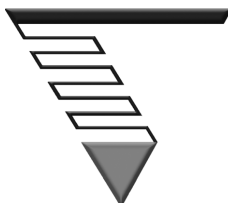


РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК
ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР ЦЭМИ РАН
ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ
ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ



**РЕПРОДУКТИВНЫЙ ПОТЕНЦИАЛ
НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА:
СОСТОЯНИЕ • ТЕНДЕНЦИИ • ПЕРСПЕКТИВЫ**

Вологда
2005

ББК 60.73 (2 Рос-4 Вол)

Р41

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.: ил.

Авторский коллектив:

В.А. Ильин (руководитель)

А.А. Колинько, К.А. Гулин (заместители руководителя)

А.А. Шабунова, М.А. Копейкина, Е.Л. Вологодина

В книге на широком фактическом материале анализируется демографическая ситуация в России на фоне мировых тенденций, дается прогноз ее изменения в долгосрочной перспективе. В качестве важных основ преодоления демографического кризиса и сохранения жизнеспособности нации авторами рассматриваются охрана и укрепление здоровья подрастающих поколений, сохранение репродуктивного потенциала.

Монография содержит результаты апробации оригинальных методик изучения демографического развития, в том числе уникального для России комплексного панельного исследования условий формирования здоровья человека в период его жизни от рождения до вступления в совершеннолетний возраст.

Книга предназначена научным работникам, специалистам в области молодежной, детской и семейной политики, здравоохранения, преподавателям высших учебных заведений, студентам, аспирантам, а также широкому кругу читателей, интересующихся проблемами здоровья и демографического развития.

Рецензенты:

доктор экономических наук, заведующий лабораторией
Института социально-экономических проблем народонаселения РАН

Е.Б. Бреева

заслуженный врач РФ доктор медицинских наук, профессор
руководитель отдела ФГУ «МНИИ педиатрии и детской хирургии» Росздрава

Л.С. Балева

академик РАМН, профессор
заместитель директора по науке ГУ «Научный центр акушерства,
гинекологии и перинатологии» РАМН

В.Н. Серов

ISBN 5-93299-071-6

© Ильин В.А., Колинько А.А., Гулин К.А., Шабунова А.А.,
Копейкина М.А., Вологодина Е.Л., 2005

© Вологодский НКЦ ЦЭМИ РАН, 2005

ОГЛАВЛЕНИЕ

<i>К читателям</i>	5
<i>Введение</i>	6
ГЛАВА 1	
Сущность и тенденции депопуляции в России: мнения, суждения, дискуссии	8
ГЛАВА 2	
Прогноз численности населения и перспективы формирования трудового потенциала региона	19
2.1. Сценарий неизменного режима воспроизводства	20
2.2. Возрастной состав населения	25
ГЛАВА 3	
Здоровье детей – ключевое звено демографического развития	31
3.1. Теоретико-методологические подходы к изучению здоровья детей	31
3.2. Здоровье детей по оценкам медицинской статистики	40
3.3. Здоровье детей по оценкам мониторинга	42
3.4. Факторы, оказывающие влияние на здоровье детей	48
3.5. Участие семьи и школы в формировании здоровья и развития детей	69

ГЛАВА 4

Теоретико-методологические основы исследования репродуктивного потенциала	82
4.1. Репродуктивный потенциал: понятие, измерение, сущность	82
4.2. Модель репродуктивного потенциала региона	90
4.3. Экономическая оценка репродуктивных потерь	101

ГЛАВА 5

Репродуктивное здоровье населения региона: проблемы и тенденции	106
5.1. Состояние репродуктивного здоровья	106
5.2. Репродуктивное поведение и установки женщин	116
<i>Заключение</i>	128
<i>Глоссарий</i>	133
<i>Приложение</i>	138
<i>Литература</i>	203

К ЧИТАТЕЛЯМ



Будущее развитие Российской Федерации как великой мировой державы представляется невозможным без решения вопроса о сохранении и преумножении населения. Поэтому одной из приоритетных задач государственной власти становится проведение эффективной демографической политики, направленной на увеличение рождаемости, через поддержку и укрепление семьи, осознание ценности здоровья.

Предлагаемая вниманию читателей книга «Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы» представляет собой коллективную научную монографию, охватывающую широкий комплекс актуальных проблем демографического развития территории и репродуктивного здоровья населения.

Авторы справедливо подчеркивают, что решение непростых задач по сохранению репродуктивного потенциала возможно лишь на основе реализации адекватных и своевременных мер, направленных на снижение негативных последствий процессов, происходящих сегодня в семье и в обществе. Причем в условиях ограниченных ресурсов и повышения требований к уровню проработки и обоснованности управленческих решений особенно важным является сотрудничество органов социального управления с широкими научными кругами.

На мой взгляд, в Вологодской области сложилась благоприятная обстановка, позволяющая проводить политику, направленную на сохранение человеческого потенциала. Результатом постоянного внимания к данному вопросу со стороны губернатора и правительства области стало принятие ряда региональных программ и административных постановлений в сфере профилактики и укрепления здоровья матери и ребенка.

Отрадно отметить факт долговременного сотрудничества департамента здравоохранения области и учреждения российской академической науки – Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН. Цель такого сотрудничества, помимо решения собственно научно-практических задач, видится в стимулировании общественного диалога между различными группами правительственного и неправительственного сектора в направлении профилактики и укрепления здоровья.

Несомненно, внесет свою лепту в этот процесс и данная монография. Она может быть рекомендована к использованию в практической работе в системе управления здравоохранением, образованием, социальной защитой, органам по делам молодежи, учебным заведениям. Кроме того, книга будет интересна и широкому кругу читателей, интересующихся будущим России, ее местом в мировом сообществе.

*Заместитель министра здравоохранения
и социального развития*

Владимир Иванович Стародубов

ВВЕДЕНИЕ

Демографические параметры во многом определяют силу и мощь страны. Режим демографического воспроизводства, с одной стороны, тесно связан с экономическим и социальным развитием страны, а с другой – включенностью страны в глобализационные процессы.

Демографическая революция, сопровождаемая сменой режима воспроизводства населения, – характерная черта современного этапа глобализации. Однако в каждой конкретной стране демографический переход имеет свои особенности.

Динамика демографических процессов в России в конце XX – начале XXI века характеризуется низким общим коэффициентом рождаемости: 9,8 в 2002 г. против 14,8 в 1989 г. В 2002 г. родилось почти в 1,5 раза меньше детей, чем в 1990 г. Россия, как и большинство развитых стран, вступила в фазу депопуляции.

Но демографическая ситуация в России имеет одну, безусловно кризисную, особенность – высокую смертность населения, прежде всего младенческую и мужчин в трудоспособном возрасте, а также крайне неблагоприятную ситуацию в области здоровья населения. Показатели смертности мужчин в трудоспособном возрасте в 3–4 раза выше, чем женщин¹. И с этих позиций Россию в полной мере можно отнести к стране развивающихся стран.

Начиная с 1992 г. неуклонно сокращается и число жителей Вологодской области. За последние 10 лет оно снизилось более чем на 50 тыс. чел.² и, по прогнозам Госкомстата России, к 2016 г. составит 1 млн. 202 тыс. чел. (в 2003 г. – 1 млн. 291 тыс. чел.).

Неизбежное нарастание темпов сокращения численности населения происходит за счет уменьшения его воспроизводственной базы (населения репродуктивных возрастов) и увеличения воспроизводственных издержек (числа умерших) из-за резкой активизации процесса старения населения³.

¹ Население и глобализация / Н.М. Римащевская, В.Ф. Галецкий, А.А. Овсянников и др. – М.: Наука, 2002. – С. 200.

² Демографический ежегодник: Статистический сборник / Госкомстат России; Вологодский областной комитет государственной статистики. – Вологда, 2003.

³ Сергеева О.А. Демографические аспекты цивилизованной динамики // Народонаселение. – 2002. – №1.

Существование в режиме демографического кризиса с высокой долей вероятности может привести Россию к социально-экономической и политической деградации, обрекая на переход в ранг второстепенной державы с вымирающим населением¹.

В сложившейся ситуации крайне важным представляется сохранение «человеческого фонда» и его развитие. Необходимо повышать конкурентоспособность населения, поскольку доказано, что при сравнении стран (при прочих равных условиях) большей совокупной мощью будет обладать страна, имеющая больший демографический ресурс².

Для России с ее огромными территориями в равной степени важны как количество, так и качество населения. В этом контексте сохранение репродуктивного потенциала становится одной из первостепенных задач государственного значения.

Цель данной книги заключается в осмыслении современных проблем демографического развития и репродуктивного потенциала, существующих в регионе и России в целом, в создании информационной основы, позволяющей не только выявить проблемы сохранения и улучшения репродуктивного потенциала, но и способствовать принятию управленческих решений, направленных на сохранение человеческого потенциала.

Авторский коллектив выражает глубокую признательность за всемерную поддержку и методологическое руководство ученым Института социально-экономических проблем народонаселения РАН – члену-корреспонденту РАН, д.э.н. *Наталье Михайловне Римашевской*, д.э.н. *Елене Борисовне Бреевой*, д.м.н. *Ирине Петровне Катковой*.

Также авторы хотели бы выразить благодарность всем, кто участвовал в проведении исследований, без чьей поддержки и помощи работа над книгой была бы невозможна.

¹ Рыбаковский А.А., Захарова О.Д., Иванова А.Е., Демченко Г.А. Демографическое будущее России // Народонаселение. – 2002. – №1.

² Население и глобализация / Н.М. Римашевская, В.Ф. Галецкий, А.А. Овсянников и др. – М.: Наука, 2002. – С. 13.

ГЛАВА 1

СУЩНОСТЬ И ТЕНДЕНЦИИ ДЕПОПУЛЯЦИИ В РОССИИ: МНЕНИЯ, СУЖДЕНИЯ, ДИСКУССИИ

Демографическое развитие России на протяжении XX в. проходило под постоянным внешним и внутренним воздействием (гражданская война, индустриализация, Великая Отечественная война, экономическая трансформация). Нарастающая напряженность в сфере численности народонаселения связывается с так называемым «вторым демографическим переходом»¹, депопуляцией населения, ставшими одной из характерных черт современной России. Протекающие в стране демографические процессы заслуживают самого пристального внимания и исследования.

Еще в 1761 г. М.В. Ломоносов написал в своем трактате «О сохранении и размножении российского народа», что численность населения, ее увеличение представляют для России огромное значение, и именно в этом он видел «величество, могущество и богатство всего государства, а не в обширности, тщетной без обитателей». Вместе с тем, рассуждая о необходимости роста населения России, он подчеркивал, что речь идет о «крепком и здоровом населении». Приветствовал великий русский ученый и разумное привлечение иммигрантов, называя при этом уезжающих из России «живыми покойниками»².

Прошло почти два с половиной столетия, а актуальность вопроса о росте российского населения, об укреплении его здоровья и улучшении благополучия еще более возросла.

Президент России В.В. Путин в 2003 г., говоря о перспективах развития страны, отметил, что перед Россией стоят две основные задачи: «обеспечение необходимых темпов роста российской экономики и на этой базе подъема жизненного уровня населения России, обеспечение вопросов, связанных с безопасностью», и «решение демографических вопросов»³.

Без улучшения демографической ситуации ни о каком экономическом росте не может быть и речи. Лучшее, на что Россия может рассчитывать в условиях современного демографического кризиса – лишь некоторая экономическая стабилизация. Даже при условии привлечения значительных инвестиционных вложений экономика страны будет не в силах их освоить по причине малочисленности населения в трудоспособном возрасте.

¹ Второй демографический переход – совокупность концептуальных положений, объясняющих механизмы детерминации демографических процессов, лежащих в основе смены типов воспроизводства населения (характерные черты: переход к преимущественно однодетной семье, увеличение возраста вступления в брак и рождения первенца).

² Демографический фактор в социально-экономическом развитии региона (на примере Пермской области) / Под ред. д.э.н., профессора В.А. Ионцева. – М.: ТЕИС, 2004. – С. 10.

³ ИА «Альянс Медиа» по материалам РИА «Новости», 8 июля 2003 г.

Значительное ухудшение демографической ситуации, начавшееся в 1992 г., характеризуется представителями различных «демографических школ» разными понятиями: демографическим спадом, депопуляцией, демографическим кризисом, демографической катастрофой.

От того, каким именно понятием характеризуется современная ситуация, зависят и понимание основных причин ее возникновения, понимание и осознание ее последствий для будущего России и возможные пути выхода из нее.

Остановимся чуть подробнее на данных понятиях¹.

Демографический спад – это явление, обусловленное движением демографических волн или активной демографической политикой государства, и имеющее кратковременный характер.

Демографическая катастрофа – это ситуация, когда за очень короткое время (2–3 года) население страны (региона) значительно уменьшается (более чем на 50%) или вообще исчезает с территории. Россия за период с 1992 по 2003 гг. потеряла чуть более 6,5% населения (в результате естественной убыли), таким образом, говорить о грозящей стране демографической катастрофе преждевременно и некорректно.

Депопуляция – это ситуация, когда каждое последующее поколение не воспроизводит предыдущее. Ситуация, растянутая во времени, при которой могут иметь место небольшой рост населения и небольшая убыль населения, часто компенсируемая миграционным приростом.

Демографический кризис – ситуация, при которой значительно и быстро снижается рождаемость, одновременно быстро возрастает смертность, отмечается снижение средней продолжительности предстоящей жизни. При этом происходит значительное ухудшение качественных характеристик населения, таких, как общий уровень культуры, здоровье.

Проанализировав приведенные определения, мы можем охарактеризовать демографическую ситуацию в современной России как развивающийся демографический кризис. В таком контексте здесь и далее депопуляция рассматривается нами как важная составная часть демографического кризиса.

Отмечая компоненты депопуляции, имеющие принципиальный характер, можно выделить следующие ее черты:

1. Депопуляция носит всероссийский характер и не ограничивается только русским этносом. Хотя она начиналась в регионах Европейского центра, где сконцентрировалась основная масса русских, и именно в них проявляется сегодня наиболее остро из-за крайне низких коэффициентов

¹ Демографический фактор в социально-экономическом развитии региона (на примере Пермской области) / Под ред. д.э.н., профессора В.А. Ионцева. – М.: ТЕИС, 2004. – С. 16.

рождаемости (коэффициент суммарной рождаемости – число детей, рожденных женщиной за всю жизнь, – в большинстве областей Центрального и Северо-Западного районов близок к 1,0). К началу XXI века многие народы России имели аналогичные или близкие параметры воспроизводства (коми, мордва, карелы, удмурты, осетины, татары). Депопуляция переросла из региональной и этнической проблемы в национальную. Она затронула практически все территории России и почти все этнические группы.

2. Это явление долгосрочное, и расчеты на быстрый выход из сложившейся ситуации по мере устранения действия конъюнктурных социально-экономических, политических и демографических факторов не обоснованы. По прогнозам ООН, при условии сохранения наблюдаемых тенденций в сфере рождаемости и смертности (даже с учетом миграционного прироста) к 2020 г. население России уменьшится примерно на 20 млн. чел. По данным Росстата, на 2000 г. население страны составляло 145 млн., к 2025 г. оно будет равно примерно 125,7 млн.¹

3. Депопуляция в России обусловлена кардинальными изменениями параметров воспроизводства населения: уровней рождаемости и смертности.

По сравнению с группой депопуляционных европейских стран (Австрия, Бельгия, Германия и т.д.), где естественная убыль составляет 0,1 – 0,7 человек на 1000 населения, российские параметры депопуляции (6,1 на 1000 населения в 2003 г.) оказываются в десятки раз больше².

Что наиболее важно при сопоставлении российской ситуации с другими странами, депопуляция в России происходит под двойным давлением. С одной стороны, сокращение населения идет за счет низкой даже по меркам развитых стран рождаемости (суммарный коэффициент рождаемости в России – 1,3 ребенка в расчете на 1 женщину репродуктивного возраста; в США – 2,1; во Франции – 1,7; в Великобритании – 1,8)³. С другой стороны, аналоги катастрофической смертности, наблюдавшейся в России 1990-х гг., можно найти лишь среди слаборазвитых стран – это уровень Намибии, Фиджи, Ботсваны, Белиза, Гондураса, Эквадора и т.д.

Одним из основных компонентов демографического кризиса, на наш взгляд, выступает низкая рождаемость (рис. 1.1), т.к. кроме формирования численности населения рождаемость является также и фактором, определяющим структуру населения в отдаленной перспективе.

¹ Население России – 2001. Девятый демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Книжный дом «Университет», 2002. – С. 194-195.

² Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая ситуация в регионах Северо-Западного федерального округа» (23 января 2002 года). – СПб.: Изд-во «Левша. Санкт-Петербург», 2002. – С. 12.

³ Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты // Человек на Севере: условия и качество жизни. – Сыктывкар, 1999. – С. 47.

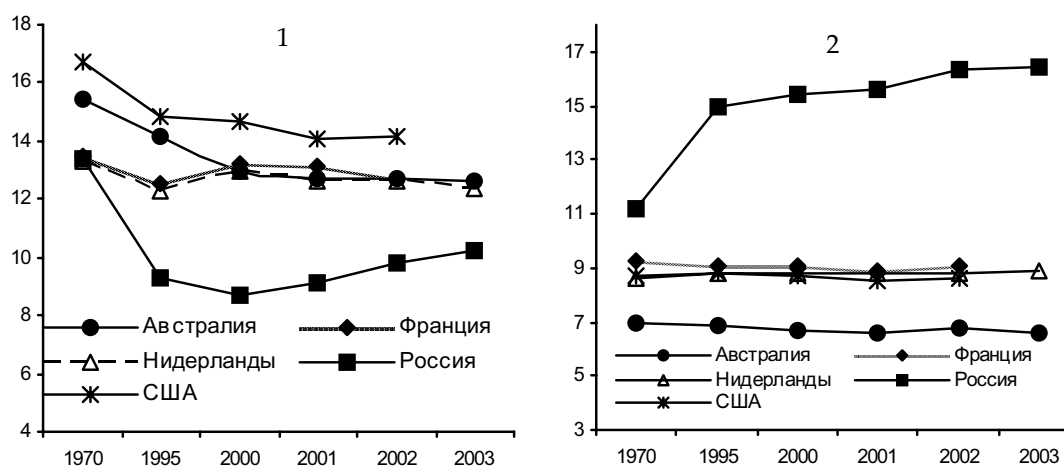


Рис. 1.1. Общие коэффициенты рождаемости (1) и смертности (2) на 1000 человек населения в некоторых странах

Источник: Регионы России: социально-экономические показатели / Росстат, 2004.

«Шоковая» терапия 1992 г. привела к резкому падению уровня жизни населения и создала предпосылки к откладыванию браков и рождений. Социально-экономический кризис превратился в основной движущий фактор падения рождаемости, депопуляции в целом.

Незначительное повышение рождаемости, отмечаемое с 2000 г., при сохраняющейся почти 900-тысячной ежегодной естественной убыли, не дает основания говорить об улучшении демографической ситуации. Кроме того, следует отметить, что рост рождаемости во многом зависит от половозрастного состава населения, а именно от динамики численности женщин, находящихся в активном репродуктивном возрасте.

Проведенные демографами расчеты показывают, что структурный фактор (увеличение численности женщин репродуктивного возраста) обеспечил почти четверть прироста общего коэффициента рождаемости¹.

Возрастные коэффициенты рождаемости увеличились прежде всего за счет реализации отложенных рождений. Косвенно это подтверждается тем, что в наибольшей степени возрастные коэффициенты выросли в более старших возрастных группах. В то же время сохраняется тенденция откладывания молодыми семьями рождения первенца (или даже отказ от его рождения).

Среди негативных факторов формирования тенденций рождаемости следует особенно отметить:

- изменение репродуктивных установок населения в сторону приоритета формирования однодетной семьи с допустимостью бездетности;

¹ Демографический фактор в социально-экономическом развитии региона (на примере Пермской области) / Под ред. д.э.н., профессора В.А. Ионцева. – М.: ТЕИС, 2004. – С. 25.

– сохраняющееся доминирование аборта в структуре средств контроля над рождаемостью (по данным Росстата, сегодня в РФ на одни роды приходится более двух абортот). Главную опасность представляет коммерциализация данного сектора медицинских услуг (прерывание беременности в платных клиниках и кабинетах), неконтролируемость такого «бизнеса» и тотальное снижение полноты и качества учета, не позволяющее в полной мере учитывать динамику данного явления;

– прямое или косвенное содействие государства формированию и численному росту групп общества, оторванных от реального процесса воспроизводства населения: увеличение бесплодных семейных пар, что обусловлено неблагоприятным образом жизни и большим числом абортов; значительный рост проституции, масштабы которой измеряются, по самым скромным оценкам, более чем 1,2 млн. женщин активного репродуктивного возраста (включая вывезенных за рубеж); рост пар с нетрадиционной сексуальной ориентацией.

Важным компонентом динамики численности населения, изменений его возрастнo-половой структуры и самого воспроизводства является миграция. Миграционный прирост, характерный для России в 1990-е гг., вносил значительный вклад в численность населения, «сглаживая» его естественную убыль в последнем десятилетии более чем на 50%. Но в последние годы значение этого фактора резко снизилось, и в 2003 г. он компенсировал всего 4% убыли россиян (рис. 1.2).

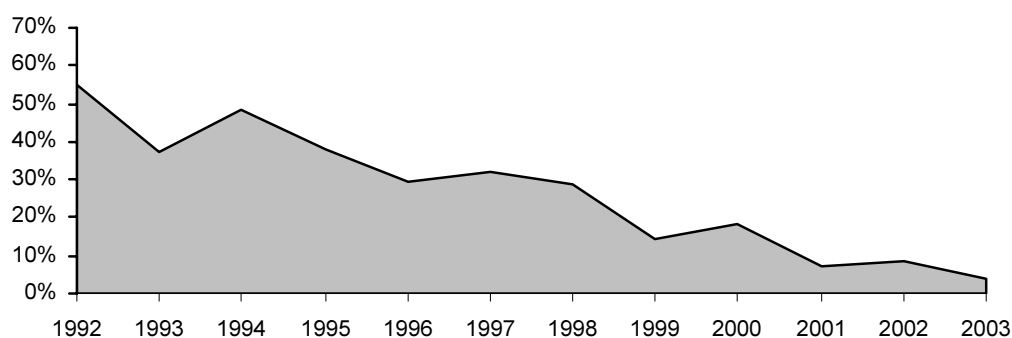


Рис. 1.2. Замещение естественной убыли населения миграционным приростом, в %
Источник: Регионы России: социально-экономические показатели / Росстат, 2004.

Хотя миграционные потоки продолжают идти в пользу России, качественный состав потоков эмигрантов и иммигрантов не равноценен. Люди, которые сегодня выезжают из России на постоянное место жительства за рубеж, – это лица до 35–40 лет, владеющие иностранными языками, имеющие высшее образование и городской тип поведения. А качество мигрирующих в Россию в последнее время резко ухудшилось. Приезжают жители Средней Азии, Украины, Молдавии – люди, как правило, обладающие

низкоквалифицированными рабочими специальностями, без знания языков. Это требует существенных вложений в их образование и квалификационную подготовку, что приводит к дополнительным экономическим затратам со стороны государства.

*Два взгляда на современную ситуацию*¹

К середине 1990-х гг. стало понятно, что Россия достигла, с одной стороны, почти минимального по сравнению с развитыми странами уровня рождаемости, а с другой стороны, – такого уровня продолжительности жизни населения, который характерен только для отсталых стран Африки и Латинской Америки. Результатом этого явилась естественная убыль населения.

Депопуляция стала неопровержимым фактом новейшей истории России, с которым нельзя не считаться. Все существующее разнообразие мнений и оценок происходящих процессов, с допущением некоторой условности, можно разбить на две противоположные позиции.

Первая из них состоит в оценке депопуляции как достаточно нейтрального явления, представляющего собой следствие объективного хода демографической эволюции. Сторонники этой точки зрения² не видят проблемы ни в сокращении численности населения, ни в необратимых изменениях норм детности и структуры семьи. Некоторые опасения вызывает у них только динамика смертности.

Представители второй позиции³ оценивают современную демографическую ситуацию с точки зрения геополитического положения и интересов России. Ее сторонники рассматривают депопуляцию в качестве долгосрочного кризиса и считают недопустимым сокращение численности населения как стратегической линии демографического развития страны.

¹ Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты // Человек на Севере: условия и качество жизни. – Сыктывкар, 1999. – С. 52.

² Захаров С.В., Иванова Е.И., Сакевич В.И., Вишневский А.Г. и др. Население России – 2001. Девятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Книжный дом «Университет», 2002. – 216 с.; Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Книжный дом «Университет», 2004. – 224 с.; Самарина О.В. Демографическая ситуация и перспективы ее развития в Северо-Западном федеральном округе // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая ситуация в регионах Северо-Западного федерального округа» (23 января 2002 года). – СПб.: Изд-во «Левша. Санкт-Петербург», 2002. – С. 6-27; Нецадин А. Экономический рост и ограничения человеческого потенциала // Общество и экономика. – 2004. – № 5-6. – С. 8-16.

³ Рыбаковский Л.Л. Концепция демографического развития России и вопросы ее территориальной дифференциации // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая ситуация в регионах Северо-Западного федерального округа» (23 января 2002 года). – СПб.: Изд-во «Левша. Санкт-Петербург», 2002. – С. 6-27; Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты // Человек на севере: условия и качество жизни. – Сыктывкар, 1999. – С. 46-54; Фаузер В.В. Основные демографические проблемы Республики Коми // Материалы межрегиональной научно-практической конференции «Демографическая ситуация в регионах Северо-Западного федерального округа» (23 января 2002 года). – СПб.: Изд-во «Левша. Санкт-Петербург», 2002. – С. 104-410.

Сторонники первой позиции не рассматривают депопуляцию как катастрофу для развитого государства. Ими высказываются аргументы в пользу того, что при снижении численности населения экономический рост государства будет достигаться за счет внедрения новых технологий, развития науки, и это подтверждается опытом ряда стран – мировых лидеров. Отсутствие роста населения рассматривается в данном случае как предпосылка к улучшению его качественных характеристик, таких, как образование, здоровье и т.д.

Представители данной группы ученых не отрицают, что развитие депопуляции приведет к старению населения, в том числе трудоспособного, к снижению его воспроизводственной базы и т.д. В качестве государственной стратегии они предлагают приспособление к выживанию в условиях малого количества высококачественного населения. Наиболее радикальным рецептом решение проблемы дефицита населения им представляется массовая иммиграция (прежде всего из стран третьего мира). Подобный подход свойствен и ООН. Он ориентирован, в первую очередь, на решение «глобальных проблем народонаселения» и не учитывает национально-государственных особенностей каких-либо стран. Однако это, на наш взгляд, само по себе способно породить целый комплекс негативных социальных явлений, примеры борьбы с которыми видны в Германии, Франции и др.

Принципиальное отличие второй позиции от первой – в ином критерии оценки сформировавшейся стратегической тенденции демографического развития. В качестве такового выступает не степень соответствия мировым тенденциям демографического перехода, а совокупность геополитических интересов страны, осуществление которых тесно связано с ее демографическим благополучием.

Геополитические аспекты депопуляции

1. Важнейшей стратегической задачей России, вытекающей из ее геополитического положения, является поддержание и упрочение статуса великой державы, унаследованного от СССР. Ее решение очень сложно, прежде всего, по причинам экономического характера. За годы политических и экономических реформ резко упал жизненный уровень населения: в 2002 г. по величине валового внутреннего продукта на душу населения Россия находилась на 36-ом месте среди 39 стран мира ¹ (для сравнения: в СССР в 1989 г. ВВП на душу населения был равен 11030 долл.). Но восстановление и подъем экономики вряд ли возможны при условии быстрого старения, деградации и вымирания населения.

¹ По данным Федеральной службы государственной статистики, со ссылкой на рейтинг, подготовленный Организацией экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) и Статистической службой Европейского союза (Евростат) на основе сопоставления ВВП по 39 странам мира.

Исходя из этого, определяя свою стратегическую линию, Россия должна ориентироваться на реальную динамику населения, наблюдаемую в странах с аналогичным уровнем (табл. 1.1), вместо рассуждений об улучшении качества населения при снижении его количества.

Таблица 1.1

Перспективы изменения численности населения стран – постоянных членов Совета безопасности ООН (млн. чел.)

	1994 г.	2015 г.
Россия	147	142
США	261	309
Великобритания	58	60
Франция	58	61
Китай	1 200	1 400

Источник: Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д. Демографическая ситуация в России: геополитические аспекты // Человек на Севере: условия и качество жизни. – Сыктывкар, 1999. – С. 50.

2. Взаимоотношения со странами СНГ, как ближайшими соседями, представляют самостоятельный геополитический аспект. Демографический фактор занимает немаловажное место во взаимоотношениях бывших союзных государств. Его влияние неоднозначно. Во-первых, в «новом зарубежье» проживает значительное количество этнических русских, интересы которых Россия должна учитывать в своей внешней политике¹. Во-вторых, страны СНГ имеют различную демографическую динамику: в одних (таких, как Украина и Белоруссия) также наблюдается депопуляция, а в других (Таджикистан, Киргизия, Узбекистан) эта проблема не столь остра, а возможное перенаселение может повлечь за собой иммиграционные потоки.

Важно учитывать и тот факт, что западные «сверхдержавы» не скрывают своего неодобрительного отношения к вопросу интеграции внутри СНГ. Еще в 1990-е гг. бывший помощник министра США по России, Украине и Евразии Ш.У. Гарнетт отметил: «Запад должен уделять равное внимание тем силам, которые продолжают способствовать разнонаправленному развитию этих государств и отделять их от общего прошлого». Подтверждение этому – процессы, произошедшие в Прибалтике, Грузии, на Украине. «Такая реакция возникла в противовес слабости России... как имперского государства и великой державы»².

¹ После распада СССР за пределами Российской Федерации осталось около 25 млн. русских. К настоящему времени, по оценочным данным, их насчитывается не более 19 млн. человек (примерно 14% всего населения). Русские составляют 30% населения Казахстана, около 30% населения Латвии и Эстонии, 22% населения Украины. В остальных государствах СНГ и Балтии русские составляют от 14% (Молдова) до 0,3% (Армения).

² Гарнетт Ш.У. Искушение интеграцией // Россия и ее соседи: Научные доклады Московского центра Карнеги. – Вып. 1. – М., 1995. – С. 23.

Таблица 1.2

Ранговое место России в мире по численности населения: фактическое – в 1950, 2000 гг. и по среднему варианту прогноза ООН пересмотра 2002 г. – в 2025 и 2050 гг.

1950 г.			2000 г.			2025 г.			2050 г.					
Ранг	Страна	Население, млн. чел.	Ранг	Страна	Население, млн. чел.	Ранг	Страна	Население, млн. чел.	Ранг	Страна	Население, млн. чел.			
1	Китай	554,7	1	Китай	1 275,2	1	Китай	1470,8	1	Индия	1 572,1			
2	Индия	357,6	2	Индия	1 016,9	2	Индия	1351,8	2	Китай	1 462,0			
3	СССР	178,5	3	Страны бывшего СССР	290,9	3	США	346,8	3	США	397,1			
	США	157,8		США	285									
4	Россия	102,7	4	Индонезия	211,6	4	Индонезия	272,9	4	Пакистан	344,2			
			5	Бразилия	171,8	5	Пакистан	251,0	5	Индонезия	311,3			
			6	Россия	145,6	6	Бразилия	219,0	6	Бразилия	219,0	6	Нигерия	278,8
						7	Бангладеш	210,8	7	Бангладеш	210,8	7	Бангладеш	265,4
8	Нигерия	203,0	8	Нигерия	203,0	8	Страны бывшего СССР	248,4	8	Бразилия	247,2			
9	Мексика	130,2	9	Мексика	130,2	9	Мексика	130,2	9	Конго	203,5			
10	Россия	125,7	10	Россия	125,7	10	Россия	125,7	10	Эфиопия	286,5			
									11	Мексика	146,7			
									12	Филиппины	128,4			
									13	Вьетнам	123,8			
									14	Иран	121,4			
									15	Египет	113,8			
									16	Япония	109,2			
									17	Россия	104,3			
Доля России в общей численности населения мира														
4,1%			2,4%			1,6%			1,1%					

Источник: Население России 2001. Девятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: Книжный дом «Университет», 2002. – С. 195.

3. Россия обладает огромной, но слабозаселенной территорией, которая крайне различна по качеству и доступности для хозяйственного освоения. По величине эффективной территории, т.е. такой, где люди могут адаптироваться для жизни и хозяйственной деятельности, Россия стоит на 5 месте в мире (после Бразилии, США, Австралии, Китая). Но по численности населения (144 млн. человек в 2003 г.) Россия занимает только 7 место после Китая (1285), Индии (1025), США (286), Индонезии (215), Бразилии (173), Пакистана (146). Доля населения России в общей численности населения мира стремительно уменьшается: с 4,1% в 1950 г. до 1,1% к 2050 г. (табл. 1.2).

Перепись 2002 г. подтвердила крайне неравномерную заселенность России. По ее данным, более 60% населения страны проживает в Центральном (26,2%), Приволжском (21,5%) и Южном (15,8%) федеральных округах РФ. Самым малочисленным является Дальневосточный федеральный округ – 4,6% (за 1989 – 2002 гг. численность населения здесь сократилась на 15,9%).

Вместе с тем только в приграничных с югом Дальнего Востока регионах Китая численность населения превысила 110 млн. чел., что более чем в 10 раз превышает численность населения в российских регионах.

Поэтому, исходя из стратегических интересов России, уменьшение общей численности населения страны, особенно таких ее регионов, как Сибирь и Дальний Восток, представляется прямой угрозой ее национальной безопасности.

Слабозаселенность территорий становится причиной многочисленных территориальных претензий, которые проявляются уже в настоящее время. В первую очередь речь идет о претензиях Китая на 1,5 млн. кв. км основных сельскохозяйственных территорий южной части российского Дальнего Востока, обладающих богатейшими природными ресурсами.

Другим российским регионом, где сегодня концентрируются территориальные претензии со стороны соседних государств, является Калининградская область. Будущее российской области стало темой международных дискуссий. Для России же потеря Калининградской области означает полную блокаду Балтийского моря для российского флота.

Помимо этого, на часть территорий России претендуют Латвия и Эстония, Финляндия, Япония.

Отмеченные демографические тенденции приведут к обострению ряда проблем в материальном производстве. Это прежде всего: расслоение общества по группам с различными социально-демографическими условиями, комплектование вооруженных сил и силовых структур, сохранение системы подготовки кадров, пополнение трудового ресурса и сохранение

его структуры в материальном производстве, воспроизводство интеллектуального потенциала, независимость национальной технологической базы, рост нагрузки на систему здравоохранения. Произойдет перераспределение населения между регионами России, областями занятости, отраслями и профессиями. Изменение численности населения в регионах вызовет проблему административного деления России.

В последние годы в России отмечается экономический рост и предполагается сохранение положительных тенденций развития. Намечается сохранение благоприятной для страны внешнеэкономической ситуации, в том числе цен на нефть, газ, металл. Развитие внутреннего рынка будет определяться ведущими отраслями экономики – электроэнергетикой, транспортным и сельскохозяйственным машиностроением, оборонным и строительным комплексами. Однако 2005 – 2010 годы станут периодом столкновения двух тенденций. Экономика страны будет требовать трудовых ресурсов, а демографическая ситуация начнет «обрываться».

Экономическое и социальное развитие России в целом и отдельных ее регионов невозможно без улучшения демографической ситуации. Выход из демографического кризиса и дальнейшее поступательное развитие страны требуют комплексного подхода, а именно: стимулирования роста рождаемости или, по крайней мере, ее стабилизации, уменьшения смертности, привлечения мигрантов.

ГЛАВА 2

ПРОГНОЗ ЧИСЛЕННОСТИ НАСЕЛЕНИЯ И ПЕРСПЕКТИВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА

*Если в обществе кошек и собак больше,
чем детей, – оно больно.*

В. Швебель

Эффективное воспроизводство человеческого потенциала представляет собой одну из основных задач любого общества, залог и гарантию его устойчивого развития. Воспроизводство человеческого потенциала – это непрерывный процесс замещения одного поколения другим, причем каждый последующий виток данного процесса протекает в новых, отличных от предыдущих, социально-экономических условиях.

Человеческий потенциал состоит из совокупности компонентов (демографического, медико-биологического, образовательного, трудового, культурного, гражданственного и духовно-нравственного), органически связанных между собой. Базовым компонентом человеческого потенциала, описывающим многообразие его количественных и некоторых качественных характеристик, является демографический потенциал¹.

Кризисные процессы 1990-х гг. негативным образом отразились на демографической структуре населения Вологодской области. Тип его естественного воспроизводства за последнее десятилетие коренным образом изменился. По данным статистики, в период с 1989 по 2002 гг. численность населения области уменьшилась на 79,4 тыс. чел., или на 5,9%. Для сравнения: население Российской Федерации за это же время сократилось на 1480 тыс. чел., или на 1,3%². То есть сокращение численности населения в регионе по сравнению со среднероссийскими показателями идет более высокими темпами. Современный уровень рождаемости в области – в два раза меньше, чем требуется для замещения поколений: в среднем на одну женщину приходится 1,3 рождения (суммарный коэффициент рождаемости), при необходимых для простого воспроизводства населения 2,15 рождения.

¹ Скворцова М.Б., Слуцкий Е.Г., Шестакова Н.Н., Ширнова С.А. Демографические аспекты воспроизводства человеческого потенциала Санкт-Петербурга: аналитический обзор и основные положения концепции демографической политики. Опыт комплексного междисциплинарного исследования. – СПб.: Знание, 2004. – С. 3.

² Демографическая ситуация в Вологодской области: состояние и перспективы / Росстат; Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2004. – 20 с.

Изложенное выше определяет актуальность изучения возможных перспектив численности населения региона и его половозрастного состава. Смысл такого рода перспективных оценок заключается в том, чтобы получить общее представление о вероятных изменениях региональной демографической ситуации при определенных допущениях, касающихся базовых демографических процессов, таких, как рождаемость, смертность и миграция¹, обозначить наиболее ответственные моменты, когда вмешательство государства крайне необходимо для того, чтобы предотвратить демографическую катастрофу.

Проведенный прогноз строился для анализа возможных траекторий изменения численности и возрастной структуры населения, причем сам прогноз – это не один тренд, а серия вероятных тенденций при различных, более или менее вероятных, сценариях демографического развития.

В прогнозе учитывались различные варианты демографических процессов. При этом для расчета сценариев рождаемости использовались переменные коэффициента суммарной рождаемости и количества женщин репродуктивного возраста; сценариев смертности – переменные вероятности дожития до следующего возраста (таблицы смертности); сценариев миграции – переменная сальдо миграции.

2.1. Сценарий неизменного режима воспроизводства

Для оценки динамики структуры населения и прогноза его численности на период до 2025 г. был использован метод передвижки возрастов с учетом вероятности дожития каждой возрастной группы до следующей старшей (см. глоссарий, с. 133).

Коэффициенты дожития были рассчитаны отдельно для мужчин и женщин, поскольку, во-первых, уровень младенческой смертности среди мальчиков достоверно выше, чем среди девочек, а во-вторых, смертность мужского населения с возрастом происходит более быстрыми темпами по сравнению с женским (рис. 2.1).

Как свидетельствуют статистические данные, вероятность дожить до следующего года (приложение, табл. 1) повышается до возрастной группы 10–14 лет как у мужчин, так и у

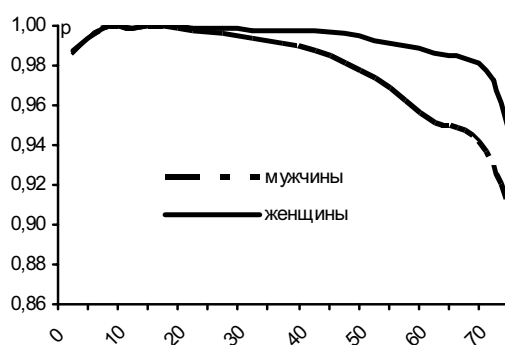


Рис. 2.1. Вероятность дожития мужчин и женщин разных возрастных групп Вологодской области до следующего года (по данным 2002 г.)

¹ Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – С. 173.

женщин, а далее, с увеличением возраста, падает. Вероятность дожития данной возрастной группы до следующей определялась как $p_{x+5} = p_x^5$.

Ожидаемое число родившихся в году (t) рассчитывалось путем умножения численности женщин репродуктивного возраста (от 15 до 49 лет) на соответствующие повозрастные коэффициенты рождаемости (F_x, t) , полученные из таблиц рождаемости (приложение, табл. 2). Расчет можно представить формулой:

$$N(t) = S(15, t) \times F(15, t) + \dots + S(49, t) \times F(49, t),$$

где: $N(t)$ – число родившихся;

S – среднегодовая численность женщин.

В 2002 г. суммарный коэффициент рождаемости в Вологодской области составил 1,3 ребенка (0,677 – для мальчиков, 0,637 – для девочек). Количество женщин репродуктивного возраста составляло 350,8 тыс. чел. (27,1% от всей численности населения области). Предположим, что в течение всего прогнозируемого периода, т.е. до 2025 г., эти показатели не изменятся и будут иметь место текущие показатели вероятности дожития, а внешняя миграция составит 0,03% (по данным статистики).

Исходя из существующих тенденций, можно предположить, что численность населения Вологодской области станет неуклонно сокращаться (в среднем на 11,2 тыс. чел. ежегодно; приложение, табл. 3) и снизится к 2025 г. до 1033,6 тыс. чел. (на 257,2 тыс. меньше, чем в 2002 г.). При этом число жителей начнет более интенсивно убывать в первой половине прогнозируемого периода: ежегодная убыль населения достигнет минимума в 2019 и 2020 гг. (10,7 тыс. чел.).

В первом десятилетии XXI в. возрастная структура будет благоприятствовать замедлению темпов убыли населения. В активный репродуктивный возраст (от 21 до 26 лет) войдут когорты жителей области, родившихся в первой половине и середине 1980-х гг., когда имел место кратковременный подъем рождаемости. Достигнут пожилого возраста сравнительно малочисленные контингенты военных лет рождения. Все это приведет, с одной стороны, к некоторому увеличению числа родившихся и общего коэффициента рождаемости – до 10,4% в 2004 – 2006 гг. С другой стороны, снижение доли пожилого населения затормозит рост общих показателей смертности.

Совершенно иная ситуация сложится после 2010 г., когда репродуктивного возраста начнут достигать малочисленные контингенты жителей области, родившихся в 1990-х гг., а в возрастные группы, для которых характерен относительно высокий уровень смертности, будут постепенно входить те, кто родился в послевоенные годы. Вызванные этими

процессами структурные факторы обусловят заметное снижение общего показателя рождаемости (он составит менее 9,9‰) и более быстрый рост общих показателей смертности (19,7‰ – в 2012 г.). С 2013 г. снова произойдет снижение темпов убыли населения, на этот раз за счет возможного сокращения общего показателя смертности, который к 2017 г. составит менее 19,1‰, а затем, вновь возрастая, к 2025 г. достигнет уровня 20,5‰. Общий коэффициент рождаемости в этот период будет повышаться, но не так быстро, как общий коэффициент смертности.

На протяжении почти всего рассматриваемого периода наблюдается неуклонное сокращение доли населения трудоспособного возраста в общей численности населения, т.е. численность контингента, входящего в трудоспособный возраст, меньше численности выходящего из него. Особенно значительное убытие, возможные пределы которого 9,2 – 14,4 тыс. чел., будет фиксироваться в период с 2010 по 2020 гг. К окончанию прогнозируемого периода население трудоспособного возраста составит около 57,6% всех жителей региона.

Интересна специфика изменения численности населения трудоспособного возраста в различных муниципальных образованиях области. По нашим прогнозам, ее увеличение в 2010 г. произойдет в шести районах области (табл. 2.1). В остальных муниципальных образованиях будет наблюдаться убыль: от 0,1 до 5,2% в тринадцати районах области (5,2% – убыль трудоспособного населения в целом по области по сравнению с 2002 г.); в оставшихся семи районах, а также городах Вологде и Череповце произойдет более интенсивное сокращение, чем в целом по области, – от 5,3 до 11,4% (см. цветную вклейку, рис. 2.2 и 2.3).

Таблица 2.1

Распределение районов по степени уменьшения численности населения трудоспособного возраста к 2010 г. (по сравнению с 2002 г.)

Увеличение численности трудоспособного населения	Уменьшение численности трудоспособного населения выше среднего по области (5,2%)	Интенсивное уменьшение численности трудоспособного населения (убыль более 5,2%)
<p>Бабушкинский Верховажский Кичм.-Городецкий Междуреченский Никольский Нюксенский</p>	<p>Бабаевский Белозерский Вожегодский Вологодский Грязовецкий Сокольский Сямженский Тарногский Тотемский Устюженский Харовский Шекнинский Кирилловский</p>	<p>Великоустюгский Вашкинский Вытегорский г. Вологда г. Череповец Кадуйский Усть-Кубинский Чагодощенский Череповецкий</p>

Незначительное увеличение численности трудоспособного населения к 2015 г. возможно лишь в двух районах области: Кичменгско-Городецком – на 0,1%, (среди женщин) и Никольском – на 5%. В остальных муниципальных образованиях ожидается сокращение численности трудоспособных мужчин и женщин в пределах от 3,6 до 23% (рис. 2.4, 2.5). А в 2020 и 2025 гг. число лиц, выходящих из трудоспособного возраста, превысит число лиц, вступающих в него, уже во всех районах области без исключения (рис. 2.6 – 2.9; приложение, табл. 4 и 5). Это приведет к возрастанию коэффициента демографической нагрузки с 624 на 1000 чел. трудоспособного возраста в 2002 г. до 732 чел. в 2025 г.

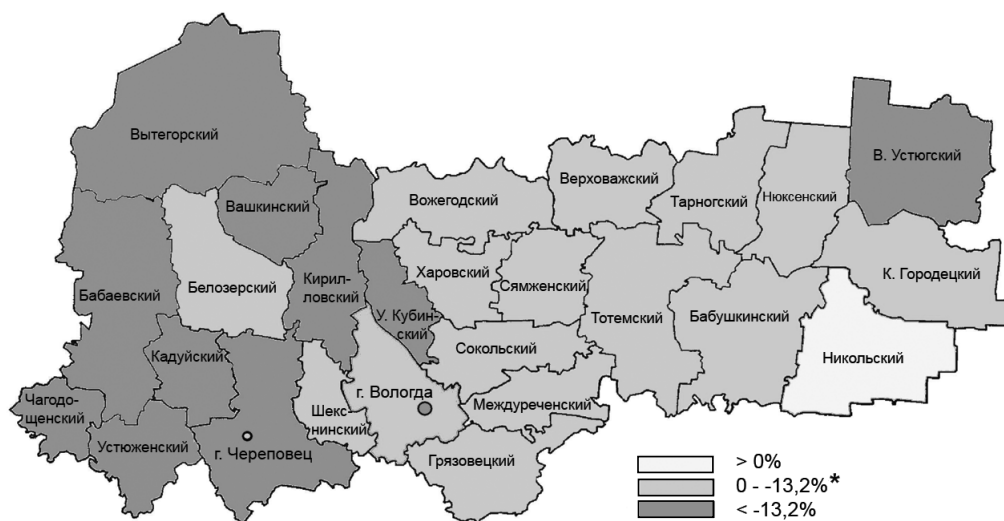


Рис. 2.4. Динамика численности мужчин трудоспособного возраста в 2002 – 2015 гг.

* Здесь и далее – уровень в целом по области.



Рис. 2.5. Динамика численности женщин трудоспособного возраста в 2002 – 2015 гг.



Рис. 2.6. Динамика численности мужчин трудоспособного возраста в 2002 – 2020 гг.



Рис. 2.7. Динамика численности женщин трудоспособного возраста в 2002 – 2020 гг.



Рис. 2.8. Динамика численности мужчин трудоспособного возраста в 2002 – 2025 гг.



Рис. 2.9. Динамика численности женщин трудоспособного возраста в 2002 – 2025 гг.

2.2. Возрастной состав населения

Наглядное представление об изменении численности населения дает его половозрастная пирамида. При отсутствии структурных диспропорций она представляла бы собой строго симметричную фигуру, в которой переход (изменение численности) от одной возрастной группы к другой определялся бы только естественным порядком вымирания. Фактически плавное течение демографических процессов корректировалось нестабильностью в режиме естественного воспроизводства населения, различиями в смертности мужчин и женщин. Поэтому современные пирамиды имеют асимметричную форму, что свидетельствует о неравномерности замещения поколений.

Половозрастная пирамида населения Вологодской области, по данным Вологодского областного комитета государственной статистики за 2002 г., имеет суженное основание, что явилось следствием резкого сокращения числа родившихся в 1990-е гг. (рис. 2.10).



Рис. 2.10. Половозрастная пирамида населения (от 0 до 70 лет) Вологодской области (на начало 2002 г.)

Подобная «впадина» на пирамиде наблюдается также в возрастном интервале от 58 лет до 61 года. Это люди, родившиеся в 1942 – 1945 гг., т.е. во время Великой Отечественной войны. Есть на пирамиде еще одна

«впадина» – меньшая по глубине, но захватившая больший возрастной интервал. Максимальная ее глубина (т.е. минимальная численность населения) приходится на возраст 33 года, а в целом она охватывает, в той или иной степени, интервал от 32 до 38 лет. Это так называемая демографическая волна, спровоцированная в исходной точке резким сокращением рождаемости во время войны. В этих возрастах сейчас в большей мере оказались дети тех, кто родился в 1942 – 1945 гг. Это поколение меньше по численности по сравнению с другими и у него, естественно, при прочих равных условиях, меньше детей.

Стоит отметить, что сокращение числа рожденных в 1990-е гг. детей отчасти тоже является демографической волной, так как это внуки тех, кто родился в годы Великой Отечественной войны. Но только отчасти. Это хорошо видно на пирамиде. От поколения к поколению демографические волны уменьшаются по глубине и «размазываются» на больший возрастной период. Основание же нынешней половозрастной пирамиды, несомненно, более узкое, чем «провал» в возрастном интервале от 32 до 38 лет. Решающим фактором здесь, безусловно, является существенное снижение собственно интенсивности деторождения.

Говоря о демографических волнах, надо иметь в виду, что независимо от того, как будут дальше развиваться тенденции рождаемости, нынешнее резко суженное основание пирамиды непременно даст свою демографическую волну через 10 – 20 лет¹.

По нашим прогнозам, учитывая существующие тенденции рождаемости и смертности, к 2025 г. основание половозрастной пирамиды не предполагает расширения, а, напротив, будет сужаться из года в год (рис. 2.11). Незначительный рост рождаемости предполагается лишь в первом десятилетии XXI в., когда в репродуктивный возраст с максимальными возрастными коэффициентами рождаемости стала входить более многочисленная когорта женщин, родившихся в 1980-е гг.

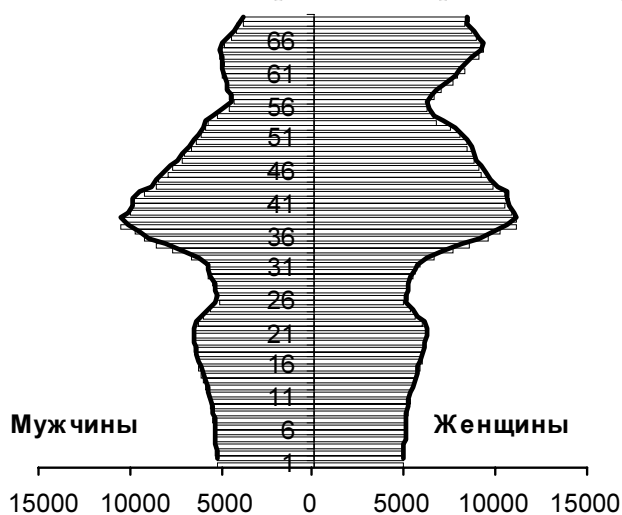


Рис. 2.11. Половозрастная пирамида населения (от 0 до 70 лет) Вологодской области (прогноз на 2025 г. при условии сохранения режима воспроизводства населения в 2002 г.)

¹ Архангельский Н.В., Елизаров В.В., Зверева Н.В., Ионцев В.А., Калабихина И.Е. Демографический фактор в социально-экономическом развитии региона (на примере Пермской области). – М.: ТЕИС, 2004. – С. 39.

Что касается изменения численности населения по различным сценарным вариантам, то и здесь перспективы не очень обнадеживающие. Количество женщин репродуктивного возраста в регионе будет сокращаться с каждым годом (по крайней мере, до 2018 г. – по передвижке возрастов, с 2019 г. будет зависеть уже от уровня рождаемости в ближайшие семь лет), т.е. «базовый компонент» убывает, и поэтому уровень рождаемости может быть поднят только за счет переориентации репродуктивных установок населения на большее количество детей в семье – два-три ребенка или более.

Согласно полученному выше стационарному (или инерционному) варианту демографического развития, численность населения области будет сокращаться. Обеспечение хотя бы нулевого естественного прироста возможно за счет таких факторов, как:

1. Увеличение рождаемости.

Суммарный коэффициент рождаемости должен быть в два раза больше существующего, т.е. составлять 2,6 рождения на каждую женщину репродуктивного возраста. При этом распределение семей по числу детей может быть следующим: 10% – родившие только одного ребенка, по 35% – двух и трех детей, 14% – четырех, 2% – пятерых и более и 4% семей – бездетные (точнее, не родившие ребенка)¹. При инерционности демографических процессов подобный высокий уровень за столь короткий срок недостижим. В соответствии с существующим ныне суммарным коэффициентом рождаемости, равном 1,3 рождения, распределение следующее: 60% – родившие одного ребенка, 25% – двух, 4% – трех, 2% – четырех, 1% – пятерых и более и 8% семей – бездетные. Ориентируясь на данные Центра демографии и экологии человека², можно предположить, что наиболее «достижимый» суммарный коэффициент рождаемости к 2025 г. будет равен 1,7.

2. Снижение смертности.

Снижение смертности на 70% дает возможность обеспечения нулевого естественного прироста населения к концу прогнозируемого периода. Но подобные изменения также маловероятны и нереалистичны с точки зрения как демографии, так и медицины. Поэтому, учитывая возможные ежегодные колебания общего показателя смертности в пределах 5% и руководствуясь целями стратегического плана³ (снижение

¹ Борисов В.А. Демография. – М., 1999, 2001. – С. 138.

² «Высокий» коэффициент суммарной рождаемости в России на 2000–2005 гг. равен 1,35, на 2045–2050 гг. – 2,14; «низкий» – 1,13 и 0,95 соответственно. То есть в 2025 г. в среднем можно рассчитывать, что «высокий» суммарный коэффициент рождаемости будет равен 1,7, а «низкий» – 1,0. (Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – С. 176.)

³ Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003–2010 годы». – Вологда, 2003. – 100 с.

младенческой смертности на 10%, снижение смертности и инвалидности в результате несчастных случаев и актов насилия в отношении детей на 25%, сокращение смертности и инвалидности в результате дорожно-транспортных происшествий на 20–25%, бытового, уличного травматизма на 50%), можно рассчитывать на снижение общего показателя смертности до 14%.

Таким образом, по реалистичному оптимистическому прогнозу (сокращение смертности и увеличение суммарного коэффициента рождаемости) численность населения региона по сравнению с 2002 г. сократится к 2010 г. на 16,1 тыс. чел.; к 2020 г. – на 32,9, а к 2025 г. – на 44 тыс. чел. (табл. 2.2).

Таблица 2.2

Интервалы изменения численности населения Вологодской области по прогнозным вариантам демографического развития (тыс. чел.)

