

СОЦИАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ

От редакции. Данная публикация входит в серию статей, посвященных 25-летию основания ИСЭРТ РАН. В ней представлены итоги проводимого в Институте долговременного исследования по проблемам формирования детского здоровья. С самого начала это исследование, инициированное директором ИСЭРТ РАН д.э.н., профессором В.А. Ильным и продолжающееся под его руководством, приобрело пионерный характер в российской социологической науке. В ходе реализации мониторинга его материалы нашли отражение в диссертационных исследованиях А.А. Шабуновой (Изучение здоровья детей: метод мониторинга (на примере Вологодской области): дис. ... к.э.н. — М., 2003; Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика: дис. ... д.э.н. — М., 2011).

DOI: 10.15838/esc/2015.2.38.7

УДК 316.42, ББК 65.524.1

© Шабунова А.А.

Двадцать лет мониторинга детского здоровья: организация, результаты, выводы



**Александра Анатольевна
ШАБУНОВА**

доктор экономических наук, доцент, заместитель директора, заведующий отделом, Федеральное государственное бюджетное учреждение науки Институт социально-экономического развития территорий Российской академии наук (160014, г. Вологда, ул. Горького, д. 56а, aas@vscc.ac.ru)

Аннотация. Глубокое понимание воспроизводства человеческого потенциала, представление его как непрерывного цикла, отражающего преемственность поколений, предполагает особую значимость формирования здоровья и развития детей. Нынешние дети определяют будущее российского общества. Именно они через 10–15 лет будут составлять основную часть трудового и творческого населения, демографический базис страны. Исследование проблем детства сквозь призму социально-экономического развития позволяет определить целевые ориентиры многогранной политики государства. В статье представлены результаты многолетнего медико-социологического мониторинга по проблемам формирования детского здоровья, осуществляемого с 1995 г. Институтом социально-экономического развития территорий РАН при поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области. Специальное мониторинговое исследование динамики здоровья в режиме реального времени является уникальным не только для Вологодской области, но и для России. Оно позволяет увидеть трансформацию личности и зависимости этих изменений от непосредственно и опосредованно влияющих на нее факторов.

Особенности представляемой работы состоят в том, что она позволяет нам ответить на чрезвычайно важный и широкий круг вопросов: рождается человек здоровым или нет, если он нездоров, то почему и почему он родился нездоровым; после рождения его здоровье ухудшается или улучшается; если здоровье меняется, то под влиянием каких факторов это происходит и т.д. За 15 лет наблюдений нам удалось проследить динамику детского здоровья в условиях трансформационных процессов, происходящих в стране. Если официальная статистика только фиксирует те или иные тенденции здоровья, то результаты мониторинга позволили говорить о них на качественно новом уровне. С их помощью мы увидели глубинные причины демографических процессов. Вывод, который мы можем сделать по этой части, с одной стороны, очевиден, с другой стороны, не может быть оставлен без внимания: стабильность экономики и планомерное развитие социальной сферы являются залогом семейного благополучия и детского здоровья. Обратная ситуация ведет к разрушению института семьи, уменьшению детской популяции и снижению ее качественных характеристик. Второй вывод по результатам исследования состоит в том, что мы эмпирическим путем выявили факторы риска детского здоровья. Полученные данные используются на законодательном уровне и вызывают огромный интерес в научном сообществе. На примере конкретных семей мы показали, как отражается на здоровье ребенка образ жизни его родителей, условия воспитания, материальное благополучие, медицинская активность, рацион питания, жилищные условия, экологическая обстановка. Все эти факторы на сегодняшний день требуют пристального внимания, причем не только органов власти, но и самих родителей.

Не менее важным результатом мониторинга детского здоровья стало дальнейшее развитие научного направления и формирование новых тематических блоков исследования, таких как «Мониторинг репродуктивного здоровья и поведения населения» и «Репродуктивный потенциал региона», а впоследствии «Воспроизводство населения: тенденции и резервы».

Ключевые слова: мониторинг; здоровье детей; государственная политика; факторы здоровья; человеческий потенциал.

История исследования

Сохранение и укрепление здоровья населения как национального богатства и фактора, определяющего состояние человеческого потенциала, является важнейшей задачей общества. Демографическая и социально-экономическая ситуация в России в конце XX — начале XXI в. характеризуется пересечением двух независимых процессов: с одной стороны, демографического, характеризующегося активным старением населения, а с другой — переходом с природоориентированных к инновационным технологиям. Успех реализации этого перехода зависит от доли молодых когорт в структуре рабочей силы, способных особенно эффективно осваивать технологии.

