

## ТРЕНДЫ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА (НА ПРИМЕРЕ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ)\*

*В статье представлен анализ изменений основных показателей общественного здоровья Вологодской области на фоне мировых и российских тенденций. Согласно выявленным тенденциям и темпам роста ожидаемой продолжительности жизни Российской Федерации, рассчитан показатель увеличения ОПЖ до уровня ЕС 2010 года. Описаны результаты мониторинга общественного здоровья региона. Выявлен индекс самооценки здоровья населения региона. Проведён анализ влияния самосохранительных практик на здоровье. Обозначена степень зависимости здоровья от саморазрушительного поведения. Предложены направления работы по укреплению общественного здоровья населения региона.*

*Здоровье населения, заболеваемость, смертность, индекс самооценки здоровья.*

Здоровье – это важнейшая характеристика человеческого и трудового потенциала, человеческого капитала. Экспертами Всемирной организации здравоохранения доказано, что улучшение качества и увеличение продолжительности жизни населения ведёт к ускорению экономического развития государства, росту его валового национального продукта [4]. Это определяет актуальность изучения здоровья и определяющих его факторов.

В данной статье мы подробно рассмотрим основные тенденции общественного здоровья населения Вологодской области за период с 2000 по 2012 г., опираясь на статистические данные и результаты мониторинга общественного здоровья региона, проводимого Институтом социально-экономического развития территорий РАН с 2002 года.

Индикаторами изменения общественного здоровья служат ожидаемая продолжительность жизни, смертность населения, заболеваемость и инвалидизация [8].

Интегральным показателем общественного здоровья населения и индикатором демографического развития является ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ) [13]. В экономически развитых странах ОПЖ при рождении составляет 79 – 81 год (мужчин – 76 – 78 лет, женщин – 82 – 85 лет). В развивающихся странах ОПЖ – 61 – 65 лет (мужчин 55 – 60 лет, женщин – 66 – 75 лет).



КОРЧАГИНА Полина Сергеевна  
младший научный сотрудник  
ИСЭРТ РАН  
polina\_korchagina@yahoo.com

\* Работа выполнена при поддержке гранта «Экономическая оценка влияния смертности от насильственных причин на развитие территорий» № 12-06-33-046.

В России ОПЖ в 2010 году составила 69 лет (мужчин – 63 года, женщин – 75 лет), что меньше, чем в странах ЕС, на 11 лет (табл. 1). В Вологодской области – 68 лет (мужчин – 61 год, женщин – 74 года).

За период с 2000 по 2010 г. в странах европейского региона ОПЖ увеличилась на 3%. В России за тот же период прирост составил 6%, в Вологодской области – 3% (см. табл. 1).

Расчёты показали, что при сохранении существующих тенденций и темпов роста ОПЖ в Российской Федерации увеличение ожидаемой продолжительности жизни до 80 лет (уровень ЕС 2010 года) произойдёт не ранее 2050 года (рис. 1).

Гендерный разрыв в уровне ожидаемой продолжительности жизни населения региона составляет 14 лет, что выше, чем в России (на 2 года), СЗФО (на 1 год) и почти на 8 лет, чем в странах ЕС (табл. 2).

Анализ динамики продолжительности жизни населения Вологодской области в разрезе «город/село» показывает, что городское население живёт на 2 – 3 года дольше сельского. Крайне низкой остаётся продолжительность жизни мужского населения в сельской местности (58 лет).

Другим показателем, характеризующим здоровье населения, является общий коэффициент смертности населения. В 2011 году по сравнению с 2005 годом данный показатель в России сократился на 16%. Коэффициент смертности в Вологодской области также снизился (на 17%), но, как и в предыдущие годы, в 2011 году был выше аналогичных показателей по Северо-Западному федеральному округу и России в целом на 16 и 13% соответственно (рис. 2).

Показатели смертности значительно различаются по причинам смерти и в возрастных группах как между группами стран, так и между отдельными странами. Однако общей тенденцией развития современного общества является рост бремени смертности от неинфекционных и хронических заболеваний при снижении роли инфекционных заболеваний.

