

ВВЕДЕНИЕ

Исследование демографического состояния и изучение различных аспектов влияния структуры «население-природа» в последние годы становятся более популярны. Актуальность данных работ объясняется спецификой современного общества, а именно: повышение значимости человеческого фактора. Последнее обусловлено объективной ролью человека как главного источника мировых изменений и процессов, в том числе и в экономической сфере. В связи с этим важно установить закономерности развития экономики под влиянием демографического фактора. Подобные исследования невозможно проводить без рассмотрения процессов воспроизводства населения. Данный процесс характеризует количественные и качественные изменения в структуре населения с точки зрения ее устойчивости. Изучение динамики воспроизводства населения позволяет выявить перспективы социально-экономического развития на различных численных уровнях: макроуровень, уровень семьи и индивидуальный уровень. Данные исследования также популярны и востребованы в Республике Беларусь в связи с кризисным демографическим состоянием.

На протяжении почти всей истории человечества население Земли росло неравномерно. По подсчетам статистиков-демографов, за 40 тысяч лет до нашей эры родилось около 4 миллиардов человек, а с начала нашей эры и до 2010 года - более 25 миллиардов человек. Ускорение роста численности населения наступило в период новой истории, то есть в середине и второй половине XX века. Если в 1900 году численность населения Земли составляла 1 миллиард 660 миллионов человек, к 1950 году эта цифра увеличилась до 2 миллиардов 530 миллионов человек, то к 2011 году население составляет более 6,8 миллиардов человек.

В разных странах мира население растет неодинаково. Это можно объяснить различным характером его воспроизводства.

Основные задачи работы:

Определить сущность понятия «воспроизводство населения»;

Проанализировать факторы, определяющие естественный прирост населения;

Рассмотреть региональные особенности воспроизводства населения;

Выявить специфику воспроизводства населения в Республике Беларусь;

Проанализировать перспективы и проблемы воспроизводства населения.

В работе использованы различные виды источников, как литературные, так и Интернет-источники. В работе представлен графический материал (карты, таблицы).

ГЛАВА 1. СУЩНОСТЬ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ И ФАКТОРЫ ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

1.1 Сущность воспроизводства населения

Под воспроизводством населения понимают совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста. Все это обеспечивает непрерывное возобновление и смену людских поколений. Уровень смертности и уровень рождаемости во многих странах зависят от социально-экономического уровня

развития страны, от материальных условий жизни людей, санитарно-гигиенических условий, от развития здравоохранения, от степени занятости женщин в производстве и общественной деятельности, от уровня развития образования и культуры. Таким образом, хоть рождаемость и смертность - процессы биологические, но решающее воздействие на них оказывают социально-экономические условия. [1] Таким образом, воспроизводство населения изучается показателями рождаемости, смертности, естественного прироста/убыли, а также некоторыми специальными коэффициентами:

скорость обновления состава жителей (ротация) - сумма общего коэффициента рождаемости и общего коэффициента смертности; чем больше ротация, тем меньше средняя продолжительность жизни;

коэффициент жизненности - отношение числа родившихся к числу умерших; брутто - коэффициент воспроизводства (валовой коэффициент воспроизводства населения, показатель замещения поколений, не учитывающий смертность) - среднее число девочек, которое бы родила одна женщина, прожившая до конца репродуктивного периода при сохранении на протяжении ее жизни современных уровней рождаемости в каждом возрасте;

нетто - коэффициент воспроизводства (чистый коэффициент воспроизводства населения, количественная мера замещения материнского поколения дочерним) - среднее число девочек, рожденных за всю жизнь одной женщиной, дожившей до конца репродуктивного возраста при данных уровнях рождаемости и смертности. Показатель больше 1 соответствует расширенному типу воспроизводства; меньше 1 - суженному, равный 1 - простому. [3]

Не все группы населения равнозначны по их вкладу в воспроизводство населения в связи с различным характером их мобильности. По возможности обмена между собой группы населения делятся на три типа:

1) группы, в которых переход населения из одной в другую обязателен, неизбежен (по возрасту);

2) группы, в которых переход населения из одной в другую невозможен (по полу) (операции по перемене пола трактуются специалистами как результат определенный социальным эффектом, но не биологическим);

3) группы, в которых возможны самые различные виды переходов из одного состояния в другое (по семейному положению, месту жительства и другие).

Наиболее важное значение, в замене поколений, имеет первая группа. Возрастные изменения лежат в основе всех остальных составляющих процесса воспроизводства населения. Поэтому, как правило, этот процесс рассматривается в разрезе половозрастных групп.

Существует несколько типов воспроизводства населения. Одни из них относятся к историческим типам, другие к современным.

К историческим типам воспроизводства населения относятся:

1. Первобытный, разделен на два подтипа. Первый характеризуется крайне незначительным и нерегулярным приростом населения на основе групповой формы брака, среднего уровня рождаемости, высокой смертности. Для второго подтипа

характерны первая форма семьи - парная и относительно высокий прирост населения как результат некоторого повышения рождаемости и снижения смертности.

2. Рабовладельческий, характеризующийся средним приростом населения, возникновением малодетности, становлением моногамной семьи.

3. Феодалный - с высоким приростом населения, моногамной формой брака и патриархальной семьей, высокой смертностью, особенно детской.

4. Капиталистический (по времени возникновения, современный - по основным характеристикам), для которого характерны эгалитарные браки, «европейский тип брачности», снижение возраста вступления в брак, низкий прирост при низкой смертности и рождаемости.

Во второй половине XX в. ускоренный рост человечества был обусловлен в целом тем, что сокращение смертности стало опережать сокращение рождаемости. В начале 1950-х гг. и до середины 1980-х гг. рождаемость уменьшилась на 30 %, а смертность на 50 %. Гребень «демографической волны» пришелся на середину 1960-х гг.

Соотношение рождаемости и смертности в разных странах складывается неодинаково в связи со спецификой социально-экономического развития и политической обстановки. В среднем в настоящее время в мире можно наблюдать около 25 режимов воспроизводства населения. Система переходов от одного типа к другому была открыта в науке А. Ландри и получила название «демографической революции» или «демографического перехода».