Между тем, «поле» детства, его человеческий и социальный потенциал сжимается, как «шагреновая кожа». За последние 15 лет численность детей в возрасте 0–17 лет уменьшилась почти на 12 млн., или примерно на треть, тем самым «урезая» масштабы молодежи (18–30 лет) на следующем возрастном этапе. Нынешние дети определяют будущее российского общества. Именно они через 10–15 лет будут составлять основную часть трудового и творческого населения, демографический базис страны. Исследование проблем детства сквозь призму социально-экономического развития позволяет определить целевые ориентиры многогранной политики государства.

Именно поэтому в 80-х гг. XX века в отечественной науке появилась идея о необходимости всестороннего мониторингового изучения детского здоровья и развития. **Наталья Михайловна Римашевская**, д.э.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, высказала идею о необходимости проведения исследования, аналогичного английскому¹. Реализовать идею удалось только в мае 1995 г. на вологодской земле. ИСЭРТ РАН совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН, при поддержке Правительства Вологодской области начал лонгитюдное (длительное) панельное исследование социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье и развитие детей, продолжающееся уже в течение 20 лет.

Основная идея исследования состояла в том, чтобы показать, каким образом условия среды влияют на здоровье и развитие ребенка. Этот вопрос мы рассматривали на двух уровнях: как изменяются качественные характеристики детского поколения в

¹ Первый этап мониторинга в Великобритании был осуществлен в период с 3 по 9 марта 1958 г. и получил название «Национальная программа изучения развития детей» (NCDS). В качестве объекта исследования NCDS были отобраны 17 тысяч детей, рожденных с 3 по 9 марта 1958 г. Главная цель этого обследования состояла в том, чтобы получить достаточно точные сведения о количестве детей, рождающихся с отклонениями от нормы или умирающих в перинатальный период. Собиралась максимально доступная информация о матери, отце каждого новорожденного, а также о нем самом и его судьбе за первую неделю жизни. Результаты первого этапа позволили выработать общенациональную стратегию борьбы за снижение младенческой смертности. Второй этап обследования (NCDS – 2) включал в себя наблюдение всех членов когорты – до достижения ими семилетнего возраста. Результаты этого этапа выявили факторы, влияющие не только на здоровье, но и на разнообразные показатели развития детей. Наблюдение за детьми на третьем этапе обследования – до достижения ими 14-летнего возраста (NCDS – 3) – позволило оценить их интеллектуальный потенциал. В 1981 г., когда участники обследования достигли 23 лет, был осуществлен четвертый этап наблюдения, который отразил возможности их профессиональной квалификации и трудоустройства.

зависимости от социально-экономической ситуации в стране и регионе и как изменяется здоровье детей в условиях динамики семейного образа жизни. Семья, как известно, не может не испытывать на себе тяготы преобразований, происходящих на государственном уровне. Поэтому мы убеждены, что реальную ситуацию можно оценить только учитывая комплексную информацию: результаты углубленного мониторинга и данные официальной статистики².

Для решения этой задачи был выбран метод лонгитюдного (многолетнего) мониторинга когорт, который позволяет отразить все нюансы изменений детского здоровья в различные периоды жизни. Выборку составили все семьи, в которых родились дети в мае 1995 г. в городах Вологде, Череповце и районных центрах – городах Великом Устюге, Кириллове и поселке городского типа Вожега (позже к ним присоединились семьи когорт 1998, 2001, 2004 и 2014 г.р.). Наблюдение позволило получать в режиме реального времени объективную и достоверную информацию о здоровье и развитии детей и факторах, их определяющих.

Большую заинтересованность в этом проекте с самых первых этапов его осуществления проявил Департамент здравоохранения Вологодской области. Тесное сотрудничество ученых и управленцев в данном проекте обогатило исследование и повлияло на принятие управленческих решений.

По мере осуществления мониторинга его результаты становились все более и более значимыми, требующими более глубокой интерпретации. Оглядываясь назад,

² Римашевская Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений // Народонаселение. – 2000. – № 4. – С. 100.

мы можем отметить, что тот потенциал, который изначально был заложен в мониторинге детского здоровья, спустя 20 лет проявил себя в полной мере. Сегодня для нас очевидно, что данные, выявленные в ходе исследования, оказались своевременными, востребованными и новаторскими. Они открыли широкие перспективы для сохранения и укрепления человеческого потенциала.

Мы искренне ценим поддержку тех, кто 20 лет назад увидел потенциал в только-только зарождающемся исследовании, поверил в наши силы и принял участие в мониторинге. Прежде всего, мы благодарны чл.-кор. РАН д.э.н. Наталье Михайловне Римашевской и всему научному коллективу Института социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук (ИСЭПН РАН) за саму идею мониторинга, ее продвижение и помощь, которую мы получаем на протяжении всего периода исследования; д.э.н., профессору Елене Борисовне Бреевой, которая долгое время осуществляла научное руководство темой в ИСЭПН РАН. Выражаем признательность директору Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук (ИСЭРТ РАН) д.э.н., проф. Владимиру Александровичу Ильину, который взялся за организацию мониторинга на территории Вологодской области и по сей день способствует его реализации. Благодарим Правительство Вологодской области, Департамент здравоохранения и лично к.м.н. Александра Андреевича Колинко и к.м.н. Елену Леонидовну Вологдину, которые на протяжении всего периода курировали исследование и способствовали использованию его результатов на законодательном уровне. И конечно, выражаем огромную призна-

тельность врачам, медсестрам, родителям, которые приняли участие в исследовании, предоставили нам возможность наблюдения за их семьями и, надеемся, сами получили немалую пользу от участия в мониторинге.