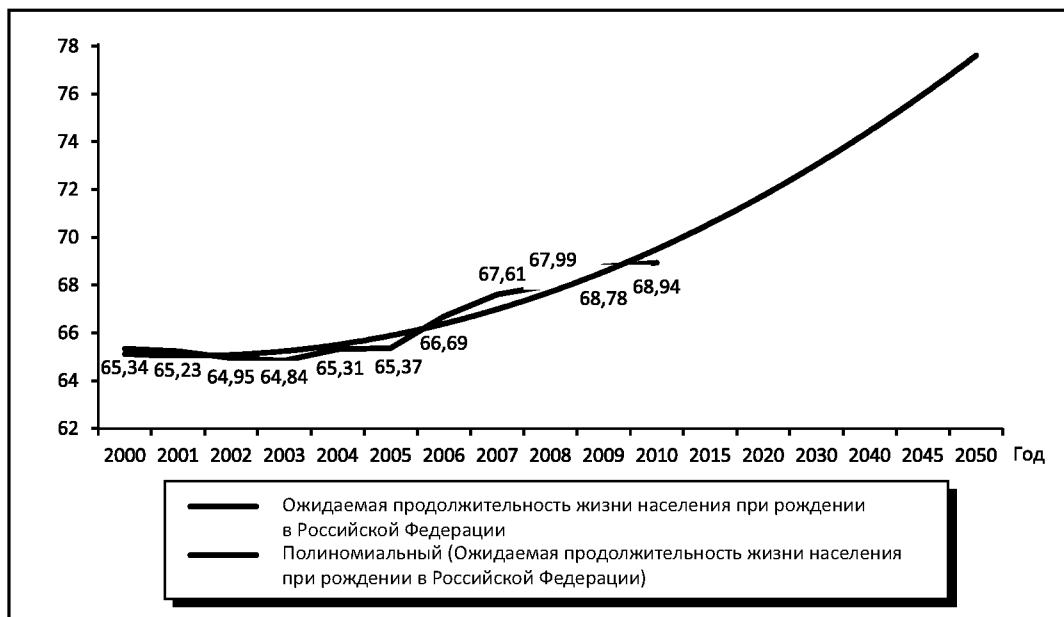
Смертность от ведущих причин (заболеваний системы кровообращения, внешних причин и новообразований) в странах ЕС ниже средних по России в 2 – 3 раза. Инфекционные и паразитарные заболевания являются причиной 16% смертей в мире и 9% – в странах ЕС. В России смертность от данной причины выше, чем в

Таблица 1. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении Вологодской области в сравнении с данными СЗФО, России, странами ЕС (число лет)

Территория	Год				2010 г. к 2000 г., в %
	2000	2005	2009	2010	
Вологодская область	<b>65,85</b>	<b>63,11</b>	<b>67,3</b>	<b>67,5</b>	<b>102,5</b>
Мужчины	59,51	56,05	60,7	60,8	
Женщины	73,18	71,66	74,4	74,4	
СЗФО	<b>64,52</b>	<b>64,02</b>	<b>68,2</b>	<b>68,8</b>	<b>106,6</b>
Мужчины	58,16	57,37	62,2	62,2	
Женщины	71,57	71,44	74,3	74,3	
Россия	<b>65,34</b>	<b>65,30</b>	<b>68,7</b>	<b>68,9</b>	<b>105,5</b>
Мужчины	59,03	58,87	62,8	62,9	
Женщины	72,26	72,4	74,7	74,9	
Страны ЕС	<b>77,5</b>	<b>78,66</b>	<b>79,8</b>	<b>80,0</b>	<b>103,2</b>
Мужчины	74,17	75,54	76,8	77,0	
Женщины	80,72	81,69	82,7	82,9	

Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех», ВОЗ. 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://data.euro.who.int/hfad/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html)

Рис. 1. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении Российской Федерации (число лет)

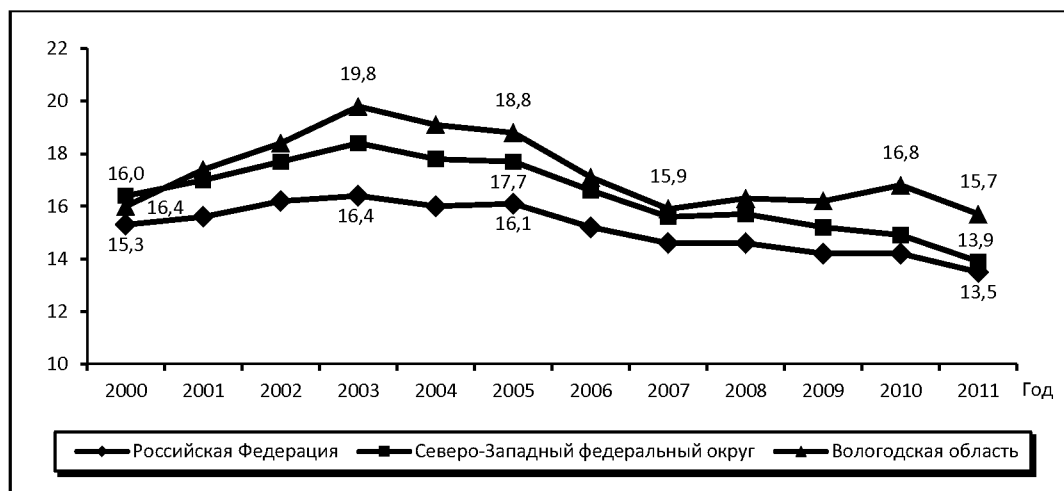


Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

Таблица 2. Гендерный разрыв в уровне ожидаемой продолжительности жизни (число лет)

