

Здоровье и условия жизни подрастающего поколения

В статье представлены результаты исследования количественных и качественных характеристик подрастающего поколения в России и Вологодской области. Выявлены основные тенденции, характеризующие здоровье детей, условия и образ их жизни в семье. Сегодня основной задачей социальной политики в контексте увеличения численности детей является обеспечение повышения их качественного потенциала и уровня жизни. И приоритетное направление состоит в повышении уровня детского здоровья.

Здоровье детей, условия и образ жизни, детская безнадзорность, доходы семей с детьми.



**Наталья Александровна
КОНДАКОВА**

младший научный сотрудник ИСЭРТ РАН
natali-kopeikina@mail.ru

В настоящее время Правительство РФ всё больше внимания уделяет социально-демографическому развитию государства. Стартовавшие с 2005 г. национальные проекты «Здоровье», «Образование», «Доступное жильё», демографические программы положительно повлияли на социально-экономическое развитие страны. Все они направлены на повышение качества жизни людей, сохранение и укрепление здоровья населения, улучшение демографической ситуации. Однако здоровье детского населения продолжает ухудшаться, о чём свидетельствуют результаты многолетних научных исследований (А. Баранов, Е. Бреева, И. Журавлева, О. Кислицына, Ю. Лисицын, Н. Римашевская, А. Шабунова).

Целью данной статьи является анализ количественных и качественных характеристик подрастающего поколения (в воз-

расте от 0 до 17 лет). При этом акцент будет сделан на здоровье, которое не только служит основой устойчивого развития российского общества сегодня, но и влияет на развитие страны в будущем.

Обращаясь к исследованию характеристик подрастающего поколения, можно выделить несколько основных тенденций.

1. Следует отметить снижение численности детского населения. За период с 2000 по 2010 г. удельный вес детей в общей численности населения страны сократился с 24 до 18%. Аналогичная ситуация складывается и в Вологодской области, где за указанный период доля детского населения уменьшилась на 5% (с 23 до 18%) [12].

Согласно прогнозу Росстата, в 2030 г. доля населения моложе трудоспособного возраста останется неизменной и будет составлять 16%, как и в 2011 г. При этом сокращение будет наблюдаться в абсо-

лютных показателях: за период с 2011 по 2030 г. в Вологодской области численность населения данной категории сократится на 9% и составит 181 тыс. человек, в среднем по России – на 1,5% (22845,4 тыс. человек). В то же время доля населения трудоспособного возраста как в среднем по России, так и в Вологодской области снизится почти на 7% (табл. 1). Следовательно, наблюдается и будет продолжаться процесс старения населения. Быстрый рост доли пожилых и старых людей влечёт за собой неизбежность структурных преобразований в экономике, институциональной среде, изменение потоков социальных благ [13].

В результате демографической политики, проводимой российским правительством, с 2006 г. уровень рождаемости в стране повысился с 10,4 до 12,5‰, в Вологодской области данный показатель (за 2006 – 2010 гг. увеличился с 10,9 до

12,5‰) соответствует среднероссийскому значению. Несмотря на это, уровень рождаемости остается ниже, чем необходимо даже для замещения новыми поколениями родительских когорт, что не позволяет преодолеть снижение численности населения (табл. 2). Вследствие этого численность населения в области за 11 лет уменьшилась на 7,6%, составив в 2011 г. 1 201,2 тыс. чел., что превышает темпы снижения по стране в целом (на 4 млн. чел. или 2,7%) [12].

Повышение уровня рождаемости во многом связано с тем, что в 2007 г. в стране были введены материнский капитал и ежемесячное пособие по уходу за ребёнком до 1,5 года. В основном эти меры направлены на поддержку рождения детей в семьях, где уже имеются дети, тогда как рождение первенца многие семьи откладывают.

