Московский государственный университет

им М. В. Ломоносова

Географический факультет

На правах рукописи

УДК 911.3:301(470.3)

Черковец Марина Владимировна

Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Центральной России

25.00.24. – Экономическая, социальная и политическая география

Диссертация на соискание ученой степени кандидата географических наук

Научный руководитель:
кандидат географических наук,
доцент М.П. Ратанова

Москва 2003 г.

Содержание

Введение……. 3

Глава 1. Теоретические и методологические основы изучения влияния различных факторов на здоровье населения…… 8

1.1. Факторы, оказывающие влияние на здоровье населения…… 8

1.2. Характеристика показателей здоровья населения…… 23

1.3. Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения…….. 34

1.4. Специфика здоровья населения России в 90-е годы…… 47

Глава 2. Особенности воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения на макро- и мезоуровнях…….. 58

2.1. Территориальные различия и особенности воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения Центральной России…….. 58

2.2. Воздействие социально-экономических факторов на здоровье населения Ивановской (депрессивной) области…… 73

2.3. Воздействие социально-экономических факторов на здоровье населения Калужской (среднестатистической) области…….. 92

Глава 3. Роль качества и образа жизни в формировании здоровья населения на микроуровне (на примере Козельского района Калужской области) ……... 121

3.1. Характеристика социально-экономического положения и здоровья населения……... 121

3.2. Территориальные и социально-демографические особенности изменения качества, образа жизни и здоровья населения …… 126

3.3. Влияние качества и образа жизни на здоровье населения……. 148

Заключение…… 160

Библиография……. 170

Приложения…….. 180

Введение

Здоровье человека является комплексным понятием, характеризуя физическое, духовное и социальное благополучие, что обусловливает его многофакторность. С ходом исторического развития приоритетное значение приобретают разные факторы: природные условия и качество окружающей среды, социально-экономическая ситуация, уровень медицинского обслуживания, образ жизни, биологические характеристики организма. Резкое ухудшение здоровья населения России в период системного кризиса 90-х годов при отсутствии войн, голода, эпидемий и других масштабных бедствий свидетельствует о важнейшей роли социально-экономических преобразований в формировании здоровья на данном этапе. Реакцию населения можно оценить как социальный стресс, наиболее остро проявившийся в 1992-1994 гг. Произошло снижение ожидаемой продолжительности жизни, обусловленное быстрым ростом смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, травм и отравлений, в т.ч. убийств, самоубийств и отравлений алкоголем. Увеличился уровень заболеваемости, в т.ч. социально значимыми болезнями: психическими расстройствами и болезнями нервной системы, венерическими болезнями, туберкулезом.

В связи с этим, исследование воздействия изменений в социально-экономической сфере на здоровье населения является актуальной проблемой междисциплинарного характера, которая в силу своей сложности не может иметь исчерпывающего и однозначного решения.

В диссертации изучение особенностей формирования здоровья населения Центральной России проводится на примере территориальных единиц разного таксономического уровня на основе применения географических методов исследования, делается попытка комплексного анализа влияния социально-экономических преобразований 90-х годов на различные характеристики здоровья населения «от общего к частному».

Особенно важным представляется изучение реальной ситуации на микроуровне путем проведения социологического исследования. Такой подход основывается на субъективных оценках респондентов и позволяет

выявить изменения в качестве и образе жизни, а также специфику обусловленности здоровья населения, которые не находят отражения в официальной статистике.

Выявление географических особенностей воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения и специфики адаптации отдельных социально-демографических групп к новым условиям жизни необходимо для принятия мер по улучшению ситуации, а также формирования стратегий и целевого планирования в сфере социального развития и здравоохранения.

Объектом исследования является население Центральной России.

Предметом исследования являются территориальная дифференциация, динамика, количественные и качественные характеристики влияния социально-экономических факторов на здоровье населения.

Исследование проводится на примере отдельных территориальных единиц Центральной России: Центральный экономический район (ЦЭР), Ивановская и Калужская области, Козельский район Калужской области.

Целью исследования является выявление особенностей воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения Центральной России.

Для достижения поставленной цели потребовалось решить следующие **задачи:**

1. Рассмотреть и обобщить существующие концепции и опыт изучения здоровья населения и роли факторов, его обусловливающих.
2. Изучить динамику и выявить основные тенденции изменения социально-экономической ситуации и здоровья населения отдельных территорий Центральной России в 90-е годы.
3. Определить территориальные различия в состоянии здоровья населения Центральной России и роли социально-экономических факторов в его формировании.
4. Выявить основные особенности и различия в адаптации отдельных демографических и социальных групп населения к изменениям в социально-экономической сфере.

5. Исследовать воздействие социально-экономических факторов на здоровье населения на разных территориальных уровнях (с углублением детализации по мере укрупнения масштаба исследования):
   - на макроуровне (ЦЭР) – произвести ранжирование и группировку субъектов федерации по социально-экономическому положению и уровню здоровья населения и выявить территориальные различия в роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения;
   - на мезоуровне – проанализировать динамику и выявить особенности воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения в «депрессивной» (Ивановская) и «среднестатистической» (Калужская) областях, исследовать порайонные различия;
   - на микроуровне - провести детальное изучение влияния качества и образа жизни на здоровье населения с учетом субъективных оценок в «среднестатистическом» районе с применением социологического опроса (Козельский район Калужской области).

Методологическая и информационная база. В работе над диссертацией автор опирался на труды отечественной школы экономической и социальной географии Баранского – Колосовского – Витвера – Саушкина, а также работы в области экономики, социологии, психологии, медицины, демографии, в т.ч. института народнохозяйственного прогнозирования РАН, института социально-экономических проблем народонаселения РАН, института социально-политических исследований РАН, Центрального научно-исследовательского института информатизации и организации здравоохранения Минздрава РФ, НИИ гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко, НИИ экологии человека и гигиены окружающей среды им. А.Н. Сысина, РГМУ и др.

Информационными источниками послужили: статистические и аналитические материалы Госкомстата, областных и районных комитетов по статистике, областных комитетов по здравоохранению, научно-исследовательских институтов; данные социологического опроса, проведенного в 2002 г. в Козельском районе Калужской области.

В диссертации применены географические методы исследования (сравнительно-описательный, картографический, историко-географический), ранжирование и группировка, методы математической статистики, метод социологического опроса.

Научная новизна. На основе применения географических методов исследования проведено комплексное изучение роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения на разных уровнях исследования. Рассчитаны индексы здоровья и социально-экономического положения и предложена группировка областей ЦЭР по состоянию здоровья населения и влиянию социально-экономического положения. Проанализированы негативные тенденции изменения здоровья населения Центральной России в 1990-е годы и выявлены территориальные и социально-демографические различия. Выявлены особенности адаптации населения и его отдельных групп, связанные с изменениями в поведении, образе жизни и состоянии здоровья, к новым социально-экономическим условиям.

Практическая значимость работы и реализация результатов исследования. Полученные результаты могут быть использованы при разработке региональных и муниципальных программ и стратегий в области социально-экономического развития и совершенствования системы здравоохранения. Подходы и методы проведения комплексного исследования роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения, апробированные на примере выбранных территорий, могут применяться для изучения ситуации в других регионах. Полученные выводы об особенностях влияния социально-экономических факторов на здоровье населения используются в настоящее время органами управления Калужской области.

Результаты диссертационного исследования использовались автором для разработки стратегии и механизмов развития социальной инфраструктуры по направлению «Здравоохранение» для Бюро социальных проектов МБРР/МАР (контракт на выполнение НИОКР по теме «Разработка методики формирования модели развития социальной инфраструктуры региона»

№С/108-5М/2003), а также при реализации проектов «Управление качеством природной и социальной среды в связи с функционированием международных транспортных коридоров» (проект Тасис Бистро, 2000 г.), «Экологический и социально-экономический факторы в формировании здоровья населения региона» (грант РФФИ № 98-05-64400,1998 г.).

Материалы диссертации могут быть использованы при чтении курсов лекций, связанных с проблемами социальной географии и здоровья населения.

Глава I

Теоретические и методологические основы изучения влияния социально-экономических факторов на здоровье населения

§1.1. Факторы, оказывающие влияние на здоровье населения

Вопрос, от чего зависит здоровье человека, считается основным вопросом медицины. В то же время, поиск ответа, в комплексе с изучением непосредственных механизмов функционирования и реакций организма, предполагает исследование процессов и явлений внешней среды, вызывающих изменения в его состоянии. Проблема формирования здоровья населения является междисциплинарной (Журавлева, 1998); попытки ее решения предпринимаются в рамках и на стыке целого ряда научных дисциплин. В русле медицинской науки развивается с*оциальная гигиена (медицинская социология, социальная медицина),* изучающая закономерности формирования общественного здоровья под влиянием социальных факторов окружающей среды, а также деятельности здравоохранения с целью разработки научно обоснованных предложений по охране и повышению уровня здоровья населения и качества медико-социальной помощи (Лисицын, 1998). В рамках д*емографии* – науки о закономерностях воспроизводства населения в его общественно-исторической обусловленности – ведутся исследования, нацеленные на изучение тенденций и факторов демографических процессов, отражающих здоровье населения на определенной территории в различные периоды (Географический энциклопедический.., 1988). Важную роль в выявлении и анализе имеющихся территориальных различий в уровне и факторах формирования здоровья населения играют географические науки. *География населения* изучает закономерности и пространственные особенности формирования и развития современного состава населения и населенных мест в различных социальных, экономических, исторических и природных условиях (Ковалев, 1980). Пространственные процессы и формы организации жизни людей прежде всего с точки зрения условий труда, быта, отдыха, развития личности и воспроизводства

жизни человека являются предметом изучения *социальной географии* (Географический энциклопедический.., 1988). *Медицинская география,* которая находится на стыке естественной и общественной ветвей географии (Медицинская география.., 1999, Малхазова, 1999), изучает природные и социально-экономические факторы и условия географической среды, проявляющиеся в положительном и отрицательном влиянии на состояние здоровья населения. Основным объектом изучения медицинской географии является территория с характерной совокупностью природных и социально-экономических факторов и условий, определяющих возникновение, частоту и особенности течения отдельных заболеваний среди населения (Географический энциклопедический.., 1988). Близкой к медицинской географии отраслью науки, находящейся на стыке медицины и экологии, изучающей общие закономерности взаимодействия окружающей среды с людьми в сфере их здоровья является м*едицинская экология* (Келлер, Кувакин, 1998). В соответствии с этим определением, объект медицинской экологии - окружающая среда, пространственно-территориальные антропо(медико)-экологические системы; предмет – их свойства, проявляющиеся во влиянии на здоровье, экологические предпосылки здоровья и болезней людей; цель – разработка мероприятий, обеспечивающих сохранение (восстановление) оптимального для здоровья людей экологического баланса на конкретных территориях. В настоящее время намечается тенденция к переходу от раздельного изучения медицинской географии и медицинской экологии к их системной интеграции.

Структура факторов воздействия и вклады отдельных групп

Наиболее обобщенным вариантом структуры обусловленности здоровья населения является подразделение факторов воздействия на *эндогенные и экзогенные* с выделением *поведенческого и психологического* аспектов.

Эндогенные факторы обусловлены внутренним развитием организма как таковым, его наследственными характеристиками, *экзогенные* - связаны с воздействием внешней среды. С возрастом влияние отдельных факторов изменяется. Общие тенденции изменения роли эндогенных и экзогенных факторов смертности на протяжении жизни человека представлены в диссертационной работе И.Плющ (Плющ, 1998). Как видно на рис.1.1.1., генетическая составляющая жизнеспособности конкретного организма постоянна и практически полностью реализуется в течение первого года жизни. Способность противостоять внешним воздействиям, а также изменение набора этих воздействий, наоборот, изменяются во времени и в некотором диапазоне связаны с реализуемым образом жизни (т.н. «поведенческий фактор»), то есть, определяются критерием сознательного (для социально активных групп) или бессознательного («плавание по течению») выбора индивида. При этом диапазон воздействия внешней среды ограничивается географическими условиями проживания, уровнем и историей развития общества в данном регионе и в некоторой степени культурной средой периода развития личности. Таким образом, значительную роль в формировании здоровья в определенном возрасте играют *экзогенные факторы. Поведенческий фактор* начинает играть все большую роль по мере перехода во взрослое состояние. Для средних возрастных групп смертность в значительной степени обуславливается реализуемым образом жизни в пределах области реализации возможностей среды и организма. Особого упоминания заслуживает *психологический фактор* формирования здоро-

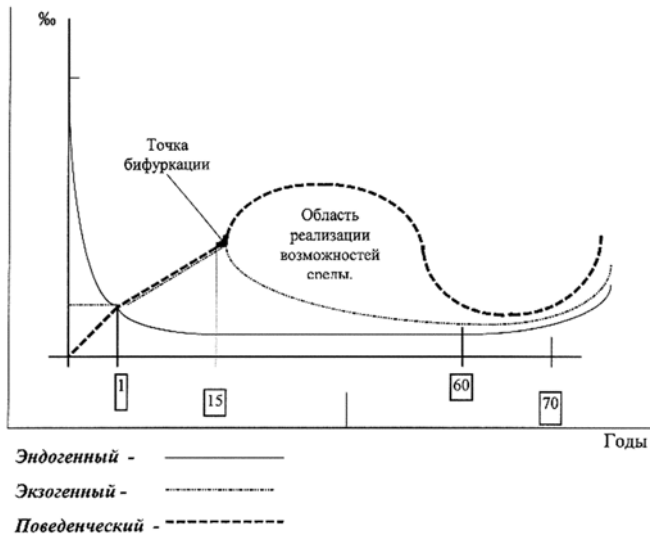


Рис.1.1.1. Повозрастное влияние факторов смертности
Источник: (Плющ,1998).

вья как составная часть поведенческого. Психологический тип индивида определяет стремление к жертвованию собой, потребность в острых ощущениях, попытки испытать которые зачастую не безопасны для жизни, «твердость» характера, склонность к переменам, подверженность воздействию других людей, и т.д. В зависимости от сочетания этих и других психологических характеристик характер поведения с точки зрения его «вредности» для здоровья может меняться в значительных пределах. Этим фактором в большой степени определяется смертность от таких причин, как самоубийство, алкоголизм, наркомания, несчастные случаи в экстремальных видах спорта и др. и существенно расширяется диапазон смертности от других причин.

Однозначно установить определяющую роль эндогенных или экзогенных факторов заболеваемости и смертности удается не всегда. Например, для онкологических заболеваний наряду с ростом свидетельств в пользу связи риска их возникновения с экологической обстановкой, наличием потенциально канцерогенных веществ в окружающей среде (быт, производство, экология), появляются данные о наличии генетически зависимого уровня радиационной чувствительности, а также о связи *эмоционального* фактора с онкозаболеваниями. К. и С. Саймондсон на основе анализа медицинской литературы выделяют следующие вероятные черты предрасположенности к раковым заболеваниям: 1) выраженная склонность таить обиду, неспособность к прощению; 2) тенденция к самосожалению; 3) слабая способность к развитию и поддержанию долгих и значимых отношений; 4) крайне низкая самооценка (Плющ, 1998). На примере онкозаболеваний можно видеть сложность и многоаспектность рассмотрения вопросов о факторах формирования заболеваемости и смертности. По мнению М.С. Бедного, разделение случаев смертности на эндо- и экзогенные вообще является относительным, поскольку с прогрессом науки меняется и представление о содержании этих понятий (Бедный, 1979).

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) выделяет 4 основных блока факторов воздействия на здоровье населения и приблизительно оп-

ределяет их вклады следующим образом: *социальный* - 50%, *биологический* - 20%, *антропогенный - 20%, медицинское обслуживание* - 10%.

Сравнительный анализ выделяемых факторов и их вкладов, предлагаемых большинством исследователей, позволяет сделать следующие выводы (табл. 1.1.1):

Таблица 1.1.1

Основные варианты группировки факторов воздействия на здоровье населения по данным литературы

Факторы	Вклад, %	Источник
Социальный	**50**	Устав ВОЗ Прохоров, 1996
Биологический	20	
Антропогенный	20	
Медицинское обслуживание	10	
Социальные	**25**	Петленко, 1996
Психологические	**15**	
Культурные	**5**	
Генетические	20	
Экологические	25	
Медицинские	10	
Образ жизни	**50-52**	Алексеев,1991
Наследственность	18-25	
Природные условия	10-20	
Организация здравоохранения	10-15	
Образ жизни	**50-55**	Лисицын, 2001
Генетика, биология человека	15-20	
Внешняя среда	20-25	
Здравоохранение	8-10	
Образ жизни (включает медицинское обслуживание)		Кутепов, 1995
Генотип популяций		
Состояние окружающей среды		
Природные (абиотические и биотические)		Келлер, 1993
Социально-экономические		
Комплексные		
Образ жизни: конкретные условия жизни, поведенческие стереотипы		Иванова, 1998
Окружающая среда		
Медико-санитарная помощь		

- Б**о**льшая часть группировок, в основном, являются вариантами группировки ВОЗ с некоторыми различиями в названиях, степени детализации и величине вклада отдельных групп факторов.
- В последнее время особое значение придается группе *факторов социального блока*, на долю которых приходится половина суммарного воздействия факторов на здоровье населения. Иногда *психологические и культурные* факторы выделяются в отдельные группы. В некоторых случаях *уровень медицинского обслуживания* не выделяется в отдельный фактор, а включается в группу социальных факторов.
- Все более широко в качестве интегрального социального фактора рассматривается *образ жизни* населения. Важно отметить, что в медицинских исследованиях это понятие часто характеризует не только способ деятельности людей, но также включает характеристики условий и уровня жизни;
- Отличается от большинства группировок классификация факторов окружающей среды А. Келлера, где в социально-экономические факторы включаются химические и физические загрязнения, по-видимому, как результат экономической деятельности, а в число характеристик населения - конфессии; кроме того, выделяется группа комплексных факторов, в т.ч. ландшафтные, зональные, планетарные, исторические, палеонтологические.

Следует отметить, что существуют и другие подходы к оценке вкладов отдельных групп факторов. Приоритетная роль отводится природным условиям и экологической ситуации (Малхазова, 1997, Малхазова, 1999). Результаты других исследований свидетельствуют о том, что в формировании популяционного здоровья в целом наибольшее значение имеет состояние медицинской помощи населению, а социально-экономическое развитие территорий и степень загрязнения объектов окружающей среды играет меньшую роль (Тюков, Ползик, 2000).

Безусловно, приведенные выше оценки являются обобщенными; фактически же имеются существенные территориальные различия в роли факторов в формировании здоровья населения в зависимости от природных и

социально-экономических условий жизни, половозрастной структуры населения и т.д. Примером могут служить города с развитой промышленностью, где определяющим фактором часто оказывается загрязнение окружающей среды (Куролап, 1999, Ратанова, Колбенева и др., 1995, Ревич, 1993, Ревич, 1998, Сороковикова, Ратанова и др., 1999).

В наборах показателей основных групп факторов воздействия имеются отличия. Результаты их обобщения по данным литературных источников (А.А. Келлер, Е.Н. Кутепов, Ю.П. Лисицын, А.Е. Иванова и др.) представлены в таблице 1.1.2.

Таблица 1.1.2

Содержание факторов воздействия на здоровье населения

Группа факторов (варианты названия)	Конкретные факторы и показатели
Образ жизни (социальные, социально-экономические, психологические, поведенческие факторы)	Уровень и распределение доходов, уровень безработицы, уровень урбанизации, половозрастная структура населения, миграционная подвижность населения, материально-бытовые условия, жилищные условия, условия труда, культурный и образовательный уровень, профессиональный статус, образование родителей (для детей), характер семьи (количество браков и разводов, удовлетворенность браком), посещение детских дошкольных учреждений (для детей), наличие животных в доме (для детей), питание, курение (самого человека и в семье), употребление алкоголя (самого человека и в семье), потребление наркотиков, злоупотребление лекарствами, стрессовые ситуации, занятия спортом (активный образ жизни), медицинская активность (контроль за своим здоровьем, своевременное обращение к врачам, профилактика и т.д.), субъективное восприятие остроты социально-экономической ситуации (отдельных сторон жизнедеятельности).
Биологические факторы (генетические, генотип популяций)	Особенности организма матери, отца и ребенка (возраст родителей, порядковый номер беременности, заболевания матери во время беременности, родов, грудное вскармливание ребенка). Наследственные, генетические связи.
Окружающая среда (природные и антропогенные факторы)	Абиотические факторы (климато-метеорологические, орографические, геофизические, гидрографические, геологические, почвенные). Биотические факторы (фауна (ядовитые и опасные животные, резервуары и переносчики возбудителей болезней, пищевые ресурсы), микрофлора природных сред, биологические компоненты комплексов (токсины, белки, продукты обмена веществ), биоценозы (природные очаги болезней)). Физическое, химическое и биологическое загрязнение; природные и техногенные катастрофы.

Продолжение таблицы на следующей странице.

Продолжение таблицы 1.1.2.

Группа факторов (варианты названия)	Конкретные факторы и показатели
Медицинское обслуживание	Эффективность профилактических мероприятий, обеспеченность медицинской помощью (мощность и доступность сети медицинских учреждений, обеспеченность медицинским персоналом), качество медицинской помощи (уровень квалификации врачей, своевременность оказания помощи).

Уровень, условия, качество и образ жизни как социально-экономические факторы формирования здоровья населения

Рассмотрим более подробно понятия, используемые при характеристике социально-экономического блока факторов воздействия на здоровье.

Уровень жизни характеризует степень удовлетворения самых разных потребностей – от потребностей в питании и жилье до потребностей в образовании и профессиональном росте (Предпринимательский климат.., 1997). Экономисты под уровнем жизни понимают: «1. Совокупность условий жизни населения страны, соответствующих достигнутому уровню ее экономического развития. 2. Уровень потребления населением материальных и культурных благ и степень удовлетворения потребностей в этих благах на данной ступени развития общества. Уровень жизни является обобщающим показателем, характеризующим экономическое положение населения. … Частными показателями уровня жизни являются: уровень, динамика заработной платы и трудовых доходов других видов; динамика доходов от различных финансовых активов; уровень налогов; индекс розничных цен на потребительские товары и услуги; индекс стоимости жизни (бюджетный индекс); удельный вес фонда потребления в национальном доходе; уровень, динамика и структура потребительских расходов населения; уровень занятости;… расходы государства на образование, медицинское обслуживание, социальное обеспечение и социальное страхование» (Амбарцумов, Стерликов, 1993).

В социально-экономических исследованиях ИСЭПН РАН уровень жизни определяется аналогично: как комплекс условий функционирования человека в сфере потребления, проявляющийся в масштабах развития по-

требностей людей и характере их удовлетворения (Женщина, мужчина.., 2001).

В отличие от трактовки в общественных науках, медики иногда включают в понятие уровня жизни также и характеристики здоровья населения.

Обобщая различные подходы к определению компонентов уровня жизни, можно выделить следующие характеризующие его показатели: соотношение денежных доходов с величиной прожиточного минимума; величина, структура и соотношение доходов и расходов населения (в т.ч. потребление продуктов питания); доля населения с доходами ниже прожиточного минимума; жилищные условия населения (обеспеченность населения жильем, состояние жилищного фонда, благоустроенность жилья); накопленное домашнее имущество (обеспеченность автомобилями на душу населения и др.), обеспеченность объектами социальной инфраструктуры (учреждениями просвещения, торговли, отдыха, медицинскими учреждениями), показатели здоровья населения и демографических процессов, уровень образования, уровень преступности, продолжительность рабочего и свободного времени и др. (Жеребин, Ермакова, 2001).

Понятие *условия жизни* тесно взаимосвязано с понятием уровня жизни. В подходах экономистов условия жизни определяются как детерминанты уровня жизни и наряду с показателями потребления являются основой для определения уровня жизни, т.е. фактически включаются в его состав.

В географических исследованиях условия жизни имеют особое значение при изучении образа жизни населения, при этом рассматриваются физико-географические, экономико-географические, социально-географические, экономические, экологические, административно-правовые аспекты (Алексеев, 1984,Федулов, 1989).

В социальной медицине условия жизни рассматриваются как материальные и нематериальные факторы (демографические, материальные, природные, социально-экономические, политические, связанные с деятельностью здравоохранения и др.), воздействующие на образ жизни (Лисицын, 1998).

Понятие *образ жизни* начали активно применять в 60-х годах XX века в социологических, а также в политических исследованиях. В настоящее время оно широко используется и в других науках, в т.ч. социальной медицине и социальной географии.

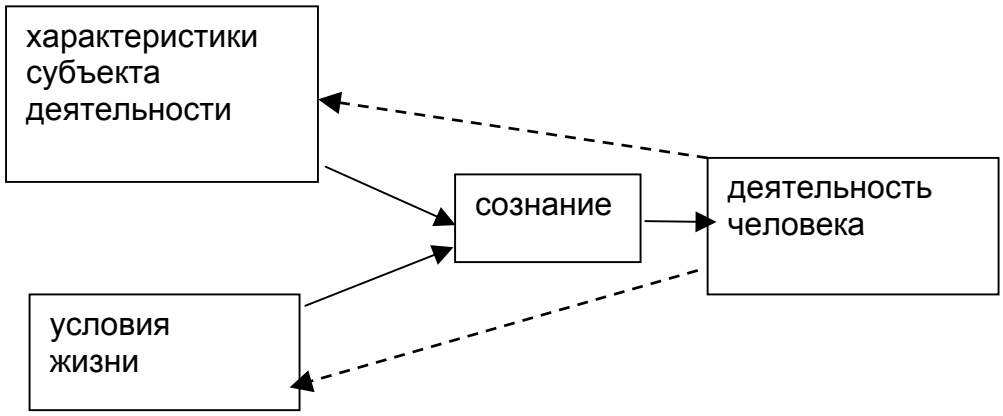
Образ жизни на высоком уровне абстракции есть способ воспроизводства человека и его непосредственной пространственно-предметной среды (Социогеографическое исследование.., 1979). В широком смысле это понятие включает стиль (как социально-психологический срез), качество (как социально-экономический аспект), ритм и форму жизни (Федулов, 1989). В более узком смысле образ жизни означает совокупность конкретных форм жизнедеятельности людей во всех сферах общественной жизни (труд, потребление, воспроизводство, управление, общественно-политическая деятельность) (Рывкина, 1979). Т.В. Бочкарева выделяет две взаимосвязанные и взаимообусловленные стороны «образа жизни» – количественную и качественную. Первая в свое содержание включает понятие «уровень жизни», вторая – «качество жизни». Помимо этой пары понятий, «образ жизни» охватывает также такую пару как «уклад жизни» и «стиль жизни» (Бочкарева, 1989).

Образ жизни (деятельность человека) формируется в зависимости от собственных характеристик субъекта, а также в результате воздействия на его сознание условий жизни. В этой системе большую роль играют и обратные связи, проявляющиеся во влиянии деятельности человека на его субъективные характеристики и условия жизни. Схематично понятие образа жизни, существующее в экономической и социальной географии, представлено А.И. Алексеевым (рис. 1.1.2).

Географическое изучение образа жизни включает «исследование территориальной дифференциации образа жизни, рассмотрение влияния комплекса местных условий на его формирование и функционирование, изучение условий и факторов образа жизни, рассмотрение территориальной варьируемости его отдельных компонентов, что необходимо для анализа этого феномена для целей лучшего понимания

специфики региона (населения) и более точного его районирования и планирования перспектив развития» (Федулов, 1989 стр. 20).

В социальной медицине существует схожее понимание образа жизни: «образ жизни - определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определенный способ деятельности в материальной и



Характеристики субъекта деятельности:

демографические, социальные, физиологические, психологические

Виды деятельности:

труд, быт, отдых

Условия жизни:
природные условия, условия труда, условия обслуживания, социокультурные условия, политикоправовые условия

Рис. 1.1.2. Формирование образа жизни населения

нематериальной (духовной) сферах жизнедеятельности людей» (Лисицын, 1998 стр. 56). Образ жизни определяется как система существенных, типичных характеристик способа деятельности или активности людей, являющихся отражением уровня развития производства, культуры и других сфер жизни. Говоря об образе жизни, нужно иметь в виду органическую связь этого понятия с понятием *поведения* в широком смысле слова как активного, деятельного начала, зависящего от личности, субъекта.

Качество жизни – один из важнейших показателей общественного благополучия и здоровья, широко применяется на западе и получает все большее распространение в последние годы в России. Понятие качество

жизни является многофакторным, т.е. включает в себя множество компонентов. Единого общепринятого определения понятия качества жизни в настоящее время не существует. Этот термин, подобно термину «болезнь», скорее описывает сферу интереса, а не одну переменную; нет простого способа измерения качества жизни, как нет простого способа измерения болезни.

Понятие качество жизни

пектов образа жизни (Бочкарева, 1989). Попытки западных социологов ограничиться только субъективными критериями (степенью удовлетворенности жизнью), а биологов – только объективными (биопсихологическим статусом человека) не увенчались успехом. Эта система должна быть субъектно-объектной, сопрягающей оценки качества среды в целом, непосредственно жизненной среды (индивидуальной экологической структуры), биопсихического и социального состояния индивида (индивидуальный потенциал) и степени его удовлетворенности жизнью.

В рамках экспертного исследования, проведенного ведущими учеными Белгородской области, человеческая жизнь рассматривается как процесс реализации потребностей и ценностей, а качество жизни человека представлено как единство показателей, которые характеризуют уровень реализации потребностей человека и степень удовлетворенности его осуществлением своих жизненных планов (жизненных стратегий), и соотносятся, с одной стороны, с минимальными социальными стандартами, с другой стороны - с ресурсными возможностями общества (Программа улучшения.., 2003). Похожий подход применяется и в ряде других работ (Елохов, 1998, Зайцев, 2001

По-разному решается вопрос о рассмотрении в рамках понятия качества жизни характеристик здоровья населения. В работах школы ИСЭПН РАН качество жизни рассматривается как характеристика населения с определенным уровнем и образом жизни, при этом оценке здоровья уделяется особое внимание. С.А. Айвазян, наряду с качеством экологической ниши, природно-климатическими условиями, качеством социальной среды и благосостоянием населения включает в него и качество населения, связанное со здоровьем (Айвазян, 2000). В географических исследованиях основными элементами данной категории считаются объективные условия социальной и физической среды, индивидуальная удовлетворенность этими условиями, а также относительное значение объективных условий в сравнении с субъективной оценкой образа места, создаваемого людьми (Голубчик и др., 1996).

Обобщая мировой опыт в изучении качества жизни населения, можно выделить следующие его компоненты: доходы, бедность и неравенство, использование рабочей силы и безработица, демографические процессы, образование и обучение, здоровье, продовольствие и питание, инфраструктура населенных пунктов и связь, безопасность (социальная и политическая), культура и социальные связи, состояние природной среды, политические и гражданские институты.

Качество жизни как комплексный показатель развития регионов России используется в работе Н.В. Зубаревич (Зубаревич, 2003), предложившей «кризисный», отражающий доходы, неравенство, занятость и здоровье населения, и «полный», включающий также образование, базовые услуги и безопасность, индексы качества жизни.

Для комплексной характеристики и выявления территориальных различий в состоянии общества, включая здоровье населения, в настоящее время как на западе (Программа развития ООН и др.), так и в России (А.А. Саградов, Н.В. Зубаревич и др.) наиболее широко применяется индекс развития человеческого потенциала, характеризующий доходы, долголетие и образование. Для целей диссертационного исследования интерес в данной методологии представляют в основном подходы к расчету и результаты исследования региональных различий отдельных компонентов этого показателя.

На основании анализа и обобщения существующих представлений и концепций предлагается интегральная схема факторов формирования здоровья населения (рис. 1.1.3). В данной схеме на первом этапе все факторы подразделяются на *эндогенные*, связанные с особенностями его организма и *экзогенные*, связанные с воздействием на человека внешней среды. На втором этапе выделяются четыре группы факторов, из которых *к эндогенным* относятся генетические, биологические факторы, *к экзогенным* - факторы окружающей среды и социально-экономические факторы, включая медицинское обслуживание, а *на стыке экзогенных и эндогенных* - факторы, связанные с поведенческими, психологическими и эмоциональными особенностями человека, которые решено выделить в отдельную группу в

связи со спецификой их природы и увеличением числа свидетельств их значимости для здоровья человека.

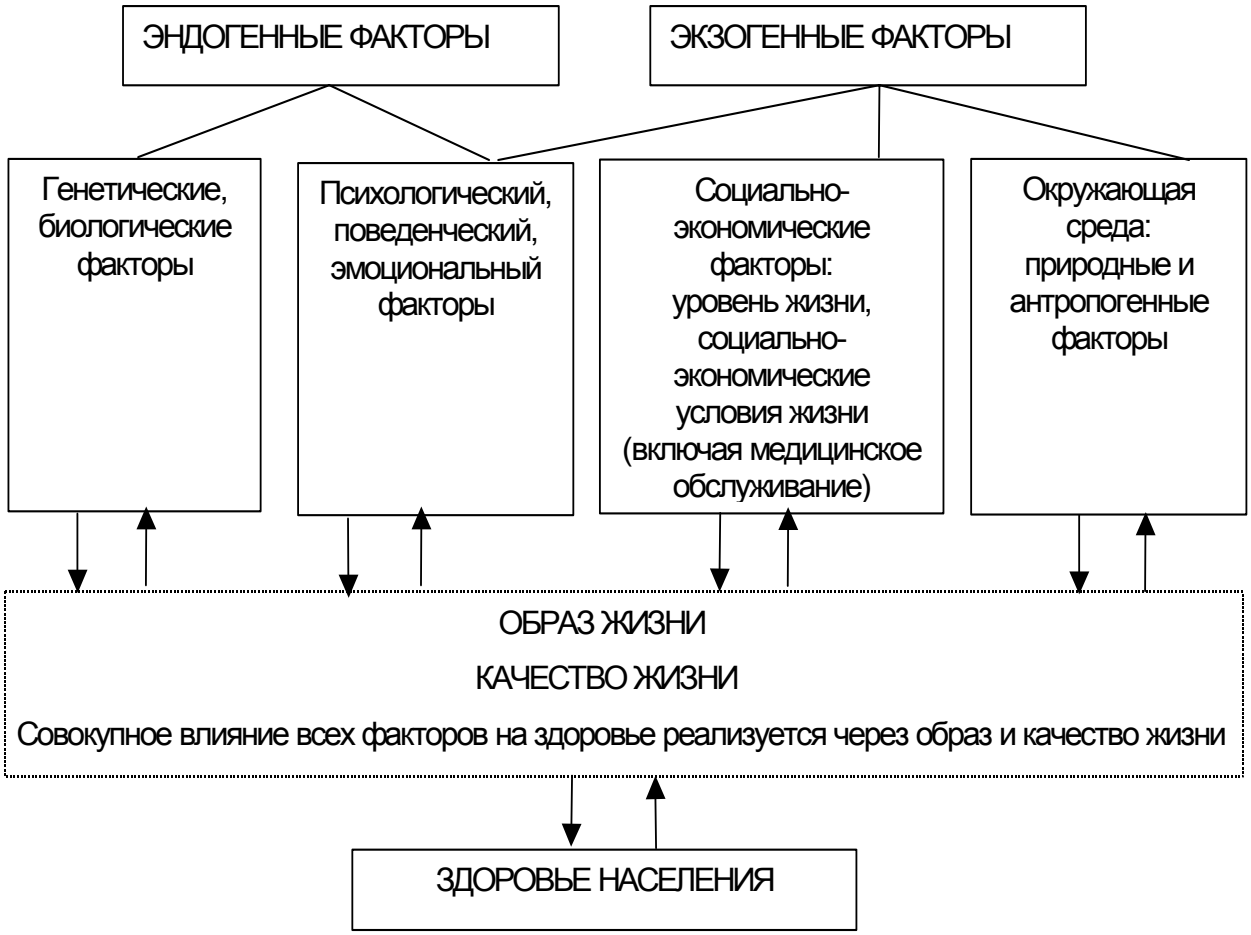


Рис.1.1.3. Интегральная схема факторов воздействия на здоровье населения

В тесном взаимодействии друг с другом рассмотренные выше факторы определяют образ и качество жизни населения, которые являются интегральными факторами, непосредственно влияющими на здоровье населения. Образ жизни характеризует различные виды, способы деятельности человека (быт, труд, отдых), а качество жизни – среду проживания, условия (в широком смысле слова), в которых эта деятельность осуществляется с позиции комфортности для человека, и субъективную оценку их человеком (один из вариантов трактовки понятия качество жизни, встречающийся у географов) (Голубчик и др., 1996).

В представленной системе также действуют и обратные связи, обусловливающие влияние здоровья на образ и качество жизни населения и в

дальнейшем на биологические и наследственные характеристики следующих поколений; психологические и поведенческие особенности человека; социально-экономическое развитие и окружающую среду.

Таким образом, в контексте предложенной интегральной схемы факторов воздействия под «социально-экономическими факторами» в диссертации понимаются *образ и качество жизни населения* и определяющие их уровень жизни, занятость населения, социально-экономические условия жизни (жилищные условия, условия труда и отдыха, доступность и качество услуг, в т.ч. медицинского обслуживания, и т.д.), а также поведенческие и психологические особенности человека, связанные с адаптацией к изменениям в социально-экономической сфере и удовлетворенностью различными сторонами жизни.

§1.2. Характеристика показателей здоровья населения

Понятие здоровье

Грань между здоровьем и нездоровьем является очень тонкой, вопрос, где ее проводить в разные времена и разными исследователями решался по-разному. В древности в основе учений о сущности болезней и здоровья лежали представления о подобии человека и природы, мира, космоса: человек-"микрокосмос" в "макрокосмосе" состоит, как и космос, из тех же элементов - воды, воздуха, огня, дерева и др., твердых и жидких тел и элементов. Так возникли космогонические теории о здоровье как гармонии, "балансе" космических элементов. Но уже тогда в результате наблюдений за образом и условиями жизни людей появлялись убеждения о роли поведенческих, социальных факторов, которые, наряду с природными, определяют природу человека и, следовательно, влияют на его здоровье. Уже Аристотель называл человека общественным животным. Далее история наук о человеке и находящаяся под их влиянием медицина представляли собой нарастающий вал наблюдений и доказательств значения человеческих отношений, социальных условий и факторов для человека, его природы и развития. Наряду с этим росло понимание огромного значения состояния не только тела, но и духа человека. Интересно в этом свете высказывание

Г.Гейне о том, что если человек не радуется лучу солнца, проникающему в жилище, он болен.

Многие определения здоровья имеют определенный уклон в зависимости от сферы исследования. Выделяются биологизаторские, управленческие, энергизаторские, социологизаторские и психологизаторские дефиниции. Среди многочисленных современных определений выделяется представление Ю.П. Лисицына о том, что здоровье – это «гармоническое единение биологических и социальных качеств, обусловленных врожденными и приобретенными биологическими и социальными воздействиями (а болезнь - нарушение этого единства, этой гармонии)» (Лисицын, 1998). Наиболее полным и всесторонним является, на наш взгляд, определение ВОЗ: здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов.

В соответствии с моделью континуума здоровья, здоровье индивида представляется как непрерывно изменяющаяся совокупность т.н. «мгновенного здоровья» в виде некоторой величины, принимающей значения от оптимального самочувствия до максимальной болезни (смерти). Этот континуум разделен на упорядоченное множество состояний здоровья:

- уровень здоровья - точка на этом континууме,
- изменение здоровья - движение по континууму,
- здоровье населения - распределение точек, характеризующих здоровье людей на этом континууме (Ермаков, 1996).

При упрощении модели континуума здоровья и его дискретизации для удобства статистики и получения общей картины здоровья населения переходят к дискретному множеству и выделяют 4 группы по состоянию здоровья: здоровые, практически здоровые с факторами риска, больные в состоянии компенсации, больные в состоянии декомпенсации. На самом деле четкой границы между практически здоровыми и больными в стадии компенсации нет, а есть третье переходное между здоровьем и болезнью состояние, называемое *предболезнью, премобидным, донозологическим.* В медицинской статистике это состояние не регистрируется, тем не менее,

знать об удельном весе "третьего состояния" в общественной "анатомии" здоровья важно не только в теоретическом, но и практическом плане, поскольку экономичнее, эффективнее не допускать возникновения и развития заболевания, чем преодолевать его (Кутепов, 1995 и др.).

Уровни здоровья

Выделяются следующие уровни здоровья:

- индивидуальное - здоровье конкретного человека;
- групповое – здоровье нескольких людей, группы, сообщества;
- общественное (здоровье популяции, населения) – здоровье населения, проживающего на определенной территории (в городе, селе, области и т.д.)

В зависимости от уровня отличаются показатели для оценки здоровья. *Индивидуальное здоровье* оценивается по следующим группам показателей: персональное самочувствие, наличие или отсутствие заболеваний, трудоспособность, физическое состояние и развитие, личные ощущения бытия, радости жизни и др. При оценке *группового здоровья и здоровья популяции*, наряду с некоторыми приведенными выше оценками индивидуального здоровья, используются медико-статистические и демографические показатели: заболеваемость, смертность, средняя продолжительность предстоящей жизни и др.

Показатели здоровья населения и его групп
(общественное и групповое здоровье)

Состояние здоровья населения характеризуют четыре группы показателей: медико-демографические показатели, заболеваемость, физическое развитие и инвалидность. Обобщая опыт существующих подходов и исследований, для выявления роли социально-экономических факторов в его формировании наиболее целесообразным использовать следующие показатели: ожидаемая продолжительность предстоящей жизни, показатели смертности (младенческая смертность, перинатальная смертность, смертность по причинам), отдельные показатели заболеваемости (психические расстройства, включая алкоголизм и наркоманию, болезни нервной системы, туберкулез и венерические болезни, врожденные аномалии), а также

некоторые другие индикаторы здоровья в зависимости от особенностей и целей проводимого исследования.