Демографический переход представлен 4 фазами:

середина XX в., Европа: снижение коэффициента смертности опережает снижение коэффициента рождаемости, следовательно, коэффициент естественного прироста растет до наибольшего значения;

коэффициент смертности продолжает снижаться и достигает наименьшего значения, но коэффициент рождаемости снижается еще быстрее, в силу чего коэффициент естественного прироста постепенно снижается;

увеличение коэффициента смертности в силу демографического старения при одновременном замедлении роста коэффициента рождаемости. К концу 3 фазы коэффициент рождаемости приближается к уровню простого воспроизводства, а коэффициент смертности остается ниже этого уровня, так как остается еще возрастная группа низкой смертности;

коэффициент смертности увеличивается, приближаясь к коэффициенту рождаемости, заканчивается процесс демографической стабилизации.

Обобщив существующие в современном мире типы воспроизводства с учетом фаз демографического перехода, их можно представить следующими тремя [3,7]:

Расширенный тип имеет следующие основные характеристики: 1) поколение детей численно больше поколения родителей; 2) уровень рождаемости значительно превышает уровень смертности; 3) преобладает высокий естественный прирост; 4) велика доля лиц от 0 до 15 лет в возрастной структуре населения и эта группа численно преобладает над группой 55-60 и старше; 5) достаточно высокий темп ежегодного прироста населения, нетто-коэффициент более 1.

К этому типу относятся все государства Африки, большинство стран в Азии и Латинской Америки (с более низкими показателями естественного движения). Простой тип имеет следующие основные характеристики: 1) поколение детей численно равно поколению родителей; 2) происходит только замена поколений; 3) рождаемость снижается до такого уровня, что не намного превышает смертность; 4) страны имеют более старую возрастную структуру: доля лиц от 0 до 15 лет практически равна доле лиц 65+ лет или немного его превышает; 5) темп ежегодного прироста минимальный или равен нулю, нетто-коэффициент равен 1, суммарный коэффициент рождаемости 2,1.

Регионы: Европа (большинство стран Европы), Северная Америка (США, Канада), Азия (Япония), Австралия.

Суженный тип имеет следующие основные характеристики: 1) состояние депопуляции (коэффициент смертности больше коэффициента рождаемости, нетто-коэффициент менее 1); 2) поколение детей численно меньше поколения родителей; 3) естественная убыль; 4) доля лиц 65+ лет преобладает над долей лиц 0-15 лет; 5) отрицательный темп динамики населения.

Регионы: Европа (Латвия, Эстония, Германия, Беларусь, Болгария, Венгрия, Румыния, Украина).[1]

Первое упоминание понятия «депопуляция» встречается в «Большом Ларуссе» XIX в., смысл которого сводился к «опустошению числа жителей какой-то территории, как следствие чрезвычайных событий, войн, голода и т. д.». Во втором издании многоязычного демографического словаря ООН под депопуляцией понимается «реальное или возможное сокращение численности населения». Наиболее подробное и профессиональное определение этого понятия содержится в соответствующей статье «Демографического энциклопедического словаря»: «уменьшение абсолютной численности какой-либо страны или территории, либо суженное его воспроизводство, при котором численность последующих поколений меньше предыдущих» [6]. Первой страной, в которой началось снижение рождаемости и была отмечена депопуляция, была Франция. Вместе с тем, нынешний уровень рождаемости во Франции выше, чем в большинстве стран Европы. Это является результатом многолетней демографической политики.

1.2 Факторы, определяющие естественный прирост

Естественное движение населения - это обобщенное название совокупности рождений и смертей, изменяющих численность населения естественным путем. В основе этого вида движения населения лежат два процесса - рождаемость и смертность. Естественное движение населения изучается с помощью основного показателя - естественного прироста или убыли [1].

Естественный прирост - это абсолютная величина разницы между числом родившихся и умерших за определенный промежуток времени. Отрицательное значение этого показателя будет называться естественной убылью, все чаще встречающейся в научном обороте при изучении демографической обстановки в странах Европы. Иногда для расчета естественного прироста населения можно

воспользоваться разницей между общим приростом населения и миграционным приростом.[3]

Естественный прирост может быть положительным и отрицательным. Он изменяется из года в год.

На естественный прирост влияет большое число факторов:

уровень жизни, в том числе материальные условия жизни людей, уровень здравоохранения, питания, условия труда и быта людей и т.п.;

структуру населения (половая, возрастная, брачная);

образ жизни (городской и сельский);

занятость женщин в общественном производстве;

национальные и религиозные традиции.

Так, уровень рождаемости зависит от социально-экономической структуры общества, условий жизни людей. Но важно отметить, что эта зависимость не является прямой. Например, когда женщины активнее участвуют в производстве и общественной жизни, возрастают затраты на их воспитание, увеличиваются сроки обучения детей; рождаемость снижается несмотря на рост материальной обеспеченности семьи. Это является одной из основных причин того, что часто в относительно более богатых семьях детей не больше, а иногда даже меньше, чем в менее обеспеченных. В то же время рост доходов может служить и стимулом к повышению рождаемости.

Следует также учитывать, что показатель рождаемости очень сильно зависит от национальных и религиозных традиций и от того, насколько эти традиции сохранились. Можно вспомнить, например, многодетные мусульманские семьи, сохранившиеся до наших дней. Традиционные многодетные православные семьи только начинают возрождаться в современном обществе.

Кроме того, нельзя также забывать об уровне среднего брачного возраста, прочности семейных устоев, характере расселения, климатических особенностях.

Сильное отрицательное влияние на воспроизводство оказывают войны.

Уровень смертности обусловлен, в первую очередь, уровнем благосостояния людей, культурой питания и степенью развития общественных служб здравоохранения.

Из-за выше указанных причин, существуют большие различия в территориальном распределении естественного прироста. Так, для большинства азиатских и африканских народов традиционно характерны многодетные семьи и большой естественный прирост. В странах Европы высока доля пожилых людей (качественное медицинское обслуживание) и низкий уровень рождаемости и как следствие низкий или отрицательный естественный прирост (Рис. 1.1.,табл.1.1.).