2002 г.	2010 г.		2015 г.		2020 г.		2025 г.	
Фактическая	Нижний уровень	Верхний уровень	Нижний уровень	Верхний уровень	Нижний уровень	Верхний уровень	Нижний уровень	Верхний уровень
1 290,8	1 132,8 – 1 274,7		1 041,6 – 1 264,9		956,2 – 1257,8		873,3 – 1246,8	

Для объективности рассматриваемых прогнозов учтем и пессимистические варианты демографического развития. В связи с тем, что начиная с 2007 г. доля населения, перешедшего рубеж трудоспособного возраста, будет неуклонно возрастать, есть все основания предполагать увеличение уровня смертности (к 2025 г. он составит 25,2‰). «Низкий» суммарный коэффициент рождаемости можно оценить¹ как 1,0.

В результате, согласно пессимистическому сценарию (увеличение смертности и уменьшение рождаемости), численность населения региона по сравнению с 2002 г. сократится к 2010 г. на 157,9 тыс. чел. (почти в 10 раз больше, чем по оптимистическому сценарию); к 2020 г. – на 334,6, а к 2025 г. – на 417,5 тыс. чел.

Полученные результаты прогнозного счета показывают: каким бы ни был сценарий (даже самый оптимистический), депопуляция населения сохранится.

Таковы демографические перспективы региона. При всех различиях девяти рассмотренных прогнозных сценариев (см. цветную вклейку, рис. 2.12) несомненно то, что в первой четверти XXI в. в области ожидается (почти наверняка и за рамками этого временного периода) постоянное сокращение численности населения и увеличение доли лиц пожилого возраста, т.е. демографическое постарение населения. Последствия этих процессов на уровне региона могут быть систематизированы следующим образом (табл. 2.3).

¹ Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – С. 176.

Основные последствия демографического старения

Характер последствий	Содержание последствий
Демографический аспект	Ухудшение возрастной структуры населения Формирование потенциально более узкой базы для развития процесса рождаемости Формирование потенциально более широкой базы для развития процесса смертности вологжан Трансформация параметров воспроизводства населения в сторону более суженного замещения поколений и др.
Экономический аспект	Ухудшение трудовой структуры населения Замедление процесса трудового замещения и сокращение прироста трудовых ресурсов Увеличение среднего возраста (старение) занятого населения Возрастание нагрузки на трудоспособных и занятых жителей лицами престарелого возраста и др.
Социальный аспект	Рост численности вологжан по возрасту нуждающихся в поддержке со стороны общества Неуклонное увеличение расходов областного бюджета на социальное обеспечение престарелых людей Возрастание нагрузки на социальную инфраструктуру региона (учреждения здравоохранения, транспорт и т.п.) в силу старения общества Необходимость систематической корректировки социально-экономической политики и курса рыночных реформ в соответствии с особенностями условий и уровня жизни населения престарелого возраста и др.

Источник: Прохор М.Ф. Статистическое исследование и прогнозирование старения населения в г. Москве: Дисс. ... к.э.н. – М., 2003.

Алгоритм пополнения и убытия основных возрастных контингентов (рис. 2.13), соотношение между которыми предопределяет характер развития процесса демографического старения общества, позволяет построить модель, раскрывающую условия и предпосылки возрастания удельного веса людей пенсионного возраста.

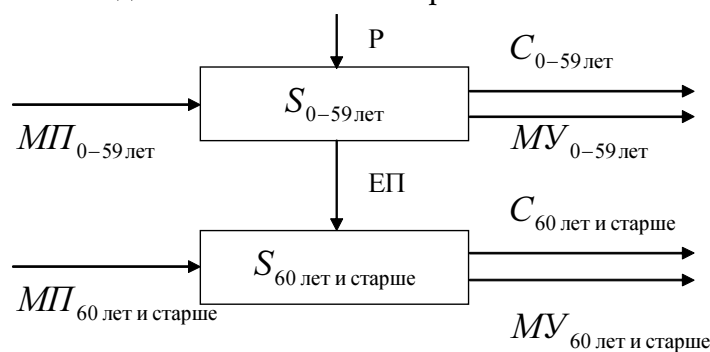


Рис. 2.13. Алгоритм пополнения и убытия основных возрастных контингентов

Условные обозначения: S – численность населения данного возраста; P – число родившихся как источник естественного пополнения контингента лиц в возрасте 0-59 лет; MP – миграционное пополнение; MU – миграционное убытие; C – число умерших (естественное убытие населения); EP – естественное пополнение населения в возрасте 60 лет и старше – снизу, за счет младшего смежного возраста.

С позиции динамики рассматриваемого явления содержание демографического старения общества сводится к следующему:

$$\frac{S_{60+...} + EP + MP_{60+...} - MY_{60+...} - C_{60+...}}{S_{60+...}} > \frac{S_{0-59} + P + MP_{0-59} - EP - MY_{0-59} - C_{0-59}}{S_{0-59}}$$

То есть за определенный период темп роста численности населения в возрасте от 60 лет и старше за счет источников собственного пополнения и убытия должен превосходить темп роста численности населения в возрасте 0–59 лет. Если данное неравенство не будет выполняться, то старение населения либо останется неизменным, либо сократится. По нашим прогнозам, в Вологодской области подобное соотношение будет иметь место начиная с 2010 г., когда более значительно по сравнению с предыдущим годом возрастет количество жителей 60 лет и старше (рис. 2.14).

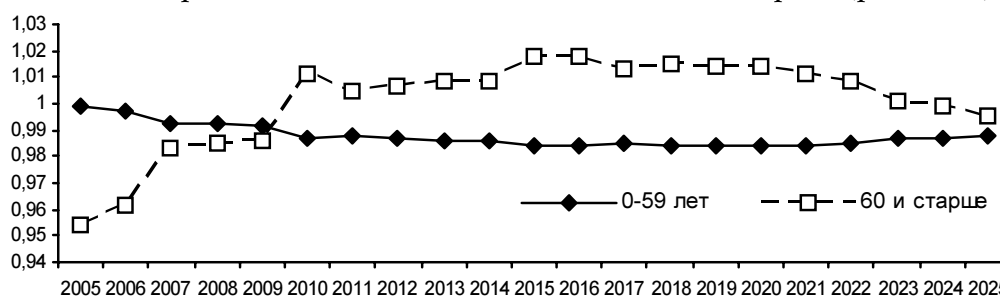


Рис. 2.14. Темпы роста численности населения Вологодской области возрастных групп 0–59 лет, 60 лет и старше (по стационарному прогнозу)

По шкале старения населения, принятой ООН, если количество лиц старше 65 лет (в Российской Федерации принято 60 лет и старше) превышает 7% населения страны, то оно считается старым. Данный показатель для Вологодской области в 2002 г. составлял 19%, что по шкале, предложенной Ж. Боже-Гарнье и Э. Россетом, оценивается как очень высокий уровень демографической старости¹. Основной причиной демографического старения является снижение рождаемости и вызванное этим сокращение доли детей, а также высокий уровень смертности населения в трудоспособном возрасте.

Демографические, экономические и социальные последствия уменьшения общей численности населения и увеличения доли лиц пожилого возраста, рассматриваемые как единое целое, определяют главный вывод: *подобные тенденции аккумулируют в своем развитии широкий спектр разнообразных и чрезвычайно актуальных проблем, от успешного решения которых, во все увеличивающейся степени, зависят стабильность и эффективность общественного воспроизводства, а значит – и развития общества в целом.*

¹ Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 92.

ГЛАВА 3

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ – КЛЮЧЕВОЕ ЗВЕНО ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

*В бедах дети – это сила,
Дети в счастье – улыбка,
На войне они – отчизне
И опора, и спасенье.*

Еврипид

3.1. Теоретико-методологические подходы к изучению здоровья детей

Глубокое понимание репродуктивного потенциала и представление его как непрерывного цикла, отражающего преемственность поколений, предполагает особую значимость формирования здоровья детей.

Проблема здоровья детей не теряет своей актуальности уже многие десятилетия. Она вошла в число четырех приоритетов ВОЗ, сформулированных еще в 1948 г., в период ее образования. При этом здоровье детей рассматривается не только как важная составляющая репродуктивного потенциала, но и как условие, определяющее будущее государства.

В этой связи важным представляется выявление факторов риска, оказывающих воздействие на здоровье и развитие детей. Для полного и адекватного воспроизведения картины взаимосвязи между здоровьем и факторами внешней среды наиболее перспективным является метод динамического анализа. Динамический подход предусматривает одновременное изучение уровня здоровья и воздействующих на него факторов внешней среды в течение длительного времени. Однако применение такого подхода, требующего систематических наблюдений, сопряжено с целым рядом трудностей. Поэтому, хотя многие исследователи признают важность динамического подхода, большая часть исследований проводится наиболее доступным и легким в применении и в финансовом отношении методом одномерных наблюдений. Предлагаемые методы – лишь первые шаги на пути к построению законченной методологии оценки воздействия на здоровье различных факторов внешней среды.

Динамические исследования называют также мониторингом. Обобщая мнения исследователей в этой области, можно определить мониторинг здоровья и развития детей как постоянно действующую систему наблюдения, сбора и оценки информации о здоровье детей, а также

анализа тенденций в его динамике и изменениях факторов среды, оказывающих на него прямое и опосредованное влияние¹.

Мониторинг позволяет решить задачи:

- а) организации наблюдения, получения достоверной и объективной информации об изменениях здоровья детской популяции в регионе;
- б) оценки и системного анализа получаемой информации, выявления причин, вызывающих ухудшение здоровья детей в регионе;
- в) подготовки рекомендаций органам власти и управления по преодолению негативных тенденций;
- г) обеспечения органов управления информацией, полученной в ходе мониторинга.

Мониторинг здоровья детей служит информационной базой:

- для обоснования целей и приоритетов в региональной политике здравоохранения, социальной защиты;
- разработки прогнозов здоровья населения региона, подготовки докладов об итогах реализации политики укрепления здоровья;
- оценки результативности деятельности местных органов власти и управления по решению поставленных задач в области охраны и укрепления здоровья детей.

В настоящее время используется несколько направлений мониторинга здоровья населения, в том числе и здоровья и развития детей. Анализ литературы позволяет выделить следующие направления динамических исследований: 1) социально-гигиенический мониторинг; 2) автоматизированные системы мониторинга здоровья детей и подростков; 3) когортный метод проспективного наблюдения за здоровьем детей.

1. Социально-гигиенический мониторинг является приоритетным видом деятельности служб Госсанэпиднадзора Российской Федерации. Принятым в марте 1999 г. Федеральным законом «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» установлено, что социально-гигиенический мониторинг – это государственная система наблюдений за состоянием здоровья населения и среды обитания, их анализа, оценки и прогноза, а также установления причинно-следственных связей между состоянием здоровья населения и воздействием факторов среды обитания. Его ведение возложено на органы и учреждения государственной санитарно-эпидемиологической службы.

Информационную базу социально-гигиенического мониторинга составляют как самостоятельные статистические источники, так и результаты научно-практических наблюдений. Идеологи социально-гигиенического мониторинга – Ю.П. Лисицын, В.К. Овчаров, Г.Г. Онищенко и др.

¹ Кольба А.Н. О создании Государственной системы мониторинга здоровья населения России. – М., 1990. – С. 25.

Социально-гигиенический мониторинг здоровья детского населения выявляет степень распространенности и воздействия на него вредных факторов окружающей среды. Он определяет влияние условий обучения детей в образовательных учреждениях школьного и дошкольного типа на их здоровье. Реализация системы социально-гигиенического мониторинга дала возможность разработать и внедрить методологию интегральной оценки здоровья населения и состояния среды обитания по районам, городам и субъектам РФ, устанавливать приоритетные проблемы заболеваемости населения, выявлять действующие факторы среды обитания, проводить ранжирование и выбирать проблемные города и районы.

Одной из слабых сторон социально-гигиенического мониторинга, на наш взгляд, является отсутствие в его системе звена, предоставляющего информацию об образе жизни, что затрудняет установление влияния этого фактора на здоровье детей. Кроме того, масштабность проведения мониторинга не учитывает изучения возможностей оказания адресной помощи особо нуждающимся семьям, что немаловажно в период сложной социально-экономической обстановки.

2. Развитие компьютерных и информационных технологий позволило профилактической медицине на современном этапе развития перейти на новый уровень.

Внедрение автоматизированных систем в целях динамического наблюдения за здоровьем населения помогает в решении таких задач, как:

- повышение эффективности профилактических осмотров по всем основным профилям патологии;
- наблюдение за здоровьем детско-подростковых коллективов, с выявлением негативных причин, непосредственно связанных с особенностями жизни данного коллектива;
- своевременное проведение лечебных и реабилитационных мероприятий; создание стандартизированной системы оценки и анализа состояния здоровья детей и подростков.

Примерами проведения таких исследований являются следующие проекты:

1. Внедрение в Санкт-Петербурге автоматизированной системы профилактических осмотров детского населения (АСПОН-Д). Эта система предназначена для профилактических осмотров детей в возрасте от 3 до 17 лет и количественной оценки их состояния по 24 профилям патологии, с направлением по показаниям к врачам-специалистам¹.

¹ Построение городской системы мониторинга здоровья детей и подростков / И.М. Воронцов, В.В. Шаповалов, Т.И. Иванова и др. // <http://www.medport.ru/MEDSTAT/ri98/RI98/aspon.htm>.

2. Система ЭДИФАР (система экспертного диалога для изучения социально-экономических факторов), разработанная Московским институтом проблем управления РАН. Методологической основой технологии ЭДИФАР является использование автоматизированного диалога «ЧЕЛОВЕК – ЭВМ» на базе учреждений первичной медико-санитарной помощи (поликлиники, консультации, диспансеры и т.п.). Тестирование проводится в специализированном кабинете, оборудованном компьютером, куда направляются люди, обратившиеся в первый раз в текущем году в данное учреждение. Мониторинг-система ЭДИФАР предназначена для сбора и обработки субъективной информации от населения, касающейся образа жизни, жалоб на здоровье и социального благополучия, а также для учета потребностей, оценок и мнений людей относительно действий властей в сфере здравоохранения и социальной защиты на местах¹.

Автоматизированные системы позволяют сократить объем работ, особенно ручной работы, на стадиях сбора и обработки информации. Однако низкая обеспеченность медицинских учреждений компьютерами, отсутствие обученных специалистов для проведения консультаций пациентов в период работы с диалоговой системой, а также ограниченность бюджетов затрудняют широкое распространение данной системы в медицинских учреждениях.

Существенным недостатком таких систем является и то, что к обследованию привлекается только та часть населения, которая обращается за помощью врачей. Остальные же группы населения остаются за рамками обследования. Не включены в обследование и дети младшего возраста – от рождения до 3 лет.

Несмотря на обширность государственной статистики и многочисленных социально-гигиенических и эпидемиологических исследований, требуются дополнительные источники информации, так как нужны более дифференцированные причинно-следственные характеристики, глубокое отражение связей между условиями жизни и здоровьем населения в количественном выражении.

Для настоящего времени характерно включение все большего числа отраслей естественных и гуманитарных наук в общий поток исследований, касающихся здоровья детей, – медико-биологических, философских, психологических, социально-гигиенических и многих других. Растущий интерес к проблеме детского здоровья особенно заметен в области социально-экономических наук, где изучение этой проблемы постепенно

¹ Дартау Л.А. Система экспертного диалога для изучения социально-экономических факторов в процессе мониторинга здоровья населения (система ЭДИФАР) // Социологические исследования в России. Специализирован. информ. – М., 1999.

завоевывает позиции одного из ведущих направлений научных разработок. Объектом самостоятельного рассмотрения здоровье становится и в исследованиях проблем условий и образа жизни населения.

Наряду с такими известными и все более проявляющими свою социальную остроту факторами, как доход, питание, семейное положение, медико-экономические особенности, все большее значение в понимании формирования здоровья населения обретают социально-экологические характеристики: субъективные оценки состояния здоровья, уровень адаптационных возможностей, степень информированности и активность населения в вопросах профилактики, «здоровье здоровых», другие факторы, значение которых раскрывает социология здоровья – в ее основе лежат выборочные проспективные исследования.

Правомерность и необходимость подобных исследований определяется существованием многочисленных связей, соединяющих понятия здоровья и качества жизни. Это обуславливает необходимость разностороннего экономико-социального исследования. Одним из направлений такого исследования является изучение воздействия на здоровье детей различных факторов, характеризующих условия и образ жизни семей, в которых они воспитываются.

3. Среди методических подходов, обеспечивающих наиболее достоверные и пригодные для сравнительного анализа данные, в популяционных исследованиях выделяется **когортный метод**. Отобранная когорта одномоментно вступившей в жизнь популяции детей берется под длительное (лонгитюдное) наблюдение. Если отслеживаемая группа специально формируется для исследования и целенаправленно отслеживается, то такое исследование называется проспективным. Проспективные исследования – самые продуктивные и доказательные. Они не исключают всех возможных ошибок, но ближе всего подводят к пониманию причинно-следственных связей в формировании здоровья. Главной особенностью таких исследований является полная определенность наблюдаемой группы, выявляемых состояний, методов исследования и прочих деталей до начала исследований. Поэтому обратное влияние возможных ошибок исследователя на получаемый материал минимально¹.

Таким образом, анализ используемых методов изучения здоровья и развития детей показал, что наиболее эффективным в условиях нестабильной социально-экономической ситуации в стране является метод динамического анализа (мониторинг), применяемый для наблюдения за когортой детей.

¹ Власов В.В. Структуры медицинских исследований // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 47.

Впервые подобное исследование было проведено в Великобритании. Первый этап его был осуществлен в период с 3 по 9 марта 1958 г. и получил название «Национальная программа изучения развития детей» (НИРД). 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 (НИРД - 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 (НИРД - 3) – позволило оценить их интеллектуальный потенциал. В 1981 г., когда дети достигли 23 лет, был осуществлен четвертый этап наблюдения, который отразил возможности их профессиональной квалификации и трудоустройства.

Полученные результаты были столь значительны и интересны, что привлекли большое количество спонсоров и потребителей. Позднее аналогичные исследования организовывались в ряде стран Европы и Америки. В нашей стране идею проведения мониторинга изучения условий формирования здоровья детей, подобного английскому, впервые высказала *Н.М. Римашевская* в 1980 г.

Лонгитюдное (длительное) панельное исследование социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, было начато в мае 1995 г. Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН, при активной поддержке администрации Вологодской области. Проведенное исследование является воплощением идеи *Н.М. Римашевской* в жизнь. *«Центральная идея исследования состоит в том, чтобы в формате лонгитюда, в режиме реального времени изучить процесс формирования качественного потенциала человека, начиная с рождения»*¹.

К настоящему моменту данное исследование расширилось, окрепло. В мониторинге задействованы четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта 1998 г., 2002 г., 2004 г. в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега.

¹ Там же.

За прошедший период удалось выявить и измерить факторы здоровья и «нездоровья» детей на микроуровне, применительно к конкретным детям и семьям, показать причины формирования в регионе неблагоприятной ситуации с детским здоровьем.

Для изучения картины взаимосвязи между здоровьем и обуславливающими его факторами использовался метод динамического анализа, предусматривающий одновременное изучение уровня здоровья и воздействующих на него факторов в течение длительного времени. Информация снималась четыре раза на протяжении первого года жизни (на период рождения, достижения детьми возраста одного месяца, шести месяцев и одного года), далее – ежегодно.

Организация исследования предполагала использование комплексного инструментария мониторинга, в который входят:

➤ анкета, характеризующая особенности семьи и домохозяйства новорожденного (на основе оценок родителей), а также характеристика здоровья родителей, и особенно подробно – матери, специфику родов, основные параметры здоровья новорожденного или причины его смерти (на основе медицинской документации и экспертных оценок врачей); анкеты, характеризующие состояние здоровья и развития ребенка, условия его жизни в возрасте 1, 2, 3 лет и так далее (анкеты имели две части, одна из которых, относительно условий жизни и развития детей, заполнялась родителями, другая, относительно характеристики и оценки здоровья ребенка, – участковыми врачами-педиатрами).

➤ компьютерная программа обработки первичной информации (SPSS); статистические методы выявления наиболее значимых факторов.

Важнейшим направлением исследования стало выявление качественного и количественного влияния социально-экономических факторов на формирование здоровья детей. Это подразумевало не только априорный выбор факторов, но и раскрытие характера их влияния на детский организм. Программой предусматривалось различное содержание анкет, с учетом возраста обследуемых детей.

Среди множества факторов, оказывающих влияние на здоровье детей, были выбраны следующие группы: социально-демографические (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 – 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»¹, выявленные заболевания, группа здоровья).

Анкеты, посредством которых велся сбор информации на первых этапах обследования (1 месяц, 6 месяцев после рождения ребенка), включали вопросы, касающиеся только здоровья и развития детей, оценки деятельности органов здравоохранения.

Обследования семей с детьми в возрасте одного года и старше дополнительно содержали блоки оценки родителями здоровья и развития ребенка, оценки медицинской активности родителей, оценки организации и качества медицинского обслуживания ребенка; в блок вопросов для педиатров входила оценка физического развития и здоровья ребенка, сведения о заболеваниях, их кратности и тяжести протекания, оценка необходимости реабилитационных мероприятий для данного ребенка.

Разработанное и проведенное мониторинговое исследование здоровья и развития когорты детей позволяет выделить общие структурные блоки исследования и взаимосвязи между ними, которые могут быть использованы в других регионах, при корректировке с учетом региональных особенностей.

Схема проведения мониторинга отображена на рис. 3.1. Дадим краткую характеристику каждого из выделенных этапов.

На первом этапе мониторинга осуществляется сбор информации в соответствии с направлениями мониторингового исследования: 1) информация о социально-экономических, демографических и медицинских показателях семьи, в которой воспитывается ребенок; 2) информация о здоровье ребенка; 3) официальные данные медицинской статистики.

На втором этапе на основе сформированной информационной базы проводится анализ сложившейся ситуации, целью которого является оценка здоровья детей и подготовка заключения о его состоянии на дату

¹ Оценка жизнеспособности новорожденного по специальной шкале.

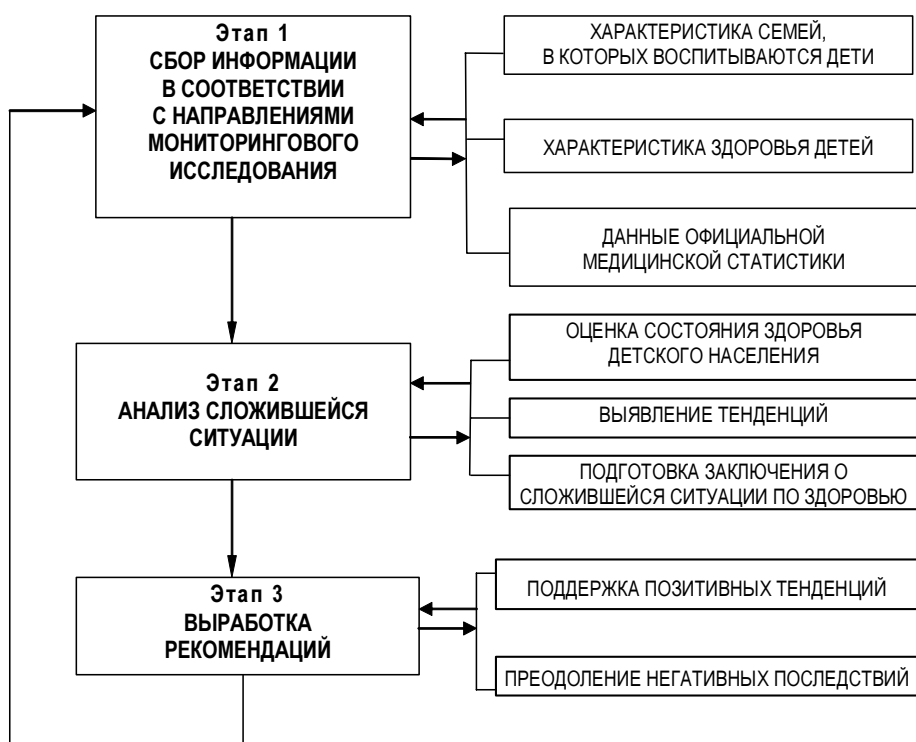


Рис. 3.1. Этапы проведения мониторингового исследования

завершения исследования и на перспективу. На данном этапе могут быть использованы различные методы: а) аналитические, основанные на различных операциях со статистическими данными (методы сравнения, приведения показателей в сопоставимый вид, способы использования средних и относительных величин, методы факторного и корреляционного анализа); б) экспертные — на основе обобщения информации и оценок, данных экспертами.

На третьем этапе мониторинга разрабатываются рекомендации, направленные на укрепление и улучшение здоровья детского населения.

Четвертый этап предполагает сбор информации через определенный промежуток времени, анализ вновь сложившейся ситуации и оценку эффективности мероприятий, проводимых с целью укрепления и улучшения здоровья детского населения.

Предлагаемая система мониторинга здоровья детей в регионе может быть рассмотрена как одна из компонент оценочного исследования прямого и косвенного влияния социально-экономического развития области на здоровье детей, с одной стороны, и потенциала здоровья детского населения на экономическое развитие региона в ближайшей и отдаленной перспективе – с другой.

3.2. Здоровье детей по оценкам медицинской статистики

Процесс увеличения рождаемости, отмечаемый в Вологодской области с 2001 г., не только не привел к росту численности детского населения, но даже не компенсировал его убыль, обусловленную спадом рождаемости в период 1990-х гг. Повышение рождаемости в области было обусловлено увеличением численности женщин фертильного возраста и относительной стабилизацией экономической ситуации в обществе. Вместе с тем происходит снижение доли детей до 18 лет. На 1 января 2004 г. в области проживало 269 925 детей до 18 лет, что на 27 425 человек меньше, чем в 2002 г. Удельный вес детей составил 18% населения области (в 2002 г. – 23%)¹.

За последнее десятилетие в состоянии здоровья детей и подростков сформировались устойчивые негативные тенденции – рост распространенности факторов риска для формирования нарушений здоровья и развития, увеличения заболеваемости и инвалидности. Результаты Всероссийской диспансеризации детей, проведенной в 2002 г., подтвердили негативные тенденции, помогли определить направления, требующие безотлагательного вмешательства со стороны государства.

Согласно данным Всероссийской диспансеризации, в Северо-Западном федеральном округе РФ зарегистрирована низкая доля здоровых детей при невысоком удельном весе детей с хроническими патологиями. Соответствующие данные по Вологодской области показывают, что здоровье детей в регионе хуже, чем в среднем по округу (табл. 3.1)

Таблица 3.1

Распределение детей по группам здоровья
(по итогам Всероссийской диспансеризации)

Группы здоровья	Российская Федерация	Северо-Западный федеральный округ	Вологодская область
1 – здоровые дети	32,1	27,5	24,3
2 – дети, имеющие отклонения в состоянии здоровья	51,7	57,1	55,6
3, 4 – дети, имеющие хронические заболевания	16,2	15,4	19,9

Здоровье детского населения в Вологодской области представляет серьезную социальную проблему. Оно характеризуется ростом заболеваемости, изменением структуры и увеличением частоты хронических заболеваний. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей приняли устойчивый характер. Показатель их общей заболеваемости значительно превышает среднероссийские данные (рис. 3.2). Заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет за последние 5 лет выросла на 24%, увеличиваясь в среднем на 4–5% ежегодно, преимущественно за счет хронических болезней.

¹ Половозрастной состав населения Вологодской области в 2002 году / Вологдаоблкомстат, 2003.

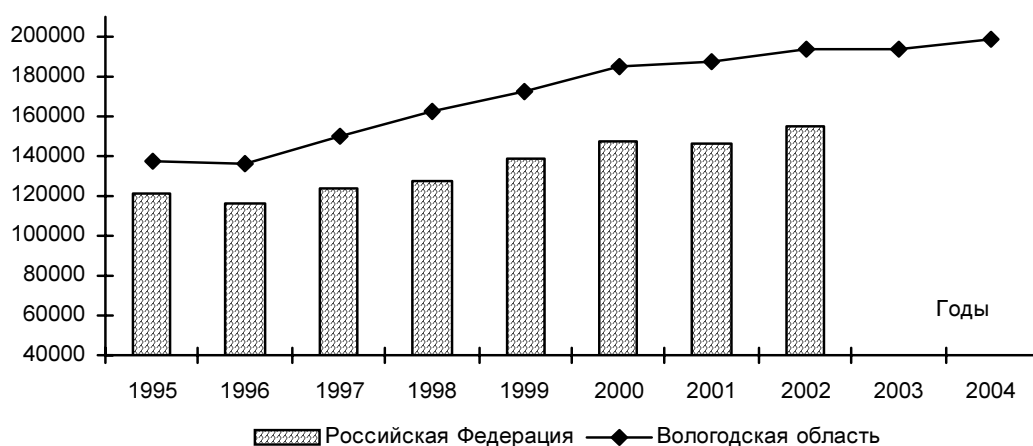


Рис. 3.2. Уровень заболеваемости детей до 14 лет (на 100 тыс. нас.)

Примечание. За 2003 – 2004 гг. нет данных по РФ.

Анализ заболеваемости детского населения области с учетом территориального распределения позволил выделить муниципальные образования с уровнем заболеваемости, превышающей среднеобластные показатели (193 266 случаев на 100 тыс. населения): Шекснинский (505 922), Сямженский (513 146), Харовский (513 871) районы, г. Вологда (476 138), г. Череповец (501 956)¹.

Значительный рост заболеваемости в 2002 г. отчасти можно объяснить прошедшей в этот период Всероссийской диспансеризацией детей, которая способствовала увеличению выявляемости заболеваний, т.к. врачами-специалистами было осмотрено гораздо большее количество детей, чем в обычном режиме работы.

Но само по себе выявление заболеваний, функциональных отклонений и пограничных состояний еще не ведет к последующему улучшению здоровья детей. По результатам медицинских осмотров необходима организация дальнейшего наблюдения детей с выявленной хронической и острой патологией, организация противорецидивного лечения. Сложившийся к настоящему времени уровень кадровой обеспеченности, и технической оснащенности сети детских медучреждений не позволяет в полной мере выполнять необходимые мероприятия. По данным санитарной статистики, лишь 17% нуждающихся в стационарном лечении детей получили необходимое профилактическое лечение. Как видно из данных таблицы 3.2, при высоких показателях заболеваемости количество детей, находящихся под диспансерным наблюдением, невелико.

Представленные выше материалы государственной статистики характеризуют здоровье детской популяции в целом, не раскрывая причин

¹ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2002 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2003. – С. 33-34.

Таблица 3.2

Трехмерная матрица оценки демографической ситуации и здоровья детей

		Заболееваемость детей в возрасте 0-14 лет (человек на 100 000 населения)			
		От 50000 до 100000	От 100000 до 150000	От 150000 до 200000	Выше 200000
Состоит под диспансерным наблюдением детей от 0 до 14 лет (на 100 000 нас.)	До 200	-	-	-	г. Череповец
	200 – 300	Кирилловский Никольский	Нюксенский Кичм.-Городецкий Тотемский Тарногский	Чагодощенский Междуреченский Усть-Кубинский Шекснинский Сямженский Череповецкий Устюженский	Сокольский г. Вологда Харовский
	300 – 400	-	Вожегодский	Вытегорский Грязовецкий Кадуйский Вологодский	-
	Выше 400	-	Бабаевский Белозерский Верховажский Бабушкинский	Великоустюгский Вашкинский	-

происходящих процессов. На качественно ином уровне, позволяющем более подробно обсуждать проблему, помогает увидеть детское здоровье и нездоровье мониторинговое медико-социологическое исследование.

3.3. Здоровье детей по оценкам мониторинга

В данном параграфе мы обратимся к результатам мониторингового исследования, проводимого Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН.

Анализ показателей детского здоровья по результатам исследования выявил возрастные различия в соотношении детей с различным уровнем здоровья. Среди новорожденных доля здоровых детей составляет 5–8%, к 4 годам она увеличивается до 14%, в возрасте 8 лет вновь снижается до 10%. С возрастом удельный вес детей с третьей группой здоровья увеличивается.

По данным исследования, за период с 1995 г. по 2004 г. произошло ухудшение здоровья новорожденных детей. Если в 1995 г. было выявлено 8% детей с первой группой здоровья, то к 2004 г. их доля сократилась до 1% (табл. 3.3).

Значительное сокращение удельного веса детей с группой здоровья 2А, предполагающей осложнения в анамнезе ребенка, происходит не по причине увеличения доли здоровых детей, а за счет приращения числа детей со 2 группой здоровья, у которых уже выявлены какие-либо функциональные отклонения. Доля детей со 2 группой здоровья увеличилась

Таблица 3.3

Здоровье детей в возрасте от 0 до 1 года (удельный вес, в % от числа опрошенных)

Группа здоровья	Год обследования детей						
	Новорожденные дети				Дети в возрасте 1 год		
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.
1 группа (здоровые дети)	8,3	5,5	5,8	1,2	1,4	1,3	4,4
2А группа (дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	59,7	39,2	31,9	62,3	20,8	14,0	0,0
2 группа (дети, имеющие функциональные и морфологические отклонения)	29,2	46,3	58,5	34,0	70,8	72,7	88,5
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	2,8	9,0	3,8	2,5	5,6	11,3	7,1

с 29,2% в когорте 1995 г. до 58,5% в когорте 2001 г. В когорте 2004 г. отмечается значительное снижение удельного веса детей, имеющих функциональные отклонения. Основной причиной этого является поздняя диагностика отклонений и заболеваний. Мы ожидаем прироста числа детей со 2 группой здоровья уже к 6-месячному возрасту. Доля новорожденных, имеющих хронические заболевания, была наиболее значительной в когорте 1998 г.

Результаты исследования показывают, что к одному году у детей происходит существенное сокращение потенциала здоровья, полученного при рождении. Уменьшается доля здоровых детей (1 группа здоровья), но еще большее сокращение происходит в группе 2А. То есть у большинства обследуемых, имевших риск возникновения заболеваний в силу неблагоприятного анамнеза, на первом году жизни были выявлены какие-либо болезни. Доля детей с хроническими заболеваниями за данный период в каждой когорте увеличилась почти вдвое.

В возрастной промежуток от 1 года до 3 лет здоровье обследуемых ухудшается (табл. 3.4). Это выражается в увеличении доли детей со второй группой здоровья и, в особенности, детей, имеющих хронические заболевания (к трем годам доля детей, имеющих хронические заболевания, увеличилась в 1,5 раза).

Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырехлетних детей. С этого возраста, согласно методике¹, не выделяется группа здоровья 2А. Кроме того, дети не относятся в обязательном порядке к более тяжелой группе здоровья, в которой наблюдались в период до 4 лет. Поэтому в ряде случаев дети из групп здоровья 2А и 2 к этому возрасту вошли в первую группу здоровья, что вполне закономерно.

¹ Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными ко 2-ой группе здоровья, 1987. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов. Приказ №60 от 14.03.95 г.

Таблица 3.4

Здоровье детей в возрасте от 1 до 3 лет (в % от числа опрошенных)

Группа здоровья	Возраст ребенка, год начала обследования								
	1 год			2 года			3 года		
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.
1 группа (здоровые дети)	1,4	1,3	4,4	0,0	2,0	0,0	0,0	1,5	0,0
2А группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	20,8	14,0	0,0	14,5	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0
2 группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	70,8	72,7	88,5	72,5	81,9	88,6	79,2	83,5	88,9
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	7	12	7,1	13	16,1	11,4	15,3	15,1	11,1

* Отмечается только у детей в возрасте до 3 лет.

С одной стороны, данное обстоятельство свидетельствует о том, что здоровье детей к четырехлетнему возрасту стабилизировалось и потенциальный риск неблагоприятного воздействия факторов не проявился. С другой стороны, такие дети требуют повышенного внимания и должны оставаться в поле зрения врача-педиатра на протяжении всего периода взросления.

В возрастном промежутке от 4 до 7 лет происходит значительное снижение потенциала здоровья детей (табл. 3.5), особенно в году, предшествующем поступлению в школу (с 6 до 7 лет). Это является неблагоприятным фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психо-эмоциональную нагрузку на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям. 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. Примером тому

Таблица 3.5

Здоровье детей в возрасте от 4 до 9 лет (в % от числа опрошенных)

Группа здоровья	Возраст ребенка / год начала обследования								
	Когорта 1995 г.						Когорта 1998 г.		
	4 года	5 лет	6 лет	7 лет	8 лет	9 лет	4 года	5 лет	6 лет
1 группа (здоровые дети)	14,5	14,1	14,8	10	10,2	20,9	17,4	14,7	21,3
2Б группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	68,1	66,2	67,2	64	63,3	60,5	70,6	72,6	59,6
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	16,3	19,7	18,0	26	26,5	18,6	11,9	12,6	18,1

может служить обследование, проведенное в 2004 г. в когортах 1995 г. и 1998 г., которое выявило резкое увеличение удельного веса здоровых детей в возрасте шести (с 15 до 21%) и девяти лет (с 10 до 21%; табл. 3.5).

Представляет интерес анализ здоровья обследуемых детей в поселенческом разрезе. Рассмотрим здоровье детей в Вологде, Череповце и районах на протяжении трех контрольных временных отрезков – 3 года, 6 лет и 9 лет (рис. 3.3).

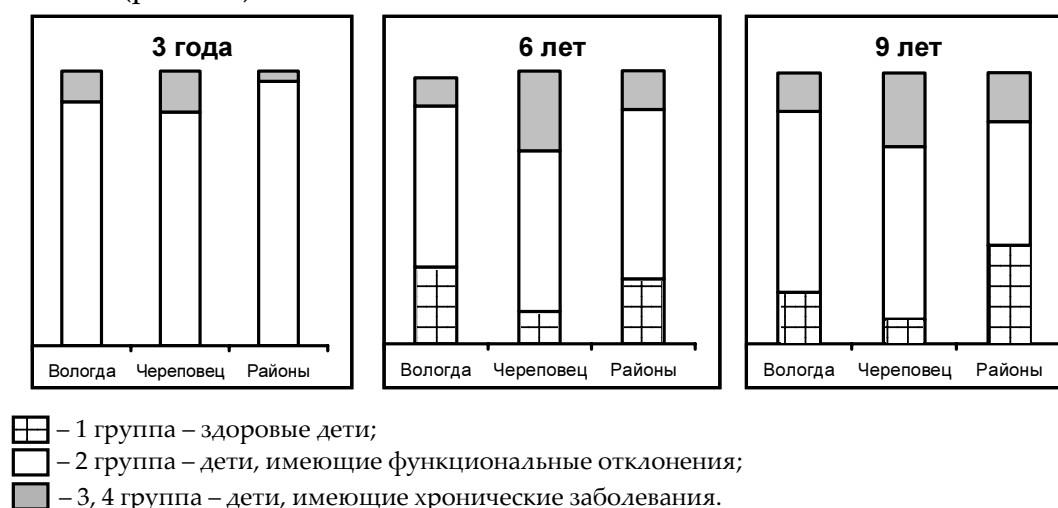


Рис. 3.3. Территориальный срез здоровья детей

Доля трехлетних детей с выявленными хроническими заболеваниями в районах немного ниже, чем в крупных городах. Удельный вес детей старших возрастов с хроническими заболеваниями на селе значительно увеличился.

Следует обратить внимание на то, что в районах удельный вес неболяющих детей порой ниже, а часто болеющих – выше, чем в городах (рис. 3.4). Общеизвестно, что частые острые заболевания повышают риск развития хронических патологий. Обращаясь к данным исследования,

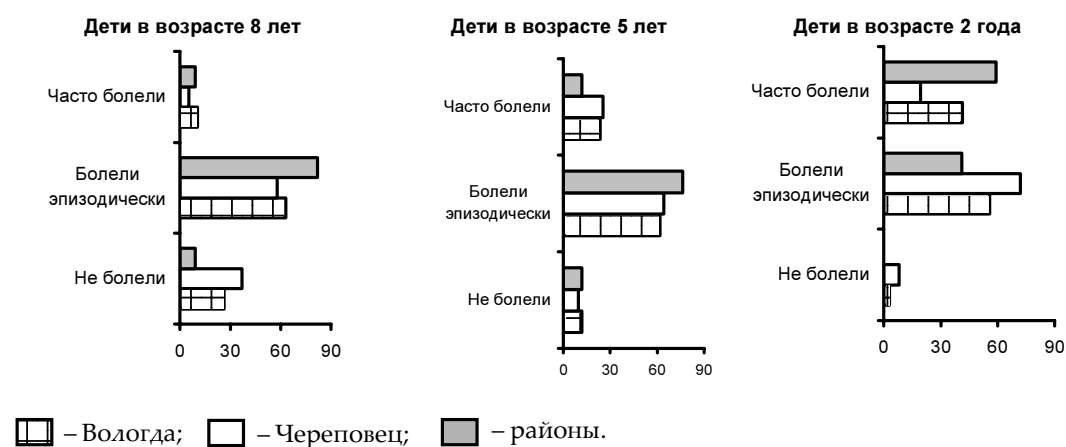


Рис. 3.4. Кратность заболеваний детей (территориальный срез)

можно предположить, что в районных городах уровень хронической патологии не должен значительно отличаться от такового в городах Вологде и Череповце. Однако среди восьмилетних детей в районах этот показатель ниже примерно втрое. Среди пятилетних детей тех, кто имеет хронические заболевания, в ходе исследования выявлено не было (см. рис. 3.3).

Снижение доли хронически больных детей связано с меньшей выявляемостью заболеваний, более низким качеством работы районных служб здравоохранения, что было отмечено и по результатам Всероссийской диспансеризации. В сельской местности фиксируется низкое качество медицинских осмотров, отсутствие полного состава врачей-специалистов, меньшие возможности лабораторных и функциональных обследований¹. Все это приводит к поздней выявляемости хронических заболеваний, ухудшению здоровья детей.

В рамках исследования родителям было предложено оценить доступность различных услуг здравоохранения (по 10-балльной шкале). Средняя оценка по некоторым параметрам приведена в таблице 3.6. Из нее следует, что в районах оценка доступности медицинских услуг ниже шести баллов по всем представленным вариантам, за исключением своевременной помощи педиатра и обеспеченности лекарствами. Сельские жители, участвующие в исследовании, в 10% случаев (в сравнении с 1–2% в городах) в качестве одной из возможных причин возникновения хронических заболеваний называют несвоевременное оказание медицинской помощи, 18% – отсутствие лечебного массажа. Это еще раз подтверждает следующий вывод: население районных городов и поселков недостаточно обеспечено услугами здравоохранения, что является одной из причин формального «завышения» показателей здоровья детей в сельской местности и фактического его ухудшения.

Таблица 3.6

Оценка доступности медицинских услуг (по 10-балльной шкале, средний балл)

Виды услуг	Оценка по территориям								
	2 года			5 лет			8 лет		
	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы	Вологда	Череповец	Районы
Лабораторно-диагностические обследования	7,1	7,5	5,5	6,3	6,3	5,4	7,2	6,7	3,8
Помощь педиатра	8,5	9,0	6,6	8,8	8,0	7,8	7,8	7,8	8,5
Помощь врачей-специалистов	6,1	6,1	5,6	6,3	6,1	5,6	6,3	5,7	4,9
Консультации специалистов	5,6	5,6	5,3	6,1	5,9	5,3	6,8	5,5	5,5
Обеспеченность лекарствами	6,6	7,0	5,6	7,6	6,8	6,2	8,3	6,5	8,1

¹ Справка «О состоянии здоровья детей в Вологодской области по итогам диспансеризации 2002 года».

Обращают на себя внимание такие данные: родители детей, проживающие в сельской местности, чаще, чем городские, отмечали различные недомогания у своего ребенка (табл. 3.7). Особенно значительна разница в группе недомоганий, связанных с деятельностью нервной системы (нарушение сна, двигательная расторможенность, наличие навязчивых движений).

Таблица 3.7

Сведения о распространенности недомоганий у детей
(удельный вес, %, когорта 1995 г.)

Виды недомоганий	Всего в исследовании	Вологда	Череповец	Районы
Часто насморк	30,9	26,3	21,1	45,5
Слезливость	26,5	31,6	15,8	36,4
Навязчивые движения	26,5	15,8	21,1	44,5
Боли в животе	26,5	36,8	15,8	27,3
Быстрая утомляемость	24,5	31,6	26,3	9,1
Часто кашель	22,4	26,3	15,8	27,3
Головные боли	20,4	26,3	10,5	27,3
Нарушения сна	16,3	5,3	21,1	27,3
Двигательная расторможенность	14,3	5,3	15,8	27,3

У детей, проживающих в Вологде, чаще отмечаются слезливость, боли в животе, быстрая утомляемость. Совокупность этих признаков говорит о наличии психологического стресса.

Следует обратить внимание на вышеперечисленные явления, т.к. стрессовая ситуация, в которой находятся городские первоклассники, и нестабильность нервно-психических процессов у сельских детей могут быть причиной развития функциональных отклонений и хронических заболеваний.

Анализ динамики недомоганий у детей показывает, что многие из них носят возрастной характер и отражают физиологические перестройки,

Таблица 3.8

Сведения о распространенности недомоганий у детей
(возрастной срез; удельный вес, в %)

Виды недомоганий	Возраст детей					
	Когорта 1995 г.			Когорта 1998 г.		
	7 лет	8 лет	9 лет	4 года	5 лет	6 лет
Часто насморк	36,0	30,9	16,3	64,8	55,3	52,1
Слезливость	28,0	26,5	20,9	25,0	18,1	29,8
Навязчивые движения	28,0	26,5	32,6	20,4	23,4	19,1
Боли в животе	24,0	26,5	34,9	24,1	25,5	27,7
Быстрая утомляемость	20,0	24,5	39,5	14,8	14,9	22,3
Часто кашель	26,0	22,4	11,6	51,9	43,6	39,4
Головные боли	20,0	20,4	34,9	9,3	11,7	16,0
Двигательная расторможенность	24,0	14,3	18,6	25,9	20,2	19,1
Проявления диатеза	14,0	8,2	9,3	22,2	21,3	22,3

происходящие в детском возрасте. Увеличение резистентности организма к 9 годам приводит к тому, что реже отмечаются кашель и насморк, проявления аллергических реакций. Но более явно сказывается влияние социальной среды, к чему ребенок не всегда готов. Отсюда растут утомляемость и стресс, о наличии которых говорит увеличение доли детей с головными болями, навязчивыми движениями, быстрой утомляемостью (табл. 3.8).

Обобщая данные о здоровье детей, следует отметить, что значительное снижение потенциала их здоровья происходит в младенческий и дошкольный периоды. Необходимо выявить наиболее значимые неблагоприятные факторы формирования детского организма, минимизация воздействия которых будет способствовать укреплению здоровья детей.

Мониторинговое исследование помогает понять основные причины изменений в здоровье детей и оценить эффективность мероприятий, проводимых для его укрепления.

3.4. Факторы, оказывающие влияние на здоровье детей

Здоровье детей зависит от комплекса различных по своему характеру, направленности и силе факторов, которые взаимодействуют друг с другом, меняются во времени. Одни из них оказывают благотворное влияние на здоровье ребенка, другие способствуют возникновению заболеваний.

Для систематизации полученной информации наблюдаемые факторы условно были разбиты на несколько кластеров (группы сходных факторов): медико-биологические факторы; уровень жизни обследуемых семей; условия и образ жизни обследуемых семей; медицинская активность семей. Учитывалось также неодинаковое воздействие факторов на здоровье детей в различные возрастные интервалы.

3.4.1. Факторы, наиболее значимые в младенчестве

Данные мониторинга позволяют выделить факторы, наиболее неблагоприятные для формирования здоровья новорожденных детей, такие, как течение беременности и здоровье матери, условия ее труда, наличие или отсутствие вредных привычек в семье. Их влияние пролонгируется на весь период раннего детства.

Велико влияние на здоровье новорожденных детей факторов, формирующих биологический фон их развития. К этой группе мы относим здоровье родителей (в оценочных характеристиках); состояние здоровья беременных женщин (по оценке медицинских работников); характер протекания родов, условия труда родителей и т.д.

Неблагоприятно отражаются на здоровье младенцев прежде всего отклонения в состоянии здоровья женщин во время беременности.

Особенно велико влияние этого фактора в период раннего детства (до трех лет). Наиболее жесткая корреляция выявлена между низкими показателями гемоглобина (анемии) матери в конце беременности и здоровьем ребенка. Наличие анемии во время вынашивания ребенка приводит к рождению болезненных детей с ослабленным иммунитетом.

Учитывая широкую распространенность анемии среди беременных женщин в регионе (рис. 3.5), ее влияние на формирование здоровья детей, а также социальный характер данного заболевания, мы полагаем, что снижение анемии среди беременных – одно из приоритетных направлений в политике сохранения репродуктивного потенциала.



Рис. 3.5. Влияние анемии матери на здоровье новорожденных детей (в %, на примере данных когорты 2004 г.)

Среди заболеваний, предшествующих беременности или возникших во время ее, в Вологодской области с 1995 г. по 1999 г. основную долю составляли анемии – 51% (в рамках исследования – 45%). Значительна доля болезней мочеполовой системы – 19% (соответственно – 15%) и токсикозов – 16%, а также болезней системы кровообращения – 7% и щитовидной железы – 5%¹.

Простудные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни органов пищеварения, инфекции мочеполовых путей в период протекания беременности и связанные с ними дисфункции в организме женщины неблагоприятно отражаются на здоровье ребенка (табл. 3.9).

Выявлена устойчивая корреляция между здоровьем матери и здоровьем ребенка в раннем детстве. У матерей с «удовлетворительным» здоровьем дети в 4 раза чаще имеют хронические заболевания, чем у матерей с «отличным» здоровьем.

Плохое здоровье родителей на сегодняшний день не является самым распространенным риск-фактором. По результатам обследования 2004 г. примерно 22% женщин и 18% мужчин оценили свое здоровье как «удовлетворительное» и «плохое». В ближайшей перспективе этот фактор может стать доминирующим, так как согласно статистическим данным

¹ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г.: Государственный доклад. – 2000. – С. 59.

Таблица 3.9

**Влияние болезненных состояний беременных женщин на здоровье ребенка
(в % от числа опрошенных)**

Болезненные состояния будущей матери		Здоровье ребенка по возрастам												
		новорожденные		1 год		2 года								
		R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2							
Когорта 1995 г.														
Анемия	выявлена	66	34	18,9	81,1	13,7	86,3							
	не выявлена	73,7	26,3	31,6	68,4	16,7	83,3							
Инфекция мочеполовых путей	выявлена	60	40	20	80	13,3	86,7							
	не выявлена	72	28	22	78	12,8	87,2							
Когорты 1998, 2001, 2004 г.														
Болезненные состояния будущей матери	Новорожденные						1 год				2 года			
	1998 г.		2001 г.		2004 г.		1998 г.		2001 г.		1998 г.		2001 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Анемия	42,7	57,3	20	80	62,1	37,9	29,4	46,9	8,2	91,8	50	45,2	0,0	100*
Инфекция мочеполовых путей	34,5	65,5	66,7	33,3	69,7	30,8	84,1	15,9	0	100	0,0	14,4	0,0	100*

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

* Все двухлетние дети в когорте 2001 года были отнесены к группе риска R 2.

количество подростков, состоящих на диспансерном учете, то есть имеющих хронические заболевания, увеличилось с 344 чел. на 1000 населения в 2000 г. до 380 на 1000 населения в 2004 г. (рис. 3.6).

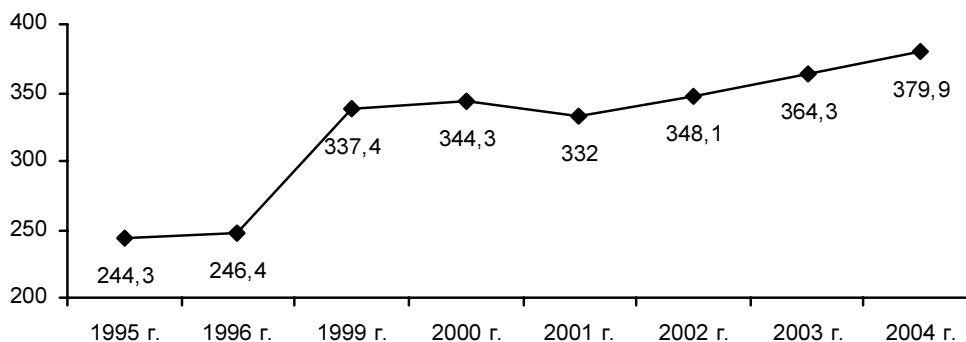


Рис. 3.6. Число подростков, состоящих на диспансерном наблюдении в Вологодской области (на 1 тыс. нас.)

Источник: Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области за 1996 – 2005 гг.: УЗАВо Бюро медицинской статистики.

Нарастающая в настоящее время подростковая наркомания способствует ухудшению здоровья потенциальных родителей. Полные данные о численности подростков-наркоманов отсутствуют: статистика фиксирует только тех, кто обратился за помощью в медицинские учреждения. По данным Минздрава, в 2001 г. в России из 450 тыс. наркоманов, состоящих

на учете, более 100 тыс. составляли дети и подростки. Подростки злоупотребляют наркотиками в 6 раз чаще, чем население в целом. В последние пять лет в Вологодской области отмечен резкий рост числа потребителей наркотиков (с 3 чел. в 1998 г. до 1717 чел. в 2002 г.). Число несовершеннолетних, состоящих на учете по поводу наркомании и токсикомании, составляет 68 чел.; общее число подростков, злоупотребляющих алкоголем, – 786 чел.¹

Один из наиболее значимых факторов формирования здоровья детей в раннем детстве, по данным мониторинга, – условия труда матери в период перед рождением ребенка. Характеризуя условия работы родителей в 2004 г. (в период перед рождением ребенка), следует отметить: лишь 8% женщин (10% – в 1995 г., по 15% – в 1998 г. и в 2001 г.) и 7% мужчин (5% – в 1995 г., по 10% – в 1998 г. и в 2001 г.) определили условия своей работы как нормальные. Все остальные работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам (табл. 3.10).

Таблица 3.10

Распределение ответов на вопрос: «Характеристика неблагоприятных условий труда родителей в период, предшествующий рождению ребенка»
(в % от числа опрошенных)

Неблагоприятные факторы	Женщины				Мужчины			
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.
Психическое напряжение	44,7	32,2	21,9	24,9	50,0	26,6	21,9	14,7
Шум	21,3	21,6	17,3	19,6	42,5	29,1	29,6	32,1
Запыленность, загазованность	14,9	14,1	10,4	14,7	25	0	26,2	27,5
Большая физическая нагрузка	0	14,1	14,6	12,5	35,0	26,6	31,2	25,7
Работа с токсическими химическими веществами	11,4	13,6	7,7	8,7	5,6	10,6	12,7	10,9

Динамический анализ показывает, что значительных изменений за период проведения исследования не произошло. Иначе говоря, часть беременных женщин продолжает работать в условиях, не соответствующих санитарным нормам. В 2001 г. доля женщин, работающих в таких условиях, только в промышленности Вологодской области составила 21%, в то время как в 1999 г. этот показатель не превышал 18%².

На наш взгляд, следует пересмотреть существующие нормы о назначении беременных женщин на менее трудоемкие работы, исключив их

¹ Справка о наркотической ситуации в Вологодской области и мерах противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту.

² Статистический ежегодник Вологодской области, 2001. – С. 60.

контакт с токсикогенами, работу в зонах с повышенной запыленностью и т.д. Эти меры могут быть предусмотрены в целевых региональных программах.

Среди указанных респондентками неблагоприятных условий труда наибольшее влияние на здоровье детей имели: загазованность и запыленность воздуха рабочей зоны, действие радиации и СВЧ, работа с токсическими химическими веществами. Результаты анализа показали, что *дети, матери которых работали в неблагоприятных условиях производства, значительно чаще имели высокий риск ухудшения здоровья* (табл. 3.11). В таблице представлены факторы, оказывающие наиболее значительное влияние на здоровье детей.