Таблица 1. Прогноз возрастной структуры населения Российской Федерации и Вологодской области (ВО) на период до 2030 года (средний вариант прогноза, в % от общей численности населения)

Год	Моложе трудоспособного возраста		Трудоспособного возраста		Старше трудоспособного возраста	
	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО
2011	16,3	16,5	61,6	61,2	22,0	22,3
2015	17,4	17,8	58,8	57,9	23,8	24,3
2020	18,3	18,6	55,7	54,6	26,0	26,8
2025	17,8	18,0	54,7	53,8	27,4	28,3
2030	16,4	16,4	55,1	54,4	28,5	29,2

Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система. – URL: <http://www.fedstat.ru/indicator/data.do>

Таблица 2. Естественное движение населения в Российской Федерации и Вологодской области

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
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
2011	142 865,4	1 201,2	12,6	13,0	13,5	15,7	-0,9	-2,7

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru/dbscripts/Cbsd/DBInet.cgi?pl=2415019>

Несмотря на рост рождаемости, в стране преобладают однодетные семьи. По данным Всероссийской переписи населения 2010 г., в составе домохозяйств (как в городе, так и на селе) по-прежнему преобладают домохозяйства с одним ребёнком. В межпереписной период увеличилось на 15% число домохозяйств, не имеющих детей до 18 лет; сократилось на 8% (с 52% в 2002 г. до 44% в 2010 г.) число домохозяйств, которые состоят из двух и более человек и имеют детей моложе 18 лет [12].

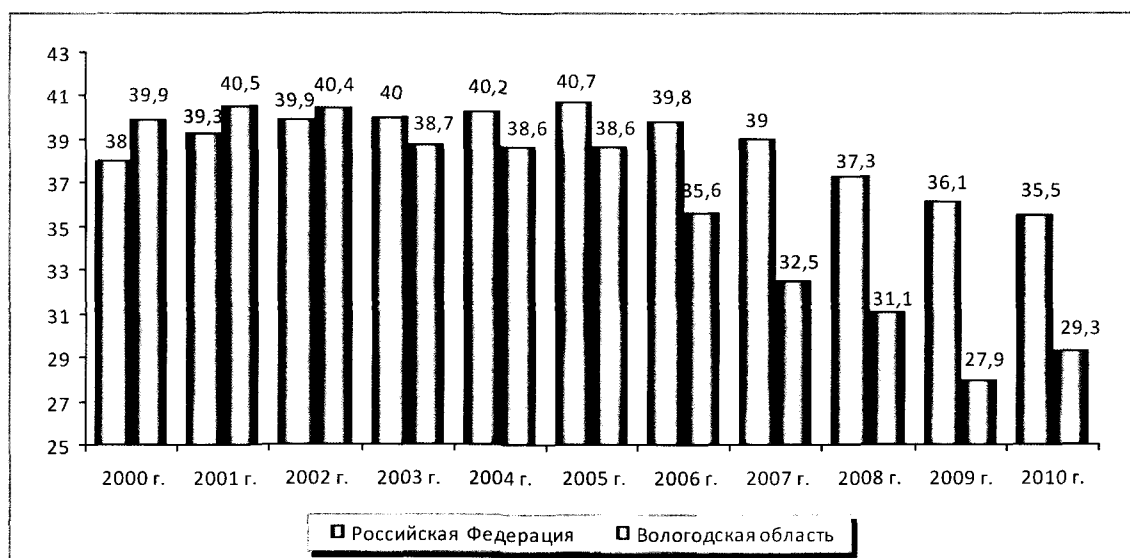
Развитие ребёнка в однодетной семье подвержено рискам. С одной стороны, у его родителей больше возможностей для предоставления благоприятных условий развития. С другой стороны, взрослые проявляют к нему избыточное внимание, гиперопеку без необходимой требовательности. У ребёнка формируются эгоизм, завышенные требования к окружающим его людям.

2. Следующей тенденцией является ухудшение здоровья детей, которое не только играет решающую роль в демографическом развитии, но и определяет качество человеческого потенциала территории. Среди всех возрастных групп населения тенденции в состоянии здоровья детей стали самыми неблагоприятными.

В России за 2000 – 2011 гг. заболеваемость детей увеличилась на 32% (в 2011 г. она составила 1932 случая на 1000 населения соответствующего возраста), в Вологодской области – на 37% (в 2011 г. – 2533 случая соответственно); тогда как среди взрослого населения в стране общая заболеваемость выросла на 8%, а в области – на 3% [12].