Рис. 1.1 - Естественный прирост населения мира, 2010 г.[10]

Таблица 1.1 - Показатели естественного прироста в регионах мира и отдельных странах, в расчете на 1000 жителей, 2009, % [13]

Регионы, страны

Естественный прирост (+), убыль (-)

Регионы, страны

Естественный прирост (+), убыль (-)

Мир

+12,0

Америка

+10

Европа

_/+0

Северная Америка

+6

Северная Европа

+3

США

+6

Финляндия

+2

Южная Америка

+13

Западная Европа

+1

Бразилия

+11

Франция

+4

Африка

+24

Восточная Европа

-3

Центральная Африка

+28

Беларусь

-3

Ангола

+27

Южная Европа

+1

Южная Африка

+9

Испания

+2

Лесото

+2

Азия

+12

Северная Африка

+18

Юго-Восточная Азия

+14

Египет

+19

Индонезия

+15

Западная Африка

+27

Западная Азия

+19

Кения

+26

Ирак

+23

Восточная Африка

+26

Центр. и Южная Азия

+17

Бенин

+32

Индия

+16

Океания

+11

Восточная Азия

+5

Австралия

+7

Китай

+5

Новая Зеландия

+15

Коэффициент рождаемости в настоящее время в мире составляет 19,1%. а

смертность - 8,1%. Следовательно, коэффициент естественного прироста равен + 1,1%. Абсолютный годовой прирост составляет 85 млн. человек. Таким образом, развивающиеся страны уже оказывают и будут оказывать решающее воздействие на численность и воспроизводство населения мира.[1]

ГЛАВА 2. РЕГИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ ЗЕМНОГО ШАРА

2.1 Естественный прирост и его динамика в крупных регионах мира

Как уже говорилось выше, естественный прирост - эта разница между числом родившихся и умерших за определенный промежуток времени, поэтому для того, чтобы проанализировать динамику естественного прироста, мы рассмотрим динамику рождаемости и смертности по регионам. Для более наглядного рассмотрения данного вопроса ниже приведены карты отражающие ситуацию во всем мире (Рис. 2.1., Рис. 2.2.).

Рис. 2.1 - Характеристика рождаемости в мире, 2010 г. [10]

Сокращение рождаемости со второй половины XX столетия носит всеобщий характер, начинаясь в различное время в разных странах, и происходит различными темпами. В прошлом в развитых странах дети были нужны родителям как будущие помощники в труде, защитники рода, кормильцы в старости. В ходе социально-экономического прогресса перечисленные их роли переходят к общественным институтам. Социально-экономическая отдача детей родителям снижается, и в результате постепенно снижается потребность родителей в числе детей. Для удовлетворения же психологических (эмоциональных) потребностей требуется все меньшее число детей. Такова схема так называемого демографического перехода от высокой, не ограничиваемой семьей, рождаемости в прошлом к низкой, ограничиваемой одним-двумя детьми, рождаемости в настоящем и будущем [5].

Рис. 2.2 - Характеристика смертности в мире, 2010 г. [10]

По сравнению с уровнем рождаемости, региональные различия в уровне смертности сгладивлены за счет глобальных успехов в области здравоохранения.

Большинству стран мира удалось снизить смертность, чему способствовали инвестиции в социальную сферу, как в развитых, так и в развивающихся странах, достижения в области медицины (в частности младенческой смертности), повышение образовательного уровня населения развивающихся стран по вопросам репродуктивного здоровья и охраны материнства и в целом повышения уровня человеческого развития. Достаточно сказать, что в международные индикаторы устойчивого развития стран мира включены именно показатели, отвечающие именно за смертность населения (уровень младенческой смертности и средняя продолжительность жизни).

Европа - это регион с самой низкой рождаемостью в мире (за исключением отдельных стран - США, Канады, Японии и Австралии, где показатели рождаемости такого же порядка). В большинстве стран уровень рождаемости в начале третьего тысячелетия очень низкий, самый низкий в демографической истории.

Среднерегиональный показатель в 2003 г. составил 10 % (в два раза ниже

среднемирового), в 2010 году он несколько вырос и составил 11%. При этом нужно отметить, что с течением времени различия между мезорегионами в пределах Европы стираются. Европу можно назвать регионом относительно ровной картины рождаемости. Величины незначительно колеблются в пределах от 13 % во Франции и Нидерландах до 8 % в Болгарии (самые низкие показатели в мире в 2003 году). В 2010 году показатели рождаемости колеблются от 17 % в Ирландии до 8% в Германии. Исключение составляют Косово со сравнительно высоким уровнем рождаемости (21% самый высокий показатель в Европе), который объясняется мусульманским вероисповеданием большинства населения, Ирландия (15 %), Франция, Норвегия, Великобритания (13 %). По мезорегионам показатели выглядят следующим образом: Северная Европа - 13 %, Западная Европа - 10 %, Южная Европа - 10 %, Восточная Европа - 12 %. (табл. 2.1.).

Таблица 2.1 - Количественное распределение стран Европы по уровню рождаемости, 2010 г.[13]

Уровень рождаемости, %

менее 10 - низкий

10 - 12 - средний

13-15 - выше среднего

более 15 -высокий

По выражению некоторых демографов, на Европу надвинулась «демографическая зима».

Рождаемость в ряде европейских стран (ФРГ, Франция, Австрия, Италия) опустилась во второй половине XX - начало XXI в. ниже того уровня, до которого она опускалась в период экономического кризиса 1930-х гг. и Второй мировой войны.

Если же говорить о смертности, то этот регион имеет уровень смертности выше среднемирового уровня (11% в Европе, 8 % в мире), который объясняется демографическим фактором (регрессивной возрастной структурой и постарением населения), а также неблагоприятной экологической обстановкой во многих урбанизированных районах. В то же время высокий уровень социально-экономического развития и, как следствие, высокий уровень развития здравоохранения, тенденция отказа от курения, сокращение риска распространения инфекционных заболеваний, обуславливают значительно более низкий уровень смертности по сравнению с большинством стран мира. Среднерегиональный показатель в 2010 г. составил 11 %, к примеру в 2003 году он равнялся 10,7 %. В мезорегионах величины незначительно колеблются в пределах от 15 % (Украина) до 3 % (Андорра). По мезорегионам показатели выглядят следующим образом: Северная Европа - 9 %, Западная Европа - 9 %, Южная Европа - 9 %, Восточная Европа - 13 %. Наибольшие контрасты, как и в уровне рождаемости, проявились в странах Восточной Европы после распада СССР и социалистической системы хозяйства (табл. 2.2.).

