

ЭВОЛЮЦИЯ СМЕРТНОСТИ В СРЕДЕ СЕМЕЙСКИХ БУРЯТИИ ВО ВТОРОЙ ПОЛОВИНЕ XX – НАЧАЛЕ XXI ВЕКА

Демографический потенциал этнических групп, их численность, воспроизводство и сохранение находятся в прямой зависимости от уровня смертности населения. Этнокультурная группа семейских около двух с половиной веков проживает на территории Бурятии и составляет существенную долю ее населения. В последние десятилетия население группы, компактно проживающее в сельских районах (Бичурский, Мухоршибирский, Тарбагатайский), стало интенсивно убывать, причиной чего, кроме низкой рождаемости, является высокий уровень смертности населения. С середины прошлого века в эволюции смертности среди семейских стали происходить заметные изменения. В 1950–1960-е гг. она интенсивно снижалась, с 1970 г. стала расти, в 1980-е гг. наблюдалась стабилизация коэффициентов, а в 1990-е и особенно 2000-е гг. она выросла в три раза в сравнении с 1950 гг. Изменилась также структура смертности: она выросла в детском и молодом трудоспособном возрасте, снизилась продолжительность жизни населения, ухудшилось здоровье, в несколько раз возросла заболеваемость и т. д. Произошедшие этнокультурные, экологические, социально-экономические изменения повлияли на показатели смертности и здоровья семейских и предопределили сложный комплекс территориальных социально-медицинских последствий. Описанные тенденции являются устойчивыми, поскольку они складывались на протяжении последних 20–40 лет. Перспектива депопуляции этнокультурной группы неизбежна. Данный факт является исключительно нежелательной реальностью для территории Бурятии и России с точки зрения перспектив их развития.

Ключевые слова: этнокультурная группа, семейские, смертность населения, интенсивная убыль, ухудшение здоровья, деградация, этнокультурные, экологические, социально-экономические изменения, устойчивые тенденции, депопуляция.

Демографический потенциал этнических групп, их численность, воспроизводство и сохранение находятся в прямой зависимости от уровня смертности населения, изучение которого особенно важно в связи с обеспечением заселенности территорий, стабильностью развития регионов и отдельных территорий, сохранением этнокультурной специфики и т. д. Специфические черты эволюции смертности складываются в отдельных регионах и группах населения Сибири. Часть малочисленных народов и этнических групп демонстрирует ускоряющуюся депопуляцию и ассимиляцию, во многом из-за неблагоприятной картины смертности. Тенденции, складывающиеся на местах, существенно влияют на современ-

ное развитие отдельных групп населения и перспективы этнодемографического развития региона и России в целом.

Некоторые проблемы, связанные со смертностью в среде отдельных народов и групп, нашли освещение в научной литературе как в общероссийском масштабе, так и в региональных аспектах [Пивнева, 2000; Соболева, 1996]. Если общие тенденции современного развития населения России широко освещаются научной общественностью (Центр демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН)¹, то этнокультурная специфика и этнодемографическое развитие регионов и групп населения изучены менее обстоятельно.

¹ См. об этом: *Демографические ресурсы* в Интернете: Официальная информация Госкомстата России, распространяющаяся в Интернете. URL: <http://www.info.gks.ru> (дата обращения: 18.08.2009); *Ресурсы* Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН. URL: <http://www.demoscope.ru> (дата обращения: 18.08.2009).

Важным вопросом в изучении смертности как этнодемографического процесса является наличие массовых статистических данных, в отношении чего следует отметить малочисленность соответствующих материалов. Особенно слабо представлены они в этническом разрезе. Данные переписей и текущего статистического учета также не всегда фиксируют половозрастные показатели смертности, исключение составляет только младенческая смертность. Наше исследование построено в значительной мере и на использовании собственных полевых материалов.