При этом стоит отметить положительные изменения в состоянии здоровья новорожденных детей. В результате реализации областных целевых программ «Здоровый ребёнок» и национального проекта «Здоровье» [2] заболеваемость

Рисунок 1. Заболеваемость новорожденных детей (в % от числа родившихся живыми)



Источники: Российский статистический ежегодник. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2011. – 784 с.; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 402 с.

новорожденных за 2000 – 2010 гг. в Вологодской области сократилась на 27%. В то же время по стране ситуация несколько хуже: заболеваемость сократилась только на 7% (рис. 1).

Однако в процессе взросления, начиная с рождения, потенциал здоровья детей постоянно снижается. И, как отмечают ученые, наиболее выраженный рост распространенности хронических заболеваний, отклонений в физическом развитии, частоты острой и обострения хронической патологии происходит в период получения систематического образования (при обучении в дошкольных образовательных учреждениях, учреждениях общего среднего, начального и среднего профессионального образования) [7].

Согласно данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в 2010 году в стране среди детей, обучающихся в школах, отмечались следующие показатели: первая группа здоровья (здоровые) – 21%; вторая группа здоровья (здоровые с некоторыми функциональными отклонениями) – 59; третья группа здоровья (имеющие хронические заболевания) – 18; четвертая и пятая группы здоровья (инвалидизирующие заболевания) – 2% детей [7].

Основными заболеваниями, которые чаще остальных встречаются у детей, являются: болезни глаза (миопия), болезни костно-мышечной системы (нарушение осанки, сколиоз), болезни органов пищеварения. При этом медицинские работники отмечают, что 70% расстройств, зафиксированных в начальных классах, переходят в хроническую форму к моменту окончания школы [10].

Ухудшение здоровья детей подтверждается не только данными официальной статистики, но и результатами выборочных социологических исследований. В марте 2012 года Институтом социально-эконо-

мического развития территорий РАН было проведено исследование в двух школах города Вологды: МОУ «СОШ №1 с углублённым изучением английского языка», где учебная нагрузка на детей увеличена по сравнению с обычной общеобразовательной школой, и МОУ «СОШ №13» (обычная общеобразовательная школа)¹.

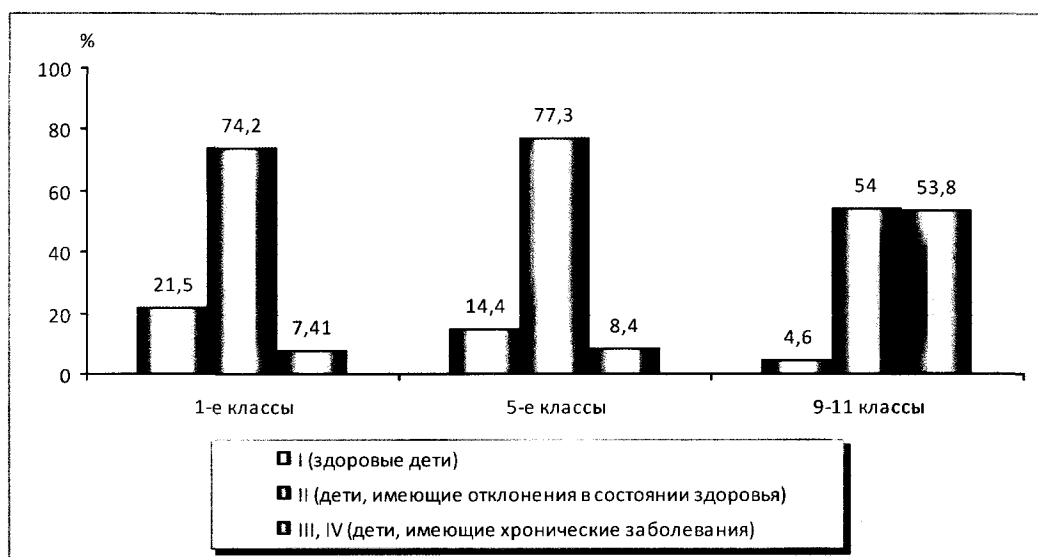
Анализ распределения школьников по группам здоровья показал, что в том и другом образовательном учреждении прослеживается чёткая тенденция снижения удельного веса детей с I группой здоровья к старшим классам (9, 11 класс) и одновременное увеличение количества детей с III – IV группами здоровья (рис. 2).

