

Глава 4 ВОЗМОЖНОСТЬ ПРОЖИТЬ ДОЛГУЮ И ЗДОРОВУЮ ЖИЗНЬ

- ♦ 4.1. Здоровье как ключевая цель человеческого развития.
- ♦ 4.2. Репродуктивное здоровье и планирование семьи.
- ♦ 4.3. Демографическая ситуация и её роль в человеческом развитии.
- ♦ 4.4. Демография и развитие: детерминанты взаимосвязи. Модель демографической трансформации.

Ключевые понятия

Брачная структура населения, безопасное материнство, возрастная структура населения, воспроизводство населения, глобальная кампания по достижению ЦРТ, связанных со здоровьем, демография, демографическая политика, демографическая статистика, динамика численности населения, естественный прирост населения, коэффициент рождаемости, коэффициент смертности, коэффициент фертильности, материнская смертность, миграция, модель демографической трансформации, общественное здравоохранение, первичная медико-санитарная помощь, планирование семьи, плотность населения, политика здравоохранения, половой состав населения, профилактика болезней, репродуктивное здоровье, рождаемость, семья, система здравоохранения, смертность, укрепление здоровья, эпидемиология, “Health 8”.

4.1. ЗДОРОВЬЕ КАК КЛЮЧЕВАЯ ЦЕЛЬ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Изменение парадигмы
понятия здоровья
в историческом
контексте**

Социокультурный и философско-антропологический интерес к понятию здоровья через призму ЧР обусловлен связью вызовов индивидуального (здоровье каждого от-

дельного человека) и популяционного здоровья (здоровье нации, народа) с кризисными явлениями экономического, экологического и культурного характера.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1946 г. ввела и зафиксировала определение здоровья в преамбуле к Уставу этой организации: **Здоровье** – это состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.⁷⁸ В Уставе ВОЗ провозглашена цель – достижение всеми народами максимально высокого уровня здоровья. Будучи специальным агентством ООН, ВОЗ содействует решению вопросов общественного здравоохранения, координируя международные усилия, направленные на борьбу с болезнями, разрабатывая принципы и нормы здравоохранения, оказывая техническое содействие, обучение, экспертные знания и опыт. Узбекистан вошел в число государств – членов ВОЗ в 1992 г., страновой офис открыт в 1995 г.

Определение здоровья – методологический и научно-философский вопрос, понимание которого во многом зависит и от культурных традиций, политической формации общества и даже языка. На русском языке здоровый – «*сделанный из хорошего дерева*»⁷⁹ означает добротный, крепкий, здоровый как дуб. На английском языке слово «health» происходит от слов «whole», «hale» «healing» – целый, полный, весь, крепкий, исцелять, что по отношению к здоровью говорит о целостности, чистоте, прочности и благополучии.⁸⁰ В узбекском языке используются слова «со?лом» и «саломатлик»: «со?лом» от старотюркского «са?» означает отсутствие болезни, то есть здоровье;⁸¹ «саломатлик» от арабского «salima» имеет общее значение – целый, беспорочный, быть в мире, благополучии.⁸² Все три лингвистических и этимологических значения слова «здоровье» отражают основную характеристику этого понятия – целостность, благополучие, мир с самим собой и внешней средой.

Ученые в настоящее время выделяют следующие теории здоровья (рис. 4.1).

⁷⁸ Преамбула к Уставу (Конституции) Всемирной организации здравоохранения.

⁷⁹ *Фасмер М.* Этимологический словарь русского языка. Т.2. – М., 1986. – С.90.

⁸⁰ <http://www.etymonline.com/index.php?search=health>

⁸¹ Этимологический словарь узбекского языка (турецкие слова). – Ташкент: Университет, 2000. – 301 с.

⁸² Этимологический словарь узбекского языка (арабские слова). – Ташкент: Университет, 2003. – 372 с.



Рис. 4.1 Теории здоровья, адаптированные из Сиджаус (1986) ⁸³

Теория I – *Здоровье как идеальное состояние*, так называемая «сократическая» цель совершенного благополучия во всех смыслах, т.е. при полном отсутствии заболевания, инвалидности и социальных проблем.

Теория II – *Здоровье как товар*, который можно продать или купить. Для организаций, оказывающих медицинские услуги, здоровье является средством, а для получателей этих услуг оно – конечная цель. В этом случае здоровье – это отсутствие на данный момент болезни, боли и нарушений, то есть его можно восстановить частично.

Теория III – *Здоровье, как функция для выполнения повседневных социальных задач*. Для того, чтобы нормально жить и работать в обществе, должны отсутствовать патологические нарушения, болезни и инвалидность.

Теория IV – *Здоровье, как сильная сторона (качество) личности*. Здоровьем считается физическое благополучие или духовное и интеллектуальное качество, его нельзя купить или продать, оно не является идеальным состоянием и рассматривается как личная задача каждого человека; здоровье можно потерять, или поддержать.

Современная наука трактует **здоровье как основу для максимальной реализации потенциала человека**. **Здоровье** – это

⁸³ Seedhouse D. Health: The Foundations for Achievement', John Wiley: Chichester, 1986.

оптимальное состояние человека при совокупности условий, позволяющих выполнять какую-либо работу, реализовать свой реальный и биологический потенциал. Часть их (глобальное состояние окружающей среды, экономическое развитие, политическая ситуация и другие) имеют общечеловеческую значимость; другие зависят от обстоятельств и индивидуальных способностей (биологическое здоровье, умственные способности, семейные обстоятельства, ментальность).

Системный подход ВОЗ отражен в **концепции интегрально-го здоровья**, которая предлагает мировому сообществу и национальным правительствам смену парадигмы «защитно-оборонительной» на «социально-конструктивную» - созидание здоровья, активное долголетие с сохранением качества жизни.

В ЧР здоровье рассматривается и как фундаментальное право человека, и как значительная социальная инвестиция, что обуславливает разнообразие подходов по улучшению здоровья и профилактике заболеваний. **Демографические и социальные изменения**, вызванные процессами старения населения, урбанизацией и финансовой нестабильностью, ставят задачи ускорения развития глобальной экономики здравоохранения. По данным отчета ВОЗ (2008 г.), за период 2000-2005 гг. рост глобальных расходов на цели здравоохранения составил 35%.

Глобальные вызовы для здоровья

Глобальные факторы риска и антропогенные экологические катастрофы формируют современную картину здоровья человечества, вносят новые детерминанты его оценки. **Детерминанты здоровья** – совокупность индивидуальных, социальных, экономических и экологических факторов, определяющих состояние здоровья отдельных людей и контингентов либо групп населения. Различают следующие детерминанты здоровья⁸⁴:

- ♦ Медико-демографические: показатели заболеваемости и смертности, оценка медицинского обслуживания, охват населения спортом, потребления алкоголя и т.д.
- ♦ Семейный доход: процент живущих за чертой бедности, безработица, пособия и т.д.
- ♦ Жильё, его качество, потребность в жилье.
- ♦ Обеспеченность пищей и качество питания.
- ♦ Забота о детях: дошкольные учреждения, группы продленного дня в школах, детские площадки.

⁸⁴ Стародубов В.И., Соболева Н.П., Лукашев А.М. Управляемые факторы риска в профилактике заболеваний. – М., 2003. – С. 12-56.

- ◆ Образование: оценка грамотности у детей, процент поступивших в вузы, специальные образовательные программы.
- ◆ Общественный транспорт.
- ◆ Общественная безопасность: статистика преступлений и аварий, опросы общественного мнения.
- ◆ Окружающая среда: оценка загрязнений воздуха и воды, мероприятия по очистке воды и удалению отходов, экологическое образование в школах.

Ситуация по здоровью в мире и в национальных системах здравоохранения мотивирует международные организации и национальные правительства уилить работу по достижению ЦРТ в части здравоохранения. ВОЗ создал и ежегодно дополняет единую базу данных о заболеваемости и смертности по странам мира. Вызовом глобальному здоровью стали инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), в которые помимо венерических инфекций, ныне включают ВИЧ/СПИД; гепатит В; кишечные инфекции и эктопаразитарные заболевания. В мировом масштабе ИППП представляют тяжелое бремя для здоровья и экономики, особенно в развивающихся странах, где на долю ИППП приходится 17% экономических потерь, обусловленных плохим состоянием здоровья.⁸⁵ В мире остается проблема туберкулёза. Первые пять мест по абсолютному числу новых случаев заболевания занимают Индия, Китай, Индонезия, Южная Африка и Нигерия. Наиболее высокий показатель заболеваемости зарегистрирован в Африканском регионе (363 случая на 100 000 человек населения).⁸⁶ Глобальным вызовом здоровью – табакокурение, которое по оценкам ВОЗ повлекло смерть 100 млн. человек в XX в. и может унести жизнь 1 млрд. человек в XXI в.⁸⁷, в том числе в период до 2030 г. – ежегодно более 8 млн. человек. Табакокурение – единственная в наибольшей степени предотвратимая причина смерти в мире, однако от нее умирает больше людей, чем в совокупности от туберкулёза, ВИЧ/СПИД и малярии.

Из 8 ЦРТ (см. Главу 1, 1.3.) практически 3 цели, из 21 специфической задачи – 7, из 60 индикаторов ЦРТ – 17 связаны со здоровьем⁸⁸: улучшение здоровья матерей (ЦРТ №4), сокращение детской смертности (ЦРТ №5) и борьба с ВИЧ/СПИДом, малярией и другими болезнями (ЦРТ №6).

⁸⁵ *Mayaud P, Mabey D.* Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174–182.

⁸⁶ Глобальная борьба с туберкулёзом в 2008 г., ВОЗ, 2008.

⁸⁷ Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008.

⁸⁸ ВОЗ, 2004

Последний отчет ВОЗ по здоровью (2009 г.), в целом положительно оценивает динамику достижений ЦРТ.⁸⁹ Генеральный Секретарь ООН Пан Ги-мун в своем Послании (2009 г.) отметил вызовы, негативно повлиявшие на индикаторы здоровья: *«Осталось только шесть лет для достижения Целей Развития Тысячелетия, совсем недавно мир был погружен в один из самых серьезных финансовых и экономических кризисов. В то же самое время, вспышка H1N1 послужила серьезным напоминанием, что проблемы здоровья не знают границ - и что международная солидарность - больше чем моральный долг; это жизненно важно для нашей коллективной безопасности и благосостояния».*

**Роль и место
здоровья в
концепции ЧР**

В настоящее время в Концепции ЧР при определении категории «здоровье» выдвигается понятие способность к устойчивому самосохранению и саморазвитию. Анализируемые ВОЗ **индикаторы здоровья** во многом подходят для использования в рамках ЧР. Центр Человеческого Развития Махбуб-уль-Хака⁹⁰ в 2004 г. предложил для агрегированного измерения Индекс здоровья (2004),⁹¹ составляемый по 13 показателям. В международной практике индикаторы отличаются от директив и стандартов. Директивы отражают глобальный уровень определенной проблемы здоровья и меры, дающие возможность решения этой проблемы. Стандарты представляют собой конкретное описание минимальных (максимальных) значений и задач для улучшения состояния здоровья.

Показатель здоровья (Health indicator) может использоваться для описания одного или более аспектов здоровья отдельного лица (или контингента), населения (количественные, качественные, временные параметры), окружающей среды (среды обитания), подлежащей измерению (прямо или косвенно).

Медицинская статистика фиксирует отсутствие выявленных расстройств и заболеваний на индивидуальном уровне, а на популяционном – снижение уровня смертности, заболеваемости и инвалидности. **Ноак Х.** в 1991 г. (табл.4.2.) предложил концептуальную рамку для измерения здоровья, в которую входят как уровни (индивидуальный и популяционный), так и периоды (прошлое, настоящее, будущее).