Год	Вологодская область	СЗФО	Российская Федерация	ЕС
2000	13,67	13,41	13,21	6,55
2005	15,61	14,07	13,42	6,15
2006	14,82	13,44	12,8	6,16
2007	14,02	12,72	13,0	6,16
2008	14	12,6	12,4	6,09
2009	13,7	12,1	11,9	5,9
2010	13,6	12,1	11,8	5,9

Рис. 2. Общий коэффициент смертности (чел. на 1000 населения)



Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

странах Европейского региона, более чем в два раза (22 случая на 100 тыс. населения в сравнении с 9 – в ЕС; табл. 3).

Структура смертности населения Вологодской области повторяет такую и в Российской Федерации, но уровень по основным причинам в регионе превышает среднероссийские значения (табл. 4).

Неинфекционные заболевания на протяжении последних 20 лет обуславливают более 80% смертей населения в Вологодской области. Ведущее место в структуре данного показателя в 2011 году, как и ранее, занимали болезни системы кровообращения (59%). Смертность от онкологических заболеваний находилась на втором месте (14%).

За последние 10 лет в регионе наблюдается тенденция постепенного снижения гибели населения от несчастных случаев, отравлений и травм, однако это всё ещё является серьёзной причиной (11%) преждевременной смертности.

Одной из важнейших характеристик общественного здоровья является заболеваемость населения. За период с 2000 по 2011 г. уровень первичной заболеваемости в регионе вырос на 4% и составил

882 случая на 1000 человек. При этом наблюдается многолетняя динамика превышения первичной заболеваемости относительно уровня Северо-Западного федерального округа и России в целом (рис. 3). Так, в 2011 году уровень первичной заболеваемости населения области превышал среднероссийский на 11%, средний по Северо-Западному федеральному округу – на 2%.

Структура заболеваемости в 2011 году по сравнению с предыдущими годами существенно не изменилась (табл. 5). Ведущее место в ней занимают болезни органов дыхания (47%), травмы и отравления (11%), болезни нервной системы и органов чувств (11%). При этом уровень первичной заболеваемости по основным нозологическим группам существенно вырос.

Также характеристикой здоровья населения является инвалидность, т. е. заболеваемость со стойкой утратой трудоспособности вследствие значительного нарушения функций организма, вызванных хроническим заболеванием или травмой. На процесс формирования инвалидности населения особенно влияют факторы внешнего воздействия,

Таблица 3. Стандартизованный коэффициент смертности по группам причин смерти в отдельных странах, 2010 г. (число умерших на 100 тыс. человек)\*

Страна	От всех причин	Заболевания системы кровообращения	Новообразования	Внешние причины	Инфекционные и паразитарные болезни
Республика Молдова	1288,1	731,1	165,3	103,1	18,8
Казахстан	1270,1	621,1	157,0	116,4	16,7
<b>Российская Федерация</b>	<b>1252,1</b>	<b>692,5</b>	<b>181,6</b>	<b>142,1</b>	<b>22,2</b>
Кыргызстан	1195,6	701,9	113,9	86,8	20,1
Украина	1171,1	732,7	158,2	88,4	30,4
...	...	...	...	...	...
Мальта	516,6	189,3	151,7	24,9	0,8
Швеция	514,1	182,2	141,2	32,4	10,4
Испания	487,0	137,6	152,4	23,0	8,9
Швейцария	464,1	144,9	137,9	35,4	5,5
Справочно по ЕС	602,7	221,7	169,7	36,5	8,6

