Европы дисбаланс полов в пользу женщин проявился в России довольно рано — с 30—35 лет.

Девочек было меньше мальчиков во всех детских возрастных группах. В России на 1 тыс. мальчиков в возрастах 0—4 года в 2002 г. было 953 девочки; в 2010 г. — 951; 5—9 лет — соответственно 956 и 953; 10—14 лет — 959 и 953; в городах: 0—4 года — соответственно 951 и 950; 5—9 лет — 954 и 953; 10—14 лет — 960 и 953; на селе: 0—4 года — соответственно 957 и 954; 5—9 лет — 961 и 953; 10—14 лет — 956 и 952²². Приведенные данные указывают на сокращение числа девочек младенческих и детских возрастов. Уровень смертности младенцев-мальчиков был несколько выше, однако в целом показатели смертности детей сокращались²³.

Согласно данным переписей населения 2002 и 2010 гг., в России оказался высоким уровень так называемой демографической нагрузки. Значительное снижение рождаемости способствовало численному повышению в составе нетрудоспособного населения лиц старше трудоспособного возраста и уменьшению количества детей и подростков в возрастах 0—15 лет. В 2002 г. на 1 тыс. человек населения трудоспособного возраста в стране приходилось 631 лиц нетрудоспособного возраста (296 детей и подростков 0—15 лет, 335 лиц старше трудоспособного возраста); в городах — соответственно 581 (268, 313); на селе — 785 (383, 402).

²² Итоги Всероссийской переписи населения 2002 года. Т. 2. С. 15—17, 116; Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. Т. 2. С. 14—16, 133.

²³ Российский статистический ежегодник, 2012. С. 110.

Уровень демографической нагрузки на трудоспособное население в 2010 г., по сравнению с 2002 г., немного сократился как в России в целом, так и в сельской местности, но в городах увеличился. Однако в составе нетрудоспособного населения число детей и подростков в возрастах 0—15 лет уменьшилось, доля лиц старше трудоспособного возраста в стране и ее городах повысилась, на селе — понизилась. В 2010 г. на 1 тыс. населения трудоспособного возраста в России приходилось 623 лица нетрудоспособного возраста (263 ребенка и подростка 0—15 лет, 360 лиц старше трудоспособного возраста); в городах — 601 (245, 356); на селе — 690 (316, 374).

Высокий уровень демографической нагрузки в стране отразился на численном соотношении основных возрастных групп населения. В 2010 г. россияне, которые были моложе трудоспособного возраста (0—15 лет), составляли 16,2% общей численности населения, трудоспособные (мужчины 16—59 лет, женщины 16—54 лет) — 61,6%; старше трудоспособного возраста (мужчины 60 лет и старше, женщины 55 лет и старше) — 22,2%; в городах — соответственно 15,3%; 62,5%; 22,2%; на селе — 18,7%; 59,2%; 22,1%.

При расчетах демографической нагрузки используется чисто формальный признак, т.е. арифметическое сопоставление доли возрастных групп в возрастной пирамиде населения. При этом детско-подростковая группа 0—15 лет и лица пожилого возраста 55—70 лет считаются группами, создающими социальную нагрузку на работающее население, и не учитывается, что в новых условиях рыночной экономики дети рано включаются в производственную деятельность (работают и «подрабатывают» с 14 лет, а иногда и с более раннего возраста). Кроме того, лица пожилого возраста (в том числе пенсионеры) до 65—70 лет продолжают работать с полной нагрузкой, причем во всех производственных сферах. Поэтому делать вывод о том, что повышение рождаемости увеличивает социальную нагрузку и создает сложные социальные проблемы, неправомерно.

Зато увеличение так называемой нагрузки послужило поводом для дискуссии в СМИ и даже в выступлениях некоторых политиков и экспертов (вплоть до министра финансов) о целесообразности дальнейшего проведения политики поощрения рождаемости. В частности, было высказано предложение закрыть программу «Материнский капитал». К счастью, это предложение не нашло поддержки в правительстве Российской Федерации. Программа пролонгирована до 31 декабря 2018 г. К сожалению, в органах социального обеспечения получение этого капитала обставлено нередко

формальными трудностями, проволочками, в результате не всем матерям его дают или процесс выплаты неоправданно затягивается.

Между тем рождаемость, дав в начале 2016 г. небольшой спад, поднялась, несмотря на экономические трудности, вызванные антироссийскими санкциями США и Евросоюза. Недалековидным в этих условиях был бы отказ от выплат материнского капитала, поскольку в детородный возраст вступило малочисленное поколение, рожденное в середине 1990-х гг. По итогам первого полугодия 2016 г. суммарный коэффициент рождаемости, по информации Минтруда, достиг в России 1,8²⁴. Необходимо поддерживать его дальнейший рост для преодоления последствий демографической ямы 1990-х гг.

Ценность детей в российских семьях растет. Каждая семья заинтересована в наследниках своей собственности, в сохранении не только материальных ценностей, но духовных и семейных традиций. Возросла и значимость ребенка в обществе в целом, поскольку необходимо решить проблему, важнейшую для страны — обеспечение ее демографической безопасности.

Напомним, что в настоящее время в России усилена правовая защита ребенка. 1 марта 1996 г. вступил в силу новый Семейный кодекс Российской Федерации²⁵, в котором были определены основные направления государственной семейной политики, включены статьи о правах несовершеннолетних детей и обязанностях по отношению к ним.

Россияне, как это уже говорилось выше, должны заботиться о благосостоянии и развитии своих детей, а их несовершеннолетние чада — иметь право жить и воспитываться в семьях, проживать вместе со своими родителями. Родители со всей полнотой ответственности призваны обеспечивать содержание детей, их воспитание, физическое, психическое и нравственное развитие.

