



Вологодский научно-координационный центр  
Центрального экономико-математического института  
Российской академии наук

# ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

Научные труды

В 3 частях

Вологда • 2005

# ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

Научные труды  
В 3 частях

## ЧАСТЬ I

### **СТАНОВЛЕНИЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ**

Вологодская область: движение к рынку  
Стратегия развития региона  
Региональная стратегия экономического роста – 2015

## ЧАСТЬ II

### **ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Модернизация промышленного сектора региона  
Организационно-экономические основы модернизации промышленности региона  
Общественные финансы региона: состояние, факторы, перспективы  
Бюджетная безопасность региона: методы обеспечения  
Управление перспективным развитием муниципальных образований  
городского типа

## ЧАСТЬ III

### **СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Трудовой потенциал региона:  
состояние и развитие  
Социальная ситуация в регионе: некоторые тенденции и перспективы  
Социальная ситуация в регионе  
и потребительские настроения населения  
Состояние здоровья населения региона: тенденции и перспективы  
Формирование здоровья детей: от роддома до школы  
(Основные итоги 7 лет исследования)  
Проблемы психического здоровья населения

ББК 65.011(2Рос–4Вол)  
Т76

Публикуется по решению  
Ученого совета ВНКЦ  
ЦЭМИ РАН

**Тенденции и проблемы развития региона: Научные труды: В 3 ч.  
Ч. III: Социальные проблемы регионального развития.** – Вологда:  
Вологодский научно-координационный центр Центрального экономико-  
математического института РАН. – 400 с.: ил.

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

**Владимир Александрович Ильин** (руководитель)  
**Михаил Федорович Сычев** (зам. руководителя)  
**Константин Анатольевич Гулин, Алексей Николаевич Зуев**  
**Галина Валентиновна Леонидова, Михаил Михайлович Поляков**  
**Тамара Витальевна Ускова**

В издании, приуроченном к 15-летию Вологодского НКЦ ЦЭМИ РАН, публикуются научные труды, выполненные в ВНКЦ, по проблемам и перспективам экономического и социального развития Вологодской области и других регионов Европейского Севера РФ.

Предназначается работникам органов власти и управления регионального и муниципального уровней, руководителям предприятий и организаций, научным сотрудникам, преподавателям, студентам, аспирантам.

ISBN 5-93299-075-9 (общ.)  
ISBN 5-93299-084-8

© Вологодский НКЦ ЦЭМИ РАН, 2005

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние десятилетия XX века резко возросло внимание ученых к человеческому измерению экономической динамики. Современное видение поступательного общественного развития базируется на признании того, что человек является и исходным, и конечным пунктом социально-экономического развития. Человеческое, или социальное, измерение этого развития становится его доминантой, а материально-вещный потенциал – его условием. Сегодня, на этапе все большей открытости мирового сообщества и усиления глобальной конкуренции, именно уровень развития человеческого потенциала выступает ведущим конкурентным преимуществом, определяющим место стран в мировой «табели о рангах».

Длительное время, начиная с рубежа 1990-х годов, Россия двигалась в прямо противоположном направлении, что выражалось в фактическом свертывании социальных обязательств государства в угоду частным интересам, как правило, шедшим вразрез с интересами общественными. Системная трансформация экономики и политической системы страны вполне закономерно отразилась на социальной сфере. Резко усилились процессы экономического расслоения, возрос уровень бедности и нищеты. Колоссальный посткризисный стресс и потеря прежних жизненных ориентиров привели к деградации общественной морали и к необратимым деформациям в духовной сфере. Произошла девальвация ценности знаний и реального (а не мнимого) образования. Катастрофический характер приобрела динамика показателей демографического развития. По уровню индекса развития человеческого потенциала Российская Федерация опустилась с 33 места в 1990 г. до 58 места в 2003 г. Она вошла в немногочисленную группу стран, в которых за этот период отмечено снижение индекса.

Происходящий в стране после 1999 г. определенный экономический рост позволил выйти на траекторию устойчивого повышения реальных денежных доходов населения. Удалось ослабить гнет перманентного кризиса, довлевший над большинством российских граждан

все 90-е годы. Но пока «выгоды роста» распределяются крайне неравномерно. Непрерывающаяся убыль населения свидетельствует о сохранении внутреннего «дискомфорта» в обществе. Существующая для населения России, родившегося в период 2000 – 2005 годов, вероятность не дожить до 60 лет составляет, по оценкам ООН, 28,9% – это наиболее высокий показатель среди всех стран ОЭСР, Центральной и Восточной Европы, СНГ. В развитых странах мира он обычно не превышает 10%, в США равен 12,6%. В такой ситуации, даже имея самые благие намерения, в жесткой конкурентной борьбе за ресурсы жизнедеятельности страна обречена на поражение.

В этой связи трудно переоценить созидательное значение национальных проектов, предложенных Президентом РФ для осуществления в ближайшие годы в сферах образования, науки, здравоохранения, сельского хозяйства. Весьма важно, что для реализации этих проектов созданы специальные управленческие институты в федеральном правительстве, введен четкий порядок выделения ресурсов в государственном бюджете, контроля за их расходованием.

Все более содержательной и целенаправленной в последние годы становится социальная политика и практические действия органов региональной власти. Так, в Вологодской области значительно увеличились бюджетные вложения в охрану детства и материнства, улучшение материального обеспечения ветеранов и инвалидов, осуществление мероприятий, направленных на повышение заработной платы учителей, реализацию задач строительства жилья для молодых и малообеспеченных семей, развитие физической культуры и спорта.

Ученые утверждают, что для понимания сути социальных процессов малопригодны «технократические» подходы, оценивающие человеческое развитие исключительно с позиций экономической эффективности. Для этого необходимы глубокие исследования, основанные на междисциплинарных методологических подходах.

Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН ведет исследования социальной направленности более десяти лет, постепенно переходя от разработки отдельных тем к комплексному анализу социального развития региона. Делается это, несмотря на объективные трудности, связанные с фактическим отсутствием в регионе опыта изучения соответствующей проблематики, благодаря энтузиазму ученых центра и поддержке правительства Вологодской области. Большую роль сыграло сотрудничество ВНКЦ с ведущими академическими учреждениями России.

Совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН с 1995 г. ведется уникальное для России исследование условий формирования здорового поколения. С этого же года на системной основе проводится мониторинг общественного мнения на территории области, ставший своеобразной «визитной карточкой» ВНКЦ. Большую роль в становлении этого направления научной деятельности сыграла поддержка Института социально-политических исследований РАН. Существенный личный вклад в проведение этих работ внесли академик Г.В. Осипов и член-корреспондент РАН Н.М. Римашевская.

Значительный импульс развитию социальной проблематики в исследованиях ВНКЦ дает взаимодействие с департаментом здравоохранения области. Удалось существенно расширить и углубить уже упомянутое исследование условий формирования детского здоровья. Интересные результаты, получившие признание не только в регионе, но и на российском уровне, принесло исследование социальных аспектов психического здоровья населения. Активно развиваются другие направления работ здравоохранительной тематики.

Реализуя идею комплексного анализа процессов социального развития региона, ВНКЦ открывает новые направления деятельности (это, например, проблемы развития образовательного комплекса региона, вопросы социальной защиты населения и др.).

В настоящем издании, представляющем собой третий, завершающий, том собрания трудов Вологодского научно-координационного центра, объединены работы социальной проблематики, выполненные в разные годы его сотрудниками. Эти работы позволяют глубже понять процессы, происходящие в жизни человека и общества, и сделать выбор наиболее оптимальной стратегии развития России и ее регионов в современных условиях. Изменения некоторых показателей социального развития с учетом тенденций последующих лет представлены на цветных вклейках.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Доклад о развитии человека. 2004. Культурная свобода в современном многообразном мире: – М.: Весь мир, 2004.
2. Доклад о развитии человека. 2005. Международное сотрудничество на перепутье. Помощь, торговля и безопасность в мире неравенства: – М.: Весь мир, 2005.
3. Человеческое развитие: новое измерение социально-экономического прогресса. – М.: Права человека, 2000.

*РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ*

В.А. Ильин, К.А. Гулин,  
Г.В. Леонидова, В.В. Давыдова

# ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА: СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ

---



## ПРЕДИСЛОВИЕ

Постепенное развитие рыночных отношений и формирование соответствующего им хозяйственного механизма, все большая интеграция России в мировую экономическую систему требуют повышения конкурентоспособности отечественной экономики, повышения эффективности и качества деятельности подавляющего большинства хозяйствующих субъектов. В этой связи пристального внимания требует трудовой потенциал населения страны и ее регионов, от состояния которого зависят возможности реализации труда как основополагающего фактора общественного производства.

Под трудовым потенциалом, в общем виде, понимаются имеющиеся в настоящем и прогнозируемые в будущем трудовые возможности территорий и отдельных субъектов хозяйствования. Он определяется количеством трудоспособного населения и его разнообразными качественными характеристиками, значимыми с точки зрения реализации его способностей к трудовой деятельности. К сожалению, сегодня в значительно большей степени приходится говорить не столько о качественном состоянии трудового потенциала, сколько о необходимости сохранения того объема трудовых ресурсов, который мог бы обеспечить функционирование российской экономики, по крайней мере, в масштабах, достаточных для сохранения жизнеспособности и социальной стабильности в обществе.

Тем не менее, последнее ни в коей мере не умаляет значения качественного состояния трудового потенциала. Напротив, в условиях сужения воспроизводственной базы трудовых ресурсов образующуюся нишу можно заполнить лишь за счет максимального использования качественных резервов рабочей силы с целью интенсификации и повышения производительности труда. В то же время отдача от более высокого качества труда в форме более высокого благосостояния и жизненного уровня человека может создать благоприятную почву для демографического развития и восполнения потерянных в кризисные годы трудовых ресурсов.

Обозначенные выше проблемы невозможно решить, не поставив задачу управления трудовыми ресурсами российских регионов на системную основу. Оно должно заключаться в создании благоприятных условий и совершенствовании механизмов воспроизводства трудового потенциала и повышения его качества.



Процесс управления трудовыми ресурсами невозможен без наличия объективной информации для принятия решений и конкретной деятельности. Приходится констатировать, что применяемый в современной управленческой практике инструментарий статистической отчетности далеко не полностью учитывает многообразие качественных характеристик трудовых ресурсов. Требуется использование методологических подходов, позволяющих устранить этот недостаток и получить информацию, необходимую для объективного анализа ситуации и выработки адекватных направлений и конкретных мер. Одним из таких инструментов является методика измерения и оценки качества трудового потенциала, на основе которой Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН с 1996 г. осуществляет соответствующие исследования на территории региона<sup>1</sup>.

Результаты этого исследования и послужили основой настоящей работы. С помощью социологических и математических методов в ней произведена оценка качества трудового потенциала и его соответствия современным требованиям рабочих мест, позволяющая более полно и точно учитывать качественные характеристики населения в политике экономического и социального развития региона. Определены основные направления улучшения качества трудового потенциала населения и оптимизации процесса его адаптации к требованиям рыночной экономики. Выявлены социально-демографические, социально-профессиональные и поселенческие группы с наиболее низкими показателями трудового потенциала, что необходимо учитывать при выработке краткосрочных и среднесрочных программ совершенствования системы подготовки кадров, а также деятельности тех социальных институтов, от которых во многом зависит качество трудового потенциала (система здравоохранения, образования и др.).

Результаты исследования могут дать субъекту социального управления информацию, необходимую для принятия решений в различных областях жизни сообщества, позволят полнее учитывать весь спектр социальных последствий данных решений.

---

<sup>1</sup> Ильин В., Смирнова Н., Тимофеева Я. Качество трудового потенциала населения Вологодской области. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1998. – С. 7.

## ГЛАВА 1

### ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИЗУЧЕНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА

#### 1.1. Эволюция взглядов зарубежных и отечественных ученых на сущность категории «трудовой потенциал»

Зарубежные экономисты уже более полувека заявляют об особой актуальности и значимости исследования проблем, связанных с развитием человеческих ресурсов, повышением их качества. При этом они опираются на методологический подход, в соответствии с которым человеческий фактор становится основным, с точки зрения эффективности современного постиндустриального производства, в противовес технократическим, механистическим взглядам на трудовой процесс, известным как концепция Тейлора-Форда. Механистические производственные навыки, согласно данному подходу, уступили место умению работника использовать информационные потоки, т.е. критерием работоспособности рабочих служат не физические параметры, а интеллект<sup>1</sup>.

Проблема влияния качественных характеристик человека на производительность труда является для экономической науки в целом традиционной. Так, *А. Маршалл*, анализируя «условия, от которых зависят здоровье и сила населения – физическая, умственная, нравственная», отмечал, что это соответствует «выдуманной Эйнгелем великой классификации элементов производительности, в которой выделялись: а) тело, б) разум, в) душа»<sup>2</sup>.

В мировой науке изучение качественной стороны населения проводится главным образом в рамках различных аспектов «теории человеческого капитала».

В XVII в. родоначальник английской классической политэкономии *У. Петти* впервые попытался оценить денежную стоимость производительных свойств человеческой личности<sup>3</sup>. По его мнению, «ценность основной массы людей, как и земли, равна

---

<sup>1</sup> Белл Д. Грядущее постиндустриальное общество. Опыт социального прогнозирования. – М., 1999.

<sup>2</sup> Маршалл А. Принципы экономической науки. – М., 1993. – С. 269.

<sup>3</sup> Петти У. Экономические и статистические работы. – М., 1940.

двадцатикратному годовому доходу, который они приносят». Он отмечал, что богатство общества зависит от характера занятий людей и их способности к труду.

Разработкой теории человеческого капитала занимались во второй половине XX в. *Т. Шульц* и *Г. Беккер*. Основной вклад в популяризацию идеи человеческого капитала был внесен *Т. Шульцем*<sup>1</sup>. В классическом труде «Human Capital: A Theoretical and Empirical Analysis» *Г. Беккер* исследовал экономические последствия инвестирования индивидов в образование и приобретение профессиональных навыков. Считая индивидуальные инвестиции в образование и повышение квалификации аналогом инвестиций фирм в оборудование, автор рассматривал влияние инвестиций в человеческий капитал на занятость и заработную плату индивидов. Он показал, как в теории человеческого капитала производится расчет таких показателей, как затраты на образование и приобретение профессиональных навыков и экономический эффект инвестиций. В основу анализа он положил представления о человеческом поведении, как рациональном и целесообразном, применяя такие понятия, как редкость, цена, альтернативные издержки и т.п., к самым разнообразным аспектам человеческой жизни, используя также те, которые традиционно находились в ведении других социальных дисциплин. Человеческий капитал, по мнению *Г. Беккера*, – это имеющийся у каждого запас знаний, навыков, мотиваций<sup>2</sup>.

Одной из наиболее известных попыток использования теории человеческого капитала на корпоративном уровне является концепция «Human Resources Accounting» («Анализ человеческих ресурсов» (АЧР)), предложенная *Э. Флэмхольцем* в начале 1960-х гг. (в разработке концепции также участвовали *М. Александер*, *Р. Германсон*, *Р. Вудраф*, *Д. Боуэрс* и др.)<sup>3</sup>. АЧР стал возможным в связи с появлением интереса к персоналу как важному ресурсу организации, в использовании которого скрыты значительные резервы, и в связи с необходимостью разработки инструментария,

---

<sup>1</sup> Schultz T. Investment in Human Capital. – N.Y., 1971.

<sup>2</sup> Капелюшников Р.И. Экономический подход Гэри Беккера к человеческому поведению в США: экономика, политика, идеология. – М., 1993. – С. 3.

<sup>3</sup> Антропов В.А., Пиличев А.В. Современные проблемы управления персоналом предприятий: Научный доклад. – Екатеринбург, 2001.

позволяющего оценить уровень эффективности персонала и выразить ее (эффективность) в общей для других видов ресурсов денежной форме. Таким образом, АЧР – это процесс выявления, измерения и предоставления информации о человеческих ресурсах лицам, принимающим решения.

Кроме категории «человеческий капитал» в научной литературе используются понятия «человеческие ресурсы», «человеческий потенциал», «индекс человеческого развития», «рабочая сила», «трудовые ресурсы», «трудовой потенциал».

Понятие «человеческие ресурсы» фигурирует в работах ведущих зарубежных экономистов (*Р.С. Фишер, Р. Дорнбуш, Р. Шмалензи, П. Хейне, Д.С. Синк, К.Р. Макконел, С.Л. Брю*). Оно рассматривается этими авторами как экономическая категория, в определении которой они исходят из представления о том, что работающий является таким же производственным ресурсом, как земля, материалы, финансы и пр. В таком определении производится «обезличивание» работающих<sup>1</sup>.

Для межстрановых сопоставлений уровня человеческого развития сегодня активно используется категория «человеческий потенциал». Она служит обобщенной характеристикой меры социального прогресса, достигнутого той или иной страной, и осуществляется на основе расчета индекса развития человеческого потенциала (ИРЧП). В ИРЧП интегрированы три индикатора, отражающие результаты развития человека с разных сторон: ожидаемой продолжительности предстоящей жизни, грамотности взрослых, средней продолжительности обучения в стране, ВВП на душу населения (по паритету покупательной способности, в долларах США)<sup>2</sup>.

С помощью понятия человеческого потенциала и разработанных на его основе методов становится возможным представить, что делается в данной конкретной стране для развития человека, какое место по показателям человеческого потенциала она занимает в мировой системе<sup>3</sup>. Можно характеризовать как отдельного

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Римашевская Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. – М., 2001. – Вып. 3. – С. 34-48.

<sup>3</sup> Келле В.Ж. Человеческий потенциал и человеческая деятельность // Человек. – 1997. – №6.

индивида (его доходы, образование, продолжительность жизни или здоровье), так и социальную группу и страну в целом.

Заметим, что в концепции докладов Программы развития ООН (ПРООН) нет запрета на увеличение числа параметров измерения, их переосмысление, если это необходимо для тех или иных целей. Поэтому можно считать, что практическая значимость изучения человеческого потенциала усилится, если систему его показателей выстроить так, чтобы она давала возможность прогнозировать динамику человеческого потенциала и в большей степени отражала признаки адаптации человека к меняющимся условиям его бытия.

Это существенно при исследовании человеческого потенциала современной России – общества, находящегося в состоянии глубокой трансформации, с огромным разрывом в развитии между различными регионами. Именно понятие «человеческий потенциал», по мнению ряда отечественных ученых-экономистов, наиболее емко отражает сущность рыночных трудовых процессов в сфере переходной экономики страны. В современных условиях перспективы экономического развития и повышения уровня жизни во все возрастающей степени определяются процессами формирования человеческого капитала, прежде всего здоровья, образования, квалификации, производственного опыта. Данное обстоятельство, как полагают ученые Московского государственного университета *А.А. Саградов* и *М.Б. Денисенко*, открывает дополнительные возможности преодоления кризисного состояния российской экономики<sup>1</sup>.

Под «рабочей силой» в настоящее время понимают не только физические и духовные способности к труду (в классической интерпретации данного термина), но прежде всего – совокупность занятых и безработных, или иначе – экономически активное население. Вместе с тем, говоря о рабочей силе, некоторые авторы трактуют эту категорию как часть трудовых ресурсов общества, которая непосредственно занята трудовой деятельностью на производстве, используется в конкретной отрасли или в организации, трудится на отдельно взятом предприятии или в производственном подразделении.

---

<sup>1</sup> Саградов А.А., Денисенко М.Б. Сравнительная ценность различных форм человеческого капитала в России // Человеческий капитал в России в 90-х годах. – М., 2000. – С. 32.

Исходя из этого, в статистико-экономическом аспекте рабочая сила как категория действительно может быть представлена общей совокупностью занятых и безработных. В то же время, с точки зрения методологического подхода к рассмотрению сущности данной категории, следует придерживаться той позиции, что рабочая сила – это прежде всего совокупность физических, умственных и духовных способностей занятого трудом человека. Это – важнейшее его личностное свойство, своего рода атрибут качественных характеристик трудоспособности.

Однако данная категория не свидетельствует об уровне и силе указанных человеческих способностей и о потенциальных возможностях индивида. Кроме того, она не отражает важных аспектов современного производства: степени соответствия друг другу материального и трудового обеспечения производственной деятельности и динамических изменений в качестве рабочей силы. В этом проявляется определенная ограниченность применения этой категории.

Термин «трудовые ресурсы» был впервые употреблен в 1922 г. академиком *С.Г. Струмилиным* (он рассматривал трудовые ресурсы как рабочую силу страны или населения в возрасте от 16 до 49 лет)<sup>1</sup>. Со временем в данный термин исследователи стали вкладывать понятие об обладании трудоспособного населения необходимым физическим и интеллектуальным развитием, способностями, знаниями и навыками для работы в любой сфере приложения общественно необходимого труда.

«Трудовые ресурсы» трактуются также как народнохозяйственная экономическая категория, которая совместно с материальными ресурсами характеризует потенциальные возможности товарного производства страны. В связи с этим она (категория) выражает экономические отношения, складывающиеся в распределении, перераспределении и использовании трудоспособного населения.

В понятиях «рабочая сила» и «трудовые ресурсы» в качестве главенствующей выступает только одна функция человека на производстве – его труд. При этом трудовые ресурсы рассматриваются преимущественно с количественной точки зрения – как

---

<sup>1</sup> Егоров В.Д. Трудовой потенциал России // Народонаселение. – 2001. – № 4. – С. 108.

один из видов естественных ресурсов, необходимых для общественного производства. Поэтому обе эти категории, как экономические, не могут отразить потенциал всех способностей, заложенных в человеке.

Усиление внимания к проблемам реализации потенциальных возможностей производства, обусловленное особенностями современного этапа развития экономики, нарастающее влияние различных сфер жизни на формирование способностей работника, возрастание роли личности в развитии производительных сил, усиление потребности в комплексном подходе к выявлению резервов ускорения темпов экономического роста, заключающихся в неиспользованных возможностях человека – все это привело к необходимости новых подходов к трактовке понятия трудовых ресурсов.

Эволюция категорий «рабочая сила» и «трудовые ресурсы» обусловила возникновение категории «трудовой потенциал». Трудовой потенциал, являясь именно потенциалом, может существовать безотносительно к процессу производства, в то время как, например, рабочая сила проявляется только в процессе труда.

Появление категории «трудовой потенциал» было обусловлено также и общим развитием экономической науки, в которой уже сформировалось ключевое понятие «потенциал». Потенциал в физике соотносится с работой, которая еще не выполнена, но может быть сделана. Точно так же трудовой потенциал соотносится с будущим, с потенциальными возможностями человека что-то сделать, добиться поставленных целей. Таким образом, трудовой потенциал является некоторой прогнозной характеристикой возможностей или перспектив данного общества реализовать свои интересы, достигнуть своих целей.

Как научный термин «трудовой потенциал» вошел в оборот в период перехода экономики на рельсы интенсивного развития<sup>1</sup>. Это была своего рода реакция науки на потребность практики обеспечить качественное совершенствование всей системы формирования и использования совокупной способности людей к труду, выявить резервы и пути творческой активизации человека как субъекта производства и общественной жизни.

---

<sup>1</sup> Ильина Л.О. Трудовой потенциал: факторы формирования и развития // Экономика, инвестиции, трудовой потенциал регионов: Материалы научно-практического семинара. – СПб., 2001. – С. 139.

Введение в научный оборот понятия «трудовой потенциал» без должной методологической проработки способствовало появлению многообразия точек зрения на трактовку новой экономической категории. Чаще всего определялись и исследовались отдельные элементы этого понятия, без выявления их взаимосвязей, либо оно подменялось (или отождествлялось) другими формами личного фактора производства.

Одна из первых попыток разграничения понятий «трудовые ресурсы» и «трудовой потенциал» в отечественной социально-экономической литературе принадлежит *В.Г. Костакову* и *А.А. Попову*. Они рассматривали трудовой потенциал как «соответствующие трудовые ресурсы в единстве их количественных и качественных сторон», причем количественной основой они определяли население трудоспособного возраста, а качественной – его половозрастную структуру, уровень образования, профессиональную подготовку и мобильность<sup>1</sup>.

Подобный подход можно видеть в исследованиях *Г.П. Сергеевой* и *Л.С. Чижовой*, по мнению которых, «трудовой потенциал – это те ресурсы труда, которыми располагает общество». При этом реальное значение трудового потенциала определяется, как полагают ученые, численностью трудоспособного населения и его качественными характеристиками (полом, возрастом, образованием, профессиональной подготовкой и т.д.)<sup>2</sup>.

*М.И. Гольдин* трактовал трудовой потенциал как «форму проявления человеческого фактора, интегральной меры способностей к труду»<sup>3</sup>.

На взгляд *Р.П. Колосовой*, трудовой потенциал – это важнейший обобщающий показатель уровня развития возможностей созидательной активности человеческого фактора<sup>4</sup>. Подобное понимание трудового потенциала было изложено и *А.С. Панкратовым*. Рассматриваемое понятие он трактует как интегральную форму, количественно и качественно характери-

---

<sup>1</sup> Костаков В.Г., Попов А.А. Интенсификация использования трудового потенциала // Социалистический труд. – 1982. – №7. – С. 109.

<sup>2</sup> Сергеева Г.П., Чижова Л.С. Трудовой потенциал страны. – М., 1982. – С. 3.

<sup>3</sup> Гольдин М.И. Актуальные проблемы развития трудового потенциала общества зрелого социализма // Вопросы философии. – 1982. – №5. – С. 3.

<sup>4</sup> Колосова Р.П. Трудовой потенциал промышленности. – М., 1987. – С. 8.



зующую способность общества в динамике обеспечить человеческий фактор производства, в соответствии с требованиями его развития<sup>1</sup>.

В исследованиях *И.С. Масловой* трудовой потенциал представлен как «обобщающая характеристика меры и качества совокупности способностей к общественно-полезной деятельности, которыми определяются возможности отдельного человека, групп людей, всего трудоспособного населения по их участию в труде»<sup>2</sup>.

В коллективной монографии «Личностный потенциал работника: проблемы формирования и развития»<sup>3</sup> выделены такие элементы потенциала человека, как: профессиональные знания, умения и навыки; работоспособность (причем под работоспособностью ученые понимают психофизиологический потенциал); интеллектуальные, познавательные способности (образовательный потенциал); креативные способности (творчество); способность к сотрудничеству, коммуникативность; ценностно-мотивационная сфера.

Учеными Санкт-Петербургской социологической школы (*О.И. Шкаратан, О.В. Стаканова, О.В. Филиппова*) была предложена концепция трехзвенного состава трудового потенциала. Авторы выделяют следующие компоненты трудового потенциала: психофизиологический (состояние здоровья, тип нервной системы, работоспособность и выносливость); личностный потенциал (степень социальной зрелости, ценностные ориентации, интересы, потребности и запросы в сфере труда, желание и готовность трудиться добросовестно и с полной отдачей); производственно-квалификационный (объем общих и специальных знаний, трудовых навыков и умений, степень развития способности к систематическому труду, умение продуктивно работать).

Авторам концепции удалось преодолеть упрощенный подход, присутствующий до сих пор в социологической литературе, в оценке отношения индивида к труду (на эмпирическом уровне

---

<sup>1</sup> Егоров В.Д. Трудовой потенциал России // Народонаселение. – 2001. – №4. – С. 110.

<sup>2</sup> Маслова И.С. Трудовой потенциал советского общества // Вопросы теории и методологии исследования. – М., 1987. – С. 14.

<sup>3</sup> Личностный потенциал работника: проблемы формирования и развития / Ред. В.Г. Нестерова. – М.: Наука, 1987. – С. 13.

этот показатель часто выявлялся с помощью таких критериев, как выполнение норм и заданий, качество работы, соблюдение трудовой дисциплины). Они рассматривают отношение к труду как проявление личностного потенциала работника и включают в него: отношение к труду как к сфере приложения способностей (интерес к содержанию труда, возможностям творчества, проявления инициативы); отношение к труду как к общественно значимой ценности (заинтересованность в результатах труда, осознание его общественной полезности); материальные мотивы труда; отношение к труду как к сфере жизнедеятельности (потребности в области социально-гигиенических условий, режима и организации труда).

Общую культуру работника авторы концепции оценивают с позиций степени развитости интереса к содержанию труда и связывают ее прежде всего с уровнем социализации личности. А творческие возможности человека они предлагают рассматривать опосредованно – как следствие квалификации работника, при этом справедливо считая содержание труда фактором, способствующим закреплению и углублению творческой ориентации индивида.

В целом такой подход к трудовому потенциалу достаточно прогрессивен, но страдает некоторой неполнотой. В структуру качеств трудового потенциала не включены как самостоятельные элементы культурный уровень и нравственность. Между тем очевидно, что определения «человек образованный» и «человек культурный», при всей их близости, существенно различаются. А нравственность выступает тем качеством, на основе которого человек определяет, «что такое хорошо и что такое плохо», выбирая стратегию и тактику трудового поведения. Она является ядром культуры человека, поскольку от нее в значительной степени зависит, как будут использованы (на благо или во зло) другие качественные характеристики (здоровье, интеллектуальный, профессионально-квалификационный потенциал)<sup>1</sup>.

Рассматривая личностный фактор в системе производственной организации, *Р. Григаре* выделяет три группы социальных резервов (социальные резервы – это совокупность качеств человека,

---

<sup>1</sup> Ильин В.А., Смирнова Н.А., Тимофеева Я.Б. Качество трудового потенциала населения Вологодской области. – Вологда, ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 1998. – С. 9.

его потенциал, который в конечном счете определяет возможности его результативного участия в экономической, политической, культурной и других сферах деятельности): 1) социализация личности, улучшение материально-бытовой сферы жизни человека, его интеллектуальный и культурно-технический уровень; 2) личностные установки человека, его социальные качества, социально-психологическая устойчивость; 3) социальное самочувствие человека, его саморегуляция, эмоциональные качества.

Процессы формирования и накопления трудового потенциала группа исследователей (*А.И. Добрынин, С.А. Дятлов, В.А. Коннов, С.А. Курганский*) связывает с инвестиционной политикой (экономическими резервами). Такой же позиции придерживаются *В.К. Потемкин* и *Н.В. Яковлева*, подчеркивая необходимость формирования трудового потенциала на основе научно обоснованной инвестиционной политики. При этом они определяют трудовой потенциал как интегральный и экономический резерв, направленный на повышение эффективности трудовой деятельности. Основными компонентами, определяющими потенциал человека, они выделяют: здоровье, нравственность, творческий потенциал, образование, профессионализм<sup>1</sup>.

*Н.И. Шаталова* рассматривает понятие «трудовой потенциал работника» как «меру его наличных ресурсов и возможностей, непрерывно формируемых в процессе всей социализации, реализуемых в трудовом поведении и определяющих его реальную плодотворность». Она выделяет следующие компоненты трудового потенциала работника: психофизиологический уровень, обеспечивающий существование работника как биопсихосоциальный тип; ценностно-ориентационные компоненты, определяющие тактику и стратегию трудового поведения работника; нормативно-ролевые компоненты, детерминирующие профессиональную культуру и общую культуру человека в обществе; адаптационные компоненты, отвечающие за включенность работника в среду, принятие среды и ее преобразований работником; статусные компоненты, выполняющие функцию целедостижения личности в социальной системе<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Потемкин В.К., Яковлева Н.В. Социальные резервы человека: труд и управление. – СПб., 1998. – С. 34.

<sup>2</sup> Шаталова Н.И. Теоретико-методологические проблемы социологического изучения трудового потенциала работника: Автореф. дисс. ... докт. соц. наук. – УГУ, 1999.

*Б.М. Генкин* определяет трудовой потенциал как «совокупность характеристик человека, возникших в результате материальных и духовных вложений в него: интеллект, творческие способности, здоровье, образование, профессионализм, нравственность, активность, организованность». Им выделяются следующие компоненты трудового потенциала: здоровье, нравственность, умение работать в коллективе, творческий потенциал, активность, организованность, образование, профессионализм, ресурсы рабочего времени <sup>1</sup>.

Интересен подход к определению трудового потенциала, предлагаемый коллективом авторов под руководством *А.И. Татаркина*. По их мнению, трудовой потенциал, являясь подсистемой экономического потенциала, представляет собой социально-экономическую форму, в которой происходит становление и функционирование личного фактора производства на разных уровнях организации общественного производства <sup>2</sup>.

*Т.В. Хлопова* и *М.П. Дьякович* при проведении исследования общего состояния трудового потенциала предприятия называют такие его компоненты: 1) профессионально-квалификационный потенциал – характеристики работников по профессиям, образованию, стажу, уровню квалификации и т.д.; 2) психофизиологический потенциал – пол, возраст, состояние здоровья, стрессоустойчивость работников; 3) мотивационный потенциал – представляющий уровень удовлетворенности работников трудом, структуру мотивов трудовой деятельности и профессионально-квалификационного роста <sup>3</sup>.

*И.В. Бушуева* к составным элементам качественной структуры трудового потенциала относит: интеллектуально-профессиональный потенциал, который включает в себя квалификационно-образовательный уровень и уровень самообразования; творческий потенциал как способность к генерации новых идей, методов, образов, представлений; физический потенциал, который

---

<sup>1</sup> Генкин Б.М. Экономика и социология труда. – М., 2000. – С. 86.

<sup>2</sup> Приоритеты социально-экономического развития регионов: вопросы теории, методологии, практики / Колл. авторов под рук. А.И. Татаркина. – Екатеринбург, 2000. – С. 335-339.

<sup>3</sup> Хлопова Т.В., Дьякович М.П. К оценке трудового потенциала предприятия // Социс. – 2003. – №3. – С. 67-74.

объединяет в себе уровень здоровья и физические способности индивида; мотивационный потенциал, определяющий желание индивида реализовать весь имеющийся потенциал в данной зоне приложения труда<sup>1</sup>.

*О.Ю. Бороздина* среди составляющих качеств трудового потенциала выделяет: физический потенциал (возраст, физическое и психическое здоровье, пол), профессионально-квалификационный потенциал (уровень образования, общий стаж, стаж по специальности), интеллектуальный потенциал (структура интеллекта и степень его развития), личностный фактор (совокупность качеств личности – темперамент, черты характера), социальный фактор (семейное положение, наличие детей, микроклимат в семье). Она отмечает, что движущей силой развития являются физический, профессионально-квалификационный и интеллектуальный потенциалы, отражающие способность к новым достижениям в любых сферах деятельности; их развитие и совершенствование имеет первоочередную задачу для каждой фирмы<sup>2</sup>.

*Е.В. Маслов* подразделяет параметры трудового потенциала на две группы<sup>3</sup>: 1) параметры, характеризующие социально-демографические компоненты трудового потенциала (половозрастная структура, уровень образования, семейная структура, состояние здоровья и др.); 2) параметры производственных компонентов трудового потенциала (профессионально-квалификационная структура, повышение и обновление профессионального уровня, творческая активность).

*В.К. Рыбкин* характеризует трудовой потенциал численностью работников и их качественными показателями, такими, как профессионально-квалификационный и образовательный уровни, половозрастная структура и т.д.

*М.М. Магомедов* определяет трудовой потенциал как интегральную категорию, характеризующую количество, качество и меру способности к осуществлению общественно полезной

---

<sup>1</sup> Бушуева И.В. Потребительский комплекс и трудовой потенциал городского рынка труда // Электронный журнал по маркетингу VI-MARKETING.RU.

<sup>2</sup> Бороздина О.Ю. Разработка методического обеспечения оценки и рационального использования трудового потенциала персонала фирмы: Дисс. ... канд. экон. наук. – Кострома, 1998. – С. 126.

<sup>3</sup> Маслов Е.В. Управление персоналом предприятия: Учебное пособие. – М., 1999.

деятельности той части трудоспособного населения, которая желает и готова работать (включая занятых и безработных), что дает возможность приведения в действие других составляющих экономического потенциала через конкретную систему форм и отношений занятости. По мнению ученого, трудовой потенциал выступает в качестве составной части «экономического потенциала» и имеет особое значение для достижения сбалансированности с материально-вещественными составляющими экономического потенциала. Он может быть недостаточным (трудодефицит) или избыточным (безработица) по сравнению с другими элементами экономического потенциала и выступать либо ограничителем реализации их возможностей, либо важнейшим фактором подъема экономики.

В количественном отношении максимально возможная величина трудового потенциала определяется численностью трудоспособного населения, фактически же – численностью его экономически активной части, от размеров которой зависят возможности приведения в действие имеющихся в распоряжении общества (или иного субъекта хозяйствования) материальных, природных, финансовых ресурсов как составляющих экономического потенциала, развития различных сфер общественно-полезной деятельности, воспроизводства условий жизнедеятельности проживающего населения. В качественном отношении трудовой потенциал характеризуется системой показателей (образовательный, профессиональный, половозрастной состав), позволяющих оценить степень соответствия экономически активного населения задаче приведения в действие имеющихся материальных элементов производительных сил, освоения разведанных полезных ископаемых, использования наличных финансовых ресурсов, обслуживания отраслей социальной сферы, производственной и рыночной инфраструктуры<sup>1</sup>.

В исследованиях Института социально-экономических проблем народонаселения РАН (*Н.М. Римашевская, Д.И. Зюзин, М.Р. Феонова, Е.Б. Бреева и др.*) представлена концепция качественных характеристик населения (КХН). Предложенные

---

<sup>1</sup> Магомедов М.М. Трудовой потенциал в стратегии социально-экономического развития (региональный аспект): Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – М.: Ин-т экономики РАН, 2001.

ИСЭПН показатели могут быть использованы для оценки «качественной» структуры населения в межрегиональном и поселенческом разрезе; они могут показывать дифференциацию качественного потенциала различных демографических и социальных групп, а также соотносить их с качественным состоянием трудового потенциала предприятия, региона, страны в целом.

Перенеся структуру компонентов КХН на трудоспособное население, можно говорить о качестве трудового потенциала<sup>1</sup>. Система его компонентов представлена в виде «дерева» свойств, вершиной которого является наиболее общее свойство, а нижние уровни соответствуют менее общим свойствам.

Первые четыре нижних уровня трудового потенциала раскрывают «естественно-природную» основу дееспособности человека: физическое здоровье, психическое здоровье, когнитивный потенциал (знания), креативность (творческий потенциал); четыре других характеризуют его как субъект общественных отношений, осуществляющий свои трудовые функции в рамках трудового коллектива.

Наиболее общим свойством, характеризующим производительную силу работника, является социальная дееспособность, понимаемая как совокупность свойств, определяющих результативность трудовой деятельности в конкретных социальных условиях.

Социальная дееспособность является при этом интегральным показателем качества трудового потенциала (рабочей силы). Отдельные элементы (свойства) многоуровневой системы интегрального показателя находятся как в отношении субординации, так и координации. На самом нижнем уровне располагаются элементарные (в данной системе) качества, подлежащие непосредственному измерению.

Качества первого уровня:

- физическое здоровье человека;
- психическое здоровье;
- образовательно-квалификационный потенциал;
- творческие способности (креативность);
- коммуникабельность;
- культурный уровень;

---

<sup>1</sup> Римашевская Н.М. О методологии определения качественного состояния населения // Демография и социология. – Вып. 6. – М., 1993. – С. 7-21.

– нравственность (соотношение целей и средств их достижения; нравственность выступает не только как индикатор характера общества, но и как один из факторов его развития)<sup>1</sup>;

– социальные притязания (потребность в достижении), т.е. стремление человека занять определенное место в социальной структуре общества.

Свойства второго, третьего и четвертого уровней являются интегративными, их измерение возможно только на основе вышеуказанных первичных элементов.

Качества второго уровня:

– психофизиологический потенциал (его составляющие: физическое и психическое здоровье);

– интеллектуальный потенциал (уровень общих и профессиональных знаний, а также творческие способности);

– коммуникативный потенциал (коммуникабельность и культурный уровень);

– социальная активность (нравственность и социальные притязания).

Качества третьего уровня:

– энергетический потенциал, или функциональные возможности работника (его составляющие – психофизиологический и интеллектуальный потенциалы);

– социально-психологический потенциал, или способность человека воздействовать на социальные условия своей деятельности (его составляющие – коммуникативный потенциал и социальная активность).

Четвертый уровень – социальная дееспособность. Это интегральный показатель качества трудового потенциала. Его составляющие – энергетический и социально-психологический потенциалы человека.

Такой подход к оценке качества трудового потенциала, как с точки зрения полноты и достаточности его компонентов, так и с точки зрения методики измерения качественных характеристик работника, является вполне обоснованным и представительным. Проводимое ВНКЦ ЦЭМИ РАН исследование опирается именно на такой подход к определению качества трудового потенциала.

---

<sup>1</sup> Гладилин Д.Л. Методологические подходы к изучению культурно-нравственного потенциала населения // Демография и социология. – Вып. 6. – М., 1993. – С. 102-118.



Подводя итог, определим, что «трудовой потенциал» как категория имеет социально-экономическую сущность и выступает качественно-количественным выражением заложенных в человеке и непрерывно формирующихся способностей к трудовой деятельности, обеспечивающих эффективность его воспроизводственной деятельности.

Трудовой потенциал многогранен: он зависит от качественных характеристик людей, от их соматического и психического здоровья; социальных потенций; развитости материальных и духовных потребностей и возможностей их удовлетворения, включая возможности трудовой деятельности и ее содержание; образованности; социокультурной мотивированности поведения и пр. Качественные характеристики населения, с одной стороны, отражают социальные ресурсы общества (так, от уровня интеллекта работника зависит возможность освоения технических новшеств, масштабы интенсификации и повышения продуктивности труда). С другой стороны, они имеют огромную социальную ценность (с точки зрения уровня гуманизации общества, возможностей, предоставляемых гражданам для свободного развития, реализации способностей, творческого потенциала и т.п.)<sup>1</sup>.

В условиях рыночной экономики, когда происходит структурная перестройка занятости с постепенным повышением роли и значимости высококвалифицированного труда, резко повышаются требования к работнику – его работоспособности, квалификации, ответственности, исполнительности. Следовательно, необходим тщательный учет и изучение качества трудового потенциала населения для выработки тактики и стратегии хозяйствования в условиях рынка.

## **1.2. Методологические подходы к измерению качества трудового потенциала**

Изучение трудовых ресурсов с точки зрения качественных параметров, определяющих способность населения к эффективно-му труду, требует количественных измерений, так как многие сла-гаемые качества трудового потенциала предлагались и предлага-ются в научной литературе в виде описательных характеристик.

---

<sup>1</sup> Римашевская Н.М. О методологии определения качественного состояния насе-ления // Демография и социология. – Вып. 6. – М., 1993. – С. 7-21.

Одной из главных проблем в анализе трудового потенциала является поиск методов, позволяющих измерить и оценить уровень развития его элементов, при этом объектом анализа может выступать любая компонента трудового потенциала<sup>1</sup>.

Практика показывает, что в основе анализа трудового потенциала в большинстве исследований широко представлены количественные измерения. Для характеристики трудового потенциала предприятий с количественной стороны используются такие показатели, как:

– численность промышленно-производственного персонала и персонала непромышленных подразделений;

– количество рабочего времени, возможного к отработке при нормальном уровне интенсивности труда (границы возможного участия работника в труде).

Характеристика качественной стороны трудового потенциала также производится в большинстве исследований с использованием количественных показателей: уровня квалификации (средний разряд рабочих); уровня образования (среднее количество классов общеобразовательной школы); профессиональной подготовки (доля лиц, окончивших ПТУ, количество месяцев профессиональной подготовки и т.д.). Например, для оценки состояния здоровья применяются показатели частоты и тяжести заболеваний в расчете на 1000 человек населения (т.е. состояние здоровья оценивается косвенно – через уровень заболеваемости)<sup>2</sup>.

Следует отметить, что сбор такого рода информации, особенно в части получения качественных характеристик, достаточно затруднен. Поэтому чаще всего в исследованиях используется упрощенный подход, когда качественная характеристика трудового потенциала ограничивается данными, отражающими образовательный и квалификационный уровень, наличие специальной профессиональной подготовки и ее продолжительность, половозрастной состав.

В основе экономического или цивилизационного подходов лежит учет численности трудоспособного населения и его занятости

---

<sup>1</sup> Шаталова Н.И. Трудовой потенциал работника: Учебное пособие для вузов. – М., 2003. – С. 29.

<sup>2</sup> Маслов Е.В. Управление персоналом предприятия: Учебное пособие. – М., 1999.

по отраслям производства или в региональном разрезе, что недостаточно для полной характеристики всех его (трудового потенциала) компонентов<sup>1</sup>.

Статистическое изучение трудового потенциала основывается прежде всего на исследовании демографических процессов, для характеристики которых применяют показатели естественного и механического (миграционного) движения населения, показатели трудовой нагрузки, показатели численности и состава населения<sup>2</sup>. Демографический подход представляет собой количественную оценку населения с учетом возрастных коэффициентов занятости и смертности.

Оценить трудовой потенциал некоторые исследователи предлагают, основываясь на определении численности и состава лиц, желающих и готовых участвовать в труде. В практике статистического учета для этих целей в наибольшей степени пригоден показатель экономически активного населения, то есть той части населения, которая обеспечивает в рассматриваемом периоде предложение рабочей силы для создания товаров и услуг. Причем в количественном отношении максимально возможная величина трудового потенциала определяется численностью трудоспособного населения, фактически же – численностью его экономически активной части. В качественном отношении трудовой потенциал характеризуется образовательным, профессиональным, половозрастным составом. Авторы такого подхода считают, что, несмотря на несовпадение количественных границ численности населения и численности его экономически активной части, данный качественно-количественный анализ позволяет выявить достаточно точно характер тенденций в численности и структуре трудового потенциала<sup>3</sup>.

Человек в условиях формирования постиндустриальной, информационной эпохи становится центром экономической системы, занимая активную позицию во всем воспроизводственном процессе. Первостепенное значение при этом имеет изучение его возможностей, его потенциала в соответствии с условиями и потребностями современного общества.