Одним из основных показателей, используемых для оценки общественного здоровья, является *ожидаемая продолжительность жизни* (ОПЖ), характеризующая жизнеспособность населения в целом; преимуществом этого индикатора является пригодным для анализа ситуации в динамике и сравнения по разным регионам и странам. Величина ОПЖ дает косвенную оценку уровню организации медицинской помощи населению в стране, степени медицинской грамотности населения, существующей социально-экономической ситуации. ОПЖ при рождении является одним из важнейших показателей, рекомендованных ВОЗ в качестве индикатора состояния здоровья и уровня жизни населения того или иного региона (Manual of mortality..,1980).

Также применяются другие показатели здоровья, рассчитанные на основе показателя ожидаемой продолжительности жизни. ВОЗ был разработан и впервые рассчитан для родившихся в 1999 г. показатель ожидаемой продолжительности жизни с учетом дееспособности – DALE (Disability Adjusted Life Expectancy), отражающий ожидаемое количество лет, которое предстоит прожить человеку в т.н. «состоянии полного здоровья» (WHO, 2000). При расчете DALE количество лет в состоянии болезни взвешивается с учетом серьезности заболевания (веса определяются в интервале от 0 до 1) и вычитается из общей ожидаемой продолжительности жизни; в результате получают количество лет здоровой жизни (Marthe R. Gold, David Stevenson, 2002).

Благодаря наличию связи с факторами воздействия, статистической достоверности и объективности, надежным и информативным индикатором потерь здоровья служат *показатели смертности.* В качестве их недостатка можно назвать то, что они не отражают состояние живущего населения, а также успехи в борьбе с болезнями, не приводящими к смерти. Как правило, для анализа состояния здоровья населения используются: показатель младенческой смертности, структура смертности, смертность по причинам, возрастные коэффициенты смертности, средний возраст умерших, показа-

тель потерянных лет потенциальной жизни, показатель потерь трудового потенциала.

Показатель младенческой смертности аккумулирует многое: уровень и доступность медицинской помощи, загрязнение окружающей среды, уровень образования и культуры населения, значимость новорожденных в системе ценностей общества, распределение в нем материальных и социальных благ и другие социально-экономические характеристики. В конечном итоге по уровню младенческой смертности в регионе судят об уровне жизни населения этого региона. Коэффициент младенческой смертности, как и показатель ОПЖ при рождении, рекомендован ВОЗ в качестве интегральной характеристики состояния общественного здоровья. Поэтому во всех странах мира учет этого явления ведется с особой тщательностью и полнотой. Проблема младенческой смертности определяется, прежде всего, тем, что ее интенсивность значительно превышает смертность во всех последующих возрастных группах, за исключением лиц пожилого и старшего возрастов. Снижение смертности младенцев заметно увеличивает вероятность роста продолжительности предстоящей жизни.

При анализе младенческой смертности также применяется дифференцированный подход. Важным показателем является *перинатальная смертность*, т.е. смертность в перинатальном и раннем неонатальном периоде (от 28 недель беременности до 7 дней после рождения ребенка). Наряду с эндогенными причинами (врожденные аномалии и др.) причинами высокой перинатальной смертности являются ухудшение состояния здоровья рожающих женщин, в т.ч. в связи с распространением абортов, психосоциальный стресс, нестабильность семейных отношений (об обострении этой проблемы свидетельствует рост числа детей, рожденных женщинами, не состоявшими в браке), широкое распространение вредных привычек среди населения, возрастающая гигиеническая и экологическая нагрузка вследствие загрязнения окружающей среды, а также слабое развитие и оснащение перинатальной службы, включая генетическое консультирование. Смертность в постнеонатальный период (от 1 месяца до 1 года) в большей степени зависит от влияния внешних условий, в числе которых огромную

роль играют особенности ухода за детьми, регулируемые уровнем санитарно-гигиенических навыков матери, ее репродуктивной культурой.

Изучение *структуры причин смерти* и *смертности по причинам* дает наиболее полное представление о наиболее острых проблемах здоровья населения, отражает эффективность мероприятий, проводимых органами здравоохранения по оздоровлению населения. При сравнении регионов для устранения влияния различий в возрастной структуре населения применяют стандартизированные коэффициенты смертности. Чрезвычайно важны для социальных исследований показатели смертности от убийств, самоубийств и случайных отравлений алкоголем, входящие в группу «несчастные случаи, отравления и травмы». *Потери трудового потенциала*, рассчитанные по отдельным классам и причинам смерти, позволяют более адекватно оценить реальные проблемы здоровья населения, чем традиционно использующиеся для этих целей демографические показатели (Ермаков, 1996).

Показатели заболеваемости могут быть получены из следующих источников*:* данные по обращаемости за медицинской помощью в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ), медицинские осмотры, причины смерти, данные комплексных социально-гигиенических и клинико-социальных исследований. В официальной статистике, в основном, содержатся данные о заболеваемости по обращаемости. Они не всегда объективно отражают реальную ситуацию, так как сильно зависят от уровня и доступности медицинского обслуживания, а также медицинской активности человека. Поэтому целесообразно рассматривать официальные статистические данные в совокупности с результатами комплексных исследований и медосмотров.

Основные показатели заболеваемости по обращаемости включают: уровень первичной заболеваемости, уровень общей заболеваемости (распространенности, болезненности), структуру заболеваемости, заболеваемость отдельными болезнями. Под *первичной заболеваемостью (*«общая впервые выявленная заболеваемость», «заболеваемость»). понимается совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в этом году выяв-

ленных заболеваний (в год, на 1000 человек). Под *общей заболеваемостью* («распространенность», «болезненность») понимается совокупность всех имеющихся среди населения заболеваний, впервые выявленных как в этом году, так и в предыдущие годы, но по поводу которых больной вновь обратился в данном году (в год, на 1000 человек). *Структура заболеваемости* определяется в соответствии с международной Классификацией болезней, травм и причин смерти (МКБ, 10 пересмотр, принята в 1989 г. 43-ей сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения, вступила в силу с 1 января 1993 г.), включающей 21 класс. Показатель структуры заболеваемости или смертности часто используется в качестве доказательства воздействия факторов на состояние здоровья населения сравниваемых популяций. Но структура является экстенсивным показателем (часть от целого) и показывает долю отдельных болезней в общей заболеваемости и зависит от половозрастной структуры популяции. Структура заболеваемости и смертности может использоваться: для сравнения нескольких популяций, если уровни заболеваемости (смертности) и половозрастной структуры близки между собой; в динамическом наблюдении за одной популяцией, если уровни заболеваемости (смертности) приблизительно одинаковы на протяжении периода наблюдения. Существует проблема сравнения уровней заболеваемости (смертности) со средними областным, республиканским, мировым: подобное сравнение не достаточно репрезентативно, так как при вычислении последнего не учитывается ряд факторов, таких как климатические и географические особенности территории различных регионов, демографическая ситуация, экономические, социальные и этнографические особенности.

Отдельные виды заболеваний в наибольшей степени обусловлены социально-экономической ситуацией и образом жизни. В их числе: психические расстройства (в т.ч. наркомания и алкоголизм), некоторые инфекционные (в т.ч. туберкулез) и венерические заболевания (СПИД, сифилис, гонорея). Однако, показатели, характеризующие их распространение, также имеют ряд недостатков. Так, общепринятые статистические показатели заболеваемости и болезненности *алкоголизмом* мало отражают реальную си-

туацию, поскольку число выявленных и учтенных больных в большой степени зависит от активности наркологической службы. Это особенно сказывается в последнее время (начиная с 1990 г.), когда перестала действовать жесткая система обязательного диспансерного учета, активного выявления и полупринудительного привлечения к лечению больных. Существует также ряд косвенных показателей: динамика потребления алкоголя в том или ином регионе, смертность от цирроза печени, заболеваемость алкогольными психозами, преступность, аварии на транспорте, травматизм, число разводов и др. Каждый из этих показателей в отдельности, естественно, неоднозначен и дискуссионен, но в комплексе они достаточно информативны *(Экзогенные психические.., 2000)*. Наибольшего внимания заслуживает заболеваемость алкогольными психозами, поскольку она отражает распространенность алкоголизма (алкогольные психозы возникают только у больных алкоголизмом) и его тяжесть. В современной психиатрии существуют разные теории патогенеза алкоголизма, среди которых доминируют биологические, но достаточно активно рассматриваются и психологические (в том числе психоаналитические, психодинамические), социологические, поведенческие и т.д.

Показатели индивидуального здоровья и здоровья малочисленных отдельных групп населения

Для характеристики состояния *здоровья отдельных групп населения* (исследования на микроуровне) все более широкое распространение получают медико-социологические исследования.

В этом случае используются следующие показатели: самооценка здоровья, наличие или отсутствие хронических заболеваний, количество дней плохого самочувствия в году, частота посещения медицинских учреждений, средние денежные расходы на медикаменты и медицинские услуги (Предложения к стратегии.., 2002).

Большое значение имеет *самооценка здоровья.* Она может быть выражена в баллах - от «очень плохого» до «отличного» здоровья, или в степени удовлетворенности состоянием здоровья - от «не удовлетворен» до «удовлетворен». Очевидно, что данные самооценки имеют во многом субъ-

ективный характер и зависят от следующих факторов: пол, образование, психологические особенности индивидуума, самочувствие в момент опроса, состояние здоровья окружающих, степень удовлетворенности медицинским обслуживанием и др. (Решетников, 2001). В то же время, проводимые под руководством Н.М. Римашевской исследования взаимосвязи между субъективной оценкой и объективными показателями здоровья, полученными на основе изучения историй болезни, свидетельствуют о тесной взаимосвязи между объективными и субъективными оценками здоровья (Предложения к стратегии.., 2002). Значимость субъективных самооценок не следует преуменьшать, поскольку именно они являются связующей нитью между населением и учреждениями здравоохранения. Именно состояние самочувствия является основанием для обращения за медицинской помощью и исходной базой для работы медицинского персонала.

Интегральная оценка здоровья

Индексы (комплексные показатели) здоровья применяются тогда, когда необходимо получить интегральную, обобщенную характеристику здоровья для выявления динамики, сравнительной оценки, типологии и районирования территорий по состоянию здоровья населения и роли факторов воздействия, разработки и оценки эффективности оздоровительных и профилактических программ, а также прогнозирования изменений в состоянии здоровья и моделирование демографических процессов.

В соответствии с существующими уровнями здоровья индексы здоровья делятся на две группы, в основе которых лежат различные показатели:

- *Индивидуальные индексы здоровья, характеризуют состояние здоровья отдельных индивидуумов.* Исходные показатели: группы здоровья лиц трудоспособного возраста с использованием характеристики хронических заболеваний, определение уровня и степени гармоничности физического и психического развития, реактивности и резистентности детей и подростков к болезням, оценка возрастных изменений, наличие хронических заболеваний, показатели нетрудоспособности вследствие заболеваний или травм, оценка ежедневного «жизненного цикла» - оценка

влияния состояния здоровья на основные виды деятельности человека, иммунологическая резистентность, уровни основных функций организма, наличие длительно текущих заболеваний с указанием степени их компенсации, субъективное восприятие и физическое состояние организма, состояние здоровья, изменяющегося во времени от оптимального здоровья до заболеваемости и др.

- *Индексы здоровья, отражающие состояние здоровья популяции в целом.* Исходные показатели: заболеваемость, смертность, ожидаемая продолжительность жизни, потеря потенциала жизни, потеря здоровья населения, учет издержек от болезней по отношению к выгодам, получаемым при условии отсутствия болезней, время сохранения здоровья в течение определенного периода времени, оценка посредством потенциала трудоспособности социальных и экономических потерь от заболеваемости, потенциал средней продолжительности предстоящей жизни с учетом прогностической доли потерь от возможной временной и стойкой потери трудоспособности, утрата жизни инвалидами различных групп и др.

Большинство исследователей сходится во мнении, что единого унифицированного комплексного индикатора здоровья не существует (Келлер, Кувакин, 1998 и др.). Тем не менее, этот вид показателей широко применяется. В настоящее время разнообразие индексов здоровья достаточно велико и обусловливается как разным количеством и набором исходных показателей, так и широким спектром применяемых методов расчета (Антонюк, Поздняков, 1997, Состояние здоровья.., 1996,.

Построение комплексных индексов для территориальных сравнений включает нормирование и агрегирование отдельных показателей. Для нормирования чаще всего применяется рейтинговый метод (порядковое шкалирование) как самый простой (Т.В. Ващалова, К.В. Решетников и др.) или метод линейного масштабирования (С.А. Айвазян, Н.В. Зубаревич и др.), а также расчет отклонения от среднего и др. Агрегирование осуществляется путем взвешивания показателей, экспертных оценок и др.

Примером комплексного показателя для характеристики территориальных различий в уровне здоровья населения может служить *оригинальный индекс интегральной оценки здоровья населения*, разработанный В.Б.Колядой и Ф.Г.Захаровым (1981) и модифицированный В.Ф. Мажаровым и С.В. Быбенышевым в работе «Медицинская типизация края по показателю смертности и по интегральному показателю состояния здоровья в 1991 г.» (Красноярск, 1993), выполненной в Институте комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний. Для его расчета использованы 53 параметра (половозрастные стандартизированные показатели заболеваемости и смертности), объединенные в 4 группы: демографические показатели (7), болезненность взрослых и подростков по классам болезней (15), болезненность детей в возрасте 0-14 лет по отдельным болезням и общая болезненность детей в возрасте до 1 года по классам болезней (22), социально обусловленные параметры (9).

Для характеристики основных тенденций изменения здоровья под влиянием внешних факторов и выявления региональных особенностей применяется простой и удобный для расчета *коэффициент суммарной оценки здоровья населения (КСОЗН)* (Решетников, 2001). КСОЗН охватывает показатели младенческой смертности, средней ожидаемой продолжительности жизни (мужчин и женщин), стандартизованный коэффициент смертности (мужчин и женщин для городской и сельской местности). Величина этого коэффициента представляет собой ранговое место региона по итогам ранжирования предварительно полученных сумм мест, занятых каждой территориальной единицей при раздельном ранжировании регионов по показателям. Он определяет место региона на основе оценки уровня общественного здоровья через показатели смертности и продолжительности жизни.

Применение индексов здоровья открывает широкие возможности в изучении территориальных различий и динамики здоровья населения. При этом следует учитывать и, по возможности, устранять влияние некоторых недостатков:

- наличие в основе индексов отдельных или нескольких показателей здоровья;
- справедливость индексов только для некоторых возрастных характеристик;
- не учитывается зависимость значения индекса от некоторых факторов вообще, либо учитывается в меньшей степени, чем они влияют на уровни здоровья, что может привести к такому положению, когда одинаковые по величине значения индексов могут быть получены при различающихся комплексах исходных показателей;
- оправданным является использование индексов здоровья для оценки какой-то конкретной популяции за определенный отрезок времени и для сравнительной оценки нескольких однородных популяций, так как население в целом представляет собой разнородную общность людей, характеризующуюся также и региональными особенностями.

Для интегральной оценки здоровья также используются *интегральный потенциал здоровья населения и целевой медико-демографический потенциал* в связи с определением трудового потенциала населения и потерь трудового потенциала по причинам, связанным с различными видами нарушения здоровья людей (субъективное ухудшение самочувствия, заболеваемость, инвалидность и смертность) (Ермаков, 1996).

§1.3. Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения России

Много лет назад в произведениях философов, врачей, социологов и других исследователей, говоривших и писавших о здоровье и болезнях, было обращено внимание на решающее воздействие социальных отношений, условий и факторов, образа жизни людей. Древние медики Гиппократ, Алкмеон Кротонский и другие видели истоки здоровья и причины болезней не только в смешении космических элементов и гневе богов, но и в характерах, темпераментах, привычках людей, т.е. в условиях и образе жизни. Многочисленные доказательства социальной обусловленности здоровья в ходе дальнейшего развития общества были представлены в трудах зару-

бежных и российских ученых (Лисицын, 1998). Исходя из целей и задач диссертационного исследования, приведем краткий обзор основных особенностей формирования здоровья населения России в XX веке и более подробно проанализируем роль социально-экономических преобразований в резком ухудшении здоровья в 90-е годы.

Изменения в здоровье населения России на различных этапах ее исторического развития детально исследованы Б.Б. Прохоровым (Прохоров, 2001, Россия в окружающем.., 2000). В конце XIX - начале XX вв. Россия сильно отставала в экономическом развитии по сравнению с передовыми странами. Уровень смертности был очень высоким и характеризовался всплесками в неурожайные годы. Основной причиной смертности являлись инфекционные болезни. Низкая продолжительность жизни (33 года у женщин и 31 год у мужчин) была связана с высокой младенческой смертностью (умирало до 30% детей в возрасте до 1 года) вследствие неправильного кормления, антисанитарных условий жизни, плохого питания, недостатка медицинской помощи и т.д. Наблюдалась заметная дифференциация уровня здоровья у различных социальных групп. Бедные слои населения в наибольшей степени страдали от голода, эпидемических болезней (в т.ч. туберкулеза), травм. В годы войны, за которыми последовал голод в Поволжских губерниях, страна понесла огромные людские потери. Одновременно, страну захлестнула волна инфекционных заболеваний (эпидемического гриппа, туберкулеза, сыпного тифа, кишечных инфекций, холеры, дизентерии, оспы). Значительные военные потери и резкое ухудшение условий жизни гражданского населения, особенно в период гражданской войны, привели к значительному росту смертности. За короткий период НЭПа смертность начала быстро снижаться, а ожидаемая продолжительность жизни немного увеличилась. Дальнейшие события в политической и экономической жизни страны привели к сокращению продолжительности жизни и увеличению младенческой смертности и резким подъемом инфекционной заболеваемости. В то же время, конец 30-х годов считается начальным периодом первой эпидемиологической революции в России. Заболевания, которые возникали в результате действия внешних факторов (голод, инфек-

ционные и паразитарные заболевания) и поражали человека в течении всей его жизни, постепенно уступали место болезням, связанным с естественным старением организма. Следующий “провал” в продолжительности жизни мужчин относится приходится на годы наиболее массовых репрессий (1936-1938 гг.). В ходе Великой отечественной войны Советский Союз понес огромные людские потери. В тыловых районах ранения, тяготы и лишения, новая волна распространения тифа, дизентерии, малярии, туберкулеза подорвали здоровье миллионов людей, переживших войну. В послевоенные годы появление и использование в сульфамидных препаратов и антибиотиков способствовало снижению младенческой смертности и, как следствие, повышению ожидаемой продолжительности жизни. На первое место среди причин смерти вышли заболевания сердечно-сосудистой системы, новообразования, несчастные случаи, отравления, травмы, болезни органов дыхания. Улучшение жилищных условий в результате широкого жилищного строительства, а также общее улучшение экономической ситуации отразились на повышении уровня здоровья населения. Достигнутая к 1964 г. продолжительность жизни мужчин (64,4 года) была самой высокой за период с 1897 по 1987 гг. Позже, в условиях мира и отсутствия каких-либо серьезных катаклизмов, продолжительность жизни несколько снизилась и оставалась на этом уровне более 20 лет. С проведением горбачевской антиалкогольной кампании связано увеличение продолжительности жизни населения (Милле, Школьников, 1996). В этот период наблюдалось значительное снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний, в особенности среди мужского населения. Особенно ощутимо снизилась смертность от несчастных случаев, отравлений и травм, болезней органов дыхания и пищеварения. Проведенный Е.М. Андреевым анализ насильственной смертности показал, что ее снижение началось сразу после принятия антиалкогольных постановлений и продолжалось по мере развития кампании (Андреев, 1994).

В период реформ 90-х годов произошло резкое ухудшение здоровья населения. Б.Б. Прохоров выделяет следующие этапы изменения уровня общественного здоровья в России за последние десять лет с учетом про-

цессов социальной адаптации и дезадаптации (Россия в окружающем.., 1998):

- окончание длительного периода стагнации (1989–1991 гг.).
- этап социального стресса (1992–1994 гг.).
- начало выхода из социального стресса – адаптация населения к новым социально-экономическим условиям (1995 – 1998 гг.)

Зависимость общественного здоровья от экономических катаклизмов вновь выявилась в 1999 г., когда произошло новое снижение качества здоровья после кризиса 1998 г.

Медико-демографическую ситуацию в современной России характеризуют следующие негативные процессы: снижение и структурные сдвиги в рождаемости; рост показателей смертности трудоспособного населения в несколько раз за короткий период, что не свойственно для высоко инертных процессов в состоянии здоровья населения (Судоплатов, Хорева, 2001, Тишук, 2000, Основные тенденции.., 1999); обусловленность роста смертности преимущественно немедицинскими причинами (убийства, самоубийства, случайные отравления алкоголем), что свидетельствует о высокой социальной напряженности в обществе (Жилинский,2000).

За последние 10 лет появилось большое количество работ, посвященных социальной детерминации здоровья населения (Иванова, 1998), теоретико-методологическим и медико-социальным проблемам общественного здоровья (Сахно, 1993), медико-демографическим и социальным аспектам развития отдельных групп населения (Белоконь, Дартау, 1998; Бруй и др., 1999), особенностям здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения (Максимова, 1999), социально-гигиеническим особенностям состояния здоровья населения в современных условиях (Какорина, 2000) и т.д.

Причинами скачкообразного роста смертности в 90-е годы называют ухудшение качества жизни большинства населения России, связанное с затяжным социально-экономическим кризисом: рост безработицы, хронические задержки выплаты заработной платы, пенсий, социальных пособий, ухудшение качества питания, снижение доступности услуг здравоохране-

ния, образования, культуры, затяжной психологический стресс, неуверенность в своем будущем и будущем детей, рост криминализации общества, алкоголизма, наркомании и других неблагоприятных факторов перестройки (О современном состоянии.., 1997).

Таким образом, происшедшее в России быстрое снижение уровня рождаемости, значительные колебания уровня смертности, а главное, быстрое падение продолжительности жизни, особенно сильно проявившиеся в 1992 – 1994 гг., породили мнение, что перестройка и особенно переход к рыночной экономике резко и негативно сказались на демографических показателях российских поколений. В то же время, более тщательный анализ показывает, что дело обстоит не совсем так (Доклад о развитии.., 2001).

Экономические факторы в немалой степени влияют на смертность. Тем не менее, смертность - понятие интегральное. Она отражает не только сиюминутную ситуацию, но как бы суммирует влияния прошлого на живущие поколения. В начале девяностых, возможно, значимую роль сыграл стресс, пережитый народом в результате распада СССР, что могло напрямую повлиять на показатели смертности. Фактор стабильности, который действует в развитых странах, состоит в том, что человек заботится о своем здоровье, ведет здоровый образ жизни, поддержку в этом ему оказывает большое количество социальных служб. В России реализация заботы о своем здоровье осложняется как низким уровнем такой помощи, так и нехваткой времени и сил в связи с необходимостью выживания. Однако, следует учитывать и долговременные факторы, неблагоприятно воздействующие на динамику смертности населения России и обладающих высокой инерционностью: постарение населения, неудовлетворительные условия труда, ухудшение экологической ситуации и генофонда населения (рост необратимой патологии у детей, инвалидизация населения) (Ковалев,1999). Кроме того, исследование уровня смертности поколений в 80-90-е годы показало, что благодаря антиалкогольной компании многие смерти оказались перенесены с 1985-1988 гг. на 1990-1995 гг. (Доклад о развитии.., 2002). Падение рождаемости в 90-е годы, с одной стороны, отразило реакцию населения на снижение уровня жизни, а с другой, - обозначило формирование и

развитие у молодежи новых типов репродуктивного поведения, связанных с изменениями в стиле и образе жизни, отношении к институту брака (Суринов, 2001).

Схожей является позиция Н.М. Римашевской, основанная на том, что современная демографическая обстановка есть продолжение длительных неблагоприятных тенденций демографического развития 60-80-х годов, но в 90-х годах она усугубилась именно в результате воздействия на население социально-экономического и политического кризиса в России. При этом фундаментальная причина, вызвавшая столь драматические последствия, коренится в характере и особенностях осуществляемых экономических преобразований, начатых с "шоковой терапии", которая пагубно отразилась на основных слоях и группах населения (Римашевская, 1999).

На социально-бытовом уровне спад производства трансформируется в дискомфортные ощущения в связи с потерей работы, переходом на новую работу, вынужденными отпусками, освоением новой специальности в зрелом возрасте, нестабильным графиком работы и выплатой зарплаты и т.д. В массовом масштабе эти процессы ведут к накоплению социального стресса, потерям в материальном обеспечении, сокращению затрат на поддержание здоровья (Атлас «Окружающая.., 1995).

Одной из распространенных современных концепций медицины стала теория социальной дезадаптации и болезней цивилизации. По мнению И. А. Гундарова, необычно высокая смертность населения России объясняется не столько неблагоприятными материальными условиями жизни, сколько массовой психоэмоциональной дезадаптацией к возникшим в короткое время неблагоприятным, непривычным, стрессорным социально-экономическим изменениям. В связи с этим, динамика смертности в странах СНГ в начале- середине 90-х годов определялась четырьмя группами факторов: на 73 % — уровнем агрессии и гнева, которую измеряли по динамике убийств; на 11 % — безысходностью и потерей смысла жизни; на 11 % — обнищанием. Остальные пять процентов падают на прочие причины. Таким образом, здоровье на 80 процентов зависит от благополучия и удовлетворенности жизнью (Гундаров, 1997).

В связи с проблемой адаптации к новым социально-экономическим условиям резко обострилась проблема чрезмерного употребления алкоголя, вызывая рост психических заболеваний и уровня смертности от случайного отравления алкоголем. Связь между ростом смертности и потреблением алкоголя увеличивается в зависимости от социальной интеграции. Чувство одиночества, семейные конфликты и наличие брачного партнера определяются как основные факторы, достоверно влияющие на связь между смертностью и потреблением алкоголя (Murray and others, 1999).

Сложившаяся ситуация приводит к негативным изменениям в психическом и эмоциональном здоровье населения (Социально-психологическая динамика..,1998, Журавлева, 1998), росту числа социально-стрессовых расстройств в связи с коренной ломкой идеологических, моральных, культурных норм в сочетании с нестабильностью и неопределенностью в отношении будущего у масс населения (Колосов,1999, Психосоциальные расстройства,1999). В связи с этим, разработана психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности (Вассерман, 1995). После распада СССР; в связи с ростом миграционных потоков между бывшими союзными республиками, в т.ч. русских переселенцев из стран ближнего зарубежья в Россию, обострились проблемы адаптации мигрантов (Гриценко, 2000). Эти другие факторы приводят к росту количества самоубийств (Гилинский, 1998, Лозовицкий,1999, Богоявленский, 2001).

Таким образом, «реакция населения на социально-экономические события, связанные с кардинальными изменениями в политической и экономической жизни России в 90-е годы, может быть однозначно оценена как социальный стресс. Наиболее уязвимые в экономическом и психологическом отношении группы населения не выдерживают возникших проблем, что приводит к тяжелым сердечно-сосудистым заболеваниям, росту алкоголизма и пьянства, самоубийствам. Крах банков и финансовых пирамид сопровождается инфарктами, инсультами, суицидами, криминальными разборками со смертельными исходами и т.д.» (Прохоров, 2001 стр.157).

В этой связи интересен подход Б.Т. Величковского, который отмечает, что в ходе реформ на здоровье населения, наряду со стрессом, оказывает

влияние другой механизм - нарушение динамического стереотипа высшей нервной деятельности, который обеспечивает устойчивое и экономное функционирование организма в стабильных условиях жизнедеятельности (Величковский, 2001). В житейском плане отражением динамического стереотипа является привычка. В отличие от стресса, нарушение динамического стереотипа само по себе не мобилизует адаптационные механизмы организма. В России «шоковая» стратегия перехода к рыночной экономике вызвала слом динамического стереотипа высшей нервной деятельности у большинства населения. В 1994 г. это сказалось летальным обострением хронических заболеваний. Дополнительные негативные последствия привнес алкогольный механизм роста смертности от травм, отравлений, несчастных случаев и причин насильственного характера, а также смертности в связи с соматическими причинами (Немцов, Школьников, 1999). В то же время, «нет оснований считать, что реформы сами по себе связаны с ухудшением здоровья и повышением смертности населения. Устоявшееся мнение о неизбежности социальных издержек в ходе реформ опроверг Китай. Успешные экономические реформы в Китае сопровождаются не повышением, а понижением смертности населения. … Дело не в реформах как таковых, а в том, каким образом они осуществляются. В России именно «шоковая» стратегия реформ стала главной причиной чрезвычайного ухудшения здоровья и высокой смертности населения, особенно населения трудоспособного возраста» (Величковский, 2001 стр.30-31).

Ведущее место в исследованиях социально-экономической обусловленности здоровья населения занимают работы, посвященные влиянию отдельных факторов, среди которых выделяются проблемы занятости, низкий уровень медицинского обслуживания, рост преступности, уровень образования, поведенческие особенности и связанные с ними характеристики образа жизни населения.

Фактор занятости имеет несколько аспектов. Одним из наиболее сильных воздействий на здоровье человека является потеря работы. Специальное исследование клинических особенностей расстройств адаптации проведено среди безработных Москвы (Аведисова и др., 1999). Безработи-

ца является важнейшим фактором увеличения числа самоубийств. Потеря работы, как следствие, резкое снижение уровня жизни, неуверенность в завтрашнем дне, потеря ощущения собственного места в жизни, необходимость при этом обеспечивать семью - основные тому причины. Выявлено влияние безработицы на суицид с учетом возраста и пола (Bourgoin Nicolas,1999). Потеря и вынужденная смена работы приводят к невротическим расстройствам (Смирнова,1998). Для работающих людей частота суицидов растет в более низких социальных классах. Существуют связи между характером профессии, уровнем дохода, уровнем образования и суицидами. Выявлена относительно боле высокая частота суицидов среди учителей и управленцев. Полученные данные указывают, что частота суицидов зависит не только от образа жизни и социального уровня, но и от профессиональной активности и других условий, ее проявлений. Наиболее высокая частота суицидов отмечается в профессиональных группах, использующих насильственные и жестокие методы.

Снижение качества, а в ряде случаев и обеспеченности медицинским обслуживанием, привело к росту заболеваемости и смертности вообще, и в частности таких социально значимых болезней как туберкулез и венерические заболевания. В числе конкретных негативных тенденций в характере медицинского обслуживания следующие: отсутствие регулярных медицинских осмотров во многих организациях и на предприятиях, закрытие ряда медицинских пунктов в сельской местности, ухудшение качества бесплатной медицины за счет перехода квалифицированных кадров в платные медицинские учреждения и др. В качестве наиболее проблемных территорий по этому фактору выделяются северные и северо-восточные регионы страны, а также сельские районы (Овчаров, 1999, Светличная, 1999, Ковалев, 1999).

Уровень образования влияет на отношение людей к своему здоровью и здоровью своих детей, понимание необходимости самосохранительного поведения. В частности, установлено, что одним из факторов риска синдрома внезапной смерти детей грудного возраста является невысокий уровень образованности матери (Баранова, 1999).

За последние 10 лет уровень преступности в России вырос, в основном, за счет роста преступлений «против жизни, здоровья, свободы, чести и достоинства личности», а также преступлений в сфере экономической деятельности, против государственной власти, против порядка управления, что свидетельствует о нарастании социальных проблем в обществе и является в т.ч. результатом роста безработицы, обнищания населения.

Семейное положение является важным фактором психического благополучия. В последнее десятилетие отмечались негативные тенденции, связанные с ростом числа разводов и уменьшением числа браков, а также увеличением количества детей, рожденных вне брака. Наряду с некоторыми биологическими факторами, на исход беременности и родов отрицательно влияет социальное неблагополучие семей: плохие материально-бытовые условия, неполная семья, неблагоприятный морально-психологический климат, отрицательное отношение к факту беременности и др. (Васильева, 1999). Анализ влияния различных средовых факторов на распространение психических заболеваний, проведенный С.Я. Брониным, показывает, что в детстве с высоким риском последующего появления психических расстройств связаны неудовлетворительное физическое и психическое состояние родителей и самого ребенка, распад семьи и т.д. У взрослых высокой степенью риска обладают: плохое физическое здоровье, служебное и семейное неблагополучие, трудности, связанные с детьми, дефицит общения и т.д. (Экзогенные психические.., 2000, Яруллин, Амиров и др., 1997).

Неблагоприятные стороны образа жизни (курение, нейроэмоциональные перегрузки, нарушения питания, алкоголь, низкая медицинская активность и пр.) являются ведущим фактором возникновения и развития для отдельных хронически протекающих заболеваний, таких как ишемическая болезнь сердца, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, диабет. Исследования последних лет в большой степени показали ведущее значение в обусловленности здоровья факторов образа жизни (60% и более заболеваемости) не только при формировании хронической патологии, но и острых заболеваниях (Лисицын, 1998). Доминирующее влияние пове-

денческого фактора проявляется сегодня в явлении сверхсмертности мужчин, высоком уровне смертности трудоспособного населения, чрезмерно высокой смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, и служит отражением степени деформации качественных свойств населения страны, в т.ч. распространенности форм деструктивного поведения, слабого развития санитарно-гигиенических навыков, "непрестижности" самосохранительных форм поведения, отсутствия знаний рациональных норм питания и поведения (Плющ, 1999).

В России с ее огромными природными, хозяйственно-бытовыми и социальными контрастами качество здоровья характеризуется существенными территориальными различиями. Комплексное изучение региональных особенностей общественного здоровья позволяет сделать вывод о том, что среди экономических районов России лучшими показателями характеризуются Центрально-Черноземный и Северо-Кавказский районы. Волго-Вятский и Центральный экономические районы занимают, соответственно, 3 и 4 места, Северо-Западный и Северный районы находятся на 5 и 6 месте, Поволжский экономический район на 7 месте. Районы к востоку от Уральского хребта имеют более низкие показатели здоровья, по сравнению с районами Европейской России - Уральский район занимает 8 место, Восточно-Сибирский район – 9 место, Западно-Сибирский и Дальневосточный районы разделили 10 и 11 места. Тренд ухудшения качества общественного здоровья имеет четкую географическую выраженность: с юго-запада на северо-восток. (Россия в окружающем.., 1999). Такой вывод соответствует выявленным В.М. Школьниковым в конце 80-х годов географическим закономерностям изменения уровня смертности и ее причин (Школьников, 1987).

Анализ региональных особенностей общественного здоровья в России в переходный период свидетельствует также о прямой и достаточно сильной корреляционной зависимости здоровья населения от ряда социально-экономических условий, в которых протекает жизнедеятельность населения, и, прежде всего, от возможности полноценного питания, уровня платежеспособности, степени личной безопасности выявлена (Решетников,

2001). Особенно сложная ситуация складывается в сельской местности. Исследования, посвященные проблемам трансформации села в 90-е годы, свидетельствуют о том, что сельская местность оказалась неспособной к полноценной социально-экономической адаптации к рыночным преобразованиям (Филатов, 2002). «Падение уровня жизни, сокращение занятости в общественном сельском хозяйстве и ряде других отраслей стало причиной люмпенизации и маргинализации деревни» (Алексеев, Зубаревич, 2000 стр. 146).

Формирование стрессовых состояний и их рост в период преобразований в 90-е годы характерны для малочисленных жителей северных и восточных территорий с традиционным образом жизни (Дьяченко,2000, Чернуха, Никитин,2000). Анализ состояния здоровья коренных народов Приамурья показал, что переустройство общества, изменение экономических отношений, разрушение социальной инфраструктуры обострили вопросы, связанные с судьбой северных этносов. Разрушение традиционного образа жизни, утрата народных знаний и опыта поставили аборигенов в современных условиях перед реальной угрозой исчезновения. (Состояние здоровья.., 1998). Аналогичные проблемы характеризуют демографическую ситуацию и здоровье малочисленных народов Севера, в частности, коренного населения Ямала (Здоровье коренного.., 1998). Все сильнее обостряется традиционно существовавшая в этих районах проблема пьянства и алкоголизма (Квашнина, 1998, Сидоров и др., 1999).

В последнее время при изучении влияния социально-экономических факторов и образа жизни на здоровье населения все большее распространение получают специальные социально-экономические и медико-социологические исследования (Н.М. Римашевская, К.В. Решетников, Т.М. Максимова, О.Е. Коновалов и др.). Цикл таких исследований в период с 1981 по 1998 гг. был проведен Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН (ИСЭПН РАН) в Таганроге, Москве, Санкт-Петербурге, селах Саратовской, Псковской и Тверской областей. Выявлена взаимосвязь индивидуального потенциала здоровья с отдельными параметрами уровня и образа жизни. Результаты анализа ситуации по данным

опросов подтверждают зависимость здоровья населения от уровня материальной обеспеченности, а также характера труда, отдыха, качества питания, психологических и других характеристик образа жизни.

Большой интерес представляет комплексный анализ стандартных и индивидуальных данных, отражающих дифференциацию смертности и продолжительности жизни различных социально-демографических групп населения России. На его основе выявлены различия в зависимости от следующих факторов: пол, проживание в городских и сельских условиях, брачное положение, положение на рынке труда, национальность, некоторые поведенческие факторы (Неравенство и смертность.., 2000).

О значимости роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения России в 90-е годы свидетельствует то, что этот факт был осознан на государственном уровне. В 1998 г. обязательным видом деятельности Департамента Госсанэпиднадзора Министерства здравоохранения РФ и его территориальных органов стал социально-гигиенический мониторинг (Приказ МЗ РФ от 03.03.98 № 49 "О функционировании системы социально-гигиенического мониторинга"). В 1999 г. был установлен временный перечень показателей, куда вошли отдельные показатели здоровья, социально-экономические показатели и показатели среды обитания (Приказ МЗ РФ от 27.08.99, N 334 «Об организации работ по II этапу социально -гигиенического мониторинга»). Информация о здоровье населения включает показатели физического развития, заболеваемости (злокачественные новообразования, врожденные аномалии и др.), смертности (общий коэффициент смертности, коэффициент младенческой смертности). Информация о социально-экономическом положении отражает: расходы на здравоохранение и образование, среднедушевые доходы населения, прожиточный минимум, стоимость минимальной продуктовой корзины, число лиц с доходами ниже прожиточного минимума, обеспеченность жилой площадью на человека, удельный вес населения, проживающих в коммунальных квартирах, доля квартир, не оборудованных водопроводом.

§ 1.4. Специфика здоровья населения России в 90-е годы

Существенное влияние социально-экономической ситуации на здоровье населения характерно для многих стран мира, и в частности, Европы. По данным ВОЗ (Доклад о состоянии.., 2002, The World Health.., 2001), огромные различия в состоянии здоровья, наблюдаемые между странами и между отдельными группами населения внутри стран, убедительно свидетельствуют о том, что все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами. Связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями, образованием и образом жизни, в частности, употреблением табака и алкоголя, четко прослеживается во всех европейских государствах-членах ВОЗ. Выявлена зависимость между ожидаемой продолжительностью жизни и уровнем валового внутреннего продукта (ВВП) на душу населения (Прохоров, 1998). Наиболее убедительным подтверждением является расширяющийся разрыв в показателях ожидаемой продолжительности жизни между странами с высоким и низким уровнем доходов и между отдельными группами населения внутри этих стран. Так, разрыв между самым высоким и самым низким показателем продолжительности жизни в Швеции равен 2 годам, в то время как в Российской Федерации - 15. Данные о бедности являются зеркальным отражением вышеуказанных цифр. В странах Центральной и Восточной Европы и ННГ доля населения, живущая на менее чем 4 долл. США в день, увеличилась с 3,3% в 1988 г. до 46% в конце 90-х годов. Бедность является наиболее важным детерминантом “нездоровья”, обусловленного инфекционными болезнями. Частота инфекционных болезней, таких как СПИД и туберкулез, резко повысилась в ННГ. Более того, в этих странах имеются условия для возникновения массовых вспышек этой инфекции. На неинфекционные болезни приходится около 75% бремени нарушений здоровья, и их можно охарактеризовать как общеевропейскую эпидемию. Доля этой нозологической категории в структуре всех патологий продолжает увеличиваться. Основными причинами бремени болезней в Европе являются сердечно-сосудистые заболевания, злокачественные но-

вообразования, нейропсихиатрические расстройства (включая расстройства, обусловленные злоупотреблением алкоголя и депрессией).

В России в 90-е годы сложилась крайне неблагоприятная ситуация со здоровьем населения. Под данным Минздрава России (Шевченко, 2003), полностью здоровыми являются не более 20% жителей России, резко ухудшилось здоровье трудоспособного населения, к пенсионному возрасту более 70% страдают от различных недугов.

Демографическую ситуацию в России определяют как общемировые универсальные факторы, так и собственные особенности.

Рождаемость в долгосрочной перспективе снижается, как и во многих других странах, что характерно для всех индустриальных, городских обществ, их образа жизни. Отличительной чертой России стало резкое уменьшение рождаемости в середине 90-х годов. Однако, в последние 4 года величина этого показателя растет: общий коэффициент рождаемости увеличился с 8,3‰ в 1999 г. до 10,3 в 2003 г. (в пересчете на год), что вызвано действием очередной "демографической волны". Показатели естественной убыли почти не изменились, т.к. рост рождаемости перекрывался ростом смертности.

Разница в *продолжительности жизни* россиян и жителей промышленно развитых стран Западной Европы, Северной Америки и Японии увеличивается, начиная с середины 60-х годов. Обвальное снижение ожидаемой продолжительности жизни в России началось в начале 90-х годов, а в 1994-95 гг. был достигнут минимум - ОПЖ мужчин составляла 57,5 лет, женщин – 71 год. С 1995 г. продолжительность жизни в России колеблется, постепенно снижаясь. На данный момент она составляет в среднем по России порядка 59 лет у мужчин и 72 лет у женщин (для населения в целом – 65 лет), а в западных странах приближается к 75. Особенно велика разница в ОПЖ мужчин. Даже среди стран СНГ показатель ожидаемой продолжительности жизни мужчин в России самый низкий.

В соответствии с расчетами ВОЗ, по показателю DALE, отражающему ожидаемое количество лет здоровой жизни (при рождении), Россия в 1999 г. уступала не только основным развитым странам, но и многим госу-

дарствам Южной Америки и Африки и занимала 91 место (56 и 66 лет соответственно), располагаясь между Тунисом и Гондурасом (табл. 1.4.1).