Целью работы является исследование смертности как этнодемографического процесса в среде русской этнокультурной группы в Бурятии – семейских, со второй половины XX по начало XXI в. Задачи: анализ процесса в динамике, выявление комплекса причин и факторов, в том числе этнических, их места и роли в эволюции смертности, характеристика современных тенденций и перспектив развития процесса смертности в воспроизводстве группы.

Семейские около двух с половиной веков составляют существенную долю в удельном весе населения Бурятии – на сегодня это, по подсчетам Ф. Ф. Болонева, около 20 % [Болонев, 2004. С. 226]. Ранее они проявляли высокий уровень демографического воспроизводства и поразительную жизнестойкость в сложных политических, идеологических, экономических и прочих социокультурных ситуациях. В последние же десятилетия население этнической территории проживания семейских в Бурятии (Бичурский, Мухоршибирский, Тарбагатайский районы) стало интенсивно убывать. Причина этого, кроме низкой рождаемости, заключается в высоком уровне смертности населения.

В эволюции смертности среди сельского семейского населения с середины прошлого века, наряду с традиционными, стало очевидным появление новых тенденций. Рассмотрим подробно динамику процесса и определяющие его факторы. Так, коэффициент смертности в Бичурском районе в 1950-е гг., несмотря на колебания, обусловленные возрастной структурой, неуклонно снижался: с 9,3 в 1953 г. до 6,4 ‰ в 1969 г. (табл. 1). Наибольший показатель отмечен в 1954 г. – 10,6 ‰, минимальный в 1969 г. – 6,4 ‰ – самый низкий в районе как за 1950–1960-е гг., так и за весь рассматриваемый период и оказался в 1,8 раза ниже показателя 1954 г. В среднем в СССР аналогичный коэффициент составлял 7,4 ‰, в Бичурском районе – 8,0 ‰, что можно объяснить меньшим внедрением и распространением среди населения медицинского обслуживания.

В 1950–1960-е гг. для естественного движения была характерна высокая рождаемость и снижавшаяся смертность населения. Это было уже не традиционное общество, которому соответствуют как высокий уровень рождаемости, так и высокий уровень смертности. Следовательно, мы можем данный этап естественного движения и смертности, как одной из частей, его составляющих, отнести к переходному от традиционного к простому. Произошло не только снижение коэффициентов смертности, но изменилась и ее структура. Особо обстоит ситуация с младенческой и детской смертностью: она снизилась в разы. Прежде детская смертность являлась, главным образом, следствием инфекционных заболеваний (которые с применением медицинских препаратов перестали быть угрозой для жизни младенцев), недостатка акушерской помощи при родах женщинам и детям,

Таблица 1

Уровень смертности населения в Бичурском районе
в 1950–1970-е гг. (‰)*

Показатель	Год										
	1953	1954	1958	1959	1960	1961	1962	1963	1966	1969	1970
Уровень смертности населения	9,3	10,6	7,1	7,5	8,0	7,8	8,0	7,0	6,7	6,4	7,6

* Рассчитано автором по данным Госкомстата: НАРБ. Ф. Р 430. Оп. 1. Д. 23. Л. 17; Ф. Р 1534. Оп. 1. Д. 119. Л. 24; Д. 67. Л. 45; Д. 141. Л. 18; Д. 91. Л. 21; Д. 181. Л. 29.

а также несоответствующими санитарно-гигиеническими условиями, что нередко приводило к родовым травмам.

Важным условием перестройки структуры смертности, уменьшения ее масштабов стало формирование сети медицинских учреждений: была развернута сеть фельдшерско-амбулаторных пунктов, в районах появились поликлиники, родильные дома, в крупных селах создавались филиалы поликлиник. Так, в Бичурском районе было два роддома. Следствием всех мероприятий стало распространение массового медицинского обслуживания всего контингента населения. Огромное значение имело введение в практику сульфаниламидов, антибиотиков и т. д. Удалось достигнуть успехов в борьбе с эпидемиями. Семейские стали прививать детей. В уходе за детьми и в их социализации также наметились новые тенденции.