⁸⁹ Мировая статистика Здравоохранения - 2009, ВОЗ, 2009 год.

⁹⁰ <http://www.mhhdc.org/>

⁹¹ Human development in South Asia, Health challenge, Oxford University Press, 2004.

Таблица 4.2

**Концептуальная рамка измерения здоровья,
адаптированная**

Уровень	
индивидуальный	популяционный
Время: Прошлое. Концепция: История здоровья	
Личное здоровье Положительный опыт здоровья (улучшение статуса здоровья) Отрицательный опыт здоровья (ухудшение статуса здоровья)	Стабильный и высокий уровень здоровья в течение времени Повышение уровня здоровья в течение времени Снижение уровня здоровья в течение времени
Время: Настоящее. Концепция: Статус здоровья	
Общее здоровье и функционирование Социальное функционирование и социальная поддержка Психологическое здоровье и функционирование Физическое здоровье и функционирование	Высокое распространение общего здоровья Социальная интеграция и взаимная поддержка Высокое распространение психологического здоровья Высокое распространение физического здоровья
Время: Будущее. Концепция: Потенциал здоровья	
Общие ресурсы личного здоровья Сильные поддерживающие социальные связи Сильная позитивная Я – концепция Навыки здорового образа жизни Уровень факторов риска соматического здоровья Уровень физического здоровья	Равенство доступа к общим ресурсам здоровья Ожидаемая продолжительность жизни, свободной от страданий и нарушений Выживаемость и качество жизни больных с хроническими заболеваниями Частота мероприятий самопомощи Общий уровень позитивного образа жизни

Источник: Ноак Х. 1991, Концепция и баланс здоровья, ВОЗ, Копенгаген, Дания⁹²

Начиная с 80-х годов, различные страны и международные организации проводят исследования влияния окружающей среды на здоровье человека, результатом чего стали так называемые детерминанты здоровья. Детерминанты здоровья можно классифицировать по группам индикаторов: **измерение статуса здоровья** (средний рост и вес, процент младенцев, родившихся недоношен-

⁹² Noak H. (1991) Conceptualising and balancing health. In Badura, B. and Kickbusch, I. (eds) *Health Promotion Research. WHO Regional Publications. European Series No. 37.* WHO, Copenhagen, Denmark, pp. 85–112.

ными и др.); **социальные индикаторы** (уровень развития городов, санитарии, доступ к социальным услугам, количество и качество детских дошкольных и школьных учреждений, доступность услуг социально незащищенным слоям населения и др.); **экономические индикаторы** (уровень ВВП на душу населения, экономическая стратификация населения, потребительская корзина, уровень безработицы и др.); **поведенческие индикаторы** здоровья (здоровый и негативный образ жизни, здоровое питание и диета, уровень потребления алкоголя, курение, наркомания, гиподинамия и физическая культура, сексуальное поведение и планирование семьи); **экологические индикаторы** (состояние окружающей среды - качество воды, воздуха и земли, уровень загрязнения и др.); **политические индикаторы** (состояние и вид политической системы, развитие прав и свобод человека, гендерное равенство, права ребенка, пожилых и инвалидов и др.).

Узбекистан смог достичь значительного прогресса по ЦРТ⁹³, отмеченного в национальном докладе по человеческому развитию 2006 г. «Здоровье для всех: основная цель нового тысячелетия для Узбекистана». Ниже приводится сравнительная статистика заболеваемости и смертности (табл. 4.1).

Таблица 4.1.
Смертность и заболеваемость от конкретных причин в Узбекистане

ЦРТ 5 Коэф-т Материн- ской смертности (на 100 000 Живорож- дений)	Коэффициент смертности от конкретных причин (на 100 000 населения)				Стандартизированные по возрасту коэффициенты смертности в разбивке по причинам (на 100 000 населения)				Распределение потерянных лет жизни по более общим причинам (%)		
	ВИЧ-СПИД	ЦРТ 6			В том числе				Инфекционные заболевания	Неинфекционные заболевания	Травмы
		Малярия	ТБ среди ВИЧ негативного населения	ТБ среди людей с ВИЧ	Неинфек- ционные заболевания	Сердечно- сосудистые заболевания	Рак	Травмы			
2005	2007	2006	2007	2007	2004				2004		
24	<10	<0,001	16	0,6	880	663	68	49	48	42	10
В мире в целом											
400	34	17	20	6,8	612	301	130	93	51	34	14

Источник: Мировая статистика Здравоохранения - 2009, ВОЗ, 2009 год.

⁹³ Здоровье для всех: основная цель нового тысячелетия для Узбекистана, UNDP, Узбекистан, 2006.

Ниже на примере Узбекистана рассматриваются индикаторы измерения «негативного» и «позитивного» уровня здоровья (табл. 4.3 и 4.4).

Таблица 4.3.
Коэффициент смертности взрослых в Узбекистане⁹⁴

Мужчины			Женщины			Оба пола		
1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
250	252	226	144	151	141	198	202	183
В мире в целом								
247	236	217	175	162	147	212	200	183

Источник: Мировая статистика здравоохранения - 2009, ВОЗ, 2009 год

«Позитивная» вариация связана с развитием междисциплинарного подхода, устанавливающего взаимозависимость между окружающей средой (в широком смысле) и здоровьем человека.

Таблица 4.4.
Ожидаемая продолжительность жизни в Узбекистане

Мужчины			Женщины			Оба пола		
1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
250	252	226	144	151	141	198	202	183
В мире в целом								
247	236	217	175	162	147	212	200	183

Источник: Мировая статистика здравоохранения - 2009, ВОЗ, 2009 год.

4.2. РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ И ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

**Репродуктивное
здоровье в фокусе
концепции
человеческого
развития**

Одним из фундаментальных прав человека является право на здоровье, в том числе репродуктивное здоровье, при этом связка здоровая семья – здоровое поколение – здоровое общество имеет стратегическое значение. Репро-

⁹⁴ Вероятность смерти в возрасте от 15 до 60 лет на 1000 населения

дуктивное здоровье имеет не только биологическое, но и социальное значение – это и цель, и право человека иметь доступ к безопасным, эффективным и вместе с тем приемлемым методам планирования семьи. ВОЗ дает следующее определение: «**Репродуктивное здоровье** – это состояние полного физического, умственного и социального благополучия, а не просто отсутствие болезней или недугов во всех вопросах, касающихся репродуктивной системы, ее функций и процессов».⁹⁵

Анализ экономической эффективности инвестирования в репродуктивное здоровье и полученных положительных краткосрочных и долгосрочных выгод выявил «медицинские» и «немедицинские» аспекты влияния репродуктивного здоровья на жизнь человека и общества.⁹⁶ «**Медицинские**» аспекты репродуктивного здоровья изучаются по их положительному воздействию на материнское, детское и семейное здоровье, а «**немедицинское**» (социальное) воздействие репродуктивного здоровья изучается с 90-х годов XX в.

Таблица 4.5.

Социальные выгоды от инвестирования в репродуктивное здоровье

Службы по обеспечению материнского здоровья	Борьба с ИППП, гинекологические и урологические службы	Контрацепция
Индивидуальный уровень воздействия		
<ul style="list-style-type: none"> • Сокращение послеродовой депрессии и родильного психоза • Ослабление стигмы, связанной с бесплодием, абортom и акушерской фистулой • Повышение производительности труда и рост дохода 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика бесплодия и стерильности • Более прочные и устойчивые сексуальные отношения • Ослабление стигмы, окружающей ВИЧ/СПИД и бесплодие • Расширение возможностей для инфицированных людей работать и получать доход 	<ul style="list-style-type: none"> • Удовлетворение жизнью • Большая свобода принятия решений, особенно для женщин • Больше возможности для получения образования и работы • Повышение социального статуса женщины • Больше времени на занятия с детьми • Возможность принимать участие в общественной жизни
Уровень воздействия: Семья/хозяйство		
<ul style="list-style-type: none"> • Больше времени матерям для заботы о детях • Снижение материнской смертности и уменьшение осиротевших детей • Более высокий семейный доход и сбережения 	<ul style="list-style-type: none"> • Лучшая поддержка семьям от здоровых родителей • Меньше сирот • Более высокий семейный доход и сбережения • Возможность обсуждения супругами интимных вопросов 	<ul style="list-style-type: none"> • Продвижение принципа совместного принятия решений • Уменьшение дискриминации женщин и детей • Больше родительского внимания • Лучшее здоровье, питание и образование

⁹⁵ Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию. – Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1994.

⁹⁶ Adding it up. The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. The Alan Guttmacher Institute and UNFPA, 2003.

Службы по обеспечению материнского здоровья	Борьба с ИППП, гинекологические и урологические службы	Контрацепция
Уровень воздействия: Общество		
<ul style="list-style-type: none"> • Снижение материнской смертности • Более низкие затраты на лечение осложнений материнского здоровья • Повышение производительности и инвестиции 	<ul style="list-style-type: none"> • Меньше осиротевших детей • Меньше семей, нуждающихся в субсидиях • Более высокая производительность и инвестиции • Уменьшение общественных затрат на лечение ИППП путем их профилактики 	<ul style="list-style-type: none"> • Лучшая продуктивность и больший доход • Уменьшение гендерного неравенства • Быстрый экономический рост ввиду «демографического окна» • Уменьшение общественных затрат на образование, здравоохранение и социальные услуги

Источник: Выгоды от инвестирования в сексуальное и репродуктивное здоровье, Институт им. Алана Гутмахера и ЮНФПА, 2003⁹⁷.

В Узбекистане созданы и успешно функционируют развитые институциональные структуры по укреплению репродуктивного здоровья (табл. 4.6).

Таблица 4.6.

Институциональная структура системы репродуктивного здоровья в Узбекистане

Службы, призванные обеспечить репродуктивное здоровье		
Службы по обеспечению материнского здоровья	Борьба с ИППП, гинекологические и урологические службы	Контрацепция
<ul style="list-style-type: none"> • Дородовые службы • Акушерские службы • Послеродовые визиты • Борьба с небезопасными абортами 	<ul style="list-style-type: none"> • Профилактика и лечение ИППП, включая ВИЧ/СПИД • Профилактика и лечение вируса папилломы человека • Гинекологические и урологические службы 	<ul style="list-style-type: none"> • Интервал между рождением детей • Профилактика нежелательной беременности • Профилактика небезопасных абортов

Источник: Выгоды от инвестирования в сексуальное и репродуктивное здоровье, Институт им. Алана Гутмахера и ЮНФПА, 2003.

Безопасное материнство – обеспечение здоровья матерей и новорожденных, снижение материнской заболеваемости и смертности и укрепление здоровья новорожденных путем равного доступа к первичной медицинской помощи, включая планирование се-

⁹⁷ Adding it up. The Benefits of Investing in Sexual and Reproductive Health Care. The Alan Guttmacher Institute and UNFPA, 2003.

мы, дородовую и послеродовую помощь, доступ к акушерской и неонатальной помощи. **Материнская смертность** – это смерть женщины во время беременности или в течение 42 дней по окончании беременности, вне зависимости от ее продолжительности и вида, по любой причине, имеющей отношение к беременности или усугубленной ею, либо уходом за беременной, за исключением несчастных случаев и причин, не связанных с беременностью.

Постоянное внимание со стороны государства, гражданского общества и международных организаций привело к стойкому снижению младенческой, детской и материнской смертности (табл. 4.7 и 4.8).

Таблица 4.7.
Коэффициент младенческой смертности (ЦРТ №4)

Вероятность смерти с момента рождения до достижения 1 года на 1000 живорождений								
Мужчины			Женщины			Оба пола		
1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
70	61	41	51	44	39	61	53	36
В мире в целом								
65	56	48	61	52	45	63	54	46

Источник: Мировая статистика здравоохранения - 2009. ВОЗ, 2009 г.