Уточнялись права детей на имя, отчество и фамилию в случае, если: а) они рождены в зарегистрированном браке; б) незарегистрированном браке, но с установленным отцом. Если отец не установлен, то имя и фамилию дает мать, отчество — по имени лица, записанного со слов матери в качестве отца.

Дети, родившиеся вне зарегистрированного брака, обладают теми же правами и обязанностями, что и дети, родившиеся у лиц, чей брак является законным.

²⁴ Новости (URL: <https://russian.rt.com/article/323860-mintrud-v-rossii-uvlichilsya-koefficient-rozhdaemosti->; дата обращения: 10.08.2016).

²⁵ Собрание кодексов Российской Федерации. Ст. 31, 34, 35, 39, 42, 54—60.

Важную роль в разрешении семейных конфликтов сыграло положение кодекса, которое гласит, что ребенок имеет право знать своих родителей, что особо значимо для усыновленного или взятого под опеку ребенка. Также дети имеют право на общение со всеми своими родственниками (отцом, матерью, бабушкой и дедушкой, братьями и сестрами) даже в случае развода родителей.

В 2000-е гг. вошла в практику статья, касающаяся права собственности несовершеннолетних детей на имущество, полученное ими в дар или в наследование либо приобретенное на их собственные средства. Ребенок имеет право на имущество своих родителей, но те не могут претендовать на принадлежащее ему.

Также провозглашались права ребенка на уважение его человеческого достоинства и соблюдение его интересов, на выражение собственного мнения в семье при решении любого важного для него вопроса. Он мог быть заслушан при административном разбирательстве в суде, а по достижении им 10-летнего возраста учет его мнения обязательно.

Государство защищает детей в случае насилия над ним со стороны родителей и родственников — эту функцию выполняют органы попечительства, суд и прокуратура. Так, в 2008 г. в целях защиты прав ребенка была принята глава 22 семейного законодательства, предусматривающая изъятие детей из семей, находящихся в трудных жизненных условиях (или детей, оказавшихся без попечения родителей), и помещение их в специальные учреждения с целью устройства в новые семьи. В 2009 г. был сделан шаг по созданию системы ювенальных судов — введены должности уполномоченных по правам ребенка при Президенте РФ и губернаторах субъектов РФ. Пока в стране еще не созданы ювенальные суды — по поводу их необходимости в СМИ и на общественных площадках ведутся жаркие дискуссии. Высказывается мнение, что система ювенальной юстиции может оказать негативное влияние на сложившиеся в России семейные ценности и традиции.

3 июля 2016 г. в целях защиты детей от насилия в семьях в Уголовный кодекс РФ была внесена ст. 116 «Побои»²⁶. В ней предусматривается наказание за нанесение побоев или иные насильственные действия, причинившие ребенку физическую боль (даже в том случае, если она не имеет последствий для здоровья),

²⁶ Уголовный Кодекс Российской Федерации: (в ред. Федерального закона от 03.07.2016 N 323-ФЗ). Ст. 116: Побои. (URL: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_10699/6dba187564f6295ba160042bed507b2a62939c22/; дата обращения: 16.08.2016).

для его прямых родственников, попечителей, опекунов и др. Виновных «ждут» либо штрафы или исправительные работы, либо лишение свободы от 6 месяцев до 2 лет.

По данным переписей 2002 и 2010 гг., российские дети в большинстве случаев проживали в частных домохозяйствах в городах (98,3%) и сельской местности (98,7%); бездомные были зафиксированы в городах и составили 0,1%.

В частных домохозяйствах (состояли в среднем из двух-трех человек) в большинстве случаев проживали дети в возрасте до 18 лет: в 2002 г. их удельный вес составил 51,7% общего числа; в 2010 г. — 65,5%. Таким образом, за межпереписной период доля домохозяйств в составе двух и более человек с детьми в возрасте до 18 лет в целом по России повысилась, а в ее городах и на селе понизилась. Однако на селе в частных домохозяйствах проживало больше людей. Если в 2002 г. и в 2010 г. размер среднего частного домохозяйства в масштабах страны составлял по 3,8 человека; в городах — соответственно по 3,7; на селе — 4,1 и 4,2.

В 2002 г. средняя российская семья с одним ребенком состояла из 3,4 человек, в 2010 г. — из 3,4; с двумя детьми — из 4,3 и 4,4; с тремя и более — из 6,1 и 6,1; в городах — соответственно из 3,3 и 3,3; 4,3 и 4,3; 6,0 и 6,0; на селе — из 3,5 и 3,6; 4,4 и 4,5; 6,2 и 6,3, т.е. средний размер частных домохозяйств из двух и более человек с детьми за рассматриваемый период немного повысился в сельской местности, а в городах и стране в целом не изменился.

Дети в основном проживали в полных простых и расширенных семьях, реже в неполных, особенно это касалось матерей-одиночек. Домохозяйства, состоявшие из одной супружеской пары с детьми, доминировали, их доля от всех зафиксированных переписью 2010 г. домохозяйств составляла 66,0% (в 2002 г. — 68,5%). Удельный вес неполных семей оставался низким. Однако доля домохозяйств, состоящих из матерей-одиночек (в 2002 г. и в 2010 г. по 13,8%), была значительно выше, чем тех, где проживали отцы-одиночки (соответственно — 1,5% и 1,7%).

Сложных полных семей насчитывалось немного. Домохозяйства, состоящие из двух супружеских пар, родственников и не родственников, составляли в 2002 и 2010 гг. по 3,2%; из трех и более супружеских пар, родственников и не родственников — соответственно по 0,1%.

44% всех домохозяйств имели детей в возрасте до 18 лет; по данным переписи населения 2010 г., в каждом из них в основном был

один ребенок. Удельный вес таких семей увеличился: если в 2002 г. их было 65,2%, то в 2010 г. — 65,5%; доля домохозяйств с двумя детьми сократилась — соответственно 28,2% и 27,5%; с тремя и более детьми увеличилась — 6,6% и 7,0%; однако в городах отмечалось сокращение доли домохозяйств с одним ребенком — 70,0% и 69,4%; удельный вес домохозяйств с двумя детьми практически не изменился (25,8% и 25,8%), с тремя — увеличился (4,2% и 4,8%).

