

Демографски преглед

Београд

Година XII

Број 46/2012

РОДНИ АСПЕКТ ДЕМОГРАФСКОГ РАЗВОЈА СРБИЈЕ: ПИТАЊА ФЕРТИЛИТЕТА И МОРТАЛИТЕТА

Постављање родног односа и друштвеног положаја жена и мушкараца за релевантне оквире тумачења демографске стварности имплицира неопходност креирања политика везаних за популацију и њен развој, из перспективе родних специфичности. Овде је пажња ограничена на питања морталитета и фертилитета, не потцењујући важност родног аспекта и у сфери других демографских феномена (брачност, миграције, породичне структуре).

Родна перспектива демографских појава и процеса

Разумевање демографских појава и процеса у контексту специфичности улога и модела понашања женског и мушког становништва значи потпунији увид и могућност конкретнијег деловања у циљу решавања популационих проблема. Интерактивна повезаност родног режима и демографске стварности манифестује се кроз деловање родних улога као релевантних фактора и кроз уобличавање родних модела под утицајем низа фактора конкретног социо-демографског окружења (графикон 1).

Графикон 1. Интерактивна веза демографског развоја и родних улога



Демографске и социо-економске карактеристике мушког и женског становништва Србије јесу одраз родног односа и друштвеног положаја оба пола, у конкретним друштвеним условима. Родне разлике у погледу брачних, образовних и економских карактеристика су последица преовлађујућег модела родних улога у породици и у друштву, али су и последица релевантног понашања жена и мушкараца (Шобот, 2010). Тако уобличен родни режим, као продукт конкретних економских, социјалних и културних околности, чини сегмент друштвене основе демографских појава и процеса који се одвијају у одређеној популацији или њеном делу. Отуда родни аспект постаје неизоставан приступ у разумевању демографског развоја и у креирању адекватних политика. Родне улоге и карактер родног односа чине релевантан оквир тумачења демографских структура, демографских промена и развоја, а постају и важна димензија популационе политике (Девеџић, 2006).

Према концепту Економске комисије Уједињених нација за Европу (UNECE, 2010) родне улоге представљају један од

кључних аспеката сагледавања и решавања конкретних питања демографског развоја.

Важност родног аспекта за питања морталитета и фертилитета становништва, заснива се на специфичним моделима понашања, као и на перцепцији родног односа као релевантног фактора родне разлике у дужини живота и ниских репродуктивних норми.

Родна разлика у морталитету и потреба унапређења дужине живота оба пола

Виши ниво морталитета мушког него женског становништва Србије (без података за АП Косово и Метохија) бележи се од средине 1960-их. Промена у погледу манифестације родне разлике у смртности, јесте последица смањивања морталитета жена, услед развоја система здравствене заштите који је допринео смањивању утицаја рађања као ризика њихове смртности.

Разлика у морталитету женског и мушког становништва посебно добија на важности због већих стопа смртности мушке средовечне популације. Мада су оне ниске када је у питању становништво 20-39 година, родна разлика је у овом случају нешто интензивнија, него код старих 40 до 59 година (табела 1). Овакав однос присутан је током већег дела друге половине 20 века, а не само на почетку 21. века.

Табела 1. Стопе морталитета мушког и женског становништва Србије према старости, 2005. и 2010

	2005		2010	
	мушко	женско	мушко	женско
20-24	1,06	0,35	0,76	0,28
25-29	1,15	0,38	0,97	0,39
30-34	1,46	0,67	1,18	0,53
35-39	1,97	0,94	1,68	0,87
40-44	3,43	1,96	2,78	1,53
45-49	6,09	2,96	5,34	2,65
50-54	10,50	5,29	9,45	4,26
55-59	16,17	7,78	15,35	7,30
60-64	24,92	12,75	21,20	10,86
65-69	37,12	21,40	34,38	19,50
70-74	58,68	40,02	51,23	33,35
75-79	92,12	72,77	83,84	63,92
80-84	141,44	127,16	125,00	115,54
85 и више	216,40	212,22	173,43	179,56

Извор: РЗС (2011). Демографска статистика 2010.

