

УДК 314.04 (575.2) (04)

РОЛЬ РЕПРОДУКТИВНОГО И САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ В ФОРМИРОВАНИИ ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОТЕНЦИАЛА

Е.В. Плоских

Рассматривается непрерывный процесс возобновления населения, происходящий всецело под воздействием законов развития общества.

Ключевые слова: репродуктивное поведение; здоровый образ жизни; смертность; эпидемиологический переход.

Репродуктивное поведение семьи и личности характеризуется сложной структурой и с полным правом может быть названо “системой систем”. Основными структурными элементами являются: репродуктивные нормы и ценности; потребность в детях, репродуктивные установки и мотивы; многообразные семейные ситуации и условия жизни, способствующие либо препятствующие реализации потребности в детях; процесс избирательно-го оценивания условий реализации потребностей в детях; результаты репродуктивного поведения, среди которых важнейшим результатом является итоговое число детей в семье. Названные элементы обладают множеством связей друг с другом, изменения одного из элементов вызывают преобразования в остальных компонентах. Неизменной остается структура взаимодействия элементов, причем подобная инвариантность наиболее полно выражается в основной диспозиции репродуктивного поведения (потребность в детях – ситуации ее удовлетворения – результаты поведения, образующиеся в ходе оценки возникающих ситуаций)¹.

Репродуктивное поведение населения отражает изменения потребности в детях, желание иметь то или иное их число, появление новых и отмирание старых мотивов рождения детей разной очередности, а также изменения условий жизни, способствующих или препятствующих наиболее полной реализации потребности в детях². Причины сокращения потребности семьи в детях до уровня

малодетности состоят во взаимоотношениях семьи с производством, в исторических изменениях функции семьи и диалектике семейных и общественных репродуктивных интересов³.

Если число детей в семье соответствует потребности супругов в детях, то улучшение условий жизни не приведет к повышению этого числа. Но если имеющееся число детей меньше уровня потребности, тогда улучшение условий реализации этой потребности способно повысить число рождений. У разных людей критерии оценки различны, поэтому одни и те же условия жизни для реализации потребности в детях могут восприниматься одними как благоприятные, другими как неблагоприятные. Профессиональная работа женщин улучшает материальные условия жизни и в то же время развивает несемейные ориентации и интересы, что сказывается на повышении требований к условиям реализации потребности в детях. Оценка ситуаций удовлетворения потребности в детях зависит от своеобразия всей системы социальных установок и ценностных ориентаций личности, от роли, которая отводится в ней семье и детям. Установки и ориентации личности отражают жизненный опыт человека, испытывают воздействия текущих условий жизни и условий прошлых лет. Первые непосредственно влияют на повседневные семейные ситуации, которые становятся условиями реализации потребности в детях, лишь пройдя сквозь призму ценностных ориентаций. Текущие условия определяют события репродуктивного цикла, а через детскую смертность – степень соот-

¹ Антонов А.И. Социология рождаемости. М., 1980.

² Зверева Н.В., Архангельский В.Н. Рождаемость в России: ситуация и факторы // Социальная и демографическая политика. 2006. № 2, февраль. С. 53.

³ Борисов В.А. Перспективы рождаемости. М.: Статистика, 1976. С. 194.

ветствия числа рождений числу имеющих в семье детей. Условия жизни прошлых лет определяют уровень индивидуальной потребности в детях, которая, как правило, остается неизменной на протяжении жизни отдельного человека. Потребность в детях – самая инерционная часть репродуктивного поведения, так как она – результат усвоения репродуктивных норм, унаследованный репродуктивный опыт предыдущих поколений.

Репродуктивные ориентации населения характеризуются с точки зрения интересов государства и общества, а также семьи. Идеальное число детей дает представление респондентов о наилучшем числе детей в семье вообще, без учета конкретной жизненной ситуации и личных предпочтений. Это один из элементов общего комплекса представлений об идеальном образе жизни, он характеризует социальную норму детности, сколько детей лучше всего вообще иметь в семье. Представление об идеальном числе детей отличается в зависимости от того в городской или сельской местности живет респондент, лучше или хуже обеспечен материально, образовательного уровня, этнической принадлежности, типа поселения.