Неблагоприятные тенденции в состоянии здоровья детского населения приводят к таким негативным социальным и экономическим последствиям, как неготовность к школьному обучению, неуспеваемость при обучении, невозможность в будущем полностью реализовать свой трудовой потенциал, нарушение формирования репродуктивной функции, рождение больных поколений и др.

3. Уровень доходов российских семей продолжает ухудшаться, что отражается на условиях проживания детей. Большое количество детей живет в семьях с низкими доходами. По данным выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств, в 2010 году семьи с детьми в возрасте до 16 лет составляли 57,5% от общей численности домохозяйств с уровнем располагаемых ресурсов ниже величины прожиточного минимума (в 2009 году – 54,6%), в том

¹ В обеих школах было проведено анкетирование учащихся 1, 5, 9, 11-х классов. Выбор данных классов обусловлен тем, что именно эти периоды являются для детей критическими: начало обучения в школе (1 класс), начало обучения в основной школе (5 класс), переход в старшие классы (9, 11 классы). В обеих школах было опрошено 577 школьников в возрасте от 7 до 18 лет: в МОУ «СОШ №1» – 324 чел. (1-е классы – 107 чел.; 5-е классы – 92; 9 – 11 классы – 125); в МОУ «СОШ №13» – 253 чел. (1-е классы – 84; 5-е классы – 82; 9–11 классы – 87).

Рисунок 2. Распределение учащихся школ по группам здоровья, %



числе семьи с одним ребёнком – 31,2%, семьи с двумя детьми – 20,3%, семьи с тремя и более детьми – 6,0%. Аналогичная ситуация и в Вологодской области, где среди малоимущего населения семьи с детьми до 16 лет составляют 55% [8]. При низком уровне жизни семья не имеет возможности предоставить ребёнку необходимые условия для нормального развития, обеспечить полноценный отдых во время летних каникул, организовать здоровое и правильное питание и др.

Анализ уровня среднедушевых располагаемых ресурсов семей с разным числом детей свидетельствует об ухудшении благосостояния семей, имеющих трёх детей. Данная категория семей в 2010 г. имела самый низкий уровень располагаемых ресурсов в среднем на члена семьи – 5460 руб. в месяц против 12071 руб. в семьях с одним ребёнком и 8716 руб. в семьях с двумя детьми. При этом расходы на питание остаются основной статьёй расхода семейного бюджета. В структуре потребительских расходов они составили 38% (в 2009 году – 41,3%) [8].

Обеспеченность ребёнка необходимыми продуктами питания во многом зависит от социального положения семьи и ее материальных возможностей. Судя по данным мониторинга условий формирования здоровья детей, проводимого в ИСЭРТ РАН с 1995 г. по настоящее время², в группе 20% наименее обеспеченных семей доля отметивших плохую обеспеченность детей продуктами питания от двух до пяти раз больше, чем в группах среднеобеспеченных и наиболее обеспеченных (табл. 3).

Плохое питание может привести к таким негативным процессам, как снижение иммунитета, нарушения не только физического, но и психического развития

² Мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения» проводится в ИСЭРТ РАН с 1995 г. под методологическим руководством ИСЭПН РАН. Для оценки здоровья и развития детей привлекаются медицинские работники, организованным в Вологодской области (г. Вологда и Череповец, районные центры Кириллов и Великий Устюг, п. г. т. Вожега), 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, 2001 и 2004 гг. (вторая – четвёртая когорты). Мониторинг предполагает использование комплексного инструментария, основу которого составляют социологические вопросы.