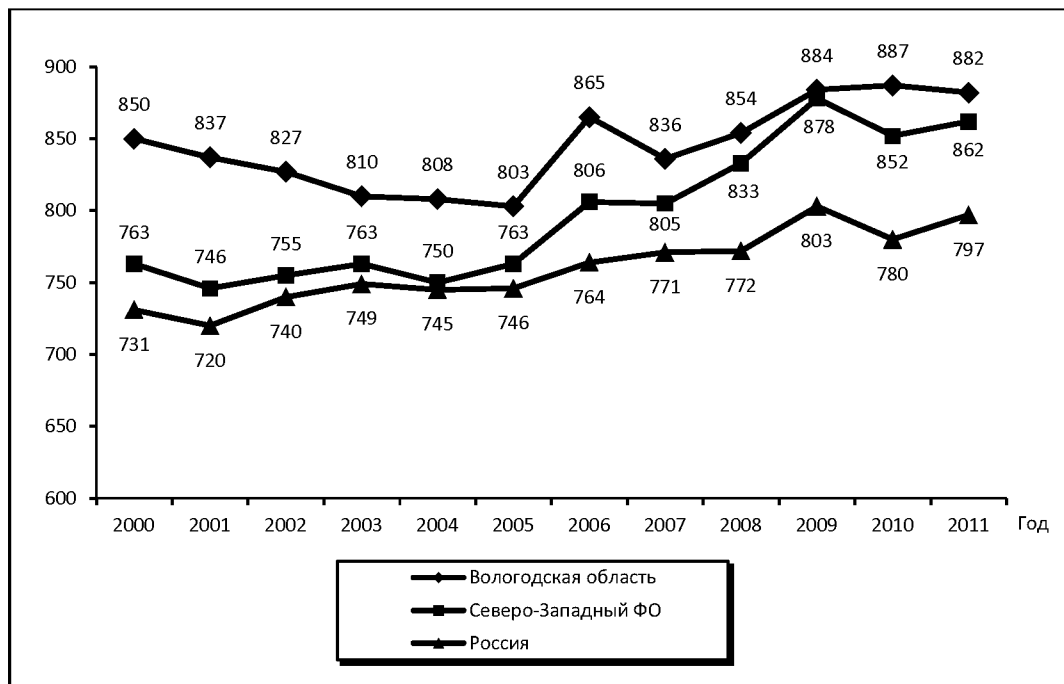
\* Ранжировано по уровню коэффициента смертности от всех причин, за 2010 г.  
 Источник: Европейская база данных «Здоровье для всех», ВОЗ. 2012 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://data.euro.who.int/hfad/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html)

Таблица 4. Смертность населения Вологодской области по основным классам причин смерти (чел. на 1 000 нас.)

Показатель	Субъект	Год					2011 г. к 2000 г., в %
		2000	2005	2009	2010	2011	
Всего умерших	Вологодская область	15,7	18,9	16,2	16,8	15,7	99,7
	Российская Федерация	15,3	16,1	14,2	14,2	13,5	88,2
В том числе							
От болезней системы кровообращения	Вологодская область	9,0	10,4	9,3	9,7	9,3	103,5
	Российская Федерация	8,5	9,1	8,0	8,1	7,6	89,4
От новообразований	Вологодская область	2,1	2,0	2,1	2,1	2,1	104,3
	Российская Федерация	2,0	2,0	2,1	2,1	2,1	105,0
От несчастных случаев, отравлений и травм	Вологодская область	2,3	2,7	1,9	1,9	1,7	73,5
	Российская Федерация	2,2	2,2	1,6	1,5	1,5	68,2
От других причин	Вологодская область	2,4	3,7	2,8	3,0	2,5	106,3
	Российская Федерация	1,4	1,6	1,4	1,4	1,4	100,0

Источники: База данных Федеральной службы государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/>; Статистический ежегодник Вологодской области. 2011: стат. сборник. – Вологда, 2012. – 402 с.

Рис. 3. Динамика первичной заболеваемости населения Вологодской области в сравнении с показателями СЗФО и России (случаев с впервые выявленным диагнозом на 1000 чел. нас.)



Источник: Регионы России. Социально-экономические показатели. 2012: стат. сборник / Росстат. – М., 2012. – 990 с.

Таблица 5. Заболеваемость населения Вологодской области по основным группам болезней\* (случаев на 1000 чел. нас.)

Показатель	Год					2011 г. к 2000 г., в %
	2000	2005	2009	2010	2011	
Все болезни	850,0	796,6	883,8	887,1	880,8	103,6
В том числе по группам болезней						
Болезни органов дыхания	412,1	362	419	411,8	412,3	100,1
Травмы и отравления	84,4	86,2	91	95,1	114,7	114,7
Болезни нервной системы и органов чувств	87,7	82,6	94,4	94,5	93,6	106,7
Осложнения беременности, родов послеродового периода	43,4	54,5	55,5	64,6	62,8	144,7
Болезни кожи и подкожной клетчатки	49,4	54,1	46,1	53,5	49,6	100,4
Болезни костно-мышечной системы	33,0	32,8	40,8	40,3	37,8	114,6

\* В таблице представлены группы болезней, занявшие первые 6 мест в рейтинге заболеваемости населения.  
Источники: Статистический ежегодник Вологодской области 1999: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 267 с.; Статистический ежегодник Вологодской области 2011: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2012. – 402 с.

уровень общей заболеваемости, доступность качественной медицинской помощи населению [6].

Общее число лиц, впервые признанных инвалидами, среди взрослого населения региона в 2011 году снизилось по сравнению с 2000 годом на 54% и составило 8711 человек. Доля лиц трудоспособного возраста в общей численности инвалидов в 2011 году составила 51%, что в 1,7 раз больше, чем в 2000 году.