В изучении репродуктивного поведения важным является определение потребности в детях, которая “характеризует стремление индивида, вступившего в брак, обзаводиться тем числом детей в семье, которое принято в обществе (общности, в больших и малых социальных группах)”¹. Количественным индикатором потребности в детях, рассматриваемой как стремление к тому или иному числу детей, служит показатель желаемого числа детей, т. е. того числа детей, которое индивид хотел бы иметь в семье при отсутствии каких-либо помех к этому. Желаемое число детей отражает предпочтения респондента к числу детей в своей семье исходя из собственных ценностных ориентаций, семейного опыта и других индивидуальных качеств. Оно характеризует репродуктивные установки и отражает потребность в детях. Репродуктивной характеристикой и отражением потребности в детях выступает установка на рождение того или иного числа детей или установка детности, которая “означает готовность к определенному результату репродуктивного поведения, приемлемость для личности рождения того или иного числа детей”². Данная установка определяет потребность в детях и условиями ее реализа-

ции. Из числа показателей, традиционно используемых в социолого-демографических исследованиях, ближе всего к установке детности ожидаемое число детей³. Ожидаемое число детей характеризует количество детей, которое респондент намерен иметь в своей семье, учитывая конкретную жизненную ситуацию. Различие между желаемым и ожидаемым числом детей косвенно указывает на степень реализации потребности в детях, которая зависит от жизненных условий и их субъективной оценки.

О различиях в оценке условий реализации потребности в детях у респондентов разного возраста можно косвенно судить на основании того, имеют ли место возрастные различия в ожидаемом числе детей в группах респондентов, однородных по желаемому числу детей⁴.

Репродуктивные нормы представляют собой принципы и образцы поведения, связанные с рождением определенного числа детей и принятие в различных социальных и социально-психологических группах. Нормы многодетности, среднететности и малодетности способны превращаться в обычаи и традиции в связи с устойчивостью их в ряде поколений, с длительным сохранением даже после изменения вызвавших их обстоятельств и условий жизни. Усиление внесемейной ориентации личности (в особенности женщин) на личные достижения и успех, социальная мобильность, профессиональный и карьерный рост уменьшают уровень потребности в детях и их ценность. Кроме того значимой причиной снижения рождаемости становится неуверенность в завтрашнем дне.

Кроме репродуктивного поведения в формировании демографического потенциала большая роль отводится самосохранительному поведению населения. Под самосохранительным поведением личности понимаются целенаправленные действия человека на самосохранение в течение всей жизни (в физическом, психологическом и социальном аспектах)⁵. Ценность долголетнего существования человека формируется культурной преемственностью и общественной жизнью (на основе реальных

¹ Антонов А.И. Репродуктивные установки // Народонаселение: энциклопед. словарь. М., 1994. С. 346.

² Антонов А.И. Потребность в детях // Народонаселение: энциклопед. словарь. М., 1994, С. 383.

³ Архангельский В.Н., Елизаров В.В., Зверева Н.В., Иванова Л.Ю. Демографическое поведение и его детерминация (по результатам социолого-демографического исследования в Новгородской области). М.: ТЕИС, 2005. С. 54.

⁴ Архангельский В.Н., Елизаров В.В., Зверева Н.В., Иванова Л.Ю. Демографическое поведение и его детерминация. М.: ТЕИС, 2005. С. 58.

⁵ Антонов А.И. Самосохранительное поведение. Народонаселение: энциклопед. словарь / под ред. Г.Г. Меликьяна. М.: Большая Российская энциклопедия, 1994. С. 419.

возможностей и достижения этого идеала большинством населения) и может служить критерием благополучия общества. Снижение в обществе ценности долголетнего самосохранения говорит о низкой ценности человеческой жизни вообще, обнаруживаемой в многообразных социальных отклонениях, а также в показателях продолжительности жизни, смертности от заболеваний, количестве убийств, самоубийств и несчастных случаев.

Среди демографических теорий смертности наиболее развита и с достаточной полнотой объясняет накопленный фактический материал теория эпидемиологического перехода или демографического перехода в области смертности, выдвинутая в 1971 г. американским демографом А. Омраном¹. В ее основе лежит разделение смертности на эндогенную и экзогенную составляющие, определяемые соответственно внутренними и внешними воздействиями на организм человека, которые ведут к заболеваниям и смерти, обуславливая как ее общий уровень, так и смертность от тех или иных конкретных причин.