Осим неуједначеног нивоа, родни морталитетни модели делимично се разликују и према распрострањености узрока

смрти. Два најчешћа узрока морталитета становника оба пола су болести крвотока и тумори (табела 2). Део родне различитости манифестује се кроз већу учесталост првог у женској, а другог у мушкој популацији. Значајнија родна специфичност видљива је кроз више од два и по пута већу распрострањеност повреда и тровања као узрока смрти мушког становништва. Иако удели овог узрока нису високи, интензитет родне разлике завредњује пажњу са становишта могућности смањивања нивоа морталитета, односно продужетка очекиваног трајања живота мушког становништва.

У државама Европске уније спољни фактори смртности (узроци који не подпадају под болести или патолошка стања) су чак четири пута чешћи узрок морталитета мушког него женског становништва између 25 и 64 године (Еуропеан Communities, 2008). Неоплазме и тумори, као примарни узроци, чине 42% смртности мушког становништва која није узрокована спољним факторима. Међу чланицама Европске уније бројније су државе у којима је ово чешће узрок смртности мушке него женске популације. Изузетак су Данска, Ирска, Кипар, Холандија и Шведска.

Табела 2. Најчешћи узроци смрти мушког и женског становништва Србије, 2009-2011.

	2009		2010		2011	
	Мушкарци	Жене	Мушкарци	Жене	Мушкарци	Жене
Болести крвотока	49,1	60,5	49,3	60,2	48,8	59,1
Тумори	23,3	17,8	23,8	18,0	23,7	17,9
Болести дисајних органа	4,9	3,1	4,7	3,2	5,8	3,9
Повреде, тровања	5,2	2,0	4,8	1,8	4,7	1,8
Недефинисана стања	5,2	4,9	4,5	4,3	4,6	4,5
Остали узроци	12,2	11,7	12,9	12,5	12,4	12,7

Извор: РЗС (2012) Дисеминациона база података:
<http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/public/ReportView.aspx>

Специфичности родних морталитетних модела пре свега су последица утицаја низа фактора који делују у одређеним друштвеним околностима и конкретном друштвеном окружењу. Мада је статистичком анализом утврђено да је дужина живота становника у развијеним државама у већој мери последица здравствено-медицинских фактора, док је у случају слабије развијених пресуднији утицај социо-економских фактора (Радивојевић, Вељановић-Морача, 2004), у оба случаја се може говорити о важности родних улога и специфичности родних модела релевантних облика понашања.

Морталитет мушког становништва изложен је деловању социо-економских и породичних услова из детињства, као релевантним факторима касније бриге о себи и односа према сопственом здрављу (Hayward, Bridget, 2004). У једном другом истраживању, осим веће важности биолошких фактора у случају обољевања мушке популације од болести срца, указано је да постоје специфичности у погледу деловања социјалних фактора (Hamil-Luker, O'rand, 2007). Код мушкараца најчешћи фактор ризика је посао, док је у случају обољевања жена од ове врсте болести, значајнији утицај средњег и непосредног окружења који детерминишу њихов социо-економски положај, као и могућности да се исти унапреду.

Родна специфичност морталитета очитује се и кроз утицај брачног статуса. Имајући у виду веће стопе морталитета мушкараца који нису у браку, у односу на жене истог брачног статуса, као и разлику унутар мушке популације, испољену кроз виши морталитет оних који не живе у браку, говори се о наглашенијој заштитничкој функцији брака за мушку него

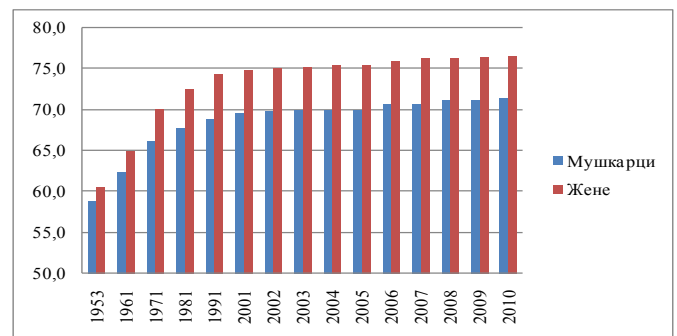
за женску популацију (Петровић, 1981). Да специфичност улога жена и мушкараца у сфери породице представља релевантан фактор морталитета, односно дужине живота мушке популације, потврђују и новија истраживања.