Таблица 3.11

Влияние неблагоприятных условий труда на здоровье ребенка
(в % от общего числа опрошенных)

Неблагоприятные условия труда	Здоровье ребенка по возрастам													
	новорожденные		1 год				2 года							
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2						
Когорта 1995 г.														
Работа с токсическими химическими веществами														
Нет	69,6	30,4	23,2	76,8	15,2	84,8								
Есть	0	100	0	100	0	100								
Действие радиации СВЧ														
Нет	68,7	31,3	22,4	77,6	15,6	84,4								
Есть	75	25	25	75	0	100								
Когорты 1998, 2001, 2004 гг.														
	Новорожденные						1 год				2 года			
	1998 г.		2001 г.		2004 г.		1998 г.		2001 г.		1998 г.		2001 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Работа с токсическими химическими веществами														
Нет	44,2	55,8	22,3	77,7	64,2	35,8	14,2	85,8	2,5	97,5	0,8	99,2	0	100*
Есть	48,2	51,9	0	100	54,5	45,5	6,7	93,3	22,2	77,8	5,3	94,7	0	100
Запыленность, загазованность рабочей зоны														
Нет	46,8	53,2	21,8	78,2	65,0	35	14,2	85,8	4,4	95,6	1,6	98,4	0	100*
Есть	32,1	67,9	10	90	52,6	47,4	6,7	93,3	5,3	94,7	0	100	0	100

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

* Все двухлетние дети в когорте 2001 года были отнесены к группе риска R 2.

Данные когорты 2001 г. не дают однозначного ответа на вопрос о влиянии неблагоприятных условий труда на здоровье новорожденных. Однако в когортах 1995 и 1998 гг. все дети, матери которых отметили наличие контакта с токсикогенами, имели высокий риск ухудшения состояния здоровья: в 1995 г. – на момент рождения, в 1998 г. – к 6 месяцам. Чрезмерная запыленность на рабочем месте матери также оказывает

отрицательное действие на здоровье будущего ребенка. У женщин, отметивших сильную запыленность на рабочем месте, доля здоровых детей в 1,5 раза меньше, чем у матерей, не подвергавшихся воздействию данного фактора. В когорте 2001 г. у матерей, работавших в условиях повышенной запыленности, доля детей, имеющих хронические заболевания, к двум годам была почти в два раза выше (18% против 10%), чем у работавших в более благоприятных условиях.

Важным моментом в жизни детей в раннем детстве является приобщение их к детским дошкольным учреждениям. 58% детей в исследовании 2001 г. посещали детский сад (в среднем с полутора лет). Большинство родителей (80%) в качестве основной причины посещения детского сада ребенком в раннем детстве отмечают вынужденный выход матери на работу. Следует отметить, что дети с ослабленным здоровьем чаще оставались дома.

При посещении дошкольного учреждения очень важен период адаптации ребенка к новой социальной среде. По данным обследования, 69% детей привыкли к ней быстро, 23% – привыкали длительное время, а 8% – так и не смогли привыкнуть к условиям детского сада.

Дети с продолжительным периодом адаптации часто болеют (табл. 3.12), что приводит к потере потенциала здоровья и способствует развитию предпосылок формирования хронических заболеваний.

Таблица 3.12

Зависимость здоровья ребенка от характера адаптации к детскому саду
(в % от общего числа опрошенных, когорты 1995 и 1998 гг.)

Как прошел период адаптации?	Кратность заболеваний детей			
	Не болели	Болели эпизодически	Болели часто	Болели очень часто
Привыкли быстро	1,6	64,5	25,8	8,1
Привыкали длительное время	0	23,8	47,6	28,6
Не смогли привыкнуть	0	0	28,6	71,4

На наш взгляд, матери должна быть предоставлена реальная, а не декларативная возможность воспитывать дошкольников дома. Для создания условий социализации детей в детских садах либо в специальных детских центрах следует формировать группы неполного дня, где ребенок мог бы находиться в течение 3–4 часов.

Таким образом, в раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают: плохое здоровье родителей, низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности; вредные привычки, в частности курение; условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам.

В связи с вышеизложенным становится очевидной необходимость проведения профилактических мероприятий по укреплению здоровья детей еще до их рождения. Они должны заключаться в гигиеническом просвещении подростков (как будущих родителей) и населения в целом, совершенствовании законодательной базы в отношении улучшения условий труда для беременных, пропаганде здорового образа жизни.

3.4.2. Факторы, наиболее значимые в раннем и дошкольном детстве

При формировании здоровья в старшем дошкольном и младшем школьном возрасте значимыми становятся несколько иные, чем в период младенчества, факторы. Наиболее характерные из них представлены в данном параграфе.

Основы здоровья ребенка закладываются в раннем детстве. Ослабленное здоровье детей в первый год жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в старшем возрасте.

Приведенные в таблице 3.13 данные наглядно показывают, что чем выше кратность заболеваний в раннем детстве, тем чаще реализуется риск формирования хронических заболеваний. Причем удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, с возрастом увеличивается.

Таблица 3.13

Влияние кратности заболеваний детей в раннем детстве на их здоровье в более старшем возрасте (в % от числа опрошенных)

Кратность заболеваний в два года	Здоровье детей в возрасте 5 лет (когорта 1998 г.)			Здоровье детей в возрасте 8 лет (когорта 1995 г.)		
	1 гр.*	2 гр.	3 гр.	1 гр.	2 гр.	3 гр.
Не болели	75	23	2	50	43	7
Болели эпизодически	27,5	64,7	7,8	6,9	69	24,1
Часто болели	19	71,4	9,5	16,7	50	33,3
Очень часто болели	0	60	40	0	60	40

* 1 группа – здоровые дети; 2 группа – дети с некоторыми функциональными отклонениями; 3 и 4 группы – дети, имеющие хронические заболевания.

Уровень жизни

Увеличение реальных доходов рассматривается в концепции человеческого развития в качестве одного из основных средств, способствующих расширению возможностей человека и повышению уровня благосостояния¹. Уровень доходов отражает возможности людей в обеспечении базовых компонентов человеческого развития (здоровья и образования), а также тех сфер жизни, которые непосредственно с ним не связаны.

¹ Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. – М., 2000. – С. 126.

Возможности оздоровления и развития детей в значительной мере зависят от материального уровня семьи.

С начала 1990-х гг. отмечался рост номинальных доходов населения, происходивший в основном за счет инфляции. Устойчивый рост реальных доходов наблюдается только после 2000 г., в период относительной стабилизации социально-экономического развития. В 2002 г. показатель реальных доходов на одного жителя на 10% превышал зафиксированный в 1995 г. уровень (табл. 3.14).

Таблица 3.14

Денежные доходы населения Вологодской области

Показатель	Год									
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Среднедушевые денежные доходы, руб.*	431	499	699	877	870	1371	1985	2638	3406	4412
В % к уровню СЗФО	–	89,1	88,9	96,6	86,4	86,0	88,5	87,4	88,5	85,5
В % к уровню РФ	92,5	96,8	90,8	93,1	86,0	82,6	87,0	86,2	87,6	81,8
Реальные располагаемые денежные доходы, в % к предыдущему году	–	91,2	92,5	109,2	82,3	89,1	118,8	111,8	111,5	109,4
к 1991 г.	100	91,5	84,6	92,4	76,0	67,7	80,5	90,0	100,3	109,4

* 1995 – 1997 гг. – тыс. руб.

В то же время серьезной проблемой остается невысокая покупательная способность заработной платы. Например, в 2002 г. на зарплату можно было приобрести 2,25 набора прожиточного минимума трудоспособного жителя области. Среднестатистическая молодая семья из 3 человек, включая одного несовершеннолетнего, могла обеспечить только 1,55 набора прожиточного минимума на человека. При этом необходимо учитывать, что прожиточный минимум представляет собой рубеж (уровень), определяющий границу бедности.

В 1987 г. на конференции ЮНЕСКО в Женеве, при обсуждении проблем социально устойчивого развития, как норматив была принята минимальная заработная плата в размере 3 долл. в час. Как показывают многочисленные исследования, ниже среднемесячной заработной платы порядка 350 – 400 долларов начинается процесс вырождения трудового потенциала¹. Если сравнивать с этой цифрой среднедушевой денежный доход жителей региона, то разрыв окажется еще более существенным, достигая 2,8 – 3,5 раза.

Схожие результаты дает анализ субъективных оценок населения в отношении реального веса своих собственных доходов (рис. 3.7). В период 1997 – 2003 гг. фактические доходы жителей области составляли

¹ Львов Д.С. Экономика развития. – М., 2002. – С. 291-292.

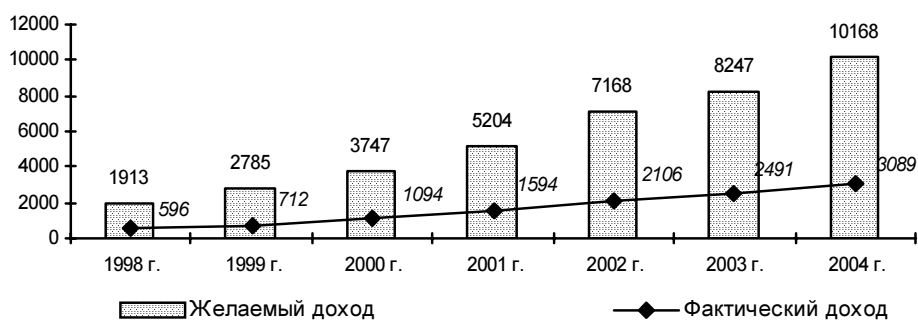
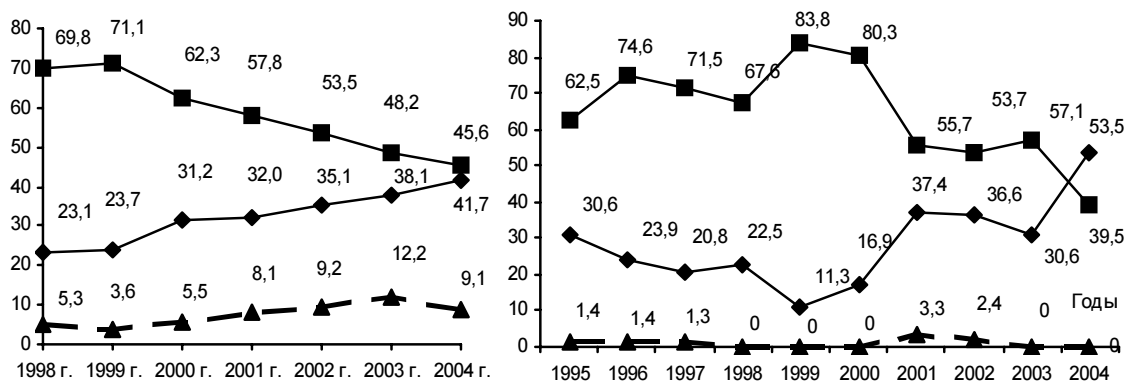


Рис. 3.7. Соотношение среднемесячного желаемого и фактического дохода на одного члена семьи

Источник: данные мониторинга общественного мнения населения Вологодской области.

более чем в 3 раза меньшую сумму по сравнению с тем объемом денежных средств, который был необходим, по их мнению, для обеспечения «нормальной» жизни.

Стабилизация экономической ситуации в регионе отразилась на оценке покупательной способности доходов. Заметно увеличение доли жителей области, доходов которых достаточно для приобретения необходимых товаров (с 24% в 1999 г. до 42% в 2004 г.), и тех, для кого покупка различных товаров не вызывает трудностей (с 4 до 9%). При этом удельный вес «кризисной группы» (тех, кому доходов хватает, в лучшем случае, на приобретение продуктов питания) сократился с 71 до 45%. Однако для семей с детьми финансовая ситуация остается сложной. В 2003 г. у 57% семей когорты 1995 г. доходов хватало только на покупку еды, хотя в 2004 г.



Источник: данные мониторинга общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

Источник: данные исследования, когорта 1995 г.

- — Денег хватает в лучшем случае на еду
- ◆ — Денег достаточно для приобретения необходимых товаров
- ▲ — Покупка различных товаров не вызывает трудностей

Рис. 3.8. Оценка покупательной способности населения (в % к числу опрошенных)

отмечаются положительные изменения в оценке покупательной способности обследуемых семей (рис. 3.8). Такие же тенденции сохраняются и в других когортах.

В исследовании мы использовали количественную и качественную оценку факторов, воздействующих на здоровье детей. Например, обследуемые семьи оценивали доходы, жилищные условия, экологические условия в баллах и в то же время указывали на наличие или отсутствие конкретных характеристик, таких, как избыточная влажность помещения, теснота и т.д.¹

Количественная оценка факторов в баллах позволила рассматривать их динамику за весь период исследования (табл. 3.15). Как видим, иерархия оценок практически не изменилась. Самое низкое значение имели оценки удовлетворенности доходами. Вместе с тем относительная стабилизация социально-экономического положения в области позволила вологжанам более успешно решать свои финансовые проблемы, что отразилось на оценке доходов. Значительный ее рост был замечен в 2002 и 2003 гг.

Таблица 3.15

Динамика средних оценок некоторых социально-экономических факторов, влияющих на здоровье и развитие детей (в баллах, по 4-балльной шкале, когорта 1998 г.)

Факторы	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.
Удовлетворенность доходами	2,2	1,7	1,9	2,0	2,5	2,5	2,6
Экологические условия	2,9	3,3	3,0	2,6	2,6	2,8	2,6
Жилищные условия	3,1	3,4	3,4	2,9	2,9	2,6	2,9
Обеспеченность ребенка продуктами питания	-	3,2	3,3	3,3	3,4	3,3	3,3

Обеспеченность детей продуктами питания оценивалась родителями примерно одинаково как в период финансово-экономического кризиса и его последствий в 1998 – 1999 гг., так и на этапе относительной стабилизации экономики после 2000 г. Семьи были вынуждены фактически свести до минимума приобретение непродовольственных товаров, потребности взрослых для того, чтобы полнее обеспечить жизненно необходимый набор продуктов для детей. Но все же следует отметить, что в 50% семей с низкой степенью удовлетворенности доходами оценка уровня обеспеченности детей продуктами питания плохая (табл. 3.16).

Структура питания, и в первую очередь – доля в ней высококачественных продуктов, обнаруживает определенную зависимость от семейных

¹ Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / Под ред. Н.М. Римашевской. – М.: ИСЭПН, 2001. – С. 236.

Таблица 3.16

**Обеспеченность детей продуктами питания в семьях
с различным уровнем дохода (доля, в %)**

Оценка уровня доходов в семье	Оценка обеспеченности ребенка продуктами питания		
	Хорошая	Удовлетвор.	Плохая
Денег достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	2,4	-	-
Денег достаточно только для приобретения необходимых продуктов и одежды	76,2	47,7	16,7
Денег достаточно только для приобретения продуктов питания	16,7	31,8	16,7
Денег не хватает даже на приобретение необходимых продуктов питания	-	18,2	50
Затрудняюсь ответить	2,4	2,3	16,7

доходов. Снижение реальных доходов граждан в 1990-е гг. привело к существенному ухудшению качества питания в семьях, особенно живущих на фиксированную заработную плату. По данным статистики, в «реформенный» период отмечалось снижение потребления населением области таких продуктов, как мясо и мясопродукты, молоко и молочные продукты, яйца, сахар (табл. 3.17). Аналогичные тенденции были характерны и для России в целом.

Таблица 3.17

**Потребление продуктов питания населения Вологодской области и России
(на душу населения; в год; кг)**

Категория продуктов	Объем потребления, кг			В % к норме прожиточного минимума			В % к рациональной социальной норме*		
	1991 г.	1995 г.	2003 г.	1991 г.	1995 г.	2003 г.	1991 г.	1995 г.	2003 г.
Мясо и мясопродукты	63	53	56	237	199	211	88	74	78
Молоко и молочные продукты	404	288	232	190	136	109	110	79	63
Яйца, штук	228	180	215	151	119	141	71	56	67
Сахар и кондитерские изделия	34	34	36	164	164	173	83	83	88
Масло растительн. и др. жиры	4	6	12	40	60	120	44	67	133
Картофель	97	122	104	78	98	84	72	90	77
Овощи и бахчевые	69	77	87	73	82	92	55	62	70
Хлебные продукты	114	106	115	87	81	88	99	92	100
Фрукты и ягоды	31	26	37	160	134	191	41	35	49

* Рассчитано по: Вологодская область: движение к рынку / В.А. Ильин, А.А. Пашко, М.Ф. Сычев. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1995. – С. 81.

В 2001 – 2002 гг. появились некоторые положительные изменения в структуре продовольственного потребления жителей области. Так, среднедушевое потребление мяса и мясопродуктов возросло с 46 кг в 2001 г. до 56 кг в 2002 г., молока и молочных продуктов – с 218 до 235 кг

соответственно. Это свидетельствует об улучшении материального положения основной части населения региона. В то же время потребление продовольственных товаров основной частью населения остается ниже установленных рациональных социальных стандартов.

По данным мониторинга, в обследуемых семьях расходы на питание составляли в среднем 45% денежного дохода семьи, но есть и такие семьи, где 70–80% дохода тратилось на питание. Это свидетельствует о весьма низком уровне жизни.

Данные опросов позволили выявить тенденцию ухудшения обеспеченности детей продуктами питания в период с 1997 г. по 1999 г. (табл. 3.18). При оценке дефицита продуктов в питании детей большинство родителей отмечали, в первую очередь, недостаток фруктов (27%), мяса (18%; в 1999 г. – 25%), соков (17%; в 1999 г. – 10%), рыбы (9%).

Таблица 3.18

Оценка обеспеченности ребенка продуктами питания
(в % от числа опрошенных, без учета позиции «затрудняюсь ответить»)

Вариант ответа	Год опроса, когорта 1995 г.							
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Хорошая	40,0	27,9	22,5	28,2	34,4	36,0	36,7	32,6
Удовлетворительная	48,1	57,4	57,7	53,5	55,7	50,0	53,1	62,8
Плохая и очень плохая	6,7	11,7	16,9	7,0	8,2	8,0	4,1	4,6
	Год опроса, когорта 1998 г.							
	1999	2000	2001	2002	2003	2004		
Хорошая	40,0	39,9	39,8	44,0	44,7	39,4		
Удовлетворительная	53,3	46,6	51,9	47,7	46,8	54,3		
Плохая и очень плохая	4,7	9,5	6,0	7,4	6,4	6,4		

Увеличение денежных доходов населения в 2000 – 2003 гг. позволило более полно реализовать потребности семей в питании. В итоге – увеличились группы детей с удовлетворительной и хорошей обеспеченностью продуктами питания. В 2004 г. заметен рост «удовлетворительных» оценок при снижении доли «отличных».

С 2003 г. в анкетах был размещен блок вопросов, позволяющих расширить характеристики питания детей. Например, уточнялось, как часто ребенок употребляет различные продукты питания: мясо, рыбу, молочные продукты и т.д. Анализ частоты потребления отдельных продуктов (в табл. 3.19 приведены сведения о наиболее важных из них) показал, что на рацион питания детей оказывает влияние возраст. Пятилетние дети предпочитают молочные продукты, фрукты, сладости, в рационах восьмилетних детей больше становится мясных продуктов, овощей, незначительно снижается потребление сладостей. Сбалансированность и рациональность питания во многом зависит и от привычек, культуры родителей. Углубленный анализ показал, что 50% детей

с проявлениями экссудативного диатеза ежедневно употребляют сладости, не каждый день получают овощи. Подобные факты говорят о необходимости проведения среди родителей разъяснительной работы о сущности рационального питания.

Таблица 3.19

Распределение ответов на вопрос: «Как часто ребенок получает следующие продукты питания?» (на примере когорты 1998 г., в % от числа опрошенных)

Частота потребления	Продукты питания											
	Мясные		Рыбные		Молочные		Овощи		Фрукты		Сладости	
	5 лет	8 лет	5 лет	8 лет	5 лет	8 лет	5 лет	8 лет	5 лет	8 лет	5 лет	8 лет
Ежедневно	43,6	55,1	4,3	2,0	64,9	55,1	47,9	55,1	60,6	51,0	56,4	51,0
3-4 раза в неделю	34,0	30,6	11,7	10,2	22,3	26,5	30,9	26,5	14,9	18,4	21,3	32,7
1-2 раза в неделю	17,0	6,1	52,1	46,9	7,4	12,2	14,9	12,2	16,0	18,4	18,1	6,1
1-2 раза в месяц	1,1	2,0	18,1	26,5	0	2,0	2,1	0	4,3	6,1	1,1	4,1

Правильное питание обеспечивает нормальный рост и развитие детей, способствует профилактике заболеваний. Недостаточная обеспеченность детей продуктами питания ослабляет их иммунную систему, что приводит к болезненности (табл. 3.20) и способствует развитию хронических заболеваний. К примеру, доля пятилетних детей с хроническими заболеваниями при плохой обеспеченности продуктами питания втрое больше, чем тех, кто обеспечен ими в полной мере (33 и 11% соответственно).

Таблица 3.20

Зависимость здоровья детей от степени обеспеченности продуктами питания (когорта 1998 г., в % от числа опрошенных)

Оценка обеспеченности продуктами питания	Здоровье детей		Кратность заболеваний		
	R 1	R 2	Не болели	Болели эпизодически	Болели часто
Хорошая	64,3	41,3	19,1	57,1	23,8
Удовлетворительная	28,6	50,0	9,1	70,5	20,4
Плохая	7,1	7,6	16,7	50,0	33,3

Оценивая организацию детского питания, 63% семей с шестилетними детьми и 49% – с девятилетними считают ее хорошей. Основные причины плохой организации питания родители видят в недостатке денег на приобретение продуктов – 37% (для детей 9 лет), 31% (6 лет); в плохой организации питания в школе и детском саду – 12 и 2% соответственно.

Таким образом, уровень материального благополучия, несомненно, оказывает опосредованное влияние на здоровье. **Сохранение и укрепление здоровья возможно только при условии удовлетворения базовых жизненных потребностей семей.**

Заметное негативное влияние на здоровье дошкольников и младших школьников, на наш взгляд, оказывают: неблагоприятные экологические условия в районе проживания, частое нахождение в накуренных помещениях, низкий уровень медицинской активности семей.

Средневзвешенная оценка семьями экологических условий, согласно данным исследования, не превышает 2,6 балла. В сельской местности оценки выше, чем в городах, а всех ниже оценивают экологические условия респонденты из г. Вологды (табл. 3.21).

Таблица 3.21

Оценка экологических условий в месте проживания (средний балл)

Территория	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 2001 г.
Вологда	2,7	2,5	2,6
Череповец	2,6	2,6	2,6
Районы	3,0	2,9	3,2
Всего в исследовании	2,8	2,6	2,7

Среди неблагоприятных факторов опрошенными чаще всего отмечался загрязненный воздух (от 87 до 89% семей), плохое качество питьевой воды (от 44 до 71%), повышенный уровень шума (55–78% семей). Родителей также беспокоят проблемы отсутствия мест для организации свободного времени детей. В 2004 г. около 80% семей отметили отсутствие специально оборудованных площадок, где дети могли бы играть во время прогулок. Тревога родителей по этому поводу обоснована – проведенные Госсанэпиднадзором исследования почв выявили их значительное микробное загрязнение: в г. Вологде – 91,6%, г. Череповце – 19,6% (по области – 23,9%, по РФ – 18,9%). Это свидетельствует о неудовлетворительном содержании и санитарной очистке территорий населенных мест, особенно в г. Вологде.

Таблица 3.22

Зависимость здоровья детей от экологических условий (в баллах)

Здоровье ребенка	Оценка экологических условий		
	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 2001 г.
Здоровые дети	2,8	2,9	3,0
Дети, имеющие физиологические отклонения	2,6	2,7	2,7
Дети, имеющие хронические заболевания	2,5	2,2	2,3

В семьях, где воспитываются дети, имеющие хронические заболевания, оценка экологических условий наиболее низкая (табл. 3.22). По данным обследования 2004 г., доля часто болеющих детей в 1,5–2 раза больше в тех семьях, которые проживают в микрорайонах с неудовлетворительным качеством воды, загрязненным воздухом, повышенным уровнем шума, чем в семьях, проживающих в более благоприятных экологических условиях (табл. 3.23).

Таблица 3.23

**Влияние неблагоприятных экологических условий
в постоянном месте проживания на кратность заболевания детей
(в % от числа опрошенных, на примере детей в возрасте 6 лет)**

Экологические факторы		Кратность заболеваний детей			
		Не болели	Болели эпизодически	Часто болели	Очень часто болели
Плохое качество воды	Нет	14,9	63,8	19,1	–
	Есть	10,6	63,8	21,3	4,3
Загрязненный воздух	Нет	15,5	65,5	15,5	1,7
	Есть	8,3	61,1	27,8	2,8
Повышенный уровень шума	Нет	15,4	66,2	15,4	1,5
	Есть	6,9	58,6	31,0	3,4

Опрос позволяет выявить только оценочные характеристики экологических условий по месту жительства наблюдаемых семей, но и эти сведения дают возможность определить существующие тенденции их влияния на формирование здоровья детей.

В России более 100 опасно загрязненных городов, Череповец входит в число 68 крайне неблагополучных. В период экономического спада производства и временного улучшения экологической ситуации в стране Череповецкий промышленный комплекс Вологодской области продолжал работать, что сказалось на формировании неблагоприятного экологического фона в регионе.

Действительно, в настоящее время все более очевидным становится влияние неблагоприятных факторов среды на здоровье населения, в том числе и детского. По оценкам сотрудников санитарно-эпидемиологической службы области, в 2002 г. *41,2% проб питьевой воды не соответствовало нормативам по химическим показателям, 13,2% – по бактериологическим*. Анализ последствий хлорирования воды показал, что образующиеся при этой процедуре вещества даже на уровне малых доз оказывают неблагоприятное влияние на генетический аппарат соматических и половых клеток, вызывая развитие раковых болезней, врожденных аномалий развития, нарушения функции почек, печени и щитовидной железы¹.

Дети особенно чувствительны к воздействию неблагоприятных условий среды обитания. По данным Европейского Бюро ВОЗ, *загрязнение атмосферного воздуха* может обуславливать до 7–10% всех случаев респираторных заболеваний детей, 3–7% новых случаев хронических обструктивных заболеваний легких, 3–15% новых случаев бронхиальной астмы².

¹ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2002 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2003. – С. 69.

² Чибураев В.И., Раевич Б.А. О национальном плане действий по гигиене окружающей среды РФ // Здравоохранение РФ. – 2001. – №2. – С. 9-11.

Служба государственного санитарно-эпидемиологического контроля области отмечает взаимосвязь между загрязнением атмосферного воздуха в Череповце и Вологде диоксидом азота, формальдегидом и болезнями органов дыхания и сердечно-сосудистой системы у детей¹.

Следующий фактор, который, на наш взгляд, оказывает неблагоприятное воздействие на здоровье ребенка, – *курение окружающих его людей*, в первую очередь родственников. Табачный дым, проникающий в организм ребенка, находящегося в накуренном помещении, вызывает в нем изменения подобные тем, что возникают в организме курящего человека. Поэтому частое пребывание в накуренных помещениях вредно для здоровья детей. Результаты исследования показывают, что 20% восьмилетних и 23% пятилетних детей подвергаются «пассивному курению». Среди детей, которым приходилось часто бывать в накуренном помещении, значительно больше удельный вес тех, кто имеет отклонения в здоровье, и ниже доля здоровых детей (табл. 3.24).

Таблица 3.24

Влияние «пассивного курения» на здоровье ребенка

Приходится ли ребенку часто бывать в помещении, где курили?	Возраст / здоровье ребенка			
	6 лет		9 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2
Да, приходится	12,7	87,3	6,3	93,8
Нет, не приходится	22,7	77,3	42,9	57,1

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Сопоставление кратности заболеваний и частоты пребывания детей в накуренном помещении показывает, что в группе часто болеющих детей значительно выше доля «пассивных курильщиков» (табл. 3.25), а частые острые заболевания, как известно, снижают общий потенциал здоровья и способствуют возникновению хронических болезней.

Таблица 3.25

Влияние «пассивного курения» на кратность заболеваний ребенка

Приходится ли ребенку часто бывать в помещении, где курили?	Возраст / здоровье ребенка					
	6 лет			9 лет		
	Не болели	Болели эпизодически	Часто болели	Не болели	Болели эпизодически	Часто болели
Приходится	4,5	77,3	18,2	20	70	10
Не приходится	15,5	59,2	23,9	28,2	64,1	7,7

Таким образом, ослабленное в раннем детстве здоровье, недостаточное или несбалансированное питание, длительное проживание в неблаго-

¹ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2000. – С. 13.

приятных экологических условиях, частое пребывание в накуренных помещениях являются неблагоприятными факторами для здоровья детей в дошкольном и младшем школьном возрасте.

Эти факторы широко распространены. Изменить сложившуюся ситуацию возможно только при проведении широкой пропаганды охраны и укрепления здоровья. Очевидно, что решить эту задачу усилиями одного здравоохранения не представляется возможным. *Необходимо развивать межсекторальное сотрудничество, которое предполагает взаимодействие здравоохранения с образованием, культурой, финансовыми и правовыми органами и т.д.*

В Вологодской области прилагаются определенные усилия к расширению взаимодействия различных ведомств. Создан и работает Центр медицинской профилактики, регулярно проводятся конференции с целью обмена опытом по проведению профилактической работы. Значительный шаг в решении поставленных задач – проходившая в июне 2002 г. Всероссийская научно-практическая конференция «Дети и молодежь – будущее России».

Но следует отметить, что, к сожалению, пока имеются только частные примеры успешного проведения мероприятий по профилактике и укреплению здоровья детей. Предпринимаемые усилия не привели к ощутимым положительным переменам в области улучшения здоровья детской популяции в регионе.

В области утвержден Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». Особое внимание в документе уделено вопросам охраны и укрепления здоровья матери и ребенка. В случае успешной его реализации можно ожидать улучшения здоровья населения в регионе, в том числе и детского.

3.4.3. Развитие детей

Здоровье и развитие детей взаимосвязаны и обуславливают друг друга. Часто факторы, снижающие показатели здоровья, оказывают сдерживающее воздействие и на развитие детей. Причем существует своеобразная цепочка: чем младше ребенок, тем заметнее взаимосвязь развития и здоровья (табл. 3.26), в свою очередь, по оценкам психологов, уровень развития в раннем детстве является базовым для успешного обучения и дальнейшего развития ребенка.

В ходе исследования мы пользовались качественной и количественной оценкой физического и нервно-психического развития детей. Педиатры оценивали развитие детей по 4-балльной шкале, а родителям представлялся перечень нормативных характеристик для данного возрастного периода, из которых они выбирали навыки, освоенные детьми.

Таблица 3.26

Взаимосвязь нервно-психического развития и здоровья детей (в баллах)

Здоровье детей	Оценка нервно-психического развития		
	3 года (когорта 2001 г.)	6 лет (когорта 1998 г.)	8 лет (когорта 1995 г.)
Здоровые дети	3,0	3,0	3,0
Дети, имеющие функциональные отклонения	2,9	2,9	2,93
Дети, имеющие хронические заболевания	2,8	2,9	2,92

Согласно комплексной характеристике физического развития (табл. 3.27), у девятилетних детей наблюдается значительное отклонение от норм физического развития. Основной причиной этого является нарушение обменных процессов в организме и несбалансированность питания. Велика доля детей, имеющих дефицит массы тела. Наибольшая их часть (60%) воспитывается в семьях, доходы которых не превышают величины прожиточного минимума на человека.

Таблица 3.27

Комплексная оценка физического развития детей (удельный вес, в %)

	3 года (когорта 2001 г.)	6 лет (когорта 1998 г.)	9 лет (когорта 1995 г.)
Соответствует возрасту	84	81,9	62,8
Дефицит массы тела	11,1	9,6	14
Избыток массы тела	3,5	1,1	9,4

Комплексная оценка нервно-психического развития детей оценивалась в баллах (4 – полностью соответствует; 1 – полностью не соответствует). Следует отметить, что в когортах 1995 г. и 1998 г. наблюдается резкое снижение (на 1 балл) уровня нервно-психического развития детей в четырехлетнем возрасте, в когорте же 2001 г. значительное снижение показателя видно уже к концу второго года жизни ребенка (рис. 3.9).

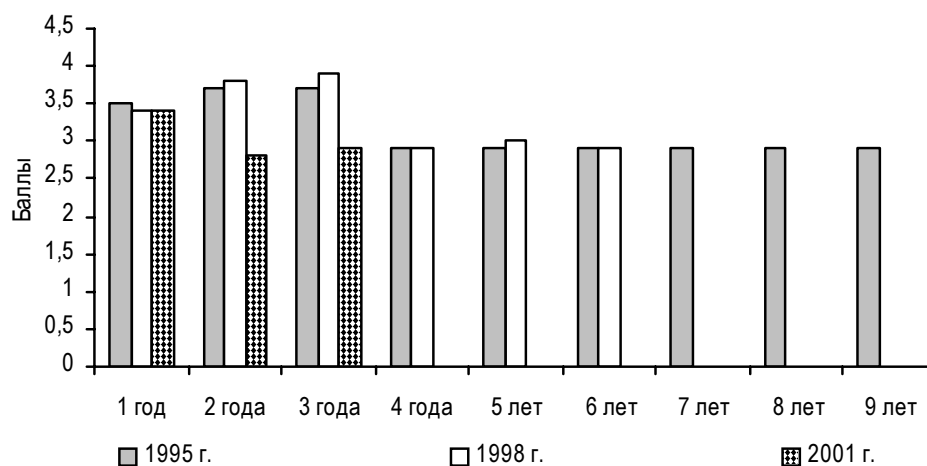


Рис. 3.9. Комплексная оценка нервно-психического развития детей (в баллах)

Отставание в нервно-психическом развитии имеют 6% трехлетних и по 5% – девятилетних и шестилетних детей. Удельный вес детей с уровнем развития, опережающим нормативный для данного возраста, крайне мал.

У детей, проживающих в сельской местности, оценка нервно-психического развития ниже, чем у горожан (табл. 3.28). Возможно, родители в районных городах и поселках уделяют меньше внимания и времени занятиям с детьми, их возможности, в том числе и материальные, более ограничены. Сказывается также и недостаточное количество учреждений дополнительного образования на селе, о чем свидетельствуют и ответы респондентов (табл. 3.29).

Таблица 3.28

Комплексная оценка нервно-психического развития детей
(поселенческий разрез; баллы)

Территория	3 года (когорта 2002 г.)	6 лет (когорта 1998 г.)	9 лет (когорта 1995 г.)
Вологда	2,9	2,9	3
Череповец	2,9	3	3
Районы	2,9	2,8	2,8
Всего в исследовании	2,9	2,9	2,9

Таблица 3.29

Распределение ответов на вопрос: «Какие Вы видите проблемы, связанные с уходом и воспитанием ребенка в семье?»* (когорта 2001 г., удельный вес, %)

Варианты ответа	Всего в исследовании	Вологда	Череповец	Районы
Отсутствие времени для занятий с ребенком	23,5	20,0	22,8	36,4
Отсутствие необходимых ребенку врачей-специалистов	10,7	2,9	15,8	22,7
Отсутствие детских учреждений дополнительного образования	8,7	7,1	3,5	27,3
Недостаток знаний у родителей для дальнейшего развития ребенка	7,4	2,9	10,5	13,6
Недостаток внимания со стороны медицинского персонала	6,0	2,9	3,5	22,7
Отсутствие денег				
– на покупку игрушек, игр	28,2	21,4	29,9	45,5
– полноценное питание ребенка	27,5	27,1	24,6	36,3

* Представлены только наиболее значимые варианты ответов.

Качественная оценка нервно-психического и физического развития детей позволяет понять, какие именно его компоненты уязвимы более всего. Четвертая часть двухлетних детей отстает в речевом развитии, отставание в сенсорном развитии по некоторым позициям выявлено у 40–50% детей. Наиболее сложные действия, связанные с умением систематизировать события, самостоятельно воспроизводить ранее увиденное, вызывают затруднения у половины двухлетних детей.

Среди шестилетних детей, при видимом благополучии, также выявлен ряд проблем, требующих пристального внимания со стороны родителей, врачей и педагогов. В таблице 3.30 приведен перечень основных умений и навыков, освоение которых вызывает трудности у детей. Все они связаны с развитием речи, образной и предметной памятью, развитием моторики рук, а именно эти навыки являются базовыми для успешного развития в старшем возрасте. Формирование речи, развитие памяти требует наибольших временных затрат и методической подготовки взрослых.

Таблица 3.30

Умения и навыки, вызывающие трудности у детей (когорта 1998 г.)

Перечень умений, навыков*	Удельный вес детей, испытывающих трудности, %
Правильно произносит все звуки родного языка	46,8
Умение располагать на листе предметы при рисовании, правильно передавать их форму	31,9
Умение манипулировать со спортивным инвентарем	22,3
Умение согласовывать слова в роде и падеже	19,1
Умение пересказывать небольшие тексты	17
Умение определять направление от себя (право, лево)	11,7

* Приведены только наиболее значимые ответы.

К моменту проведения опроса дети, родившиеся в 1995 г., заканчивали первый год обучения в школе. Это очень ответственный период жизни. С приходом в школу происходит смена социальной среды, что само по себе является стрессом; одновременно увеличивается физическая, психическая и умственная нагрузка на организм ребенка. От того, насколько дети подготовлены к школе, зависит, как пройдет адаптационный период, насколько успешным будет обучение.

В настоящее время имеются достаточно широкие возможности для подготовки детей к школе. В области открыты многочисленные учреждения дополнительного образования для дошкольников, работающие по специализированной программе, на базе многих детских дошкольных учреждений проводятся дополнительные занятия по обучению грамоте, основам математики, иностранному языку. Кроме того, выпускается большое количество методической литературы в помощь родителям.

При подготовке к школе 54% обследованных детей посещали дополнительные занятия в детском саду и за его пределами, еще 18% – занимались дополнительно дома с родителями и четверть – ограничились занятиями по программе детского сада (табл. 3.31).

Наиболее эффективными оказываются дополнительные занятия в детском саду и индивидуальные домашние занятия, так как подготовленные таким образом дети имеют отличные успехи в школе. Большинство

Таблица 3.31

**Распределение ответов на вопрос «Как Ваш ребенок готовился к школе?»
(в % от числа опрошенных)**

Вариант ответа	Всего в исследовании	Вологда	Череповец	Районы
Посещал дополнительные занятия в детском саду	28	35	30	10
Посещал дополнительные занятия за пределами детского сада	26	50	15	0
Посещал занятия в детском саду, положенные по программе	26	15	30	40
Вы занимались с ним дополнительно дома	18	0	25	40
Не готовился к школе	2	0	0	10

детей, обучавшихся на «удовлетворительно», готовились к школе только на типовых занятиях в детском саду, чего оказалось явно недостаточно (табл. 3.32).

Таблица 3.32

Влияние подготовки к школе на успеваемость (в %)

Как Ваш ребенок готовился к школе?	Как учится Ваш ребенок?		
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно
Посещал дополнительные занятия в детском саду	60	28,6	0,0
Посещал дополнительные занятия за пределами детского сада	0,0	35,7	14,3
Посещал занятия в детском саду, положенные по программе	40	21,4	0,0
Вы занимались с ним дополнительно дома	0,0	14,3	71,4
Не готовился к школе	0,0	0,0	14,3

В 2002 г. только 8% родителей предположили, что их ребенок слабо подготовлен к процессу обучения (все они – сельские жители). В семьях, проживавших в Вологде и Череповце, оценка подготовленности детей к школе была более высокой, чем в сельских семьях, чувствовалось отсутствие беспокойства родителей по этому вопросу. Представляется важным отметить, что подобные оценки не соответствуют данным, полученным в результате анализа уровня нервно-психического развития, достигнутого детьми к семи годам.

Наиболее развиты у дошкольников элементарные математические навыки и навыки чтения. Однако более сложные задания у значительной их части вызывают затруднения. Например, решить или составить простейшую задачу в одно действие на сложение или вычитание затрудняются 12% детей; 14% обследуемых не умеют строить сложные предложения; 26% затрудняются при делении предложений на слова, слов на слоги. Наиболее слабо развиты у дошкольников необходимые хозяйственно-бытовые и физические навыки. Так, 26% детей не умеют ухаживать за растениями, 38% – не умеют работать с иглой. То есть у детей не развивается мелкая

моторика кисти руки, что необходимо при обучении в школе. В то же время данные факты говорят о том, что родители мало времени уделяют занятиям с детьми дома.

Основной причиной слабой физической подготовки обследуемых детей, на наш взгляд, является беспечность родителей. Хотя задуматься есть над чем: у 12–14% детей вызывает затруднения бег, прыжки, лазанье, метанье; 54% обследуемых не могут координировать действия в прыжках через скакалку. Выполнение элементарных физических упражнений из разных исходных положений вызывает затруднения у 28% детей, даже сохранение осанки у 22% дошкольников вызывает трудности. Перечисленные факторы делают более вероятным развитие нарушения осанки у детей с увеличением статической нагрузки в период обучения.

Результаты исследования еще раз подтверждают постулат о том, что готовить детей к обучению в школе необходимо серьезно и разносторонне. В данном случае самоуверенность должна уступить место вдумчивой подготовке ребенка. По данным обследования 2003 г., 13% детей, чьи родители были вполне уверены, что они хорошо подготовлены к школе, не смогли усвоить школьную программу в полной мере и учились в основном на «удовлетворительно». Причинами этого может быть слабая подготовленность детей к обучению, ненадлежащий контроль родителей за выполнением домашних заданий, несоответствие уровня выбранного класса способностям ребенка.

3.5. Участие семьи и школы в формировании здоровья и развития детей

Анализ факторов, позитивно или негативно воздействующих на формирование здоровья и развития детей, неизбежно приводит к необходимости воспитания осознания общественной ценности здоровья, формирования у детей, подростков, населения в целом культуры самосохранительного поведения. Это становится возможным при скоординированном взаимодействии социальных институтов общества, и в первую очередь – семьи и школы.

3.5.1. Семья

Условия для физического и психоэмоционального развития ребенка, жизненные приоритеты закладываются в детском возрасте под воздействием семейных традиций и привычек. Тогда же формируются и основы отношения ребенка к своему здоровью.

При этом функции семьи очень разнообразны и важны. С одной стороны, в семье формируются навыки заботы о здоровье, умение правильно организовать режим труда и отдыха, своевременно обращаться к врачу в случае болезни. Родители должны передать ребенку определенный набор

знаний о своем организме, вредных для здоровья привычках, перенесенных заболеваниях, сведения об основных элементах гигиенической культуры. Кроме того, необходимо привить ребенку навыки оказания первой помощи и самолечения, то есть обеспечить ему определенный уровень грамотности в вопросах здоровья. С другой стороны, именно на семью ложится основная нагрузка по обеспечению детей качественным питанием, забота о их гармоничном физическом и психическом развитии¹.

Особое место при этом занимает медицинская активность семьи.

Под медицинской активностью мы понимаем осознание членами семьи ценности здоровья, направленность их действий на сохранение здоровья и соответствующий образ жизни. Повышать медицинскую активность важно не только потому, что она лежит в основе здоровьесберегающего поведения населения, но и потому, что этот фактор является наиболее «управляемым», и это дает возможность предотвратить развитие тяжелых хронических заболеваний, требующих дорогостоящего лечения.

Основы гигиенической культуры должны быть известны и понятны взрослым людям вне зависимости от того, к какому социальному слою они относятся. Однако результаты исследований показывают низкий уровень гигиенической грамотности населения.

По данным мониторинга условий формирования здоровья и развития детей, более четверти обследуемых женщин не обратились к врачу на ранних сроках беременности. Объясняя причины, 45% из них отметили, что считали нецелесообразным столь раннее обращение к врачу, 30% – не знали о необходимости раннего посещения гинеколога или о ранних признаках наступления беременности. При этом низкая доступность акушерско-гинекологической помощи была указана только в 2% случаев. Отметим, что удельный вес тех, кто игнорировал посещение гинеколога на ранних сроках беременности, от когорты к когорте практически неизменен, поэтому можно говорить о сложившейся модели поведения населения.

Следствием низкой культуры, в том числе и гигиенической, является также курение и неумеренное употребление алкоголя родителями. По данным международного исследования «Здоровье подростков и окружающая среда», проведенного в 1995 – 1996 гг. в России, Эстонии и Финляндии, курящие отцы выявлены у 48% опрошенных российских подростков, у 26% – финских и 43% – эстонских, курящие матери – у 13, 24 и 31% подростков соответственно².

¹ Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – С. 156.

² Там же.

Социологические исследования ВНКЦ ЦЭМИ РАН показывают, что в Вологодской области курит 52% мужского и 21% женского населения. Особенно тревожно то, что среди молодых женщин доля курящих достигает отметки 30%¹. По данным мониторинга, почти треть обследованных матерей курили в период до наступления беременности (за исключением когорты 1995 г.; табл. 3.33). При этом в Череповце удельный вес «курильщиц» в 1,4 раза больше, чем в других населенных пунктах.

Таблица 3.33

Распределение ответов на вопрос: «Курила ли мать?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	До беременности				Во время беременности			
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.
Курила	22,2	28,1	29,6	27,9	2,8	12,6	14,2	13,1
Не курила	77,8	68,3	69,2	70,2	97,2	83,9	84,2	86,9
Нет ответа	0	3,5	1,2	1,9	0	3,5	1,6	0

Проведенный анализ показывает, что доля здоровых детей в возрасте одного года у куривших во время беременности матерей в два и более раза меньше, чем у не куривших (рис. 3.10).

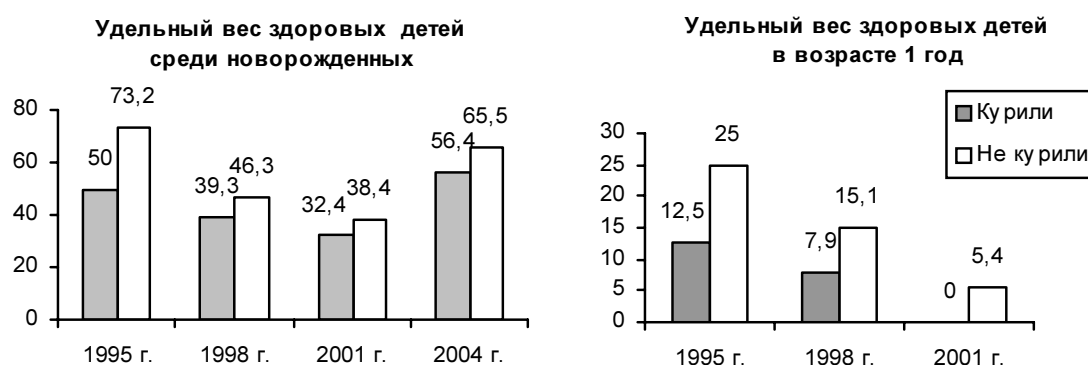


Рис. 3.10. Влияние курения женщин во время беременности на здоровье детей

Чаще всего с медицинской активностью семьи, ее гигиенической культурой связывают поведение, мероприятия, направленные на укрепление и сохранение здоровья.

Для выполнения семьей адекватных оздоровительных функций важно, чтобы родители имели правильное представление о здоровье ребенка. Как показали данные исследования, от 50 до 56% родителей считают, что полностью осведомлены о здоровье своих детей. Причем родители с высшим образованием, судя по ответам, обладают большей информацией, нежели имеющие среднее и среднее специальное образование. Так,

¹ Состояние здоровья населения региона: тенденции и перспективы / А.И. Попугаев, К.А. Гулин, Н.А. Короленко, Е.А. Селиванов, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 68 с.

например, от 10 до 14% матерей со средним образованием отметили, что недостаточно информированы о здоровье детей, против 4–6% родителей с высшим образованием. Матери со средним образованием чаще других в качестве источника информации о здоровье и лечении ребенка используют телепередачи, беседы со знакомыми, родственниками.

На основе полученной информации родителями строится медицинская оценка здоровья детей и планируются оздоровительные мероприятия в семье. Углубленный анализ позволил выявить несоответствие родительских и врачебных оценок. В целом оценка здоровья детей врачами более критична. Это говорит о непонимании родителями важности проблем оздоровления и лечения ребенка, особенно в первые годы жизни.

Результат сопоставления оценок здоровья детей родителями и педиатрами показал: родители в два и более раза чаще, чем педиатры, оценивают здоровье детей как «хорошее». В то же время «плохим» здоровье ребенка родители называют в 2,5 раза реже, чем педиатры (табл. 3.34). Особенно тревожно то, что завышенные оценки здоровья детей преобладают в раннем детстве. Необоснованное спокойствие родителей и вследствие этого слабая мотивация на проведение закаляющих, укрепляющих семейных мероприятий становятся порой причиной ухудшения здоровья детей.

Таблица 3.34

Сопоставление оценки здоровья детей родителями и педиатрами

Оценка здоровья ребенка родителями (в % от числа опрошенных)		Оценка здоровья ребенка педиатрами (в % от числа наблюдаемых детей)	
Когорта 1995 года			
Хорошее	24,5	10,2	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	67,3	63,3	Удовлетворительное (2 группа здоровья)
Плохое	4,1	26,5	Плохое (3 группа здоровья)
Когорта 1998 года			
Хорошее	33,0	23,4	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	60,6	64,9	Удовлетворительное (2 группа здоровья)
Плохое	2,1	11,7	Плохое (3 группа здоровья)
Когорта 2001 года			
Хорошее	38,9	8,1	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	55,7	81,2	Удовлетворительное (2 группа здоровья)
Плохое	4,0	10,2	Плохое (3 группа здоровья)

Наличие «атмосферы родительской успокоенности» подтверждается анализом причин обеспокоенности семей по поводу нездоровья ребенка. Так, например, родители явно не считают дефицит массы тела недостатком физического развития, частые острые заболевания также не становятся причиной их озабоченности. Чаще они озабочены хроническими недугами детей и их рецидивами. Такая пассивная позиция семьи часто является

причиной снижения иммунитета у детей, позднего выявления заболеваний, закладывается как стандарт определенной модели поведения, который повторяется уже детьми.

Характеристика медицинской активности родителей показала, что не все из них при возникновении первых признаков заболевания у ребенка обращаются к врачу. Практически в каждой четвертой семье родители пытаются сначала лечить ребенка сами. В сельской местности доля семей, полагающихся на самолечение, составляет более 30%.

Интересно, что, находясь в отпуске по уходу за ребенком (до 1,5 лет), родители чаще полагаются на свой опыт и реже обращаются к врачу при первых признаках возникновения заболевания, пытаясь лечить ребенка самостоятельно. В семьях с детьми более старшего возраста медицинская активность родителей возрастает. По мере взросления детей медицинская активность в неполных семьях становится достоверно ниже, чем в полных. При первых признаках болезни ребенка 80–85% родителей в полных семьях обращаются к врачу, в неполных – 60–68%. На наш взгляд, это, скорее, связано с проблемами финансового характера (потерей заработка при выходе на больничный, боязнью потери рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка), нежели с меньшей ответственностью матерей за здоровье детей в неполных семьях.

Однако было бы не совсем правильно судить об уровне медицинской активности и грамотности населения только по критерию выполнения врачебных предписаний. Необходимо учитывать и степень готовности родителей к укреплению здоровья детей, предотвращению возможных заболеваний¹.

Прямая зависимость образа жизни детей от гигиенического поведения их родителей зафиксирована во многих исследованиях. Так, по данным, приведенным И.В. Журавлевой², в семьях, где родители занимались утренней гимнастикой, 68% детей также делали ее, а в семьях, где родители не утруждали себя физическими упражнениями, доля детей, делавших гимнастику, сокращалась до 39%.

Углубленный анализ данных мониторинга показал, что заниматься утренней гимнастикой, дополнительными закаливающими процедурами родителей вынуждает не забота о предотвращении заболеваний, а уже имеющиеся у детей недуги. Регулярно гимнастические упражнения проводят только в 15–18% семей, а в 30–40% семей родители никогда не занимаются гимнастикой с детьми.

¹ Позднякова М.А., Коптева Л.Н. Детская инвалидность: нормативные и научно-практические аспекты. // <http://www.n-nov.mednet.com/R/str/sub-f/sociol/ival/ival.htm>.

² Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – С. 156.

Родители и врачи придерживаются разных точек зрения при определении приоритетов в выборе мероприятий, укрепляющих здоровье детей (табл. 3.35). В абсолютном большинстве случаев только наличие хронических заболеваний служит толчком для организации диетпитания ребенка, а консультация у специалистов считается в части семей напрасной тратой времени.

Таблица 3.35

Сопоставление родительского и докторского видения мероприятий, необходимых для укрепления здоровья ребенка

Наименование мероприятий	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.		Когорта 2001 г.	
	Врачи	Родители	Врачи	Родители	Врачи	Родители
Организация санаторно-курортного лечения	59,2	42,9	46,8	40,4	36,7	38,3
Организация консультаций у специалистов	32,7	10,2	18,1	16,0	11,9	28,2
Обеспечение бесплатными лекарствами	22,4	22,4	17,0	25,5	14,7	29,5
Организация диетпитания	36,7	12,2	16,0	3,2	13,8	25,5

Проецирование образа жизни родителей на ребенка с первых дней его жизни приводит к формированию соответствующего состояния здоровья. Чем грамотнее осуществляется уход, лечение и гигиеническое воспитание ребенка, тем он здоровее.

Проблема в том, как воспитать грамотных родителей. Важно добиться осознания родителями непреходящей ценности здоровья (своего и своих детей), потребности личного участия в его сохранении и укреплении. *Сегодня, в новых социально-экономических условиях, научить население сохранить здоровье становится первостепенной задачей не только медработников, но и социологов, психологов, работников науки, образования и культуры.* Необходимо стремиться пробудить у населения ответственность не только за свое здоровье, но и за здоровье детей. Средства, затраченные на гигиеническое просвещение родителей сегодня, обернутся меньшими затратами на лечение заболеваний уже в ближайшем будущем.

3.5.2. Школа

Современная государственная школа переживает трудный период преобразований. Сложное финансовое положение, перегруженные учебные программы, нехватка квалифицированных кадров, вызванная низкими зарплатами учителей. Это приводит к духовному и материальному обнищанию школ, их невозможности обеспечить образовательный, воспитательный и оздоровительный процессы.

В школе ребенок проводит одиннадцать важных для его развития лет. Именно в этот период формируется базовый потенциал знаний, здоровья, полового развития и воспитания.

Наиболее важными в школьной жизни, с точки зрения формирования репродуктивного потенциала и здоровья в целом, являются такие компоненты:

- организация учебного процесса;
- организация питания;
- физическое воспитание;
- формирование отношения к здоровью;
- половое, семейное просвещение и воспитание.

Проходящие реформы затронули содержательную и организационную составляющие школьного образования. Попытки перейти к образованию личностно-ориентированному, а не поставленному на поток привели к созданию большого разнообразия программ и учебников, появлению учебных заведений «нового» типа, созданию специализированных классов. При этом более 40% программ и учебников рассчитаны на уровень интенсивного образования, в то время как, по оценкам специалистов, доля детей, имеющих высокие учебные возможности, составляет около 20%¹.

Но с точки зрения формирования здоровья ребенка процесс школьного образования не только не изменился к лучшему, но и усугубился, поскольку новые программы внедряются в старых гигиенических условиях – при изношенном оборудовании, переполненности учебных классов, неудовлетворительной организации питания, работе школ в две смены. Сочетание избыточной умственной и эмоциональной перегруженности детей с начального звена обучения ведет к снижению потенциала здоровья школьников.