Эндогенная составляющая смертности детерминирована онтобиологическими, или внутренними факторами, связанными с естественным процессом развития и старения организма или же имеющими наследственно-генетическую природу. Экзогенная составляющая смертности обуславливается факторами внешней среды как природной, так и социальной (экологическая обстановка, особенности производства, санитарно-гигиенические условия труда и быта, включая эпидемиологическую ситуацию в том или ином регионе, состояние медицинского и социального обслуживания и т. п.), а также поведенческими факторами, отношением самого населения к своему здоровью и продолжительности жизни².

В основе продолжающегося в наши дни снижения смертности лежит постепенное устранение экзогенных факторов смертности и все более полная реализация эндогенного потенциала здоровья человека. Согласно теории эпидемиологического перехода, все страны в своем развитии проходят через этапы изменения структуры смертности от преобладания экзогенных причин над эндогенными. При этом анализ данных о динамике смер-

ности по возрасту и причинам смерти позволяет разбить историю снижения смертности на четыре основные фазы³.

Первая фаза эпидемиологического перехода связана с ограничением экстраординарных периодических повышений смертности от особо опасных инфекций и голода.

Вторая фаза определяется открытием и широким внедрением правил профилактики болезней, что привело к существенному снижению смертности от основных инфекционных заболеваний (прежде всего – детских инфекций, желудочно-кишечных инфекций, туберкулеза), болезней органов дыхания (грипп, пневмония, бронхит) и некоторых других. Распространение гигиенически рациональных норм ухода за детьми и прогресс системы родовспоможения привели к значительному снижению материнской и младенческой смертности.

Третья фаза характеризуется постепенным преодолением негативных последствий индустриализации на основе мер по охране окружающей среды и широкого распространения норм здорового образа жизни. Положительный эффект соответствующих мер сказался уже в середине 1970-х гг., когда возобновилось устойчивое снижение смертности.

Четвертая, современная, фаза связана с успехами медицины и деятельностью высокоэффективной и развитой системы здравоохранения. На основе дозированных физических нагрузок, рационального питания и здорового образа жизни в сочетании с медикаментозным лечением существенно снижается смертность пожилых. Невиданные ранее успехи достигаются в лечении врожденных заболеваний, начинается массовое выхаживание родившихся при малом сроке беременности. Под контроль общества попадает не только большинство экзогенных факторов, но и некоторая часть эндогенной составляющей смертности.

По оценке зарубежных, российских и отечественных исследователей (М. Гийо, М. Денисенко, Н. Калмыковой, Л. Торгашевой) Кыргызстан повернул вспять, в направлении второй стадии эпидемиологического перехода.

Новый этап в динамике смертности открылся после получения независимости. В первой половине 1990-х гг. показатели смертности ухудшились. Эта тенденция не укладывалась в рамки теории эпидемиологического перехода. В 1994 г. ожидаемая продолжительность жизни при рож-

¹ Омран А.Р. Эпидемиологический аспект теории естественного движения населения // Проблемы народонаселения: о демографических проблемах стран Запада; под ред. Д.И. Валентя и А.П. Судоплатова. М.: Прогресс, 1977. С. 57–92.

² Медков В.М. Демография: учебн. пособ. Ростов н/Д: Феникс, 2002. С. 288.

³ Введение в демографию / под ред. В.А. Ионцева, А.А. Саградова. М.: Экон. ф-т МГУ, ТЕИС, 2002. С. 168.

дении снизилась до своего полувекового минимума и составила у мужчин 61,1 года, у женщин – 69,9 года¹. В дальнейшем уровень смертности в республике снижался вплоть до 2000 г., затем, после пятилетнего периода стабилизации, сокращение смертности продолжилось. В результате продолжительность жизни в 2009 г. приблизилась к максимальным значениям. В течение последних двух десятилетий советского периода ожидаемая продолжительность жизни при рождении у мужчин в Кыргызстане и России была практически одинаковой. Однако после 1991 г. показатели смертности мужчин в Кыргызстане стали даже лучше, чем в России, несмотря на большую разницу в уровнях жизни двух стран. У женщин лучшие показатели сохранились среди россиянок. Следует отметить, что линии увеличения продолжительности жизни за последние годы в Кыргызстане и России были практически параллельны. При этом одно существенное отличие сохранялось: разница в значениях продолжительности жизни при рождении между мужчинами и женщинами в Кыргызстане меньше, чем в России. В 2009 г. она составляла 7,9 лет, в то время как в России – 11,9 лет².

