



РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН



МОЛОДЫЕ УЧЕНЫЕ - ЭКОНОМИКЕ

Двенадцатый выпуск



Вологда

2012

Коллектив авторов

**Молодые ученые –
экономике. Выпуск 12**

«ИСЭРТ РАН»

2012

Коллектив авторов

Молодые ученые – экономике. Выпуск 12 / Коллектив авторов —
«ИСЭРТ РАН», 2012

В Научно-образовательном центре, функционирующем при ИСЭРТ РАН с 2003 года, благодаря целевой программе Президиума РАН «Поддержка молодых ученых» сформировалась научная школа по проблемам исследования социально-экономических процессов региона. В очередном ежегодном сборнике трудов молодежной научной школы публикуются материалы проведенных НОЦ в 2011 году конкурса научно-исследовательских работ молодых ученых и научно-практической конференции «Молодые ученые – экономике региона». Сборник адресован студентам, аспирантам, преподавателям учебных заведений экономического профиля, а также всем, кто интересуется проблемами развития региональной экономики. Тексты работ публикуются в авторской редакции.

© Коллектив авторов, 2012

© ИСЭРТ РАН, 2012

Содержание

Предисловие	6
Раздел I	8
Н.А. Копейкина	8
Введение	8
Медико-демографические характеристики Вологодской области. Здоровье детского населения региона	9
Анализ здорового образа жизни детей Вологодской области (на материалах социологического исследования)	13
Заключение	17
Литература	18
Н.А. Маланичева	20
Концептуальные основы исследования здоровья населения	21
Социально-экономическая сущность здоровья	
Факторы формирования здоровья на современном этапе эпидемиологического перехода	22
Конец ознакомительного фрагмента.	25

Молодые ученые – экономике

Сборник работ молодежной

научной школы

Выпуск 12

© ФГБУН ИСЭРТ РАН, 2012

Все права защищены. Никакая часть электронной версии этой книги не может быть воспроизведена в какой бы то ни было форме и какими бы то ни было средствами, включая размещение в сети Интернет и в корпоративных сетях, для частного и публичного использования без письменного разрешения владельца авторских прав.

Предисловие

В условиях глобализации экономики, стремительного роста науки и техники и их влияния на мировые процессы перед Россией остро встала проблема воспроизводства и усиления ее научного потенциала. Практика последних десятилетий убедительно доказывает, что в быстро изменяющемся мире стратегические преимущества будут у тех государств, которые смогут эффективно развивать и продуктивно использовать инновационный потенциал развития, основным носителем которого является молодежь.

На современном этапе реализация экономических и социальных преобразований в России нуждается в хорошо образованных, творчески мыслящих специалистах, которые могут активно воздействовать на уровень производственного и общественного развития государства. Необходимо широкое привлечение молодых, патриотически настроенных ученых к решению социальных и экономических задач, стоящих перед Россией. Об этом говорили участники заседания Президиума Государственного совета по вопросам поддержки талантливых детей и молодежи, проходившего 27 февраля 2012 года в г. Чебоксары.

Поэтому поддержка и развитие талантливой молодежи должна стать стратегической задачей государственной политики, проводимой в этом направлении.



В 2003 г. в Вологде создан Научно-образовательный центр экономики и информационных технологий ИСЭРТ РАН, представляющий собой многоступенчатую систему подготовки специалистов высшей квалификации для науки, хозяйствующих субъектов и органов власти Вологодской области на основе непрерывной образовательной цепочки «школа – вуз – аспирантура».

В НОЦ созданы все условия для включения талантливой молодежи в научно-исследовательскую деятельность, выявления и развития их способностей в процессе формирования молодежной научной школы по исследованию социально-экономических процессов в регионе. Учащиеся и аспиранты Центра принимают активное участие в работе конференций, семинаров, ежегодно становятся победителями олимпиад и конкурсов различного уровня.

В 2011 году в соответствии с программой Президиума РАН «Поддержка молодых ученых» в НОЦ проходили конкурс научно-исследовательских работ и научно-практическая конференция «Молодые ученые – экономике региона», в которых приняли участие аспиранты ИСЭРТ РАН, студенты филиала Санкт-Петербургского государственного инженерно-экономического университета в г. Вологде, Вологодского государственного технического университета, Вологодской государственной молочнохозяйственной академии им. Н.В. Верещагина и Вологодского государственного педагогического университета. Работы победителей и лауреатов конкурса НИР, а также доклады участников конференции опубликованы в этом сборнике.

Надеемся, что он будет полезен тем, кто интересуется проблемами развития региональной экономики.

В.И. ПОПОВА

*зав. отделом исследований влияния интеграционных процессов
в науке и образовании на территориальное развитие ИСЭРТ РАН, к.э.н.*

Раздел I

Конкурсные работы молодых ученых в области экономики

Н.А. Копейкина

Здоровье детского населения Вологодской области: состояние и проблемы¹

*Дети дороже нефти, они вовсе не сырье,
а драгоценный ресурс процветания страны
и светлого будущего России.*

А.И. Антонов²

Введение

Актуальность темы исследования. Здоровье населения является одним из наиболее важных показателей уровня любого общества, который в значительной степени зависит от формирования здорового образа жизни людей. Особенно актуальны эти вопросы для России, где в конце XX – начале XXI века сложилась крайне неблагоприятная демографическая ситуация, обусловившая сокращение численности населения. Согласно статистическим данным, за период с 2000 по 2010 г. численность населения России уменьшилась почти на 5 млн. человек или 3,4 %. В Вологодской области за это время население сократилось на 86 тыс. чел. или 6,6 % [15].

Уменьшаясь в количестве, общество теряет и качественные характеристики в силу ослабления здоровья населения. За последние десятилетие произошли значительные изменения в состоянии здоровья детей и подростков, характеризующиеся ростом функциональных расстройств и хронических болезней, увеличением распространенности поведенческих факторов риска. Особенно вызывает тревогу рост заболеваемости среди детей и подростков. С 2000 по 2009 г. общая заболеваемость детей от 0 до 14 лет в России выросла на 34 % (со 146 236 до 195 814 чел. на 100 тыс. нас.) [15], в Вологодской области – на 41 % (с 184 809 до 261 267).



Н.А. Копейкина

¹ Копейкина Наталья Александровна – аспирант, младший научный сотрудник ИСЭРТ РАН. Работе присуждена первая премия.

² Антонов А.И. – д.ф.н., заведующий кафедрой социологии семьи и демографии социологического факультета МГУ им. М.В. Ломоносова.

Здоровье детей ухудшается от поколения к поколению. Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детей и подростков наносят большой социальный и экономический ущерб. Вступая в период взросления, больные дети не только не смогут освоить наукоемкие профессии, но и полностью использовать свой интеллектуальный потенциал.