Однако старшие поколения продолжали противиться новациям. В сознании населения только стала появляться мысль о родильных домах, продолжали действовать по традиции, обращаясь к услугам бабок-повитух, либо рожали самостоятельно, иногда где придется: в огороде, в лесу, в поле и т. д. В. К. Тюрюханова² рассказала нам следующее: «Ганя Селиха (муж – Селивестр) хорошая повитуха была. Мать стала рожать – ее позвали, а она одна на весь край, уже у другой роды принимала. Но пришла позже. Повитух благодарили и уважали. Они были опытные, порой грамотней, чем современные акушеры». А. Н. Разуваева³ рассказывает, что всех своих пятерых детей она родила дома. Типичным примером рассказов населения о том времени является эпизод из жизни В. К. Тюрюхановой⁴. «У матери нас всего было семеро, двое умерли. Мальчик 1953 года рождения умер в 9 месяцев от воспаления легких. Переехали в новый дом в ноябре, вторые окна еще не поставили – вот он и простыл. Мать в больнице с ним лежала, но не вылечили. Девочка умерла на второй день после родов – не знаем от чего. Раньше почти у всех детей, летом особенно, – вши, как накупаться в речке, так домой принесешь. Золо-

туха вообще у всех была, кто лечил, кто – нет. Врачи прописывали рыбий жир, дома говорили, чтобы побольше ели посных штей (щи без мяса). Нам ставили прививки. Врачи сами по домам ходили. Мы прятались – боялись. И какие-то витамины давали (йод – антиструмин). Некоторые не давали ставить, говорили, мол, от Антихриста это все. Крестили кратчу (тайно). Аборты делали, но никто не знал, не говорили про это. Марюша мылом делала... А маленьких мама нас всех грудным молоком до третьего поста кормила, а потом отнимала. Если болели, водила нас к бабушке Агафье, она заговаривала. Помню, зуб болел. Она на закате пошептала, воды дала попить, на завтра сказала прийти, после – 11 лет зубы не болели. Грыжу в больнице лечили – не помогли, а она вылечила. Женщин раньше берегли после родов шибко. 40 дней за занавеской сидела, за печкой. Ниче ей делать не давали. А сейчас в роддоме 3–5 дней – уход, а потом все сама».

Из рассказа видно, что семейские, наряду с медицинскими услугами, широко пользовались и традиционными способами здоровьесбережения и лечения. Однако сопротивление новому постепенно ослабевало.

При всем значении медицины не меньшую роль играло физиологическое здоровье населения. Большая часть старших возрастов умирала по старости. По свидетельствам современников, продолжительность жизни была высокой, в селах было много жителей старше 80 лет. «Люди доживали свой век. Стариков было много и все они жили в семьях. Помогали по силе, а сейчас все сами делают. Дети отдельно живут. Вот и живут меньше». В 1955 г. в Бичурском районе населения старше 60 было 788 человек, в 1956 г. – 1 909, 1954 г. – 1 930 соответственно⁵. Имела значение и возрастная структура населения. За счет большого количества новорождений в те годы оно омолодилось, а в молодых возрастах смертность ниже.

В целом 1950–1960-е гг. оказались самым благоприятным временем для естественного движения населения семейских сел за весь рассматриваемый период. Наряду с культурно-бытовыми факторами, обусловленными этнокультурной спецификой (высокая

² Полевые материалы автора (далее ПМА), 2003. В. К. Тюрюханова, 1948 г. рожд., с. Бичура.

³ ПМА, 2003. А. Н. Разуваева, 1933 г. рожд., с. Бичура.

⁴ ПМА, 2003. В. К. Тюрюханова, 1948 г. рожд., с. Бичура.

⁵ НАРБ. Ф. Р 430. Оп. 1. Д. 29. Л. 3; Д. 25. Л. 5; Ф. Р 43. Оп. 1. Д. 17. Л. 2.