---

<sup>1</sup> Егоров В.Д. Трудовой потенциал России // Народонаселение. – 2001. – №4. – С. 108-116.

<sup>2</sup> Башкатов Б.И., Карпухина Г.Ю. Международная статистика труда. – М., 2001. – С. 20.

<sup>3</sup> Маслова И.С. Трудовой потенциал советского общества // Вопросы теории и методологии исследования. – М., 1987. – С. 14.

Для практики управления более значимой представляется система показателей, с помощью которой можно количественно охарактеризовать обе стороны трудового потенциала, чтобы выяснить, где он выше или ниже, как изменился благодаря принятым мерам, насколько фактически используемая его величина отличается от возможной и т.д. То есть в анализе трудового потенциала необходима оценка его количественной и качественной сторон<sup>1</sup>.

В оценке качественных характеристик трудового потенциала преобладают данные:

– о физическом и психологическом потенциале работников (способность и склонность работника к труду – состояние здоровья, физического развития, выносливости и т.п.);

– объеме общих и специальных знаний, трудовых навыков и умений, обуславливающих способность к труду определенного качества (образовательный и квалификационный уровни, фундаментальность подготовки и т.п.);

– о качестве членов коллектива как субъектов хозяйственной деятельности (ответственность, сознательная зрелость, интерес, сопричастность к экономической деятельности предприятия и т.п.)<sup>2</sup>.

Насколько эффективно государство распоряжается своим достоянием во благо человека, демонстрирует индекс развития человеческого потенциала, разрабатываемый в рамках программы развития ПРООН.

В основе методики расчета ИРЧП лежат данные о продолжительности жизни, уровне грамотности, доле ВВП на душу населения, медицинских услугах. Другими словами, он характеризует инвестиции государства в население.

При этом считается, что конечной целью вложений в экономику является развитие человека, а экономический рост – лишь средство достижения этой цели. Мерилом же развития служит не изобилие товаров и услуг вообще, а степень обогащения человека материальной и духовной пищей, эффективность рынка по отношению к нему.

ИРЧП наилучшим образом приспособлен для укрупненных макроэкономических оценок, связанных с международными срав-

---

<sup>1</sup> Маслов Е.В. Управление персоналом предприятия: Учебное пособие. – М., 1999.

<sup>2</sup> Там же.

нениями прежде всего стран с различным уровнем экономического развития. Важность этих показателей для определения качества населения бесспорна, но названных характеристик для этого недостаточно<sup>1</sup>.

Обращаясь к механизму расчета ИРЧП, отметим, что он относительно прост и сводится к построению композиционного показателя за определенный временной период для 175 стран по характеристикам отобранных показателей. Для того чтобы можно было использовать данные показатели в единой системе, применяется шкала 0 – 1, где 0 – это минимум, а 1 – максимум (табл. 1.1).

Таблица 1.1

Установленные минимальные и максимальные показатели для расчета ИРЧП

Показатель	Min	Max
Продолжительность жизни (годы)	25	85
Грамотность взрослого населения (%)	0	100
Среднее количество лет обучения	0	15
Доход (реальный ВВП на душу населения в покупательской способности доллара)	200	40 000

Источник: Кадомцева С.В. Экономические основы системы социальной защиты. – М., 1997. – С. 23.

По индексу развития человеческого потенциала Россия занимает сегодня 60-е место среди стран мира (табл. 1.2).

Основным недостатком данного подхода является получение информации в ретроспективном виде о качественных показателях населения.

Среди новых методологических подходов к исследованию трудового потенциала – методика количественного измерения трудового потенциала на основе расчета индекса развития трудового потенциала (ИРТП). В качестве базовых индикаторов, характеризующих развитие трудового потенциала в стране, регионе, трудовом коллективе, рассматриваются следующие критерии:

- доля трудоспособного населения в общей численности населения ( $X_i$ );
- уровень образования, профессиональной подготовки и переподготовки, квалификации и опыта работы, способствующий повышению дееспособности работника ( $U_i$ );

<sup>1</sup> Римащевская Н.М. Качественный потенциал населения России: взгляд в XXI век // Проблемы прогнозирования. – М.: МАИК «Наука/Интерпериодика», 2001. – Вып. 3. – С. 34-48.

Таблица 1.2

Динамика индекса развития человеческого потенциала

Страна	Год	ИРЧП	Место, занимаемое в мире, по ИРЧП
США	1998	0,929	3
	1997	0,927	3
Япония	1998	0,924	9
	1997	0,924	4
Германия	2000	0,925	14 (7*)
	1998	0,911	14
	1997	0,906	14
Франция	2000	0,928	12 (5*)
	1998	0,917	12
	1997	0,918	11
Италия	2000	0,913	8*
	1998	0,903	19
	1997	0,900	19
Великобритания	2000	0,928	13 (5*)
	1998	0,918	10
	1997	0,918	10
Россия	<b>2000</b>	<b>0,781</b>	<b>60 (20*)</b>
	1998	0,771	62
	1997	0,766	–
Вологодская область	<b>2000</b>	<b>0,775</b>	x
	1998	0,782	x

Примечание.1. Сводный показатель индекса уровня образования рассчитывается путем взвешивания показателя грамотности и показателя средней продолжительности обучения. 2. Индекс реального ВВП в среднем на душу населения в долларах по паритету покупательной способности (расчеты ПРООН на основе данных Программы международных сопоставлений).

\* Место в рейтинге сопоставляемых стран.

Источники: Россия и страны мира. – М.: Госкомстат России, 2000. – С. 65-66; Уровень жизни населения регионов России. – М.: ВЦУЖ, 2003. – С. 17; Доклад о развитии человеческого потенциала в РФ за 2002 – 2003 годы. – М.: Весь Мир, 2003. – С. 88.

– уровень заработной платы работника как источник воспроизводства и развития трудового потенциала ( $B_i$ );

– вооруженность труда работника необходимыми средствами и орудиями труда, умножающими его потенциал ( $Z_i$ );

– уровень занятости, трудовой активности населения ( $L_i$ ).

Индексы рассчитываются для каждого компонента трудового потенциала по единой формуле:

$$I_n = \frac{K_{\text{факт.}(n)} - K_{\text{min}(n)}}{K_{\text{max}(n)} - K_{\text{min}(n)}}$$

где:

$I_n$  – индекс компонента  $n$ ;

$K_{\text{факт.}(n)}$ ,  $K_{\text{min}(n)}$ ,  $K_{\text{max}(n)}$  – фактическое, максимальное, минимальное значения компонента  $n$  в трудовом потенциале человека.

Результат представляет собой интегральный индекс развития трудового потенциала человека, трудового коллектива, региона, страны в целом как среднеарифметическая величина, полученная путем суммирования всех выделенных (пяти) частных индексов и деленная на их количество<sup>1</sup>.

$$\text{ИРТП} = \frac{X + U + Z + L + B}{5}.$$

Используемые в практике обобщающие показатели отражают не более двух-трех элементов трудового потенциала, да и то в основном с количественной стороны. Например, показатель совокупного фонда рабочего времени, возможного к отработке, рассчитывается как средневзвешенная величина, при этом весами служит численность работников, имеющих ту или иную установленную норму рабочего времени (недельную или годовую, установленную или фактическую длительность рабочего дня и т.п.):

$$\Phi_{\Pi} = Ч \times Д \times T_{\text{см}},$$

где:

$\Phi_{\Pi}$  – совокупный потенциальный фонд рабочего времени предприятия (часов);

$Ч$  – численность работающих (человек);

$Д$  – количество дней работы в периоде (дней);

$T_{\text{см}}$  – продолжительность рабочего дня (часов).

Следовательно, потенциальная величина производственного коллектива в часах – это произведение численности работающих ( $Ч$ ) на законодательно установленную продолжительность рабочего дня в часах ( $T_{\text{см}}$ ) с учетом количества дней ( $Д$ ) работы в периоде. В частности, этот показатель может использоваться для оценки трудового потенциала на уровне предприятия.

*Т.В. Хлопова и М.П. Дьякович* при проведении исследования общего состояния трудового потенциала работников предприятия высказали предложения о проведении мониторинга состояния

<sup>1</sup> Шаталова Н.И. Теоретико-методологические проблемы социологического изучения трудового потенциала работника: Автореф. дисс. ... докт. соц. наук. – УГУ, 1999.

трудового потенциала работников предприятия, разработав при этом систему оценки его качественных показателей по данным социологического опроса (табл. 1.3).

Таблица 1.3

**Система оценки качественных показателей состояния трудового потенциала работников предприятия, в % к опрошенным**

Составляющая ТП	Показатель оценки	Степень проявления		
		1	0,5	0
		Соответ- ствует	Частично соответствует	Не соответствует
Профессионально- квалификационная	Соответствие образования профессии	x	x	x
	Соответствие содержания работы и уровня квалификации работников	x	x	x
Психофизиологическая	Риск утраты здоровья	x	x	x
	Стрессоустойчивость	x	x	x
Мотивационная	Удовлетворенность трудом	x	x	x
	Отношение к профессионально- квалификационному росту	x	x	x

Интегральная оценка состояния трудового потенциала производится по следующей формуле:

$$I = \sqrt[n]{\prod_{j=1}^n \left( \sum_{i=1}^3 k_i \frac{P_{ij}}{100} \right)},$$

где:

$I$  – интегральный показатель трудового потенциала;

$n$  – количество учитываемых показателей;

$i=1,3$  – порядковый номер степени проявления показателя;

$j=1_n$  – порядковый номер учитываемого показателя;

$P_{ij}$  – удельный вес работников с  $i$ -тым проявлением  $j$ -го показателя, в %;

$k_i$  – вес степени проявления показателя, в долях единицы.

Данную методику авторы предлагают использовать для оценки развития трудового потенциала предприятия и для сравнительного анализа его состояния<sup>1</sup>.

Для количественной оценки трудового потенциала предприятия в качестве обобщающего показателя используется количество времени (человеко-лет), которое могут отработать работники предприятия до выхода на пенсию. Динамика этого показателя,

<sup>1</sup> Хлопова Т.В., Дьякович М.П. К оценке трудового потенциала предприятия // Социс. – 2003. – №3. – С. 67-74.



отражающего не только численность работников предприятия, но и их половозрастную структуру, позволяет видеть процесс старения или омоложения коллектива предприятия. Один из важнейших вопросов оценки трудового потенциала – выбор методов, с помощью которых оцениваются те или иные показатели. В настоящее время наиболее распространенными методами сбора информации на предприятиях являются анализ анкетных данных работников, тестирование, собеседование.

Для оценки уровня трудового потенциала промышленного предприятия также используются показатели, характеризующие расходы на рабочую силу<sup>1</sup>. Бесспорно, из-за излишнего оборота рабочей силы (приема и выбытия) снижается эффективность деятельности промышленных предприятий, так как требуются значительные средства на адаптацию новых работников на рабочем месте, увеличиваются расходы на содержание кадровых служб предприятия и возникают потери, связанные с затратами на профессиональное обучение уволившихся работников. Расходы, характеризующие трудовой потенциал, представляют собой издержки, связанные с наймом и содержанием персонала.

Понятие «качества» неоднозначно, и его рассмотрение допускает различные подходы и методы косвенной оценки. В основе методологических подходов к изучению качественных характеристик населения, предложенных Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН, находятся следующие фундаментальные компоненты:

- здоровье физическое, психическое и социальное;
- профессионально-образовательные способности людей, образующие их интеллектуальный потенциал;
- культурно-нравственные ценности и духовность граждан, их социокультурная активность<sup>2</sup>.

Качество человеческого потенциала при этом предлагается измерять в формате четырех индикаторов:

- 1) физического и психического здоровья;
- 2) социального здоровья;
- 3) образовательно-профессионального потенциала;
- 4) нравственных и духовных качеств.

---

<sup>1</sup> Шаталова Н.И. Трудовой потенциал работника: Учебное пособие для вузов. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2003.

<sup>2</sup> Доклад о государственной политике в области охраны здоровья граждан и состоянии здоровья населения в Российской Федерации в 1993 году. – М., 1994.

Образование способствует повышению качества трудового потенциала в силу следующих причин:

- ⇒ более высокий уровень образования делает труд человека более эффективным, развивает в нем творческий подход к работе;
- ⇒ более высокий уровень образования способствует лучше-му восприятию личностью новых идей и методов работы;
- ⇒ более образованные люди быстрее ориентируются в информации о рынке труда и выбирают оптимальный вид занятий;
- ⇒ более образованный человек способен быстрее и успешнее пройти переподготовку по новой специальности, он более мобилен<sup>1</sup>.

При определении социального здоровья рабочей силы используется особый набор индикаторов:

- коммуникабельность (свойство, позволяющее взаимодействовать с другими людьми в процессе труда) и коммуникативный потенциал;
- социальные притязания (стремление человека занять определенное место в социальной структуре общества);
- социальная активность и социальный потенциал (способность человека воздействовать на социальные условия своей деятельности).

Методика измерения и оценки качества трудового потенциала, согласно данному подходу, представляет собой систему процедур, служащих для выявления и измерения качеств нижнего уровня и последующего их сведения к общему интегральному показателю. Алгоритм формирования обобщающего показателя представлен на рис. 1.

Интегральный индекс индивидуального качества, так же как и частные индексы, не может приобретать нулевого или отрицательного значения (как не может быть, к примеру, нулевого здоровья). Это всегда некоторая положительная величина больше нулевого значения. Максимальное (теоретически возможное) значение ее равно единице. Все показатели качества сравниваются именно с этим максимальным значением.

---

<sup>1</sup> Гузакова О.Л. Взаимосвязь образования и рынка труда // Проблемы стратегии и тактики регионального развития. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 156.



Рис. 1. Алгоритм формирования обобщающего показателя качества трудового потенциала

Для оценки первичных свойств индивидов в основном использовалась шкала Лайкерта<sup>1</sup>. Шкала построена таким образом, что даже при минимальном значении признака все же имеется остаточное свойство –  $X_{ост}$ . Индекс качества по этой шкале рассчитывается следующим образом:

$$J_i = \frac{\sum x_i}{\sum_{max}}$$

Иными словами, частный индекс по шкале есть отношение фактического числа баллов к максимально возможному (рис. 2).

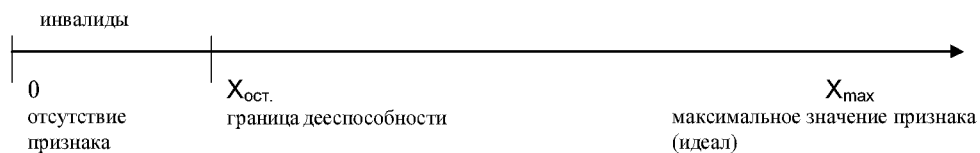


Рис. 2. Шкала измерения частного свойства (интегрального качества)

Для измерения физического здоровья используются три различные процедуры: оценка тяжести и частоты заболеваемости; оценка влияния здоровья на результативность выполнения жизненных функций; самооценка респондентами своего здоровья.

<sup>1</sup> Шкала Лайкерта – разновидность опросников установок (аттитюдов). Состоит из набора утверждений с 5-ю или 7-ю балльными рейтинговыми шкалами оценивания (по степени согласия испытуемого с предложенными ему утверждениями).

Индекс здоровья рассчитывается по формуле:

$$J_{\text{заб}} = \frac{\sum x_i}{\sum_{\text{max}}}$$

Максимальный балл  $\sum_{\text{max}}$  свидетельствует о максимально возможном здоровье человека и по данной методике равен 15. Минимальный балл – 5.  $X_{\text{ост.}}$ , таким образом, равен 0,33.

Для оценки состояния здоровья по функциональному признаку также применена шкала Лайкерта:

$$J_{\text{функ}} = \frac{\sum x_i}{\sum_{\text{max}}}$$

Для самооценки здоровья использовалась пятичленная порядковая шкала. Индекс по этой шкале рассчитывался так же, как и по двум другим предыдущим, с той только разницей, что вместо суммы баллов использовался балл по шкале:

$$J_{\text{сам}} = \frac{X_i}{X_{\text{max}}}$$

Общий индекс здоровья по трем блокам рассчитывался как среднее арифметическое от трех частных индексов:

$$J_{\text{зд}} = \frac{J_{\text{заб}} + J_{\text{функ}} + J_{\text{сам}}}{3}$$

Минимальный индекс здоровья равен:

$$J_{\text{зд}} = (0,33 + 0,33 + 0,2) \div 3 = 0,28.$$

Для измерения психического здоровья (показателем психического здоровья является психическая устойчивость – способность психики человека воспринимать внешние стрессовые воздействия без существенных деформаций) использовалась шкала Лайкерта, представляющая собой переработанный и адаптированный к нашим условиям американский тест. Минимальный индекс психического здоровья  $J_{\text{пз}} = 19 \div 57 = 0,33$ .

Когнитивный потенциал (эрудиция), т.е. сумма знаний об окружающем мире, измеряется с помощью двух шкал. Одна из них характеризует деятельность респондента, направленную на постоянное пополнение знаний во всех областях жизни общества.

Максимально возможный балл эрудиции по этой шкале равен 60, минимальный – 12. Минимальный индекс – 0,2. Вторая шкала дополняет первую и характеризует отношение респондента к знаниям. Она представляет собой десять суждений о знаниях, пять из которых носят положительный характер и пять – отрицательный. Максимально положительное отношение к знаниям дает 50 баллов, максимально отрицательное – 10. Минимальный индекс – 0,2.

Индекс когнитивного потенциала – это среднее арифметическое индексов по каждой из двух шкал:

$$J_{\text{ко}} = \frac{J_{\text{э}} + J_{\text{оз}}}{2},$$

где:

$J_{\text{ко}}$  – индекс когнитивного потенциала. Минимальное значение индекса когнитивного потенциала равно – 0,2;

$J_{\text{э}}$  – индекс эрудиции;

$J_{\text{оз}}$  – индекс отношения к знаниям.

Оценка творческого потенциала респондента производится также с помощью двух шкал, одна из которых характеризует респондента с точки зрения творческой деятельности – как в профессиональной сфере, так и в быту. Минимальный индекс творчества  $J_{\text{тв}}$  равен 0,25. Вторая шкала характеризует отношение респондента к творчеству. Использована шкала Лайкерта, представляющая собой десять суждений. Максимально положительное отношение к творчеству дает 50 баллов, максимально отрицательное – 10. Минимальный индекс отношения к творчеству  $J_{\text{от}}$  равен 0,2. Общий индекс творческого потенциала  $J_{\text{кр}}$  – среднее арифметическое индексов по двум шкалам. Минимальный индекс креативности – 0,225.

Коммуникабельность выявляется с помощью теста, измеряющего состояние и поведение респондента в различных ситуациях, связанных с контактами с другими людьми в обществе, в коллективах. Всего представлено 16 ситуаций, восемь из которых характеризуют коммуникабельность с положительной стороны, другие восемь – с отрицательной. Максимально возможный балл по этой шкале – 48, минимально возможный – 16. Минимальный индекс коммуникабельности  $J_{\text{ком}}$  равен 0,33.

В шкале, позволяющей оценить культурный уровень индивида, перечислены различные свойства, характеризующие его поведение в обществе с качественной стороны. Оценка каждого свойства производится по трехчленной шкале. Максимально возможный балл по этой шкале – 51, минимально возможный – 17. Минимально возможный  $J_{\text{культ}}$  равен 0,33.

Нравственный уровень выявляется и измеряется с помощью двух шкал. Одна из них характеризует нравственное чувство респондента, измеряемое его отношением к нарушению общепринятых норм. Максимально возможный балл по этой шкале – 44, минимально возможный – 11. Минимальный индекс нравственности по этой шкале  $J_{\text{нрч}}$  равен 0,25. Вторая шкала характеризует систему нравственных ценностей респондента. Максимально возможный балл по этой шкале – 63, минимально возможный – 21. Минимальный индекс, характеризующий респондента с точки зрения нравственности по системе ценностей, равен 0,33. Общий индекс нравственности  $J_{\text{нр}}$  рассчитывается как среднее арифметическое индексов нравственного чувства и нравственных ценностей.

Потребность в достижении, или социальные притязания, – социально-психологическое свойство индивида, характеризующее его с точки зрения стремления к повышению своего социального статуса и являющееся содержанием социальной активности. Потребность в достижении выявляется с помощью оценки респондентами жизненных планов – той их части, которая связана со стремлением к повышению социального статуса. Максимально возможный балл по шкале равен 21, минимально возможный – 7. Минимальный индекс  $J_{\text{пд}}$  равен 0,3 (табл. 1.4).

В исследовании применено исчисление среднего геометрического, с помощью математических формул производится исчисление индексов последующих уровней.

Индекс психофизиологического потенциала  $J_{\text{пп}}$  рассчитывается как среднее геометрическое индексов физического и психического здоровья:

$$J_{\text{пп}} = \text{SQRT} (J_{\text{зд}} \times J_{\text{пз}}).$$

Индекс интеллектуального потенциала  $J_{\text{ип}}$  рассчитывается как среднее геометрическое индексов когнитивного и креативного потенциалов:

$$J_{\text{ип}} = \text{SQRT} (J_{\text{кр}} \times J_{\text{кп}}).$$

Таблица 1.4

Оценка качественных показателей трудового потенциала  
(по шкале Лайкерта)

Свойства	Шкала	Максимальный балл	Минимальный балл	Минимальный индекс
Физическое здоровье	1	15	5	0,33
	2	15	5	0,33
	3	5	1	0,2
Психическое здоровье	1	114	38	0,33
Когнитивный потенциал	1	60	12	0,2
	2	50	10	0,2
Творческий потенциал	1	4	1	0,25
	2	50	10	0,2
Коммуникабельность	1	48	16	0,33
Культурный уровень	1	51	17	0,33
Нравственный уровень	1	44	11	0,25
	2	63	21	0,33
Потребность в достижении	1	21	7	0,33

Индекс коммуникативного потенциала  $J_{кп}$  рассчитывается как среднее геометрическое индексов коммуникабельности и культурного уровня:

$$J_{кп} = \text{SQRT} (J_{ком} \times J_{культ}).$$

Индекс социальной активности  $J_{са}$  рассчитывается как среднее геометрическое индексов нравственности и потребности в достижении:

$$J_{са} = \text{SQRT} (J_{нр} \times J_{пд}).$$

Индекс энергетического потенциала  $J_{эп}$  рассчитывается как среднее геометрическое индексов психофизиологического и интеллектуального потенциалов:

$$J_{эп} = \text{SQRT} (J_{пп} \times J_{ип}).$$

Индекс социально-психологического потенциала  $J_{сп}$  рассчитывается как среднее геометрическое индексов коммуникативного потенциала и социальной активности:

$$J_{сп} = \text{SQRT} (J_{кп} \times J_{са}).$$

Интегральный индекс качества (четвертый уровень) рассчитывается как среднее геометрическое индексов энергетического и социально-психологического потенциалов:

$$J_{к} = \text{SQRT} (J_{эп} \times J_{сп}).$$

Интегральный индекс индивидуального качества, так же как и частные индексы, не может приобретать нулевого или отрицательного значения. Максимальное (теоретически возможное) значение его равно единице<sup>1</sup>.

Для получения полного и адекватного представления о качественных характеристиках трудового потенциала региона наиболее перспективным является их мониторинг (основные подходы к его организации и проведению представлены в п.п. 5.2).

Разработанный на основе методологических подходов ИСЭПН РАН к оценке качественных характеристик населения (КХН) алгоритм проведения мониторингового исследования позволяет не только оценить влияние социально-экономического развития региона на качество трудового потенциала, увидеть динамику и тенденции развития трудового потенциала региона, но и применять разработанную методику на любом уровне иерархии – индивидуальном, уровне предприятия и уровне территории (города, региона, страны).

---

<sup>1</sup> Бороздина О.Ю. Разработка методического обеспечения оценки и рационального использования трудового потенциала персонала фирмы: Дисс. ... канд. экон. наук. – Кострома, 1998. – С. 126-137, 165.



## ГЛАВА 2

### КОЛИЧЕСТВЕННЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА РЕГИОНА

#### 2.1. Демографическое развитие региона как основа формирования трудовых ресурсов

Определяющее воздействие на все фазы воспроизводства трудовых ресурсов оказывает динамика демографических показателей. Она влияет как на стадию формирования новых ресурсов, так и на общий их объем, на соотношение половозрастных групп в структуре экономически активного населения. То есть естественное движение, динамика численности, изменение структуры населения и воспроизводство трудовых ресурсов представляют собой тесно взаимосвязанные явления. Поэтому рассмотрение различных аспектов трудового потенциала наиболее логично начинать именно с рассмотрения демографических процессов, протекающих на той или иной территории.

Трудовые ресурсы и основа их формирования – общая численность населения – почти одинаково меняются в зависимости от изменения уровня рождаемости и смертности. Показатели этих основных демографических процессов в Вологодской области, аналогично всей России, интенсивно ухудшались в течение последнего десятилетия XX в.

Показатель рождаемости по региону (рис. 3) постоянно снижался до 1999 г. Если в 1991 г. он составлял 11,9 чел. на 1000 населения, то в 1999 г. – только 7,9 чел. Далее начался незначительный

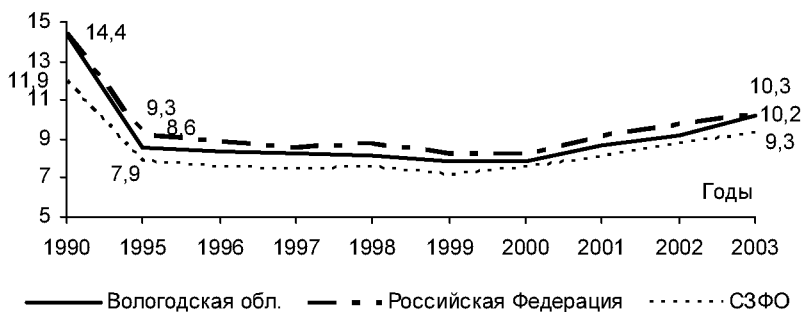


Рис. 3. Общие коэффициенты рождаемости  
(число родившихся на 1000 населения)

рост численности родившихся (до 10,2 чел. в 2003 г.) – за счет вступления в детородный возраст относительно многочисленных когорт женщин 1980-х годов рождения. Однако для обеспечения хотя бы простого воспроизводства населения и замещения трудовых ресурсов в перспективе такой уровень рождаемости все же недостаточен, поскольку вдвое выше его уровень смертности (19,4 чел. на 1000 населения в 2003 г.), который продолжает увеличиваться.

В 2003 г. число умерших достигло максимальной отметки за последнее десятилетие и превысило аналогичный показатель, фиксируемый как в целом по России, так и в среднем по Северо-Западному федеральному округу (рис. 4). Улучшение социально-экономической ситуации в период после финансового краха 1998 г. способствовало росту рождаемости, но никак не препятствовало снижению смертности населения, в том числе в трудоспособных возрастах. Это показывает, насколько далеко зашли кризисные процессы в сфере демографии и здоровья населения.

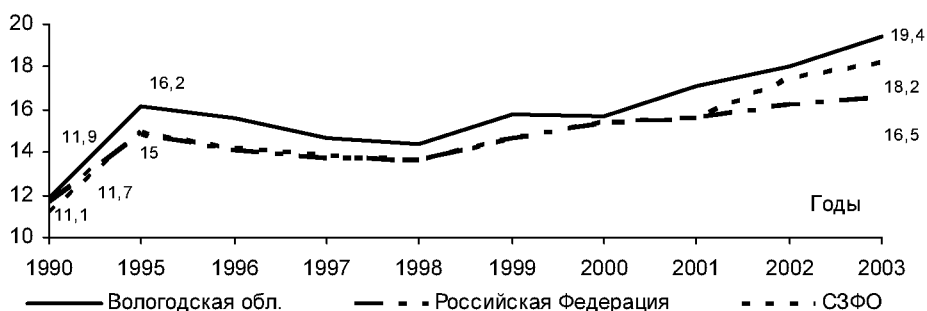


Рис. 4. Общие коэффициенты смертности населения (число умерших на 1000 населения)

Особенно неблагоприятную направленность имеют демографические процессы, протекающие в сельской местности. До середины 1990-х гг. число родившихся на селе в расчете на тысячу населения превышало число родившихся горожан, однако с 1997 г. ситуация изменилась в противоположную сторону (табл. 2.1). Особенную тревогу вызывает крайне высокий, даже по сравнению с городами, уровень смертности сельчан. Число умерших жителей села постоянно превышало число жителей той же категории в городах и продолжает увеличиваться. За счет более высокой численности умерших естественная убыль сельского населения в сравнении с городским происходила в два раза быстрее:

в 2002 г. ее уровень превышал 13 чел. на 1000 населения, тогда как в городе этот показатель составлял около 6 чел. Складывающаяся ситуация ставит под угрозу трудовой потенциал села, а в перспективе – продовольственную безопасность региона.

Таблица 2.1

Показатели естественного движения населения Вологодской области  
(на 1000 чел.)

Показатель		Годы									
		1991	1992	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Число родившихся	Город	11,5	9,9	8,2	8,3	8,4	8,2	9,0	9,7	10,1	
	Село	12,6	10,9	8,6	8,2	7,9	7,3	7,7	8,0	9,2	
Число умерших	Город	10,7	11,7	13,8	12,9	12,6	14,2	14,3	15,7	16,0	
	Село	14,3	15,7	19,5	18,7	18,3	19,3	18,7	20,0	22,4	
Естественный прирост (убыль)	Город	0,8	-1,8	-5,6	-4,6	-4,2	-6,0	-5,3	-6,0	-5,9	
	Село	-1,7	-4,8	-10,9	-10,5	-10,4	-12,0	-11,0	-12	-13,2	

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области, 1995 – 2000 гг. – Вологда, 2002. – С. 35; Районы Вологодской области, 1990 – 1999 гг. – Вологда, 2000. – С. 137, 139, 141; Регионы России: Статистический сборник. – М., 2001. – Т. 1. – С. 167; Демографический ежегодник Вологодской области, 2002. – Вологда, 2003. – С. 13.

Естественный прирост населения, измеряемый в промилле, рассчитывается как разница между рождаемостью (число родившихся в течение года детей на 1000 жителей) и смертностью (число смертей на 1000 жителей). Характер соотношения рождаемости и смертности определяет тип воспроизводства населения. Абсолютный масштаб естественной убыли в Вологодской области составил в 2003 г. 11 742 чел., что в три раза больше, чем в 1992 г. (3 894 человек), а ее уровень (на 1000 населения) возрос до 9,2 чел. (рис. 5). Сохранение современного режима воспроизводства

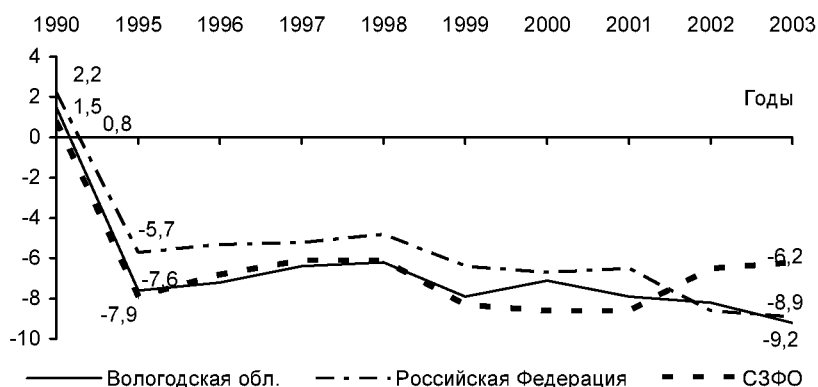


Рис. 5. Коэффициенты естественного прироста/убыли  
(на 1000 населения)

населения, а он представляет сегодня естественную убыль, окажет серьезное влияние на экономику и социальное развитие страны и региона уже в недалеком будущем. Указанные тенденции являются негативными и в плане долгосрочной перспективы развития общества: трудовые ресурсы будут пополняться все более малочисленными поколениями молодежи, особенно когда в трудоспособный возраст начнут вступать поколения, родившиеся в 1990-е годы.

Важным фактором формирования трудового потенциала, помимо процессов естественного воспроизводства населения, является миграция трудовых ресурсов. Грамотная миграционная политика позволяет привлекать квалифицированную рабочую силу, поддерживать существующие и осваивать новые производства. Вместе с тем, неблагоприятные условия жизнедеятельности населения на той или иной территории могут повлечь за собой «исход» населения, вероятность которого усиливается при достаточно высоком уровне горизонтальной мобильности различных социально-демографических групп.

Как показывают данные статистической отчетности, уровень миграционного прироста в Вологодской области с середины 1990-х гг. постоянно снижался (рис. 6). Если в 1995 г. он составлял достаточно высокую величину (41 чел. на 1000 населения), то к началу нового десятилетия опустился практически до нулевой отметки. В абсолютном выражении он сократился, соответственно, с 6 080 до 158 чел. В дальнейшем произошло некоторое увеличение миграционного прироста (до 339 чел., или 2,6 чел. на 1000 населения в 2002 г.), но принципиально ситуацию это не изменило.

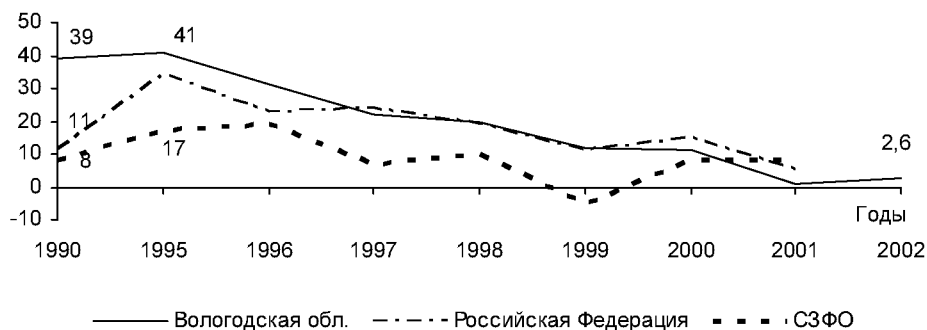


Рис. 6. Коэффициенты миграционного прироста/убыли (на 1000 населения)

В возрастном разрезе среди мигрантов в последние годы заметно преобладают представители старших возрастов. Положительный прирост в основном характерен для населения старше 40 лет, возможности экономической отдачи которых в основном ограничены 15 – 20 годами активной трудовой жизни. В то же время для возрастной группы от 16 до 24 лет характерна миграционная убыль, а для группы от 25 до 39 лет – нулевой прирост. Между тем отдача от использования трудового потенциала именно этих возрастов (при соответствующих вложениях) могла бы быть наиболее весомой. Миграционный отток жителей региона этих возрастов лишь отчасти восполняется притоком детей в возрасте до 15 лет, но и отток их за последние пять лет сократился в 12 раз и практически сходит на нет (табл. 2.2). Отсюда, миграционная политика должна быть направлена в первую очередь на создание условий для закрепления подрастающих поколений на территории региона (посредством решения жилищных и культурно-бытовых проблем), во вторую – на привлечение в область (посредством создания новых рабочих мест) населения молодого и среднего (25 – 39 лет) возрастов.

Таблица 2.2

Миграционный прирост (убыль) по возрастным группам, чел.

Годы	Возраст, лет									
	0 - 15	16 -19	20 - 24	25 - 29	30 - 39	40 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 64	65 и старше
1998	457	186	256	137	246	553	177	251	178	143
1999	406	-304	-1	183	236	331	161	165	172	225
2000	367	-349	-23	152	260	265	200	166	225	244
2001	124	-279	-269	-12	61	183	91	45	122	92
2002	38	-235	-65	-2	1	75	135	93	156	143

Источники: Демографический ежегодник Вологодской области, 1998. – Вологда, 1999. – С. 46; Демографический ежегодник Вологодской области, 1999. – Вологда, 2000. – С. 41; Демографический ежегодник Вологодской области, 2000. – Вологда, 2001. – С. 41; Демографический ежегодник Вологодской области, 2001. – Вологда, 2002. – С. 43; Демографический ежегодник Вологодской области, 2002. – Вологда, 2003. – С. 42.

Отмеченное ранее изменение векторов рождаемости и смертности привело к тому, что с начала 1990-х гг. в Вологодской области обозначился резкий переход к суженному типу воспроизводства населения. После 1992 г. в регионе наблюдалось устойчивое сокращение численности постоянного населения, причем его темпы опережали средние по стране (рис. 7). Если в 1992 г. на

территории области проживало 1 358 тыс. чел., то в 2003 г. – только 1 291 тыс. Тенденции в динамике демографических показателей Вологодской области сходны с общероссийскими: в 1992 г. постоянное население страны насчитывало 148 млн. чел.<sup>1</sup>, а в 2002 г. – 144 млн.<sup>2</sup> Это свидетельствует о демографической деградации, чреватой в ближайшие десятилетия резким сужением количественных параметров трудового потенциала.

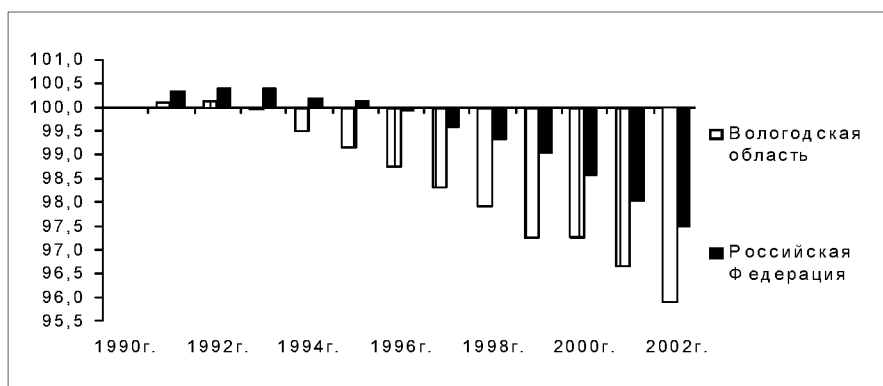


Рис. 7. Динамика численности постоянного населения Вологодской области и России (на конец года, в % к 1990 г.)

Особенно тревожны темпы сокращения численности сельского населения: в период с 1990 г. по 2002 г. оно уменьшилось на 11% (с 463 до 411 тыс. чел.), а его удельный вес сократился с 34% в 1992 г. до 31% по состоянию на начало 2003 г. Одной из причин данного процесса является более высокий, чем в городе (почти на 30%), уровень смертности. Это обусловлено возрастной структурой населения (на селе доля жителей старше трудоспособного возраста выше, чем в городской местности, на 8 – 10%). До 1998 г. численность городского населения стабильно увеличивалась, но с 1999 г. она начала резко снижаться (табл. 2.3). Тем не менее Вологодская область остается регионом с относительно высоким удельным весом сельского населения как на фоне регионов Северо-Западного федерального округа, так и в сравнении с общероссийским уровнем. В связи с этим проблема сохранения и роста качества трудового потенциала сельских жителей имеет здесь особую актуальность.

<sup>1</sup> Российский статистический ежегодник: Стат. сб. – М., 2001. – С. 81.

<sup>2</sup> Социально-экономические показатели регионов Северо-Западного федерального округа за 1995 – 2001 гг. – Госкомстат Республики Коми, 2002. – С. 17.

Таблица 2.3

## Численность населения региона (на начало года, тыс. чел.)

Показатели	Годы										
	1990	1992	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Численность постоянного населения региона	1 356	1 358	1 345	1 345	1 339	1 334	1 328	1 319	1 311	1 301	1 291
Городское	893	895	908	909	910	911	901	896	895	890	886
Сельское	463	463	437	431	424	417	419	416	416	411	405

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области, 1995 – 2002 гг. – Вологда, 2003. – С. 33, 42; Российский статистический ежегодник: Стат. сб. – М., 2001. – С. 18, 81; Регионы России: Статистический сборник. – М., 2001. – Т. 1. – С. 167; О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области в январе – марте 2003 г. – Вологда, 2003. – С. 132.

Обобщенным показателем демографического уровня развития государств, регионов, отдельных территорий является «индекс долголетия», который определяется как продолжительность жизни при рождении. Для расчета индекса в методике, принятой в 1999 г. экспертами ООН, используются фиксированные максимальные и минимальные значения продолжительности предстоящей при рождении жизни: минимальная – 25, а максимальная – 85 лет. Индекс позволяет говорить о ресурсах трудовой активности населения.

Анализ этого индикатора по Вологодской области (рис. 8) показывает, что после падения в первой половине 1990-х гг. он стабилизировался на относительно низком уровне, составив в 2001 г. 64 года (в СЗФО – 65 лет). Следует отметить имеющееся заметное различие показателя по полу: средняя продолжительность жизни мужчин примерно на 12 лет меньше, чем женщин. Таким образом, средний уровень ожидаемой продолжительности

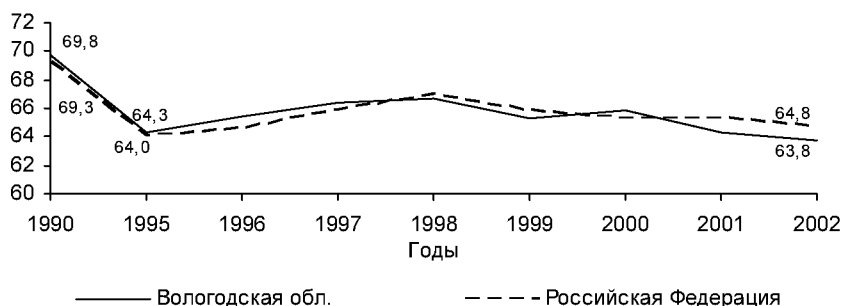


Рис. 8. Ожидаемая продолжительность жизни населения при рождении, лет

жизни мужчин не дотягивает даже до официально утвержденного возраста выхода на пенсию. Если же будет реализовано активно обсуждаемое ныне повышение пенсионного возраста (на пять лет), вероятность дожития мужчин до пенсии еще более снизится. В территориальном отношении особенно тревожное положение сложилось в сельской местности, где средняя продолжительность жизни на два года ниже, чем в городе.

Обобщая тенденции процессов демографического воспроизводства, следует отметить, что в основе его ухудшения, наблюдаемого с начала 1990-х гг., лежат не только инерционные демографические процессы, но и существенное снижение уровня жизни, социальное напряжение и нестабильность, трудности адаптационных процессов в новых социально-экономических условиях<sup>1</sup>. На основе выявленных закономерностей возможно предположить тенденции дальнейшего демографического развития региона.

По прогнозу Вологодского областного комитета государственной статистики численность постоянного населения региона будет сокращаться. Предполагается, что к 2016 г. она уменьшится по сравнению с 2000 г. на 104 тыс. чел. (9,5%) и составит 1 215 тыс. чел. Численность лиц старше трудоспособного возраста достигнет в 2005 г. 260 тыс. чел., а в 2016 г. – уже 295 тыс. чел. Наряду с этим рост числа жителей трудоспособного возраста продолжится до 2005 г. (811 тыс. чел.), однако в 2016 г. ожидается сокращение их численности до 709 тыс. чел. (табл. 2.4)<sup>2</sup>.

Таблица 2.4

Ожидаемая численность населения на период до 2016 года,  
по прогнозам официальной статистики, на начало года

Показатели	Годы		
	2005	2010	2016
Всего, тыс. чел.	1 279	1 252	1 215
Из общей численности население в возрасте, тыс. чел.			
– моложе трудоспособного	208	197	211
– трудоспособном	811	787	709
– старше трудоспособного	260	268	295
Естественный прирост, убыль (-) населения	-5,1	-4,8	-5,9
Коэффициент демографической нагрузки (на 1000 лиц трудоспособного возраста приходится нетрудоспособных)	577	591	714

Источник: Демографический ежегодник Вологодской области, 2000. – Вологда, 2001. – С. 45.

<sup>1</sup> Римашевская Н.М. Человек и реформы: Секреты выживания. – М., 2003. – С. 52.

<sup>2</sup> Демографический ежегодник Вологодской области, 2001. – Вологда, 2002. – С. 47.



К 2005 г. уровень демографической нагрузки составит 566 чел. нетрудоспособного возраста на 1000 трудоспособных, к 2007 г. – 546 чел. Однако в последующие годы, начиная с 2008 г., численность вступающих в трудоспособный возраст будет меньше, чем выходящих из него, и коэффициент демографической нагрузки будет возрастать в основном за счет увеличения численности людей пенсионного возраста. Особенно неблагоприятны отдаленные перспективы – 2035 г. и последующий период, когда из трудоспособного возраста начнут выходить относительно многочисленные контингенты 1980-х годов рождения, которым не будет адекватной замены из идущих вслед за ними малочисленных поколений.

В силу того что процессы формирования трудового потенциала чрезвычайно инерционны, пожинать плоды демографического кризиса 1990-х гг. придется не одно десятилетие. Поэтому, наряду с деятельностью по преодолению кризисных явлений в демографической сфере, особого внимания требует качественное состояние тех относительно немногочисленных поколений, которые приходят на смену нынешним, а также создание возможностей его эффективной реализации.

## **2.2. Трудовые ресурсы и занятость населения**

Демографические процессы определяют прежде всего потенциальную численность рабочей силы и ее половозрастной состав. С экономической точки зрения, с точки зрения воспроизводства трудовых ресурсов общепринято деление населения именно по трем основным группам: моложе трудоспособного, трудоспособного и пенсионного возрастов. Количественное соотношение этих групп имеет важное значение для экономики страны или отдельного ее региона. В качестве показателя обеспеченности общества трудовыми ресурсами могут быть использованы удельные веса каждой из этих трех укрупненных возрастных групп населения.