По коэффициенту младенческой смертности и смертности детей до 5 лет официальные данные органов статистики Республики Узбекистан несколько отличаются от данных ВОЗ.⁹⁸ Это объясняется тем, что критерии живорождения ВОЗ отличаются от тех, что были приняты в Узбекистане.⁹⁹ Беременность, прекращенная до 28 недель созревания плода (т.е. плод весит менее 1000 г или его рост – менее 35 см), считается недоношенной и классифицируется как поздний выкидыш даже при наличии признаков жизни плода во время рождения. Только после семи дней жизни недоношенного новорожденного он классифицируется как живорожденный, в противном случае это определяется как выкидыш на поздних сроках беременности.

⁹⁸ Доклад по Целям Развития Тысячелетия. – Ташкент: ПРООН, 2006.

⁹⁹ <http://www.who.int/whosis/indicators/compendium/2008/4mrn/en/index.html>

Таблица 4.8.

Коэффициент смертности детей в возрасте до 5 лет
(ЦРТ №4)

Вероятность смерти до достижения 5 лет на 1000 живорождений								
Мужчины			Женщины			Оба пола		
1990	2000	2007	1990	2000	2007	1990	2000	2007
86	73	48	61	51	34	74	62	41
В мире в целом								
92	78	67	91	78	66	91	78	67

Источник: Мировая статистика здравоохранения – 2009. ВОЗ, 2009 г.

Сегодня в Узбекистане эффективно применяется мировая практика по укреплению репродуктивного здоровья и планированию семьи. Анализ динамики общих и повозрастных коэффициентов показывает, что процессы снижения рождаемости охватывают все возрастные группы женщин. Так по возрастной группе женщин 40 лет и старше рождаемость снизилась до минимального уровня, что означает относительно ранний возраст завершения репродуктивной деятельности. Тем не менее, воспроизводство населения Узбекистана продолжает иметь положительную динамику. Прогнозируется, что к 2030 г. численность населения достигнет 34 млн.¹⁰⁰, а уже к 2055 г. составит порядка 40 млн.¹⁰¹. Данные прогнозы обусловили внимание к вопросам планирования семьи.

**Политика
здравоохранения
в области
планирования
семьи**

Исследования в разных странах показали, что семья остается одной из главных ценностей для людей.¹⁰² Крепкая и здоровая семья является целью и вместе с тем средством достижения национальных задач. Планирование семьи может служить укреплению репродуктивного здоровья и более полной реализации человеческого потенциала.

¹⁰⁰ Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, *World Population Prospects: The 2008 Revision*, <http://esa.un.org/unpp>, Friday, August 28, 2009;

¹⁰¹ Reducing global poverty, Patterns of potential human progress, Barry B. Hughes...[et al.], USA, 2009

¹⁰² www.gfk.com, GfK Roper Reports International study of values and lifestyles

Достаточно долгое время планирование семьи воспринималось как ограничение рождаемости и встречало упорное сопротивление со стороны общественности. Современное планирование семьи – это обеспечение здоровья женщины для рождения желанных и здоровых детей. Право на планирование семьи, на свободное, ответственное и информированное принятие решения стать родителем, является международно-признанным правом каждого человека. В свое время Генеральная Ассамблея ООН провозгласила 1994 г. Международным Годом Семьи под лозунгом: «*Семья: ресурсы и ответственность в меняющемся мире*». Концепция планирования семьи может отличаться в разных государствах и даже в разных регионах внутри одного государства. По классическому определению ВОЗ, «**планирование семьи** – это обеспечение контроля репродуктивной функции для рождения только желанных детей». **Планирование семьи** – это те виды деятельности, цель которых помочь отдельным лицам или супружеским парам достичь определенных результатов: избежать нежелательной беременности; произвести на свет желанных детей; регулировать интервал между беременностями; контролировать выбор времени деторождения в зависимости от возраста родителей и определять количество детей в семье.

Открытие **безопасных методов контрацепции** повысило использование контрацептивов во многих развивающихся странах. Однако исследования показывают, что в развивающихся странах и странах с переходной экономикой более 120 млн. супружеских пар не удовлетворяют потребностей в безопасной и эффективной контрацепции в целях избежания будущих беременностей или установки интервалы между ними. Ежегодно происходит порядка 45 млн. прерываний **нежелательной беременности**, причем приблизительно 19 млн. из них прерываются путем небезопасного аборта, 40% всех небезопасных абортов приходится на молодых женщин в возрасте 15-24 лет. В результате небезопасных абортов ежегодно погибает приблизительно 68 тыс. женщин, что составляет 13% всех случаев смерти, связанных с беременностью. Исследования показывают, что, по меньшей мере одна из пяти женщин, перенесших небезопасный аборт, получает инфекции половых путей, некоторые из которых ведут к бесплодию.

В современном Узбекистане рождаемость становится все более регулируемой внутри семьи, постепенно сложились и реализуются репродуктивные ориентиры населения на семью с 2, 3, 4-мя детьми.

Международная деятельность по укреплению репродуктивного здоровья

В 2004 г. на 57-й сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения принята первая глобальная стратегия ВОЗ в области репродуктивного здоровья¹⁰³ в качестве комплекса мер превентивного воздействия на состояние репродуктивного и сексуального здоровья. По

данным ВОЗ в мире проблемы репродуктивного здоровья составляют до 20% глобального бремени плохого состояния здоровья среди женщин и 14% среди мужчин. **Стратегия по репродуктивному здоровью** включает: улучшение качества дородовой помощи, помощи при родах, после родов и помощи новорожденным; предоставление высококачественных услуг по планированию семьи, включая услуги, связанные с лечением бесплодия; ликвидацию небезопасных абортов; борьбу с инфекциями, передаваемыми половым путем, включая ВИЧ, инфекции половых путей, рак шейки матки и другие гинекологические заболевания; укрепление сексуального здоровья.

В 2005 г. при координации и на базе ВОЗ создано **Партнёрство по охране здоровья матерей, новорожденных и детей**,¹⁰⁴ объединяющее почти 300 членов; осуществлена **глобальная инициатива ЮНЭЙДС и ВОЗ “3 к 5”**¹⁰⁵ - предоставление антиретровирусного лечения 3 миллионам людей, живущих с ВИЧ в странах с низким и средним уровнем доходов.

Глобальная компания по достижению ЦРТ, связанных со здоровьем, начатая в 2007 г. (завершение - 2015 г.), разработала ряд процедур, призванных кардинально пересмотреть и улучшить индикаторы достижения ЦРТ. В 2008 г. констатирован факт, что впервые с момента появления ВИЧ/СПИД, снизилось среднегодовое число новых случаев инфицирования ВИЧ.¹⁰⁶ Принята **“Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006–2015 гг.”** Но статистика ИППП и их влияния на репродуктивное здоровье в масштабе человечества пока неутешительна.

¹⁰³ Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития, ВОЗ, 2004.

¹⁰⁴ <http://www.who.int/pmnch/en/>

¹⁰⁵ http://data.unaids.org/Publications/External-Documents/who_3by5-strategy_en.pdf?preview=true

¹⁰⁶ The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, First year report, 2008.

Партнёрами по развитию (WHO, the World Bank, UNICEF, UNFPA, UNAIDS, GAVI, GFTAM, and the Bill and Melinda Gates Foundation) создано в рамках ЦРТ неформальное объединение международных организаций в области укрепления репродуктивного здоровья «Здоровье-8».

В Узбекистане в течение последних 6 лет осуществляет деятельность в сфере Охраны материнства и детства Европейское Региональное Бюро ВОЗ. Работа в этой области ведется Представительством ВОЗ в Узбекистане по четырем техническим направлениям: обеспечение безопасной беременности; интегрированное ведение болезней детского возраста; профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку; европейская стратегия в области здоровья и развития детей и подростков.

Разработана ВОЗ в сотрудничестве с Министерством здравоохранения Узбекистана и другими партнёрскими организациями модель перинатального и акушерского ухода, которая уже заимствована и использована в проектах других стран Центральной Азии.

С 2008 г. действует Программа «Улучшение здоровья матери и ребенка и усовершенствование услуг в сфере здравоохранения в Узбекистане», бюджет которой составляет почти 6 млн. долларов США, из них 5.5 млн. долларов США (3.5 млн. евро) выделяет Европейская Комиссия и 450 тыс. долларов США (300 тыс. евро) выделяет ЮНИСЕФ. ЮНИСЕФ также предоставляет техническую помощь. Программа содержит масштабные реформы в здравоохранении, включая программу по обучению работников службы здравоохранения. Правительство Узбекистана также тесно сотрудничает с ВОЗ, ЮНФПА, ЮСАИД, ЛСА, банком KfW и АБР в рамках программ защиты здоровья матери и ребенка, включая следующие программы: безопасное материнство, повышение эффективности перинатальных услуг, расширение программы иммунизации, здоровая семья, пропаганда грудного вскармливания, интегрированное ведение болезней детского возраста, улучшение репродуктивного здоровья, профилактика йодо- и железодефицита и др.

С целью укрепления материально-технической базы учреждений родовспоможения реализуется инвестиционный проект «Укрепление здоровья женщин и детей», финансируемый АБР в размере \$40 млн. В рамках проекта оснащаются современным медицинским оборудованием 96 родильных учреждений шести регионов страны (Каракалпакстан, Хорезмская, Бухарская, Кашкадарьинская, Ташкентская и Ферганская области).

4.3. ДЕМОГРАФИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ В КОНТЕКСТЕ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

**Демография как наука:
сущность, предмет и
значение демографии
во взаимосвязи с
человеческим развитием**

Демографические тенденции и *человеческое развитие* – это взаимообусловленные и пересекающиеся процессы, имеющие общую предметно-сущностную цель – **Человека**.

Демография позволяет отслеживать способность общества обеспечить необходимое воспроизводство населения планеты как в количественном, так и качественном отношении. Колебание уровня рождаемости через определенное время проявляется в соответствующих колебаниях уровня занятости на рынке труда, сказывается на уровне бюджетных расходов на социальные нужды, влияет на формирование структуры образования и системы здравоохранения в стране.

Демография (буквально «*народописание*», от греческих слов **demos** – *народ* и **grapho** – *пишу*) наука о природе, видах и способах воспроизводства населения. Термин “**демография**” впервые ввёл в 1855 г. французский ученый **А. Гийяр** в своей книге «**Элементы статистики человека, или Сравнительная демография**». Официальное признание этот термин получил после проведения Международного конгресса гигиены и демографии в Женеве в 1882 г.

Предметом демографии как самостоятельной науки, является: изучение закономерностей и социальной обусловленности рождаемости, смертности, брачности и прекращения брака, воспроизводства супружеских пар и семей, воспроизводства населения в целом как единства этих процессов. Демография исследует изменения возрастно-половой, брачной и семейной структур населения, взаимосвязь демографических процессов и структур, а также закономерности изменения общей численности населения и семей как результата взаимодействия этих явлений

В целом выделяют **три важные задачи демографии как науки**:

- ◆ изучение тенденций и факторов демографических процессов;
- ◆ разработка демографических прогнозов;
- ◆ разработка мероприятий демографической политики.

В настоящее время, независимо от характера политического и общественного строя основным индексом, критерием оценки эффективности и характера демографической политики каждой страны мира в первую очередь является то, насколько она, эта политика, способствует или же препятствует решению вопросов и проблем человеческого развития. Таким образом, между демографической ситуацией в стране, и демографической политикой, с одной стороны и обеспечением решения задач человеческого развития, с другой, существует прямая и непосредственная связь, которая характеризуется взаимной зависимостью и взаимной обусловленностью.

Демографическая политика – это целенаправленная деятельность государственных органов и иных социальных институтов в сфере регулирования процессов воспроизводства населения.