На селе, наоборот, повышалась доля домохозяйств с одним ребенком — соответственно 52,2% и 54,5%, но снижалась с двумя детьми — 34,7% и 32,4%, с тремя — положение не изменилось (13,1% и 13,1%). Малодетность была обусловлена, прежде всего, низкими показателями рождаемости. Женщины в возрасте 15 лет и старше, проживавшие в частных домохозяйствах, в основном рожали одного-двух детей²⁷. Таким образом, российская семья оставалась малочисленной и малодетной, при этом бездетные семьи не получили значительного распространения. Ориентация на второго ребенка в семьях была довольно высока (а в последнее время они все чаще планируют рождение третьего).

Завершился переход к малой нуклеарной семье. Следует отметить, что в России продолжает сохраняться значительное число переходных к этому типу семей — в них, кроме родительской пары и детей, еще не вступивших в брак, живет один из родителей мужа или жены. И все большее распространение получают полинуклеарные семьи с дислокальным расселением (родители и обзаведшиеся своими семьями дети живут отдельно, но при этом сохраняют тесные семейные связи), для которых характерны частое общение представителей разных поколений, взаимопомощь и взаимовыручка. Такие семьи, в сравнении с чисто нуклеарными, имеют высокую экономическую конкурентоспособность, благоприятный психологический климат и большие возможности жизненной реализации для всех своих членов.

Безусловно, в Российской Федерации остаются нерешенными еще многие демографические проблемы. Однако в стране, вышедшей из состояния демографического кризиса, прекратилась депопуляция. Более того, достигнут средний по мировым стандартам коэффициент суммарной рождаемости, присущий многим западноевропейским государствам. Правда, он не способствует

²⁷ Итоги Всероссийской переписи населения 2010 года. М., 2013. Т. 6. С. 12—24; Социально-демографический портрет России ... С. 32, 46.

пока полному замещению поколений, но ценностная ориентация на второго и третьего ребенка в российских семьях не утрачена и поощряется государством. Наша страна, как и другие европейские государства, вступила в стадию второго демографического перехода к новейшему способу воспроизводства населения. Он предполагает полное планирование семьи, использование развивающихся в наш инновационный век вспомогательных репродуктивных технологий, медицинских достижений, позволяющих обеспечивать диагностику и лечение плода во внутриутробном состоянии и т.д.

В целях улучшения медицинского обслуживания в стране создается сеть детских лечебных учреждений, которые одновременно являются научными центрами, доступными для населения. Они оснащены современным оборудованием, а их штаты укомплектованы специалистами высокой квалификации. Строительство перинатальных центров в рамках федерального проекта началось в России в 2014 г. До конца 2016 г. они должны появиться в 32-х ее регионах. Например, в г. Челябинске открыты перинатальный центр, оснащенный новейшим оборудованием, и реабилитационный («Вдохновение») — для недоношенных грудничков и детей с задержкой в развитии. Последний имеет филиалы в городах Челябинской области, в том числе в Магнитогорске. В течение 28-дневного курса лечения малыши с недовесом практически полностью приходят в норму. Восстановление нервной системы производится с помощью магнитно-терапевтической камеры. В центре осуществляется визуально-психологическая реабилитация детей; для лечения патологии костно-мышечной системы используется кровать с «псевдокипящим слоем». Однако по-прежнему острой остается проблема, связанная с дороговизной лекарственных препаратов.

Кроме того, в целях развития и образования детей требуется решить самый «наболевший» вопрос — по расширению инфраструктуры детских садов и яслей. Количество их недостаточно, в детские сады выстраиваются многолетние очереди, а система частных детских садов по стоимости недоступна большей части населения. Важнейшим шагом на пути изменения данной ситуации является создание кластеров — системы ясли — детский сад — школа, где ребенок получал бы и воспитание, и навыки общения, и объем необходимых знаний. Разумеется, было бы целесообразно расширить пакет помощи детям и создать его в том же объеме, в каком он су-

ществует во Франции и Швеции. Надо подумать и о том, оправдано ли было решение снять с дотации производство и продажу детских товаров, игрушек и особенно развивающих игр.

На современном этапе развития Российской Федерации приоритетными для нее становятся дальнейшая разработка научно обоснованной демографической и семейной политики, направленной на поощрение рождаемости и борьбу со смертностью населения, а также забота об укреплении здоровья детей.

Заключение

Несмотря на все катаклизмы и кризисы, которые пережила Россия, ее население сохранило высокие ценностные установки на детность. Ценность детей у россиян высока и сегодня. В обществе сохраняется престиж семьи с детьми.

Традиции российской семьи с ориентацией на детность имеют глубокие исторические корни. В конце XIX — начале XX в. Россия вступила в Первый демографический переход — от традиционного к современному типу воспроизводства населения. Сокращалась младенческая смертность, наметился постепенный спад рождаемости, шел процесс разрушения традиционной патриархальной семьи. Однако показатели рождаемости были еще очень высокими, в среднем 50‰ и выше, а многодетные семьи продолжали преобладать, особенно в деревне. Ограничение рождаемости начали практиковать лишь некоторые группы населения — интеллигенция, городское чиновничество, служилое дворянство.

Детская заболеваемость оставалась высокой, преобладали инфекционные и паразитарные болезни (холера, тиф, скарлатина, корь и т.д.). Складывалась система земской медицины, которая уделяла большое внимание здоровью детей. Для сирот и бездомных появились дома призрения и приюты, содержавшиеся в основном на благотворительные средства.