Таблица 1.4.1

Ожидаемая продолжительность жизни при рождении и ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении (DALE) в некоторых странах в 1999 г.[1)]

Страна	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, лет		DALE, лет	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Япония	77,6	84,3	71,9	77,2
Австралия	76,8	82,2	70,8	75,5
Франция	74,9	83,6	69,3	76,9
Канада	76,2	81,9	70,0	74,0
Великобритания	74,7	79,7	69,7	73,7
Германия	73,7	80,1	67,4	73,5
США	73,8	79,7	67,5	72,6
Польша	67,9	76,6	62,3	70,1
Литва	67,0	77,9	60,6	67,5
Украина	64,4	74,4	58,5	67,5
Белоруссия	62,4	74,6	56,2	67,2
Тунис	67,0	67,9	62,0	60,7
Россия	**62,7**	**74,0**	**56,1**	**66,4**
Гондурас	68,2	70,8	60,0	62,3
Вьетнам	64,7	68,8	56,7	59,6

Составлено по: (Статистическая информационная.., 2000)

Аналогичное положение занимают и другие страны бывшего Советского Союза. Разрыв между значениями показателя для мужчин и женщин в России один из самых больших в мире. Объяснение сложившейся ситуации, к которому склоняется большинство исследователей, заключается в высокой распространенности алкоголизма среди мужчин, что ведет к росту травм, отравлений и несчастных случаев, а также сердечно-сосудистых заболеваний (WHOSIS, 2000, WHO, 2000). В числе других причин - низкая ценность человеческой жизни на шкале ценностей каждого отдельного человека и всего общества, что ведет к недостаточному вниманию к своему здоровью, а также недостаточное финансирование системы здравоохранения (Вишневский, 2002). О существенной роли потребления алкоголя свидетельствует тот факт, что после антиалкогольной кампании середины 80-х годов продолжительность жизни в России резко выросла, заметнее всего - в

[1)] Страны приведены в порядке убывания значения показателя DALE для всего населения

наиболее пьющих регионах, с высокой долей русского населения: таких, как Россия, Украина, Казахстан.

Характерной чертой демографической ситуации в России, в отличие от большинства промышленно развитых стран, является *высокая смертность* (табл.4), рост которой отмечается в большинстве регионов с начала 90-х годов до настоящего времени с кратковременным периодом снижения с 1995 по 1998 гг. В 2002 г. общий коэффициент смертности составил 16,3‰ и превышал общий коэффициент рождаемости в 1,7 раза. Динамика смертности характеризуется сверхсмертностью людей трудоспособного возраста, среди которых 80% - мужчины (Вишневский, Школьников, 1997).

Среди причин смерти преобладают сердечно-сосудистые заболевания, несчастные случаи, отравления и травмы, злокачественные новообразования. В середине 90-х годов показатели смертности от болезней системы кровообращения, несчастных случаев, убийств, самоубийств и других внешних причин, а также инфекционных и паразитарных заболеваний превышали аналогичные показатели в развитых странах в 2- 5 раз (табл. 1.4.2).

Таблица 1.4.2

Смертность населения по причинам смерти (умершие на 100 тыс. населения)[1]

Страна	Год	Болезни системы кровообращения	Болезни органов дыхания	Злокачественные новообразования	Несчастные случаи, убийства, самоубийства и другие внешние причины	Инфекционные и паразитарные болезни
Япония	1994	187,4	73,9	159,8	43,3	10,3
Австралия	1995	197,4	35,9	139,5	35,6	7,0
Франция	1994	182,8	39,6	194,3	64,5	8,8
Канада	1995	238,7	55,8	190,0	43,6	5,5
Великобритания	1995	317,2	109,2	206,5	28,5	4,9
Германия	1995	343,8	44,0	196,7	41,2	5,5
США	1994	307,2	67,9	195,0	55,5	11,4
Польша	1995	532,2	35,9	215,4	77,0	7,0
Литва	1995	597,5	47,5	202,1	181,6	17,3
Украина	1992	825,6	67,7	188,1	128,5	13,6
Белоруссия	1993	607,9	68,7	182,8	135,7	8,8
Россия	**1994**	**853,6**	**83,6**	**210,5**	**256,3**	**21,5**

Источник: (Здравоохранение в России, 2001)

[1]По России – данные Европейской базы данных «Здоровье для всех»

Эпидемиологическая ситуация в России свидетельствует о сохраняющейся устойчивой тенденции высоких показателей заболеваемости сердечно-сосудистыми болезнями и смертности населения от них.

Отмечается высокий уровень *профессиональной заболеваемости*. Показатель профессиональных заболеваний в 2002 г. составил 2,23 на 10 тыс. работающих, из них на объектах частной собственности - 35,18%. В структуре профессиональных заболеваний хронические недуги занимают 98,4 процента. По мнению Главного Государственного санитарного врача РФ Г.Онищенко, причины следующие: резкое ухудшение условий труда; низкий уровень технологической дисциплины; использование морально устаревших технологий; отсутствие регулярных медосмотров и аттестации рабочих мест; низкий уровень или отсутствие медицинской и профессиональной реабилитации больных с профпатологией; отказ самих работников от прохождения медосмотров из-за страха потерять работу. Такая ситуация негативно сказывается на психическом здоровье людей, их мироощущении (Онищенко, 2003).

Важнейшей особенностью является высокая смертность от так называемых *внешних причин:* несчастных случаев, отравлений, травм, убийств, самоубийств и т. д. В последние годы количество самоубийств и убийств, а также число погибших от транспортных травм, хотя и остается весьма высоким, уменьшилось, а число умерших от случайных отравлений алкоголем продолжает расти.

Частота *отравлений алкоголем* в России в 2001 г. составила 26,2 случая на 100 тыс. населения. За январь-май 2003 г. по сравнению с аналогичным периодом 2002 г. этот показатель вырос на 3,2%. Это свидетельствует о крайне неблагоприятной ситуации со здоровьем, поскольку за этим показателем стоит массовое пьянство, которое является причиной множества болезней, приводящих к ранней смерти, транспортных и производственных травм. Смертность выросла во всех федеральных округах, кроме Центрального и Приволжского. По существу, рост смертности мужчин трудоспособного возраста - это продолжение долговременной тенденции, берущей начало в 60-х годах, которая на время прервалась в 1985-1987 гг. во

время антиалкогольной кампании. В 2001 г. потребление чистого алкоголя возросло до 9-10 литров на душу населения. Кроме того, увеличивается потребление парфюмерной продукции и продукции бытовой химии, содержащей алкоголь. Смертность от алкогольных отравлений составляет около 15 человек на 100 тыс. населения (2001 г.).

Вызывает тревогу продолжающийся в стране рост *алкоголизма.* Первичная обращаемость по поводу алкоголизма и алкогольных психозов в стране сокращалась до 1992 г., когда она достигла минимального значения-103 случая на 100 тыс. человек. Затем последовал новый подъем регистрации больных алкоголизмом с пиком в 1994 г.-161,1 случай. Следует подчеркнуть, что 1994 г. был вообще самым тяжелым годом для общественного здоровья в России. В этом году была зарегистрирована самая низкая ожидаемая продолжительность жизни за последние 50 лет, а также отмечен очень высокий уровень сердечно-сосудистых заболеваний, убийств и самоубийств. По мнению некоторых социологов на протяжении 1992-1994 гг. происходила социальная адаптация населения к политико-экономическим изменениям в стране. Такой мощный адаптоген как алкоголь играл в этом процессе весьма заметную роль. Подтверждением этого факта служит очередной подъем алкоголизма после кризиса 1998 г. (Население России.., 2002).

В отличие от алкоголизма, *наркомания* в массовых масштабах - относительно новое для России явление. С конца 80-х годов в России наблюдался неуклонный рост числа больных с диагнозом "наркомания" и "токсикомания". С 1985 по 2001 г. число больных с синдромом зависимости от наркотических веществ, находящиеся под диспансерным наблюдением, выросло более чем в 22 раза. Как считают наркологи, это не все наркоманы, а малая их часть. С другой стороны, такая динамика обусловлена и тем, что значительно активизировалась наркологическая служба по выявлению этих больных. Наиболее поражаемой психоактивными веществами частью общества является подрастающее поколение. К алкоголю и наркотикам во все большей степени приобщаются женщины. (Доклад об итогах.., 2003). Число лиц, употреблявших наркотики и находящихся под наблюдением со-

ставляло в 2001 г. 448,1 тыс. человек, или 310,7 в расчете на 100 тыс. населения (0,3% численности жителей России), из них больных наркоманией - 219,9 тыс.

Число *убийств* в России в расчете на 100 тысяч человек в начале 90-х годов было чуть более 10, в 1994 г. оно выросло почти до 22. В 1995-1997 гг. было отмечено некоторое снижение показателя, а за 1997-2001 гг. он снова увеличился - от 20 до 23. Число убийств на 100 тыс. жителей заметно варьируется по регионам России. Если в республиках Тыве и Чечне величина этого показателя превышает среднероссийский уровень почти в 4 раза, а в Коми-Пермяцком, Ненецком и Долгано-Ненецком автономных округах и Иркутской области - почти вдвое, то в республиках Ингушетии и Дагестане, а также Белгородской области - почти вдвое ниже. Официальная точка зрения МВД России связывает увеличение числа убийств, прежде всего, с экономическими и социальными проблемами. 60-70% убийств по регионам России совершаются в состоянии опьянения. Подавляющее большинство заказных убийств - следствие криминальных разборок (в 2001 г. - 84 из 142 убийств по найму), доля заказных убийств по бытовым мотивам не столь существенна. Основными причинами преступлений в бытовой сфере являются пьянство, наркомания, хулиганство некоторых групп молодежи, чему, как правило, предшествует антиобщественный образ жизни.

По уровню *самоубийств* Россия занимает одно из первых мест в мире. ВОЗ считает критической цифрой 20, средний показатель по России - 38, а среди мужчин - 60 случаев самоубийств на 100 тысяч. По мнению Т.Дмитриевой (Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. Сербского), большая часть причин суицидальных попыток – социальные (неожиданное банкротство, потеря работы, личная трагедия), представляющие собой целый клубок проблем, изначально обусловленных социальным стрессом (Страна самоубийц, 2003). Специфика России заключается в очень высокой доле самоубийств среди мужчин (в 6 раз чаще, чем у женщин). Среди взрослых можно выделить категорию особого риска в возрасте 45-59 лет. Нельзя не учитывать и этнокультуральный фактор. Так,

у народов финноугорской группы - как-то: удмурты, марийцы - число суицидов выше, чем у представителей других народностей. Среди коренных народов Удмуртии число суицидов составляет 120 на 100 тыс. населения. Причина такого положения в национальных традициях, уходящих глубоко в прошлое.

В 90-е годы отмечался стремительный рост заболеваемости *туберкулезом.* Показатели заболеваемости в России, как и во многих других странах бывшего СССР, существенно выше, чем в промышленно развитых государствах (табл. 5). Только в 2001 г., благодаря восстановлению профосмотров и диспансерных обследований, а также повышению количества бюджетных средств, выделяемых на борьбу с туберкулезом, удалось добиться стабилизации основных показателей заболеваемости туберкулезом в России. В 2001 г. уровень заболеваемости туберкулезом составил 87,8 на 100 тыс. населения. Однако, уровень заболеваемости и смертности от туберкулеза в стране остается высоким.

Таблица 1.4.3

Число зарегистрированных случаев заболевания населения отдельными инфекционными заболеваниями в 1997 г. (на 100 тыс. населения)

Страна	Число случаев заболевания
Австралия	6,3
США	6,4
Канада	7
Великобритания	10
Франция	11
Германия	14
Япония	34
Польша	36
Украина	53
Белоруссия	56
Россия	**74**
Литва	79

Источник: (Здравоохранение в России, 2001)

За десятилетие число лиц, страдающих *психическими расстройствами*, выросло на 40% (Страна самоубийц, 2003). Среди детей психических расстройств всегда выявлялось больше, чем у взрослых, примерно в 2,5 раза и увеличивались они пропорционально. В последние годы дети попадают в группу риска, в связи со снижением качества питания многих женщин во время беременности, недостатком витаминов, ростом стрессовых ситуаций. Рост числа инвалидов и числа общественно опасных действий по причине психических расстройств во многом обусловлен серьезными

препятствиями для трудового устройства лиц с психическими расстройствами.

Заболеваемость населения России растет по всем основным классам болезней, кроме инфекционных и паразитарных, а по сравнению с 1990 годом - по всем, кроме болезней органов дыхания (Демоскоп, 2003).

Высокие показатели заболеваемости, инвалидности, смертности от сердечно-сосудистых болезней, туберкулеза, онкологии связаны как с социально-экономическими преобразованиями, происходящими в стране, так и со снижением уровня медицинского обслуживания, в частности, сокращением объема профилактической деятельности, отсутствием системного подхода в ее организации и проведении в первичном звене здравоохранения, недостаточностью санитарно-просветительной работы среди населения (Доклад…, 2003).

Сводные прогнозы качества общественного здоровья в России отсутствуют. В то же время активно создаются демографические прогнозы: в Госкомстате России, НИИстатистики, Центре демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН.

В настоящее время существует три варианта дальнейшего развития событий. Предельно низкий сценарий предполагает, что в ближайшие годы снижение продолжительности жизни продолжится тем же темпом, что в 1965-1980 гг. Но и в этом случае рост смертности не может быть неограниченным. Пороговым уровнем представляется ситуация, когда разрыв продолжительности жизни мужчин и женщин достигнет 15 лет (примерно 2008 г.). При этом продолжительность жизни мужчин упадет до 57 лет и станет ниже, чем в 1955 г.

Резкое улучшение социально-экономических условий жизни населения на фоне быстрого и эффективного развития экономики способствовало бы осуществлению верхнего сценария, предусматривающего переход в ближайшие годы к росту продолжительности жизни, который для мужчин и женщин суммарно будет иметь тот же темп, что в странах Европейского Союза в 1970-2000 годах (0,23-0,24 года за 1 год). Предполагается, что темп роста у мужчин будет несколько выше, а у женщин - несколько ниже, чем в

странах ЕС с тем, чтобы к 2050 г. разрыв в продолжительности жизни между мужчинами и женщинами не превосходил 10 лет. В этом случае Россия приблизится к современному уровню здоровья населения развитых стран, продолжительность жизни составит 69-70 лет у мужчин и 78-79 лет у женщин.

Сохранение социально-экономической обстановки в России на современном уровне соответствует формированию здоровья населения по среднему сценарию. (Население России, 2002, Прохоров, 2001).

Комплексное изучение роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения на разных территориальных уровнях

Для изучения влияния различных факторов на здоровье населения применяются общенаучные (системный, математические (корреляционный, факторный, кластерный анализ и др., моделирование), метод типологии, специальные географические (сравнительно-описательный, картографический, метод районирования, экономико-статистический), а также другие подходы и методы исследования (например, мониторинг состояния, социологические исследования (анкетирование)).

Актуальным и целесообразным представляется комплексное исследование проблемы на разных территориальных уровнях, поскольку такой подход позволяет перейти от изучения здоровья населения на макроуровне (страна, экономический район) и мезоуровне (субъект федерации) к конкретному исследованию человека, изучению его отношения к собственному здоровью на микроуровне (район, отдельные населенные пункты). Взгляд на проблему на каждом уровне детализации дает возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях:

- для отражения состояния здоровья на разном уровне обобщения используются разные показатели; так, например, для больших групп населения одним из важнейших показателей является ожидаемая продолжительность жизни, а при исследовании на микроуровне большую роль играет субъективная оценка состояния здоровья;

- некоторые факторы воздействия могут быть изучены только на определенном уровне обобщения: например, отдельные поведенческие и психологические характеристики - на микроуровне;
- возможность и/или целесообразность применения некоторых методов исследования только на определенном уровне обобщения.

Данный подход определяет логику изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Центральной России, проводимого в рамках работы над диссертацией.

Глава II

Особенности воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения на макро- и мезоуровнях

§2.1. Территориальные различия и особенности воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения Центральной России

В данном исследовании Центральная Россия рассматривается в границах Центрального экономического района. В состав ЦЭР входят 13 субъектов федерации: г. Москва, Московская, Брянская, Владимирская, Ивановская, Калужская, Костромская, Орловская, Рязанская, Смоленская, Тверская, Тульская и Ярославская области. Площадь территории – 483 тыс. км^2, численность населения (на 1.01.02) – 28,8 млн человек. Центральный район обладает мощным экономическим потенциалом, разветвленной сетью железных и шоссейных дорог, трубопроводов и линий электропередачи; район с наиболее развитой обрабатывающей промышленностью, что обусловлено выгодным экономико-географическим положением, наличием потребителей и квалифицированной рабочей силы. Для района характерна высокая степень урбанизации, наличие мощного научно-технического потенциала. Центральный район – ведущий в стране в науке и образовании. Занимая около 3% площади страны, он сосредоточивает 20% ее населения. В последние десятилетия складывается неблагоприятная демографическая ситуация в связи со старением и убылью населения, что особенно ярко проявляется в сельской местности.

ЦЭР характеризуется высокой степенью территориальной неоднородности как по уровню социально-экономического развития, так и по состоянию здоровья населения. В качестве примера можно привести разброс в индексе развития человеческого потенциала: от Орловской и Ярославской в начале списка (17 и 22 места) до Ивановской, занимающей 76 место в общем ранжировании субъектов РФ. Почти все области в 2000 г. перемес-

тились на 10-15 пунктов вниз. Аналогичная картина отмечается в отношении индекса качества жизни (Зубаревич, 2003). Поскольку по большинству показателей г. Москва резко выделяется на фоне остальных субъектов, в анализ воздействия социально-экономических факторов на здоровье населения включены только 12 областей ЦЭР.

Территориальные различия в социально-экономическом положении областей ЦЭР

Для изучения социально-экономической ситуации и выявления территориальных различий были выбраны следующие показатели, отражающие уровень и условия жизни населения:

f1 Валовой региональный продукт на душу населения
f2 Уровень безработицы
f3 Среднедушевые денежные доходы населения
f4 Соотношение среднедушевых доходов и величины прожиточного минимума
f5 Наличие собственных легковых автомобилей (на 1000 населения)
f6 Фактическое конечное потребление домашних хозяйств на душу населения
f7 Потребление мяса на душу населения
f8 Удельный вес жилой площади, оборудованной канализацией
f9 Уровень преступности (число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. населения)
f10 Уровень образования (численность студентов государственных ВУЗов, на 10000 населения)
f11 Обеспеченность медицинскими мощностями (число больничных коек на 10 тыс. населения)
f12 Обеспеченность медицинскими мощностями (мощность врачебных амбулаторно-поликлинических учреждений на 10 тыс. населения, число посещений в смену
f13 Обеспеченность медицинским персоналом (число врачей на 10 тыс. населения)
f14 Обеспеченность медицинским персоналом (численность среднего медицинского персонала на 10 тыс. населения)

В пределах ЦЭР имеются существенные региональные различия по социально-экономическим показателям. Разброс рангов 12 областей ЦЭР в общем ранжировании субъектов РФ велик (Приложение 1, табл.1.1, 1.2). Причем, ранги одной и той же области в большинстве случаев сильно отличаются по разным показателям. Из наиболее ярких особенностей: высокий уровень обеспеченности медицинским обслуживанием в Ивановской области, и низкий – в Московской, при обратной картине в отношении показателей материального положения и доходов. Разница между максимальными и минимальными значениями по 8 показателям - более 2 раз.

В результате последовательного *факторного анализа* (на основе метода главных компонент) было установлено, что наиболее оптимально с точки зрения значимости и интерпретации факторов, использовать для дальнейшего анализа территориальных различий 8 показателей:

f 1 - Валовой региональный продукт на душу населения

f 2 - Уровень безработицы

f 3 - Среднедушевые денежные доходы населения

f 5 - Наличие собственных легковых автомобилей на 1000 населения

f 6 - Фактическое конечное потребление домашних хозяйств на душу населения

f 11 - Число больничных коек на 10000 населения

f 13 - Число врачей на 10000 населения

f 14 - Численность среднего медицинского персонала на 10000 населения

Факторный анализ 8 исходных показателей позволил выделить три фактора, объясняющих 85% суммарной дисперсии, которые могут быть интерпретированы следующим образом.

Фактор 1. Объясняет 52% суммарной дисперсии. Наибольшие факторные нагрузки имеют показатели f3, f6, f1, f5. Поскольку все они характеризуют материальное положение и уровень благосостояния населения, фактор 1 можно интерпретировать как «уровень благосостояния». Показатель f14, характеризующий обеспеченность средним медицинским персоналом, кроме фактора 1 также имеет высокую нагрузку на фактор 2 и более логично может быть использован для объяснения последнего.

Фактор 2. Объясняет 18% суммарной дисперсии. Наибольшие факторные нагрузки имеют показатели f11, f14 и f13. Все они характеризуют обеспеченность медицинским обслуживанием (мощностями и персоналом); фактор 2 можно интерпретировать как «уровень медицинского обслуживания», при этом следует иметь ввиду, что он характеризует обеспеченность мощностями и кадрами, но не качество обслуживания.

Фактор 3. Объясняет 14% суммарной дисперсии. Самую высокую факторную нагрузку имеет показатель f2, определяющий уровень безработицы; фактор 3 можно назвать соответственно «уровень безработицы».

Интегральная оценка социально-экономического положения областей ЦЭР проводилась на основе расчета *социально-экономического индек-*

са по трем частным индексам, полученным нормированием выделенных факторов с помощью метода линейного масштабирования, по формуле:

$$Индекс = \frac{Y_i - Y_{min}}{Y_{max} - Y_{min}}$$ если рост Yi сигнализирует о более благополучной ситуации (для уровня благосостояния и медицинского обслуживания);

$$Индекс = \frac{Y_{max} - Y_i}{Y_{max} - Y_{min}}$$ если рост Yi сигнализирует о менее благополучной ситуации (для уровня безработицы).

Здесь Yi – значение показателя для данной области, Ymax и Ymin - максимальное и минимальное значение показателя среди областей ЦЭР.

Итоговый социально-экономический индекс представляет собой сумму трех частных индексов с весом, соответствующим доли дисперсии, объясняемой данным фактором, при условии, что сумма весов равна 1 (индекс благосостояния – 0,62, индекс медицинского обслуживания – 0,22, индекс безработицы – 0,16). Значения индексов для областей ЦЭР в 2001 г. приведены в Приложении 2, табл. 1.4.

Распределение областей по сочетанию двух показателей с наибольшими весами, индексу благосостояния и индексу медицинского обслуживания, представлено на рис.2.1.1. Для большей части областей (за исключением Московской и Ивановской) отмечается прямая зависимость между уровнем благосостояния и обеспеченностью медицинским обслуживанием. Выделяются Московская и Ивановская области с полярными значениями. В Ивановской области при крайне низком уровне благосостояния высокое значение индекса медицинского обслуживания обусловлено высокой обеспеченностью медицинским персоналом. В Московской области складывается благоприятная ситуация в отношении благосостояния населения при низком значении индекса медицинского обслуживания, что связано с низкой обеспеченностью койками и оттоком кадров в Москву; многие жители Подмосковья пользуются медицинской инфраструктурой столицы. Распределение областей по социально-экономическому положению определяется индексом благосостояния, а индексы медицинского обслуживания и безработицы заметно влияют только на положение Смоленской и Ивановской областей, соответственно понижая и повышая их итоговый социально-

экономический индекс. По благоприятности социально-экономического положения области ЦЭР объединены в 4 группы (табл. 2.1.1, рис.2.1.2).

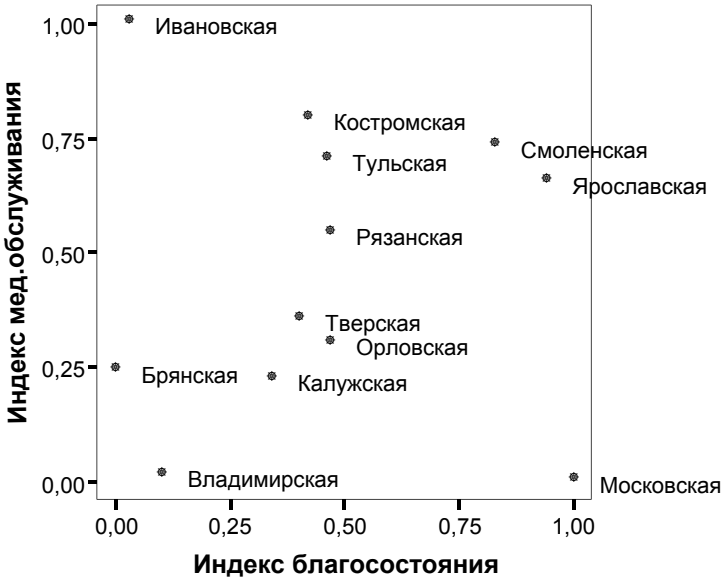


Рис. 2.1.1. Распределение областей ЦЭР по индексу благосостояния и медицинского обслуживания в 2001 г.

Таблица 2.1.1

Группировка областей ЦЭР по благоприятности социально-экономического положения с точки зрения воздействия на здоровье населения в 2001 г.

Группа	Области	Социально-экономическое положение
Группа 1	Московская, Ярославская	благоприятное
Группа 2	Смоленская, Тульская, Костромская	выше среднего
Группа 3	Орловская, Рязанская, Калужская, Тверская	удовлетворительное
Группа 4	Владимирская, Брянская, Ивановская	неблагоприятное

Территориальные различия в состоянии здоровья населения ЦЭР

Для изучения здоровья населения использовались показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ) отдельно мужчин и женщин в сельской и городской местности, и младенческой смертности. Положение областей ЦЭР в общем ранжировании субъектов РФ по показателям ОПЖ и младенческой смертности существенно отличается (табл. 2.1.2). Выделяется Москва, занимая 11 место в России и 1 место в ЦЭР по обоим показателям. Разброс рангов областей по показателю ОПЖ достаточно велик - от 35 (Орловская область) до 79 (Тверская область), при этом большая часть областей имеет низкие показатели ОПЖ - 10 из 12 занимают места во второй половине списка - от 45 до 79. Разброс рангов областей по показателю младенческой смертности также значительный – от 12 (Московская область) до 61 (Смоленская *область), но их положение ближе к сред-*

Таблица 2.1.2

Показатели ожидаемой продолжительности жизни при рождении и младенческой смертности и ранги в общероссийском перечне по субъектам федерации в составе ЦЭР (данные на 2001 г.)

Субъект РФ	**ОПЖ**		**Младенческая смертность**	
	лет	ранг	‰	ранг
г. Москва	67,4	11	11,9	11
Брянская область	65,1	41	15,8	48
Владимирская область	63,6	61	14,6	34
Ивановская область	63,2	64	16,8	58
Калужская область	64,3	53	15,0	39
Костромская область	63,7	59	14,5	33
Московская область	64,8	45	12,1	12
Орловская область	65,4	35	14,8	37
Рязанская область	64,7	48	13,8	26
Смоленская область	62,7	71	16,9	61
Тверская область	61,9	79	16,3	52
Тульская область	63,0	67	16,6	56
Ярославская область	64,2	54	13,2	21

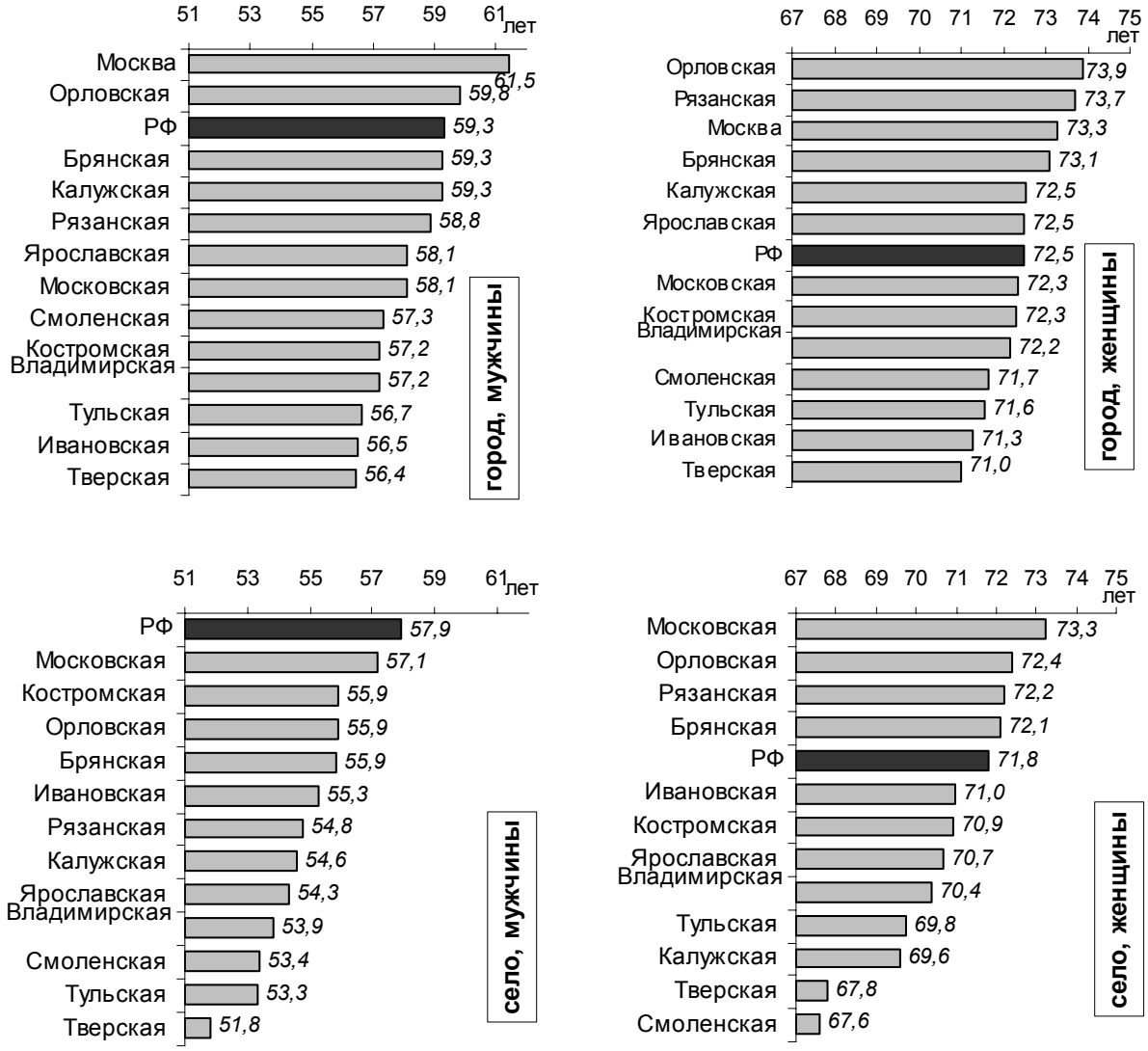
Составлено по источнику: (Регионы России.., 2002)

нему по России. Характеристики разброса показателей ОПЖ и младенческой смертности по областям ЦЭР приведены в Приложении 1, табл. 1.3.

Следует отметить различия в положении областей ЦЭР по показателю ОПЖ в зависимости от пола и типа местности (рис. 2.1.4.). По соотношению количества областей с показателем выше и ниже среднероссийского положение ЦЭР лучше всего по ОПЖ женщин в городе, где оно близко к среднему (72,5 лет): разброс значений минимален и составляет от 71,0 до 73,9 лет. По ОПЖ остальных групп населения большая часть областей ЦЭР имеют показатели ниже среднего. Территориальные различия в ОПЖ значительно сильнее проявляются в сельской местности. Наиболее яркой демографической особенностью ЦЭР является катастрофически низкий уровень ОПЖ мужчин в сельской местности, даже на фоне аналогичной ситуации в России в целом (57,9 лет): в наиболее благополучной в ЦЭР Московской области он составляет 57,1 год, а в Тверской области - всего 51,8 лет. Показатели младенческой смертности в областях ЦЭР близки к среднему по России (14,6 ‰) и изменяются от 12,1 ‰ в Московской области до 16,8 ‰ в Ивановской области.

Для выявления территориальных различий *по отдельным показателям* проведено ранжирование областей по четырем показателям ОПЖ (мужчины и женщины, город и село) и показателю младенческой смертности; с использованием метода определения связи между группами области объединены в 3 группы: с лучшими, средними и худшими показателями здоровья населения (табл. 2.1.3).

Большая часть областей по четырем из пяти показателей относится к одной и той же группе или по одному-двум показателям – к соседней. Примеров областей с существенной разницей в положении по разным показателям, т.н. «скачка» через группу, нет. Тверская, Тульская, Смоленская области имеют наихудшие значения всех показателей. Ивановская область, будучи в числе самых неблагополучных по младенческой смертности и ОПЖ в городе, занимает 5 место по ОПЖ в селе. Калужская, Костромская, Владимирская области составляют середину. Московская, Орловская,



Составлено по источнику: (Социальное положение.., 2002)

Рис. 2.1.4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении по областям ЦЭР в 2001 г.

Ярославская и Рязанская области перемещаются между группами со средними и лучшими показателями. Московская область отличается лучшими показателями младенческой смертности и ОПЖ в сельской местности, а по ОПЖ в городской местности занимает лишь 5-6 место. Орловская и Брянская области занимают первые места по ОПЖ всех групп населения, но замыкают ряды «средних» областей по младенческой смертности. Областей, которые бы попадали в группу «лучших» по всем показателям, нет.

Таблица 2.1.3

Группировка регионов ЦЭР по отдельным показателям ОПЖ и младенческой смертности в 2001 г.

Группа *	Ожидаемая продолжительность жизни при рождении				Младенческая смертность, ‰
	город		село		
	мужчины, лет	женщины, лет	мужчины, лет	женщины, лет	
1	Орловская Брянская **Калужская** Рязанская *58,8 - 59,8*	Орловская Рязанская Брянская *73,1 – 73,9*	Московская Костромская Орловская Брянская *55,9 – 58,3*	Московская Орловская Рязанская Брянская *72,1-73,3*	Московская Ярославская Рязанская *12,1-13,8*
2	Московская Ярославская *58,1*	Ярославская **Калужская** Московская Костромская Владимирская *72,2 - 72,5*	***Ивановская*** Рязанская **Калужская** Ярославская Владимирская *53,9– 55,3*	***Ивановская*** Костромская Ярославская Владимирская Тульская **Калужская** *69,6 – 71,0*	Костромская Владимирская Орловская **Калужская** *14,5 – 15,0*
3	Смоленская Костромская Владимирская Тульская ***Ивановская*** Тверская *56,4 – 57,3*	Смоленская Тульская ***Ивановская*** Тверская *71,0 – 71,7*	Смоленская Тульская Тверская *1,8 – 53,4*	Тверская Смоленская *67,6 – 67,8*	Брянская Тверская Тульская ***Ивановская*** Смоленская *15,8 – 16,9*

*Положение области по данному показателю:

1 - относительно благополучное; 2 - среднее; 3 - относительно неблагополучное

Интегральная оценка здоровья населения и выявление территориальных различий проводились на основе *индекса здоровья*, рассчитанного по четырем показателям ОПЖ и показателю младенческой смертности. Нормирование показателей выполнялось по формуле, приведенной на стр. 61 (первый вариант расчета для индекса ОПЖ, второй вариант - для индекса младенческой смертности).

На первом этапе рассчитывались частные индексы ОПЖ и младенческой смертности. При расчете индекса ОПЖ сначала рассчитывались и затем суммировались с весом ¼ индексы по отдельным компонентам (мужчины и женщины в городе и селе). На втором этапе рассчитывался итоговый индекс здоровья как среднее арифметическое двух частных индексов ОПЖ и

младенческой смертности (рис.2.1.5.). Значения индексов для областей ЦЭР в 2001 г. приведены в Приложении 1, табл.1.5.

Выделяются 4 группы областей по значению индекса здоровья и сочетанию уровня ОПЖ и младенческой смертности (табл. 2.1.4, рис. 2.1.3).

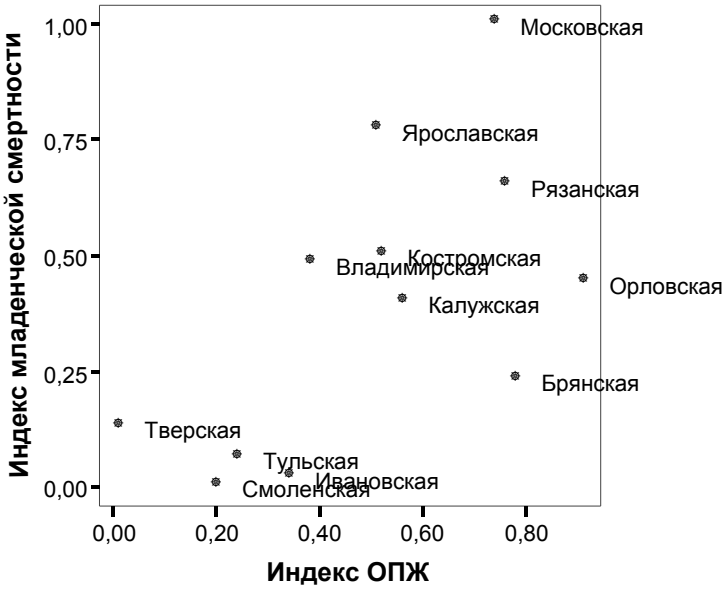


Рис. 2.1.5. Распределение областей ЦЭР по индексу ОПЖ и индексу младенческой смертности в 2001 г.

Таблица 2.1.4

Группировка областей ЦЭР по состоянию здоровья населения в 2001 г.

Группа	Области	Здоровье населения	Характеристика
Группа 1	Московская	хорошее	Относительно высокая ОПЖ и низкая младенческая смертность
Группа 2	Рязанская, Орловская, Ярославская	выше среднего	ОПЖ выше среднего, младенческая смертность ниже среднего
Группа 3	Брянская, Костромская, Калужская, Владимирская	удовлетворительное	Средние значения ОПЖ и младенческой смертности или один показатель ниже, а второй выше среднего
Группа 4	Ивановская, Тульская, Смоленская, Тверская	плохое	Относительно низкая ОПЖ и высокая младенческая смертность

Анализ состояния здоровья населения ЦЭР позволил сделать следующие выводы:

- ЦЭР в целом имеет средние показатели здоровья по России, но при исключении Москвы – ниже среднего. На фоне России ситуация в ЦЭР по показателю младенческой смертности лучше, чем по ОПЖ; выделяется катастрофически низкая ОПЖ мужчин в сельской местности.
- Региональные различия в состоянии здоровья населения в пределах ЦЭР существенны. Наибольшая территориальная изменчивость характерна для ОПЖ мужчин в сельской местности.
- По величине итогового индекса здоровья и сочетанию составляющих его значений индексов ОПЖ и младенческой смертности в ЦЭР выделены 4 группы областей с относительно хорошим, выше среднего, удовлетворительным и плохим здоровьем населения.

Влияние социально-экономического положения

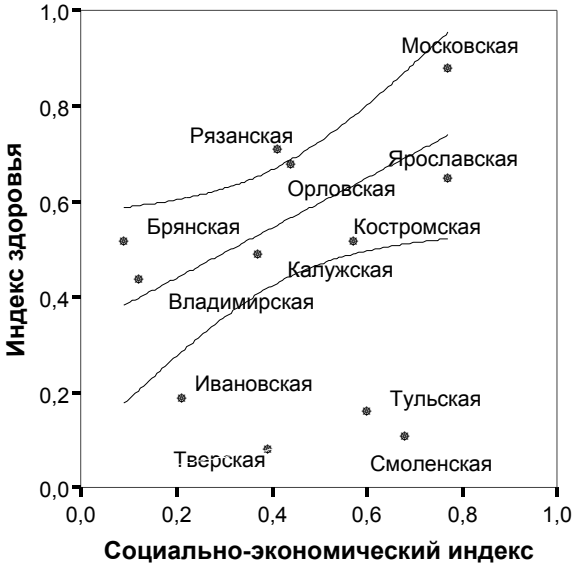
на здоровье населения областей ЦЭР

Для выявления особенностей влияния социально-экономического положения на здоровье населения построено распределение областей ЦЭР по величине соответствующих интегральных индексов, полученных выше (рис. 2.1.6), а также рассчитан коэффициент корреляции и уравнение регрессии. В результате выделены два типа регионов (табл. 2.1.5, рис. 2.1.7):

1) с прямой зависимостью между социально-экономическим положением и здоровьем населения (R=0,68), в основном, области с удовлетворительным и хорошим здоровьем населения
2) с отсутствием выраженной зависимости и преобладающей ролью других факторов, области с плохим здоровьем населения.

Низкие значения индекса здоровья населения Тульской, Тверской и Смоленской областей могут быть связаны с повышенной долей лиц с плохим здоровьем в результате миграционного оттока молодых и здоровых. Кроме того, значительное негативное влияние на здоровье жителей Тульской области, вероятно, оказывает высокий уровень загрязнения окружающей среды. Одной из причин неблагополучной ситуации в Смоленской области, по мнению экспертов, является высокий уровень потребления нека-

чественных алкогольных напитков, являющихся доступными в связи с размещением на территории области ряда крупных спиртовых заводов. Очевидно, что выявление ведущих факторов воздействия на здоровье жителей каждой из этих областей возможно лишь на основе проведения специальных исследований.



Уравнение линейной регрессии:

y=0,34+0,52*x, R-квадрат=0,46

R=0,68 (p≤0,05), где

R-квадрат – коэффициент детерминации, равный частному от суммы квадратов, обусловленных регрессией, и остаточной суммы квадратов

R – коэффициент корреляции Пирсона

Рис. 2.1.6. Распределение областей ЦЭР по социально-экономическому индексу и индексу здоровья в 2001 г.

Таблица 2.1.5

Группировка областей ЦЭР по влиянию социально-экономического положения на здоровье населения (2001 г.)