Полазећи од важности индивидуалних карактеристика, карактеристика супружника и особености родних улога, закључује се да старосна разлика између супружника представља значајан фактор дужине живота мушкараца, тако да је ефекат повољнији уколико је супруга млађа (Drefhal, 2010). У случају женске популације није забележена ова врста бенефита, с обзиром да су жене наклоњеније социјалним контактима који су важни као подршка и помоћ у одређеним животним ситуацијама.

Поред родне специфичности у стварању социјалних мрежа, аспект квалитета живота који представља један од релевантних фактора морталитета, родна разлика у дужини живота условљена је различитом, родно-специфичном дистрибуцијом биолошких и социјалних фактора, као и релевантних облика понашања у погледу изложености одређеним ризицима настанка болести или узроковања смрти (Rogers et al, 2010). Отуда се промене понашања у функцији елиминације одређених узрока чија распрострањеност и није висока, али представља значајан извор родне неуједначености у дужини живота, виде као простор за смањивање родног јаза у овом аспекту.

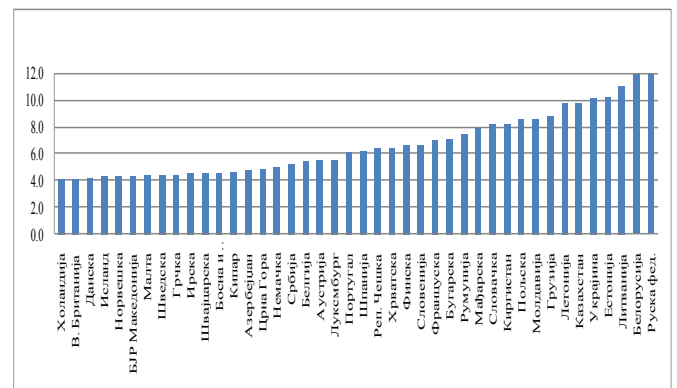
Конзумирање алкохола и цигарета јесте чешће присутно у мушкој него у женској популацији, како на простору Европске уније (Еуропеан Communities, 2008), тако и у нашој земљи. У Србији је средином прве деценије 21. века близу половине мушкараца старих између 35 и 44 године припадало групи пушача, а потрошња алкохолних пића од 2004, након краткотрајног пада, бележи тенденцију пораста (Грозданов, ур., 2008).

Табела 2. Очекивано трајање живота на живорођењу мушког и женског становништва, Србија, 1953-2010.



Извор: РЗС (2012) Дисеминациона база података:
<http://webrzs.stat.gov.rs/WebSite/public/ReportView.aspx>

Графикон 3. Родна разлика у дужини очекиваног трајања живота: међународно поређење, 2010.



Извор: UNECE Statistical Division Database, Gender Statistics.

У коначном исходу, родно специфични морталитетни модели резултирају разликом у погледу очекиваног трајања живота. У свим европским државама, независно од степена социоекономског развоја и специфичности култура, мушкарци живе краће од жена. Родна разлика у очекиваном трајању живота жена и мушкараца у Србији, повећавана је током друге половине 20 века (графикон 2). На крају прве деценије 21. века животни век мушког становништва, у просеку је за око пет година краћи у односу на женску популацију.

Поредећи са европским државама Србија заузима средишње место што се тиче интензитета родне разлике у погледу очекиваног трајања живота на живорођењу (графикон 3).

Међутим, централни проблем јесте краћи животни век становника оба пола у односу на већину европских држава, при чему је позиција наше земље неповољнија када је у питању очекивано трајање живота женског становништва (табела 3).

Табела 3. Ранг Србије у погледу очекиваног трајања живота мушког и женског становништва, 2010.