Таблица 3. Обеспеченность продуктами питания ребёнка в зависимости от материального положения семьи в 2011 г. (в % от числа опрошенных)

Обеспеченность ребёнка продуктами питания	20% наименее обеспеченных				60% среднеобеспеченных				20% наиболее обеспеченных			
	7 лет	10 лет	13 лет	16 лет	7 лет	10 лет	13 лет	16 лет	7 лет	10 лет	13 лет	16 лет
Хорошая	35,7	13,3	15,4	44,4	43,6	45,5	42,6	34,4	64,3	56,3	58,7	60,0
Удовлетворительная	64,3	73,3	69,4	44,4	53,8	47,7	52,6	62,5	35,7	43,8	41,3	40,0
Плохая, очень плохая	0,0	13,3	15,2	11,1	2,6	6,8	4,8	3,1	0,0	0,0	0,0	0,0

Источник: Мониторинг условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011.

Таблица 4. Влияние обеспеченности продуктами питания на здоровье детей в 2011 г.

Обеспеченность продуктами питания	Группа здоровья ребёнка							
	Дети 1995 г.р.		Дети 1998 г.р.		Дети 2001 г.р.		Дети 2004 г.р.	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошая	24,3	75,7	17,6	82,4	15,4	84,6	13,6	86,4
Удовлетворительная	24,3	75,7	18,2	81,8	6,3	93,8	6,0	94,0
Плохая, очень плохая	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0	0,0	100,0

R1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья
R2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания
Источник: Мониторинг условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011.

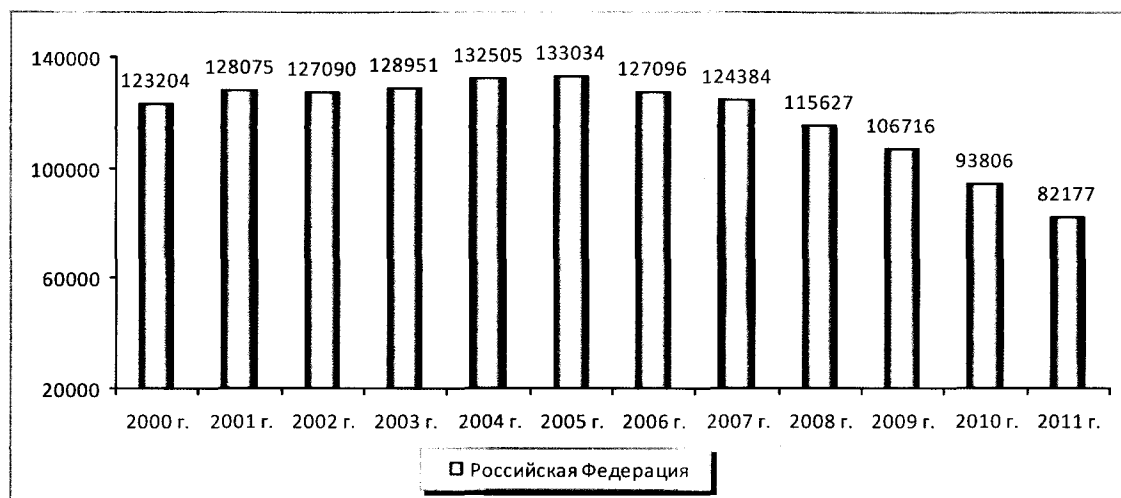
ребёнка. Как показал мониторинг, все дети с «плохой и очень плохой» обеспеченностью продуктами питания имеют различные отклонения в состоянии здоровья (табл. 4).

4. В России продолжают оставаться очень актуальными проблемы детской безнадзорности и беспризорности. Статистика сиротства неточна. Различные ведомства, учреждения и организации называют разные цифры. Например, председатель Российского детского фонда Альберт Лиханов заявлял, что, по данным фонда, сирот в России, по крайней мере, на 10% больше, чем указано в государственном докладе 2007 года [9]. То есть – не 731 тысяча, а более 800 тысяч (ситуация 2007 – 2008 годов). Для сравнения: после Второй мировой войны в огромном Советском Союзе было 678 тыс. детей-сирот (1945 г.). Сегодня в РФ, по статистическим данным, насчитывается 2–2,5 млн. беспризорных детей, в то время как согласно оценкам Совета Федерации, Прокуратуры РФ и независимых экспертов – до 3 – 4 млн.