Обучающиеся по новым экспериментальным программам дети проводят в школе больше времени, получают больший объем информации, от них требуется больше усилий для усвоения учебного материала, объем и сложность домашних заданий также отличаются. На вопрос о том, сколько времени занимает подготовка домашних заданий у первоклассников-гимназистов, их родители ответили, что затрачивается час и более. В то же время у 62% детей из общеобразовательных школ подготовка домашних заданий занимает менее часа.

В гимназиях и специализированных классах общеобразовательных школ обучалось 12% обследуемых детей, 17% из них имели хронические заболевания. Повышенные требования в специализированных классах и гимназиях приводят к быстрой утомляемости школьников, снижению их иммунитета. У них в полтора-два раза чаще, чем у детей, которые учатся в обычных классах, отмечаются головные боли, утомляемость, страх не успеть выучить, ответить неправильно (табл. 3.36).

¹ Шилов Д.С. Школа и здоровье: проблемы, пути решения // Актуальные проблемы валеологии и образования. – М., 1997. – С. 13.

Таблица 3.36

Проявления признаков утомляемости у детей в классах с различной нагрузкой
(удельный вес, в %)

Виды недомоганий	Дети обучались в обычной школе	Дети обучались в гимназии, специализированном классе
Слабость, утомляемость после занятий	26,3	50,0
Слезливость, частые колебания настроения, страх	23,7	50,0
Головные боли после занятий, физической нагрузки, беспричинные	21,1	33,3

Скапливающиеся нервно-эмоциональные нагрузки неизменно ведут к увеличению соматических заболеваний. По данным Госсанэпиднадзора, среднемноголетний показатель детей с нарушениями осанки перед их поступлением в школу составлял 11,8%, а в конце первого года обучения – 17,4%. Неправильная поза во время занятий, недостаточное освещение, большая зрительная нагрузка способствуют утомлению зрительного анализатора и приводят к нарушению остроты зрения. Перед поступлением в школу миопия выявлена у 10,7% детей, к концу первого года обучения – у 17,3%¹.

Особого внимания требует просвещение детей и подростков в вопросах укрепления и сохранения здоровья, сексуальной и половой грамотности. В этой связи следует отметить, что формированию положительного отношения к здоровью, установок о вреде курения и потребления наркотиков в школах уделяется хотя бы минимальное внимание при изучении предметов естественно-научного цикла в начальной школе, в 9-м классе в курсе «Человек и его здоровье», на уроках физкультуры, способствующих укреплению здоровья детей. Кроме того, школьный врач также влияет на отношение школьника к его здоровью; в ряде школ введены предметы «Основы безопасности жизнедеятельности» или «Валеология», предназначенные для повышения гигиенической культуры учащихся.

В отношении сексуального воспитания педагогическая концепция общеобразовательной школы по существу остается «бесполой». В то время как одним из аспектов зрелости личности является половое сознание, под которым следует понимать осознание человеком себя самого как носителя определенного пола и выработку системы установок, регламентирующих сексуальное поведение. В формировании и становлении полового сознания помимо физиологических и биологических факторов ведущую

¹ Кузнецова С.Н. Гигиеническое изучение влияния условий обучения на состояние здоровья школьников// Межрегиональный фестиваль «Здоровая жизнь». Тезисы докладов на секции «Актуальные проблемы и опыт работы по экологическому воспитанию населения». – Вологда, 2003. – С. 53.

роль играет целенаправленное воспитание и образование. Показателен в данном случае положительный пример Швеции, где половое воспитание существует уже семьдесят лет и имеется самый низкий в мире уровень аборт у подростков и родов у несовершеннолетних¹.

В настоящее время большая часть педагогов и родителей недоверчиво относятся к проведению полового воспитания, высказывают опасение, что оно лишает детей чистоты, подталкивает к необдуманным поступкам. С нашей точки зрения эта проблема охватывает широкий круг явлений и главной задачей полового воспитания выступает достижение гармоничного сочетания природных инстинктов с нормами общественной морали.

В целом же, помимо совокупности учебных дисциплин, суммы знаний, ребенку, школьнику необходим положительный пример окружающих его взрослых людей, которые в собственной жизни хотя бы частично реализуют те советы и правила, которым обучают. Нужны также и грамотные специалисты – учителя, психологи, медицинские работники, умеющие построить преподавание науки здоровья на принципах активного участия школьника в формировании своего здоровья.

Хотелось бы обозначить школьные факторы риска, существенно снижающие потенциал здоровья школьников и их репродуктивный потенциал²:

- стрессовая тактика педагогических воздействий;
- стресс ограниченного времени (это один из самых тяжелых стрессов, который накапливается в течение двух недель без отдыха, а школьники в таком состоянии пребывают длительное время);
- низкая квалификация педагогов в вопросах возрастной физиологии, психологии, охраны здоровья школьников;
- интенсификация и нерациональная организация учебного процесса;
- отсутствие системной комплексной работы по формированию осознания ценности здоровья и здорового образа жизни, сексуального воспитания;
- несоответствие методик и технологий обучения возрастным особенностям учащихся.

Можно назвать и дополнительные факторы риска: несоответствие условий обучения санитарно-гигиеническим нормам; плохую организацию питания; отсутствие спортивных залов и квалифицированных преподавателей физкультуры; низкую культуру семьи в вопросах охраны и укрепления здоровья.

¹ Юрьев В. Разорвать порочный круг, или Из больного семени не вырастет здоровое дерево // Российская врачебная газета «Медицинский вестник». – 2001. – 19 июля.

² Безруких М. Здоровье детей и школьные факторы риска // Материалы круглого стола на тему «Современная школа и здоровье детей».

Минимизация воздействия или существования перечисленных факторов способствовала бы укреплению здоровья школьников, репродуктивного потенциала региона.

Проведенное исследование показало, что сложившаяся к настоящему времени ситуация требует приложения значительных усилий, направленных на укрепление здоровья детей, и прежде всего – со стороны государственных структур.

Следует отметить, что законами Российской Федерации и другими нормативными актами предусмотрен целый ряд мер, направленных на охрану здоровья женщин и детей. В частности, приняты нормативные акты, повышающие эффективность диспансеризации беременных; установлены дополнительные льготы родителям с детьми до 14 лет, позволяющие сочетать труд и воспитание детей; установлены более жесткие требования к безопасности женского труда.

В августе 2000 г. Правительством РФ была утверждена очередная «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 г.», в которой в качестве одного из приоритетных направлений деятельности предусматривается «формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры». В период с 1999 по 2001 гг. произошла значительная активизация законодательной деятельности по проблемам здравоохранения в субъектах РФ. В 37 субъектах за это время вступило в силу 256 региональных законов.

Вместе с тем, как показывает анализ состояния здоровья женщин и детей и тенденций основных демографических показателей, принимаемые меры не приносят ожидаемого эффекта. Многие государственные решения в области детства приняли декларативный характер в силу неотработанного механизма реализации.

Современная политика неадекватна потребностям семей, в которых воспитываются дети. Выплачиваемые социальные пособия не могут сколько-нибудь значительно изменить материальное положение семьи.

Существенным фактором ухудшения состояния здоровья детей является отсутствие экономических и правовых механизмов, стимулирующих у населения интерес к сохранению здоровья, здоровому образу жизни. Принятые меры по охране здоровья матерей и детей пока не привели к ожидаемым результатам.

Результаты мониторингового исследования позволяют выделить следующие важные моменты проблемы:

1. Во-первых, в период с 1995 по 2004 гг. произошло ухудшение здоровья новорожденных детей. Если в 1995 г. в исследовании было 8% детей с первой группой здоровья, то к 2004 г. их доля сократилась до 1%;

во-вторых, в наблюдаемых когортах значительно снижается в раннем детстве потенциал здоровья. Если среди новорожденных доля здоровых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляла 60 – 40%, то к одному году – всего 20 – 15%. Еще один пик снижения здоровья детей наблюдается в возрастном интервале 6 – 7 лет.

2. Основной причиной ухудшения здоровья новорожденных чаще всего является плохое здоровье родителей. Неблагоприятны также условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам, курение женщин во время беременности.

3. В дошкольном и младшем школьном возрасте наиболее неблагоприятными, на наш взгляд, являются: ослабленное здоровье детей в раннем детстве; низкие доходы семьи, ограничивающие возможность вложения средств в здоровье и развитие детей; неблагоприятные экологические условия в месте постоянного жительства, причем их влияние усиливается при длительном воздействии; частое пребывание ребенка в накуренном помещении; низкая медицинская активность семьи.

Выделенные причины ухудшения детского здоровья определяют направления, на которых, как нам представляется, следует сконцентрировать усилия:

⇒ Улучшение репродуктивного здоровья населения.

Ухудшение репродуктивного здоровья, вызванное ростом распространенности болезней, передающихся половым путем, ранним началом половой жизни у подростков, ростом числа нежеланных беременностей, заканчивающихся абортами, снижение гарантий благоприятного протекания беременности и родов приводит к рождению больных и ослабленных детей. Существующая система полового воспитания не выполняет возложенных на нее функций, преподавание соответствующих предметов в подавляющем большинстве школ не ведется или осуществляется не подготовленными для этого педагогами. **Необходимо совершенствование медико-социальных мероприятий, направленных на улучшение репродуктивного здоровья населения.**

⇒ Укрепление здоровья уже родившихся детей, создание условий, благоприятных для их развития.

И в этом направлении эффективнее больше внимания уделять профилактике здоровья детей, предотвращению развития хронических заболеваний. Чему, несомненно, способствует **ранняя диагностика заболеваний, полноценное питание детей, витаминизация**. Правильное питание повышает уровень сопротивляемости детского организма воздействию неблагоприятных факторов внешней среды. В настоящее

время повсеместно значительно распространены нарушения режима питания детей, количества и качества употребляемых продуктов. Это обусловлено причинами социально-экономического характера, а также отсутствием у населения навыков здорового образа жизни. **Организация контроля за качеством питания и медицинского обслуживания в дошкольных учреждениях и школах, развитие системы доступных круглый год спортивно-оздоровительных занятий для детей, привитие им навыков здорового образа жизни будут способствовать укреплению здоровья.**

⇒ Повышение медицинской и санитарно-гигиенической грамотности населения в целом — важный элемент профилактики здоровья детей.

Следует информировать людей о возможных причинах ухудшения здоровья, в первую очередь тех, которые могут быть ими исправлены. Необходимо формировать в общественном мнении престиж здорового образа жизни. Всемирная организация здравоохранения призывает: «Надо побудить людей ответственно относиться к своему здоровью». Сейчас же нередко можно встретить факты безответственного отношения родителей к здоровью как своему, так и детскому: широкое распространение курения среди женщин, зачатие детей в нетрезвом состоянии, несоблюдение элементарных социально-гигиенических правил. При заключении браков немногие интересуются здоровьем будущего супруга. Отсутствует и интерес государства к этому вопросу. Ведь при регистрации брака молодоженам не нужно представлять справку о состоянии здоровья, в то время как здоровье ребенка во многом зависит от здоровья его родителей. Необходимы скоординированные действия медицинских и образовательных учреждений, средств массовой информации по просвещению родителей, детей в отношении норм рационального питания, гигиенических правил и последствий их невыполнения.

Только комплексный подход, основанный на взаимодействии различных секторов государства и общества, и грамотная законодательная база могут дать положительные результаты в решении трудной проблемы укрепления здоровья детей.

Следует отметить, что Вологодская область — один из немногих регионов России, где законодательная и исполнительная власти проявили заинтересованность в укреплении здоровья населения. Создан и работает Центр медицинской профилактики, регулярно проводятся конференции с целью обмена опытом и обучения профилактической работе. Хорошим примером является и принятая в 2000 г. Концепция «Вологодская область — Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». Данный документ, утвержденный

Законодательным Собранием области, определил основные ориентиры в развитии региональной стратегии укрепления здоровья населения. Особое внимание в документе уделено вопросам охраны и укрепления здоровья матери и ребенка.

В 2002 г. Правительством Вологодской области, в соответствии с концепцией долгосрочной политики охраны и укрепления здоровья населения региона, утвержден Стратегический план охраны и укрепления здоровья населения, раскрывающий основные направления работ на период до 2010 года. Значительное место в этом документе уделено здоровью женщин и детей до 7 лет.

Естественно, необходим мониторинг выполнения намеченных в стратегическом плане мер и проведение своевременной корректировки направлений стратегического плана. Только в этом случае политика охраны и укрепления здоровья матери и ребенка будет эффективной и действенной.

К сожалению, следует отметить, что пока имеются только частные примеры успешного проведения мероприятий по профилактике и укреплению здоровья детей, а предпринимаемые усилия не привели к ощутимым положительным переменам в области улучшения здоровья детской популяции в регионе.

ГЛАВА 4

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОТЕНЦИАЛА

*Рождение – это та доля бессмертия
и вечности, которая отпущена
смертному существу.*

Платон

4.1. Репродуктивный потенциал: понятие, измерение, сущность

Демографический потенциал представляет собой человеческие ресурсы (население) со всеми присущими им качествами и свойствами, определенными возможностями социально-экономического развития. Численность, половозрастной состав, основные демографические и качественные характеристики населения определяют экономическое и социальное развитие страны, региона. Человеческий потенциал – главная движущая сила общественного прогресса – формируется и совершенствуется на основе тесного взаимодействия и взаимовлияния множества факторов, главные из которых – семья, производство, общественные отношения и связи¹. Изменения функций и критериев их оценки стали главными факторами трансформации репродуктивного поведения.

Репродуктивное поведение – понятие, обозначающее систему действий и отношений, опосредующих рождение или отказ от рождения ребенка в браке или вне брака. В.А. Борисов определяет три основных типа репродуктивного поведения – многодетное (потребность в 5 и более детях), среднететное (потребность в 3 – 4 детях) и малодетное (потребность в 1 – 2 детях)². Из двух факторов, детерминирующих число детей в семье, – условий и уровня жизни и потребности в детях – ведущая роль принадлежит последнему. Если число детей в семье соответствует потребности супругов в детях, то никакое улучшение условий жизни не приведет к повышению этого числа. *Но если имеющееся число детей меньше уровня потребности, тогда улучшение условий реализации этой потребности способно повысить число рождений*³.

¹ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации (2002/2003). – М., 2003.

² Борисов В.А. Перспективы рождаемости. – М., 1976.

³ Там же.

В рамках репродуктивного поведения выделяют ¹:

1) совокупность поведенческих актов и решений, непосредственно направленных на рождение ребенка, то есть собственно репродуктивное поведение;

2) контрацептивное поведение, то есть действия, направленные на предотвращение зачатия;

3) абортное поведение, то есть действия, имеющие целью предотвратить нежелательное рождение.

Собственно репродуктивное поведение направлено на реализацию полного репродуктивного цикла – от момента принятия решения о зачатии ребенка до его рождения. Контрацептивное и абортное поведение служат инструментами регулирования как каждого конкретного репродуктивного цикла (предотвращение зачатия, прерывание беременности при помощи искусственного аборта), так и всего репродуктивного цикла семьи (формирование желательных протогенетических и интергенетических интервалов – периодов времени между началом сожительства и рождением первого ребенка и интервалов между рождениями всех последующих детей, соответственно) для достижения желаемого числа детей.

Соотношение полных и неполных репродуктивных циклов в семьях с равным социальным статусом, обладающих одинаковыми этнодемографическими характеристиками и не имеющих нарушений плодовитости, определяется репродуктивными установками супругов, то есть их психической предрасположенностью к рождению определенного числа детей. Репродуктивные установки делятся на две основные группы: те, которые непосредственно связаны с деторождением, и те, которые определяют масштабы и способы регулирования процесса деторождения (абортно-контрацептивные установки)².

Потребность в детях – социально-психологическое состояние индивида, когда без детей и надлежащего их количества и пола человек не может состояться как личность. Потребность в детях, установки на рождение детей – внутренние регуляторы репродуктивного поведения, тогда как социальные нормы детности – внешние детерминанты отношения личности к детям. Эмпирические исследования репродуктивных установок показывают, что для потребности в 5 и более детях ведущими являются экономические мотивы рождаемости, для потребности в 3–4 детях – социальные и для потребности в 1–2 детях – психологические ³.

¹ Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 251.

² Там же.

³ Кузьмин А.И. Курс лекций «Основы демографии». – М., 2003.

Демографическая ситуация в современной России характеризуется снижением числа детей, родившихся здоровыми, высоким уровнем реализации риска развития различной патологии, а также неудовлетворительным соматическим и репродуктивным здоровьем женщин фертильного возраста. Отсюда следует необходимость поиска резервов расширения воспроизводства населения, среди которых наиболее значимыми являются: разработка мероприятий, направленных на снижение частоты искусственных прерываний беременности, повышение соматического и репродуктивного здоровья женщин фертильного возраста, сокращение случаев потерь плодов и детей, обеспечение условий для рождения, а затем воспитания физически и психически здорового молодого поколения ¹.

Репродуктивное здоровье – способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантия безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной беременности (определение Всемирной организации здравоохранения). Репродуктивное здоровье – это важнейшая составляющая общего здоровья каждого конкретного человека, каждой семьи и общества в целом ².

С улучшением показателей репродуктивного здоровья населения, в первую очередь женского, связано одно из важнейших направлений в решении проблемы охраны материнства и детства. Женщины наиболее чувствительно реагируют на все изменения в общественной, экономической и социальной жизни страны, что отражается, прежде всего, на состоянии их репродуктивного здоровья, репродуктивном поведении и качестве здоровья их детей. В силу этого репродуктивное здоровье выступает индикатором состояния здоровья общества и государства ³.

Только недавно стали рассматриваться не только количественные характеристики рождаемости, но и ее качественные показатели. Обычно, говоря о рождаемости, подразумевается количество новорожденных, общий и суммарный коэффициенты рождаемости. Понятие репродуктивного здоровья ставит следующие вопросы: «А кто родился?», «Какое здоровье у новорожденного?», «Способен ли он, при существующих условиях, вести полноценный образ жизни и произвести здоровое потомство?» и т.д. Сейчас репродуктивное здоровье официально входит в качестве важнейшего направления в программу ВОЗ, Фонда ООН по народонаселению.

¹ Шапкайтц В.А., Баранов С.П. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин Северо-Запада России // Ремедиум Северо-Запад. – 2001. – №3.

² Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения. Т.1. – М., 2002.

³ Там же.

Репродуктивное здоровье населения подразумевает факт рождения ребенка на фоне состояния здоровья женщины (физиологического, психологического, полового, биологического, соматического). Характеристикой, дополняющей репродуктивное здоровье, является репродуктивный потенциал. По мнению *И.П. Катковой* и *Е.В. Андриюшиной*¹, термин «репродуктивный потенциал» отражает способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение. Это означает не только наличие основных характеристик репродуктивного здоровья на том или другом этапе жизненного цикла женщины, его сохранение к моменту начала фертильного возраста и на всем его протяжении, но и возможность его передачи от одного рождения здорового ребенка к другому рождению здорового ребенка в следующем поколении. Репродуктивный потенциал тесным образом связан с успешностью решения медико-социальных проблем женщин, особенно в период беременности и подготовки к родам, а также с особенностями состояния функциональной системы «мать – плод».

Состояние здоровья женщин является важнейшей основой формирования взаимосвязи передачи из поколения в поколение потенциала жизненных сил и энергии. Однако именно оно сегодня становится тем слабым звеном, которое при определенных неблагоприятных обстоятельствах может способствовать снижению репродуктивного потенциала женщины, уровня здоровья и жизнеспособности поколений новорожденных на всех последующих этапах жизненного цикла их развития. К числу таких неблагоприятных обстоятельств в настоящее время следует отнести наличие у женщин соматических, инфекционных и гинекологических заболеваний, проживание в состоянии постоянной психологической напряженности и затяжного хронического стресса, ведущих к различным проявлениям психических отклонений и дезадаптации, широкое распространение вредных привычек, резкое снижение уровня жизни, недостаточное или несбалансированное питание, сложности получения своевременной и адекватной медицинской помощи и т.п. Вследствие этого в России имеет место значительное ухудшение репродуктивного здоровья женщин².

Оценка репродуктивного потенциала включает в себя выявление частоты и тяжести соматических заболеваний, влияющих на репродуктивную функцию; центильную характеристику состояния физического

¹ Каткова И.П., Андриюшина Е.В., Катков В.И. Бедность и репродуктивный потенциал // Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. – С. 29.

² Каткова И.П. Репродуктивное здоровье россиянок // Народонаселение. – 2002. – №4. – С. 27-42.

развития в сочетании с темпом полового развития; распространенность заболеваний репродуктивной системы. Репродуктивный потенциал можно разделить на индивидуальный и общественный. Индивидуальный – характеризует отдельно каждую женщину, общественный – оценивается на уровне всей популяции.

Проведенное ретроспективное исследование ¹ состояния здоровья девушек-подростков, вступающих в репродуктивный процесс, показало, что гинекологическая и экстрагенитальная заболеваемость у них превышает таковую у женщин благоприятного репродуктивного возраста. Для них также характерна социальная дезадаптация: внебрачная беременность, отсутствие постоянного занятия, материальные затруднения, вредные привычки и др., что существенно снижает репродуктивное здоровье. Раннее выявление нарушений репродуктивного здоровья, проведение оздоровительных и профилактических мероприятий у девушек-подростков должно стать важным направлением деятельности служб здравоохранения, образования, социальной защиты. *Поэтому проведение комплексных исследований в области репродукции человека крайне важно для анализа репродуктивного здоровья населения и принятия мер для его улучшения.*

Анализ состояния репродуктивного потенциала позволит прогнозировать демографическую ситуацию, состояние здоровья будущих беременных, рожениц, родильниц и рожденных ими детей. На данный момент в связи с тем, что все больше детей рождаются с плохим здоровьем (так, в Вологодской области заболеваемость новорожденных в 2004 г. по сравнению с 1992 г. возросла более чем в 1,5 раза), растет количество патологических состояний и осложнений во время беременности и родов, происходит снижение репродуктивного потенциала ². Таким образом, крайне важно изучать влияние комплекса медико-социальных факторов на здоровье женщин, а также на формирование репродуктивной установки и психологической готовности к материнству и созданию семьи.

В.А. Шапкайтц и С.П. Баранов в работе «Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин Северо-Запада России» (Ремедиум Северо-Запад. – 2001. – №3) предлагают комплексную схему репродуктивного потенциала (рис. 4.1).

¹ Захарова Т.Г., Прахин Е.И., Гончарова Г.Н. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков, вступающих в репродуктивный процесс // Российский педиатрический журнал. – 2003. – №1.

² Римашевская Н.М., Андриюшина Е.В. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение. – 1999. – №1. – С. 49-58.



Рис. 4.1. Параметры, определяющие репродуктивный потенциал

Схема показывает основные параметры, определяющие репродуктивный потенциал женщин фертильного возраста. По мнению авторов, эффективность наступившей беременности у женщин в возрасте от 15 до 49 лет определяется долей беременностей (в процентах), завершившихся рождением здорового ребенка – без врожденных пороков развития и патологии в перинатальном периоде.

Г.М. Бурдули и О.Г. Фролова в работе «Репродуктивные потери в акушерстве»¹, рассматривая репродуктивный потенциал населения как совокупность показателей (рис. 4.2), дают подробную характеристику репродуктивных потерь.

Репродуктивный потенциал							
Смертность населения в репродуктивном возрасте (15-49 лет)	Детская смертность	Младенческая смертность	Рождаемость	Уровень больных бесплодием женщин и мужчин	Патологии во время беременности	Уровень больных ЗППП	Репродуктивные потери

Рис. 4.2. Характеристики репродуктивного потенциала (Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова)

Рост эффективности наступившей беременности, так же как и улучшение основных характеристик репродуктивного потенциала, в определенной

¹ Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери в акушерстве. – М., 2001.

степени может быть обеспечен адекватными мероприятиями, разработанными и внедренными на межведомственном уровне. Учитывая «накопление» отклонений в состоянии здоровья у женщин фертильного возраста, о чем неопровержимо свидетельствует рост их общей заболеваемости, участвовавшие случаи экстрагенитальной патологии у беременных и увеличение акушерской патологии, работу по профилактике репродуктивных, в том числе гестационных, потерь необходимо начинать среди девочек подростков и женщин фертильного возраста задолго до наступления беременности. То есть основой этой работы является углубленная диспансеризация этих групп населения – определение состояния здоровья при ежегодном осмотре, дифференцированное наблюдение, активное выявление отклонений в состоянии соматического и репродуктивного здоровья с последующим оздоровлением и лечением.

В деле обеспечения здоровья (репродуктивной его составляющей) растет значение различных аспектов планирования семьи и деторождений, таких, как: контроль за правильностью и регулярностью использования современных методов контрацепции; повышение информационного взаимодействия между конкретной женщиной и работниками здравоохранения. Наступление беременности выдвигает на первый план задачи по обеспечению системы «мать–плод». Важнейшим условием успешного решения данных задач является совместная работа акушеров-гинекологов, терапевтов, педиатров по наблюдению за беременными. Взаимодействие данных специалистов может обеспечить преемственность между их деятельностью по антенатальной охране плода. Очень важно переориентировать современных специалистов на поиски резервов повышения эффективности наступившей беременности, то есть увеличения удельного веса беременностей, завершившихся рождением ребенка без врожденных пороков развития и заболеваний перинатального периода. Немаловажным является своевременное оздоровление беременных женщин, входящих в группы риска, выявление риска неблагоприятного исхода родов для плода. Для этого требуется постоянный мониторинг состояния плода, начиная с ранних сроков.

Наиболее значимой и существенной является именно та сторона репродуктивного потенциала, которая отражает преемственность поколений, т.е. неразрывную связь: здоровая мать → здоровый плод → здоровый ребенок → здоровый подросток → здоровая женщина → здоровая мать ... со всеми характеристиками, определяющими эти показатели. Подобная точка зрения, представленная И.П. Катковой, более широко отражает сущность репродуктивного потенциала. Поэтому в дальнейшем мы руководствовались данным определением.

Определив репродуктивный потенциал как систему и выделив круг входящих в нее понятий, мы получили возможность ее математического моделирования. Для первичного анализа репродуктивного потенциала было решено выбрать описательный вид модели, с помощью которой можно будет отразить его сущность. Она позволит нам воспроизвести весьма сложное явление с многообразными внутренними связями в наиболее простой форме, но без потери существенных связей, оказывающих решающее влияние на изучаемое явление.

В сущности, анализ репродуктивного потенциала – это процесс экономического моделирования репродуктивных отношений с целью дать всесторонние характеристики и определить тенденции их развития. Описательная модель поможет раскрыть механизм развития репродуктивного потенциала. Поэтому она должна включать результаты социологического изучения репродуктивного здоровья, сведения о влиянии социальных сдвигов, репродуктивного поведения, экономического положения и других факторов на развитие репродуктивного потенциала.

Определение показателей, необходимых для анализа, – не менее важная проблема, возникающая при построении описательной модели. Эти показатели должны быть экономически представительными и обеспечивать сопоставимость данных; освещать все стороны исследуемого явления; поддаваться оцифровке; допускать возможность исчисления параметров экономико-математической модели. Если избранный показатель не является экономически представительным, то есть не отражает сущности явления, объективной экономической реальности, то его анализ не даст практического результата. При всех оговорках, например при анализе сужения воспроизводства населения, нельзя абстрагироваться от гендерной политики, геополитической ситуации, положения и др. Так же как при исследовании основных процессов приращения человеческого капитала недостаточно рассматривать только изменения рождаемости и смертности, оставляя без внимания качество медицинского обслуживания, уровень социально-экономического положения населения. И в том, и в другом случае произойдет потеря ценной информации о факторах, определяющих развитие репродуктивного потенциала, а результаты такого анализа окажутся не соответствующими действительности.

Поэтому только на основе качественного математико-экономического анализа можно отобрать и исследовать факторы, которые действительно будут отражать сущность изучаемого явления. Нужно выбрать лишь строго определенные данные, соответствующие природе и сущности изучаемого явления; осуществить анализ отобранных материалов, подчиняя весь процесс их сбора и обработки выработанной на начальной стадии

исследования гипотезе, в основе которой лежат познанные объективные закономерности развития. Стоит также отметить, что решение поставленных задач не может быть осуществлено только статистическими методами, тем более что установление наличия связей между явлениями, в сущности, не статистическая задача. Эти связи устанавливаются и могут быть объяснены путем логического анализа явлений. То есть необходимо не только математическое, но и экспертное изучение исследуемого явления.

Отдельно отметим, что немаловажным условием исследования репродуктивного потенциала является изучение его развития в ретроспективе. Подобное изучение тенденций репродуктивного потенциала и репродуктивного здоровья за ряд лет в прошлом позволит установить и количественно измерить происходящие изменения и выявить закономерности в этом процессе. Анализ ретроспективы – это средство найти решение проблемы через механизм закономерностей, происходивших в прошлом. Поэтому исследование репродуктивного потенциала должно начинаться с детального анализа современной демографической обстановки, с учетом особенностей развития всей социально-экономической сферы. При таком подходе будут охвачены все частные изменения, характеризующие особенности развития репродуктивного потенциала, выражающие его специфику.

4.2. Модель репродуктивного потенциала региона

4.2.1. Доля женщин репродуктивного возраста как основа репродуктивного потенциала

Доля женщин репродуктивного возраста представляет собой основу, на которой формируется и развивается репродуктивный потенциал территории. С целью понять, каково распределение населения в Вологодской области, был проанализирован его состав по районам. Для каждого муниципального образования определена доля женщин в репродуктивном возрасте (от 15 до 49 лет) среди всего населения в 2002 г. Анализ показал, что значительных межрайонных различий по этому показателю не наблюдается. Минимальное значение доли женщин репродуктивного возраста равно 22% (Устюженский район), максимальное – 29,7% (г. Вологда). Для разделения районов на группы был выбран способ разбивки этого показателя на интервалы одинаковой длины: от 22 до 24,5% – низкий уровень, от 24,6 до 27,1% – средний и от 27,2 до 29,7% – высокий (рис. 4.3). К зоне с высоким уровнем были отнесены только три территории Вологодской области: города Вологда и Череповец, Шекснинский район.



Рис. 4.3. Доля женщин репродуктивного возраста в 2002 г.

Был построен прогноз распределения половозрастного состава населения на следующие пять лет (2002 – 2007 гг.), с использованием метода передвижки возрастов, и вычислена приближенная доля женщин репродуктивного возраста на 2007 г. (без учета миграции и смертности населения). Согласно прогнозным данным, средняя доля женщин в репродуктивном возрасте по Вологодской области снизится с 27 до 26%. Молодое поколение, которое вступит в репродуктивный возраст через 5 лет, не сможет заместить выбывшего населения, т.е. произойдет снижение репродуктивного потенциала населения области.

Построение прогнозных оценок проводилось как для области в целом, так и для каждого муниципального образования (рис. 4.4). Прогнозируется рост числа районов с долей женщин, которая в 2007 г. превысит среднее значение по области по сравнению с 2002 г. Это объясняется тем,



Рис. 4.4. Доля женщин репродуктивного возраста в 2007 г.



Рис. 4.5. Динамика доли женщин репродуктивного возраста 2002 – 2007 гг.

что «средний уровень» снизится: так, 21,4 – 23,7% – низкая доля женщин в репродуктивном возрасте, 23,8 – 26,1% – средний уровень и 26,2 – 28,3% – высокий уровень. Сама же динамика более наглядно показана на рисунке 4.5, из которого видно, что в районах, преимущественно восточной части области, будет иметь место прирост женского населения репродуктивного возраста, а муниципальные образования, расположенные в западной части, наоборот, понесут потери женского населения.

Следует учесть положительные изменения демографических показателей и использовать их для укрепления репродуктивного потенциала области. Демографическая и социально-экономическая политика тех муниципальных образований, где предполагается увеличение показателей, должна включать всемерную поддержку молодого поколения, создание условий, способствующих снижению миграционного оттока молодежи и



Рис. 4.6. Коэффициент рождаемости в 2002 г.

формирующих положительный репродуктивный настрой. В районах с ухудшающимися демографическими характеристиками, в свою очередь, усилия необходимо приложить к всестороннему сохранению репродуктивных показателей.

Наряду с этим был проведен сопоставительный анализ общего коэффициента рождаемости на территориях Вологодской области (рис. 4.6). Выявлено, что в 2002 г. в Вашкинском и Сямженском районах при «среднем уровне» доли женщин в детородном возрасте существуют низкие показатели рождаемости. Имеющийся в Шекснинском районе «высокий» потенциал также недоиспользуется, и коэффициент рождаемости на данной территории находится у нижней границы «среднего» уровня. А в ряде районов (Нюксенский, Великоустюгский, Вологодский) при «средней» и даже «низкой» доле женщин в репродуктивном возрасте показатель рождаемости – один из самых высоких в области.

4.2.2. Корреляционный и факторный анализ

Из множества показателей служб здравоохранения путем экспертных оценок был определен набор индикаторов, наиболее объективно отражающих репродуктивное здоровье населения:

- ⇒ заболеваемость новорожденных (человек на 1000 родившихся живыми);
- ⇒ доля преждевременных родов (от числа закончивших родами, в %);
- ⇒ токсикоз второй половины беременности (от числа закончивших беременность, в %);
- ⇒ число абортов на 100 родов;
- ⇒ количество недоношенных (от числа родившихся живыми, в %);
- ⇒ число родившихся (человек на 1000 чел. нас.).

Прежде всего, необходимо было установить, какие показатели коррелируют между собой. Решение этой задачи, в первом приближении, дает расчет матрицы парных корреляций¹ по всему интересующему нас перечню показателей. Матрица корреляции подтвердила отсутствие взаимной обусловленности среди выбранных факторов (кроме показателей преждевременных родов и рождения недоношенных детей). Это позволяет утверждать, что каждый из них характеризует отдельное направление в анализе репродуктивного потенциала.

Проведенный нами для парных выборок *t*-тест позволил определить, насколько существенными были изменения того или иного фактора за период с 1995 г. по 2002 г. (табл. 4.1). Анализ данных, полученных с помощью *t*-теста, позволяет разделить обсуждаемые показатели на три группы.

¹ Коэффициент корреляции – числовая характеристика, являющаяся измерителем степени тесноты линейной статистической связи между признаками.

В первую группу попали показатели, у которых значимых¹ изменений не выявлено: недоношенность ($p = 0,425$ – 1995 г. и 1998 г.; $p = 0,305$ – 1998 г. и 2002 г.) и преждевременные роды ($p = 0,694$ – 1995 г. и 1998 г.; $p = 0,623$ – 1998 г. и 2002 г.).

Во вторую группу вошли показатели, у которых были выявлены значимые изменения: рождаемость и токсикоз второй половины беременности ($p = 0,014$; $p = 0,020$ соответственно).

Третью группу составили показатели, рост которых стабилизировался на уровне 1998 г.: заболеваемость новорожденных и уровень абортотв. Если их изменения, произошедшие за период с 1995 г. по 1998 г., были значимы ($p = 0,012$; $p = 0,024$ соответственно), то динамика в 2002 г. говорит о стабилизации этих показателей ($p = 0,124$; $p = 0,813$ соответственно).

Таблица 4.1

Значимые и незначимые изменения показателей за периоды 1995 –1998, 1998 – 2002 гг.

Периоды (годы)	Показатели					
	количество недоношенных	доля преждевременных родов	общий коэффициент рождаемости	токсикоз II половины беременности	заболеваемость новорожденных	число абортов на 100 родов
1995 – 1998	незначимые	незначимые	значимые	значимые	значимые	значимые
1998 – 2002					незначимые	незначимые

Проведенный факторный анализ показал изменение состава показателей внутри образующихся факторов, то есть в разные годы они объединялись в разные факторы. Это исключает возможность сравнения результатов проведенных кластерных анализов различных лет. Поэтому здесь представлен кластерный анализ с предварительным факторным только для 2002 г.

Оценка репродуктивного потенциала региона проводилась в двух направлениях:

- 1) осложнения во время беременности, заболеваемость новорожденных;
- 2) уровень рождаемости и абортов.

При проведении факторного анализа переменные, сильно коррелирующие между собой, были объединены в факторы. Первый фактор собрал отклонения в рождении детей и был условно назван «Риск для вынашивания беременности». Во второй фактор – «Отклонение в здоровье» – вошли те характеристики, которые указывают на какие-то отклонения в здоровье рожениц и младенцев.

¹ Значение показателя должно быть менее 0,05 (при значимом изменении).

Фактор 1:

Преждевременные роды

Родившиеся недоношенными

Фактор 2:

Токсикоз

Заболеваемость новорожденных

4.2.3. Ранжирование районов по уровню репродуктивного потенциала

Межрайонный анализ показал, что очень большой риск для здоровья новорожденных существует в Бабушкинском, Белозерском, Вожегодском, Никольском, Устюженском, Харовском районах; значительно меньший риск – в Верховажском, Кадуйском, Кирилловском, Тарногском, Чагодощенском районах и г. Вологде.

Наиболее значительное отклонение в здоровье рожениц и новорожденных наблюдается в Белозерском, Вожегодском, Кичменгско-Городецком, Нюксенском, Тотемском районах. Показатели здоровья несколько лучше в Бабушкинском, Грязовецком, Кирилловском, Сямженском, Тарногском районах. В г. Вологде ситуация лучше, чем в г. Череповце.

Следующим этапом анализа репродуктивного потенциала области стала кластеризация районов по итогам факторного анализа. Муниципальные образования были разбиты на три группы (кластеры), объединяющие районы с различной степенью риска потери репродуктивного потенциала.

Кластер 1 охватывает большинство районов области, а также города Вологду и Череповец, в которых отклонения в здоровье новорожденных и рожениц можно оценить как «средней силы», а риск для новорожденных значительно меньше, чем в остальных кластерах.

Самый высокий риск для жизни и здоровья новорожденных и матерей выявлен во втором кластере (рис. 4.7), в таких районах, как Вожегодский, Харовский, Белозерский.

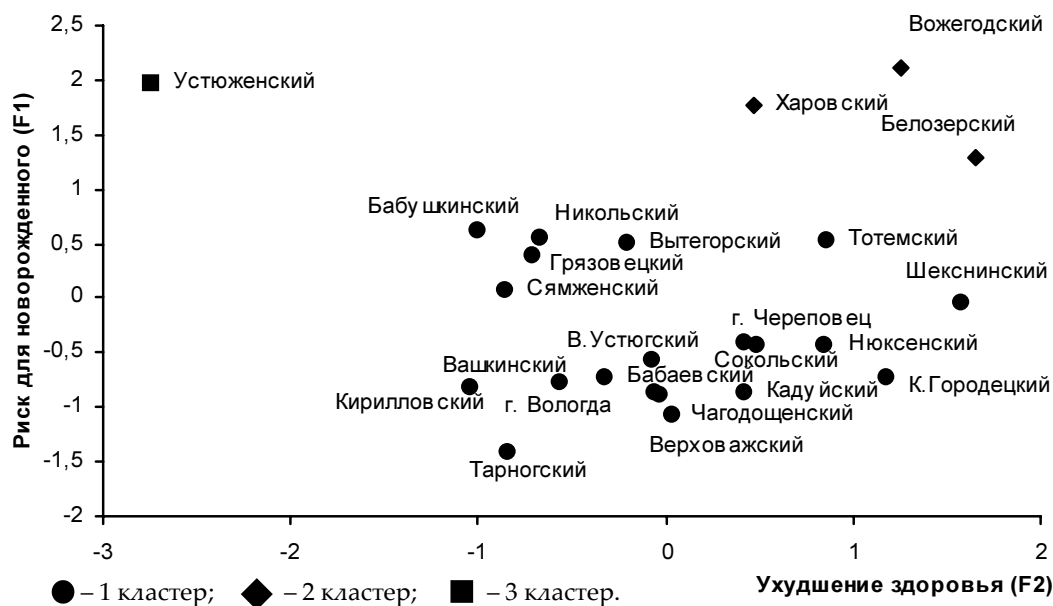


Рис. 4.7. Распределение районов по кластерам

Кластер 3, в который вошел Устюженский район, – характеризуется *большим риском для исхода беременности*, при наличии хорошего здоровья беременных и новорожденных.

Сопоставление демографических характеристик районов с данными кластерного анализа рисует очень тревожную картину: в Устюженском районе при небольшой доле женщин в детородном возрасте, невысоких показателях рождаемости, выявлен риск для благоприятного исхода беременности (высокие показатели преждевременных родов, невынашивания беременности). Неблагоприятна ситуация также в Вожегодском и Харовском районах, где на неблагоприятный демографический фон накладывается высокий риск здоровья беременных женщин и новорожденных. Данные территории следует рассматривать как крайне неблагоприятные, требующие принятия безотлагательных мер по сохранению репродуктивного здоровья населения.

Следующим направлением анализа репродуктивного потенциала стало сопоставление показателей рождаемости и числа аборт (на 100 родов) – как прямой потери потенциальных рождений. Анализ динамических диаграмм рассеяния показал, что, при общем увеличении рождаемости и незначительном снижении числа абортов, модели демографического поведения населения в районах Вологодской области существенно не изменились (рис. 4.8). Вашкинский район является «лидером» по уровню абортов – на одно рождение приходится 6 абортов. Резко возросло число абортов в 2002 г. в Усть-Кубинском районе, где на одно рождение приходится 3–4 аборта.

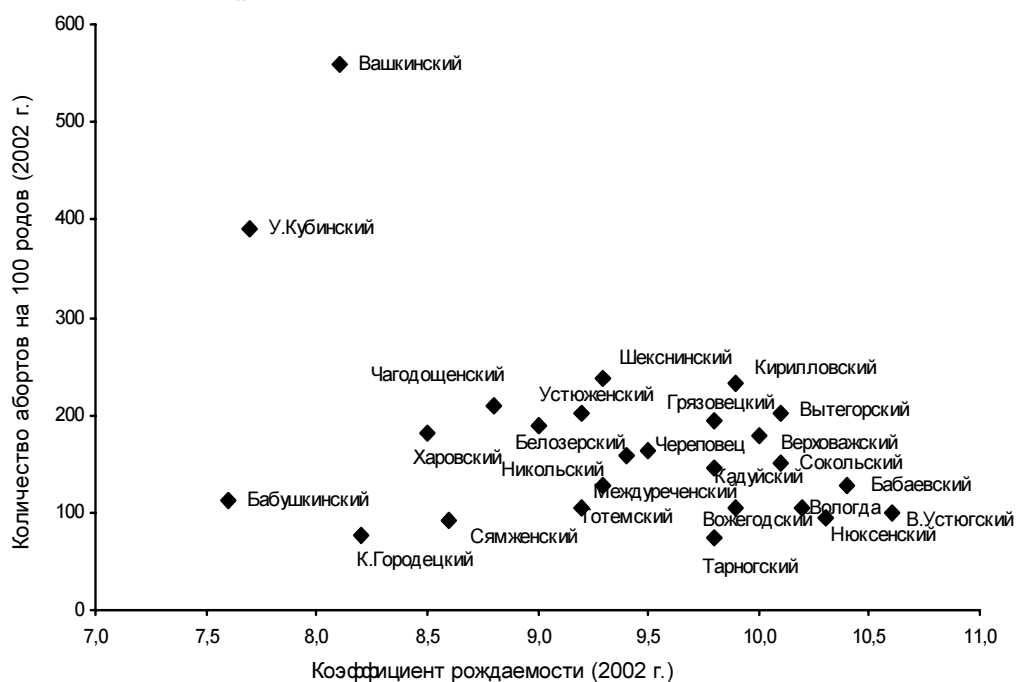


Рис. 4.8. Диаграмма рассеяния

На основании данных диаграммы рассеяния было выделено четыре группы районов (табл. 4.2): 1 группа – районы *относительно благополучные* с высокими показателями рождаемости (выше 9,9 – общего коэффициента рождаемости по Вологодской области) и низким уровнем абортот (меньше 151,0 – областного уровня); 2 группа – районы со *значительной растратой репродуктивного потенциала* за счет высокого уровня абортот, при высоких показателях рождаемости; 3 группа – районы с *низким репродуктивным потенциалом* по причине невысокой рождаемости и невысокого уровня абортот; 4 группа – *самые неблагополучные* районы, в которых при низкой рождаемости фиксируется высокий уровень абортот. Причем четвертая группа районов оказалась наиболее многочисленной. Это свидетельствует о том, что репродуктивный потенциал области мог бы стать гораздо выше при проведении профилактических мероприятий по снижению уровня абортот.

Таблица 4.2

Распределение районов по уровню потерь потенциальных рождений

Высокий уровень рождаемости / низкий уровень абортот	Высокий уровень рождаемости / высокий уровень абортот
Бабаевский Великоустюгский Вожегодский г. Вологда Нюксенский	Верховажский Вытегорский Кирилловский Сокольский
Невысокий уровень рождаемости / низкий уровень абортот	Невысокий уровень рождаемости / высокий уровень абортот
Бабушкинский Кичм.-Городецкий Кадуйский Междуреченский Сямженский Тарногский Тотемский	Белозерский Вашкинский г. Череповец Грязовецкий Никольский Усть-Кубинский Устюженский Харовский Чагодощенский Шекснинский

На основе демографических характеристик и данных анализа репродуктивного здоровья населения муниципальных образований (доля женщин репродуктивного возраста, информация о здоровье новорожденных и рожениц, уровень абортот и рождаемости) было произведено итоговое распределение районов по уровню репродуктивного потенциала (табл. 4.3). Группу с низким уровнем репродуктивного потенциала образовали районы, где все индикаторы или большинство из них имели значения ниже среднего уровня. В группу «выше среднего» попали те районы, где большая часть характеристик – выше среднего уровня по области. Промежуточный, «средний», уровень составили все оставшиеся районы (см. цветную вклейку; рис. 4.9).

Таблица 4.3

Распределение районов по уровню репродуктивного потенциала

<i>Низкий</i>	<i>Средний</i>	<i>Выше среднего</i>
Бабушкинский, Белозерский, Вожегодский, Грязовецкий, Кичм.-Городецкий, Никольский, Тотемский, Усть-Кубинский, Устюженский, Харовский, Чагодощенский, Шекснинский	Вашкинский, Верховажский, Вологодский, Вытегорский, г. Череповец, Кирилловский, Междуреченский, Нюксенский, Сокольский, Сямженский, Тарногский, Череповецкий	Бабаевский Великоустюгский г. Вологда Кадуйский

Проведенный анализ показывает неоднородность ситуации, характеризующей репродуктивный потенциал населения в различных районах региона. Учет выявленных территориальных особенностей при планировании демографической политики может способствовать повышению эффективности проводимых мероприятий.

4.2.4. Математический анализ медико-социальных показателей

Репродуктивное поведение населения, его репродуктивный потенциал во многом определяются уровнем социально-экономического развития территории. Поэтому следующим шагом исследования стало проведение анализа совокупности медико-социальных показателей районов.

Для анализа были выбраны факторы, которые прямым или косвенным образом характеризуют уровень социально-экономического развития муниципальных образований с различных позиций (социальных, экономических, медицинских):

- ⇒ среднемесячная заработная плата (как характеристика уровня жизни населения);
- ⇒ продажа товаров в среднем на одного жителя (как отражение экономической активности населения);
- ⇒ доходы бюджетов муниципальных образований в расчете на одного жителя (как характеристика уровня бюджетной обеспеченности районов);
- ⇒ обеспеченность населения средним медицинским персоналом (как одна из характеристик уровня медицинского обслуживания).

Распределение районов по уровню указанных показателей производилось согласно закону нормального распределения. К «благополучным» были отнесены те районы, у которых величина показателя лежит в пределах двух стандартных отклонений от среднего¹ по области (например: $\overline{3П} \pm \sigma_{3П}$);

¹ Обычно мерами разброса переменных, относящихся к интервальной шкале и подчиняющихся нормальному распределению, служит стандартное отклонение. Стандартное отклонение позволяет задать диапазон разброса отдельных значений. В интервале шириной, равной удвоенному стандартному отклонению, которое отложено по обе стороны от среднего значения, располагается примерно 67% всех значений выборки, подчиняющихся нормальному распределению.

к группе «неблагополучных» – районы, имеющие показатели более низкого уровня ($ЗП_{cp} < \overline{ЗП} - \sigma_{ЗП}$); к группе с «высоким уровнем благополучия» – муниципальные образования с уровнем показателя выше среднего ($ЗП_{cp} > \overline{ЗП} + \sigma_{ЗП}$).

Одной из важных характеристик уровня жизни населения служит среднемесячная заработная плата. Территориальный анализ данного показателя позволил сделать следующие выводы: ниже уровня «благополучных» находятся Никольский, Верховажский и Тарногский районы. Кадуйский район, города Вологда и Череповец имеют «высокий» социальный уровень.

Еще одним индикатором состояния экономической активности населения является продажа товаров в среднем на одного жителя. В 2002 г. в группу «неблагополучных» было отнесено пять районов: Бабаевский, Вытегорский, Кичменгско-Городецкий, Харовский, Никольский, а к классу «выше среднего» – Кадуйский, Нюксенский, Междуреченский районы и г. Череповец.

Анализ доходов бюджетов муниципальных образований в расчете на одного жителя показал, что в 2002 г. только Усть-Кубинский район имел доходы ниже «среднего» уровня. Тотемский, Кичменгско-Городецкий, Чагодощенский и г. Вологда были отнесены к группе с «высоким уровнем благополучия».

Обеспеченность населения средним медицинским персоналом – важный фактор, характеризующий показатель доступности и качества медицинской помощи, необходимой населению. «Неблагополучными» по этому показателю в 2002 г. оказались Череповецкий, Вологодский, Грязовецкий районы; «высокий уровень благополучия» сложился в Вологде и Череповце, а также в Великоустюгском районе.

Объединив исследуемые характеристики районов, мы получили два фактора. Один включал в себя среднемесячную заработную плату и доходы

Таблица 4.4

Распределение районов по уровню медико-социального развития

<i>Низкий</i>	<i>Средний</i>	<i>Выше среднего</i>
Бабушкинский	Бабаевский	В.Устюгский
Верховажский	Белозерский	г. Вологда
Вожегодский	Вашкинский	г. Череповец
Вытегорский	Вологодский	Кадуйский
Грязовецкий	Кирилловский	Нюксенский
К.Городецкий	Междуреченский	Тотемский
Никольский	Сямженский	Чагодощенский
Сокольский	Усть-Кубинский	Череповецкий
Тарногский	Шекснинский	
Устюженский		
Харовский		

бюджетов, а другой – продажу товаров в среднем на одного жителя и обеспеченность населения средним медицинским персоналом. Тем самым первый характеризует материальное состояние жителей муниципального образования, а второй – социальный показатель. Затем, оценив значения индикаторов, мы разбили районы на классы (табл. 4.4). Территории с низкими факторными показателями объединились в класс «низкий уровень социального развития», с высокими – в класс «социальное развитие выше среднего», а промежуточную группу составили районы со средними показателями.

4.2.5. Построение описательной модели репродуктивного потенциала

Представленный анализ позволяет сделать вывод о том, что районы с низким репродуктивным потенциалом чаще всего имеют низкий или очень низкий уровень социального развития (Никольский, Устюженский, Харовский, Усть-Кубинский, Шекснинский, Белозерский, Грязовецкий; рис. 4.10).

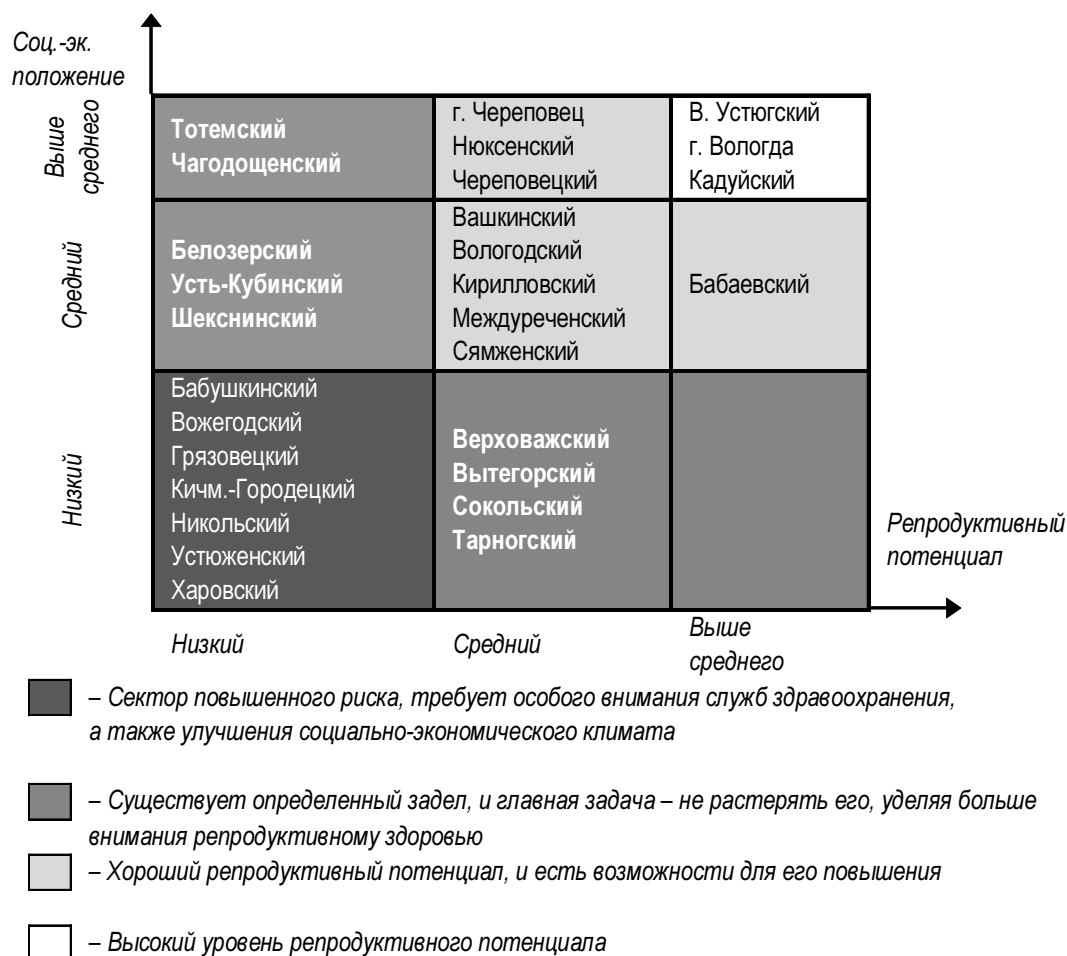


Рис. 4.10. Описательная модель репродуктивного потенциала населения региона

Высокий уровень медико-социального развития территории, составляя основу для повышения репродуктивного потенциала и здоровья населения, сам по себе не является определяющим фактором. Из анализа видно, что в городах Вологде и Череповце, при одинаково высоком уровне медико-социального развития, репродуктивный потенциал имеет значимые различия. Вологда обладает высоким репродуктивным потенциалом, чего нельзя сказать о Череповце, который характеризуется низкой рождаемостью и высоким уровнем аборт (превышающим уровень г. Вологды в 1,5 раза). Очевидно, что для поддержания высокого уровня репродуктивного потенциала нужна грамотная демографическая политика, пропаганда активной модели репродуктивного поведения населения, подкреплённая мерами социально-экономического характера; сохранение и воссоздание значимости института семьи.

4.3. Экономическая оценка репродуктивных потерь

На сегодняшний день в Вологодской области не проводились комплексные исследования состояния здоровья населения на основе оценки показателей младенческой и материнской смертности, не оценивался уровень абортов, т.е. не оценивались репродуктивные потери, которые несет население области в результате преждевременной смертности и негативного репродуктивного поведения. Это обусловило необходимость изучения основных показателей репродуктивного здоровья, а также проведения количественных оценок репродуктивных потерь, которые несет общество.