Влияние социально-экономического положения на здоровье населения	Социально-экономическое положение	Здоровье населения	Области
Прямая зависимость	благоприятное	хорошее	Московская
	удовлетворительное - выше среднего	выше среднего	Ярославская, Орловская, Рязанская
	неблагоприятное - удовлетворительное	удовлетворительное	Костромская, Калужская, Владимирская, Брянская
	неблагоприятное	плохое	Ивановская
Зависимость не выражена	удовлетворительное или выше среднего	плохое	Тверская, Тульская, Смоленская

В настоящей работе для более детального изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения на мезо-уровне выбраны два региона: *Ивановская область* - депрессивная с неблагоприятным социально-экономическим положением и низким уровнем здоровья; *Калужская область* - среднестатистическая как по социально-экономическому положению, так и по состоянию здоровья населения.

§2.2. Воздействие социально-экономических факторов на здоровье населения Ивановской (депрессивной) области

Депрессивными регионами, как правило, называют территории, находящиеся на стадии упадка (депрессии), для которых характерны низкие темпы экономического роста (или их отсутствие), неадекватная реакция на внешние воздействия, невосприимчивость к инновациям. Экономическую составляющую депрессивности дополняет депрессивность социальная, для которой характерны высокий уровень безработицы, низкие доходы в расчете на душу населения, низкий уровень развития социальной инфраструктуры. В России можно выделить депрессивные регионы, спад в развитии которых начался в дореформенные годы и новые депрессивные регионы, которые ранее имели стабильный уровень развития, но в последние годы оказались в состоянии депрессии. К числу последних относится и Ивановская область, что определяет ее выбор для изучения наиболее ярких негативных изменений в состоянии здоровья населения, связанных с резким и глубоким социально-экономическим кризисом в 90-е годы.

Социально-экономическая ситуация

Ивановская область расположена в центре европейской части России, в 300 км к северо-востоку от Москвы, на пересечении основных транспортных магистралей, соединяющих центральный и западный регионы РФ с восточными и северо-восточными районами страны. Довольно выгодное географическое положение региона обусловлено тем, что помимо автомобильных и железнодорожных магистралей, на территории области имеются речные порты и аэропорт. Ивановская область граничит с областями: Костромской - на севере, Нижегородской – на востоке, Владимирской – на юге, Ярославской – на западе. Площадь территории области составляет 21,8 тыс. кв. км.

Численность населения Ивановской области на 1.01.2002 составила 1191 тыс. человек, доля городского населения - 82,5 %. В области 22 района, 17 городов, в т.ч. 6 городов областного подчинения. г. Иваново является пятым по численности городом Центрального экономического района, в

нем проживает 447,1 тыс. человек (на 1.01.02), что составляет 37% от численности населения области в целом. Крупнейшие города - г.Кинешма (97,5 тыс. человек), Шуя (64,7 тыс. человек), Вичуга (44,0 тыс. человек), Фурманов (41.0 тыс. человек).

Специализация области как текстильного центра России начала складываться еще в 18 веке. В 70-е годы Ивановская область обеспечивала более ¼ союзного производства хлопчатобумажных (1-е место в СССР), почти 1/5 – шелковых (2-е место в СССР), 1/9 – льняных (3-е место в СССР), 5% - шерстяных тканей (5-е место в СССР). При этом на долю текстильного производства приходилось 2/3 валовой продукции и 3/5 трудящихся в промышленности (Лейзерович, 1970). Основной отраслью текстильной промышленности являлась хлопчатобумажная промышленность, в которой было занято ¾ всех трудящихся в текстильной промышленности. В связи с использованием на текстильных предприятиях преимущественно женского труда стала увеличиваться диспропорция в половой структуре населения, сложившаяся в основном за счет старших возрастов, которая поставила ряд сложных социальных и производственных проблем. Для того, чтобы поправить положение, были созданы предприятия разнообразных отраслей машиностроения, где на три четверти использовался мужской труд, а также развивалась химическая, деревообрабатывающая и пищевая промышленность. Основные промышленные центры – Иваново, Кинешма, Шуя, Вичуга, Фурманов, Тейково, Родники.

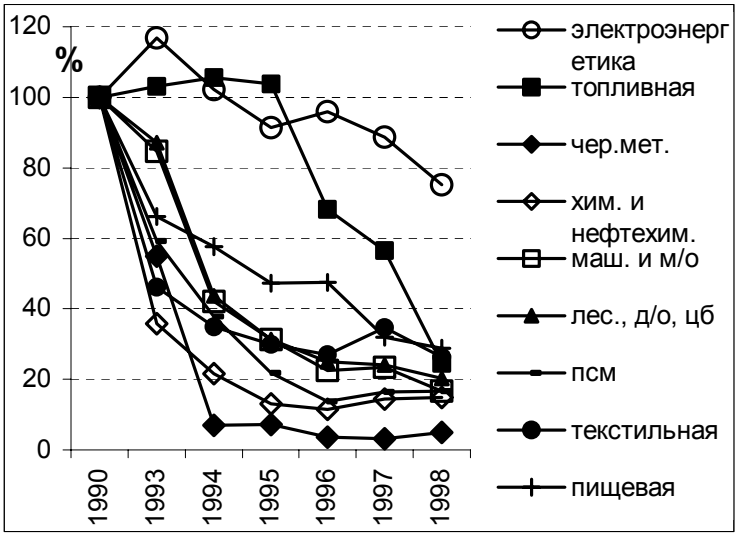
Сельское хозяйство области ориентировано в значительной мере на снабжение городов продуктами питания. Основа земледелия – выращивание фуражного зерна, кормовых культур и картофеля, на севере и востоке области развито льноводство, животноводство молочно-мясного направления.

Ивановская область относится к регионам России, в которых реакция на проведение реформ в 90-е годы оказалась наиболее сильной и нашла отражение в глубоком социально-экономическом кризисе и резком ухудшении здоровья населения (Ратанова, Черковец, 2001). Среди причин такого спада исторически сложившаяся моноспециализиция и, как следствие, за-

висимость значительной доли социальной инфраструктуры от состояния одной отрасли хозяйства, специфика демографической структуры населения (повышенная доля женского населения – 54,4%), высокий уровень женской безработицы, относительно неблагоприятные условия для сельского хозяйства и др.

Для изучения изменений в социально-экономической ситуации в Ивановской области в 90-е годы рассмотрены показатели, характеризующие состояние промышленности и сельского хозяйства, ситуацию на рынке труда, доходы и расходы населения, жилищные условия населения, уровни медицинского обслуживания, образования, преступности.

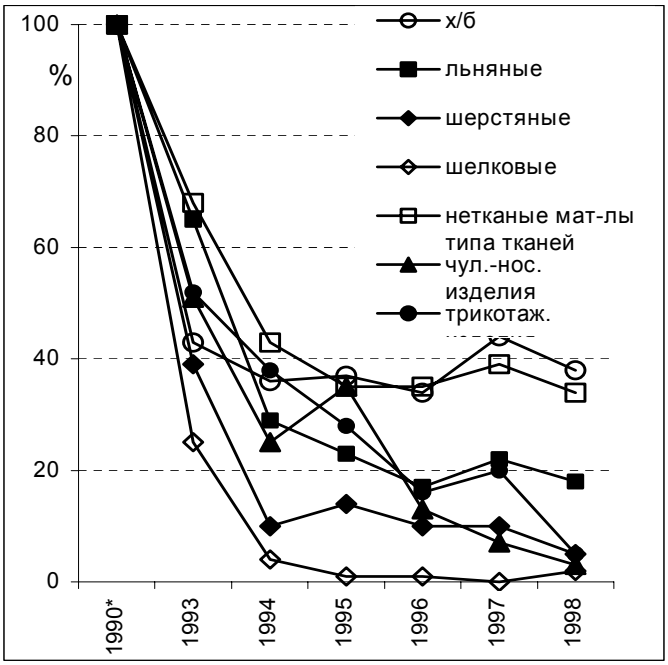
В *промышленности* тенденции изменения объема производства продукции в 90-е годы во всех отраслях, кроме топливно-энергетического комплекса, имели сходный характер (рис. 2.2.1). В начале 90-х годов произошел обвальный спад производства, минимальный уровень по отношению к 1990 г. в большинстве отраслей был достигнут в 1994 г. Сильнее всего снизились объемы производства в черной металлургии, химической и нефтехимической промышленности, промышленности стройматериалов (до 5 - 20% от уровня 1990 г.); в несколько лучшем положении оказались отрасли специализации (текстильная промышленность, машиностроение), а также ЛПК (20 - 40% от уровня 1990 г.), меньше всего пострадала пищевая промышленность (50% от уровня 1990 г.). В последующие годы темпы падения значительно уменьшились, произошла стабилизация объемов производства, а в



Составлено по источнику: (Ивановская область.., 1999)

Рис. 2.2.1. Индексы производства продукции по основным отраслям промышленности в 90-е годы (1990=100%)

некоторых отраслях и небольшой рост. С точки зрения динамики объемов производства разных видов тканей (рис. 2.2.2.) наиболее «благополучными» оказались хлопчатобумажные ткани, а также нетканые материалы типа тканей. Общие черты структуры производства тканей сохранились: доля хлопчатобумажных тканей по-прежнему составляет более 90% и увеличилась, в то время как доля льняных снизилась в 2 раза, а производство шерстяных и шелковых практически прекратилось.



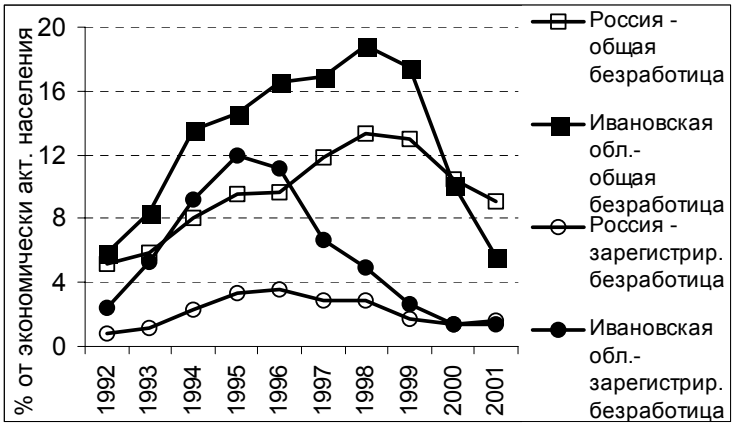
Составлено по источнику: (Ивановская область.., 1999)

Рис.2.2.2. Индексы производства отдельных видов тканей и продукции текстильной промышленности в 90-е годы (среднее за 1986 - 1990=100%)

В *сельском хозяйстве* также наблюдалось ухудшение ситуации, проявившееся в спаде производства по всем видам продукции, резком росте доли убыточных хозяйств; к концу 90-х гг. почти все сельскохозяйственные предприятия области не имели прибыли, их убытки увеличивались; отрицательные показатели рентабельности отмечались с 1994 г.

Крайне неблагоприятная ситуация сложилась *на рынке труда* в Ивановской области. Уровни общей и зарегистрированной безработицы в 90-е годы оказались существенно выше, чем в среднем по России (рис. 2.2.3). Глубину кризиса ситуации на рынке труда подтверждает тот факт, что по обоим показателям область до 1998 г. занимала первое место среди областей Центрального экономического района, большая часть которых в свою очередь характеризуется высоким уровнем безработицы.

Показатель численности незанятого населения, обратившегося в органы службы занятости, на одну заявленную вакансию характеризует как масштабы безработицы, так и активность населения. В Ивановской области этот показатель характеризовался необычайно высокими значениями в середине 90-х годов (табл. 2.2.1), резкий рост отмечался с 1993 на 1994 гг. (с 27 до 110 человек), в 1994 – 1996 гг. его значение превышало средний показатель по России в 20 раз.



Составлено по источникам: (Регионы России.., 1999, Регионы России.., 2002).

Рис. 2.2.3. Динамика уровня безработицы в Ивановской области и России в 90-е годы

Таблица 2.2.1

Динамика численности незанятого населения, обратившегося в органы службы занятости, на одну заявленную вакансию (человек)

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Россия	3,2	3,1	5,8	8,2	10,8	6	6,6	2,4	1,6	1,5
Ивановская область	21,1	27	110,5	158,4	187,2	35	64,5	6,8	1,6	1,3

Составлено по источникам: (Регионы России.., 1999, Регионы России.., 2002).

К концу 1994 – началу 1995 гг. кризис безработицы достиг своего пика. Данные о численности безработных женщин и причинах потери работы в 1992-1994 гг. (Приложение 2, табл.2.1., 2.2.) свидетельствуют о том, что количество уволенных каждый год увеличивалось, составив более 7 тыс. человек в 1992 г. и уже более 23 тыс. человек в 1994 г. Согласно официальным данным, основной причиной ухода является собственное желание женщин. Реальную картину характеризуют мнения самих безработных об их уходе: «по желанию администрации», а также мнение Службы занятости: «далеко не все предприятия сообщают достоверные сведения о причинах

увольнения» (по материалам социологических опросов (Вяткина и др., 1995)). Отмечаются следующие негативные тенденции:

- рост числа безработных женщин с несовершеннолетними детьми и детьми инвалидами;
- увеличение периода поиска работы;
- предложение на рынке в основном рабочих профессий, а, следовательно, снижение доли женщин, трудоустроенных на должности служащих.

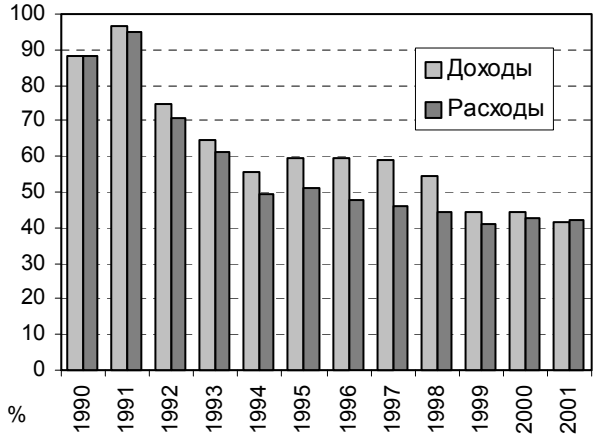
Рост скрытой безработицы в 1994 г. достиг в Ивановской области катастрофических масштабов: в вынужденных отпусках без сохранения зарплаты находилось от 31,5 % работников в декабре до 53,4 %- в сентябре (Приложение 2, табл.2.3.).

Основными причинами женской безработицы в Ивановской области являются:

- общеэкономические тенденции: спад промышленного производства (из-за отсутствия сырья и оборотных средств), сокращение численности промышленного персонала, высокие темпы инфляции, допущение задолженностей по зарплате и др.;
- изначально завышенная потребность в рабочей силе как следствие низкого технического уровня производства и производительности труда;
- низкая конкурентоспособность большинства женщин области, их недостаточная мобильность и психологическая неустойчивость (например, готовность получать минимальную зарплату в обмен на занятость);
- трудности, сдерживающие развитие женского предпринимательства, отсутствие специальной программы и механизмов ее поддержки;
- моноспециализация области, вследствие чего при разрушении ядра промышленности (в данном случае, текстильной), рушится все, в отличие от полиспециализированных территорий, где кризис не может быть одновременно одинаково глубок во всех ядрах специализации, и более сильные из них «вытягивают» наиболее пострадавшие на каждом конкретном этапе развития.

На протяжении последнего десятилетия величины *среднедушевых доходов и расходов* в месяц в Ивановской области были ниже средних по-

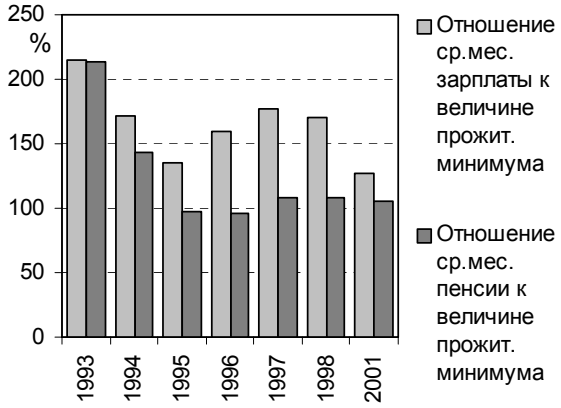
казателей по России (рис.2.2.4). Но, если в 1991 г. величины этих показателей Ивановской области почти совпадали со среднероссийскими значениями и составили 96,6% и 95,0% от них соответственно, то в 1994 г. это отношение достигло минимума и равнялось 55,3% и 49,2% соответственно. Таким образом, среднедушевые денежные доходы и расходы населения Ивановской области оказались в 2 раза ниже, чем в среднем по России. Такое соотношение сохраняется и до настоящего времени. При этом отношение величины прожиточного минимума в Ивановской области к среднему по России в этот период было значительно выше и составляло не менее 70%.



Составлено по источникам: (Регионы России., 1999, Регионы России.., 2002)

Рис. 2.2.4. Отношение величин среднедушевых доходов и расходов населения в Ивановской области к средним по России

Соотношение денежных доходов населения с величиной прожиточного минимума характеризовалось той же динамикой, что и многие другие социально-экономические характеристики области (рис. 2.2.5). С 1991 по 1995 гг. произошло резкое снижение данного показателя, в 1995 г. размер зарплаты составил 134,7% от величины прожиточного минимума, а пенсия оказалась ниже - 97,5% (в 1996 г. – 95,9%). В последующие годы докризисное соотношение зарплаты и прожиточного минимума так и не было достигнуто.

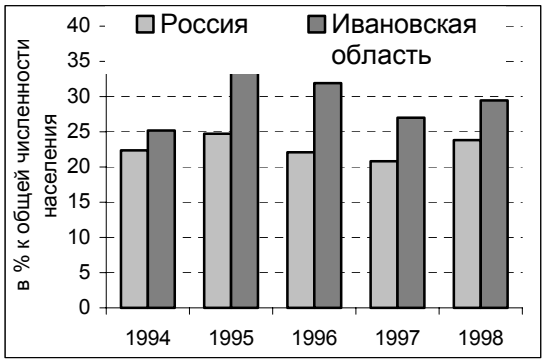


Составлено по источнику: (Регионы России.., 2002)

Рис.2.2.5. Соотношение денежных доходов населения с величиной прожиточного минимума в Ивановской области

Уровень бедности характеризуется долей населения с доходами ниже прожиточного минимума (рис. 2.2.6). В 90-е годы на территории Ивановской области этот показатель был выше среднего по России. Несмотря на то, что в среднем по стране ниже черты бедности проживала значительная доля населения - 20-25%, в Ивановской области в 1995 г. к бедным относились более трети ее жителей - 33,7%.

В 90-е годы, наряду с количественными изменениями доходов населения, произошли и качественные сдвиги. Большую роль стали играть доходы от личного подсобного хозяйства. Изменилась *структура денежных доходов* населения. Общей тенденцией для всей страны и Ивановской области в частности стало сокращение доли оплаты труда в общем объеме денежных доходов за счет увеличения доли других доходов, включая скрытую заработную плату, в Ивановской же области в дополнение к этой причине сыграло роль увеличение доли социальных трансфертов.



Составлено по источнику: (Регионы России.., 2002)

Рис. 2.2.6. Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума в Ивановской области и России в целом

В структуре денежных расходов населения наблюдались следующие изменения:

- снижение доли средств, расходующихся на покупку товаров и оплату услуг к моменту наиболее глубокого кризиса в 1994-1995 гг. (с 76,2% до 72,3%), и возвращение на докризисный уровень к концу 90-х годов, что совпадает с общероссийской тенденцией;
- в отличие от России в среднем, снижение расходов на покупку товаров и услуг в 1995 г. в Ивановской области компенсировал не прирост сбережений во вкладах, ценных бумагах и валюте, а прирост денег на руках у населения;

Жилищные условия в Ивановской области в целом удовлетворительные. Жилищный фонд незначительно увеличился, но в его структуре произошли существенные изменения. Выросла доля частного и муниципального фонда, сократилась – государственного и смешанного, что является отражением процесса приватизации. Обеспеченность населения жильем несколько выросла как в городской, так и в сельской местности, составив 19,0 и 21,2 кв. м на человека соответственно. Состояние жилищного фонда области постепенно ухудшается в связи с сокращением ввода в действие новых жилых домов и сдачи жилых домов в эксплуатацию после капитального ремонта.

По *уровню медицинского обслуживания*, согласно статистическим данным (Регионы России.., 2002), Ивановская область относится к числу благополучных регионов России. В 1998 г. она занимала 16-е место по обеспеченности населения врачами всех специальностей, 1-е место - средним медицинским персоналом, 9-е место – больничными койками. В значительной степени это связано с наличием собственных кадров, поскольку выпускники крупного медицинского института и 3 училищ, как правило, остаются работать в области. В период с 1990 по 2001 гг. показатели уровня обеспеченности снизились незначительно. Однако, по мнению самих врачей (сотрудников НИИ материнства и детства г. Иваново), это свидетельствует скорее о желании медиков во что бы то ни стало сохранить работу и получать хоть какую-то зарплату в условиях общей безработицы, чем о высоком качестве обслуживания.

Ивановская область характеризуется достаточно высокими показателями *уровня образования* населения, занимая по количеству студентов государственных ВУЗов на 10 тыс. населения второе место среди областей ЦЭР и восьмое место среди субъектов РФ. После снижения в первой половине 90-х, с 1995 по 2001 гг. число студентов выросло почти в 2 раза, составив 374 на 10 тыс. населения (в среднем по России – 332). Также отмечался небольшой рост численности студентов государственных средних специальных учебных заведений на 10 тыс. населения, однако на протяжении всего рассматриваемого периода данный показатель был ниже средне-

го по России и в 2001 г. равнялся 147 человек на 10 тыс. населения (в среднем по России - 167). В то же время, число учреждений в крупных городах, за последнее десятилетие сократилось в полтора раза (с 52 до 38). В отношении школьного образования вызывает тревогу увеличение количества учащихся в классах для детей с задержкой психического развития при дневных общеобразовательных школах, что может являться следствием неблагополучия и напряженных отношений в семье в период кризиса.

Уровень преступности резко вырос в начале 90-х годов: с 1990 по 1995 гг. число зарегистрированных преступлений увеличилось с 1016 до 1910 на 100 тыс. человек (в среднем по России – с 1240 до 1860 на 100 тыс. человек). Это произошло, в основном, за счет роста преступлений «против жизни, здоровья, свободы, чести и достоинства личности». В последующие годы рост преступности продолжился, но оказался существенно более плавным. В 1997 и 1998 гг. появились новые группы преступлений: в сфере экономической деятельности, против государственной власти, против порядка управления, что свидетельствует о нарастании социальных противоречий в обществе и недовольстве происходящими изменениями в стране. Изменения в возрастном, социальном и образовательном составе лиц, совершивших преступления, свидетельствуют о нарастании социальных проблем в обществе и являющиеся следствием роста безработицы, обнищания населения, отсутствия перспектив у молодежи: при сохранении возрастной структуры преступников в целом (около 50% - старше 30 лет), вырос процент лиц, не достигших 30 лет; увеличилась доля преступлений, совершенных лицами, принадлежащими к группам риска: лиц без постоянного источника, в т.ч. безработных; вырос удельный вес преступников со средним специальным и высшим образованием.

Проведенный анализ свидетельствует о следующих волнообразных тенденциях социально-экономической ситуации в Ивановской области в 90-е годы: в 1990 г. начался резкий и глубокий спад; в 1994 –1995 гг. было достигнуто «дно»; с 1995 г. началась стабилизация и небольшой подъем в результате адаптации населения к жизни в кризисных условиях, а также ряда

политических и экономических факторов; новый кризис 1998 г. и стабилизация на уровне существенно ниже среднего по России. В условиях развития импортозамещения, улучшения внешнеэкономической конъюнктуры, относительного сокращения издержек производства наметилась тенденция роста выпуска промышленной продукции. Вместе с тем после скачкообразного спада реальных располагаемых денежных доходов населения в период обострения кризиса, улучшение их динамики происходит очень медленно. В результате восстановить докризисный уровень платёжеспособного спроса и потребления населения пока не удается, что, наряду с социальными последствиями, серьёзно сдерживает и общеэкономический рост. Ивановская область остается одним из депрессивных регионов Центральной России (Ивановская область.., 2001) (Приложение 2, табл.2.4.). Низкая заработная плата в сочетании с довольно высокой стоимостью фиксированного набора товаров и услуг, одно из последних мест по обеспеченности населения личными автомобилями, минимальные объемы ввода нового жилья свидетельствуют о крайне низком уровне жизни населения области.

Демографическая ситуация и здоровье населения

Численность населения Ивановской области в 70-е – 80-е годы оставалась относительно постоянной и колебалась от 1291 до 1298 тыс. чел. С 1992 г. началось снижение, темпы которого из года в год увеличивались (табл.2.2.2).

Таблица 2.2.2

Динамика численности населения Ивановской области в 90-е годы

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Численность населения, всего, тыс. чел	1293,2	1288,9	1285,1	1277,7	1271,1	1262,8	1252,6	1242,1	1232,3	1218,5	1219	1205	1191

Составлено по источникам: (Регионы России.., 1999, Регионы России.., 2002)

Так, с 1990 по 1998 гг. убыль населения составила 5% (в целом по России – 1%) и произошла за счет отрицательного естественного прироста

и его резкого снижения, перекрывающего небольшое положительное сальдо миграции. Наиболее благополучными оказались крупные города (Иваново, Кинешма, Шуя). В отдельных сельских районах убыль населения за этот период составила до 20%.

В п*оловозрастной структуре населения* произошли существенные изменения в сторону старения за счет уменьшения доли младших и роста доли старших возрастов (Приложение 2, рис.2.1.). Диспропорция в соотношении мужского и женского населения, являвшаяся характерной особенностью половой структуры населения области, к концу 90-х годов уменьшилась: в 1998 г. доля женщин в общей численности населения составила 54,5% (55,0% - в городе, 53,2% - в селе).

За счет падения рождаемости, высокого уровня смертности в категории 65-69 лет, малой доли населения в категории 55-59 лет снизилась демографическая нагрузка на трудоспособное население, в то же время соотношение количества лиц старше и младше трудоспособного возраста стало более неблагоприятным (табл. 2.2.3).

Таблица 2.2.3

Динамика показателей демографической нагрузки в Ивановской области

Показатель	Все население		Городское население		Сельское население	
	1989 г.	1998 г.	1989 г.	1998 г.	1989 г.	1998 г.
(МТ+СТ)/Т	806	782	776	756	960	912
СТ/МТ	1110	1381	1095	1391	1172	1341

Составлено по источнику (О демографических.., 1999)

МТ, Т, СТ - младше трудоспособного возраста, трудоспособный возраст, старше трудоспособного возраста.

Динамика *показателей естественного прироста* в области в 90-е годы имеет те же негативные особенности, что и в России в целом, однако всеобщий кризис здесь проявился значительно сильнее, чем в большинстве регионов (Приложение 2, рис.2.2.).

Темпы снижения *рождаемости* за указанный период в Ивановской области соответствовали средним по России (с 11,5 ‰ до 7,1‰ и с 13,4 ‰

до 8,8 ‰ соответственно), но общий коэффициент рождаемости (ОКР) всегда оставался значительно ниже среднего. В 2001 г. Ивановская область занимала 80-е место (7,1 ‰, в среднем по России – 8,8 ‰).

Смертность населения Ивановской области на протяжении всего периода значительно превышала средний уровень по России. Наблюдался рост общего коэффициента смертности (ОКС) с 1990 г., достижение максимума в 1994 г (18,9‰ в Ивановской обл. и 15,7‰ в среднем по России), затем небольшое снижение, очень слабо выраженное в Ивановской области. В 2001 г. Ивановская область занимала 84-е место в России (ОКС составил 17,6‰, в среднем по России – 13,6 ‰).

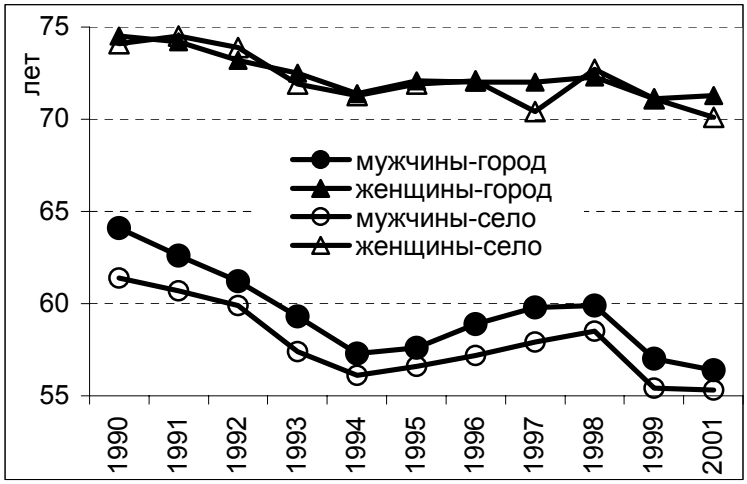
Начиная с 1989 г. в Ивановской области наблюдался отрицательный *естественный прирост* населения, в то время как в среднем по России ОКС превысил ОКР только в 1992 г. Минимальный КЕП наблюдался в 1994 г. Падение КЕП за период с 1990 по 1994 гг. составило в Ивановской области 8,1 ‰ (с –2,4 до –10,5 ‰), а в среднем по России - 8,3 ‰ (с 2,2 до – 6,1 ‰). С 1994 по 1998 гг. в России наблюдался небольшой рост КЕП, в Ивановской области выраженный слабо. Результатом стало различие значений данного показателя в 1998 в Ивановской области и в среднем по России более чем в 2 раза: - 10,5 ‰ и – 4,8 ‰ соответственно. Наиболее ярко негативные тенденции проявились в сельской местности. Так, естественная убыль населения, имевшая место здесь с 1968 г. (а в городе – только с 1989 г.), в 90-е гг. достигла - 13 - 14‰ (1994 – 1997 гг.), в то время как в городской местности - - 10 - 11‰. Это объясняется более высоким ОКС, достигшим в 1994 г. 22 ‰ (в городе - 18‰).

Сальдо миграции оставалось положительным, но значительно снижалось. Основной вклад как в городской, так и в сельской местности вносит миграция со странами ближнего зарубежья. Наблюдается приток мигрантов из других областей России: в города – на протяжении всего периода, в сельские поселения – до 1997 г.

Негативные изменения в половозрастной структуре населения в совокупности с комплексом социально-экономических проблем привели к резкому снижению количества заключаемых *браков* с 1990 г. Увеличивается

доля детей, рожденных женщинами, не состоящими в зарегистрированном браке, в общем числе родившихся, причем в сельской местности эта тенденция выражена ярче. Так, с 1990 по 1998 гг. этот показатель вырос более чем в два раза. Это способствует снижению общего уровня здоровья населения области, т.к. дети из неполных семей относятся к группе риска с повышенной вероятностью заболеваемости.

Смертность и продолжительность жизни населения являются ключевыми показателями здоровья населения. В первой половине 90-х гг. произошло резкое снижение ожидаемой продолжительности жизни населения; второй период спада начался после 1998 г. (рис. 2.2.7). Аналогичная тенденция, но с меньшей амплитудой, характерна и для населения России в целом. В Ивановской области у категорий населения минимум был зафиксирован в 1994 г. и составил 56,1 год для сельских мужчин и 57,3 года для городских. Максимальное падение данного показателя составило 6,8 лет у мужчин-горожан, минимальное – 2,8 лет у женщин – сельчанок. На всем протяжении данного периода ОПЖ мужчин Ивановской области была ниже, а значение данного показателя для женщин колебалось около среднего по России. По ожидаемой продолжительности жизни населения в целом в 2001 г. Ивановская область занимала 64-е место. Следует отметить, что разница в продолжительности жизни мужчин и женщин в селе в 1997 г. незначительно снизилась по сравнению с 1990 г. и составила 12,5 лет, а в городе величина этого разрыва увеличилась на 1,8 года, составив 12,2 года. Некоторое превышение длительности жизни женщин над мужской присуще практически всем



Составлено по источникам: (О демографических.., 1999, Социальное положение.., 2001)

Рис. 2.2.7. Динамика ожидаемой продолжительности жизни при рождении населения Ивановской области в 1990-2001 гг.

регионам, но столь значительный и увеличивающийся разрыв - всегда свидетельство социального неблагополучия. Заметим также, что разрыв в ОПЖ между городом и селом в Ивановской области относительно невелик: в городской популяции все эти годы средняя продолжительность жизни у мужчин была выше, чем в сельской (на 1-3 года), а у женщин - приблизительной одинаковая.

В значительной степени величину средней продолжительности жизни определяет *уровень младенческой смертности.* По этому показателю, Ивановская область замыкает среднюю группу субъектов РФ, занимая в 2001 г. 58-е место. В то же время, с 1992 по 1997 гг. младенческая смертность здесь несколько превышала среднероссийский уровень и в 1993 г составила 21.3 %о. Общая тенденция динамики данного показателя сходна в Ивановской области и в России в целом, хотя в первой выражена несколько ярче: небольшой рост с 1990 по 1993 гг., максимум в 1993 г, снижение приблизительно до уровня 1990 г. в 1998 г. и снова всплеск в 1999 г. Однако относительное благополучие обеспечивается только за счет городских жителей, что в значительной степени является следствием различий в уровне медицинского обслуживания.

Анализ динамики коэффициентов *смертности по основным классам причин* в сопоставлении со среднероссийскими показателями позволил выявить следующие тенденции (Приложение 2, рис. 2.3.):

- по многим причинам смерти коэффициенты смертности в Ивановской области превышали средние по России, среди них – болезни системы кровообращения, новообразования, болезни органов дыхания, самоубийства (более подробный анализ динамики и структуры смертности от самоубийств приведен ниже);
- характер изменения коэффициентов смертности от всех причин в 1990 – 1998 гг. в Ивановской области совпадает со средним по России. Выделяется три типа динамики:

1 тип. Рост показателя в начале 90-х гг., достижение максимума в 1994 г., снижение к 1998 г., рост к 2001 г.: смертность от болезней системы кровообращения, органов дыхания, наиболее ярко проявляется в отноше-

нии смертности от несчастных случаев, отравлений и травм, в т.ч. особенно – от отравления алкоголем, убийств, самоубийств, от психических расстройств, болезней нервной системы и органов чувств, т.е. социально обусловленных причин. Динамика сходна с динамикой общего коэффициента смертности, ожидаемой продолжительности жизни и показателей, характеризующих развитие социально-экономического кризиса.

2 тип. Рост показателя на протяжении всего периода, в 1995 -1997 – локальный максимум: смертность от болезней системы пищеварения, инфекционных и паразитарных болезней, в т.ч. от туберкулеза, отражающих накопление негативных тенденций в обществе.

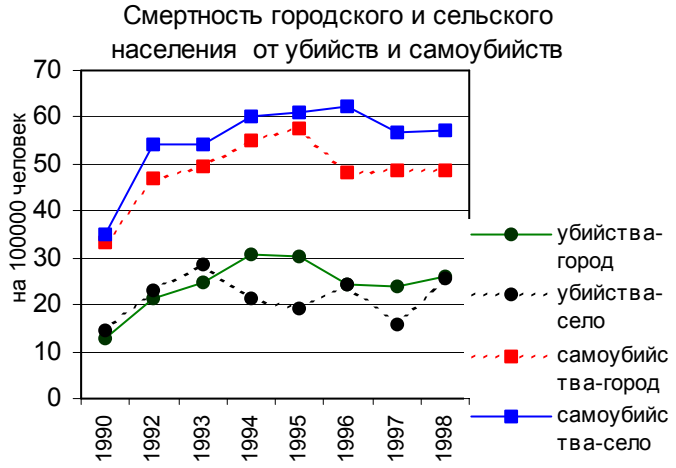
3 тип. Незначительные изменения в величине показателя: смертность от новообразований.

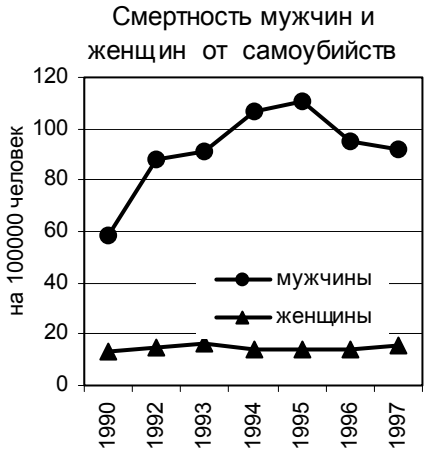
Более подробного анализа требуют особенности динамики и структуры *смертности от самоубийств.* Самоубийства являются поведенческой реакцией человека на изменения условий жизни, делающие их непереносимыми. Наряду с психологическими характеристиками самого человека, внутренними событиями в его жизни, огромную роль в мотивации самоубийств играют социально-экономические условия и связанные с ними особенности образа жизни. Структура смертности населения области от самоубийств в зависимости от пола, возраста и места жительства имеет следующие характерные особенности (рис. 2.2.8):

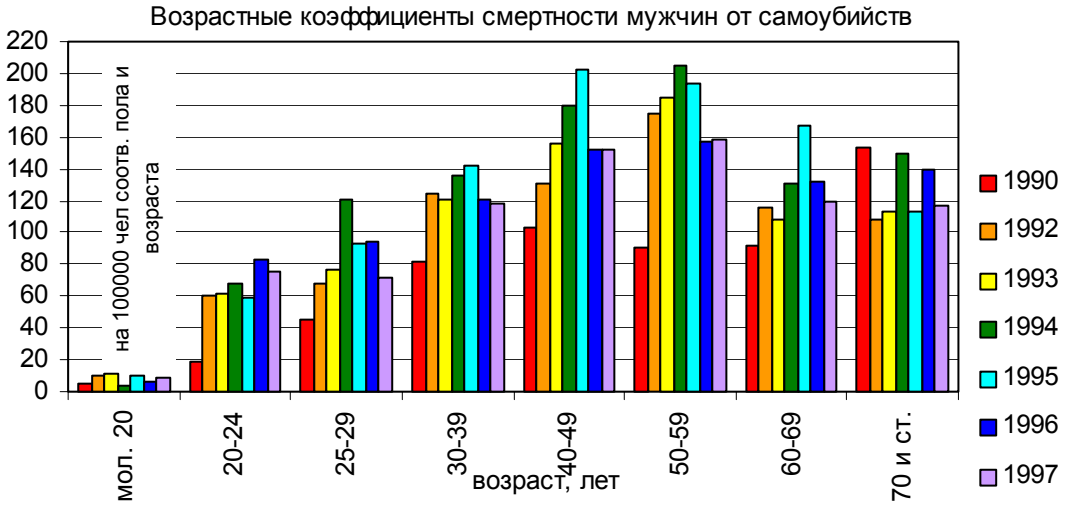
- с 1990 по 1998 гг. наблюдался рост общего числа самоубийств с пиком в 1994-1995 гг., причем исключительно за счет увеличения данного показателя для мужского населения, коэффициент смертности женщин оставался постоянным. Кроме того, смертность мужчин от самоубийств в 3 – 5 раз превышала смертность женщин;

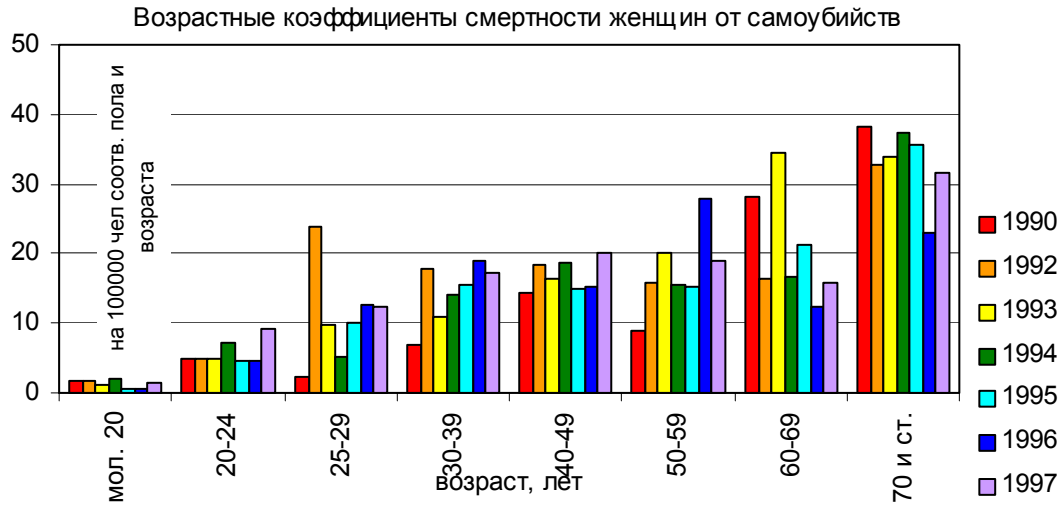
- на протяжении всего периода наибольший вклад в общий уровень смертности от самоубийств дает смертность мужчин в возрасте 40-60 лет, во всех возрастных группах мужчин от 25 до 70 лет пик самоубийств приходится на 1994-1995 гг.;

- среди женского населения на протяжении всего периода данный показатель оставался практически неизменным, больше всего самоубийств









Составлено по источнику: (Ивановская область.., 1999)

Рис. 2.2.8. Динамика и структура смертности населения Ивановской области от самоубийств и убийств в 1990-1998 гг.

совершалось в самой старшей возрастной группе – старше 70 лет, что представляется трудно объяснимым;

- в сельской местности на протяжении всего периода роста данный показатель был больше, чем в городской, что может обуславливаться как большим масштабом негативных изменений, так и меньшей психологической устойчивостью сельских жителей в связи с миграцией в город наиболее активной и приспособляемой части населения.

Таким образом, в структуре смертности населения области от самоубийств нашли яркое отражение происходящие в 90-е годы изменения в жизни общества: четко проявилось «дно» социально-экономического кризиса в 1994 г, достижение которого вылилось во всплеск самоубийств, главным образом, за счет группы мужского населения среднего возраста. Потеря работы, резкое снижение уровня жизни, неуверенность в завтрашнем дне, как следствие всего этого, потеря ощущения собственного места в жизни, необходимость при этом обеспечивать семью - основные тому причины.

