

3. СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

УДК 911.3

В. Яворська, д-р геогр. наук Одеський національний
університет імені І.І. Мечникова

СУСПІЛЬНО-ГЕОГРАФІЧНІ АСПЕКТИ СТАРІННЯ НАСЕЛЕННЯ

Україна належить до країн з високою інтенсивністю депопуляційних процесів, що зумовлюється низкою різнопланових чинників економічного, соціально-культурного, інституціонального характеру. Масштабна та затяжна депопуляція виступає нині складовою і одним із найвиразніших проявів загального кризового демографічного стану України. В роботі досліджено тенденції впливу середньої тривалості життя на показники старіння населення. Проведений регіональний аналіз та визначені територіальні відмінності у показниках середньої тривалості життя та показників постаріння населення. Визначені причини такої напруженої ситуації.

Ключові слова: старіння населення, тривалість життя, до працездатне населення, працездатне населення, депопуляція.

Вступ. В умовах скорочення чисельності та поступового постаріння трудоактивного контингенту в Україні зростають вимоги до його якісних характеристик, насамперед стану здоров'я та середньої тривалості життя. Здоров'я є тією найголовнішою властивістю, без збереження і відтворення якої населення не може реалізувати свої потенції та можливості в економічній та інших сферах людської активності і таким чином формувати і проявляти свою демоекономічну якість. Зміцнення здоров'я є необхідною умовою набуття і примноження багатьох соціальних властивостей - характеристик: трудових знань, навичок та вмінь, що створює реальну основу трудового потенціалу. Благополуччя зі станом здоров'я є ознакою й складовою високої якості життя, оскільки на індивідуальному рівні це дає можливість людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активним і творчим членом суспільства; на макрорівні стан здоров'я працюючого населення є одночасно об'єктивною передумовою і наслідком економічних успіхів. Тому будь - які економічні реформи в Україні не можуть забезпечити нову якість економічного зростання в умовах, коли значна частина населення хвора і третина з нього не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років). Саме поліпшення стану здоров'я населення та підвищення тривалості здорового і трудоактивного життя мають стати надійним підґрунтям й опорою для забезпечення сталого економічного розвитку.

Мета роботи. Аналіз причин і наслідків просторово-часових особливостей старіння населення України.

Основний зміст. Демографічне старіння є одним з проявів трансформації вікової структури населення в процесі демографічного переходу. Збільшення частки економічно та соціально неактивних людей похилого віку за умов одночасного зменшення частки дітей та

населення в працездатному віці, впливає на різні сторони життєдіяльності суспільства. В економічній сфері цей процес відбивається на економічному зростанні, збереженнях, інвестиціях та споживанні, ринках праці, пенсіях, оподаткуванні й трансфертах між поколіннями. У соціальній сфері старіння позначається на складі сім'ї та умовах життя, потребі в житлі, міграційних тенденціях, епідеміологічній обстановці та потребах у медичних послугах. У політичній сфері воно здатне вплинути на результати виборів та систему політичного представництва [2]. Отже, як зауважив Денисенко, подібно старінню людини, за демографічним старінням настають зміни "зовнішнього вигляду та внутрішньої організації суспільства" [1].

Оцінюючи вплив демографічного старіння на суспільство, науковці визначають його неоднозначний характер [5, 1]. Серед негативних наслідків змін вікової структури населення виділяють, по - перше, збільшення витрат на розв'язання багатьох соціальних проблем (соціальне забезпечення, охорона здоров'я людей похилого віку, соціальна допомога тощо), по - друге, зменшення збережень, скорочення робочої сили (яке стає відчутним фазі економічного підйому країн), уповільнення економічного розвитку. Серед "інших негативів" - подальше погіршення демографічної ситуації, посилення консервативних настроїв у прийнятті політичних рішень, зниження обороноздатності країни тощо. Серед "плюсів" старіння - зростання інтелектуального потенціалу країни, що важливо для побудови "економіки знань". Адже, як підкреслюють учені, інтелект людини остаточно формується у віці сорока років, а найбільша віддача сформованого інтелектуального потенціалу припадає на другу половину життя. До того ж, у сучасному суспільстві завдяки новим технологіям стають

важливими не стільки фізична сила та швидкість реакції, скільки кваліфікація та знання [1]. Збільшення частки осіб похилого віку супроводжується зменшенням державних витрат на освіту. У багатьох країнах з високими стандартами життя саме літні люди утворюють сегмент найбільш вимогливих, активних та платоспроможних споживачів різноманітних послуг, що слугує підтримкою та стимулом розвитку багатьох галузей цього сектору економіки.

Відділ народонаселення та розвитку ООН постійно намагається привернути увагу урядів та міжнародного співтовариства до проблеми демографічного старіння населення. Спочатку на першій (Відень, 1982 р.), а потім на другій (Мадрид, 2002 р.) Міжнародних асамблеях з проблем старіння було розроблено Міжнародний план дій, де прописані основні напрями розвитку теоретичної та практичної діяльності країн з цього питання на термін 20 років. "Оскільки в різних суспільствах, культурах та регіонах існують значні відмінності в положенні людей, що старіють, кожна країна повинна сама приймати рішення відносно своєї національної стратегії, а також визначати свої власні цілі та першочергові завдання в межах Плану дій з проблем старіння" [3].