санитарная культура семейских и уровень личной гигиены, как в сравнении с сибиряками, так и с другими сельскими жителями, народные способы здоровьесбережения и лечения), стали играть роль и другие факторы, в первую очередь, развивавшееся медицинское обслуживание. Однако ситуация была противоречива, что в дальнейшем сказалось на ухудшении здоровья населения. С началом массового внедрения в практику химических лекарственных препаратов ушел в прошлое естественный отбор. В последующих поколениях ухудшился генофонд. Распространение медицинского обслуживания привело к тому, что население стало реже прибегать к традиционным способам здоровьесбережения, профилактики и лечения. Некоторые из них были очень качественными и более значимыми, чем медицинские услуги. Медицина, безусловно, занимается болезнями, но вовсе не здоровьем. Своим здоровьем семейские занимались сами [Болонев, 2004. С. 163]. Для них существовала система правил поведения и традиций для сохранения здоровья. Оздоровление организма было основано на естественных методах (свет, вода, воздух, пища, движение). Народная медицина была также систематична и комплексна, одной из ее целей было обучение человека сохранению здоровья. Это натуральная пища, которая обладает множеством целебных свойств, правильное питание, посты, отсутствие стимулирующих средств в рационе – чая, кофе, табака, алкоголя, специй. Ярче других проявляется привязанность семейских к обрядности в быту, в поведении и т. д. Так, например, воду из колодца для питья и пищи следует брать до обеда, а лучше в полдень. Тому есть и научное объяснение – к полудню вода имеет особо полезные свойства и структуру. Любопытный материал зафик-

сирован у П. А. Ровинского [2005. С. 149]. «Всякая болезнь, скажу тебе, от нас самих прилучается. Вот хоть бы и зоб, прости господи, об котором ты спрашиваешь: и тот от самих же. У нас есть такие: захотелось ей пить, вскочила и побежала к кади, бегит, да все крестится, а подбежала, зачерпнула без молитвы, да и пьет. А по-нашему, возьми ковшичек потиху, зачерпни, смотри на воду и крестись да тагды уж и пей, и ни в жисть тебе ничего не будет».

Среди рассматриваемых нами факторов динамики смертности того времени особую роль стала играть возрастающая миграция семейских в городскую местность. Эта тенденция усилилась в 1960–1970-е гг. (табл. 2).

Если в 1955 г. число выбывших составило 685 человек, то в 1973 г. – 1 720, почти в три раза больше. И если ранее механический прирост отчасти компенсировался приездом специалистов на село, то со временем специалистов стали готовить из своей среды. В результате в структуре населения происходило увеличение доли старших возрастов, а в них, как известно, уровень смертности выше, что стало одной из главных причин роста смертности населения в последующие десятилетия. Данное обстоятельство проявило себя еще более очевидно в 1970–1980-е и последующие годы.

Следует сказать и о тенденции семейских к эндогамности, сохранявшейся до начала интенсивной миграции сельского населения в город и приезда специалистов на село вплоть до 1960-х гг. С одной стороны, она препятствовала внесению извне генетических аномалий, с другой – способствовала усилению уже имевшихся. Отход от эндогамности в результате обмирщения населения и миграции привел к распространению межконфессиональных и межэтнических

Таблица 2

Миграция населения Бичурского района (чел.) *

Показатель	Год				
	1955	1966	1970	1972	1973
Прибыло	508	852	902	1 270	952
Выбыло	685	1 031	797	1 384	1 720
Механический прирост	-177	-179	+105	-114	-768

* Рассчитано автором по данным Госкомстата. НАРБ. Ф. Р 430. Оп. 1. Д. 29. Л. 3; Д. 25. Л. 5; Ф. Р 43. Оп. 1. Д. 17. Л. 2.