Здоровье обусловлено комплексным воздействием различных факторов. Но первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит самому человеку, его образу жизни. Поэтому изучение формирования здорового образа жизни детского населения в условиях продолжающегося демографического кризиса непростая и актуальная проблема. В связи с этим необходимо создание социальных институтов, направленных на формирование социальной среды и личной мотивации людей на ведение здорового образа жизни.

Объектом исследования в настоящей работе является детское население (в возрасте от 0 до 17 лет) Вологодской области. *Предметом исследования* — количественные и качественные показатели, характеризующие здоровый образ жизни детского населения.

Цель исследования – изучение здоровья и образа жизни детского населения Вологодской области на фоне продолжающегося демографического кризиса, разработка на этой основе комплекса мер по укреплению здоровья детей.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие *задачи*:

1. Изучить теоретико-методологические аспекты здоровья и здорового образа жизни населения.
2. Провести анализ медико-демографической ситуации в Вологодской области и выявить основные тенденции здоровья детского населения.
3. Изучить характеристики образа жизни детского населения Вологодской области (на основе социологического опроса).
4. Разработать комплекс мероприятий по укреплению и формированию здоровья детей.

Научная новизна: на основе данных мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения» рассчитан интегральный показатель (по адаптированной к условиям Вологодской области методике, предложенной Министерством здравоохранения Республики Беларусь), характеризующий образ жизни детского населения Вологодской области.

В исследовании применялись методы сравнения и сопоставления, анализа и синтеза. Информационной базой работы послужили исследования российских и зарубежных ученых в области здоровья и здорового образа жизни населения, данные мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения», а также данные Федеральной службы государственной статистики и её Территориального органа по Вологодской области, Комитета медицинской статистики по Вологодской области по вопросам детского здоровья и демографических процессов, данные Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ). Обработка и анализ исходной информации осуществлялась с помощью программного обеспечения прикладной программы Microsoft Office Excel и пакета статистической программы SPSS.

Медико-демографические характеристики Вологодской области. Здоровье детского населения региона

В настоящее время население Вологодской области и России в целом стремительно сокращается. Все большую тревогу вызывает ситуация, при которой показатели рождаемости в стране в 1,6 раза ниже, чем необходимо для простого воспроизводства населения: поколение детей лишь на 60 % замещает поколение родителей [4]. Все это еще раз подтверждает, что страна в силу неблагоприятных факторов находится в глубоком демографическом кризисе, который характеризуется также крайне высокой смертностью в трудоспособном возрасте и относительно низкими показателями дожития в пожилых когортах населения.

Уровень рождаемости в Вологодской области соответствует среднероссийскому (за 2000–2010 гг. увеличился с 8,8 до 12,5‰), однако он ниже, чем необходимо даже для замещения новыми поколениями родительских когорт, что не позволяет преодолеть снижение численности населения (*табл. 1*). В результате за 11 лет численность населения в Вологодской области уменьшилась на 85 954 человек или на 6,6 % (в 2010 г. – 1 213,7 тыс. чел.), что значительно превышает показатели по стране: за указанный период численность населения в России сократилась на 3,4 % (в 2010 г. – 141 914,5 тыс. чел.).

Таблица 1. Естественное движение населения в Вологодской области (ВО) и Российской Федерации (РФ)

Год	Численность населения, тыс. чел.		Общий коэффициент рождаемости, ‰		Общий коэффициент смертности, ‰		Естественная убыль, ‰	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
2000	146 890,1	1 299,6	8,7	8,8	15,3	16	-6,6	-7,2
2001	146 303,6	1 290,4	9	9,4	15,6	17,4	-6,6	-8
2002	145 649,3	1 278,5	9,7	10,1	16,2	18,4	-6,5	-8,3
2003	144 963,6	1 266,8	10,2	10,4	16,4	19,8	-6,2	-9,4
2004	144 168,2	1 255,6	10,4	10,7	16	19,1	-5,6	-8,4
2005	143 474,2	1 245,5	10,2	10,5	16,1	18,8	-5,9	-8,3
2006	142 753,5	1 235,4	10,4	10,9	15,2	17,1	-4,8	-6,2
2007	142 220,9	1 227,8	11,3	11,6	14,6	15,9	-3,3	-4,3
2008	142 008,8	1 222,9	12,1	12	14,6	16,3	-2,5	-4,3
2009	141 903,9	1 218,2	12,4	12,4	14,2	16,2	-1,8	-3,8
2010	141 914,5	1 213,7	12,5	12,5	14,2	16,8	-1,7	-4,3

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

Несмотря на повышение в 2000–2009 гг. продолжительности жизни как в Вологодской области (почти на 2 года), так и в России (в среднем на 3 года), отставание от Европейского Союза составляет 12 и 11 лет соответственно (*табл. 2*).

Таблица 2. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении, число лет

Территория	Все население			Мужчины			Женщины		
	2000 г.	2008 г.	2009 г.	2000 г.	2008 г.	2009 г.	2000 г.	2008 г.	2009 г.
РФ	65,34	67,88	68,67	59,03	61,83	62,77	72,26	74,16	74,67
Вологодская область	65,65	66,91	67,27	59,17	60,38	60,70	73,05	74,04	74,43
ЕС	77,5	79,62	79,65	74,17	76,47	76,6	80,72	82,48	82,61

Источники: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – С. 85; Европейская база данных «Здоровье для всех». – URL: <http://www.euro.who>

Вологодская область среди всех регионов России занимает лишь 51 место по показателю ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ). Вместе с тем существует гендерное различие в продолжительности жизни: женщины в Вологодской области живут на 14 лет дольше мужчин, в России – на 12 лет.

По женским когортам, при совпадении областных показателей с российскими, отставание от экономически развитых европейских стран составляет 8 лет. Мужчины в области живут на 2 года меньше, чем в России, и на 16 лет меньше, чем в экономически развитых странах.

Таким образом, последствием сокращения численности населения в сочетании с увеличением средней продолжительности жизни является неуклонный рост в возрастной структуре доли населения старших возрастов. Этот процесс получил название **демографического старения населения** (точнее, его возрастной структуры). Происходит трансформация параметров воспроизводства населения в сторону более суженного замещения поколений, уменьшается доля детского населения в общей численности населения, возрастает нагрузка на трудоспособных и занятых жителей лицами престарелого возраста.

Динамика изменения возрастной структуры населения показала, что за последние 11 лет (с 2000 по 2010-й) удельный вес детей в общей численности населения Вологодской области сократился с 23,3 до 18,3 % (*табл. 3*). Аналогичная ситуация складывается и по стране в целом, где за указанный период доля детей и подростков (в возрасте от 0 до 17 лет) уменьшилась на 5 процентных пунктов (с 23,5 до 18,3 %).