Исследование репродуктивных потерь – это специфический прием научного изучения репродуктивного здоровья. Он состоит не только и не столько в указании на общую причину возникновения изучаемого явления, сколько в раскрытии его механизма, его причинно-следственных связей. Он служит способом объяснения наблюдаемых фактов, воспроизводит механизм исследуемого явления. Анализ репродуктивных потерь – это процесс познания репродуктивной ситуации в регионе с количественной стороны с целью дать ее характеристику и определить тенденции ее изменения.

Для оценки репродуктивных потерь была использована модель, предложенная Г.М. Бурдули и О.Г. Фроловой¹ (рис. 4.11). В ней объединены два вида потерь: материнские (материнская смертность) и плодовые, которые, в свою очередь, включают в себя разные категории, в зависимости от срока действия и характера явления.

При расчете ущерба от репродуктивных потерь наиболее логичным является не подсчет собственно количества смертей в данном году, а подсчет лет жизни (потенциал жизненности) или лет трудовой деятельности

¹ Бурдули Г.М., Фролова О.Г. Репродуктивные потери в акушерстве. – М., 2001.

Репродуктивные потери	Материнские потери (материнская смертность)			
	При абортах, внематочной беременности, при беременности сроком до 28 недель и в течение 42 дней после ее окончания	При сроке беременности 28 недель и более	Смерть рожениц	Смерть родильниц (в течение 42 дней после родов)
	Плодовые потери			
	Самопроизвольные выкидыши, аборт при сроке беременности менее 22 недель, внематочная беременность	При прерывании беременности в сроки 22-27 недель	Перинатальная смертность	
			Мертворожденные (с 28 недель гистации)	Умершие новорожденные (в течение 6 дней после родов)

Рис. 4.11. Репродуктивные потери

(потенциал трудоспособности), потерянных в данном году от всех смертей, которые произошли в предыдущие годы. Метод расчета потерь позволит количественно оценить эти упущенные жизни и выразить их в человеко-годах трудовой деятельности, потерянных для общества лет в определенном году вследствие сложившихся в регионе уровней смертности (характеризующих риск смертности в годы, предыдущие рассматриваемому)¹. В таблице 4.5 приведены оценки потерь трудового потенциала в результате репродуктивных потерь населения Вологодской области из-за аборт, младенческой и материнской смертности.

Таблица 4.5

Потерянные годы жизни (лет)

	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.
Мертворожденные	3 440	3 520	3 520	4 240	4 000	3 040
Умерло новорожденных в раннем неонатальном периоде	4 120	3 760	3 640	4 120	3 640	3 440
Материнская смертность	75	150	100	150	200	100
Аборты	11 498	10 961	11 420,5	11 142,5	11 120	10 996,5
Все причины	19 133	18 391	18 680,5	19 652,5	18 960	17 576,5

Наибольший интерес представляют экономические оценки приведенных потерь, связанные с недопроизведенной продукцией вследствие несостоявшейся человеческой жизни и нереализованной трудовой деятельности. Экономический ущерб (величина недопроизведенного валового регионального продукта) из-за указанных репродуктивных потерь (табл. 4.6) определяется как произведение количества несостоявшихся лет трудовой деятельности и показателя ВРП текущего года ²:

¹ Младенческая смертность в г. Москве / Под ред. И.П. Катковой: Приложение к журналу «Народонаселение». – М.: ИСЭПН, 2000. – С. 77-78.

² Регионы России: Статистический ежегодник / Государственный комитет статистики, 2004.

$$П_i = (MP \times T_e + УН \times T_e + МС \times T_o + А \times T_e) \times ВРП_i,$$

где: $П_i$ – экономические потери в i году (рубли); MP – количество мертворожденных (чел.); $УН$ – количество умерших новорожденных в раннем неонатальном периоде (чел.); $МС$ – материнская смертность (чел.); $А$ – количество абортов; T_e – весь трудоспособный период (лет); T_o – оставшийся трудоспособный период ($T_o = 55 - h$, h – количество прожитых лет); $ВРП_i$ – валовой региональный продукт на душу населения в i году (руб.).

Таблица 4.6

Величина валового регионального продукта, недопроизведенного в Вологодской области в 1998 – 2003 гг. вследствие репродуктивных потерь (тыс. руб.)

	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.*
Мертворожденные	61 586	123 284	187 282	218 746	254 120	198 922
Умерло новорожденных в раннем неонатальном периоде	73 760	131 690	193 666	212 555	231 249	225 096
Материнская смертность	1 343	5 254	5 321	7 739	12 706	6 543
Аборты	205 849	383 898	607 628	574 853	706 454	719 556
Все причины	342 538	644 126	993 896	1 013 892	1 204 529	1 150 118

* Показатель ВРП на 2003 г. рассчитан при темпе прироста 2–3% (Вологодская область – кредитный рейтинг. Standard & Poor's. 10.03.04).

По проведенным расчетам, в 2003 г. экономические потери от младенческой смертности в раннем неонатальном периоде составили более 225 млн. руб., от мертворожденных – почти 199 млн. руб., от материнской смертности – 6,5 млн. руб., а суммарные годовые потери достигли более 430 млн. руб. недопроизведенного валового регионального продукта. При расчете экономических потерь вследствие абортов учитывалось то, что количество абортов, совершенных в течение года, не тождественно возможному числу рождений, так как за год одна женщина может повторить операцию и не каждый аборт привел бы к рождению ребенка. Поэтому для расчетов экономического ущерба из-за нереализованного трудового потенциала мы заведомо уменьшили абсолютный показатель абортов на 50%. Таким образом, среди всех причин, вследствие которых недопроизведен ВРП, доля абортов составила 60%.

Величина недопроизведенного вследствие репродуктивных потерь ВРП Вологодской области в 2003 г. составила более 1 млрд. 150 млн. руб. (что соответствует примерно 1/10 областного бюджета).

Таким образом, изучение территориального аспекта репродуктивного здоровья населения Вологодской области позволило дифференцировать районы по уровню репродуктивного потенциала, классифицировать их с точки зрения социально-экономических условий его сохранения и развития – построена описательная модель репродуктивного потен-

циала населения региона. Подобное ранжирование, безусловно, поможет определить конкретные действия по сохранению и укреплению репродуктивного здоровья, а также более рационально и с наименьшими затратами решить проблему депопуляции населения.

Многие факторы отрицательного воздействия на здоровье матери и ребенка имеют социально-экономическую основу и могут быть откорректированы со стороны семьи и общества. Укрепление и сохранение репродуктивного потенциала – долгосрочная задача, но, чтобы ее выполнить, необходимо принимать меры уже в настоящее время. В условиях ограниченности ресурсов необходимо правильно расставить акценты и вложить средства туда, где ожидается получение наибольшего эффекта.

Очевидно то, что для поддержания высокого уровня репродуктивного потенциала нужна грамотная демографическая политика, пропаганда активной (правильной) модели репродуктивного поведения населения, подкрепленная мерами социально-экономического характера; сохранение и воссоздание значимости института семьи. Важно изучать семью и ее функционирование, изменения, которые происходят с ней как в историческом плане, так и в ходе ее жизненного цикла.

Полученные результаты дали возможность акцентировать внимание на наиболее острых моментах, связанных с репродуктивными потерями, и позволили обозначить резервы для улучшения репродуктивного потенциала области.

По итогам проведенного анализа, на наш взгляд, было бы целесообразным первоочередные усилия направить на решение таких задач, как:

1. Охрана здоровья беременных женщин. Обеспечение рождения здоровых детей будет служить основой для укрепления репродуктивного потенциала региона.

2. Проведение демографической политики, направленной на рождение в семье первого и особенно – второго и третьего ребенка.

3. Формирование «культы семьи». Для создания благоприятного фона, способствующего увеличению рождаемости, мало только экономической стабильности в обществе. Необходимо формировать мировоззрение, повышающее авторитет женщины-матери, труд матери по воспитанию детей. Важно создать в обществе такие условия, чтобы женщина видела перспективу своей жизни не только в карьерном росте, но и в стабильности семьи, в детях ¹.

¹ Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / Отв. ред. Н.С. Григорьева; Пер с англ. А.В. Соловьев, В.М. Чубаров – М.: Медицина, 2002. – 224 с.

Для решения задач по улучшению репродуктивной ситуации в регионе могут быть предприняты следующие шаги:

⇒ Разработка региональной межведомственной программы по охране здоровья матери и ребенка, предусматривающая комплексную оценку состояния, профилактику, раннюю диагностику предболезненных состояний.

⇒ Формирование реально действующих механизмов по реализации в регионе «Концепции демографического развития Российской Федерации на период до 2015 г.», целями которой являются стабилизация численности населения и формирование предпосылок последующего демографического роста.

⇒ Улучшение репродуктивного здоровья населения путем совершенствования профилактической и лечебно-диагностической помощи.

⇒ Более активная и целенаправленная работа существующего в г. Вологде «Центра планирования семьи и репродукции» по вопросам правильного репродуктивного поведения.

⇒ Просвещение населения, организация в учебных заведениях курса по гигиене человека и, соответственно, подготовка медицинского и преподавательского персонала.

ГЛАВА 5

РЕПРОДУКТИВНОЕ ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА: ПРОБЛЕМЫ И ТЕНДЕНЦИИ

*Человеческие потребности изменяются
с привычками.*

Ж. Бернарден де Сент-Пьер

5.1. Состояние репродуктивного здоровья

Характер рождаемости в Вологодской области, как и в России, определяется массовым распространением малодетности (1–2 ребенка), сближением параметров рождаемости городского и сельского населения, откладыванием рождения первого ребенка, ростом внебрачной рождаемости. Поменялись социальные и психологические установки на рождение детей, то есть изменилось само репродуктивное поведение. К проблеме снижения репродуктивных установок добавляется ухудшение репродуктивного здоровья населения, которое является важной составляющей репродуктивного потенциала во всех звеньях репродуктивного цикла¹.

По основным показателям репродуктивного здоровья (общая и гинекологическая заболеваемость женщин, заболеваемость беременных и рожениц, инфекционная заболеваемость, перинатальная, младенческая и материнская смертность, уровень абортот и др.) Россия значительно отстает от развитых стран.

Снижение рождаемости и сокращение доли детей в общей численности населения ведет к его «старению»: хотя удельный вес людей моложе трудоспособного возраста в Вологодской области (18,4%) немногим меньше, чем по России в целом (18,6% в 2002 г.), он значительно снизился по сравнению с показателями 1991 г. (24,5 и 24,3% соответственно). Причем, по прогнозам Госкомстата России, данная тенденция сохранится, и к 2016 г. показатель по области будет равен 14,7%. В Вологодской области число детей в возрасте до 14 лет по сравнению с 1989 г. сократилось в 1,5 раза и составляет менее 1/6 части населения². Таким образом, область входит в число 41 субъекта Российской Федерации, доля детей и подростков в которых составляет менее пятой части населения. Доля лиц старше трудоспособного возраста среди сельского населения больше, чем среди

¹ См. п. 4.1.

² Демографический ежегодник: Статистический сборник / Госкомстат России; Вологодский областной комитет государственной статистики. – Вологда, 2003.

городского: среди женщин она равна 33,3 и 24,7% соответственно, среди мужчин – 16,4 и 12,6%. Процессы старения населения также ведут к снижению репродуктивного потенциала¹.

Для сохранения репродуктивного здоровья населения Правительством Российской Федерации в 2001 г. была принята «Концепция демографического развития РФ на период до 2015 г.». Ее целями являются стабилизация численности населения и формирование предпосылок к последующему демографическому росту. В данной Концепции в области укрепления репродуктивного здоровья населения определены следующие приоритеты:

⇒ укрепление здоровья детей и подростков, прежде всего за счет совершенствования мероприятий, направленных на профилактику травматизма и отравлений, на борьбу с курением, алкоголизмом и наркоманией, а также развития физической культуры и спорта и организации досуга;

⇒ улучшение репродуктивного здоровья населения путем совершенствования профилактической и лечебно-диагностической помощи;

⇒ создание социально-экономических условий, благоприятных для рождения, содержания и воспитания нескольких детей, включая условия для самореализации молодежи, в том числе получение общего и профессионального образования, работу с достойной заработной платой, а также возможность обеспечить семью соответствующими жилищными условиями;

⇒ обеспечение работникам, имеющим детей, условий, благоприятствующих сочетанию трудовой деятельности с выполнением семейных обязанностей;

⇒ формирование системы общественных и личностных ценностей, ориентированных на семью с двумя детьми и более; повышение воспитательного потенциала семьи.

На региональном уровне, в рамках утвержденного постановлением Правительства Вологодской области Стратегического плана «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы», стоит задача укрепления здоровья женщин и детей, нацеленная на улучшение показателей здоровья детей за счет улучшения социально-экономического положения семей, повышения доступности и качества акушерско-гинекологической и педиатрической помощи. В настоящее время выполняется областная целевая программа «Здоровый ребенок» на 2001 – 2004 гг., а также программа «Вакцинопрофилактика на 2000 – 2005 гг.»².

¹ Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения. Т. 2. – М., 2002.

² Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». – Вологда, 2003.

Вопросы улучшения демографической ситуации обсуждались на региональной конференции женщин Северо-Западного региона «Материнство, детство, семья: реальность и перспективы», состоявшейся в ноябре 2001 г. Озабоченность репродуктивным здоровьем звучит в докладах ученых и врачей на российских научно-практических конференциях «Дети и молодежь – будущее России», которые регулярно проходят в г. Вологде, на семинарах и совещаниях медицинских и научных работников.

Проведенный анализ показал разрозненность статистических данных о репродуктивном здоровье населения по различным структурам здравоохранения и государственной статистики. Подобное положение дел не дает возможности наглядного представления репродуктивной ситуации в регионе. Поэтому обобщение и анализ статистических данных позволит более адекватно оценить репродуктивное здоровье и репродуктивный потенциал населения муниципальных образований области.

Одним из основных показателей репродуктивного здоровья является уровень рождаемости. В доиндустриальных обществах он определялся уровнем естественной рождаемости и долей женщин разного возраста, состоявших в браке. Репродуктивное поведение было ориентировано на максимальное число рождений. Многодетность поощрялась социальной и культурной традициями, которые отражали экономические условия, она способствовала лучшему функционированию семьи в аграрном обществе. Уровень рождаемости ограничивался только состоянием здоровья женщин и неудовлетворительными условиями родовспоможения, способствовавшими распространению бесплодия.

Современные тенденции воспроизводства населения все больше и больше зависят от особенностей демографического поведения молодежи. Результаты исследования¹ подтверждают, что идеи бездетности получают распространение в молодежной среде. При этом для России характерно особенно неблагоприятное сочетание: снижение демографических установок на рождение ребенка сопровождается ростом патологической рождаемости на фоне сохраняющихся, в частности среди молодежи, высоких уровней искусственного аборта². Если раньше двухдетная семья превалировала над однодетной, то сейчас репродуктивные планы молодых семей ориентированы на одного, реже – двух детей.

Современные параметры рождаемости в Вологодской области в два раза меньше, чем требуется для замещения поколений: в среднем на одну женщину приходится 1,3 рождения (суммарный коэффициент рождаемости) при 2,15, необходимых для простого воспроизводства населения. В России в 2003 г. родилось 1477 тыс. чел., что на 512 тыс. чел., или в 1,3 раза, меньше, чем в 1990 г.

¹ Комплексное социально-экономическое исследование «ТАГАНРОГ – IV». Рождаемость и планирование семьи в условиях кризисного развития общества (грант №98-02-02293).

² Каткова И.П., Андрюшина Е.В., Куликова О.И. Репродуктивное здоровье и права молодежи // Народообразование. – 1999. – №1. – С. 59-77.

В Вологодской области в 1999 г. общий коэффициент рождаемости составил 7,9 чел. на 1000 населения, что почти в два раза меньше по сравнению с 1989 г. (14,8). Только с 2000 г. появилась тенденция к его росту. В 2003 г. он составил по области 10,4 чел. на 1000 населения – несколько больше, чем по России в целом (10,2), и значительно превысил коэффициент по Северо-Западному федеральному округу (9,4) [рис. 5.1].

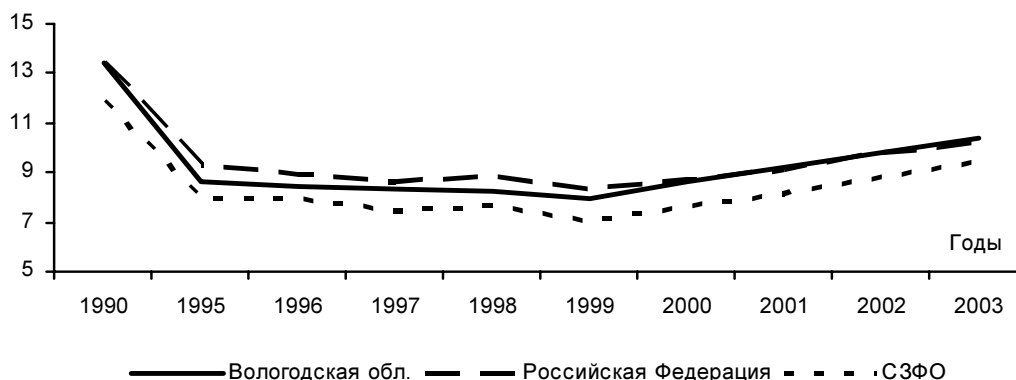


Рис. 5.1. Общие коэффициенты рождаемости

По сравнению с 1990 г. количество зарегистрированных браков в 2002 г. снизилось почти на четверть как в Вологодской области, так и в целом по Российской Федерации (с 8,3 на тыс. населения в 1990 г. до 6,1 в 2002 г. в области; с 8,9 до 7,1 – по России). Молодые пары все чаще отказываются от официальной регистрации брака. Негативным моментом является и рост числа разводов. Если в 1990 г. было зарегистрировано 2,8 развода на тыс. населения, то в 2002 г. – 5 на тыс. населения. Российский показатель разводов немногим выше – 5,3 на тыс. населения. Таким образом, все большее число детей живет в неполных семьях или рождается вне брака. В 2000 г. каждый четвертый ребенок в России родился вне брака. По оценкам специалистов, воспитание детей в неполных семьях ведет к неправильному формированию репродуктивного поведения в будущем¹.

Происходит ухудшение здоровья женщин в целом, что выражается в росте женской заболеваемости. Первые три места в структуре женской заболеваемости в России занимают болезни системы кровообращения и органов дыхания (по 19%), пищеварения (14–17%). Сердечно-сосудистые заболевания остаются одной из главных причин смертности женского населения в Европе и других развитых странах, но ее нынешний уровень в России в 2–4 раза выше. Уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями органов репродуктивной системы также достаточно высок, но в России и странах СНГ рак шейки матки, например, обуславливает более высокие показатели смертности, чем в Европе, и разрыв

¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. Официальное издание / Госкомстат России. – М., 2004.

в смертности от злокачественных образований между Россией и другими странами увеличивается. Возросло количество злокачественных заболеваний, прежде всего типично женских. Так, в 2002 г. количество заболеваний раком молочной железы выросло почти в 2 раза по сравнению с 1980 г., шейки и тела матки, плаценты – более чем в 1,5 раза. Они составляют около 40% всех злокачественных новообразований у женщин, причем их доля в 1990-е гг. постоянно возрастала и стабилизировалась с конца 1990-х гг. на высоком уровне (рис. 5.2).

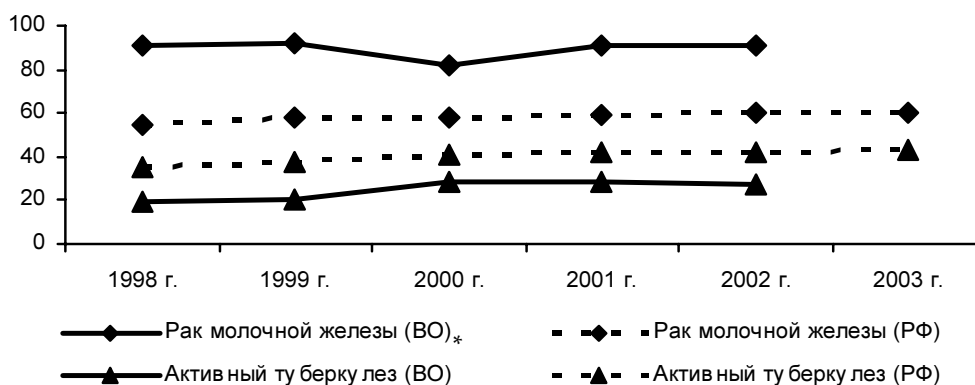


Рис. 5.2. Заболеваемость женщин отдельными болезнями (на 100 тыс. женщин)

* Здесь и далее: Вологодская область.

Происходит рост заболеваемости женщин туберкулезом. Туберкулез остается важной национальной проблемой, так как уже более десяти лет эпидемиологическая ситуация по нему является напряженной. В 2002 г. показатель заболеваемости туберкулезом среди всего населения России достиг 86,1 случая на 100 тыс. населения (1991 г. – 34), по Вологодской области – 34,3 (1991 г. – 20).

Заболеваемость женщин болезнями мочеполовой системы в Вологодской области превышает российские показатели в 2 раза (рис. 5.3). Аналогична ситуация и с анемией – ее показатели по области выше российского уровня в 1,4 – 1,2 раза.

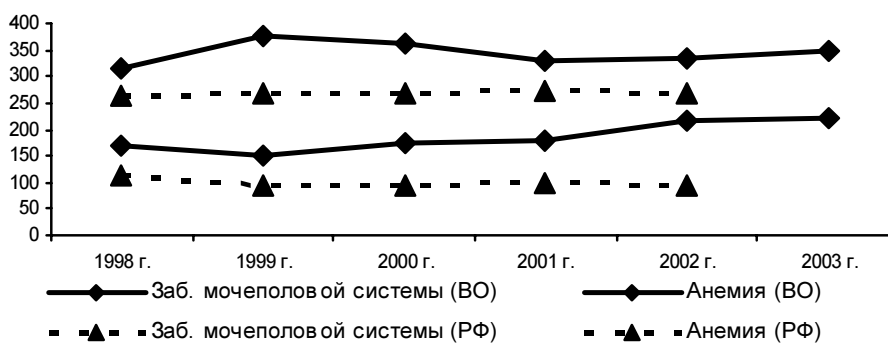


Рис. 5.3. Состояние здоровья беременных, рожениц, родильниц (на 1000 родившихся живыми)

Следовательно здоровье будущих матерей ухудшается с каждым годом, что негативно влияет на здоровье рожденных ими детей – происходит снижение репродуктивного потенциала населения.

В России среди ВИЧ-инфицированных женщины составляют около 20%, из них 90% – в детородном возрасте. Это обостряет проблему передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в период беременности и родов. За время регистрации от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 3774 ребенка, причем в 2002 г. (на 1 декабря) – 1958. При этом каждая четвертая из числа родивших не наблюдалась по поводу беременности, а наличие ВИЧ-инфекции выявлено при поступлении на роды.

Общее снижение здоровья женщин ведет к ухудшению репродуктивного здоровья. Высокая распространенность аборт (в 2003 г. – 165 на 100 родов в ВО и 129 – по РФ), а также патологические состояния в период беременности и родов обуславливают высокие показатели материнской (50 случаев на 100 тыс. живорожденных в 2001 г. и 63 – в 2002 г. в ВО; 44,2 – по РФ), перинатальной смертности (17,2 на тыс. родившихся в 2001 г. и 14,8 – в 2002 г. в ВО), мертворождаемости (7,8 на тыс. родившихся живыми и мертвыми в ВО и 7,2 – по РФ). Высоки показатели младенческой смертности: в последние годы их характеристики в области превышают российские показатели (рис. 5.4).

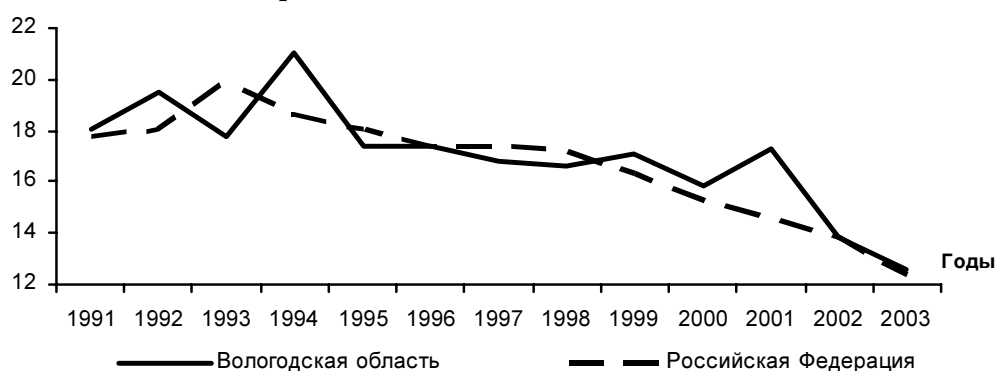


Рис. 5.4. Коэффициенты младенческой смертности (на 1000 родившихся живыми)

Основными в структуре младенческой смертности являются факторы, тесно связанные со здоровьем матери. Три основные группы причин – перинатальные осложнения, врожденные аномалии и болезни органов дыхания – сохранили свое лидерство, но их «вклад» в младенческую смертность изменился. Современная структура младенческой смертности сложилась в начале 1990-х гг. и с тех пор является практически неизменной: ведущими причинами остаются состояния, возникающие в перинатальном периоде, и врожденные аномалии развития, составляющие в совокупности 68,8%¹.

¹ Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации (2002/2003).

В основе многих причин бесплодия лежит нерациональное репродуктивное поведение, одним из самых серьезных последствий которого являются аборт. Именно аборт, особенно сделанные до первых родов, провоцируют такие наиболее распространенные факторы бесплодия, как воспалительные изменения детородных органов, поражения маточных труб, эндометриоз и многие другие гинекологические заболевания.

Наблюдается негативная динамика увеличения числа случаев осложнений беременности и родов среди взрослого населения: в 2000 г. было 4407,9 случая, а в 2002 г. – уже 5107,2 случая на 100 тыс. женского населения Вологодской области. Растет количество случаев женского бесплодия: в 2002 г. их было зарегистрировано 85,8 на 100 тыс. женщин, что ведет к снижению репродуктивного потенциала населения региона¹. В 2002 г. токсикоз второй половины беременности (17,1% от закончивших беременность) вырос более чем в 2 раза по сравнению с 1990 г. (7,8%). Участились случаи анемии, нарушения родовой деятельности, заболеваний мочеполовой системы, органов кровообращения. Причем число осложнений растет прежде всего, за счет анемии, нарушения родовой деятельности, позднего токсикоза. Рост числа больных новорожденных превратился в устойчивую тенденцию. Так, если в 1990 г. заболеваемость новорожденных (с впервые установленным диагнозом) составляла 152,9 случая на 1000 родившихся живыми, то в 2002 г. этот показатель вырос в 2,5 раза и составил 387,1. Увеличилось число врожденных аномалий.

Репродуктивное здоровье женского организма закладывается с первых дней жизни. На всех этапах жизни человека (с момента рождения до достижения зрелого возраста) в его организме происходят органические и физиологические функциональные патологические процессы в органах тех систем, которые могут быть причиной тех или иных нарушений репродуктивного здоровья.

Негативные показатели здоровья (в особенности девочек) ведут к формированию замкнутого круга: больная девочка → больная женщина → больная мать → больной ребенок. Поэтому важнейшая задача здравоохранения – разорвать этот круг. Только тогда можно говорить о том, что родившееся поколение будет здоровым².

Поэтому особого внимания заслуживает рассмотрение репродуктивного здоровья подростков. Заболеваемость девочек в возрасте от 15 до 18 лет нарушениями менструального цикла в Вологодской области возросла (на 100 тыс. девочек соответствующего возраста) с 233,5 в 1994 г. до 1614,8

¹ Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений Вологодской области за 1990 г., 1992 г., 1993 г., 1995 г., 1998 г., 1999 г., 2001 г., 2002 г.

² Гойда Н.Г., Чебан В.И. Концептуальные основы биосоциального ритма репродуктивного потенциала населения, модели профилактики нарушений на этапах его формирования // Охрана здоровья Украины. – 2001. – №1.

в 2002 г. (в 7 раз), по России – с 1206,2 до 3468,3 (в 3 раза). Увеличилось число девочек, входящих в группу риска абсолютного и относительного бесплодия. При этом сохраняется низкая обращаемость девочек с воспалительными заболеваниями органов малого таза к врачу-гинекологу: либо по причине отсутствия выраженных клинических проявлений заболевания, либо из-за боязни огласки. По данным социологических исследований, в России около 50% подростков имеют опыт сексуальных отношений, а средний возраст сексуального дебюта составляет $15,8 \pm 0,2$ лет. У сексуально активных девочек-подростков частота воспалительных заболеваний половых органов в 3 раза выше, чем у сверстниц, никогда не имевших сексуальных отношений (45,2 и 15,1% соответственно)¹. Отрицательной и, к сожалению, преобладающей стороной проблемы беременности у юных женщин остаются аборт и их осложнения. В 2002 г. в Вологодской области число случаев осложнений беременности и родов (826,5 случая на 100 тыс. населения) среди подростков возросло в 1,5 раза по сравнению с 2000 г. (540,2 соответственно). Вследствие этого возрастает заболеваемость новорожденных, требующая вложений со стороны семьи, общества, здравоохранения, государства.

Формирование репродуктивного потенциала в значительной степени зависит от работы служб здравоохранения, причем как лечебного, так и профилактического их звена.

Обращение к здравоохранительным службам происходит на различных стадиях формирования репродуктивного потенциала:

- в период вынашивания ребенка (женщина обращается в женскую консультацию);
- рождение ребенка происходит в родильных домах;
- далее, по мере взросления, ребенок и его родители обращаются в поликлиники, к медицинским работникам дошкольных и школьных учреждений, медицинским работникам оздоровительных центров;
- отдельно необходимо отметить гинекологические отделения.

В женских консультациях наблюдение беременности чаще всего сводится к осмотрам акушера-гинеколога, взвешиваниям, биохимическим исследованиям. Таким образом, необходимое в данный период социально-психологическое сопровождение будущей матери практически отсутствует. Участницы исследования «Изучение условий формирования здорового поколения»² в числе основных причин неудовлетворенности работой женских консультаций отмечают отсутствие информации об особенностях течения беременности, психологической и просветительской информации по подготовке к родам.

¹ Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам Всероссийской диспансеризации 2002 года) / МЗ РФ. – М., 2003.

² Проводится ВНКЦ ЦЭМИ РАН с 1995 г.; в исследовании задействованы когорты семей, в которых родились дети в мае 1995 г., марте 1998 г., 2001 г., 2004 г.

То же самое можно сказать и о службе родовспоможения. Все внимание сосредоточено на оказании медицинских услуг. Это, безусловно, главное звено, но опасен и недоучет значимости просветительской работы среди родильниц. Ведь от того, насколько правильно впоследствии они будут ухаживать за малышом, как построят свои дальнейшие репродуктивные планы в целом, зависит репродуктивный потенциал каждой женщины и всего региона. Каждая вторая из обследованных женщин отмечала недостаток информации об уходе за ребенком: «При выписке из роддома хотелось бы, чтобы с матерью проводили беседу об уходе за ребенком...», «Больше внимания надо уделять подаче информации об уходе за ребенком, о питании мамы, если кормит грудью...».

Другая проблема отечественного здравоохранения – изношенность фондов, нехватка оборудования, квалифицированных, корректных кадров. Это также отмечают женщины, находясь в родильных стационарах, гинекологических отделениях: «Мало информации по здоровью ребенка. Акушеры работают по старинке. Ночью медперсонала не найти. Один туалет на 35 человек, вечная очередь!», «Замечания с точки зрения гигиены: открыть хотя бы еще один туалет, чаще мыть в палатах, провести с медперсоналом беседу о вреде курения!...», «Недоброжелательное, даже грубое отношение к женщинам некоторых медработников...».

Острый недостаток профилактической, разъяснительной работы ощутим и в отношении формирования у населения приоритетных методов планирования семьи. Большинство обследованных женщин¹ убеждены в том, что размер семьи надо планировать, но часто методом планирования, регулирования семьи становится искусственное прерывание беременности. Недостаток информации об опасности такой операции, ее осложнениях, с одной стороны, и недоступность современных надежных и удобных контрацептивных средств (их высокая стоимость), с другой стороны, привели к широкому распространению абортов как в России в целом, так и в Вологодской области.

Далее, по мере взросления ребенка, семья обращается в поликлиники (как правило, только в случае возникших заболеваний, а не с профилактическим визитом) и к медицинским работникам детских дошкольных и школьных учреждений.

Наблюдение за здоровьем детей осуществляется в процессе диспансеризации и оценивается по ряду параметров, в соответствии с которыми детям присваивается группа здоровья. Однако диспансеризация проводится в сжатые сроки и достаточно формально. Цель регулярных наблюдений за здоровьем детей и подростков – выявление заболеваний и их последующее устранение. Но второе звено, важное и ответственное,

¹ Социологический опрос беременных женщин Вологодской области (2004 г.).

отдано на откуп родителям, которые получают справки-направления для обращения к врачам-специалистам. Дальнейшее поведение семьи зависит от многих факторов – начиная с уровня культуры родителей и заканчивая обеспеченностью специалистами нужного направления в поликлиниках по месту жительства. Еще более сложная ситуация складывается в сельской местности, где порой даже для формально качественного диспансерного осмотра не хватает специалистов, а консультации и лечение в соответствии с возникшими отклонениями здоровья и вовсе затруднительны (табл. 5.1).

Таблица 5.1

Оценка доступности различных услуг здравоохранения для семей с детьми
(в баллах, по 10-балльной шкале)

Вид услуг	Всего в исследовании	Вологда	Череповец	Районы
Доступность своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов	5,5	5,6	5,6	5,0
Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям	5,7	5,7	5,8	5,4
Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	6,3	7,2	6,7	3,8
Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами	7,2	7,2	8,3	4,9
Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	7,7	8,1	8,5	5,4
Доступность своевременной квалифицированной помощи врача-педиатра	8,0	8,7	8,4	5,8

И.В. Журавлева¹ отмечает, что, согласно данным экспертных опросов, врачи отмечают и слабую информированность школьников в сфере здоровья, но не считают своей обязанностью вести санитарно-просветительскую работу, полагая, что это дело семьи и школы.

Действительно, стоит заметить, что ответственность здравоохранения за здоровье оценивается всего в 10–15%, а фактическое соотношение затрат на лечение и профилактику составляет 10:1 и сокращение финансирования в первую очередь сказывается именно на профилактической работе.

Многими специалистами уже давно признается необходимость достраивания недостающего звена — комплексной психолого-педагогической и социальной работы с будущими матерями, а также младенцами, детьми и подростками, особенно входящими в группу риска.

Обеспечение межсекторального подхода в построении эффективных стратегий и программ по репродуктивному здоровью молодежи – приоритетная задача реформы здравоохранения, так как репродуктивный потенциал женщин – это не только здоровье и счастье отдельной женщины, но и будущее страны.

¹ Журавлева И. В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М., 2002. – С. 180.

5.2. Репродуктивное поведение и установки женщин

Изучение репродуктивного поведения и репродуктивных установок (потребностей) является важным условием для понимания и прогнозирования тенденций рождаемости в регионе, разработки конкретных мероприятий эффективной демографической и семейной политики.

Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН в период с мая по июль 2004 г. провел опрос беременных женщин (с различным исходом беременности: родивших ребенка и прервавших беременность абортom), с целью выяснения репродуктивных ориентаций населения региона¹. В ходе исследования была получена информация по следующим основным аспектам: желаемое число детей в разных возрастных группах опрошенных; репродуктивные намерения на ближайшие три года; обстоятельства, препятствующие, по мнению женщин, рождению детей и способствующие аборту, а также степень информированности по вопросам репродуктивного здоровья.

При анализе результатов опроса важно иметь в виду основные социально-демографические характеристики респонденток. Возраст тех из них, кто закончил беременность рождением ребенка, – преимущественно 20 – 29 лет (72% опрошенных этой когорты). Возраст же респонденток, прервавших беременность абортom, значительно ниже – от 14 до 24 лет (72% среди опрошенных этой группы).

Одним из факторов, влияющих на состояние репродуктивной функции, является предупреждение нежелательной беременности. Нередко женщина стоит перед непростым вопросом: родить ребенка или сделать аборт? Особенно сложно решается этот вопрос девушкой-подростком. Именно аборты, особенно до первых родов, провоцируют наиболее распространенные факторы бесплодия². Хотя в последнее время статистика отмечает сокращение количества абортов, но их уровень очень велик. Так, в Вологодской области число абортов превышает количество родов в 1,7 раза³. Необходимо также отметить, что аборт используется женщинами как метод регулирования деторождения.

Актуален в этой связи вопрос об обстоятельствах, допускающих прерывание беременности абортom (табл. 5.2). Для большинства опрошенных

¹ Исследование проводилось в роддомах и гинекологических отделениях г. Вологды, г. Череповца и шести районов области: Белозерского, Великоустюгского, Никольского, Харовского, Чагодощенского, Шекснинского. Было опрошено 2 группы женщин: 288 – закончивших беременность родами и 222 – прервавших беременность абортom.

² Землянова Е.В. Репродуктивное здоровье женщин как фактор рождаемости в России: Дисс. ... к.э.н. – М.: ПрофСоф, 2003. – С. 28.

³ Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений Вологодской области за 1999 – 2004 гг. / Бюро медицинской статистики.

это прежде всего наличие порока в развитии плода, угроза для жизни женщины вследствие беременности, а также те случаи, когда беременность является результатом изнасилования. Женщины, прервавшие беременность абортom, в отличие от родивших, больше внимания обращают на «материальные трудности семьи» или на то, что «женщина не замужем». То есть воздействие жизненных обстоятельств на репродуктивные установки «абортирующих»¹ женщин в большей степени происходит через субъективную оценку материальных условий жизни, семейного благополучия.

Таблица 5.2

Обстоятельства, допускающие прерывание беременности абортom
(в % к числу ответивших)*

Вариант ответа	Роды**	Аборт***
Плод имеет порок в развитии	65,9	51,8
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	55,9	41,3
Беременность является результатом изнасилования	31,2	38,5
Беременность может повредить здоровью женщины	15,8	27,1
Материальные трудности семьи	9,0	34,9
Женщина не замужем	3,2	21,1
Другое	2,2	5,0
Затрудняюсь ответить	13,3	11,0

* Сумма ответов по столбцу может превышать 100%, поскольку можно было давать любое число ответов.

** Женщины, окончившие беременность родами.

*** Женщины, прервавшие беременность абортom.

Непосредственную характеристику репродуктивных предпочтений женщин дает показатель «желаемого» числа детей, то есть такого количества, которое женщина предпочла бы иметь в своей семье «вообще», исходя из собственных потребностей, без учета конкретных обстоятельств жизни и индивидуальной биографии². При анализе результатов опроса оказалось, что основная масса опрошенных (как родивших, так и сделавших аборт) изъявили желание иметь от одного до двух детей (87 и 88% соответственно). Причем среди родивших доля тех, кто хочет иметь двоих детей, почти в 2,5 раза больше доли желающих иметь одного. Репродуктивные установки родивших женщин также в большей степени нацелены на многодетность. Так, трех и более детей среди них желают иметь 4%, тогда как среди сделавших аборт – только 2%. А 3% женщин, прервавших беременность, вообще не хотят иметь детей. Обращает на себя внимание

¹ Андриюшина Е.В., Каткова И.П., Куликова О.А. Планирование семьи по-русски // Народонаселение. – 2000. – №3(9). – С. 57.

² Бодрова В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период // Народонаселение. – 1999. – №2.

то, что при нежелании иметь детей, все же родили ребенка 3% женщин моложе 19 лет и 1% – в возрасте от 20 до 24 лет (табл. 5.3). Причиной этого послужило настояние родителей, родственников или медицинских работников.

Таблица 5.3

Мнение женщин о желаемом числе детей в семье в зависимости от возраста (в %)

Возрастные группы	Желаемое количество детей в семье											
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить		Количество ответивших (абс. %)	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
До 19 лет	2,5	1,5	30	40	60	46,2	5	-	2,5	12,3	40/100	65/100
20-24 лет	0,8	2,2	31,5	34,1	55,1	54,9	2,4	1,1	10,6	7,7	127/100	91/100
25-29 лет	-	6,3	18,8	43,8	65	40,6	6,3	9,4	10	-	80/100	32/100
30-34 лет	-	12,5	10	25	83,3	62,5	3,3	-	3,3	-	30/100	16/100
35 лет и старше	-	-	33,3	25	44,4	66,7	11,1	8,3	11,1	-	9/100	12/100
<i>Всего в исследовании</i>	<i>0,7</i>	<i>3,2</i>	<i>25,5</i>	<i>36,1</i>	<i>61,2</i>	<i>51,4</i>	<i>4,2</i>	<i>2,3</i>	<i>8,3</i>	<i>6,9</i>	<i>286/100</i>	<i>216/100</i>

Показатель желаемого числа детей практически совпал среди женщин в возрасте от 20 до 24 лет в обеих группах респонденток (рис. 5.5). Наибольшие различия по данному показателю между родившими и сделавшими аборт обнаружены среди желающих иметь двух детей (женщины старше 25 лет) и среди желающих иметь одного ребенка (женщины в возрасте от 25 до 34 лет) – в среднем разница составляет 22%.

Анализ показал, что существуют большие различия в мнениях представительниц разных поколений о «желаемом» числе детей в семье, то есть в их репродуктивных установках. «Пик» репродуктивной активности по

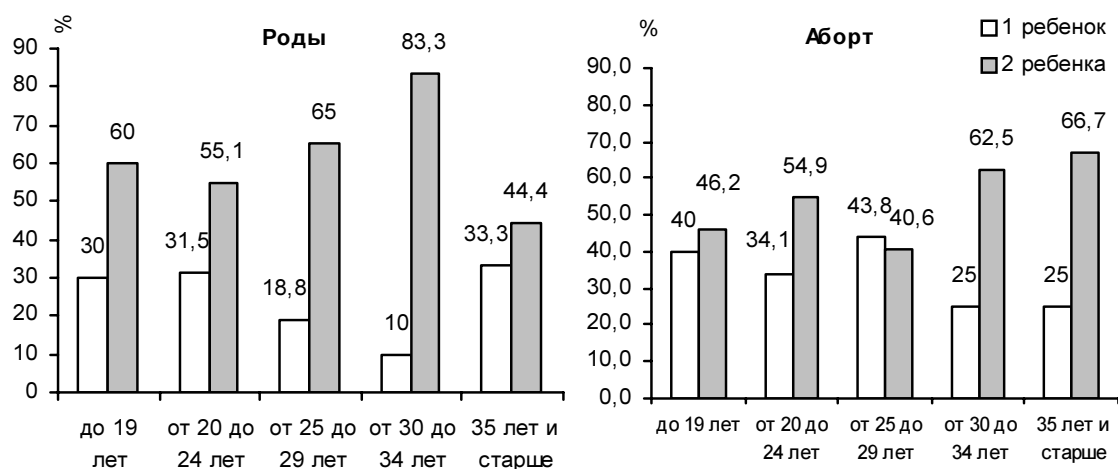


Рис. 5.5. Доля респонденток, желающих иметь одного и двух детей, в зависимости от возраста (в %)

желаемому числу детей приходится на возраст от 30 до 34 лет. Данный факт необходимо учитывать при формировании демографической политики.

Ведущие демографы в развитых странах ведут оживленные дискуссии о том, как правильно оценить «истинный» текущий и перспективный уровень рождаемости в условиях продолжающейся трансформации ее возрастной («тайминговой») модели. Оценка итогового показателя рождаемости для России, выполненная с использованием различных методологических приемов, составляет 1,5–1,6 ребенка в расчете на одну женщину за всю ее жизнь (для когорт, которые сегодня находятся в активных репродуктивных возрастах)¹. По нашим расчетам суммарный коэффициент рождаемости для Вологодской области может быть равен 1,67 (на основе данных опроса о желаемом числе детей респонденток) при том, что фактически он составляет 1,3 ребенка. Сравнительный анализ показателей у родивших женщин и тех, которые прервали беременность абортom, подтвердил значимые различия: первые при реализации своих «желаний» обеспечили бы суммарный коэффициент рождаемости на уровне 1,75, а вторые на уровне 1,49 рождения.

Тренд возрастных коэффициентов рождаемости по данным исследования (рис. 5.6) в целом соответствует тенденции статистических данных 2003 г. (рис. 5.7), что свидетельствует о представительности проведенного исследования.

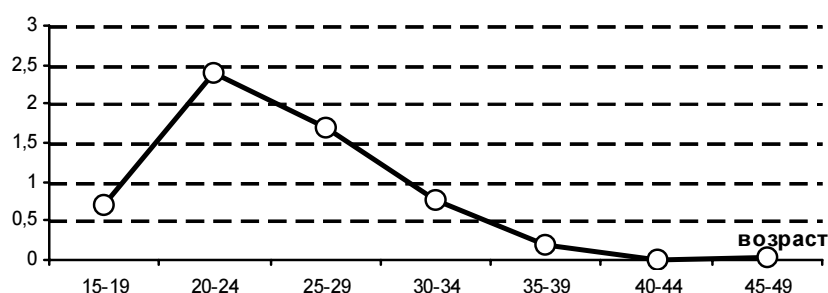


Рис. 5.6. Возрастные коэффициенты рождаемости (данные опроса 2004 г.)

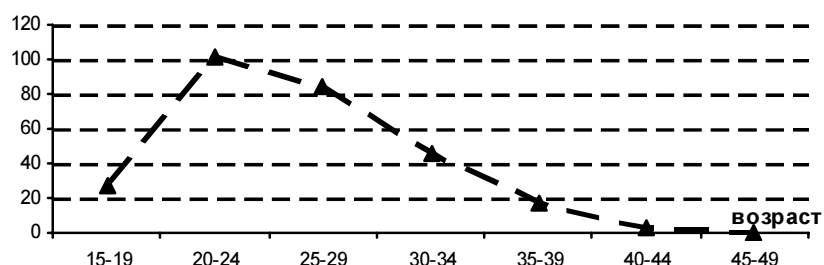


Рис. 5.7. Возрастные коэффициенты рождаемости в Вологодской области (Росстат 2003 г.)

¹ Захаров С.В. Перспективы изменения модели рождаемости в России // Народонаселение. – 2004. – №3(25). – С. 37.

Что касается трансформации модели рождаемости – откладывания браков и рождения детей на все более поздний возраст, то подобная тенденция в Вологодской области (как в целом по Российской Федерации) стала отмечаться уже с середины 1990-х гг. Принципиальные отличия в возрастной модели рождаемости произошли в промежуток с 1992 по 1998 гг. В этот период в 1,5 раза сократилось число детей, рожденных матерями в возрастных интервалах от 15 до 19 лет и от 20 до 24 лет, причем доля последних вносила максимальный вклад в уровень рождаемости (рис. 5.8). Спустя еще 5 лет, в 2003 г., было отмечено падение уровня рождаемости у молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет, а рождаемость у женщин старше 25 лет, напротив, возросла. Последний факт является результатом реализации рождений, отложенных в 1990-х гг.

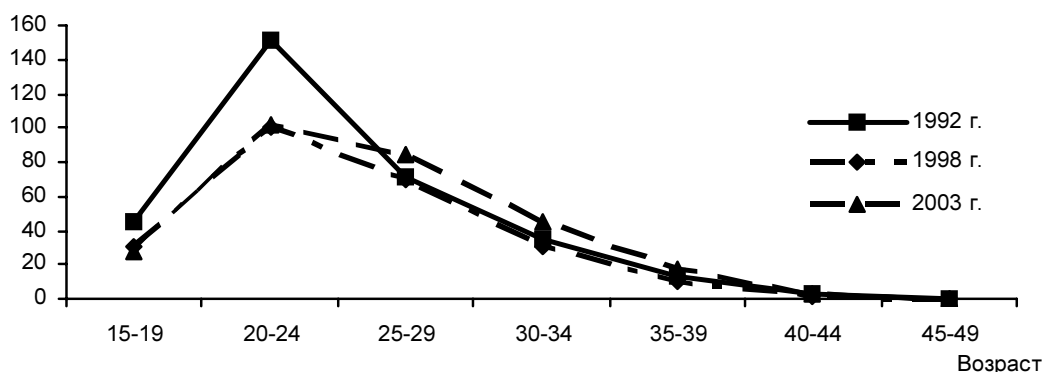


Рис. 5.8. Возрастные коэффициенты рождаемости в Вологодской области (данные статистической отчетности)

Об изменении модели рождаемости также свидетельствует и увеличение длины женского поколения (выражаемой в среднем возрасте женщины при рождении детей). На практике обычно используется косвенный метод расчета длины женского поколения:

$$T = \frac{\beta \times \sum x \times F_x \times L_x^w}{\beta \times \sum F_x \times L_x^w},$$

где: β – доля девочек среди родившихся; x – возраст; F_x – возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте x ; L_x^w – число живущих женщин в возрасте x из таблицы дожития¹. В Вологодской области за 5 лет он увеличился на 1 год: с 25,4 года в 1998 г. до 26,2 года в 2003 г.

Таким образом, мы наблюдаем процесс, ведущий к более позднему материнству. Откладывание рождений на более поздний возраст является результатом давления неблагоприятной социально-экономической конъюнктуры. При этом едва ли стоит ожидать возврата к традиционной

¹ Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 92.

модели брака и высоким показателям рождаемости. Возможно, подобная тенденция служит отражением более глубоких изменений в русле «второго демографического перехода», которому следуют все развитые страны.

Стержнем новейших тенденций рождаемости выступает поиск оптимальной модели жизненного цикла человека, отвечающего реалиям современной политической и экономической ситуации, среди которых: высокие требования к образованию и уровню материального благосостояния, увеличивающаяся роль женщин в формировании семейных доходов. Современный человек настраивает календарь важнейших событий в своей жизни, все более согласуя их с наиболее принципиальными переменами в экономической среде и все менее оглядываясь на традиционные представления и нормативные ограничения. Ключевыми моментами наблюдаемых перемен, имеющих непосредственное отношение к формирующейся новой модели рождаемости, выступает расширение свободы выбора форм совместной жизни, переоценка моральных принципов поведения, появление новых технологий в области репродукции человека¹.

Мы выделили два фактора, оказывающих определяющее воздействие на репродуктивное поведение женщин:

1. Репродуктивные ориентации женщин зависят в первую очередь от их семейного положения. На современном этапе вопросы социальной сущности семей, семейно-брачных и семейно-бытовых отношений привлекают все большее внимание исследователей различных специальностей. И это не случайно, ибо семья органически связана с важнейшими элементами существования нашего общества – производством и потреблением материальных благ, воспроизводством населения. Под воздействием перемен в нормах социального поведения незарегистрированные сожительства и гражданские браки во все большей мере перестают осуждаться общественным мнением и сегодня воспринимаются как одна из социально приемлемых форм семейной жизни и партнерства. Однако она, в отличие от зарегистрированного брака, не дает уверенности женщине в вопросах формирования полноценной семьи². Отметим, что в целом среди родивших женщин доля состоящих в зарегистрированном браке почти в три раза выше, чем среди прервавших беременность. Напротив, большая часть последних является незамужними, что, несомненно, препятствует осуществлению их репродуктивных планов. Между исследуемыми группами женщин, состоящих в зарегистрированном браке, также имеются существенные различия (рис. 5.9). Так, двух

¹ Захаров С.В. Перспективы изменения модели рождаемости в России // Народонаселение. – 2004. – №3(25). – С. 40.

² Население России – 2002. Десятый ежегодный демографический доклад / Под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – С. 32.

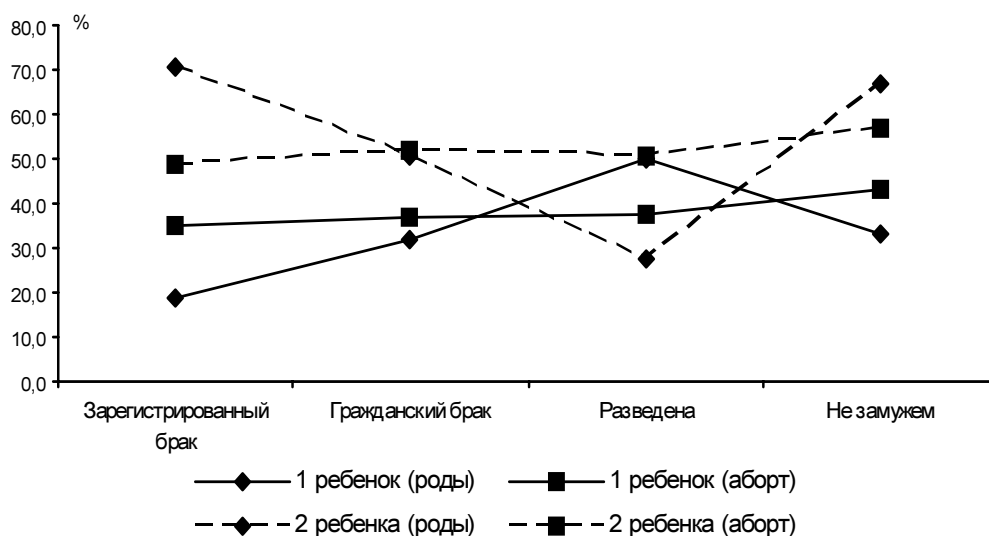


Рис. 5.9. Доля респонденток, желающих иметь одного и двух детей, в зависимости от семейного положения (в %)

детей хотят иметь 71% родивших женщин и только 49% – прервавших беременность; одного ребенка – 19 и 35% соответственно (табл. 5.4). Что касается женщин, состоящих в гражданском браке, то каждая вторая хочет иметь двух детей, а каждая третья – одного (и в той, и в другой группе разница не превышает 5%). Обращает на себя внимание тот факт, что каждая пятая (20%) незамужняя родившая респондентка затрудняется с решением о желаемом числе детей, а среди прервавших беременность – только каждая десятая (10%). Кроме того, репродуктивные планы родивших значительно ниже, чем тех, кто сделал аборт. Все это подтверждает закономерность: чем менее стабилен социальный статус семьи (зарегистрированный брак > гражданский брак > не замужем), тем ниже репро-

Таблица 5.4

Мнение женщин о желаемом числе детей, в зависимости от семейного положения (в %)

Семейное положение	Желаемое количество детей в семье											
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить		Количество ответивших (абс./%)	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
Зарегистрированный брак	-	7,8	18,8	35,3	70,7	49	4,4	5,9	6,1	2	181/100	51/100
Гражданский брак	3,2	3,3	31,7	36,7	50,8	51,7	4,8	1,7	9,5	6,7	63/100	60/100
Не замужем	-	1,1	50	37,4	27,8	50,5	2,8	1,1	19,5	9,9	36/100	91/100
Разведена	-	-	33,3	42,9	66,7	57,1	-	-	-	-	3/100	7/100

дуктивные установки женщины. (По данным статистики, доля родившихся в Вологодской области внебрачных детей в 2003 г. составляла 36% от общей численности родившихся¹.)

На основании данных исследования можно заключить следующее: *чем стабильнее и прочнее семейные отношения, тем выше репродуктивные ориентации женщин.* Это является подтверждением большой значимости института семьи и его роли в увеличении рождаемости.