Для України, яка перебуває в стані трансформації - і політичної і економічної, і соціальної, старіння населення стає бюджетним "тягарем". Підтвердженням останнього стає розгляд Верховною Радою України питання про збільшення для жінок віку виходу на пенсію з 55 до 60 років. Соціально-економічне становище людей похилого віку в країні є незадовільним, що ніяк не узгоджується з Принципами ООН та концепцією "Суспільства для всіх людей".

Особливістю українського варіанту старіння є його еволюційно-кризовий характер. Зміна геополітичних та соціально-економічних реалій супроводжувалась в Україні швидким зниженням народжуваності та тривалості життя, зростанням смертності та кардинальною зміною (1994 - 2004 рр.) напрямів міграційних потоків, для яких головним став рух за межі України. На відміну від економічно розвинених країн, у яких демографічне старіння відбувається здебільшого природним шляхом - за рахунок зменшення смертності в старших вікових групах, в Україні на рубежі XX - XXI століть частка осіб похилого віку зростала внаслідок різкого зниження репродуктивної активності населення до рівня, що не забезпечує заміщення поколінь, на тлі несприятливої в цілому динаміки тривалості життя [1].

В умовах скорочення чисельності та поступового постаріння трудоактивного контингенту в Україні зростають вимоги до його якісних характеристик, насамперед стану здоров'я та середньої тривалості життя. Здоров'я є тією найголовнішою властивістю, без збереження і відтворення якої населення не може реалізовувати свої потенції та можливості в економічній та інших сферах людської активності і таким чином формувати і проявляти свою демоекономічну якість. Зміцнення здоров'я є необхідною умовою набуття і примноження багатьох соціальних властивостей - характеристик: трудових знань, навичок та вмінь, що створює реальну основу трудового потенціалу. Благополуччя зі станом здоров'я є ознакою й складовою високої якості життя, оскільки на індивідуальному рівні це дає можливість людині вважати своє життя повноцінним та значущим, бути активним і творчим членом суспільства; на макрорівні стан здоров'я працюючого населення є одночасно об'єктивною передумовою й наслідком економічних успіхів. Тому будь - які економічні реформи в Україні не можуть забезпечити нову якість економічного зростання в умовах, коли значна частина населення хвора і тре-

тина з нього не доживає до завершення періоду трудової діяльності (65 років). Саме поліпшення стану здоров'я населення та підвищення тривалості здорового і трудоактивного життя мають стати надійним підґрунтям й опорою для забезпечення сталого економічного розвитку.

Важливим чинником негативного впливу на здоров'я та смертність населення України стала аварія на Чорнобильській АЕС. Як відомо, внаслідок Чорнобильської катастрофи в Україні утворилась значна територія радіаційного забруднення загальною площею понад 5,5 млн. га, на якій проживало на час аварії близько 3 млн. осіб. На початок 2007 р. на обліку у медичних закладах системи охорони здоров'я України перебувало 2381,3 тис. осіб, серед них 408,3 тис. дітей, визнаних постраждалими внаслідок аварії на ЧАЕС. Частка визнаних здоровими серед ліквідаторів за даними МОЗ України зменшилась від 67,6% у 1986-1987 рр. до 4,4% у 2006 р. Демографічні втрати, пов'язані з негативним впливом Чорнобильської катастрофи, стосуються не лише неблагодолучного стану здоров'я ліквідаторів, але й погіршення основних медико-демографічних характеристик населення, що проживає на так званих контрольованих територіях, тобто у регіонах з різним ступенем радіоактивного забруднення. Зокрема, за даними диспансеризації серед населення, яке мешкає на радіоактивно забруднених територіях, кількість визнаних здоровими знизилась від 50,7% у 1987 р. до 12-13% у сучасний період.

За міжнародним підходом початок демографічної старості пов'язують з віком 65 років. Згідно вікової шкали, запропонованої ООН, населення у якому частка осіб у віці 65 і більше років (скорочено 65+) складає понад 7% вважається "старим". В Україні в 1989 р. на зазначену вікову категорію приходилось 11,7%, у 2000 р. - 13,9%, а в 2009 р. - вже 15,9%. Отже, Україна є не просто "старою", а "дуже старою" країною. Рівень старіння міг би бути ще більшим, якби не відбувалося штучне омолодження населення, спричинене входженням увік 65+ малочисельного покоління воєнних років та збереження вкрай високої смертності населення в працездатних вікових групах.

Пильний розгляд зазначених питань дає підставу стверджувати, що значний внесок у руйнування громадського здоров'я в Україні належить зловживанню алкоголем. Споживання алкоголю в Україні вирізняється передусім нерегулярним, але високим рівнем споживання напоїв із сильною концентрацією спирту, при якому періоди утримання чергуються із "запоями". "Ударні" одноразові дози алкоголю завдають доволі сильного токсичного впливу на організм, нерідко з летальними наслідками. Така нераціональна і шкідлива модель споживання алкоголю є результатом комбінованого впливу певних історичних традицій, особливостей алкогольної політики та умов життя, що у підсумку сильно деформували і спотворили давні алкогольні традиції. У наш час міцний алкоголь став не лише супутником усіх особистих та родинних святкувань, але й невід'ємним атрибутом вирішення професійних питань. Тривалий час цьому сприяла алкогольна політика радянського уряду, що базувалась на державній монополії у сфері виробництва і продажу алкоголю.