Таблица 3. **Численность постоянного населения (на начало года)**

Население	Тыс. чел.			В процентах к итогу		
	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.
РФ						
Все население	146 890	143 474	141 914	100	100	100
В том числе в возрасте от 0 до 17 лет	34 583	29 054	25 980	23,5	20,3	18,3
Вологодская область						
Все население	1 299,6	1 245,5	1 213,6	100	100	100
В том числе в возрасте от 0 до 17 лет	302,694	252,421	222,016	23,3	20,3	18,3
Источник: данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru						

В возрастном составе населения видны и региональные различия. Самые «молодые» регионы России удалены от ее центра, «старое» население концентрируется в столицах и близлежащих регионах. Вологодская область в этом рейтинге занимает лишь 50-е место (*табл. 4*).

Изменения в возрастной структуре заметно влияют на демографическую нагрузку населения в трудоспособном возрасте. Данные *таблицы 5* показывают, что в начале 80-х гг. в связи с повышением рождаемости нагрузка детьми и пожилыми резко отличалась в пользу детей, а в 2000 г. соотношение изменилось в пользу нагрузки пожилыми.

Таким образом, увеличение нагрузки пожилыми людьми еще раз доказывает тенденцию постарения населения, которая прогнозируется вплоть до 2050 г.

Таблица 4. **Население в возрасте от 0 до 17 лет в некоторых регионах РФ в 2010 г. (в % от численности населения)**

№ п/п	10 самых «молодых» регионов	10 самых «старых» регионов
1	Чеченская Республика	г. Санкт-Петербург
2	Республика Тыва	г. Москва
3	Республика Ингушетия	Ленинградская область
4	Агинский Бурятский АО	Тульская область
5	Республика Дагестан	Рязанская область
6	Усть-Ордынский Бурятский АО	Московская область
7	Эвенкийский автономный округ	Воронежская область
8	Республика Алтай	Ивановская область
9	Республика Саха (Якутия)	Ярославская область
10	Таймырский (Долгано-Ненецкий) АО	Смоленская область
...50	Вологодская область	18,3
Источник: составлено на основе данных Федеральной службы государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru		

Таблица 5. **Коэффициент демографической нагрузки в РФ в 1985–2050 гг. (на 100 человек трудоспособного населения)**

Год	Коэффициент демографической нагрузки всеми нетрудоспособными	Коэффициент демографической нагрузки детьми	Коэффициент демографической нагрузки пожилыми
1985	57,6	35,7	21,9
1990	63,8	37,6	26,2
1995	61,1	34,2	26,9
2000	57,3	28,2	29,1
2005	46,8	21,2	25,6
2010	46,8	19,9	26,9
2020	59,4	21,7	37,7
2030	65,9	20,9	45,0
2040	76,5	21,9	54,6
2050	103	27,5	75,5
Источник: Database PRED 3.0. – New York: UN, DESA, Population Division, 2002.			

В Вологодской области младенческая смертность снизилась с 16 случаев (на 1000 родившихся живыми) в 2000 г. до 7,8 случая в 2009 г. Этот показатель соответствует предельно допустимому значению, установленному Европейским Бюро ВОЗ, – 10 детей на 1000 родившихся живыми. И хотя за последние годы наблюдаются позитивные изменения в динамике младенческой смертности, ситуацию нельзя считать удовлетворительной, поскольку её уровень в нашей стране остается почти в 2 раза выше, чем в экономически развитых странах Европы (*табл. 6*).

Таблица 6. **Младенческая смертность** (в возрасте до одного года, на 1000 родившихся живыми)

Территория	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
РФ	15,3	14,6	13,3	12,4	11,6	11,0	10,2	9,4	8,5	8,1
Вологодская область	15,8	17,5	13,9	12,6	10,9	11,6	8,6	9,0	7,7	7,8
ЕС	5,9	5,8	5,5	5,4	5,3	5,2	4,7	4,6	4,4	н.д.

Источники: Демографический ежегодник России. 2001, 2009, 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2001, 2009, 2010.; Здоровье для всех: Европейская база данных. ВОЗ. – URL: <http://www.euro.who>

Демографический кризис характеризуется не только убылью населения, обусловленной депопуляцией, но и такими качественными негативными изменениями, как рост заболеваемости детей, увеличение потребления алкоголя, распространение наркомании и табакокурения среди подростков. И все это происходит на фоне сокращения детей в общей численности населения.

Анализ заболеваемости детского населения Вологодской области показал, что за период с 2000 по 2009 г. общая заболеваемость детей выросла на 41 %. Такая же тенденция прослеживается и в России: общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет выросла на 34 %, увеличиваясь в среднем на 5 % ежегодно (рис. 1).

Вместе с тем уровень заболеваемости в регионе детей подросткового возраста (от 15 до 17 лет) в указанный период увеличился на 27 %, повышаясь в среднем за год на 3 % (рис. 2). За 2009 г. первичная заболеваемость выросла на 11 %. Хуже ситуация в России, где общая заболеваемость подростков за 2000–2009 гг. увеличилась на 60 %.

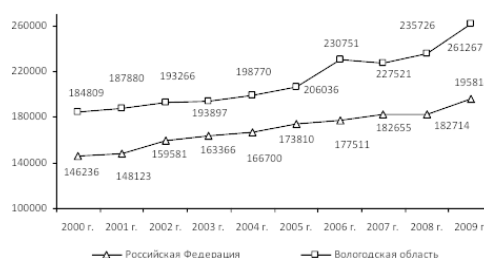


Рисунок 1. **Заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет** (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источники: Российский статистический ежегодник. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2000–2010.

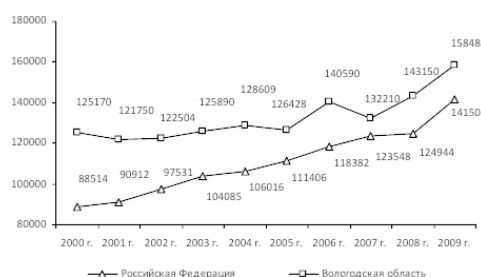


Рисунок 2. **Заболеваемость подростков в возрасте от 15 до 17 лет** (на 100 тыс. населения соответствующего возраста)

Источники: Молодежь в России. 2010: стат. сб. / ЮНИСЭФ, Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. – 166 с.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2000–2010.

ния Вологодской области за 2009 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2000–2010.

Увеличение количества детей, имеющих различные заболевания, является результатом двух процессов: ухудшения здоровья и повышения уровня выявления болезней на более ранних стадиях.