В XXI в. продолжительность жизни человека все в большей степени начинает зависеть не от наследственности и эффективности здравоохранения, а от усилий самого человека, его образа жизни, продуцирования им различных жизненных ситуаций, так как коренная перестройка структуры заболеваний, непосредственно вызывающих смерть (в связи с отступлением на задний план смертности от массовых эпидемий и инфекций), выдвинула на первое место сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи и новообразования. Распространение в экономически развитых странах занятий физической культурой, отказ от злоупотреблений пищей, курением и др. свидетельствуют о росте позитивных форм самосохранительного поведения.

Результаты исследования показали также низкую культуру самосохранительного поведения мужчин и женщин. Главный побудитель изменения отношения к здоровью и повышения заботы о нем – появление хронического заболевания. Более 40 % мужчин и женщин обращаются за медицинской помощью только в случае тяжелой болезни, т. е. когда она может быть уже запущена. Мало респондентов занимаются физической культурой. Значительная

часть мужчин и женщин откладывает на неопределенный срок реальные шаги, которые могли бы сделать их образ жизни более здоровым. Среди опрошенных распространено курение и употребление алкоголя. Существует ряд особенностей, отличающих отношение женщин и мужчин к здоровью. Женщины демонстрируют больший спектр мотивов, стимулирующих заниматься им. У них выше интерес к информации о здоровье и здоровом образе жизни, они уделяют большее внимание пользе потребляемых продуктов. Среди женщин менее распространено курение и употребление крепких спиртных напитков, они в большей степени занимаются профилактикой заболеваний. У мужчин по сравнению с женщинами больше рисков в отношении здоровья, однако они не воспринимают их как риски, сокращающие жизнь³. У женщин интенсивнее усилила по реализации самосохранительных усюновок, так как их цели рассцатаны на далекие перспективы, смысл жизни чаще, чем у мужчин, связан с детьми, желанием увидеть их в будущем. По-видимому, именно материнская функция женщин формирует умение распределять силы на всем протяжении жизни⁴.

Происходящие трансформации демографического поведения населения были усилены значительными переменами, произошедшими в стране за два последних десятилетия, они существенно изменили условия и качество жизни населения Кыргызстана. Переход к рыночным отношениям, изменение привычных, сложившихся в советские времена, стереотипов, утрата социальных гарантий, в том числе и в сфере здравоохранения, сокращение его сети и нищей материально-технической базы, дальнейшее обесценивание человеческой жизни и зачастую пренебрежительное отношение к собственному здоровью стали причинами ухудшения состояния смертности населения, что повлекло снижение демографического потенциала.

Довольно сильно изменились даже, казалось бы, самые естественные человеческие потребности, такие как желание создать семью, родить и вырастить детей, дать им образование и т. п. Разумеется, что для подавляющего большинства людей эти приоритеты не утратили своей значимости, но для некоторой части населения столь резкий переход от социализма к капитализму не мог не пройти безболезненно. В результате сложилась ситуация, вызвавшая в начале 90-х гг. прошлого столетия кризисные явления в демографическом развитии.

¹ Смертность и эпидемиологический переход / Население Кыргызстана в начале XXI века / под ред. М.Б. Денисенко. Бишкек: ЮНФПА, 2011. С. 148.

² Там же. С. 152.

³ Там же. С. 131.

⁴ Антонов А.И. Самосохранительное поведение. Народонаселение: энциклопед. словарь, М., 1994. С. 420.

О.В. Контев

Нарушились привычные связи, изменились социальные ориентиры, приспособиться к которым удавалось далеко не всем, что привело к заметному ухудшению показателей воспроизводства населения: возросла смертность, снизилась рождаемость, миграционный рост сменился убылью населения.

Большая часть населения, пережив стрессовые ситуации, сумела адаптироваться к рыночным условиям, но для многих отсутствие перспектив и утрата социальных ориентиров стали серьезным испытанием. Все эти процессы неблагоприятно отразились на демографическом потенциале республики.