Значительная доля приходится на инвалидов 1-й и 2-й групп – соответственно 15 и 45% от общего числа впервые признанных инвалидами и 40% – на инвалидов 3-й группы. Это свидетельствует о тяжести хронической патологии, являющейся причиной инвалидизации.

Анализ структуры первичной инвалидности среди населения региона указывает на то, что болезни системы кровообращения в 43% случаев выступают причиной инвалидности. Начиная с 2000-х гг. на 20% выросла доля лиц, впервые признанных инвалидами, в связи с болезнями нервной системы, органов чувств, на 18% – по причине злокачественных новообразований. При этом за аналогичный период в 2 раза сократилась численность впервые признанных инвалидами лиц по причине болезней системы кровообращения (табл. 6).

Оценка тенденций изменения здоровья будет более полной, если она основывается на анализе не только популяционной статистики, но и информации об изменениях, происходящих на микроуровне, т. е. на анализе самооценок здоровья [12]. Так, по данным мониторинга состояния здоровья населения, в Вологодской области доля жителей, положительно характеризующих своё здоровье, в 2012 году составила 55%, при этом удельный вес отрицательных оценок – 10%.

С 1999 года Институт социально-экономического развития территорий РАН проводит мониторинг общественного здоровья на основе социологических опросов<sup>1</sup>. Метод самооценок здоровья (несмотря на некоторые ограничения) признан достаточно надёжным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья как внутри отдельных стран, так и для межстрановых сравнений.

<sup>1</sup> Опрос проводится на территории городов Вологды, Череповца и восьми районов Вологодской области. Объём выборки – 1500 респондентов. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением, пропорций между жителями населённых пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города), пропорции половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

Таблица 6. Численность лиц, впервые признанных инвалидами, по причинам инвалидности в Вологодской области (чел. на 10 тыс. населения)

Показатель	Субъект	Год					2011 г. к 2000 г., в %
		2000	2005	2009	2010	2011	
Всего признано инвалидами	Вологодская область	126	106	85	80	73	57,9
	Российская Федерация	99	157	81	77	н.д.	н.д.
В том числе в связи со злокачественными новообразованиями	Вологодская область	11	12	13	13	13	118,2
	Российская Федерация	13	18	16	16	н.д.	н.д.
Болезнями нервной системы и органов чувств	Вологодская область	5	7	7	8	6	120
	Российская Федерация	7	11	6	6	н.д.	н.д.
Болезнями системы кровообращения	Вологодская область	72	59	39	36	31	43,1
	Российская Федерация	46	86	33	30	н.д.	н.д.
По причине травм (всех локализаций)	Вологодская область	6	6	5	5	5	83,3
	Российская Федерация	7	7	5	5	н.д.	н.д.

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда, 1999, 2010; Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

Самооценка здоровья как интегральный показатель включает в себе оценку не только наличия или отсутствия симптомов заболевания, но и психологического благополучия в целом. Давая субъективную информацию, такая оценка отражает восприятие различных аспектов здоровья – физического, социального, психоэмоционального, включая всё многообразие биомедицинских признаков и симптомов.

За последние 12 лет самооценка населением своего здоровья на территории области улучшилась. Доля жителей, оценивающих своё здоровье как «хорошее, довольно хорошее», возросла в 2012 году на 8% по сравнению с 2000 годом, а число тех, кто оценивает своё здоровье как «плохое, очень плохое», сократилось на 39% (рис. 4).

Мужчины при выборе ответа на вопрос, который оценивает состояние

собственного здоровья, чаще, чем женщины, склоняются к вариантам «хорошее» и «очень хорошее» (табл. 7).