Таблица 2.2 - Количественное распределение стран Европы по уровню смертности, 2010 г.[13]

Уровень смертности, %

менее 5 - низкий

5-10 - средний

11-15- выше среднего

более 15 - высокий

1

27

13

2

Исходя из всего вышесказанного, следует, что естественный прирост в странах Европы низкий и даже отрицательный. Если говорить о динамике, то можно сказать, что на протяжении последних лет 10-15 он практически не меняется, и лишь колеблется от +0,2 до -0,1% (табл.2.3.).

Таблица 2.3 - Динамика естественного прироста в Европе в 1960-2010 гг.[11]

Годы

Коэффициент рождаемости, %

Коэффициент смертности, %

Естественный прирост, %

1960

18,3

10,7

+0,76

1995

11,8

10,0

+0,18

2003

10,0

10,7

-0,7

2005

10,0

11,0

-0,1

2007

10,0

11,0

-0,1

2009

11,0

11,0

0

2010

11,0

11,0

0

Это в первую очередь связано с большой долей пожилого населения (успехи в здравоохранении - низкая смертность) и низкой рождаемостью (поздний возраст вступления в брак женщин, в семье максимум 1-2 ребенка).

Азия. Имея значительную площадь, Азия отличается высокими контрастами в уровне рождаемости и смертности в пределах мезорегионов и стран. Так, общий коэффициент рождаемости колеблется от 8 % на Тайване до 41 % в Тиморе в 2010 году. К примеру, в 2003 году самая низкая рождаемость была в Японии 9%, а самая высокая в Йемене 43%. Если говорить о регионах, то самая низкая рождаемость - в странах Восточной Азии около 10-12%, самая высокая - в странах Юго-Западной и Центральной Азии 20-25%. Среднерегиональный показатель - 19 % в 2010 году. Фактически во всех странах региона рождаемость снижается, разница в том, что в одних странах это снижение идет быстрее (в Китае, Южной Корее, Малайзии, Ливане,

Турции и др.), в других медленнее. Несмотря на то, что регион представлен в большинстве своем развивающимися государствами, многие из них активно начали проводить демографическую политику еще в 1970-х гг. Прежде всего это Китай, а также Вьетнам, Бангладеш, Индия, Сингапур, Южная Корея (табл. 2.4.).

Таблица 2.4 - Количественное распределение стран Азии по уровню рождаемости, 2010 г.[13]

Уровень рождаемости, %

менее 15 -низкий

15-20 -
ниже среднего

21-30 -средний

31-35-выше среднего

36-40-высокий

более 40 -высокий

10

14

19

3

2

1

Азия отличается высокими контрастами в уровне смертности, как и в рождаемости, от 1 % (Катар - самый низкий показатель смертности в мире) до 18 % (Афганистан) по данным за 2010 год. Самая низкая смертность - в странах Юго-Западной Азии, самая высокая - в странах Центральной Азии. Фактически во всех странах вслед за успехами в области здравоохранения смертность снижается, но в одних это снижение идет быстрее (Китай, Южная Корея, Малайзия, Сингапур, Вьетнам, Индонезия), в других медленнее (Камбоджа, Лаос, Мьянма, Бутан). Если говорить о динамике смертности, то в 1960 году он равнялся 20 %, в середине 90-х был около 10-12%, в 2003 уже 8%, с 2005 года общий коэффициент смертности стабилизировался и на 2010 год составляет 7%.

В крупнейших странах мира по численности, расположенных в этом регионе смертность следующая: Китай - 7 %, Индия - 7 %, Индонезия - 6 % (табл. 2.5.).
Таблица 2.5 - Количественное распределение стран Азии по уровню смертности, 2010 г.[13]

Уровень смертности, %

менее 5 - низкий

5-10- средний

11-15 - выше среднего

более 15 - высокий

10

37

1

1

В таблице 2.6. представлена динамика естественного прироста населения в разрезе 1960-2010 гг. более наглядно характеризующая положение в Азии.[1]

Африка. Необходимо отметить, что во многих странах этого региона до сих пор отсутствует полный и точный учет рождаемости и смертности, и данные о них получают из переписей населения или выборочных исследований, проводимых Фондом ООН по народонаселению. Для этого региона характерна самая высокая рождаемость в мире, средний показатель составляет 37 ‰ на 2010 год, и самая высокая смертность (13‰ на 2010 год). Низкий уровень социально-экономического развития большинства стран и, как следствие, низкий уровень здравоохранения и грамотности населения, большая зависимость от исторических и религиозных традиций, бесправное положение женщины в обществе, этническая раздробленность при укреплении политической власти отдельных племен и их вождей - основные факторы, обусловившие высокие показатели рождаемости и смертности в Африке. Таблица 2.6 - Динамика естественного прироста в Азии, 1960-2010 гг.[11]

Годы

Коэффициент рождаемости, %

Коэффициент смертности, %

Естественный прирост, %

1960

39,2

20,0

1,9

1995

27,0

12,0

1,5

2003

22,0

8,0

1,4

2005

20,0

7,0

1,3

2007

19,0

7,0

1,2

2009

19,0

7,0

1,2

2010

19,0

7,0

1,2

Демографический переход к снижению рождаемости происходит в немногих странах, в основном это страны Магриба и в меньшей степени Южной Африки за счет ЮАР, имеющие более высокий уровень социально-экономического развития. В целом сохраняется уровень рождаемости выше среднемирового, суммарный коэффициент рождаемости составляет более 3,5. Для региона характерна относительно ровная картина рождаемости. Показатели в пределах мезорегионов выглядят следующим образом: Центральная Африка - 45 % (2003), 44% (2010); Южная Африка - 31 %

(2003), 22% (2010); Северная Африка - 27 % (2003), 26% (2010); Западная Африка - 41 % (2003, 2010); Восточная Африка - 41 % (2003), 40% (2010). Закономерно, что именно в Африке будет находиться демографический максимум рождаемости мира. В 2003 г. он пришелся на Нигер и составил 55 %, в 2010 году - на тот же Нигер, но уже 52%. Самая низкая рождаемость на африканском континенте зафиксирована на Маврикии - 12% (табл. 2.7.).