Несмотря на сокращение общей численности населения, доля жителей региона в трудоспособном возрасте растет, что связано с расширением этой категории за счет представителей молодого поколения, родившихся в 1980-х годах. В настоящее время в трудоспособном возрасте находится наибольшая часть населения

региона. Устойчивая тенденция к увеличению удельного веса данной категории в общей численности населения наблюдается с 1992 г. Особенно она усилилась с конца 1990 гг. В 2002 г. доля населения трудоспособного возраста возросла до 61% (табл. 2.5).

Таблица 2.5

**Возрастные категории трудоспособности населения,  
в % к общей численности населения**

Год	Население моложе трудоспособного возраста			Население в трудоспособном возрасте			Население старше трудоспособного возраста		
	Вологодская обл.	Россия	СЗФО	Вологодская обл.	Россия	СЗФО	Вологодская обл.	Россия	СЗФО
1991	24,5	24,3	23,1	54,7	56,7	58,3	20,8	19,0	18,6
1996	22,7	22,5	21,0	55,7	57,0	58,8	21,6	20,5	20,2
2000	19,9	20,0	18,2	58,9	59,3	61,2	21,2	20,7	20,6
2001	19,1	19,3	17,5	59,9	60,1	62,0	21,0	20,6	20,5
2002	18,4	18,6	16,8	60,6	60,7	62,5	21,0	20,7	20,7

Источники: Российский статистический ежегодник. – М., 2001. – С. 82; Трудовой потенциал Вологодской области в 2001 г. – Вологда, 2002. – С. 2; Регионы России: Статистический сборник. – М., 2002. – Т. 2 – С. 38, 40, 42.

В ближайшие годы процесс увеличения удельного веса когорт трудоспособного возраста будет продолжаться, чему способствуют невысокие темпы воспроизводства населения в связи со снижением уровня рождаемости. В настоящее время это создает возможности привлечения большего объема трудовых ресурсов для решения задач региональной экономики, однако в ближайшее десятилетие грозит постепенным ростом слоев населения старше трудоспособного возраста, жизнеобеспечение которых будет связано с отвлечением ощутимых объемов материальных ресурсов на оказание соответствующей социальной помощи. Сокращение численности детей и подростков ведет к возникновению проблемы формирования трудовых ресурсов, способных воспроизводить и развивать материальный и, самое главное, интеллектуальный потенциал.

Удельный вес экономически активного населения как в регионе, так и в целом по России изменялся незначительно. Исключение составляет незначительное снижение данного показателя в период с 1995 по 1997 г. После незначительного увеличения в 1999 г. доля экономически активного населения России остается без изменений. В Вологодской области в 1992 г. численность

экономически активного населения<sup>1</sup> была наиболее высокой за рассматриваемый период – 686 тыс. чел. (51% от общей численности населения региона). В 2002 г. отмечается рост данного показателя до 672 тыс. чел. (52% всего населения). В 1995 – 1997 гг. эта категория в среднем составляла 50% общей численности населения региона (табл. 2.6).

Таблица 2.6

Уровень экономической активности населения  
Вологодской области и России

Показатель	1992 г.	1993 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Экономически активное население области, тыс. чел.	–	686	657	649	646	676	672	673	665	672
Экономически неактивное население области, тыс. чел.	315	364	365	393	368	368	329	327	335	327
Доля экономически активного населения области, в %	50,5	48,9	49,7	48,1	46,7	47,3	50,6	51	50,7	51,7
Доля экономически неактивного населения области, в %	50,5	49,2	47,9	47,2	46,3	45,9	49,3	49,1	49,3	50,3

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2002. – Вологда, 2003. – С. 33, 42; Российский статистический ежегодник: Стат. сб. – М., 2001. – С. 18, 81; Регионы России: Статистический сборник. – М., 2001. – Т. 1. – С. 167; Экономическая активность населения Вологодской области в 1992 – 2002 годах. Сборник. – Вологда, 2003. – С. 40.

Наибольшую часть экономически неактивного населения трудоспособного возраста составляют студенты (табл. 2.7). Их численность возросла в 1999 – 2002 гг. в 1,5 раза, или с 39 до 52%. Следующие по численности группы составляют пенсионеры по возрасту и инвалидности (21% в 1999 г. и 19% в 2002 г. соответственно), а также лица, занятые в домашнем хозяйстве (по 11%). С 1999 по 2002 г. существенно возросла (с 73 до 84%) доля экономически неактивного населения трудоспособного возраста, не выразившего желания работать. А подавляющее большинство тех, кто подобное желание выразил, работу не ищут.

Среди занятого населения наибольшую долю составляют трудящиеся среднего возраста (30 – 49 лет). Однако в последние

<sup>1</sup> Экономически активное население – часть населения, обеспечивающая предложение рабочей силы для производства товаров и услуг; включает занятых в экономике и безработных (согласно определению, разработанному Госкомстатом с учетом национальных особенностей России, рекомендаций Международной организации труда).

Таблица 2.7

Состав экономически неактивного населения в трудоспособном возрасте по намерениям в отношении работы, тыс. чел.

	Экономически неактивное население в трудоспособном возрасте		Из них:							
			Студенты, учащиеся		Пенсионеры по возрасту и инвалидности		Лица, ведущие домашнее хозяйство		Другие	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002	1999	2002	1999	2002
Всего	133,8	152,4	51,8	78,7	28,2	29,3	14,6	16,2	39,2	28,2
В т. ч.:										
– не выразили желаний работать	97,2	128,3	46,3	73,3	25,9	28,2	10,9	12,8	14,1	14,0
– выразили желание работать	36,6	24,1	5,5	5,4	2,3	1,1	3,7	3,4	25,1	14,2
– ищут работу, но не могут приступить к ней немедленно	2,9	2,4	0,4	1,6	0,3	-	1,3	-	0,9	0,8
– не ищут работу	33,7	21,7	5,1	3,7	2,0	1,1	2,4	3,4	24,2	13,4

Источник: Об итогах обследования населения Вологодской области по проблемам занятости. – Вологда, 2003. – С. 15.

годы наблюдается тенденция к постепенному ее уменьшению. В период с 1998 по 2002 гг. она сократилась с 63 до 55%. Снижалось также представительство занятых в возрасте от 55 до 59 лет – с 6 до 4% (приложение, табл. 1). Этот процесс сопровождается увеличением удельного веса возрастных категорий от 15 до 29 лет (соответственно, с 23 до 27%) и от 50 до 54 лет (с 6 до 11%).

Распределение занятого населения по отраслям экономики обуславливается прежде всего пропорциями, складывавшимися в народнохозяйственном комплексе региона в предыдущие десятилетия. Но на протяжении последнего десятилетия структура занятого населения претерпевала определенные изменения, связанные с постепенным переходом экономики на рыночные принципы хозяйствования. Это выразилось в сокращении удельного веса населения, занятого в отраслях материального производства. Так, наиболее значительная часть населения Вологодской области традиционно занята в промышленном секторе. Численность этой группы постепенно снижалась – со 190 тыс. (1995 г.) до 165 тыс. чел. (1998 г.). Доля занятых в данной отрасли по отношению к общей численности занятого населения сократилась с 32 до 29%. Затем, в связи с оживлением промышленного производства после финансово-экономического кризиса, число

работников, занятых в промышленности, вновь начало повышаться, однако в 2002 г. последовал очередной спад (до 183 тыс. чел). Доля населения, занятого в строительстве, за период с 1995 по 2002 гг. уменьшилась с 10 до 7%.

Одновременно происходило увеличение доли населения, занятого в отраслях нематериального производства. Особенно ощутимо возросла численность работников торговли и общественного питания, а ее удельный вес составил в 2002 г. 16% по сравнению с 8% в 1995 г. Подобное явление обусловлено, по-видимому, высокой прибыльностью работы в данной отрасли и относительно невысокими требованиями рабочих мест. В течение исследуемого периода также постепенно увеличивалась численность населения, занятого в аппарате органов управления, достигнув в 2002 г. 27 тыс. чел. (4%; в 1991 г. – 2% от всех занятых). Количество занятых в остальных отраслях нематериальной сферы, в частности в образовании, культуре и здравоохранении, так же как и их удельный вес в общей численности занятых, остается без существенных изменений (табл. 2.8).

Таблица 2.8

Численность занятого населения по отраслям хозяйства, тыс. чел.

Отрасли хозяйства	Годы									
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Всего	650	601	602	582	572	598	623	624	627	
Промышленность	213	190	179	173	165	172	181	186	183	
Сельское и лесное хозяйство	85	78	75	64	60	78	77	69	62	
Транспорт и связь	56	46	45	44	43	44	46	46	45	
Строительство	76	61	60	51	48	49	50	50	46	
Торговля и общественное питание, мат.-тех. снабжение и сбыт, заготовки	52	51	53	71	79	78	79	82	101	
ЖКХ, непроизводственные виды бытового обслуживания	28	29	31	29	28	29	30	31	30	
Здравоохранение, физкультура, спорт, социальное обеспечение	37	39	40	40	39	40	42	43	42	
Образование, культура и искусство, наука и научное обслуживание	74	71	73	69	70	68	70	70	71	
Кредитование, финансы и страхование	4	7	8	7	7	6	6	7	7	
Аппарат органов управления	16	16	23	21	25	25	26	26	27	
Другие отрасли	9	13	15	13	8	10	16	14	13	

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области, 1995 – 2002 гг. – Вологда, 2003. – С. 44; Экономическая активность населения Вологодской области в 1992 – 2000 годах: Сборник. – Вологда, 2001. – С. 21; Труд и занятость в Вологодской области, 1991 – 1995 гг.: Сборник. – Вологда, 1996. – С. 21.

Перераспределение трудовых ресурсов по отраслям экономики будет в значительной степени зависеть от степени вовлеченности региона в мировые хозяйственные связи, которая вследствие ускоряющейся глобализации будет все более возрастать. При сохранении современных тенденций социально-экономического развития, выраженных в постепенном укреплении материального благосостояния жителей региона, можно ожидать повышения уровня их потребностей и роста объема денежных средств, направляемых на их удовлетворение, а вследствие этого, и расширения структуры и увеличения ассортимента предоставляемых на территории области услуг. В этой связи можно ожидать также отвлечения части занятых из отраслей материального производства с низкой эффективностью и пополнения ими сферы культурно-бытовых услуг.

Показателем возросшей трудовой мобильности населения выступает его дополнительная занятость (помимо основного места работы). По данным официальной статистики, среди занятого на основной работе населения дополнительный приработок в 2002 г. имели 3% занятых. При этом численность занятых на дополнительной работе во всех отраслях экономики за период с 1999 по 2002 гг. сократилась на 41%, что можно расценивать как улучшение ситуации с реальной занятостью по основному месту работы. Наибольшее число дополнительно занятых приходится на сельское и лесное хозяйство и характеризуется более высокой долей по сравнению с основной занятостью рабочих мест. Большая часть занятого населения имеет постоянную работу в сфере услуг, причем она возрастает (приложение, табл. 2). В то же время, по нашим наблюдениям, уровень дополнительной занятости заметно выше. Согласно исследованиям, проведенным ВНКЦ ЦЭМИ РАН в феврале 2002 г., доля занятого населения, имеющего дополнительный источник заработка<sup>1</sup>, достигает 13%. В целом вопрос вторичной и неформальной занятости сегодня на региональном уровне является малоизученным и требует отдельного анализа.

Одним из важнейших институциональных преобразований 1990-х гг. в России явилось выделение частного сектора в самостоятельный сегмент экономики, что обусловило и существенные изменения на региональном рынке труда. Доля населения Воло-

---

<sup>1</sup> Опрос «Об изменении условий жизни населения» проводится на территории Вологодской области 6 раз в год.

годской области, занятого в частном секторе, заметно возросла и составила в 2002 г. 49% от общей численности занятых по сравнению с 29% в 1992 г. Численность занятых в госсекторе, муниципальных предприятиях и в организациях сократилась за десятилетие более чем в два раза: с 448 тыс. (1992 г.) до 217 тыс. чел. (2002 г.). На предприятиях и в организациях смешанной формы собственности доля занятого населения резко возросла – с 1% в 1992 г. до 14% в 2002 г. (табл. 2.9). Также выросла и доля населения, занятая на совместных предприятиях и в общественных организациях.

Таблица 2.9

Распределение численности занятого населения Вологодской области по формам собственности

Формы собственности	Ед. изм.	Годы							
		1992	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Всего занятых в экономике	тыс. чел.	646	602	582	572	598	623	624	627
Госсектор, муниципальные предприятия и организации	тыс. чел.	448	221	209	198	203	208	214	217
	%	69,4	36,7	35,9	34,6	33,9	33,4	34,3	34,6
Частный сектор	тыс. чел.	184	233	237	263	275	295	287	306
	%	28,5	38,7	40,7	46,0	46,0	47,3	46,0	48,8
Совместные предприятия	тыс. чел.	2	2	13	12	15	21	25	16
	%	0,3	0,3	2,2	2,1	2,5	3,4	3,9	2,5
Общественные организации	тыс. чел.	8	6	5	3	4	5	3	3
	%	1,2	1	0,9	0,5	0,7	0,8	0,5	0,5
Предприятия и организации смешанной формы собственности	тыс. чел.	4	140	118	96	101	94	95	85
	%	0,6	23,3	20,3	16,8	16,9	15,1	15,3	13,6

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области, 1999 г. – Вологда, 1999. – С. 33, 54; Статистический ежегодник Вологодской области, 1995 – 2002 гг. – Вологда, 2003. – С. 44.

Значимым явлением в жизни региона в 1990-х гг., как и в России в целом, стала безработица. Численность безработных в Вологодской области в 1992 – 2001 гг. увеличилась примерно в 2,5 раза (с 20 до 59 тыс. чел.<sup>1</sup>). Уровень безработицы вырос с 3 до 9% соответственно (в целом по Российской Федерации – с 5 до 9%). В 2002 г. произошло сокращение числа безработных региона до 40 тыс. чел., в свою очередь уровень безработицы<sup>2</sup> снизился до 6%. Наиболее значимым удельный вес безработных был в 1998 г. (12%). Начиная с 1999 г., в связи с улучшением социально-экономической ситуации и расширением объемов производства,

<sup>1</sup> Социально-экономические показатели регионов Северо-Западного федерального округа за 1995 – 2001 гг. – Госкомстат Республики Коми, 2002. – С. 49.

<sup>2</sup> Экономическая активность населения Вологодской области в 1999 – 2002 годах. – Вологда, 2003. – С. 32.

возможности предприятий по привлечению рабочей силы несколько расширились. Следствием этого явилось определенное сокращение удельного веса безработных в общей численности экономически активного населения (рис. 9).

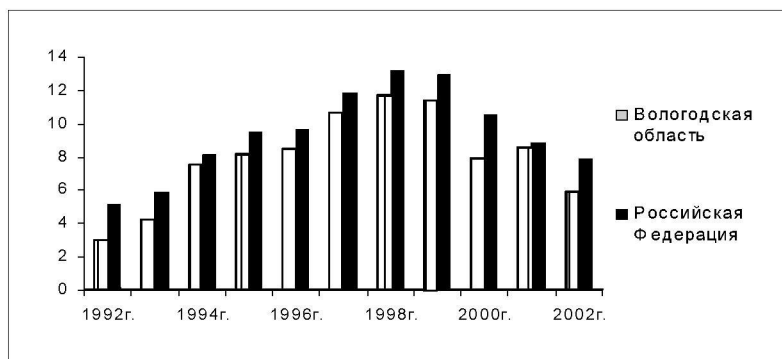


Рис. 9. Удельный вес безработных в общей численности экономически активного населения Вологодской области и России, в %

Среди безработного населения наибольшая доля (около половины) приходится на трудящихся среднего (30 – 49 лет) возраста. Но это вполне естественно в силу высокого удельного веса данной возрастной категории в общей численности населения. Если же говорить о «группах риска» безработицы, то на первый план выходят женщины молодых возрастов. Так, в 2002 г. доля женщин в возрасте от 15 до 19 лет в общей численности безработных составляла 18%, а среди занятых – 3%; в возрасте от 20 до 24 лет – 25 и 10% соответственно (приложение, табл. 3).

Анализ тенденций в сфере труда региона позволяет заключить, что в исследуемый период повышалась мобильность экономически активного населения. Кризисные процессы в экономике в 1990-е гг. привели к появлению и расширению безработицы, уровень которой удалось снизить вследствие оживления внутреннего производства и загрузки мощностей после финансового кризиса 1998 г. Однако прогнозируемый органами официальной статистики рост численности трудоспособного населения в ближайшие годы может вновь привести к увеличению напряженности на рынке труда, высвобождению работающих и, соответственно, к росту числа безработных. Это усугубляется проблемой старения основных производственных фондов в отраслях экономики региона и недостаточными темпами их обновления. Для улучшения положения в сфере занятости требуется создание новых рабочих мест, стимулирование новых гибких форм занятости, содействие развитию малого предпринимательства.



## ГЛАВА 3

### КАЧЕСТВЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

#### 3.1. Динамика показателей качества трудового потенциала региона

Обобщающим, центральным показателем в контексте измерения качества трудового потенциала является *социальная дееспособность*, понимаемая как возможность осуществления населением трудовых функций в специфических условиях данной формы общественного производства. Она выступает в качестве интегральной совокупности энергетического и социально-психологического потенциалов, которые, в свою очередь, раскладываются на качества более низкого (по уровню обобщения) порядка.

В динамике качества социальной дееспособности населения<sup>1</sup> региона с середины 1990-х гг. условно можно выделить два этапа: до 1999 г. – период спада показателей, особенно усилившийся после финансово-экономического кризиса в августе 1998 г.<sup>2</sup>; после 1999 г. – период роста показателей, который, однако, замедлился в 2002 г. и в дальнейшем привел к его падению (рис. 10).

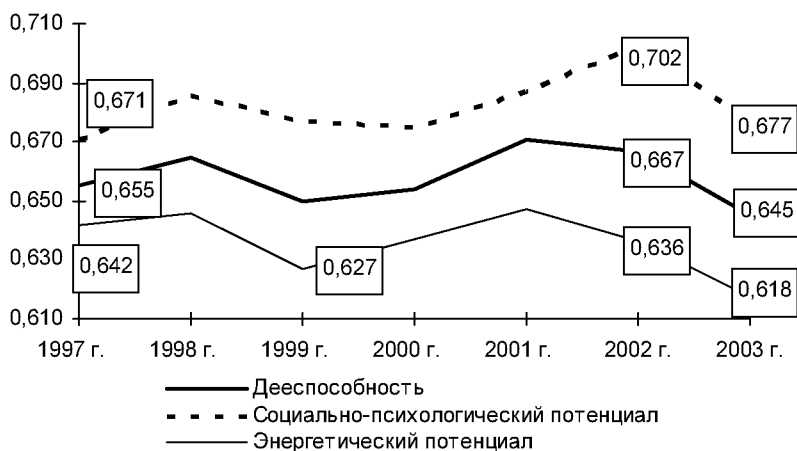


Рис. 10. Динамика индексов социально-психологического и энергетического потенциалов населения Вологодской области

<sup>1</sup> Методика измерения показателей рассмотрена в п 1.2.

<sup>2</sup> Замеры проводятся во втором квартале каждого года.

Так, значение интегрального индекса дееспособности в 2003 г. сократилось до 0,645 ед. Более высокие результаты на протяжении восьми лет измерений характерны для показателя социально-психологического потенциала трудящихся. Он достиг наивысшего уровня в 2002 г., что позволило в значительной степени нивелировать снижение индекса энергетического потенциала. В 2003 г. последовало и его снижение.

В территориальном разрезе более высоким качеством трудового потенциала по сравнению с населением районов области отличаются жители крупных городов – Вологды и Череповца (рис. 11). Это обусловлено многими причинами: наличием сильнее развитой в крупных городах социальной инфраструктуры, позволяющей готовить кадры лучшей квалификации; в целом более высокими требованиями рабочих мест; оттоком в крупные города значительной части наиболее активных жителей районов (прежде всего – молодежи, обладающей, к тому же, большим потенциалом здоровья) и т.д. Кроме того, село уже не имеет прежнего преимущества в показателях здоровья населения в силу его общего постарения. В то же время снижение индекса социальной дееспособности в 2002 – 2003 гг. характерно как для крупных городов региона, так и для районов.

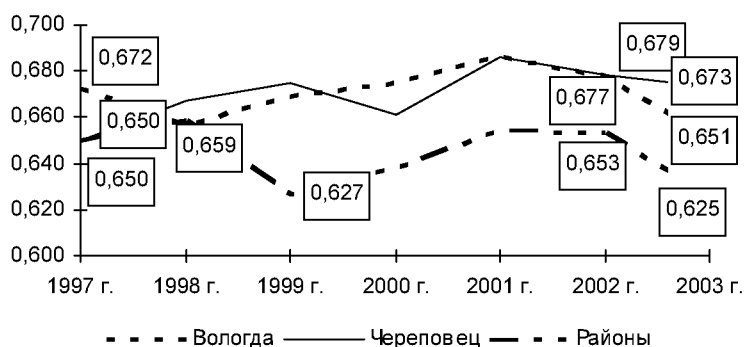


Рис. 11. Динамика социальной дееспособности населения Вологодской области (в индексах)

Показатель интегрального индекса качества трудового потенциала мужчин региона на всем протяжении исследований сохранял более высокое значение по сравнению с женщинами (исключая 1999 г.). С 1999 г. наметилась положительная динамика значения индекса социальной дееспособности обеих категорий.

Однако рост показателя среди мужчин происходил более высокими темпами и в 2001 г. достиг 0,675 ед. (0,669 – среди женщин), не превысив значения базового 1996 г. За период с 2001 по 2003 гг. индекс дееспособности среди респондентов-мужчин значительно снизился, приобретя более низкое по сравнению с женщинами значение (рис. 12).

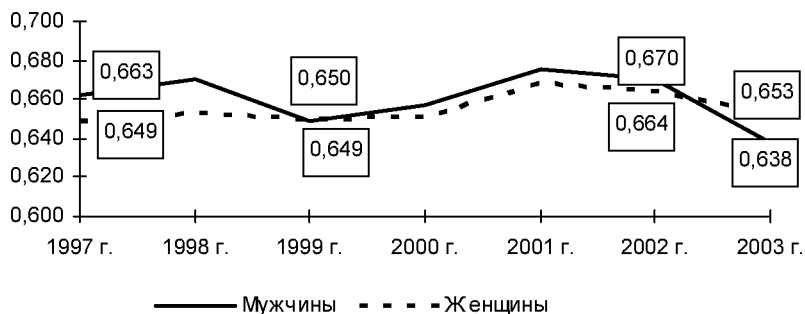


Рис. 12. Динамика социальной дееспособности населения региона в гендерном разрезе (в индексах)

Значение индекса социальной дееспособности молодых работников отличается заметно более высоким уровнем, хотя тенденции его изменения у различных возрастных категорий близки (рис. 13). Снижение показателя социальной дееспособности в 2003 г. характерно как для представителей возрастной группы старше 35 лет, так и для молодежи, в частности по причине резкого снижения их энергетического потенциала (с 0,653 до 0,620 ед.). В 2003 г. дистанция между уровнями индексов оказалась наиболее короткой за весь исследуемый период.

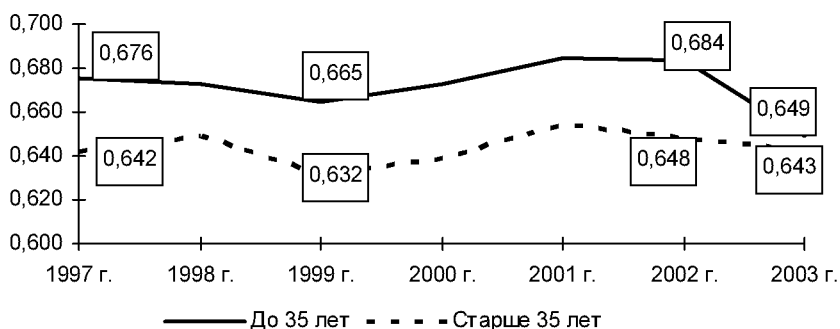


Рис. 13. Динамика индексов социальной дееспособности населения Вологодской области в возрастном разрезе (в индексах)

Отмечается прямая зависимость роста значения качества трудового потенциала от роста среднедушевых доходов опрошенного населения. Самым высоким значением интегрального показателя качества трудового потенциала обладают группы респондентов, чей среднедушевой доход в месяц превышает прожиточный минимум в 1,5 – 2 раза. Живущие за чертой бедности имеют более низкий показатель трудового потенциала, который в 2002 г. приобрел негативную направленность (рис. 14).

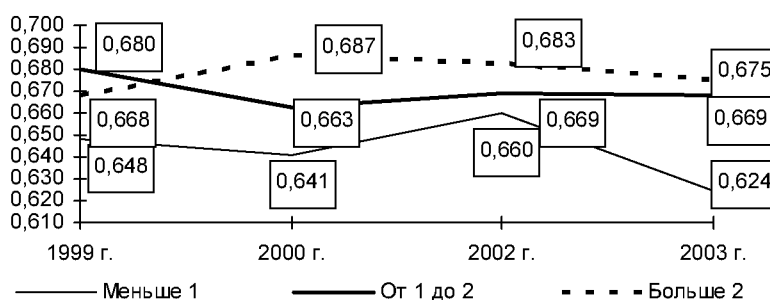


Рис. 14. Динамика индексов социальной дееспособности населения Вологодской области в зависимости от прожиточного минимума (в индексах)

В целом можно говорить о том, что качественное состояние трудового потенциала с середины 1990-х гг. до 2002 г. существенным образом не изменялось. Следующий, 2003, год характеризовался заметным снижением показателей качества трудовых ресурсов. Его чувствительность к внешним условиям, будь то финансовый кризис 1998 г. или экономическая и политическая стабилизация после 1999 г., показывает: резерв прочности качества трудового потенциала региона еще недостаточно высок, что требует внимания к выявлению и анализу его «слабых мест».

### 3.1.1. Энергетический потенциал

Изменение индекса качества трудового потенциала населения обусловлено, в первую очередь, динамикой одной из его составляющих – энергетического потенциала, характеризующего человека с точки зрения его потенциальных возможностей для осуществления трудовых функций. Его компонентами являются психофизиологический (физическое и психическое здоровье) и интеллектуальный (знания и творческие способности) потенциалы.

Энергетический потенциал, или способность к труду, включает в себя «естественно-природную» основу деятельности человека – физическое и психическое здоровье, причем здоровье составляет только часть энергетического потенциала. Вторая компонента энергетического потенциала – это интеллектуальный потенциал (знания, отношение к знаниям, творческие способности). Эта группа свойств характеризует человека с точки зрения потенциальных возможностей осуществления трудовых функций.

Динамика частных индексов энергетического потенциала населения имела негативный характер в 1997 – 1999 гг., когда этот показатель сократился с 0,670 до 0,627 ед. В 2000 – 2001 гг., в связи с общим улучшением социальной ситуации в стране и регионе, его значение возросло до 0,647 ед., однако в 2002 – 2003 гг. вновь было зафиксировано его снижение – до 0,618 ед., минимального значения за весь период измерений (см. рис. 10). Столь значительная неустойчивость энергетического потенциала говорит о достаточно ограниченном запасе его прочности и требует более детального рассмотрения динамики его частных составляющих, прежде всего индикативных показателей состояния здоровья трудящегося населения.

*Психофизиологический потенциал.* Состояние здоровья, в рамках методики измерения качества трудового потенциала, в интегрированном виде отражается индексом психофизиологического потенциала. Психофизиологическая компонента характеризуется физическими возможностями человека, состоянием его физического и психического здоровья, уровнем его работоспособности.

Потенциал *физического и психического здоровья* является наиболее важным в качественном отношении компонентом трудового потенциала человека. Этот показатель представляет собой интегральное выражение целого комплекса факторов, определяющих человеческое развитие, ибо состояние здоровья каждого конкретного человека во многом зависит от условий его существования с самого момента рождения.

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как гармоничное единство биологических, физиологических и психических функций, обуславливающих полный физический,

душевный и социальный комфорт, а также возможность оптимального участия человека в различных видах социально-трудовой деятельности<sup>1</sup>.

Биофизиологический уровень отвечает за физическое благополучие человека, психофизиологический – создает уникальные возможности для непохожести одного человека на другого. Эти уровни тесно связаны между собой. Они характерны только для таких социальных обстоятельств, которые создают возможность активной самореализации. Таким образом, здоровье человека – это естественная основа трудового потенциала работника. Здоровье обеспечивает высокие результаты деятельности, благоприятные условия найма и относительно высокий уровень удовлетворенности работников процессом труда.

Индексы физического и психического здоровья, измеряемые на основе частоты и тяжести заболеваний, влияния здоровья на выполнение жизненных функций, в том числе производственной деятельности, в 2002 г. приобрели негативную направленность, сменив наметившийся после 1999 г. рост значений данных показателей (рис. 15).

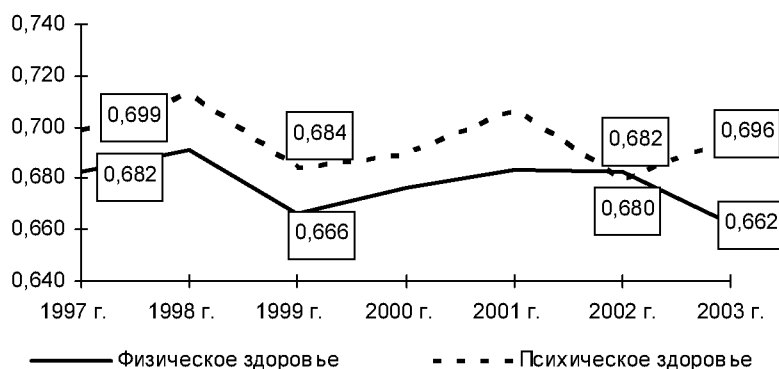


Рис. 15. Динамика индексов физического и психического здоровья населения Вологодской области

Результаты измерений показывают, что большая часть трудящегося населения Вологодской области оценивает свое здоровье как удовлетворительное. Однако представительство этой категории после 1999 г. неуклонно снижается (рис. 16), пополняя долю жителей региона, оценивающих свое самочувствие как

<sup>1</sup> Шаталова Н.И. Теоретико-методологические проблемы социологического изучения трудового потенциала работника: Автореф. дисс. ... докт. соц. наук. – УГУ, 1999.

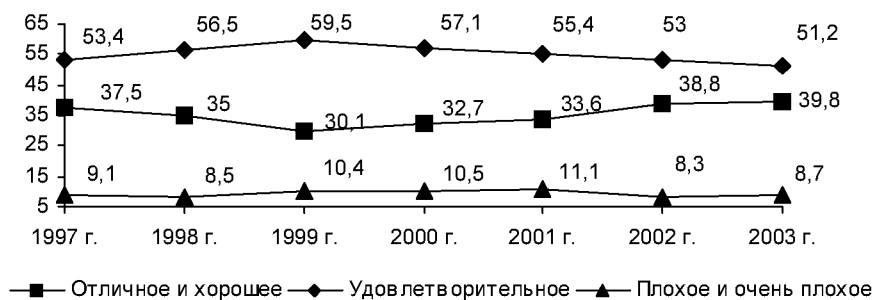


Рис. 16. Динамика общих оценок респондентами состояния своего здоровья, в % от общего числа опрошенных

отличное и хорошее (она увеличилась с 30% в 1999 г. до 39% в 2003 г.). Такой характер изменения оценок был обусловлен, как уже отмечалось выше, улучшением социального самочувствия населения в связи с преодолением последствий кризиса 1998 г. и позитивными изменениями экономической и политической ситуации в стране после прихода на президентский пост В. Путина, имеющего стабильно высокий рейтинг доверия среди населения, в том числе той его части, которая занята в различных отраслях народнохозяйственного комплекса. Иными словами, в данном случае мы имеем дело не с оценкой здоровья как такового, а с характеристикой общего самочувствия человека, его повседневного настроения.

Если же рассматривать картину более детально, можно констатировать ситуацию далеко не столь однозначную и благоприятную. В 2003 г., по сравнению с 2001 г., среди жителей региона, по их собственным оценкам, увеличилась распространенность быстро проходящих недомоганий – с 62 до 66%. Однако при этом степень подверженности населения недомоганиям, не требующим больничного листа, а также болезням, не лишаящим возможности самообслуживания, осталась примерно на том же уровне. Особенно настораживает тот факт, что доля болезней, вызывающих полную потерю дееспособности, возросла за два года более чем в два раза – с 5% в 2001 г. до 11% в 2003 г. (рис. 17).

Психофизиологическая компонента, характеризующаяся физическими возможностями человека, состоянием его здоровья и работоспособности, в том числе находит выражение и в общей заболеваемости людей, которая выросла по сравнению с уровнем 1996 г. в 1,2 раза (в 1996 г. общая заболеваемость составляла 682 зарегистрированных случая на 1000 населения, в 2002 г. – 815).

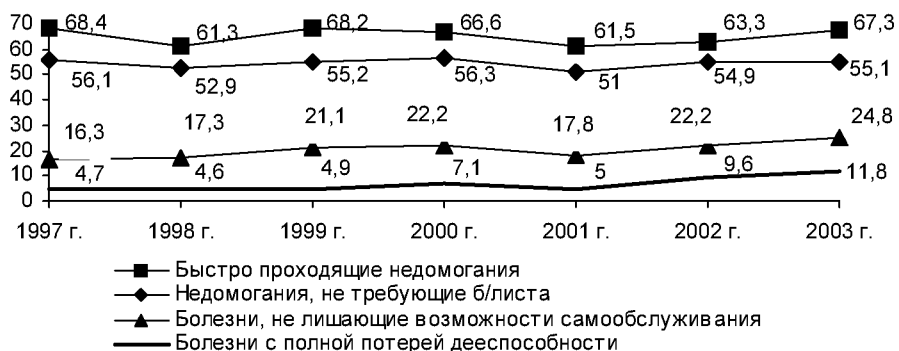


Рис. 17. Динамика ответов на вопрос: «Как часто и тяжело Вы болеете?» (варианты ответов «очень часто» и «довольно часто, несколько раз в год»; в % от общего числа опрошенных)

Здоровье – один из важнейших факторов, определяющих качество трудового потенциала в регионе. Оно играет стимулирующую роль в повышении статуса человека. Если человек здоров, то и показатели стремлений к достижению жизненных целей у него высокие (табл. 3.1).

Таблица 3.1

Распределение ответов на вопрос: «Что из перечисленного входит в Ваши планы?» (позиция ответа: «это входит в мои планы»; в % от числа опрошенных)

Оценка здоровья	В % (в среднем по опросам)		Качество трудового потенциала (индекс)
	Повысить уровень своих знаний	Стать высококлассным специалистом	
Отличное и хорошее	53,5	54,8	0,711
Удовлетворительное	32,9	34,6	0,660
Плохое и очень плохое	23,3	20,9	0,609

Более половины респондентов с отличной самооценкой здоровья планируют повысить уровень своих знаний, стать высококлассными специалистами. Попутно заметим, что социальная дееспособность людей с отличным здоровьем также значительно выше, что повышает их шансы на достижение жизненного успеха, на продвижение по службе и т.д.

Усилия общества по укреплению здоровья людей не будут эффективны без воспитания у каждого его члена установки на здоровый образ жизни, заботу о своем здоровье, привычку предупреждения болезни путем профилактических мероприятий. Пока такой установки у половины жителей области нет (табл. 3.2).



Динамика ответов респондентов на вопрос анкеты: «Человеку свойственно заглядывать в будущее, строить свои планы. Что из перечисленного ниже входит в Ваши намерения?» показывает, что 15 – 20% опрошенных не планируют «поправить свое здоровье или укрепить нервную систему», еще треть пока не задумывается об этом.

Таблица 3.2

Динамика ответов на вопрос: «Что входит в Ваши планы?» (в %)

Варианты ответов	Годы							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Подлечиться, поправить свое здоровье								
Нет, это не входит в мои планы	14,6	18,4	16,3	16,9	19,4	14,8	15,2	15,2
Может быть, еще не знаю	39,5	39,9	37,0	35,7	34,5	34,6	37,7	45,5
Это входит в мои планы	46,0	41,6	46,7	47,5	46,2	50,7	47,0	39,3
Укрепить свою нервную систему								
Нет, это не входит в мои планы	16,3	20,5	20,4	18,9	21,9	18,9	19,7	18,0
Может быть, еще не знаю	34,5	35,2	33,7	34,9	33,0	30,5	35,7	43,0
Это входит в мои планы	49,2	44,3	45,9	46,1	45,2	50,6	44,7	38,9

Медико-демографическая ситуация в области осложняется низкими доходами населения, не создающими основу для возможного восстановления здоровья и затраченной энергии. В 2000 г. среднедушевой доход (1 594 руб. – по данным опросов, 1 985 руб. – согласно официальной статистике) составлял 31% от необходимого для «нормальной» (по оценкам респондентов) жизни<sup>1</sup>. В 2003 г. он вырос до 2 491 руб. и составил 30% от желаемого. Судя по оценкам, более чем половине населения (58%) денег хватает в лучшем случае только на приобретение продуктов питания.

Таким образом, управление качеством трудового потенциала не представляется возможным без решения проблем, связанных со здоровьем населения. Ухудшение здоровья влечет за собой понижение качественных характеристик работающих, а это противоречит логике экономических реформ, так как возрастающая доля трудовых ресурсов выпадает из состава экономически активного населения, становится неконкурентоспособной на рынке труда.

<sup>1</sup> Социально-экономическое положение Вологодской области в 1997 году. – Вологда, 1997. – №12. – С. 182.

Отрицательным образом воздействуют на состояние здоровья людей пьянство и курение, эти привычки резко снижают качество трудового потенциала населения (табл. 3.3).

В ходе мониторинга подавляющее большинство респондентов отметили, что употребляют алкогольные напитки от одного раза в месяц до ежедневного приема<sup>1</sup>. Непьющими сочли себя лишь 19% опрошенных. Зная, что «курить – здоровью вредить», 44% опрошенных все же признались, что подвержены этой пагубной для здоровья привычке, причем регулярно курят 29% респондентов. Это болезненное состояние напрямую связано с социальной незащищенностью, неуверенностью в завтрашнем дне значительной части населения, стрессовым состоянием, чрезмерным трудом для обеспечения выживания семьи.

В числе причин смертности и заболеваемости высокий удельный вес составляют причины, связанные с условиями труда на производстве. Причем в последние годы четко проявляется тенденция к росту профессиональных заболеваний с преобладанием тяжелых форм и ранней инвалидизацией.

Регистрируется высокая смертность от травм, отравлений и несчастных случаев, то есть от тех причин, которые можно предотвратить.

Еще один показатель, свидетельствующий о потерях трудового потенциала, – инвалидизация населения. Данные о первичном выходе на инвалидность показывают, что за период с 1996 г. по 2001 г. численность лиц, впервые признанных инвалидами, увеличилась на 5 593 чел. и составила 17 475 чел., из них 42% – в трудоспособном возрасте (табл. 3.4).

Таблица 3.3

## Социальная дееспособность (индексы)

Употребляете ли Вы алкогольные напитки?	
Совсем не употребляю	0,664
Менее 1 раза в месяц	0,668
1-2 раза в месяц	0,643
Выпиваю раз в неделю	0,609
Почти ежедневно	0,599
Курите ли Вы в настоящее время сигареты или сигары?	
Нет	0,657
Да, иногда	0,648
Да, регулярно	0,639

<sup>1</sup> Леонидова Г.В. Измерение и оценка качества трудового потенциала населения Вологодской области // Социально-экономическое, духовное и культурное возрождение Карелии. Вторые Арсеньевские чтения: Материалы Международной научно-практической конференции. – Петрозаводск, 2000. – С. 109-117.

Таблица 3.4

## Динамика численности лиц, впервые признанных инвалидами

Показатель	Годы						
	1990	1996	1997	1998	1999	2000	2001
<b>Российская Федерация</b>							
Всего инвалидов, тыс. чел.	765	1 170	1 142	1 131	1 050	1 109	1 200
Из них инвалидов в трудоспособном возрасте, тыс. чел.	н/д	523	552	581	564	553	567
В % от общей численности инвалидов	н/д	44,6	48,4	51,3	53,7	49,8	47,3
<b>Вологодская область</b>							
Всего инвалидов, чел.	н/д	11 882	11 557	12 506	11 552	16 255	17 475
Из них инвалидов в трудоспособном возрасте, чел.	н/д	5 073	5 681	5 907	5 196	5 027	7 338
В % от общей численности инвалидов	н/д	43	49	47	45	40	42

Среди причин инвалидности наиболее распространены болезни системы кровообращения, злокачественные образования и травмы, в том числе производственные. В 2001 г. на 10 тыс. работающих в области приходилось 339 чел., впервые признанных инвалидами в 1996 – 1997 гг.<sup>1</sup>

По уровню производственного травматизма (в межстрановых сравнениях) в России ситуация в целом хуже, чем в сопоставляемых странах: только Турция имеет более высокую смертность от несчастных случаев на производстве, чем Россия (22,5 случая на 100 тыс. занятых при 14,4 – в России)<sup>2</sup>.

Высоким остается уровень производственного травматизма. В 2001 г. на предприятиях и в организациях области на производстве пострадало 3 176 человек, из них 39 человек погибли (в 1996 г. – 3 063 и 33 человек соответственно)<sup>3</sup>.

Основная причина производственного травматизма – недостаточное внимание к охране труда и технике безопасности. По данным статистики, из числа взятых в статобработку отраслей (около 200 тыс. чел.) доля работающих в контакте с вредными и

<sup>1</sup> Суходоев Д.В. Механизм управления трудовым потенциалом предприятия в промышленном мегаполисе (на примере предприятий Нижегородской области): Дисс. ... канд. экон. наук. – Н. Новгород, 2000. – С. 106.

<sup>2</sup> Якшибаева Г.В. Трудовой потенциал: эффективность функционирования: Автореф. дисс. ... канд. экон. наук. – Уфа: БГУ, 2001. – С. 3.

<sup>3</sup> Суходоев Д.В. Механизм управления трудовым потенциалом предприятия в промышленном мегаполисе (на примере предприятий Нижегородской области): Дисс. ... канд. экон. наук. – Н. Новгород, 2000. – С. 61.

опасными факторами производственной среды составляла в 2001 г. 53%, в том числе 31% – в условиях повышенных уровней шума и ультразвука, 3% – вибрации, 11% – запыленности воздуха<sup>1</sup>. Естественно, это напрямую влияет на здоровье работников (табл. 3.5).

Таблица 3.5

Доля граждан, работающих в отраслях экономики Вологодской области в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам (в % от общей численности занятых в отрасли)

Отрасль	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Промышленность	33,1	39,8	41,6	40,8	29,2	27,8	28,1
Строительство	11,4	13,3	13,2	12,7	11,9	7,3	8,5
Транспорт	11,5	9,5	9,8	14,2	11,8	15,0	11,1
Связь	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0

К сожалению, в последние годы (с 1996 г.) учет производственного травматизма осуществляется методом наблюдения по выборочному кругу отраслей (промышленность, сельское и лесное хозяйство, транспорт, связь, строительство, оптовая торговля, заготовки, геология, гидрометеослужба, жилищно-коммунальное хозяйство, здравоохранение), что существенно искажает действительную картину состояния техники безопасности на производстве.

В территориальном разрезе самым высоким индексом физического здоровья (0,705 ед. в 2003 г.) обладает Череповец, самый низкий индекс физического здоровья зафиксирован в районах (0,639) – ниже показателей в областном центре, где уровень физического здоровья постоянно сохранялся на относительно невысоком уровне. Низкий уровень физического здоровья можно отметить у женщин, лиц старшего возраста и респондентов со средним специальным образованием (табл. 3.6).

Пристального внимания требует динамика индекса психического здоровья трудящегося населения. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, психические болезни (включая алкоголизм и наркоманию) являются сегодня основной угрозой здоровью и продуктивности наций во всем мире<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Там же. – С. 59-60.

<sup>2</sup> Психическое здоровье нации // [http://www.bis-nn.ru/dr\\_fom/nr\\_25/zdorov.htm](http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25/zdorov.htm).

Таблица 3.6

Динамика индексов физического здоровья населения  
Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,682</b>	<b>0,691</b>	<b>0,666</b>	<b>0,677</b>	<b>0,684</b>	<b>0,682</b>	<b>0,662</b>
	Вологда	0,678	0,685	0,679	0,686	0,692	0,693	0,652
	Череповец	0,700	0,670	0,656	0,666	0,700	0,687	0,705
	Районы	0,756	0,696	0,667	0,678	0,670	0,674	0,639
Пол	Мужчины	0,720	0,720	0,689	0,700	0,710	0,703	0,675
	Женщины	0,651	0,660	0,649	0,659	0,666	0,667	0,654
Возраст	До 35 лет	0,719	0,715	0,696	0,706	0,707	0,707	0,670
	Старше 35 лет	0,658	0,661	0,630	0,652	0,655	0,656	0,653
Образование	Ниже среднего и среднее	0,694	0,696	0,670	0,676	0,680	0,683	0,662
	Среднее специальное	0,663	0,684	0,661	0,665	0,678	0,670	0,643
	Высшее и н/высшее	0,687	0,681	0,667	0,694	0,698	0,698	0,682

С экономической точки зрения это означает непосредственную угрозу трудовому потенциалу населения, от качества которого зависит развитие производительных сил и экономики в целом<sup>1</sup>.

В нашей стране проблема психического здоровья населения также одна из самых острых в настоящее время. По оценкам независимых экспертов ВОЗ, в квалифицированной психолого-психиатрической помощи в настоящее время нуждаются около 15 – 20% населения<sup>2</sup>.