Анализ зависимости здоровья населения от социально-экономических факторов

Изучение ситуации, сложившейся в 90-е годы в Ивановской области позволило выявить особенности реакции населения на социально-экономические преобразования, которая проявилась в ухудшении состояния здоровья. Негативные тенденции наблюдались в каждой группе показателей здоровья, наиболее яркие из них характеризуют демографическую ситуацию и заболеваемость населения. При этом специфика этих изменений состоит в том, что наиболее значимые среди них имеют четкую социально-экономическую обусловленность. Динамика изменений в социально-экономической сфере и состоянии здоровья населения имеют схожие черты: резкий спад (ухудшение) в начале 90-х годов, достижение «дна» к 1994 – 1995 гг., стабилизация (незначительный подъем) к 1998 г., новый период ухудшения ситуации после обвала экономики в 1998 г., в настоящее время сменившийся стабилизацией.

В 1994-1995 гг. – период наиболее глубокого кризиса - в Ивановской области объемы промышленного производства в отраслях специализации не превышали 30% от дореформенного уровня, выросло число безработных и находящихся в вынужденных отпусках, уровень среднемесячной зарплаты снизился почти до величины прожиточного минимума, а пенсии – оказался ниже, более трети населения имело доход ниже прожиточного минимума, наблюдалось обострение социальной напряженности. В этот период в здоровье населения произошли следующие негативные изменения:

- ожидаемая продолжительность жизни при рождении достигла минимального значения в 90-е годы и составила 56 лет у мужчин и 71 года у женщин;
- отмечено резкое увеличение смертности от отравления алкоголем – до 42 случаев на 100 тыс. населения, что в 2 раза превышает коэффициент смертности от туберкулеза и инфекционных заболеваний; сказывается потребность выхода из состояния непрерывного стресса;
- о напряженности социальной ситуации свидетельствует рост числа самоубийств среди мужского населения, наибольший в группе мужчин в возрасте от 40 до 60 лет; крайний шаг на пути безрезультатных попыток адаптации к «безвыходной» ситуации, сложившейся в жизни многих семей;
- произошло увеличение количества детей с отставанием психического развития, что наряду с биологическими факторами является свидетельством недостаточного внимания родителей, алкоголизма и низкого уровня жизни.

В период стабилизации с 1995 по 1998 гг. наблюдались некоторые положительные тенденции в состоянии здоровья населения: по сравнению с 1994 г. снизилось количество самоубийств, алкогольных отравлений, прекратилось снижение ожидаемой продолжительности жизни у женщин. Кризис 1998 г. привел к новому обвалу основных показателей здоровья. После 1999 г. социально-экономическая ситуация стабилизировалась и характеризовалась некоторыми положительными тенденциями: рост во многих отраслях промышленности, снижение безработицы, появление вакансий, в

том числе на текстильных предприятиях области (Об итогах.., 1999). Однако, несмотря на это, уровень жизни населения области остается крайне низким, состояние социального стресса сохраняется, показатели ожидаемой продолжительности жизни и смертности от ряда причин существенно превышают средние по России. Таким образом, социально-экономические преобразования 90-х годов сыграли определяющую роль в состоянии здоровья населения Ивановской области.

§2.3. Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Калужской (среднестатистической) области

Калужская область расположена в центре европейской части России, к юго-западу от Москвы. Калужская область граничит с областями: Московской на севере, Тульской - на востоке, Смоленской – на западе, Брянской – на юго-западе, Орловской – на юго-востоке. Площадь территории области составляет 29,9 тыс. кв. км. Численность населения Калужской области на 1.01.2002 составила 1058,9 тыс. человек, доля городского населения - 74,4 %, плотность населения – 35,7 человек на кв. км. В области 24 района, 19 городов, в т.ч. 4 города областного подчинения (Приложение 2, табл.2.5). г.Калуга, основанный в 1371 г., расположен в 188 км к юго-западу от Москвы, численность населения - 332,2 тыс. человек. Вторым по численности является г. Обнинск областного подчинения (107,9 тыс. человек) – первый технополис и наукоград в России с комплексом НИИ ядерной физики и физики атмосферы; где была построена и действует до сих пор в исследовательских целях первая в мире АЭС. Другие крупные города – Людиново (42,4 тыс. человек), Киров (40,4 тыс. человек), Малоярославец (30,5 тыс. человек).

Калужская область – индустриально-аграрная. Для структуры ее промышленности характерно явное преобладание машиностроения, которое дает 2/3 общего объема выпускаемой продукции. Из других отраслей выделяются деревообрабатывающая и целлюлозно-бумажная промышленность. Основные промышленные центры – города Калуга, Обнинск, Людиново, Ки-

ров, Малоярославец, Кондрово. Сельское хозяйство специализировано на производстве пищевого и фуражного зерна, картофеля, льна, молока и мяса. В пределах Мещерского ополья исторически сложился ареал зернового хозяйства. Территорию области пересекают транспортные магистрали, соединяющие московский регион с южными районами страны и Украиной.

Социально-экономическая ситуация в Калужской области в 90-е годы отражала процессы, характерные для страны в целом. Основные тенденции являлись общими для Центральной России и были рассмотрены на примере Ивановской области. Отличие заключается в том, что в Калужской области значения показателей уровня и условий жизни в целом соответствовали среднероссийским.

Демографическая ситуация и здоровье населения

Численность населения Калужской области увеличивалась до 1996 гг. благодаря компенсации естественной убыли населения, начавшейся в 1990 г. за счет достаточно высокого миграционного прироста; начиная с 1997 г. численность населения области уменьшается (табл. 2.3.1).

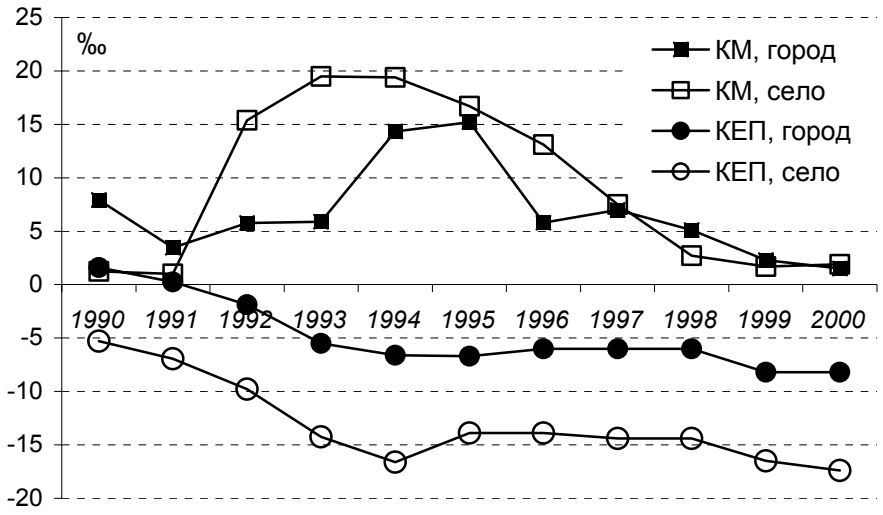
Таблица 2.3.1

Динамика численности населения Калужской области в 90-е годы

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Численность населения, всего, тыс. чел	1077	1078	1083	1085	1092	1094	1095	1093	1092	1087	1078	1069	1059

Составлено по источникам: (Демографический ежегодник.., 2001, Демографический ежегодник.., 2002).

Снижение численности городского населения началось только в 1998 г. и было частично обусловлено административно - территориальными преобразованиями. В сельской местности убыль населения отмечается с уже 1996 г., когда миграционный прирост перестал компенсировать



Составлено по источнику: (Демографический ежегодник.., 2001)

Рис. 2.3.1. Динамика коэффициента миграции (КМ) и коэффициента естественного прироста (КЕП) городского и сельского населения Калужской области в 90-е годы

естественную убыль населения. Динамика отдельных компонентов изменения численности населения в городской и сельской местности имеет схожие тенденции при устойчиво более низких показателях коэффициента естественного прироста в сельской местности (рис. 2.3.1).

На начало 2000 г. население области состояло из 53,5% женщин и 46,5 % мужчин. В расчете на 1000 женщин приходилось 870 мужчин в городской местности и 872 – в сельской. В области происходит сокращение лиц моложе трудоспособного возраста (0-15 лет) и рост доли лиц пенсионного возраста, т.е. продолжается процесс «старения» населения (Приложение 2, рис. 2.4.). В возрастной структуре населения имеются существенные отличия в зависимости от пола и типа местности. Наиболее благоприятное соотношение между основными возрастными группами сохраняется у мужского населения городов: доля лиц трудоспособного возраста (16-59 лет) в 2000 г. составила 66,3%, доля лиц пенсионного возраста 14,3%. Неблагоприятная возрастная структура сложилась в сельской местности, где доля трудоспособного населения среди женщин значительно меньше, чем среди мужчин (на 16,5 %). Более четверти сельского населения находится в пенсионном возрасте (26,9%), у женщин этот показатель еще выше (36,1%).

Положительной особенностью является рост числа женщин фертильного возраста (15-49 лет).

Динамика *показателей естественного движения населения, ожидаемой продолжительности жизни, младенческой смертности* в 90-е годы отражает общероссийские тенденции. Демографическая ситуация в области в этот период соответствует или несколько хуже средней по России (что характерно для большинства областей ЦЭР), в то же время, являясь более благополучной по сравнению с депрессивной Ивановской областью (Приложение 2, рис. 2.2.).

Рождаемость снижалась с 1990 г., достигнув минимума в 1999 г.: ОКР уменьшился с 11,9 ‰ до 7,0 ‰ (в среднем по России 13,4‰ и 8,2 ‰ соответственно). С 2000 г. отмечается тенденция ее роста: в 2001 г. ОКР составил 7,9 ‰ (Россия – 9,1 ‰). В 2001 г. Калужская область по уровню рождаемости занимала 74 место среди субъектов РФ.

Ситуация с рождаемостью отражает значительные перемены в репродуктивном поведении населения страны и Калужской области в частности, которые произошли за очень короткий по демографическим меркам период. Преобладающая в репродуктивных ориентирах населения в 80-х годах двухдетная модель семьи в последнее десятилетие сменилась однодетной. С 1990 г. по 1993г., т.е. всего за три года, *суммарный коэффициент рождаемости* снизился почти в 1,5 раза - с 1,84 до 1,24, а к 1999 г. составил 1,04 (в 2000 г. – 1,08), что вдвое ниже необходимого уровня для равного численного замещения поколения родителей их детьми (2,14 - 2,15). Уровень рождаемости в сельской местности несколько выше, чем в городских поселениях области. Однако в силу возрастно-половых диспропорций, сложившихся в результате миграции молодежи в города, ежегодное число родившихся на селе относительно невелико. Доля женщин фертильных возрастов (15-49 лет) во всей численности сельских женщин в целом по области составляет 43,2% (среди городских женщин – 50,8%).

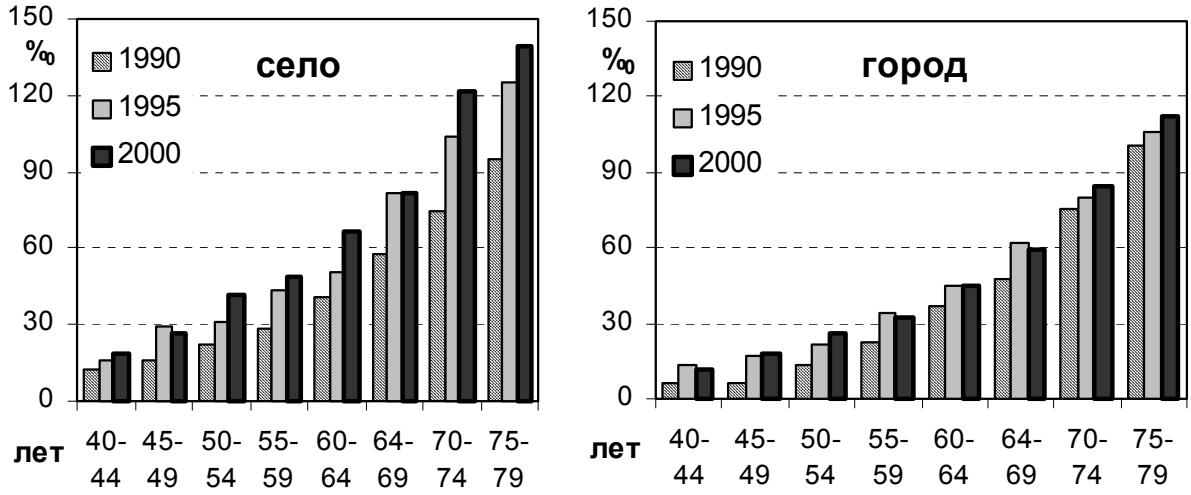
Ситуация с рождаемостью осложнена неблагополучным положением с *брачностью.* За последние десять лет официально оформленных браков стало меньше в 1,4 раза. При сокращении общего числа рождений в облас-

ти *внебрачная рождаемость* выросла в 1,3 раза. Показатели внебрачной рождаемости в сельской местности выше, чем в городской (32,9% всех родившихся против 25,1%).

Смертность в Калужской области на протяжении всего периода превышала среднероссийские показатели, в то же время оставаясь существенно ниже, чем в Ивановской области; различия между двумя областями по ОКС оказались гораздо сильнее, чем по ОКР. Динамика ОКС имела волнообразный характер - рост с 1990 г. (12,4 ‰, Россия – 11,2 ‰) до 1994 г. (17,4 ‰, Россия – 15,7‰), снижение к 1998 г. до 15,6 ‰ (Россия - 13,6 ‰) и снова рост к 2001 г. до 18,1 ‰ (Россия - 15,6 ‰). В 2001 г. Калужская область по уровню смертности занимала 72 место среди субъектов РФ.

Рост показателей смертности тесно связан с половозрастной структурой населения, но также обусловлен и другими факторами. Коэффициент смертности населения *в трудоспособном возрасте* в 2000 г. составил 8,2 ‰, и вырос в 1,54 раза по сравнению с началом 90-х (отметим, что среди всего населения смертность выросла несколько меньше: в 1,4 раза). Среди лиц, умерших в трудоспособном возрасте, мужчины составили 81,4% (у сельчан - 83,06%, у горожан - 80,74%). В 1999 г. каждый второй из числа умерших мужчин не достиг пенсионного возраста. Основными причинами смерти в 1999 г. являлись заболевания сердечно-сосудистой системы, несчастные случаи, отравления и травмы, доля которых составила 84,8% от общего числа умерших.

Негативные изменения в естественном движении населения сильнее коснулись сельской местности. Более высокий уровень смертности на протяжении всего десятилетия отмечается в сельской местности, где в 2000 г. составил 24,6‰, в то время как в городе - 15,6‰. Это вполне объяснимо преобладанием в сельской местности пожилого населения и, кроме того, более низким уровнем медицинского обслуживания сельчан. Наибольшие различия связаны с ростом смертности сельского населения средних и старших возрастов, особенно у мужчин, что характерно для многих регионов России (рис. 2.3.2).



Составлено по источнику: (Демографический ежегодник.., 2001)

Рис. 2.3.2. Динамика возрастных коэффициентов смертности мужчин в городской и сельской местности Калужской области

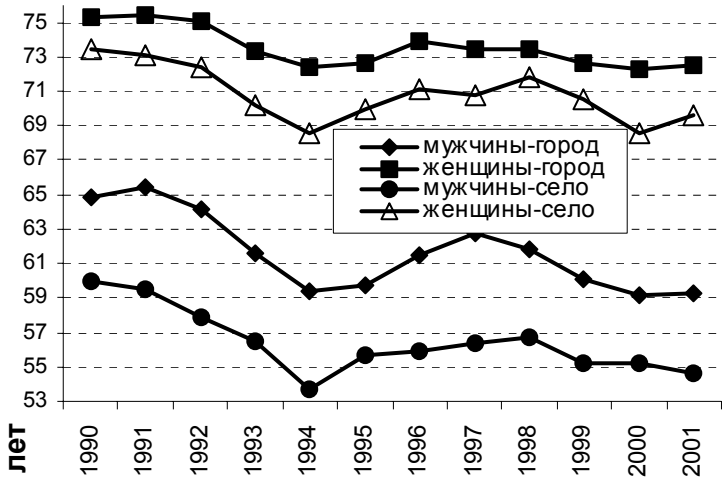
Начиная с 1990 г. в Калужской области наблюдалась *естественная убыль* населения, в то время как в среднем по России - с 1992 г., а в Ивановской области уже с 1989 г. За счет разнонаправленных негативных тенденций ОКР и ОКС резкое снижение КЕП произошло с 1990 по 1994 гг., когда в Калужской области его значение достигло –9,2 ‰ (Россия - -6,1‰). После незначительного улучшения ситуации у 1998 г., с 1999 г. КЕП снова уменьшился до – 10,6 ‰ в 2000 г. (Россия - - 6,7 ‰).

Таким образом, показатели естественного движения населения «реагируют» на изменения в социально-экономической сфере (отражение кризисов в 1994 и 1998 гг.), но в степени выраженности реакции имеются региональные различия. В Калужской области к 2001 г. увеличилось отставание показателей рождаемости от среднероссийских, рост смертности после 1998 г. был более отчетливым. В Ивановской области эти тенденции проявились еще сильнее.

Динамику *ожидаемой продолжительности жизни при рождении* в 90-е годы в Калужской области, как и в целом по России, характеризуют тенденции, обратные изменению смертности: снижение с 1991 до 1994 гг., незначительный рост до 1998 г. и снова снижение. Однако, если до 1998 г. показатели ОПЖ в Калужской области у мужчин практически соответствовали, а у женщин даже незначительно превышали среднероссийский уровень, то,

начиная с 1998 г., ОПЖ населения области стала ниже среднего по стране (рис.23) и в 2001 г. составила 57,8 лет у мужчин и 71,7 лет у женщин (Россия – 59 и 72,3 года соответственно).

В Калужской области, в отличие от Ивановской, на протяжении всего переходного периода относительно велика разница в ОПЖ населения городской и сельской местности (рис. 2.3.3). В городе ОПЖ выше, чем в селе у женщин на 2-4 года, у мужчин – на 4-6 лет. Минимальное значение отмечено у мужчин в сельской местности в 1994 - 53,7 года.



Составлено по источникам: (Демографический ежегодник.., 2001, Демографический ежегодник.., 2002)

Рис.2.3.3. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении населения Калужской области в 1990-2001 гг.

По показателю ожидаемой продолжительности жизни при рождении в 2001 г. Калужская область занимала 53 место.

Калужская область в целом является достаточно благополучной по *уровню младенческой смертности*, в т.ч. по сравнению с депрессивной Ивановской областью (Приложение 2, рис. 2.2); в 2001 г. она занимала 39 место среди регионов России. На протяжении почти всего переходного периода коэффициент младенческой смертности был ниже среднероссийского при нестабильной динамике. Тенденция снижения младенческой смертности, начавшаяся в России после пика в 1994 г., оказалась в Калужской области менее выраженной, в результате чего в 2000 – 2001 гг. коэффициент младенческой смертности оказался незначительно выше среднего по стране – 15,0 ‰ (Россия – 14,6 ‰), но все же ниже уровня 1990 гг. – 16,4 ‰ (Россия – 17,4 ‰).

Как и в Ивановской области, относительно низкие показатели младенческой смертности в Калужской области отмечаются в городах, а в сельской местности сложилась значительно менее благоприятная ситуация: в 1992, 1994 и в 1997 гг. наблюдались резкие скачки коэффициента младенческой смертности до 25 – 26, ‰. В 2000 г. этот показатель в селе равнялся 20,2‰, в городе - 14,8‰. Различия, вероятно, обусловлены особенностями образа жизни и более низким уровнем образования родителей, а также более низким уровнем медицинского обслуживания в селе.

Несмотря на некоторое снижение смертности, приходящейся на состояния, возникшие в перинатальный период, т.е. на заболевания, тесно связанные с репродуктивным здоровьем матери, их доля по-прежнему высока и составила в 2000 г. 42,5% случаев смерти детей до 1 года. Наряду с этим, существенна доля инфекционных и паразитарных болезней (7,8%), болезней органов дыхания (11,8%), несчастных случаев, отравлений и травм (6,2%), т.е. тех причин, уровень смертности от которых во многом зависит от качества и своевременности оказания лечебно-профилактической помощи младенцам, организации противоэпидемических мероприятий.

Основными причинами смерти в Калужской области, как и в России в целом, являются: болезни системы кровообращения, несчастные случаи, отравления и травмы, и новообразования (табл. 2.3.2); коэффициенты смертности превышают среднероссийские.

Таблица 2.3.2

Коэффициенты смертности от основных причин смерти в Калужской области и России в целом в 1990 и 2000 гг. (‰)

Причина смерти		1990 г.	2000 г.
болезни системы кровообращения	Калужская область	7,07	10,35
	Россия	6,17	8,49
несчастные случаи, отравления и травмы	Калужская область	1,24	2,32
	Россия	1,34	2,2
новообразования	Калужская область	2,22	2,34
	Россия	1,94	2,06

Составлено по источнику: (Демографический ежегодник.., 2001)

В 1990 – 2000 гг. в Калужской области отмечался рост доли смертей от болезней органов кровообращения (56,94% в 1990 г. и 57,84% в 2000 г.) и несчастных случаев, отравлений и травм (10% в 1990 г. и 13% в 2000 г.) и снижение доли смертей от новообразований (17,92% в 1990 г. и 13,1% в 2000 г.). Несмотря на это, второе место по-прежнему занимает смертность от новообразований, в отличие от России в среднем, где в 2000 г. второе место заняла группа «несчастные случаи, отравления и травмы». Структура смертности по основным классам причин в 2000 г. и динамика у *городского населения* схожа со средней по области, а *в сельской местности* отличается и соответствует среднероссийской: на втором месте - «несчастные случаи, отравления и травмы» (11,36%), на третьем - новообразования.

Структура причин смертности населения *в трудоспособном возрасте* имеет следующие особенности:

- равные доли болезней системы кровообращения и несчастных случаев, отравлений и травм;
- в 1990 – 2000 гг. доля смертей от болезней системы кровообращения в этой группе, в отличие от населения в целом, несколько уменьшилась;
- доля умерших от несчастных случаев, отравлений и травм возросла (в 1,2 раза), что в определенной степени обусловило общее увеличение доли смертей по этой причине у населения в целом;
- наблюдалось сокращение доли смертей от новообразований (в 1,9 раза), связанное с уменьшением коэффициента смертности по этой причине;
- в 2000 г. сложилось следующее соотношение преобладающих причин смерти населения трудоспособного возраста:

  от несчастных случаев, отравлений и травм - 35,81%,

  от болезней системы кровообращения - 30,71%,

  от новообразований - 11,95%.

Таким образом, по сравнению с 1990 г. на первое место среди причин смерти вышли несчастные случаи, отравления и травмы, отодвинув на второе смерти от болезней системы кровообращения. Это в числе прочего связано со значительным увеличением коэффициента смертности от несчастных случаев, отравлений и травм.

В настоящее время такая структура причин смерти с преобладанием доли несчастных случаев, отравлений и травм характерна для всех категорий населения в трудоспособном возрасте. Отметим ниже те категории, для которых характерны некоторые особенности динамики структуры причин смерти в 90-е годы:

- все женское трудоспособное население и женское городское трудоспособное: повышена доля смертей от новообразований; в начале 90-х годов эта причина была на первом месте;
- женское сельское трудоспособное население: в начале 90-х годов смертность от новообразований была на втором месте;
- все сельское трудоспособное население и мужское сельское трудоспособное: смерти от несчастных случаев, отравлений и травм занимали первое место и в начале 90-х годов.

В структуре смертности всего населения по отдельным классам причин существуют и ярко выраженные *гендерные различия*. Смертность мужчин от инфекционных и паразитарных болезней в четыре раза выше, чем женщин: из 100 умерших – 81 мужчина, подавляющему большинству (88%) которых диагностировался туберкулез. В 3,4 раза выше смертность мужчин от несчастных случаев, отравлений и травм (в том числе из каждых 100 покончивших жизнь самоубийством – 85 мужчин); в 2,4 раза – от болезней органов дыхания (в том числе из каждых 100 умерших от ОРЗ, гриппа и пневмонии – 74 мужчины). В то же время, число умерших женщин от болезней системы кровообращения (наиболее распространенная причина смертности населения), в 1,3 раза больше, чем мужчин.

Рост смертности в Калужской области зафиксирован практически по всем причинам смерти, в том числе социально значимым. Коэффициент смертности (на 10 тыс. человек) вырос с 1990 г. по 2000 г. по таким причинам, как: убийства - в 2 раза (с 1,1 до 2,2 (на 1999 г.)), самоубийства – в 1,6 раза (с 2,4 до 3,9), туберкулез (болезни социального неблагополучия) – в 2,6 раз (с 0,9 до 2,4), болезни системы кровообращения (заболевания стрессогенной патологии) – в 1,5 раза (с 70,7 до 103,5), болезни органов пищеварения – в 2,2 раза (с 2,5 до 5,4).

Важным социально обусловленным показателем смертности является смертность от *самоубийств.* В Калужской области значения этого показателя в 90-е годы примерно соответствуют среднероссийским и существенно ниже, чем в Ивановской области, но имеют те же различия по полу и типу местности. Наибольшие его значения в рассматриваемое десятилетие (0,54‰ в 2000 г.) отмечались среди сельского населения. Высокое значение уровня смертности по этой причине отмечается у трудоспособного населения (0,48 ‰ в 2000 г.), в т.ч. у мужчин - 0,83‰ (для сравнения у женщин 0,12‰) и у сельского населения (0,7‰).

Анализ динамики коэффициентов смертности *по основным классам причин* в Калужской области в сопоставлении со среднероссийскими показателями и показателями по Ивановской области позволил выявить следующие особенности (Приложение 2, рис.2.3.):

- характер изменения коэффициентов смертности от всех причин в 1990 – 2000 гг. в Калужской и Ивановской областях совпадает со средним по России;
- коэффициенты смертности в Калужской области превышали средние по России по следующим причинам смерти: болезни системы кровообращения (но ниже, чем в Ивановской области), новообразования и болезни органов дыхания (практически соответствуют Ивановской области), инфекционные и паразитарные болезни и туберкулез (выше, чем в Ивановской области);

В последнее десятилетие в Калужской области наблюдается увеличение *заболеваемости населения*, что является общей тенденцией для ЦЭР и России в целом. Так, с 1992 г. по 2000 г. этот показатель вырос почти в 1,4 раза и составил в 2000 г. 794,1‰. До середины 90-х годов заболеваемость в Калужской области была ниже среднероссийского показателя. В 1999 и 2000 гг. заболеваемость по 9-10 из 16 классов болезней была выше, чем в среднем по России в 1,1 -2 раза (табл. 2.3.3), по остальным - ниже в 1,2 - 1,6 раза.

Таблица 2.3.3

Заболеваемость населения Калужской области по некоторым классам болезней в 2000 г.

	Болезни нервной системы	Болезни глаза и его придаточного аппарата	Болезни системы кровообращения	Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани
Калужская обл.	30,1‰	42,3‰	23,8‰	49,0‰
Россия	15,4‰	32,1‰	17,2‰	30,8‰

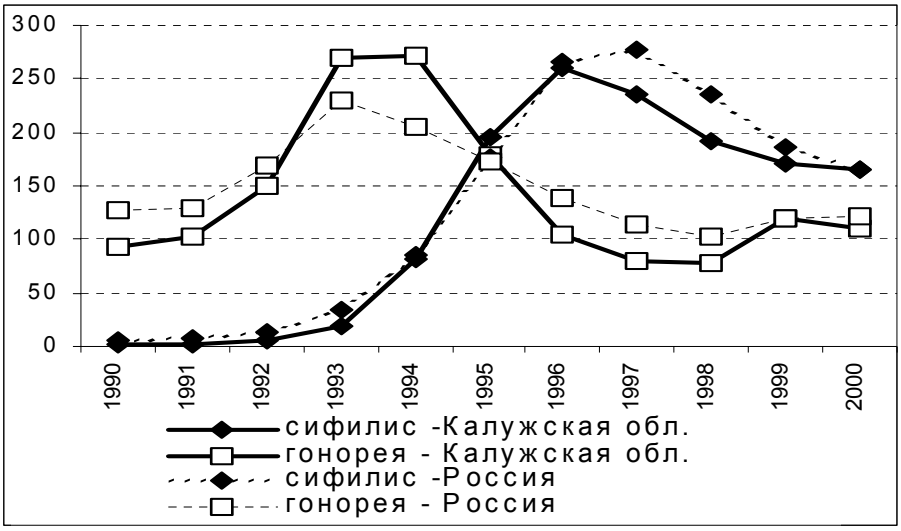
Составлено по источнику: (Здоровье населения.., 2001)

Наиболее яркие особенности структуры заболеваемости в Калужской области в 1999 - 2000 гг.: доля травм, отравлений и некоторых других последствий воздействия внешних причин в 1,7 раза ниже, а доля болезней нервной системы в 1,6 - 2 раза выше, чем в среднем в стране и Центральном экономическом районе.

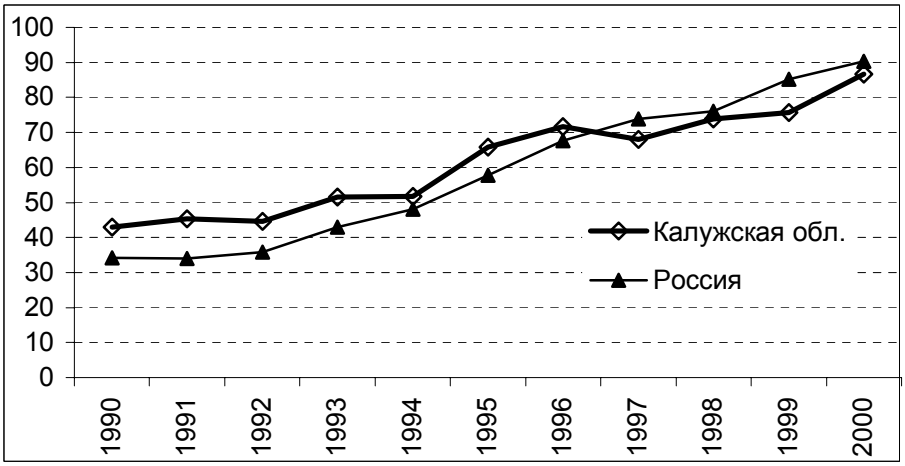
Более подробного анализа требует динамика заболеваемости по отдельным социально значимым видам болезней: сифилис, гонорея, туберкулез, психические расстройства, алкоголизм, наркомания (рис.2.3.4). В связи с различиями в основных факторах, определяющих распространение этих заболеваний, характер их изменения в последнее десятилетие имеет существенные отличия при общей негативной направленности.

Неблагоприятная ситуация складывается на протяжении всего рассматриваемого периода в отношении заболеваемости туберкулезом (оценивалась по показателю впервые выявленных случаев заболеваемости всеми формами активного туберкулеза). С 1990 до 2000 гг., при сохранении тенденции неуклонного роста, этот показатель вырос в 2 раза (с 43 до 86,6 случаев на 100 тыс. населения), однако, все время оставаясь несколько ниже среднероссийского уровня.

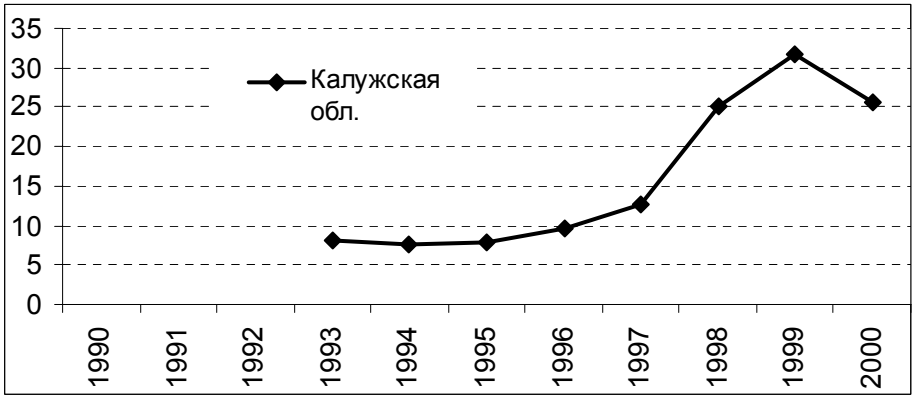
Динамика, в наибольшей степени соответствующая тенденциям изменения большинства социально-экономических и демографических показателей, характерна для венерических заболеваний – гонореи и сифилиса, уровень заболеваемости которыми в Калужской области также был и остается несколько ниже среднероссийского. Наиболее неблагополучным



А. Венерические инфекции



Б. Заболеваемость всеми формами активного туберкулеза



В. Заболеваемость наркоманией

Составлено по источникам: (Государственный доклад.., 2001, Здравоохранение в России.., 2001, Здоровье населения.., 2001, Здоровье населения.., 1998, Здоровье населения.., 1996, Здравоохранение Калужской.., 1994, Здравоохранение Калужской.., 1992)

Рис. 2.3.4. Динамика заболеваемости населения Калужской области некоторыми социально значимыми болезнями в 1990 – 2000 гг. (число впервые выявленных случаев на 100 тыс. населения).

периодом стала первая половина и середина 90-х годов, когда наблюдался резкий рост заболеваемости этими болезнями более, чем в два раза. Пик заболеваемости гонореей, имевшей достаточно высокую распространенность еще в начале 90-х (около 100 случаев на 100 тыс. населения) пришелся на 1993 - 1994 гг. (279,2 на 100 тыс. населения); пик заболеваемости сифилисом, практически не зафиксированной в начале 90-х, оказался несколько сдвинутым во времени и отмечался в 1996 г. (260 на 100 тыс. населения). В последние годы отмечается снижение уровня заболеваемости.

Схожую динамику имеют такие выделенные в отдельную группу психические заболевания как алкоголизм и алкогольные психозы. Однако в отношении заболеваемости этими болезнями наряду с пиком в середине 90-х годов (1994 г.), отмечается второй период роста с 1999 г., продолжающийся и в настоящее время.

Картина изменений уровня наркомании и токсикомании, также относящихся к группе психических заболеваний, иная. Резкий рост (более чем в 4 раза) этого показателя пришелся на вторую половину 90-х годов с пиком в 1999 г. (31,7 на 100 тыс. населения) Что касается других видов психических расстройств, число лиц, впервые взятых под наблюдение несколько снизилось (с отметок около 45-50 в 1993 – 1997 гг. до 31,4 в 2000 г. на 100 тыс. населения), а число лиц впервые обратившихся за консультацией колеблется в пределах от 130 до 200 случаев на 100 тыс. населения, причем в 2000 г. наблюдается локальный пик (186,9). Такая динамика в целом соответствует общероссийской тенденции перераспределения контингентов психически больных: наряду с уменьшением числа больных, находящихся под диспансерным наблюдением, происходит увеличение числа больных, получающих лечебно-консультативную помощь.

Таким образом, развитие ситуации по основным социально значимым болезням имеет в Калужской области те же негативные тенденции, что и в стране в целом, при этом уровень заболеваемости остается несколько ниже среднего по России

.

Межрайонные различия в социально-экономическом положении и состоянии здоровья населения *

Население по территории области размещено неравномерно (рис. 2.3.5). Северо-западная и южная ее части, в основном, представлены расположенными вдали от железных дорог и промышленных центров сельскими районами с низкой плотностью населения (менее 15 человек на 1 кв.км), центрами которых являются сельские населенные пункты или города, где проживает менее 10 тыс. человек (География Калужской.., 1989). На этом фоне выделяются три кластера относительно густонаселенных территорий благодаря наличию городов с развитой промышленностью, научной базой и рекреационным потенциалом:

- северо-восточный, наиболее заселенный, где проживает значительная часть городского населения области: включает областной центр г. Калугу и примыкающие районы со сравнительно высокой плотностью населения (более 30 человек на 1 кв. км), долей городского населения более 50% и развитыми городами с различными градообразующими функциями - Жуковский (г.Обнинск), Малоярославецкий (г. Малоярославец), Дзержинский (г. Кондрово), Боровский (г. Боровск, г. Балабаново);
- юго-западный, тяготеющий к Брянской области: Людиновский и Кировский районы с высокой плотностью населения (более 45 человек на 1 кв.км), преобладанием городских жителей (более 75%) и центрами – крупнейшими после г. Калуги и г. Обнинска городами области (более 40 тыс. жителей) с развитой промышленностью;
- центральный: переходный между густонаселенными городскими и малочисленными сельскими территориями, включает Сухиничский и Козельский районы.

С целью выявления внутриобластных различий *в уровне и условиях жизни* в 90-е годы рассмотрены показатели благосостояния (среднемесячная заработная плата работающих в экономике и обеспеченность населения собственными легковыми автомобилями), благоустроенности жилья

---

*Источники: (Атлас Калужской.., 1971, Районы и города.., 1996, Районы и города.., 2001, Здоровье населения.., 2001, Здоровье населения.., 1998, Здоровье населения.., 1996, Здравоохранение Калужской.., 1994, Здравоохранение Калужской.., 1992).

(обеспеченность жилого фонда канализацией) и уровня медицинского обслуживания (обеспеченность населения врачами). Выбор показателей обусловлен их значимостью с точки зрения вероятного влияния на здоровье населения и наличием официальных статистических данных в районном разрезе. Разница в уровне среднемесячной заработной платы в 2000 г. среди районов достигает 3 раз – от 777 руб. в Мещовском до 2357 руб. в Боровском. Выделяются северо-восточные и юго-западные наиболее развитые городские районы (г. Калуга и пригородная зона, Боровский, Малоярославецкий, Дзержинский, Кировский районы), где ее размер превышает среднее значение по области (1664 руб.) (рис. 2.3.6). Самые низкие показатели (менее 1000 руб.) отмечаются в малонаселенных сельских районах (Мещовский, Барятинский, Спас-Деменский, Куйбышевский, Хвастовичский, Ульяновский и др.). По сравнению с 1991 г., в 2000 г. основные особенности межрайонных различий сохранились. В числе произошедших изменений следует отметить перемещение некоторых сельских районов из группы «средних» и «лидеров» в число «отстающих» в результате развала основной отрасли экономики - сельского хозяйства (Куйбышевский, Ульяновский) и улучшение положения ряда районов в северо-восточной части области.

По обеспеченности населения собственными легковыми автомобилями в 2000 г. выделяются Обнинск и Калуга (более 150 автомашин на 10 тыс. населения при среднем по области - 113), а также северо-восточные районы с высокой долей городского населения (рис. 2.3.7). Группу с наименьшими значениями данного показателя (менее 60 автомашин на 10 тыс. населения) составляют сельские районы на юго-востоке и в центре области. Среднее положение, наряду с относительно развитыми Людиновским, Кировским, Козельским районами занимают Юхновский, Мосалький, Барятинский, Спас-Деменский, Куйбышевский районы, расположенные вдоль западной границы области, по территории которых проходит автотрасса Москва-Рославль. В целом за 90-е годы количество автомобилей на 10 тыс. населения увеличилось; при этом в большинстве районов до 1995 г. оно оставалось практически на одном уровне, а основной прирост пришелся на период после 1995 г.

Обеспеченность жилого фонда канализацией отражает благоустройство жилья в целом. За последние десять лет значения этого показателя в области практически не изменились. Межрайонные различия отражают территориальную дифференциацию по плотности и доле городского населения (рис. 2.3.8). В урбанизированных густонаселенных районах на северо-востоке области доля жилой площади, оборудованной канализацией, как в городской, так и в сельской местности составляет от 60 до 100% от общего размера жилого фонда. В то же время, в слабозаселенных преимущественно сельских западных районах даже в поселениях, имеющих статус города, этот показатель не превышает 40%.

Аналогичные территориальные особенности имеются и в обеспеченности населения врачами в связи с концентрацией врачебной квалифицированной и высококвалифицированной медицинской помощи в городах (рис. 2.3.9). В 90-е годы произошли некоторые изменения в значении данного показателя, однако, динамика отличалась по районам и выявить общие тенденции не удалось.

На основе анализа отдельных показателей, можно выделить группы относительно благополучных (1), неблагополучных (2) и «средних» (3) районов с точки зрения уровня и условий жизни населения в 90-е годы:

(1) высокоурбанизированные, густонаселенные и промышленно развитые северо-восточные (г. Калуга и пригородные территории, Жуковский, Малоярославецкий, Боровский, Дзержинский) и юго-западные (Людиновский и Кировский) районы с относительно высокими уровнями благосостояния, благоустройства жилья и медицинского обслуживания;

(2) слабозаселенные, преимущественно сельские западные (Износковский, Юхновский, Мосальский, Мещовский, Барятинский, Спас-Деменский, Куйбышевский) и южные (Жиздренский, Хвастовичский, Ульяновский, Думиничский) районы со специализацией на сельском хозяйстве и легкой и пищевой промышленности местного значения, характеризующиеся наиболее низкими показателями уровня жизни и неблагоприятными условиями проживания;

(3) остальные районы, занимающие промежуточное положение.

Изучение межрайонных различий *в состоянии здоровья населения* связано с определенными сложностями в выборе показателей. Ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность в данном случае не могут быть использованы из-за их нерепрезентативности для столь небольших групп населения. Показатели заболеваемости также не полностью отражают реальную ситуацию, поскольку формируются на основе данных об обращении за помощью в медицинские учреждения, зависят от половозрастной структуры и т.д. При отсутствии оптимальных индикаторов, с учетом цели диссертационного исследования автором предпринята попытка проанализировать особенности здоровья населения районов в период преобразований 90-х годов на основе показателей заболеваемости социально обусловленными болезнями (сифилисом, гонореей, алкогольными психозами, наркоманией и туберкулезом), а также сопоставить полученные результаты с различиями в уровне и условиях жизни населения.