По-перше, протягом 1970-1980-х рр. відбувалось постійне нарощування виробництва та продажу міцних алкогольних напоїв, що стало потужним джерелом поповнення державного бюджету. Зокрема, обсяг горілчаних та лікєро-горілчаних виробів у складі продажу алкоголю виросла від 40,7% у 1975 р. до 52,8% у 1989 р., а вина, навпаки, скоротилась - від 44,1 до 24%. Надходження коштів від продажу алкоголю активно

зростали, причому надходження податку від продажу винно-горілчанних виробів збільшувались швидшими темпами, аніж податок з товарообігу в цілому. Такий підхід аж ніяк не стимулював отримання бюджетних коштів з інших джерел, і саме алкогольна індустрія стала доволі зручним джерелом "латання дірок" у бюджеті, тобто отримання бюджетних доходів, яких не вистачало.

По-друге, є всі підстави вважати, що алкоголь розглядався державною владою як засіб своєрідної компенсації суттєвого відставання розвитку соціальної сфери та незабезпечення населення продовольчими товарами, коли за допомогою широкого виробництва і продажу алкогольних напоїв прагнули вирішити гостру продовольчу проблему і проблему роздрібного товарообігу в цілому.

По-третє, тривала орієнтація господарського механізму на переважно екстенсивний тип господарювання, суттєве відставання розвитку соціальної сфери, з одного боку, та низька технічна оснащеність виробництва і значне поширення виробництва зі шкідливими умовами праці, - з іншого, сприяли передчасному "зношенню" робочої сили. Оскільки на тлі високої зайнятості населення фізичною працею витрати робочої сили (передусім у галузях, що потребували інтенсивної та напруженої фізичної праці) не компенсувались умовами, необхідними для збереження і відтворення стану здоров'я, остільки таку компенсаційну роль почало виконувати вживання психоактивних речовин. Ситуація різко змінилася у середині 1980-х, коли у заявах радянського уряду був зроблений наголос на політику подолання пияцтва і боротьбу за тверезий спосіб життя.

Основними складовими антиалкогольної кампанії було скорочення обсягів продажу алкоголю, підвищення цін на спиртні напої у 1985 та 1986 рр., посилення боротьби із самогонварінням, побутовим і виробничим пияцтвом, заходи дисциплінарно-адміністративного характеру до порушників норм тверезого способу життя. Як наслідок, протягом півтора року з початку антиалкогольної кампанії обсяг зареєстрованого продажу алкогольних напоїв знизився на 51%, хоча реальне споживання за експертними оцінками скоротилось лише на 27% за рахунок самогонваріння, що певною мірою компенсувало дефіцит державного продажу алкоголю. За офіційними даними в Україні на початку 80-х років в середньому споживалось 6 літрів абсолютного 20% алкоголю на душу населення, у 1985-1987 рр. - 2,8 літрів. Однак ці дані є неповними, оскільки не враховують споживання алкоголю домашнього виробництва. Аналіз динаміки обсягів продажу алкогольної продукції в Україні протягом 1990-х років не дозволяє аргументувати висновок про зменшення споживання алкогольних напоїв. Скорочення доходів населення не призвели до меншення попиту на алкоголь, а навпаки, загострили алкогольну ситуацію у країні в цілому.

Як відомо, безпосередньої статистики споживання алкоголю в Україні не існує, таку оцінку можна виконати лише на основі обсягів зареєстрованого продажу алкогольних напоїв або на підставі даних відповідних соціологічних опитувань. Проте достовірність офіційної статистичної звітності викликає сумніви, оскільки вона не відображає справжню ємність українського алкогольного ринку, розміри якого є набагато більшими за декларовані. У зв'язку з цим офіційні показники продажу алкоголю, перераховані у літрах чистого алкоголю на душу населення, виявляються в Україні не виправдано низькими.

Зокрема, протягом останніх років за даними Держкомстату України вони становили близько 1,6 літрів абсолютного алкоголю на душу населення за рік. демонструє розбіжності у динаміці споживання алкоголю з одного боку, та захворюваності населення на алкоголь

ні психози і смертності від алкогольних отруєнь - з іншого, що свідчить про недостовірність офіційних даних щодо споживання алкоголю в Україні. За експертними оцінками ВООЗ (WHO Global Status Report Alcohol, 2004) рівень споживання офіційно зареєстрованого алкоголю на душу населення у віці 15 років і старше становив 4,0 літрів чистого спирту, незареєстрованого - 7,0- 8,0 літрів. За даними опитування World Health Survey 2003 пересічний дорослий українець споживає 11,1 літрів чистого алкоголю за рік, в тому числі 16,4 літрів для чоловіків та 7,1 літрів для жінок. Не зайвим буде нагадати, що згідно з оцінкою ВООЗ споживання алкоголю більше 8-ми літрів є небезпечним і руйнівним для здоров'я. Експертами ВООЗ встановлено, що кожен додатковий літр чистого спирту понад вищезазначеної межі зумовлює скорочення тривалості життя на 11 місяців у чоловіків та 4 місяці у жінок. За результатами обстеження ВООЗ в Україні для третини чоловіків і 12% жінок віком 18 років і старше є характерним надмірне (систематичне або епізодичне) вживання алкоголю з високим ризиком для здоров'я. Не вживали спиртні напої протягом останніх 12 місяців в середньому 15% чоловіків та 28% жінок.

Значний внесок у формування тягаря нездоров'я населення трудоактивного віку належить також тютюнопалінню. Хоча українське законодавство нині на перший погляд досить жорстко регулює виробництво, обіг та продаж тютюнових виробів і Україна нещодавно ратифікувала Рамкову конвенцію ВООЗ з боротьби проти тютюнопаління, виробництво та споживання тютюну в Україні збільшується. Це пов'язано насамперед з тим, що ціни на більшість найменувань сигарет в Україні є низькими і доступними.