Одним из важных достижений исследования мы считаем то, что сами родители, принявшие участие в исследовании, отмечают, что стали по-новому смотреть на формирование здоровья своего ребенка. Участие в мониторинге подвигло многих на переосмысление своей роли в воспитании детей, на изменение своего образа жизни. И, как следствие, мы получили немало слов благодарности от реальных людей, отметивших улучшение здоровья своих детей, нормализацию взаимоотношений с ними, более благоприятную психологическую атмосферу в семье.

Методы сбора информации

Лонгитюдное панельное исследование демографических, социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, в Вологодской области начато в мае 1995 года³. Пятая волна мониторинга осуществлена в 2014 г. К настоящему времени в исследовании участвуют пять когорт семей (дети 1995, 1998, 2001 и 2004, 2014 годов рождения), что расширяет возможности для выявления и анализа тенденций в здоровье и развитии детей, а также факторов, обуславливающих данные процессы (*табл. 1*).

³ В исследование включены все семьи, в которых в течение двух недель (с 15 по 30 мая 1995 года) родились дети. Обследование проводилось в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллово, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега. С 2004 г. в исследовании были задействованы уже четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта 1998 г., в 2002 и 2004 г. в тех же населенных пунктах. Информация снималась четыре раза в год на протяжении первого года жизни (новорожденные дети, дети в возрасте 1 месяца, 6 месяцев и одного года), далее ежегодно.

Таблица 1. Этапы проведения мониторинга

Год начала исследования	Период начала исследования	Количество обследуемых семей
1995	15 мая – 30 мая	100
1998	1 марта – 25 марта	200
2001	1 марта – 25 марта	200
2004	1 марта – 25 марта	200
2014	1 марта – 21 марта	370

Мониторинг проводится посредством заполнения специально разработанных анкет. Организация исследования предполагает использование комплексного инструментария, который включает:

1. Анкеты, характеризующие особенности семьи и домохозяйства новорожденного (заполняются родителями). В вопросе представлены следующие основные информационные блоки: социально-демографический (пол, возраст ребенка, состав семьи, возраст родителей, социальная принадлежность); уровень жизни семьи, трудовая деятельность родителей ребенка (образование, профессия, должность, условия и характер труда в период перед рождением ребенка, величина душевого дохода, оценочные характеристики доходов семьи); жилищные условия (величина жилой площади, качественные характеристики жилья и имущества); оценка экологических условий, условия и качество питания матери во время беременности, а также ребенка; вредные привычки родителей (употребление алкогольных напитков, курение); медицинские факторы: самооценка здоровья родителей (наличие противопоказаний к рождению ребенка, наличие хронических заболеваний у родителей, планирование рождения ребенка, самочувствие во время беременности); характеристика протекания беременности и родов — заполняются медицинскими работниками, согласно документации (наличие отклонений в здоровье женщины во время беременности,

медицинская активность беременной, продолжительность и характер родов, наличие дополнительных родовспомогательных мероприятий); оценка неонатологом здоровья новорожденного ребенка (вес, рост, «апгар-тест», выявленные заболевания, группа здоровья — заполняются врачами акушерами-гинекологами на основе медицинской документации).

2. Анкеты, характеризующие состояние здоровья и развитие ребенка, условия его жизни в возрасте 1 месяца, 6 месяцев, 1, 2, 3 лет и так далее (анкеты имеют две части: первая, касающаяся оценки условий жизни и развития детей, заполнялась родителями; вторая, касающаяся характеристики и оценки здоровья ребенка, — участковыми врачами-педиатрами).

3. Очень важно иметь информацию об отношении самих детей к своему здоровью, определению ими жизненных ценностей. Поэтому с 2005 г. в рамках данного проекта в опросе участвуют дети. Анкеты позволяют обобщить информацию о самооценке здоровья и развития детей, их увлечений и интересов (заполняются самими детьми, начиная с десятилетнего возраста).