2. *Еще одной из социальных характеристик, оказывающих влияние на репродуктивные установки женщин, является уровень их образования.* Важно отметить, что уровень образованности родивших женщин выше, чем прервавших беременность абортom, хотя отчасти это и вызвано молодостью респонденток, входящих во вторую группу. Дифференциация женщин в зависимости от уровня образования имеет следующую направленность: респондентки с высшим образованием (21% среди закончивших беременность родами и только 1% – среди прервавших беременность) обладают наивысшими показателями «желаемого» числа детей (двух детей – 74 и 63% соответственно; табл. 5.5). Одна треть опрошенных женщин имеет среднее специальное образование. В этой группе репродуктивные установки родивших женщин значительно выше, чем среди прервавших беременность абортom: на рождение двух детей ориентированы 64 и 53% соответственно, трех и более – 5 и 1%.

Таблица 5.5

Мнение женщин о желаемом числе детей, в зависимости от образования (в %)

Образование	Желаемое количество детей в семье											
	Ни одного		Один		Два		Три и более		Затрудняюсь ответить		Количество ответивших (абс.%)	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
Неполное среднее	3,2	3,3	41,9	50	51,6	43,3	-	-	3,2	3,3	31/100	30/100
Среднее (школа, ПТУ)	-	2,9	26,6	33,3	57,8	55,1	4,7	1,4	11	7,2	64/100	69/100
Среднее специальное	-	-	24,5	42,6	63,7	52,9	3,9	-	7,8	4,4	102/100	68/100
Незаконченное высшее	-	4,3	26,9	26,1	42,3	39,1	11,5	13	19,2	17,4	26/100	23/100
Высшее	-	10,5	19	21,1	74,1	63,2	3,4	5,3	3,4	-	58/100	19/100

Судя по данным, представленным на рис. 5.10, наличие у респонденток законченного образования (среднего специального, высшего) оказывает положительный эффект на их мнение о желаемом числе детей в семье, тогда как женщины с незаконченным образованием, еще продолжающие учиться или прервавшие обучение, думают о меньшем количестве детей.

¹ Демографическая ситуация в Вологодской области: состояние и перспективы / Росстат; Территориальный орган Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2004. – С. 9.

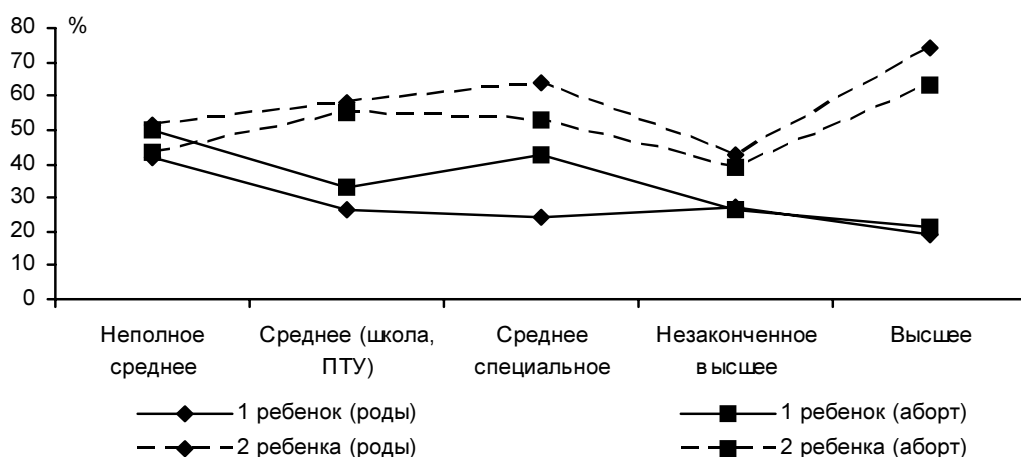


Рис. 5.10. Доля респонденток, желающих иметь одного и двух детей, в зависимости от образования (в %)

Результаты исследования показали, что господствующим среди женщин является желание иметь двоих детей, хотя, по их мнению, наличие двух и более детей часто мешает достижению супругами других значимых для них жизненных целей. Различия в условиях жизни, семейном положении, образовании и другие факторы вносят существенные коррективы в репродуктивные установки. Поэтому только при улучшении социально-экономической ситуации (повышение уровня жизни, увеличение количества и качества жилья, оздоровление обстановки в обществе) можно надеяться на повышение репродуктивных установок населения.

Репродуктивное поведение на разных этапах жизненного цикла, в силу различных условий, может подвергаться изменениям. Для прогнозов рождаемости важно знать о намерениях населения иметь или не иметь детей, поэтому женщинам был предложен вопрос: «Через какой промежуток времени Вы хотели бы иметь ребенка?»

Репродуктивные планы большинства родивших женщин, желающих иметь одного ребенка, естественно, уже осуществились (65,8% ответили, что больше не хотят иметь детей), но одна треть их все-таки допускает возможность рождения еще одного ребенка (рис. 5.11). Репродуктивные планы женщин, желающих иметь двух детей, отодвинуты на более поздние сроки – 35,6% ответивших планируют рождение второго ребенка более чем через три года. Отметим, что наиболее благоприятный интервал между родами составляет не менее 2–2,5 года и является важным условием наиболее удачного течения беременности и родов, послеродового периода, а также способствует улучшению жизнеспособности ребенка и сохранению здоровья матери¹. Репродуктивные планы женщин, прервавших беременность абортom, также отложены на будущее.

¹ Андрюшина Е.В., Каткова И.П., Куликова О.И. Планирование семьи по-русски // Народонаселение. – 2000. – №3(9). – С. 47.

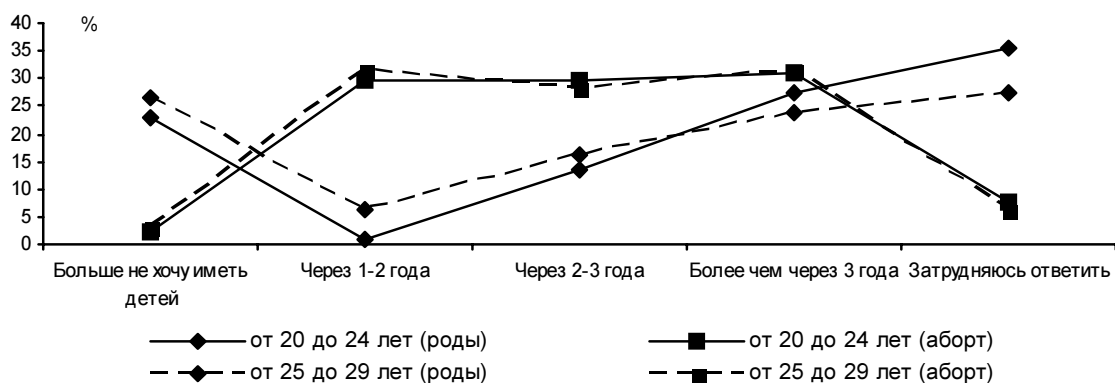


Рис. 5.11. Репродуктивные планы возрастных групп наивысшей репродуктивности (от 20 до 29 лет; в %)

Что касается репродуктивных планов различных возрастных групп, то можно отметить, что они совпадают у родивших женщин в возрасте до 30 лет, а также у 30-летних и старше. Совпадают и репродуктивные планы обеих групп на следующие 1–3 года, а вот планы на более длительный срок имеют различия: преобладающая доля женщин старшего репродуктивного возраста (30 лет и старше) уже осуществила свои репродуктивные намерения и больше не желает иметь детей (60 и 67%), женщины же в возрасте до 30 лет в основном планируют беременность более чем через три года (24–33%).

Однородность репродуктивных планов женщин, прервавших беременность абортom, наблюдается лишь в возрасте наивысшей репродуктивности (от 20 до 24 и от 25 до 29 лет). Причем планы старших возрастных групп (в отличие от родивших женщин) нацелены на рождение ребенка в будущем, так как их репродуктивные намерения еще не выполнены.

В ходе исследования респондентам был предложен еще один контрольный вопрос: «Как Вы думаете, каков будет исход следующей беременности?». 25% женщин указали, что ни в коем случае не допустят наступления следующей беременности. В основном это женщины старших возрастных групп, репродуктивные планы которых уже осуществились. В целом имеется сходство в ответах родивших женщин, относящихся к младшим и средним возрастным группам (рис. 5.12). Так, половина опрошенных родивших женщин в случае

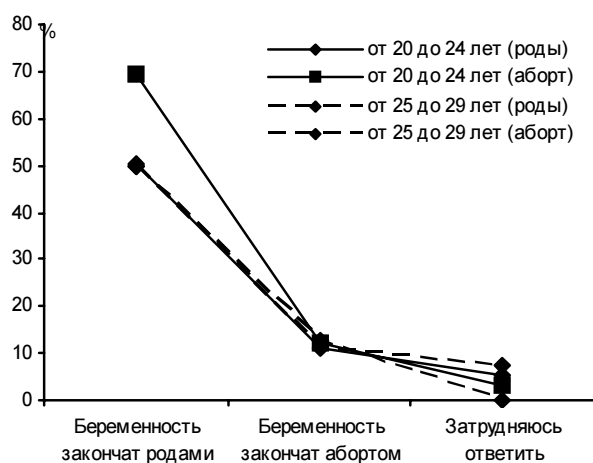


Рис. 5.12. Исход следующей беременности возрастной группы женщин 20 – 29 лет (период наивысшей репродуктивности; в %)

наступления беременности будут рожать. Среди женщин, прервавших беременность аборт, доля решивших рожать в следующий раз сокращается с увеличением возраста (от 82% в 15–19 лет до 13% в 30–34 года). Наибольший показатель ожидаемого аборта в возрастной группе от 30 до 34 лет среди родивших – 43%, а среди сделавших аборт – 56%.

Проведенное нами исследование обнаружило значительное снижение репродуктивных установок в современном поколении женщин репродуктивного возраста, что, безусловно, является крайне неблагоприятной тенденцией. Вместе с тем желаемое число детей оказалось заметно выше, чем сложившиеся уровни рождаемости, что создает потенциал для благоприятного изменения ситуации в перспективе.

Значительный научно-практический интерес представляют результаты анализа степени информированности женщин по вопросам репродуктивного здоровья. Большинство женщин во всех возрастных группах заинтересованы в расширении своих знаний о профилактике гинекологических заболеваний (от 60 до 94%). В обследованной когорте женщин, прервавших беременность, каждая третья (среди родивших – каждая шестая) затруднилась ответить на вопрос об удовлетворенности уровнем своих знаний в вопросах использования различных методов предохранения от беременности, что отчасти свидетельствует о неграмотности респонденток в области планирования семьи и репродуктивного здоровья (табл. 5.6). Что касается «удовлетворенных» своими знаниями, то их доля среди женщин, родивших ребенка, во всех возрастных группах больше, чем среди прервавших беременность аборт. В возрасте до 19 лет каждая четвертая родившая женщина и каждая третья, сделавшая аборт, не удовлетворены своими знаниями в вопросах использования контрацепции; в возрасте от 20 до 24 лет – соответственно каждая вторая и каждая третья; в возрасте от 25 до 29 лет – 40 и 44%; в возрасте от 30 до 34 лет – 33 и 44% соответственно.

Таблица 5.6

Распределение ответов на вопрос: «Удовлетворены ли Вы своими знаниями по вопросам использования различных методов предохранения от беременности?» (в %)

Возрастная группа	Да		Нет		Затрудняюсь ответить	
	Роды	Аборт	Роды	Аборт	Роды	Аборт
До 19 лет	45,0	30,8	25,0	33,8	30,0	35,3
От 20 до 24 лет	31,5	28,1	49,6	36,0	18,9	36,0
От 25 до 29 лет	48,8	43,8	40,0	43,8	11,3	12,5
От 30 до 34 лет	50,0	25,0	33,3	43,8	16,7	31,3
35 лет и старше	77,8	33,3	22,2	8,3	-	58,3
<i>Всего в исследовании</i>	<i>41,6</i>	<i>31,3</i>	<i>40,9</i>	<i>35,5</i>	<i>17,4</i>	<i>33,2</i>

В целом в исследуемой совокупности каждая четвертая женщина (24%) затруднилась с ответом об удовлетворенности своими знаниями о контрацепции, остальные распределились поровну – на удовлетворенных (37%) и неудовлетворенных (39%). Подобное положение дел обуславливает необходимость кропотливой работы медицинских и социальных служб по формированию грамотного контрацептивного поведения населения и повышению информированности женщин по всем вопросам охраны репродуктивного здоровья.

Таким образом, проведенное исследование раскрывает сущность репродуктивных установок современных женщин, на формирование которых непосредственное влияние оказывают меняющиеся моральные, социальные и экономические условия жизни.

В сложившихся социально-экономических условиях «абортное»¹ поведение оказалось характерным прежде всего для женщин молодого возраста – от 15 до 24 лет (72%), незамужних (44%), состоящих в гражданском браке или проживающих совместно с мужчиной, т.е. без оформления брачных отношений (29%). А расплатой за ранние аборты, как известно, является нарастающее бесплодие. Ориентация на искусственное прерывание беременности – опасно устоявшаяся тенденция репродуктивных представлений современных женщин, а низкий уровень их информированности в вопросах контрацепции еще больше усугубляет обстановку. Поэтому необходима целенаправленная работа медико-социальных служб по формированию грамотного репродуктивного поведения.

Необходимо формировать должное отношение женщин к своему здоровью как основе полноценной человеческой жизни, психологического комфорта, подготовки к выполнению женских социальных ролей, среди которых важное место принадлежит материнству, при этом материнству не стихийному, случайному, а осознанному, желаемому².

На современном этапе социальная сущность семьи, семейно-брачные и семейно-бытовые отношения претерпели большие изменения, причем не в лучшую сторону. Поэтому представляется важной еще одна задача – сохранение «структуры» семьи, поскольку семья органически связана с важнейшим элементом развития общества – продолжением рода.

¹ Андриюшина Е.В., Каткова И.П., Куликова О.И. Планирование семьи по-российски // Народонаселение. – 2000. – №3(9). – С. 55.

² Лактионова Г.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Украины: состояние и проблемы // Управление здравоохранением. – №1. – 2000. – С. 63.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Подводя итоги первичного анализа репродуктивного потенциала населения как процесса формирования и передачи здоровья от поколения к поколению, мы выделяем следующие важные моменты:

1. Репродуктивный потенциал населения региона неуклонно снижается, и это является важнейшей медико-социальной проблемой. Особую значимость ей придает снижение рождаемости, обусловленное не только социальными причинами, но и низкими репродуктивными возможностями современных юношей и девушек.

2. Снижение потенциала здоровья происходит уже в раннем детстве. Большинство детей теряют здоровье уже в процессе формирования организма. На здоровье детей воздействует много факторов, но главный из них – это здоровье родителей, и в первую очередь матери.

3. В современной России не сформирована система полового воспитания молодежи и крайне низка социально-гигиеническая грамотность, что приводит к несознательному отношению населения к своему здоровью.

Ниже представлен SWOT-анализ, подготовленный на базе основных результатов проведенных исследований (табл. 1).

Таблица 1

SWOT-анализ состояния репродуктивного потенциала в Вологодской области

Сильные стороны	Слабые стороны
<ol style="list-style-type: none">1. Рост с 2000 г. общего коэффициента рождаемости2. Сохранившиеся репродуктивные установки населения иметь 2 детей в семье3. Наличие в области квалифицированных врачей-гинекологов, педиатров4. Наличие центра перинатальной медицины5. Действие в регионе целевых программ по охране материнства и детства	<ol style="list-style-type: none">1. Рост числа детей-инвалидов, заболеваемости новорожденных2. Рост числа заболеваний, передаваемых половым путем, уровни распространенности ВИЧ/СПИД, бесплодия3. Высокий уровень абортов4. Низкий уровень рождаемости, который не обеспечивает даже простого замещения поколений5. Низкая социально-гигиеническая культура населения
Возможности	Угрозы
<ol style="list-style-type: none">1. Создание условий для привлечения мигрантов в трудоспособном и моложе трудоспособного возрасте2. Стимулирование рождаемости за счет повышения социальных гарантий и улучшения социально-экономических условий в регионе3. Организация и совершенствование программ по охране репродуктивного здоровья и повышению репродуктивного потенциала4. Развитие жилищной и культурно-бытовой сферы для молодых семей	<ol style="list-style-type: none">1. Расширение процессов депопуляции (высокая смертность мужчин в репродуктивном возрасте, низкая рождаемость)2. Неблагоприятная социально-экономическая ситуация в стране3. Отсутствие взвешенных и действенных мер, направленных на повышение рождаемости и увеличение детности4. Деградация идеологических и моральных репродуктивных установок (брак, семья, аборт)

Данный анализ является исходной основой для определения действий органов региональной и муниципальной власти по развитию репродуктивного потенциала.

В сложившемся порядке управления возможно выделение трех основных направлений регулирования репродуктивного потенциала, а именно: государственное воздействие, идеологическое и моральное воздействие, экономическое регулирование.

Методы государственного воздействия основываются на нормативно-законодательном регулировании наиболее важных условий формирования репродуктивного потенциала (Гражданский кодекс, Кодекс законов о семье и браке, Жилищный кодекс, Трудовой кодекс, социальное законодательство и др.). Реализацию этих правовых актов осуществляют все ветви власти: исполнительная, судебная и местное самоуправление.

Следует отметить, что Законами Российской Федерации и другими нормативными актами предусмотрен целый ряд мер, направленных на охрану здоровья женщин и детей. Это, в частности, нормативные акты, повышающие эффективность диспансеризации беременных; установление дополнительных льгот родителям с детьми до 14 лет, позволяющих сочетать труд и воспитание детей; установление более жестких требований к безопасности женского труда.

В августе 2000 г. Правительством Российской Федерации была утверждена очередная «Концепция охраны здоровья населения Российской Федерации до 2005 года», в которой в качестве одного из приоритетных направлений деятельности предусматривается «формирование у населения навыков здорового образа жизни, повышение уровня санитарно-гигиенической культуры». В период с 1999 г. по 2001 г. произошла значительная активизация законодотворческой деятельности по проблемам здравоохранения в субъектах Российской Федерации. В 37 субъектах Федерации за это время вступило в силу 256 региональных законов.

Вместе с тем, как показывает анализ состояния здоровья женщин и детей и тенденций основных демографических показателей, принимаемые меры не приносят ожидаемого эффекта. Многие государственные решения носят декларативный характер в силу неотработанного механизма реализации.

Современная политика неадекватна потребностям семей, в которых воспитываются дети. Выплачиваемые социальные пособия не могут сколько-нибудь значительно изменить материальное положение семьи.

Существенным фактором ухудшения состояния здоровья, в том числе детского и репродуктивного, является отсутствие экономических и правовых механизмов, стимулирующих у населения интерес к сохранению здоровья, здоровому образу жизни. Принятые меры по охране здоровья матерей и детей пока не привели к ожидаемым результатам.

Кроме того, практика применения действующего законодательства крайне несовершенна: так, в конце 90-х годов нищенские по размерам детские пособия годами не выплачивались во многих регионах страны. Также отмечается неиспользование положенных по закону декретных отпусков работающими женщинами из-за опасения потери рабочего места.

Методы идеологического и морального воздействия с советских времен сориентированы на внедрение в ментальность населения образа женщины-труженицы, успешно сочетающей ударную работу на производстве с образцовым выполнением супружеских и материнских обязанностей. Эта модель поддерживалась пропагандой через средства массовой информации, в художественной литературе и киноискусстве. Прямое административное воздействие дополнялось идеологическим прессингом и логически его завершало.

Судя по демографическим результатам, эта политика в какой-то мере срабатывала. Так, в поздний советский период (80-е годы) это привело к заметному росту коэффициента суммарной рождаемости на 1 тыс. женщин – с 1 888 рождений в 1980 г. до 2194 (в сельской местности до 3 162) рождений в 1987 г. Начиная с 90-х гг. XX столетия методы идеологического и морального регулирования репродуктивного потенциала испытывают серьезный кризис: прежней идеологии не стало, новая национальная идея не выработана, а общественная мораль деформирована (в частности, из-за некритичного заимствования ряда ее западных форм)¹.

Методы экономического регулирования используются на общегосударственном уровне, уровне территории, предприятия, семьи. Но особое место в регулировании уровня и качества формирования репродуктивного потенциала занимают средства семейных бюджетов. Собственно они и являются основным источником финансирования репродуктивных затрат. Учитывая низкий уровень доходов большей части населения, данный фактор можно отнести к одному из лимитирующих как уровень рождаемости, так и формирования репродуктивного потенциала в целом.

Заметно меньшую роль в финансировании репродуктивных затрат играют государство и регион – их экономическая поддержка в настоящее время минимальна и ни в коей мере не может рассматриваться как фактор, стимулирующий рост рождаемости. Ни увеличение продолжительности отпусков по рождению ребенка и уходу за ним, ни детские пособия, ни материальная помощь многодетным семьям не способствовали реализации

¹ Лаврентьева И. О механизме регулирования репродукционного процесса в регионе // Проблемы теории и практики управления. – 2003. – №6.

Таблица 2

**Этапы разработки программы регулирования
репродуктивного потенциала в регионе**

№ п/п и содержание этапа	Цель	Аналитический результат
I. Оценка демографической ситуации и состояния репродуктивного потенциала на территории а) рождаемость, смертность, миграция, брачность, разводимость, репродуктивное поведение б) здоровье детей и подростков в) соматическое и репродуктивное здоровье населения в репродуктивном возрасте	Диагностика текущего состояния репродуктивного потенциала	Выявление наиболее значительных отклонений от нормального развития репродуктивного потенциала
II. Выявление основных тенденций развития репродуктивного потенциала	Выполнение экстраполяционного прогноза развития демографической ситуации (с учетом не только процессов естественного движения населения, но и уровня заболеваемости, бесплодия)	Определение наиболее опасных отклонений в прошлом и настоящем, которые могут привести к новому резкому ухудшению демографической ситуации и качественных характеристик репродуктивного потенциала в будущем
III. Определение факторов улучшения качества репродуктивного потенциала	Статистическая оценка влияния различных факторов социально-экономической среды на характеристики репродуктивного потенциала	Выявление совокупности факторов, способных оказать позитивное воздействие на развитие демографической ситуации в будущем
IV. Разработка альтернативных вариантов активного прогноза развития демографической ситуации и репродуктивного потенциала	Определение сценариев возможных изменений демографической ситуации	Составление совокупности альтернативных вариантов активного прогноза репродуктивных процессов
V. Формирование экономического механизма управления репродуктивным потенциалом	Поиск средств перехода к расширенному воспроизводству человеческого капитала интенсивного типа	Создание институциональных основ функционирования социально-экономического механизма регулирования репродуктивного потенциала
VI. Структуризация экономического механизма управления по основным участникам (сферам, подсистемам) репродуктивного потенциала	Создание организационно-управленческих структур, осуществляющих регулирование репродуктивного потенциала	Улучшение репродуктивного потенциала в регионе в количественно-качественном аспекте

репродуктивных планов большинства населения. Причина предельно проста – мизерный уровень стимулирования. В России размер единовременного пособия на рождение ребенка с 01.01.2002 г. составляет 500 рублей в соответствии с Федеральным законом №181-ФЗ от 28.12.2001 г., независимо от числа детей, за которыми осуществляется уход. Ежемесячное пособие на ребенка выплачивается в размере 70 рублей. Для сравнения: в Германии в многодетных семьях за рождение каждого ребенка мать получает дополнительный налоговый бонус. В Швеции многодетным семьям выплачивается весьма существенное прогрессивное пособие, размер которого возрастает с рождением очередного ребенка. В Финляндии многодетным семьям, а также матерям или отцам-одиночкам не предоставляется каких-то прямых льгот, в частности, при уплате налогов. Вместо этого выдаются различные пособия. Например, так называемый «пакет» для новорожденного, который государство дарит всем рожаящим в Финляндии женщинам, независимо от их гражданства. Этот «пакет» содержит все, что требуется новорожденному в течение первого года жизни. Общая стоимость такого «пакета» – несколько сот евро.

Основой регулирования репродуктивного потенциала может стать программа управления формированием репродуктивного потенциала в регионе. Разработка программы может быть осуществлена в несколько этапов (табл. 2).

ГЛОССАРИЙ

Аntenатальная охрана плода – комплекс диагностических, лечебных и профилактических мероприятий, проводимых с целью обеспечения нормального внутриутробного развития организма от зачатия до рождения. А. о. п. направлена на устранение факторов, отрицательно влияющих на формирование и развитие зародыша и плода, предупреждение врожденной патологии (см. Antenатальная патология), снижение перинатальной смертности – смертности плода и новорожденных в период с 28-й недели беременности по 7-е сутки жизни (*Краткая медицинская энциклопедия. 2-е изд. – М.: Советская Энциклопедия, 1989.*)

Вероятность дожития в данном возрасте – показатель таблицы смертности, равный доле доживающих до следующего возраста (начала следующего интервала возраста) из числа доживающих до данного возраста (*Статистический словарь / Гл. ред. М.А. Королев. – М., 1989. – С. 59.*). Вероятность дожития до возраста $x + 1$ тех, кто достиг возраста x лет, рассчитывалась по формуле:

$$p_x = \frac{l_x - d_x}{l_x}$$

где: P_x – вероятность дожития до возраста $x + 1$ тех, кто достиг возраста x лет; l_x – количество человек возраста x ; d_x – количество умерших данного возраста за год (*Кильдишев Г.С., Козлова Л.Л., Ананьева С.П. и др. Статистика населения с основами демографии: Учебник. – М.: Финансы и статистика, 1990. – С. 182.*)

Возрастной коэффициент рождаемости – соотношение годового числа детей, родившихся у матерей возраста (x) к численности всех женщин этого возраста (*Борисов В.А. Демография. – М., 1999. – С. 123.*)

Возрастно-половая пирамида – графическое изображение распределения людей по возрасту и полу. Представляет собой двустороннюю направленную диаграмму, на которой число или доля людей каждого возраста и пола изображены горизонтальной полосой определенного масштаба (*Статистический словарь / Гл. ред. М.А. Королев. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 1989. – С. 66.*)

Демографическое старение (старение населения) – увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения; измеряется как доля населения в возрасте 60 лет и старше или 65 лет и старше. Основной причиной демографического старения является снижение рождаемости и вызванное этим сокращение доли детей; демографическое

старение может быть вызвано и снижением смертности среди пожилого и старого населения (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 84-85.*).

Длина поколения (женского) – средний возраст женщины при рождении детей. На практике обычно используется косвенный метод расчета длины женского поколения:

$$T = \frac{\beta \times \sum x \times F_x \times L_x^w}{\beta \times \sum F_x \times L_x^w},$$

где: β – доля девочек среди родившихся; x – возраст; F_x – возрастной коэффициент рождаемости у женщин в возрасте x ; L_x^w – число живущих женщин в возрасте x из таблицы дожития. Рассчитанная таким образом длина женского поколения показывает средний возраст матерей при рождении дочерей, доживающих до возраста своих матерей; этот показатель используется при расчете истинного коэффициента воспроизводства населения (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 92-93.*).

Желаемое число детей – важный элемент ценностных ориентаций личности, обусловленных спецификой социализации, семейного опыта и т.д. Он означает число детей, которое индивид предпочел бы иметь в своей семье «вообще», исходя из собственных потребностей, без учета конкретных обстоятельств жизни и индивидуальной биографии (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 98.*).

Коэффициент дожития (коэффициент передвижки) в возрасте x – показатель таблиц смертности, может быть истолкован как мера уменьшения численности поколения за период от начала данного до начала следующего календарного года. Используется при перспективных исчислениях населения методом передвижки по возрастам (*Статистический словарь / Гл. ред. М.А. Королев. – М., 1989. – С. 214.*).

Мониторинг – специально организованное систематическое наблюдение за состоянием каких-либо объектов. Данные мониторинга усредняются за отчетный период и в разрезе территорий. Результаты мониторинга используются для комплексной оценки качества обследуемого объекта и эффективности мероприятий (*Статистический словарь / Гл. ред. М.А. Королев. – М., 1989. – С. 276.*).

Передвижка по возрастам – способ оценки будущего возрастного состава населения при текущих расчетах или перспективных исчислениях населения. Численность населения на начало года в каждом возрасте

переводится в следующий возраст с учетом того, что к началу следующего года (или пятилетия) часть людей умрет, а дожившие станут старше. Обычно интервалы возраста при передвижке принимаются равными интервалам времени, по которым она производится. При текущих расчетах для передвижки по возрастам используются фактические числа умерших по возрастам, при перспективных расчетах – относительные числа доживающих из таблиц смертности (*Статистический словарь / Гл. ред. М.А. Королев. – М., 1989. – С. 339.*)

Плодовитость – это биологическая способность женщины, мужчины, брачной пары к зачатию и рождению определенного числа детей (*Борисов В.А. Демография. – М., 1999. – С. 125.*)

Репродуктивная мотивация – психическое состояние личности, характеризующееся наличием у нее тех или иных целей экономического, социального, психологического, демографического и иного характера, побуждающих к рождению того или иного числа детей; изучается в социолого-демографических исследованиях репродуктивного поведения (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 250.*)

Репродуктивная установка – психический регулятор репродуктивного поведения, готовность индивида к тому, чтобы в конкретных условиях жизнедеятельности иметь то или иное число детей (в т.ч. сыновей и дочерей) в определенные сроки, исходя из потребности в детях; репродуктивная установка состоит из трех компонентов: когнитивного – познавательного, эффективного – эмоционального и поведенческого – побудительного (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 250.*)

Репродуктивное здоровье – способность людей к зачатию и рождению детей, возможность сексуальных отношений без угрозы заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП), гарантия безопасности беременности и родов, выживание ребенка, благополучие матери и возможность планирования последующих беременностей, в том числе предупреждение нежелательной (*определение Всемирной организации здравоохранения*).

Репродуктивное поведение – система действий, отношений и психических состояний личности, связанных с рождением или отказом от рождения детей любой очередности, в браке или вне брака (*Борисов В.А. Демография и социальная психология. – М., 1970. – С. 8; Социология: словарь-справочник. – Т. 3. – М., 1991. – С. 141-142; Энциклопедический социологический словарь. – М., 1995. – С. 547-548; Народонаселение: энциклопедический словарь. – М., 1994. – С. 384-386.*)

Репродуктивные потери включают в себя основные структурные составляющие: материнская смертность, потеря продуктов зачатия по срокам гестации, в том числе перинатальная смертность (*Бурдули Г. М., Фролова О. Г. Репродуктивные потери. – М., 2001. – 188 с.*).

Репродуктивный возраст (генеративный возраст) – возраст, в котором женщина способна к деторождению. Границы репродуктивного возраста в демографическом анализе определяют продолжительность репродуктивного периода. Этот возраст для женщин составляет от 15 до 50 лет, для стран с низкой рождаемостью – от 15 до 45 лет (в целых годах). Доля женщин репродуктивного возраста в населении довольно устойчива – 25–30%, колебания этой величины зависят от колебаний уровней рождаемости в отдельные периоды времени (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 254.*).

Репродуктивный потенциал отражает способность популяции к воспроизведению репродуктивного здоровья из поколения в поколение (*Каткова И.П., Андрюшина Е.В., Катков В.И. Бедность и репродуктивный потенциал // Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. – С. 29.*).

Рождаемость – фактическая реализация плодовитости в зависимости от множества условий (из которых наличие плодовитости – первое) экономического, культурного, психологического и другого свойства (*Борисов В.А. Демография. – М., 1999. – С. 127.*).

Социальная гигиена – наука о закономерностях общественного здоровья, которая возникла на стыке медицины и общественных наук. В зарубежной литературе более близким по содержанию термином является общественное здравоохранение. Основные задачи научной дисциплины заключаются: в количественной оценке состояния здоровья и качества жизни населения; исследовании факторов риска развития болезней, определении потребностей в медицинской помощи; анализе эффективности, в том числе экономической, различного рода медицинских вмешательств; определении количественных различий в состоянии здоровья различных групп населения; обосновании и оценке стратегий, направленных на снижение различий в состоянии здоровья; выявлении закономерностей формирования стереотипов поведения людей, способствующих и препятствующих укреплению их здоровья; анализе влияния факторов окружающей среды на здоровье людей; обосновании оптимальных моделей организации медицинской помощи населению, обеспечи-

вающих высокое качество, эффективность и приемлемость для населения оказываемой помощи, включая ее этические аспекты. В решении своих задач социальная гигиена тесно взаимодействует с демографией, социологией, статистикой, социальной медициной, коммунальной гигиеной, экологией и др. (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 284-285.*)

Суммарный коэффициент рождаемости (СКР) показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15 – 49 лет) при сохранении в каждом возрастном уровне рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты. Его величина не зависит от возрастного состава населения и характеризует средний уровень рождаемости в данном календарном году (*Борисов В.А. Демография. – М., 1999. – С. 133.*)

Таблицы смертности (дожития) – количественные модели смертности, ее уровня и возрастных особенностей, они представляют собой систему взаимосвязанных соотношений, описывающих процесс вымирания некоторого поколения с фиксированной начальной численностью, именуемой корнем демографической таблицы (*Демографический понятийный словарь / Под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – С. 296.*)

ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

**Таблица дожития мужчин и женщин разных возрастных групп
Вологодской области до следующего года (по данным 2002 г.)***

Возраст (лет)	Количество человек		Умерло за год		Вероятность дожития	
	мужчины	женщины	мужчины	женщины	мужчины	женщины
до 1 года	6 334	5 922	96	70	0,985	0,988
1 – 4	22 467	21 138	22	18	0,999	0,999
5 – 9	30 600	28 676	18	15	0,999	0,999
10 – 14	48 714	46 356	24	14	1,000	1,000
15 – 19	58 581	56 648	107	45	0,998	0,999
20 – 24	51 808	50 507	220	50	0,996	0,999
25 – 29	45 957	46 005	298	70	0,994	0,998
30 – 34	41 006	37 511	374	104	0,991	0,997
35 – 39	47 822	46 022	575	139	0,988	0,997
40 – 44	57 827	57 789	1 097	254	0,981	0,996
45 – 49	54 113	56 469	1 418	425	0,974	0,992
50 – 54	42 975	46 187	1 609	445	0,963	0,990
55 – 59	18 087	21 337	889	301	0,951	0,986
60 – 64	28 889	39 941	1 510	640	0,948	0,984
65 – 69	21 184	33 844	1 492	909	0,930	0,973
70 и ст.	32 938	92 308	3 839	7 709	0,883	0,916

* По данным: Половозрастной состав населения Вологодской области в 2002 г. Статистический бюллетень Госкомстат России; Вологодский областной комитет государственной статистики.

Таблица 2

Возрастная рождаемость населения Вологодской области 2002 г.

Возраст женщины (лет)	Возрастной коэффициент рождаемости	Возраст женщины (лет)	Возрастной коэффициент рождаемости	Возраст женщины (лет)	Возрастной коэффициент рождаемости
15	1,9	27	85,8	39	9,2
16	7,9	28	72,2	40	6,6
17	21,5	29	65,4	41	4,6
18	39,6	30	58,6	42	3,1
19	67,0	31	51,8	43	2,1
20	86,1	32	45,0	44	1,3
21	100,7	33	38,4	45	0,8
22	106,2	34	32,0	46	0,5
23	108,4	35	26,1	47	0,3
24	107,5	36	20,8	48	0,1
25	103,5	37	16,3	49	0,1
26	96,2	38	12,4		

Таблица 3

Динамика численности населения Вологодской области, распределение по основным возрастным группам на период до 2025 г., при условии сохранения режима воспроизводства населения 2002 г.

Год	Общая численность населения (тыс. чел)	Изменение численности населения за предыдущий год (тыс. чел.)	Распределение населения по возрастным группам (в %)			Изменение численности трудоспособного населения за предыдущий год (тыс. чел.)
			моложе трудоспособного	трудоспособный	старше трудоспособного	
2004	1267,7	-11,4	16,5	63,3	20,2	0,7
2005	1256,4	-11,3	16,0	63,8	20,2	-0,6
2006	1245,0	-11,3	15,7	64,0	20,3	-4,8
2007	1233,7	-11,3	15,6	64,0	20,4	-7,2
2008	1222,4	-11,4	15,6	63,8	20,6	-9,4
2009	1210,9	-11,4	15,7	63,2	21,0	-14,4
2010	1199,4	-11,5	15,9	62,7	21,5	-14,0
2011	1187,9	-11,5	16,0	62,1	21,8	-13,6
2012	1176,3	-11,6	16,2	61,6	22,3	-14,2
2013	1164,9	-11,4	16,4	60,9	22,7	-14,3
2014	1153,8	-11,1	16,5	60,2	23,2	-14,7
2015	1142,9	-10,9	16,7	59,5	23,8	-14,9
2016	1132,1	-10,8	16,9	58,9	24,2	-13,0
2017	1121,4	-10,8	16,9	58,5	24,6	-11,4
2018	1110,6	-10,7	16,9	58,1	25,0	-10,3
2019	1099,9	-10,7	16,8	57,8	25,3	-9,2
2020	1089,1	-10,8	16,8	57,6	25,6	-8,4
2021	1078,2	-10,9	16,7	57,5	25,8	-7,5
2022	1067,2	-11,0	16,6	57,5	25,8	-6,4
2023	1056,1	-11,1	16,6	57,6	25,8	-5,9
2024	1044,9	-11,2	16,6	57,6	25,8	-5,5
2025	1033,6	-11,3	16,5	57,7	25,7	-6,0

Таблица 4

Прогноз численности лиц трудоспособного возраста (стационарный вариант демографического развития региона), чел.

Муниципальные образования	2002 г.			2010 г.			2015 г.			2020 г.			2025 г.		
	Муж.	Жен.	Все нас.	Муж.	Жен.	Все нас.	Муж.	Жен.	Все нас.	Муж.	Жен.	Все нас.	Муж.	Жен.	Все нас.
Бабаевский	7886	7153	15039	7623	6714	14337	6835	6016	12851	6204	5635	11839	5708	5444	11152
Бабушкинский	5040	3837	8877	4982	3926	8908	4536	3669	8205	3949	3330	7279	3561	3153	6714
Белозерский	6412	5869	12281	6255	5657	11912	5642	5145	10787	5013	4825	9838	4602	4547	9149
Вашкинский	3349	2935	6284	3186	2763	5949	2805	2470	5275	2474	2311	4785	2273	2225	4498
В.Устюжский	21310	20781	42091	17095	20213	37308	16415	18729	35144	15585	17533	33118	14973	15993	30966
Верховажский	5162	4555	9717	5286	4774	10060	4783	4392	9175	4289	4123	8412	3913	3943	7856
Вожегодский	6276	5270	11546	6216	5252	11468	5520	4803	10323	4893	4518	9411	4479	4355	8834
Вологодский	17663	12683	30346	17023	12135	29158	15388	10970	26358	13638	10249	23887	12169	9679	21848
Вытегорский	10668	9316	19984	10129	8805	18934	9092	8176	17268	8298	7812	16110	7616	7508	15124
г. Вологда	95120	100181	195301	90097	90668	180765	81559	81576	163135	75190	75760	150950	69961	71360	141321
г. Череповец	105001	102562	207563	100115	94575	194690	91644	85548	177192	83906	79045	162951	76700	73866	150566
Грязовецкий	13590	11930	25520	13217	11604	24821	12212	10692	22904	11029	10054	21083	10117	9684	19801
Кадуйский	5831	5369	11200	5608	4926	10534	5030	4466	9496	4527	4158	8685	4181	3993	8174
Кирилловский	5984	5359	11343	5677	5118	10795	5018	4568	9586	4498	4300	8798	4139	4139	8278
Кичм.-Городецкий	7321	5808	13129	7544	6165	13709	6971	5813	12784	6234	5374	11608	5587	5066	10653
Междуреченский	2340	2178	4518	2385	2210	4595	2193	2035	4228	1976	1859	3835	1797	1752	3549
Никольский	8172	7668	15840	8629	8449	17078	8211	8052	16263	7507	7513	15020	6827	7123	13950
Нюксенский	3854	3395	7249	3844	3457	7301	3563	3183	6746	3195	2979	6174	2908	2851	5759
Сокольский	17928	16292	34220	17396	15577	32973	15722	14223	29945	14250	13301	27551	13044	12430	25474
Сямженский	3321	3335	6656	3299	3352	6651	3035	3055	6090	2736	2815	5551	2518	2670	5188
Тарногский	4530	4172	8702	4470	4149	8619	4087	3834	7921	3692	3568	7260	3383	3378	6761
Тотемский	8589	7374	15963	8458	7264	15722	7663	6590	14253	6918	6165	13083	6338	5945	12283
Усть-Кубинский	3174	2907	6081	2981	2703	5684	2661	2474	5135	2365	2305	4670	2180	2232	4412
Устюженский	5853	5194	11047	5594	4948	10542	5029	4475	9504	4527	4211	8738	4163	4024	8187
Харовский	6212	5601	11813	6018	5429	11447	5437	4934	10371	4854	4633	9487	4419	4467	8886
Чагодощенский	4520	4280	8800	4299	3994	8293	3807	3563	7370	3450	3389	6839	3206	3303	6509
Череповецкий	13712	11104	24816	12766	10320	23086	11264	9254	20518	9990	8600	18590	9022	8197	17219
Шекснинский	8815	9701	18516	8556	9315	17871	7808	8435	16243	7169	7844	15013	6750	7541	14291

Таблица 5

**Динамика численности мужчин и женщин трудоспособного возраста
(стационарный вариант демографического развития региона)**

Муниципальные образования	2002 г.		2010 г.				2015 г.				2020 г.				2025 г.			
	Муж.	Жен.	Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.		Муж.		Жен.	
	абс.	абс.	пр/уб*	(%)	пр/уб	(%)	пр/уб	(%)	пр/уб	(%)	пр/уб	(%)	пр/уб	(%)	пр/уб	(%)	пр/уб	(%)
Бабаевский	7886	7153	-263	-3,3	-439	-6,1	-1051	-13,3	-1137	-15,9	-1682	-21,3	-1518	-21,2	-2178	-27,6	-1709	-23,9
Бабушкинский	5040	3837	-58	-1,2	89	2,3	-504	-10,0	-168	-4,4	-1091	-21,7	-507	-13,2	-1479	-29,3	-684	-17,8
Белозерский	6412	5869	-157	-2,4	-212	-3,6	-770	-12,0	-724	-12,3	-1399	-21,8	-1044	-17,8	-1810	-28,2	-1322	-22,5
Вашкинский	3349	2935	-163	-4,9	-172	-5,9	-544	-16,3	-465	-15,8	-875	-26,1	-624	-21,2	-1076	-32,1	-710	-24,2
В.Устюжский	21310	20781	-4215	-19,8	-568	-2,7	-4895	-23,0	-2052	-9,9	-5725	-26,9	-3248	-15,6	-6337	-29,7	-4788	-23,0
Верховажский	5162	4555	124	2,4	219	4,8	-379	-7,3	-163	-3,6	-873	-16,9	-432	-9,5	-1249	-24,2	-612	-13,4
Вожегодский	6276	5270	-60	-1,0	-18	-0,3	-756	-12,0	-467	-8,9	-1383	-22,0	-752	-14,3	-1797	-28,6	-915	-17,4
Вологодский	17663	12683	-640	-3,6	-548	-4,3	-2275	-12,9	-1713	-13,5	-4025	-22,8	-2434	-19,2	-5494	-31,1	-3004	-23,7
Вытегорский	10668	9316	-539	-5,1	-511	-5,5	-1576	-14,8	-1140	-12,2	-2370	-22,2	-1504	-16,1	-3052	-28,6	-1808	-19,4
г. Вологда	95120	100181	-5023	-5,3	-9513	-9,5	-13561	-14,3	-18605	-18,6	-19930	-21,0	-24421	-24,4	-25159	-26,4	-28821	-28,8
г. Череповец	105001	102562	-4886	-4,7	-7987	-7,8	-13357	-12,7	-17014	-16,6	-21095	-20,1	-23517	-22,9	-28301	-27,0	-28696	-28,0
Грязовецкий	13590	11930	-373	-2,7	-326	-2,7	-1378	-10,1	-1238	-10,4	-2561	-18,8	-1876	-15,7	-3473	-25,6	-2246	-18,8
Кадуцкий	5831	5369	-223	-3,8	-443	-8,3	-801	-13,7	-903	-16,8	-1304	-22,4	-1211	-22,6	-1650	-28,3	-1376	-25,6
Кирилловский	5984	5359	-307	-5,1	-241	-4,5	-966	-16,1	-791	-14,8	-1486	-24,8	-1059	-19,8	-1845	-30,8	-1220	-22,8
Кичм.-Городецкий	7321	5808	223	3,0	357	6,1	-350	-4,8	5	0,1	-1087	-14,8	-434	-7,5	-1734	-23,7	-742	-12,8
Междуреченский	2340	2178	45	1,9	32	1,5	-147	-6,3	-143	-6,6	-364	-15,5	-319	-14,6	-543	-23,2	-426	-19,5
Никольский	8172	7668	457	5,6	781	10,2	39	0,5	384	5,0	-665	-8,1	-155	-2,0	-1345	-16,5	-545	-7,1
Нюксенский	3854	3395	-10	-0,3	62	1,8	-291	-7,6	-212	-6,2	-659	-17,1	-416	-12,3	-946	-24,6	-544	-16,0
Сокольский	17928	16292	-532	-3,0	-715	-4,4	-2206	-12,3	-2069	-12,7	-3678	-20,5	-2991	-18,4	-4884	-27,2	-3862	-23,7
Сямженский	3321	3335	-22	-0,7	17	0,5	-286	-8,6	-280	-8,4	-585	-17,6	-520	-15,6	-803	-24,2	-665	-19,9
Тарногский	4530	4172	-60	-1,3	-23	-0,5	-443	-9,8	-338	-8,1	-838	-18,5	-604	-14,5	-1147	-25,3	-794	-19,0
Тотемский	8589	7374	-131	-1,5	-110	-1,5	-926	-10,8	-784	-10,6	-1671	-19,5	-1209	-16,4	-2251	-26,2	-1429	-19,4
Усть-Кубинский	3174	2907	-193	-6,1	-204	-7,0	-513	-16,2	-433	-14,9	-809	-25,5	-602	-20,7	-994	-31,3	-675	-23,2
Устюженский	5853	5194	-259	-4,4	-246	-4,7	-824	-14,1	-719	-13,9	-1326	-22,7	-983	-18,9	-1690	-28,9	-1170	-22,5
Харовский	6212	5601	-194	-3,1	-172	-3,1	-775	-12,5	-667	-11,9	-1358	-21,9	-968	-17,3	-1793	-28,9	-1134	-20,3
Чагодощенский	4520	4280	-221	-4,9	-286	-6,7	-713	-15,8	-717	-16,7	-1070	-23,7	-891	-20,8	-1314	-29,1	-977	-22,8
Череповецкий	13712	11104	-946	-6,9	-784	-7,1	-2448	-17,9	-1850	-16,7	-3722	-27,1	-2504	-22,6	-4690	-34,2	-2907	-26,2
Шекснинский	8815	9701	-259	-2,9	-386	-4,0	-1007	-11,4	-1266	-13,0	-1646	-18,7	-1857	-19,1	-2065	-23,4	-2160	-22,3

* Пр/уб – прирост/убыль по сравнению с 2003 г.

Анкета социально-гигиенического изучения репродуктивного здоровья населения (для первородящих женщин)

Добрый день!

Уважаемая респондентка! Настоящая анкета призвана выявить имеющиеся у Вас проблемы, связанные с Вашим здоровьем, планированием семьи. Надеемся на Ваше искреннее участие и содействие в предлагаемом опросе.

Материалы исследования будут использоваться только в обобщенном виде. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности полученных данных. Ваши откровенные ответы позволят определить необходимые медико-социальные мероприятия для обеспечения возможности получения качественных услуг по планированию семьи, охране Вашего репродуктивного здоровья.

Как заполнять вопросник?

Внимательно прочитайте вопросы и предложенные варианты ответов. Выберите те из них, которые соответствуют Вашему мнению, и обведите кружком вариант подходящего ответа или впишите недостающую информацию.

1 РАЗДЕЛ. ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ

1. Оцените, пожалуйста, жилищные условия в месте постоянного проживания:

1. Очень хорошие
2. Хорошие
3. Удовлетворительные
4. Плохие
5. Очень плохие

2. Если условия неудовлетворительные, то в чем это выражается?

1. Жилье холодное
2. Жилье слишком влажное
3. Жилье тесное
4. Жилье неблагоустроенное
5. Другое (напишите) _____

3. Оцените, пожалуйста, Ваши отношения с партнером (супругом):

1. Хорошие
2. Нормальные
3. Могли бы быть лучше
4. Они меня не устраивают
5. Плохие
6. Другое (напишите) _____

4. Ваши отношения (брак) основаны:

1. На любви
2. Нам хорошо вместе
3. Так получилось
4. Другое (напишите) _____

5. Курите ли Вы в настоящее время?

1. Да, каждый день
2. Да, иногда
3. Совсем не курю

6. Оцените, пожалуйста, экологические условия в районе проживания Вашей семьи:

1. Очень хорошие
2. Хорошие
3. Удовлетворительные
4. Плохие
5. Очень плохие
6. Затрудняюсь ответить

7. Если условия неблагоприятные, то в чем это выражается?

1. Плохое качество воды
2. Загрязненный воздух
3. Загрязненная почва (свалки, мусор)
4. Повышенный уровень шума
5. Отсутствие зелени
6. Электромагнитное излучение
7. Другое (напишите) _____

8. Оцените, пожалуйста, свое питание по 5-балльной шкале: (1 – очень плохое, неполноценное; 5 – полноценное, сбалансированное, разнообразное)

1. До беременности 1 – 2 – 3 – 4 – 5
2. Во время беременности 1 – 2 – 3 – 4 – 5

9. Узнав, что Вы беременны, изменили ли Вы характер питания?

1. Питание стало более разнообразным
2. Питание не изменилось
3. Улучшилось качество потребляемых продуктов
4. Другое _____

10. Если питание не улучшилось, то почему?

1. Для этого не было денег
2. Считаю, что это не важно
3. Мало что можно купить, ограниченный выбор продуктов питания
4. Другое _____

11. Нехватку каких продуктов питания в период беременности Вы ощутили особенно остро? (можно дать до 5 ответов)

- | | |
|-----------------------|------------------------------|
| 1. Мясо, птица | 7. Молоко, молочные продукты |
| 2. Колбасные изделия | 8. Масло животное |
| 3. Рыба, рыбопродукты | 9. Сыр |
| 4. Овощи | 10. Яйца |
| 5. Картофель | 11. Другое _____ |
| 6. Фрукты | |

2 РАЗДЕЛ. СЕМЬЯ, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

12. Как Вы считаете, следует ли заранее обсуждать в семье сроки появления детей, планировать их количество?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

13. Какое количество детей Вы желаете иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей и более
5. Затрудняюсь ответить

14. Укажите, пожалуйста, каков, с Вашей точки зрения, в современных условиях наиболее оптимальный возраст для рождения первого ребенка:

1. До 20 лет
2. 20 – 24 года
3. 25 – 29 лет
4. 30 лет и старше
5. Затрудняюсь ответить

15. Скажите, пожалуйста, планировалось ли появление этого ребенка?

1. Да, ребенок появился в результате совместного решения, принятого до наступления беременности
2. Беременность была случайной, но мы решили ее сохранить
3. Беременность была случайной, но я настояла на ее сохранении
4. Беременность была случайной, но муж настоял на ее сохранении
5. Беременность была случайной, но на ее сохранении настояли родители
6. Затрудняюсь ответить
7. Другое (напишите) _____

16. Через какой промежуток времени Вы бы хотели иметь следующего ребенка?

1. Я больше не хочу иметь детей
2. Через 1 – 2 года
3. Через 2 – 3 года
4. Более чем через 3 года
5. Затрудняюсь ответить

17. Скажите, пожалуйста, пользовались ли Вы противозачаточными средствами до наступления беременности?

1. Да
2. Нет

18. Если ДА, то какие противозачаточные средства Вы использовали?

1. Презерватив
2. Таблетки

3. Внутриматочные противозачаточные средства
4. «Безопасные дни» (метод ритма по календарю, температуре)
5. Спермицидные средства (пена, крем, гель)
6. Прерванный половой акт
7. Другое (укажите)_____

19. Отметьте, пожалуйста, что было главным при выборе противозачаточных средств?

1. Удобство и простота применения
2. Надежность
3. Совет знакомых, приятелей
4. Рекомендация врача
5. Затрудняюсь ответить

20. Укажите, какие из перечисленных методов предохранения от беременности, с Вашей точки зрения, более надежны, более удобны (в каждом столбике можно указать до 3 ответов):

Методы предохранения от беременности	Удобные	Надежные
1. Противозачаточные таблетки	1	2
2. Гормональные уколы	1	2
3. Внутриматочные спирали	1	2
4. Презервативы	1	2
5. Спермицидные средства (гели, кремы, пасты)	1	2
6. Колпачок на шейку матки, диафрагма	1	2
7. Стерилизация женщины	1	2
8. Стерилизация мужчины	1	2
9. «Безопасные дни»	1	2
10. Прерванный половой акт	1	2
11. Спринцевание	1	2

21. Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 до 5 баллов вероятность риска неблагоприятного влияния каждого из перечисленных методов предохранения от беременности на сексуальность Ваших отношений с супругом (партнером):

Методы предохранения	Практически не влияет	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск	Затрудняюсь ответить
1. Противозачаточные таблетки	1	2	3	4	5	6
2. Гормональные уколы	1	2	3	4	5	6
3. Внутриматочные спирали	1	2	3	4	5	6
4. Презервативы	1	2	3	4	5	6
5. Спермицидные средства (гели, кремы, пасты)	1	2	3	4	5	6
6. Колпачок на шейку матки, диафрагма	1	2	3	4	5	6
7. Стерилизация женщины	1	2	3	4	5	6
8. Стерилизация мужчины	1	2	3	4	5	6
9. «Безопасные дни»	1	2	3	4	5	6
10. Прерванный половой акт	1	2	3	4	5	6
11. Спринцевание	1	2	3	4	5	6

7. Другое _____

8. Затрудняюсь ответить

29. Как Вы думаете, каков будет исход следующей беременности?

1. Роды

2. Искусственный аборт

3. Другое _____

3 РАЗДЕЛ. ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

30. Как Вы считаете, Ваше здоровье:

1. Очень хорошее

2. Хорошее

3. Удовлетворительное

4. Плохое

5. Затрудняюсь ответить

31. Были ли у Вас какие-либо медицинские противопоказания к рождению данного ребенка?

1. Да (какие) _____

2. Нет

3. Не знаю

32. Есть ли у Вас сейчас какие-либо хронические болезни?

1. Да

2. Нет

3. Не знаю

33. Если ДА, то какие (отметьте все, что Вас касается)?