Демографическая политика предусматривает меры, направленные на регулирование воспроизводства населения, достижение его оптимальных количественных и качественных характеристик, что в свою очередь означает воспроизводство здорового поколения. Оптимизация демографических процессов – это не только достижение определенных параметров и положительной динамики численности и структуры населения, их соответствия экономическому росту, но также программа более полного удовлетворения все возрастающих потребностей людей, обеспечения более высокого уровня физического и духовного здоровья.

Разработка программ демографического развития должна носить комплексный характер, охватывать широкий круг факторов общественной жизни, учитывать многообразные и многоаспектные последствия демографических процессов.

Источником фактических данных для демографического изучения служат результаты переписей населения и обобщённые данные текущей регистрации рождений, смертей, браков и разводов, а также материалы микропереписей и выборочных обследований как собственно демографических, так и социологических, этнодемографических и других в той мере, в какой они освещают воспроизводство населения или его социальные факторы.

Комплексный анализ демографической ситуации

Демографическая ситуация – это состояние, характеризуемое такими понятиями как рождаемость и смертность, фертильность, демографическая структура населения по возрасту, полу, местности проживания, внешняя и внутренняя миг-

рация. Эти понятия и представляют собой демографические характеристики.

Комплексный анализ демографической ситуации отражает динамику воспроизводственных характеристик населения и включает:

- ♦ анализ динамики количественных показателей;
- ♦ анализ качественных показателей;
- ♦ анализ территориальной заселенности.

Анализ количественных показателей оценки демографической ситуации

Динамика численности населения. Динамика численности населения отражает воздействие факторов социально-экономического развития на процессы воспроизводства населения. Воспроизводство населения – один из главных процессов репродукции общества, – может рассматриваться как совокупность трех видов “движения” народонаселения: “естественного” (биология и физиология), пространственного (миграция) и социального (социальная мобильность).

Современное воспроизводство народонаселения претерпело качественное изменение: биологические феномены (рождение, смерть), то есть – естественные механизмы регулирования человеческой популяции перестали быть главными его регуляторами. Над ними стали доминировать социальные факторы – сознательное стимулирование или сдерживание рождаемости и смертности на уровне народонаселения, или так называемые репродуктивные установки – психические регуляторы поведения, предрасположенности личности, определяющие положительное или отрицательное отношение к рождению определенного числа детей. Это обстоятельство делает еще более тесной связь демографической ситуации с человеческим развитием.

Оценка динамики численности населения включает анализ двух взаимосвязанных факторов: естественного и механического прироста, разности между количеством приехавших и выехавших. Общая характеристика роста населения в наибольшей степени обусловлена **естественным приростом**, который выражается абсолютным числом как разность между числом родившихся и умерших за год. Высокий естественный прирост населения обычно рассматривается как благоприятное демографическое явление, только если этот процесс происходит при низкой смертности. Однако в ряде стран из-за высокой нерегулируемой рождаемости демографическая ситуация остается напряженной с проявлениями многих признаков демографического кризиса – высокая младенческая и

материнская смертность, низкий уровень показателей здоровья населения, снижение средней продолжительности жизни и др. Естественный прирост населения необходимо оценивать только в сопоставлении с показателями рождаемости и смертности.

Естественное движение населения – это непрерывное изменение численности и структуры населения в результате рождений, смертей, браков и разводов.

При анализе естественного движения населения используется ряд относительных показателей (рассчитываются на 1000 чел, т.е. в промилле):¹⁰⁷

- ♦ общий коэффициент рождаемости вычисляется делением числа родившихся живыми за год на среднегодовую численность населения;
- ♦ общий коэффициент смертности рассчитывается путем деления числа умерших за год на среднегодовую численность населения;
- ♦ общий коэффициент естественного прироста (убыли) вычисляется как разность между коэффициентами рождаемости и смертности;
- ♦ общий коэффициент брачности вычисляется делением числа заключенных браков за год на среднегодовую численность населения;
- ♦ общий коэффициент разводимости вычисляется делением числа разводов за год на среднегодовую численность населения.

Одним из основных воспроизводственных показателей демографии является ***рождаемость*** – процесс пополнения численности населения в результате деторождения. Показатели рождаемости являются не только демографическими, но и медико-социальными критериями воспроизводства и жизнедеятельности населения. Органам здравоохранения сведения о рождаемости необходимы для планирования и организации родовспомогательных и детских учреждений, а также для изучения и прогнозирования здоровья населения. Узбекистан, в целях приближения к мировым статистическим стандартам, принял международный критерий живорождения, установленный ВОЗ.

На уровень рождаемости оказывает влияние комплекс социально-экономических факторов, таких как социально-экономичес-

¹⁰⁷ Поскольку частное от деления числа демографических событий на численность населения – величина очень малая, ее умножают на 1000, т.е. выражают таким образом число демографических событий, приходящихся на 1000 человек населения. В итоге получается показатель, выраженный в промилле, от лат. **pro mille** – на 1000.

кое положение в стране, положение женщин в обществе, уровень медицинской помощи матерям и детям, национальные и религиозные традиции и др.

Смертность, как явление, характеризует процесс убыли населения вследствие смерти и является критерием оценки здоровья и возрастной структуры населения в мирное время. В демографии применяются общие и специальные показатели смертности населения. В практике здравоохранения эти данные необходимы для осуществления мер, направленных на снижение заболеваемости, увеличение продолжительности жизни, а также для анализа эффективности медицинской помощи и оздоровительных мероприятий.

Общий коэффициент смертности малопригоден для каких-либо сравнений, так как его величина в значительной степени зависит от особенностей возрастного состава населения, типизации причин смертности. Так, рост общего коэффициента смертности, отмечаемый в последние годы в некоторых экономически развитых странах, отражает рост удельного веса лиц пожилого возраста в структуре населения. Поэтому анализируются показатели смертности по отдельным возрастно-половым группам населения, показатели смертности от определенных заболеваний, обобщается структура причин смертности.

Механическое движение населения. Изменение численности населения отдельных населенных пунктов, регионов, страны за счет миграции представляет собой механическое движение населения.

Миграция – передвижение людей (мигрантов) через границы тех или иных территорий с переменой места жительства навсегда или на более или менее длительное время.

Между миграционными и воспроизводственными процессами существует тесная взаимосвязь. Миграция влияет на рождаемость, брачность, здоровье и смертность мигрирующих масс людей, и в этом качестве выступает как один из факторов воспроизводства населения. Однако в миграционных процессах значительно заметнее, чем в воспроизводственных, роль географических и экономических факторов (природных условий, климата, уровня экономического развития и социальной инфраструктуры).

Различают миграцию внутреннюю и внешнюю. Перемещение населения внутри страны называется внутренней миграцией, а перемещение населения из одной страны в другую – внешней.

Основными показателями миграции являются:

- ◆ число прибывших (прибытий) – П;
- ◆ число выбывших (выбытий) – В;

♦ миграционный прирост (или снижение), сальдо миграции, чистая миграция $\Pi - В$;

♦ объём миграции, валовая миграция, брутто-миграция $\Pi + В$.

Кроме общей численности изучается распределение мигрантов по полу, возрасту, причинам миграции. Миграция населения – это, прежде всего, миграция рабочей силы.

Для анализа миграционных процессов используются относительные показатели.

Показатели интенсивности миграции характеризуют частоту случаев перемен места жительства в совокупности населения за определенный период.

На основе данных о численности населения, его естественном и механическом движении можно вычислить **общий прирост численности населения**, как сумму естественного и миграционного прироста.

Анализ демографической ситуации в Узбекистане.

Численность постоянного населения Узбекистана на 01.01.2009 г. составила 27533,4 млн. чел., увеличение с начала 2008 г. составило 461,2 тыс. чел., или 1,7%.

Естественный прирост населения составил в 2008 г. 507,3 тыс. чел., из них 361,9 тыс. чел., или 71,3% приходится на сельскую местность.

Естественное движение населения в 2008 г. характеризуется следующими показателями:

- **число родившихся** за год составило 646,1 тыс. чел., что на 37,2 тыс. чел., или на 6,1% выше уровня 2007 г.

- **коэффициент рождаемости** увеличился с 22,6 до 23,6 промилле. Рождаемость увеличилась во всех регионах, в том числе в наиболее значительной мере в таких областях, как Наманганская (с 24 до 24,4 промилле), Ферганская (с 23,6 до 22,4 промилле) и Андижанская (с 22,6 до 25,0 промилле). **Самый низкий уровень рождаемости сохраняется в г. Ташкенте – 19,2 промилле.**

- **число умерших** за год увеличилось по сравнению с 2007 г. на 1,4 тыс. человек, или на 1,01%. **Увеличение** показателя смертности произошло только в: Ферганской области (с 561% до 562%). **Уменьшение** показателя смертности имело место в следующих областях: Сырдарьинская (с 5,1 до 5,0 промилле), Самаркандской (с 4,8 до 4,7 промилле), Навоийской (с 5,0% 4,9%), Кашкадарьинская (с 4,1% до 4,0%), Сурхандарьинская (с 4,0 до 3,9 промилле), Таш-

кентская (с 6,2 до 6,0 промилле). Самый высокий уровень смертности сохраняется в г. Ташкенте – 7,8 промилле.

Причины смертности. Из общего числа умерших умерло от: болезней системы кровообращения – 59,1%; болезней органов дыхания – 6,7%; несчастных случаев, отравлений и травм – 6,5%.

Младенческая смертность: в 2008 г. умерло 8,0 тыс. детей в возрасте до года. **Коэффициент младенческой смертности** за рассматриваемый период уменьшился с 13,6 промилле в 2007 г. до 12,5 промилле в 2008 г.

Браки и разводы. В 2008 г. зарегистрировано 250,2 тыс. браков и 16,4 тыс. разводов. На 1000 населения приходится 9,1 браков и 0,6 разводов, против соответственно 9,4 и 0,7 в 2007 г.

Специальные показатели воспроизводства населения.

Наряду с общими коэффициентами, т.е. рассчитанными по всему населению, для более детальной характеристики воспроизводства населения определяются частные (специальные) коэффициенты, которые, в отличие от общих коэффициентов, рассчитываются на 1000 человек определенной возрастной, половой, профессиональной или иной группы населения.

Так, для количественного выражения репродуктивной способности женщины, находящейся в так называемом **фертильном** – детородном возрасте, используют специальный коэффициент рождаемости – **коэффициент фертильности**, измеряемый в промилле:

$$K_{пл} = \frac{N}{\bar{S}_{жен}} * 1000 ,$$

где: N – число родившихся живыми за год; $\bar{S}_{жен}$ – среднегодовая численность женщин в возрасте 15-44 лет.

*Под **фертильностью** понимают репродуктивную способность женщины, т.е. способность женщины к деторождению в физиологический период, называемый фертильным возрастом.*

В демографической статистике фертильный возраст принимается от 15 до 44 лет.

По данным UNFPA¹⁰⁸ коэффициент фертильности по **Узбекистану** имел тенденцию к снижению от 4,2 промилле в 1991 г. до 2,36 промилле в 2005 г., но в 2007 г. увеличился до 2,51 промилле.

¹⁰⁸ **United Nations Population Fund** – Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Доклад «Народонаселение мира в 2007 г.»

Интересно сопоставить уровни коэффициентов фертильности по странам СНГ. Так, в 2007 г. этот показатель составил: в России 1,4; Казахстане – 1,86; Азербайджане – 1,84; Узбекистане – 2,52; Туркменистане – 2,52; Кыргызстане – 2,49; Таджикистане – 3,39 промилле¹⁰⁹. Для нормального воспроизводства населения коэффициент фертильности должен быть не ниже 2,1 промилле, что на фоне стран СНГ наблюдается лишь в Центрально-Азиатском регионе. В целом величина коэффициента фертильности в мире 2,56, в более развитых регионах 1,58, в менее развитых – 2,76 промилле. Наиболее высокий коэффициент фертильности характерен для наименее развитых стран – 4,74 промилле.