Измерения качества трудового потенциала показывают, что после улучшения в 2000 – 2001 гг. индекс психического здоровья заметно снизился: с 0,706 в 2001 г. до 0,680 ед. в 2002 г. В 2003 г. снова последовало его увеличение – до 0,696 ед. (см. рис. 15). Такая тенденция характерна для всех социально-демографических категорий населения. Повышение индекса психического здоровья обусловлено повышением в 2003 г. (по сравнению с 2002 г.) удельного веса жителей области, не испытывающих, по их оценкам, различного рода психических проблем: навязчивых мыслей (с 22 до 34%), излишней обидчивости (с 37 до 46%), «заторможенности» (с 21 до 31%), излишнего волнения (с 30 до 40%), чрезмерной возбудимости (с 23 до 35%) и др.

<sup>1</sup> Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 6.

<sup>2</sup> Проблемы стратегии и тактики регионального развития: Материалы IV Росс. научно-практической конф. (г. Вологда, 2 – 5 апр. 2003 г.). – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 141.

Самые низкие оценки психического здоровья имеют жители районов области, в то время как жители Череповца более устойчивы к стрессовым ситуациям. Наиболее высокое значение индекса психического здоровья наблюдается у мужчин и лиц старшего возраста. Заметно увеличился данный показатель у трудящихся с высшим и незаконченным высшим образованием (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Динамика индексов психического здоровья населения  
Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,699</b>	<b>0,713</b>	<b>0,684</b>	<b>0,690</b>	<b>0,706</b>	<b>0,680</b>	<b>0,696</b>
	Вологда	0,700	0,688	0,701	0,715	0,704	0,685	0,693
	Череповец	0,732	0,707	0,694	0,690	0,735	0,694	0,727
	Районы	0,682	0,720	0,671	0,676	0,692	0,668	0,642
Пол	Мужчины	0,737	0,750	0,713	0,731	0,748	0,702	0,713
	Женщины	0,667	0,675	0,663	0,659	0,679	0,664	0,684
Возраст	До 35 лет	0,720	0,723	0,702	0,707	0,722	0,694	0,690
	Старше 35 лет	0,685	0,696	0,663	0,676	0,687	0,664	0,706
Образование	Ниже среднего и среднее	0,702	0,710	0,677	0,684	0,709	0,673	0,688
	Среднее специальное	0,675	0,707	0,682	0,682	0,692	0,667	0,666
	Высшее и н/высшее	0,717	0,710	0,701	0,714	0,721	0,704	0,733

Несмотря на положительные изменения в оценках состояния психического здоровья, значительной остается доля тех, кто постоянно чем-то озабочен (40%), имеет проблемы со сном (44%), кого преследуют навязчивые мысли (41%) и т.д.

Актуальность данной проблемы подтверждается и результатами других исследований. Так, по данным мониторинга общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН, в 2003 г. около 40% населения области давали негативную характеристику («испытываю напряжение, раздражение; страх, тоску») своему настроению.

В рамках исследования социально-психологического климата и психического здоровья населения региона были оценены уровни распространенности невротических расстройств, депрессии и тревожности. В 2003 г. доля лиц, которые, по всей видимости, имели признаки невротического расстройства, составила 21% от числа респондентов, у 33% жителей области зафиксированы признаки депрессии, у 38% – признаки тревоги.

Одним из индикаторов социально-психологического климата является уровень самоубийств. Его динамика в целом способна

отражать основные – позитивные или негативные – изменения в сфере общественной психики<sup>1</sup>. По данным Вологодского областного комитета государственной статистики, уровень самоубийств в нашем регионе в 2003 г. (51 случай на 100 тыс. нас.) в 2,5 раза выше предельно-критического уровня, допустимого ВОЗ (20 случаев на 100 тыс. нас.)<sup>2</sup>. В 2001 г. среди покончивших жизнь самоубийством 86% составляют мужчины, 58% – люди среднего возраста<sup>3</sup>. Следовательно, основной группой риска являются мужчины трудоспособного возраста, поскольку ими наиболее остро переживается утрата статусных позиций (потеря работы, снижение заработка) в силу сохраняющегося положения мужчины в обществе как главы семьи, «кормильца».

Таким образом, несмотря на позитивные изменения в социальном настроении в 1999 – 2003 гг., проблема охраны и укрепления психического здоровья населения, в том числе трудоспособного, не теряет своей значимости.

*Интеллектуальный потенциал.* В наши дни образование является определяющим фактором, формирующим качество трудовых ресурсов. От уровня образованности работника зависит возможность освоения технических новшеств, масштабы интенсификации и повышения продуктивности труда, предопределяющие уровень и темпы экономического развития регионов.

Образовательная компонента в системе трудового потенциала выступает составной частью интеллектуального потенциала. Он включает в себя не только базовый уровень образования, но и профессионально-квалификационный уровень, умственные возможности людей, степень их таланта, а также их стремление и способность к творческому труду, к восприятию новшеств, что позволяет быстрее осваивать новые технологии в производстве и управлении. Исходя из этого, компонентами интеллектуального потенциала являются *когнитивный (знаниевый) и творческий потенциалы*.

Наблюдается четкая зависимость качества трудового потенциала работников от их образовательного уровня. Работники с высшим и незаконченным высшим образованием, по результатам

---

<sup>1</sup> Гулин К.А., Фалалеева О.И., Ослопова Ю.Е. Проблемы психического здоровья населения. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 40.

<sup>2</sup> Экономические и социальные перемены в регионе. Вып. 23. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 69.

<sup>3</sup> Структура причин смерти населения Вологодской области в 2001 г. – Вологда, 2002.

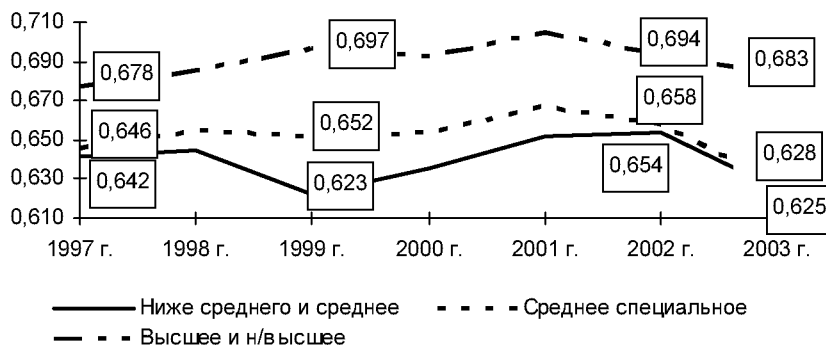


Рис. 18. Динамика индексов качества трудового потенциала населения Вологодской области с различным уровнем образования

проведенных измерений, устойчиво имеют наиболее высокие значения качества трудового потенциала (рис. 18).

Прослеживается определенная взаимосвязь между уровнем образования и самооценкой здоровья людей. Работникам, имеющим высшее и незаконченное высшее образование, свойствен, судя по данным опросов, более высокий потенциал здоровья: в 2003 г. 42% опрошенных оценили свое здоровье как отличное и хорошее, в то время как из трудящихся со средним образованием такой ответ дали 34%. Как показывает дальнейший анализ, другие качества трудового потенциала ярче выражены у населения с более высоким уровнем образования.

С повышением уровня образования увеличивается стремление человека к повышению уровня своих знаний, развитию творческих способностей (табл. 3.8). И такая зависимость отмечается на всем протяжении опросов. Это объясняется тем, что образованность делает труд человека более эффективным, развивает в нем творческий подход к работе. Все это в совокупности повышает ценность высокообразованного работника в глазах работодателя. А значит, человек с высоким уровнем образования более востребован на рынке труда, что обеспечивает ему конкурентные преимущества в этой сфере по сравнению с менее образованными работниками. Так, среди безработных в 2002 г. люди с высшим образованием составляли всего 4%, тогда как с начальным и средним общим образованием – 56%. В общем числе занятых на работников с высшим образованием приходилось 17%, с начальным и средним общим образованием – 34%.



Таблица 3.8

## Распределение ответов на вопрос: «Что входит в Ваши планы?»

Образование респондентов	Позиция ответов: «В мои планы входит ...» (%)											
	повысить уровень своих знаний						заняться творческим трудом					
	Годы											
	1997	1999	2000	2001	2002	2003	1997	1999	2000	2001	2002	2003
Ниже среднего и среднее	36,0	28,4	37,1	32,7	40,8	40,8	8,6	11,3	4,8	10,2	13,0	11,7
Среднее специальное	25,6	38,3	28,4	34,5	35,0	34,4	6,3	10,2	7,0	9,3	10,0	12,9
Высшее и н/высшее	49,6	54,0	48,3	53,4	45,2	46,0	13,5	23,0	18,7	20,4	18,3	14,3

В связи с этим рассмотрим условия формирования образовательной компоненты трудового потенциала региона через призму состояния его образовательного комплекса.

В системе школьного образования во второй половине 1990-х гг. происходило сокращение количества образовательных учреждений (табл. 3.9). Число школ уменьшилось до 747 ед. (90% к 1991 и 87% к 1995 г.). Выпуск учащихся имел некоторую тенденцию к повышению, что являлось «отзывом» на благоприятную демографическую ситуацию рубежа 1980 – 1990-х гг. Однако по мере вступления малочисленных когорт 1990-х гг. в школьный возраст наполняемость общеобразовательных учреждений постепенно снижалась: с 1996 по 2002 гг. количество учащихся в них сократилось на 19% – с 201 до 162 тыс. чел.

Таблица 3.9

Показатели развития школьного образования Вологодской области  
(на начало учебного года)

Показатель	Годы									2002 г., в %	
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	к 1991	к 1995
Число дневных школ	831	854	850	830	824	814	811	766	747	90	87
Численность учащихся, тыс. чел.	186,2	200,1	201,3	200,5	197,5	191,5	182,3	172,9	162,0	87	81
Окончили основную общеобразовательную школу, тыс. чел.	16,6	18,2	18,8	19,7	20,7	20,3	20,8	20,8	21,4	129	118
Окончили общеобразовательную среднюю (полную) школу, тыс. чел.	8,1	7,9	8,8	9,5	10,2	11,0	11,9	11,7	11,9	147	151

Устойчивыми в последние годы являются показатели развития сферы профессионально-технического образования. Число учебных заведений до 2001 г. составляло 53 ед., но в 2002 г. уменьшилось до 51 ед. Несмотря на это, количество учащихся в них осталось примерно на прежнем уровне. В последние пять лет

достаточно стабилен показатель прибытия учащихся в учреждения НПО, но по сравнению с началом 1990-х гг. он значительно уменьшился. С падением спроса в экономике существенно (на 38%) снизились и объемы подготовки рабочих (табл. 3.10).

Таблица 3.10

**Показатели развития начального профессионального образования  
Вологодской области**

Показатель	Годы										2002 г., в %	
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	к 1991	к 1995	
Число учебных заведений	52	53	52	53	53	53	53	53	51	98	96	
В них учащихся, тыс. чел.	18,5	19,8	19,8	20,0	20,0	19,8	19,8	19,9	20,1	109	102	
Прибыло учащихся, тыс. чел.	13,4	10,1	9,8	9,6	9,1	9,1	8,9	8,7	9,2	69	91	
Подготовлено рабочих, тыс. чел.	12,4	8,1	8,6	8,2	8,0	7,8	7,9	7,6	7,7	62	95	

Число учебных заведений среднего профессионального образования, увеличившись с 24 ед. в 1999 г. до 26 ед. в 2000 г., далее оставалось неизменным и соответствовало уровню 1991 г. (табл. 3.11). С 1997 г. отмечалось постоянное увеличение численности учащихся в учреждениях этого типа. Она возросла как по отношению к 1991 г., так и к 1995 г. При этом численность учащихся, обучающихся по договорам с полным возмещением затрат на обучение, увеличилась почти в 6 раз по сравнению

Таблица 3.11

**Показатели развития среднего профессионального образования  
Вологодской области**

Показатель	Годы										2002 г., в %	
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	к 1991	к 1995	
Число учебных заведений	26	25	25	24	24	24	26	26	26	100	104	
В них учащихся, тыс. чел.	18,3	16,4	17,1	16,5	17,3	18,0	20,5	21,7	21,9	120	134	
Из них: – обучаются по договорам с полным возмещением затрат на обучение	н/д	1,3	1,3	1,2	2,3	3,6	6,2	7,4	7,6	н/д	в 5,8 р.	
Принято учащихся, тыс. чел.	5,7	5,4	5,4	5,1	5,6	6,0	7,4	7,1	7,0	123	130	
Выпущено специалистов, тыс. чел.	5,0	3,8	4,4	4,6	4,3	4,8	5,2	4,8	5,4	108	142	

с 1995 г. В период с 1997 по 2000 г. увеличивался прием в средние профессиональные учебные заведения, но в последующие три года зафиксирована тенденция к его снижению. Исходя из этого можно ожидать сокращения выпуска специалистов среднего звена с 2005 г.

Сфера высшего образования области представлена четырьмя государственными высшими учебными заведениями (табл. 3.12). Постоянно растет количество студентов государственных вузов по всем формам обучения. По данным департамента образования Вологодской области, на начало 2003/2004 учебного года их количество составило 40,3 тыс. Кроме этого, в системе высшего образования в 2002 г. функционировали 2 негосударственных высших учебных заведения, 7 их филиалов и 7 филиалов государственных вузов. В негосударственных вузах и филиалах обучалось 4,2 тыс. студентов.

Таблица 3.12

**Показатели развития государственного высшего профессионального образования Вологодской области (на начало учебного года)**

Показатель	Годы										2002 г., в %	
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	к 1991	к 1995	
Число учебных заведений	4	5	4	4	4	4	4	4	4	100	80	
В них студентов, тыс. чел.	16,6	18,9	19,8	21,3	23,0	25,8	30,2	33,7	38,8	в 2,3 р.	в 2,1 р.	
Из них: – обучаются по договорам с полным возмещением затрат на обучение	-	1,2	1,8	2,6	3,3	5,5	8,9	11,8	15,7	-	в 13,1 р.	
Принято в вузы, тыс. чел.	4,0	4,6	4,9	5,5	6,0	7,0	8,3	8,9	10,2	в 2,6 р.	в 2,2 р.	
Выпущено специалистов, тыс. чел.	2,5	2,6	2,9	3,1	3,4	3,5	3,8	4,9	5,4	в 2,2 р.	в 2,1 р.	

Прогноз выпуска по всем ступеням образовательной системы показывает (табл. 3.13), что востребованность образовательных услуг в регионе до конца десятилетия сохранится на достаточно высоком уровне, позволяющем оптимально использовать имеющиеся мощности учреждений образования. В то же время с середины десятилетия, в связи с особенностями демографического развития региона с начала 1990-х гг. (низкий уровень рождаемости), наметится устойчивая тенденция снижения контингента выпускников общеобразовательных школ. Уже к концу десятилетия это приведет к уменьшению выпуска в учреждениях начального и среднего образования, а затем, в последующее пятилетие, эта тенденция затронет и вузы региона. Планирование развития образовательного комплекса региона уже сейчас нужно строить с учетом направленности этих долгосрочных тенденций.

Таблица 3.13

Прогноз выпуска образовательных учреждений Вологодской области

Показатель	Годы								
	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2015
Выпуск средних общеобразовательных школ	11,9	12,0	11,7	13,0	12,5	12,1	11,9	10,9	9,5
Выпуск учреждений начального профессионального образования	8,7	9,2	10,1	10,1	10,2	11,3	10,9	10,5	8,5
Выпуск учреждений среднего профессионального образования	5,2	4,8	5,4	5,4	5,4	5,5	6,0	5,8	4,6
Выпуск учреждений высшего профессионального образования	7,0	8,3	8,9	10,0	11,0	11,0	11,1	12,3	10,2

С середины 1990-х гг. в регионе значительно улучшилась образовательная структура населения, что связано с возросшей востребованностью работников с более высоким уровнем образования на предприятиях и в организациях различных отраслей экономики, а также с увеличением предложения образовательных услуг. Согласно данным мониторинга общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН (рис. 19), в 1996 – 2003 гг. доля жителей области старше 18 лет с неполным средним образованием сократилась, со средним – осталась примерно на том же уровне. В то же время возрос удельный вес населения со средним специальным, высшим и незаконченным высшим образованием.

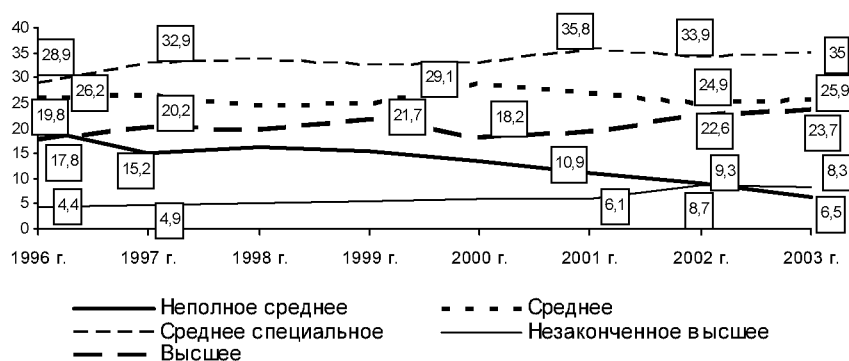


Рис. 19. Удельный вес населения Вологодской области с различным уровнем образования

За период с 1999 по 2003 гг. число жителей области, которые имеют реальную возможность дать своим детям высшее образование, увеличилось с 52 до 68%, что свидетельствует о повышении доступности высшего образования основной массе

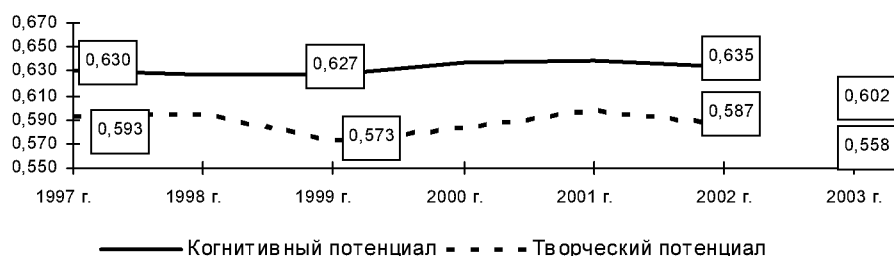
населения региона (табл. 3.14). Заметно возросла доля лиц, проявляющих оптимизм в этом вопросе, среди жителей Череповца и Вологды – 76 и 67% соответственно. Больше половины жителей районов (62%) считают доступным обеспечить детям обучение в дневном вузе (в 2001 г. таких ответов было меньше – 48%).

Таблица 3.14

**В какой мере Вам доступно получить (дать детям) высшее образование в дневном вузе? (в %)**

Годы	Вологда	Череповец	Районы	Область
	Сумма ответов: <i>Доступно и вполне доступно</i>			
2003	67,3	76,3	62,3	<b>68,0</b>
2002	65,8	70,3	53,7	<b>61,5</b>
2001	62,7	57,9	48,1	<b>54,6</b>
2000	68,9	77	42,3	<b>59,2</b>
1999	63,8	63,8	39,5	<b>51,8</b>
1998	64,5	83,5	54,5	<b>64,4</b>
1997	76,3	68,1	48,7	<b>63,8</b>
	Сумма ответов: <i>Совсем недоступно и малодоступно</i>			
2003	31,1	22,8	36,9	<b>30,9</b>
2002	33,9	28,9	46,3	<b>38,2</b>
2001	35,9	41,3	49,1	<b>43,6</b>
2000	31,1	22,1	56,4	<b>40,0</b>
1999	36,3	36,3	60,5	<b>48,2</b>
1998	35,5	16,5	45,4	<b>35,6</b>
1997	23,7	31,3	50,9	<b>35,8</b>

Однако динамика интеллектуального потенциала в последние два года приобрела негативный характер. Уровень индекса *КОГНИТИВНОГО* потенциала жителей области, начиная с 1997 г., был достаточно стабилен (рис. 20). Наметившаяся после 1999 г. тенденция к его повышению сменилась в 2003 г. снижением данного индекса.



**Рис. 20. Динамика индексов когнитивного и творческого потенциалов населения Вологодской области**

Сокращение индекса когнитивного потенциала характерно для различных категорий трудящихся, что говорит о его неслучайности. Наибольший уровень индекса в 2003 г. традиционно

зафиксирован у жителей крупных городов – Вологды и Череповца, представителей женского пола, лиц старшего возраста и респондентов с высшим и неполным высшим образованием (табл. 3.15).

Таблица 3.15

Динамика индексов когнитивного потенциала населения  
Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,630</b>	<b>0,628</b>	<b>0,627</b>	<b>0,637</b>	<b>0,638</b>	<b>0,635</b>	<b>0,602</b>
	Вологда	0,651	0,625	0,633	0,665	0,651	0,635	0,602
	Череповец	0,606	0,642	0,651	0,648	0,654	0,652	0,612
	Районы	0,634	0,614	0,610	0,614	0,622	0,624	0,599
Пол	Мужчины	0,623	0,616	0,611	0,629	0,627	0,629	0,579
	Женщины	0,637	0,632	0,638	0,643	0,646	0,639	0,622
Возраст	До 35 лет	0,630	0,622	0,630	0,637	0,632	0,643	0,594
	Старше 35 лет	0,631	0,627	0,623	0,637	0,646	0,626	0,616
Образование	Ниже среднего и среднее	0,597	0,586	0,592	0,609	0,604	0,611	0,571
	Среднее специальное	0,631	0,621	0,633	0,639	0,643	0,636	0,594
	Высшее и н/высшее	0,668	0,673	0,682	0,692	0,684	0,662	0,643

Анализируя эти изменения, нужно отметить, что когнитивный потенциал формируется из совокупности базового образования человека, его квалификации и деятельности, направленной на пополнение общих и профессиональных знаний. Формирование может осуществляться как через различные виды дополнительного образования и повышения квалификации, так и путем самостоятельного ознакомления работника с теми или иными источниками информации: газетами, журналами, специальной литературой и т.п.

Негативная динамика когнитивного потенциала вызвана сокращением доли жителей области, отдающих предпочтение получению хорошего образования. В 2003 г. по сравнению с 2002 г. отмечается уменьшение доли лиц, осознающих, что «надо полностью использовать способности к обучению». Та часть населения, которая совершенно согласна с мнением о том, что «без знаний можно хорошо устроиться», в 2003 г. увеличилась до 17%, тогда как в 2002 г. она составляла 11%. Снизилась доля тех, кто согласен и совершенно согласен со следующими мнениями: знания украшают жизнь человека (с 82% в 2000 г. до 70% в 2003 г.); лучше иметь хорошее образование (соответственно с 90 до 79%); необходимо сделать все возможное для получения хорошего образования (с 73% в 2001 г. до 61% в 2003 г.).

Возрастает доля трудящихся, которые ничего не читают и не интересуются вопросами жизни общества (17% – максимальное значение этого показателя за весь период исследований), международной политикой (22% – наиболее высокий показатель), природой и охраной окружающей среды (19%; в 2001 г. – 12%). Приоритет при выборе печатных СМИ отдается развлекательным изданиям, не требующим вдумчивого прочтения и анализа.

Глубинной причиной снижения когнитивного потенциала является, на наш взгляд, существующий разрыв между системой образования и реальной практикой социально-экономического развития, текущими и перспективными потребностями рынка. По статистике, в 2003 г. направления на работу получили только 26% выпускников средних и 38% – высших государственных образовательных учреждений<sup>1</sup>. Сфера образования во многом превратилась в обособленную отрасль, результаты деятельности которой слабо увязаны с реальной экономической практикой.

Образование сегодня рассматривается, в большей степени, не как возможность приобретения знаний и навыков, развиваемых затем в профессиональной деятельности, а как способ получения диплома, дающего преимущество в стартовых условиях при получении более или менее престижной и оплачиваемой работы. При таком подходе требования к качеству образования отходят на второй план, уступая самому факту наличия определенного «уровня образования». Нарушается преемственность в развитии профессиональных знаний и навыков. Отчасти проблема решается путем периодической переподготовки и повышения квалификации кадров. Однако, во-первых, в силу разных причин, прежде всего финансового характера, переподготовка далеко не всегда и не везде носит системный характер или вовсе отсутствует. Во-вторых, она зачастую проводится «для галочки».

Не способствует повышению качества образования и материально-техническое состояние учреждений отрасли. Степень износа основных фондов в сфере образования в 1995 г. составляла 25%, к 2002 г. она увеличилась до 40%. (Для сравнения: в целом по всем отраслям экономики области в 2002 г. этот показатель равнялся 41%, по отраслям здравоохранения, физической культуры

---

<sup>1</sup> Образование в Вологодской области в 1996 – 2003 годах: Статистический сборник. – Вологда, 2003. – С. 22, 26.

и социального обеспечения – 38%, культуры и искусства – 35%.) При этом инвестиции в сферу образования, достигнув в 2000 г. 177 млн. руб., снизились в 2001 г. до 81 млн. руб., в 2002 г. – до 70 млн. руб., что составляло в сопоставимой оценке только 39% от уровня 1995 г.

Заработная плата работников сферы образования значительно уступает средней зарплате по области (в 1996 и 2003 гг. она составляла только 64% от этого уровня). Стремясь обеспечить себе относительно приемлемые условия существования, преподаватели вынуждены брать дополнительные нагрузки. Увеличивается напряженность в работе преподавательского состава, что не может не сказываться негативным образом на качестве образования. За 1996 – 2003 гг. численность студентов государственных высших профессионально-образовательных учреждений возросла в 2,1 раза (с 19,8 до 40,5 тыс.), в то время как число преподавателей – только в 1,1 раза (с 1 489 до 1 667). Если в 1996 г. на одного преподавателя, имеющего ученое звание доцента или профессора, приходилось 36 студентов, то в 2003 г. – 61 студент<sup>1</sup>.

Возможности повышения результативности деятельности системы образования и подготовки кадров заключаются, на наш взгляд, в повышении ее взаимосвязи с народнохозяйственным комплексом. Планирование развития регионального образовательного комплекса целесообразно строить, исходя из перспектив и приоритетных направлений социально-экономического развития региона. Речь идет о межсекторальном подходе, основанном на объединении усилий органов управления образованием, институтов экономического управления, хозяйствующих субъектов, общественных организаций – как на региональном, так и на муниципальном уровне. Необходима регулярная инвентаризация перечня профессий и специальностей, по которым осуществляется подготовка кадров, и объемов подготовки, формирование на этой основе механизмов социального заказа региональной системе образования и соответствующая оценка ее эффективности.

Второй составляющей компонентой интеллектуального потенциала трудового населения является *творческий потенциал*.

---

<sup>1</sup> Подсчитано по: Образование в Вологодской области в 1996 – 2003 годах: Стат. сб. – Вологда, 2003. – С. 23, 26.



Индекс творческого потенциала формируется на основе отношения человека к творческой деятельности, его реального участия в творчестве – как в профессиональной деятельности, так и в быту. Творчество – это неотъемлемая предпосылка поступательного развития, совершенствования производственного процесса, экономических и организационных механизмов управления им.

Отношение большинства трудящихся к творчеству положительно, хотя доля оптимистичных оценок в 2003 г. сократилась. Согласны с утверждением о том, что творчество украшает жизнь человека, 68% опрошенных (в 2002 г. – 74%). Признают необходимость полной реализации имеющихся творческих способностей 71% респондентов (в 2002 г. – 80%). Находят радость в изобретении нового 53% опрошенных (в 2002 г. – 59%).

В реальной жизни большая часть опрошенных не обременяет себя творческими занятиями, и доля таких ответов постоянно увеличивается. Только 10% респондентов считает творчество стилем своей жизни. Всего около четверти опрошенных прибегают к творчеству при возникновении практической необходимости в каких-то действиях, в 2002 – 2003 гг. отмечается сокращение их доли до 20%. Основная же часть «творит» только при получении соответствующего задания от начальства или никогда ничего не предпринимает, основываясь в своей деятельности на прошлом опыте или советах, рекомендациях окружающих (табл. 3.16).

Таблица 3.16

Динамика распределения ответов на вопрос: «В какой мере для Вас в настоящее время характерно занятие творческой (рационализаторской, изобретательской) деятельностью?» (в %)

Варианты ответов	Годы					
	1997	1999	2000	2001	2002	2003
Постоянно что-нибудь изобретаю, пишу, сочиняю и т.д. – это стиль моей жизни	6,0	6,7	7,1	7,3	7,8	9,6
Придумываю, изобретаю и т.д., когда передо мной возникает практическая необходимость что-нибудь сделать, а как – неизвестно, нет готовых решений	32,9	25	22,9	30,4	24,6	21,9
Придумываю, изобретаю, сочиняю и т.д., когда получаю соответствующее задание от начальства	22,9	19,8	23,4	19,5	24,1	25,7
Никогда ничего не предпринимаю, делаю то, чему меня научили раньше, или что подсказывают другие, о чем могу прочитать в книгах, справочниках и т.д.	38,1	47,3	46,6	42,8	43,3	42,4

Приведенные данные показывают, что не случайно индекс творческой активности находится в числе наиболее низких показателей качественного состояния трудового потенциала региона.

Способности населения к творческому самовыражению ниже существующего уровня знаний. Отрицательный характер динамики творческого потенциала в период с 1997 по 1999 г. в 2000 г. сменился на положительный, что было вызвано определенной активизацией творческих сил трудящихся в связи с приостановкой кризисных явлений в экономической жизни общества и ослаблением социально-политической напряженности. К сожалению, в 2002 – 2003 гг. эта тенденция прекратилась (см. рис. 20). В той или иной степени это характерно практически для всех основных групп населения (табл. 3.17).

Таблица 3.17

**Динамика индексов творческого потенциала населения  
Вологодской области**

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,593</b>	<b>0,595</b>	<b>0,573</b>	<b>0,584</b>	<b>0,598</b>	<b>0,587</b>	<b>0,558</b>
	Вологда	0,628	0,590	0,610	0,620	0,632	0,623	0,594
	Череповец	0,583	0,615	0,610	0,589	0,630	0,609	0,565
	Районы	0,581	0,580	0,534	0,560	0,560	0,554	0,552
Пол	Мужчины	0,600	0,602	0,578	0,581	0,592	0,583	0,548
	Женщины	0,587	0,583	0,569	0,586	0,602	0,590	0,567
Возраст	До 35 лет	0,613	0,599	0,589	0,601	0,609	0,607	0,571
	Старше 35 лет	0,579	0,585	0,552	0,569	0,584	0,565	0,540
Образование	Ниже среднего и среднее	0,560	0,562	0,528	0,545	0,553	0,567	0,539
	Среднее специальное	0,572	0,571	0,567	0,580	0,591	0,562	0,533
	Высшее и н/высшее	0,648	0,648	0,664	0,669	0,674	0,644	0,601

На уровень творческой активности трудящихся оказывают влияние их демографические и социальные характеристики. Более склонны к творчеству представители молодого возраста и лица с высоким уровнем образования. Индекс творческого потенциала сельских жителей ниже, чем городских, и это является отражением специфики содержания их труда. Интересно, что с 2000 г. отмечается устойчивое превышение по сравнению с мужчинами показателей творческого уровня женщин.

Синхронный характер изменения индексов творческого потенциала различных социально-демографических групп говорит о высокой степени зависимости данного показателя от внешних (социальных) факторов. Поэтому в целях активизации творческих сил трудящихся – неотъемлемого элемента научно-технического прогресса – важно сохранение социально-экономической и политической стабильности в стране и регионе.

Другим фактором является повышение престижа научной деятельности и развитие научного потенциала региона, преодоление кризисных процессов, происходящих в сфере науки с начала 1990-х годов.

Так, за период с 1990 г. по 2002 г. число работников, выполнявших научные исследования и разработки, сократилось в 8,8 раза (с 3 716 до 423 чел. соответственно). Если в 1990 г. в высших учебных заведениях их было 265 чел., а на промышленных предприятиях – 838 чел., то в 2002 г. – 20 и 168 чел. соответственно. Не осталось исследователей и разработчиков, занятых в конструкторских организациях, хотя в 1990 г. они составляли достаточно многочисленную группу (2 397 чел.). На этом фоне относительно благоприятной выглядит ситуация в научно-исследовательских организациях (216 чел. в 1990 г. и 235 чел. в 2002 г.). Однако Вологодская область здесь значительно проигрывает другим регионам Европейского Севера (республикам Коми и Карелия, Мурманской области), имеющим крупные академические центры с численностью в несколько сотен человек.

Во второй половине 1990-х гг. значительно сократилось число работников, занимавшихся научными исследованиями и разработками, на промышленных предприятиях и в конструкторских бюро (табл. 3.18).

Таблица 3.18

**Численность персонала, занятого исследованиями и разработками  
(по регионам РФ, на конец года)**

Территории	Численность экономически активного населения, тыс. чел.		Численность персонала, занятого исследованиями, тыс. чел.		Удельный вес научных работников в общей численности работающих	
	1992 г.	2002 г.	1992 г.	2002 г.	1992 г.	2002 г.
<b>Российская Федерация</b>	<b>74 946</b>	<b>71 784</b>	<b>1 533</b>	<b>870,88</b>	<b>2,05</b>	<b>1,21</b>
<b>Северо-Западный федеральный округ</b>	<b>8 095</b>	<b>7 568</b>	<b>233</b>	<b>112,48</b>	<b>2,88</b>	<b>1,49</b>
1. Санкт-Петербург	2 644	2 518	205	94,35	7,75	3,75
2. Ленинградская область	888	842	5,62	6,13	0,63	0,73
3. Мурманская область	639	580	5,07	2,72	0,79	0,47
4. Калининградская область	493	488	3,11	2,37	0,63	0,49
5. Республика Коми	693	589	2,83	2,31	0,41	0,39
6. Архангельская область	820	767	2,21	1,46	0,27	0,19
7. Республика Карелия	437	400	3,34	1,27	0,76	0,32
8. Новгородская область	376	355	2,89	1,10	0,77	0,31
9. Псковская область	419	356	1,55	0,36	0,37	0,10
<b>10. Вологодская область</b>	<b>686</b>	<b>663</b>	<b>1,77</b>	<b>0,42</b>	<b>0,26</b>	<b>0,06</b>

Удельный вес научных работников в общей численности занятых сократился с 0,26 до 0,06%. По этому показателю область значительно уступает регионам Северо-Западного федерального округа (в целом по округу этот коэффициент составляет 1,49%, по РФ – 1,21%).

По предварительным оценкам, общий объем расходов на проведение научных исследований и разработок в бюджете Вологодской области составляет 10 – 12 млн. руб. – 0,1% областного бюджета (в 2003 г. доходная часть бюджета составила 9,6 млрд. руб.).

Президентом РФ 20 марта 2002 г. утвержден минимальный объем финансирования НИР и экспериментальных разработок до 2010 г. с достижением расходов на обозначенные цели не менее 4% от расходной части бюджета. В 2003 г. эта доля составила 2,18%, а если говорить об отношении выделенной суммы к ВВП, то только 1,06%. В развитых странах последний показатель значительно выше (в 2000 г.: Япония – 2,9%; США – 2,8%; Германия – 2,7%; Франция – 2,4%; Великобритания – 2,3%), не говоря уже об абсолютном уровне ассигнований.

Очевидно то, что наука, в том числе и в регионах, не может развиваться без поддержки государственной власти, которая, на наш взгляд, может быть выражена в выработке определенной гласной стратегии в системной поддержке опережающего научно-технического развития региона, основанной на перспективном графике выделения бюджетных средств на эти цели подобно графику президента, что, безусловно, позволит ускорить развитие региональной экономики и повысить ее конкурентоспособность, а следовательно, и уровень жизни населения Вологодской области.

### *3.1.2. Социально-психологический потенциал*

Социально-психологический потенциал, наряду с энергетическим, является составляющей третьего уровня в системе качества трудового потенциала населения. С одной стороны, он отражает уровень адаптации трудящихся к изменяющимся условиям социальной среды. С другой стороны, в современном менеджменте психологический фактор рассматривается как важнейшее условие роста производительности труда. Недооценка этого фактора значительно снижает эффективность управления качеством трудового потенциала.

Значение данного показателя на протяжении всего периода исследований заметно превышало уровень индексов энергетического потенциала, не претерпевая существенных колебаний. Однако рост индекса, наметившийся с 2000 г., в 2003 г. сменился заметным спадом (см. рис. 10). Причиной негативной динамики является снижение уровня показателей социально-психологической составляющей – коммуникативного потенциала и социальной активности.

**Коммуникативный потенциал.** В условиях рыночной экономики постоянно повышаются требования к таким качествам работника, как способность к общению и взаимодействию. Коммуникабельность и культурный уровень формируют коммуникативный потенциал, который отражает способность человека к конструктивному и творческому общению, сотрудничеству с другими людьми.

Социально-культурная активность населения свидетельствует о результативности «вложений в человека» материальных и духовных ресурсов общества, о реально созданных условиях для развития общества<sup>1</sup>. В то же время культура является значимым фактором реакции населения на новые элементы экономической системы. Она проявляется в качестве, интенсивности и дисциплине труда людей, умении взаимодействовать в процессе производства, восприимчивости к достижениям научно-технического прогресса, а в конечном итоге – в уровне производительности труда. В контексте исследования качества трудового потенциала *культурный уровень* человека оценивался сквозь призму уровня как внешней (знание этикета, хорошие манеры), так и внутренней культуры (поддержание здорового образа жизни, общекультурные знания и навыки).

В период 1997 – 2000 гг. показатель культурного уровня населения оставался относительно невысоким. Однако после 2000 г. его значение существенно увеличилось и в 2002 г. достигло отметки 0,699 ед. В 2003 г. последовало снижение данного показателя до 0,643 ед. (рис. 21).

---

<sup>1</sup> Мужчина, женщина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог». – М., 2001. – С. 253.

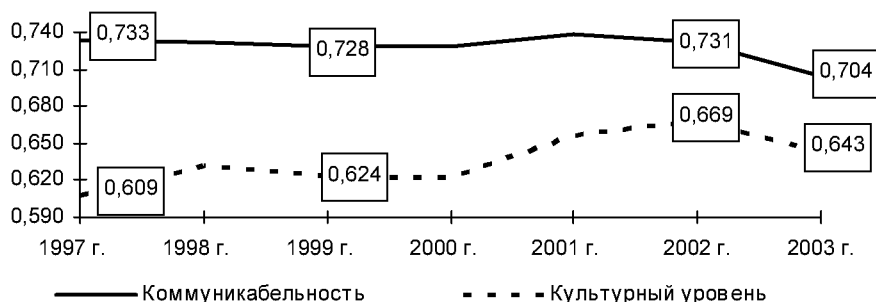


Рис. 21. Динамика индексов культурного уровня и коммуникабельности населения Вологодской области

В целом за 2002 – 2003 гг. сократилась доля жителей области, которым в достаточной и полной мере свойственно умение слушать собеседника (с 68 до 63% соответственно); дружелюбие (с 76 до 70%); тактичность (с 64 до 58%); умение хорошо выполнять свою работу (с 71 до 67%); умение хорошо выглядеть (с 59 до 54%); умение уступать (с 54 до 49%).

Негативные изменения в динамике индекса культурного потенциала были характерны в 2003 г. для всех социально-демографических групп населения региона. В то же время анализ данных показывает и определенные различия в уровнях этого показателя у различных категорий. Если в возрастном аспекте они практически незаметны, то образовательные особенности накладывали на них существенный отпечаток. Более высокие индексы культурного уровня устойчиво демонстрировали опрошенные с более высоким уровнем образования (табл. 3.19).

Таблица 3.19

Динамика индексов культурного уровня населения Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территории	<b>Область</b>	<b>0,609</b>	<b>0,632</b>	<b>0,624</b>	<b>0,622</b>	<b>0,656</b>	<b>0,669</b>	<b>0,643</b>
	Вологда	0,648	0,645	0,663	0,651	0,674	0,670	0,655
	Череповец	0,585	0,639	0,682	0,649	0,662	0,676	0,679
	Районы	0,603	0,613	0,573	0,589	0,643	0,665	0,605
Пол	Мужчины	0,611	0,639	0,607	0,624	0,661	0,676	0,630
	Женщины	0,606	0,620	0,637	0,621	0,653	0,665	0,655
Возраст	До 35 лет	0,635	0,646	0,639	0,645	0,672	0,687	0,647
	Старше 35 лет	0,591	0,612	0,607	0,604	0,636	0,651	0,640
Образование	Ниже среднего и среднее	0,588	0,611	0,580	0,604	0,643	0,652	0,604
	Среднее специальное	0,616	0,619	0,630	0,624	0,646	0,663	0,629
	Высшее и н/высшее	0,625	0,660	0,697	0,657	0,689	0,699	0,697

Учитывая то, что более высокий уровень образования человека, как правило, сопровождается соответствующим культурным потенциалом, наблюдаемые различия вполне объяснимы.

*Коммуникабельность* характеризует работника как члена коллектива, участвующего в процессе общественного производства. Она показывает способность человека налаживать и поддерживать контакт с другими людьми, находить выход из трудного положения, принимать ответственные решения. В рамках методики измерения качества трудового потенциала уровень коммуникабельности трудящихся выявляется с помощью теста на способность к общению.

Показатель коммуникабельности, являясь одним из самых высоких, наиболее устойчив среди остальных показателей качества трудового потенциала. В 1997 г. значение этого индекса составляло 0,733 ед. В дальнейшем заметных колебаний показателя не происходило, но в 2003 г. его значение уменьшилось до 0,704 ед. (см. рис. 21). Причиной этого оказалось, в частности, постепенное сокращение доли тех, кому не свойственны быстрое раздражение при общении с людьми (с 53% в 2001 г. до 41%); чувство одиночества в обществе (с 53% в 2001 до 45% в 2003 г.). Общий характер динамики коммуникативного потенциала говорит о том, что социальные связи среди трудящихся в основном сохраняют свою устойчивость, не подвергаясь влиянию резких кризисных изменений в экономике и общественно-политической жизни. Это является важным сдерживающим фактором, позволяющим предохранять психологический климат на предприятиях и в организациях народнохозяйственного комплекса региона от излишнего напряжения и конфликтов.

Более высокими значениями этого показателя в 2003 г. оказались у трудящихся старших возрастных категорий, до этого момента характеризовавшие молодых респондентов (табл. 3.20). Выше коммуникабельность и у тех, кто имеет высшее образование, что связано со спецификой профессиональной подготовки представителей этой группы и с особенностями их трудовой деятельности, носящей в большей степени интеллектуальный характер.

Таблица 3.20

Динамика индексов коммуникабельности населения  
Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,733</b>	<b>0,732</b>	<b>0,728</b>	<b>0,729</b>	<b>0,739</b>	<b>0,731</b>	<b>0,704</b>
	Вологда	0,743	0,714	0,729	0,738	0,759	0,729	0,708
	Череповец	0,733	0,739	0,739	0,738	0,743	0,753	0,731
	Районы	0,729	0,729	0,721	0,718	0,726	0,719	0,685
Пол	Мужчины	0,739	0,729	0,721	0,730	0,737	0,730	0,696
	Женщины	0,728	0,727	0,733	0,729	0,741	0,732	0,712
Возраст	До 35 лет	0,740	0,732	0,731	0,739	0,747	0,737	0,702
	Старше 35 лет	0,729	0,724	0,724	0,721	0,730	0,726	0,710
Образование	Ниже среднего и среднее	0,726	0,714	0,707	0,708	0,715	0,716	0,690
	Среднее специальное	0,737	0,722	0,730	0,744	0,750	0,726	0,691
	Высшее и н/высшее	0,738	0,751	0,764	0,752	0,761	0,756	0,733

**Социальная активность.** Основным содержанием социальной активности – одного из элементов социально-психологического потенциала – является потребность в достижении. Она характеризует человека с точки зрения его стремления к повышению своего социального статуса, а также соотношения его целей и средств их достижения. Статус общества исходя из уровня его социальной зрелости определяется тем, насколько широки возможности для свободного развития граждан, реализации способностей, творческого потенциала.

Индекс социальной активности в рамках методики измерения качества трудового потенциала образуется в результате агрегирования качеств, соответствующих первичному уровню – нравственности и социальных притязаний.

*Потребность в достижении* – это свойство индивида, которое характеризует его стремление к повышению своего социального статуса (получение высшего образования, квалификации, изменение должностного положения и т.п.), к ориентации на достижение высокого материального положения, на общественно-политическую деятельность.

Значение индекса социальных притязаний заметно возросло в 2001 – 2002 гг. и в 2003 г. осталось без существенных изменений (рис. 22). Это обусловлено неизменностью доли жителей области, планирующих заняться творческим трудом (13% в 2003 г.), добиться высокого материального положения (48% в 2002 г.; 50%



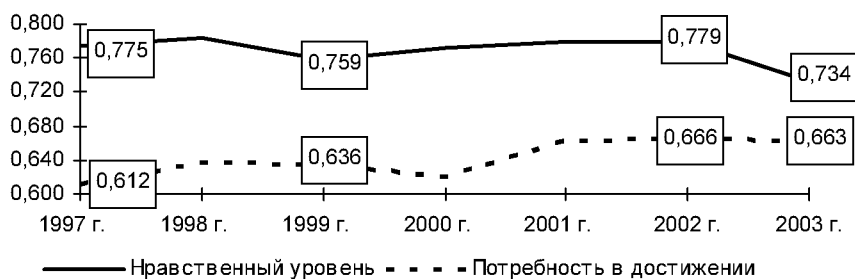


Рис. 22. Динамика индексов нравственного уровня и потребности в достижении населения Вологодской области

в 2003 г.), заняться предпринимательской деятельностью (19 и 20% соответственно), занять высокое положение в обществе (27 и 32%), добиться общественного признания (17 и 23%).

Позитивные перемены в жизненных планах трудящихся в последние годы свидетельствуют об усилении ориентации на повышение своего статуса в обществе, достижение материального достатка, а также личной готовности к действиям ради улучшения своего положения.

Таким образом, и в 2003 г. сохраняется нацеленность жителей региона на повышение своего социального статуса.