Отсутствие четкого определения степени утраты контроля над поведением ребёнка для признания его безнадзорным, а также формализованной процедуры установления безнадзорности, порядка учета безнадзорных и единого органа, ведущего учет, приводит к тому, что число безнадзорных детей является крайне недостоверным показателем.

Статистикой учитываются только «помещённые в учреждения» и «находящиеся в них» беспризорные и безнадзорные дети, а не их реальное число. Так, по статистическим данным, приведенным Интернет-порталом Министерства образования и науки РФ «Усыновите.ру», в России максимальное количество детей, оставшихся без попечения родителей, отмечалось в 2005 г. (133 034 человека). Наблюдается постепенное снижение данного показателя: в 2011 г. было зарегистрировано 82 177 детей-сирот (рис. 3). Несмотря на неполноту этих данных, можно говорить о их значительности.

Рисунок 3. Количество детей, оставшихся без попечения родителей в 2000 – 2011 гг., чел.



Источник: Интернет-портал Министерства образования и науки РФ / Департамент государственной политики в сфере защиты прав детей. – URL: <http://www.usynovite.ru/statistics/2011/1/>

Последствия сиротства невозможно переоценить, и это касается ухудшения не только физического, психического и нравственного здоровья и развития подрастающего поколения, но и социально-экономической ситуации в стране и отдельном регионе.

5. Серьёзные опасения вызывают изменения в образе жизни семей с детьми. Несомненно, что благоприятные условия на ранних этапах их жизни играют важнейшую роль в дальнейшем развитии. Однако если взрослый человек в значительной степени сам несёт ответственность за состояние своего здоровья, то здоровье ребёнка практически полностью зависит от его окружения. Актуальность проблемы усиливается и тем, что в последние годы наблюдаются тенденции поляризации семей по уровню жизни, а также нестабильности брака, роста числа разводов и неполных семей, напряженности внутрисемейных отношений и распространения вредных привычек, что, в свою очередь, ведет к изменению образа жизни семей.

Как известно, главной причиной увеличения доли неполных семей является развод. В период с 2003 по 2008 г. Вологодская область по сравнению со страной в целом занимала опережающие позиции по числу разводов, приходящихся на количество зарегистрированных браков. Самый высокий коэффициент разводимости в области наблюдался в 2003 г. и составил 0,85 (отношение количества разводов к числу браков), то есть брак был расторгнут у 85% супружеских пар. Однако с 2009 г. происходит сокращение данного показателя как по России, так и по Вологодской области – 0,51 и 0,47% в 2011 г. соответственно (рис. 4).

Что касается отношений между родителями и детьми, то, судя по результатам мониторинга [6], в основном дети характеризуют их как «дружные» или «дружные с редкими ссорами». Хотя количество таких оценок среди 13-летних детей (93%) больше, чем среди 16-летних (89%; табл. 5).

Рисунок 4. Отношение количества разводов к числу зарегистрированных браков



Источники: Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2001 – 2011. – С. 60.; Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2001 – 2011. – С. 116.; Россия в цифрах. 2012: стат. сб. / Росстат. – М., 2012. – 573 с.

Таблица 5. Характер взаимоотношений в семьях (когорта 1995 г.р., в % от числа опрошенных)

Варианты ответа	Возраст детей в семье			
	13 лет	14 лет	15 лет	16 лет
Дружные, без ссор	18,7	29,7	24,2	27,2
Дружные, с редкими ссорами	74,7	57,6	66,1	61,7
Напряженные, без ссор	0,0	3,8	1,9	4,9
Частые ссоры	6,7	9,1	7,9	4,9

Источник: Мониторинг условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2008 – 2011.

Психологические и физиологические изменения, которые происходят с ребёнком в процессе взросления, негативно отражаются на его поведении. Поэтому не вызывает сомнений влияние на здоровье детей психологических аспектов жизни семьи, установившихся взаимоотношений ребёнка с родителями, сверстниками и общего восприятия им жизни.