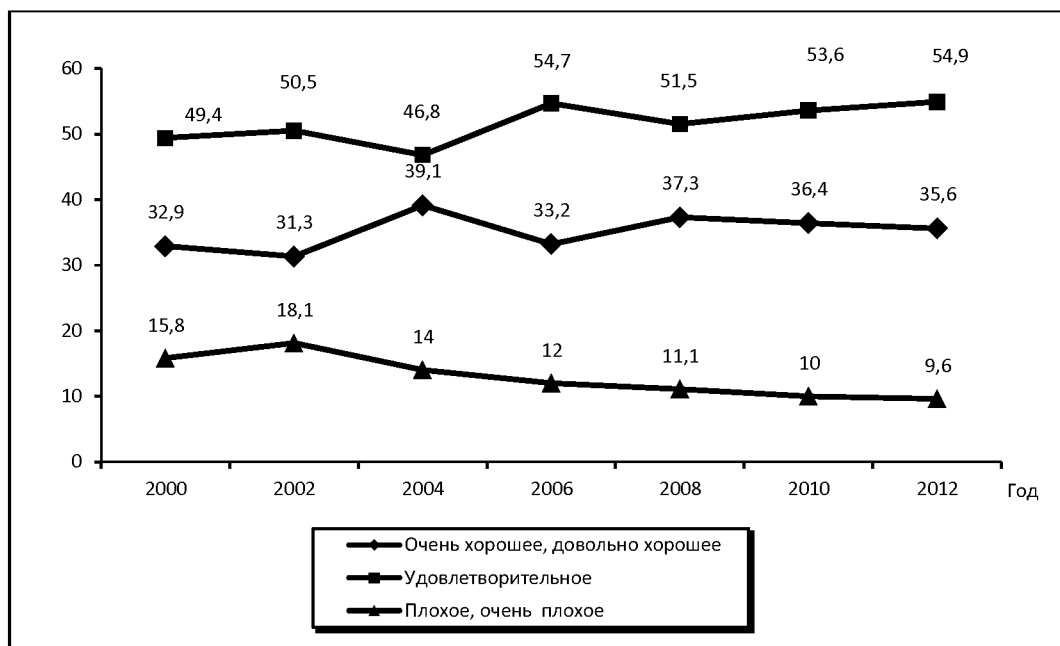
Для приведения качественной характеристики здоровья населения региона к количественному значению был построен индекс самооценки здоровья (ИСЗ) на основании субъективных оценок здоровья.

За индекс самооценки здоровья была принята субъективная оценка населением его состояния с учётом среднего от суммы применяемой балльной оценки (1 – очень плохое, 2 – плохое, 3 – удовлетворительное 4 – довольно хорошее, 5 – очень хорошее), умноженных на их долю в совокупности опрошенных.

$$ИСЗ = (1 \times q_1 + 2 \times q_2 + 3 \times q_3 + 4 \times q_4 + 5 \times q_5) : 5,$$

где  $q_i$  – доля респондентов, выбравших ответ  $i$ .

Рис. 4. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных)



Источник: данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 7. Распределение ответов по гендерным группам на вопрос: «Как Вы оцениваете состояние собственного здоровья в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2002 г.		2007 г.		2012 г.	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
Очень хорошее	9,1	4,1	6,3	3,4	4,8	2,5
Довольно хорошее	28,9	22,1	35,0	27,8	35,7	28,6
Удовлетворительное	44,8	55,0	48,6	54,8	52,3	57,0
Плохое	15,4	16,7	9,7	12,8	5,7	10,5
Очень плохое	1,8	2,1	0,3	1,2	0,5	1,4

Источник: данные мониторинга здоровья населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

В полученной шкале колебания индексы здоровья составляют от 0,2 до 1,0. При интерпретации данных ИСЗ следует учитывать, что его значение до 0,6 соответствует низкой самооценке здоровья; 0,61 – 0,8 – средней; 0,81 – 1,0 – высокой самооценке здоровья.

Расчёты показывают, что ИСЗ населения региона за период с 2000 по 2012 г. существенно вырос и составил 0,654, однако уровень здоровья не превышает средний (рис. 5).

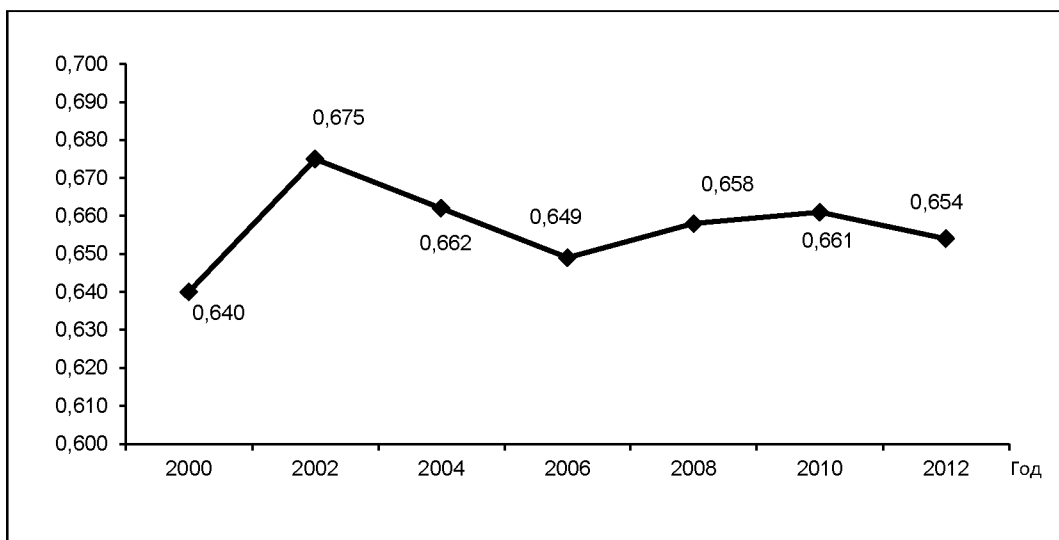
Следует отметить, что проблема определения состояния общественного здоровья неотделима от вопроса его формиро-

вания и сохранения. Здоровье населения, являясь сложной и многогранной категорией, формируется под воздействием целого комплекса разнообразных по своему характеру, направленности и силе факторов, которые взаимодействуют друг с другом, меняются во времени. Одни из них оказывают благотворное воздействие на здоровье, другие способствуют возникновению заболеваний.