Таблица 2.7 - Количественное распределение стран Африки по уровню рождаемости, 2010 г.[13]

Уровень рождаемости, %

менее 15 -низкий

15-20 -
ниже среднего

21-30--средний

31--35--
выше среднего

36-40--высокий

более 40 -
высокий

3

12

5

16

17

В то же время это регион самой высокой смертности в мире, средний показатель составляет 13,0 %. За этой величиной скрываются очень большие географические различия (от 3 % в Майоте - самый низкий показатель в Африке, до 20 % в Замбии). В 2003 году самая высокая смертность была в Мозамбике 28% (16% в 2010) (табл. 2.8).[1] Низкий уровень социально-экономического развития большинства стран и, как следствие, низкий уровень здравоохранения населения, неполноценность питания, бесправное положение женщины в обществе, распространение инфекционных заболеваний и СПИДа - основные факторы высокой смертности в этом регионе. В среднем СПИД уносит жизнь 14 тыс. мужчин, женщин и детей в день и является главной причиной смерти в странах Африки к югу от Сахары. Приблизительно 28 млн. чел. живет с этим вирусом здесь сейчас. Ботсвана - государство, в котором зарегистрирован самый высокий уровень инфицирования населения в мире. По прогнозам ООН, к 2012 г. около 40 млн. детей во всем мире станут сиротами в результате пандемии СПИДа [4]. Показатели в пределах мезорегионов выглядят следующим образом: Центральная Африка - 16 %, Южная Африка - 13 %, Северная Африка - 7 %, Западная Африка - 15 %, Восточная Африка - 13 % (17% в 2003).
Таблица 2.8 - Количественное распределение стран Африки по уровню смертности, 2010 г.[13]

Уровень смертности, %

менее 5 --низкий

5-10- -средний

11-15-- выше среднего

16-20 - высокий

более 20 - очень высокий

2

19

20

13

-

Исходя из всего выше сказанного, показатели естественного прироста в Африке

самые высокие в мире, но и они в последнее десятилетие понемногу стабилизируются. Так в 1960 году естественный прирост составлял 2,2%, при общем коэффициенте рождаемости 48%, а смертности 26%, то с 2007 года он составляет 2,4% (табл. 2.9.).

Таблица 2.9 - Динамика естественного прироста в Африке, 1960-2010 гг.[11]

Годы

Коэффициент рождаемости, %

Коэффициент смертности, %

Естественный прирост, %

1960

48

26

2,2

1995

44

20

2,4

2003

36

14

2,2

2005

38

15

2,3

2007

38

14

2,4

2009

36

12

2,4

2010

37

13

2,4

Северная Америка. Этот регион представлен двумя крупными государствами - США и Канадой, где нынешний уровень рождаемости оценивается как низкий (14 и 11 % соответственно). Снижение рождаемости в США началось в конце XVIII в. и представлено несколькими периодами: экономический кризис 1930-х гг.; последние годы Второй мировой войны; вторая половина 1950-х гг.; 1960-1980 гг.; конец XX в. По мнению американских демографов, главной причиной снижения рождаемости с 55 % в 1790 г. до 14 % в 2003 г., является изменение функций женщины в обществе. Вместе с тем, необходимо отметить, что рождаемость и общий показатель фертильности в США (2,0) выше, чем в среднем в Европе. Это объясняется изменением репродуктивного поведения из-за смешанных браков с латиноамериканским населением и в целом усилением роли семьи в американском обществе в последние десятилетия XX в. Сокращение рождаемости происходит и в Канаде. Однако этот процесс протекает интенсивнее в силу большего старения населения и более жестких миграционных правил въезда в страну.

В США и Канаде уровень смертности примерно одинаков и составляет соответственно 8 и 7 %, однако он меньше, чем в развитых странах Европы. Это обусловлено менее интенсивным старением ввиду этнически смешанного населения с более активными репродуктивными установками (за счет выходцев из стран Латинской Америки, Африки). Вместе с тем, высокий уровень социально-экономического развития этих стран обеспечивает постоянное снижение смертности. В целом по региону наблюдается очень низкий естественный прирост 0,5% в 2010 году. К примеру, в 1960 году естественный прирост в Северной Америке также равнялся 0,5%, при уровне рождаемости 14,1%, а смертности 9,0 %. Максимальный прирост 0,7% был в середине 70-х годов. Таким образом, можно сказать, что динамика естественного прироста в Северной Америке довольно стабильна на протяжении последних 50 лет.[1]

Латинская Америка. Уровень рождаемости в Латинской Америке снижается во всех странах, но с разной интенсивностью уже на протяжении десятка лет. Основными факторами остаются: изменения в репродуктивном поведении (увеличение среднего возраста вступления в брак у женщин, изменение типов брачных союзов, распространение фактических - постоянных и визитных - браков, снижение потребности семьи в детях), высокий уровень грамотности женщин в области контрацепции. В то же время в большинстве стран региона общий уровень рождаемости и общий показатель фертильности остаются выше среднемирового показателя (табл. 2.10.).

Среди стран, которые активно проводят демографическую политику, следует назвать Бразилию, Мексику, Перу, Уругвай.

население воспроизводство прирост рождаемость

Таблица 2.10 - Основные демографические показатели по мезорегионам, 2003, 2010 гг.[11]

Мезорегион

2003

2010

Общий коэффициент рождаемости, %

Суммарный коэффициент рождаемости

Общий коэффициент рождаемости, %

Суммарный коэффициент рождаемости

Центральная Америка

29

3,0

21

2,5

Южная Америка

22

2,5

19

2,4

Карибский регион

20

2,7

18

2,2

Основными факторами снижения смертности в регионе являются: повышение уровня социально-экономического развития стран, а следовательно, улучшение медицинского обслуживания населения, полноценности питания и т. д. В

большинстве стран этот показатель ниже среднемирового уровня (8%). Для Южной Америки средний показатель равен 6 %, Центральной Америки - 5 %, Карибского региона - 8 %.