Психоэмоциональное состояние детей в возрасте 13 и 16 лет изучалось с помощью блоков вопросов-высказываний, методика которых разработана И.В. Журавлевой [3]. Подросткам предлагались вопросы и по ответам на них оценивались их взаимоотношения с роди-

телями, сверстниками, общая удовлетворённость своей жизнью. На каждое высказывание необходимо было выбрать один из вариантов ответа – от «полностью согласен» до «полностью не согласен». Далее рассчитывался коэффициент стресса (S) как соотношение крайних позиций негативного и позитивного содержания. Чем больше доля негативных ответов, тем больше величина коэффициента стресса (табл. 6).

Наибольший коэффициент стресса (1,48 – 2,4) наблюдался в блоке «Восприятие жизни». Суммарный коэффициент стресса у подростков в возрасте 13 лет (4,8) выше, чем у 16-летних (3,15).

Таблица 6. Коэффициенты стресса (S) как показатели взаимоотношений подростка с родителями, сверстниками и окружающими людьми

Вопросы-высказывания	13 лет	16 лет
<i>Отношения с родителями</i>		
Взаимопонимание с родителями	0,04	0,18
Насколько хорошо подростку дома	0,09	0,08
Уважение чувств подростка родителями	0,05	0,11
Многочисленность желаний уйти из дома	0,05	0,06
Давление на подростка со стороны родителей	0,25	0,05
<i>Итого по блоку</i>	0,48	0,48
<i>Отношения со сверстниками</i>		
Уверенность в себе	0,05	0,04
Уверенность, что с ним (ней) весело	0,08	0,05
Уверенность в симпатии окружающих	0,25	0,14
Трудно говорить перед классом	1,00	0,63
Популярность среди сверстников	0,54	0,34
<i>Итого по блоку</i>	1,92	1,2
<i>Восприятие жизни</i>		
Ощущение, что тяжело жить	0,04	0,05
В жизни всё смешалось	0,15	0,07
Часто бывает стыдно	0,61	0,22
Всегда подсказывают, что должен делать	1	0,14
Учителя дают почувствовать недостатки	0,6	1,00
<i>Итого по блоку</i>	2,4	1,48
<i>Итого</i>	4,8	3,16
Источник: Мониторинг условий формирования здорового поколения / ИСЭРТ РАН, 2011.		

Хорошая и комфортная обстановка дома, в школе также оказывает заметное влияние на состояние детского здоровья. Сопоставление оценок детьми собственного здоровья и коэффициента стресса выявило, что те, кто считает собственное здоровье отличным и хорошим, имеют суммарный коэффициент стресса (2,72) ниже, нежели дети, оценивающие своё здоровье как «удовлетворительное» или «плохое» (3,51).

Наличие вредных привычек среди ближайшего окружения детей является фактором риска для их здоровья и формирования саморазрушительного образа жизни. Согласно социологическим данным, в семьях, где курил хотя бы один из членов семьи, дети 12 лет пробовали курить в 4 раза чаще (17%), чем при некурящих родственниках. К 16 годам количество детей, пробовавших курить, увеличилось почти

в 3 раза (49%) [6]. Уже в возрасте 10 лет доля курящих детей составляет в среднем 4%, что крайне отрицательно скажется на состоянии здоровья в последующем. Полученные данные подтверждаются и другими исследованиями: российские 11-летние школьники – «лидеры» в европейском регионе по числу курящих, по крайней мере, 1 раз в неделю: 4% девочек и 5% мальчиков [17]. По данным ВОЗ, в Европе почти каждый пятый подросток (19,9%) в возрасте 13 – 15 лет курит: мальчики (22,7%) несколько больше, чем девочки (16,8%) [18].

Ещё одной вредной привычкой, которая может негативно влиять на здоровье родителей и их детей, является чрезмерное потребление алкогольных напитков. Исследование показало, что если в семье есть практика употребления алкоголя, то в возрасте 12 лет его пробовали 13% детей и в возрасте 16 лет – 70%, что в 2 раза

выше, чем в семьях, где такой практики нет. То есть вредные привычки родителей оказывают существенное влияние на здоровье их детей. Согласно российским исследованиям, по уровню употребления алкоголя 11-летними школьниками Россия (7% девочек и 10% мальчиков употребляют алкоголь практически один раз в неделю) уступает только Украине [16]. Данные международного отчета HBSC показывают, что в странах Европы употребляют алкоголь раз в неделю в среднем 21% подростков в возрасте 15 лет. К 16-ти годам две трети подростков уже пробовали алкоголь [17].