Россия в XX в. пережила несколько тяжелейших демографических кризисов, связанных с революционными событиями и кровопролитными войнами. В такие периоды резко падала рождаемость, вследствие эпидемий повышалась детская смертность. В результате образовывались «демографические ямы», т.е. происходило сокращение удельного веса детей (особенно 0—4 лет) в возрастном-половом составе населения. Это проявление демографического кризиса имело место в годы Первой мировой и Гражданской войн, в голодные 1921 и 1932—1933 гг., во время Великой Отечественной войны, а также перехода к рыночной экономике в 1990-х. Кризисы и депопуляционные процессы были причиной активизации демографической политики, которая позволяла поднять рождаемость, укрепить здоровье детей и тем самым нормализовать воспроизводство

населения. Страна не имела возможности в короткие сроки обеспечить население полноценным питанием, жильем, топливом и т.д. Всякий раз государство стремилось в первую очередь улучшить медицинское обслуживание детей. Укрепление детского здоровья и борьба с заболеваемостью позволили преодолеть эпидемии. Охрана материнства и детства была объявлена важнейшим государственным делом.

На рубеже 1970-х гг. в России у большинства населявших ее этносов завершился Первый демографический переход к современному типу воспроизводства населения — к малой малодетной семье. Быстро утверждалась западноевропейская модель репродуктивного поведения. Эта стадия демографического развития чревата опасностью утраты традиционных семейных ценностей, главным образом, высокой ценности ребенка. Вместо нее на первый план нередко выдвигались самореализация родителей, их карьерные устремления, достижение ими материального благополучия и проч. Все большее распространение получали семьи с одним ребенком, а также бездетные. Семейному воспитанию и семейным традициям уделялось недостаточное внимание. Родители часто сводили воспитательный процесс ребенка к удовлетворению его прихотей материального порядка, как бы «откупались» от него.

В тот период страна нуждалась в осуществлении демографической и семейной политики, однако какие-либо ее целостные концепции разработаны не были. Меры, предпринимавшиеся правительством, походили на кампании и являлись прагматическими и спонтанными. Вместе с тем создавалась широкая сеть дошкольных и школьных учреждений, которые содержались на средства государства и обеспечивались квалифицированным персоналом. В них обучали детей и прививали им нормы социального поведения. Положительным моментом стала организация детского отдыха на дачах при детских садах, в пионерских лагерях и санаториях, которые содержало государство (в том числе различные ведомства). Важной составляющей социо-демографической политики было развитие творческих способностей ребенка через систему кружков, студий, домов детского творчества и т.д.

В застойный период 1980-х гг. работа этих учреждений ухудшилась, как и медицинское обслуживание детей, появилась практика их неоправданно жестокого наказания в детских садах и школах, что отрицательно влияло на детскую психику. Росла заболеваемость детей, участились случаи их травматизма.

В те годы прагматическая политика государства, реализованная в мерах поощрения рождаемости, привела к ее короткому всплеску, а затем и к дефициту детских учреждений и поликлиник. Тем не менее в советский период, несмотря на наличие серьезных проблем в стране и недостатки при осуществлении демографической и особенно семейной политики, ценность ребенка в обществе и семье оставалась высокой.

В 1990-х гг. в Российской Федерации почти разрушили инфраструктуру детских учреждений, многие из них были «перепрофилированы под офисы». В стране создавались частные детские сады с высокой оплатой — недоступные для основной массы населения.

В связи с возникшими в стране экономическими трудностями, дестабилизацией социально-политической обстановки и в условиях прекращения осуществления государством пронаталистской политики упал престиж семьи с детьми. Пакет «детской помощи» оскудел. Кризисное состояние экономики, безработица, обнищание многих семей и удорожание медицинского обслуживания негативно повлияли на ценностные установки населения на детность. Возросло число бездетных семейных пар (почти каждая пятая в стране), преобладали семьи с одним ребенком. Резкое снижение рождаемости на фоне повышения смертности, в том числе младенческой, привело к развитию в Российской Федерации депопуляционных процессов.

Вследствие потерь российского мужского населения в войнах и катаклизмах широкое распространение получили неполные семьи, чаще всего материнские. Это накладывало отпечаток на воспитание и формирование характера каждого ребенка, проживавшего в такой семье. С одной стороны, он рано взрослел, иногда становясь опорой семьи, с другой — страдал от «издержек» безотцовщины.

В 1990-х чаще всего российский ребенок воспитывался в малой ядерной (или переходной к ней) семье, в которой помимо него были только его родители или кто-то из самых близких родственников (бабушки, дедушки). В связи с материальными трудностями в некоторых семьях появились явления крайне негативные: жестокость по отношению к детям, игнорирование их интересов, отказы от родившихся детей. Увеличилось количество неблагополучных семей, где ребенок был лишним ртом, подвергался насилию. Участилась практика лишения родительских прав. Появилось «социальное сиротство», когда при живых родителях ребенок оказывался в одиночестве. В настоящее время распространена тенден-

ция определения таких детей в благополучные семьи через детские дома и опекунские советы.

Российская демографическая политика 1990-х гг. сводилась к разработке и принятию государством ряда соответствующих нормативных актов. Так, вступивший в силу в 1996 г. Семейный кодекс Российской Федерации, утверждал престиж семьи и гарантировал права личности ребенка. Такой документ появился в нашей стране впервые, однако лишь в новом столетии власть приступила к практическому осуществлению действенной семейной политики и защите прав детей. Был поднят престиж многодетной семьи, обозначена ценность ребенка в семье и обществе, наконец, разработана и введена в практику «Концепция демографического развития страны до 2025 г.». Эта концепция утверждает семейную политику в качестве приоритетного направления государственной деятельности, которое обеспечивает демографическую безопасность России как важнейшую составляющую национальной.