Рост индекса потребности в достижении после 2000 г. характерен для всех категорий трудящегося населения региона (табл. 3.21).

Таблица 3.21

Динамика индексов потребности в достижении населения Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,612</b>	<b>0,637</b>	<b>0,636</b>	<b>0,621</b>	<b>0,662</b>	<b>0,666</b>	<b>0,663</b>
	Вологда	0,640	0,625	0,643	0,644	0,691	0,706	0,671
	Череповец	0,622	0,642	0,684	0,615	0,667	0,666	0,693
	Районы	0,595	0,631	0,604	0,611	0,643	0,643	0,663
Пол	Мужчины	0,614	0,637	0,634	0,618	0,667	0,675	0,665
	Женщины	0,611	0,630	0,638	0,623	0,658	0,659	0,663
Возраст	До 35 лет	0,676	0,671	0,676	0,675	0,707	0,713	0,694
	Старше 35 лет	0,571	0,596	0,586	0,576	0,605	0,616	0,620
Образование	Ниже среднего и среднее	0,606	0,620	0,613	0,610	0,655	0,663	0,656
	Среднее специальное	0,588	0,631	0,632	0,613	0,643	0,649	0,635
	Высшее и н/высшее	0,642	0,652	0,683	0,655	0,696	0,689	0,696

Что касается социальных «особенностей» данного показателя, то можно отметить, что более высокие его значения имеют

жители крупных городов области, где возможности повышения своего социального статуса объективно шире, чем в сельских районах. Стимулирующую роль в повышении статусных позиций играет также уровень образования, причем в двояком смысле. С одной стороны, наиболее высокой потребностью в достижении обладают работники с незаконченным высшим и высшим образованием. С другой стороны, те, кто обладает средним и ниже образованием, демонстрируют более высокий уровень социальных притязаний, нежели трудящиеся со средним специальным образованием. Это является позитивным фактом и говорит о нацеленности наименее квалифицированных работников на повышение своего статуса.

Высокий уровень социальных притязаний присущ, как правило, людям социально активным, инициативным, способным идти даже на риск для достижения поставленных целей. Так, среди отвечавших на вопрос: «Если бы Вы могли выбирать, то что бы Вы предпочли?» самый высокий индекс этого качества на протяжении всего периода наблюдений принадлежит группе респондентов, готовых «вести на свой страх и риск собственное дело», и низкий – тем, кто предпочитает «гарантированные, стабильные, но невысокие доходы на государственном предприятии».

В социальном плане это качество дифференцировано по группам населения (табл. 3.22). Наиболее ярко потребность в достижении жизненного успеха выражена у предпринимателей, слабее – у рабочих, служащих и в других группах, а положительная динамика этого качества более отчетливо проявилась в среде инженерно-технических работников, специалистов производственной сферы (учителя, врачи, научные работники и др.).

Таблица 3.22

Потребность в достижении в разрезе социально-профессиональных групп

Социальное положение	Годы							
	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Руководитель госпредприятия	0,693	0,561	0,593	0,769	0,643	0,727	0,618	0,734
Предприниматель	0,724	0,641	0,688	0,706	0,676	0,692	0,711	0,731
Работник органов управления	0,625	0,601	0,611	0,594	0,599	0,614	0,649	0,729
Учащийся, студент	0,731	0,725	0,705	0,714	0,753	0,750	0,756	0,720
ИТР	0,626	0,601	0,637	0,647	0,642	0,670	0,668	0,665
Служащий	0,619	0,576	0,628	0,630	0,610	0,648	0,646	0,649
Рабочий	0,615	0,564	0,596	0,586	0,586	0,629	0,632	0,624
Другие	0,601	0,612	0,620	0,617	0,587	0,634	0,615	0,639

В основном это работники бюджетной сферы, для которых рост социальной активности определяет стратегию выживания в условиях низкой оплаты труда. Социальные притязания других групп в основном остались на прежнем уровне или даже понизились, в том числе и у предпринимателей, обладающих наиболее высоким уровнем этого качества.

Отмечая возросший уровень потребности в достижении жизненного успеха, выявим и скрытое в этом качестве противоречие. Как известно, социальные притязания могут быть реализованы разными путями и способами. Они могут стимулировать инициативу, поиск нестандартных решений, трудовую активность, а иногда достигаются не самыми достойными способами. Мерилом в соотношении целей и средств их достижения является нравственность.

Нравственность и эффективность трудовой деятельности, по мнению многих исследователей, не всегда являются совместимыми понятиями<sup>1</sup>. Однако важность нравственности населения для нормальной экономической деятельности всегда отмечалась в научной и практической литературе. Авторы методики отмечают, что измерение и оценка нравственного уровня – дело совершенно новое и практически еще не решенное до конца, поэтому они предупреждают, что к полученным данным нужно относиться с достаточной степенью осторожности.

*Нравственный уровень* отражает способ осуществления жизненных планов, моральное поведение человека. Он оценивается по отношению к нравственным (общечеловеческим) ценностям: честности, справедливости, отзывчивости, чуткости к другим людям, уважению к людям других национальностей, к личной, частной, коллективной и государственной собственности, добросовестное отношение к гражданскому долгу, к служебным обязанностям и т.п.

В течение всего периода измерений значения индексов нравственности остаются одними из самых стабильных и высоких среди всего комплекса показателей качества трудового потенциала населения региона. Несколько снизившись в 1999 г., в 2000 – 2002 гг.

---

<sup>1</sup> Попугаев А.И., Гулин К.А., Короленко Н.А., Селиванов Е.А., Тихомирова Г.В. Состояние здоровья населения региона: тенденции и перспективы. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2003. – С. 36.

данный показатель вновь достиг уровня 1997 г. В 2003 г. он также остался на высоком уровне, несмотря на заметное его снижение до 0,734 ед. (см. рис. 22).

Это обусловлено тем, что за период с 2002 по 2003 гг. сократилась доля респондентов, для которых очень важны следующие качества: честность – с 53 до 46% соответственно; уважение взглядов других людей – 35 и 30%; чувство собственного достоинства – 50 и 43%; профессионализм – 38 и 34%; уважение к родителям – 65 и 58%; порядочность – 56 и 49%; законопослушность – 32 и 28%. В целом же подавляющее большинство населения сохраняет приверженность таким ценностям, как уважение к родителям, старшим, окружающим, ответственность за свои поступки и т.д.

Среди различных социальных групп более высокими показателями нравственного потенциала стабильно выделяются женщины, представители среднего и старшего возраста (более 35 лет), а также лица, имеющие среднее специальное и незаконченное высшее либо высшее образование (табл. 3.23).

Таблица 3.23

Динамика индексов нравственного уровня населения  
Вологодской области

Критерий	Группа	Годы						
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
Территория	<b>Область</b>	<b>0,775</b>	<b>0,784</b>	<b>0,759</b>	<b>0,772</b>	<b>0,779</b>	<b>0,779</b>	<b>0,734</b>
	Вологда	0,774	0,772	0,759	0,759	0,769	0,757	0,716
	Череповец	0,736	0,757	0,762	0,782	0,788	0,777	0,768
	Районы	0,795	0,794	0,756	0,774	0,780	0,793	0,714
Пол	Мужчины	0,750	0,765	0,735	0,750	0,757	0,764	0,701
	Женщины	0,796	0,792	0,776	0,790	0,793	0,790	0,762
Возраст	До 35 лет	0,754	0,765	0,741	0,756	0,763	0,771	0,716
	Старше 35 лет	0,789	0,794	0,780	0,786	0,798	0,788	0,762
Образование	Ниже среднего и среднее	0,762	0,769	0,723	0,758	0,762	0,766	0,702
	Среднее специальное	0,787	0,786	0,777	0,784	0,789	0,791	0,727
	Высшее и н/высшее	0,778	0,785	0,795	0,787	0,790	0,782	0,775

Принципиальных различий между различными категориями населения пока не прослеживается, все из них демонстрируют достаточно высокие показатели нравственного уровня. В то же время с точки зрения перспектив качественного состояния трудового потенциала населения важное значение будет иметь более углубленное исследование динамики нравственных установок подрастающих поколений, социализация которых началась в «перестроечные» и «реформенные» годы.

### 3.2. Соответствие качества трудового потенциала требованиям рабочих мест

Тенденции развития российской экономической системы предъявляют новые требования к качественным характеристикам трудового потенциала. В этой связи заметно повысились требования работодателей к качеству рабочей силы.

В динамике индексов требований<sup>1</sup> за период с 1996 по 2003 гг. сохраняется постоянная закономерность: качество трудового потенциала практически всегда ниже интегральных индексов требований рабочих мест. Исключение составляет только нравственный потенциал, оценка качества которого примерно соответствует требованиям рабочих мест, хотя и здесь в 2003 г. наметился разрыв между ними в пользу последнего показателя (табл. 3.24).

Требования рабочих мест к первичным качествам трудового потенциала можно условно разделить на четыре группы. Наиболее высокий уровень характерен для требований к физическому и психическому здоровью, а также коммуникабельности работников. Средний уровень составляют требования к показателям культуры и нравственности, ниже среднего – к когнитивному потенциалу. Наконец, четвертый, наиболее низкий уровень – требования к социальным притязаниям и творческому уровню работников.

Следует, однако, отметить, что после 1999 г. отмечается рост требований рабочих мест именно к последним двум качествам. Это, на наш взгляд, является следствием экономической и социальной устойчивости, характерной для «постдефолтного» периода, а также постепенного утверждения рыночных принципов хозяйствования в российской экономике. Уже недостаточно хорошо выполнять свою часть работы, важным становится стремление работника к самосовершенствованию и карьерному росту,

---

<sup>1</sup> Измерение и оценка требований, предъявляемых к работникам, выявлялось и измерялось с помощью шкалы, описывающей 8 блоков: физическое и психическое здоровье, когнитивный потенциал и творческие способности, культурный уровень и коммуникабельность, нравственность и социальные притязания. Респондент оценивал, в какой мере каждое из них влияет на достижение успеха в деятельности, которой он занят в настоящее время (учеба, работа) или был занят недавно, если он безработный. Индекс требований рассчитывается по данной методике как среднее геометрическое индекса требований к социальному потенциалу и индекса требований к энергетическому потенциалу.

Таблица 3.24

**Динамика соответствия качества трудового потенциала  
требованиям рабочих мест (индексы)**

Качественные характеристики	Показатели	Годы опроса				
		1997	2000	2001	2002	2003
Физическое здоровье	Требования рабочего места	0,803	0,815	0,801	0,793	0,791
	Качество трудового потенциала	0,682	0,677	0,684	0,682	0,662
	<i>Разрыв</i>	0,121	0,138	0,117	0,111	0,129
Психическое здоровье	Требования рабочего места	0,788	0,768	0,784	0,768	0,778
	Качество трудового потенциала	0,699	0,690	0,706	0,680	0,696
	<i>Разрыв</i>	0,089	0,078	0,078	0,088	0,082
Знаниевый потенциал	Требования рабочего места	0,736	0,693	0,720	0,728	0,728
	Качество трудового потенциала	0,630	0,637	0,638	0,635	0,602
	<i>Разрыв</i>	0,106	0,056	0,082	0,093	0,126
Творческие способности	Требования рабочего места	0,647	0,608	0,626	0,644	0,667
	Качество трудового потенциала	0,593	0,584	0,598	0,587	0,558
	<i>Разрыв</i>	0,054	0,024	0,028	0,057	0,109
Культурный уровень	Требования рабочего места	0,778	0,751	0,764	0,763	0,755
	Качество трудового потенциала	0,609	0,622	0,656	0,669	0,643
	<i>Разрыв</i>	0,169	0,129	0,108	0,094	0,112
Коммуникабельность	Требования рабочего места	0,820	0,809	0,821	0,800	0,798
	Качество трудового потенциала	0,733	0,730	0,739	0,731	0,704
	<i>Разрыв</i>	0,087	0,079	0,082	0,069	0,094
Нравственность	Требования рабочего места	0,780	0,774	0,781	0,776	0,752
	Качество трудового потенциала	0,775	0,772	0,779	0,779	0,734
	<i>Разрыв</i>	0,005	0,002	0,002	+0,003	0,019
Социальные притязания	Требования рабочего места	0,669	0,670	0,681	0,687	0,706
	Качество трудового потенциала	0,612	0,621	0,662	0,666	0,663
	<i>Разрыв</i>	0,057	0,049	0,019	0,021	0,043
Дееспособность	Требования рабочего места	0,721	0,704	0,744	0,722	0,722
	Качество трудового потенциала	0,547	0,654	0,681	0,667	0,645
	<i>Разрыв</i>	0,174	0,050	0,063	0,055	0,077

поощряется творческий подход к труду, инициатива, в конечном итоге приводящая к повышению эффективности деятельности как отдельных подразделений, так и предприятий, учреждений.

Но если динамика потребности в достижении трудящихся в определенной степени соответствует этой тенденции, то их творческая активность пока остается на крайне низком уровне. В своих социальных притязаниях работники ориентированы, скорее, на конечный результат, связанный с приобретением определенных статусных позиций, нежели на процесс их достижения. Этому способствуют и сложившиеся сегодня стереотипы поведения, нацеливающие на быстрый материальный успех, воспринимаемые прежде всего молодыми работниками – основными носителями творческого потенциала. Вместе с тем логика разви-

тия требует интенсификации именно творческой активности на рабочих местах (особенно в непроизводственной сфере), поэтому в ближайшие годы следует, на наш взгляд, ожидать активизации именно этого фактора.

В возрастном разрезе наиболее высокие требования предъявляются к молодым работникам (до 30 лет). Это соответствует высоким показателям социальной дееспособности у данной группы трудящихся, но в то же время определяет более ощутимый по сравнению с работниками среднего и старшего возраста разрыв между интегральным качеством трудового потенциала и требованиями рабочих мест (в пользу последних). Среди частных показателей примерно равны для всех возрастных групп требования к психическому здоровью и нравственному состоянию. Для молодежи более жесткие критерии ставятся в отношении творческих способностей, культурного уровня, коммуникабельности, социальных притязаний, знаниевого потенциала. По последнему параметру приблизительно такой же уровень требований предъявляется к средней возрастной группе, причем ее наличный потенциал значительно выше, чем у молодых работников. Единственная характеристика, по которой с увеличением возраста работника требования возрастают, – это качество физического здоровья, хотя его потенциал, напротив, уменьшается (приложение, табл. 4).

Наиболее высокие требования к качеству трудового потенциала по большинству параметров предъявляются к работникам, занятым в сфере финансов и страхования. Не случайно общий уровень требований здесь (0,804) существенно выше среднего уровня (0,722).

Значительно выше среднего (более 0,1 балла) в этих отраслях требования к когнитивному и творческому потенциалу, коммуникабельности. Высок уровень требований рабочих мест (0,809) в отраслях социальной сферы, где большое внимание уделяется качествам, необходимым в работе с людьми, – коммуникабельности, нравственности, культурному уровню, психическому здоровью. Примерно равен общий уровень требований рабочих мест в управлении (0,774) и сфере Вооруженных Сил и охраны общественного порядка (0,776). При этом в «силовых» структурах наиболее востребованы параметры здоровья работников и потреб-

ность в достижении, в органах управления – коммуникабельность, культурный и нравственный уровень. Близко к общему показателю находится средний уровень требований рабочих мест в сфере торговли и бытового обслуживания (0,742), заметно ниже его – уровень требований в промышленности (0,704), сельском и лесном хозяйстве (0,707) [приложение, табл. 5].

Интересные результаты дает сопоставление полученных данных с уровнем заработной платы по отраслям экономики области (приложение, табл. 6). Так, повышенному уровню требований рабочих мест в сфере финансов и страхования соответствует высокий уровень вознаграждения за труд, что позволяет занятым там работникам рассчитывать на адекватные своим трудозатратам воспроизводственные возможности. Примерно соответствует оценке требований рабочих мест относительный уровень оплаты труда в торговле, сельском и лесном хозяйстве. В промышленности критерии рабочих мест ниже, а уровень заработной платы – ниже среднего по всем отраслям экономики, что объясняется, с одной стороны, сохраняющимся с советских времен приоритетом материального производства в перераспределении финансовых ресурсов, с другой – значительным разрывом в вознаграждении за труд между высоко- и низкооплачиваемыми работниками. Обратная ситуация наблюдается в управлении и особенно в отраслях социальной сферы. Здесь относительный уровень заработной платы существенно отстает от предъявляемых работникам требований, что негативно сказывается на творческой активности, мотивации и эффективности труда и создает высокие риски депрофессионализации занятых.

Таким образом, качественные показатели состояния трудового потенциала во многом определяются динамикой физического и психического здоровья. Ухудшение показателей здоровья является негативным демографическим процессом, влекущим за собой понижение качественных характеристик работающих. Результаты исследований, проведенных в 2003 г., показывают, что формирование качественных параметров населения приобрело негативную направленность.



## ГЛАВА 4

### КАЧЕСТВО ТРУДОВОЙ ЖИЗНИ

Качественные характеристики экономически активного населения являются основой для реализации его трудовых способностей. Однако не меньшее значение в данной связи имеют конкретные условия приложения этих способностей, то есть состояние рабочих мест. Для анализа этих условий в научной литературе используется категория «качество трудовой жизни». Она отражает восприятие людьми условий труда и жизни в коллективе: удовлетворенность трудом, существующей практикой контроля и стимулирования, стилем руководства, пребыванием в коллективе, наличие чувства безопасности, уверенности работников в будущем<sup>1</sup>. Качество трудовой жизни, с одной стороны, характеризует уровень благоприятствования физическому и психическому состоянию работников. С другой стороны, оно отражает степень реализации их индивидуальных способностей, способствует удовлетворению потребностей работника в самосовершенствовании и повышении своего служебного и социального статуса.

Одним из показателей, отражающих восприятие работниками своей организации, является отношение к труду, которое состоит из трех элементов: мотивов и ценностных ориентаций, реального трудового поведения и оценки работником своего поведения в трудовой ситуации<sup>2</sup>. На отношение к труду влияют производственные (организация, условия труда), социальные (групповые отношения) и психологические (особенности личности) факторы.

Проведенные нами исследования 2002 – 2003 гг. показывают, что наиболее значимым в своей работе большинство работающего населения региона считает оплату труда – 74%. Немаловажную роль играют также условия работы – 61% респондентов, а также отношения с сотрудниками – 41%, уверенность в будущем, гарантия занятости, стабильность – 40%. Особенно важен последний фактор для череповчан – 44% опрошенных. Для районных жителей больше, чем для трудящихся в крупных городах, значимо наличие безопасности труда (31% респондентов) и дополнительных

---

<sup>1</sup> Спивак В.А. Корпоративная культура. – СПб.: Питер, 2001. – С. 94-95.

<sup>2</sup> Там же. – С. 97.

льгот (30%). Доля трудящихся, для которой большое значение имеет информированность о делах фирмы и ответственность, составляет, в целом по области, всего 8 и 9 % соответственно (приложение, табл. 7).

Факторы отношения к труду имеют определенную гендерную специфику. Женщины, в отличие от мужчин, большее значение придают наличию стабильности (44%; среди мужчин – 34%), отношениям с сотрудниками (46 и 34%), признанию и одобрению результатов работы (21 и 16%). Для мужчин более значима заработная плата (77%; среди женщин – 71%).

Факторы заработной платы, условий работы и наличия чувства уверенности в будущем, гарантии занятости, стабильности являются наиболее значимыми в трудовой деятельности для всех категорий трудящихся, независимо от пола и возраста. С возрастом значимость оплаты и условий труда, как правило, возрастает. Для старшего возраста большее значение имеют отношения с подчиненными. Для молодых работников, по сравнению с остальными, более значимы уверенность в будущем и стабильность, отношения с сотрудниками, возможность достижения успеха на работе и продвижения по службе, творческого и личного роста (приложение, табл. 8).

Фактор заработной платы является самым значимым для большинства работников, вне зависимости от формы собственности предприятий и организаций, на которых они заняты. В целом принципиальных отличий в мотивации трудящихся по этому критерию не обнаружено. В несколько большей степени работникам малых предприятий присущи мотивы непосредственного участия в принятии решений. Занятые на государственных предприятиях чаще выделяют условия работы, отношения с сотрудниками и с начальством, стиль руководства. Сотрудники акционерных обществ чаще, чем другие, выделяют наличие дополнительных льгот (приложение, табл. 9).

Как можно видеть, наиболее значимый фактор отношения к труду – уровень заработной платы. Он же выступает тем аспектом, который вызывает наибольшее беспокойство большей части (72%) занятого населения. В этой связи чрезвычайно важным элементом является представление работника о той оплате труда, которой он реально заслуживает. Если она отвечает уровню, сочетающему интересы работника и работодателя, то это удов-

летворяет такие требования, как заинтересованность в росте производительности труда, качестве его результатов, способствует активизации новаторских инициатив работников. В таком случае работа гарантирует им стабильную занятость и рост зарплаты, что в свою очередь поддерживает устойчивость, конкурентоспособность и развитие организации. Если же оплата труда ниже ее нормального уровня, работник теряет стимул к максимальной отдаче на работе и творческому отношению к ней, вынужден изыскивать возможности дополнительной занятости.

В Вологодской области в период 1991 – 2002 гг. происходил постоянный прирост номинальных размеров среднемесячной заработной платы в расчете на одного трудящегося. Однако параллельный рост уровня потребительских цен замедлял или полностью нивелировал увеличение ее реального уровня (таблица). Наиболее ощутимый удар по покупательной способности заработной платы был нанесен финансово-экономическим кризисом 1998 г. В последующий период, в связи с оживлением экономической ситуации в стране, темпы прироста реальной зарплаты значительно возросли, что позволило превзойти уровень 1995 г. на 36%. Однако нельзя не отметить тенденции замедления темпов роста реальной заработной платы в 2001 – 2002 гг., что говорит об ограниченности текущих возможностей выхода этого показателя на новый качественный уровень.

#### Динамика заработной платы в Вологодской области

Показатель	Годы									
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	
Среднемесячная начисленная заработная плата, руб.	550	562	896	1 049	1 187	1 673	2 562	3 511	4 497	
В % к уровню СЗФО	н/д	106,2	102,8	99,3	101,8	97,2	101,2	96,1	89,8	
В % к уровню РФ	100,4	119,1	113,4	110,4	112,8	109,8	115,2	108,4	101,9	
Реальная среднемесячная заработная плата, в %										
	– к предыдущему году	н/д	88,0	106,5	102,2	94,1	79,9	128,0	116,0	111,8
	– к 1995 г.	н/д	100	106,5	108,8	102,4	81,8	104,7	121,5	135,8
– к 1991 г.	100	н/д	н/д	н/д.	н/д	н/д	н/д	н/д	н/д	
Наборов прожит. мин. для трудоспособного населения	**	1,80	2,10	2,22	2,14	1,39	2,19	2,50	2,25	
Наборов прожит. мин. для семьи из 2 трудоспособных и 1 несовершеннолетнего	**	1,25	1,48	1,56	1,49	1,05	1,51	1,73	1,55	

\* 1995 – 1997 гг. – тысяч рублей.

\*\* Прожиточный минимум не рассчитывался.

Серьезной проблемой, требующей постановки и решения, является невысокая покупательная способность заработной платы, которая осталась, по сути, на уровне «предкризисного» 1997 г. Так, 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, может обеспечить только 1,55 набора прожиточного минимума на человека (см. табл.). С формальной точки зрения, уровень заработной платы значительно выше. Однако не следует забывать, что прожиточный минимум как критерий бедности изначально был установлен в 1992 г. в качестве временного показателя на переходный период и содержит минимальные наборы продуктов питания, непродовольственных товаров и услуг, необходимых для сохранения здоровья и обеспечения его жизнедеятельности. Представляется, что он должен быть в 3 – 3,5 раза выше уровня, который составлял на 1 декабря 2003 г. 2 022 руб. в среднем на душу населения.

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./час. Как показывают многочисленные исследования, ниже среднемесячной заработной платы порядка 350 – 400 долл. начинается процесс вырождения трудового потенциала<sup>1</sup>. В пересчете это составляет примерно 9,5 – 12 тыс. руб., то есть выше среднего уровня заработной платы, зафиксированного в 2002 г., в 2,1 – 2,7 раза. Если сравнивать с этой цифрой среднедушевой денежный доход жителей региона, то разрыв окажется еще более существенным, достигая 2,8 – 3,5 раза.

Как показывают результаты исследования, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в октябре 2002 г.<sup>2</sup>, вполне устраивает заработок только 7% трудящихся региона, частично устраивает – 27%. Почти половину трудящихся (46%) размер их заработка совершенно не устраивает (рис. 23). Особенное недовольство по этому поводу выразили жители Вологды – 51%, в меньшей степени –

---

<sup>1</sup> Львов Д.С. Экономика развития. – М., 2002. – С. 291-292.

<sup>2</sup> Опрошено 1500 человек в гг. Вологде и Череповце и 8 муниципальных районах области.

Череповца (46%) и районов области (44%). Большое влияние на степень удовлетворенности оплатой труда трудящихся, безусловно, оказывает стоимость жизни в месте их проживания. Так, меньший удельный вес жителей села, не удовлетворенных размером заработка, во многом является следствием их меньших материальных притязаний. К тому же в районах более значимой для трудящегося населения является вторичная занятость в натуральном личном хозяйстве, позволяющая решать многие проблемы с обеспечением потребностей своих семей в продуктах питания.

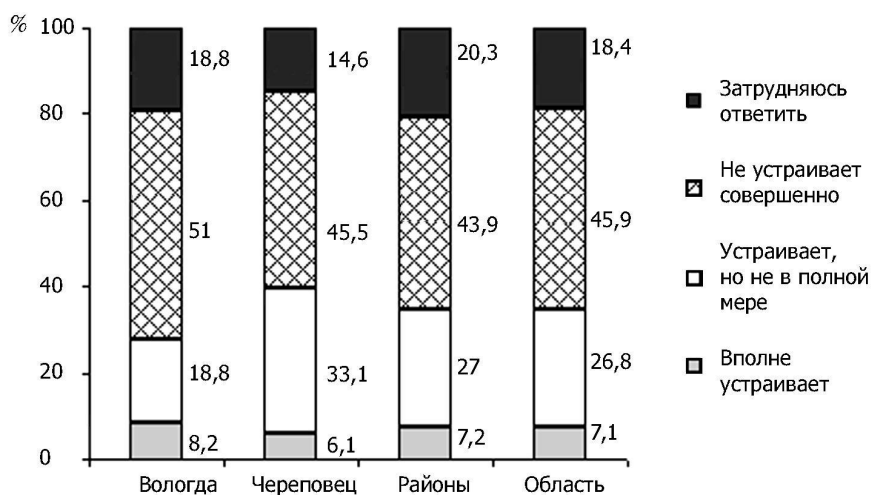


Рис. 23. Распределение ответов на вопрос: «Устраивает ли Вас размер заработка, который Вы получаете?»

В возрастном плане принципиальных различий в степени удовлетворенности работников размером оплаты труда не отмечается (приложение, табл. 10). Наибольшая доля неудовлетворенных оплатой труда отмечается среди трудящихся среднего (от 30 до 55 лет) возраста – 49%. В то же время среди них наиболее велик удельный вес тех, кого размер заработка вполне устраивает (8%) либо устраивает, но не в полной мере (30%). Для старшей возрастной группы (старше 55 лет) характерным является повышенная (32%) доля опрошенных, затруднившихся определить, устраивает их или нет оплата труда.

Определенный отпечаток на степень удовлетворенности трудящихся размером оплаты труда накладывает их образовательный уровень (приложение, табл. 11). Среди работников с высшим и незаконченным высшим образованием полностью устраивает

заработок 10%, частично – 32%, со средним специальным – соответственно 5 и 25%, со средним и ниже среднего – только 3 и 20%. В наибольшей степени не удовлетворены оплатой своего труда работники со средним специальным образованием (51%). Среди лиц со средним образованием и ниже достаточно велик (32%) удельный вес тех, кто затрудняется определить степень своей удовлетворенности заработной платой.

Рассматривая данные показатели в разрезе различных форм собственности (приложение, табл. 12), можно отметить, что наибольшая доля лиц, полностью не удовлетворенных размером своего заработка, отмечается в акционерных обществах (53%), а также на госбюджетных предприятиях и в учреждениях (49%). Несколько меньше озабочены этой проблемой работники частных предприятий, но и здесь достаточно велик удельный вес неудовлетворенных оплатой труда. На общем фоне выделяются трудящиеся предприятий совместной формы собственности, среди которых совершенно не устраивает заработок 16% опрошенных.

Только 15% трудящихся региона отметили, что размер их заработка эквивалентен их образованию, уровню квалификации и профессионализма. Еще 7% респондентов самокритично отметили, что оплата их труда по отношению к этим факторам является завышенной. По мнению же преобладающей части трудящихся (48%), оплата их труда ниже той, которая должна соответствовать их профессионально-квалификационным качествам (рис. 24).

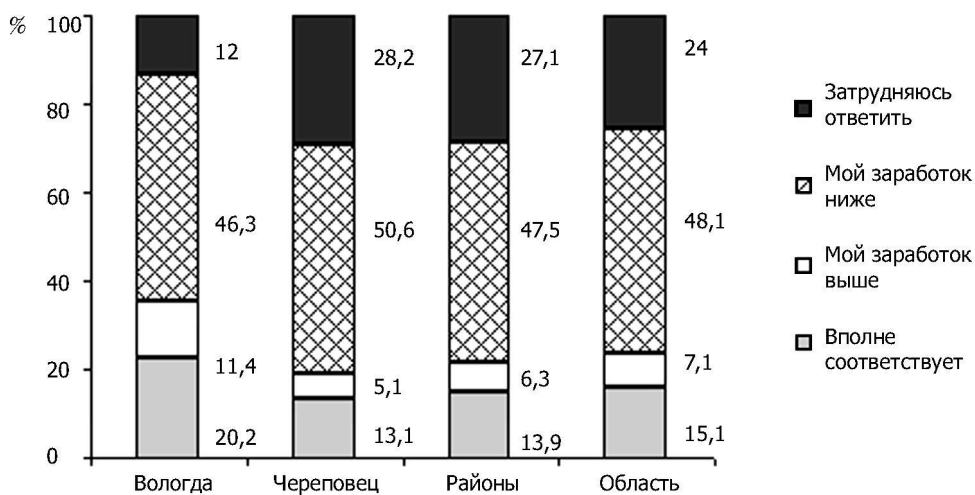


Рис. 24. Распределение ответов на вопрос: «Соответствует ли заработок Вашему образованию, уровню квалификации и профессионализма?»

Заниженным свой заработок считают прежде всего трудящиеся среднего возраста (56%), работники со средним (49%) и особенно высшим (51%) образованием, а также занятые в акционерных обществах (62%), госбюджетной сфере (58%). Интересно, что, несмотря на достаточно удовлетворительный характер оценок размера своего заработка работниками совместных предприятий и инофирм, 58% занятых в этих структурах полагают, что оплата их труда все же ниже той, на которую они могут рассчитывать со своим уровнем образования, квалификации и профессионализма.

Имеются ли у работников возможности повышения заработка за счет интенсификации труда и повышения его качества? Наибольшая часть трудящихся региона считает, что улучшение характеристик выполняемой ими работы все равно не повлияет на размер их заработка (36%). Еще у 25% опрошенных нет уверенности в том, что такое возможно. И только 15% респондентов предполагают, что, если они будут работать больше и лучше, их заработок увеличится. Больше, чем в среднем по области, эта доля в Вологде и Череповце (рис. 25).

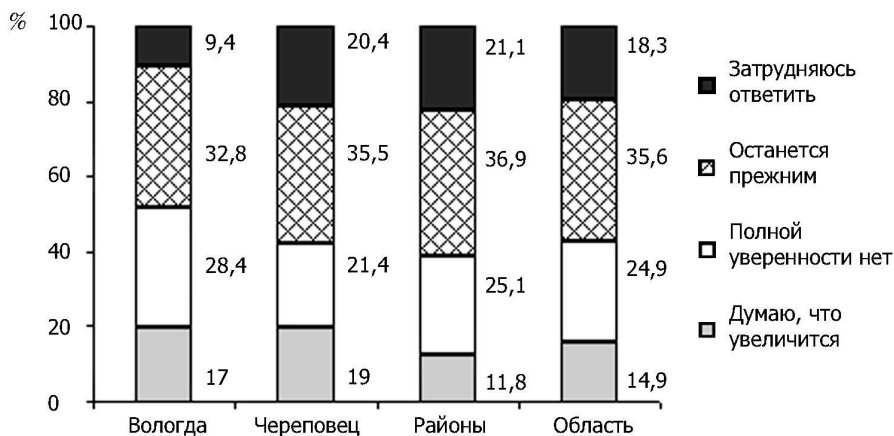


Рис. 25. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы будете работать лучше, больше, увеличится ли Ваш заработок?»

Наиболее оптимистично в этом отношении настроены молодые работники (21%), лица с высшим и незаконченным высшим образованием (21%), занятые в частном и малом бизнесе (29%), на совместных предприятиях и в инофирмах (47%); наименее – лица со средним специальным (11%) и средним (ниже среднего) образованием (13%), трудящиеся государственных предприятий (12%), акционерных обществ (15%).

Всегда в полной мере реализуют свои способности на работе только 22% трудящихся региона. Особенно мала их доля в Череповце – 17%, что может быть обусловлено более высокой самооценкой череповчан своего потенциала и большей требовательностью в вопросе его использования на рабочих местах. Еще четверть занятого населения реализует свои способности не всегда, и такая же их доля реализует свои способности не в полной мере (рис. 26).

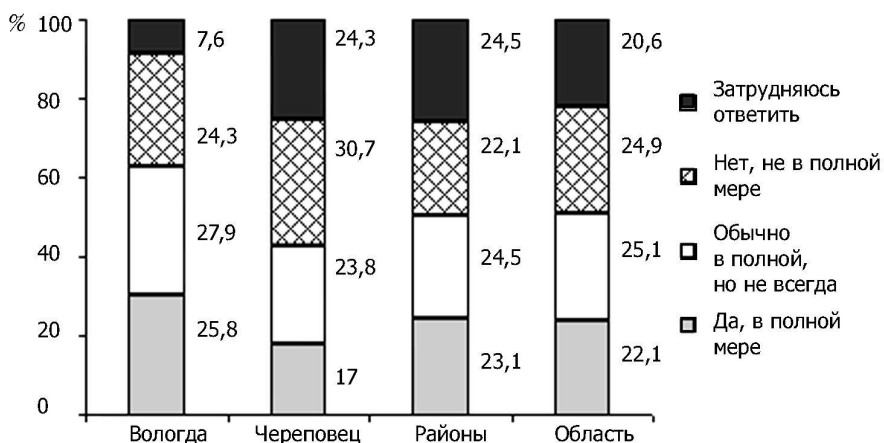


Рис. 26. Распределение ответов на вопрос: «В полной ли мере Вы реализуете свои способности на работе?»

Свои способности на работе реализуют полностью 22% респондентов. Чаще всего полную реализацию своего потенциала отмечают трудящиеся в возрасте 30 – 55 лет (29%), с высшим и неполным высшим образованием (27%), занятые на госпредприятиях (в госучреждениях) – 32%. Отрицательно отвечают на этот вопрос 25% опрошенных. Применение своих способностей находят неполным 29% респондентов моложе 30 лет, с высшим и неполным высшим образованием (28%), занятых в акционерных обществах (37%).

Среди молодых работников 29% считают, что не полностью реализуют свой потенциал, у 18% из данной категории способности реализованы. Из числа лиц старшего возраста на полную реализацию указывает 10%, отрицательно отвечают на этот вопрос 14%. Из общей численности опрошенных работников с высшим и незаконченным высшим образованием 28% реализовались не полностью, 27% – в полной мере, тогда как среди людей с образованием средним и ниже среднего положительный ответ дали 15%. Значительная часть служащих государственных бюджетных



предприятий считает, что в полной мере реализует свои возможности (32%), 27% работников дают противоположный ответ (приложение, табл. 10 – 12).

Наибольшая часть опрошенных работников региона (17%) называет причиной неполной реализации своих способностей на работе отсутствие связи между размером зарплаты и результатами работы. Чаще всего на это указывают трудящиеся среднего (от 30 до 55 лет) возраста – 18%, со средним специальным образованием (17%), занятые на государственных предприятиях (в госучреждениях) – 21%.

Еще одним мотивом является низкий оклад (14% опрошенных). Это более всего характерно для работников молодого (до 30 лет) и среднего возрастов – соответственно 20 и 19%; для имеющих высшее и незаконченное высшее образование – 20%; занятых в акционерных обществах – 27% и на госпредприятиях (учреждениях) – 22%.

Недостаточную моральную заинтересованность в продвижении по должности, самореализации в качестве фактора недоиспользования своего потенциала отметили 13% трудящихся. Особенно ущемленными себя в этом плане считают молодые работники – 16%; те, кто имеет среднее специальное образование – 15%; занятые на малых (частных) предприятиях – 18%.

Таким образом, наиболее значимыми для трудящихся региона факторами являются условия труда и заработная плата. Не реализуются способности работника по причине отсутствия связи между оплатой труда и результатами работы, в свою очередь, социально несправедливо заниженная цена труда сказывается на эффективности использования трудового потенциала, снижая производительность труда. Подрыв материальной основы воспроизводства работника и членов его семьи, по-видимому, одна из причин отставания качества трудового потенциала от уровня требований рабочих мест по всем параметрам. Поскольку рыночные отношения требуют более высоких качеств работника<sup>1</sup>, а уровень соответствующих показателей рабочей силы ниже в силу невысокого уровня жизни большинства населения, необходима разработка политики повышения качества трудовой жизни на региональном уровне.

---

<sup>1</sup> Магомедов М.М. Трудовой потенциал в стратегии социально-экономического развития (региональный аспект). – М.: Институт экономики РАН, 2001. – С. 22.

## ГЛАВА 5

### ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА КАК ОБЪЕКТ СОЦИАЛЬНОГО УПРАВЛЕНИЯ

#### 5.1. Направления развития качества трудового потенциала региона

Труд всегда был и остается важнейшим фактором общественного производства, определяющим его темпы и эффективность. Результат экономической деятельности трудящихся, в свою очередь, определяется качественными характеристиками трудового потенциала населения, в частности состоянием здоровья, уровнем образования и культуры и пр.

Политика сохранения и развития трудового потенциала должна исходить как из тенденций социально-демографического развития и особенностей отраслевой структуры народнохозяйственного комплекса региона, так и из приоритетов регионального развития. Нужно учитывать, что динамику экономического роста в современном мире во все большей степени определяет научно-технический прогресс, который составляет сегодня до 95% прироста ВВП развитых государств<sup>1</sup>. Страны и регионы, игнорирующие эту тенденцию, в условиях все большей глобализации экономики рискуют навсегда оказаться «на обочине» мирового развития – причем не только в экономическом, но и в политическом, социальном и иных смыслах. На наш взгляд, внимание должно быть направлено на совершенствование существующих и внедрение новых технологий производства и управления (на различных уровнях: хозяйствующих субъектов, отраслей, народнохозяйственного комплекса региона в целом), развитие высокотехнологичного сектора как генератора экономической динамики.

Учитывая высокий уровень требований к качественным характеристикам трудового потенциала, особенно к здоровью и образованию работников, а также заметное несоответствие этих показателей предъявляемым требованиям, целесообразно раз-

---

<sup>1</sup> Инновационный путь для России: осознана ли необходимость? // Поиск. – 2002. – №50 (дек.).

работать пакет приоритетных направлений социальной политики, нацеленных на сохранение и улучшение качества трудового потенциала населения региона.

В качестве возможных приоритетов представляются следующие:

1. *Повышение материального благосостояния населения региона.*

Оно должно включать в себя стратегии, направленные, с одной стороны, на снижение уровня бедности путем сокращения удельного веса населения, имеющего среднедушевые доходы ниже прожиточного минимума, с помощью таких инструментов, как гибкое налогообложение, увеличение доли заработной платы в себестоимости продукции, увеличение занятости и т.д.; с другой – на становление «среднего класса», опоры социально-экономической и политической стабильности. Необходимо установление нижних границ основных показателей уровня жизни (доход, потребительская корзина и т.д.), которые будут составлять систему ограничений при определении общих целей развития региона, что обеспечит переход от стандартов выживания к стандартам развития, как декларирует ст. 7 Конституции РФ, и сохранение сегментов трудового потенциала региона различной квалификации и их места в общественном производстве. Необходимо также создание для трудоспособного населения экономических условий, позволяющих гражданам за счет собственных доходов обеспечивать более высокий уровень социального потребления, включая комфортное жилье, лучшее качество услуг в сфере образования, здравоохранения и культуры.

2. *Охрана и укрепление здоровья населения региона.*

В 2000 – 2002 гг. в регионе разработаны и утверждены Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» и Стратегический план по ее реализации. Эти документы могут стать основой для формирования и реализации здравоохранительной политики в регионе, основанной на принципе межведомственного взаимодействия. Несмотря на заметную активизацию этой работы в 2000 – 2003 гг., она носит пока фрагментарный характер. Важнейшим шагом в направлении ее систематизации будет являться переход от стратегического к тактическому

и оперативному планированию на основе согласованных индикаторов и персональной ответственности, что позволит отслеживать результаты и эффективность мероприятий, учитывать слабые места и вносить соответствующие коррективы.

Приоритетными задачами с точки зрения охраны и укрепления здоровья населения как основополагающего элемента качества трудового потенциала могут выступать:

⇒ снижение смертности населения в трудоспособном возрасте, прежде всего от травм, отравлений, несчастных случаев; формирование у населения установки на здоровый образ жизни;

⇒ стимулирование заинтересованности предприятий (учреждений) в инвестициях в охрану и укрепление здоровья своих работников (через трехсторонние соглашения);

⇒ укрепление репродуктивного здоровья населения с целью стабилизации и постепенного повышения уровня рождаемости и недопущения значительного сокращения трудовых ресурсов;

⇒ улучшение условий формирования здоровья подрастающих поколений с целью недопущения ухудшения качества трудового потенциала при вступлении в трудоспособный возраст новых демографических групп. Наиболее значимыми результатами их реализации с точки зрения качества трудового потенциала могут быть: увеличение средней продолжительности жизни населения и средней продолжительности активной трудовой жизни; повышение производительности труда и снижение потерь от оплаты больничных листов.

### *3. Оптимизация регионального образовательного комплекса.*

Фиксируемое в последние годы расширение услуг профессионального образования оптимизировало образовательную структуру населения. Однако образовательный потенциал определяется не количеством полученных дипломов, а возможностью реализации полученных знаний на практике и степенью эффективности применения навыков и способностей работника в процессе производства общественного продукта. На повестке дня – систематизация и формирование единого регионального образовательного пространства. Необходимо, чтобы система подготовки кадров максимально соответствовала народнохозяйственной структуре и перспективным задачам экономического развития региона.

Обеспечение соответствия спектра образовательных услуг требованиям регионального рынка труда может осуществляться по следующим направлениям:

⇒ регулярная инвентаризация перечня профессий и специальностей, по которым осуществляется подготовка кадров, и объемов подготовки;

⇒ формирование эффективных механизмов социального заказа региональной системе образования, укрепление связей учреждений профессиональной подготовки с работодателями в целях усиления ориентации учебных курсов на региональные потребности и расширения возможностей трудоустройства выпускников;

⇒ реализация образовательных проектов по подготовке кадров высшей квалификации по «прорывным» направлениям социально-экономического развития региона: обеспечение развития вузовской науки и поддержка научных школ (на основе целевого принципа); содействие интеграции вузовской и академической науки в регионе; создание научно-образовательных центров (по подготовке экономистов и управленческих кадров высшей квалификации, по подготовке специалистов мирового уровня в сфере информационных технологий);

⇒ обеспечение принципа непрерывности образования: интеграция средних специальных учебных заведений с учреждениями начального профессионального образования, переподготовки взрослого населения; интеграция средних специальных учебных заведений с высшей школой.

Результатами такой политики могут стать удовлетворение потребностей экономики региона в квалифицированных работниках, соответствующих современным требованиям научно-технического прогресса, повышение производительности труда, интенсификация и рост эффективности общественного производства.

#### *4. Развитие рынка труда:*

⇒ реализация мер по сдерживанию безработицы в районах с напряженной ситуацией на рынке труда;

⇒ увеличение реальной занятости населения путем создания новых рабочих мест, содействия развитию малого бизнеса,

привлечения безработных к выполнению сезонных и общественных работ (в том числе в сфере здравоохранения, социального обслуживания), развития инфраструктуры региона;

⇒ совершенствование прогнозов структурных изменений в экономике и социальной сфере, воздействия таких изменений на рынок труда;

⇒ осуществление мер, направленных на расширение занятости молодежи, женщин, инвалидов, трудоустройство граждан, уволенных с военной службы и из силовых структур;

⇒ стимулирование самозанятости свободных трудовых ресурсов.

#### *5. Поддержка подрастающих поколений и молодежи:*

⇒ содействие адаптации молодежи на рынке труда к новым экономическим условиям;

⇒ стимулирование предприятий к организации рабочих мест для молодежи;

⇒ создание молодежных агентств, бирж труда для молодежи и подростков;

⇒ содействие региональных органов власти организации молодежных трудовых отрядов.

#### *6. Развитие миграционной политики.*

Миграционная политика должна быть направлена в первую очередь на создание условий для закрепления подрастающих поколений на территории региона (посредством решения жилищных и культурно-бытовых проблем), во вторую – на привлечение в область населения молодого и среднего (25 – 39 лет) возрастов (посредством создания новых рабочих мест). Основой для усиления привлекательности региона может являться повышение уровня жизни населения, обеспечение занятости прибывших увеличением числа рабочих мест. Одновременно целесообразно предусматривать минимизацию негативных сторон миграционного процесса (нелегальной миграции) законодательным путем.