Начиная с 90-х годов, естественный прирост довольно стабилен и колеблется в пределах 1,5-13%, если говорить о середине XX века, то в 1960 году естественный прирост для стран Латинской Америки составлял 2,5%.

К таким результатам привели факторы, влияющие на снижение рождаемости и смертности в регионе, но о них уже говорилось выше.

Хотелось бы еще рассмотреть такой регион как Австралия и Океания. В Австралии процесс рождаемости происходит под влиянием двух видов репродуктивного поведения: коренного населения и мигрантов. Это обуславливает более высокие показатели среди коренного населения и соответственно более низкие среди приезжающих американцев, европейцев и др. Общий уровень рождаемости - 13 %, суммарный - 1,7 %.

Оценивая уровень рождаемости и смертности в будущем, необходимо сказать, что в ближайшей перспективе будет сохраняться их заметная дифференциация в пределах макрорегионов и стран. Однако именно уровень рождаемости будет определять картину будущего развития планеты. [1]

2.2 Воспроизводство населения в Республике Беларусь

На протяжении нынешнего столетия в Беларуси, как и в других европейских государствах, происходил постепенный переход от высокого к среднему и низкому уровню рождаемости. Начиная с середины 60-х гг., рождаемость в стране не обеспечивает простого воспроизводства населения - детей меньше, чем их родителей. В 90-е гг. негативные тенденции рождаемости были усилены общей динамикой общественно-политической и социально-экономической обстановки в стране.

Так в 1960 году уровень рождаемости составил 24,4%, через 10 лет уже 16,2 %. В 1995 г. уровень рождаемости в республике составил 9,9 на 1000 населения. Минимальный показатель по республике наблюдался в 2002 году 8,9%, в настоящее время общий коэффициент рождаемости постепенно увеличивается, так в 2010 году он уже равнялся 12% (табл. 2.11.).

На динамику рождаемости влияют три основных фактора. Первый отражает адекватную реакцию населения на снижение уровня и качества жизни. На фоне массового снижения жизненного уровня за последние годы произошло резкое социально-экономическое расслоение общества. Доходы наиболее обеспеченных семей в десятки раз превышают доходы наименее обеспеченных.

Таблица 2.11 - Динамика воспроизводства населения Беларуси, 1950-2010 гг.[11]

Год

Общий коэффициент рождаемости, %

Общий коэффициент смертности, %

Естественный прирост, %

1950

22,9

8,0

1,5

1960

24,4

6,6

1,8

1970

16,2

7,6

0,9

1980

16,0

9,9

0,6

1990

14,0

10,8

0,3

1995

9,9

13,1

-0,3

2000

9,4

13,5

-0,4

2001

9,2

14,1

-0,5

2002

8,9

14,8

-0,6

2003

9,0

14,5

-0,55

2004

9,1

14,3

-0,5

2005

9,2

14,5

-0,5

2006

9,9

14,2

-0,4

2007

10,7

13,7

-0,3

2008

11,0

14,0

-0,3

2009

11,0

14,0

-0,3

2010

12,0

14,0

-0,2

В число малообеспеченных чаще всего, наряду с неработающими и инвалидами, попадают семьи с детьми. При сложившемся уровне цен и доходов семьям приходится сталкиваться с серьезными проблемами по обеспечению детей полноценным питанием, добротной одеждой, обувью, школьно-письменными принадлежностями и т.д. Резкое повышение затрат на содержание и воспитание даже одного ребенка нередко ставит перед семьей трудноразрешимую экономическую проблему. В этих условиях неудовлетворенная потребность многих супругов иметь желаемое ими число детей выражается либо в отказе от очередных рождений, либо в откладывании их на перспективу.

Второй фактор, оказывающий несомненное влияние на демографическую ситуацию в республике, обусловлен формированием и развитием у молодежи новых типов репродуктивного поведения, связанных с изменением стиля и образа жизни. Сегодня можно говорить о переходе ко всеобщему распространению контроля над деторождением. Каждая семья (женщина) имеет возможность планировать не только число детей, но и сроки их появления, используя различные доступные средства предотвращения нежелательных беременностей и родов. Превалирует демографическое поведение населения, характерное для современной городской семьи. Оно ориентировано в основном на рождение одного ребенка, реже двух детей и, по мере совершенствования контроля за деторождением, чутко реагирует на внешние воздействия, в том числе и на экономическую конъюнктуру.

Третий фактор, существенно влияющий на уровень и динамику рождаемости в стране, отражает объективный процесс изменения положения женщин в обществе, трансформацию типов и социальных функций семьи, роли детей в ней. Давний конфликт между социальными ролями женщины в обществе в обстановке коренных социально-политических реформ принял более резкие формы. Ориентация женщины на семью, труд в домашнем хозяйстве в настоящее время означают неизбежное снижение жизненного уровня. В то же время занятость женщины в общественном производстве является одним из главных факторов снижения рождаемости и малодетности семей.

Уровни рождаемости в разных регионах республики несколько различаются. На протяжении последнего десятилетия наиболее высокими они были в Брестской области. В 2010 г. рождаемость в этом регионе составила 12,2 на 1000 жителей.

Самые низкие уровни отмечались в Витебской области - в 2010 г. 10,1 на 1000 жителей (рис. 2.3.).

Начиная с 1993 г., в республике регистрируется такой социальный феномен, как «демографические ножницы», когда смертность превышает рождаемость. В 1995 г. был отмечен рост показателя общей смертности, который составил 13,5 случаев на 1000 населения. Наиболее высокий уровень смертности населения на территории Беларуси (до 1995 г. включительно) регистрировался в Витебской области. На уровень общей смертности влияет половой состав населения. Во всех странах мира более высокие показатели смертности регистрируются среди мужчин. Это подтверждает тезис о более «агрессивном течении заболеваний у мужчин по сравнению с женщинами. В Республике Беларусь смертность мужского населения превышает смертность женского населения. В 2010 г. показатель смертности среди мужчин составлял 15,1 женщин - 12,1 случаев на 1000 человек.