В соответствии с этой концепцией были предложены новые проекты, осуществлены программа «Дети России» и подпрограммы «Здоровое поколение», «Дети и семья». Начала восстанавливаться инфраструктура детских учреждений. Сегодня создаются кластеры, соединяющие ясли, детский сад и школу в единую систему, обеспеченную высококвалифицированными специалистами и новейшим оборудованием. Уделяется большое внимание медицинскому обслуживанию младенцев и детей. Наступил новый этап в деле охраны детского здоровья — идет борьба с перинатальной заболеваемостью и смертностью.

В настоящее время еще не решены все проблемы, связанные с детством и его охраной, но важно, что в этом направлении правительством предпринимаются решительные шаги. Российское население, не утратившее способности к самовоспроизводству и желая иметь потомство, активно поддерживает осуществляемые властью меры («материнский капитал», родовой сертификат и проч.).

Благодаря достижениям современной медицины в стране предоставляется возможность иметь детей практически каждой семье. Данное обстоятельство должно поднять на новую высоту (в научном и практическом плане) решение проблемы подготовки родителей к воспитанию детей. Поможет в этом система специальных программ в учебных заведениях, рассчитанная на формирование у родителей четкого представления об ответственности перед ребенком, о соблюдении его прав, формировании у него чувства соб-

ственного достоинства и осознания необходимости исполнения обязанностей по отношению к тем, кто его вырастил и воспитал.

3 июля 2016 г. в России был принят закон «О внесении изменений в Уголовный кодекс Российской Федерации и Уголовно-процессуальный кодекс Российской Федерации по вопросам совершенствования оснований и порядка освобождения от уголовной ответственности». Статья 116 УК РФ обеспечивает юридическую охрану интересов ребенка — теперь их защищают суд и прокуратура.

Сегодня российское население вступает в новейший тип воспроизводства, который формируется на наших глазах. Больше, чем современный тип воспроизводства, он нуждается в развитой и эффективной пронаталистской и семейной политике. Основная задача — сохранить традиционные ценности: прочность семьи и брака, установку на детность, высокий престиж семьи с детьми, особую ценность ребенка. При этом необходимо сочетать позитивные традиции с новыми явлениями в семейной жизни. Для возникающих в ней отношений должны стать нормой взаимное уважение интересов всех членов семьи, включая малолетних детей, и восприятие даже маленького ребенка как личности, индивидуальности. Только при сочетании этих принципов может быть достигнуто внутрисемейное согласие — залог прочной семьи и счастливого детства.

Указатель имен

А

Абрикосова А.А. 58
Абылхожин Ж.Б. 62
Акопян А.С. 12, 157, 162, 163, 176
Александрова Г.И. 106
Алексеев А.Н. 62
Андреев Е.М. 62, 77
Аникина Р.В. 14
Антонов А.И. 12, 29, 38, 157, 158
Антонова Г.П. 14, 134
Антонова Е.П. 13
Араловец Н.А. 12, 17, 84, 102, 158, 166, 190
Архангельский В.Н. 11

Б

Батырбаева Ш. 62
Бах А.Н. 57
Белова В.А. 129, 130
Белогай К.Н. 12, 170
Бердяев Н.А. 19
Бечаснов П.А. 27
Бобылева И.А. 12, 184
Богачева А.А. 12, 170
Богомольский М.А. 12, 140
Борисов В.А. 12, 182
Бродицкая Ю. 77
Будина О.Р. 46
Бурденко Н.Н. 57
Бурилин А. 34, 35

В

Вагабов М.В. 26
Верещагина Н.Н. 39
Виноградов Н.А. 11, 88—90, 92—94
Вишневский А.Г. 10
Вольфсон С.Я. 49

Г

Гаврилова И.Н. 51, 54, 56, 57
Георгиевский А.С. 88, 89, 93
Герман Р.В. 104
Гирнис В. 24
Гладких П.Ф. 11, 91, 94, 104
Голод С.И. 21, 22, 26, 126, 131, 145
Гончаров Ю.М. 22

Городецкий А.П. 12, 160, 161
Горький М. 61
Громашевский Л.В. 95
Гусак В.А. 104

Д

Давидович М. 37
Данилов Ф.А. 34
Дарский Л.Е. 62, 77, 129, 130
Дарский-Толчинский Л.Е., см. Дарский Л.Е.
Денисов А.П. 145
Денисов Б.П. 13, 198
Дзержинский Ф.Э. 59, 61
Диканский М.Г. 31
Достоевский Ф.М. 59
Дриль Д.А. 31
Дробижев В.З. 51

Е

Елизаров В.В. 12, 190
Емелин А.С. 103
Емельянов К.Л. 101

Ж

Жиромская В.Б. 11, 12, 50, 62, 70, 77, 78, 80, 84, 120—122, 151, 154
Журавлева И.В. 12, 198, 199

З

Заводилкина О.В. 186
Заика Е.В. 171
Заикина Г.А. 145
Захаров С.В. 11
Зверев В.А. 22, 23, 30
Зезина М.Р. 13, 105—107, 109
Земсков В.Н. 70
Зидер Р. 127
Змеев Л.Ф. 52
Золотарев В.А. 27
Зуськова О.Э. 127, 131
Зыков О.В. 171

И

Иванов Н.Г. 88, 89, 93
Иванова А.Е. 11

Иванова Н.П. 186
Ивницкий Н.А. 62
Искольдский Н.В. 14, 132
Исупов Р.Г. 201

К

Кабо Е.О. 30, 35
Кабо Р. 36
Кавашкина О.Д. 12, 26
Калина О.Г. 12, 170
Каминский Л.С. 13, 29, 38, 44
Кваша А.Я. 12
Кедров П. 31
Кириллова Д.А. 65
Кирьянов Ю.И. 33, 37
Киселев И.Н. 70
Клёцин А.А. 131, 145
Козлов В.С. 79
Козыбаев М.К. 62
Кокшайский Н.Н. 33
Коллонтай А.М. 19
Кон И.С. 45, 126
Корнилов Г.Е. 11, 70
Королева М.В. 23, 26
Крейдун Н.П. 171
Крупянская В.В. 21, 22, 23, 25, 46, 49
Кузнецов В.Н. 11
Кузьмин А.И. 49, 70, 127, 137
Кулагина Е.В. 13, 200
Кульчицкий С.В. 62
Кучмаев М.Г. 12, 172, 173