Динамика заболеваемости *сифилисом* характеризуется резким ростом значения показателя после 1994 г. с достижением максимума в 1995-1997 гг. (рис. 2.3.10). В ряде районов произошел всплеск заболеваемости в 2000 г. (Кировский, Юхновский, Мещовский, Барятинский, Износкинский). В целом, на протяжении рассматриваемого периода наиболее высокие ее уровни отмечались в Калуге, Дзержинском, Бабынинском, Малоярославецком, Людиновском, Кировском районах, самые низкие – в периферийных Мосальском, Барятинском, Куйбышевском, Жиздренском, Ульяновском районах.

Анализ распространенности *наркомании* показывает, что эта проблема, как и высокая заболеваемость венерическими инфекциями, характерна для районов с крупными городами и относительно молодым населением (низкой долей лиц старше трудоспособного возраста) (рис. 2.3.11).

Иные особенности межрайонных различий и динамики имеет заболеваемость *туберкулезом* (рис. 2.3.12). Изменения в значении данного показателя в последнее десятилетие носят разный характер: в некоторых районах отмечался плавный и слабовыраженный рост с 1991 по 2000 гг.; в других – всплеск заболеваемости пришелся на середину или конец 90-х годов.

В целом, низкий уровень заболеваемости туберкулезом отмечается в г. Калуге, Малоярославецком, Жуковском, Мещовском, высокий – в Куйбышевском, Жиздренском, Хвастовичском районах. Прослеживается тенденция увеличения показателя с северо-востока на юго-запад области.

Для получения суммарной характеристики межрайонных различий в уровне распространенности социально обусловленных болезней в 2000 г. рассчитан *комплексный показатель* на основе ранжирования районов и вычисления суммарного ранга по показателям заболеваемости сифилисом, гонореей, алкогольными психозами и туберкулезом (Приложение 2, табл.2.6). Наиболее неблагополучная ситуация сложилась в г. Калуге и примыкающих к ней Кондровском и Перемышльском районах, а также в Людиновском и Жиздренском районах (рис. 2.3.13). К относительно благополучным относятся как развитые Малоярославецкий и Жуковский районы, так и отстающие с точки зрения социально-экономического положения Спас-Деменский, Мещовский, Ульяновский, Думиничский и другие районы. Объяснение этому заключается в том, что в одну и ту же группу по суммарной оценке здоровья попадают районы с разной структурой заболеваемости из-за различий в факторах возникновения и распространения отдельных болезней.

Подводя итог исследованию межрайонных различий в состоянии здоровья населения Калужской области в связи с особенностями социально-экономической ситуации в 90-е годы, можно сделать следующие выводы:

- в целом, лучшие показатели здоровья отмечаются в северо-восточных районах области, характеризующихся относительно высоким уровнем и хорошими условиями жизни;
- проблема роста заболеваемости венерическими инфекциями и наркоманией является наиболее острой в районах с промышленно развитыми городами и высокой долей молодого населения;
- уровень заболеваемости туберкулезом выше в южной части области;
- полученные результаты представляют собой лишь грубую оценку реальной ситуации в силу особенностей формирования официальной медицинской статистики; так, уровни заболеваемости в районах с крупными

городами могут быть несколько завышены, а в сельских районах занижены в связи с особенностями размещения специализированных медицинских учреждений; для более детального изучения межрайонных различий в состоянии здоровья населения и причин, их обусловливающих, необходимо проведение специальных исследований.

Глава III

Роль качества и образа жизни в формировании здоровья населения на микроуровне (на примере Козельского района Калужской области)

§3.1.Характеристика социально-экономического положения и здоровья населения

Социально-экономическое положение

Козельский район расположен на юго-востоке Калужской области, на востоке граничит с Тульской областью. Площадь территории района - 1522,7 кв. км. Районный центр - г. Козельск, древнейший из городов Калужской области (1146 г.), находится в 72 км к юго-западу от областного центра г. Калуги. Крупные транспортные пути - автомагистраль федерального значения Москва-Киев и железнодорожная магистраль Москва – Киев проходят в 35-40 км к западу от Козельска через г. Сухиничи. Местная автодорожная сеть имеет радиальную структуру с центром в Козельске и состоит из дорог областного значения, соединяющих Козельск с Калугой и районными центрами Сухиничи, Хвастовичи, Мещовск. Автомобильное сообщение с соседней Тульской областью ограничено из-за отсутствия асфальтированных автодорог. Транспортное значение и интенсивность использования железнодорожной ветки субширотного направления, проходящей через Козельск (начало в Тамбовской области, до Смоленска) крайне невелико. В административном отношении район делится на три муниципальных образования: г. Козельск, г. Сосенский и Козельский район, состоящий из 14 сельсоветов.

Козельский район не является одним из ведущих и перспективных районов на территории области, но, относясь к группе среднеразвитых, наиболее тяготеет к успешным районам в части показателей промышленной продукции, числа работающих и зарплаты в промышленности. По душевым показателям заработной платы и объёма промышленного производства Козельский район занимает видное место, уступая Людиновскому, Кировскому, Дзержинскому и Малоярославлецкому районам. Основными отраслями *промышленности* являются:

- машиностроение (Козельский механический завод),
- стекольно-фаянсовая (ОАО "Березичский стекольный завод"),
- легкая (ТОО Спорт-Мода),
- пищевая (Козельский хлебзавод, Козельский завод минеральной воды, Козельский консервный завод).

Основной экономический потенциал района сосредоточен в районном центре, где расположены почти все промышленные предприятия. Наиболее крупное предприятие города - Козельский механический завод, основной продукцией которого до войны были небольшие сельскохозяйственные машины, а в настоящее время также автомобили - мастерские, автомобили - фургоны, кузова автомобилей и различные товары народного потребления. Достаточно успешно в последнее время функционируют два завода на территории района - ОАО "Козельское молоко" и АО "Березичский стекольный завод" - поставляющие свою продукцию за пределы района. ОАО "Березичский стекольный завод" на сегодняшний день - один из крупнейших производителей фармацевтического стекла в России (доля на всероссийском рынке довольно стабильна и составляет 25 - 30%). Для района стабильное развитие этого предприятия очень важно. На нем занято более 850 человек, причем значительная часть промышленно-производственного персонала приходится именно на сельских жителей (в основном, жители поселка Березичи). Завод дает сельским жителям стабильную работу и довольно высокую по местным меркам заработную плату. Большая часть продукции ОАО "Козельское молоко", расположенного на окраине г. Козельска, поступает в Москву.

Сельское хозяйство района пережило глубокий кризис в 90-е годы. В силу физико-географических особенностей территории наиболее рентабельной отраслью сельского хозяйства является разведение крупного рогатого скота преимущественно молочного направления. Многие колхозы и совхозы разорились, почти все попытки организации фермерских хозяйств провалились (во многом из-за противодействия местных властей). Резко сократились посевные площади и объемы производства сельскохозяйственной продукции (зачастую в несколько раз), уровень реальной безрабо-

тицы чрезвычайно высок, заработная плата в сельском хозяйстве - одна из самых низких в районе. Успех в преодоления кризиса в 90-е годы во многом зависел не от положения предприятия относительно основных транспортных путей и рынков сбыта, а от личных качеств руководителей. Ключевое значение в борьбе за выживание для населения сельской местности играет личное подсобное хозяйство, ставшее для подавляющего большинства практически единственным источником продуктов питания, а для многих также и денежных средств.

Уровень безработицы в районе в конце 90-х годов составлял 2,6% и приближался к среднему по районам области (2,5%), при максимальном значении 6,9% (Думиничский район) и минимальном – 1,1% (Мосальский район). Ставки зарплаты также являются средними среди районов и ниже средней по Калужской области.

В целом, социально-экономическую ситуацию в районе можно охарактеризовать как тяжелую, хотя в последние годы появились надежды на ее улучшение. Относительно динамично развивающейся частью района, не считая районного центра, является Березичская сельская администрация, на территории которой расположено фактически единственное промышленное предприятие, где значительную часть промышленно-производственного персонала составляют сельские жители. Ситуация в сельском хозяйстве района остается крайне тяжелой. Люди в трудоспособном возрасте стараются уехать из сельской местности, население большинства деревень (в особенности тех, где почти не осталось объектов социальной инфраструктуры) сокращается. Можно предположить, что через 20-30 лет почти все сельское население района будет сконцентрировано в центрах сельских администраций и бывших центральных усадьбах. Большую часть сельских жителей составляют довольно низко квалифицированные работники, много пьющие даже по российским меркам. Несмотря на то, что в 90-е годы в Калужской области отмечался приток мигрантов из стран СНГ, в Козельский район их приехало довольно мало, и шанс улучшить "качество" сельского населения был упущен.

На сегодняшний день на территории района кроме трех муниципальных образований существуют еще две структуры, с одной стороны, имеющие для него большое значение, а с другой существующие практически автономно. Это дивизия ракетных войск стратегического назначения, расположенная в черте города Козельска (военнослужащие и члены их семей составляют 1/3 населения райцентра), а также монастыри Оптина пустынь и Шамордино.

Главные туристические объекты района - монастыри Оптина пустынь и Шамордино – доходов городу и району почти не приносят, поскольку основная часть туристов и паломников приезжает на один день и проходит через паломническую службу монастыря. Одной из ближайших задач местных властей является превращение суточного туризма в туризм выходного дня. В целях развития этого направления город вошел в федеральную программу "Возрождение малых городов Европейской России" и в более отдаленной перспективе может стать туристским центром более крупного масштаба.

Определенные надежды на будущее развитие района связаны с использованием местных рекреационных ресурсов, которыми эта территория хорошо обеспечена, хотя их освоение началось сравнительно недавно. Сейчас эта территория начинает использоваться как место для загородных дач, причем дачники нового века отличаются от тех, кто появился здесь в 70-80-х годах: сегодня сюда едут, в основном, представители среднего класса, среди которых много москвичей, в то время как в советское время здесь преобладали люди, получившие дом в наследство или купившие задешево очень удаленный от Москвы участок.

Демографическая ситуация и здоровье населения

По численности населения Козельский район занимает 6 место в Калужской области после Людиновского, Жуковского, Боровского, Малоярославецкого и Дзержинского районов. В 2001 г. в Козельском районе проживало 48,8 тыс. человек, в т.ч. в г. Козельске – 20,8 тыс. человек, в г. Сосенский – 15,9 тыс. человек, в сельских населенных пунктах – 12,3 тыс. человек.

В целом демографическая ситуация и здоровье населения Козельского района характеризуются средними значениями соответствующих показателей по Калужской области (Приложение 3).

Динамика естественного движения населения Козельского района довольно типична и для Калужской области и для России в целом; показатели смертности превышают показатели рождаемости. Естественная убыль населения сильнее выражена в сельской местности, что отчасти объясняется возрастной структурой населения. Численность нетрудоспособного населения (пенсионеры и лица до 18 лет) в 1,5 раза превышает численность трудоспособного населения, что свидетельствует о высокой демографической нагрузке. Ситуация сильно отличается в городской и сельской местности. В г. Козельске доля пенсионеров составляет всего 15,4%, в то время как в сельской местности – 38%. Велика доля вымирающих сельских населенных пунктов, все население которых - пенсионеры. В наибольшей степени этот процесс характерен для сельсоветов удаленных от Козельска, с плохо развитой транспортной сетью, слабой инфраструктурой, отсутствием сообщения с другими городами, наибольшие коэффициенты естественной убыли наблюдаются в сельсоветах в юго-восточной части района, на границе Калужской и Тульской областей. Более благоприятно ситуация складывается в пригородных сельсоветах, где убыль относительно не велика за счет более молодой возрастной структуры населения и более высокой доли лиц трудоспособного возраста. Это связано с наличием промышленных или крупных сельскохозяйственных предприятий в городе Козельске или в самом сельсовете. Вдоль автодорог, соединяющих крупные города, располагаются наиболее крупные населенные пункты с высокой долей молодого населения.

Уровень общей заболеваемости населения района отличается в разных возрастных группах: соответствующие показатели среди детей и подростков несколько ниже, а среди взрослых выше среднего по районам и по области (Приложение 3).

По ряду показателей психического здоровья в 2000 г. Козельский район относился к неблагополучным на фоне области в целом:

1) Наркомания (больные наркоманией с диагнозом, установленным впервые в жизни) выявлена в 9 из 24 районов, в т.ч. и в Козельском (12 случаев), а также в г. Калуге. Общей особенностью этих районов является наличие крупных городов (Малоярославец, Кондрово, Боровск и т.д.).
2) Употребление с вредными последствиями ненаркотических веществ детьми и подростками (дети и подростки на диспансерном учете) зафиксировано всего в 2 районах и в Калуге, в т.ч. в Козельском (7 и 4 случая соответственно).

§3.2.Территориальные и социально-демографические особенности изменения качества, образа жизни и здоровья населения

Для изучения качества, образа жизни и здоровья населения на микроуровне первостепенное значение имеют социологические исследования, позволяющие учитывать субъективные оценки и поведенческие особенности отдельных групп населения. Такой опрос был проведен в июне 2002 г. в Козельском районе, характеризующемся средними значениями большинства социально-экономических показателей и индикаторов здоровья населения в Калужской области, которая в свою очередь является «среднестатистической» для Центральной России.

Цель исследования состояла в выявлении территориальных и социально-демографических особенностей изменения качества и образа жизни и их влияния на здоровье населения в 90-е годы.

Анкета, разработанная с учетом отечественного (Н.М. Римашевская, А.В. Решетников, Т.М. Максимова, Н.В.Зубаревич и др.) и зарубежного (WHOQOL-BREF.., 1996) опыта социальных и медицинских исследований, в соответствии с поставленной целью включала следующие структурные блоки:

1. Общая характеристика выборки

- половозрастная структура
- образование
- занятость

2.Качество и образ жизни

- изменение материального положения за 90-е годы
- обеспеченность средствами к существованию
- самоопределение на шкале «бедные – богатые»
- наличие предметов длительного пользования (уровень бытового благосостояния)
- жилищные условия
- значение личного подсобного хозяйства (ЛПХ)
- качество питания
- удовлетворенность работой
- удовлетворенность жилищными условиями
- удовлетворенность транспортным обслуживанием
- удовлетворенность медицинским обслуживанием
- возможности в обеспечении лекарствами
- отдых и восстановление здоровья
- тип поведения (способ выживания) в период социально-экономического кризиса

3. Здоровье населения

- общее отношение к жизни
- подверженность негативным эмоциям
- удовлетворенность состоянием своего здоровья
- тип поведения (меры) в области поддержания и укрепления здоровья
- состояние здоровья населения в городе/селе в 90-е годы
- алкоголизм и наркомания в городе/селе в 90-е годы

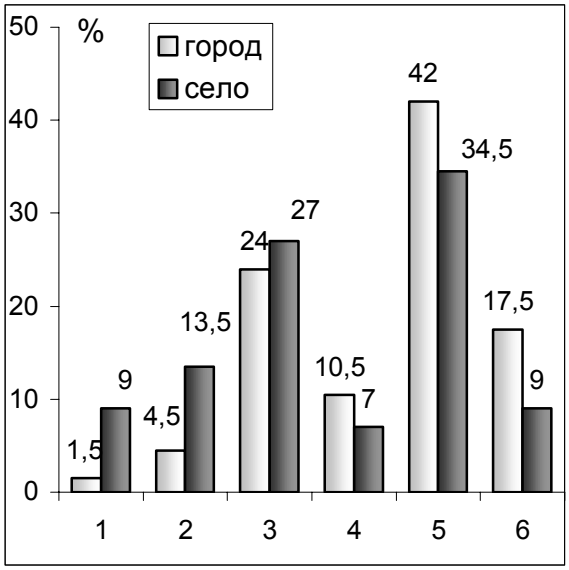
Изучение качества, образа жизни и здоровья населения проводилось по двум направлениям: первый срез отражает структуру распределения респондентов по отдельным показателям, характеризует ситуацию в городе и сельской местности до и после десятилетнего периода реформ и изменения, произошедшие в 90-е годы; на втором этапе выявляются основные различия в положении отдельных групп населения в зависимости от пола, возраста и образования.

Полный текст анкеты приведен в Приложении 4. Результаты обработки данных в табличной форме представлены в Приложении 5, табл. 5.2 – 5.24.

Общая характеристика выборки

Пол и возраст. Репрезентативность выборки определяется следующими ее параметрами: общее количество опрошенных – 400 человек; в городе - 50%, в сельской местности - 50%; мужчины – 47,3%, женщины - 52,7%; возраст опрошенных - от 16 до 83 лет; нормальное распределение опрошенных обоих полов по возрасту как в городской, так и в сельской местности (Приложение 5, табл. 5.1, рис.5.1).

Образование. Большинство респондентов как в городе, так и в сельской местности имеют среднее специальное (42% и 35% соответственно*) или общее среднее образование (24% и 27%) (рис. 3.2.1.). В целом, уровень образования городских жителей выше за счет большей доли лиц с высшим и средним специальным и меньшей - с начальным, неполным или общим средним образованием. Так, например, если в сельской местности каждый пятый (22%) не закончил среднюю школу, то в городе доля таковых существенно ниже (6%). На фоне средних значений по выборке выделяются две полярные группы – городские мужчины с высшим и неполным высшим образованием (22,4% при среднем 13,3%) и сельские женщины, среди которых выше всего доля лиц с начальным образованием (11,0% при среднем 5,3%).



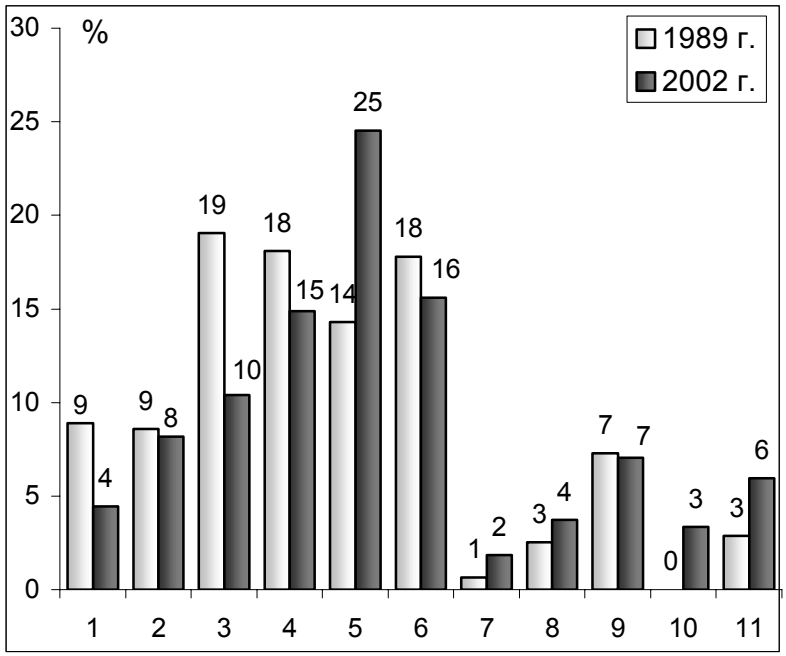
Образование:

1. начальное или нет
2. неполное среднее
3. общее среднее
4. ПТУ
5. среднее специальное
6. высшее и незаконченное высшее

Рис. 3.2.1. Распределение городского и сельского населения по уровню образования в 2002 г.

*Здесь и далее первая цифра характеризует долю от общего числа опрошенных в городе, а вторая – в сельской местности.

Занятость. Две трети респондентов работают (63,4%) (рис. 3.2.2). В городе доля работающих выше (69% и 58%), а неработающих (пенсионеров домохозяек и женщин в декретном отпуске) ниже (19,1% и 33%), чем в сельской местности. Причины, вероятно, заключаются в особенностях половозрастной структуры (более «старое» сельское население) и экономической ситуации (развал сельского хозяйства и отсутствие рабочих мест в сельской местности), а также большей роли личного подсобного хозяйства в жизни селян. Наиболее активными в отношении трудовой деятельности являются мужчины в городе, среди которых 73,5% работает и 13% имеет дополнительный заработок (среди мужчин в селе – 6%). «Неработающих пенсионеров, домохозяек и женщин в декретном отпуске» больше всего среди сельских женщин (40% при среднем 26,3%). 6,8% респондентов оказались на момент опроса безработными (временно не работающими), наиболее высокая доля которых отмечается среди лиц со средним, а наиболее низкая – с высшим образованием.



Сфера занятости:

1. тяжелая промышленность
2. пищевая и легкая промышленность
3. сельское хозяйство
4. стройка, транспорт, связь
5. торговля, общепит, бытовое обслуживание
6. медицина, просвещение, культура, наука
7. органы управления
8. финансово-кредитная сфера
9. милиция, армия, охранные структуры
10. занимаюсь бизнесом или ИТД
11. другое (записать)

Рис. 3.2.2. Структура занятости населения в 1989 и 2002 гг.

В 2002 г. большая часть работающего населения в городе была занята в торговле, общепите, бытовом обслуживании (32%), а также медицине, просвещении, культуре и науке (16%). Отличительной чертой структуры занятости сельского населения было и осталось приоритетное значение

сельского хозяйства (22%), на втором месте по доле занятых - стройка, транспорт и связь (18%), а сфера торговли и бытового обслуживания развита слабо (7%).

С 1989 по 2002 гг. в структуре занятости населения произошли следующие основные изменения, отражающие тенденции переходного периода в целом по стране (табл. 3.2.1):

1) снижение доли занятых в:

- сельском хозяйстве (в сельской местности с 34 до 22%);
- тяжелой промышленности (в городе с 12 до 6%);

2) увеличение доли занятых в:

- торговле, общепите, бытовом обслуживании (в городе с 22 до 32%, в сельской местности с 7 до 15%);
- сфере управления и финансово-кредитной сфере (в городе с 1 до 3%);

3) появление группы занятых в бизнесе и ИТД (4% в городе и 2% в сельской местности).

Таблица 3.2.1

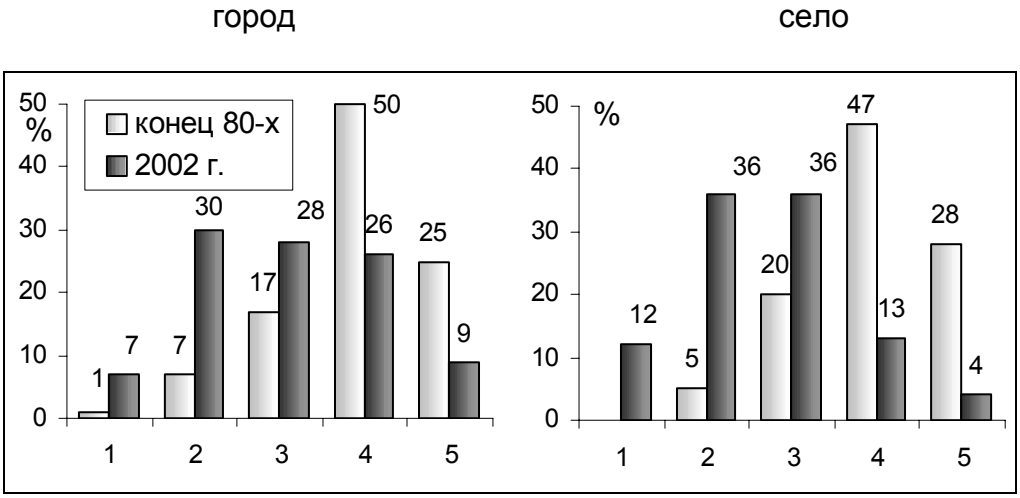
Изменение доли занятых в различных сферах в городской и сельской местности с 1989 по 2002 гг.

Сфера занятости	Город	Село
1. тяжелая промышленность	∇∇	
2. легкая и пищевая промышленость		
3. сельское хозяйство		∇∇
4. строительство, транспорт, связь	∇	
5. торговля, общепит, бытовое обслуживание	↖↖	↖↖
6. медицина, просвещение, культура, наука	∇	
7. сфера управления	↖	
8. финансово-кредитная сфера	↖	
9. милиция, армия, охранные структуры		
10. бизнес и ИТД	↖↖	↖

∇	уменьшение	∇∇	значительное уменьшение
↖	увеличение	↖↖	значительное увеличение

Материальное положение. Как отметили 57% и 74% опрошенных среди городского и сельского населения соответственно, в 2002 г. по сравнению с концом 80-х годов их материальное положение ухудшилось; при этом, дифференциация между городом и селом по обеспеченности населения средствами к существованию возросла.

В 1989 г. половина всех респондентов имела достаточно средств на еду, оплату жилья, коммунальных услуг и иногда покупки товаров не первой необходимости, и еще четверть могли купить все, что считали нужным (рис. 3.2.3). В 2002 г. б**о**льшая часть населения обладала средствами для покупки только самой простой еды, оплаты жилья и коммунальных услуг (58% и 71%), появилась группа людей, которым денег не хватает, чтобы обеспечить и этот минимум (7% и 11%).



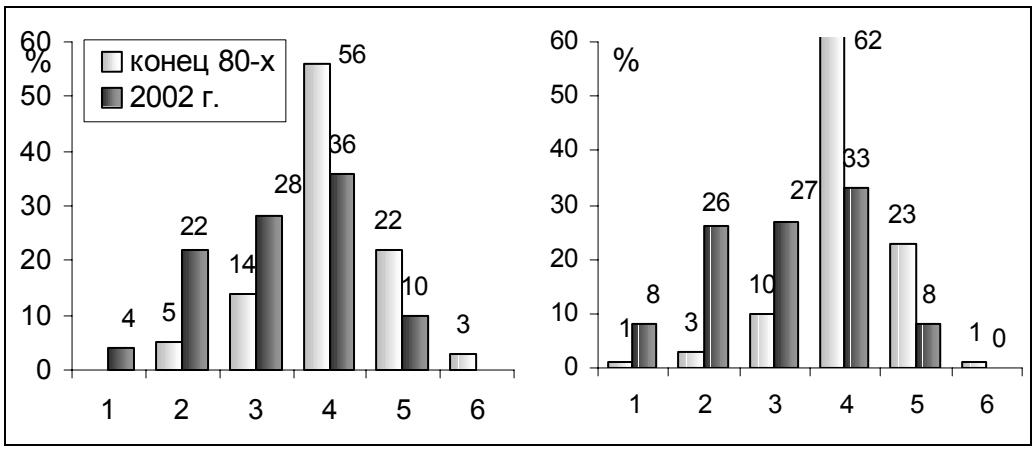
На что хватало денег семье?

1. Денег не хватило даже на самую простую еду, оплату жилья и коммунальных услуг
2. Денег хватило только на самую простую еду, оплату жилья и коммунальных услуг
3. Денег хватило на еду, оплату жилья, коммунальных услуг и самые необходимые товары
4. Средств было достаточно, и иногда позволяли себе покупки не первой необходимости
5. Средств было достаточно, чтобы купить все, что считали нужным

Рис. 3.2.3. Изменения в обеспеченности городского и сельского населения средствами к существованию в конце 80-х и 2002 г.

В структуре распределения семей на шкале «бедные-богатые» (по субъективной оценке респондентов) произошел сдвиг от преобладания среднего слоя в сторону бедных, более выраженный в сельской местности (рис. 3.2.4). Если в 1989 г. почти все опрошенные (81%) считали себя

представителями среднего слоя и его верхушки, то в 2002 г. их доля сократилась в два раза (42%), доля бедных семей и нижней границы среднего увеличилась с 16 до 51%, а 6% опрошенных теперь считают себя крайне бедными.



К какой из групп Вы бы себя отнесли в конце 80-х и сейчас?

1. крайне бедные семьи 2. бедные семьи 3. нижняя граница среднего слоя 4. средний слой общества 5. верхушка среднего слоя общества 6. богатые

Рис.3.2.4. Изменения в распределении городского и сельского населения на шкале «бедные-богатые» в 2002 г. по сравнению с концом 80-х годов

Уровень бытового благосостояния характеризуется наличием предметов длительного пользования в семье. В 2002 г. базовый набор – холодильник и телевизор – имели почти все респонденты (90%), предметы, как правило, приобретаемые при более высоком уровне достатка - магнитофон, видеомагнитофон, стиральную машину – имела половина опрошенных (40-60%), у каждого шестого был мотоцикл (15%) и у каждого третьего – легковой автомобиль (30%). Различия между городской и сельской местностью в обеспеченности предметами базового набора незначительны; предметы второй группы больше распространены в городе; легковыми машинами также чаще владеют горожане.

За последнее десятилетие произошло расширение набора предметов длительного пользования и замена старых видов на новые в соответствии с развитием техники: увеличилась доля цветных телевизоров и автоматических стиральных машин за счет снижения доли черно-белых и неавтомати-

ческих моделей соответственно; выросла доля городских жителей, имеющих легковые машины (с 22% до 37%).

Суммарная оценка бытового благосостояния респондентов осуществляется по совокупности предметов длительного пользования, имеющихся в семье (рис. 3.2.5). Для половины опрошенных характерен средний и еще для трети - высокий уровень бытового благосостояния. В настоящее время различия между городской и сельской местностью увеличились по сравнению с концом 80-х годов. Основным проявлением стала б**о**льшая доля семей с высоким уровнем благосостояния в городе (37% и 27%) за счет более высокой обеспеченности автомобилями.

Рис. 3.2.5. Уровень бытового благосостояния по наличию набора предметов длительного пользования в семье в 2002 г.

В связи с ухудшением материального положения в жизни многих семей возросла роль личного подсобного хозяйства. Если в конце 80-х годов половина городских и сельских жителей (53 и 46%) в нем не нуждалась, то к 2002 г. их доля, особенно в сельской местности, существенно сократилась (33% и 14%). В настоящее время две трети сельчан (63,8%) и треть горожан (34%) считают, что прожить без продукции ЛПХ не смогут. Земельный уча-

сток превращается из дополнительного источника питания в основной, а для многих возрастает его роль и как источника денежных средств (табл. 3.2.2).

Таблица 3.2.2

Значение ЛПХ для бюджета семьи (в %от общего числа опрошенных)

Значение ЛПХ	город		село	
	конец 80-х	2002 г.	конец 80-х	2002 г.
Основной источник питания	13	24	29	52
Дополнительный источник питания	50	50	50	35
Основной источник денежных средств	1	1	1	5
Дополнительный источник денежных средств	4	6	11	16

В силу особенностей образа жизни жители города, как правило, ограничиваются выращиванием картофеля и овощей, в то время как больше половины сельского населения обеспечивает себя всеми основными видами сельскохозяйственной продукции (картофелем, овощами, молоком и мясом) (табл. 3.2.3).

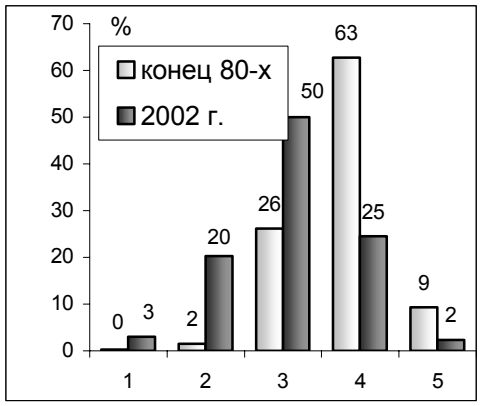
Таблица 3.2.3

Типы ЛПХ по совокупности производимых продуктов питания

(в % от общего числа опрошенных в городской и сельской местности)

Набор продуктов, получаемых в ЛПХ	Город	Село
Не обеспечивает продукцией	15	6
Только картофель и/или овощи	66	39
Картофель и/или овощи и молоко и/или мясо	17	55

Питание. Недостаток средств к существованию и необходимость экономить отразились на качестве питания населения. В конце 80-х годов 70% опрошенных питались хорошо или очень хорошо (рис. 3.2.6). В 2002 г. в оценках питания своей семьи респондентами произошел сдвиг в сторону его ухудшения; более выраженной эта тенденция оказалась в сельской местности. Каждый пятый в городе и каждый четвертый в селе назвал питание плохим или очень плохим, в то время как доля довольных им существенно снизилась (30% и 18%).



Питание:
1. очень плохое 2. плохое
3. удовлетворительное
4. хорошее 5. очень хорошее

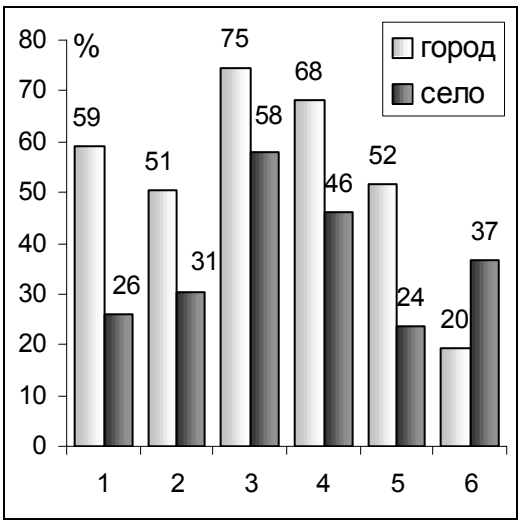
Рис. 3.2.6. Качество питания по оценке респондента в конце 80-х и 2002 г.

Жилищные условия. Уровень обеспеченности жильем респондентов удовлетворительный. Горожане, в основном, проживают в квартирах в многоэтажных (39%) и 1-2-этажных (33%) домах, жители села – в собственных усадебных домах (57%) и в квартирах в 1-2-этажных домах (32%). В среднем в одной квартире (доме) живет 3 человека, на одного человека приходится 0,9 комнаты, средняя жилая площадь составляет 17,5 м^2 на человека. Средний уровень обеспеченности жильем имеют более половины респондентов: живут по 1 - 2 человека в комнате (58%), жилая площадь на одного человека составляет от 10 до 20 м^2 (52%). В стесненных условиях проживают около четверти опрошенных: более 2 человек в комнате (27%), менее 10 м^2 (26%) на человека. Остальные обладают значительной жилой площадью - более 20 м^2 на человека.

Горожане чаще всего живут в одной квартире (доме) втроем (36%), в сельской местности одинаково распространены семьи из 2, 3 и 4 человек (около 25%). Для сельской местности характерна б**о**льшая доля людей, ведущих хозяйство в одиночку (11% и 5% соответственно); 4% опрошенных имеют более 40 м^2 жилой площади на человека. По всей видимости, этот факт является отражением депопуляции и особенностей современной

возрастной структуры сельского населения с высокой долей одиноких пожилых женщин.

Уровень благоустройства жилья существенно выше в городе в связи с преобладанием многоквартирных домов (рис. 3.2.7). Обеспеченность сельских жителей канализацией, водоснабжением, центральным отоплением и сетевым газом в 1,5 - 2 раза ниже, чем в городских жителей; в каждом третьем сельском доме (37%) бытовые удобства отсутствуют. Телефон есть у половины горожан и только у каждого четвертого сельского жителя.



Наличие бытовых удобств:
1. центральное отопление
2. сетевой газ
3. водоснабжение
4. канализация
5. телефон
6. ничего

Рис. 3.2.7. Благоустройство жилья городского и сельского населения в 2002 г.

Удовлетворенность различными сторонами жизни. Важнейшей характеристикой качества жизни является соответствие реальных условий и аспектов жизнедеятельности человека его потребностям и желаниям. Удовлетворенность работой, условиями проживания, медицинским и транспортным обслуживанием отражают субъективное восприятие сложившейся ситуации в сфере труда, быта и социальных услуг и позволяют оценить степень ее комфортности для человека.

Условиями проживания удовлетворены около двух третей респондентов как в городе, так и в сельской местности (рис. 3.2.8). Существенных изменений в этой сфере за последние десять лет не произошло. В то же время, почти каждый третий в 2002 г. хотел бы улучшить свои жилищные условия (в конце

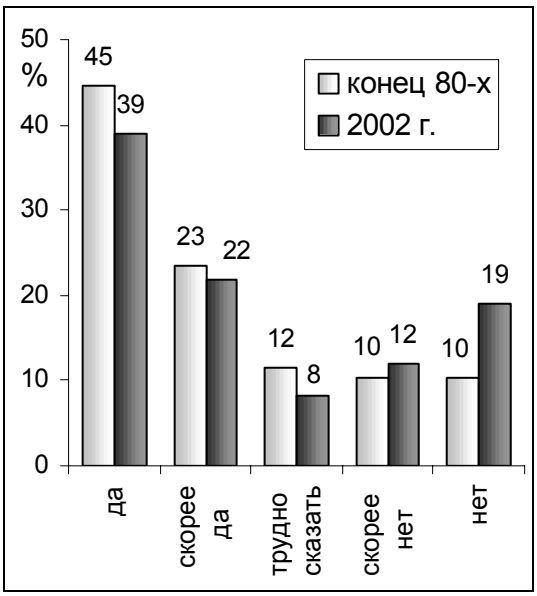


Рис.3.2.8. Довольны ли Вы условиями проживания?

80-х - только каждый пятый), что согласуется с результатами анализа обеспеченности жилой площадью и благоустройства жилья.

Вынужденная смена работы или профессии, наряду с низким уровнем заработной платы по сравнению с прожиточным минимумом, а также ухудшением условий труда, послужили причинами снижения *удовлетворенности работой* у горожан и сельских жителей. Если в конце 80-х годов большинство респондентов (80%) были довольны (или скорее довольны) своей работой, то в 2002 г. их доля составила лишь 64%, а процент недовольных вырос (с 6 до 23%) (рис. 3.2.9).

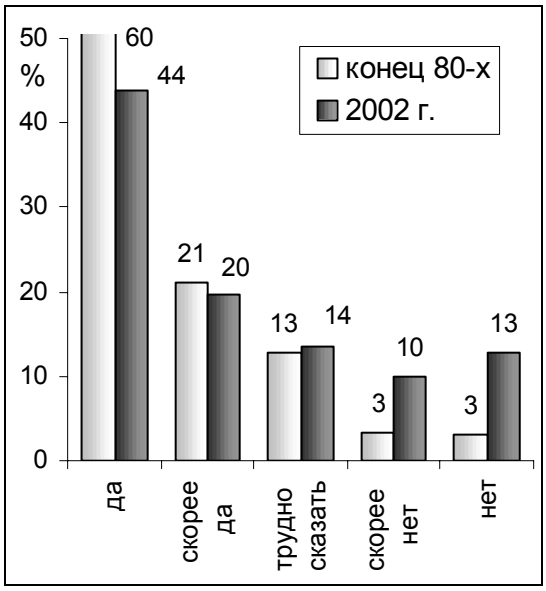


Рис. 3.2.9. Довольны ли Вы работой?

Оценка населением *транспортного обслуживания* неоднозначна (рис. 3.2.10). В среднем, около половины респондентов высказали свою удовлетворенность работой транспорта, около четверти – недовольство, и еще четверть затруднились четко ответить на данный вопрос. Такой разброс и неопределенность мнений, вероятно, связаны с различиями в уровне транспортного обслуживания в отдельных населенных пунктах и на разных направлениях. Кроме того, к 2002 г. результатом противоположных тенденций в переходный период стало углубление дифференциации между городом и селом. О благоприятных изменениях в сфере городского транспорта свидетельствует рост доли довольных им горожан, которая в два раза превысила процент недовольных (57% и 25% соот-

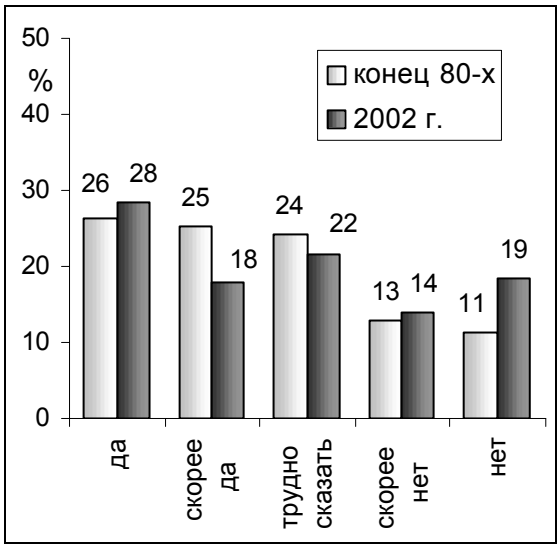


Рис. 3.2.10. Довольны ли вы транспортным обслуживанием?

ветственно). В сельской местности, напротив, ситуация ухудшилась, и преобладают негативные оценки (35% и 41% соответственно).

О кризисных процессах в сфере здравоохранения свидетельствуют зеркальные изменения в распределении респондентов по степени удовлетворенности медицинским обслуживанием (рис. 3.2.11). В отличие от относительно благополучной ситуации в конце 80-х годов, на момент проведения опроса 65% жителей села и 58% горожан не получали медицинскую помощь необходимого качества или в требующемся объеме.

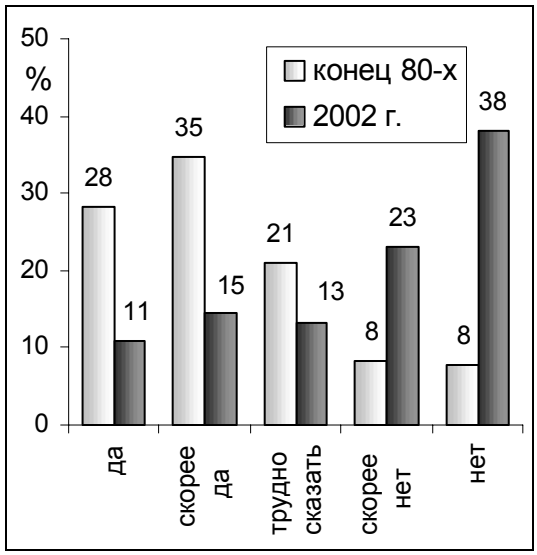
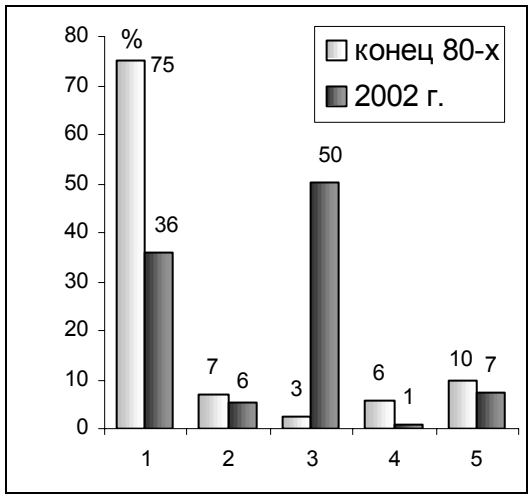


Рис. 3.2.11. Довольны ли вы медицинским обслуживанием?