Таким образом, как в регионе, так и по стране в целом в последние десятилетия высокими темпами растет заболеваемость среди детей и подростков, что в принципе противостоит. Несмотря на положительные тенденции уменьшения показателя младенческой смертности, здоровье детей ухудшается от поколения к поколению.

Кроме данных, основанных на медико-демографической статистике, важным является также использование оценок состояния индивидуального здоровья, полученных в результате социологического исследования.

Анализ здорового образа жизни детей Вологодской области (на материалах социологического исследования)

На качественно ином уровне помогает увидеть здоровье детей и подростков медико-социологическое мониторинговое исследование «Изучение условий формирования здорового поколения»³, проводимое ИСЭРТ РАН с 1995 г.

Одним из основных достоинств мониторингового исследования является то, что оно помогает понять основные причины изменений в здоровье детского населения, а именно предоставляет возможность выявить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на формирование здоровья детей.

Факторы, влияющие на здоровье, специалисты условно объединяют в четыре группы: биологические (пол, возраст, наследственность и др.); природные (климатические, гелио-геофизические, антропогенное загрязнение и др.); социально-экономические (образ жизни); медицинские (организация медицинской помощи).

Все названные группы факторов воздействуют на уровне как индивидуального, так и популяционного здоровья. Они взаимосвязаны между собой, но степень их влияния на здоровье неодинакова [5]. Согласно модели экспертов ВОЗ, соотношение факторов, влияющих на здоровье, таково: социально-экономические условия и образ жизни – 50 %; биологические свойства организма – 20 %; внешняя среда, природные условия – 20 %; здравоохранение – 10 %. Таким образом, наполовину состояние здоровья человека зависит от самого индивида, его образа жизни. Поэтому для укрепления и улучшения состояния здоровья детского населения необходимо уделять внимание формированию у ребенка здорового образа жизни, как одного из основных факторов, влияющих на здоровье.

Формирование здорового образа жизни начинается уже в раннем детстве, поэтому в обеспечении нормального развития и полноценного здоровья детей огромна роль семьи. Институт семьи выполняет в обществе определенные социальные функции, через которые воздействует на образ жизни подрастающего поколения. Своими привычками, культурой поведения, образом жизни родители являются примером для своих детей. Роль семьи в формировании здоровья ребенка определяется также тем, что человек получает в наследство состояние здоро-

³ Мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения» проводится в ИСЭРТ РАН с 1995 г. при методологическом руководстве ИСЭПН РАН. Для оценки здоровья и развития детей привлекаются медицинские работники. Исследование проводится в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожеге. В исследовании участвуют все семьи, в которых родились дети в период с 15 по 30 мая 1995 г. (первая когорта) и с 1 по 20 марта 1998 г., 2001 г., 2004 г. (вторая – четвертая когорты). Мониторинг предполагает использование комплексного инструментария, основу которого составляют социологические вопросы.

вья своих родителей и основной процесс формирования здоровья (обучение навыкам заботы о здоровье и соблюдение санитарно-гигиенической культуры) происходит прежде всего в семье.

В результате исследования были получены следующие данные, которые, на наш взгляд, и показывают, насколько образ жизни ребенка в семье соответствует здоровому.

Несомненно, что позитивные установки и ценность «здоровья» являются положительной предпосылкой для формирования здорового образа жизни. В сознании подавляющего большинства семей (86 %) «здоровье ребенка» как ценность вместе с ценностью «семьи» (83 %) занимает 1–2 место среди других важнейших социальных ценностей – «свое здоровье» (60 %), «материальное благополучие» (44 %), «образование» (23 %).

Одним из главных показателей, характеризующих отношение человека к своему здоровью, выступает самооценка здоровья. По данным обследования 2010 г., самооценка детьми (12 и 15 лет) своего здоровья показала, что отличным считали состояние своего здоровья 16 % обследованных, хорошим – 48 %, удовлетворительным – 29 %, плохим – 2 %, затруднились определить – 5 %. Представления детей о состоянии своего здоровья крайне завышенные, о чем свидетельствуют приведенные ниже данные.

Поскольку знания и представления родителей о состоянии здоровья ребенка также не всегда соответствуют действительности, сравним родительское мнение с мнением врачей. Результат сопоставления показал: родители в 2 раза чаще, чем педиатры, оценивают здоровье детей как «хорошее». В то же время «плохим» здоровье ребенка родители называют в 6 раз реже, чем педиатры (табл. 7).

Необоснованное спокойствие родителей, незнание ситуации и, как следствие, слабая мотивация на укрепление здоровья детей и проведение семейных мероприятий могут являться причиной ухудшения здоровья детей. По данным исследования 2010 г., более половины родителей (63 %) ответили, что за последний год их отношение к здоровью ребенка не изменилось, и только 36 % родителей стали уделять больше внимания укреплению здоровья ребенка и профилактике заболеваний.

Таблица 7. Сопоставление оценки здоровья детей родителями и педиатрами

Оценка здоровья ребенка родителями (в % от числа опрошенных)		Оценка здоровья ребенка педиатрами (в % от числа наблюдаемых детей)	
Когорта 1995 года			
Хорошее	33,3	8,5	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	63,4	61,7	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	1,1	29,8	Плохое (3 группа здоровья)
Когорта 1998 года			
Хорошее	30,0	15,7	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	68,6	60,0	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	1,4	24,3	Плохое (3 группа здоровья)
Когорта 2001 года			
Хорошее	32,5	16,5	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	65,8	63,5	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	1,8	20,0	Плохое (3 группа здоровья)
Когорта 2004 года			
Хорошее	42,3	17,3	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	53,7	64,6	Удовлетворительное (2 гр. здоровья)
Плохое	4,1	18,1	Плохое (3 группа здоровья)

В анкетном опросе детей попросили дать ответ на вопрос: «Что такое в твоём понимании здоровый образ жизни?». Самым популярным вариантом ответа было «занятие спортом», затем – «отсутствие вредных привычек», «здоровое питание», «прогулки на свежем воздухе». Тогда как родители на первое место поставили здоровое питание и отсутствие вредных привычек, на третье место – взаимопонимание всех членов семьи.

В принятых Генеральной Ассамблеей ВОЗ документах указано, что около 1/3 всех болезней системы кровообращения обусловлено неправильным питанием [14]. Несмотря на то что на первое место родители ставят здоровое питание, углубленный анализ показал, что 50 % детей ежедневно балуются сладостями, не каждый день получают овощи. В то же время сбалансированное и рациональное питание во многом зависит от привычек, образа жизни семей

с детьми. По данным исследования, в 2010 г. по сравнению с 2001 г. увеличилось ежедневное потребление детьми молочных продуктов (на 5 %), фруктов (5 %), соков (7 %), сладостей (2 %). Однако уменьшилось потребление продуктов, содержащих белок и протеины (в мясе – на 6 %, рыбе – 4 %, яйцах – 5 %).