Л

Лаврова И.А. 11, 70
Лагутина А.Е. 13, 186
Ласс Д.И. 47, 48
Ленин В.И. 19, 60
Лобастов О.С. 88, 89, 93
Лопушанский В.Г. 145
Любарт М.К. 27

М

Мазурин Н. 38
Макаренко А.С. 61
Масальская Д.В. 13
Мацковский М.С. 145
Мечников И.И. 55
Милоков П.Н. 24
Митрикас А. 14
Мишиев В.Г. 12, 157, 162, 163, 176
Мокеров И.П. 70, 127, 137
Молчанов В.И. 57

Морозов М.М. 57
Морозова О. 13
Москаленко В.Д. 13, 171

Н

Нечаева А.М. 132, 133, 144, 146, 180, 200
Новосельский С.А. 13, 26, 29, 38, 44, 51

О

Ольга Николаевна, великая княжна 39
Осипов Г.В. 11, 12
Осипов Е.А. 52

П

Паевский В.В. 13, 48
Панина 24
Петров Б.Д. 53
Пирогов Н.И. 52
Полищук Н.С. 21—23, 25, 46
Поляков Ю.А. 50, 70, 84
Поплавский И.А. 31
Попов В.А. 14
Прокопович С.Н. 37

Р

Рашин А.Г. 28, 49
Резников С.Г. 145
Реутов Е.В. 13
Римашевская Н.М. 11
Розанов В.В. 19
Розин М.В. 14, 134, 170
Романова П.В. 13
Россолимо Г.И. 57
Рыбаковский Л.Л. 11
Рыбальченко Л.В. 33
Рябова Т.С. 104
Рязанцев С.В. 11, 12

С

Сабитова Г.В. 11, 12, 183
Садвокасова Е.А. 20, 47
Сакевич В.И. 13, 198
Сальникова А.А. 11, 40, 165
Святловский В.В. 31
Семашко Н.А. 7, 57
Синельников А.Б. 182
Синица А.Л. 23, 26
Сифман Р.И. 11, 46
Смирнова Е.О. 13, 186
Смирнова Т.М. 12
Собянин С.С. 191

Соколова Е.Т. 14, 133
Солодовников В.В. 32, 145
Сорокин С.А. 12, 157, 158
Сперанский Г.Н. 54
Степанова Н.М. 14
Степанова О.А. 201
Страшун И.Д. 24, 33, 53
Суворин А. 32
Суханова Л.П. 151, 177

Т

Татимов М.Б. 62
Тихвинский Л.В. 151

У

Уиппл Дж.Ч. 13, 44, 51
Уразаева Ф.Х. 175

Ф

Федоров Н.Ф. 19
Фотеева Е.В. 128

Х

Харчев А.Г. 101
Харченко В.И. 12, 157, 162, 163, 176
Харькова Т.Л. 62, 77
Хотимский В. 66, 68
Хрусталева Н.В. 14, 134

Ч

Чеснова И.Г. 14, 133

Ш

Шевченко Ю.Л. 92

Щ

Щербакова Е.М. 13, 199

Ю

Юхнева Н.В. 46

Я

Яковлева Г.В. 27
Янкова З.А. 117, 130
Яровинский М.Я. 52, 55, 89, 92, 94
Ярская-Смирнова Г.Р. 13
Ячина А.С. 171

А

Adametz S. 50

В

Blum A. 50

Z

Zakharov S. 50

Указатель географических названий

- А**
Адыгея 139
Алтай 81
Алтайский край 81
Америка см. США
Амурская область 182
Англия см. Великобритания
Архангельск, город 174, 176
Астраханская область 80, 81
Ашхабад, город 34
- Б**
Баку, город 35, 37
Барвиха 201
Барнаул, город 68
Батуми, город 37
Башкирия 80, 81
Белоруссия 57, 129
Бельгия 79
Берлин, город 30, 32
Богородский уезд 35
Бостон, город 35
Брянск, город 169
Брянская область 80, 81
Бухарское ханство 21
- В**
Великий Устюг, город 44
Великобритания (Англия) 7, 68, 87, 154, 162, 172
Вена, город 32
Верный, город 34
Владикавказ, город 34, 37, 140
Владимир, город 37, 169
Владимирская губерния 50
Владимирская область 82, 83, 107
Волга, река 102
— Нижняя Волга 80
— Средняя Волга 86
Волгоградская область 182
Вологда, город 38
Вологодская губерния 50
Вологодская область 80, 82, 83, 93, 139
Вольск, город 44
Воронеж, город 145
Воронежская область 80—83
- Воскресенск, город 109
Вятская губерния 24
- Г**
Германия 7, 68
— Западная Германия 127
Голландия 7
Горно-Алтайский автономный округ 123
Горьковская область 69, 80, 82
- Д**
Дагестан 81, 122
Дальний Восток 81—83, 120—122, 157, 161
Двинск, город 37
Дрезден, город 54
- Е**
Еврейская автономная область 123, 186
Европа 20, 29, 30, 68, 87, 138, 154, 191
— Западная Европа 35, 79, 119, 126, 203
— Центральная Европа 79
Екатеринбург, город 10
Екатеринослав, город 37
Енисейская губерния 30
- З**
Закавказье 34, 57, 94, 129
Западно-Сибирский край 68
Засан, город 34
Златоуст, город 127
- И**
Ивановская область 69, 80—83, 158
Ижевск, город 174, 176
Ингушетия 156
Иркутская область 81
Италия 68
- К**
Кавказ 28, 34, 52
— Передний Кавказ 34
— Северный Кавказ 21, 22, 63, 67, 120, 121
Казань, город 37, 50, 52, 68, 97