Таблица 3

Смертность населения Бичурского района в 1970-е гг. *

Показатель	Год						
	1970	1971	1972	1973	1974	1975	1980
Человек	243	247	232	288	249	278	286
Промилле	7,6	7,8	7,3	9,3	8,2	9,0	9,5

* Рассчитано автором по данным Госкомстата. Ф. Р 1534. Оп. 1. Д. 141. Л. 18; Д. 91. Л. 21.

браков, в результате чего ослабевала предрасположенность к наследственным заболеваниям.

С 1970-х гг. в показателях смертности и ее структуре ситуация изменилась: спад сменился ростом. В среднем по СССР он начался с 1964 г. Сократилась и продолжительность жизни населения. Возросла смертность от неестественных причин. Коэффициент смертности в Бичурском районе стал равен общероссийскому – 7,6 ‰ и оказался чуть ниже среднереспубликанского – 7,7 ‰ (табл. 3).

Следует подчеркнуть, что состояние статистики в данной сфере на рассматриваемой нами территории за 1970–1980-е гг. нельзя считать удовлетворительным. Есть хронологически и территориально неполные общие данные о смертности по районам, статистика по заболеваемости, средней продолжительности жизни представлена незначительно, отдельно по селам также информация незначительна. Все дело в том, что советское правительство в то время дало указание статистическим управлениям закрыть информацию о смертности вместо того, чтобы проанализировать причины сложившейся ситуации, которая так и не была изучена ни правительством, ни учеными, ни во всесоюзном, ни в региональных масштабах. О советском обществе принято было говорить как о благополучном. Проблемы влияния социокультурных и экономических изменений на демографический потенциал населения, его отдельных групп, здоровье и качество жизни исследовать оказалось в то время почти невозможно.

Поэтому мы привлекаем полевые материалы, собранные нами в ходе экспедиций в 2003–2005 гг. Говоря о факторах смертности того периода, следует отметить, что в 1970-е гг. уровень медицинского обслуживания в районах возрос, и социально-экономические меры со стороны государства

по повышению рождаемости в середине 1980-х гг., казалось бы, положительно повлияли на демографическое развитие населения, но смертность среди семейских неуклонно увеличивалась. Так, в Бичурском районе в расчете на тысячу человек число умерших составило в 1970 г. – 7,6, в 1980 г. – 9,5, в 1990 г. – 11,2 ‰. Причем все эти годы уровень смертности в районе уже превосходил среднереспубликанский, но был все же ниже всесоюзного. По статистике более чем в 1,5 раза выросла смертность от болезней системы кровообращения и в 1,4 раза от злокачественных новообразований.

В 1970–1980-е гг. стало заметным ухудшение экологической ситуации, как в стране, так и в регионах, что прямым образом отразилось на росте заболеваемости. Среди населения рассматриваемой территории заболеваемость отдельными инфекционными болезнями, зависевшая, в первую очередь, от уровня медицинского обслуживания, санитарно-эпидемиологических мероприятий, по абсолютному большинству видов в 1970–1980-е гг. сокращалась, для ряда болезней многократно. Прямо противоположная картина наблюдалась относительно заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями, злокачественными новообразованиями, зависевшими в определенной мере от состояния окружающей среды. Результаты наблюдений и полевых материалов свидетельствуют о росте смертности в агропромышленных поселковых образованиях, например, в селах Окино-Ключи, Саган-Нур, где ведется разработка угольных месторождений. Именно размещение в них вредного производства определило состояние здоровья селян по отдельным видам заболеваний (прежде всего злокачественные новообразования) очень существенно. Картина заболеваемости, по рассказам фельдшеров сел, типична: на первом месте – сердечно-сосудистые, на втором – злокаче-

ственные новообразования, на третьем – заболевания пищеварительной системы⁵.