Рациональное и правильное питание также является основной составляющей здорового образа жизни. Не стоит оставлять без внимания и регулярность питания. Регулярно завтракают в среднем 82 % школьников в возрасте 9 лет и только 64 % детей в возрасте 15 лет. В большей степени это определяется пищевыми привычками семей. В будущем это может привести к формированию у части молодых людей неправильной организации своего питания.

Наличие вредных привычек среди ближайшего окружения детей тоже является препятствием для формирования у них позитивных ориентаций на здоровый образ жизни. Для детей очень важно, курят родители или нет. В семьях, где курил хотя бы один из членов семьи, дети 12 лет пробовали курить в 4 раза чаще, чем при некурящих родственниках. С возрастом количество детей, пробовавших курить, увеличилось в 2 раза (табл. 8).

Таблица 8. Влияние курящих членов семьи на вероятность пробы курения ребенком (в % от числа опрошенных, дети 1995 г.р.)

Курит ли кто-либо из членов семьи?	Пробовал ли ребенок курить?			
	12 лет		15 лет	
	Да	Нет	Да	Нет
Да	17,4	82,6	34,0	66,0
Нет	4,5	95,5	20,0	80,0

Еще одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье детей, является чрезмерное потребление алкогольных напитков. Исследование показало, что если в семье есть практика употребления алкоголя, то 12 % детей в возрасте 12 лет и половина – в возрасте 15 лет его тоже пробовали (табл. 9).

Таблица 9. Влияние употребляющих алкоголь членов семьи на вероятность потребления алкоголя ребенком (в % от числа опрошенных, дети 1995 г.р.)

Выпивает ли кто-либо из членов семьи?	Пробовал ли ребенок алкоголь?			
	12 лет		15 лет	
	Да	Нет	Да	Нет
Да	12,5	87,5	48,1	51,9
Нет	6,5	93,5	22,6	77,4

Когда мы говорим о здоровье, то нельзя обойти и двигательную активность. Постоянная физическая нагрузка необходима и полезна, она делает организм выносливее и крепче, повышает его сопротивляемость болезням. Исследование показало, что большинство родителей мало уделяют внимания привитию ребенку навыков физической культуры. Установлено, что дети в 54 % случаев не выполняют утреннюю зарядку, 14 % родителей проводят закаливающие процедуры с детьми и лишь 36 % детей занимаются спортом и физической культурой вне школы. Это проблема не только детского населения. Данные российских исследований, проведенных в 2002 г., свидетельствуют о низком уровне физической активности у 73–81 % мужчин и 73–86 % женщин в России [12]. Слабая мотивация на проведение закаливающих и укрепляющих семейных мероприятий может являться причиной ухудшения здоровья детей.

На основе данных мониторинга рассчитан интегральный показатель (по адаптированной к условиям Вологодской области методике, предложенной Министерством здравоохранения Республики Беларусь [13]), характеризующий образ жизни детского населения Вологодской области. Интегральный показатель – индекс жизнеобеспечения ($I_{ж}$) – используется для оценки социально-гигиенических условий проживания и воспитания детей в семье. И отражает степень соответствия образа жизни ребенка «оптимальному». Значения индекса могут колебаться

от 0 до 1, где 0 – наличие неблагоприятных факторов, которые показывают отдельные аспекты образа жизни, а 1 означает оптимальную характеристику образа жизни ребенка.

В методику вошли следующие показатели (критериальные признаки): возраст матери при рождении ребенка; социальное положение матери и ее образование; виды физической активности ребенка; регулярность потребления основных видов продуктов питания; информированность родителей о весе своего ребенка; оценка родителями своих знаний по физиологии и гигиене ребенка, вопросам здорового образа жизни. Было выделено 3 категории оценки критериальных признаков, которым соответствовало три названия: «оптимальный», «субоптимальный», «неоптимальный». Например, для «оптимального» критерия возраст матери при рождении ребенка должен быть до 30 лет, для «субоптимального» – от 30 до 40 лет, для «неоптимального» – свыше 40 лет.

Расчет проводился по следующей формуле:

$$I_{\text{ж}} = \frac{I}{N} \times \sum_{i=1}^k n_i \times \lg_{\text{ж}} i,$$

где N – общее число критериальных признаков, отклонения которых влияют на исследуемый интегральный показатель ($N=12$); k – количество категорий оценки критериальных признаков ($k=3$); i – номер категории; n_i – число значений для i -категории.

На основе исследования получены следующие результаты. За период с 2008 по 2010 г. наблюдается снижение интегрального показателя, характеризующего образ жизни детей. В 2010 г. образ жизни детей соответствовал «оптимальному» только на 65 % (рис. 3).

При этом следует отметить, что значение интегрального показателя уменьшается с возрастом, что можно видеть из рисунка 4 на примере двух когорт (1995 и 1998 годов рождения).

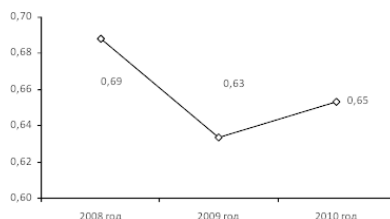


Рисунок 3. Интегральный показатель соответствия образа жизни детей «оптимальному»

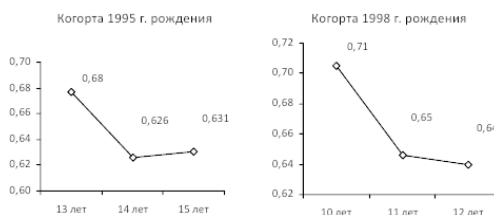


Рисунок 4. Интегральный показатель соответствия образа жизни детей «оптимальному» (на примере когорт 1995, 1998 гг.)

Так, в 2010 г. в когорте 1995 г. в среднем образ жизни детей соответствовал оптимальному на 63 %, снизившись за три года на 5 %. Такая же тенденция прослеживается и в когорте 1998 г. рождения: за трехлетний период показатель снизился на 7 % и в среднем образ жизни детей соответствует «оптимальному» только на 64 %.

Данные интегрального показателя позволили сделать вывод о том, что большинство родителей недостаточно внимания уделяют формированию здорового образа жизни ребенка, в

частности привитию навыков физической культуры, правильному и рациональному питанию. По мере взросления ребенка внимание к его здоровью со стороны родителей также ослабевает.

Нужно повышать мотивацию родителей на формирование здорового образа жизни в семье. Для этого очень важно улучшение социально-экономической ситуации в регионе и создание в обществе позитивной установки на здоровьесберегающее поведение, приобретение навыков здорового образа жизни. В связи с этим стоит подчеркнуть, что проблема формирования здорового образа жизни является не только медицинской и находится на стыке здравоохранения и социальной политики государства.