При изучении смертности особое место имеет **коэффициент младенческой смертности**, или уровень смертности детей до одного года:

$$K_{мл.см} = \frac{M_0}{N} * 1000 ,$$

где: M_0 – число умерших детей в возрасте до 1 года; N – число родившихся живыми за год

Показатель средней продолжительности предстоящей жизни для любой возрастной группы населения рассчитывается делением суммы предстоящих человеко-лет жизни T_x на численность изучаемого поколения (I_x):

$$l_x^0 = \frac{T_x}{I_x} ,$$

где: T_x – сумма прожитых (предстоящих) человеко-лет, которые предстоит прожить совокупности лиц от возраста x до предельного возраста включительно; I_x – численность изучаемого поколения, дожившего до возраста x .

Для характеристики соотношения между рождаемостью и смертностью населения в статистике исчисляется **показатель жизненности** (показатель Покровского), представляющий собой отношение числа родившихся к числу умерших (за год).

Качественные показатели оценки демографической ситуации

Качественные характеристики демографической ситуации даются, исходя из структурных характеристик населения. Структурный состав населения характеризуется с помощью следующих демографических понятий и показате-

¹⁰⁹ Доклад «Народонаселение мира в 2007 г.», UNFPA.

лей: **возрастная структура, половая структура и брачная структура** населения.

Возрастная структура населения характеризуется соотношением численности разных статистически обусловленных возрастных групп населения.

Возраст населения имеет особое значение для демографических характеристик, поскольку интенсивность демографических процессов определяется возрастным составом людей. В статистических исследованиях возраст измеряют в виде целого числа исполнившихся лет, т.е. не округляют его по математическим правилам, а отсекают дробную часть. В зависимости от возраста наиболее часто выделяют следующие группы населения: младенческую (0-1 год), ясельную (1-3 года), дошкольную (4-6 лет), школьную (7-17 лет), трудоспособную (женщины – 16-54 года, мужчины 16-59 лет), фертильную (женщины 15-44 года), пенсионную (женщины 55 лет и старше, мужчины 60 лет и старше).

Возрастная структура населения влияет на все демографические процессы. Именно она накапливает в себе и хранит запас демографической инерции, потенциал количественного роста населения, в силу которого движение населения (с положительным либо с отрицательным зарядом) продолжается долгое время после того, как движущие силы этого движения уже иссякли или изменили свое направление на противоположное.

Возрастная структура играет активную роль не только в демографических, но и во всех социальных процессах. С возрастом связана психология, эмоциональность и в какой-то степени разумная активность человека.

Принято анализировать возрастную структуру населения в целом и с учетом пола. Для анализа половозрастной структуры населения широко используется один из графических методов, называемый **половозрастной пирамидой**, имеющей вид столбиковой диаграммы.

В Узбекистане средний возраст населения составляет 25,5 лет, в том числе сельского – 24,2 лет, городского – 28 лет, доля населения в возрасте 70 лет и старше составляет 2,85% в 2009 г., что в совокупности характеризует население как молодое в сравнении со многими другими странами. По прогнозам ВОЗ, в структуре населения Узбекистана к 2030 г. люди в возрасте 65 лет и старше будут составлять порядка 8%.

В структуре населения республики преобладает трудоспособная возрастная группа (женщины в возрасте 16-54 лет и мужчины в возрасте 16-59 лет), а также дети и подростки до 16 лет – 32,66%.

Структура населения по полу. Половой состав населения характеризуется *абсолютной численностью мужчин и женщин и относительными показателями удельного веса мужчин и женщин в общей численности населения.*

Половая структура населения складывается под влиянием трёх основных факторов:

1) соотношение полов среди новорожденных (биологическая константа);

2) половые различия в смертности;

3) половые различия в интенсивности миграции населения.

Закономерно мальчиков рождается больше, чем девочек, причем соотношение полов среди новорожденных стабильно: 105-106 мальчиков на 100 девочек. Однако такая пропорция устойчиво проявляется лишь в достаточно больших совокупностях новорожденных. В небольших совокупностях она может нарушаться, быть самой разной.

В целом на Земле мужчин немногим больше, чем женщин. В основном превышение числа мужчин над числом женщин наблюдается в ряде развивающихся стран (Китай, Индия, Пакистан, Бангладеш и др.). Факторы, обусловившие такое соотношение полов, в каждой стране различны. В одних это результат своеобразных миграционных процессов, в других – пережитки традиционного образа жизни с угнетённым положением женщин, вследствие чего иногда средняя продолжительность их жизни оказывается меньше, чем у мужчин. Однако постепенно, вслед за развитием промышленности во всех странах меняется положение женщин, увеличивается их продолжительность жизни, причём быстрее, чем у мужчин, и соответственно меняется соотношение полов.

Брачная структура населения – это распределение населения по брачному состоянию¹¹⁰, обычно в сочетании с полом и возрастом. Поэтому часто применяют термин “брачно-возрастная структура”.

Единственным источником информации о брачно-возрастной структуре населения являются переписи населения. Брачное состояние в переписи теперь учитывается в виде пяти категорий: никогда не состоявшие в браке, состоявшие в браке на момент переписи, вдовы, разведенные юридически и разошедшиеся фактически.

¹¹⁰ Брачное состояние человека – это его положение по отношению к институту брака в соответствии с

**Территориальное
расселение,
плотность
населения**

Территориальное размещение (или расселение) характеризует расселение людей по континентам, странам, административным территориальным единицам, населенным пунктам. Особенности расселения людей определяются историческими, географическими, климатическими, социально-экономическими и другими условиями.

Плотность населения – это показатель степени населённости конкретного региона, который служит характеристикой освоенности территории, интенсивности хозяйственной деятельности людей.

Показатель плотности населения для отдельных территорий или административных единиц определяется делением численности населения данной территории на ее площадь, выраженную в квадратных километрах.

В **Узбекистане** рост населения обуславливал повышение плотности его проживания: с 14,6 чел на 1 км² в 1940 г. до 57,5 чел на 1 км² в 2007 г., или за указанные 67 лет в 3,9 раза. В административно-территориальных пределах Узбекистана показатель плотности населения значительно варьирует. Высока плотность проживания в областях Ферганской долины: при 4% общей территории республики здесь проживает 27,8% всего населения, или в среднем 385 чел. на 1 км². В Самаркандской, Сырдарьинской, Ташкентской областях (включая г. Ташкент), имеющих 8% общей площади, проживает 31,5% всего населения, или в среднем 218 чел. на 1 км². На остальной территории проживает более 10 млн. чел., плотность населения колеблется от 48 чел. в Джизакской до 80,2 чел. в Кашкадарьинской области. Самая низкая плотность населения в Навоийской области и Республике Каракалпакстан – всего 7-9 чел. на 1 км².

Сегодня из 14 территориальных единиц Узбекистана 9, а также г. Ташкент, относятся к **плотно заселённым**, однако они занимают лишь четверть территории Узбекистана, а четыре области с низкой плотностью населения занимают остальные 3/4 территории. В регионах с высокой плотностью населения сосредоточено 4/5 всего населения, трудовых ресурсов, экономически активного и занятого населения, родившихся детей и естественного прироста населения, 74% ВВП, 79% инвестиции и 88% потребительских расходов.

По признаку территориального размещения (расселенности) выделяют **городское** и **сельское** население. Такое деление не сле-

дует смешивать с делением населения по признаку его аграрной и индустриальной занятости. В Узбекистане городом считается населенный пункт с численностью жителей 20 тыс. и более, при условии, что не менее 85% семей составляют рабочие и служащие. Малыми считаются города, где проживает до 50 тыс. человек, средними – от 50 до 100 тыс., большими – от 100 тыс. до 250 тыс., крупными – от 250 тыс. до 1 млн., крупнейшими – более 1 млн. человек.

В соответствии с принятой классификацией по признаку обеспеченности трудовыми ресурсами регионы подразделяются на:

♦ **трудоизбыточные** – характеризуются высоким уровнем естественного и механического прироста и недостатком наличия свободных рабочих мест;

♦ **трудодефицитные** – испытывают недостаток в квалифицированной рабочей силе. Эти регионы отличаются сложными природно-климатическими условиями, недостаточно развитой социально-производственной сферой и инфраструктурой, а также слабой закрепляемостью рабочих кадров;

♦ **трудообеспеченные** – располагают балансом между наличием рабочих мест и рабочей силой.

**4.4. ДЕМОГРАФИЯ И РАЗВИТИЕ:
ДЕТЕРМИНАНТЫ ВЗАИМОСВЯЗИ.
МОДЕЛЬ ДЕМОГРАФИЧЕСКОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ.
КОНЦЕПЦИИ ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ**

**Модель
демографической
трансформации**

Демографическая ситуация в мире и в каждой отдельно взятой стране не является статичной и находится в процессе постоянных изменений. Наиболее эффективными сферами влияния на демографическую ситуацию с точки зрения их благоприятного воздействия на продолжительность жизни и численность населения в современном мире были признаны экономика, образование и здравоохранение, которые являются главнейшими аспектами человеческого развития. В настоящее время получает распространение так называемая модель демографической трансформации, которая не только отражает взаимосвязь факторов социально-экономического развития и демографии, но также иллюстрирует, как динамика количественных показателей приводит к качественным изменениям демографической ситуации.

Модель демографической трансформации (*Model of Demographic Transition*) представляет собой эмпирическое описание динамики демографической ситуации на основе изменений коэффициентов рождаемости и смертности, происходящих по мере развития стран от доиндустриального до индустриального и постиндустриального общества.

Данная теория основана на интерпретации историко-демографического исследования (1929) американского демографа **Уоррена Томпсона**, который проанализировал изменения в показателях рождаемости и смертности в течение 200 лет и выделил соответствующие этапы – **стадии демографической трансформации** в ходе эволюционного развития на примере индустриальных стран.¹¹¹ Томсон подчеркивал, что по мере роста индустриального развития происходит изменения демографических трендов – от высокого уровня коэффициента рождаемости и высокого уровня коэффициента смертности до низкого уровня коэффициентов рождаемости и смертности (см. рис.4.7). В свою очередь, такие изменения приводят к качественным переменам: происходят радикальные изменения в половозрастной структуре населения, меняется вид **популяционной пирамиды**, что и отражает демографический переход (трансформацию) от одной стадии демографической ситуации к другой.

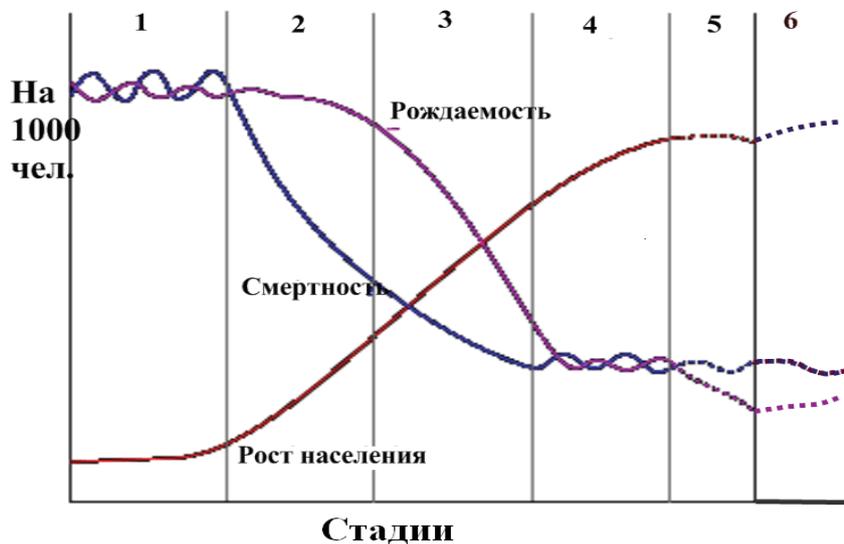


Рис.4.7. Стадии демографической трансформации.