С этого времени смертность на селе, кроме указанных причин, была обусловлена ростом уровня заболеваемости. Этот фактор стал занимать первое место в структуре смертности. По районам заболеваемость за 1970–1980-е гг. выросла многократно, по некоторым видам болезней до 10 раз. Причем по возрастам наибольшие показатели смертности наблюдались у лиц старше 45 лет. Другим тревожным фактом стал рост детской смертности, так как беременные стали подвергаться опасностям заражения, а у детей до 4 лет еще не выработан механизм защиты организма. Отдельно следует сказать о распространении вредных привычек. Традиционное мировоззрение защищало семейских от алкоголизма, курения, наркомании. Медицина же фактически устранилась от борьбы с ними, вследствие чего они стали приобретать чудовищные масштабы уже в 1970–1980-е гг. Под воздействием ряда новых факторов состояние здоровья семейских ухудшалось катастрофично. В целом сельские жители благодаря своему образу жизни все же меньше, чем горожане, страдали такими видами заболеваний, как неврозы, заболевания сосудов мозга, болезни центральной нервной системы, органов дыхания. Однако и он перестал носить характер определяющего фактора в уровне смертности населения. К концу 1980-х гг. негативные тенденции смертности усилились (табл. 4).

Отток молодого сельского населения продолжал расти, заболеваемость также возрастала, что существенно ухудшило демографические возможности населения. Сегодня очевидно, что, помимо демографических проблем, причин такого роста уровня смертности немало: это негативные последствия загрязнения окружающей среды, вызванные пагубным влиянием развития «большой химии», промышленной вырубкой лесов, бесконтрольным выбросом отходов производства в сточные воды и атмосферу и др. Для семейских этот период был ознаменован тем, что они отходили от традиционного опыта и стали использовать лекарственные препараты. Кроме того, ограничения в ведении личного подсобного

хозяйства, как говорят семейские, принудили брать «ларешное». В совокупности применение товаров большой химии в сельском хозяйстве и в быту привело к ухудшению экологии и здоровья населения.

Таким образом, в 1970–1980-е гг. в этнодемографическом развитии семейских сформировались новые черты демографического поведения, ставшие определяющими для показателей смертности. Среди них: старение населения, интенсивная миграция молодых трудоспособных возрастных групп для учебы и работы в городскую местность, ухудшение здоровья и рост уровня смертности от неестественных причин в разных возрастах. Условия для обозначенных изменений были созданы качественно новой социально-экономической конъюнктурой и состоянием окружающей среды.

В 1980-е гг. рост уровня смертности был сдержан повышенной рождаемостью, что обеспечило стабильность коэффициента. Однако ухудшение здоровья, рост заболеваемости, сокращение продолжительности жизни и смертности от неестественных причин оставались основными факторами. С каждым годом ухудшалось медицинское обслуживание, состояние медицинских учреждений, была прекращена всесоюзная профилактика йододефицита и многое другое.

В 1990-е гг. указанные негативные моменты проявились еще в большей степени. Динамика роста смертности ускорилась (табл. 5).

В среднем по сравнению с 1960 гг. смертность возросла в два раза к середине и в три раза к концу 1990-х гг. Несмотря на некоторое ее замедление в 1995–1998 гг., негативная тенденция вновь проявилась в период с 1998 по 2006 г. и еще более углубилась. В то же время коэффициенты в среднем по Республике Бурятия и по Улан-Удэ составляли в 1990 г. 9,1 и 9,2 ‰ и в 1999 г. 12,6 и 12,1 ‰ соответственно. Уровень смертности в районах проживания семейских оказался выше, чем среднереспубликанский и среднегородской. Одновременно рождаемость уменьшилась за десятилетие с 1985 по 1995 г. в 2,5 раза, а к 2000 г. – в 3 раза.

Основной причиной смертности следует считать заболеваемость. В структуре ее видов, как и прежде, лидируют болезни системы кровообращения, затем несчастные

⁵ ПМА, 2004. Л. В. Пойманова, 1954 г. рожд., с. Окино-Ключи Бичурского района.