Рівень поширення тютюнопаління серед населення віком 15 років і старше за даними обстеження ВООЗ та дослідження "Тютюн в Україні: національне опитування щодо знань, ставлення та поведінки", проведеного Київським міжнародним інститутом соціології, становить нині в середньому 41,2%. Таким чином, 15,5 млн. українців палять, ще 3,4 млн. (9%) - колишні курці і 18,8 млн. (50%) не є курцями.

Рівень поширення паління серед українських чоловіків становить 66,8%, що є одним з найвищих показників серед європейських країн. Лише 20% українських жінок палять, але динаміка поширеності паління серед жінок є більш несприятливою, ніж у чоловіків, оскільки відрізняється постійним зростанням показників. Українці різноманітні дослідження свідчать про існування чіткої диференціації поширеності паління залежно від соціально-економічного статусу: ті, хто посідають низькі соціально-економічні позиції палять частіше, ніж особи з високим статусом.

Виявлена тенденція до зменшення поширеності паління в міру підвищення рівня освіти та доходів у чоловіків, а у жінок спостерігається протилежна залежність. Безробітні більшою мірою схильні до тютюнопаління, ніж зайняті. Уразливість щодо цих факторів є особливо великою серед осіб активного трудовоактивного віку, оскільки саме на їхні плечі лягає основне навантаження по забезпеченню дітей і підтримки батьків, що виходять на пенсію. Максимальна частота паління спостерігається саме серед чоловіків та жінок віком 30-44 роки. Тютюнопаління завдає значної шкоди здоров'ю населення і є однією з головних причин високої передчасної смертності населення, обумовленої рядом онкологічних (передусім, раком легенів) та серцево-судинних захворювань.

Таким чином, існуючий стан здоров'я і рівень смертності населення трудоактивного віку за своєю генезою є проявом накопиченого довготривалого впливу різних чинників: низького рівня та якості життя населення, не-

задовільного стану системи охорони здоров'я, забруднення навколишнього середовища, і зокрема, наслідків Чорнобильської катастрофи, високого рівня зайнятості на виробництві з несприятливими для здоров'я умовами праці, знецінення здоров'я як з боку держави, так і самих громадян. Поліпшення стану медико-демографічних процесів в Україні вимагає реалізації широкого комплексу суспільних заходів і створення суспільного середовища, сприятливого для формування і поширення соціальної та особистісної мотивації до збереження та зміцнення здоров'я починають палити у ранньому віці, і частота паління скорочується з віком. Як свідчать результати проведеного дослідження половина чоловіків викурили першу сигарету у віці до 15 років, жінки - до досягнення 17 років. В середньому чоловіки в Україні викурюють 16 сигарет за день, жінки - 11.

Характеристика *тривалості життя та середнього віку населення* інтегральним показником усіх структурних характеристик смертності, статистичною квінтесенцією рівня життєздатності населення, є *тривалість життя*. Негативний процес природного скорочення

відбувається на тлі загальної втрати населення та деформації його вікового складу населення, чисельність якого в репродуктивному віці скорочується - тобто відбувається *старіння нації* [5].

Українці живуть на 10 років менше, ніж жителі ЄС та багатьох країн СНД. Зокрема Україна посідає 150-те місце з-поміж 223 країн світу за показником середньої тривалості життя. Середня *очікувана тривалість життя* в Україні становить 69 років, у країнах ЄС-74 роки, а у країнах СНД: у Грузії - 76,7, у Молдові - 70,8, у Білорусі - 70,6, в Узбекистані - 71,9. Причому середня очікувана тривалість здорового життя в Україні становить 59,2 роки, а у країнах Євросоюзу - 67 років. Згідно даним Держкомстату, кожен десятий українець не доживає до 35 років, а кожен четвертий - до 60 років [5].

Рисунок 1 дає наочне уявлення про тенденції зміни очікуваної тривалості життя при народженні населення України. Нами була проведена спроба визначити основні причини впливу на зміну тривалості життя населення протягом 1950-2011 років.