Активизация управленческой деятельности в этих направлениях и повышение ее эффективности, на наш взгляд, обеспечит повышение качества трудового потенциала региона и его соответствие тем требованиям, которые выдвигает экономика в условиях нарастающей глобализации.

## 5.2. Мониторинг как инструмент эффективного управления процессом формирования и реализации трудового потенциала

Современная социальная практика требует определенных механизмов коррекции и контроля с целью сохранения и развития человеческого потенциала. Таким механизмом на уровне региона может быть мониторинг качества трудового потенциала.

Мониторинг представляет собой сложное и неоднозначное явление. Этот научный термин образован от латинского «monitor» (предостерегающий). Он используется в различных сферах и с различными целями, при этом обладая общими характеристиками и свойствами. Основные сферы, проявляющие интерес к мониторингу как способу научного исследования, – экология, биология, социология, педагогика, экономика, психология, теория управления.

Задача практического применения мониторинга – информационное обслуживание управления в различных областях деятельности. Наиболее общим образом мониторинг можно определить как «постоянное наблюдение за каким-либо процессом с целью выявления его соответствия желаемому результату или первоначальным предположениям (наблюдение, оценка и прогноз)»<sup>1</sup>.

Социологический мониторинг рассматривается как системная совокупность регулярно повторяющихся исследований, цель которых состоит в научно-информационной помощи заинтересованным организациям в реализации социальных программ, соответствующих социокультурным характеристикам и особенностям массового сознания различных поколений населения.

Существование большого количества различных систем мониторинга порождает необходимость их определенного упорядочивания. Классифицировать существующие системы мониторинга можно по целому ряду оснований:

- сфере применения;
- средствам, используемым для сбора исходной информации (описание объекта исследования без каких-либо измерений; непосредственное измерение параметров объекта; измерение параметров объекта с помощью общепринятых критериев и индикаторов; опосредованные измерения);

---

<sup>1</sup> Леонидова Г.В. Измерение и оценка качества трудового потенциала населения Вологодской области // Социально-экономическое, духовное и культурное возрождение Карелии. Вторые Арсеньевские чтения: Материалы Международной научно-практической конференции. – Петрозаводск, 2000. – С. 109-117.

- средствам измерений (отражают развитость, степень и уровень инструментовки – дистанционный, радиолокационный, космический и т.д.);

- способам распространения информации;

- времени реализации.

Рассматривая механизм мониторинга качества трудового потенциала, необходимо определить его мировоззренческую базу и основные ценности. В качестве основной и приоритетной ценности здесь выступает человек с сопутствующими условиями его жизнедеятельности: здоровье, качество и уровень жизни, образование и культура и т.д. Если человек не будет рассматриваться как нравственный императив социальных реформ и преобразований, то в конечном итоге обществу грозит полная деградация.

Мониторинг (рис. 27) предусматривает одновременное изучение качественных характеристик трудового потенциала и воздействующих на него факторов внешней среды в течение длительного времени. Мониторинг позволяет решить следующие задачи, как то:

- организация наблюдения, получение достоверной и объективной информации об изменениях качественного состояния трудового потенциала региона;

- оценка и системный анализ получаемой информации, выявление причин, вызывающих ухудшение качества трудового потенциала региона;

- подготовка рекомендаций по преодолению негативных тенденций органам власти и управления;

- обеспечение органов управления информацией, полученной в ходе мониторинга.

Мониторинг качества трудового потенциала служит информационной базой для решения таких задач, как:

- обоснование целей и приоритетов в региональной политике сохранения и повышения качества населения региона;

- подготовка докладов об итогах реализации политики сохранения и повышения качества населения;

- оценка результативности действий местных органов власти в решении поставленных задач в области качества трудового потенциала.



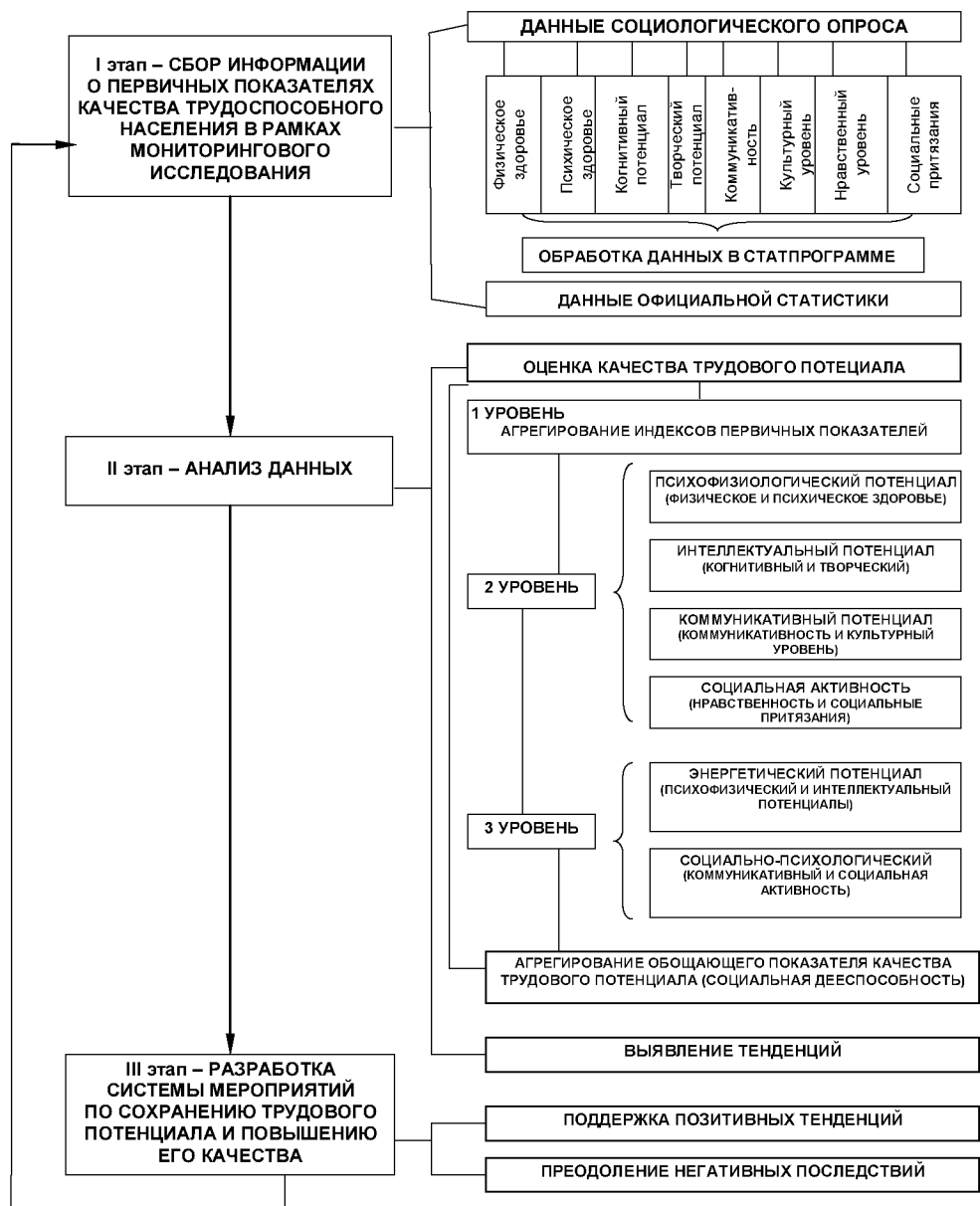


Рис. 27. Схема проведения мониторинга трудового потенциала

Информационной базой для проведения мониторинга качества трудового потенциала является социологическая анкета. Она содержит в себе 10 блоков, в совокупности измеряющих качественные характеристики индивида, а также факторы, обуславливающие формирование качества трудового потенциала, результативность трудовой деятельности.

Первичная информация о свойствах индивида оценивается в баллах, на основе которых затем исчисляются частные и интегральные индексы качества.

1. Физическое здоровье:
  - оценка тяжести и частоты заболевания респондента;
  - оценка влияния здоровья на результативность выполнения жизненных функций, в том числе производственной деятельности;
  - самооценка здоровья.
2. Психическое здоровье:
  - психическая устойчивость, т.е. способность психики человека воспринимать внешние стрессовые воздействия без существенных деформаций (тест).
3. Когнитивный (знаниевый) потенциал:
  - базовое образование и квалификация;
  - деятельность, направленная на пополнение респондентами общих и профессиональных знаний; источники пополнения знаний;
  - отношение к образованию, знаниям вообще.
4. Творческий потенциал:
  - выявление реального участия в творчестве как в профессиональной деятельности, так и в быту;
  - отношение к творческой деятельности.
5. Культурный уровень:
  - внутренняя культура (поддержание здорового образа жизни, традиций, трудовой этики, общекультурные знания и навыки и др.);
  - внешняя культура (знание этикета, хорошие манеры и т.п.).
6. Коммуникабельность:
  - способность к сотрудничеству и взаимодействию с другими людьми (тест на способность к общению).
7. Нравственность:
  - отношение к общечеловеческим нравственным ценностям (честность, справедливость, отзывчивость, чуткость к другим людям, уважение к людям других национальностей, уважение к личной, частной, коллективной и государственной собственности, добросовестное отношение к гражданскому долгу, к служебным обязанностям и т.п.);
  - нравственное поведение (в основном по этим же позициям).

8. Социальные притязания (или потребность в достижении):
- ориентация на повышение своего социального статуса (на получение более высокого образования, квалификации, производственного разряда, должностного положения и т.п.);
  - ориентация на достижение более высокого материального достатка;
  - ориентация на занятие предпринимательством;
  - ориентация на общественно-политическую деятельность (стать депутатом, лидером партии и т.п.).

Естественно, здесь названы не все первичные признаки, отражающие функциональное содержание вопросов анкеты, но они дают представление о направленности поиска и содержательной структуре качеств трудового потенциала.

На основе набора качеств трудового потенциала индивид оценивается как субъект общественных отношений, осуществляющий свои функции в рамках конкретной социально-экономической структуры, трудового коллектива или экономико-географического района.

Измерение качества трудового потенциала достигается путем измерения каждого из выделенных элементарных свойств и сведения их к более общему интегральному показателю.

Формирование эффективного мониторинга качества трудового потенциала региона как системы сбора, обработки, хранения и предоставления информации, обеспечивающей динамическую оценку характеристик трудоспособного населения и информационную поддержку принятия решений, направленных на их улучшение, должно иметь комплексный характер. Для полноценного и достоверного анализа состояния трудового потенциала в стране и регионе необходимо объединение как объективных, так и субъективных (базирующихся на социологическом изучении) критериев оценки.

Социологическая информация в контексте мониторинга может рассматриваться (в зависимости от конкретных практических задач):

- в качестве дополнительной к массиву статистической информации, традиционно используемой в сфере управления;
- как отражение тех явлений социальной реальности, которые имеют субъективную природу, но при этом в определенной степени объективируются спецификой измерений: их регулярностью и большими объемами выборочных совокупностей.

Для достижения оптимального соответствия данных социологических измерений потребностям в осуществлении политики сохранения и повышения качества трудового потенциала необходим долговременный и целенаправленный процесс организации этого канала информации. Он должен, с одной стороны, ориентироваться на регулярно обновляющиеся информационные технологии и новые тенденции развития сферы прикладных социологических исследований, а с другой – отвечать актуальным задачам социально-экономического развития региона. Постоянные усилия в этом требуются как со стороны социологических организаций, так и со стороны управленческих органов.

Информационное наполнение мониторинга должно сочетать в себе номинально объективные (статистические) и номинально субъективные (данные опросов общественного мнения) показатели. Объективная статистическая информация позволяет быстро охватить проблемную ситуацию и увидеть закономерности и противоречия того или иного явления, но в то же время она оценивает состояние трудового потенциала лишь по уровням образования, половозрастному составу, квалификации. При сугубо статистическом подходе за рамками учета оказывается множество социально-значимых факторов, оказывающих существенное влияние на трудовой потенциал. Исходя из этого социологическое изучение качественных характеристик трудового потенциала и определяющих его факторов и включение получаемой в его итоге информации в общую систему мониторинга актуально на сегодняшний день и требует пристального и глубокого внимания.

Поскольку трудовой потенциал является своего рода некоторой прогнозной характеристикой, то мониторинг его качества призван изучать и оценивать динамику состояния качественных параметров, выявлять тенденции сдвигов в его развитии. В этом случае показатель качества трудового потенциала надо рассматривать как весы, на которых следует взвешивать различные политические, экономические и социальные акты. Когда на властных уровнях принимается какое-либо решение, его можно оценивать с точки зрения того, в какую сторону – повышения, снижения, или даже уничтожения трудового потенциала – оно работает.

Предлагаемая система мониторинга в регионе может быть рассмотрена как одна из компонентов оценочного исследования прямого и косвенного влияния экономики и социально-экономического развития области на качество трудового потенциала и наоборот.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Центральным пунктом стратегии устойчивого развития мировой цивилизации в начале третьего тысячелетия выступает человеческий потенциал. Его вклад в экономический рост западных стран, по разным оценкам, достигает от 50 до 70%<sup>1</sup>. По расчетам американских экономистов, вклад фактора труда в ВВП США – страны, являющейся мировым экономическим лидером, возрос с 25% в период 1948 – 1973 гг. до 52% в период 1990 – 1996 гг.<sup>2</sup> Все больший вес приобретает интеллектуальная составляющая труда, причем не только как простая совокупность знаний, но и способность эффективно их реализовывать. В связи с этим решающее преимущество той или иной страны в обострившейся международной конкурентной борьбе обеспечивает опережающее развитие образования и науки, здравоохранения, культуры.

Таков основной вектор экономического развития, на который необходимо ориентироваться в условиях возрастающей интеграции российских регионов в систему мировых хозяйственных связей. Не случайно в своем Послании Федеральному Собранию РФ, представленном 16 мая 2003 г., Президент России В. Путин подчеркнул: «Нашим принципиальным результатом должно стать возвращение России в ряды богатых, развитых, сильных и уважаемых государств мира. Такое возможно только в условиях устойчивого и быстрого роста... Конкурентоспособным должно быть у нас все – товары и услуги, технологии и идеи, бизнес и само государство, частные компании и государственные институты, предприниматели и государственные служащие, студенты, профессора, наука и культура».

Управление конкурентоспособностью рабочей силы включает в себя установление, обеспечение и поддержание необходимого ее уровня путем систематического воздействия на условия и факторы, на нее влияющие<sup>3</sup>. К сожалению, здесь российские регионы имеют целый комплекс проблем, связанных как

---

<sup>1</sup> Гринберг Р.С., Рубинштейн А.Я. О социальной политике современной России // Экономические стратегии. – 2004. – №1. – С. 65.

<sup>2</sup> Jorgenson D, Stiroh K. Information technology and Growth // American Economic Review. – 1999. – May. – P. 113.

<sup>3</sup> Миляева Л.Г. Проблемы занятости в постсоветский период: анализ, пути решения: Автореф. дисс. ... докт. экон. наук. – М., 2002. – С. 29.

с количественной, так и с качественной стороной трудового потенциала. Это и долговременный демографический кризис, и наличие целого комплекса проблем, связанных с условиями формирования здоровья населения, и остающееся низким, несмотря на позитивные изменения последних лет, материальное положение большей части трудящихся и их семей, и непростое состояние отраслей социальной инфраструктуры, и т.д.

Сохранение трудового потенциала российских регионов, повышение и поддержание на конкурентоспособном уровне его качества возможно только на основе системы мер, включающей в себя охрану и укрепление здоровья населения, увеличение эффективности образования, существенный рост материального благосостояния населения, развитие рынка труда, улучшение условий занятости и т.д. Особое внимание нужно уделить потенциалу подрастающих поколений, на плечи которых в недалеком будущем ляжет груз ответственности за развитие страны.

Задача усугубляется тем, что цена труда в России по-прежнему остается крайне низкой. По данным академика Д.С. Львова, вклад труда в прирост российского ВВП не превышает 5 – 7%, однако до 70% всех налогов приходится именно на этот фактор производства<sup>1</sup>. Такой подход приводит к стагнации трудового потенциала, снижению мотивации к эффективному труду, творческой активности, постоянному самосовершенствованию и направленности на качественное изменение параметров внешней среды. В связи с этим необходимо скорейшее решение ключевой проблемы увеличения природно-ресурсной ренты в формировании финансово-бюджетных ресурсов, изменение базовых принципов налогообложения. Усилия власти должны быть направлены не на малоэффективные изменения величины тех или отдельных налоговых ставок, а на устранение основного противоречия действующей налоговой системы, перенесение нагрузки с фонда оплаты труда на ренту. Это поможет «освободить» труд и обеспечит переход от природной ренты к интеллектуальной.

---

<sup>1</sup> Львов Д.С. Экономика развития. – М., 2002. – С. 326.

## ПРИЛОЖЕНИЕ

Таблица 1

### Занятость населения по возрастным группам (в % к общей численности занятого населения региона)

Годы	Занятое население, тыс. чел.	В том числе в возрасте, лет						
		15-19	20-24	25-29	30-49	50-54	55-59	60-72
<b>Всего</b>								
1992	665,4	5,1	9,7	12,7	53,9	9,7	6,1	2,7
1998	553,0	1,7	10,2	12,1	61,7	7,6	4,5	2,3
1999	594,2	2,9	10,9	10,7	59,2	7,6	4,8	3,8
2000	618,9	2,6	11,1	11,1	58,6	7,7	4,3	4,7
2001	605,6	3,4	11,2	11,8	57,4	10,3	3,1	2,8
2002	631,2	3,4	11,2	12,2	55,2	10,8	3,9	3,2
2003	623,6	3,5	11,4	12,3	55,1	11,1	3,1	3,5
<b>Женщины</b>								
1992	306,5	4,3	8,7	12,7	55,8	10,7	5,1	2,9
1998	274,7	2,0	9,8	11,7	62,4	7,7	4,0	2,3
1999	287,0	2,3	10,3	10,6	60,5	7,9	4,6	3,8
2000	309,6	2,2	11,3	10,5	58,4	8,3	3,6	5,7
2001	289,1	2,5	10,5	11,5	59,7	11,0	2,5	2,4
2002	309,5	3,2	9,5	12,0	56,7	11,9	3,8	2,8
2003	303,5	2,8	10,6	12,7	56,8	11,6	2,7	2,9
<b>Мужчины</b>								
1992	358,9	5,9	10,6	12,6	52,4	8,8	7,0	2,6
1998	278,2	1,5	10,6	12,4	60,7	7,5	5,0	2,3
1999	307,1	3,5	11,5	10,8	58,0	7,4	5,0	3,8
2000	309,3	2,9	10,8	11,7	58,9	7,0	5,1	3,6
2001	316,5	4,2	11,8	12,1	55,4	9,8	3,7	3,2
2002	321,6	3,6	12,7	12,4	53,8	9,9	4,0	3,6
2003	320,2	4,2	12,1	12,0	53,6	10,5	3,5	4,1

Источники: Экономическая активность населения Вологодской области в 1992 – 2001 годах: Сборник. – Вологда, 2002. – С. 9; Экономическая активность населения Вологодской области в 1992 – 2002 годах: Сборник. – Вологда, 2003. – С. 9.

Таблица 2

### Распределение численности занятого населения по отраслям экономики по основной и дополнительной работе

	Основная работа				Дополнительная работа			
	тысяч человек		в % к итогу		тысяч человек		в % к итогу	
	Годы							
	1999	2002	1999	2002	1999	2002	1999	2002
<b>Занятые</b>	<b>594,1</b>	<b>631,1</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>33,9</b>	<b>20,1</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
– в отраслях, производящих товары	273,3	280,3	46,0	44,4	27,2	15,9	80,3	78,8
Из них:								
– промышленность	154,0	182,9	25,9	29,0	2,2	1,6	6,7	8,0
– сельское и лесное хозяйство	73,2	60,7	12,3	9,6	25,0	14,3	73,6	70,8
– строительство	46,1	36,7	7,8	5,8	-	-	-	-
– в отраслях, оказывающих услуги	320,8	350,8	54,0	55,6	6,7	4,2	19,7	21,2

Окончание табл. 2

Их них:								
– транспорт	56,1	48,9	9,4	7,8	-	0,8	-	4,1
– связь	6,5	9,1	1,1	1,4	-	0,3	-	1,5
– оптовая и розничная торговля, общественное питание	63,7	77,5	10,7	12,3	1,1	0,3	3,1	1,6
– здравоохранение, физическая культура и социальное обеспечение	49,2	52,4	8,3	8,3	1,9	1,2	5,6	5,8
– образование	63,6	66,3	10,7	10,5	2,1	1,0	6,1	5,1

Источник: Об итогах обследования населения Вологодской области по проблемам занятости. – Вологда, 2003. – С. 8.

Таблица 3

**Безработное население по возрастным группам**  
(в % к общей численности безработных региона)

Годы	Безработные, тыс. чел.	В том числе в возрасте, лет:						
		15 - 19	20 - 24	25 - 29	30 - 49	50 - 54	55 - 59	60 - 72
<b>Всего</b>								
1992	19,5	20,2	9,7	8,8	50,4	3,0	5,0	2,9
1998	79,4	7,8	20,4	17,9	42,2	2,9	7,4	1,4
1999	77,4	11,9	18,5	8,3	50,8	4,0	5,1	1,4
2000	53,6	10,7	16,9	11,0	48,1	10,0	2,5	0,8
2001	59,0	13,4	14,2	12,0	53,9	5,3	0,7	0,5
2002	40,4	9,3	16,7	11,2	52,3	9,0	-	1,5
<b>Женщины</b>								
1992	10,8	27,5	12,1	1,7	55,2	-	-	3,5
1998	32,1	11,2	19,0	17,1	47,1	4,0	-	1,6
1999	36,3	14,7	20,2	4,8	55,2	3,9	1,2	-
2000	22,1	9,2	15,7	16,0	46,6	10,7	0,0	1,8
2001	25,8	15,1	6,6	10,8	56,6	8,1	1,6	1,2
2002	16,4	18,4	24,6	4,9	43,6	8,5	-	-
<b>Мужчины</b>								
1992	8,7	11,1	6,7	17,7	44,4	6,7	11,2	2,2
1998	47,3	5,5	21,3	18,4	38,9	2,1	12,5	1,3
1999	41,1	9,5	17,0	11,4	46,8	4,1	8,6	2,6
2000	31,5	11,8	17,8	7,5	49,2	9,5	4,2	-
2001	33,2	12,0	20,2	13,0	51,8	3,0	-	-
2002	24,0	3,2	11,3	15,6	58,2	9,3	-	2,4

Источники: Экономическая активность населения Вологодской области в 1992 – 2000 годах: Сборник. – Вологда, 2001. – С. 33. Экономическая активность населения Вологодской области в 1992 – 2002 годах: Сборник. – Вологда, 2003. – С. 33.



Таблица 4

Соответствие качества трудового потенциала требованиям рабочих мест в возрастном разрезе (индексы 2003 г.)

Качественные характеристики	Показатели	Возраст, лет		
		До 30	30-55	старше 55
Физическое здоровье	Требования рабочего места	0,786	0,793	0,807
	Качество трудового потенциала	0,675	0,656	0,638
	<i>Разрыв</i>	0,111	0,137	0,169
Психическое здоровье	Требования рабочего места	0,779	0,777	0,781
	Качество трудового потенциала	0,692	0,702	0,685
	<i>Разрыв</i>	0,087	0,075	0,096
Знаниевый потенциал	Требования рабочего места	0,733	0,730	0,645
	Качество трудового потенциала	0,588	0,617	0,593
	<i>Разрыв</i>	0,145	0,113	0,052
Творческие способности	Требования рабочего места	0,684	0,658	0,588
	Качество трудового потенциала	0,576	0,548	0,496
	<i>Разрыв</i>	0,108	0,110	0,092
Культурный уровень	Требования рабочего места	0,768	0,749	0,693
	Качество трудового потенциала	0,654	0,636	0,639
	<i>Разрыв</i>	0,114	0,113	0,054
Коммуникабельность	Требования рабочего места	0,818	0,785	0,741
	Качество трудового потенциала	0,704	0,707	0,702
	<i>Разрыв</i>	0,114	0,078	0,039
Нравственность	Требования рабочего места	0,747	0,757	0,741
	Качество трудового потенциала	0,713	0,749	0,785
	<i>Разрыв</i>	0,034	0,008	+0,044
Социальные притязания	Требования рабочего места	0,735	0,683	0,654
	Качество трудового потенциала	0,703	0,636	0,576
	<i>Разрыв</i>	0,032	0,047	0,078
Дееспособность	Требования рабочего места	0,730	0,718	0,675
	Качество трудового потенциала	0,651	0,644	0,623
	<i>Разрыв</i>	0,079	0,074	0,051

Таблица 5

Соответствие качества трудового потенциала требованиям рабочих мест по сферам занятости (индексы 2003 г.)

	Промышленность	Сельское, лесное хозяйство	Финансы и страхование	Торговля, бытовое обслуживание	Социальная сфера	Управление	Вооруженные силы, охрана общественного порядка	Среднее
Физическое здоровье								
1	0,812	0,777	0,849	0,778	0,814	0,783	0,866	0,791
2	0,674	0,629	0,662	0,662	0,667	0,630	0,706	0,662
<i>Разрыв</i>	0,139	0,149	0,187	0,116	0,147	0,152	0,160	0,129

Психическое здоровье								
1	0,749	0,740	0,855	0,763	0,844	0,799	0,843	0,778
2	0,714	0,707	0,690	0,679	0,702	0,709	0,778	0,696
Разрыв	0,035	0,034	0,165	0,084	0,142	0,090	0,065	0,082
Когнитивный потенциал								
1	0,692	0,691	0,836	0,701	0,799	0,772	0,727	0,728
2	0,596	0,586	0,646	0,601	0,657	0,645	0,599	0,602
Разрыв	0,096	0,105	0,189	0,100	0,142	0,127	0,128	0,126
Творческий потенциал								
1	0,609	0,619	0,757	0,638	0,754	0,669	0,674	0,667
2	0,529	0,527	0,581	0,551	0,631	0,531	0,568	0,558
Разрыв	0,080	0,092	0,176	0,086	0,123	0,138	0,106	0,109
Коммуникабельность								
1	0,738	0,713	0,862	0,826	0,861	0,810	0,791	0,755
2	0,692	0,706	0,711	0,705	0,723	0,735	0,756	0,643
Разрыв	0,046	0,007	0,151	0,121	0,138	0,075	0,035	0,112
Культурный уровень								
1	0,682	0,703	0,816	0,785	0,835	0,794	0,762	0,798
2	0,615	0,609	0,675	0,655	0,675	0,677	0,695	0,704
Разрыв	0,067	0,094	0,141	0,130	0,160	0,117	0,067	0,094
Нравственный уровень								
1	0,696	0,715	0,829	0,764	0,828	0,826	0,791	0,752
2	0,714	0,730	0,768	0,736	0,791	0,765	0,782	0,734
Разрыв	+0,018	+0,014	0,061	0,027	0,036	0,061	0,009	0,019
Потребность в достижении								
1	0,655	0,696	0,776	0,683	0,739	0,739	0,750	0,706
2	0,638	0,616	0,702	0,654	0,683	0,687	0,667	0,663
Разрыв	0,018	0,079	0,074	0,029	0,055	0,052	0,083	0,043
Дееспособность								
1	0,678	0,686	0,804	0,716	0,785	0,750	0,752	0,722
2	0,633	0,626	0,670	0,643	0,680	0,662	0,679	0,645
Разрыв	0,045	0,060	0,134	0,074	0,105	0,088	0,072	0,077

Примечание. 1 – требования рабочего места; 2 – качество трудового потенциала.

Таблица 6

Соотношение заработной платы работников по некоторым отраслям экономики (в % от среднего по области уровня заработной платы)

Отрасли	Годы									
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003*
<b>В среднем по области</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
Промышленность	114	123	120	123	125	129	132	128	126	116
Сельское хозяйство	92	57	59	58	56	56	53	59	63	55
Транспорт	111	114	117	116	118	121	113	110	121	129
Связь	77	90	93	101	100	103	96	92	95	117
Строительство	121	124	112	120	122	104	115	125	111	126
Торговля, общественное питание, материально-техническое снабжение	82	90	97	92	96	81	86	93	85	67
ЖКХ, непроект. виды бытового обслуживания	78	87	85	87	87	77	73	73	72	72
Здравоохранение, физическая культура, спорт, соцобеспечение	74	70	70	68	70	81	72	64	71	68
Образование	68	59	64	61	58	60	59	58	64	64
Культура и искусство	63	51	60	54	53	54	54	53	60	56
Научные организации	95	71	60	73	59	61	56	63	77	67
Управление	90	90	99	104	113	102	97	93	100	156
Финансы, кредит, страхование, пенсионное обеспечение	188	155	204	170	172	190	202	210	211	189

\* Данные за декабрь 2003 г.

Источники: Статистический ежегодник Вологодской области, 1995 - 200 гг. — Вологда, 2003. — С. 76; Статистический ежегодник Вологодской области, 1999. — Вологда, 2000. — С. 63; О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области в январе 2004 года. — Вологда, февраль 2004 г. — С. 140.

Таблица 7

Распределение ответов респондентов на вопрос:  
«Что для Вас является наиболее значимым в Вашей работе?»  
(по месту жительства, в %; 2002 – 2003 гг.)

Приоритет	Место жительства			
	Вологда	Череповец	Районы	Область
Заработная плата	77,4	72,6	72,3	73,7
Условия работы	55,3	62,4	62,4	60,6
Отношения с сотрудниками	41,1	39,3	41,8	40,9
Уверенность в будущем, гарантия занятости, стабильность	39,1	43,6	38,2	40,0
Отношения с начальством, стиль руководства	31,7	29,8	33,1	31,7
Безопасность труда	20,5	25,9	30,6	26,7
Дополнительные льготы	17,2	19,9	29,5	23,5
Возможность достижения успеха на работе	19,1	21,0	23,6	21,7
Признание и одобрение результатов работы	17,7	15,8	21,4	18,9
Возможность продвижения по службе	20,0	19,7	13,2	16,8
Возможность творческого и личного роста	14,0	15,3	12,7	13,8
Отношения с подчиненными	9,8	9,0	13,8	11,4
Высокая степень ответственности	5,9	8,6	10,3	8,7
Возможность быть информированным о делах фирмы, участвовать в принятии решений, представлять интересы лица фирмы	7,8	6,4	9,8	8,3

Таблица 8

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Что для Вас является наиболее значимым в Вашей работе?»  
(возрастной разрез, в %; 2002 – 2003 гг.)

Приоритет	Возраст, лет		
	До 30	30 - 55	После 55
Зарботная плата	66,6	79,1	74,1
Условия работы	55,9	63,6	65,5
Отношения с сотрудниками	41,9	40,7	38,9
Уверенность в будущем, гарантия занятости, стабильность	44,1	37,7	31,9
Дополнительные льготы	17,4	28,0	27,7
Отношения с начальством, стиль руководства	31,8	32,0	27,5
Безопасность труда	26,1	27,4	19,5
Признание и одобрение результатов работы	18,5	19,4	18,3
Отношения с подчиненными	9,5	12,2	18,1
Возможность быть информированным о делах фирмы, участвовать в принятии решений, представлять от лица фирмы	10,6	6,4	15,4
Возможность достижения успеха на работе	26,1	19,2	13,6
Высокая степень ответственности	6,2	10,4	11,2
Возможность продвижения по службе	23,6	12,4	8,0
Возможность творческого и личного роста	18,2	11,1	7,7

Таблица 9

Распределение ответов респондентов на вопрос:  
«Что для Вас является наиболее значимым в Вашей работе?»  
(по формам собственности, в %; 2002 – 2003 гг.)

Приоритет	Государственное бюджетное предприятие	Акционерное общество	Частное, малое предприятие
Зарботная плата	75,6	81,7	80,0
Условия работы	66,2	59,7	61,9
Отношения с сотрудниками	46,0	38,9	38,9
Уверенность в будущем, гарантия занятости, стабильность	38,4	36,6	36,9
Отношения с начальством, стиль руководства	36,6	30,5	29,3
Безопасность труда	27,3	26,3	26,2
Признание и одобрение результатов работы	20,1	16,2	21,4
Возможность достижения успеха на работе	20,4	18,9	21,4
Дополнительные льготы	27,8	29,1	19,5
Возможность продвижения по службе	13,9	16,4	16,4
Возможность творческого и личного роста	14,0	9,6	11,0
Возможность быть информированным о делах фирмы, участвовать в принятии решений, представлять от лица фирмы	6,8	5,6	11,0
Отношения с подчиненными	13,6	12,2	10,2
Высокая степень ответственности	11,0	6,7	9,5

Таблица 10

Распределение ответов респондентов на вопросы по возрастным группам (по результатам опроса в октябре 2002 г., в %)

Вариант ответа	Возраст (лет)		
	до 30	30-55	после 55
<b>Устраивает ли Вас размер заработка, который Вы получаете?</b>			
Вполне устраивает	6,7	8,4	4,6
Устраивает, но не в полной мере	26,8	30,4	17,6
Не устраивает совершенно	43,8	49,2	40,4
Затрудняюсь ответить	20,7	11,9	31,9
<b>Соответствует ли заработок Вашему образованию, уровню квалификации и профессионализма?</b>			
Вполне соответствует	12,8	19,1	8,1
Мой заработок выше	9,4	6,9	4,9
Мой заработок ниже	45,1	56,3	30,9
Затрудняюсь ответить	28,6	16,8	36,5
<b>Если Вы будете работать лучше, больше, увеличится ли Ваш заработок?</b>			
Думаю, что увеличится	20,9	15,9	4,6
Полной уверенности нет	26,4	26,9	17,6
Останется прежним	32,3	43,2	20,5
Затрудняюсь ответить	16,5	13,1	33,9
<b>В полной ли мере Вы реализуете свои способности на работе?</b>			
Да, в полной мере	17,7	29,1	9,8
Обычно в полной, но не всегда	28,3	28,7	11,4
Нет, не в полной мере	29,3	26,9	14,0
Затрудняюсь ответить	20,2	14,0	38,1
<b>Если Вы не в полной мере реализуете свои способности на работе, то почему?</b>			
Нет связи между размером оплаты труда и результатами работы	11,8	18,3	7,2
Низкий оклад	19,7	19,1	7,5
Нет моральной заинтересованности (продвижения по должности, самореализации и т.д.)	16,0	14,0	7,2
Нет необходимости использовать их	13,8	10,3	9,4
Другое	2,2	1,3	1,0
Затрудняюсь ответить	23,6	21,5	34,2

Таблица 11

Распределение ответов респондентов на вопросы по уровню образования (по результатам опроса в октябре 2002 г., в %)

Вариант ответа	Образование		
	Ниже среднего и среднее	Среднее специальное	Высшее и н/высшее
<b>Устраивает ли Вас размер заработка, который Вы получаете?</b>			
Вполне устраивает	2,9	4,5	10,4
Устраивает, но не в полной мере	19,7	24,9	32,4
Не устраивает совершенно	42,3	50,6	40,8
Затрудняюсь ответить	30,7	20,1	15,1
<b>Соответствует ли заработок Вашему образованию, уровню квалификации и профессионализма?</b>			
Вполне соответствует	9,5	12,6	18,2
Мой заработок выше	7,3	8,1	6,3
Мой заработок ниже	34,3	48,9	51,4
Затрудняюсь ответить	37,2	26,8	19,6
<b>Если Вы будете работать лучше, больше, увеличится ли Ваш заработок?</b>			
Думаю, что увеличится	13,1	10,9	20,8
Полной уверенности нет	16,8	27,4	22,9
Останется прежним	27,7	36,9	34,7
Затрудняюсь ответить	30,7	21,5	15,7

<b>В полной ли мере Вы реализуете свои способности на работе?</b>			
Да, в полной мере	14,6	17,0	26,7
Обычно в полной, но не всегда	15,3	29,1	23,7
Нет, не в полной мере	24,8	24,0	27,8
Затрудняюсь ответить	32,8	26,0	15,7
<b>Если Вы не в полной мере реализуете свои способности на работе, то почему?</b>			
Нет связи между размером оплаты труда и результатами работы	14,6	16,5	11,2
Низкий оклад	17,5	14,8	20,4
Нет моральной заинтересованности (продвижения по должности, самореализации и т.д.)	10,2	15,1	12,9
Нет необходимости использовать их	6,6	13,4	9,6
Другое	1,5	0,8	1,6
Затрудняюсь ответить	31,4	27,9	21,2

Таблица 12

**Распределение ответов респондентов на вопросы по формам собственности (по результатам опроса в октябре 2002 г., в %)**

Вариант ответа	Форма собственности		
	Государственное бюджетное предприятие	Акционерное общество	Частное, малое предприятие
<b>Устраивает ли Вас размер заработка, который Вы получаете?</b>			
Вполне устраивает	8,1	7,1	12,2
Устраивает, но не в полной мере	31,0	32,5	30,2
Не устраивает совершенно	49,3	53,3	46,1
Затрудняюсь ответить	11,2	7,1	11,4
<b>Соответствует ли заработок Вашему образованию, уровню квалификации и профессионализма?</b>			
Вполне соответствует	17,7	16,1	24,9
Мой заработок выше	9,1	5,9	6,9
Мой заработок ниже	58,2	62,4	45,3
Затрудняюсь ответить	13,7	15,7	21,6
<b>Если Вы будете работать лучше, больше, увеличится ли Ваш заработок?</b>			
Думаю, что увеличится	12,3	14,9	29,4
Полной уверенности нет	32,0	26,7	27,3
Останется прежним	44,9	50,2	30,2
Затрудняюсь ответить	9,6	8,2	12,7
<b>В полной ли мере Вы реализуете свои способности на работе?</b>			
Да, в полной мере	32,0	22,4	26,9
Обычно в полной, но не всегда	29,9	28,6	29,8
Нет, не в полной мере	27,4	36,5	24,5
Затрудняюсь ответить	8,9	11,8	18,0
<b>Если Вы не в полной мере реализуете свои способности на работе, то почему?</b>			
Нет связи между размером оплаты труда и результатами работы	21,2	17,6	9,4
Низкий оклад	21,8	27,1	12,7
Нет моральной заинтересованности (продвижения по должности, самореализации и т.д.)	14,3	11,8	17,6
Нет необходимости использовать их	9,4	12,5	13,5
Другое	1,5	1,2	2,9
Затрудняюсь ответить	15,8	17,6	27,3

В.А. Ильин, К.А. Гулин

**СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ  
В РЕГИОНЕ:  
НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ  
И ПЕРСПЕКТИВЫ**

---

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
ВОЛОГОДСКИЙ НАУЧНО-КООРДИНАЦИОННЫЙ ЦЕНТР



*Социальная ситуация в регионе:  
некоторые тенденции  
и перспективы*

ВОЛОГДА  
1998

---

## ГЛАВА 1

### УГЛУБЛЕНИЕ ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА

Весна и лето нынешнего года ознаменовались серьезным обострением кризисных явлений в российском обществе. За короткий период резко возросла политическая и экономическая нестабильность, усугубленная крупнейшим за годы реформ финансовым кризисом, хотя относительная стабилизация социальной ситуации в предшествующий год не давала оснований для пессимизма. Это со всей очевидностью обозначило проблемы преобразовательного процесса в стране. Ведь уже более шести лет назад началось встраивание в российскую экономику рыночных регуляторов с разрушением плановой системы хозяйствования. За этот достаточно короткий, по историческим меркам, срок российское общество пережило столько глобальных потрясений, скольких с лихвой хватило бы на иные десятилетия. Перемены, произошедшие в стране в эти годы, повлекли за собой масштабные изменения во всех сферах общественной жизни. Но в наибольшей степени они отразились на конкретном человеке, который был вынужден в короткий срок менять сложившиеся жизненные стандарты, приспосабливаться к изменившимся условиям существования, по-новому формировать отношения с социальной реальностью.

Шесть лет – срок более чем достаточный для того, чтобы подводить определенные итоги. Тем более, что значительный успех ожидался уже через один – два года. Естественно, рассчитывать на достижение ошеломляющих позитивных результатов в течение шести лет, учитывая всю масштабность произошедших изменений, было бы наивно. Но о чем можно говорить совершенно точно – должна была быть достигнута стабильность, пусть не на самом высоком уровне социальных притязаний большинства населения. Добавим: стабильность с совершенно четко определенными и публично обоснованными перспективами роста.

Однако в действительности имели место совершенно противоположные процессы: нарастающая дестабилизация хозяйственной жизни, разрастание и углубление кризисных явлений. Ныне глубокий системный кризис охватил как страну в целом, так и все ее регионы. Основные его черты ярко просматриваются



на примере одного из типичных российских регионов – Вологодской области. Социально-экономическое развитие в 1990-х гг. здесь характеризовалось сокращением объемов продукции промышленности, сельского хозяйства, производства потребительских товаров, розничного товарооборота, многократное уменьшение инвестиций.

Таблица 1

**Индексы основных социально-экономических показателей  
Вологодской области в 1991 – 1997 годах (в % к 1991 г.)**

Показатель	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.
Продукция промышленности	100	94	83	68	71	70	70
Производство потребительских товаров	100	86	77	62	50	42	39
Продукция сельского хозяйства	100	92	83	81	86	75	76
Инвестиции в основной капитал	100	63	54	32	34	23	20
Розничный товарооборот	100	71	67	67	57	49	47
Платные услуги населению	100	39	26	20	19	16	15

Однако фиксируемые в статистике показатели не дают полной картины перемен, и в частности, не оценивают динамику социального самочувствия населения. Конечно, измерить его весьма сложно в силу специфики субъективного восприятия различными людьми одних и тех же процессов. Тем не менее это можно сделать, если исходить из посылки о том, что определенная совокупность субъективных оценок способна играть роль объективного индикатора социальных изменений.

Какими же оказались фактические результаты преобразований для конкретного человека? В таблице 2 приведены сравнительные оценки жителями Вологодской области текущей жизни по кругу показателей, в основном характеризующих социальное самочувствие. Они были получены в ходе социологического опроса, проведенного Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН в июне 1998 г. Надо сказать, что эти оценки также неутешительны.

Разумеется, оценки «хуже – лучше» носят субъективный характер. Возможно, некоторые из них реально не совпадают с действительным положением дел. Смысл таких сравнений заключается не в том, чтобы сопоставить социальную реальность в прошлом и настоящем, а в том, чтобы определить внутреннее состояние конкретного человека и социальной общности. То есть то состояние, которое в определенных ситуациях формирует мотивы поведения и само поведение, будь то участие в выборах, акциях социального протеста и т.д.

**Оценка различных сторон текущей жизни населением  
Вологодской области (июнь 1998 г. в сравнении с 1991 г.;  
по 5-балльной шкале)\***

Показатель	1991 г.	Июнь 1998 г.	Прирост/снижение (%)
Материальная обеспеченность	3,53	2,15	-39,1
Возможности приобретения товаров	3,78	2,22	-41,3
Жилищные условия	3,42	2,58	-24,6
Состояние здоровья	3,89	2,11	-45,8
Жизнь близких	3,92	2,08	-46,9
Возможности для проведения свободного времени, отпуска, каникул	4,12	1,88	-54,4
Возможности для общения с друзьями, родственниками	3,74	2,26	-39,6
Возможности для воспитания, обучения детей	4,21	1,79	-57,5
Медицинское обслуживание	4,23	1,74	-58,9
Охрана общественного порядка	4,22	1,79	-57,6
<b>Жизнь в целом</b>	<b>4,32</b>	<b>1,68</b>	<b>-61,1</b>

\*Показатели рассчитаны следующим образом. Респондентам задавался вопрос: «Как изменились различные стороны Вашей жизни по сравнению с тем, что было примерно семь лет назад?». Оценки давались по пятизначной качественной шкале – от «значительно лучше» до «значительно хуже». Определенной оценке условий текущей жизни соответствует оценка условий жизни в 1991 г. Например, если респондент говорил, что сегодня он живет значительно лучше, то семь лет назад он жил значительно хуже, чем сейчас, и наоборот. По качественной шкале был рассчитан количественный показатель – средний балл (по 5-балльной шкале).

Придавая важное значение исследованию социальной ситуации с точки зрения интересов и потребностей простого человека, ВНКЦ ЦЭМИ РАН, при поддержке областной администрации, проводит с осени 1995 г. регулярный мониторинг общественного мнения на территории Вологодской области. Его целью является изучение оценки населением региона условий своего существования, отношения к переменам в общественной жизни, представлений о перспективах развития страны. Настоящая работа обобщает результаты первых трех лет исследований<sup>1</sup>. Обобщение проведено по группам проблем, имеющих, по мнению авторов, наиболее актуальное значение.

<sup>1</sup> В качестве статистической базы для сопоставления фактического уровня оценок респондентов применяются традиционные процентные показатели (данные в процентах от числа опрошенных). Наряду с этим для удобства динамического анализа мнений респондентов были рассчитаны индексы по единой схеме – из доли положительных ответов на вопрос мониторинга вычиталась доля отрицательных и во избежание отрицательных величин прибавлялось 100. Возможный интервал колебаний построенных индексов – от 0 до 200.

В обзоре приводится сопоставление данных опросов ВНКЦ РАН с имеющимися сходными показателями измерений по России, проводившихся Всероссийским центром изучения общественного мнения. Хотя различие в методиках составления выборок и проведения опросов не позволяет нам делать прямые сопоставления, они дают возможность составить некоторое представление о сходстве или различии социальных процессов на региональном и федеральном уровне.