¹¹¹ Warren Thompson. Encyclopedia of Population. 2. Macmillan Reference. 2003. pp. 939–940. ISBN 0-02-865677-6

В настоящее время в модели демографической трансформации (МДТ) выделяется **шесть** соответствующих **стадий**.

**Стадии
демографической
трансформации**

Первая стадия описывает демографическую ситуацию доиндустриального этапа общественного развития. Она характеризуется наиболее высокими, почти сбалансированными, коэффициентами смертности и рождаемости.

В доиндустриальном обществе коэффициенты смертности и рождаемости были подвержены сильным колебаниям в зависимости от естественных условий, включая зависимость от климатических и природных факторов на обеспеченность продовольствием, а также от распространения эпидемий и болезней. При этом, непосредственно к популяционным изменениям приводили как положительные колебания в обеспеченности продовольствием (например, благодаря совершенствованию агротехнологий), так и отрицательные, (например, из-за засухи и распространению вредителей). Поскольку планирования семьи и контрацепции фактически не существовало, коэффициенты рождаемости были ограничены только способностью женщин иметь детей. Высокий уровень рождаемости был обусловлен тем фактом, что расходы на питание, одежду и т.д. детей только немного превышали их вклад в домашнее хозяйство, а дети с самого раннего возраста помогали родителям экономике по хозяйству. Кроме того, став взрослыми, дети становятся главным ресурсом для семейного (в основном сельского) бизнеса, являясь также первичной формой страхования для взрослых в старости.

Причиной высокого уровня смертности зачастую являлся голод. В некоторых случаях эмиграция (например, в Европе и США в течение XIX-го столетия) способствовала сокращению показателей смертности. Однако, в целом, коэффициенты смертности соответствовали коэффициентам рождаемости, часто превышая уровень 40 на 1000 человек в год.

Для первой стадии модели демографической трансформации характерен **примитивный тип популяционной пирамиды**. Такая возрастная пирамида имеет широкое основание, которое образует высокая доля детей в населении и узкий шпалеобразный верх, т.к. мала доля доживающих до преклонного возраста. Боковые стороны такой пирамиды имеют вид вогнутых парабол. В далеком прошлом все народы имели такой тип воспроизводства населения (см. рис.4.8.а).

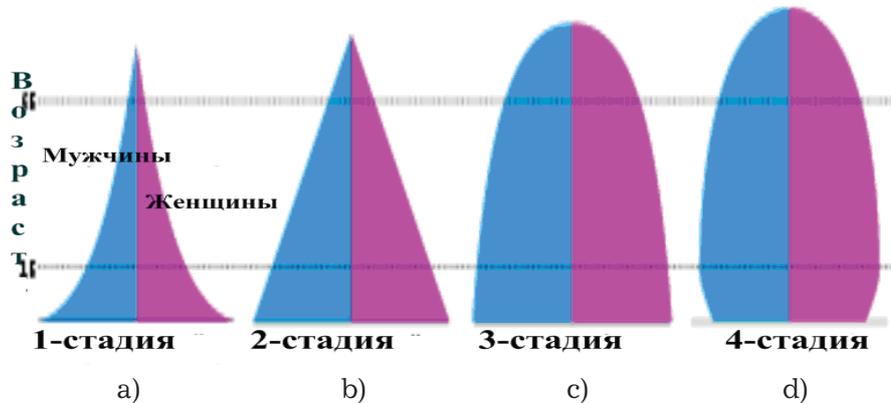


Рис.4.8. Популяционные пирамиды модели демографической трансформации.

Вторая стадия модели демографической трансформации характеризуется значительным сокращением коэффициента смертности и высоким положительным естественным приростом населения.

Снижение коэффициента смертности было вызвано следующими факторами:

- ♦ Во-первых, более высокий уровень урожайности (на основе внедрения севооборота, методов отбора и культивации семян и др.), а также лучшая система транспортировки, предотвращали смерть из-за голода и нехватки воды.

- ♦ Во-вторых, существенное улучшение общественного здоровья. В некоторой степени действие данного фактора обусловлено развитием медицины как науки. (Так, в конце XIX-го века впервые стали использовать вакцинацию, что способствовало сокращению эпидемий). Однако, главным фактором улучшения здоровья были рост уровня образования, улучшение социального статуса матерей, широкое распространение правил личной гигиены, а также усовершенствование систем водоснабжения и канализации, методов обработки пищи.

Последствием снижения уровня смертности на второй стадии является все более и более быстрое повышение прироста населения (так называемый **«демографический бум»**), поскольку разность между уровнями смертности и рождаемости становится все большей. Здесь следует отметить, что такой рост населения происходит не благодаря увеличению фертильности (роста коэффициента рождаемости), а по причине снижения уровня смертности. Такие изменения демографической ситуации начались в северо-западной Европе в XIX-м веке (благодаря Промышленной революции) и происхо-

дили вплоть до середины XX-го века. Развивающиеся страны вошли во вторую стадию в течение второй половины XX-го столетия, что привело к **глобальному демографическому буму**.

Другой особенностью второй стадии являются качественные изменения в возрастной структуре населения. Так, для первой стадии был характерен наибольший уровень смертности среди детей первых 5-10 лет жизни (зачастую выше 200 смертельных случаев на 1000 рожденных детей). Сокращение коэффициентов смертности во второй стадии вызвано увеличением выживания детей, возрастная структура становится все более юной, что характеризуется более широким, чем в первой стадии, основанием популяционной пирамиды. следовательно, прирост населения ускоряется, поскольку больше детей входит в репродуктивный цикл, поддерживая высокие коэффициенты рождаемости их родителей. Популяционная пирамида для второй стадии МДТ (см.рис.4.8.b) характерна для ряда стран Третьего мира, включая Йемен, Афганистан, палестинские территории, Бутан и Лаос и большую часть Африки района Сахары (за исключением ЮАР, Зимбабве, Ботсвану, Свазиленд, Лесото, Намибию, Кению и Гану, которые начали третью стадию демографической трансформации).

Третья стадия модели демографической трансформации характеризуется значительным сокращением коэффициента рождаемости и более стабильным (ровным) приростом населения. Сокращению рождаемости на этой стадии способствуют следующие **факторы**:

- ◆ Рост уровня доходов и качества жизни.
- ◆ Сокращение детской смертности, увеличение доходов рожают уверенность родителей в том, что меньшее количество детей достаточно, для того, чтобы помогать в семейном бизнесе и заботиться о них в старости.
- ◆ Рост урбанизации меняет традиционные ценности, такие, как большое количество и ценность детей как экономического ресурса в сельском обществе.
- ◆ Рост человеческого капитала. Внедрение системы обязательного образования, принятие законодательных актов о запрете детского труда, рост понимания социальной важности обучения в целях обеспечения более достойного будущего, приводит к увеличению инвестиций в образование детей и в сельских областях, и в городах. Частично из-за роста уровня образования и доступа к планированию семьи, родители начинают серьезно оценивать потребность в детях и свои способности поднять их.
- ◆ Увеличение женской грамотности, уровня образованности и занятости понижает значение материнства как главного критерия оценки статуса женщин

◆ Распространение мер контрацепции.

Таким образом, третья стадия модели демографической трансформации описывает стационарный тип воспроизводства населения, при снижении уровня смертности и рождаемости, и как следствие – замедлением роста численности населения. Возрастная популяционная пирамида принимает форму колокола (рис.4.8.с), примером могут быть развивающиеся страны, где наблюдается значительное сокращение коэффициента фертильности.

Страны, в которых коэффициент фертильности сократился более чем на 40% по сравнению со второй стадией: Коста-Рика, Сальвадор, Панама, Ямайка, Мексика, Колумбия, Эквадор, Гайана, Суринам, Филиппины, Индонезия, Малайзия, Шри-Ланка, Турция, Азербайджан, Туркмения, Узбекистан, Египет, Тунис, Алжир, Марокко, Ливан, Южная Африка, Индия, Саудовская Аравия, и государства Тихоокеанских островов.

Страны, в которых коэффициент фертильности сократился на 25-40% по сравнению со второй стадией, включают: Гондурас, Гватемала, Никарагуа, Парагвай, Боливия, Вьетнам, Мьянма, Бангладеш, Таджикистан, Иордания, Катар, Албания, Объединенные Арабские Эмираты, Зимбабве, и Ботсвана.

Страны, в которых коэффициентами фертильности сократился на 10-25% по сравнению со второй стадией: Гаити, Папуа-Новая Гвинея, Непал, Пакистан, Сирия, Ирак, Ливия, Судан, Кения, Гана и Сенегал.¹¹²

Четвёртая стадия модели демографической трансформации характеризуется низкими коэффициентами рождаемости и низкими коэффициентами смертности. Показатели смертности могут остаться последовательно низкими или незначительно увеличиться из-за увеличения болезней, связанных с современным образом жизни, распространением ожирения и стареющим населением в развитых странах. Страны, в которых на данном этапе *коэффициент фертильности меньше чем 2.5*: США, Канада, Аргентина, Австралия, Новая Зеландия, большая часть европейских стран, Багамы, Пуэрто-Рико, Тринидад и Тобаго, Бразилия, Шри-Ланка, Южной Корея, Сингапур, Ирана, Китая, Турции, Северной Кореи, Таиланда и Маврикия.¹¹³ Четвёртая стадия модели демографической трансформации описывает пограничное состояние между стационарным и регрессивным типом воспроизводства населения, при снижении уровня смертности и рождаемости, и как следствие – замедлением роста численности населения. Возрастная по-

¹¹² Marathon geography

¹¹³ Там же.

пуляционная пирамида меняет форму, ее основание становится более узким, что означает сокращение доли детей в общей численности населения (рис.4.8.d).

Пятая стадия модели демографической трансформации. В первоначально разработанной модели демографической трансформации выделялось лишь четыре стадии, при этом делалось предположение, что население страны стабильно останется на достигнутом уровне. Однако, некоторые эксперты полагают, что необходимо выделить пятую стадию, чтобы представить страны, в которых коэффициент фертильности сократился ниже уровня, необходимого для простого воспроизводства населения (то есть, ниже 2.1 детей на одну женщину). Таким образом, для пятой стадии характерна демографическая ситуация, при которой коэффициенты смертности выше, чем коэффициенты рождаемости (например, в Германии, Италии и Японии). На этой стадии начинается депопуляция, происходит старение и сокращение численности населения.

Шестая стадия модели демографической трансформации. После описания процесса депопуляции населения, характерного для пятой модели, естественным образом возникает вопрос: *Возможна ли дальнейшая стадия демографического развития? Какую направленность будут иметь демографические тренды? Будет ли сохраняться отрицательная корреляция между ростом уровня социально-экономического развития и сокращением рождаемости, которую можно наблюдать, начиная со второй стадии МДТ?*

В издании Nature (август, 2009) Myrskylä, Kohler и Billar¹¹⁴ доказывают, что ранее отрицательная взаимосвязь между уровнем национального благосостояния, измеренного на основе индекса человеческого развития и коэффициентами рождаемости стала иметь вид **J-кривой**. Это указывает на появление положительной взаимосвязи динамики коэффициентов фертильности и высокого уровня ИЧР. Как видно из демографических трендов МДТ, по мере прогресса человеческого развития (включая рост уровня доходов, доступность получения качественного образования и возможность иметь долгую и здоровую жизнь) происходило сокращение коэффициентов фертильности. Однако, современные исследования показывают, что такая взаимосвязь характерна для стран с низким и средним уровнями ИЧР. В странах, где уровень ИЧР является высоким (ИЧР выше 0.95) происходит восстановление коэффициента фертильности.¹¹⁵ Во многих странах с очень высокими уровнями

¹¹⁴ Advances in development reverse fertility declines. Nature 460, 741-743 (6 August 2009).