Рис. 2.3 - Общий коэффициент рождаемости и смертности, %, 2010 год [12]

Среди причин, объясняющих сложившуюся ситуацию, можно отметить более частые среди мужчин случаи травм, отравлений, самоубийств; злоупотребление ими в большей степени, чем женщин, алкоголем, курением, сниженная физическая активность, а также отмечаемая многими авторами меньшая ответственность мужчин за свое здоровье.

В республике отмечается более высокая смертность среди сельских жителей. В 2010 г. регистрировалось 22,1 случаев смерти на 1000 сельских и 9,8 случаев на 1000 городских жителей. Очевидно, это связано с особенностями возрастной структуры населения, проживающего в сельской местности и городах. Более выраженные процессы старения сельского населения носят относительный характер и в значительной мере обусловлены миграцией в город молодежи.[8]

ГЛАВА 3. ПЕРСПЕКТИВЫ И ПРОБЛЕМЫ ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ

Воспроизводство населения представляет собой комплексный процесс, соединяющий две составляющие: процессы рождаемости (интенсивности рождений) и смертности населения. В связи с этим проблемы воспроизводства населения можно разделить на те, что связаны с увеличением уровня рождаемости, и те, которые направлены на уменьшение уровня смертности. Однако следует иметь в виду, что меры по решению проблем демографических процессов воспроизводства населения будут эффективны при целостном охвате всех вопросов. Последнее утверждение также связано с тем, что аналогичные факторы, влияющие на процессы рождаемости и смертности, и мероприятия, направленные на улучшение демографической ситуации в стране, могут привести к различным результатам, причем неожиданным со стороны инициаторов данных действий. Рассмотрим основные проблемы демографии, связаннее с процессами воспроизводства населения.

В случаях исследования рождаемости часто используют понятие низкой или высокой рождаемости, но с точки зрения улучшения демографического состояния в государстве и мире в целом, правильнее использовать понятие «эффективной рождаемости». К сожалению, при рассмотрении демографических процессов часто

используют данные об общей рождаемости, которая не дает оснований для получения объективных результатов. Эффективная рождаемость характеризует не только численность рожденного населения, но численность населения, которая выживает в процессе развития, проходит этап социализации и сменяет предыдущее поколение. Причем дети, которые умирают в младенчестве, раннем возрасте или более поздние сроки, но не доживают до того порога возраста, когда способны воспроизводить населения и влиять на демографические и иные процессы, являются растрачиванием воспроизводственного капитала населения. Эффективность рождаемости считается высокой в том случае, когда разница между выжившим населением и уровнем общей рождаемости невелика. В ином случае происходит снижение показателей демографической, экономической и социальной эффективности рождаемости населения. В случае, когда высока детская смертность, данные показатели также снижаются, что требует повышения общего уровня рождаемости, иными словами необходимо больше рожать. Но увеличение качества за счет количества не приемлемо в вопросах человеческой жизни, поэтому для решения проблемы эффективности рождаемости главным фактором эволюции воспроизводства населения является снижение детской смертности. По мере снижения детской смертности число выживших и рожденных детей выравнивается, к примеру, только у 5-6 россиянок из 100 к концу XX века число выживших детей было меньше.

Продолжая рассматривать процессы рождаемости населения, можно сказать об анализе воспроизводства условных поколений. Они представляют собой оценку фактических условий воспроизводства населения с демографической точки зрения, причем реальные количественные данные соотносились бы с условными при стабильности и неизменности тех или иных демографических факторов. В жизни эти факторы подвергаются многочисленным влияниям, носящим как кратковременный, так и долгосрочный характер. Значение данного показателя заключается в анализе воспроизводственной структуры, учета условий, влияющих на нее, и разработки мер по целенаправленному изменению демографического состояния.

Рассмотрение условных поколений невозможно без учета нетто-коэффициента населения, или чистого коэффициента:

$R_0 = n \cdot F_x \cdot FL_x / l_0 \cdot 0,001$, где

R_0 - нетто-коэффициент воспроизводства населения;

F_x - возрастные коэффициенты рождаемости;

FL_x - числа живущих женщин из таблиц смертности, который и служат поправкой на смертность;

l_0 - «корень» таблицы смертности, равный 100000 или 10000, в зависимости от ее разрядности;

- доля девочек среди новорожденных;

n - длина возрастного интервала

Данный коэффициент характеризует количество девочек, которые при определенных на момент исследования уровнях смертности доживут до возраста, когда смогут сами иметь детей (этот возраст также берется по состоянию на момент

исследования). В начале двадцатого века анализ воспроизводства условных поколений показал, что доля девочек, способных дожить до возраста материнства, равна приблизительно половине, во время Второй Мировой войны вероятность дожития опускается до 37 %. В послевоенное время показатель рождаемости приобретал кратковременный рост, но затем вновь стала проявляться тенденция к его снижению, причем прекращению этого процесса не способствовали ни снижение детской смертности, ни повышение вероятности дожития девочек до материнского возраста до 0.98. Таким образом, показатели воспроизводства условных поколений не дают достаточной объективной информации о демографической ситуации. В связи с этим производится анализ воспроизводства реальных поколений. Оценка воспроизводства реальных поколений оценивается с двух позиций. Во-первых, с точки зрения особенностей материнского потенциала при условии стабильности детской смертности формируется норма числа рожденных детей. Во-вторых, формирование «необходимого» уровня рождаемости с позиции реальных поколений. Отклонение величины итоговой рождаемости от необходимого числа детей, т.е. «необходимого уровня», показывает недостаточность или избыточность уровня рождаемости, требующегося для простого воспроизводства. Однако со временем происходит рост числа выживших девочек, а, следовательно, изменяется уровень необходимой рождаемости. Последнее влечет к тому, что дочернее поколение, несмотря на повышение шансов дожить до материнского возраста, уже не может воспроизвести население, поэтому возникает суженное воспроизводство, вслед за которым возможна естественная убыль населения.