## ГЛАВА 2

### СОЦИАЛЬНОЕ НАСТРОЕНИЕ

Состояние процесса социально-экономического реформирования во многом характеризуется социально-психологическими чертами его протекания. Концентрированным показателем здесь выступает социальное настроение, которое отражает особенности психической направленности, состояние духовной атмосферы социальной общности. Оно концентрирует в себе влияние множества объективных и субъективных факторов, взаимоотношения общественных процессов с мироощущением человека и поэтому является основой для общественной и личной жизни. Эмоциональное состояние людей, их поведение зависят от решаемости социальных проблем и противоречий, удовлетворения социальных интересов, отражающихся в сознании и определяющих деятельность человека.

На протяжении последних лет в региональном сообществе стабильно преобладающей является часть населения, негативно оценивающая свое настроение. В среднем в период исследований такую оценку давало 60% респондентов. И хотя в периоды стабилизации социальной ситуации их доля сокращалась (например, в феврале 1998 г. – до 54%), но всегда превышала половину опрошенных. В последнее время, в связи с обострением кризисных явлений в политической и экономической жизни страны, негативизм в настроении населения усилился. В августе 1998 г. 65% респондентов испытывало напряжение, раздражение, страх, тоску (в ноябре 1995 г. – 58%). Только 27% находилось в прекрасном настроении, нормальном состоянии (в ноябре 1995 г. – 36%).

Как показывает рисунок 1, в рассматриваемый период имели место два ярко выраженных пика социального настроения. Первый из них пришелся на время президентских выборов летом 1996 г. После предвыборного всплеска оптимизма, связанного с ростом надежд на улучшение социально-экономического и политического положения, в конце 1996 – начале 1997 г.

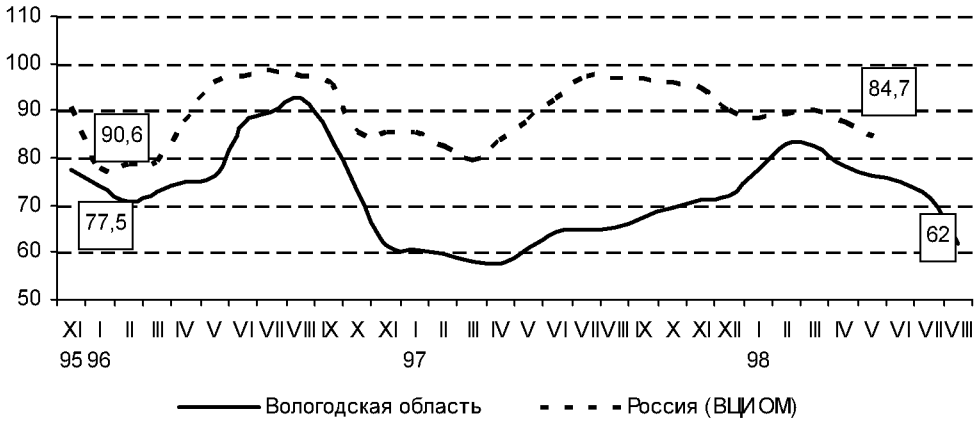


Рис. 1. Динамика индекса социального настроения \*

\* Разность между долей ответивших «испытываю напряжение, раздражение, страх, тоску» и долей ответивших «прекрасное настроение, нормальное, ровное состояние» на вопрос: «Что бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?» + 100.

произошло ухудшение показателей социального настроения. Усиление пессимистических тенденций было обусловлено прежде всего обострением ситуации с невыплатами заработной платы и социальных трансфертов. Крайней точкой здесь стал апрель 1997 г. В период июня 1997 г. – февраля 1998 г., в связи с некоторым ростом реальных денежных доходов населения, социальное настроение существенно улучшилось. Важно отметить, что это произошло прежде всего за счет активизации экономических рычагов, в первую очередь резкого сокращения задолженностей по заработной плате и социальным трансфертам. В последние месяцы (апрель – август 1998 г.) кривая социального настроения вновь стала снижаться и опустилась значительно ниже начальной отметки измерений.

Вместе с тем, как показывает график, социальное настроение – достаточно устойчивая категория общественной жизни. Динамика экономической конъюнктуры оказывает на него не прямое, а опосредованное влияние, в отличие, например, от ее влияния на оценки материального положения. Поэтому существенных перепадов в социальном настроении за период исследований отмечено не было.

Настроение – это эмоциональный фон, психологическое состояние, связанное с осуществлением тех или иных потребностей, ожиданий, жизненных планов человека. Оно способно играть роль либо ускорителя, либо, напротив, тормоза социальной деятельности отдельных индивидов и социальных групп. В свою очередь, оно зависит от множества факторов, охватывающих всю совокупность экономических, социальных, политических, духовных, социально-психологических процессов. Конечно, настроение человека – слишком тонкая категория, чтобы сводить его динамику к действию ограниченного круга факторов. Оно может неоднократно изменяться даже в течение суток, не говоря уже о более длительном периоде времени. Однако, если говорить об обществе в целом, детерминированность социального настроения в конкретных условиях можно определить достаточно четко.

Прежде всего, его определяет общественная ситуация, которую можно рассматривать и как процесс приспособления субъектов социальных отношений к изменяющимся условиям существования. Иными словами, именно адаптация к новым условиям определяет самоощущение человека. Адаптация – процесс активного приспособления индивида (социальной группы) к социальной среде, проявляющийся в поиске и обеспечении условий, способствующих реализации его потребностей, интересов, жизненных целей. И чем больше удаляются текущие условия существования от сложившихся некогда жизненных стандартов, тем негативнее это отражается на социальном настроении. Между тем, как показывают данные опросов летом 1998 г. (июнь и август), только 5% респондентов считают, что им полностью удалось адаптироваться к новым социально-экономическим условиям жизни современной России. Еще 21% полагает, что адаптироваться скорее удалось, чем нет, то есть, по-видимому, сегодняшнее состояние имеет для них свои плюсы и минусы. Основная масса (52%) стала жить хуже, поскольку ей «не удалось или скорее не удалось адаптироваться» к сегодняшней жизни.

Не случайно более половины респондентов негативно характеризует свое настроение. Как показывают данные таблицы 3, большинство тех, кому удалось адаптироваться к изменившимся условиям существования, позитивно оценивает свое настроение. А более 80% тех, кто адаптироваться не смог, дают ему негативную оценку.

Таблица 3

Оценка настроения в зависимости от уровня адаптации населения  
(июнь и август 1998 г).

Оценка адаптации	%	Оценка настроения			
		Прекрасное	Нормальное состояние	Напряжение, раздражение	Страх, тоска
Удалось полностью адаптироваться	5,1	18,7	39,6	24,1	7,6
Скорее удалось, чем нет	20,5	7,0	47,6	29,2	9,2
Скорее не удалось, чем да	25,6	1,9	25,0	48,4	17,9
Совсем не удалось адаптироваться	26,8	1,4	11,6	55,8	28,1

Еще один фактор, от которого непосредственно зависит устойчивость социального настроения, – запас терпения населения. Чем он выше и прочнее, тем более позитивный характер имеет самоощущение человека. Однако в последние три года, согласно данным опросов, запас терпения заметно сократился. Так, в августе 1998 г. 56% респондентов отметили, что уже не могут терпеть свое бедственное положение (в ноябре 1995 г. – 34%), 30% опрошенных, несмотря на трудности, продолжали терпеть и верить в улучшение жизни (в ноябре 1995 г. – 47%). Доля оптимистов, т.е. тех, кто считает, что «не все так плохо и можно жить», составила 5% (в ноябре 1995 г. – 9%).

Динамика индекса запаса терпения (рис. 2) наглядно отражает нестабильность современной действительности. В первую очередь она связана с факторами экономического характера. Резкое снижение запаса терпения приходится на осень 1996 – весну 1997 гг. – период наибольшего ухудшения в сфере денежных доходов населения в связи с ростом невыплат заработной платы и социальных трансфертов. В результате последовавшего за этим года относительной стабилизации к началу 1998 г. запас терпения

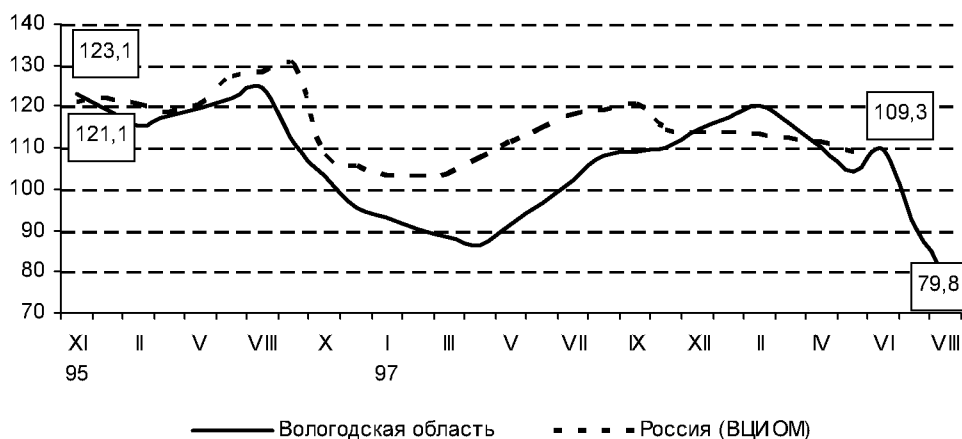


Рис. 2. Динамика индекса запаса терпения \*

\* Разность между долей ответивших «все не так не плохо и можно жить; жить трудно, но можно и терпеть» и долей ответивших «терпеть наше бедственное положение уже невозможно» на вопрос: «Как Вы считаете, какое из приведенных высказываний наиболее соответствует сложившейся ситуации?» + 100.

возрос практически до уровня лета 1996 г. Однако в последние месяцы вновь отчетливо наблюдается тенденция к его резкому снижению. Причины этого – затянувшаяся политическая нестабильность, а также обострение экономических трудностей.

## ГЛАВА 3

### УРОВЕНЬ ЖИЗНИ В СПЕКТРЕ СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНОК

Социальное настроение, как уже было сказано, определяется в решающей степени материальными условиями существования человека, иными факторами, которые в современной терминологии объединяются понятием «уровень жизни». Его измерение включает целый набор объективных показателей. Мы же здесь обратимся не к ним, а к спектру тех субъективных оценок, которые дают уровню жизни сами респонденты.

Начнем с того, что, по данным опросов ВНКЦ РАН, проведенных в 1997 г. – 1998 г. (10 опросов), среднедушевой денежный доход составлял 490 руб. в месяц. Это значительно ниже той суммы, которая необходима опрошенным для того, чтобы жить, по их мнению, «нормально». При наличии определенных колебаний (рис. 3) фактический доход в целом за 1997 – первую половину 1998 гг. составил лишь 23% от необходимого (2159 руб. в месяц). Такое положение, разумеется, не может не оказывать соответствующего влияния на оценку населением условий своей жизнедеятельности.

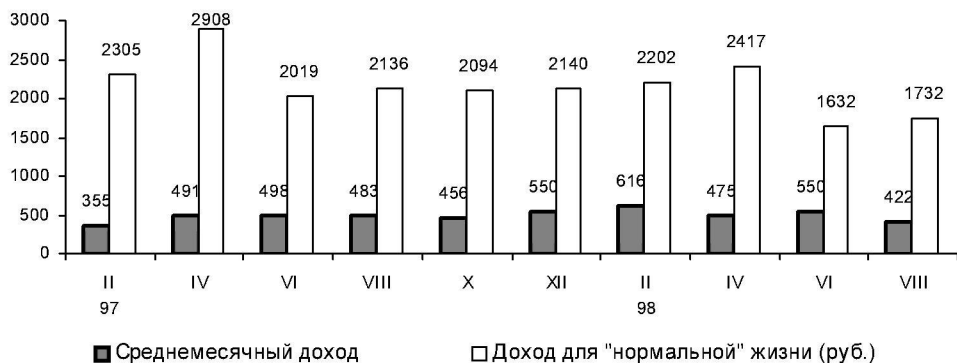
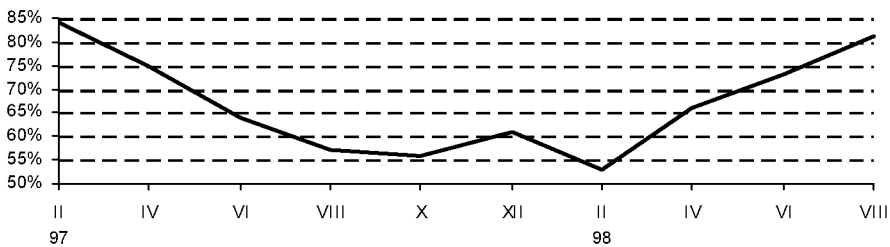


Рис. 3. Соотношение фактического среднедушевого денежного дохода и дохода, необходимого жителям области для «нормальной жизни» (в месяц, рублей)

Проблема низкого уровня денежных поступлений в семейные бюджеты усугубляется задержками выплаты зарплаты и социальных трансфертов. В 1997 – 1998 гг. с этим так или иначе сталкивалось две трети населения региона. Динамика процесса



ликвидации задолженностей стала важным фактором, определявшим социальное самочувствие респондентов. Так, с февраля 1997 г. по февраль 1998 г. доля респондентов, отмечавших, что государство и иные работодатели имеют задолженности перед ними и членами их семей, снизилась на 32% (с 84 до 52%). Отсюда не случайно отмеченное выше улучшение оценок населения в этот период. Вновь начавшееся с весны 1998 г. нарастание задолженностей (в апреле указало на их наличие уже 68%, а в августе – 82% респондентов, т.е. почти как в самом начале измерений) повлекло за собой негативизацию оценок населения.

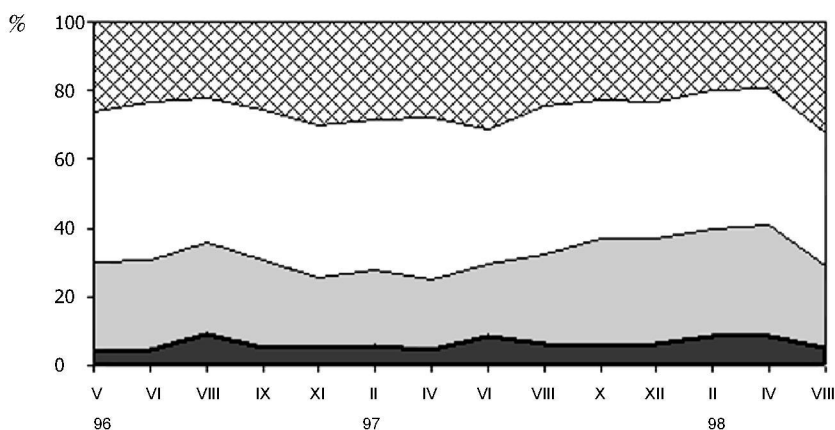


— Доля респондентов с задолженностями по зарплате и социальным трансфертам

Рис. 4. Динамика доли жителей области, ответивших, что «задолженностей не имеется», на вопрос: «Есть ли у работодателей и государства задолженности по выплате зарплаты и социальных трансфертов (пенсий, пособий, стипендий) перед Вами или членами Вашей семьи?»

Характерна, в этой связи, оценка покупательной способности денежных доходов. Лишь незначительная часть респондентов (6% в среднем за период исследований) полностью или почти полностью удовлетворяла свои материальные потребности. В то же время четверть не имела денежных средств даже для приобретения продуктов питания. Если также учесть, что приобретало только продукты питания более 40% респондентов, становится очевидным, что условия существования около двух третей населения области не поднимаются выше уровня удовлетворения элементарных физиологических потребностей.

Динамический анализ оценок покупательной способности населения во многом объясняет отмеченную выше нестабильность социального настроения, запаса терпения. Как показывает рисунок 5, в данном случае оценки респондентов также претерпевали существенные колебания, что было обусловлено главным образом динамикой денежных доходов населения в этот период.



- Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится «влезать» в долги
- Денег хватает только на приобретение продуктов питания
- Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
- Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать: покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна

Рис. 5. Оценка жителями области покупательной способности денежных доходов (в % от числа опрошенных)

Так, в частности, с апреля 1997 г. по февраль 1998 г. представительство двух нижних групп респондентов сократилось с 75 до 63%. Определяющим фактором этого стало постепенное погашение задолженностей по заработной плате и социальным трансфертам. Обратный процесс вновь привел к увеличению удельного веса этих групп: с 63% в феврале до 70% в августе 1998 г. Таким образом, в условиях постепенного приспособления людей к изменившимся условиям существования даже небольшое изменение денежных доходов способно оказывать заметное влияние на формирование семейного бюджета. Вместе с тем, нужно учитывать и то, что жизненные трудности вынуждают людей, с одной стороны, сокращать свои потребности, с другой – искать новые возможности их реализации.

Исходя из сказанного выше не случайно то, что людей в первую очередь волнуют проблемы, обусловленные нехваткой денежных средств. По данным опросов ВНКЦ в июне 1997 г. – декабре 1998 г., наибольшее недовольство жителей области вызывают задержки выплаты заработной платы, пенсий, стипендий (68%), нехватка

денег на предметы первой необходимости (51%) и долговременного пользования (48%). Причем в последнее время наблюдается увеличение этих долей по всем позициям.

Оценивая уровень своего материального благосостояния в целом, в августе 1998 г. лишь 3% респондентов отметили, что он по сравнению с предыдущим годом повысился (в ноябре 1995 г. таковых было 5%). Понизилось благосостояние у 61% (в ноябре 1995 г. – у 59%), а еще у 31% существенных изменений не произошло (в ноябре 1995 г. – у 30%).

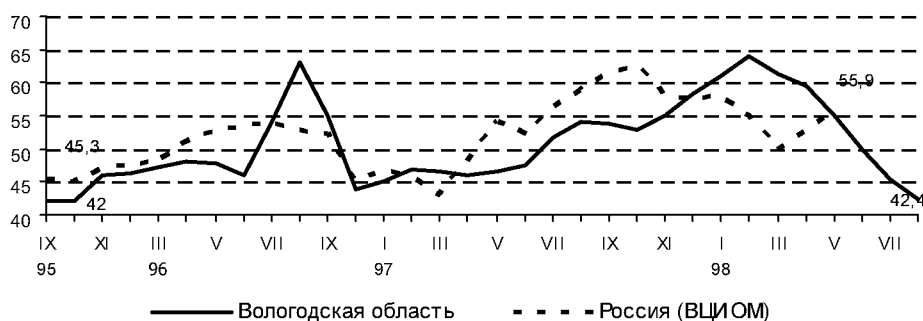


Рис. 6. Динамика индекса материального благосостояния\*

\* Разность между долей ответивших «благосостояние улучшается» и долей ответивших «благосостояние понижается» на вопрос: «Как изменяется жизнь Вашей семьи в текущем году по сравнению с предыдущим годом?» + 100.

Как показывает анализ динамики индекса материального благосостояния (рис. 6), с осени 1995 г. до начала 1998 г., в течение двух лет, при наличии некоторых колебаний наблюдалась тенденция к его увеличению. Резкие перепады в 1996 г. – начале 1997 г. в значительной мере связаны с президентскими выборами, когда на оценки респондентов существенное влияние оказывало их эмоциональное состояние, а также с усилением негативного влияния такого фактора, как невыплата заработной платы и социальных трансфертов. В период с апреля 1997 г. по февраль 1998 г., по мере постепенного решения этой проблемы, индекс материального благосостояния неуклонно повышался. Однако уже отмечавшийся выше новый виток задолженностей, политическая нестабильность, острый финансовый кризис в совокупности вызвали резко негативную реакцию этого показателя: в феврале – августе 1998 г. весь его рост, наблюдавшийся в течение предыдущего года, сошел на нет.

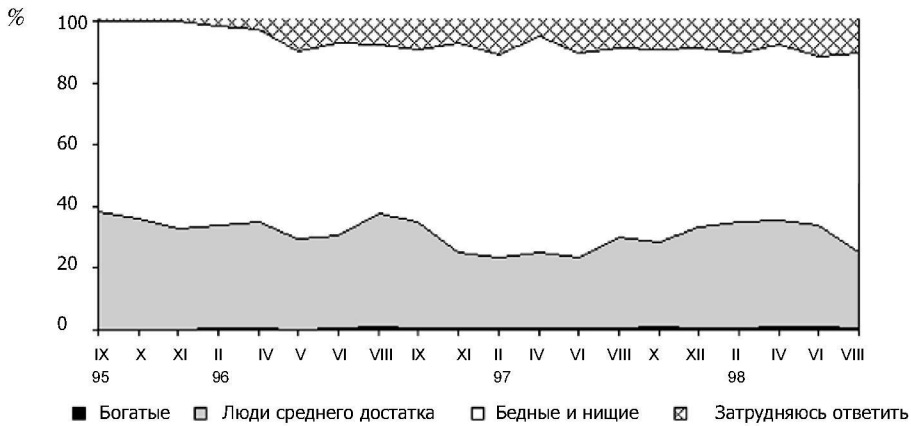


Рис. 7. Социальная самоидентификация населения (в % от числа опрошенных)

В целом за период исследований не произошло существенных изменений в оценке населением области своего имущественного статуса (рис. 7). Центр тяжести в социально-экономической структуре общества смещен в сторону многочисленного слоя «бедных» и «нищих», удельный вес которых составляет более 60%. Менее 30% респондентов считают себя «среднеобеспеченными». Доля респондентов, относящих себя к категории «богатых», не превышала за период исследований 1%. Необходимо отметить, что различие в доходах еще не является в данном случае критерием социальной самоидентификации. В настоящее время статусные оценки зависят в большей степени от психологического самочувствия респондентов. А оно, как мы могли видеть, находится на невысоком уровне.

Таким образом, социологические измерения последних трех лет показывают, что существенных изменений в уровне жизни населения не произошло. Для всего периода характерна низкая оценка респондентами материальных условий своего существования. Что касается динамического аспекта, можно констатировать периодическое чередование фаз улучшения и ухудшения ситуации. Отсутствие стабильности существует на фоне привыкания основной массы населения к изменившимся материальным условиям существования, что внешне сглаживает остроту социальных противоречий. Однако проблемы здесь чрезвычайно глубоки и требуют скорейшего и неотложного решения.

## ГЛАВА 4

### ЛИЧНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ГРАЖДАН И ПРАВОПОРЯДОК

Одной из наиболее острых социальных проблем, которая также сегодня волнует население, является высокий уровень криминализации общества. Поэтому социологическое изучение вопросов, касающихся выяснения влияния этого процесса на социальный климат в регионе, на психологическое состояние людей, тоже представляется чрезвычайно актуальным.

Достоинством социологических опросов при исследовании криминализации общества является то, что они позволяют выявить ее латентный (скрытый) уровень, не отражаемый официальной статистикой. Так, опросы, проведенные в феврале 1996 г., апреле 1997 и 1998 гг., выявили довольно высокий процент противоправных действий, пострадавшими от которых считали себя респонденты (рис. 8).

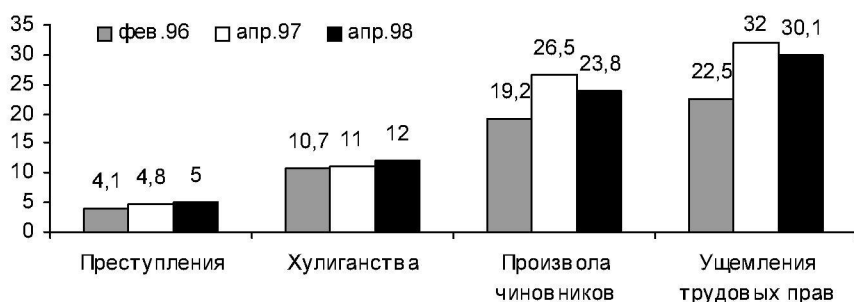


Рис. 8. Динамика доли жителей области, ответивших «да» на вопрос: «Приходилось ли Вам в прошедшем году быть жертвой...?» (в % от числа опрошенных)

В период исследований зафиксировано некоторое увеличение доли респондентов, сталкивавшихся с теми или иными формами противоправных деяний. Безусловно, определение каждым человеком таких явлений, как, например, преступность и хулиганство, не всегда соответствует законодательно закрепленным правовым нормам. Но в данном случае как раз и интересно выяснить субъективное восприятие правовой защищенности человека. Ситуация, когда каждый десятый ощущает себя жертвой хулиганства и каждый двадцатый – преступления, очевидно, не способствует сохранению нормального жизнеощущения человека, а, напротив, активизирует негативные психологические процессы.

Ответственность за рост криминализации люди возлагают на структуры власти, причем власти вообще, а не только на правоохранительные органы. Иными словами, они ассоциируют это явление с неспособностью власти справиться с преступностью. Более того, как показывают опросы, представители власти сами зачастую являются источниками противоправных действий. Так, порядка 1/5 – 1/4 респондентов считали себя жертвами произвола чиновников. Причем очень велика вероятность того, что человек, однажды столкнувшись с произволом чиновника, распространит соответствующее мнение на все структуры власти.

Обращает на себя внимание относительно невысокая доля респондентов, отметивших факты ущемления их трудовых прав. Подобный показатель можно рассматривать с двух сторон: либо как практически беспроблемное сосуществование работодателей и работников, либо то, что работники просто не знают своих прав. Учитывая значительность масштабов такого явления, как задержка, частичная или полная невыплата заработной платы (ранее уже приводилась статистика мониторинга по этому вопросу), следует говорить о последнем. Так, в апреле 1997 и в апреле 1998 гг. лишь по 36% респондентов, отметивших наличие задолженностей, указало на факты нарушения своих трудовых прав. По-видимому, привычным становится не только факт высокого уровня преступности, но и систематические нарушения прав человека.

Наиболее выразительным показателем в плане определения зависимости социального самочувствия от уровня криминализации общества является степень уверенности людей в личной безопасности в тех или иных условиях (дома, на улице, на работе). Исследования, проведенные ВНКЦ в 1996 – 1998 гг., дали на этот счет следующие результаты (рис. 9).

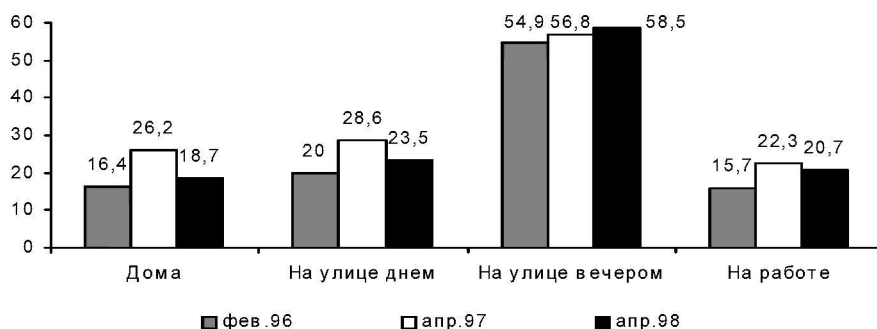


Рис. 9. Динамика доли жителей области, ответивших «нет и скорее, нет» на вопрос: «Чувствуете ли Вы себя в настоящее время в безопасности...?» (в % от числа опрошенных)

Иначе как критической нельзя назвать ситуацию, выявленную в результате анализа вопроса, касавшегося проблемы личной безопасности на улице. В дневное время опасается находиться на улице 1/4 респондентов. Наиболее благоприятные условия для криминализации предоставляют вечерние улицы. Более половины опрошенных не чувствуют себя в безопасности на вечерних улицах населенных пунктов региона. Порядка 1/5 респондентов не чувствуют себя в безопасности, находясь дома и на работе.

В общественном мнении существует неудовлетворенность деятельностью правоохранительных органов. Исходя из данных опросов (табл. 4), приходится констатировать, что невысоким уровнем доверия характеризуется отношение населения к милиции. Лишь 8% жителей района полагает, что милиция в настоящее время может справиться с преступностью. Причем за два года возросла доля тех, кто имеет противоположное мнение, – с 58 до 69% (за счет затруднившихся ответить). Таким образом, лишь малая часть граждан верит в способность данного органа обеспечить правопорядок и их личную безопасность.

Таблица 4

Распределение ответов жителей области на вопрос: «Может ли милиция сегодня справиться с преступностью...?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Февраль 1996 г.	Апрель 1997 г.	Апрель 1998 г.
Да	7,2	8,2	7,6
Нет	57,7	66,8	68,6
Затрудняюсь ответить	35,1	25,0	23,8

Столь негативная оценка деятельности милиции объясняется рядом факторов – как объективных, так и субъективных. Однако следует заметить, что важнейшим фактором формирования общественного мнения о милиции является степень эффективности ее деятельности по наведению общественного порядка. Между тем исследование выявило, что из всех респондентов, обращавшихся за помощью, получили ее (по крайней мере в том объеме, который они считали необходимым) в 1997 г. лишь 36%, в 1998 г. – 42% (табл. 5). Интересно, что доля тех, кто получил помощь, практически равна доле уверенных в способности милиции справиться с преступностью.

Таблица 5

Распределение ответов на вопрос: «Обращались ли Вы в прошедшем году в милицию за помощью?» (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Февраль 1996 г.	Апрель 1997 г.	Апрель 1998 г.
Да, и помощь получил	7,0	6,0	7,0
Да, но помощь не получил	15,9	10,5	9,7
Нет	73,7	83,2	82,8

Рассмотрение данного комплекса вопросов приводит нас к некоторым выводам.

Во-первых, высокий уровень криминализации в совокупности с безнаказанностью преступников стал привычным явлением в жизни регионального сообщества. Население фиксирует высокий уровень противоправных деяний, не уверено в личной безопасности, а также не слишком доверяет органам правопорядка.

Во-вторых, говоря о влиянии данного явления на общественную жизнь, необходимо отметить, что оно отнюдь не ограничивается количеством зафиксированных или даже латентных противоправных деяний. Пожалуй, в наибольшей мере негативное влияние процесс криминализации общества оказывает на психологию людей, вызывая чувства личной незащищенности, неуверенности в собственной безопасности, безопасности родных и близких, личного имущества, углубляющие переживания от экономических проблем. Подобные явления не отражаются официальной статистикой, а тем более официальной пропагандой. Поэтому немаловажным становится выяснение степени влияния проблемы роста преступности на сознание и социальное самочувствие людей.

В-третьих, наиболее негативное и опасное следствие роста криминализации общества – снижение порога терпимости, привыкание к различным формам противоправных деяний – как к преступности, так и к нарушениям гражданских и трудовых прав. Эта проблема представляется еще более серьезной в перспективном плане, поскольку наиболее подвержено влиянию указанных факторов подрастающее поколение, степень иммунитета которого в отношении данного явления в современных условиях воспитания крайне низка.



## ГЛАВА 5

### ОТНОШЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ К ВЛАСТИ

Социально-политические настроения определяются всей общественной ситуацией в стране и регионе – и кризисными процессами в экономической сфере, духовной жизни, и особенностями политического развития, деятельностью различных политических сил, местом конкретного человека в политической системе общества. Иными словами, они опосредованы взаимодействием многообразных объективных и субъективных факторов.

Что же дали социологические измерения массовых социально-политических настроений в регионе?

Прежде всего – об оценке политической ситуации в стране в целом. Она довольно критична. Причем, как показывает рисунок 10, критичность общественного мнения в последнее время заметно повышается. Лишь 2% респондентов в августе 1998 г. считало политическую обстановку в России благополучной, спокойной (в ноябре 1995 г. – 4%), в то время как 50% – напряженной (соответственно 66%), 43% – критической, взрывоопасной (25%). Отрицательная динамика оценок является прямым следствием отсутствия стабильности в высших структурах власти начиная с весны 1998 г.

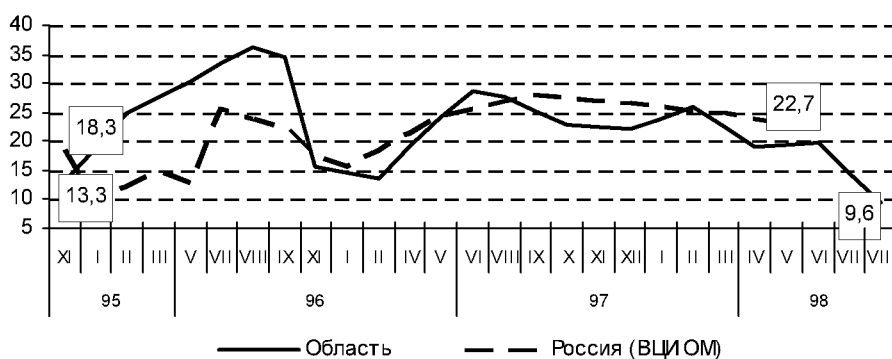


Рис. 10. Динамика индекса политической ситуации в России\*

\* Разность между долей ответивших «благополучная; спокойная» и долей ответивших «напряженная; критическая, взрывоопасная» на вопрос: «Как бы Вы оценили в целом политическую обстановку в России?»+100.

Кто, по мнению населения, ответствен за трудности повседневной жизни? В первую очередь это – структуры исполнитель-

ной власти. Так было в ноябре 1995 г., когда 58% респондентов возлагали ответственность за трудности на федеральные и 47% – на местные власти, примерно так же – в августе 1998 г.: на президента – 58%, правительство – 60%, местные власти – 38%. Лишь 13% в ноябре 1995 г. и 12% в августе 1998 г. винили за трудности самих себя.

Поэтому и в отношении деятельности властных структур, политических деятелей население настроено весьма критично. Так, в сентябре 1995 г. деятельность президента одобряло 19% респондентов, в августе 1998 г. – 8%, деятельность правительства – соответственно 18 и 9%, губернатора – 19 и 20%, глав местных администраций – 29 и 19%.

Отношение респондентов к тому или иному институту власти наиболее информативно может быть выражено через соотношение количества одобряющих и не одобряющих проводимую им политику. Чем шире позитивные чувства, тем выше показатель (индекс) одобрения.

Как показывают рисунки 11 и 12, динамика индекса одобрения власти, особенно в 1995 – 1996 гг., была нестабильной. Если говорить о последних месяцах, то отмеченное выше ухудшение социального самочувствия не замедлило сказаться и на оценках населения в отношении властных структур. Именно с февраля 1998 г. кривая одобрения стала резко снижаться, причем это касается как федеральной, так и местной власти. Хотя здесь следует отметить, что одобрение деятельности местной власти в сред-

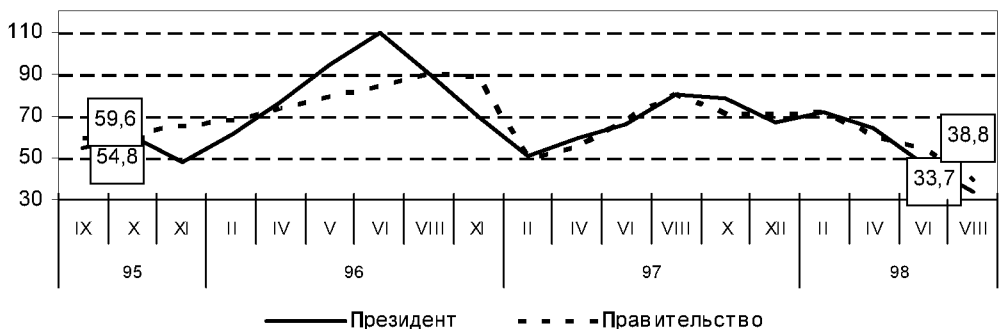


Рис. 11. Динамика индекса одобрения деятельности Президента РФ и Правительства РФ\*

\* Разность между долями ответивших «полностью и в основном одобряю» и «полностью и в основном не одобряю» на вопрос: «Как Вы оцениваете в настоящее время деятельность..?» + 100.

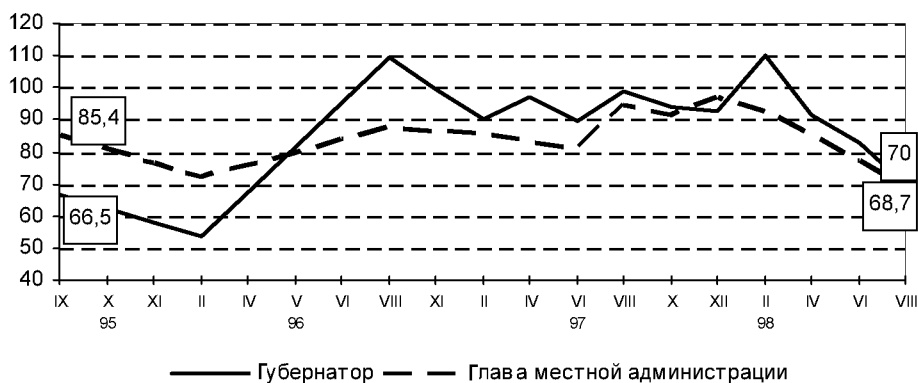


Рис. 12. Динамика индекса одобрения деятельности губернатора и глав местных администраций\*

\* Разность между долями ответивших «полностью и в основном одобряю» и «полностью и в основном не одобряю» на вопрос: «Как Вы оцениваете в настоящее время деятельность...?» + 100.

нем существенно выше, чем федеральной. Как мы отмечали ранее, люди склонны возлагать ответственность за тяготы своей жизни в первую очередь именно на структуры федеральной власти.

Общую тенденцию деполитизации подтверждает и невысокий уровень доверия к другому важнейшему институту общества – политическим партиям и блокам. В современных условиях наиболее эффективным средством влияния населения на властные структуры является его волеизъявление в форме демократических выборов. Отдавая предпочтение той или иной политической силе, население способно оказывать поддержку или, напротив, выражать неудовлетворение курсом правящей власти. Однако мониторинг не выявил особого доверия людей и к какой-либо оппозиционной партии. Об этом убедительно свидетельствуют данные, представленные в таблице 6.

Таблица 6

Политические предпочтения жителей области в сентябре 1995 г. и июне 1998 г. (варианты ответов на вопрос: «За какую партию / движение Вы проголосуете?»; в % от общего числа респондентов)

Дата	КПРФ	ЯБЛоко	НДР	ЛДПР	НРПР
Сентябрь 1995 г.	11,3	3,5	9,0	5,2	-
Февраль 1998 г.	14,4	9,8	11,3	5,9	8,1
Август 1998 г.	9,4	8,3	6,3	5,4	11,6

Последние годы проходят под знаком существенного влияния оппозиционных (протестных) настроений значительной части населения. Однако оппозиционные партии в общественном мнении не рассматриваются как сила, способная реализовать ожидания той части людей, которая в наибольшей степени испытывала на себе негативные результаты проводимых преобразований. К тому же стремление населения к расширению социальной направленности реформ, в действительности выражавшееся в голосовании за оппозиционные партии, так и не было учтено правящей элитой. На сегодняшний день каждая из партий оппозиционного лагеря сохраняет свой электорат, но ни одна не имеет широкой поддержки.

Общее состояние социального климата отражает готовность респондентов к активным политическим действиям в защиту своих прав (хотя между готовностью к действию и самим действием лежит большая дистанция). Данные опросов относительно потенциальной готовности населения к защите своих прав в активных формах свидетельствуют о том, что социальная напряженность в середине 1998 г. была существенно выше, чем в период двухлетней давности. Так, в августе 1998 г. 49% респондентов допускали вероятность массовых выступлений (в ноябре 1995 г. – 33%) и 38% – возможность собственного участия в них (в ноябре 1996 г. – 27%). Количество ответивших в обоих случаях отрицательно, напротив, снизилось – соответственно с 55 до 32% и с 54 до 36%.

Представленные данные, естественно, не означают, что столь большая часть населения выйдет на улицы и реально присоединится к акциям протеста. В данном случае более важно то, что люди готовы к этому внутренне, что указывает на более важное – на потенциал протеста против нынешней жизни и, соответственно, власти, на которую люди возлагают вину за происходящее.

Как показывают рисунки 13 и 14, в период 1995 – 1998 гг. наблюдалось два пика протестных настроений. Первый из них (вторая половина 1996 г. – начало 1997 г.) был вызван нереализованными ожиданиями после президентских выборов, усугубившимися обострением ситуации с невыплатами заработной платы и социальных трансфертов. Вторая половина 1997 г., когда правительству в результате экономических мер постепенно удалось погасить недовольство населения и в определенной мере возродить надежды на перспективу, ознаменовалась постепенным снижением социальной напряженности. Однако уже отмечавшиеся

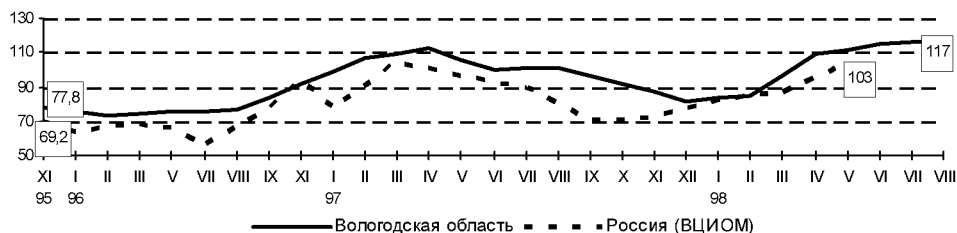


Рис. 13. Динамика индекса вероятности массовых выступлений\*

\* Разность между долей ответивших «да; скорее всего, да» и долей ответивших «нет; скорее всего, нет» на вопрос: «Могут ли состояться сейчас в Вашем городе (районе) массовые выступления против роста цен и падения уровня жизни?» + 100.

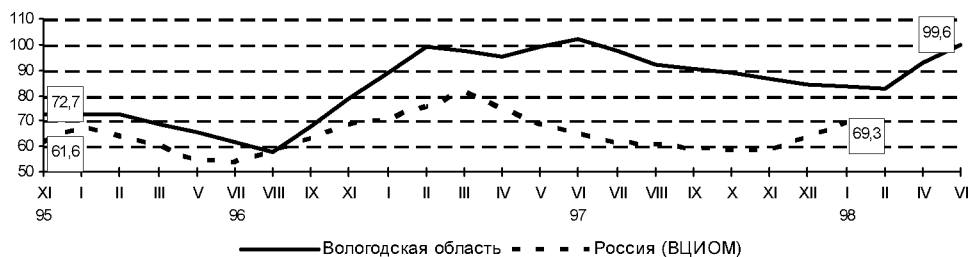


Рис. 14. Динамика индекса готовности к участию в массовых выступлениях\*

\* Разность между долей ответивших «да; скорее всего, да» и долей ответивших «нет; скорее всего, нет» на вопрос: «Примете ли Вы участие в массовых выступлениях против роста цен и падения уровня жизни?» + 100.

нами выше негативные явления в социальной жизни в первой половине 1998 г. привели к тому, что потенциал протеста вновь резко возрос, достигнув в августе 1998 г. максимальной отметки за исследуемый период.

Каждый человек, критически оценивающий нынешнюю власть, представляет себе определенную цель развития общества, даже если не может предложить конкретных шагов по ее достижению. Так, в июне 1998 г. 63% респондентов считало необходимым условием улучшения жизни народа добровольную отставку президента и лишь 26% высказалось о необходимости смены курса реформ. 45% поддержало весеннюю отставку правительства, однако в то же время 62% считало, что это не приведет к ликвидации задолженностей по заработной плате и социальным трансфертам и 61% – что это не приведет к повышению уровня жизни населения. Таким образом, можно говорить, что отторжения курса реформ как такового в общественном мнении нет, есть лишь неприятие органов власти (через личности) и проводимой ими политики.

## ГЛАВА 6

### ОТ ОЦЕНОК – К УПРАВЛЕНИЮ

И все же люди живут не только сегодняшним днем, они думают о своем будущем, перспективах развития страны. В июне 1998 г. на вопрос о том, какие проблемы сегодня вызывают самое большое беспокойство, наибольшее число респондентов (60%) на первое место поставило «будущее детей, молодежи» и лишь затем – дороговизну жизни, остановку предприятий и другие.

Но можно ли сегодня говорить о существовании прочной основы для улучшения или хотя бы стабилизации социальной ситуации в регионе? К сожалению, пока нет. В 1997 г. в области наблюдалось ухудшение основных макроэкономических показателей, имело место отставание от средних данных по Российской Федерации. Так, например, объем валового внутреннего продукта составил 98,4% по отношению к 1996 г. (по РФ – 100,4%), объем промышленного производства – 99,4% (по РФ – 101,9%), производство потребительских товаров – 92% (по РФ – 102,1%); общая численность безработных – 109% (по РФ – 94,3%). Не прекратилось сокращение инвестиционных вложений в основной капитал (в 1997 г. они составили 82% по отношению к 1996 г., а в 1996 г. – 66% по отношению к 1995 г.)<sup>1</sup>.

Противоречивым было социально-экономическое развитие области и в первые восемь месяцев 1998 г. Выросли объемы производства в электроэнергетике, химической, лесной, легкой промышленности, сельском хозяйстве, однако продолжается спад в ряде ведущих отраслей промышленности (черная металлургия, машиностроительная, стройматериалов и др.)<sup>2</sup>. Т.е. даже при наличии некоторых позитивных изменений в экономике региона в первой половине 1998 г. она еще далека от устойчивого развития. Поэтому, как мы могли видеть, эти изменения не влекут за собой улучшения материального благосостояния основной

---

<sup>1</sup> Социально-экономическое положение Вологодской области в 1997 г. – Вологда: Вологдаоблкомстат, 1997 (№12); Социально-экономическое положение России в 1997 г. – М: Государственный комитет РФ по статистике, 1997 (№12).

<sup>2</sup> О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области в январе – июне 1998 г. – Вологда: Вологдаоблкомстат, 1998 (№8).

массы населения. Для этого требуется твердо встать на путь комплексного поступательного социально-экономического развития.

Между тем, согласно данным макроэкономического прогноза ВНКЦ ЦЭМИ РАН, при сохранении проводимого курса и практики действий органов управления народным хозяйством области, через год такие показатели, как объем валового внутреннего продукта, объем промышленной продукции, производство потребительских товаров, могут еще более ухудшиться<sup>1</sup>. Пропорционально этому может произойти и ухудшение социального самочувствия населения. Однако подчеркнем, что это будет происходить в том случае, если не произойдет необходимой корректировки проводимой социально-экономической политики.