Таблица 4

Уровень смертности населения по районам *

Район	1980 г.		1985 г.		1990 г.	
	чел.	‰	чел.	‰	чел.	‰
Бичурский	286	9,5	310	10,1	323	10,3
Мухоршибирский	330	12,5	332	12,1	281	9,5
Тарбагатайский	154	8,7	215	11,7	217	11,7

* Рассчитано автором по: [Республика Бурятия..., 1998. С. 72–76].

Таблица 5

Распределение умерших по районам
(в расчете на тысячу человек, ‰) *

Район	Год										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Бичурский	10,0	10,9	13,4	14,1	12,6	13,1	12,9	11,0	14,2	13,8	16,6
Мухоршибирский	10,2	10,8	12,4	12,2	11,0	12,7	12,9	11,3	14,1	15,0	14,0
Тарбагатайский	9,0	9,2	12,7	14,2	12,5	12,3	12,0	11,8	14,5	12,8	14,7

* Рассчитано автором на основании материалов текущих архивов районов.

случаи, отравления и травмы, онкологические заболевания, инфекционные болезни и болезни органов пищеварения. К XXI в. их количество возросло. При анализе возрастных особенностей смертности кардинально новой и тревожной стала высокая смертность в 1990-е гг. населения в трудоспособном возрасте, рост числа убийств, самоубийств. Анализ показывает, что среди умерших преобладают возрастные группы 45–55, 40–44 лет. Увеличилась смертность и в более молодых возрастах. Среди контингента умерших от неестественных причин основную долю составляют мужчины. Причиной смертности становятся несчастные случаи, травмы в быту и на производстве, убийства и суициды, алкоголизм. В республике от этих причин умирает в два раза больше, чем в среднем по России, а еще больше среди семейских. Бичурский район по указанным показателям занимает первое место в республике. Это отчасти можно объяснить кризисными явлениями, когда при реорганизации сельской экономики высвободилось значительное количество трудоспособного населения, не находящего применения своего труда, не могущего обеспечить удовлетворительное существо-

вание своих семей. У людей возникает чувство неуверенности и тревоги, что ведет к алкоголизации и последующему росту заболеваемости и смертности.

Отдельно нужно сказать о миграции населения из районов. Специфика ее в том, что население выбывает не только в городскую местность республики. Если миграционная подвижность бурятского населения ограничивается в основном Бурятией, то семейские, как и все русское население, активно выбывает за пределы субъекта. При этом в потоке мигрантов преобладает наиболее активный детородный контингент – молодое население, более квалифицированное, мобильное и быстро адаптирующееся к условиям реформирования экономики. Продолжение оттока населения оказывает все более углубляющееся отрицательное воздействие на формирование и развитие группы семейских из-за общего повышения доли старших возрастов, имеющих повышенный риск смертности. С 1993 г. в районах численность населения старше трудоспособного возраста перешагнула порог 10 %.

С 1993 г. и по настоящее время в Бичурском, Мухоршибирском и Тарбагатайском районах идет убыль населения, причем тем-

пы ее возрастают. Так, в 1993 г. она составляла по этим районам соответственно –2,3, –2,4, –3,3 ‰; в 2003 г. – уже –7,0, –3,5, –4,8 ‰. В среднем же по республике это были –0,3 и –1,9 ‰, по г. Улан-Удэ –1,9 и –1,3 ‰. Очевидно, что темпы убыли этнокультурной группы семейских в несколько раз превышают средние по республике и городу. Неблагоприятные тенденции в воспроизводстве семейских сохраняются. Ситуация со смертностью не стабилизируется, а скорее усугубляется. Доля старших возрастов повышается, следовательно, уровень смертности будет продолжать расти. На фоне низкой рождаемости несложно сделать выводы об ускорении депопуляции, а также резком ухудшении физического и психического состояния здоровья населения этнической группы. Оставшаяся часть семейского социума будет нести существенные демографические потери.