Когда говорят о процессах воспроизводства населения, подразумевают выполнение на различных его стадиях мероприятий, направленных на поддержание человеческого потенциала, начиная с подготовки к родам и послеродовым уходом и заканчивая профессиональной подготовкой и социализацией. Но снижение уровня жизни привело к тому, что для большинства семей наличие детей становится фактором увеличения бедности, так как расходы по вышеперечисленным мероприятиям ложатся на семейные пары, а материальное неблагополучие отрицательно воздействует на здоровье детей. В отношении уровня смертности материальное благосостояние не играет значительной роли.

По мнению Е. Быловой, одним из ключевых факторов, влияющим на смертность населения, является социальный стресс, которому подвержены значительные социальные группы, но особому разрушительному воздействию подвергается трудоспособное население. Причинами возникновения социального стресса является утрата «трудовой мотивации». Это объясняется тем, что у работника нет уверенности в возможности обеспечить себя материально честным трудом, а некоторые виды труда требуют особого сосредоточения и полной производственной отдачи, существование которые возможно при наличии сильной мотивации. В дальнейшем на уровень смертности население влияет не столько социологический стресс, сколько психоэмоциональный стресс, связанный как с изменением социального статуса, приоритетов и моральных ценностей в обществе, так и с изменением среднедушевых доходов. Для изменения данного положения

необходимо создать условия для формирования устойчивой трудовой мотивации, что повлечет за собой улучшение материальной обеспеченности населения за счет повышения качества работы.

Рассматривая динамику уровня смертности, можно выделить несколько факторов, влияющих на смертность населения. Прежде всего, стоит отметить, что в большинстве развитых стран смертность от инфекционных и прочих экзогенных заболеваний была намного снижена. Тем не менее, с пятидесятых годов здесь начинается рост уровня смертности в определенных возрастных группах. Фактором увеличения явились внешние причины смертности, которые затронули почти всё население, в том числе и детей. Значительный рост смертности пришелся и на больных со злокачественными новообразованиями.

Смертность от заболеваний сердечно-сосудистой системы хотя и не носила столь масштабный характер, и ее рост не был продолжителен, но едва ли не самое большое значение системы кровообращения в здоровье человека определяет роль смертности от данных заболеваний. К тому же рост смертности приходится на молодое, с точки зрения здравоохранения, население.

Изменение тенденции уровня смертности в сторону увеличения привело к появлению в работах гигиенистов термина «болезни цивилизации». Под этим термином подразумевались негативные результаты прогресса экономики, промышленности и вызванные ими загрязнения окружающей природной среды, что неизбежно влекло за собой ухудшение здоровья населения, возрастание стрессовых ситуаций под влиянием быстрой смены образа жизни, приоритетов в трудовой деятельности. Причинами смертности являлся рост и обострение различных хронических и профессиональных заболеваний, заболеваний сердечно-сосудистой системы, онкологических заболеваний, а также несчастные случаи. В развитых странах началась активная борьба с «болезнями цивилизации», которая подразумевала ужесточение охраны природы, разработку техник и инструкций по безопасности, защиту от несчастных случаев, профилактику заболеваний, пропаганду здорового образа жизни, рационального питания, отказ от вредных привычек. Данные мероприятия в развитых странах привели к снижению смертности и росту продолжительности жизни, но, к сожалению недостаточный профессиональный и организаторский уровень проведения мер, направленных на снижение смертности в Беларуси, не дал схожих результатов.

Также большое значение в снижении уровня смертности играет развитие медицины и системы здравоохранения. Последнее требует значительных расходов со стороны государства. Помимо этого происходит усиление борьбы с несчастными случаями: ужесточение стандартов безопасности и развитие системы скорой медицинской помощи при несчастных случаях.

В отношении Беларуси борьба с традиционными причинами смертности также уже не могла привести к снижению уровня смертности, но в отличие от Запада здесь обозначилась долгосрочная тенденция к устойчивому увеличению уровня смертности. До восьмидесятых годов происходило снижение продолжительности жизни в основном за счет болезней кровообращения и несчастных случаев. Но во

время антиалкогольной кампании на территории республики были зафиксированы самые высокие уровни продолжительности жизни и рождаемости населения. Это объясняется тем, что снизилось количество несчастных случаев и болезней сердечно-сосудистой системы, но отношение населения к пьянству изменить не удалось. По этой причине после прекращения антиалкогольной кампании в Беларуси произошел рост уровня смертности и снижение продолжительности жизни. В последующем происходило увеличение продолжительности жизни и прочие положительные демографические изменения, но по всем показателям республика уступала развитым странам Запада.

Оценивая различные примеры снижения уровня смертности в развитых странах, можно выделить несколько ключевых моментов.

Во-первых, снижение уровня смертности происходит только при наличии заинтересованности населения состоянием собственного здоровья, из чего следует увеличение личных расходов на медицинское обслуживание и снижение алкогольной зависимости.

Во-вторых, государство должно увеличивать долю расходов на здравоохранение в ВВП, в том числе и в абсолютном выражении.

В-третьих, снижение смертности практически всегда совпадало с реформированием системы здравоохранения.

В-четвертых, достаточно эффективно распространение в населении здорового образа жизни.

В заключение данного вопроса, важно отметить, что рассмотрение проблем демографического развития проводится с различных точек зрения, но при этом применение классической теории демографического перехода не объясняет процессов снижения продолжительности жизни и роста уровня смертности, происходящих в ряде стран, в том числе и в Беларуси, поэтому необходимо применять локальные теории, специализированные для каждого региона, с использованием обще-демографических методов. При этом следует помнить, что демографическое значение смертности намного ниже роли уровня рождаемости, следовательно, рождаемость является ведущим фактором, от которого зависит демографическое развитие.[2]

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Под воспроизводством населения понимают совокупность процессов рождаемости, смертности и естественного прироста. Все это обеспечивает непрерывное возобновление и смену людских поколений. Воспроизводство населения изучается показателями рождаемости, смертности, естественного прироста/убыли, а также некоторыми специальными коэффициентами.

Существует несколько типов воспроизводства населения. Одни из них относятся к историческим типам, другие к современным. Для современного типа характерны эгалитарные браки, «европейский тип брачности», снижение возраста вступления в брак, низкий прирост при низкой смертности и рождаемости.