¹¹⁵ The best of all possible worlds?» The Economist 6 August 2009.

человеческого развития коэффициенты рождаемости начинают увеличиваться и приближаются к двум детям на одну женщину (за исключением Канады и Японии). Следовательно, существенный прогресс человеческого развития приводит к появлению шестой стадии демографической трансформации, где осуществляется переход от депопуляции к восстановлению численности населения и популяционному росту (см.рис.4.9).

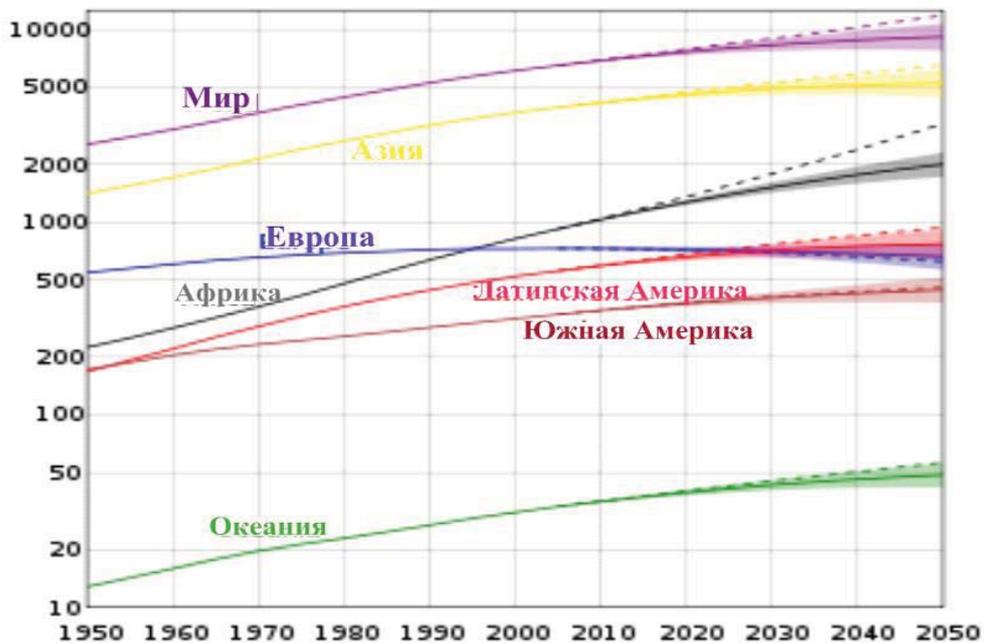


Рис 4.9. Динамика и прогноз роста численности населения по регионам мира.

Необходимо подчеркнуть, что как и большинство моделей, эта модель – обобщенное описание демографических изменений в развитых странах. Более того, возможно, что данная модель не достаточно точно описывает поступательное изменение современной демографической ситуации в развивающихся странах. Так, большое количество стран (например, Китай, Бразилия и Таиланд) прошли через стадии демографической трансформации достаточно быстро благодаря достижениям экономического роста и социально-экономическим реформам. В июле 2009 г. численность населения мира достигла 6,8 млрд человек и, согласно среднему варианту прогнозов, составит 7 млрд человек в 2012 г., 8 млрд человек в 2025 г. и 9 млрд человек в 2045 г. Увеличение продолжительности периода

времени, в течение которого население планеты увеличивается на каждый новый миллиард человек, объясняется снижением темпов прироста населения. Фактически, глобальные темпы прироста населения достигли своего пика в период 1965-1970 гг., когда они составляли 2% в год, а затем они неуклонно сокращались. В 2005-2010 гг. эти темпы, по оценкам, составят 1,17% в год, и предполагается, что в 2045-2050 гг. они будут составлять лишь 0,36% в год.

Демографические тенденции весьма различны в разных странах. Для развитых стран характерны низкие показатели смертности и очень низкие показатели рождаемости, которые не обеспечивают воспроизводства населения, и поэтому в них, в конечном счете, численность населения будет уменьшаться. В отсутствие притока международных мигрантов численность населения развитых стран вскоре начнет уменьшаться. С учётом прогнозируемого показателя чистой миграции, составляющего в среднем 2,3 млн. мигрантов в год, общая численность населения этих стран, по прогнозам, несколько возрастет, с 1,23 млрд человек в 2009 г. до максимум 1,26 млрд человек в 2031 г., а затем начнет уменьшаться и составит 1,25 млрд человек в 2050 г.

Противоположная тенденция отмечается в развивающихся странах, где показатели прироста населения довольно высоки в силу того, что средние показатели фертильности по-прежнему значительно превышают показатели, необходимые для обеспечения простого воспроизводства населения. По прогнозам, в период между 2009 и 2050 годами численность их населения увеличится на 2,3 млрд человек – с 5,6 млрд человек до 7,9 млрд человек. Ожидается, что численность населения наименее развитых стран, в частности, удвоится и в 2050 г. составит 1,7 млрд человек.

Эти прогнозы основаны на предположении о том, что показатели фертильности будут продолжать сокращаться в развивающихся странах, и особенно в наименее развитых странах, где, по прогнозам, общие показатели фертильности уменьшатся с 4,6 ребёнка на женщину до 2,5 ребёнка на женщину в период между периодами 2005-2010 гг. и 2045-2050 гг. Если показатели фертильности не будут более изменяться, численность населения наименее развитых стран может достигнуть в 2050 г. 2,8 млрд человек.

Некоторые же страны (например, африканские страны), приостановились на второй стадии по причине застойного развития и негативного влияния распространения СПИДа.

Таким образом, изучение динамики демографической ситуации на основе МДТ позволяет сделать вывод о том, что демографические изменения происходят под воздействием целого ряда факторов, непосредственно связанных с человеческим развитием:

- ◆ Экономические факторы.
- ◆ Факторы, связанные с образованием населения.
- ◆ Уровень здравоохранения.
- ◆ Социальные факторы: уровень, качество, стиль и уклад жизни, качество жилья и особенности быта, социальная инфраструктура и социальные услуги, характер и уровень развития коммуникаций и т.п.
- ◆ Правовые факторы, в том числе обеспечение прав детей, юноши и девушки, женщины, матери и ребёнка.
- ◆ Социокультурные факторы: система и иерархия приоритетных ценностей, ценностных установок и ориентаций граждан, в том числе в отношении сохранения своего здоровья в целом и репродуктивного поведения в частности.

Перспективные направления демографической политики в целях человеческого развития

Национальная демографическая политика, наряду с учётом глобальных тенденций регулирования народонаселения, должна быть направлена на страновое регулирование воспроизводства населения для достижения его оптимальных количественных и качественных характеристик, обеспечивающих, с

одной стороны, гармонию воспроизводственных процессов с национальными природными ресурсами, с другой стороны, должна соответствовать прогнозируемому экономическому росту и прогрессу социально-экономического и человеческого развития.

Во вставке приведены статьи Конституции, непосредственно отражающие значимость категорий демографии и концептуальную ориентацию демографической политики на человеческое развитие.

Статья 4. Республика Узбекистан обеспечивает уважительное отношение к языкам, обычаям и традициям наций и народностей, проживающих на ее территории, создание условий для их развития.

Статья 8. Народ Узбекистана составляют граждане Республики Узбекистан независимо от их национальности.

Статья 13. Демократия в Республике Узбекистан базируется на общечеловеческих принципах, согласно которым высшей ценностью является человек, его жизнь, свобода, честь, достоинство и другие неотъемлемые права. Демократические права и свободы защищаются Конституцией и законами.

Статья 14. Государство строит свою деятельность на принципах социальной справедливости и законности в интересах благосостояния человека и общества.

Статья 22. Республика Узбекистан гарантирует правовую защиту и покровительство своим гражданам как на территории Республики Узбекистан, так и за ее пределами.

Статья 28. Гражданин Республики Узбекистан имеет право на свободное передвижение по территории республики, въезд в Республику Узбекистан и выезд из нее, за исключением ограничений, установленных законом.

Статья 46. Женщины и мужчины имеют равные права.

Статья 63. Семья является основной ячейкой общества и имеет право на защиту общества и государства. Брак основывается на свободном согласии и равноправии сторон.

Статья 65. Дети равны перед законом вне зависимости от происхождения и гражданского состояния родителей. Материнство и детство охраняются государством.

Статья 68. Республика Узбекистан состоит из областей, районов, городов, поселков, кишлаков, аулов, а также Республики Каракалпакстан.

В Узбекистане основными направлениями демографической политики являются:

- ♦ повышение качественных характеристик подрастающего поколения (здоровье, физическое развитие, образование),
- ♦ осуществление системы мер по увеличению продолжительности жизни и повышению трудовой активности людей,
- ♦ содействие упрочению семьи,
- ♦ создание условий женщинам и матерям для активного участия в трудовой деятельности, улучшение содержания детей и нетрудоспособных за счет общества.

Охрана репродуктивного здоровья женщин и воспроизводство здорового поколения отвечают глобальным целям развития, сформулированным в Декларации тысячелетия. Республика Узбекистан установила следующие национальные цели, которые должны быть достигнуты к 2015 г.:

- ♦ сократить смертность среди детей в возрасте до 5 лет;
- ♦ сократить материнскую смертность.

Демографическая политика играет важную роль в оптимизации бюджетной политики, регулировании социальных вопросов, разработке программ здравоохранения, образования, занятости.

Демографическими особенностями Узбекистана, в той или иной мере сохраняющимися в настоящем и влияющими на развитие социального сектора, являются:

- ♦ **продолжающийся, при относительном снижении темпов, рост численности постоянного населения,** которое по

прогнозу UNFPA к 2050 г. составит 38,7 млн. чел. Это накладывает соответствующие требования к темпам экономического роста, а также количественному и качественному развитию социальной сферы;

♦ **высокий удельный вес детского населения в возрасте до 18 лет** в общей структуре населения (в 2006 г. удельный вес детей в возрасте до 18 лет составлял 42% всего населения). Это обуславливает сохранение высокой финансовой нагрузки на бюджет и общество в целом в связи с развитием соответствующих социальных отраслей, сохранением бесплатного общего образования, первичного и детского здравоохранения. Помимо этого, высокий коэффициент иждивенцев, приходящихся на одного трудоспособного члена семьи (0,74 – в 2006 г.), ограничивает рост доходов семьи, а также понижает показатель ВВП в расчёте на душу населения;

♦ **снижающийся в последние годы, но относительно высокий уровень рождаемости**, создающий дополнительную нагрузку на действующие учреждения родовспоможения, детские дошкольные учреждения и учреждения детского здравоохранения, а также обуславливающий растущую потребность в их дальнейшем количественном и качественном развитии;

♦ **высокий удельный вес лиц, ежегодно вступающих в трудоспособный возраст**, – эта волна, связанная с пиковыми коэффициентами рождаемости в 80-е годы, создает в настоящее время дополнительную нагрузку на рынок труда;

♦ **сохраняющаяся неравномерность территориального расселения: высокая плотность проживания населения в отдельных регионах, чередующаяся с территориями с низкой плотностью проживания**, создает определенные трудности в рациональной организации хозяйственной деятельности, развития производственной и хозяйственной инфраструктуры, организации и размещения объектов социальной инфраструктуры, обеспечения доступа к ним и эффективного использования;

♦ **преобладание сельского населения** (в 2006 г. – 63,8%) **над городским**, что характеризует Узбекистан как страну с низким уровнем урбанизации. Темпы роста сельского населения превышают городское, что требует преимущественного развития сети образовательных и медицинских учреждений в сельской местности, а также создает дополнительные проблемы трудоустройства;

♦ **рост миграционного оттока населения с отрицательным сальдо миграции**, что обуславливает объективную необходимость комплексного анализа совокупности причин, мотивирующих те или иные виды миграционных процессов.