Казанская губерния 22
Казахстан 62, 63, 69
Калининская область 69, 81, 82, 107
Калмыцкая Автономная Советская
Социалистическая Республика (АССР)
123, 124

Калуга, город 37, 50
Калужская область 83
Камышин, город 37
Кемерово, город 68, 140
Кемеровская область 81, 83, 182
Киев, город 32, 70
Киргизия 62, 69
Кировская область 80, 82
Китайская Народная Республика
(КНР) 164
Клин, город 34
КНР см. Китайская Народная Респу-
блика

Копино, город 37
Коми Автономная Советская Социали-
стическая Республика (АССР) 83, 123
Коми-Пермяцкий автономный округ 123
Кострома, город 35, 58
Костромская область 80, 82
Краснодарский край 81, 82, 122, 182
Красноярский край 80
Крым 93
Куйбышев, город 68
Куйбышевская область 82, 83
Курганская область 182
Курская область 82
Кутаисская губерния 22

Л
Ленинград см. Санкт-Петербург
Ленинградская область 69, 82
Лондон, город 32
Львов, город 128

М
Магнитогорск, город 127, 209
Марийская Автономная Советская
Социалистическая Республика (АССР)
122
Минск, город 70
Моршанск, город 38
Москва, город 9, 21, 22, 26, 29—35, 37—
39, 43, 46, 47, 51, 52, 54, 55, 58, 61, 69,
70, 77, 85, 89, 91, 92, 97, 107, 123, 127,
128, 131, 139, 145, 157, 159, 162, 163,
169, 172, 174, 175, 176, 183, 191, 198

Московская губерния 35
Московская область 69, 82, 83, 109, 201
Московский регион 201
Мурманская область 82

Н
Ненецкий автономный округ 123, 139,
201
Нидерланды 79
Нижегородская губерния 24, 47
Нижний Новгород, город 171
Нижний Тагил, город 21, 22, 46
Новгород, город 34
Новгородская область 82
Новокузнецк, город 140
Новосибирск, город 10, 68
Новосибирская область 83

О
Олонекская губерния 24
Омская область 83
Оренбург, город 33, 68
Орловская губерния 50

П
Павловск, город 39
Париж, город 30, 32
Пенза, город 10
Пензенская губерния 24
Пензенская область 122
Пермская губерния 38
Пермь, город 50
Петергоф, город 39
Петербург см. Санкт-Петербург
Петроград см. Санкт-Петербург
Петрозаводск, город 37, 38
Петропавловск, город 34
Поволжье 58, 63, 67, 80, 82, 120, 121
— Нижнее Поволжье 80, 83
Подмосковье 83, 169
Полтава, город 34, 38, 61
Прибалтика 129
Приволжский округ 161
Приморский край 81, 83

Р
Республика Башкортостан 175, 186
Республика Дагестан 201
Республика Ингушетия 186, 201
Республика Тыва 186
Российская империя 8, 18, 23
— волжско-донские губернии 34

— днепроовско-донские губернии 34
— озерные губернии 34
— привислинские губернии 28
— северные губернии 34
— средневожские губернии 34
— центральные губернии 34
— южные губернии 34

Российская Советская Федеративная Социалистическая Республика (РСФСР) 9, 40, 43, 45—47, 49, 53—55, 59, 61—63, 65, 67—69, 71—73, 78, 80—82, 84—86, 92—95, 97, 100, 102, 106—108, 110—114, 117—124, 129, 131, 135—141
— европейская часть РСФСР 67, 68, 80

Российская Федерация (РФ) 8, 18, 149, 155, 163—166, 168, 173, 184, 185, 189, 191, 200, 201, 204—206, 208, 210, 213—215
— Северо-Западный федеральный округ 156, 158
— Центральный федеральный округ 156, 158

Россия 7—11, 13, 17, 18, 20, 22, 26, 27—30, 35—40, 43, 50—54, 57, 58, 63, 77, 79—84, 87, 95, 118, 120, 121, 139, 146, 149—152, 154—158, 160—163, 165, 166, 171—180, 182—184, 186, 189, 191, 194, 197, 198, 200—209, 211, 212, 214, 215
— Восточно-Сибирский район (регион) 125, 160
— Дальневосточный район (регион) 125, 160, 161, 166
— Европейская Россия 26, 28, 29, 33, 34, 43, 44, 50, 66, 67, 120
— Север 52
— Северный район (регион) 166
— Северо-Западный район (регион) 120, 121, 139, 157, 166
— Северо-Кавказский район (регион) 120, 160
— Уральский район (регион) 125, 160
— Центральная Россия 81, 82, 83, 142
— Центрально-Промышленный район 45, 56, 58, 82
— Центральный район (регион) 120, 121, 125, 166

Ростов-на-Дону, город 37, 81
Ростовская область 182
РСФСР см. Российская Советская Федеративная

Социалистическая Республика Румыния 154
РФ см. Российская Федерация
Рыбинск, город 38
Рязанская область 82
Рязань, город 34, 37