Заключение

Таким образом, исследование позволило сделать следующие выводы:

1. Выявлена устойчивая тенденция сокращения общей численности и доли детского населения. За последние 11 лет (с 2000 по 2010-й) удельный вес детей в общей численности населения Вологодской области сократился с 23,3 до 18,3 %.

2. Несмотря на позитивные изменения в динамике младенческой смертности, ее уровень в нашей стране и в области в 2 раза выше, чем в экономически развитых европейских странах.

3. Увеличивается нагрузка пожилыми людьми на трудоспособное население, что доказывает тенденцию старения населения. В дальнейшем это может привести к углублению демографического кризиса в стране.

4. Растет заболеваемость детского населения. В области за период с 2000 по 2009 г. заболеваемость детей (в возрасте от 0 до 14 лет) увеличилась на 41 %, подростков (от 15 до 17 лет) – на 27 %.

5. В сознании подавляющего большинства семей (86 %) «здоровье ребенка» как ценность вместе с ценностью «семьи» (83 %) занимает 1–2 место среди других важнейших социальных ценностей. Это говорит о положительных установках на сохранении здоровья своего ребенка.

6. Родители уделяют недостаточно внимания правильному и рациональному питанию своего ребенка. Половина детей ежедневно балуются сладостями, не каждый день получают овощи.

7. Слабая мотивация на проведение закаляющих и укрепляющих семейных мероприятий может являться причиной ухудшения здоровья детей. Так, 14 % родителей проводят закаляющие процедуры с детьми и только 36 % детей занимаются спортом и физической культурой вне школы.

8. Если в семье есть практика распространенности вредных привычек (табакокурение, потребление алкоголя), то вероятность развития этих качеств у детей возрастает в разы по сравнению с детьми, родители которых не курят и не употребляют алкоголь.

9. В обследованных семьях образ жизни детей только на 65 % соответствует «оптимальному». Это позволило сделать вывод о недостаточности уделяемого внимания большинством родителей формированию здорового образа жизни ребенка, в частности привитию навыков физической культуры, правильному и рациональному питанию. По мере взросления ребенка внимание к здоровью детей со стороны родителей ослабевает.

Исходя из вышесказанного и учитывая, что количественные показатели мало поддаются управлению, больше внимания необходимо уделять качественной составляющей детского населения. Поэтому формирование и укрепление здоровья детей – это первоочередная задача нашего государства.

В целях укрепления и формирования здоровья детей предлагаются следующие мероприятия:

1. Поскольку в Вологодской области, как и в России, нет комплексных программ, направленных на охрану здоровья детей, нужно создавать проекты по оздоровлению и профилактике

наиболее распространенных болезней на основе создания детям условий жизни, необходимых для нормального роста и развития.

2. Прогнозирование и предупреждение негативного влияния на состояние здоровья детей неблагоприятных социально-экономических и других условий и факторов. Для этого необходимо проводить мониторинг, с целью выявления наиболее уязвимых групп населения.

3. Создание новых социальных институтов, направленных на формирование социальной среды и личной мотивации людей на ведение здорового образа жизни. Разработка программ обучения здоровому поведению, здоровому жизненному стилю.

4. Формирование культуры питания. Необходимо сформировать у взрослых членов семьи понимание важности и значения правильного питания для здоровья ребенка и их собственного здоровья, расширить их осведомленность в этой области. Для этого организовывать лектории, клубы для родителей, выступление медиков, диетологов.

5. Развитие семейного спорта: совместные занятия родителей и их детей физической культурой и спортом.

6. Социальная реклама должна быть направлена на формирование у детей установки на ведение здорового образа жизни.

7. Государственная социальная политика должна быть ориентирована на создание соответствующих условий для ведения здорового образа жизни.

Литература

1. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения в Вологодской области в 2009 году [Текст] / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда, 2010. – 85 с.

2. Дубьева, Т.Б. Социальные функции семьи в процессе формирования здорового образа жизни учащейся молодежи [Текст]: автореф. дис. ... канд. соц. наук / Т.Б. Дубьева. – Улан-Удэ, 2008. – 24 с.

3. Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who>

4. Ионцев, В.А. Демографический фактор в развитии современной России [Текст] / В.А. Ионцев, И.А. Алешковский // Демографические перспективы России / под ред. Осипова Г.В., Рязанцева С.В. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 105–126.

5. Калинина, Т.В. Медико-социальная характеристика факторов, влияющих на формирование общественного здоровья [Текст] / Т.В. Калинина, И.В. Малахова // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2010. – № 2. – С. 4–9.

6. Лисицин, Ю.П. Здоровье и общественное здравоохранение [Текст] / Ю.П. Лисицын. – М., 2004. – 235 с.

7. Мировая статистика здравоохранения [Электронный ресурс]. – Женева: ВОЗ, 2010. – Режим доступа: <http://www.who.int/whosis/whostat/2010/ru/index.html>.

8. Молодежь в России. 2010 [Текст]: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2010. – 166 с.

9. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год [Текст]: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 1999–2010.

10. Регионы России. Социально-экономические показатели. – 2010 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2010.

11. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы [Текст] / кол. авт. под рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.

12. Россия: рано умирать [Текст]: доклад Всемирного банка. – 2005, декабрь.
13. Сбор, обработка и порядок представления информации для гигиенической диагностики и прогнозирования здоровья детей в системе «Здоровье – среда обитания» [Текст]: Инструкция 2.4.2.11–14–26–2003: Постановление Главного гос. врача Республики Беларусь № 152 / М-во здравоохранения. – Минск, 2003. – 46 с.
14. Улумбекова, Г.Э. Здравоохранение в России. Что надо делать: научное обоснование «Стратегии развития здравоохранения РФ до 2020 года» [Текст] / Г.Э. Улумбекова. – М.: ГЕО-ТАР-Медиа, 2010. – 592 с.
15. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
16. Database PRED 3.0. – New York: UN, DESA, Population Division, 2002.
17. Halfon, N. Life course health development: an integrated framework for developing health, policy, and research / N. Halfon, M. Hochstein. – Milbank Q., 2002. – P. 433–479.

Н.А. Маланичева

Тенденции и особенности общественного здоровья в крупных городах⁴

Актуальность темы исследования. Стремительный переход людей от сельского образа жизни к городскому, наблюдавшийся в России на протяжении всего XX века, привёл к значительному росту численности населения урбанизированных территорий. Сегодня в крупных городах живёт большая часть населения и сосредоточен основной экономический потенциал страны. Крупные города, концентрируя основной производственный, квалификационный и интеллектуальный потенциал общества, являются сформировавшимися зонами инновационного и социально-экономического развития.