Мушко становништво			Женско становништво		
1	Швајцарска	80,2	1	Француска	85,3
2	Исланд	79,8	2	Шпанија	85,3
3	Шведска	79,6	3	Шведска	84,8
4	Малта	79,2	4	Исланд	84,1
5	Кипар	79,2	5	Кипар	83,9
29	Србија	71,4	36	Србија	76,6
39	Украјина	65,2	39	Украјина	75,3
40	Молдавија	64,9	40	Русија	74,8
41	Белорусија	64,6	41	Киргистан	73,7
42	Казахстан	63,7	42	Казахстан	73,5
43	Русија	62,9	43	Молдавија	73,5

Извор: UNECE Statistical Division Database, Gender Statistics.

Отуда је, осим на ублажавању родног јаза у дужини живота жена и мушкараца, потребно унапређивати квалитет живота и отклањати факторе који резултирају краћим животним веком становника оба пола, како би се приближили већини европских држава.

Недовољно рађање као последица родне неравноправности

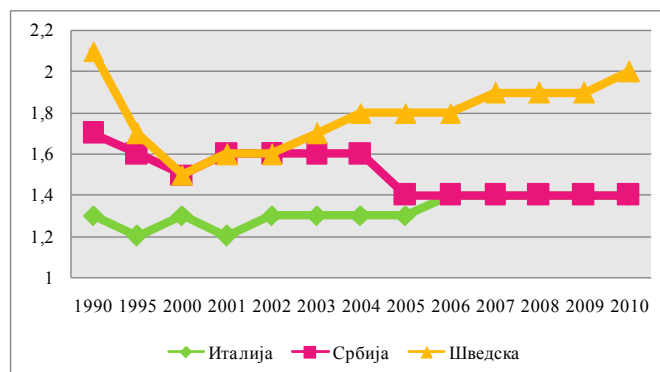
Један од кључних проблема демографског развоја Србије јесте континуирани вишедеценијски ниво рађања испод потреба просте репродукције становништва. Средином 1960-их стопе фертилитета падају на ниво испод два детета по жени у фертилном периоду и од тада се, уз одређене осцилације, бележе континуирано ниске вредности.

Стопа укупног фертилитета 2010. године у Србији износила је 1,4 детета по жени у фертилном периоду, што је одговарало вредности стопе у Италији, док је испод нивоа рађања у Шведској (графикон 4). Ове две државе међусобно се разликују у два врло важна питања. Једно су мере у прилог подстицања рађања, а друго је постигнути степен родне једнакости у свим аспектима живота.

Италија нема развијену популациону политику и у овој држави преовлада традиционалан положај жене у породици. Супротно од тога, политике у Шведској су делотворније. Вишедеценијска политика родне равноправности унапређује се новим неопходним механизмима. Један од њих тиче се реализације родитељске улоге, односно давања подршке и мајкама и очевима у циљу што оптималнијег усклађивања родитељства и професије. У овој држави на делу је политика подршке породици, којом се промовише једнакост жена и

мушкараца када су у питању посао и посвећеност професији, не стављајући у први план породицу у којој је примарна улога мушкараца као њеног издржаваоца (Благојевић-Хјусон, 2012).

Графикон 4. Стопа укупног фертилитета: Италија, Србија, Шведска, 1990-2010.



Извор: UNECE Statistical Division Database, Gender Statistics, UNECE/STAT.

Преовлађујући модел репродуктивног понашања у Србији, током већег дела друге половине 20. века, омеђан је високим вредновањем породичног живота и перцепирањем родитељства као важне животне улоге, али и низом препрека које су ограничавале рађање. Осим структурних које се тичу општег стања у друштву, истраживања су упућивала на важност препрека које потичу из непосредног искуства родитељства и конфликта улога, пре свега у случају жена (Благојевић, 1993). Опортуне препреке посебно су наглашене од стране високо образовних жена и оних које су већ имале једно дете, а као важне вредности њиховог репродуктивног понашања препознате су временска компонента, родна равноправност и професионална каријера (Рашевић, 1995).

Родитељска улога се своди на ангажованост мајки, док је укључивање очева условљено врстама активности, образовањем жене и бројем деце (Петровић, 1995). Родно асиметрична подела активности и одговорности сматра се важним фактором репродуктивног понашања жена. Такав образац перципиран је као врста „друштвене принуде“ и „одговор жена на својеврсна друштвена ограничења“, а не као лични избор и реализација њихових жеља (Благојевић, 1997).