Таким образом, одним из проявлений социально-экономического кризиса стал рост доли населения, испытывающего неудовлетворенность различными аспектами жизни, а, следовательно, физический и психологический дискомфорт. Наиболее сильно спад проявился в сфере медицинского обслуживания, качество и доступность которого являются важнейшим фактором формирования здоровья населения.

Наличие возможностей для сохранения и восстановления здоровья. Препятствием для эффективного и своевременного лечения и профилактики заболеваний становится снижение обеспеченности населения лекарственными средствами. В 1989 г. 75% респондентов могли купить все необходимые препараты, в 2002 г. - только 36%. Половина населения (46% в городе и 54% в сельской местности) не имеет возмож-



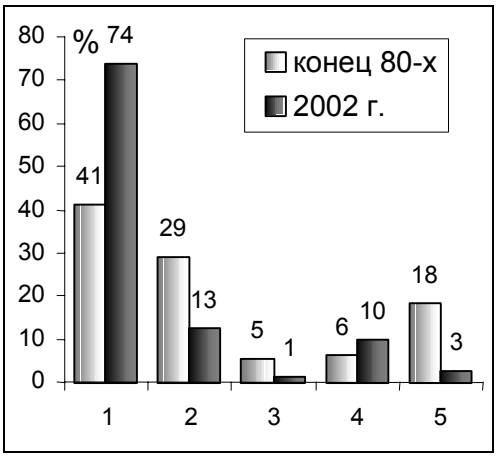
1.В целом, да
2. Да, т.к. получаю лекарства бесплатно
3. Нет, потому что они дорогие
4. Нет, потому что их трудно достать
5. Другое

Рис. 3.2.12. Имеете ли Вы возможность обеспечить себя необходимыми лекарствами?

ности приобрести лекарства из-за их высокой стоимости (рис. 3.2.12).

Ухудшились условия для восстановления и поддержания здоровья во время отдыха. В связи с разрушением системы льготных путевок и ухудшением материального положения доля населения, проводящего отпуск в санаториях и домах отдыха, существенно снизилась (рис. 3.2.13). Если в конце 80-х таким образом отдыхали 25% городских и 11% сельских жителей, то в 2002 г. – только 4% и 1% соответственно. Подавляющее большинство респондентов (65% и 83%)

проводят отпуск по месту жительства (по сравнению с 34% и 53% в конце 80-х)



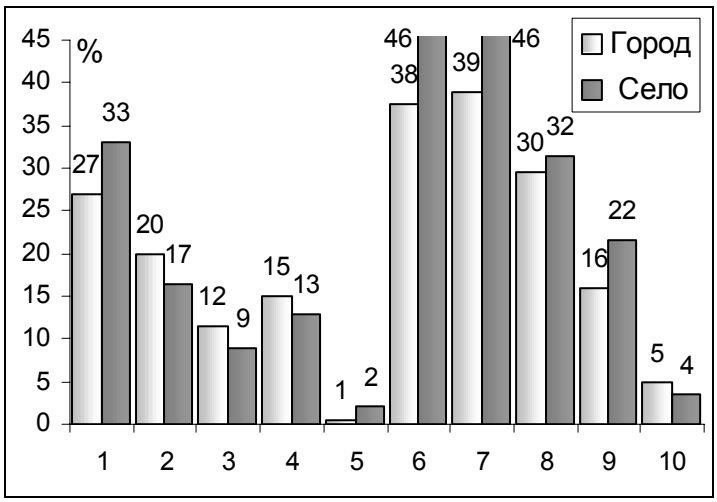
1. по месту жительства
2. езжу к родственникам
3. езжу за границу
4. нет отпуска/другие варианты
5. езжу в дома отдыха, санатории в России (СНГ)

Рис.3.2.13. Место проведения отпуска

Следует отметить, что дифференциация населения по большинству характеристик качества жизни имеет выраженную возрастную составляющую, что подтверждают расчеты соответствующих коэффициентов корреляции (Приложение 5, табл. 5.25). Низкое качество жизни чаще всего отмечается у лиц старших возрастных категорий с начальным образованием и неполным средним образованием. Лучше других обеспечены материально, относят себя к среднему слою или верхушке среднего слоя общества, хорошо питаются и имеют возможность обеспечить себя лекарствами люди молодого и среднего возрастов.

Изменения в образе жизни населения в связи адаптацией к новым социально-экономическим условиям. Необходимость адаптации к новым социально-экономическим реалиям оказалась связана со значительными изменениями в образе жизни населения (рис. 3.2.14). Активные действия чаще предпринимали горожане: поменяли работу или профессию 32% (в селе – 20%), стали работать в нескольких местах одновременно 15% (в селе – 13%). Сельские жители в большей степени реализовывали пассивную модель выживания: экономили на отдыхе и одежде 46% (в городе - 38%), питании и лечении - 54% (в городе – 46%). Большинство опрошенных столкнулось с необходимостью сразу нескольких из перечисленных мер.

По совокупности изменений в образе жизни, нашедших выражение в активных действиях или пассивной адаптации к новым социально-экономическим условиям, выделены пять типов поведения в переходный период: инертный, активный, активно-пассивный, пассивный 1 (слабо выраженный) и пассивный 2 (сильно выраженный) (принцип выделения типов представлен в Приложении 5., табл. 5.17). Анализ социально-демографических характеристик населения с разными типами поведения показал, что для каждого из них характерна повышенная доля отдельных групп по полу, возрасту, образованию, уровню материального положения, здоровью и подходам к его сохранению и восстановлению (табл. 3.2.4).



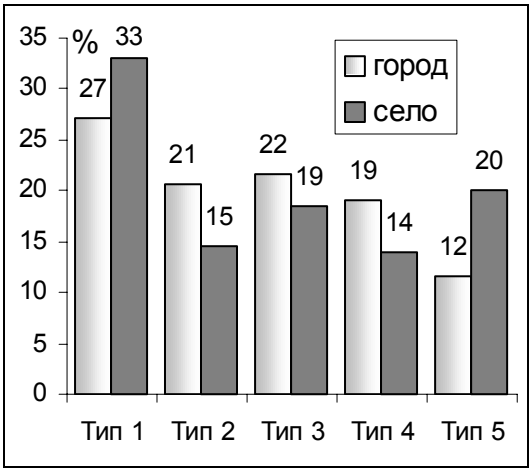
Что Вы предпринимали в 90-е годы, чтобы изменить свое положение или выжить?

1.ничего
2.поменяли место работы
3. поменяли профессию
4. стали работать в нескольких местах
5. поменяли жилье на более дешевое или съехались с родственниками
6. экономили на отдыхе
7. экономили на одежде и обуви
8. экономили на питании
9. экономили на лечении и лекарствах
10. другое

Рис. 3.2.14. Изменения в образе жизни населения в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям в 90-е годы

Распределение респондентов по типу поведения показывает (рис.3.2.15), что треть из них не предпринимали никаких действий по преодолению кризисного положения (*инертный тип, 30%*). К этому типу принадлежат несколько групп населения: самые пожилые, сельские жители, с начальным образованием и низкими доходами и раньше вели предельно экономный образ жизни и, видимо, «не заметили» происходящих перемен, поскольку им нечего было терять; представители молодого поколения в 1990-е годы жили в семьях родителей и не сталкивались напрямую с проблемами выживания; люди, относящие себя к «верхушке среднего слоя», относительно благополучно пережили сложный период, оставаясь «на плаву» в силу достаточно высокого уровня жизни.

В стремлении найти выход из сложившейся ситуации молодые, мужчины, горожане, лица со средним специальным образованием, представители среднего слоя чаще предпринимали активные действия *(активный тип, 18%)* - смену места работы или профессии, работу в нескольких местах. Среди представителей «активного» типа наиболее высокая доля тех, кто доволен своим здоровьем, что можно объяснить как преобладанием молодежи, так и поведенческими характеристиками, связанными с активной жизненной позицией и здоровым образом жизни (занятия спортом, профилактика и т.д.).



Тип 1. инертный Тип 2. активный
Тип 3. активно-пассивный
Тип 4. пассивный 1 Тип 5. пассивный 2

Рис. 3.2.15. Распределение респондентов по типу поведения в период социально-экономических преобразований 90-х годов

Сочетание активных действий с пассивной адаптацией (экономией) (*активно-пассивный тип, 20%)* характерно для группы людей со схожими социально-демографическими характеристиками, но с преобладанием лиц предпенсионного возраста.

Среди тех, для кого изменения свелись к вынужденной экономии выборочного характера (на одежде и/или отдыхе) (*пассивный тип 1, 17%),* преобладают мужчины, лица в возрасте 30-40 лет, горожане, лица с неполным средним и высшим уровнем образования, представители нижней границы среднего слоя общества.

Пассивная модель выживания, основанная на жесткой экономии во всех сферах (*пассивный тип 2, 15%)* типична для группы населения с преобладанием лиц возрасте 50-60 лет, женщин, сельских жителей, бедных слоев общества. По-видимому, именно они пережили сильнейший стресс и самые глубокие проявления кризиса в 1990-е годы. Негативная оценка здоровья в наибольшей степени характерна для представителей этого типа, столкнувшихся с необходимостью ограничивать себя во всем, включая питание и лекарства.

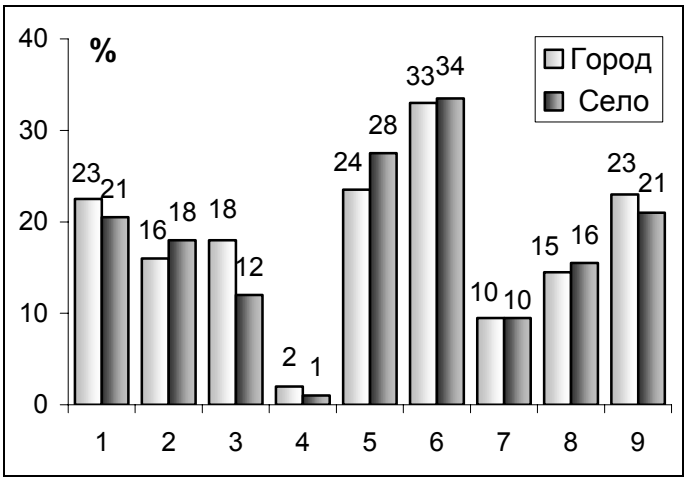
Таблица 3.2.4

Характеристика групп населения с разными типами поведения в условиях социально-экономических преобразований 90-х годов

Социально-демографические характеристики	**Тип поведения в связи с адаптацией к социально-экономическим изменениям**				
	Тип 1 Инертный	**Тип 2 Активный**	**Тип 3 Активно-пассивный**	**Тип 4 Пассивный 1**	**Тип 5 Пассивный 2**
Пол	женщины	мужчины	*нет преобладающей группы*	мужчины	женщины
Возраст	61-83 16-30	16-30	41-50	31-40	51-60
Город-село	село	город	город	город	село
Образование	начальное	среднее специальное	среднее специальное	неполное среднее, высшее	начальное, неполное среднее
Занятость	*нет преобладающей группы*	безработный; временно не работает	неработающий пенсионер, домохозяйка, в декретном отпуске	неработающий пенсионер, домохозяйка, в декретном отпуске	*нет преобладающей группы*
Уровень благосостояния семьи	крайне бедные, верхушка среднего слоя	средний слой	верхушка среднего слоя	нижняя граница среднего слоя	бедные
Удовлетворенность жизнью в целом	существенных различий нет				
Удовлетворенность состоянием здоровья	*нет преобладающей группы*	удовлетворен	*нет преобладающей группы*	*нет преобладающей группы*	не удовлетворен
Частота негативных эмоций	никогда	*нет преобладающей группы*	достаточно часто	*нет преобладающей группы*	очень часто
Причины негативных эмоций	*нет преобладающей группы*	*нет преобладающей группы*	личная жизнь, здоровье, трудовая деятельность, недостаток средств к существованию	*нет преобладающей группы*	здоровье, недостаток средств к существованию
Активность в поддержании своего здоровья	ничего не предпринимает, активные действия	активные действия (спорт, профилактика и др.)	пассивная забота о своем здоровье (не курит, не пьет и т.д.)	пассивная забота о своем здоровье или активные действия	пассивная забота о своем здоровье или активные действия

Значение *поведенческого фактора* в профилактике и лечении заболеваний определяется стремлением человека к ведению здорового образа жизни и возможностями для его реализации. Как показал опрос, высокой активности в отношении сохранения и укрепления своего здоровья ни городское, ни сельское население не проявляет в силу ряда причин (рис. 3.2.16). Так, 40% не делают для этого вообще ничего, чуть больше половины из них просто не считают это необходимым или ленятся, а остальные признают важность подобных действий, но не имеют времени или возможности для их осуществления. Среди тех, кто все же стремится к сохранению здоровья, большинство реализуют пассивный подход, основанный на воздержании от вредных привычек. Каждый четвертый из опрошенных отметил, что не пьет, каждый третий – не курит*.

Профилактике и надлежащему лечению заболеваний уделяют внимание меньше четверти респондентов. Только каждый пятый в случае болезни своевременно идет к врачу и выполняет его предписания, и лишь 15% посещают медучреждения в профилактических целях, проходят профосмотр или диспансеризацию. Активные действия, направленные на сохранение и ук-



1. Ничего, не считаю это необходимым (мне лень)
2. Ничего, у меня нет времени (возможности), хотя я признаю, что это важно
3. Веду активный образ жизни, делаю зарядку, занимаюсь спортом
4. Закаляюсь 5. Не пью 6. Не курю
7. Стараюсь питаться сбалансировано, употреблять в пищу побольше витаминов
8. Обращаюсь к врачам для осмотра в профилактических целях, чтобы выявить и «не запускать» болезни (прохожу диспансеризацию, профосмотр на работе)
9. В случае заболевания своевременно обращаюсь в медучреждения, выполняю врачебные предписания

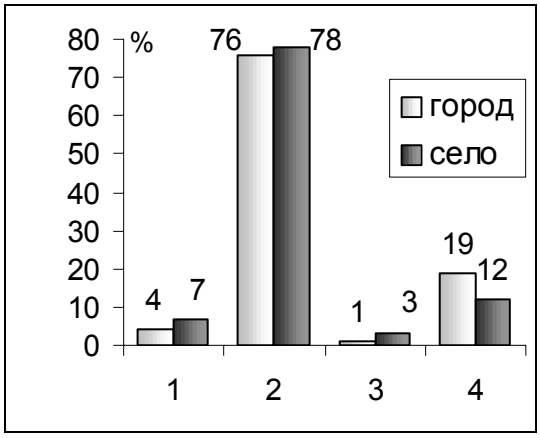
Рис. 3.2.16. Что Вы делаете для сохранения и укрепления здоровья?

* Возможно, эти цифры не отражают реальный процент непьющих и некурящих; тем не менее, они показывают долю лиц, осознающих важность отказа от вредных привычек для поддержания здоровья.

репление здоровья, еще менее популярны. Ведут активный образ жизни, делают зарядку, занимаются спортом только 18% опрошенных в городе и 12% в селе. Важность сбалансированного питания осознают и стремятся к этому на практике 10% населения.

Здоровье населения

Снижение качества жизни не могло не отразиться на состоянии здоровья населения, что подтверждается результатами проведенного исследования. По мнению большинства респондентов (более 75%), за последние 10 лет здоровье жителей их города/села ухудшилось (рис. 3.2.17).



1. не изменилось 2. ухудшилось
3. улучшилось 4. трудно сказать

Рис. 3.2.17. Как изменилось здоровье жителей села/города за 10 лет?

В то же время, в оценке населением глубины проблемы в целом и применительно к своей личной ситуации, имеется несогласованность. В отношении себя люди оказываются более оптимистичными: почти половина опрошенных удовлетворены состоянием своего здоровья (рис. 3.2.18). Объяснение этому, по-видимому, заключается в наличии своего рода защитной психологической реакции, проявляющейся в склонности человека до определенного момента «не замечать» проблем или не придавать им должного значения и продолжать жить в привычном режиме. Доля резко негативных оценок своего состояния выше в сельской местности, что отражает как реальную ситуацию, так и особенности половозрастной структуры (повышен-

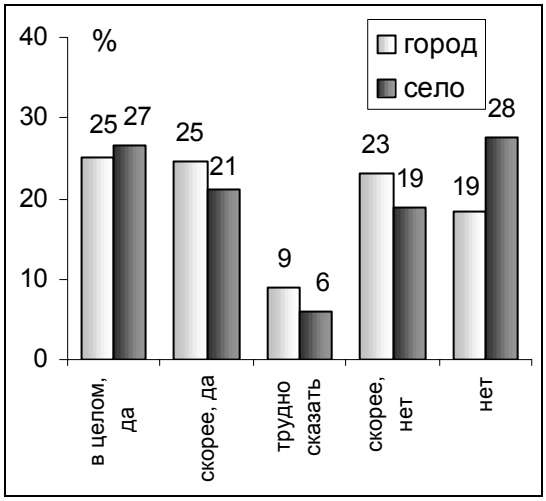
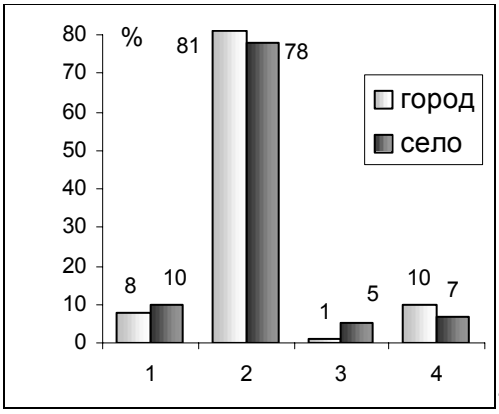


Рис. 3.2.18. Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья?

ный процент пожилого женского населения).

О неблагополучии в сфере здоровья населения свидетельствует динамика основных социально обусловленных психических заболеваний – алкоголизма и наркомании, с которыми связан и целый ряд других болезней. 80% респондентов отмечают рост алкоголизма за последние 10 лет (рис. 3.2.19). Наркомания имеет выраженные территориальные различия в распространенности и сильнее развита в городе. 30% горожан считают, что проблема наркомании остро встала за последние 10 лет, еще 44% отметили ее наличие. В сельской местности половина опрошенных существование данной проблемы отрицает (рис. 3.2.20).

Общее мироощущение населения, отражающее его психологическое состояние, не совсем соответствует субъективной оценке здоровья и является более позитивным: как в городе, так и в селе около 60% респондентов в целом довольны жизнью, а доля недовольных составляет чуть более 20% (рис.3.2.21). При этом, 40% живут спокойно и испытывают негативные эмоции редко; треть страдает «достаточно часто»; 20% очень часто или постоянно находятся в состоянии стресса.



1

1. не изменилось 2. ухудшилось
3. улучшилось 4. трудно сказать

Рис. 3.2.19. Как изменилась ситуация с алкоголизмом за 10 лет?

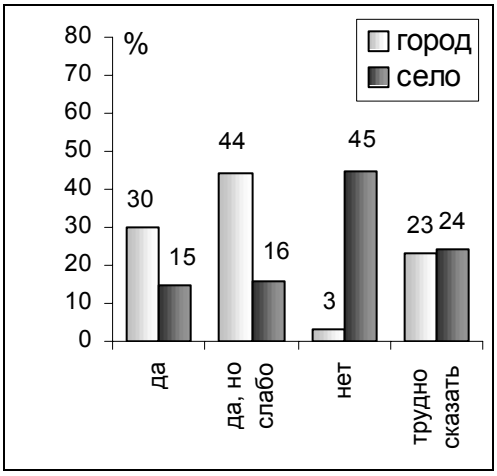


Рис. 3.2.20. Появилась ли проблема наркомании за последние 10 лет?

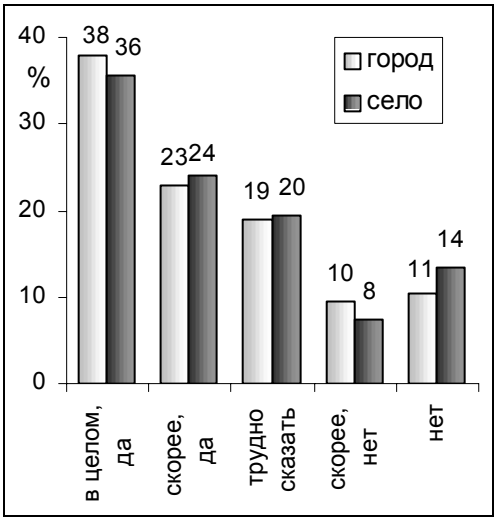
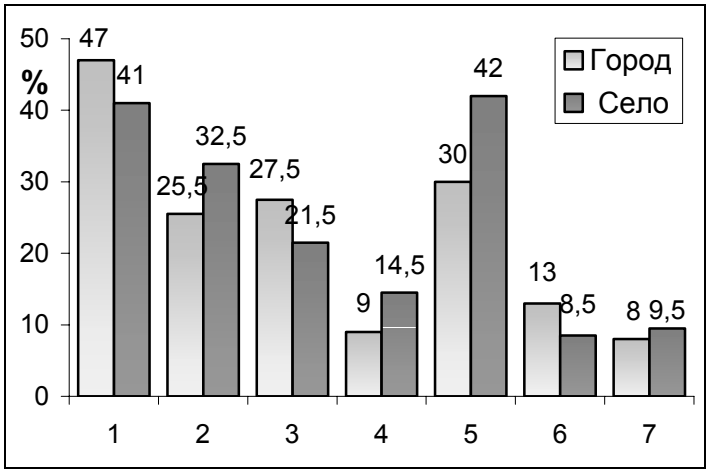


Рис. 3.2.21. Довольны ли Вы жизнью в целом?

Анализ распространенности п*ричин негативных эмоций и стрессов* свидетельствует о высоком значении личной жизни независимо от типа местности (47% и 41%), а также большей озабоченности сельских жителей проблемами недостатка средств к существованию, и необходимостью экономить (30% и 42%) (рис.3.2.22). Кроме того, сельчан чаще волнуют проблемы собственного здоровья и здоровья близких (25 и 32%), что, в числе прочего, связано с низким качеством и доступностью медицинских услуг и лекарств.



1. личная жизнь, семейные проблемы
2. проблемы, связанные с собственным здоровьем и здоровьем близких
3. проблемы, связанные с трудовой деятельностью (отсутствие работы, неудовлетворенность ее содержанием и т.д.)
4. задержки в выплате зарплаты (пенсии)
5. недостаток средств к существованию, необходимость экономить
6. общее недовольство жизнью
7. другое

Рис. 3.2.22. Основные причины негативных эмоций

Выделяются отдельные группы населения по полу, возрасту и образованию с наиболее отличающимся от среднего уровнем обеспокоенности теми или иными проблемами.

Женщины старших возрастов, неработающие пенсионеры с начальным образованием, чаще всего обеспокоены проблемами, связанными со здоровьем, и реже других - недостатком средств к существованию; последнее, вероятно, связано с относительной стабильностью в выплате пенсий, ролью ЛПХ как основного источника продуктов питания и низкими потребностями в других сферах. Для лиц до 30 лет со средним общим образованием или ПТУ, среди которых самый высокий процент безработных, наибольшие проблемы связаны с трудовой деятельностью и недостатком средств к существованию. Реже других сталкиваются с задержками в выплате зарплаты и недостатком средств к существованию

работающие молодые люди с высшим и незаконченным высшим образованием.

Половозрастные различия в оценке здоровья. Женщины более критичны в оценках своего состояния, среди них доля неудовлетворенных своим здоровьем в два раза выше, а довольных – почти в два раза ниже аналогичных показателей у мужчин. Различия в общем отношении к жизни имеют ту же, хотя и не столь выраженную специфику: мужчины чаще оказываются оптимистами, чем женщины (табл. 3.2.5).

Таблица 3.2.5

Распределение респондентов по самооценке здоровья в зависимости от пола

А) Удовлетворенность здоровьем

Пол	Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
мужчины	15,9	13,8	6,3	29,6	34,4	100
женщины	29,4	27,5	8,5	16,6	18,0	100
все респонденты	23,0	21,0	7,4	22,8	25,8	100

Б) Общее отношение к жизни

Пол	Довольны ли Вы жизнью в целом? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
мужчины	14,3	6,9	14,7	21,2	42,9	100
женщины	10,0	10,0	23,1	25,6	31,3	100
все респонденты	12,0	8,5	19,2	23,5	36,8	100

Результаты исследования подтверждают наличие зависимости здоровья человека от возраста, связанной со старением организма. Удовлетворенность здоровьем выше всего у лиц моложе 30 лет (удовлетворены 67,8% и не удовлетворены 26,5%) и ниже всего в категории старше 70 лет (18% и 77,3% соответственно). Первый выраженный порог в ее снижении отмечается после 35-40 лет, второй более плавный – после 60 лет (табл. 3.2.6А.).

Зависимость общего отношения к жизни от возраста выражена слабее и является более сложной (табл. 3.2.6Б). Если распределение респондентов по субъективной оценке здоровья с возрастом меняется на противоположное, то доля довольных жизнью во всех возрастах выше,

чем недовольных. Тенденция снижения удовлетворенности к старшим возрастам присутствует, но выражена слабо. При этом выделяется категория «70 лет и старше» с относительно высоким процентом позитивно настроенных людей.

Таблица 3.2.6

Распределение респондентов по самооценке здоровья в зависимости от возраста

А) Удовлетворенность здоровьем

Возраст (лет)	Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
до 30	16,2	10,3	5,8	20,6	47,1	100
31-40	14,4	21,1	5,6	27,8	31,1	100
41-50	23,4	23,4	8,2	24,3	20,7	100
51-60	26,5	25,0	10,3	23,5	14,7	100
61-70	31,7	22,0	9,7	22,0	14,6	100
70 и старше	50,0	27,3	4,5	0,0	18,2	100
все респонденты	23,0	21,0	7,4	22,8	25,8	100

Б) Общее отношение к жизни

Возраст (лет)	Довольны ли Вы жизнью в целом? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
до 30	13,2	4,4	8,8	22,1	51,5	100
31-40	7,8	6,7	25,5	23,3	36,7	100
41-50	13,5	9,0	13,6	28,8	35,1	100
51-60	11,8	10,3	26,4	22,1	29,4	100
61-70	17,1	12,2	24,3	17,1	29,3	100
70 и старше	9,1	13,6	22,7	18,2	36,4	100
все респонденты	12,0	8,5	19,2	23,5	36,8	100

§3.3. Влияние качества и образа жизни на здоровье населения

На основе результатов проведенного исследования предпринята попытка изучения влияния факторов качества и образа жизни на здоровье населения путем сравнительного анализа здоровья респондентов с разным уровнем образования, благосостояния, удовлетворенностью отдельными аспектами жизни, типом поведения (адаптации) в переходный период, активности в ведении «здорового образа жизни».

В качестве характеристик здоровья рассматривались субъективная оценка здоровья и общая удовлетворенностью жизнью опрошенных.

Для оценки зависимости между характеристиками качества жизни, поддающимися упорядоченной количественной оценке (например, по принципу «плохо - хорошо»), и показателями здоровья населения были проанализированы корреляционные связи. Максимальные значения коэффициента корреляции между отдельными парами показателей не превысили 0,5 ($p \leq 0,01$). Были выделены показатели качества жизни с модулем значения коэффициента корреляции с показателями здоровья более 0,1. В диапазоне $0,1 \leq r \leq 0,5$ корреляция интерпретируется как «очень слабая» - «средняя». Однако, при наличии большого числа признаков и зависимости между показателями внутри каждой группы, такая корреляция может рассматриваться как достаточно высокая. Для устранения влияния возрастного фактора рассчитаны частные коэффициенты корреляции отобранных показателей и характеристик здоровья, которые подтверждают наличие прямой зависимости между ними (Приложение 5., табл. 5.26).

Образование и здоровье

Состояние здоровья во многом зависит от общего социально-культурного развития личности, уровень которого повышается в процессе получения образования. Однако прямую связь выявить не удалось, поскольку различия в здоровье групп населения с разным уровнем образования в значительной степени обусловлены преобладанием среди них лиц определенных возрастных категорий. Так, например, наиболее высокий процент неудовлетворенных своим здоровьем (71,5%) отмечается среди респондентов с начальным образованием, более 80% из которых старше 60 лет (табл. 3.3.1). Общее отношение к жизни также имеет особенности у лиц с разным уровнем образования, при этом, говорить о наличии прямой зависимости нельзя. Однако, наряду с влиянием возрастного фактора, разница в уровне развития человека может обусловливать различное понимание респондентами самого вопроса «Довольны ли

Вы жизнью в целом?». Доля тех, кто затруднился ответить, наиболее высока среди опрошенных с начальным образованием (28%). В то же время, удовлетворенность жизнью с уверенностью (ответ «в целом да», а не «скорее да») высказали больше всего людей с высшим образованием (49%).

Таблица 3.3.1

Распределение респондентов по самооценке здоровья в зависимости от образования

А) Удовлетворенность здоровьем

Образование	Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
начальное образование или без образования	28,6	42,9	4,7	9,5	14,3	100
неполное среднее	25,0	22,2	11,1	27,8	13,9	100
среднее общее	24,5	20,6	3,9	20,6	30,4	100
ПТУ со средним образованием	17,1	8,6	14,3	28,6	31,4	100
среднее специальное	22,2	22,2	8,6	22,2	24,8	100
высшее и незаконченное высшее	22,6	17,0	5,7	26,4	28,3	100
все респонденты	23,0	21,0	7,4	22,8	25,8	100

Б) Общее отношение к жизни

Образование	Довольны ли Вы жизнью в целом? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
начальное образование или без образования	9,5	4,8	28,6	23,8	33,3	100
неполное среднее	16,7	13,9	13,9	19,4	36,1	100
среднее общее	16,7	8,8	20,5	16,7	37,3	100
ПТУ со средним образованием	5,7	8,6	14,2	28,6	42,9	100
среднее специальное	12,4	7,2	19,6	29,4	31,4	100
высшее и незаконченное высшее	3,8	9,4	18,8	18,9	49,1	100
все респонденты	12,0	8,5	19,2	23,5	36,8	100

Благосостояние и здоровье

Уровень благосостояния населения в данном исследовании имеет целый ряд взаимосвязанных характеристик, в т.ч. самоопределение на шкале «бедные – богатые», обеспеченность средствами к существованию, изменение материального положения в 90-е годы, качество питания, а также уровень бытового благосостояния и возможности в обеспечении необходимыми лекарствами. На основе результатов сравнительного анализа распределения респондентов по этим показателям и связей между ними в качестве основного индикатора благосостояния выбрана субъективная оценка социального статуса (бедные-богатые). Остальные показатели рассматриваются как вспомогательные для более полной характеристики выделяемых социальных групп. Например, среди респондентов, считающих себя бедными или крайне бедными, выше всего доля тех, чье материальное положение в 90-е годы ухудшилось, и на момент проведения опроса имеющихся у них денег не хватает даже на самую простую еду, оплату жилья и коммунальных услуг, они оценивают питание своей семьи как плохое или удовлетворительное и не могут приобрести все необходимые лекарства из-за их дороговизны и недостатка средств.

Степень удовлетворенности состоянием здоровья увеличивается от бедных к богатым (табл. 3.3.2). Доля неудовлетворенных здоровьем составляет 43,5% в бедных семьях и снижается до 13,0% в семьях, относящихся к верхушке среднего слоя; доля тех, кто в целом удовлетворен здоровьем, наоборот увеличивается от 13% до 41,9% соответственно. В бедных семьях выше доля недовольных и ниже доля довольных жизнью. Так, среди респондентов из бедных семей в целом довольны жизнью лишь 4,3 % и недовольны – 34,8%; в то же время среди представителей верхушки среднего слоя общества картина обратная – две трети (64,5 %) в целом довольны жизнью и 3,2 % - нет.

Таблица 3.3.2

Распределение респондентов по самооценке здоровья в зависимости от образования

А) Удовлетворенность здоровьем

К какой группе Вы бы себя отнесли (2002 г.)?	Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
крайне бедные семьи	43,6	13,0	8,7	21,7	13,0	100
бедные семьи	30,5	29,5	13,7	15,8	10,5	100
нижняя граница среднего слоя	24,7	25,7	3,7	23,9	22,0	100
средний слой общества	16,1	13,8	7,3	26,3	36,5	100
верхушка среднего слоя общества	12,9	12,9	3,2	29,1	41,9	100
богатые	0	0	0	0	100	100
все респонденты	23,0	21,0	7,4	22,8	25,8	100

Б. Общее отношение к жизни

К какой группе Вы бы себя отнесли (2002 г.)?	Довольны ли Вы жизнью в целом? (%)					
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом да	всего
крайне бедные семьи	34,9	13,0	47,8		4,3	100
бедные семьи	18,9	14,7	17,9	23,2	25,3	100
нижняя граница среднего слоя	11,9	8,3	18,3	25,7	35,8	100
средний слой общества	5,8	4,4	19,7	25,5	44,6	100
верхушка среднего слоя общества	3,2	6,5	3,2	22,6	64,5	100
богатые	0	0	0	0	100	100
все респонденты	12,0	8,5	19,2	23,5	36,8	100

Выявленные закономерности частично могут быть обусловлены различиями в уровне благосостояния и субъективной оценки здоровья отдельных возрастных групп. В связи с этим, были рассчитаны частные коэффициенты корреляции, что позволило проверить наличие прямой зависимости между двумя рассмотренными выше показателями, исключив искажающую переменную «возраст»: зависимость остается, но корреляция становится слабее (Приложение 5, табл. 5.26).

Анализ влияния показателей благосостояния (самооценки на шкале «бедные-богатые» и обеспеченности средствами к существованию) на здоровье респондентов (удовлетворенность здоровьем и удовлетворенность жизнью в целом) в разных возрастах показывают, что сильнее всего оно проявляется у представителей средних возрастных категорий (40-60 лет) (табл. 3.3.3)

Таблица 3.3.3

Корреляция показателей материального положения и здоровья в зависимости от возраста (пустые клетки – значимая корреляция отсутствует)

Возраст	Коэффициенты корреляции Спирмена (p<0,01)			
	1	2	3	4
до 30	0,243	0,294		
31-40				0,241
41-50	0,287	0,395	0,205	0,233
51-60	0,265	0,451		
61-70				
70 и старше				

1. Самооценка на шкале «бедные-богатые» и удовлетворенность здоровьем
2. Самооценка на шкале «бедные-богатые» и удовлетворенность жизнью
3. Обеспеченность средствами к существованию и удовлетворенность здоровьем
4. Обеспеченность средствами к существованию и удовлетворенность жизнью

Таким образом, на общее отношение к жизни, частоту негативных эмоций и субъективную оценку состояния здоровья респондентов оказывает влияние уровень благосостояния. Наиболее сильная связь выявлена для показателей самоопределения на шкале «бедные-богатые» и общего отношения к жизни.

Тип поведения в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям 90-х годов и здоровье

Прямой зависимости между типом поведения в условиях необходимости адаптации к негативным социально-экономическим изменениям в 90-е годы и показателями здоровья – общим отношением к жизни и субъективной оценкой состояния здоровья нет. Тем не менее, можно вы-

явить отличия в показателях здоровья респондентов с разными типами поведения (табл. 3.3.4, 3.3.5).

Таблица 3.3.4

Тип поведения (адаптация к негативным изменениям в социально-экономической сфере в 90е годы) и удовлетворенность здоровьем

Тип поведения в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям	Удовлетворены ли Вы состоянием своего здоровья? (%)				
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом, да
Тип 1 Инертный	24,3	12,9	2,9	27,1	32,9
Тип 2 Активный	16,3	23,8	5,0	27,5	27,5
Тип 3 Активно-пассивный	27,1	23,3	9,3	20,9	19,4
Тип 4 и Тип 5 Пассивные слабо и сильно выраженный	22,5	20,8	10,0	19,2	27,5
Всего	23,0	21,0	7,4	22,8	25,8

Таблица 3.3.5

Тип поведения (адаптация к негативным изменениям в социально-экономической сфере в 90-е годы) и общее отношение к жизни

Тип поведения в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям	Довольны ли Вы жизнью в целом? (%)				
	нет	скорее нет	трудно сказать	скорее да	в целом, да
Тип 1 Инертный	15,8	5,8	13,3	22,5	42,5
Тип 2 Активный	12,9	5,7	12,9	22,9	45,7
Тип 3 Активно-пассивный	10,0	11,3	27,5	18,8	32,5
Тип 4 и Тип 5 Пассивные слабо и сильно выраженный	9,3	10,9	23,3	27,9	28,7
Всего	12,0	8,5	19,2	23,6	36,8

Удовлетворенность жизнью выше у двух групп: представителей «активного» типа, которые в переходный период предпринимали активные действия для выживания (меняли работу или профессию, подраба-

тывали) и представителей «инертного» типа, которые ничего не предпринимали для улучшения своего положения. В этих группах доля довольных жизнью больше, а недовольных – меньше среднего (характеристика типов приведена в главе 3.2). Объяснения этому факту можно искать как в характеристиках групп (половозрастных, социальных), так и в психологических особенностях, связанных с типом поведения. Что касается «активного типа»: среди представителей этой группы повышена доля лиц со средним специальным образованием, по возрасту - 18-30 лет, по полу - мужчин, по типу местности - городских жителей, а для каждой из этих групп в своем разрезе характерна более высокая удовлетворенность жизнью; «психологическое» же объяснение заключается в том, что активные люди более оптимистичны и скорее имеют позитивное мироощущение. В отношении «инертного» типа: эта группа характеризуется преобладанием женщин, сельских жителей, пожилых (60 – 80 лет) и молодых (18-30 лет), а также лиц с начальным образованием. Распределение на шкале «бедные-богатые» для этой группы имеет перекос в сторону «крайне бедных» и «верхушки среднего слоя» по сравнению со средним распределением по выборке. Вероятно, можно сделать вывод о том, что эту группу составляют люди, на чью жизнь изменения в социально-экономической сфере действительно повлияли слабо, но в силу разных причин – большинству просто нечего было терять и они не заметили ухудшения, другие относительно благополучно пережили сложный период, оставаясь «на плаву» в силу достаточно высокого уровня жизни.

Отличия в удовлетворенности состоянием здоровья в разных поведенческих типах имеют те же закономерности. Также, доля довольных своим здоровьем выше среди представителей «активного» типа и ниже среди тех, кто для выживания в переходный период прибегал только к экономии (пассивный тип) или был вынужден также предпринимать и активные шаги (активно-пассивный тип). Объяснение этому, вероятно, аналогично объяснению разницы в общем отношении к жизни, и в значи-

тельной степени исходит из возрастных и социальных различий представителей поведенческих типов.

Тип поведения в переходный период и тип поведения в отношении поддержания своего здоровья

Анализ взаимосвязи между типом поведения в переходный период и типом поведения в отношении поддержания своего здоровья показывает наличие определенного соответствия между ними (табл. 3.3.6). Люди, более активные в плане поддержания своего положения в 90-е годы, больше внимания уделяют своему здоровью и предпринимают активные действия, направленные на его сохранение. Так, например, среди представителей «активного» социального типа доля активно заботящихся о здоровье составляет 31%, а среди представителей «пассивного» - 11,9%, то есть в три раза меньше. В то же время, доля тех, кто не может или не хочет принимать никаких мер по сохранению своего здоровья («инертный» тип заботы о здоровье), наиболее велика среди лиц с «инертным» типом поведения в период социально-экономических преобразований (31,9%).

Таблица 3.3.6

Тип поведения в связи с адаптацией к изменениям в социально-экономической сфере в 90-е годы и тип заботы о здоровье

Тип поведения в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям	Тип заботы о здоровье (%)			
	Тип 1 Активный	Тип 2 Активно-пассивный	Тип 3 Пассивный	Тип 0 Инертный
Тип 1 Инертный	20,7	19,0	28,4	31,9
Тип 2 Активный	31,9	17,4	30,4	20,3
Тип 3 Активно-пассивный	10,1	22,8	40,5	26,6
Тип 4 и Тип 5 Пассивные слабо и сильно выраженный	11,9	24,6	34,1	29,4
Всего	17,7	21,3	33,1	27,9

Изучение динамики и особенностей качества, образа жизни и здоровья респондентов исследуемого района подтвердило исходное предположение о негативном влиянии изменений в социально-экономической сфере на здоровье населения Центральной России в 90-е годы и позволило выявить соответствующие территориальные, социально-демографические и поведенческие различия.

Социально-экономические перемены 90-х годов привели к существенному снижению качества жизни большей части населения. Важнейшими проявлениями негативных процессов стали ограничение возможностей для сохранения и восстановления здоровья в связи со снижением уровня благосостояния, негативными изменениями в сфере обслуживания и т.д., а также неблагоприятность психологического климата, рост стрессовых ситуаций и неудовлетворенности различными аспектами жизни. Кризис сильнее проявился в сельской местности. Материальное положение большинства опрошенных ухудшилось по сравнению с концом 1980-х годов, а дифференциация между городом и селом по обеспеченности населения средствами к существованию возросла. В 1989 г. половина всех респондентов имела достаточно средств на еду, оплату жилья, коммунальных услуг и иногда покупки товаров не первой необходимости, и еще четверть могли купить все, что считали нужным. В 2002 г. бо́льшая часть населения обладала средствами для покупки только самой простой еды, оплаты жилья и коммунальных услуг, появилась группа людей, которым денег не хватает, чтобы обеспечить и этот минимум. В структуре распределения семей на шкале «бедные-богатые» на основе собственной оценки респондентов произошел резкий сдвиг в сторону бедных, более выраженный в сельской местности. Ухудшились условия для сохранения и восстановления здоровья населения. В связи с разрушением системы льготных путевок и падением уровня благосостояния существенно снизилась доля как городского, так и сельского населения, проводящего отпуск в санаториях и домах отдыха. По субъективной оценке респондентов, ухудшилось качество питания, что связано с недостатком

средств и необходимостью экономить. Половина опрошенных в 2002 г. не имела возможности обеспечить себя необходимыми лекарствами из-за их дороговизны, в то время как в 1989 г. для большинства этой проблемы не существовало. О снижении качества и доступности медицинской помощи свидетельствует высокая доля неудовлетворенных медицинским обслуживанием среди респондентов в 2002 г., существенно выросшая по сравнению с концом 1980-х годов. Аналогичные тенденции отмечаются в отношении удовлетворенности работой и условиями проживания.