1. Болезни системы кровообращения

2. Злокачественные новообразования

3. Болезни нервной системы и органов чувств

4. Психические расстройства

5. Болезни костно-мышечной системы

6. Болезни органов дыхания

7. Болезни кожи и подкожной клетчатки

8. Болезни органов пищеварения

9. Эндокринные болезни

10. Сахарный диабет

11. Болезни мочеполовой системы

12. Болезни почек

13. Гинекологические заболевания

14. Венерические болезни

15. Туберкулез

16. Другое (напишите) _____

34. Оцените, пожалуйста, какие из перечисленных ниже жизненных обстоятельств оказывали неблагоприятное влияние на состояние Вашего здоровья в период данной беременности:

ЖИЗНЕННЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА	Не влияет	Не сильно влияет	Оказывает значительное влияние	Затрудняюсь ответить
1. Материальные условия	1	2	3	4
2. Жилищные условия	1	2	3	4
3. Несбалансированное, недостаточное питание	1	2	3	4
4. Напряженный микроклимат в семье	1	2	3	4
5. Сложности учебы, работы	1	2	3	4
6. Курение	1	2	3	4
7. Употребление алкоголя	1	2	3	4
8. Употребление наркотиков	1	2	3	4
9. Малоподвижный образ жизни	1	2	3	4
10. Проблемы организации досуга, отдыха	1	2		4
11. Проблемы получения качественной медицинской помощи	1	2	3	4
12. Проблемы приобретения необходимых медикаментов и лекарственных средств	1	2	3	4
13. Проблемы организации санаторно-курортного лечения	1	2	3	4
14. Экологические проблемы Вашего города	1	2	3	4
15. Кризисная социально-экономическая ситуация в стране в целом	1	2	3	4

35. Укажите, пожалуйста, в какой степени Вы обеспокоены перечисленными проблемами, связанными с возможностью забеременеть, деторождением, состоянием своего репродуктивного здоровья? (отметьте в каждой строчке):

ПРОБЛЕМЫ	Очень обеспокоена	Испыываю некоторую обеспокоенность	Не беспокоюсь	Затрудняюсь ответить
1. Состояние своего репродуктивного здоровья				
2. Страх перед наступлением нежелательной беременности				
3. Неуверенность в возможности забеременеть из-за возможных последствий аборта				
4. Сложности с получением консультации по планированию семьи и подбору контрацепции				
5. Низкая доступность современных контрацептивных средств				
6. Необходимость длительного предохранения от наступления нежелательной беременности				
7. Страх перед абортами в последующем				

8. Недостаток знаний о современных методах контрацепции				
9. Необходимость пройти обследование и курс лечения в связи с гинекологическими заболеваниями				
10. Возможность осложненного течения беременности				
11. Сложность получения высококачественных услуг в связи с беременностью и родами				
12. Возможность заразиться венерическими заболеваниями, СПИДом				
13. Отсутствие средств для получения платных услуг акушера-гинеколога				
14. Неготовность обеспечить хороший уход за новорожденным				
15. Страх перед прохождением медицинского обследования				
16. Непонимание того, что необходимо делать, чтобы улучшить состояние своего репродуктивного здоровья				

36. Заинтересованы ли Вы в расширении знаний о профилактике гинекологических заболеваний?

1. Не считаю целесообразным
2. Заинтересована
3. Очень заинтересована
4. Затрудняюсь ответить

4 РАЗДЕЛ. ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО ОКАЗЫВАЕМОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ РЕСПОНДЕНТКЕ В ПЕРИОД ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ И ПОДГОТОВКИ К РОДАМ

37. Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 (низкая) до 10 (высокая) степень доступности для Вас нижеперечисленных обстоятельств, связанных с организацией медицинского наблюдения в период настоящей беременности:

1. Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
2. Доступность своевременной квалифицированной акушерско-гинекологической (врачебной) помощи	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
3. Доступность своевременной квалифицированной терапевтической (врачебной) помощи	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
4. Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям (невропатолог, офтальмолог, другие)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
5. Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6. Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в том числе препаратами, содержащими железо, витамины) и медицинскими средствами	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
7. Информация по вопросам медицинской, психологической и другой подготовки к родам	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
8. Информация по вопросам ухода за новорожденным	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
9. Другое (напишите)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

38. Напишите, пожалуйста, на какой неделе данная беременность впервые была подтверждена врачом _____

39. Если Вы впервые посетили врача в связи с беременностью при сроке свыше 12-й недели, то укажите причину позднего обращения (можно указать несколько причин):

1. Не знала о необходимости более раннего обращения
2. Не знала ранних признаков беременности
3. Низкая доступность акушерско-гинекологической помощи
4. Не считала целесообразным
5. Другое _____

40. Укажите, пожалуйста, как Вы оцениваете качество медицинского предродового наблюдения в целом:

1. Хорошее
2. Удовлетворительное
3. Плохое
4. Очень плохое
5. Затрудняюсь ответить

41. Напишите, пожалуйста, Ваши предложения по улучшению качества медицинского предродового наблюдения

42. Как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания Вас и Вашего ребенка в период пребывания в роддоме?

1. Хорошее
2. Удовлетворительное
3. Плохое
4. Очень плохое
5. Затрудняюсь ответить
6. Другое (напишите) _____

43. Если Вы не довольны качеством помощи в роддоме, укажите причины. Можно указать 1–3 причины:

1. Невнимание медицинского персонала
2. Недостаточность медицинского оснащения
3. Несвоевременная госпитализация
4. Отсутствие или недостаток медикаментов и (или) медицинских средств
5. Недостаток необходимой информации:
 - 5.1. Об уходе за ребенком,
 - 5.2. О здоровье ребенка
 - 5.3. О пользовании средствами контрацепции в дальнейшем
6. Другое (напишите) _____

44. Ваши замечания, предложения по совершенствованию качества медицинской помощи в роддоме:

45. Отметьте, пожалуйста, в каких видах медико-социальной помощи Вы нуждаетесь:

1. Улучшение питания на льготных основах
2. Приобретение лекарств и витаминов по льготным ценам
3. Помощь в получении возможностей заниматься в спортивных секциях
4. Помощь в организации летнего отдыха
5. Помощь в овладении современными методами сохранения и укрепления здоровья
6. Помощь в получении санаторно-курортного лечения
7. Юридическая консультация по Вашим жизненным проблемам
8. Помощь в разрешении жизненных ситуаций в Вашей семье
9. Другое _____
10. Затрудняюсь ответить

46. Укажите сумму, которую Вы затратили на оплату медицинских услуг в течение последнего года, предшествующего обследованию, в связи с различными проблемами охраны здоровья: _____ рублей.

5 РАЗДЕЛ. СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ:

47. Возраст _____ (полных лет)

48. Сколько человек в Вашей семье? _____

49. Сколько несовершеннолетних детей? _____

50. Образование:

1. Неполное среднее
2. Средняя школа, в т.ч. ПТУ со средним образованием
3. Среднее специальное образование (техникум и др.)
4. Незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза)
5. Высшее

51. Семейное положение

1. Состою в зарегистрированном браке
2. Состою в гражданском браке
3. Разведена
4. Не замужем
5. Вдова

52. На каком предприятии (организации) Вы работаете?

1. Государственное предприятие
2. Муниципальное унитарное предприятие

3. Акционерное общество
4. Полное товарищество
5. Общество с ограниченной и дополнительной ответственностью
6. Производственный кооператив
7. Совместное предприятие, иносфирма
8. Общественные и религиозные организации
9. Не работаю

53. В какой сфере Вы в настоящее время трудитесь?

1. Промышленность
2. Сельское хозяйство
3. Лесное хозяйство
4. Строительство
5. Транспорт
6. Связь
7. Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение
8. Информационно-вычислительное обслуживание, жилищно-коммунальное хозяйство, непроизводственные виды бытового обслуживания населения
9. здравоохранение, физическая культура, социальное обеспечение
10. Образование, культура
11. Наука и научное обслуживание
12. Кредитование, финансы и страхование
13. Аппарат органов управления
14. Вооруженные силы
15. Охрана общественного порядка
16. Другое _____
17. Не работаю

54. Посчитайте, пожалуйста, каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи за последний месяц (сложите все виды доходов, включая алименты, пособия на детей, приработки, проценты по вкладам, акциям, другим ценным бумагам и т.п. после удержания налогов, и разделите на число членов Вашей семьи) _____ руб.

55. Считаете ли Вы, что доходы Вашей семьи:

1. Достаточны для нормальной жизни
2. Достаточны при определенных условиях
3. Недостаточны
4. Совершенно недостаточны

56. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна

3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

57. Использовали ли Вы оплачиваемый декретный отпуск в связи с беременностью:

1. Да, использовала
2. Декретный отпуск был неоплачиваемый
3. Я уволилась с предыдущего места работы
4. Мне предложили уволиться с работы
5. Я взяла академический отпуск
6. Нет, не использовала

6 РАЗДЕЛ. ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

На вопросы отвечает врач акушер-гинеколог. Источник информации для данного раздела – только медицинские документы и записи. По вопросам, где документы отсутствуют, в анкете отмечается: «нет документов». Ответьте на вопросы 59 – 61: укажите, пожалуйста, показания АД респондентки при первом измерении в период данной беременности, последнем измерении и показания с наиболее высокими значениями (включая замеры, сделанные в стационаре)

58. Первое (или единственное) показание ____мм рт. ст., __неделя

59. Последнее показание ____мм рт. ст., __неделя

60. Показание с наиболее высоким значением ____мм рт.ст., ____неделя

61. Укажите, пожалуйста, осложнялось ли течение данной беременности токсикозом (возможны 2 варианта ответов)

1. Да, первой половины беременности
2. Да, второй половины беременности
3. Нет

62. Имели ли место отеки в период беременности?

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

63. Имели ли место случаи обнаружения белка в анализах мочи в период беременности?

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

64. Укажите, пожалуйста, страдала ли респондентка инфекциями мочеполовых путей в период беременности:

1. Да
2. Нет

65. Укажите, пожалуйста, резус-принадлежность респондентки:

1. Резус-положительный
2. Резус-отрицательный
3. Исследование не проводилось

66. Если резус отрицательный, укажите, пожалуйста, имела ли место изосерологическая несовместимость крови матери и плода:

1. Да
2. Нет
3. Нет данных

67. Укажите, пожалуйста, результаты анализов крови на гемоглобин в период беременности:

1. Первый (или единственный) результат _____ при сроке беременности _____ недель
2. Показатель с наименьшим значением _____ при сроке беременности _____ недель
3. Показатель в конце беременности _____ при сроке беременности _____ недель
4. Нет данных

68. Находилась ли респондентка в период беременности на стационарном лечении

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

Если *ДА*, то ответьте, пожалуйста, на вопросы 67 – 69. При неоднократной госпитализации, ответы дать применительно к каждому отдельному случаю.

69. Укажите диагноз или причину госпитализации (напишите): _____

70. Длительность пребывания в стационаре _____ дней

71. Срок беременности в момент госпитализации _____ недель

72. Какие из нижеперечисленных заболеваний и состояний, осложняющих течение беременности, впервые были выявлены в различные периоды беременности? Укажите, пожалуйста, срок беременности (недель) в каждом случае:

Заболевания и патологические состояния	Срок беременности, недель (укажите)
1. Пограничная гипертензия или гипертоническая болезнь	
2. Вегетосудистая дистония	
3. Гипотония	
4. Анемия	
5. Варикозное расширение вен нижних конечностей	
6. Инфекции мочеполовых путей	
7. Гинекологические заболевания	
8. Болезни органов пищеварения	
9. Болезни нервной системы и органов чувств	
10. Диабет	
11. Гипер- или гипофункция щитовидной железы	
12. Кровотечения неясной этиологии	
13. Травма	
14. Другие (напишите)	

Сведения об особенностях родов

Заполняется по данным первичной медицинской документации

73. Роды при сроке _____ недель

74. Роды приняты:

1. Врачом
2. Акушеркой
3. Другим лицом

75. Место родов:

1. Родильный дом
2. Другой стационар
3. Вне стационара

Особенности течения данных родов

76. Проводилась ли стимуляция родовой деятельности?

1. Да
2. Нет

77. Если проводилась стимуляция, укажите метод:

1. Окситоцин
2. Хирургическая стимуляция
3. Другое (напишите) _____

78. Укажите, какие осложнения были в родах и раннем послеродовом периоде:

1. Ранее излитие околоплодных вод
2. Затяжные роды
3. Стремительные роды
4. Патология плаценты
5. Кровотечение в родах или раннем послеродовом периоде
6. Другое (напишите) _____

79. Ребенок родился в предлежании:

1. Головном
2. Ягодичном
3. Ножном

80. Роды произошли:

1. Самостоятельно
2. Кесарево сечение по мед. показаниям
3. Другое (напишите) _____

Сведения о новорожденном

81. Ребенок родился:

1. При одноплодных родах
2. Первым из двойни
3. Вторым из двойни
4. При других многоплодных родах

82. Укажите пол ребенка:

1. Мальчик
2. Девочка

83. Вес ребенка при рождении _____ кг _____ г

84. Рост новорожденного _____ см

85. Оценка состояния новорожденного по шкале апгар (баллы). Если не проводилась, поставьте 0 _____

86. Продолжительность асфиксии (при наличии) составила __ мин.

87. Требовались ли ребенку дополнительные меры по оживлению?

1. Да
2. Нет

88. Имеет ли новорожденный какие-либо отклонения в состоянии здоровья, патологические состояния, заболевания, врожденные пороки развития?

1. Да
2. Нет

89. Какие патологические состояния и (или) заболевания имел ребенок?
Напишите: _____

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ

Анкета социально-гигиенического изучения репродуктивного здоровья населения (женщины, прервавшие беременность абортом)

Добрый день!

Уважаемая респондентка! Настоящая анкета призвана выявить имеющиеся у Вас проблемы в связи с проведением искусственного прерывания беременности. Надеемся на Ваше искреннее участие и содействие в предлагаемом опросе.

Материалы исследования будут использоваться только в обобщенном виде. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности полученных данных. Ваши откровенные ответы позволят определить необходимые медико-социальные мероприятия для обеспечения возможности получения качественных услуг по планированию семьи, охране Вашего репродуктивного здоровья.

Как заполнять вопросник?

Внимательно прочитайте вопросы и предложенные варианты ответов. Выберите те из них, которые соответствуют Вашему мнению, и обведите кружком вариант подходящего ответа или впишите недостающую информацию.

1 РАЗДЕЛ. ОСОБЕННОСТИ УСЛОВИЙ И ОБРАЗА ЖИЗНИ

1. Оцените, пожалуйста, жилищные условия в месте постоянного проживания:

1. Очень хорошие
2. Хорошие
3. Удовлетворительные
4. Плохие
5. Очень плохие

2. Если условия неудовлетворительные, то в чем это выражается?

1. Жилье холодное
2. Жилье слишком влажное
3. Жилье тесное
4. Жилье неблагоустроенное
5. Другое (напишите) _____

3. Оцените, пожалуйста, Ваши отношения с партнером (супругом):

1. Хорошие
2. Нормальные
3. Могли бы быть лучше
4. Они меня не устраивают
5. Плохие
6. Другое (напишите) _____

4. Ваши отношения (брак) основаны:

1. На любви
2. Нам хорошо вместе
3. Так получилось
4. Другое (напишите) _____

2 РАЗДЕЛ. СЕМЬЯ, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

5. Как Вы считаете, следует ли заранее обсуждать в семье сроки появления детей, планировать их количество?

1. Да
2. Скорее да, чем нет
3. Скорее нет, чем да
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

6. Какое количество детей Вы желаете иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей и более
5. Затрудняюсь ответить

7. Укажите, пожалуйста, каков, с Вашей точки зрения, в современных условиях наиболее оптимальный возраст для рождения первого ребенка:

- | | |
|-----------------|-------------------------|
| 1. До 20 лет | 4. 30 лет и старше |
| 2. 20 – 24 года | 5. Затрудняюсь ответить |
| 3. 25 – 29 лет | |

8. Скажите, пожалуйста, планировалась ли данная беременность?

1. Да
2. Беременность была случайной
3. Затрудняюсь ответить
4. Другое (напишите) _____

9. Через какой промежуток времени Вы бы хотели иметь ребенка?

1. Я не хочу иметь детей
2. Через 1 – 2 года
3. Через 2 – 3 года
4. Более чем через 3 года
4. Затрудняюсь ответить

10. Скажите, пожалуйста, пользовались ли Вы противозачаточными средствами до наступления беременности?

1. Да
2. Нет

11. Если *НЕТ*, то укажите, пожалуйста, почему:

1. Недостаточная, неполная информированность по использованию, подбору современных средств контрацепции
2. Моральная неподготовленность
3. Нежелание партнера применять контрацептивы
4. Высокая стоимость
5. Отсутствие в продаже нужных контрацептивных средств
6. Считаю, что контрацептивы вредны для здоровья
7. Недостаточная надежность
8. Неудобство и сложность применения
9. Не хотела
10. Другое (напишите)_____
11. Затрудняюсь ответить

12. Если *ДА*, то какой метод или методы предохранения от беременности Вы чаще всего использовали?

1. Презерватив
2. Таблетки
3. Внутриматочные противозачаточные средства
4. «Безопасные дни» (метод ритма по календарю, температуре)
5. Спермицидные средства (пена, крем, гель)
6. Прерванный половой акт
7. Другое (укажите)_____

13. Отметьте, пожалуйста, что было главным при выборе противозачаточных средств?

1. Удобство и простота применения
2. Надежность
3. Совет знакомых, друзей
4. Рекомендация врача
5. Затрудняюсь ответить

14. Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 до 5 баллов вероятность риска неблагоприятного влияния каждого из перечисленных методов предохранения от беременности на сексуальность Ваших отношений с супругом (партнером):

Методы предохранения	Практически не влияет	Низкий риск	Умеренный риск	Высокий риск	Очень высокий риск	Затрудняюсь ответить
1. Противозачаточные таблетки	1	2	3	4	5	6
2. Гормональные уколы	1	2	3	4	5	6
3. Внутриматочные спирали	1	2	3	4	5	6
4. Презервативы	1	2	3	4	5	6
5. Спермицидные средства (гели, кремы, пасты)	1	2	3	4	5	6
6. Колпачок на шейку матки, диафрагма	1	2	3	4	5	6
7. Стерилизация женщины	1	2	3	4	5	6
8. Стерилизация мужчины	1	2	3	4	5	6
9. «Безопасные дни»	1	2	3	4	5	6
10. Прерванный половой акт	1	2	3	4	5	6
11. Спринцевание	1	2	3	4	5	6

15. Укажите, какие из перечисленных методов предохранения от беременности, с Вашей точки зрения, более надежны, более удобны (в каждом столбике можно указать до 3 ответов):

Методы предохранения от беременности	Удобные	Надежные
1. Противозачаточные таблетки	1	2
2. Гормональные уколы	1	2
3. Внутриматочные спирали	1	2
4. Презервативы	1	2
5. Спермицидные средства (гели, кремы, пасты)	1	2
6. Колпачок на шейку матки, диафрагма	1	2
7. Стерилизация женщины	1	2
8. Стерилизация мужчины	1	2
9. «Безопасные дни»	1	2
10. Прерванный половой акт	1	2
11. Спринцевание	1	2

16. Как Вы думаете, должно ли приобретение контрацептивных средств проходить по назначению врача? (дайте 1 ответ в каждой строчке)

Методы предохранения от беременности	Нет	Не всегда	Да	Затрудняюсь ответить
1. Противозачаточные таблетки	1	2	3	4
2. Гормональные уколы	1	2	3	4
3. Внутриматочные спирали	1	2	3	4
4. Презервативы	1	2	3	4
5. Спермицидные средства (гели, кремы, пасты)	1	2	3	4
6. Колпачок на шейку матки, диафрагма	1	2	3	4
7. Таблетки, принимаемые после полового акта	1	2	3	4

17. С какого возраста Вы живете половой жизнью?

- | | |
|--------------|--------------------|
| 1. До 15 лет | 4. 17 лет |
| 2. 15 лет | 5. 18 лет и старше |
| 3. 16 лет | |

18. Укажите, пожалуйста, какое число половых партнеров у Вас было:

- | | | |
|---------|--------|----------------|
| 1. Один | 2. Два | 3. Три и более |
|---------|--------|----------------|

19. Оцените по 3-балльной шкале степень необходимости для Вас в получении компетентной и достоверной информации по вопросам охраны репродуктивного здоровья:

ИНФОРМАЦИЯ о возможности получения бесплатных услуг по вопросам:	Имеется острая необходимость	Хотелось бы знать	Хорошо информирована	Затрудняюсь ответить
1. Контрацепции	1	2	3	4
2. Лечения гинекологического заболевания	1	2	3	4
3. Проведения искусственного аборта	1	2	3	4
4. Проведения мини-аборта	1	2	3	4
5. Родов	1	2	3	4

20. Знаете ли Вы, где можно получить информацию по планированию семьи и охране репродуктивного здоровья?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

21. Как Вы думаете, каков будет исход следующей беременности?

1. Роды
2. Искусственный аборт
3. Другое _____

3 РАЗДЕЛ. ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НАСТОЯЩИМ АБОРТОМ

22. Укажите, пожалуйста, решение об искусственном прерывании настоящей беременности было принято в результате:

1. Совместного обсуждения с супругом (партнером) необходимости проведения искусственного аборта
2. Самостоятельно, при безразличном отношении мужа (партнера) к проведению операции аборта и ее возможным последствиям для Вашего здоровья
3. Самостоятельно, вопреки желаниям мужа (партнера) сохранить беременность и родить ребенка
4. Настоятельного нежелания супруга (партнера) иметь ребенка в настоящее время

23. Как отнесся супруг (партнер) к Вашему решению прервать данную беременность?

1. Сочувствует, беспокоится
2. Безразлично
3. Чрезвычайно раздражен
4. Другое _____
5. Затрудняюсь ответить

24. Знаете ли Вы о возможных осложнениях после оперативного прерывания беременности?

1. Да, со мной проводилась беседа
2. Да, мне известно это из литературы
3. Да, я кое-что слышала об этом
4. Мне все равно
4. Нет
5. Затрудняюсь ответить

25. Напишите, пожалуйста, на какой неделе данная беременность впервые была подтверждена врачом: _____

26. Если Вы впервые посетили врача в связи с беременностью при сроке свыше 12-й недели, то укажите причину позднего обращения (можно указать несколько причин):

1. Не знала о необходимости более раннего обращения
2. Не знала ранних признаков беременности
3. Низкая доступность акушерско-гинекологической помощи

4. Не считала целесообразным

5. Другое _____

27. Сколько времени заняло предварительное медицинское обследование, предшествующее направлению в стационар? _____ дней

28. Если обследование заняло *более 5–7 дней*, укажите, пожалуйста, по какой причине:

1. Недостаток времени в связи с загруженностью на работе

2. Неудобный график работы лаборатории

3. Отсутствие необходимого оснащения в лаборатории

4. Недостаток денежных средств

5. Другое _____

6. Затрудняюсь ответить

29. Сколько времени прошло между получением направления и госпитализацией? _____ дней

30. Если временной интервал *более 3 дней*, укажите, пожалуйста, причину:

1. Наличие сомнений в правильности принятого решения

2. Наличие внутрисемейных трудностей

3. Возможность осложнений на работе в связи с госпитализацией

4. Отсутствие мест в стационаре

5. Материальные затруднения

6. Затрудняюсь ответить

31. При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым искусственное прерывание беременности абортom?

1. Беременность представляет угрозу для жизни женщины

2. Плод имеет порок в развитии

3. Беременность результат – изнасилования

4. Беременность может повредить здоровью женщины

5. Она не замужем

6. Материальные трудности семьи

7. Другое _____

8. Затрудняюсь ответить

32. Оцените, пожалуйста, степень значимости для Вас лично проблем, повлиявших на принятие решения о необходимости проведения искусственного аборта (отметьте в каждой строчке):

ПРОБЛЕМЫ	Очень значима	Испытываю некоторую обеспокоенность	Не значима	Затрудняюсь ответить
1. Угроза потери работы в случае рождения ребенка				
2. Угроза безработицы Вашего супруга (партнера)				
3. Угроза развода или ухудшения семейных взаимоотношений в случае рождения ребенка				
4. Плохое состояние здоровья				
5. Проблемы здоровья и образа жизни Вашего супруга (партнера)				

6. Необходимость работать больше, чем на одном месте работы, для увеличения материального вклада в бюджет семьи из-за низкой зарплаты мужа				
7. Проблема недостаточности питания				
8. Отказ семьи от медицинской помощи из-за ее дороговизны				
9. Невозможность выполнения врачебных назначений из-за отсутствия материальных средств				
10. Снижение уровня жизни семьи в случае рождения ребенка				
11. Невозможность в современных условиях для женщины самостоятельно воспитать ребенка				
12. Серьезная обеспокоенность социально-экономической ситуацией в стране				

4 РАЗДЕЛ. ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

33. Как Вы считаете, Ваше здоровье:

1. Очень хорошее
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое
5. Затрудняюсь ответить

34. Есть ли у Вас сейчас какие-либо хронические болезни?

1. Да
2. Нет
3. Не знаю

35. Если *ДА*, то какие (отметьте все, что Вас касается)?

1. Болезни системы кровообращения
2. Злокачественные новообразования
3. Болезни нервной системы и органов чувств
4. Психические расстройства
5. Болезни костно-мышечной системы
6. Болезни органов дыхания
7. Болезни кожи и подкожной клетчатки
8. Болезни органов пищеварения
9. Эндокринные болезни
10. Сахарный диабет
11. Болезни мочеполовой системы
12. Болезни почек
13. Гинекологические заболевания
14. Венерические болезни
15. Туберкулез
16. Другое (напишите)

36. Оцените, пожалуйста, какие из перечисленных ниже жизненных обстоятельств оказывают неблагоприятное влияние на состояние Вашего здоровья:

ЖИЗНЕННЫЕ ОБСТОЯТЕЛЬСТВА	Не влияет	Не сильно влияет	Оказывает значительное влияние	Затрудняюсь ответить
1. Материальные условия	1	2	3	4
2. Жилищные условия	1	2	3	4
3. Несбалансированное, недостаточное питание	1	2	3	4
4. Напряженный микроклимат в семье	1	2	3	4
5. Сложности учебы, работы	1	2	3	4
6. Курение	1	2	3	4
7. Употребление алкоголя	1	2	3	4
8. Употребление наркотиков	1	2	3	4
9. Малоподвижный образ жизни	1	2	3	4
10. Проблемы организации досуга, отдыха	1	2		4
11. Проблемы получения качественной медицинской помощи	1	2	3	4
12. Проблемы приобретения необходимых медикаментов и лекарственных средств	1	2	3	4
13. Проблемы организации санаторно-курортного лечения	1	2	3	4
14. Экологические проблемы Вашего города	1	2	3	4
15. Кризисная социально-экономическая ситуация в стране в целом	1	2	3	4

37. Укажите, пожалуйста, в какой степени Вы обеспокоены перечисленными проблемами, связанными с возможностью забеременеть, деторождением, состоянием своего ребенка здоровья (отметьте в каждой строчке):

ПРОБЛЕМЫ	Очень обеспокоена	Испытываю некоторую обеспокоенность	Не беспокоюсь	Затрудняюсь ответить
1. Состояние своего репродуктивного здоровья				
2. Страх перед наступлением нежелательной беременности				
3. Неуверенность в возможности забеременеть из-за возможных последствий аборта				
4. Сложности с получением консультации по планированию семьи и подбору контрацепции				
5. Низкая доступность современных контрацептивных средств				
6. Необходимость длительного предохранения от наступления нежелательной беременности				

7. Страх перед абортami в последующем				
8. Недостаток знаний о современных методах контрацепции				
9. Необходимость пройти обследование и курс лечения в связи с гинекологическими заболеваниями				
10. Возможность осложненного течения беременности				
11. Сложность получения высококачественных услуг в связи с беременностью и родами				
12. Возможность заразиться венерическими заболеваниями, СПИДом				
13. Отсутствие средств для получения платных услуг у акушера-гинеколога				
14. Неготовность обеспечить хороший уход за новорожденным				
15. Страх перед прохождением медицинского обследования				
16. Непонимание того, что необходимо делать, чтобы улучшить состояние своего репродуктивного здоровья				

38. Удовлетворены ли Вы своими знаниями по вопросам использования различных методов предохранения от беременности?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

39. Заинтересованы ли Вы в расширении знаний о профилактике гинекологических заболеваний?

1. Не считаю целесообразным
2. Заинтересована
3. Очень заинтересована
4. Затрудняюсь ответить

40. Укажите, пожалуйста, как Вы оцениваете качество медицинского обслуживания в женской консультации в целом:

1. Хорошее
2. Удовлетворительное
3. Плохое
4. Очень плохое
5. Затрудняюсь ответить

41. Напишите, пожалуйста, Ваши предложения по улучшению качества медицинского обслуживания

42. Отметьте, пожалуйста, в каких видах медико-социальной помощи Вы нуждаетесь:

1. Улучшение питания на льготных основах
2. Приобретение лекарств и витаминов по льготным ценам
3. Помощь в получении возможностей заниматься в спортивных секциях
4. Помощь в организации летнего отдыха
5. Помощь в овладении современными методами сохранения и укрепления здоровья
6. Помощь в получении санаторно-курортного лечения
7. Юридическая консультация по Вашим жизненным проблемам
8. Помощь в разрешении жизненных ситуаций в Вашей семье
9. Другое _____
10. Затрудняюсь ответить

43. Укажите сумму, которую Вы затратили на оплату медицинских услуг в течение последнего года, предшествующего обследованию, в связи с различными проблемами охраны здоровья: _____ руб.

5 РАЗДЕЛ. СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ:

44. Возраст _____ (полных лет)

45. Сколько человек в Вашей семье? _____

46. Сколько несовершеннолетних детей? _____

47. Образование

1. Неполное среднее
2. Средняя школа, в т.ч. ПТУ со средним образованием
3. Среднее специальное образование (техникум и др.)
4. Незаконченное высшее (не менее 3 курсов вуза)
5. Высшее

48. Семейное положение

1. Состою в зарегистрированном браке
2. Состою в гражданском браке
3. Разведена
4. Не замужем
5. Вдова

49. В какой сфере Вы в настоящее время трудитесь?

1. Промышленность
2. Сельское хозяйство
3. Лесное хозяйство
4. Строительство
5. Транспорт
6. Связь
7. Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение

8. Информационно-вычислительное обслуживание, жилищно-коммунальное хозяйство, непроеизводственные виды бытового обслуживания населения
9. здравоохранение, физическая культура, социальное обеспечение
10. Образование, культура
11. Наука и научное обслуживание
12. Кредитование, финансы и страхование
13. Аппарат органов управления
14. Вооруженные силы
15. Охрана общественного порядка
16. Другое _____
17. Не работаю

50. На каком предприятии (организации) Вы работаете?

1. Государственное предприятие
2. Муниципальное унитарное предприятие
3. Акционерное общество
4. Полное товарищество
5. Общество с ограниченной и дополнительной ответственностью
6. Производственный кооператив
7. Совместное предприятие, иносфирма
8. Общественные и религиозные организации
9. Не работаю

51. Посчитайте, пожалуйста, каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи за последний месяц (сложите все виды доходов, включая алименты, пособия на детей, приработки, проценты по вкладам, акциям, другим ценным бумагам и т.п. после удержания налогов, и разделите на число членов Вашей семьи) _____ руб.

52. Считаете ли Вы, что доходы Вашей семьи:

1. Достаточны для нормальной жизни
2. Достаточны при определенных условиях
3. Недостаточны
4. Совершенно недостаточны

53. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует Ваши денежные доходы?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

6 РАЗДЕЛ. ОСОБЕННОСТИ МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ

На вопросы отвечает врач акушер-гинеколог. Источник информации для данного раздела – *только* медицинские документы и записи. По вопросам, где документы отсутствуют, в анкете отмечается: «нет документов».

54. Какие из нижеперечисленных заболеваний и состояний, осложняющих течение беременности, были выявлены?

Заболевания и патологические состояния

1. Пограничная гипертензия или гипертоническая болезнь
2. Вегетососудистая дистония
3. Гипотония
4. Анемия
5. Варикозное расширение вен нижних конечностей
6. Инфекции мочеполовых путей
7. Гинекологические заболевания
8. Болезни органов пищеварения
9. Болезни нервной системы и органов чувств
10. Диабет
11. Гипер- или гипопункция щитовидной железы
12. Кровотечения неясной этиологии
13. Травма
14. Другие (напишите)

55. Беременность прервана при сроке _____ недель

56. Прерывание беременности произошло:

1. В стационаре
2. Вне стационара
3. В женской консультации

57. Укажите, пожалуйста, причину прерывания беременности:

1. По желанию женщины
2. По медицинским показаниям
3. По социальным показаниям
4. Самопроизвольный аборт
5. Криминальный аборт

58. Укажите, были ли осложнения в раннем периоде после прерывания беременности:

БОЛЬШОЕ СПАСИБО ЗА УЧАСТИЕ В ОПРОСЕ

Анкета изучения условий формирования здорового поколения

Уважаемые коллеги!

Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН при поддержке администрации Вологодской области и областного управления здравоохранения проводит исследование «Изучение условий формирования здорового поколения». Для этой цели необходимо получить всестороннюю достоверную информацию, характеризующую состояние здоровья новорожденных и их родителей; уровень образования родителей, условия их труда, доходы, жилищные условия, взаимоотношения в семье, качество питания и другое.

Обследованию подлежат ВСЕ НОВОРОЖДЕННЫЕ с 0 часов 1.03.2001 до 24 часов 25.03.2001 года, а также их родители и ближайшие родственники.

Результаты обследования будут использованы для подготовки рекомендаций местным органам власти, органам здравоохранения и социальной защиты населения по улучшению положения новорожденных и их семей.

Сведения, полученные в результате исследования, разглашению не подлежат. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ГАРАНТИРУЕТСЯ.

Заранее благодарим Вас за помощь!

ОБЩИЕ УКАЗАНИЯ

Некоторые вопросы имеют ПОДСКАЗКИ. Из всех представленных ответов необходимо выбрать один, наиболее подходящий. Если ответы не устраивают – допишите. Если Вы не знаете, как ответить на какой-либо вопрос, пожалуйста, напишите: «не помню», «не знаю», «нет документов» и т.д. НЕ ОСТАВЛЯЙТЕ НИ ОДНОГО ВОПРОСА БЕЗ ОТВЕТА.

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- А. Фамилия, имя, отчество интервьюера _____
- Б. Фамилия, имя, отчество матери _____
- В. Постоянное место жительства матери (где прописана) _____
- Г. Фактическое место жительства матери _____
- Д. Адрес места (учреждения), где родился ребенок _____

ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ

- 1. Место рождения ребенка
 - 1. Родильный дом
 - 2. Больница
 - 3. Фельдшерско-акушерский пункт
 - 4. Платная палата государственной больницы
 - 5. Другое место (дом, транспорт, улица, и т.п.)
- 2. Дата рождения ребенка (число, месяц, год) _____
- 3. Время рождения ребенка (час, мин) _____

Информация о респондентке, ее супруге, родственниках.
 На вопросы отвечает только САМА РЕСПОНДЕНТКА.

СОСТАВ СЕМЬИ

4. Перечислите, пожалуйста, всех членов Вашей семьи, проживающих совместно с Вами на данной жилой площади и имеющих общий бюджет с Вами (отметьте крестиком).

Проставьте возраст (число полных лет) каждого члена семьи
 (детям до года ставить: 1 месяц – 0.1, 2 месяца – 0.2, ..., 11 месяцев – 0.11)

Пол: мужской – 1, женский – 2

		Наличие	Возраст	Пол
Респондентка	1			
Супруг	2			
Дети	3			
	4			
	5			
	6			
	7			
Родители респондентки: мать	8			
Отец	9			
Родители супруга респондентки: мать	10			
Отец	11			
Другие родственники (сестра, брат, тетя, дядя, бабушка, дедушка и т.д.)	12			

5. Семейное положение респондентки:

1. Замужем, гражданский брак
2. Не замужем
3. Вдова, разведенная

6. Дата регистрации настоящего брака _____

(число, месяц, год)

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОБРАЗОВАНИЕ

7. Род занятий респондентки и ее супруга за год до рождения ребенка

	Мать	Отец
Работа	1	1
Учеба в вузе, техникуме, ПТУ, школе	2	2
Неоплачиваемый член семьи, помогающий в ведении частно-предпринимательской деятельности	3	3
Действительная служба в армии	4	4
Безработный	5	5
Добровольно незанятый	6	6
Неработающий инвалид	7	7
Другое (напишите) _____	8	8

На вопросы 8 – 13 респондентка отвечает только в случае, если она и (или) ее муж имеют постоянную работу.

8. В каком учреждении (организации) работали респондентка и ее супруг за год до рождения ребенка?

Учреждение	Мать	Отец
Государственном	1	1
Частном	2	2
Кооперативном	3	3
Занят частным предпринимательством	4	4
Другое (напишите) _____	5	5

9. В какой отрасли народного хозяйства за год до рождения ребенка работали его родители?

Отрасли народного хозяйства	Мать	Отец
Промышленность	1	1
Сельское хозяйство	2	2
Лесное хозяйство	3	3
Строительство	4	4
Транспорт	5	5
Связь	6	6
Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение, сбыт и заготовки	7	7
Информационно-вычислительное обслуживание	8	8
Жилищно-коммунальное хозяйство, непроизводственные виды бытового обслуживания населения	9	9
Здравоохранение, физическая культура, социальное обеспечение	10	10
Образование	11	11
Культура и искусство	12	12
Наука и научное обслуживание	13	13
Кредитование финансы и страхование	14	14
Аппарат органов управления	15	15
Другие отрасли	16	16

10. По какой профессии (специальности) работали респондентка и ее муж за год до рождения ребенка?

Респондентка: _____

Супруг: _____

11. Должность или разряд (для рабочих) респондентки и ее мужа:

Респондентка _____

Супруг _____

12. Условия труда на предприятии, где работала респондентка и ее муж за год до рождения ребенка (можно дать 5 ответов):

Условия труда на предприятии	Мать	Отец
Химические и токсические вещества	1	1
Запыленность	2	2
Загазованность	3	3
Вибрация	4	4
Шум	5	5

Влажность	6	6
Радиация и действие СВЧ	7	7
Большая физическая нагрузка	8	8
Работа на конвейере	9	9
Высокая температура	10	10
Низкая температура	11	11
Биологическая опасность (микроорганизмы, больные люди, животные, растения)	12	12
Психическое напряжение	13	13
Работа в 2-3 смены	14	14
Работа неполное рабочее время	15	15
Работа в ночное время	16	16
Другое (указать)	17	17
Ничего из перечисленного	18	18

13. Какое образование имеет респондентка, ее супруг?

Образование	Мать	Отец
Высшее	1	1
Незаконченное высшее	2	2
Среднее специальное, в т.ч. ПТУ со средним образованием	3	3
Среднее общее	4	4
Незаконченное среднее, в т.ч. ПТУ без среднего образования	5	5

ДОХОДЫ, БЛАГОСОСТОЯНИЕ

14. Укажите денежный доход семьи (в соответствующей клеточке поставьте сумму доходов за месяц, предшествующий месяцу проведения опроса):

Источник дохода	Мать	Отец	Дети	Родит. мужа	Родит. жены
Заработная плата по основному месту работы	1	1	1	1	1
Заработная плата на дополнительном месте работы	2	2	2	2	2
Пенсия	3	3	3	3	3
Стипендия	4	4	4	4	4
Пособия	5	5	5	5	5
Алименты	6	6	6	6	6
Доходы от подсобного хозяйства	7	7	7	7	7
Иные доходы	8	8	8	8	8
Пособия на детей	9	9	9	9	9
ИТОГО	10	10	10	10	10

15. Считаете ли Вы, что доходы Вашей семьи:

1. Достаточны для нормальной жизни
2. Достаточны при определенных условиях
3. Недостаточны
4. Совершенно недостаточны

16. Отметьте, пожалуйста, какие виды из перечисленного имущества имеет Ваша семья:

- | | | |
|--|-----------------------------|----------------------------|
| 1. Дача (садовый домик, дом в деревне) | 2. Автомобиль | 3. Мотоцикл |
| 4. Гараж | 5. Телевизор | 6. Видеомагнитофон |
| 7. Видеокамера | 8. Музыкальный центр | 9. Магнитофон |
| 10. Мебельный гарнитур | 11. Холодильник | 12. Морозильник |
| 13. Стиральная машина | 14. Пылесос | 15. Кухонный комбайн |
| 16. Микроволновая печь | 17. Посудомоечная машина | 18. Швейная машина |
| 19. Библиотека (более 200 томов) | 20. Музыкальные инструменты | 21. Произведения искусства |
| 22. Компьютер | | |

17. Оцените, пожалуйста, возможности удовлетворения потребности Вашей семьи исходя из ее совокупного дохода:

1. Приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания
2. Хватает денег только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности
3. Денег хватает на все текущие расходы, но без всяких излишеств
4. Денег хватает, чтобы не экономить на том, что нравится
5. Затрудняюсь ответить

ПИТАНИЕ

18. Сколько денег потратила Ваша семья на питание за месяц, предшествующий месяцу проведения опроса (руб.)?

Всего	1	
В том числе: на покупку продуктов питания в магазинах	2	
На рынке	3	
На питание в столовых, кафе, ресторанах	4	
Другое (напишите) _____	5	

19. Доля расходов на питание в доходах (за месяц, предшествующий месяцу проведения опроса (указать в %)) _____

20. Узнав, что Вы беременны, изменили ли Вы характер питания?

1. Питание стало более разнообразным
2. Питание не изменилось
3. Улучшилось качество потребляемых продуктов
4. Другое (напишите) _____

21. Если питание не улучшилось, то почему?

1. Для этого нет денег
2. Считаю, что это не важно
3. Мало, что можно купить, ограниченный выбор продуктов питания
4. Другое (напишите) _____

22. Нехватку каких продуктов питания Вы ощущали в период беременности особенно остро? (можно дать до 5 ответов)

- | | | |
|---------------------------|-------------------------------------|-----------------------------|
| 1. Мясо, птица | 2. Колбасные изделия | 3. Рыба и рыбопродукты |
| 4. Овощи | 5. Картофель | 6. Фрукты |
| 7. Сахар | 8. Кондитерские изделия | 9. Яйца |
| 10. Масло животное | 11. Сыр | 12. Масло растительное |
| 13. Хлебобулочные изделия | 14. Молоко, молочно-кислые продукты | 15. Другое (напишите) _____ |

23. Курила ли респондентка в течение 12 месяцев до начала беременности?

1. Да
2. Нет

24. Если «да», то сколько сигарет в день в среднем? _____

25. Курила ли респондентка во время беременности?

1. Да
2. Нет

26. Если «да», то сколько сигарет в день в среднем? _____

27. Употребляют ли респондентка, ее муж, другие родственники алкогольные напитки?

	Мать	Отец	Другие родственники
1. Практически не употребляю			
2. 1-2 раза в месяц			
3. 2-3 раза в месяц			
4. 1 раз в неделю			
5. Ежедневно			
6. От случая к случаю			
7. В праздники			

28. В каком объеме респондентка, ее муж, родственники обычно употребляют алкогольные напитки?

	Мать	Отец	Другие родственники
1. Менее 0,5 литра в неделю			
2. От 0,5 до 1 литра в неделю			
3. От 1 до 1,5 литра в неделю			
4. Свыше 1,5 литра в неделю			

ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

29. Что представляет собой Ваше жилище?

- | | |
|---|---------------------------------------|
| 1. Отдельный собственный дом | 2. Отдельная государственная квартира |
| 3. Отдельная приватизированная квартира | 4. Отдельная кооперативная квартира |
| 5. Коммунальная квартира | 6. Квартира гостиничного типа |
| 7. Комната в семейном общежитии | 8. Комната в общежитии |
| 9. Снимаете жилье | |

30. Число комнат, занимаемых семьей

(если семья снимает часть комнаты, поставить 0) _____

31. В том числе изолированных комнат _____

32. Число квадратных метров жилой площади _____

33. Число квадратных метров ОБЩЕЙ площади _____

34. Какие у Вас имеются коммунальные удобства?

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Центральное отопление | 2. Местное отопление |
| 3. Водопровод | 4. Канализация |
| 5. Газ | 6. Горячая вода |
| 7. Ванная или душ | 8. Мусоропровод |
| 9. Телефон | 10. Домофон |

35. Ваша оценка жилищных условий:

- | | |
|------------|-----------------------|
| 1. Хорошие | 2. Удовлетворительные |
| 3. Плохие | 4. Очень плохие |

36. Оцените, пожалуйста, экологические условия в районе проживания Вашей семьи:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. Хорошие | 2. Удовлетворительные |
| 3. Плохие | 4. Очень плохие |
| 5. Затрудняюсь ответить | |

37. Если условия неблагоприятные, то в чем это выражается?

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| 1. Плохое качество воды | 2. Загрязненный воздух |
| 3. Загрязненная почва (свалки, мусор) | 4. Повышенный уровень шума |
| 5. Отсутствие зелени | 6. Электромагнитное излучение |
| 7. Другое (напишите) _____ | |

38. Появление ребенка изменит ли Ваши жилищные условия?

1. Нет, у нас много места, у него будет отдельная комната
2. Он будет жить в комнате с другим ребенком (детьми)
3. Да, нам придется потесниться, но мы скоро получим жилье (купим, построим)
4. Да, жилищные условия ухудшатся
5. Другое (напишите) _____

ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

39. Как Вы считаете, размер семьи следует планировать?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

40. Скажите, пожалуйста, планировалось ли появление этого ребенка?

1. Да, ребенок появился в результате совместного решения, принятого до наступления беременности
2. Беременность была случайной, но мы решили ее сохранить
3. Беременность была случайной, но я настояла на ее сохранении

4. Беременность была случайной, но муж настоял на ее сохранении
5. Беременность была случайной, но на ее сохранении настояли родители мои и (или) мужа
6. Затрудняюсь ответить
7. Другое (напишите) _____

41. Какие противозачаточные средства Вы использовали до рождения ребенка? (если не использовали – поставьте 0)

1. Презерватив
2. Таблетки
3. Внутриматочные противозачаточные средства
4. Метод ритма по календарю
5. Метод ритма по температуре
6. Другое (укажите) _____

42. Как Вы считаете, какие у Вас отношения с супругом?

1. Хорошие
2. Нормальные
3. Могли бы быть лучше
4. Они меня не устраивают
5. Плохие
6. Другое (напишите) _____

43. Ваш брак основан:

1. На любви
2. Нам было хорошо вместе
3. Так получилось
4. Другое (напишите)

ОЦЕНИТЕ ВАШЕ ДУШЕВНОЕ СОСТОЯНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ И ВСКОРЕ ПОСЛЕ ПОЯВЛЕНИЯ РЕБЕНКА:

- 1 – глубокое потрясение, нежелание жить,
- 2 – отсутствие переживаний,
- 3 – состояние большого счастья

44. Вы узнали, что беременны 1-2-3

45. Первые месяцы беременности 1-2-3

46. Последние месяцы беременности 1-2-3

ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

Оценка здоровья семьи респонденткой

47. Укажите, пожалуйста, как Вы оцениваете свое здоровье, здоровье супруга, ранее рожденных детей?

	Мать	Отец	Дети
1. Отличное			
2. Хорошее			
3. Удовлетворительное			
4. Плохое			

48. Были ли у Вас какие-либо медицинские противопоказания к рождению данного ребенка?

1. Да (какие) _____
2. Нет

49. Имелись или есть сейчас какие-либо хронические болезни у Вас, Вашего супруга, ранее рожденных детей, других родственников?

1. Да
2. Нет

50. Если да, то какие (отметьте крестиком в соответствующей клетке)?

	Мать	Отец	Дети	Родствен.
1. Болезни системы кровообращения				
2. Злокачественные новообразования				
3. Болезни нервной системы и органов чувств				
4. Психические расстройства				
5. Болезни костно-мышечной системы				
6. Болезни органов дыхания				
7. Болезни кожи и подкожной клетчатки				
8. Болезни органов пищеварения				
9. Эндокринные болезни				
10. В том числе: сахарный диабет				
11. Болезни мочеполовой системы				
12. В том числе: болезни почек				
13. Гинекологические заболевания				
14. Венерические болезни				
15. Туберкулез				
16. Другое (напишите)				

Организация и качество оказываемой респондентке медицинской помощи в период данной беременности и подготовки к родам

51. Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 (низкая) до 10 (высокая) степень доступности для Вас нижеперечисленных обстоятельств, связанных с организацией медицинского наблюдения в период настоящей беременности:

1. Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
2. Доступность своевременной квалифицированной акушерско-гинекологической (врачебной) помощи	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
3. Доступность своевременной квалифицированной терапевтической (врачебной) помощи	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
4. Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям (невропатолог, офтальмолог, другие)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
5. Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6. Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в том числе препаратами, содержащими железо, витамины) и медицинскими средствами	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
7. Информация по вопросам медицинской, психологической и др. подготовки к родам	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
8. Информация по вопросам ухода за новорожденным	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
9. Другое (напишите)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10

52. Напишите, пожалуйста, на какой неделе данная беременность впервые была подтверждена врачом _____

53. Если Вы впервые посетили врача в связи с беременностью при сроке свыше 12-й недели, то укажите причину позднего обращения (можно указать несколько причин):

1. Не знала о необходимости более раннего обращения
2. Не знала ранних признаков беременности
3. Низкая доступность акушерско-гинекологической помощи
4. Не считала целесообразным
5. Другое _____

54. Общее число посещений респонденткой лечебно-профилактических учреждений в период беременности и подготовки к родам:

Учреждение	Кол-во визитов
1. Женская консультация	
2. Поликлиника	
3. Медицинский пункт	
4. Другие (укажите какие)	
5. Всего визитов	

55. В том числе – профилактических визитов:

Учреждение	Кол-во визитов
1. Женская консультация	
2. Поликлиника	
3. Медицинский пункт	
4. Другие (укажите какие)	
5. Всего визитов	

56. Если вы посетили акушера-гинеколога женской консультации менее 12 раз за период беременности (общее число визитов), укажите, пожалуйста, причины (можно указать несколько причин):

1. Не знала о необходимости регулярных посещений
2. Низкая доступность
3. Недоверие к врачу
4. Не считала целесообразным
5. Не было времени
6. Другое (напишите) _____

Дородовой патронаж беременной (число посещений медицинскими работниками беременной на дому)

57. Укажите, пожалуйста, сколько раз Вас посетили на дому за весь период беременности:

Учреждение	Кол-во визитов
1. Участковая акушерка	
2. Участковая медсестра	
3. Другие (впишите)	
4. Всего визитов	

58. В том числе профилактических визитов:

Учреждение	Кол-во визитов
1. Участковая акушерка	
2. Участковая медсестра	
3. Другие (впишите)	
4. Всего визитов	

59. Укажите, пожалуйста, как Вы оцениваете качество медицинского предродового наблюдения в целом:

- | | |
|-------------------------|-----------------------|
| 1. Хорошее | 2. Удовлетворительное |
| 3. Плохое | 4. Очень плохое |
| 5. Затрудняюсь ответить | |

60. Напишите, пожалуйста, Ваши предложения по улучшению качества медицинского предродового наблюдения _____

Акушерский анамнез респондентки, включая настоящую беременность

Информация для этого раздела берется из медицинских документов. Если это невозможно, детали уточняются у матери.

61. Данная беременность является по счету _____

62. В случае, если данная беременность не является первой по счету, укажите исходы предшествующих беременностей и примерный срок окончания (вписать дату окончания беременности и поставить крестик в соответствующей графе):

Исходы всех предшествующих беременностей	№ беременности								
	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
Дата окончания (мес., год)									
Роды преждевременные									
Роды в срок									
Мертворожденный									
Искусственный аборт									
Выкидыш									
Внематочная беременность.									

63. Число ранее родившихся детей

1. Живыми _____
2. Мертвыми _____
3. Число детей, умерших на 1-й неделе жизни _____

Особенности медицинского наблюдения данной беременности

На вопросы отвечает врач акушер-гинеколог. Источник информации для данного раздела – только медицинские документы и записи. По вопросам, где документы отсутствуют, в анкете отмечается: «нет документов».

64. Имеет ли медицинский персонал роддома или другого стационара необходимую медицинскую документацию об особенностях течения данной беременности и состояния здоровья респондентки?

1. Да
2. Нет

65. Если ряд документов отсутствует, перечислите, какие именно:

Ответьте на вопросы 67 – 69: укажите, пожалуйста, показания АД респондентки при первом измерении в период данной беременности, последнем измерении и показания с наиболее высокими значениями (включая замеры, сделанные в стационаре)

66. Первое (или единственное) показание _____ мм рт. ст., _____ неделя

67. Последнее показание _____ мм рт. ст., _____ неделя

68. Показание с наиболее высоким значением _____ мм рт. ст., _____ неделя

69. Укажите, пожалуйста, осложнялось ли течение данной беременности токсикозом? (возможны 2 варианта ответов)

1. Да, первой половины беременности
2. Да, второй половины беременности
3. Нет

70. Имели ли место отеки в период беременности?

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

71. Имели ли место случаи обнаружения белка в анализах мочи в период беременности?

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

72. Укажите, пожалуйста, страдала ли респондентка инфекциями мочеполовых путей в период беременности?

1. Да
2. Нет

73. Имели ли место припадки эклампсии?

1. Да
2. Нет

Если «да», то ответьте, пожалуйста, на вопросы 75-76:

74. Была ли респондентка госпитализирована по поводу предэклампсического токсикоза или гипертонии?

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

75. Длительность пребывания в стационаре _____ дней

76. 1) рост респондентки _____ см.
2) вес до беременности _____ кг.

77. Укажите, пожалуйста, резус-принадлежность респондентки:

1. Резус-положительный
2. Резус-отрицательный
3. Исследование не проводилось

78. Если резус отрицательный, укажите, пожалуйста, имела ли место изосерологическая несовместимость крови матери и плода?

1. Да
2. Нет

79. Укажите, пожалуйста, результаты анализов крови на гемоглобин в период беременности:

1. Первый (или единственный) результат _____ при сроке беременности _____ недель
2. Показатель с наименьшим значением _____ при сроке беременности _____ недель
3. Нет данных

80. Какие из нижеперечисленных заболеваний и состояний, осложняющих течение беременности, впервые были выявлены в различные периоды беременности? Укажите, пожалуйста, срок беременности (неделя) в каждом случае:

Заболевания и патологические состояния	Срок беременности, недель (укажите)
1. Пограничная гипертензия или гипертоническая болезнь	
2. Вегетососудистая дистония	
3. Гипотония	
4. Анемия	
5. Варикозное расширение вен нижних конечностей	
6. Инфекции мочеполовых путей	
7. Гинекологические заболевания	
8. Болезни органов пищеварения	
9. Болезни нервной системы и органов чувств	
10. Диабет	
11. Гипер- или гипофункция щитовидной железы	
12. Кровотечения неясной этиологии	
13. Травма	
14. Другие (напишите)	

81. Находилась ли респондентка в период беременности на стационарном лечении (по любой причине, кроме преэклампсического токсикоза или гипертонии)?

1. Да (на _____ неделе)
2. Нет

Если «да», то ответьте, пожалуйста, на вопросы 82 – 84. При неоднократных госпитализациях, ответы дать применительно к каждому отдельному случаю.

82. Укажите диагноз или причину госпитализации (напишите) _____

83. Длительность пребывания в стационаре _____ дней

84. Срок беременности в момент госпитализации _____ недель

Сведения об особенностях родов

Заполняется по данным первичной медицинской документации

85. Роды при сроке _____ недель

86. Роды приняты:

1. Врачом
2. Акушеркой
3. Другим лицом

87. Место родов:

1. Родильный дом
2. Другой стационар
3. Вне стационара

Продолжительность родов

88. Общая _____ час. _____ мин.

89. I периода _____ час. _____ мин.

90. II периода _____ час. _____ мин.

91. Длительность безводного промежутка _____ час. _____ мин.

92. Применялось ли в родах обезболивание?

1. Не применялось
2. Применялось

Если применялось, укажите:

1. Метод _____
2. Длительность _____
3. Название препарата _____

93. Операции и пособия в родах _____

94. Проводилась ли стимуляция родовой деятельности?

1. Да
2. Нет

Если проводилась стимуляция, укажите:

95. Какой метод был использован?