И поред значајне распрострањености ставова о потреби равномерније поделе послова и одговорности у приватној сфери (Кубуровић, 2006), промене у пракси се одвијају споро. Новија истраживања упућују на све чешћу „заједничку“ одговорност у сфери породице, али су зарађивање и брига за материјалну обезбеђеност још увек превасходни аспект понашања мушкараца, док је „жртвовање за децу“ у већој мери карактеристика материнства (Благојевић, 2006). Родну асиметрију у овом погледу потврђује и истраживање Републичког завода за статистику Коришћење времена у Републици Србији (РЗС, 2012). Јасно се уочава значајна разлика у погледу веће ангажованости жена у подизању деце, као и у пословима који се тичу исхране и хигијене чланова домаћинства.

Искуство родитељства, било да је лично доживљено или као перцепција искуства неког другог, представља један од релевантних чинилаца репродуктивног понашања и одлучивања о рађању. У том контексту родни аспект има суштинску важност. Асиметричност материнства и очинства имплицира и разлике у погледу ставова о родитељству, а ограничења и конфликт улога су пре свега сегменти материнства.

Мада и жене и мушкарци уочавају позитивне и негативне стране родитељства, јасна је родна специфичност у погледу учесталости и перцепције конкретних ограничења (Liefbroer, 2005). Жене су чешће од мушкараца сведочиле о

негативним странама а мушкарци су говорили о нижим „ценама“ родитељства и очекивали више добробити него жене. Мушкарци су знатно чешће очекивали да ће родитељство унапредити партнерски однос, а најчешће негативне „женске“ стране родитељства јесу ограничења у погледу професионалне каријере и индивидуалне аутономије, као и благо смањивање потрошачких могућности.

Током друге половине 20. века, паралелно са процесом снижавања репродуктивних норми, одвијале су се и промене у погледу образовних и економских карактеристика женске популације. Промене у социо-професионалној структури требало би схватити као важан показатељ аспирација женског становништва. Све већа заступљеност средње и високо образованих, стручно оспособљених жена за различите врсте плаћених послова ван домаћинства, одвијала се са паралелним опстајањем, културног обрасца по којем је у сфери породичног живота доминантна улога жене.

Расветљавајући везу између нивоа рађања и учешћа женске радне снаге, подвучена је важност родне једнакости као детерминанте која има позитивне ефекте на висину репродуктивних норми (Engelhardt, Prskawetz, 2004). Најизраженији пад фертилитета уочен је у државама са ниском укљученошћу женске радне снаге у којима је подизање деце превасходно „резервисано“ за жене. И поред снажне окренутости породици и породичном животу, ниво рађања је нижи него у државама са модернијим обрасцима у којима више деценија егзистира политика родне једнакости.

Асиметрична подела кућних послова и конфликт улога представљају неспорне факторе репродуктивног понашања (Mills et al, 2008). Образованије жене чешће су исказивале намеру ка рађању у скорој будућности, услед њихових већих „преговарачких“ капацитета за родно равноправнији однос унутар породице, веће спремности њихових партнера да прихвате уједначенију расподелу послова, као и услед повољнијих финансијских могућности, које им дозвољавају да себи приуште помоћ у кућним пословима.

Оптимизам неких демографа (М. Kupiszewski, D. Kupiszewski, Nikitović, 2012), заснован на високом вредновању брака и породичног живота у Србији, значи веровање да стопе фертилитета неће пасти до најнижих вредности на европском простору, већ да ће у наредне три деценије достићи умерени пораст.

Имајући у виду промене у друштвеном положају жене и јасну одређеност наше државе ка друштву родне равноправности на свим пољима, адекватне пронаталитетне политике не могу пренебегнути важност родних улога и родног односа као релевантних фактора репродуктивног понашања у савременим условима живота. С обзиром на искуства других држава, изостанак оваквог приступа могао би да умањи шансе у погледу рехабилитације рађања, а сасвим могуће, да резултира још нижим стопама фертилитета, у односу на актуелне вредности у Србији.

Литература

Благојевић, М. (1993). „Млади и родитељство: ка дезидеологизацији родитељства (II)“, *Социологија*, год. 35, бр. 4, стр. 567-590.