По данным Росстата на 1 января 2010 г., доля городского населения составила 73 % [23]. В Северо-Западном федеральном округе 83 % населения проживало в городской местности, в Вологодской области – 69 %.

Интенсивное развитие крупных городских систем с высоким качеством среды обитания и человеческим потенциалом является одним из приоритетов федеральной политики и рассматривается как фактор устойчивого экономического роста и один из ресурсов конкурентоспособности страны [18]. Большие города приобретают новую функцию – стимулятора новых производств, а потому они становятся принципиальным фактором фокусировки и интеграции народнохозяйственной деятельности. По данным ООН, города обеспечивают 60 % внутреннего валового продукта и 80 % экономического роста.



Н.А. Маланичева

Однако высокая концентрация производства, транспорта и большое количество людей на сравнительно небольших территориях обостряют ряд проблем, одной из которых является ухудшение показателей демографического развития и снижение потенциала здоровья населения. В то время как здоровье служит обязательным условием благосостояния и хорошего качества жизни, а также предпосылкой устойчивого экономического роста.

Новизна. В работе определена значимость различных факторов, оказывающих влияние на состояние здоровья населения крупных городов.

Предмет исследования: здоровье населения крупных городов.

Целью данного исследования является изучение основных проблем и тенденций общественного здоровья в крупных городах на основании социологических и статистических данных.

Для реализации поставленной цели необходимо решить следующие задачи:

⁴ Маланичева Надежда Антоновна – аспирант, младший научный сотрудник ИСЭРТ РАН. Работе присуждена вторая премия.

1. рассмотреть теоретико-методологические подходы к исследованию здоровья;
2. выявить основные тенденции современного расселения населения и состояния его здоровья;
3. определить основные детерминанты здоровья для городского населения;
4. сформировать меры оптимизации здоровья населения в крупных городах.

Информационной базой исследования являются данные Всемирной организации здравоохранения, Федеральной службы государственной статистики и её Территориального органа по Вологодской области, Медицинского информационно-аналитического центра г. Вологды, данные социологического опроса в Северо-Западном федеральном округе и данные мониторинга здоровья населения в Вологодской области.

Концептуальные основы исследования здоровья населения Социально-экономическая сущность здоровья

Здоровье населения всегда рассматривалось как показатель благополучия нации, как системообразующий фактор, увязывающий культуру, экономику, экологию, просвещение, политику, био– и ноосферу, духовную жизнь человека. Ещё Ф. Бекон говорил, что здоровье – это одно из основных благ, которым человек обладает от рождения.

В настоящее время «максимально достижимый уровень здоровья» признаётся одним из неотъемлемых прав человека и народа, выступает как важнейшее условие и средство, как одна из конечных целей общественного развития. Наоборот, низкий уровень здоровья населения осознаётся как прямая угроза национальной безопасности любого государства, как препятствие его социально-экономическому прогрессу [11].

Здоровье зависит от различных внешних факторов: природных, эколого-гигиенических, производственных, но в первую очередь – социально-экономических. На зависимость общественного здоровья от социально-экономических условий ещё в XIX–XX вв. указывали выдающиеся врачи А.П. Доброславин, Е.А. Осипов, В.О. Португалов, Ф.Ф. Эрисман. Эрисман считал, что все главные факторы экономической жизни сильно влияют на состояние общественного здоровья и что нередко в них кроется ключ к объяснению чрезмерной болезненности и смертности народонаселения [14]. На данный факт неоднократно указывали и эксперты международных организаций. Так, на 52-й сессии Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) было подчеркнуто, что «все основные детерминанты здоровья связаны с социально-экономическими факторами... связь между состоянием здоровья и занятостью, уровнем доходов, социальной защитой, жилищными условиями и образованием четко прослеживается во всех европейских государствах» [5].

Здоровье – это сложная социально-экономическая категория, тесно взаимосвязанная с развитием общества. С одной стороны, высокий уровень экономического развития государства позволяет инвестировать в развитие человеческого капитала, в том числе в здравоохранение и охрану здоровья населения, что способствует повышению продолжительности жизни и укреплению здоровья. Для стран с развитыми экономиками характерны лучшие показатели здоровья населения.

Однако существует и обратная связь: состояние здоровья населения, его демографические характеристики оказывают влияние на потенциал экономического развития. Качество населения (человеческий капитал), характеризующееся показателями общественного здоровья и профессиональной квалификации, является главным двигателем и ограничителем развития любой экономики. Будучи важнейшим свойством трудовых ресурсов общественное здоровье оказывает огромное влияние на социально-экономическое развитие, приобретая наряду с такими качественными характеристиками рабочей силы, как образование, квалификация, роль ведущего фактора экономического роста. Сущность здоровья как социально-экономической

категории проявляется и в том, что любая потеря здоровья приводит к неизбежным расходам на его восстановление и экономическим потерям, обусловленным снижением возможностей осуществления общественно полезной деятельности.

Крепкое здоровье и высокая продолжительность жизни являются залогом повышения уровня экономического развития страны в целом и отдельных её регионов. Экспертами Всемирной организации здравоохранения доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведёт к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта [8].

Социально-экономические условия, выраженные в уровне доходов населения, качестве жизни, находят незамедлительное отражение в социальном самочувствии и здоровье. На влияние социально-экономического статуса на здоровье населения указывает в своих исследованиях В.С. Тапилина [21].

Многими авторами здоровье рассматривается как одна из важнейших составляющих человеческого капитала. Теория человеческого капитала оформилась в 60-х годах XX века. Первым, кто ввел в научный оборот понятие «человеческий капитал», был известный американский экономист, лауреат Нобелевской премии Теодор Уильям Шульц. В дальнейшем идеи Шульца были дополнены и систематизированы профессором экономики и социологии Чикагского университета Гэри Стэнли Беккером в книге «Человеческий капитал» (1964).

На современном этапе развития мирового сообщества вложения в человеческий фактор объективно рассматриваются в качестве приоритетного направления инвестирования в целях обеспечения поступательного экономического роста. Инвестиции в человека способствуют увеличению человеческого капитала, на долю которого, судя по данным Всемирного банка, приходится 64 % мирового богатства [10].

Факторы формирования здоровья на современном этапе эпидемиологического перехода

Здоровье невозможно оценить в отрыве от социальной экономики, от условий и возможностей человеческой жизнедеятельности, той конкретной среды, в которой находится человек. Общественное здоровье как интегральное качество системы общественных отношений, условий и образа жизни всесторонне раскрывается только с помощью системного подхода [24].

Поэтому наряду с оценкой здоровья населения важной задачей исследования выступает характеристика факторов, влияющих на его состояние.