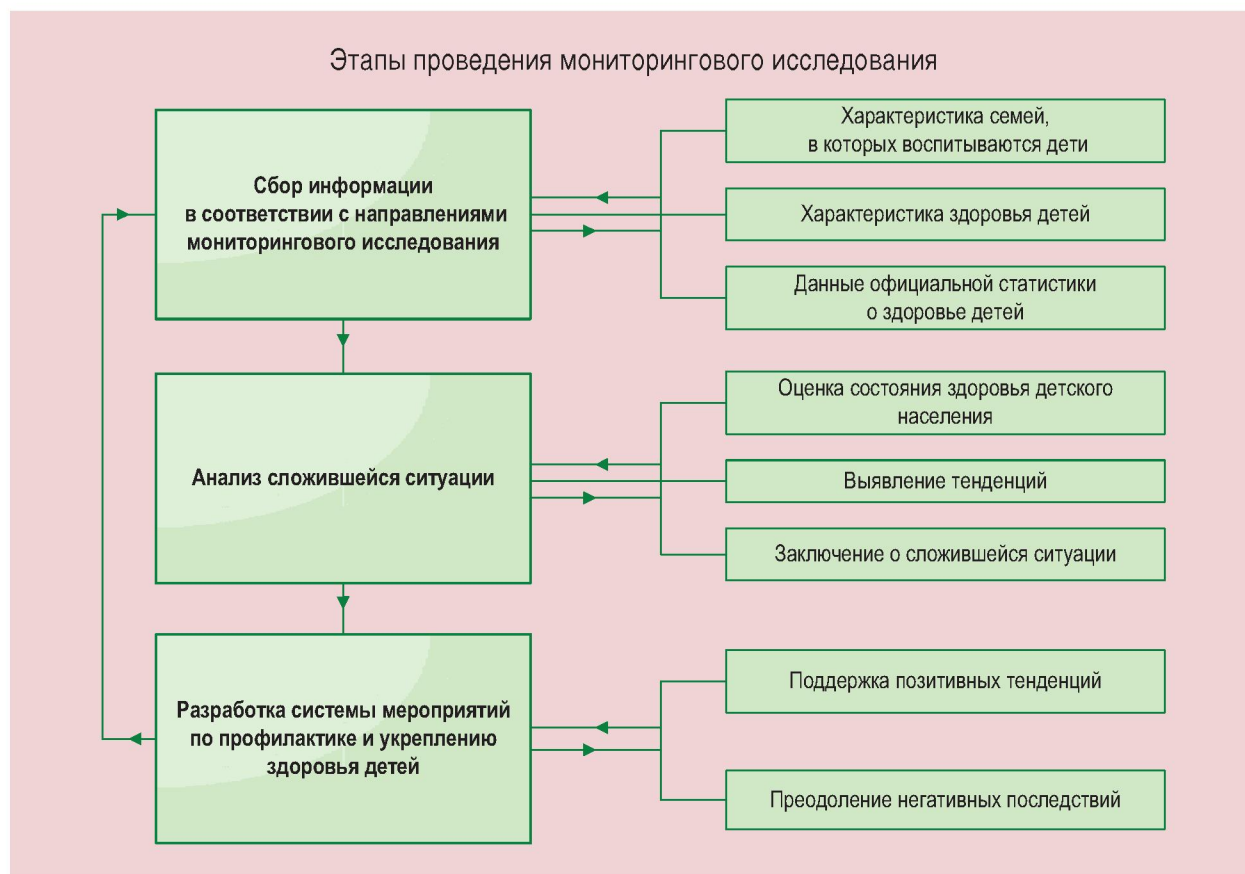
Вместе с нами мониторинг условий формирования здорового поколения осуществляли заведующие педиатрическими отделениями, врачи-педиатры, медсестры, учителя и родители. Осознание целесообразности данного исследования и энтузиазм, проявленный специалистами, во многом предопределили успешный исход эксперимента.

Проведенное мониторинговое исследование здоровья детей позволяет выделить общие структурные блоки и их взаимосвязи, которые могут быть использованы на других территориях страны с учетом региональных особенностей (рисунок). Предлагаемая система осуществления мониторинга служит методологической основой исследования прямого и косвенного взаимного влияния социально-экономического развития территории на здоровье детей и потенциала здоровья детской популяции — на экономическое развитие территории в ближайшей и отдаленной перспективе.

Основные итоги мониторинга

Анализ данных мониторинга свидетельствует о снижении потенциала здоровья детей, полученного при рождении, причем ухудшение здоровья происходит поэтапно, ступенчато. Установлены основные критические периоды детства: первый год жизни (среди новорожденных доля здоро-

вых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляет 60–40%, к одному году она снижается до 20–15%), 6–7 лет (удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается в среднем на 5–6%), что связано с наиболее ответственными моментами социальной адаптации. К 12 годам, в силу физиологических особенностей, укрепляется иммунная система детей, сокращается удельный вес часто болеющих простудными заболеваниями. Однако увеличивается заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, имеющих вторую группу здоровья. Часты случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости в медицинские учреждения.