Обобщая вышесказанное, можно выделить наиболее актуальные для подрастающего поколения проблемы:

- снижение численности детского населения;
- ухудшение его здоровья, в том числе за счет распространенности вредных привычек;
- проблема низкого уровня доходов семей с детьми;

– проблема беспризорности несовершеннолетних.

Таким образом, отметим, что основная задача социальной политики состоит в обеспечении повышения качественного потенциала и уровня жизни детей.

Для улучшения ситуации с состоянием детского здоровья необходимо проведение комплексной политики здорового образа жизни совместно с реализацией мероприятий, направленных на улучшение материального и социального положения семей с детьми, выявление факторов, оказывающих влияние на здоровье детского населения.

В этом случае требуется мониторинг, который поможет выявить наиболее уязвимые группы по здоровью, а также социально-экономические факторы, негативно влияющие на здоровье населения. Вместе с тем должна повышаться эффективность профилактических мероприятий по охране здоровья детей и подростков, в том числе оставшихся без попечения родителей.

Литература

1. Государственный доклад о положении детей в Российской Федерации в 2010 году [Текст]. – М.: Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – 2010. – 221 с.
2. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2009 году [Текст] / под ред. к.м.н. А.А. Коляничко. – Вологда, 2010. – 85 с.
3. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ [Текст] / И.В. Журавлева. – М.: Институт социологии РАН, 2002. – С. 78.
4. Интервью Д.М. Медведева. Официальный сайт партии «Единая Россия». – Режим доступа: <http://old.er.ru/text.shtml?20/3451,100033>
5. Копейкина, Н.А. Проблемы сохранения здоровья школьников [Текст] / Н.А. Копейкина // Проблемы развития территории. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – №60. – С. 44-52.
6. Мониторинг условий формирования здорового поколения [Текст]: отчет о НИР / исполн. Н.А. Копейкина. – Вологда, 2011. – 103 с.
7. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России. Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005 – 2009 гг.» [Текст] / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, В.А. Тутельян, Б.Т. Величковский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 176 с.
8. О положении детей Вологодской области в возрасте до 16 лет в 2010 году [Текст]: статистический бюллетень / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 17 с.
9. Отверженных детей становится все больше [Электронный ресурс] // Деловая пресса. – №22 от 03.06.2004. – Режим доступа: http://www.businesspress.ru/newspaper/article_mld_40_aId_304822.html

10. Римашевская, Н.М. Здоровье школьников: тенденции и определяющие факторы [Текст] / Н.М. Римашевская, А.А. Шабунова // Народонаселение. – 2011. – № 4. – С. 4–16.
11. Римашевская, Н.М. Сбережение народа – стратегический императив России [Текст] / Н.М. Римашевская // Неэкономические грани экономики: непознанное взаимовлияние. Научные и публицистические заметки обществоведов / под ред. О.Т. Богомолова. – М.: ИНЭС, 2010. – 800 с.
12. Сайт Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.
13. Социальное и экономическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя [Текст]: аналит. доклад, приуроченный к 15-й годовщине Междунар. конф. по народонаселению и развитию. – М.: НИСП, 2010. – 171 с.
14. Шабунова, А.А. Влияние материального положения семьи на здоровье детей [Текст] / А.А. Шабунова, В.В. Степаненко // Проблемы развития территории. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012. – №45. – С. 80–85.
15. Шабунова, А.А. Человеческий капитал – индикатор устойчивого развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, Г.В. Леонидова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2011. – № 5(17). – С. 101–115.
16. Школы здоровья в России [Текст] / В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт [и др.]. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 128 с.
17. Currie C. et al., eds. Social determinants of health and well-being among young people. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2009/2010 survey. Copenhagen. WHO Regional Office for Europe, 2012.
18. World health statistics 2009. Geneva, World Health Organization, 2009. – URL: <http://www.who.int/whosis/whostat/2009/en/index.html>.