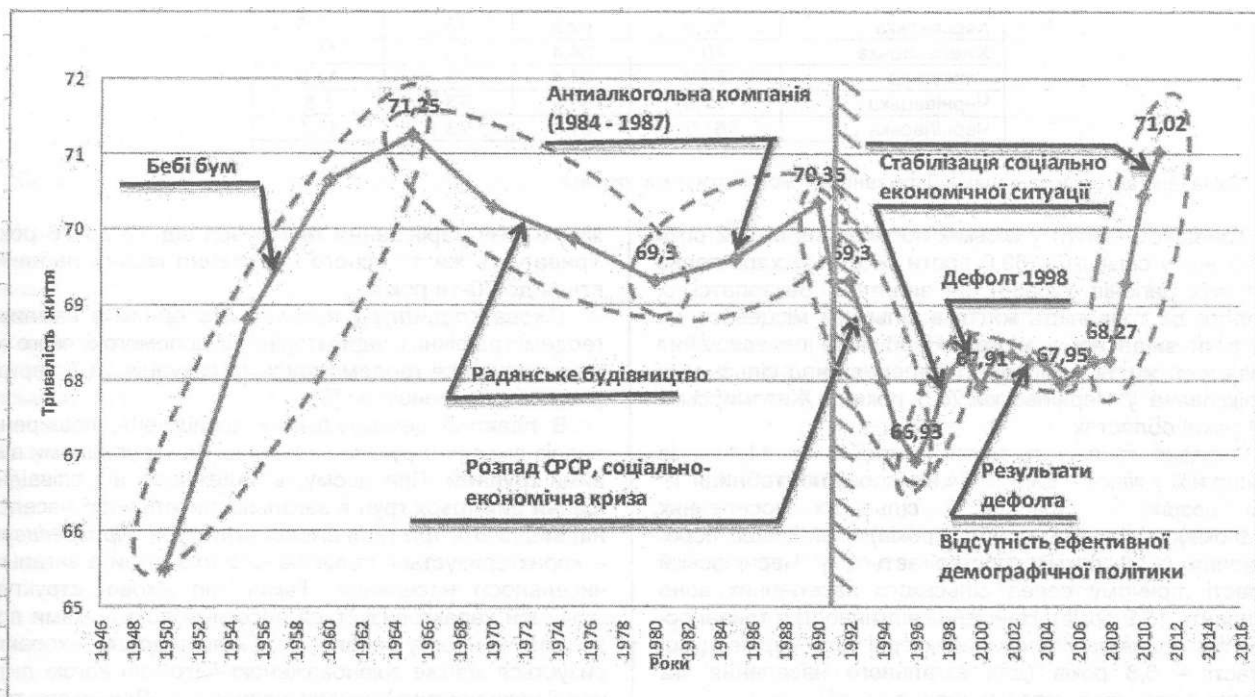


Рис.1. Динаміка зміни очікуваної тривалості життя при народженні в Україні (1950-2011 рр.)

*Побудовано автором за даними Державної служби статистики України

Велике занепокоєння викликає істотне скорочення *очікуваної тривалості життя*, що є основним критерієм стану здоров'я населення та рівня людського розвитку, оскільки в ньому знаходять інтегральне втілення процеси відтворення як здоров'я, так і самого населення. Середнє значення цього показника сьогодні в Україні сягає 69,3 року і є найнижчим серед країн європейського простору. *Найгірші показники* за цим параметром фіксуються в Житомирській, Одеській, Миколаївській, Донецькій, Дніпропетровській, Чернігівській, Кіровоградській, Чернігівській областях (табл. 1). *Найкращі*

показники очікуваної тривалості життя спостерігаються в Тернопільській, Львівській, Чернівецькій, Івано-Франківській, Хмельницькій та Рівненській областях. Тобто лідерство за очікуваною тривалістю життя впевнено утримується в Західному регіоні, незважаючи на те, що світова практика показує більшу тривалість життя в економічно розвинених регіонах. *Середня очікувана тривалість життя* в Україні у 2008-2009 рр. складала 69,3 роки, в тому числі у міських поселеннях - 70,0 років, у сільських - 67,8 років.

Таблиця 1. Середня тривалість життя населення в регіонах України

Регіони	Середня тривалість життя (років)			Різниця років
	обидві статі	чоловіків	жінок	
Україна	69,3	63,8	74,9	11,1
АРК	69,3	63,7	74,8	11,1
Вінницька	70,4	64,9	75,8	10,9
Волинська	69,5	63,7	75,8	12,1
Дніпропетровська	67,9	62,2	73,5	11,3
Донецька	67,7	61,8	73,7	11,9
Житомирська	67,8	61,8	74,2	12,4
Закарпатська	69,2	64,8	73,7	8,9
Запорізька	69,6	64,2	75,0	10,8
Івано-Франківська	71,7	66,4	77,0	10,6
Київська	68,2	62,3	74,4	12,1
Кіровоградська	67,7	61,9	73,8	11,9
Луганська	68,4	62,7	74,1	11,4
Львівська	71,6	66,3	77,0	10,7
Миколаївська	67,9	62,3	73,3	11,0
Одеська	68,1	63,3	72,9	9,6
Полтавська	69,3	63,8	74,9	11,1
Рівненська	69,6	64,0	75,6	11,6
Сумська	69,2	63,5	75,0	11,5
Тернопільська	72,0	66,6	77,4	10,8
Харківська	70,1	64,9	75,2	10,3
Херсонська	67,9	62,3	73,8	11,5
Хмельницька	70,1	64,4	75,9	11,5
Черкаська	69,9	64,4	75,4	11,0
Чернівецька	71,8	66,9	73,7	6,8
Чернігівська	67,9	61,3	75,1	13,8

*Складено автором за даними Державної служби статистики України

Тривалість життя у міських поселеннях на 2,2 роки вища ніж у сільських (69,0 проти 66,8). Це характерно для всіх регіонів України, за винятком Закарпатської області, де тривалість життя в сільській місцевості на 0,9 роки вища ніж у містах. Найбільше перевищення тривалості життя у міських поселеннях над сільськими зафіксоване у Чернігівській (5.5 роки) і Житомирській (4.4 роки) областях.

Середня тривалість життя чоловіків на 11,1 років менше ніж у жінок - 63,8 та 74,9 відповідно (таблиця 1). Цей розрив є більшим у сільських поселеннях (11,9 років), ніж у міських (10,6 років). Найбільше перевищення (13,8 років) спостерігається у Чернігівській області, причому серед сільського населення воно становить 15,9 років). Найменші відмінності у тривалості життя чоловіків і жінок характерні для Чернівецької області - 6,8 років (для загального населення) та 9,6 років - для сільського населення.