Благојевић, М. (1997). *Родитељство и фертилитет: Србија деведесетих* (Београд: Институт за социолошка истраживања Филозофског факултета).

Благојевић, М. (2006). *Родни барометар – друштвени положај и квалитет живота жена и мушкараца. Сажетак истраживања* (Београд: Асоцијација за женску иницијативу).

Благојевић-Хјусон, М. (2012). *Жене и мушкарци у Србији: шта нам говоре бројеви* (Београд: Програм UNDP – Публикум).

Грозданов, Ј. (ур.) (2008). *Здравље становника Србије – Аналитичка студија 1997-2007*. (Београд: Институт за јавно здравље „Др Милан Јовановић Батут“).

Девеџић, М. (2006). „Родне (не)једнакости из родне перспективе“, *Становништво*, год. 44, бр. 2, стр. 65-87.

Drefhal, S. (2010). “How Does the Age Gap between Partners Affect Their Survival?”, *Demography*, vol. 47, no. 2, pp. 313-326.

Engelhardt, H., A. Prskawetz, (2004). “A Pooled Time-Series Analysis on the Relation Between Fertility and Female Employment”, *European Journal of Population*, no. 1, pp. 35-62.

European Commission (2008). *The Life of Women and Men in Europe* (Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities).

Hamil-Luker, J., A. M. O’rand. (2007). “Gender Differences in the Link between Childhood Socioeconomic Conditions and Heart Attack in Adulthood”, *Demography*, vol. 44, no.1, pp. 137-158.

Hayward D. M., G. K. Bridget (2004). “The Long Arm of Childhood: The Influence of Early-Life Social Conditions”, *Demography*, vol. 41, no. 1. 87-107.

Кубуровић, А. (2006). „Особености родитељства у Србији на крају 20. века, релевантне за репродуктивно понашање“, *Социолошки преглед*, год. 40, бр. 4, стр. 573-588.

Kupiszewski, M., D. Kupiszewski, V. Nikitović (2012). *Утицај демографских и миграционих токова на Србију*, (Београд: Међународна организација за миграције, Мисија у Београду).

Liefbroer, A. C. (2005). “The Impact of Perceived and Costs and Rewards of Childbearing on Entry into Parenthood: Evidence from a Panel Study”, *European Journal of Population* 21, 367-391.

Mills, M. et al. (2008). “Gender Equity and Fertility Intentions in Italy and the Netherlands”, *Demographic Research*, 18, (1), 1-26.

Петровић, Р. (1981). „Брак, породица и морталитет“, *Социологија*, год. 23, бр. 3-4, стр. 325-335.

Петровић, М. (1994). *Свакодневни живот у граду и родитељство* (Београд: Центар за демографска истраживања, Институт друштвених наука).

Радивојевић, Б., В. Вељановић-Морача. (2004). „Значај биомедицинских и социо-економских фактора за пораст очекиваног трајања живота“, *Становништво*, 42, (1-4), 93-107.

Рашевић, М. (1995). „Прихватање популационе политике на индивидуалном нивоу“, *Становништво*, 33, (1-4), 41-54.

Rogers, R. et al. (2010). “Social, Behavioral, and Biological Factors, and Sex Differences in Mortality”, *Demography*, 47, (3), 555-578.

РЗС (2006). *Демографска статистика 2002-2003*. (Београд: Републички завод за статистику Србије), стр. 87-92.

РЗС (2011). *Демографска статистика 2010*. (Београд: Републички завод за статистику Србије).

РЗС (2012). *Коришћење времена у Републици Србији* (Београд: РЗС).

UNECE (2012). Gender Statistics, <http://w3.unecese.org/pxweb/database/STAT/30-GE/06-Health/?lang=1>, преузето 01. 12. 2012.

UNECE (2012). Gender Statistics, <http://w3.unecese.org/pxweb/dialog/Saveshow.asp?lang=1>, преузето 01. 12. 2012.

Шобот, А. (2010). „Промене структурних карактеристика становништва Србије: разлике између жена и мушкараца“, *Социолошки преглед*, год. 44, бр.2, стр. 267-284.

Др Анкица Шобот