Новый этап исследования в 2014 г. показал, что почти 15% новорожденных имели хорошее здоровье (отнесены к 1 группе здоровья), что на 5–10 п.п. выше, чем в предыдущие годы исследования. При этом сократился и удельный вес детей, имеющих функциональные и некоторые морфологические отклонения (группа 2Б, на 6 п.п. по сравнению с 2004 г.). Данные процессы связаны, с одной стороны, с улучшением социально-экономического положения населения, с другой стороны, с мероприятиями демографической политики, проводимыми в стране и регионе.

Гендерный анализ здоровья детей свидетельствует о том, что здоровье девочек лучше, чем здоровье мальчиков. В каждой из обследуемых когорт удельный вес девочек, имеющих 1 группу здоровья, больше, чем мальчиков, в течение всего наблюдаемого периода. В то же время доля мальчиков, имеющих хронические заболевания, выше соответствующей доли среди девочек.

Ярко заметны территориальные различия: здоровье детей в городах Череповце и Вологде по оценкам врачей хуже, чем в районах. Удельный вес детей с хроническими заболеваниями в городах больше в 2–4 раза, чем в районах. Но это может быть обусловлено не только лучшим здоровьем детей в сельской местности, но и меньшей выявляемостью заболеваний, чем в крупных городах. В сельской местности имеет место недоукомплектованность педиатрическими кадрами. Это приводит к более низкому качеству медицинских осмотров: отсутствие полного состава врачей-специалистов влечет за собой позднюю и неполную выявляемость хронических заболеваний у детей.

Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. Установлено, что в различные возрастные

периоды их воздействие не одинаково. В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают медико-биологические факторы и образ жизни матери:

– *Плохое здоровье родителей.* Так матери здоровых детей в 65% случаев имели хорошее и отличное здоровье, а у больных детей – только 51%; у больных детей матери имели лишь удовлетворительное здоровье (43%) чаще, чем у здоровых (35%).

– *Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности.* У матерей, страдавших анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми, за год удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, к 2 годам – до 7%, к 3 годам составил чуть больше 1%. В то же время среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее протекания, с 1995 по 2007 г. основную долю составляли анемии – 35%.

– *Курение матери* увеличивает риск рождения маловесных детей с ослабленным здоровьем; у курящих женщин удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3–14%. По данным мониторинга, 27% женщин курили до беременности, во время беременности – 12%.

– *Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам.* В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен.

– *Характер вскармливания детей* влияет на их здоровье не только в раннем детстве, но и в последующие периоды. По данным мониторинга, дети, находившиеся на грудном вскармливании до 6 месяцев, в

2 раза реже болели по сравнению с детьми при искусственном питании. Однако распространенность грудного вскармливания в России невелика: в 2008 г. лишь 41% младенцев имели грудное молоко до 6 месяцев и 39% — до 1 года.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы. Увеличивается удельный вес рисков среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов. Наиболее существенное влияние оказывают следующие:

— *Ослабленное здоровье детей в первый год жизни* усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте. У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний, в то время как среди детей, часто болевших в 2 года, к 5 годам 10% имели хронические заболевания, к восьми годам — 30%.

— *Низкие доходы семей* лимитируют возможность организации полноценного питания детей, а также вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а финансовые ограничения затрудняют приобретение необходимых лекарственных препаратов. Факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами. Несмотря на то, что в период с 2000 по 2008 г. отмечался рост заработной платы, около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности.

— *Неблагоприятные жилищные условия*, дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводят к сниже-

нию общей сопротивляемости организма воздействиям внешней среды, снижению иммунитета, что, в свою очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13–18% респондентов указывали, что проживают в плохих либо требующих капитального ремонта домах и квартирах. Оценка жилищных условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

— *Неудовлетворительные экологические условия в районе проживания*. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% — в плохих. В среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в условиях плохих или очень плохих. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не менялась.

— *Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и здоровьесберегающей активности родителей*. Анализ данных мониторинга позволил сделать следующие выводы: а) активность родителей, направленная на сохранение здоровья детей по мере их взросления падает; б) родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний. По мнению медиков, диетпитание требуется 18–23% детей, родители же считают необходимым его соблюдение лишь в 2–5% семей.

Распространенность вышеперечисленных факторов риска довольно высока. Лишь 6% семей благополучны в этом отношении, в остальных эти факторы присутствуют в различных сочетаниях.