В усіх регіонах України середня тривалість життя жінок істотно перевищує аналогічний показник для чоловіків, і ця різниця є значно більшою, ніж в економічно розвинених країнах (мінімум - 9,8 років в м. Києві і максимум - 12,6 роки в Донецькій області). Характерно, що 89% регіональної варіації зазначеної різниці пояснюється режимом смертності чоловіків, при чому зв'язок є зворотним - чим вище в регіоні смертність чоловіків, тим менша тендерна різниця очікуваної тривалості життя при народженні.

Регіональна диференціація середньої очікуваної тривалості життя при народженні (у жінок від 71,9 роки в Житомирській області до 76,5 роки в Тернопільській та у чоловіків від 60,0 роки в Житомирській області до 66,4 роки в Києві).

В цілому очікувана тривалість життя населення України досить стійка величина, для чоловічого населення вона коливається в межах 62-64 роки, для

жінок межі варіювання міняються від 73 до 76 років. Тривалість життя всього населення країни наближається до 70-ти років.

Вікова структура населення є одним з важливих геодемографічних індикаторів, за допомогою якого характеризується геодемографічна ситуація та її територіальна диференціація [5].

В практиці демографічних досліджень, поширений аналіз вікових структур населення за укрупненими віковими групами. При цьому, в залежності від співвідношення цих трьох груп в загальній чисельності населення, виділяють три типи вікової структури. *Прогресивний* - характеризується великою часткою дітей в загальній чисельності населення. Такий тип вікової структури зазвичай характеризується високими показниками природного приросту населення. *Стаціонарний* - характеризується майже зрівноваженою питомою вагою дитячих і похилих вікових груп населення. Для цього типу вікової структури характерний невеликий природний приріст населення, або він знаходиться на незмінному (стаціонарному) рівні. *Регресивний* - характеризується досить великою частиною людей похилого віку. Цьому типу вікової структури населення відповідає звужене відтворення населення, а іноді він характеризується депопуляцією населення, що має місце саме в Україні та її регіонах в теперішній час.

За даною методикою до прогресивного типу вікової структури де частка молодших вікових груп переважає частку похилого віку (2011р.) належать Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Одеська, Рівненська, Херсонська та Чернівецька області (таблиця 2). До *стаціонарного типу*, де частка осіб пенсійного та до працездатного віку однакові, належить Тернопільська область, а решта областей України віднесена до *регресивного типу вікової структури населення*.

Таблиця 2. Показники співвідношення вікових груп населення регіонів України (2011 рік)

Області	Населення у віці (осіб)			Населення у віці (%)		
	0-14	15-65	65 і ст	0-14	15-65	65 і ст
Україна	6 495 990	32 136 968	6965221	14,2	70,5	15,3
АРК	277 888	1 392 190	284 681	14,2	71,2	14,6
Вінницька	242 803	1 108 188	283 125	14,9	67,8	17,3
Волинська	193 075	705 615	135 731	18,7	68,2	13,1
Дніпропетровська	453 284	2 355 806	524 105	13,6	70,7	15,7
Донецька	541 034	3 130 675	748 417	12,2	70,8	17,0
Житомирська	200 007	871 105	208 665	15,6	68,1	16,3
Закарпатська	233 818	873 994	136 705	18,8	70,2	11,0
Запорізька	236 028	1 280 474	284 024	13,1	71,1	15,8
Івано-Франківська	230 592	953 664	192 784	16,7	69,3	14,0
Київська	247 823	1 197 753	266 294	14,5	70,0	15,5
Кіровоградська	141 190	691 613	170 769	14,1	68,9	17,0
Луганська	273 091	1 641 495	372 088	11,9	71,8	16,3
Львівська	394 528	1 769 994	361 856	15,6	70,1	14,3
Миколаївська	170 237	840 555	171 775	14,4	71,1	14,5
Одеська	355 285	1 686 372	335 953	14,9	70,9	14,2
Полтавська	193 388	1 034 187	252 338	13,1	69,9	17,0
Рівненська	222 364	786 835	142 267	19,3	68,3	12,4
Сумська	145 851	821 204	192 297	12,6	70,8	16,6
Тернопільська	169 845	741 860	169 171	15,7	68,6	15,7
Харківська	336 075	1 990 215	413 182	12,3	72,6	15,1
Херсонська	161 292	769 080	156 433	14,8	70,8	14,4
Хмельницька	197 687	906 716	219 360	14,9	68,5	16,6
Черкаська	171 538	885 259	224 958	13,4	69,1	17,5
Чернівецька	149 700	626 360	107872	16,6	69,5	13,9
Чернігівська	138 651	744 103	167723	12,7	68,3	19,0

*Складено автором за даними Державної служби статистики України

Різниця регіонів за часткою населення у реальному працездатному віці (15-65 років) незначна. Її пересічний рівень в країні становить 70,5% а показники у регіонах коливаються від 72,6% (Харківська область) до 67,8% (Волинська область). Вище середнього частка працездатного населення у Харківському, Кримському, Луганському, Запорізькому, Миколаївському, Одеському, Донецькому, Сумському, Херсонському, Дніпропетровському регіонах.

Більше різняться регіони за часткою населення у старших вікових групах (понад 65 років), яка має амплітуду від 19,0% (Чернігівська область) до 11% (Закарпатська область). Пересічна норма цієї групи для України становить 15,3%. Нижче "норми" цей показник у Закарпатському, Рівненському, Волинському, Чернівецькому, Івано-Франківському, Одеському, Львівському, Херсонському, Миколаївському, Кримському, Харківському регіонах. Зазначена група регіонів відповідно має менше демографічне навантаження.