В заключение отметим, что эволюция смертности среди семейских во второй половине XX в. имела весьма непоследовательный, противоречивый характер. Некоторые успехи в борьбе со смертностью были достигнуты в 1950–1960-е гг. благодаря введению в практику сульфаниламидов и антибиотиков. В то же время следует понимать ограниченность этих успехов. Реально смертность снизилась лишь в детских возрастах. После 1969 г. снижение смертности прекратилось и сменилось медленным ростом, который продолжался до 1980 г. Процесс несколько замедлился в 1980-е, но уже к началу 1990-х восстановилась прежняя неблагоприятная тенденция, еще более углубившаяся к началу нашего столетия. С 1993 г. стала наблюдаться убыль населения, ее темпы с каждым годом нарастают. Тенденции к продолжающемуся росту смертности, снижению коэффициента естественного прироста до отрицательных значений являются весьма устойчивыми, по-

скольку складывались они на протяжении последних 20–40 лет. Поэтому перспектива сокращения численности населения становится неизбежной. Несложно показать, что при сохранении этих тенденций население этнокультурной группы семейских будет уменьшаться вдвое через каждые 30 лет, т. е. через каждое новое поколение. Это статистически и теоретически обоснованный вывод. Данный факт является исключительно нежелательной реальностью для территории Бурятии и России с точки зрения перспектив их развития.

Список литературы

Болонев Ф. Ф. Старообрядцы Забайкалья в XVIII–XX вв. М.: ИПЦ «ДИК», 2004. 352 с.

Пивнева Е. А. Заболеваемость и смертность как индикаторы здоровья коренных народов Севера (по материалам Березовского района Ханты-Мансийского автономного округа) // Этнодемографический сборник. Народы Севера России. М., 2000. С. 93–131.

Республика Бурятия: 75 лет: Стат. сб. Улан-Удэ: Госкомстат по РБ, 1998. 320 с.

Ровинский П. А. Этнографические исследования в Забайкальской области. Известия СОРГО. Иркутск, 1872 // История и культура семейских Забайкалья: Хрестоматия. Улан-Удэ: Изд-во «Бэлиг», 2005. Ч. 1. С. 119–159.

Соболева С. В. Демографические аспекты этнической устойчивости (на примере малых национальных образований сельских регионов Сибири) // Сибирская деревня в период трансформации социально-экономических отношений. Новосибирск, 1996. С. 177–200.

Материал поступил в редколлегию 07.09.2009

E. D. Fedotova

EVOLUTION OF MORTALITY IN THE ENVIRONMENT OF BURYAT SEMEISKY PEOPLE IN THE SECOND HALF OF THE XX AND THE BEGINNING OF THE XXI CENTURY

Demographic potential of ethno groups, their quantity, birth up and keeping depend on the level of population mortality. Ethno group of semeisky people has been living in Buryatiya about two and half centuries and it is the greatest part of the whole Buryat population. Last ten years, groups which live especially in villages regions so as Bichurky, Tarbaga-

taisky and Mukhorshibirsky began quickly being less. It causes by a low level of birth and by a high level of population mortality. From the middle of the past century remarkable changes appeared in the evolution of mortality among semeisky people. In 1950–60-th it began to grow, in 1980-th there was the stability of percents, but in 1990-th and especially in 2000-th years it has grown three times more than in 1950-th. The structure of mortality has also changed. It has become more often among babies, children and youngers, time of life became shorter, health was getting worse, and illnesses among the population has grown very much and etc. These ethnocultural, ecological, social-economic changes influenced on mortality and health of semeisky people and became the cause of complicated complexes in territorial and social-medical questions. The tendency given in this article are rather stable, because they have been developing during 20–40 years. A perspective of depopulation of ethnocultural group is impossible to stop. This fact for Buryat Republic and Russian territory in whole from the point of view of its development.

Keywords: ethnocultural group, semeisky people, mortality of population, intensive less, getting worse of health, degradation, ethnocultural, ecological, social-economic changes, depopulation.