1. Окситоцин
2. Хирургическая стимуляция
3. Другое (напишите) _____

96. Причины необходимости стимуляции родовой деятельности (напишите): _____

97. Укажите, какие осложнения были в родах и раннем послеродовом периоде:

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. Ранее излитие околоплодных вод | 4. Затяжные роды |
| 2. Стремительные роды | 5. Патология плаценты |
| 3. Кровотечение в родах или раннем послеродовом периоде | 6. Другое (напишите) _____ |

98. Ребенок родился в предлежании:

1. Головном
2. Ягодичном
3. Ножном

99. Роды произошли:

1. Самостоятельно
2. Кесарево сечение по мед. показаниям
3. Другое (напишите) _____

Сведения о новорожденном

100. Ребенок родился:

- | | |
|--------------------------|----------------------------------|
| 1. При одноплодных родах | 2. Первым из двойни |
| 3. Вторым из двойни | 4. При других многоплодных родах |

101. Ребенок родился:

1. Живой
2. Мертвый

102. Укажите пол ребенка:

1. Мальчик
2. Девочка

103. Вес ребенка при рождении _____ кг _____ г

104. Рост новорожденного _____ см

105. Оценка состояния новорожденного по шкале АПГАР (баллы). Если не проводилась, поставьте 0 _____

106. Продолжительность асфиксии (при наличии) составила _____ мин.

107. Требовались ли ребенку дополнительные меры по оживлению?

1. Да
2. Нет

108. Если «да», то укажите использованный метод: _____

109. Делались ли ребенку лабораторные тесты или рентгеновские обследования в период пребывания в роддоме или стационаре?

1. Да (напишите) _____
2. Нет

110. Имеет ли новорожденный какие-либо отклонения в состоянии здоровья, патологические состояния, заболевания, врожденные пороки развития?

1. Да
2. Нет

111. Какие патологические состояния и (или) заболевания имел ребенок в первые 7 дней жизни? Напишите:

112. Группа здоровья новорожденного _____

Ребенок:

113. Выписан домой на _____ день после рождения

114. Переведен на _____ день после рождения, куда _____

115. Если переведен, то укажите причину _____

Сведения о случаях перинатальной смерти

116. Время смерти:

1. Указать дату смерти _____, на какой день после рождения _____
2. Мертворожденный

117. Если ребенок родился мертвым, то укажите:

1. Антенатально (за сколько часов до родов _____)
2. Интранатально
3. Неизвестно

118. Диагноз после патолого-анатомического вскрытия (если не проводилось – поставьте 0) _____

Пожалуйста, ответьте на вопросы 120 – 122, если ребенок родился мертвым или умер на первой неделе жизни (первые 7 дней).

119. Дайте, пожалуйста, краткое резюме об этой беременности, особо отметив различные отклонения или заболевания. Укажите причины антенатальной гибели плода.

120. Дайте, пожалуйста, краткое резюме о протекании родов, особо отметив различные осложнения, включая также причины, приведшие к смерти плода или новорожденного.

121. Дайте, пожалуйста, краткий клинический анамнез состояния здоровья новорожденного, особо отметив различные отклонения, заболевания или патологические состояния, которые могут объяснить причину смерти ребенка.

Анкета изучения условий формирования здорового поколения (состояние здоровья ребенка в возрасте 7 лет)

Уважаемые коллеги!

Вологодский научно-координационный центр РАН при поддержке департамента здравоохранения Вологодской области продолжает исследование «Изучение условий формирования здорового поколения», начатое 15-30 мая 1995 года. Для этих целей необходимо получить всестороннюю достоверную информацию, характеризующую здоровье детей, уровень их развития, качество питания; доходы, жилищные условия, взаимоотношения в семье и другое.

Обследованию подлежат ДЕТИ, родившиеся 15-30 мая 1995 года, попавшие в предыдущие этапы обследования, а также их родители.

Результаты обследования будут использованы для подготовки рекомендаций местным органам власти, органам здравоохранения и социальной защиты населения по улучшению положения детей и их семей.

Сведения, полученные в результате исследования, разглашению не подлежат. ВРАЧЕБНАЯ ТАЙНА ГАРАНТИРУЕТСЯ.

УВАЖАЕМЫЕ РОДИТЕЛИ!

Благодарим Вас за помощь, которую Вы оказываете в течение длительного времени, и надеемся на дальнейшее сотрудничество и взаимопонимание!

Справочная информация

А. Фамилия, имя, отчество мамы _____

Б. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

В. Постоянное место жительства (прописка) _____

Г. Фактическое место жительства _____

ЧАСТЬ I. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

1. Пол ребенка:

1. Мальчик

2. Девочка

2. Место нахождения ребенка к семи годам:

1. Дома

2. В Доме ребенка

3. Другое (напишите) _____

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ

3. Кто ухаживает за ребенком в семье? (расположите в порядке значимости: 1 – самый значимый, 7 – менее значимый)

	Мать	
	Отец	
	Бабушка	
	Дедушка	
	Старшие брат, сестра	
	Няня	
	Другие члены семьи	

4. Кто занимается воспитанием ребенка в семье? (расположите их в порядке значимости: 1 – самый значимый, 7 – менее значимый)

	Мать	
	Отец	
	Бабушка	
	Дедушка	
	Старшие брат, сестра	
	Няня	
	Другие члены семьи	

5. Если отец занимается воспитанием и уходом за ребенком, то что он делает (как часто)?

		Регулярно	Иногда	Очень редко
1	Гуляет с ребенком	1	2	3
2	Играет с ребенком	1	2	3
3	Купает ребенка	1	2	3
4	Читает книги	1	2	3
5	Занимается с ребенком спортом	1	2	3
6	Покупает ребенку продукты питания	1	2	3
7	Покупает ребенку игры, игрушки	1	2	3
8	Другое (напишите) _____			

6. Если отец не занимается воспитанием и уходом за ребенком, то почему?

1. Считает, что ребенок слишком мал
 2. Считает, что воспитание детей - дело жены, а дело мужа – зарабатывать деньги

3. Очень устает на работе
 4. Поздно приходит с работы, ребенок уже спит
 5. Не знает как и не умеет общаться с ребенком
 6. Ребенок его не интересуется
 7. Он так относился и к предыдущим детям
 8. Затрудняюсь ответить

7. Посещает ли ребенок детский сад (школу)?

1. Да (напишите № д/с, школы) _____
 2. Нет

8. Если посещает детский сад, то почему?

1. В детском саду ребенок лучше подготовится к школе, чем дома
 2. Ребенку необходимо общение со сверстниками
 3. Мать вынуждена работать из-за недостатка денежных средств
 4. Другие причины (напишите) _____

9. Если не посещает детский сад, то почему?

1. Мы считаем, что ребенка до 7 лет надо воспитывать дома
 2. Ребенок не мог посещать детский сад, потому что часто болел
 3. Не имеем достаточно средств для оплаты услуг детского сада

3. Педиатр рекомендует воспитывать ребенка дома

4. Другие причины (напишите) _____

10. С какого возраста ребенок посещает детское дошкольное учреждение?

С _____ лет

11. Сколько времени в сутки в среднем Вы уделяете ребенку?

1. От 6 до 12 часов

2. От 3 до 6 часов

3. Менее 3 часов

12. Спит ли ребенок днем?

1. Да

2. Нет

13. Гуляет ли ребенок на воздухе каждый день?

1. Да

2. Нет

14. Занимается ли ребенок утренней зарядкой?

1. Ежедневно

3. 1-2 раза в неделю

2. 3-4 раза в неделю

4. Нет

15. Занимаетесь ли Вы гимнастикой вместе с ребенком?

1. Да

2. Нет

16. Проводите ли Вы с ребенком какие-либо дополнительные закаливающие процедуры?

1. Да (какие) _____

2. Нет

17. Как регулярно ребенок играет в спортивные игры, ходит в походы и т.д., то есть активно отдыхает?

1. Регулярно в течение года

2. Только летом

3. Только зимой

4. Не занимается

5. Другое _____

18. Используете ли Вы выходные дни, отпуск для отдыха с детьми?

	Выходные дни	Отпуск
1. Да, как правило, всей семьей	1	1
2. Да, как правило, мать с детьми	2	2
3. Да, как правило, отец с детьми	3	3
4. Стараемся, но не всегда получается	4	4
5. Другое _____		

19. Оцените взаимоотношения между членами вашей семьи:

1. Дружные, без ссор

2. Дружные, с редкими ссорами

3. Частые ссоры

4. Напряженные, без ссор

5. Другие _____

20. Посещает ли ребенок учреждение дополнительного образования?

1. Да (сколько и какие) _____

2. Нет

21. Если не посещает, то почему?

1. Считаете, что в этом нет необходимости
2. Не хватает времени
3. Учреждения дополнительного образования расположены далеко от дома
4. Нет денег для оплаты занятий
5. Нет учреждений дополнительного образования
6. Другие причины (напишите) _____

22. Планируете ли Вы посещение ребенком учреждения дополнительного образования в следующем учебном году?

1. Да
2. Скорее да
3. Скорее нет
4. Нет

23. Как Вы считаете, Ваш ребенок достаточно подготовлен для обучения в школе?

1. Да
2. Скорее да
3. Скорее нет
4. Нет

24. Для подготовки к школе Ваш ребенок:

1. Посещал дополнительные занятия в детском саду
2. Посещал дополнительные занятия за пределами детского сада
3. Вы занимались с ним дополнительно дома
4. Посещал занятия в детском саду, положенные по программе
5. Не готовился к школе

25. Какие Вы видите проблемы, связанные с уходом и воспитанием ребенка в семье?

1. Отсутствие необходимых ребенку врачей-специалистов
 2. Недостаток внимания со стороны медицинского персонала
 3. У матери недостаточно знаний по уходу за ребенком
 4. Недостаток знаний по воспитанию ребенка
 5. Отсутствие времени на воспитание ребенка
 6. Отсутствие детских учреждений дополнительного образования
- отсутствие денег:
- а) на приобретение личных вещей для ребенка
 - б) полноценное питание ребенка
 - в) покупку игрушек, игр
 - г) посещение платных специалистов
 - д) покупку лекарств для ребенка
 - е) другие проблемы (напишите) _____

ПИТАНИЕ

26. Сколько раз в день ребенок ест горячую пищу (супы, вторые блюда)?

1 – 2 – 3 – 4 раза (подчеркните)

27. Как часто ребенок ест следующие продукты питания?

		Еже-дневно	3-4 раза в неделю	1-2 раза в неделю	1-2 раза в месяц	Реже	Не употребляет
1	Мясо, мясные продукты						
2	Рыба						
3	Яйца						
4	Молочные продукты						
5	Крупяные изделия						
6	Овощи						
7	Фрукты						
8	Соки						
9	Хлебобулочные изделия						
10	Сладости						

28. Считаете ли Вы, что питание ребенка организовано хорошо?

1. Да

2. Нет, так как:

а) в магазине нет нужных продуктов

б) у Вас не хватает времени на приготовление пищи

в) в детском саду (школе) питание организовано плохо

г) вынуждены ограничивать ребенка в некоторых продуктах питания в связи с отклонениями в состоянии здоровья

д) вынуждены ограничивать ребенка в некоторых продуктах питания в связи с недостатком денег на их приобретение

29. Оцените, пожалуйста, обеспеченность ребенка необходимыми продуктами питания:

1. Хорошая

2. Удовлетворительная

3. Плохая

4. Очень плохая

5. Затрудняюсь ответить

30. Даете ли ребенку витамины?

1. Да, регулярно (какие) _____

2. Да, иногда (какие) _____

3. Нет

Информация о семье ребенка (в момент опроса).

На вопросы отвечает мать (отец) ребенка.

Состав семьи

31. Перечислите, пожалуйста, всех членов семьи, проживающих совместно с Вами на данной жилой площади и имеющих общий бюджет с Вами (отметьте крестиком).

Проставьте пол (мужской – 1, женский – 2), возраст членов семьи: число полных лет (детям до года ставить: 1 месяц - 0,1, 11 месяцев - 0,11)

	Наличие	Возраст	Пол
Мать			
Отец			
Дети (кроме данного ребенка)			
Родители матери: мать			
отец			
Родители отца: мать			
отец			
Другие родственники (сестра, брат, тетья, дядя, бабушка, дедушка и т.д.)			

32. Семейное положение матери ребенка

1. Замужем, гражданский брак
2. Не замужем
3. Вдова, разведенная

ВНИМАНИЕ! Если в семейном положении матери за период с мая 1995 г. по март 2002 г. произошли изменения, то ответьте на вопросы 34 – 36.

33. Дата регистрации брака _____
(число, месяц, год)

34. Дата регистрации развода _____
(число, месяц, год)

35. Дата овдовения _____
(число, месяц, год)

Трудовая деятельность

36. Занятие родителей ребенка

	Мать	Отец
Работа	1	1
Учеба в вузе, техникуме, ПТУ	2	2
Неоплачиваемый член семьи, помогающий в ведении частнопредпринимательской деятельности	3	3
Безработный	5	5
Добровольно незанятый	6	6
Неработающий инвалид	7	7
Оплачиваемый отпуск по уходу за ребенком	8	8
Другое (напишите) _____	9	9

37. В какой отрасли народного хозяйства работают родители ребенка?

Отрасль народного хозяйства	Мать	Отец
Промышленность	1	1
Сельское хозяйство	2	2
Лесное хозяйство	3	3
Строительство	4	4
Транспорт	5	5
Связь	6	6
Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение, сбыт и заготовки	7	7
Информационно-вычислительное обслуживание	8	8
Жилищно-коммунальное хозяйство, непроизводственные виды бытового обслуживания населения	9	9
Здравоохранение, физическая культура, социальное обеспечение	10	10
Образование	11	11
Культура и искусство	12	12
Наука и научное обслуживание	13	13
Кредитование, финансы и страхование	14	14
Аппарат органов управления	15	15
Другие отрасли	16	16

38. В каком учреждении (организации) работают родители ребенка?

	Мать	Отец
Государственном	1	1
Акционерном	1	2
Частном	2	2
Заняты самостоятельным предпринимательством	4	4
Другое (напишите)	5	5

39. В период проведения обследования родители ребенка были:

	Мать	Отец
Наемным работником	1	1
Работодателем	2	2

40. По какой профессии (специальности) работают родители ребенка?

Мать: _____

Отец: _____

41. Какое образование имеют родители ребенка?

	Мать	Отец
Высшее	1	1
Незаконченное высшее	2	2
Среднее специальное, в т.ч. ПТУ со средним образованием	3	3
Среднее общее	4	4
Незаконченное среднее, в т.ч. ПТУ без среднего образования	5	5

Доходы, благосостояние

42. Подсчитайте, пожалуйста, среднемесячный доход на одного члена семьи: сумма доходов (зарплата, стипендия, пенсия, другие доходы всех членов семьи) делится на число человек в семье _____

43. Оцените, пожалуйста, возможности удовлетворения потребностей Вашей семьи исходя из ее совокупного дохода

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
3. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
4. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги
5. Затрудняюсь ответить

44. Отметьте, пожалуйста, какие виды из перечисленного имущества имеет Ваша семья:

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Дача (садовый домик, дом в деревне) | 2. Автомобиль |
| 3. Мотоцикл | 4. Гараж |
| 5. Телевизор | 6. Видеомагнитофон |
| 7. Видеокамера | 8. Музыкальный центр |
| 9. Магнитофон | 10. Мебельный гарнитур |
| 11. Холодильник | 12. Морозильник |
| 13. Стиральная машина | 14. Пылесос |
| 15. Кухонный комбайн | 16. Микроволновая печь |
| 17. Посудомоечная машина | 18. Швейная машина |
| 19. Библиотека (более 200 книг) | 20. Музыкальные инструменты |
| 21. Произведения искусства | 22. Компьютер |

Жилищные условия

45. Что представляет собой Ваше жилище?

- | | |
|------------------------------|-------------------------------|
| 1. Отдельный собственный дом | 2. Отдельная квартира |
| 3. Коммунальная квартира | 4. Квартира гостиничного типа |
| 5. Комната в общежитии | 6. Живете вместе с родителями |
| 7. Снимаете жилье | |

46. Ваша оценка жилищных условий?

1. Хорошие
2. Удовлетворительные
3. Плохие
4. Очень плохие

47. Если условия неудовлетворительные, то в чем это выражается?

- | | |
|-------------------|----------------------------|
| 1. Жилье холодное | 2. Жилье слишком влажное |
| 3. Тесное жилье | 4. Другое (напишите) _____ |

48. Число комнат, занимаемых семьей (если семья снимает часть комнаты, поставить 0) _____

49. В том числе изолированных комнат _____

50. Число квадратных метров жилой площади _____

51. Число квадратных метров общей площади _____

52. Какие у Вас имеются коммунальные удобства?

- | | |
|--------------------------|----------------------|
| 1. Центральное отопление | 2. Местное отопление |
| 3. Водопровод | 4. Канализация |
| 5. Газ | 6. Горячая вода |
| 7. Ванная или душ | 8. Мусоропровод |
| 9. Телефон | 10. Домофон |

53. Оцените, пожалуйста, экологические условия в районе проживания Вашей семьи:

1. Хорошие
2. Удовлетворительные
3. Плохие
4. Очень плохие
5. Затрудняюсь ответить

54. Если условия неблагоприятные, то в чем это выражается?

- | | |
|---------------------------------------|----------------------------|
| 1. Плохое качество питьевой воды | 2. Загрязненный воздух |
| 3. Загрязненная почва (свалки, мусор) | 4. Повышенный уровень шума |
| 5. Отсутствие зелени, парка | 6. Нет мест для игр детей |
| 7. Близость автомагистрали | 8. Другое (напишите) _____ |

55. Жилищные условия ребенка:

1. Отдельная комната
2. Постоянное место в общей комнате с родителями
3. Постоянное место в общей комнате с братом, сестрой
4. Постоянное место в общей комнате с бабушкой, дедушкой
5. Не имеет постоянного места
6. Другое (напишите) _____

56. Ваш ребенок пойдет (или уже ходит) в школу. Есть ли у него (или будет) оборудованное место для обучения, выполнения школьных заданий?

1. Да
2. Нет

57. Приходится ли ребенку часто бывать в помещении, где курили?

1. Да
2. Нет

58. Употребляют ли в Вашей семье алкогольные напитки?

	Мать	Отец	Другие родственники
Практически не употребляю	1	2	3
1-2 раза в месяц	1	2	3
2-3 раза в месяц	1	2	3
1 раз в неделю	1	2	3
Ежедневно	1	2	3
От случая к случаю	1	2	3
В праздники	1	2	3

59. В каком объеме обычно употребляют алкогольные напитки члены Вашей семьи?

	Мать	Отец	Другие родственники
Менее 0,5 литра в неделю	1	2	3
От 0,5 до 1 литра в неделю	1	2	3
От 1 до 1,5 литра в неделю	1	2	3
Свыше 1,5 литра в неделю	1	2	3

ЧАСТЬ 2. ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА НА 7-М ГОДУ ЖИЗНИ

(Заполняется родителями)

60. Как Вы оцениваете здоровье своего ребенка:

1. Хорошее
2. Удовлетворительное
3. Плохое
4. Очень плохое
5. Затрудняюсь ответить

61. Если ребенок нездоров, то укажите какие именно заболевания и состояния Вас беспокоят (обведите в кружок и впишите недостающую информацию). Внимание! Возможны несколько вариантов ответов.

1. Хроническое заболевание (напишите, какое именно) _____
2. Частые острые заболевания (напишите, какие именно) _____
3. Физическое развитие ребенка не соответствует возрасту
4. Нервно-психическое развитие ребенка не соответствует возрасту
5. Другое (опишите признаки болезни или жалобы ребенка, которые Вас волнуют) _____

62. Обращаетесь ли Вы к врачу в связи с этими заболеваниями, недомоганиями?

1. Да
2. Нет

61. Довольны ли Вы полученным решением?

1. Да
2. Нет

62. Бывают ли у ребенка:

1. Головные боли (беспричинные, при волнении, после физической нагрузки, после посещения детского сада, школы)	Да	Нет
2. Слезливость, частые колебания настроения, страхи	Да	Нет
3. Слабость, утомляемость после занятий (в детском саду, школе, дома)	Да	Нет
4. Нарушения сна (долгое незасыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам)	Да	Нет
5. Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении	Да	Нет
6. Головокружение, неустойчивость при перемене положения тела	Да	Нет
7. Обмороки	Да	Нет
8. Двигательная расторможенность (не может долго усидеть на месте)	Да	Нет
9. Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает, заикается)	Да	Нет
10. Боли, неприятные ощущения в области сердца, перебои	Да	Нет
11. Повышение артериального давления	Да	Нет
12. Часто насморк (4 и более раз в год)	Да	Нет
13. Часто кашель (4 и более раз в году)	Да	Нет
14. Часто потеря голоса (4 и более раз в году)	Да	Нет
15. Боли в животе	Да	Нет
16. Боли в животе после приема пищи	Да	Нет
17. Боли в животе до еды	Да	Нет
18. Тошнота, отрыжка, изжога	Да	Нет
19. Нарушения стула (запоры, поносы)	Да	Нет
20. Заболевания желудка, печени, кишечника	Да	Нет
21. Боли в пояснице	Да	Нет
22. Боли при мочеиспускании	Да	Нет
23. Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (отеки, затрудненное дыхание, сыпь)	Да	Нет
24. Реакция на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание)	Да	Нет
25. Проявления эксудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема)	Да	Нет

63. Произошли ли какие-либо изменения в Вашей жизни, связанные с выявлением заболевания или серьезных нарушений в развитии ребенка?

1. Да
2. Скорее, нет
3. Нет

64. Если в Вашей жизни или жизни Вашей семьи произошли изменения из-за болезни ребенка, укажите, какие именно (напишите): _____

65. С чем Вы связываете возникновение у ребенка длительно продолжающихся болезней, недомоганий?(отметьте все, что, по Вашему мнению, важно)

1. Заболевание с рождения
2. Плохое питание
3. Плохое жилье
4. Недостаток денег
5. Плохая окружающая среда
6. Несоблюдение врачебных рекомендаций на первом, втором, третьем году жизни ребенка

7. Несвоевременное оказание ребенку медицинской помощи
8. Такие недомогания были у мамы, отца, других родственников
9. После острого заболевания
10. Несоблюдение режима дня ребенка
11. Отсутствие закаливающих процедур
15. Плохие взаимоотношения в семье
16. Не знаете, с чем связано
17. Другое (напишите) _____

Нервно-психическое развитие ребенка к 7 годам

	Да	Нет
66. Ознакомление с окружающим миром		
1. Знает название страны, ее столицы - Москвы, государственную символику	1	2
2. Правила дорожного движения	1	2
3. Различает по внешнему виду растения, наиболее распространенные в данной местности	1	2
4. Различает по внешнему виду и называет 4-5 видов птиц	1	2
5. Ухаживает за растениями, животными в уголке природы	1	2
6. Знает правила поведения в природе	1	2
67. Развитие речи		
1. Правильно произносит все звуки родного языка	1	2
2. Строит сложные предложения разных видов	1	2
3. Составляет небольшой рассказ по картинке, серии картинок	1	2
4. Отвечает на вопросы по содержанию прочитанного	1	2
5. Членит предложения на слова, слова на слоги	1	2
6. Умеет читать	1	2
68. Развитие элементарных математических представлений		
1. Знает состав чисел первого десятка	1	2
2. Знает цифры от 0 до 9; знаки +, -, =	1	2
3. Называет числа в прямом и обратном порядке	1	2
4. Соотносит цифру и число предметов	1	2
5. Знает название текущего месяца, последовательность дней недели	1	2
6. Составляет и решает задачи в одно действие на сложение и вычитание	1	2
7. Ориентируется на листе клетчатой бумаги	1	2
69. Изобразительное искусство		
1. Изображает на рисунке несколько предметов, объединяя их единым содержанием	1	2
2. Умеет работать с иглой (вдевать нитку в иглку, завязывать узелок, шить швом «вперед иглку»)	1	2
3. Умеет делать объемные игрушки	1	2

70. Физическая культура		
1. Ходит и бегает легко, ритмично, сохраняя правильную осанку, направление, темп	1	2
2. Выполняет правильно все виды прыжков, метанья, лазанья	1	2
3. Прыгает через скакалку разными способами	1	2
4. Выполняет физические упражнения из разных исходных положений четко, ритмично, в заданном темпе	1	2
5. Сохраняет правильную осанку	1	2
71. Музыкальное воспитание		
1. Узнает песни по мелодии	1	2
2. Поет протяжно, подвижно, четко произносит слова	1	2
3. Ритмично двигается в соответствии с характером музыки	1	2

Организация и качество медицинского обслуживания Вашего ребенка

72. Укажите, пожалуйста, где осуществляется медицинское наблюдение за Вашим ребенком в настоящее время?

1. Детская поликлиника
2. Больница
3. Специализированный центр, диспансер
4. Фельдшерский пункт
5. Другое _____

73. Укажите, пожалуйста, сколько раз Вы и Ваш ребенок посетили педиатра в поликлинике на 7-м году жизни ребенка. Впишите недостающую информацию в каждой строке:

1. Общее число наблюдений на 7-м году жизни ребенка _____ (раз)
2. Из них число посещений в профилактических целях _____ (раз)

74. Укажите, сколько раз Вашего ребенка на 7-м году жизни посетили на дому? (Если не посещали, то поставьте 0)

	Общее число визитов	Из них профилактических посещений
1. Врач-педиатр		
2. Участковая медсестра		

75. Удовлетворены ли Вы медицинским обслуживанием Вашего ребенка по месту жительства?

1. Да, полностью
2. Да, частично
3. Нет

76. Если Вы не удовлетворены или не полностью удовлетворены медицинским обслуживанием Вашего ребенка, укажите возможные причины:

1. Очереди на прием к специалистам
2. Недоверие к врачу (некомпетентность)
3. Невнимательное отношение врача
4. Неудобный график работы специалистов
5. Недостаточная оснащенность учреждения
6. Недостаток или дороговизна медикаментов
7. Посещения врачами на дому связаны только с острыми заболеваниями
8. Другое (напишите) _____

77. Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 (низкая) до 10 (высокая) степень доступности для Вас и Вашего ребенка ряда нижеперечисленных обстоятельств, связанных с организацией медицинского наблюдения:

1. Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
2. Доступность своевременной квалифицированной помощи врача-педиатра	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
3. Доступность своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
4. Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям (невропатолог, хирург, аллерголог и др.)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
5. Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
6. Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в том числе витаминами и медицинскими средствами)	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
7. Информация по вопросам ухода за ребенком в случаях заболевания	1-2-3-4-5-6-7-8-9-10
8. Другое (напишите)	

Укажите, какие проблемы, связанные со здоровьем и медицинским обслуживанием ребенка, Вас беспокоят в настоящее время?

78. Недостаток знаний по уходу за больным ребенком	да	нет
79. Недостаток времени для посещения лечебно-профилактических учреждений	да	нет
80. Дороговизна лекарственных препаратов	да	нет
81. Дороговизна средств ухода за ребенком	да	нет
82. Не знаете, куда обратиться за консультацией по поводу отклонений в состоянии здоровья ребенка	да	нет
83. Трудности с госпитализацией ребенка в случае необходимости	да	нет
84. Другое (напишите)	да	нет

85. Всегда ли при острых заболеваниях ребенка или обострениях хронического заболевания Вы обращаетесь к медикам?

1. Всегда
2. Не всегда, сначала пытаетесь лечить ребенка сами
3. Только при тяжелых состояниях ребенка

86. Всегда ли Вы строго выполняете рекомендации врача, следуете назначенному специалистами курсу лечения или оздоровления ребенка?

1. Да, полностью и своевременно
2. Да, время от времени
3. Решаете в зависимости от степени тяжести заболевания ребенка
4. Не всегда доверяете врачу
5. Другое

87. Считаете ли Вы, что достаточно информированы о состоянии здоровья своего ребенка?

1. Да, полностью
2. Да, частично
3. Нет

88. Из какого источника (в наибольшей степени) Вы получаете знания об особенностях состояния здоровья и организации ухода за Вашим ребенком?

1. От врача
2. От медсестры
3. Из специальной литературы
4. Из медицинской карты ребенка
5. Из других источников (знакомые, ТВ, радио, газеты).

Нужное подчеркните

89. Укажите, пожалуйста, в каких медико-социальных мероприятиях Вы и Ваш ребенок нуждаетесь в настоящее время?

1. Организация диетпитания
2. Лечение ребенка в условиях стационара
3. Санаторно-курортное лечение
4. Помощь в устройстве ребенка в детское дошкольное учреждение
5. Организация консультаций у врачей специалистов _____
6. Помощь в разрешении юридических проблем, связанных с особенностями состояния здоровья ребенка
7. Моральная и психологическая помощь
8. Бесплатные лекарства
9. Другое _____

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ОТВЕТЫ!

Часть 3. Анкета для педиатров

УВАЖАЕМЫЕ медицинские работники!

Благодарим вас за помощь, которую вы оказываете в течение длительного времени, и надеемся на дальнейшее сотрудничество и взаимопонимание!

1. Показатели физического развития ребенка

1. Рост (см) _____

2. Вес (кг) _____

2. Комплексная оценка физического развития

1. Нормальное, соответственно возрасту

2. Дефицит массы тела 1 степени

3. Дефицит массы тела 2 степени

4. Избыток массы тела 1 степени

5. Избыток массы тела 2 степени

3. Комплексная оценка нервно-психического развития ребенка

1. Соответствует возрасту

2. Отстает (не резко выраженное отставание)

3. Отстает (резко выраженное отставание)

4. Опережает возраст

4. Если ребенок отстает в нервно-психическом развитии, укажите основные причины _____

5. Кратность заболеваний на данном году жизни:

1. Не болел

2. Эпизодически (2-3 раза)

3. Часто (4-5 раз)

4. Очень часто (6 и более раз)

6. Какие болезни имел ребенок на 7 году жизни?

Перечислите, пожалуйста, все имеющиеся у ребенка заболевания и патологические состояния на 7-м году жизни. При наличии нескольких заболеваний указать каждый случай (сколько раз) _____

7. Укажите, какие заболевания и состояния из вышперечисленных выявлены впервые на 7-м году жизни ребенка: _____

8. Состоит ли ребенок на диспансерном наблюдении?

1. Да

2. Нет

Если ребенок состоит на диспансерном наблюдении, укажите:

9. По какому поводу (напишите диагноз) _____

10. В каком возрасте выявлено заболевание, потребовавшее постановки ребенка на диспансерное наблюдение? _____

11. Общее число диспансерных наблюдений ребенка врачом: _____(раз)

Сведения о госпитализации ребенка на 7-м году жизни

12. Сколько раз ребенок был госпитализирован в стационар в период 7-го года жизни _____(раз)

13. Укажите диагноз или причины при каждой госпитализации ребенка и общую длительность пребывания в стационаре в каждом случае

1. _____ (_____ дней)

2. _____ (_____ дней)

3. _____ (_____ дней)

14. Отметьте, пожалуйста, все прививки, которые были сделаны ребенку на 7-м году жизни и поставьте даты _____

15. Какие прививки не были сделаны ребенку до 7 лет и по какой причине?

16. Укажите группу здоровья ребенка

1 - I (здоровые)

2 - II (с функциональными отклонениями)

3 - III (страдает хроническими заболеваниями, состояние компенсации)

4 - IV (состояние субкомпенсации)

5 - V (состояние декомпенсации)

17. Укажите основные причины отнесения ребенка ко II, III, IV группе здоровья (напишите) _____

18. Как Вы в целом оцениваете семью данного ребенка?

1. Благополучная

2. Неблагополучная (по какой причине) _____

3. Затрудняюсь ответить

19. Какие медико-социальные мероприятия и лечебно-оздоровительные меры, с Вашей точки зрения, необходимы для укрепления и сохранения здоровья данного ребенка?

1. Организация диетпитания

2. Лечение ребенка в условиях стационара

3. Санаторно-курортное лечение

4. Помощь в устройстве ребенка в детское дошкольное учреждение

5. Организация консультаций у специалистов

6. Помощь в разрешении юридических проблем, связанных с особенностями состояния здоровья ребенка

7. Моральная и психологическая помощь

8. Бесплатные лекарства

9. Другое _____

20. Есть ли сложности в организации медико-социальных мероприятий и лечебно-оздоровительных мер для укрепления и сохранения здоровья данного ребенка?

1. Да (какие именно) _____

2. Нет

21. Нуждается ли ребенок в организации реабилитационного (восстановительного) лечения?

1. Да

2. Нет

22. В каких видах восстановительного лечения нуждается ребенок?

1. Массаж

2. Лечебная гимнастика

3. Физиотерапия (УФО, электрофорез, электросон, аэроионизация, ингаляция)

4. Фитотерапия

5. Грязелечение, ванны

6. Противовоспалительное, противорецидивное

7. Сочетание методов

8. Другое (впишите) _____

ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы демографического развития Санкт-Петербурга: материалы конф., г. Санкт-Петербург, 23 июня 2004 г. / под ред. Е.Г. Слуцкого. – СПб., 2004. – 180 с.
2. Андриюшина, Е.В. Планирование семьи по-русски / Е.В. Андриюшина, И.П. Каткова, О.А. Куликова // Народонаселение. – 2000. – №3(9). – С. 43-58.
3. Архангельский, Н.В. Демографический фактор в социально-экономическом развитии региона (на примере Пермской области) / Н.В. Архангельский, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева [и др.]. – М.: ТЕИС, 2004. – 256 с.
4. Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период / В.В. Бодрова // Народонаселение. – 1999. – №2.
5. Борисов, В.А. Демография. – М.: Издательский дом NOTE BENE, 1999, 2001. – 272 с.
6. Борисов, В.А. Перспективы рождаемости / В.А. Борисов. – М., 1976. – 248 с.
7. Бреева, Е.Б. Проблемы детей и демографическая политика в России // материалы Второй Российской науч.-практ. конф., г. Вологда, 7–9 июля 2004 г. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2004. – 564 с.
8. Бурдули, Г.М. Репродуктивные потери в акушерстве / Г.М. Бурдули, О.Г. Фролова. – М., 2001. – 188 с.
9. Власов, В.В. Структуры медицинских исследований / В.В. Власов // Русский медицинский журнал. – 1996. – Т. 47.
10. Волкова, О.И. Использование адвокатских технологий при реализации проекта «Репродуктивное здоровье и права молодежи Российской Федерации» / О.И. Волкова // Управление здравоохранением. – 2002. – 2(№6). – С. 35-41.
11. Гойда, Н.Г. Концептуальные основы биосоциального ритма репродуктивного потенциала населения, модели профилактики нарушений на этапах его формирования / Н.Г. Гойда, В.И. Чебан // Охрана здоровья Украины. – 2001. – №1 (1).
12. Государственный доклад о санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г. – Вологда, 2000. – 114 с.
13. Дартау, Л.А. Система экспертного диалога для изучения социально-экономических факторов в процессе мониторинга здоровья населения (система ЭДИФАР) / Л.А. Дартау // Социологические исследования в России: специализирован. информ. – М., 1999.
14. Демографическая ситуация в Вологодской области: состояние и перспективы. / Территор. орган Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области. – Вологда, 2004. – 20 с.

15. Демографические аспекты воспроизводства человеческого потенциала Санкт-Петербурга: аналитический обзор и основные положения концепции демографической политики / авт.-сост. М.Б. Скворцова, Е.Г. Слуцкий, Н.Н. Шестакова, С.А. Ширнова. – СПб.: Знание, 2004. – 116 с.
16. Демографический ежегодник: стат. сб. / Госкомстат России; Вологодский областной комитет государственной статистики. – Вологда, 2003. – 46 с.
17. Демографический понятийный словарь / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М.: ЦСП, 2003. – 352 с.
18. Дифференцированное медицинское наблюдение на педиатрическом участке за детьми первого года жизни, отнесенными ко 2-ой группе здоровья, 1987. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов: приказ № 60 от 14.03.95. – М., 1995.
19. Доклад о здоровье населения Вологодской области в 2002 г. – Вологда, 2003.
20. Доклад о развитии человека за 2003 год. – Мн.: Юнипак, 2003. – 368 с.
21. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2002/2003. – М.: Весь Мир, 2003. – 136 с.
22. Доклад о состоянии здоровья детей в Российской Федерации (по итогам всероссийской диспансеризации 2002 года) / Минздрав РФ. – М., 2003. – 96 с.
23. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: ИСЭПН, 2001. – 320 с.
24. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлева. – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2002. – 238 с.
25. Захарова, Т.Г. Медико-социальные аспекты здоровья девушек-подростков, вступающих в репродуктивный процесс / Т.Г. Захарова, Е.И. Прахин, Г.Н. Гончарова // Российский педиатрический журнал. – 2003. – №1.
26. Захаров, С.В. Перспективы изменения модели рождаемости в России / С.В. Захаров // Народонаселение. – 2004. – №3(25).
27. Землянова, Е.В. Репродуктивное здоровье женщин как фактор рождаемости в России: дисс. ... к.э.н.: 08.00.05 / Е.В. Землянова. – М., 2003. – 134 с.
28. Каткова, И.П. Репродуктивное здоровье россиянок / И.П. Каткова // Народонаселение. – 2002. – №4.
29. Каткова, И.П. Бедность и репродуктивный потенциал / И.П. Каткова, Е.В. Андрушина, В.И. Катков // Россия: 10 лет реформ. Социально-демографическая ситуация. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2002. – 368 с.

30. Каткова, И.П. Репродуктивное здоровье и права молодежи / И.П. Каткова, Е.В. Андриюшина, О.И. Куликова // Народонаселение. – 1999. – №1. – С. 59-77.
31. Кильдишев, Г.С. Статистика населения с основами демографии: учебник / Г.С. Кильдишев, Л.Л. Козлова, С.П. Ананьева [и др.]. – М.: Финансы и статистика, 1990. – 312 с.
32. Кольба, А.Н. О создании Государственной системы мониторинга здоровья населения России / А.Н. Кольба. – М., 1990.
33. Кузнецова, С.Н. Гигиеническое изучение влияния условий обучения на состояние здоровья школьников / С.Н. Кузнецова // Здоровая жизнь: тезисы и доклады на секции «Актуальные проблемы и опыт работы по экологическому воспитанию населения» междунар. фестиваля. – Вологда, 2003.
34. Кузьмин, А.И. Основы демографии: курс лекций / А.И. Кузьмин. – М., 2003.
35. Лаврентьева, И. О механизме регулирования репродукционного процесса в регионе / И. Лаврентьева // Проблемы теории и практики управления. – 2003. – №6.
36. Лактионова, Г.М. Репродуктивное здоровье девушек-подростков Украины: состояние и проблемы / Г.М. Лактионова // Управление здравоохранением. – 2000. – №1. – С. 57–63.
37. Львов, Д.С. Экономика развития / Д.С. Львов. – М., 2002. – 512 с.
38. Мониторинг общественного мнения. – Вологда, 2004. – №38. – 22 с.
39. Младенческая смертность в г. Москве / под ред. И.П. Катковой. – М.: ИСЭПН, 2000. – 88 с.
40. Население России – 2002: десятый ежегодный демографический доклад / под ред. А.Г. Вишневого. – М.: КДУ, 2004. – 224 с.
41. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 2002 г.: государственный доклад. – Вологда, 2003. – 182 с.
42. Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений Вологодской области за 1990 г., 1992 г., 1993 г., 1995 г., 1998 г., 1999 г., 2001–2004 гг. – Вологда.
43. Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы: стратегический план. – Вологда, 2003. – 100 с.
44. Охрана материнства и детства в России и Великобритании: междисциплинарный подход / отв. ред. Н.С. Григорьева; пер с англ. А.В. Соловьева, В.М. Чубарова. – М.: Медицина, 2002. – 224 с.
45. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2002 году: стат. бюллетень / Вологодский облкомстат. – Вологда, 2003. – 80 с.

46. Прохор, М.Ф. Статистическое исследование и прогнозирование постарения населения в г. Москва: дисс. ... к.э.н.: 08.00.05 / М.Ф. Прохор. – М., 2003.
47. Рабочая книга социолога. – М.: Наука, 1983. – 480 с.
48. Регионы России. Социально-экономические показатели / Госкомстат России. – М., 2004. – 895 с.
49. Римашевская, Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 97-101.
50. Римашевская, Н.М. Человеческий потенциал России и проблемы «сбережения населения» / Н.М. Римашевская // Российский экономический журнал. – 2004. – № 9-10. – С. 22-40.
51. Римашевская, Н.М. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни / Н.М. Римашевская, Е.В. Андриюшина // Народонаселение. – 1999. – №1. – С. 49-58.
52. Рыбаковский, А.А. Демографическое будущее России / А.А. Рыбаковский, О.Д. Захарова, А.Е. Иванова, Г.А. Демченко // Народонаселение. – 2002. – №1. – С. 33-48.
53. Сборник современных правовых документов по вопросам репродуктивных прав и репродуктивного здоровья населения: в 2 Т. – М., 2002.
54. Сергеева, О.А. Демографические аспекты цивилизованной динамики / О.А. Сергеева // Народонаселение. – 2002. – №1. – С. 65-73.
55. Состояние здоровья населения Вологодской области и пути его улучшения: информ.-аналит. записка / ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – Вологда, 2004. – 32 с.
56. Состояние здоровья населения региона: тенденции и перспективы / А.И. Попугаев, К.А. Гулин, Н.А. Короленко, Е.А. Селиванов, Г.В. Тихомирова. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – 68 с.
57. Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологодский облкомстат. – Вологда, 2003. – 705 с.
58. Статистический словарь / под ред. М.А. Королева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Финансы и статистика, 1989. – 623 с.
59. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса / под ред. В.П. Колесова. – М., 2000. – 464 с.
60. Чибураев, В.И. О национальном плане действий по гигиене окружающей среды РФ / В.И. Чибураев, Б.А. Раевич // Здоровоохранение РФ. – 2001. – №2. – С. 9-11.
61. Шапкайтц, В.А. Комплексная медико-социальная оценка репродуктивного потенциала сельских женщин Северо-Запада России / В.А. Шапкайтц, С.П. Баранов // Ремедиум Северо-Запад. – 2001. – №3.

62. Шилов, Д.С. Школа и здоровье: проблемы, пути решения / Д.С. Шилов // Актуальные проблемы валеологии и образования. – М., 1997.

63. Юрьев, В. Разорвать порочный круг, или Из больного семени не вырастет здоровое дерево / В. Юрьев // Медицинский вестник: российская врачебная газета. – 2001. – 19 июля.

64. Безруких, М. Здоровье детей и школьные факторы риска // Материалы круглого стола на тему «Современная школа и здоровье детей» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ruscenter.ru/237.html>.

65. Вологодская область – кредитный рейтинг / Standard & Poor's. 10.03.2004. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.standardandpoors.ru>.

66. Воронцов, И.М. Построение городской системы мониторинга здоровья детей и подростков / И.М. Воронцов, В.В. Шаповалов, Т.И. Иванова [и др.] [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.medport.ru/MEDSTAT/ri98/RI98/aspon.htm>.

67. Позднякова, М.А. Детская инвалидность: нормативные и научно-практические аспекты / М.А. Позднякова, Л.Н. Коптева [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.n-nov.mednet.com/R/str/sub-f/sociol/invalid/invalid.htm>.



1 группа (прирост)

1. Никольский	5,6%
2. Кичм.-Городецкий	3%
3. г. Вологда	2,4%
4. Кадуйский	1,9%

2 группа (убыль от 0 до -4,6%)

5. Нюксенский	-0,3%	10. Тотемский	-1,5%	15. Харовский	-3,1%
6. Сямженский	-0,7%	11. Белозерский	-2,4%	16. Бабаевский	-3,3%
7. Вожегодский	-1,0%	12. Грязовецкий	-2,7%	17. Вологодский	-3,6%
8. Бабушкинский	-1,2%	13. Шекснинский	-2,9%	18. Кадуйский	-3,8%
9. Тарногский	-1,3%	14. Сокольский	-3,0%	19. Устюженский	-4,4%

3 группа (убыль более -4,6%)

20. г. Череповец	-4,7%	25. г. Вологда	-5,3%
21. Вашкинский	-4,9%	26. Усть-Кубинский	-6,1%
22. Чагодощенский	-4,9%	27. Череповецкий	-6,9%
23. Вытегорский	-5,1%	28. Великоустюгский	-19,8%
24. Кирилловский	-5,1%		

Рис. 2.2. Изменение доли численности мужчин трудоспособного возраста в 2002 – 2010 гг.

* Средний по области уровень.



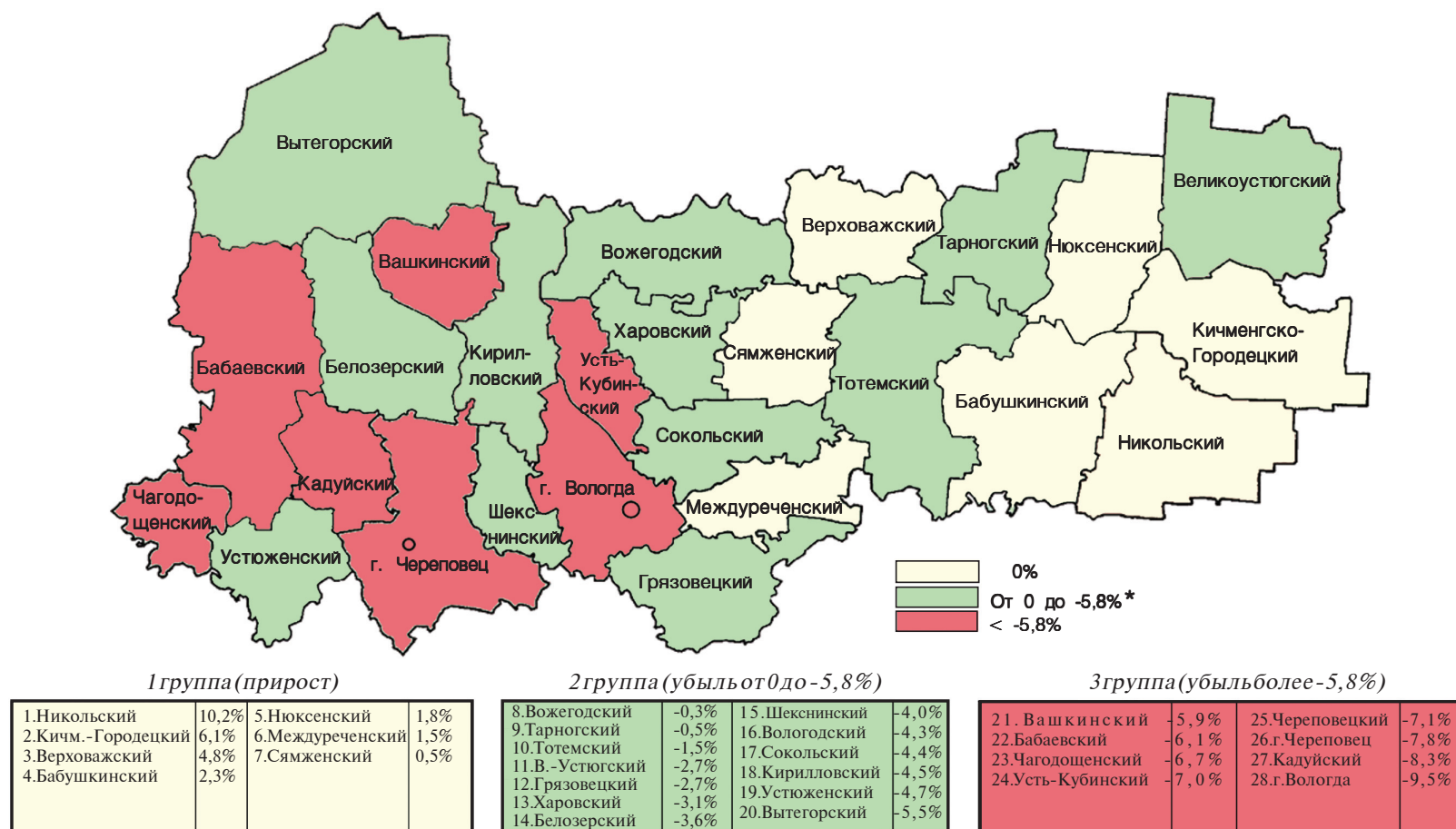


Рис. 2.3. Изменение доли численности женщин трудоспособного возраста в 2002 – 2010 гг.

* Средний по области уровень.



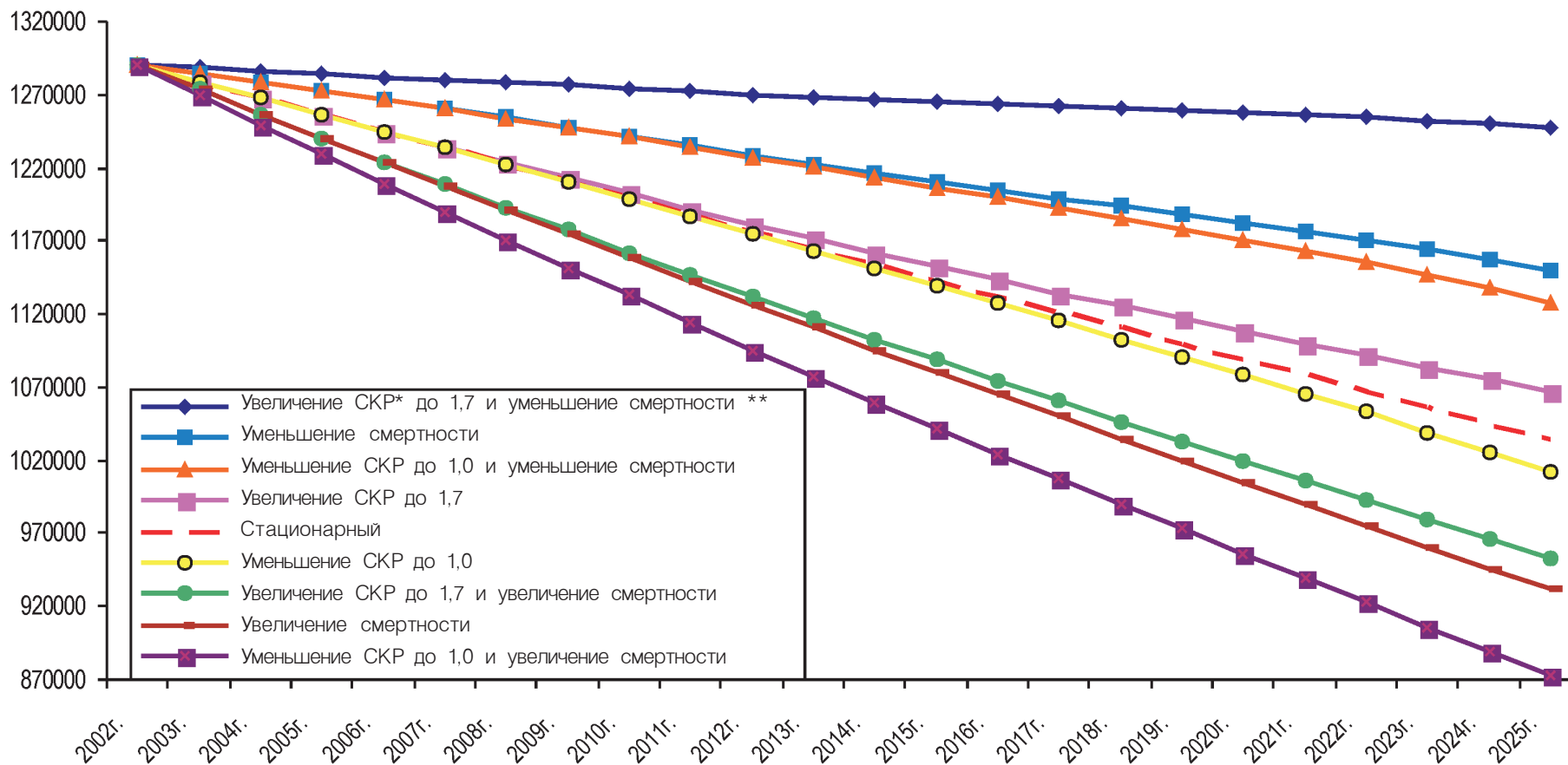


Рис. 2.12. Прогнозы численности населения Вологодской области, чел.

* Суммарный коэффициент рождаемости.

** Уменьшение (увеличение) повозрастных коэффициентов смертности на 0–5%.



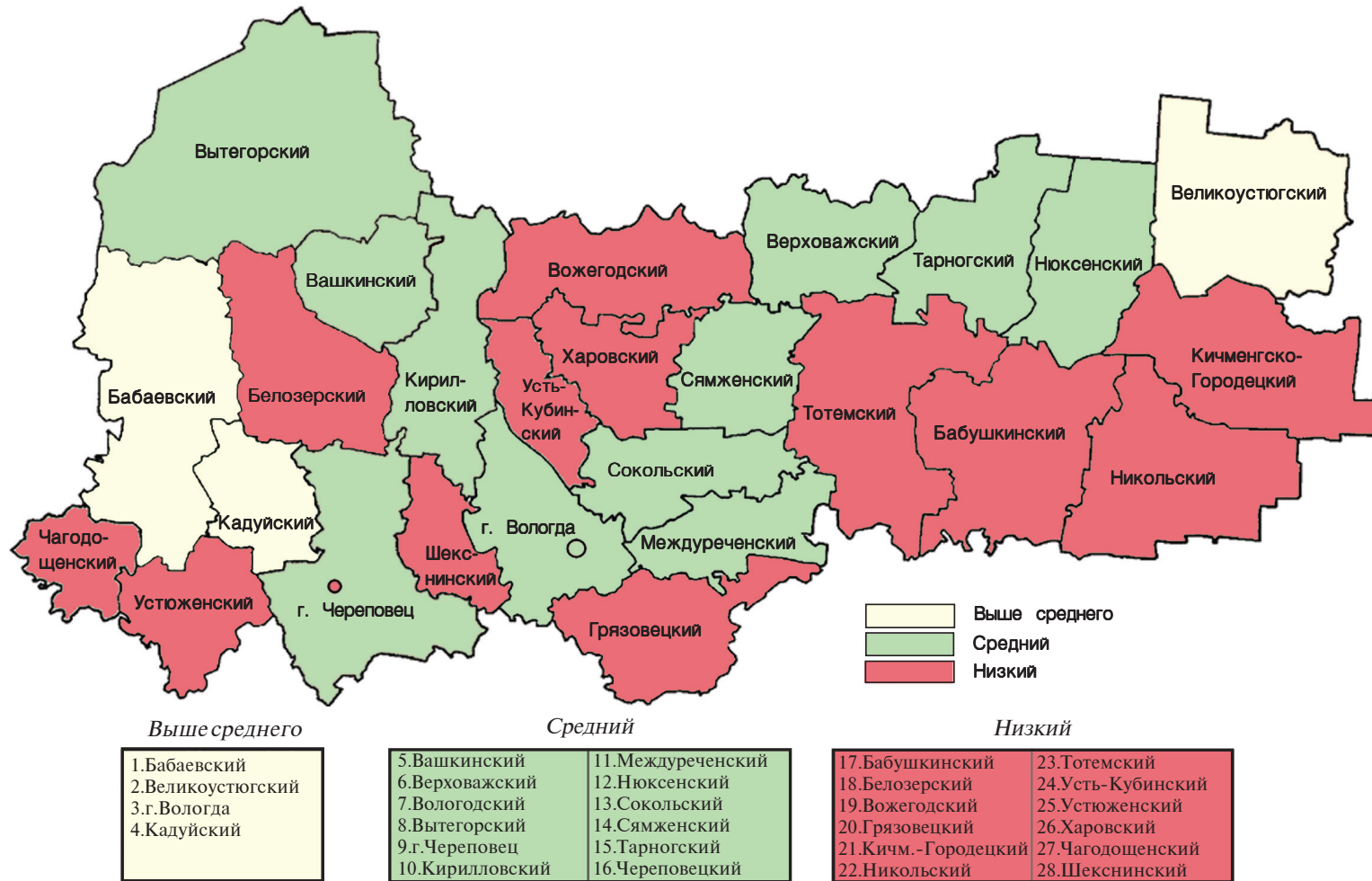


Рис. 4.9. Распределение районов по уровню репродуктивного потенциала (2002 г.)