Таблица 2. Распространенность факторов риска в популяции

Факторы	Распространенность в популяции
<i>Неудовлетворительное здоровье матери</i>	В 2014 г. в Вологодской области 8% женщин в репродуктивном возрасте оценивают свое здоровье как плохое и очень плохое; 43% – как удовлетворительное (по данным мониторинга*)
<i>Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности</i>	Анемии составляют 33% заболеваемости беременных женщин
<i>Курение матери</i>	Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 году до 10 в когорте 2014 г.). В Вологодской области в репродуктивном возрасте курит 29% женщин. Их доля увеличивается (см. там же)
<i>Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам.</i>	В Вологодской области в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях, в то время как в 2000 г. этот показатель не превышал 7% (по данным Вологдастата).
<i>Низкие доходы семей</i>	Около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности. Выявлено и некоторое улучшение в данный период субъективных оценок покупательной способности семей, участвующих в мониторинге. Отмечено увеличение доли респондентов, которым денег хватает на все текущие расходы, с 27 до 38 % соответственно. Число семей, считающих, что денег им хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37.
<i>Неблагоприятные жилищные условия</i>	13–18% семей, участвующих в мониторинге проживают в плохих либо требующих капитального ремонта домах и квартирах
<i>Неудовлетворительные экологические условия в районе проживания</i>	28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях
* Мониторинг общественного здоровья проводится ИСЭРТ РАН ежегодно с 1999 г. Опросы проходят в городах Вологде и Череповце и в восьми районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском и Шекснинском). Объем выборки составляет 1500 человек.	

Более чем в трети семей отмечаются 2 каких-либо фактора риска, примерно в 20% семей – сочетаются три. Наибольшая доля здоровых детей выявлена в семьях, где негативные воздействия отсутствуют или минимальны (около 30%). Наиболее велика доля детей, имеющих хронические заболевания, в семьях, сочетающих четыре (25%) и пять (33%) факторов риска. При этом факторы риска сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

Опираясь на данные мониторинга детского здоровья и других социологических исследований, мы оценили распространенность выявленных факторов риска в популяции (табл. 2).

Полученные данные свидетельствуют о формировании определенной закономер-

ности: широкая распространенность факторов риска в популяции ведет к ухудшению здоровья детей, а это, в свою очередь, определяет низкий уровень здоровья молодежи и в конечном счете отражается на здоровье взрослых. Плохое здоровье родителей становится причиной нездоровья детей. Формируется так называемая «социальная воронка»⁴, куда все активнее втягиваются молодые когорты: проблемы здоровья перемещаются из групп населения старшего возраста в группы детей и молодежи.

⁴ Римашевская Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России // Вестник Российской академии наук. – 2004. – Т. 74. – № 3. – С. 209-218.

Выводы

Вышеизложенное не дает основания для предположения о возможности существенного улучшения здоровья детей в России в ближайшей перспективе и диктует необходимость самых активных действий по сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, которое является основой формирования репродуктивного и трудового потенциала и в целом человеческого капитала, — как со стороны государства, так и на уровне каждой семьи.

В Российской Федерации в последнее десятилетие предпринимаются определенные усилия, направленные на поддержание и укрепление здоровья населения, в том числе и детского (Национальный проект «Здоровье»; региональные целевые программы; Программа модернизации здравоохранения). Тем не менее анализ причин снижения здоровья детей и основных факторов риска показал, что существующие меры не являются достаточными. Необходимы продолжение и совершенствование имеющихся мероприятий и разработка новых.

Основными направлениями профилактической работы нам представляются:

1. Повышение ответственности бизнеса за соблюдение санитарных норм в организациях и на предприятиях; совершенствование законодательной базы в отношении улучшения условий труда, особенно для беременных женщин.

2. Повышение уровня жизни населения в целом, и в первую очередь семей, воспитывающих детей. Существующая в настоящее время государственная поддержка недостаточна. Важно увеличить пособие по уходу за ребенком до уровня среднемесячной заработной платы матери. Пособие может выплачиваться на паритет-

ных началах государством и предприятием (по месту работы матери либо отца).

3. Расширение возможностей молодых семей в приобретении жилья и улучшении жилищных условий. Через совершенствование механизмов ипотечного кредитования (современный механизм мало пригоден для большинства молодых семей, воспитывающих малолетних детей). Вовлечение бизнеса в строительство ведомственного, служебного жилья, возможно, на долевых условиях с последующим его выкупом работниками.

4. Снижение распространенности курения среди населения. Усиление контроля за выполнением законодательных актов, регулирующих табакокурение. Создание «свободных от табака зон» на территориях муниципальных образований, развитие волонтерского движения в подростковой среде. Формирование разъяснительных видеоматериалов о влиянии никотина на здоровье матери и ребенка и демонстрация их в женских консультациях, центрах планирования семьи, при беседах с подростками.

5. Ужесточение государственного контроля за соблюдением экологических норм деятельности предприятий. Снижение транспортной загруженности магистралей в крупных городах. Широкое распространение бытовых приборов, смягчающих воздействие агрессивной среды обитания: воздухоочистителей, водоочистителей.

Отдельные меры, принимаемые в рамках государственных программ и проектов, не системны и не дают должного результата. Для сохранения и улучшения здоровья россиян необходима разработка Национальной стратегии сохранения здоровья населения, предполагающей системный проблемно-ориентированный подход к решению данной задачи.