Отсутствие оздоровительной физической активности или её низкий уровень оказывают существенное влияние на здоровье населения. Малоактивный образ жизни повышает риск развития многих



Рис. 5. Динамика индекса самооценки здоровья населения Вологодской области



хронических болезней, в том числе сердечно-сосудистых заболеваний, сахарного диабета и некоторых видов злокачественных новообразований.

В исследовании было выявлено, что занятие физической культурой и спортом имеют прямую и очень тесную взаимосвязь со здоровьем человека. Те, кто регулярно занимается спортом, имеют более высокий индекс самооценки здоровья, а также реже болеют хроническими заболеваниями по сравнению с теми, кто им не занимается (табл. 8).

Для оценки влияния факторов на здоровье населения в исследовании использован метод логистической регрессии<sup>2</sup>. Рассчитываемый коэффициент шансов (OR) позволяет оценивать степень зависимости состояния здоровья населения от того или иного социально-экономического фактора.

<sup>2</sup> Логистическая регрессия позволяет предсказывать наличие или отсутствие исследуемой характеристики (например, плохое здоровье) у индивида, если известен набор его характеристик. В качестве независимой переменной в модели логистической регрессии выступает дихотомическая переменная, принимающая значение «один», если индивид имеет плохое здоровье, и значение «ноль» в противном случае. Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ . CL – 95% доверительный интервал.

Согласно данным регрессионного анализа, хронические заболевания чаще возникают у тех, кто не занимается физической культурой и спортом (табл. 9).

Важнейшую роль в сохранении и укреплении здоровья человека играет питание. Значительное влияние на здоровье оказывает качество питания: жители области, оценивающие питание как «полноценное», имеют более высокий индекс самооценки здоровья по сравнению с теми, кто оценивает питание как «плохое» (табл. 10).

Взаимосвязь качества питания и здоровья прослеживается и в регрессионном анализе. Так, при неудовлетворительных оценках питания риск иметь хроническое заболевание возрастает более чем в два раза (табл. 11).

Связь здоровья с потреблением алкогольной продукции проявляется очень тесно, о чём свидетельствует высокий уровень значимости при регрессионном анализе, результаты которого показали, что население, потребляющее алкоголь сверх установленной нормы, в два раза чаще даёт своему здоровью негативные характеристики и имеет хронические заболевания (табл. 12).

Таблица 8. Взаимосвязь здоровья населения и частоты занятий физической культурой и спортом

Как часто Вы занимаетесь физической культурой и спортом?	Индекс самооценки здоровья	Имеются ли у Вас длительно протекающие (хронические) заболевания или состояния? (в %)	
		да	нет
Ежедневно	0,641	32,4	67,6
2 – 3 раза в неделю	0,633	27,6	72,4
Несколько раз в месяц	0,648	29,5	70,5
Примерно раз в месяц	0,648	19,4	80,6
Примерно раз в год	0,624	27,3	72,7
Сейчас не занимаюсь	0,600	34,9	65,1
Никогда не занимался(ась)	0,570	40,5	59,5

Источник: данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 9. Риск возникновения хронических заболеваний в зависимости от наличия в образе жизни практик занятия физической культурой и спортом

Занятия физической культурой и спортом	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*
Занимаюсь регулярно	1,00		
Сейчас не занимаюсь	1,26	(1,01-1,57)	0,04
Никогда не занимаюсь	1,60	(1,25-2,05)	0,002

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .

Таблица 10. Влияние качества питания на здоровье населения Вологодской области

Оценка качества питания жителями области	Величина индекса самооценки здоровья					
	2002 г.	2004 г.	2006 г.	2008 г.	2010 г.	2012 г.
Полноценное	0,788	0,779	0,717	0,734	0,766	0,861
Нормальное	0,642	0,660	0,661	0,666	0,683	0,642
Неудовлетворительное	0,566	0,599	0,629	0,603	0,600	0,512
Очень плохое	0,514	0,587	0,590	0,591	0,613	0,517

Источник: данные мониторинга здоровья и самосохранительного поведения населения Вологодской области, ИСЭРТ РАН.

Таблица 11. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от качества питания

Оценка питания	Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*
Полноценное	1,00		
Неудовлетворительное	1,58	(1,03-2,41)	0,03
Очень плохое	2,24	(1,06-4,68)	0,04

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .

Таблица 12. Риск ухудшения общего состояния здоровья и возникновения хронических заболеваний в зависимости от чрезмерного употребления алкогольных напитков

Употребление алкогольных напитков сверх установленной нормы	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*	OR	CL	p*
Нет	1,00			1,00		
Да	2,09	(1,47-2,95)	0,0001	1,66	(1,32-2,09)	0,0001

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .

Таблица 13. Риск ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от частоты употребления крепких алкогольных напитков

Употребление крепких алкогольных напитков	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)		
	OR	CL	p*
До 3-х раз в месяц	1,00		
Ежедневно	4,42	(1,18-16,6)	0,03
По выходным	0,34	(0,13-0,9)	0,03
По праздникам	0,73	(0,40-1,34)	0,3

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .

Таблица 14. Риск возникновения хронических заболеваний и ухудшения общего состояния здоровья в зависимости от курения

Курение	Самооценка здоровья («плохое» или «очень плохое»)			Наличие хронических заболеваний		
	OR	CL	p*	OR	CL	p*
Не курят	1,00			1,00		
Курят	2,20	(1,44-3,38)	0,0003	1,85	(1,45-2,36)	0,0001

\* Показатель является значимым, если уровень значимости  $p < 0,05$ .

Наибольшее влияние на состояние здоровья населения оказывает частота употребления крепких алкогольных напитков (табл. 13). Те, кто ежедневно употребляет крепкий алкоголь, имеют в четыре раза больший риск ухудшения здоровья по сравнению с теми, кто употребляет алкоголь менее 3-х раз в месяц.

Курение также заметно отражается на здоровье, о чём свидетельствуют данные регрессионного анализа, имеющие высокий уровень значимости. Так, курящее население имеет в два раза больший риск ухудшения здоровья и развития хронических заболеваний (табл. 14).

Таким образом, анализ результатов исследования позволил установить, что на фоне роста ОПЖ и снижения коэффициента смертности населения страны заметного улучшения здоровья населения не произошло как в Вологодской области, так и в России в целом. Подтверждением этого является рост заболеваемости и инвалидизации по отдельным причинам.

Формирование здорового образа жизни у населения, как и раньше, служит

первоочередной задачей профилактики заболеваний [5]. В связи с тем, что в конце 2012 года закончилась долгосрочная целевая программа «Формирование здорового образа жизни у населения Вологодской области на 2009 – 2012 годы», на наш взгляд, целесообразно было бы на региональном уровне разработать новую программу по совершенствованию стратегии здоровьесберегающего поведения населения. Учитывая значимость и период формирования установок на здоровьесбережение, а также образование и характер работы, необходимо привлечь региональные СМИ, общественные организации, профсоюзы, руководство предприятий и организаций, органы власти к пропаганде позитивных самосохранительных стратегий.

Уделение должного внимания вопросу формирования самосохранительной культуры среди населения будет способствовать скорейшему изменению негативных трендов общественного здоровья населения, что послужит основой для экономического роста и социальной стабильности области.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Демографический ежегодник Вологодской области за 2012 г. [Текст]: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 47 с.
2. Здоровье для всех [Электронный ресурс]: Европейская база данных ВОЗ. 2012. – Режим доступа: [http://data.euro.who.int/hfaddb/shell\\_ru.html](http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html)
3. Здравоохранение в России [Текст]: стат. сборник / Росстат. – М., 2012. – 531 с.
4. Зурке, М. Инвестиции в здоровье: ключевое условие успешного экономического развития стран Восточной Европы и Центральной Азии [Текст] / М. Зурке. – Копенгаген: Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 274 с.
5. Калачикова, О.Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона [Текст] / О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина // Проблемы развития территории. – 2012. – № 5 (61). – С. 72-82.
6. Практическая демография [Текст] / под ред. Л.Л. Рыбаковского. – М., 2005. – 280 с.
7. Регионы России. Социально-экономические показатели. 2012 [Текст]: стат. сборник / Росстат. – М., 2012. – 990 с.
8. Римашевская, Н.М. Качество трудового потенциала в регионах России / Н.М. Римашевская, В.К. Бочкарева, Г.Н. Волкова, Л.А. Мигранова // Народонаселение. – 2012. – № 3. – С. 111-125.
9. Статистический ежегодник Вологодской области 1999 [Текст]: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 267 с.
10. Статистический ежегодник Вологодской области. 2011 [Текст]: стат. сборник. – Вологда, 2012. – 402 с.
11. Шабунова, А.А. Вологодская область: перспективы демографического развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, А.О. Богатырев // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2010. – № 3. – С. 51-61.
12. Шабунова, А.А. Здоровье населения в России: состояние и динамика: монография [текст] / А.А. Шабунова. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 408 с.
13. 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. – С. 101-115.