Група населення у допрацездатному віці (0-14 років) віці має пересічний рівень в країні 14,2% і коливається в регіонах від 11,9% (Луганська область) до 19,3% (Рівненська область). Найвищі частки (19,3%-16,6%) група допрацездатного віку займає у Рівненській, Закарпатській, Волинській, Івано-Франківській і Чернівецькій областях. З одного боку, це ознака підвищеного демографічного навантаження, а з другого - краща забезпеченість власними трудовими ресурсами.

Подальший розподіл регіонів за часткою населення до працездатного віку такий. Середній рівень цього показника (15,7%—14,1%) мають Тернопільський, Житомирський, Львівський, Одеський, Вінницький, Хмельницький, Херсонський, Київський, Миколаївський, Кримський, Кіровоградський регіони. Найменша частка (13,6%-11,9%) населення до працездатного віку спостерігається у Дніпропетровській, Черкаській, Запорізькій, Полтавській, Сумській, Харківській, Донецькій і Луганській областях. В умовах сучасної демографічної кризи ці

регіони відчуватимуть певний дефіцит власних трудових ресурсів.

На кожну 1000 у віці 15-64 років у 2011 році припадало 419 осіб у тому числі 202 особи у віці 0-14 років та 217 осіб у віці понад 65 років (табл. 3). У міських поселеннях навантаження на працездатне населення складало 376 осіб, а у сільській місцевості - 522 особи. А у селах вже непрацездатних людей більше, ніж працездатних (демографічне навантаження більше у 1,5 раз, ніж у містах. Така ситуація у нашій країні приводить до такого явища, як "утриманство", тобто коли непрацюючі люди є утриманцями працюючих. Це зумовлено тим, що всі збереження пенсіонерів пропали внаслідок невдалих спроб реформувати економіку, а мізерної пенсії не вистачає навіть для фізичного виживання. У інших країнах пенсіонери не є утриманцями працездатних людей, бо вони витрачають капітал, набутий у роки активної діяльності. Поряд з цим, не слід процес старіння людей розглядати як суто негативне явище. Необхідно ефективно використовувати досвід літніх людей, створити умови для їх повноцінного життя та діяльності.

Демографічне навантаження обчислене як відношення кількості населення у допрацездатному (до 15 років) і післяпрацездатному (після 64 років) віці до чисельності населення у реальному працездатному віці (15-64 роки) у розрахунку на 1000 осіб. В цілому для України цей показник

становить 419 осіб і має амплітуду коливань у регіонах від 475 осіб (Вінницька область) до 376 осіб (Харківська область). Показово, що для сільських поселень демографічне навантаження майже в 1,4 рази перевищує рівень міських (табл. 3).

За рівнем демографічного навантаження регіони розподіляються наступним чином (2011р.). Мінімальне демографічне навантаження (410) мають Харківський, Луганський, Кримський, Запорізький, Миколаївський, Одеський регіони. Другу групу з помірним демографічним навантаженням (410-420 осіб) утворюють Донецька, Сумська, Херсонська, Дніпропетровська, Одеська

області. Близький до середнього рівень демографічного навантаження (420-440 осіб) спостерігається у Закарпатській, Львівській, Київській, Полтавській та Чернівецькій областях. До групи районів з високим демографічним навантаженням (440-460 осіб) віднесені Івано-Франківська, Черкаська, Кіровоградська та Тернопільська області. Найбільш високе демографічне навантаження (понад 460 осіб) мають Рівненська, Чернігівська, Волинська, Житомирська, Хмельницька та Вінницька області.

Питання "навантаження" працездатного населення непрацездатним має важливе значення для багатьох аспектів життя. Як відомо, пенсійний фонд формується за рахунок податків з доходів працюючих. До цієї соціальної групи "утриманців" належать, крім дітей та людей похилого віку, й особи з особливими потребами. Розробка реально ефективних заходів, спрямованих на виве-

дення регіонів з глибокої демографічної кризи і сповільнення прогресуючої депопуляції повинна орієнтуватись, не тільки зменшення смертності, але, головним чином, на підвищення рівня здоров'я населення, який зможе корегувати показник високої смертності.

Пенсійний вік є одним з ключових питань в обговоренні будь-якої системи пенсійного забезпечення. Він виступає своєрідним індикатором ступеню фінансової стабільності пенсійної системи соціальної справедливості в суспільстві. Тому не дивно, що в ході проведення пенсійної реформи в Україні багато дискусій виникає навколо питання підвищення пенсійного віку. Погляди фахівців на цю проблему дуже різні. Якщо одні висловлюють думку про поступове підвищення пенсійного віку, то інші категорично заперечують доцільність таких перетворень.