С

Самара, город 10
Санкт-Петербург (Петербург, Петроград, Ленинград) 9, 20, 21, 22, 24, 26, 29—37, 39, 43, 46, 47, 51, 52, 59, 60, 69, 70, 77, 84, 87, 27, 91—93, 103, 104, 123, 139, 159, 162, 163, 174, 175, 176, 198
Саратов, город 33, 34, 50, 58, 68, 81, 129
Саратовская область 80, 82, 83
Свердловск, город 58, 81, 85, 92, 127, 137
Свердловская область 68, 69, 82, 83
Севастополь, город 39
Середский район 35
Сергухов, город 34
Сибирь 21, 22, 28, 30, 33, 34, 52, 80, 83, 120, 122, 157, 161
— Восточная Сибирь 81, 82, 120, 121
Скандинавские страны 162
Смоленская область 83, 122
Советская Россия 8, 50, 51, 56, 58
Соединенные Штаты Америки (США) 7, 79, 86, 87, 162, 205
Союз Советских Социалистических Республик (СССР) 8, 9, 45, 48, 57, 61, 62, 63, 65, 67, 69, 70, 71, 79, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99, 103, 104, 105, 107, 108, 117, 129, 136, 140, 141, 142, 143, 144, 146
Средняя Азия 22, 28, 34, 52, 57, 92, 94, 129, 142
СССР см. Союз Советских Социалистических Республик
Ставрополь, город 44
Ставрополье 81, 82, 83
Ставропольский край 83
Сталинград, город 102
Сталинградская область 80, 81, 93
Сталинск, город 68
США см. Соединенные Штаты Америки

Т

Таганрог, город 39, 144
Тамбов, город 34, 169
Тамбовская область 80, 82

Татарская Автономная Советская
Социалистическая Республика (АССР)
83

Тбилиси (Тифлис), город 37, 70

Тверь, город 34, 58, 129

Тифлис см. Тбилиси

Тифлисская губерния 22

Тобольск, город 34

Тобольская губерния 30

Томск, город 34

Тува 122

Тувинская Автономная Советская

Социалистическая Республика (АССР)
123, 124

Тула, город 37, 38, 81, 145

Тюкалинск, город 37

Тюмень, город 34

У

Удмуртская Автономная Советская

Социалистическая Республика (АССР)
82, 83

Украина 62, 67, 129

Улан-Удэ, город 174, 176

Урал 21, 22, 81, 82, 100, 118, 120, 121,
127, 157, 161

— Южный Урал 67

Уфа, город 10, 68, 174, 176

Ф

Филадельфия 54

Финляндия 36

Франция 68, 79, 87, 154, 210

Х

Хабаровск, город 34

Хабаровский край 81, 83

Харьков, город 37, 52, 61

Хивинское ханство 21

Ходынское поле 38

Ц

Царское Село 59

Царство Польское 34

Ч

Чапаевск, город 140

Челябинск, город 68, 209

Челябинская область 68, 103, 105, 209

Черноземье 80

— Центральное Черноземье 82

Чечено-Ингушская Автономная Совет-
ская Социалистическая Республика
(АССР) 124

Чеченская Республика 186, 201

Чечня 80

Чимкент, город 34

Чита, город 34

Читинская область 182

Чувашская Автономная Советская
Социалистическая Республика
(АССР) 82, 83

Чукотский автономный округ 122

Ш

Швеция 36, 210

Я

Ярославль, город 81

Ярославская губерния 51

Ярославская область 69, 80, 81, 82, 107

Научное издание

**Жиromская Валентина Борисовна
Араловец Наталья Аркадьевна**

**Российские дети в конце XIX — начале XXI в.:
Историко-демографические очерки**

Выпускающий редактор *О.А. Пруцкова*

Редактор *Е.В. Добычина*

Макет и оформление *Ю.В. Балабанов*

Подписано к печати 22.05.18 Формат 60×90/16. Заказ № 1793.

Тираж 500 экз. 14 п.л. 16,4 уч.-изд. л.

Издательский центр Института российской истории РАН
117292, Москва, ул. Дм. Ульянова, 19

Налоговая льгота — общероссийский классификатор продукции
ОК-005-93, том 2; 953000 — книги, брошюры

Отпечатано в полном соответствии
с качеством предоставленного оригинал-макета
в Акционерном обществе

«Т8 Издательские Технологии»

109316 Москва, Волгоградский проспект, дом 42, корпус 5
Тел.: 8 (495) 221-89-80

По издательским вопросам обращаться:

«**Центр гуманитарных инициатив**»

e-mail: unikniga@yandex.ru. Руководитель центра П.В. Соснов

Комплектование библиотек, оптовая продажа в России и странах СНГ
ООО «Университетская книга-СПб».

«Университетская книга-СПб» предлагает книготорговым организациям, библиотекам и простым читателям широкий ассортимент книг по всему спектру гуманитарных наук — философии, филологии, лингвистики, истории, социологии и политологии. Вы можете приобрести у нас по издательским ценам продукцию ведущих научно-гуманитарных издательств России.

Контакты:

в Санкт-Петербурге: Тел. (812)640-08-71, e-mail: uknigal@westcall.net



Российские дети в конце XIX – начале XXI в.:

Историко-демографические очерки



Жирумская Валентина Борисовна, доктор исторических наук, главный научный сотрудник Института российской истории РАН, руководитель Центра истории территории и населения России Института российской истории РАН, председатель Научного совета РАН по исторической демографии и исторической географии, профессор РГГУ, лауреат премии РАН им. В.О. Ключевского. Специалист в области отечественной истории и исторической демографии. Автор 143 публикаций в России, Италии, Китае, США и Чехии, в том числе семи индивидуальных монографий.



Араловец Наталья Аркадьевна, доктор исторических наук, ведущий научный сотрудник Института российской истории РАН. Специалист в области отечественной истории и исторической демографии. Автор более 100 научных публикаций, в том числе монографий: «Городская семья в России, 1897–1926 гг.: историко-демографический аспект» (М., 2003); «Городская семья в России, 1927–1959 гг.» (М., 2009); «Городская семья в России во второй половине XX в.» (М., 2015); разделов в коллективных трудах: «Население России в XX в.: исторические очерки» (М., 2000–2003. Т. 1–3); «Великая Отечественная война 1941–1945 годов» (М., 2014. Т. 10); и др.