Для демографической ситуации Узбекистана одной из таких специфических проблем является избыточная нагрузка на рынок труда. В этом плане очень важную роль играет реальное демографическое поведение людей, отношение их к семье и к её планированию. Для изучения отношения населения страны к различным вопросам, в том числе демографического характера – проводятся социологические исследования. В частности, на основе результатов исследования, проведенного Центром изучения общественного мнения “Ижтимоий Фикр” в 2009 г. были получены сведения об отношении населения к вопросам планирования семьи.

«В последние годы в нашей республике наблюдается устойчивая тенденция роста положительного отношения граждан к планированию семьи. Если в 2005 г. мнение о необходимости планирования семьи высказали 57,1% респондентов, то в 2009 г. – 61,2%. Такая тенденция свидетельствует, что жители страны стали больше внимания уделять не только количеству детей, но и таким качественным характеристикам, как здоровье матери и ребёнка, материальная обеспеченность, образование и другие. Так, большая часть опрошенных считает первоочередной обязанностью родителей перед детьми обеспечение получения полноценного образования. Именно в этом они видят условие достижения детьми благополучной и содержательной жизни в будущем».

Выводы

♦ Концепция человеческого развития призывает к тому, чтобы проблема сохранения здоровья всех и каждого, максимального развития потенциала здоровья при оптимальных затратах, достижения общества здоровых людей решалась на всех уровнях, начиная с отдельного индивидуума, национальных правительств и человечества в целом.

♦ В целом человечество стало здоровее и продолжительность жизни увеличилась, но данная тенденция распространяется неравномерно. Снижение детской смертности происходило быстрее в странах с высокими доходами, по сравнению со странами с низкими доходами. В странах со средними доходами детская смертность изменялась по-разному, в некоторых странах был достигнут значительный прогресс в достижении ЦРТ, в других странах (особенно Африка к югу от Сахары) отмечается стагнация или даже регресс.

♦ Человеческое развитие является важной составляющей в улучшении здоровья, как на индивидуальном, так и на популяционном уровне. Накопленная база статистической информации позволяет проводить временные и сравнительные исследования по развитию здоровья человечества. Возникла тенденция не только

количественного измерения, но и качественного измерения здоровья.

♦ Республика Узбекистан своевременно и поэтапно реформирует систему здравоохранения, основываясь на достижениях современной науки, создавая при этом свой уникальный опыт и адаптируя лучший опыт развитых стран мира. Основной проблемой системы здравоохранения Республики Узбекистан остается совершенствование координации между различными уровнями оказания медицинской помощи, а также развитие более эффективного сотрудничества между различными ведомствами и министерствами.

♦ Фундаментальная проблема, стоящая перед общественным здравоохранением, связанная с малообеспеченностью и здоровьем может решиться благодаря научно-техническому прогрессу и реформам, которые происходят в последние десятилетия. Инвестирование в здравоохранение может вызвать экономическое развитие, в свою очередь экономическое развитие обуславливает хорошее здоровье населения.

♦ Роль международных организаций заключается в предоставлении профессиональных консультаций по стратегическому планированию, оказании материальной и технической поддержки национальным системам здравоохранения.

♦ Если здоровье как общее понятие для ЧР является равноправной частью концепции человеческого развития как современной «идеологии» человечества, то репродуктивное здоровье и его составляющие служат индикаторами, измеряющими прогресс. Наряду с чисто «медицинскими» выгодами от обеспечения репродуктивного здоровья существуют и «немедицинские», которые достаточно трудно измерить, но их значение велико. Болезни, связанные с репродуктивным и сексуальным здоровьем, составляют почти 1/5 всех болезней, что требует пристального внимания к решению этих проблем со стороны международного сообщества и национальных правительств.

♦ Планирование семьи как один из способов регулирования демографической и социальной политики приобрело всемирное признание.

♦ Внимание международных организаций к вопросам репродуктивного здоровья обусловлено существующей огромной разницей в продолжительности жизни матерей и детей в странах с высоким доходом по сравнению со странами с низким доходом. Данную разницу можно уменьшить, инвестируя в развитие институтов планирования семьи и укрепление репродуктивного здоровья.

♦ Как отмечает национальная статистика, за годы независимости в Узбекистане снизились показатели материнской и детской

смертности соответственно в 2,1 и 2,4 раза. Повышается индекс здоровья и улучшается качество жизни населения.

♦ Демография (от греческого: *demos* – народ и *grapho* – пишу), наука о закономерностях воспроизводства народонаселения, социально-экономической обусловленности рождаемости, смертности, брачности, возрастно-половой структуры и изменениях общей численности населения.

♦ Демографическая политика предусматривает меры, направленные на регулирование воспроизводства населения, достижение его оптимальных количественных и качественных характеристик, что в свою очередь означает воспроизводство здорового поколения.

♦ Комплексный анализ демографической ситуации включает: анализ количественных показателей (динамика численности населения); анализ качественных показателей (качественный состав населения); плотность населения.

♦ Качественный состав населения определяется следующими факторами: возрастная структура, половая структура и брачная структура населения.

♦ Модель демографической трансформации (Model of Demographic Transition) представляет собой эмпирическое описание динамики демографической ситуации на основе изменений коэффициентов рождаемости и смертности, происходящих по мере развития стран от доиндустриального до индустриального и постиндустриального общества. Изучение динамики демографической ситуации на основе МДТ позволяет сделать вывод о том, что демографические изменения происходят под воздействием целого ряда факторов, непосредственно связанных с человеческим развитием.

♦ Демографическими особенностями Узбекистана, влияющими на развитие социального сектора, являются: достаточно высокий рост численности постоянного населения; высокий удельный вес лиц, ежегодно вступающих в трудоспособный возраст; высокий удельный вес детского населения в возрасте до 18 лет; высокая плотность проживания населения в отдельных регионах, чередующаяся с территориями с низкой плотностью проживания; рост миграционного оттока населения.

Контрольные вопросы

1. Какие теории здоровья вы знаете? Назовите их основные отличия друг от друга.

2. Какие последние тенденции достижения ЦРТ, связанные со здоровьем, наблюдаются в мире и Узбекистане?

3. Какие детерминанты здоровья определяют современный статус здоровья населения?
4. Раскройте содержание целевых национальных программ, связанных со здоровьем?
5. Дайте характеристику основным направлениям деятельности ВОЗ в Республике Узбекистан?
6. Дайте характеристику основным достижениям репродуктивного здоровья в мире.
7. Что является причиной, по вашему мнению, резкого падения рождаемости в Республике Узбекистан в период 1990-2009?
8. Какие ЦРТ непосредственно связаны с репродуктивным здоровьем? Опишите ситуацию в Республике Узбекистан.
9. Что такое демографическая политика? Каковы основные цели и функции демографической политики?
10. Объясните, каким образом демографическая ситуация в той или иной стране может оказывать влияние на ее социальное и экономическое развитие.
11. Какие показатели используются для оценки динамики численности населения? Как они связаны между собой?
12. Перечислите основные критерии качественного состава населения.

Вопросы для обсуждения

1. Представьте аудитории ваше мнение о роли и значении глобализации для здоровья человека.
2. Обсудите взаимосвязь экономического роста и здоровья населения, общие тенденции, примеры.
3. Чем вы можете объяснить разность статуса здоровья населения между группами стран с высоким ВВП и низким ВВП? Обсудите исключения из общей тенденции.
4. Раскройте взаимосвязь общественного здравоохранения с другими отраслями экономики.
5. Обсудите достижения инициативы ООН «Здоровье для всех».
6. Обсудите тенденции развития современной семьи как социального явления.
7. Как вы считаете, насколько метод планирования семьи подходит менталитету населения Республики Узбекистан?
8. Обсудите роль государства в достижении ЦРТ, связанных с репродуктивным здоровьем.
9. Дайте характеристику основных стадий модели демографической трансформации. Проанализируйте их влияние на человеческое развитие отдельных стран. Приведите примеры.

10. Каким образом возрастная, половая и брачная структуры влияют на формирование демографической ситуации в стране?

11. В чем заключаются особенности демографической ситуации в Узбекистане? Как данные особенности влияют на экономико-социальное развитие?

12. С помощью данных, характеризующих динамику половозрастной структуры населения Узбекистана, составьте половозрастную пирамиду. Используйте статистический сборник «Женщины и мужчины Узбекистана».

Рекомендуемая литература

1. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса: Учебное пособие / Под общей редакцией проф. В.П. Колесова (экономический факультет МГУ) и Т. Маккинли (ПРООН, Нью-Йорк). – М.: Права человека, 2008.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2008, ВОЗ, 2008.

3. Доклад о человеческом развитии. Узбекистан. – Ташкент: UNDP, 2000-2005.

4. Доклад по Целям Развития Тысячелетия. – ПРООН, Ташкент, 2006.

5. Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры. – Ташкент: Госкомстат РУз, 2006.

6. Мировая статистика здравоохранения. – 2009. – ВОЗ, 2009.

7. Национальный доклад о ЧР «Здоровье для всех: основная цель нового тысячелетия для Узбекистана». – UNDP, Узбекистан, 2006.

8. Общественное здравоохранение: Инновации и права интеллектуальной собственности. – ВОЗ, 2006.

9. Программа действий Международной конференции по народонаселению и развитию. – Нью-Йорк, Организация Объединенных Наций, 1994.

10. Республика Узбекистан. Оценка реформ в первичном звене здравоохранения: прозрачность, подотчетность и эффективность. – Всемирный Банк, 2009.

11. Стратегия в области репродуктивного здоровья в целях ускорения прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития. – ВОЗ, 2004.

12. Стратегия повышения благосостояния населения Республики Узбекистан, полный документ стратегии на 2008 – 2010 г.

13. «Advances in development reverse fertility declines». Nature. 6 August 2009. <http://www.nature.com/nature/journal/v460/n7256/abs/nature08230.html>.

14. «Warren Thompson». Encyclopedia of Population. Macmillan Reference. 2003. pp. 939–940. ISBN 0-02-865677-6.

15. Caldwell, John C.; Bruce K Caldwell, Pat Caldwell, Peter F McDonald, Thomas Schindlmayr (2006). Demographic Transition Theory. Dordrecht, The Netherlands: Springer. pp. 418. ISBN 1-4020-4373-2 p239.

16. Commission on Social Determinants of Health 2007, Achieving Health Equity: from Root Causes to Fair Outcomes, World Health Organization, Geneva. (www.who.int/social_determinants/resources/interim_statement/en/index.html)

17. Commission on Social Determinants of Health 2008, Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, World Health Organization, Geneva. (www.who.int/social_determinants/final_report/en/index.html).

18. Deneulin S, Shahani L., An introduction to the human development and capability approach: freedom and agency, 2009.

19. Reducing global poverty, Patterns of potential human progress, Barry B. Hughes...[et al.], USA, 2009.

20. The Global Campaign for the Health Millennium Development Goals, First year report, 2008.

21. UNICEF 2009, The State of the World's Children Report 2009, UNICEF, New York. (www.unicef.org/publications/files/TheState_of_the_Worlds_Children_2009.pdf).

22. Wilkinson, R & Marmot, M 2003, Social Determinants of Health: the Solid Facts, 2nd edn, World Health Organization, Denmark. (www.euro.who.int/document/e81384.pdf).

23. World Health Organization (various years), World Health Report, World Health Organization, Switzerland. (www.who.int/whr/en/index.html).

24. World Health Report www.who.int/whr/en/index.html.