Таблиця 3. Демографічне навантаження на населення у віці 15-64 роки, 2011 рік (на 1000 осіб)

Області	Міські і сільські поселення			Міські поселення			Сільські поселення		
	0-14, 65 і ст	0-14	65 і ст	0-14, 65 і ст	0-14	65 і ст	0-14, 65 і ст	0-14	65 і ст
Україна	419	202	217	376	185	191	522	243	279
АРК	404	200	204	394	187	207	422	221	201
Вінницька	475	220	255	367	202	165	596	238	358
Волинська	466	274	192	381	236	145	568	319	249
Дніпропетровська	415	193	222	397	186	211	514	229	285
Донецька	412	173	239	404	170	234	490	202	288
Житомирська	469	230	239	389	211	178	594	258	336
Закарпатська	424	268	156	396	253	143	441	276	165
Запорізька	406	184	222	382	174	208	492	221	271
Івано-Франківська	444	242	202	372	216	156	503	263	240
Київська	429	207	222	358	199	159	556	221	335
Кіровоградська	451	204	247	397	188	209	548	234	314
Луганська	393	166	227	382	163	219	467	186	281
Львівська	427	223	204	379	204	175	508	254	254
Миколаївська	407	203	204	375	183	192	477	246	231
Одеська	410	211	199	378	183	195	478	268	210
Полтавська	431	187	244	376	178	198	525	203	322
Рівненська	463	282	181	353	224	129	580	344	236
Сумська	412	178	234	354	171	183	545	193	352
Тернопільська	457	229	228	356	209	147	546	246	300
Харківська	376	169	207	351	161	190	487	201	286
Херсонська	413	210	203	394	192	202	444	237	207
Хмельницька	460	218	242	350	203	147	618	239	379
Черкаська	448	194	254	367	180	187	565	214	351
Чернівецька	439	239	200	351	198	153	509	272	237
Чернігівська	464	186	278	358	177	181	681	205	476

*Складено автором за даними Державної служби статистики України

Висновок. Більш високий рівень старіння населення в сільській місцевості зумовлює і більше демографічне навантаження, ніж у міських поселеннях. Разом з тим, якщо в міських поселеннях загальне демографічне навантаження щорічно збільшується, то в сільській місцевості спостерігається зменшення навантаження. Оскільки чисельність населення в міських поселеннях більша ніж удвічі за чисельність населення в сільській місцевості, тенденція до зростання демографічного навантаження в цілому по країні визначається зростанням цього показника в міському населенні.

Вказані демографічні тенденції зумовлюють посилення світової демографічної асиметрії, надають особливої гостроти та нового "звучання" демографічній проблемі у глобальному контексті, а, крім того, мають довготривалі соціально-економічні наслідки для країн, в яких розгортається депопуляція й поглиблюється старіння населення. З огляду на це, наразі існує потреба у всебічному науковому осмисленні феномену депопуляції та оцінці її можливих перспектив, розробці стратегії впливу на депопуляційні процеси засобами соціально-

демографічної політики. У нашій країні дослідження чинників депопуляції, її природи та витоків, аналіз особливостей розгортання депопуляції й оцінка її наслідків набули особливої актуальності.

Список використаних джерел

1. Доброхлеб В. Г. Старение населения и проблемы сохранения человеческого потенциала / В. Г. Доброхлеб // Народонаселение. - 2009. - № 4. - С. 53 - 56.
2. Стещенко В. С. Демографічні перспективи України / В. С. Стещенко // Демографічна ситуація в Україні: матеріали наук. конф. (жовтень 1993 р., м. Київ): у 3-х кн. / відп. ред. А. А. Пиріг. - К., 1993. - Кн. 1. - С. 9-14.
3. Стещенко В. С. Стан економіко-демографічних досліджень та наукові передумови їх подальшого розвитку / В. С. Стещенко, В. П. Піскунов // Демографія та соціал. економіка. - 2011. - № 2 (16). - С. 42-51
4. Толпчів О. Г. Методологічні та методичні проблеми регіоналізації України / Толпчів О. Г., Яворська В. В // Соціально-економічні проблеми сучасного періоду України. Районування економічного простору України: питання методології і практики. - Л., 2010. - Вип. 5 (85). - С. 32-45.
5. Яворська В. В. Вплив статевовікової структури населення на формування геодемографічного процесу / В. В. Яворська // Вісн. Одес. нац. ун-ту. Сер.: Географ. та геолог. науки. - 2006. - Т. 11, вип. 3. - С. 166-171

Надійшла до редколегії 21.10.14

В. Яворская, д-р геогр. наук
Одесский национальный университет имени И.И. Мечникова, Украина

ОБЩЕСТВЕННО-ГЕОГРАФИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

Украина относится к странам с высокой интенсивностью депопуляционных процессов, что обусловлено рядом разноплановых факторов экономического, социально-культурного, институционального характера. Масштабная и затяжная депопуляция выступает одной из составляющих четкого проявления общего кризисного демографического состояния Украине. В работе исследованы тенденции влияния средней продолжительности жизни на показатели старения населения. Проведен региональный анализ и определены территориальные различия в показателях средней продолжительности жизни и старения населения. Определены причины такой напряженной ситуации.

Ключевые слова: старение населения, продолжительность жизни, до трудоспособное население, трудоспособное население, депопуляция.

V. Yavorska, Dr.Sc. in Geography
Odessa I.I. Mechnikov National University, Ukraine

SOCIAL AND GEOGRAPHICAL ASPECTS OF POPULATION AGING

Ukraine belongs to countries with a high intensity depopulation processes which conditioned by a number of diverse factors of economic, socio-cultural, institutional character. The extensive and prolonged depopulation stands now as a part and one of the most expressive manifestation of the general crisis of the demographic situation in Ukraine. This article investigates the impact of trends in life expectancy to the indicators of the population aging. It was conducted regional analysis and determined regional differences in terms of life expectancy and the parameters of population aging. The reasons of such a stress situation were identified.

Keywords: population aging, life expectancy, pre-working-age population, working-age population, depopulation.