* * *

Не менее важным результатом мониторинга детского здоровья стало дальнейшее развитие научного направления. В 2004 г. по инициативе и при поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области, было начато исследование *репродуктивного здоровья населения*, в основе которого лежал мониторинг условий формирования здоровья детей. Мониторинг выявил, что здоровье родителей, в частности репродуктивное, имеет значимое влияние на здоровье детей и своевременная диагностика и коррекция его состояния, а также профилактика позволят сократить потери потенциала общественного здоровья. Итоги данного этапа изложены в монографии «Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы» и диссертации *М.А. Ласточкиной*, основным научным результатом которых стала систематизация и обобщение накопленных данных мониторинга здоровья детей и построение эконометрической модели репродуктивного потенциала населения региона.

В 2005 г. был проведен массовый опрос населения с целью дополнения полученных данных и начато изучение репродуктивного поведения населения в гендерном разрезе.

В 2006–2014 гг. мониторинг репродуктивного здоровья и поведения *населения* продолжился. Его результаты позволили выявить факторы репродуктивного выбора и предложить организационный механизм регулирования репродуктивного поведения для формирования «новых» социальных норм детности и создания условий более полной реализации репродуктивных планов населения. В 2013 г. на базе данного мониторинга подготовлена и защищена диссертация на соискание ученой степени кандидата экономических наук *О.Н. Калачиковой*.

В период 2010–2015 гг. под руководством д.э.н. А.А. Шабуневой создана научная школа «Проблемы социально-демографического развития территорий», развитие которой способствовало усилению исследований общественного здоровья и демографической направленности проблематики.

Литература

1. Nowwtare – 50 / Key findings from the Elliott and Romesh Vaitilingam. – 2008. – URL: <http://www.els.ioe.ac.uk/studies.asp?section=0001000200030003>
2. Влияние родителей на отношение подростков к курению (родительский фактор). – 2002. – URL: <http://www.youth-non-smoking.ru/Programs/Program4/ParentsStudy/#2>
3. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году / под ред. к.м.н. А.А. Колинько. – Вологда: ДЗО, 2008. – 158 с.
4. Демографический ежегодник России 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
5. Доходы, расходы и потребление в домашних хозяйствах Вологодской области в 1997–2008 гг. (по материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств): стат. бюллетень / Вологдастат. – Вологда, 1998–2010.
6. Журавлёва, И.В. Здоровье подростков и окружающий мир / И.В. Журавлева. – М.: ИС РАН, 1997.
7. Кислицина, О.А. Жилищные условия и здоровье / О.А. Кислицина // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: научно-практический журнал. – 2006. – № 6. – С. 39-45.
8. Мировая статистика здравоохранения. 2009 год. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009. – 150 с.
9. Римашевская, Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2000. – № 4. – С. 100.
10. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России / Н.М. Римашевская // Вестник Российской академии наук. – 2004. – Т. 74. – № 3. – С. 209-218.

11. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы / коллектив авторов под руководством д.э.н., профессора В.А. Ильина. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.
12. Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010–2013.
13. Статистический ежегодник Российской Федерации / Росстат. – М., 2009–2013.

Shabunova A.A.

Twenty years of children’s health monitoring: organization, results, conclusions

Aleksandra Anatol’evna Shabunova – Doctor of Economics, Associate Professor, Deputy Director, Head of the Department of Living Standard and Lifestyle Studies. Federal State Budgetary Institution of Science Institute of SocioEconomic Development of Territories of Russian Academy of Science. 56A, Gorky Street, Vologda, 160014, Russian Federation. E-mail: aas@vscc.ac.ru. Phone: 8(8172) 59-78-20.

Abstract. Deep understanding of human potential reproduction, presenting it as a continuous cycle and reflecting the continuity of generations, is significant for the formation of health and development of children. Today’s children will determine the future of Russian society. It is they who in 10–15 years will be a major part of the labor and creative population, a demographic base of the country. The research into children’s problems through the prism of socio-economic development helps identify targets of the state many-sided policy. The article presents results of the long-term medical sociological monitoring on the formation of child health carried out by the Institute of Socio-Economic Development of Territories of RAS with the support of the Vologda Oblast Healthcare Department since 1995. The special monitoring study of health dynamics in real time is unique not only for the Vologda Oblast, but for Russia as well. It reveals the transformation of a personality and the dependence of these changes on direct and indirect factors. The work’s feature is that it addresses an extremely important and wide range of issues: whether man was born healthy or not, if he/she is unhealthy, then why and why he/she was born unhealthy; whether his/her health after the birth is improving or deteriorating; if health is changing, what causes the changes. The 15 year observations disclose the dynamics of child health in the conditions of transformation processes taking place in the country. If the official statistics only records certain health trends, the monitoring results allow us to talk about them at a qualitatively new level. They reveal the underlying causes of demographic processes. The conclusion is, on the one hand, obvious and, on the other hand, it can not be neglected: economic stability and orderly development of the social sphere are critical for family well-being and child health. The reverse situation leads to the destruction of the family institution, the decrease in child population and the reduction in its quality characteristics. The second conclusion, according to the study results, is that we identify risk factors for child health empirically. The obtained data are used at the legislative level and are of great interest in the scientific community. On the example of certain families we show how the child’s health is affected by a lifestyle of his/her parents, conditions of education, welfare, medical activity, diet, housing conditions, environmental conditions. Nowadays all of these factors require careful attention of not only authorities, but also the parents.