Снижение качества жизни не могло не отразиться на состоянии здоровья населения. Большинство респондентов считает, что здоровье жителей их города/села за последние 10 лет ухудшилось, повсеместно растет алкоголизм, в городе появилась проблема наркомании. Для жителей города, меньше пострадавших в результате социально-экономического кризиса, характерна более высокая оценка своего здоровья. Сельчан чаще волнуют проблемы, связанные с собственным здоровьем и здоровьем близких. *Общее мироощущение* населения, отражающее его психологическое состояние, соответствует субъективной оценке здоровья: как в городе, так и в селе немногим более половины опрошенных в целом довольны жизнью. Анализ распространенности п*ричин негативных эмоций и стрессов* свидетельствует о высоком значении личной жизни независимо от типа местности, а также большей озабоченности сельских жителей проблемами, связанными с недостатком средств к существованию, и вынужденной экономией.

Существенное влияние на психологическое состояние и субъективную оценку здоровья респондентов оказывает материальное положение их семей. Удовлетворенность состоянием своего здоровья повышается с ростом благосостояния. Наиболее сильная связь выявлена для показателей самоопределения на шкале «бедные-богатые» и общего отношения к жизни.

Кризисные процессы в социально-экономической сфере повлекли за собой вынужденные изменения в сфере профессиональной деятель-

ности, быта и отдыха, связанные с неблагоприятным воздействием как на физическое, так и на психическое здоровье людей: смену места работы или профессии, вынужденную работу в нескольких местах одновременно, необходимость экономить, в т.ч. на питании и лечении. Большинство опрошенных столкнулось с необходимостью сразу нескольких из перечисленных мер. Пассивная модель выживания, основанная на жесткой экономии во всех сферах типична для группы населения с преобладанием лиц возрасте 50-60 лет, женщин, сельских жителей, бедных слоев общества. По-видимому, именно они пережили наибольший стресс и столкнулись с самыми глубокими проявлениями кризиса в 90-е годы.

Заключение

Результаты, полученные в ходе диссертационного исследования, позволяют сделать ряд выводов, как носящих теоретический характер, так и имеющих значимость для анализа ситуации в конкретных регионах.

1. Исследование обусловленности здоровья населения является сложной междисциплинарной проблемой, которая в силу большого количества факторов воздействия, наличия внутренних взаимосвязей и сложных механизмов влияния не может иметь однозначного решения. Анализ существующих представлений, концепций и исследований в медицине, социологии, психологии, географии свидетельствует о высоком интересе к изучению роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения России в 90-е годы. В результате их обобщения предложена интегральная схема факторов воздействия на здоровье населения. На первом этапе все факторы подразделяются на экзогенные, связанные с воздействием на человека внешней среды, и эндогенные, связанные с особенностями его организма. На втором этапе выделяются четыре группы факторов, из которых к эндогенным относятся генетические, биологические факторы, к экзогенным - факторы окружающей среды и социально-экономические факторы, включая медицинское обслуживание, а на стыке экзогенных и эндогенных оказываются факторы, связанные с поведенческими, психологическими и эмоциональными особенностями человека. Последние выделены в отдельную группу в связи со спецификой их природы и увеличением числа свидетельств их значимости для здоровья человека. Все факторы тесно взаимодействуют между собой и в совокупности определяют образ и качество жизни населения, которые являются интегральными факторами, влияющими на здоровье населения. Образ жизни характеризует различные виды, способы деятельности человека (быт, труд, отдых), а качество жизни – среду проживания, условия (в широком смысле слова), в которых эта деятельность осуществляется, с точки зрения комфортности для человека, и субъективную оценку их человеком. В данной системе действуют и обратные связи: здоровье влияет на образ и качество жизни населения, которые в свою очередь оказывают определенное воздействие на биологические и наследственные характери-

стики следующих поколений, психологические, поведенческие и эмоциональные особенности человека, социально-экономическое развитие и окружающую среду.

Для выявления роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения в работе рассматриваются следующие показатели: ожидаемая продолжительность предстоящей жизни; показатели смертности (младенческая смертность, перинатальная смертность, смертность по причинам, включая самоубийства и убийства); некоторые показатели заболеваемости, в т.ч. психические заболевания, включая алкоголизм и наркоманию, отдельные инфекционные (туберкулез) и венерические (сифилис и др.) болезни; а также субъективная оценка своего здоровья населением

2. Большинство существующих исследований посвящены изучению обусловленности здоровья на одном территориальном уровне, что позволяет использовать для анализа ограниченный набор показателей. В диссертации реализована методика комплексного анализа ситуации на разных территориальных уровнях на основе использования различных наборов показателей, с применением совокупности географических, социологических, математических и других методов исследования, и получены конкретные выводы в отношении отдельных территорий Центральной России. Такой подход позволил изучить проблему на уровне популяции (уровень страны, экономического района (макроуровень), субъекта федерации (мезоуровень)) и перейти к конкретному исследованию человека (микроуровень) с учетом субъективных оценок. Взгляд на проблему на каждом уровне детализации дал возможность выявить закономерности и особенности, «невидимые» на других уровнях.

3. Результаты проведенного анализа на всех уровнях подтверждают существенное влияние социально-экономических факторов на здоровье населения Центральной России в 90-е годы. Выявлены территориальные различия и динамика социально-экономических характеристик и показателей здоровья населения, а также выделены факторы воздействия и обусловленные ими изменения в здоровье населения и его групп. На макро- и ме-

зоуровне проявлениями негативной реакции населения на снижение уровня благосостояния, рост безработицы, ухудшение медицинского обслуживания стали: уменьшение ожидаемой продолжительности жизни населения, рост младенческой смертности, смертности и заболеваемости по социально обусловленным причинам. Те же тенденции выявлены на микроуровне в других показателях и с большей степенью детализации. Снижение уровня жизни и удовлетворенности населения материальным положением, ухудшение качества и вынужденное изменение образа жизни в связи с адаптацией к новым социально-экономическим условиям привели к росту неудовлетворенности жизнью в целом и состоянием своего здоровья, увеличению частоты негативных эмоций, большей распространенности алкоголизма и наркомании.

4. На макроуровне выявлены территориальные различия в социально-экономической ситуации, состоянии здоровья населения и воздействии социально-экономических факторов на здоровье населения регионов Центральной России.

Для характеристики социально-экономического положения на основе 14 исходных статистических показателей путем последовательного факторного анализа получены три индекса, характеризующие уровни благосостояния, медицинского обслуживания и безработицы; при этом, наибольший вклад имеет уровень благосостояния. На основе полученных частных индексов с учетом весов рассчитан итоговый социально-экономический индекс для интегральной оценки региональных различий в социально-экономическом положении. В результате выделены 4 группы областей с относительно благоприятным, выше среднего, удовлетворительным и неблагоприятным социально-экономическим положением с точки зрения влияния на здоровье населения.

Изучение территориальной дифференциации здоровья населения проводилось по показателям ожидаемой продолжительности жизни при рождении (с учетом различий по полу и типу местности) и младенческой смертности. На первом этапе путем нормирования исходных показателей получены соответствующие частные индексы по областям. Интегральная

оценка территориальных различий производилась на основе суммарного индекса здоровья, рассчитанного как среднее арифметическое частных индексов исходя из предположения об их равнозначности. В итоге выделены 4 группы регионов с относительно хорошим, выше среднего, удовлетворительным и плохим здоровьем населения.

Анализ связи между индексом здоровья и социально-экономическим индексом путем построения диаграммы рассеяния, расчета коэффициента корреляции и построения уравнения линейной регрессии позволил выявить два типа областей:

- с прямой зависимостью между социально-экономическим положением и здоровьем населения; эту группу составляют области с удовлетворительным и хорошим здоровьем населения (за исключением Ивановской области) уровень которого соответствует благоприятности социально-экономического положения (Московская, Ярославская, Рязанская, Орловская, Брянская, Калужская, Костромская, Владимирская, Ивановская);
- с отсутствием зависимости и приоритетным значением для здоровья других факторов; эту группу составляют области с плохим здоровьем населения (Тульская, Смоленская, Тверская).

Для более детального изучения роли социально-экономических факторов в формировании здоровья населения на мезоуровне выбраны два региона: Ивановская область - депрессивная с неблагоприятным социально-экономическим положением и низким уровнем здоровья; Калужская область - среднестатистическая как по социально-экономическому положению, так и по состоянию здоровья населения.

5. Исследование на мезоуровне социально-экономических изменений и здоровья населения в 90-е годы в депрессивной (Ивановская) и «средней» (Калужская) областях позволило сделать следующие выводы.

Динамика изменений в социально-экономической сфере и состоянии здоровья населения обеих областей в 90-е годы имеют схожие черты, отражающие ситуацию в целом по России, но ярче проявившиеся в Ивановской области: резкий спад (ухудшение) в начале 90-х годов, достижение «дна» к 1994 – 1995 гг., стабилизация и некоторый подъем к 1998 г., новый

период ухудшения ситуации после обвала экономики в 1998 г., в настоящее время сменившийся стабилизацией.

Наиболее значимые негативные изменения в здоровье населения имеют социально-экономическую обусловленность.

- Ожидаемая продолжительность жизни населения достигла минимального значения в 1994-1995 гг., особенно глубокий спад показателя отмечен у мужчин. В Калужской области в течение десятилетия величина ОПЖ в основном соответствовала или немного превышала среднероссийский уровень; в Ивановской области ОПЖ была ниже средней по России, и к концу 90-х годов разрыв увеличился, особенно у мужчин.
- В середине 90-х годов произошло резкое увеличение смертности от отравления алкоголем, в Ивановской области этот показатель превышал среднероссийский уровень.
- О напряженности социальной ситуации свидетельствуют рост числа самоубийств среди, в основном, среди мужского населения. В то время как в Калужской области значение данного показателя в целом соответствовало среднему по России, в Ивановской области отмечалось существенное превышение. Особенно сильно эта тенденция проявилась в группе мужчин в возрасте от 40 до 60 лет, что можно интерпретировать как результат повышенного потребления алкоголя или крайний шаг на пути безрезультатных попыток адаптации к «безвыходной» ситуации, сложившейся в жизни многих семей.
- Увеличилось количество детей с отставанием психического развития, что наряду с биологическими факторами является свидетельством недостаточного внимания родителей, алкоголизма и низкого уровня жизни.

В отличие от Ивановской области, кризис переходного периода в Калужской области не достиг такой глубины и не привел к столь резкому ухудшению здоровья населения. При наличии тех же негативных тенденций, основные демографические показатели здоровья (ожидаемая продолжительность жизни и младенческая смертность) оставались на уровне среднероссийских. Неблагоприятная социальная ситуация привела к росту смертности и заболеваемости по социально значимым причинам, что ха-

рактерно и для страны в целом. Одной из наиболее устойчивых тенденций, приостановить которую удалось только в 2001 г., является рост заболеваемости и смертности от туберкулеза, проявившийся в Калужской области сильнее, чем в Ивановской. Динамика, соответствующая изменению большинства социально-экономических показателей, характерна для венерических заболеваний – гонореи и сифилиса, а также выделенных в отдельную группу таких психических заболеваний как алкогольные психозы и алкоголизм. Рост распространения наркомании несколько запаздывает, его пик пришелся конец 90-х годов.

Более подробный анализ ситуации в Калужской области на основе составления серии карт показал наличие существенных различий в уровне и условия жизни и заболеваемости населения социально значимыми болезнями по районам. В целом, более высокий уровень заболеваемости отмечается в районах с городами – промышленными центрами, высокой долей городского населения, пониженной долей населения старших возрастов.

6. Изучение динамики и особенностей качества, образа жизни и здоровья респондентов на микроуровне подтвердило исходное предположение о негативном влиянии изменений в социально-экономической сфере на здоровье населения Центральной России в 90-е годы и позволило выявить соответствующие территориальные, социально-демографические и поведенческие различия. Проведено социологическое исследование, позволившее учесть субъективные оценки и поведенческие особенности отдельных групп населения. Местом его проведения выбран Козельский район, характеризующемся средними значениями большинства социально-экономических показателей и индикаторов здоровья населения в Калужской области, которая в свою очередь является «среднестатистической» для Центральной России.

Социально-экономические перемены 90-х годов привели к существенному снижению качества жизни большей части населения. Результаты опроса свидетельствуют о том, что важнейшими проявлениями негативных процессов стали ограничение возможностей для сохранения и

восстановления здоровья в связи со снижением уровня благосостояния, негативными изменениями в сфере обслуживания и т.д., а также неблагоприятность психологического климата, рост стрессовых ситуаций и неудовлетворенности различными аспектами жизни. Кризис сильнее проявился в сельской местности. Материальное положение большинства опрошенных ухудшилось по сравнению с концом 80-х годов, а дифференциация между городом и селом по обеспеченности населения средствами к существованию возросла. В 1989 г. половина всех респондентов имела достаточно средств на еду, оплату жилья, коммунальных услуг и иногда покупки товаров не первой необходимости, и еще четверть могли купить все, что считали нужным. В 2002 г. б**о**льшая часть населения обладала средствами для покупки только самой простой еды, оплаты жилья и коммунальных услуг, появилась группа людей, которым денег не хватает, чтобы обеспечить и этот минимум. В структуре распределения семей на шкале «бедные-богатые» на основе собственной оценки респондентов произошел резкий сдвиг в сторону бедных, более выраженный в сельской местности. Ухудшились условия для сохранения и восстановления здоровья населения. В связи с разрушением системы льготных путевок и падением уровня благосостояния существенно снизилась доля как городского, так и сельского населения, проводящего отпуск в санаториях и домах отдыха. По субъективной оценке респондентов, ухудшилось качество питания, что связано с недостатком средств и необходимостью экономить. Половина опрошенных в 2002 г. не имела возможности обеспечить себя необходимыми лекарствами из-за их дороговизны, в то время как в 1989 г. для большинства этой проблемы не существовало. О снижении качества и доступности медицинской помощи свидетельствует высокая доля неудовлетворенных медицинским обслуживанием среди респондентов в 2002 г., существенно выросшая по сравнению с концом 80-х годов. Аналогичные тенденции отмечаются в отношении удовлетворенности работой и условиями проживания.

Снижение качества жизни не могло не отразиться на состоянии здоровья населения. Большинство респондентов считает, что здоровье

жителей их города/села за последние 10 лет ухудшилось, повсеместно растет алкоголизм, в городе появилась проблема наркомании. Для жителей города, меньше пострадавших в результате социально-экономического кризиса, характерна более высокая оценка своего здоровья. Сельчан чаще волнуют проблемы, связанные с собственным здоровьем и здоровьем близких. Общее мироощущение населения, отражающее его психологическое состояние, соответствует субъективной оценке здоровья: как в городе, так и в селе немногим более половины опрошенных в целом довольны жизнью. Анализ распространенности причин негативных эмоций и стрессов свидетельствует о высоком значении личной жизни независимо от типа местности, а также большей озабоченности сельских жителей проблемами, связанными с недостатком средств к существованию, и вынужденной экономией.

Существенное влияние на психологическое состояние и субъективную оценку здоровья респондентов оказывает материальное положение их семей. Удовлетворенность состоянием своего здоровья повышается с ростом благосостояния. Наиболее сильная связь выявлена для показателей самоопределения на шкале «бедные-богатые» и общего отношения к жизни.

Кризисные процессы в социально-экономической сфере повлекли за собой вынужденные изменения в сфере профессиональной деятельности, быта и отдыха, связанные с неблагоприятным воздействием как на физическое, так и на психическое здоровье людей: смену места работы, профессии, занятость в нескольких местах одновременно, необходимость экономить на отдыхе, одежде и обуви, питании и лекарствах. Большинство опрошенных столкнулось с необходимостью сразу нескольких из перечисленных мер.

По совокупности изменений в образе жизни, связанных с адаптацией к новым социально-экономическим условиям, выделено пять типов поведения. Для нескольких групп населения данный период не был связан с указанными выше изменениями в образе жизни: самые пожилые, сельские жители, с начальным образованием и низкими доходами и раньше

вели предельно экономный образ жизни и, видимо, «не заметили» происходящих перемен, поскольку им нечего было терять; представители молодого поколения в 90-е годы жили в семьях родителей и не сталкивались напрямую с проблемами выживания; люди, относящие себя к «верхушке среднего слоя», относительно благополучно пережили сложный период, оставаясь «на плаву» в силу достаточно высокого уровня жизни.

В стремлении найти выход из сложившейся ситуации молодые, мужчины, горожане, лица со средним специальным образованием, представители среднего слоя чаще предпринимали активные действия - смену места работы или профессии, работу в нескольких местах. Сочетание активных действий с пассивной адаптацией (экономией) характерно для группы людей со схожими социально-демографическими характеристиками, но с преобладанием лиц предпенсионного возраста.

Среди тех, для кого изменения свелись к вынужденной экономии выборочного характера (на одежде и/или отдыхе), преобладают мужчины, лица в возрасте 30-40 лет, горожане, лица с неполным средним и высшим уровнем образования, представители нижней границы среднего слоя общества. Пассивная модель выживания, основанная на жесткой экономии во всех сферах типична для группы населения с преобладанием лиц возрасте 50-60 лет, женщин, сельских жителей, бедных слоев общества. По-видимому, именно они пережили наибольший стресс и столкнулись с самыми глубокими проявлениями кризиса в 90-е годы.

Выявлены различия в здоровье и предпринимаемых мерах по его сохранению среди групп населения с разными типами поведения в период социально-экономических преобразований. Наиболее высокая доля тех, кто доволен своим здоровьем, отмечена среди представителей «активного» типа, что можно объяснить как преобладанием молодежи, так и поведенческими характеристиками, связанными с активной жизненной позицией и здоровым образом жизни (занятия спортом, профилактика и т.д.). Неудовлетворенность своим здоровьем в наибольшей степени характерна для респондентов, столкнувшихся с необходимостью ограничивать себя во всем, включая питание и лекарства.

Представляется вероятным, что при сохранении низкого качества жизни и вынужденных неблагоприятных особенностей образа жизни, характеризующих современную ситуацию в исследуемых регионах, здоровье значительной части жителей Центральной России в случае оптимистичного варианта развития событий останется на прежнем невысоком уровне, а в случае пессимистичного – еще ухудшится.

Диссертационное исследование показало, что при разработке национальных и региональных программ, рассматривающих проблемы здравоохранения и социально-экономического развития, важнейшее значение имеют комплексные исследования территориальных особенностей формирования здоровья населения.

БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Аведисова А.С., Чахава В.О., Шпикалов А.Ю., Даровская И.Д., Ляшенко А.И. Клинические особенности расстройств адаптации у безработных Москвы // Рос. психиатрич. журнал. 1999. №6.
2. Айвазян С.А. Интегральные индикаторы качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях. – М.: ЦЭМИ РАН, 2000.
3. Алексеев А.И. Условия жизни населения как предмет социальной географии // Прикладные социально-географические исследования: тезисы докладов республиканского семинара-совещания. – Тарту, 1984.
4. Алексеев А.И., Зубаревич Н.В. Кризис урбанизации: формирование нового образа жизни // Проблемы прогнозирования. 2000. №4.
5. Амбарцумов А.А., Стерликов Ф.Ф. 1000 терминов рыночной экономики. – М.: КРОН-ПРЕСС, 1993.
6. Андреев Е.М. Новая демографическая катастрофа в России?// Химия и жизнь. 1994. №10.
7. Антонюк В.В., Позняков С.П., Ермаков С.П. Современные подходы к интегральной оценке изменений состояния здоровья населения под воздействием неблагоприятных факторов внешней среды / Тропцентр – 98. Кн. 2. – М.–Ханой: Совм. Рос.-Вьетн. тропический н.-и. и технол. центр, 1997.
8. Алексеев А.И. Многоликая деревня: население и территория. – М.: Мысль, 1990.
9. Атлас Калужской области. – М., 1971.
10. Атлас «Окружающая среда и здоровье населения». Под. ред. Мюррея Фешбаха. – М.:ПАИМС, 1995.
11. Баранова И.П. Факторы риска синдрома внезапной смерти детей грудного возраста // Проблемы соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 1999. №6.
12. Бедный М.С. Медико-демографическое изучение народонаселения. – М.: Статистика, 1979.
13. Белоконь О.В., Дартау А.А. Нетрудоспособное население в переходный период (социальные и экономические проблемы)//Демография и социология. Вып.18. – М., 1998.
14. Богоявленский Д. Российские самоубийства и российские реформы / Население и общество. Инф. бюлл. Центра демографии и экологии человека ИНП РАН. 2001. №52, апрель.

15. Бочкарева Т.В. Подходы к пониманию и оценке качества городской среды // Проблемы качества городской среды. Сб. науч. тр. – М.: Наука, 1989.
16. Бруй Б.П., Дмитриев В.И., Балыгин М.М. О некоторых медико-демографических и социальных аспектах развития подростков // Здравоохр. РФ. 1999. №2.
17. Васильева Т.П., Васин В.А., Дубисская Л.А. О методических подходах к разработке модели обусловленности здоровья женщин во время беременности // Проблемы соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 1999. №1.
18. Вассерман Л.И. Психодиагностическая шкала для оценки уровня социальной фрустрированности // Обозрение психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. 1995. №2.
19. Ващалова Т.В. Ранжирование территории Российской Федерации по медико-демографическим показателям // Вест. Моск. ун-та. Сер. 5. Геогр. 1997. №5.
20. Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения // Экономика здравоохранения. 2001. №4–5.
21. Вишневский А.Г., Школьников В.М. Смертность в России. Главные группы риска и приоритеты действий / Научные доклады. Вып.19 – М.: Московский центр Карнеги,1997.
22. Вяткина Г.И., Землякова А.С., Устинова О.В. Предпосылки формирования безработицы и некоторые пути решения проблемы занятости // Социальные трансформации и положение женщин в России. Мат-лы междунар. науч. конф. – Иваново, 1995.
23. Географический энциклопедический словарь. – М., 1989.
24. География Калужской области. – Тула: Приокское книжное изд-во, 1989.
25. Гилинский Я., Румянцева Г. Самоубийства в России // Население и общество. Информационный бюллетень центра демографии и экологии человека ИНП РАН. 1998. №25, январь.
26. Голубчик М.М., Сарайкина с.С., Семина И.А. К Оценке категории «качество жизни» (географический аспект)//Человек в зеркале современной географии. - Смоленск, 1996.
27. Горбунова В. А., Бредер В.В. Качество жизни онкологических больных // IV Всеросс. онкологич. конф. – М.: РАГС,2000.
28. Гриценко В.В. Эмоциональное состояние вынужденных мигрантов // Психологический журнал. Т. 21. 2000. №4.
29. Государственный доклад «О состоянии здоровья населения Российской Федерации в 2000 году». – М., 2001.
30. Гундаров И. А. Отчего умирают люди в России. – М., 1997.

31. Гундаров И. А. Цель, объединяющая всех // Независимая газета. 2.02.1997.
32. Даутов Ф.Ф. Изучение здоровья населения в связи с факторами среды. – Казань, 1990.
33. Демографический ежегодник России:стат.сб. – М., 1997.
34. Демографический ежегодник России: стат. сб. – М., 2000.
35. Демографический ежегодник России: стат. сб. – М., 2002.
36. Демографический ежегодник Калужской области: стат.сб. – Калуга, 2001.
37. Демографический энциклопедический словарь. – М.: БСЭ, 1985.
38. Доклад об итогах работы органов и учреждений здравоохранения в 2002 г. и мерах по повышению качества медицинской помощи населению. – Минздрав России, 2003.
39. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2001 г./Под ред. С.Н. Бобылева. – М.: Права человека, 2001.
40. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2001 г./Под ред. С.Н. Бобылева. – М.: Интердиалект, 2002.
41. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе за 2002 г. / Региональные публикации ВОЗ. Европейская серия. № 97. – Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2002.
42. Дьяченко В.Г. Демографические процессы в Приамурье в условиях экономических реформ в России // Проблемы соц. гиг., здравоохр. и истории медицины. 2000. №5.
43. Елохов А. М. Управление качеством жизни в крупном городе//Вопросы теории и практики развития современной экономики. – Пермь, 1998.
44. Ермаков С.П. Современные возможности интегральной оценки медико-демографических процессов. – М.: Институт социально-политических исследований РАН, 1996.
45. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог»/Под ред. Н.М. Римашевской. – М.:ИСЭПН,2001.
46. Жеребин В.М., Ермакова Н.А. Уровень жизни в едином интегральном показателе // Народонаселение. 2001. №4 (14).
47. Жилинский Е.В. Мониторинг социодемографических процессов в России // Народонаселение. 2000. №1.
48. Журавлева И.В. Здоровье населения как междисциплинарная проблема. Становление социологии здоровья // Социология в России. Под ред. Ядова В.А. – М.: Институт социологии РАН, 1998.
49. Журавлева И.В., Коган В.З. Психологические факторы здоровья/ Отношение населения к здоровью. Отв. ред. Журавлева И.В. – М.: Институт социологии РАН, 1998.

50. Зайцев А. К. Качество жизни населения региона // Проблемы прогнозирования. 2001. №3.
51. Здоровье населения и деятельность учреждений Калужской области в 2000 году (статистические материалы). – Калуга, 2001.
52. Здоровье населения и деятельность учреждений Калужской области в 1997 году (статистические материалы). – Калуга, 1998.
53. Здоровье населения и деятельность учреждений Калужской области в 1995 году (статистические материалы). – Калуга, 1996.
54. Здравоохранение в России. Статистический сборник. – М., 2001.
55. Здравоохранение Калужской области в 1993 году. – Калуга, 1994.
56. Здравоохранение Калужской области в 1991 году. – Калуга, 1992.
57. Зубаревич Н.В. Социальное развитие регионов и поселений России: изменения 90-х годов // Вест. Моск. ун-та. Сер. 5. Геогр. 2002. №6.
58. Зубаревич Н.В. Социальное развитие регионов России: проблемы и тенденции переходного периода. – М.: Едиториал УРСС, 2003.
59. Иванова А.Е. Социально-демографическая цена психического здоровья населения. Автореф. дисс. … докт. экон. наук. – М.: Институт социально-политических исследований РАН, 1998.
60. Ивановская область в 1998 году. Статистический сборник. – Иваново: Ивановский областной комитет государственной статистики, 1999.
61. Игнатьева М.Н., Тургель И.Д. Особенности оценки социально-экономических последствий сокращения женской занятости в моноотраслевых районах // Социальные трансформации и положение женщин в России. Мат-лы междунар. научн. конф. – Иваново, 1995.
62. Какорина Е.П. Социально-гигиенические особенности состояния здоровья населения в современных условиях // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 2000. №2.
63. Калужская область в 1994 году. Статистический сборник. – Калуга, 1995.
64. Калужская область в 2000 году. Статистический сборник. – Калуга, 2001.
65. Квашнина С.И. Медико-социальные и эколого-экономические проблемы на Севере России // Будущее России – социально-экономический аспект. Мат-лы Междунар. науч.-практ. конф. СПб., 1998.
66. Келлер А.А., Кувакин В.И. Медицинская экология. Под ред. А.А. Келлера. – СПб.:PETROC, 1998.
67. Ковалев Е.Е. Анализ уровней риска смерти для населения РФ // Вопросы анализа риска. 1999. №1.
68. Ковалев С.А., Ковальская Н.Я. География населения СССР. – М.: Изд-во Моск. ун-та, 1980.

69. Колосов В.П. Социально-стрессовые расстройства и психотерапия // Рос. мед. журнал. 1999. №5.

70. Коновалов О.Е. Отношение городских жителей к здоровью // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 1999. № 2.

71. Куролап С.А. Геоэкологические основы мониторинга здоровья населения и региональные модели комфортности окружающей среды. - Автореф. дисс. … докт. геогр. наук. – М., 1999.

72. Кутепов Е.Н. Методические основы оценки состояния здоровья населения при воздействии факторов окружающей среды. Автореф. дисс. … докт. мед. наук. – М., 1995.

73. Лейзерович Е.Е. Текстильный цех страны // Советский Союз. Российская Федерация. Центральная Россия. – М.: Мысль, 1970.

74. Либис Р.А., Коц Я.И., Агеев Ф.Т., Мареев В.Ю. Качество жизни как критерий успешной терапии больных с хронической сердечной недостаточностью // Рос. мед. журнал. 1999. № 2

75. Лисицын Ю.П. «Модус» здоровья россиян // Экономика здравоохранения. 2001. №2.

76. Лозовицкий О.В., Чуканов А.Н. Социальные и клинические аспекты суицидологии // Тр. Астрах. гос. мед. акад. Вып. 17.– Астрахань, 1999.

77. Максимова Т.М. Особенности здоровья в условиях формирования новой социальной структуры населения // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 1999. №3.

78. Максимова Т.М., Какорина Е.П., Лушкина Н.П., Королькова Т.А., Токуров М.В. Оценка состояния здоровья населения по результатам пробной переписи населения в 1997 г. // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 1999. №1.

79. Малхазова С.М. Глобальные экологические изменения и здоровье населения//Глобальные социальные и политические перемены в мире. Мат-лы рос.-амер. симпозиума. – М., 1997.

80. Малхазова С.М. Медико-географический анализ территорий: картографирование, оценка, прогноз. Автореф. дисс. … докт. геогр. наук. – М., 1999.

81. Материалы Администрации Ивановской области. – www.ivadm.ivanovo.ru

82. Медицинская география на пороге XXI века. Под ред. А.А. Келлера / Мат-лы X Всеросс. конф. по медицинской географии с международным участием. – СПб.: Изд. РГО, 1999.

83. Милле Ф., Школьников В.М., Эртриш В., Валлен Ж. Современные тенденции смертности по причинам смерти в России 1965—1994. — М.: Центр демографии и экологии человека института народнохозяйственного прогнозирования РАН, 1996.

84. Население России. 2001. Девятый ежегодный демографический доклад/Отв. ред. А.Г. Вишневский. - М., 2002.

85. Немцов А.В., Школьников В.М. Потери в связи с алкогольной смертностью в России в 1980-х-1990-х годах // Новости науки и техн. сер. Мед. Вып. Алкогольная болезнь/ВИНИТИ.-1999.-№ 5.

86. Неравенство и смертность в России: Коллективная монография Под ред. В. Школьникова, Е. Андреева и Т. Малевой; Моск. Центр Карнеги. Москва, Сигналъ, 2000.

87. О демографических процессах в Ивановской области (статистический сборник). – г. Иваново: Областной комитет государственной статистики, 1999.

88. Овчаров В.К. Состояние здоровья населения и организационные проблемы здравоохранения северных регионов страны // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 1999. №5.

89. Основные тенденции формирования здоровья населения Российской федерации в 1998 г. Сост. Щепин О.П., Овчаров В.К., Какорина Е.П // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 1999. № 6.

90. Плющ И.В. География смертности в России. Автореф. дисс. … канд. геогр. наук. – СПб., 1998.

91. Плющ И.В. Историко-культурный потенциал городской цивилизации и продолжительность жизни населения РФ // Исторический город в контексте современности. Нижний Новгород, 1999.

92. Предложения к стратегии содействия сокращения бедности в России: анализ и рекомендации. – М.: Издание Бюро МОТ, 2002.

93. Предпринимательский климат регионов России. География России для инвесторов и предпринимателей. Под ред. А.М. Лаврова и В.Е. Шувалова. – М.: «Начала-пресс», 1997.

94. Прохоров Б.Б. Медико-экологическое районирование и региональный прогноз здоровья населения России. – М.: Изд-во МНЭПУ, 1996.

95. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России в прошлом, настоящем и будущем // Проблемы прогнозирования. 2001. №1.

96. Прохоров Б.Б. Здоровье населения России // Проблемы прогнозирования. 1998. №4.

97. Психосоциальные расстройства // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 1999. №3.

98. Районы и города Калужской области. Информационно-статистический сборник – Калуга, 1996.

99. Районы и города Калужской области. Информационно-статистический сборник – Калуга, 2001.

100. Ратанова М.П., Колбенева и др. Оценка степени экологической опасности городов России для здоровья населения // Вест. Моск. ун-та. Сер. 5. Геогр. 1995. №3.

101. Ратанова М.П., Черковец М.В. Социально-экономические факторы и здоровье населения Ивановской области // Вест. Моск. ун-та. Сер. 5. Геогр. 2001. №4.

102. Ревич Б.А. Здоровье городских жителей // Природа. 1993. №2.

103. Ревич Б.А., Быков А.А. Загрязнение воздуха как фактор смертности в городах России // Энергия. 1998. №5.

104. Регионы России в 1998 г. Статистический сборник. – М.,1999.

105. Регионы России в 2001 г. Статистический сборник. – М., 2002.

106. Решетников А.В. Особенности подготовки и проведения медико-социологических исследований // Экономика здравоохранения. 2001. №1.

107. Решетников А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг // Экономика здравоохранения. 2000. №12.

108. Решетников К. В. Региональные особенности общественного здоровья в России в переходный период // Проблемы прогнозирования. 2001. №3.

109. Римашевская Н.М., Корхова И.В. Бедность и здоровье в России // Народонаселение. 2001. №4 (14).

110. Римашевская Н.М. Русский крест //Природа.1999. №6.

111. Россия в окружающем мире. Аналитический ежегодник – 1998. – М.:МНЭПУ, 1998.

112. Россия в окружающем мире. Аналитический ежегодник – 1998. – М.:МНЭПУ, 1999.

113. Рывкина Р.В. Образ жизни сельского населения. – Новосибирск: Наука, 1979.

114. Саградов А.А. Россия и индекс человеческого развития // Население и общество. Информ. бюлл. Центра демографии и экологии человека ИНП РАН. 2000. №43, февраль.

115. Сахно А.В. Теоретико-методологические и медико-социальные проблемы общественного здоровья. Автореф. дисс. … д-ра мед. наук. – М., 1993.

116. Светличная Т.Г. Анализ летальных исходов в стационарах города и села // Здравоохр. РФ. 1999. №3.

117. Сидоров П.И., Соловьев А.Г., Коробицын Л.Л., Кирпич И.А., Никуличев В.В. Медико-социальные аспекты пьянства и алкоголизма на европейском севере// Здравоохр. РФ. 2000. №1.

118. Смирнова О.Ю. Невротические расстройства у лиц, вынужденно сменивших работу./Акт. вопросы психиатрии. – Иваново: Иван. гос. мед. акад., 1998.

119. Сороковикова Н.В., Ратанова М.П., Черковец М.В., Орлинский Д.Б. Оценка загрязнения окружающей среды и здоровья населения в

промышленном городе / Бюллетень НИИ гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А. Семашко. – М, 1999.

120. Состояние здоровья населения и приоритеты развития здравоохранения Свердловской области (опыт мониторинга) / НПО «Медсоцэкономинформ», департамент здравоохранения администрации Свердловской обл., Свердловский областной информационно-вычислительный центр. – М.–Екатеринбург, 1996.

121. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: учебное руководство. Под ред. проф. Ю.П. Лисицина. – М.: НПО «Медикосервис», 1998.

122. Социально-психологическая динамика в условиях экономических изменений. Под ред. А.Л. Журавлева, Е.В. Шороховой. – М.: Изд-во ИП РАН, 1998.

123. Социально-экономическое положение Калужской области. Январь-июль 2001 г. №7. – Калуга, 2001.

124. Социальное положение и уровень жизни населения России. Стат. сборник. – М., 2002.

125. Социогеографическое исследование образа жизни и его элементов (на примере Эстонской ССР). Методическое пособие. Сост. Райтвийр Т. – Таллин, 1979.

126. Страна самоубийц // Независимая газета. 11.08.2003.

127. Судоплатов А.П., Хорева О.Б. Кризисные явления в демографическом развитии России и ее регионов // Вест. Моск. ун-та. Сер. 6. Экон. 2001, №4.

128. Суринов А.Е. Социально-экономическая ситуация в 1992 – 2000 гг. – воздействие на население России. - Мир России. 2001. №2.

129. Тишук Е. Медико-демографические процессы в современной России // Врач. 2000. №1.

130. Тюков Ю.А., Ползик Е.В. Официальная медицинская статистика как основа управления здоровьем населения // Экономика здравоохранения. 2000. №7.

131. Федулов С.В. Географическое изучение образа жизни. Автореф. дисс. … канд. геогр. наук. – М., 1989.

132. Филатов А.Н. Территориальная организация населения в сельской местности центральной России. Автореф. дисс. … канд. геогр. наук. – М., 2002.

133. Чернуха А.Д., Никитин Ю.П. Медико-экологическая и социальная адаптация коренного населения северо-востока России // Пр-мы соц. гиг., здравоохр. и истории мед-ны. 2000. №1.

134. Шевченко Ю. Минздрав – ведомство болезней или здоровья? // Российская газета. 05.08.2003.

135. Школьников В.М. Факторы формирования пространственных закономерностей смертности населения на территории СССР. Автореф. дисс. … канд. геогр. наук. – М.: Институт географии АН СССР, 1987.

136. Школьников В.М. Географические факторы продолжительности жизни // Изв. РАН. Сер. географич. 1987. №3.

137. Экономическая и социальная география России. Под. ред. А.Т. Хрущева. – М.: Дрофа, 2001.

138. Эпидемиологический анализ онкологической заболеваемости и смертности при оценке влияния радиационного и других факторов на здоровье населения: руководство. – М.: Гос. комитет сан.-эпид. надзора РФ, 1996.

139. Яруллин А.Х., Амиров Н.Х., Тураев Р.Г., Даутов Ф.Ф. Социально-гигиенический мониторинг здоровья детского населения. – Казань, 1997.

140. Alexeev A., Semagin U., Shabalina N., Evdokimov M., Pavlov K., Cherkovets M., Filatov A. Transformation of rural settlements in Russia in 1990s. Example of local region in the Central zone of Russia // Современные проблемы географии и природопользования. Вып. 3. – Барнаул, 2000.

141. Catalogue of health indicators. A selection of important health indicators recommended by WHO programmes. - Geneva, WHO, 1996. Division of Health Situation and Trend Assessment.

142. Chenet L., McKee M., Shkolnikov V., Vassin S. Alcohol and cardiovascular mortality in Moscow: new evidence of a causal association. European Journal of Population, 1998, 14: 19-37

143. Development of indicators for monitoring progress towards health for all by the year 2000 (Health for All Series No. 4) - Geneva, WHO, 1981.

144. Elinson J. Toward sociomedical health indicators // Soc. Indicators Res 1974;1:59-71.

145. Katsching H. Насколько полезна концепция качества жизни в психиатрии? - Psychological Medicine, 1998, 28, 159-164

146. Manual of mortality analisys. - Geneva: WHO, 1980.

147. Marthe R. Gold, David Stevenson and others. Similarities and Differences in Summary Measures of Population Health//Annual Review of Public Health, May 2002, Vol. 23:

148. Murrey C.J.L. The infant mortality rate, life expectancy at birth and linear index of mortality as measures of general health status/ International of Epidemiology, 1998-17, №1.

149. Spitzer WO, Dobson AJ, Hall J. et al. Measuring the quality of life in cancer patients: a concise QL index for use by phisicians // J. chronic dis 1981;34:585-97.

150. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. – Geneva:WHO, 2001.

151. Waldberg P., McKee M., Shkolnikov V., Chenet L., Leon D. Economic change, crime and Russian mortality crisis: a regional analysis. // British Medical Journal, 1998, vol. 317, August.

152. Wenger NK, Mattson ME, Furberg CD, Elinson J. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies // Amer. J. Cardiol 1984;54:908-13

153. WHOQOL-BREF/Programme on mental health - Geneva: WHO, 1996.

154. WHOQOL. Measuring quality of life/Programme on mental health - Geneva: WHO, 1996.

155. WHO Issues New Healthy Life Expectancy Rankings/Press Release WHO. 4 June. 2000.

Интернет источники

156. Вишневский А.Г. Будем меньше пить – будем дольше жить // Электронная версия газеты «Известия». 10.04.2002. http://main.izvestia.ru/online/article16942

157. Демоскоп. Электронная версия бюллетеня «Население и общество». http://demoscope.ru/weekly/2003/0129/barom01.php

158. Европейская база данных «Здоровье для всех» (European Health for All Database). www.euro.who.int

159. Ивановская область - "экономическое гетто" России?// Газета «Частник». 07.10.2002. http://news.chastnik.ru/txt.php?plot=14&idx=1540

160. Медицинский информационный сервер. www.medline.ru

161. Программа улучшения качества жизни населения: белгородский проект/Научно-исследовательская лаборатория по проблемам качества жизни населения. 2003. http://www.bel.edu.ru/lab/faq.asp

162. О современном состоянии смертности населения Российской Федерации/Доклад Комиссии по вопросам женщин, семьи и демографии при Президенте Российской Федерации. 1997. http://www.dpni.org/stat55.htm

163. Об итогах социально-экономического развития Ивановской области за 1999 г. Управление экономики и прогнозирования администрация Ивановской области. www.ivadm.ivanovo.ru

164. Статистическая информационная система ВОЗ (WHOSIS). www3.who.int/whosis

165. Экзогенные психические расстройства. Научный центр психического здоровья РАМН. http://www.mentalhealth.ru/lib/tiganov/5/index.cgi?0