Классической теорией, объясняющей эволюцию общественного здоровья и факторов, определяющих его на всем протяжении существования человечества, является предложенная Абделем Омраном в 1971 г. концепция эпидемиологического перехода. Суть эпидемиологического перехода заключается в том, что по достижении тем или иным обществом определённого, достаточно высокого уровня развития начинается быстрая, по историческим меркам, смена одного типа патологии, определяющей характер заболеваемости и смертности населения, другим её типом, одной структуры болезней и причин смерти – другой.

А. Омран выделил три этапа эпидемиологического перехода: 1) период эпидемий и голода; 2) период снижающейся пандемии; 3) период дегенеративных и профессиональных заболеваний, характеризующийся дальнейшим снижением смертности, которая стабилизируется на сравнительно низком уровне. В 1986 г. S.J. Olshansky и A.B. Ault развили теорию эпидемиологического перехода, добавив четвертую стадию – период отложенных (или отсроченных) дегенеративных заболеваний. В это время актуальными остаются те же заболевания, которые определяли третью стадию эпидемиологического перехода, но смерть от которых наступает в гораздо более старших возрастах [20].

В структуре «новой» патологии (3 и 4 стадии эпидперехода) на первое место выходят заболевания и причины смерти, обусловленные преимущественно эндогенными факторами, связанными с естественным старением человеческого организма, возрастным снижением его жизнеспособности, сопротивляемости неблагоприятным внешним воздействиям. Прежние болезни острого действия, имевшие чаще экзогенную природу и поражавшие людей всех возрастов, особенно детей, замещаются хроническими болезнями преимущественно эндогенной этиологии, прежде всего болезнями сердечно-сосудистой системы либо онкологическими заболеваниями, обусловленными в основном влиянием канцерогенных факторов накапливающегося действия («квазиэндогенные» факторы). Эти болезни и выступают в новых условиях в качестве ведущих причин смерти [3].

Экономические, социальные, культурные перемены воздействуют на уровень смертности и продолжительности жизни не непосредственно, а через изменение структуры причин смерти. Коренная перестройка этой структуры, составляющая суть эпидемиологического перехода, служит главным механизмом, опосредующим влияние всесторонней трансформации общества на уровень смертности.

В настоящее время борьба со смертностью все более связана с успехами медицины и деятельностью высокоэффективной и развитой системы здравоохранения. На основе дозированных физических нагрузок, рационального питания и вообще «здорового» образа жизни в сочетании с медикаментозным лечением существенно снижается смертность пожилых людей. Успехи достигаются в лечении врожденных заболеваний, начинается массовое выхаживание детей, родившихся при малом сроке беременности. Рост продолжительности жизни сегодня рассматривается как норма демографической динамики.

По мнению С.А. Томилина, опыт западных стран свидетельствует о том, что ко времени второй эпидемиологической революции система здравоохранения и население как бы меняются местами – инициатива переходит к населению, поскольку причины сегодняшних заболеваний часто лежат вне зоны влияния медицины: в питании, в окружающей среде, в привычках, в поведении, в стиле жизни. Соответственно и новая стратегия борьбы со смертью требует, чтобы на смену пассивному принятию проводимых органами здравоохранения мер пришла заинтересованная индивидуальная активность самого населения, направленная на оздоровление среды обитания, всего образа жизни, заботу о своём здоровье, искоренение вредных и внедрение полезных привычек и т. п. [22].

В современном мире значительное влияние на здоровье и демографическое развитие оказывают процессы глобализации и урбанизации. Урбанизация определяется как исторический процесс повышения роли городов и городского образа жизни в развитии общества, который вызывает социально-экономические преобразования города на основе интенсивного развития индустрии, транспорта, жилищного строительства, массовых коммуникаций, отраслей обслуживания путём распространения городского образа жизни, городской иерархии ценностей [13]. По оценкам ВОЗ, в XXI веке в связи с этими процессами темп изменений факторов, влияющих на здоровье населения, ускорится и будет нарастать.

Исследователи отмечают связь социального капитала и здоровья с местом проживания населения. В некоторых случаях место проживания само может являться капиталом: развитая инфраструктура, близость медицинских учреждений, наличие коммуникаций (телефон, дороги). Британские ученые на основе данных нескольких исследований доказали, что здоровье зависит от социального капитала, уровень которого, в свою очередь, зависит от места жительства индивида, а также от его характеристик [26]. Здоровье зависит от величины населенного пункта, плотности населения, разнообразия и сложности застройки, от условий жизни, которые, в свою очередь, формируются муниципальными, национальными и глобальными направлениями развития [25].

Городская среда, становясь местом проживания всё большего количества людей, оказывает двоякое воздействие на их здоровье. В крупных городах переплелись как положительные, так и отрицательные стороны научно-технического прогресса и индустриализации. С одной стороны, в городах, в силу лучших социально-экономических условий, показатели здоровья относительно выше, чем в сельской местности. С другой стороны, городское население подвержено значительному количеству рисков, являющихся издержками урбанизации. Современный город – это большая концентрация людей, постоянное воздействие урбанизированного и индустриализированного окружения на повседневный быт и образ жизни. Процессы урбанизации и индустриализации приводят к загрязнению окружающей среды. Социальные условия, информационные и интеллектуальные перегрузки вызывают у горожан психическую усталость, эмоциональные стрессы. В крупных городах человеческий организм затрачивает больше сил на сопротивление внешним воздействиям. С возрастом негативное воздействие техногенных факторов, распространённых на урбанизированных территориях, накапливается и снижает сопротивляемость человеческого организма. Таким образом, городское население всё больше подвергается квазиэндогенным причинам смертности.

Вследствие того что процессы глобализации в первую очередь затрагивают жизнь и деятельность городского населения, повышая его возможности в сохранении здоровья и увеличении продолжительности жизни, многие учёные отмечают большую продвинутость городского населения по пути эпидемиологического перехода. Современные технологии, в том числе медицинские, появляясь и находя своё распространение в крупных и крупнейших городах, способствуют также снижению младенческой смертности, лечению генетических заболеваний.

Таким образом, изменение качества популяционного здоровья не изолированный процесс. Он теснейшим образом связан с общим поступательным развитием человечества. С развитием общества изменяется набор факторов, его детерминирующих: исчезают одни, появляются другие. Экзогенные факторы сменяются эндогенными и квазиэндогенными. Улучшаются условия жизни, совершенствуются технологии, которые облегчают труд и быт людей, появляются возможности излечения ранее смертельных заболеваний и одновременно повышается уровень здоровья населения. Вместе с тем появляются всё новые факторы риска для здоровья и благополучной жизнедеятельности населения, и в первую очередь они затрагивают урбанизированные территории.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.