The child’s health monitoring also results in the further development of scientific areas and the formation of new thematic research units, such as the “Monitoring of reproductive health and behavior of the population” and the “Reproductive potential of the region” and later the “Reproduction of the population: trends and reserves”.

Key words: monitoring; children’s health; public policy; health factors; human potential.

References

1. Elliott J., Vaitilingam R., Elliott J. *Now We Are 50: Key Findings from the National Child Development Study*. 2008. Available at: <http://www.cls.ioe.ac.uk/studies.asp?section=0001000200030003>
2. *Vliyanie roditel'ei na otnoshenie podrostkov k kureniyu (roditel'skii faktor)* [The Influence of Parents on Adolescent Attitudes to Smoking (Parental Factor)]. 2002. Available at: <http://www.youth-non-smoking.ru/Programs/Program4/ParentsStudy/#2>
3. *Gosudarstvennyi doklad o sostoyanii zdorov'ya naseleniya i deyatel'nosti zdravookhraneniya Vologodskoi oblasti v 2007 godu* [Governmental Report on the State of Population's Health and Health Activities of the Vologda Oblast in 2007]. Under editorship of Ph.D. in Medicine A.A. Kolin'ko. Vologda: DZO, 2008. 158 p.
4. *Demograficheskii ezhegodnik Rossii 2009: stat. sb.* [Demographic Yearbook of Russia 2009: Statistics Digest]. *Rosstat* [Federal State Statistics Service of the Russian Federation], Moscow, 2009. 525 p.
5. *Dokhody, raskhody i potreblenie v domashnikh khozyaistvakh Vologodskoi oblasti v 1997–2008 gg. (po materialam vyborochnogo obsledovaniya byudzhetrov domashnikh khozyaistv): stat. byulleten'* [Revenues, Expenditures and Consumption of Households in the Vologda Oblast in 1997–2008 (Based on the Sample Survey of Households' Budgets): Statistics Newsletter]. *Vologdastat* [Territorial Body of the Federal State Statistics Service in the Vologda Oblast], Vologda, 1998–2010.
6. Zhuravleva I.V. *Zdorov'e podrostkov i okruzhayushchii mir* [Health of Adolescents and Surrounding World]. Moscow: IS RAN, 1997.
7. Kislitsina O.A. *Zhilishchnye usloviya i zdorov'e* [Housing Conditions and Health]. *Obshchestvennoe zdorov'e i profilaktika zabolevanii* [Public Health and Disease Prevention], 2006, no. 6, pp. 39–45.
8. *Mirovaya statistika zdravookhraneniya. 2009 god* [World Health Statistics. 2009]. Geneva: Vsemirnaya organizatsiya zdravookhraneniya, 2009. 150 p.
9. Rimashevskaya N.M. *Rossiiskii genofond: kachestvo budushchikh pokolenii* [The Russian Gene Pool: the Quality of Future Generations]. *Narodonaselenie* [Population], 2000, no. 4, p. 100.
10. Rimashevskaya N.M. *Sotsial'no-ekonomicheskie i demograficheskie problemy sovremennoi Rossii* [Socio-Economic and Demographic Problems of Modern Russia]. *Vestnik Rossiiskoi akademii nauk* [Herald of the Russian Academy of Sciences], 2004, vol. 74, no. 3, pp. 209–218.
11. *Reproduktivnyi potentsial naseleniya regiona: sostoyanie, tendentsii, perspektivy* [Reproductive Potential of the Population of the Region: State, Trends and Prospects]. Team of authors under the supervision of Doctor of Economics, Professor V.A. Ilyin. Vologda: VNKTs TsEMI RAN, 2005. 208 p.
12. *Statisticheskii ezhegodnik Vologodskoi oblasti: stat. sb.* [Statistical Yearbook of the Vologda Oblast]. *Vologdastat* [Territorial Body of the Federal State Statistics Service in the Vologda Oblast], Vologda, 2010–2013.
13. *Statisticheskii ezhegodnik Rossiiskoi Federatsii* [Statistical Yearbook of the Vologda Oblast]. *Rosstat* [Federal State Statistics Service of the Russian Federation], Moscow, 2009–2013.