В сложных экономических условиях чрезвычайно важно учитывать, какую перспективу видит само население. Надо сказать, что его оценки в последнее время очень пессимистичны. Об этом свидетельствуют данные проводимого ВНКЦ РАН с апреля 1997 г. измерения индекса потребительских настроений (ИПН) – качественно иного по сравнению с традиционными для российских условий инструментария для исследования социально-экономического развития. ИПН – синтетический показатель, строится как совокупность оценок текущего личного материального положения, ситуации на потребительском рынке и ожиданий изменения как личного материального положения, так и общей экономической ситуации. Он способен объяснять процессы, которые сложно зафиксировать посредством обычных макроэкономических связей, благодаря чему улавливает неожиданные, поворотные моменты в экономическом и общественном развитии, представляет возможности его прогнозирования. Как показывают данные измерений ВНКЦ, люди ожидают в краткосрочной и долгосрочной перспективе ухудшения как собственного благосостояния, так и социально-экономического развития. Сбудутся ли эти пессимистические прогнозы или в экономике все же будут преобладать позитивные тенденции – покажет дальнейшее развитие ситуации.

---

<sup>1</sup> Прогноз макроэкономических показателей развития экономики Вологодской области в 1998 – 2000 гг. в сценарных вариантах // Макроэкономическое прогнозирование: Информационно-аналитический бюллетень ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – 1998. – №1.

Здесь следует подчеркнуть и более глубокий смысл приведенного факта. Очевидно, что с таким настроем людей осуществить даже самые продуманные и научно обоснованные преобразования невозможно. Наши исследования показывают, что из всего многообразия проблем реформирования в России сегодня наиболее актуальной является проблема социально-психологических условий его протекания. Социальная апатия, напряженность, чувство неуверенности в будущем, неверие населения в улучшение жизни, крайнее недоверие к политическому и экономическому курсу государства являются определяющими факторами общественного развития. Переломить их – значит ускорить ход и приблизить позитивные результаты преобразовательных процессов.

В качестве некоторых возможных принципиальных направлений регулирования социальной ситуации нам представляются нижеследующие.

1. Движение общества к консолидации и выходу из глубокого системного кризиса возможно лишь на основе научно обоснованной, последовательной социальной концепции реформ, в основе которой должен лежать принцип системности, взаимосвязи и взаимодействии совокупности социальных факторов. Необходимо выработка системы приоритетов, исходя из перспектив развития общества, а не сиюминутных интересов.

2. В условиях глубокого кризиса главным объектом государственной политики должно стать общее повышение уровня и качества жизни, укрепление уверенности населения в завтрашнем дне. При этом оно должно понимать, что это потребует немало времени. Но об этом на властном уровне практически ничего не говорится. Напротив, население снабжается информацией о стабилизации, которая ничего, кроме раздражения, не вызывает.

3. Необходимо формирование такой системы жизненных ориентаций, которая могла бы поддерживать стабильное развитие общества, ускорила бы его поступательное движение по пути социального прогресса. Однако мы наблюдаем обратное. Стратегическая линия преобразований остается прежней. Но самое главное – за всеми политическими передрыганиями власть опять забывает о народе. Более того: на фоне быстрого ухудшения жизненного уровня населения с какой-то особой активностью из



уст политиков различных рангов летят слова о «стабилизационных мерах», режиме экономии, необходимости сокращения расходов и т.п. Возникает резонный вопрос: а известно ли им, как живет народ, ради которого они, собственно, и должны существовать? Ведь апелляция к «нужным» статистическим показателям, успехам отдельных предприятий ничего, кроме скепсиса, у массы нищающего населения, уже не вызывает.

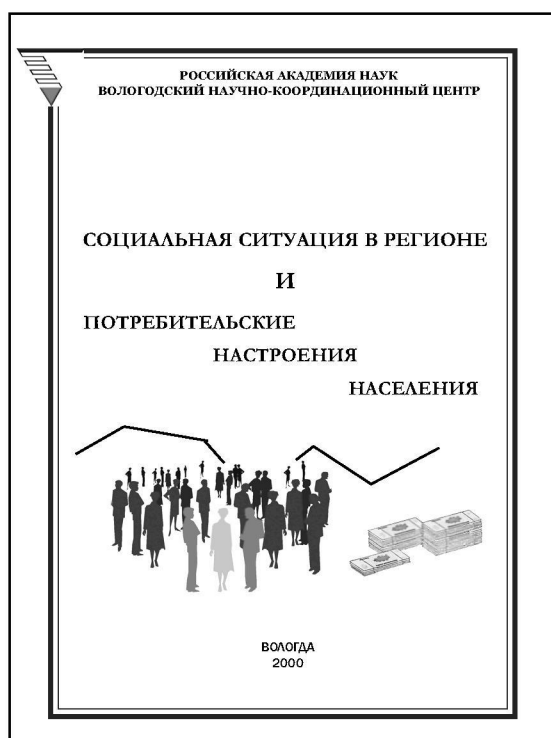
4. Ведущие политические силы в регионе действуют сегодня по большей части разрозненно. Однако для достижения социального прогресса необходима их совместная деятельность. Основная цель деятельности – поиск и расширение точек согласия, исходя из стратегической цели социально-экономического развития – улучшения уровня и качества жизни, социального самочувствия населения. Ее организационной формой может быть экспертный совет, состоящий из политических сил, представляющий интересы всех значимых групп населения. Это, в частности, государство в лице руководителей администрации области, депутаты Законодательного Собрания (как представители интересов избирателей), функционеры ведущих политических партий, руководители профсоюзов (как представители наемных работников), представители работодателей. Основные принципы деятельности совета: равные права всех представленных сторон, обязательность исполнения согласованных решений для всех участников. Необходимо определить допустимый порог социального неблагополучия, превышение которого является обязательным требованием корректировки проводимой политики.

5. У большинства населения практически отсутствует понимание как стратегических целей регионального развития, так и конкретных его задач. Формирование и разъяснение их – важнейшая обязанность областного руководства. Взаимоотношения власти и населения должны строиться на принципах гласности. Необходимо не кулуарное, а публичное обоснование перспектив социально-экономического развития, выраженное в четких цифровых показателях, а затем – регулярные отчеты представителей властных структур перед населением. Любой человек должен видеть, что его ожидает вследствие реализации каких-либо программ и что конкретно он от этого получает.

6. Требуется создание условий для реальной экономической независимости средств массовой информации как источника сведений о деятельности властных структур. Информирование населения не может ограничиваться только публикацией тех или иных законодательных актов и отдельными выступлениями политиков. Целесообразно создание информационного органа, который в доступной форме информировал бы население как о концепции, целях и задачах развития региона, так и о конкретной деятельности властных структур. Важно, чтобы он был независимым и в равной степени, через специально созданный наблюдательный совет, представлял интересы всех значимых социально-политических сил региона (структуры представительной и исполнительной власти, политические партии, профсоюзы, предприниматели). Одной из форм такого органа может быть созданное на акционерной основе периодическое печатное издание с бесплатной доставкой его выпусков населению области.

К. А. Гулин

# СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ НАСТРОЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ



## ВВЕДЕНИЕ

Краеугольным камнем большинства аналитических публикаций последнего времени, предметом которых является социальная ситуация в России, выступает финансово-экономический кризис августа 1998 г. и его последствия. Неслучайность такого подхода очевидна. Резкое сокращение реальных доходов за короткий промежуток времени вынудило подавляющую часть населения пересмотреть сложившиеся стандарты потребления – не только отказаться от крупных покупок, но и сократить повседневные расходы. К экономическим неурядицам добавилась политическая неустойчивость, неопределенность перспектив, что в совокупности создавало серьезные предпосылки для усиления социальной напряженности.

Возвращаясь с нынешних позиций к событиям осени 1998 г., следует отметить, что фаза внешне острой психологической реакции населения на кризис оказалась весьма непродолжительной. Это произошло в силу достаточно быстрого ограничения негативного воздействия кризисных явлений на социальную среду. Стабилизация на протяжении 1999 г. социальной ситуации, постепенная нормализация экономической жизни, несмотря на быструю смену событий на высшей политической сцене, создали предпосылки для восстановления докризисного уровня. В то же время очевидно, что столь серьезные катаклизмы, которые принес август 1998 г., всегда накладывают глубокий отпечаток на последующее развитие. Поэтому сегодня чрезвычайно важно выяснить, в какой степени население региона смогло оправиться от экономических потрясений и адаптироваться к изменившимся условиям существования. Второй важный аспект – уровень ожиданий населения в отношении перспектив развития страны и собственной жизни, являющихся основой поступательного развития общества.

Для решения таких задач необходимо обратиться к качественно новым инструментам исследования социально-экономических процессов. Наиболее информативными, с этой точки зрения, являются показатели, максимально учитывающие «человеческий фактор» в социальных изменениях, аккумулирующие субъективные мнения людей по ключевым проблемам развития общества. Одним из инструментов, позволяющих проанализировать и сопоставить долговременные тенденции и специфически кризисные проявления динамики социальной системы, является совокупность специальных индикаторов, объединенных в **индекс потребительских настроений (ИПН)**. Измерение этого показателя имеет пятидесятилетние традиции в США, давно распространено в других развитых странах мира. С 1993 г. ИПН начал измеряться и в России, и сейчас появляются первые попытки глубокого осмысления уже полученных результатов. С апреля 1997 г. измерение индекса на территории Вологодской области проводит ВНКЦ ЦЭМИ РАН совместно с областной администрацией. Полученные за этот период результаты обнаруживают заметную близость с общероссийскими, отражая и местную специфику. Как показывает опыт, они позволяют делать адекватные выводы относительно текущего состояния и перспектив социальной ситуации в регионе. В данной работе представлен анализ результатов измерений за период 1997 – 1999 гг.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> См. предыдущие публикации по теме: *Ильин В.А., Гулин К.А.* Индекс потребительских настроений: тенденции и перспективы социально-экономического развития в оценках населения Вологодской области в 1997 г. // *Экономические и социальные перемены в регионе: Информационный бюллетень ВНКЦ ЦЭМИ РАН.* – Вологда, 1997. – Вып. 4. – С. 73-93; *Гулин К.А.* Потребительские настроения населения как индикатор социального самочувствия и экономического развития региона // *Экономические и социальные перемены в регионе. Информационный бюллетень ВНКЦ ЦЭМИ РАН.* – Вологда, 1998. – Вып. 5. – С. 55-73; *Гулин К.А.* Индекс потребительских настроений как индикатор социально-экономического развития регионов // *Уровень жизни. Сбережения населения. Индекс потребительских настроений. Финансовые отношения федерального центра с регионами. Материалы международной конференции, Санкт-Петербург, 20 – 22 мая 1998 г.* – М., 1998. – С. 55 – 66; *Гулин К.А.* Анализ и прогнозирование социально-экономических процессов на основе измерения индекса потребительских настроений // *Социально-экономические реформы: региональный аспект. Материалы Второй Российской научно-практической конференции.* – Вологда, 1999. – С. 250 – 253; *Ильин В.А., Гулин К.А.* Потребительские настроения как индикатор социально-экономических перемен. – Вологда, 1999.

Ранее мы неоднократно говорили о специфике построения и расчета индекса потребительских настроений. Напомним лишь, что он строится как совокупность субъективных оценок текущего личного материального положения, ситуации на потребительском рынке и ожиданий изменения личного материального положения и общей экономической ситуации<sup>1</sup>. Междисциплинарный подход позволяет определять степень отражения тех или иных экономических, политических изменений, различных событий в жизни страны на социальном самочувствии населения и исходя из этого оценивать степень риска при принятии властных решений. Таким образом, он агрегирует в себе различные стороны частных мнений людей простыми и понятными даже неспециалисту приемами. Результаты замеров ИПН могут быть использованы, во-первых, для анализа текущей социальной ситуации, во-вторых – для прогнозирования ее изменений. В принципе ИПН был задуман как сугубо экономический индикатор, но со временем проявились его более широкие способности к социальной диагностике. Опыт исследований показал, что через некоторое время после резких изменений ИПН, обычно месяца через три-четыре, можно ожидать важных событий в жизни страны. Особенно отчетливо это проявилось в России, с присущей ей более тесной взаимосвязью экономической и политической сфер.

---

<sup>1</sup> Индекс строится на основе ответов респондентов на пять вопросов: 1) Как Вы оцениваете материальное положение Вашей семьи: оно лучше или хуже, чем было год назад? 2) Как Вы считаете, через год Ваше материальное положение будет лучше или хуже, или примерно такое же, как сейчас? 3) Как Вы считаете, следующие 12 месяцев будут для экономики страны хорошим временем или плохим, или каким-либо еще? 4) Если говорить о следующих пяти годах, они будут для экономики страны хорошим или плохим временем? 5) Если говорить о крупных покупках для дома, то, говоря в общем, как Вы считаете, сейчас хорошее или плохое время для того, чтобы покупать большинство таких товаров? Среднее арифметическое из частных индексов дает совокупную величину – индекс потребительских настроений. Кроме того, выделяются еще два показателя: индекс текущего состояния (ИТС), включающий в себя ответы на первый и пятый вопросы, и индекс потребительских ожиданий (ИПО), получаемый из ответов на второй, третий и четвертый вопросы.

Индекс рассчитывается в процентах (из доли положительных ответов вычитается доля отрицательных), затем к полученному значению прибавляется 100, чтобы не иметь отрицательных величин. Таким образом, полностью отрицательные ответы дали бы общий индекс 0, сплошь положительные – 200, равновесие первых и вторых – индекс 100, по сути, является нулевой отметкой.

## ГЛАВА 1

### СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В СПЕКТРЕ ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ НАСТРОЕНИЙ

Предваряя детальный анализ изменений, произошедших за последние месяцы в общественной жизни, важно представить общую оценку социальной ситуации на протяжении всего периода наших измерений. Прежде всего следует отметить, что свое **современное состояние** оценивается населением намного ниже среднего, что укладывается в русло общероссийских тенденций (рис. 1). Даже в относительно благополучный кратковременный период на рубеже 1997 – 1998 гг. индекс потребительских настроений не поднимался выше уровня 75 пунктов, не говоря уже о конце 1998 г., когда фиксировалось многократное преобладание отрицательных оценок над положительными. В 1999 г. ситуация вновь стала меняться к лучшему. Негативные тенденции удалось переломить, и в январе – октябре наблюдался рост ИПН. Однако в целом говорить об устойчивом росте пока преждевременно. Несмотря на позитивные изменения в социально-экономической сфере и наметившуюся в последнее время политическую устойчивость, действительно прочной основы для стабильной позитивной динамики потребительских настроений еще не создано. В целом же следует подчеркнуть, что по итогам двух с половиной лет, прошедших с начала измерений ИПН, в результате крайней неустойчивости потребительские настроения остались практически на исходном уровне. Это дает основания говорить, что финансово-экономический кризис августа 1998 г. явился, по сути,

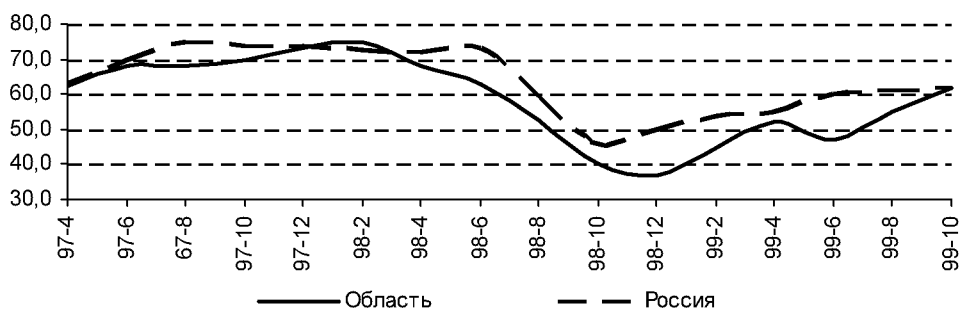


Рис. 1. Динамика потребительских настроений в 1997 – 1999 гг.  
(Вологодская область и Российская Федерация; в пунктах)

лишь крайне обостренной фазой долговременного системного кризиса, сопровождающего развитие российского общества на протяжении 1990-х гг. Он ярко высветил тупиковый характер упрямого следования канонам крайне либеральной модели преобразований, принятой в начале десятилетия.

Качество неустойчивости характерно для всех измеряемых компонентов потребительских настроений в регионе (рис. 2). Наиболее критичны и наименее стабильны оценки текущего состояния, включающие в себя совокупность мнений людей об изменениях их личного материального положения и о степени их включения в текущую рыночную конъюнктуру. Финансово-экономический кризис августа 1998 г. крайне неблагоприятно повлиял на текущее состояние людей, что соответствующим образом отразилось на его оценках. В течение 1999 г. они существенно улучшились. Однако индекс текущего состояния, несмотря на значительный рост с декабря 1998 г., все еще далек от уровня относительно благоприятного периода начала 1998 г. Оценки перспектив, напротив, со времени августовского кризиса почти не ухудшались, что во многом сглаживало остроту восприятия людьми тяжелой социально-экономической ситуации. С июня 1999 г. индекс потребительских ожиданий существенно вырос, достигнув уровня начала 1998 г. Наиболее значительная оптимизация ожиданий присуща жителям районов области, а также низкодоходным группам населения.

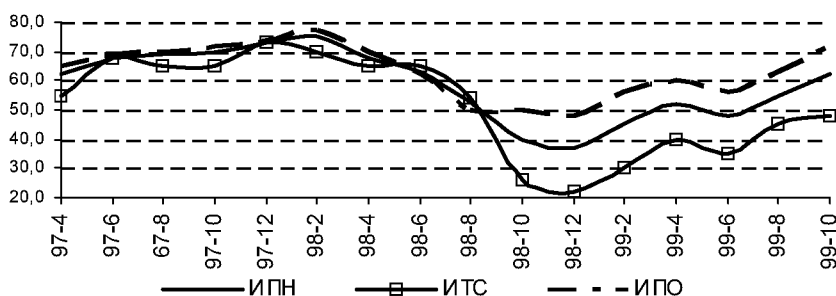


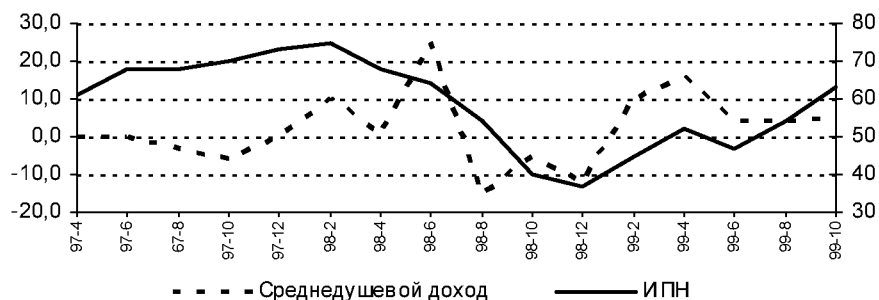
Рис. 2. ИПН и его компоненты (индекс текущего состояния, индекс потребительских ожиданий; в пунктах)

Сходная динамика представленных показателей в докризисный и послекризисный период позволяет говорить не только о взаимосвязи восприятия текущего состояния и перспективных ожиданий, но и о взаимонаправленном действии определяющих



их факторов. Как показывают результаты исследований, индекс потребительских настроений чутко реагирует на факторы, играющие наибольшую роль в текущей жизни людей. Они, проходя через установки массового сознания, формируют спектр потребительских настроений, в последующем определяя параметры экономического, а в более широком аспекте – социального поведения. Рассмотрим наиболее значимые из них.

Очевидно, что настроение потребителей детерминировано прежде всего экономическими факторами, точнее теми, которые прямо или косвенно сказываются на их бюджете, покупательной способности, материальном потреблении. Вполне закономерно, что основным фактором, определяющим динамику потребительских настроений в современных российских условиях, является изменение реальных денежных доходов населения. Свою роль здесь играет как собственно уровень доходов, так и проблема своевременного их получения, обусловленная сложившейся практикой задолженностей по заработной плате и социальным трансфертам. Она не столь актуальна, как в начале 1997 г. или осенью 1998 г., но по-прежнему имеет место. Так, в октябре 1999 г. 31% респондентов отметил, что в течение месяца сталкивался с проблемой невыплаты зарплаты, пенсий, стипендий. На рисунке 3, исходя из субъективных оценок респондентов, показана оценка фактического объема денежных поступлений в семейный бюджет в 1997 – 1999 гг. (на члена семьи) и изменения потребительских настроений. Как можно видеть, в целом ИПН



**Рис. 3. Динамика индекса потребительских настроений и среднедушевого денежного дохода**

(согласно ответам респондентов на вопрос: «Каков был среднемесячный фактический доход на одного члена Вашей семьи в прошедшем месяце?»; в % прироста (снижения) к предыдущей точке замера)

отражает общую направленность динамики денежных доходов, но имеет и заметные расхождения с ней, поскольку далеко не всегда уровень текущих доходов определяет даже поведение потребителей на рынке, не говоря уже о их настроениях.

Еще большая взаимосвязь обнаруживается при сравнении динамики ИПН с изменениями покупательной способности населения, которая отражает реальный вес денежных доходов (рис. 4). В данном случае колебания индекса были связаны с повышением покупательной способности в 1997 г. – начале 1998 г., последующим ее снижением и стабилизацией в последние месяцы. Причем, как можно заметить, сокращение покупательной способности началось задолго до августовского кризиса. Исходя из этого, можно констатировать, что негативизация потребительских настроений была объективно обусловлена.

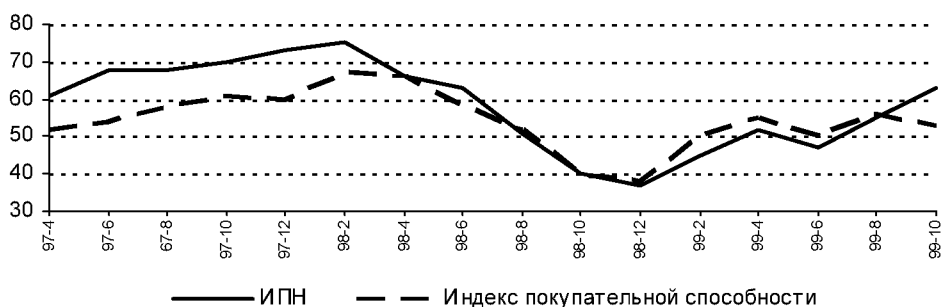


Рис. 4. Динамика индекса потребительских настроений и индекса покупательной способности населения (согласно ответам респондентов на косвенный вопрос мониторинга, в пунктах\*).

\* Индекс покупательной способности строится на основе ответов респондентов на вопрос: «Какая из оценок наиболее точно характеризует ваши денежные доходы?». Ответу «денег не хватает даже на приобретение продуктов питания» присвоено значение 0; «денег хватает только на приобретение продуктов питания» – значение 50; «денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды» – значение 100; «покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей» – 150; «денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать» – 200. Полученная сумма значений делится на количество респондентов, ответивших на вопрос.

В целом можно отметить, что в периоды положительной динамики показателей, оказывающих определяющее влияние на формирование материального положения населения, складывается позитивный комплекс потребительских настроений, наблюдается положительная динамика ИПН. Причем это может проходить вопреки отрицательной динамике основных макро-

экономических показателей, таких, как валовой внутренний продукт, объем промышленного производства и др. Однако благоприятная ситуация в сфере личных финансов проецируется людьми и на оценку общеэкономической ситуации. В данном случае не столь важно расхождение субъективных мнений и тенденций в динамике макроэкономических показателей. Важно другое: складывается более благоприятное отношение людей к собственной жизни и перспективам развития страны. Это важно учитывать, особенно в связи с актуализацией проблемы доверия между властью и населением в последнее время. Собственно, говорить о возможностях устойчивого экономического роста без обеспечения приемлемых условий жизни и повышения уровня удовлетворенности жизнью населения невозможно. Речь в данном случае не идет об увеличении социальных расходов и интенсификации затратных механизмов. По сути, необходимо **восстановление нормальных механизмов функционирования экономической сферы, сопровождающееся созданием условий для экономической активизации различных слоев населения, развития их способности адаптироваться к рынку.**

Не менее значимое влияние на динамику ИПН оказывает и **политический фактор.** Как показывает опыт измерений (рис. 5), чаще всего периоды усиления кризисных явлений в экономике и периоды политической нестабильности взаимосвязаны. Более того, политические изменения зачастую влекут за собой экономические. Наиболее показательны в этом плане события последних полутора лет, когда следовавшие одна за другой отставки премьер-министров оказывали непосредственное влияние на потребительские настроения. Так, отставка В. Черномырдина в довольно благоприятной социально-экономической ситуации в марте 1998 г. моментально вызвала резко негативную реакцию потребителей, что позволило не только зафиксировать ухудшение текущих оценок, но и сделать весьма неблагоприятные прогнозы на перспективу. Как показали события августа 1998 г., эти предположения не были лишены оснований. Мы смогли убедиться, какими последствиями могут обернуться не вызванные острой необходимостью политические решения для крайне неустойчивой экономической системы.

Обращаясь к посткризисной ситуации, можно отметить, что в первые месяцы 1999 г. вследствие стабилизации политической ситуации снижение ИПН прекратилось и отмечалась его положительная динамика. Заметно повысилось и доверие к деятельности правительства, что является немаловажным фактором экономического развития. Тем не менее, спустя год ситуация вновь повторилась. Очередные перестановки в правительстве, отставка с поста премьер-министра Е. Примакова вновь обострили вопрос о перспективах развития страны.

Хотя экономическая ситуация в России в период деятельности правительства во главе с С. Степашиным (с 19 мая по 9 августа 1999 года) чисто внешне характеризовалась экономической и политической стабильностью, реальная ситуация была не столь благоприятна. Об этом говорит снижение материального положения населения и ухудшение социального самочувствия, выразившиеся в снижении покупательной способности, сокращении запаса терпения, негативизации социального настроения, а также понижении показателей потребительских настроений (рис. 5). В июне 1999 г., анализируя данные замера ИПН, мы указывали на возможное обострение социальной ситуации в начале осени вследствие политических причин<sup>1</sup>. В действительности именно так и случилось. Новая смена правительства, обострение «кавказской» проблемы, взрывы в российских городах, череда финансовых скандалов и активизация политической

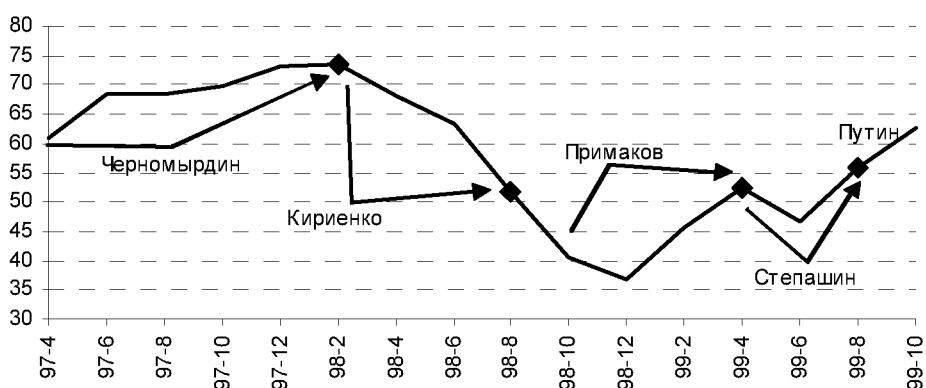


Рис. 5. Динамика индекса потребительских настроений и изменений в руководстве Правительством РФ в 1997 – 1999 гг. (в пунктах)

<sup>1</sup> Мониторинг общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН. Экспресс-информация. – 1999. – №29.

борьбы в связи с приближавшимися выборами в Государственную Думу сформировали крайне напряженную атмосферу и вновь поставили под сомнение сохранение социальной стабильности. Однако позитивная динамика потребительских настроений вселяла оптимизм и позволяла надеяться не только на преодоление социальной напряженности, но и на реальные улучшения в экономике к концу текущего года<sup>1</sup>, что и подтвердилось последующими событиями.

Основной причиной заметного улучшения потребительских настроений стал рост доверия населения к правительству после назначения на должность премьер-министра В. Путина в августе 1999 г. Но улучшаются в большей степени ожидания, нежели оценки текущего состояния. При этом определяющая роль в формировании ожиданий принадлежит средствам массовой информации, что также необходимо учитывать<sup>2</sup>. Социально-экономическая конъюнктура улучшилась, но по многим позициям, прежде всего материальному положению населения, докризисный уровень так и не был превзойден. Можно сказать, что ситуация в стране остается в целом весьма неопределенной. Исходя из этого, возросшие оценки деятельности структур исполнительной власти можно рассматривать в большей степени в качестве кредита доверия, свидетельствующего о высоком уровне социальных ожиданий. Однако он не будет прочным без быстрого решения насущных проблем в социально-экономической сфере. Дальнейшее состояние социальной ситуации будет всецело зависеть от того, удастся ли новому правительству и властным структурам региона поддерживать и развивать отмеченные позитивные тенденции.

Таким образом, динамика потребительских настроений обусловлена действием совокупности факторов. Мы попытались выделить основные из них и в наибольшей степени обобщающие

---

<sup>1</sup> Мониторинг общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН. Экспресс-информация. – 1999. – №31.

<sup>2</sup> Согласно данным регулярных опросов ВНКЦ по проблеме отношения населения к средствам массовой информации, из программ, регулярно говорящих о политике, более 60% респондентов чаще всего прислушивается к мнению программы «Время» (телеканал ОРТ), а именно она, в первую очередь, отражает официальную позицию российского правительства.

весь спектр социально значимых процессов экономической, политической и других сфер жизни. Причем они являются определяющими не только для потребительских настроений, но и для социального самочувствия в целом, что обусловлено тесной взаимосвязью всех сфер жизни общества. Аналогично динамике ИПН изменяются построенные похожим образом индексы социального настроения (рис. 6) и запаса терпения (рис. 7). То же относится и к динамике потенциала протеста, имеющей обратную зависимость от изменений массовых потребительских настроений (рис. 8). Высокая степень согласованности динамики представленных показателей <sup>1</sup> может быть объяснена тем, что они с разных сторон отображают восприятие «массовым» человеком своего положения в мире актуальных социальных структур и процессов <sup>2</sup>. Достоинства ИПН здесь – многокомпонентность и высокая агрегация, позволяющая отслеживать более широкий спектр мнений и определяющих их факторов. В последнее время все выделенные показатели, так же как и ИПН, постепенно растут,

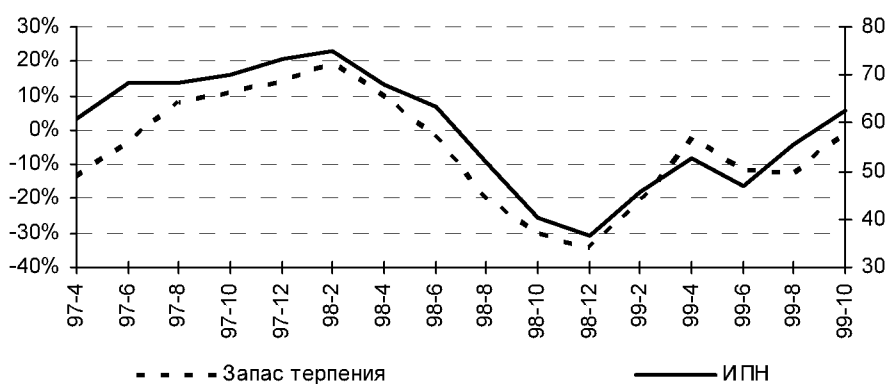
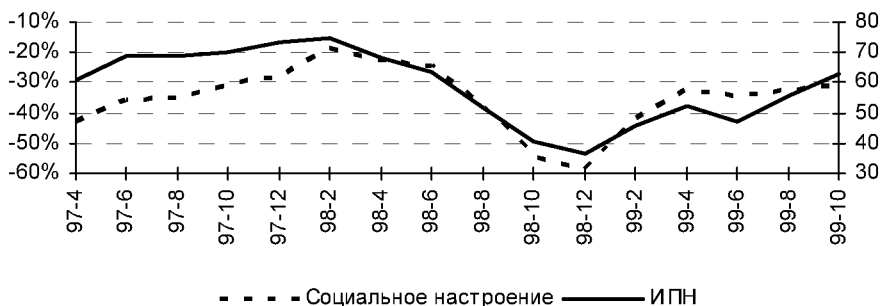


Рис. 6. Динамика индекса потребительских настроений и «запаса терпения»

(разность между долей ответивших «все не так плохо и можно жить», «жить трудно, но можно и терпеть» и долей ответивших «терпеть наше бедственное положение уже невозможно» на вопрос: «Как Вы считаете, какое из приведенных высказываний наиболее соответствует сложившейся ситуации?»; в %)

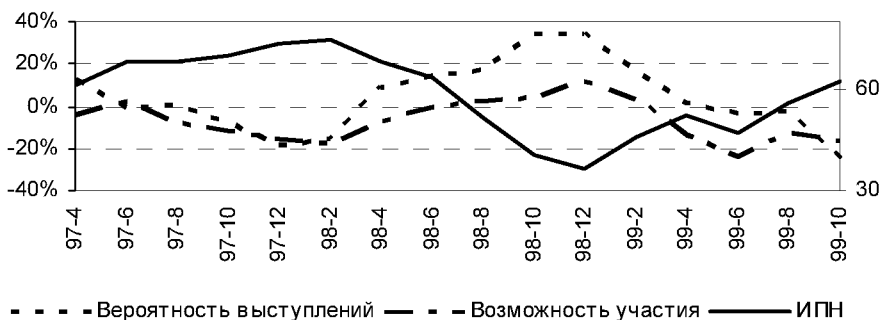
<sup>1</sup> Коэффициент корреляции между ИПН и индексом социального настроения составил 0,8046; между ИПН и индексом запаса терпения – 0,9294; между ИПН и индексом вероятности массовых выступлений – (-0,7231); между ИПН и индексом возможности участия – (-0,4577).

<sup>2</sup> Левада Ю. Индексы социальных настроений в «норме» и в кризисе // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 1998. – №6. – С. 7-13.



**Рис. 7. Динамика индекса потребительских настроений и социального настроения**

(разность между долей ответивших «испытываю напряжение, раздражение; страх, тоску» и долей ответивших «прекрасное настроение; нормальное, ровное состояние» на вопрос: «Что бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?», в %)



**Рис. 8. Динамика индекса потребительских настроений и потенциала протеста**

(разность между долей ответивших «да, скорее всего, да» и долей ответивших «нет, скорее всего, нет» на вопросы: «Как Вы считаете, могут ли в Вашем городе / районе состояться массовые выступления против роста цен и падения уровня жизни? Вы лично примете в них участие?», в %)

что свидетельствует о существовании основы для относительно благоприятных оценок текущих и будущих изменений и для формирования спектра позитивных социальных установок.

Очевидно, что настроения потребителей в значительной степени зависят от непосредственных результатов деятельности структур исполнительной власти. Выше мы говорили о влиянии тех или иных политических событий на изменение совокупности экономических настроений населения. Вполне закономерно (тем более исходя из специфики российского взаимопроникновения политики и экономики), что динамика ИПН в основных

тенденциях сходна с изменением отношения людей к представителям и органам государственной власти (как местной, так и региональной – рисунки 9 и 10), которое, в свою очередь, также является одним из составляющих элементов общей социально-психологической атмосферы. Опыт показывает, что при существующем уровне массовых материальных притязаний взвешенные, направленные на первоочередное решение насущных проблем властные решения способны создавать благоприятный климат для формирования более позитивных потребительских настроений даже при отсутствии моментально ощутимых

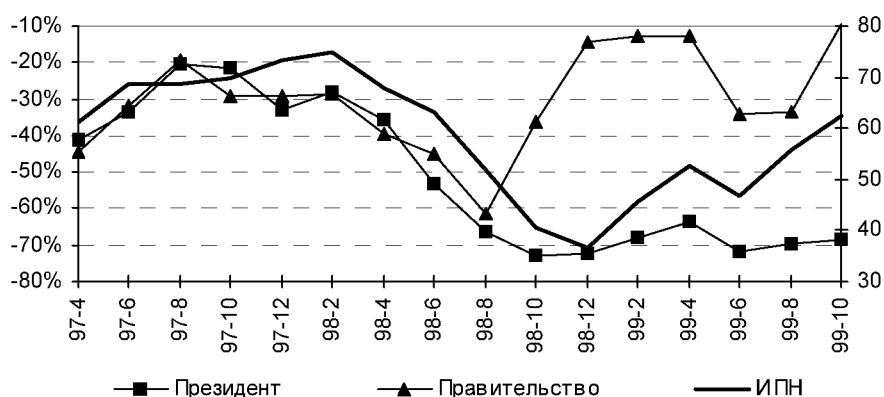


Рис. 9. Динамика индекса потребительских настроений и одобрения деятельности президента и правительства

(разность между долей ответивших «полностью и в основном одобряю» и долей ответивших «полностью и в основном не одобряю» на вопрос: «Как Вы оцениваете в настоящее время деятельность..?»; в %)

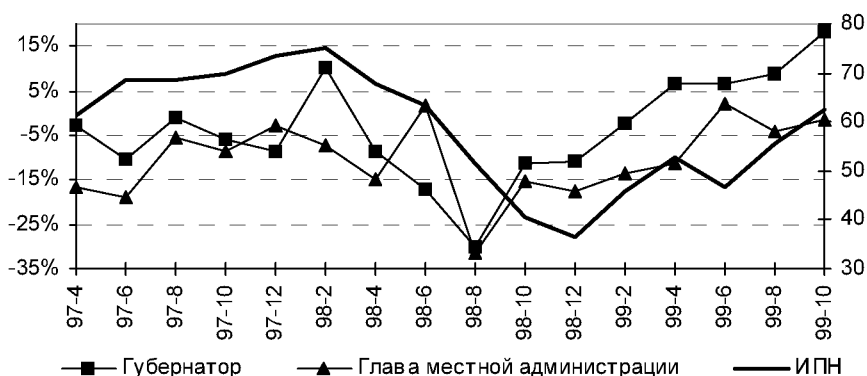


Рис. 10. Динамика индекса потребительских настроений и одобрения деятельности губернатора и главы местной администрации

(разность между долей ответивших «полностью и в основном одобряю» и долей ответивших «полностью и в основном не одобряю» на вопрос: «Как Вы оцениваете в настоящее время деятельность..?»; в %)



социально-экономических изменений. Наиболее наглядный пример такого рода – правительств Е. Примакова и В. Путина, доверие к деятельности которых за счет высоких ожиданий обусловило более благоприятное отношение людей к собственной жизни и перспективам развития страны. А это формирует почву для реализации конструктивных решений властных структур и служит важнейшим фактором устойчивого социального развития.

Таким образом, динамика ИПН отражает широкий спектр явлений общественной жизни страны и региона: как сугубо экономические, так и политические, социальные и иные процессы. Поскольку индекс потребительских настроений учитывает особенности динамики экономической конъюнктуры, политических перемен, социального самочувствия, он способен служить концентрированным показателем для исследования изменений в социально-экономической сфере, а в более широком аспекте – в качестве индикатора общественного развития в целом. Сопоставление динамики ИПН и показателей отношения населения к экономической реформе в целом подтверждает, что ИПН имеет характер общей оценки динамики отношения населения к переменам, происходящим в экономике страны.

## ГЛАВА 2

### ИПН И МАКРОЭКОНОМИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ

Наряду со свойствами отражения в комплексе изменений социальной ситуации, востребованность которых высока в период нестабильности, индекс потребительских настроений имеет и сугубо практическое значение. Он может выступать в качестве индикатора отдельных социально-экономических изменений и взаимосвязанного с этим экономического поведения населения. В полной мере это возможно в том случае, когда поведение потребителей влияет на изменение рыночной конъюнктуры и экономические процессы. В современных российских условиях личное потребление пока не играет решающей роли в экономической жизни, поскольку ни властные структуры, ни крупные производители не учитывают интересы потребителей при формировании своей политики. Однако следует помнить, что перспективы российской экономики зависят именно от развития ее внутреннего потребительского рынка. Осознание этого государством и предпринимателями имеет решающее значение для оздоровления экономики страны.

Несмотря на то, что потребительские решения не играют в российских условиях столь заметной роли, как, например, в США, где расходы населения составляют две трети всех расходов в экономике<sup>1</sup>, поведение потребителей и здесь оказывает определенное влияние на экономическое развитие. Рассмотрим степень этого влияния на материалах измерений в Вологодской области в трех аспектах взаимосвязи индекса потребительских настроений и обычных макроэкономических показателей:

*1) влияние отдельных экономических изменений на потребительские настроения (через динамику частных составляющих ИПН);*

*2) влияние потребительских настроений на макроэкономические изменения;*

---

<sup>1</sup> Куртин Р. Измерение и использование потребительских ожиданий как ведущего экономического индикатора // Индекс потребительских настроений: технология, мониторинг, результаты: Материалы международной конференции, Москва, 20–22 января 1997 г. – М., 1997. – С. 27.

3) адекватность прогнозных возможностей массовых потребительских настроений реальной динамике макроэкономических показателей.

Для этого сопоставим динамику индексов, характеризующих текущее состояние респондентов (текущего личного материального положения и целесообразности приобретения товаров длительного пользования), индекса целесообразности сбережений, а также мнения населения относительно динамики социально-экономической ситуации с динамикой некоторых макроэкономических показателей, представляемых Вологдаоблкомстатом. При этом необходимо иметь в виду следующее:

1. Для анализа важна динамика, а не уровень индекса, поскольку респонденты не сообщают о фактическом уровне социально-экономического развития, а дают ему субъективную оценку.

2. Аналитическая значимость ИПН и его компонентов определяется не совпадением его динамики с динамикой показателей социально-экономического развития, а возможностью фиксации ею тенденций. Близость динамики означает, что в оценках населения имеется экономический смысл. Однако потребительские настроения определяются, помимо экономических, совокупностью социальных, политических, психологических факторов.

Сопоставляя динамику индекса текущего личного материального положения с динамикой реальных располагаемых денежных доходов, можно видеть, что повышение оценок населения в 1997 г. – начале 1998 г. согласуется с относительно благополучной ситуацией в сфере реальных денежных доходов (рис. 11).

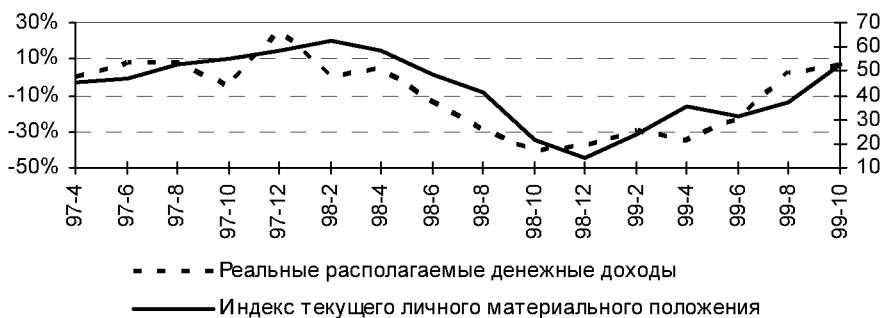


Рис. 11. Динамика индекса текущего личного материального положения (в пунктах, по правой шкале) и реальные располагаемые денежные доходы (в % прироста /снижения к соответствующему месяцу предыдущего года, по левой шкале)

Значительное сокращение реальных денежных доходов началось не в конце лета, а еще весной 1998 г., что повлекло за собой резкую негативизацию оценок. Августовский кризис лишь усугубил этот процесс. Но в конце 1998 г. и в течение 1999 г. ситуация стабилизировалась, что и нашло отражение в оценках населения.

Та или иная экономическая ситуация не только фиксируется в сознании потребителей, но и соответствующим образом интерпретируется (под воздействием субъективных характеристик отдельного человека). Так, повышение материального положения улучшает восприятие человеком условий его жизни и создает благоприятную основу для формирования соответствующих потребительских установок. И напротив, совершенно противоположное влияние оказывает снижение уровня материального положения. Затем на этой основе (позитивной или негативной) складываются те или иные потребительские установки, которые впоследствии будут реализованы в действительности. Этот процесс наглядно отображен на рисунках 12 и 13, где приведено сравнение динамики индекса целесообразности приобретения товаров длительного пользования с динамикой двух различных статистических показателей.



Рис. 12. Динамика индекса целесообразности приобретения товаров длительного пользования (в пунктах, по правой шкале) и динамика реальных располагаемых денежных доходов (в % прироста/снижения к апрелю 1997 г., по левой шкале)

Как показывает рисунок 12, динамика реальных денежных доходов соответствующим образом отражается на оценках целесообразности крупных покупок, меняет уровень психологической готовности людей к реализации денежных средств, вследствие чего повышается или снижается их активность на потребительском

рынке. Резкое сокращение доходов, начиная с осени 1998 г., привело к значительной негативизации оценок населения. Если до августовского кризиса индекс колебался на отметке 70 – 90 пунктов, то в течение следующего года – на отметке 30 – 50 пунктов. Это не случайно, поскольку кризис в наибольшей степени ударил как раз по покупательной способности населения. Реальные доходы в период с октября 1998 г. по октябрь 1999 г. были на 1/3 меньше, чем в апреле 1997 – августе 1998 г. Относительная социальная стабилизация в 1999 г. оказывает минимальное влияние на изменение мнений о целесообразности покупок, поскольку имеет в гораздо большей степени политическую, а не экономическую основу.

Влияние массовых потребительских настроений на экономическую конъюнктуру наглядно демонстрируется сравнением динамики индекса целесообразности приобретения товаров длительного пользования с динамикой розничного товарооборота непродовольственных товаров, приведенной на рисунке 13.

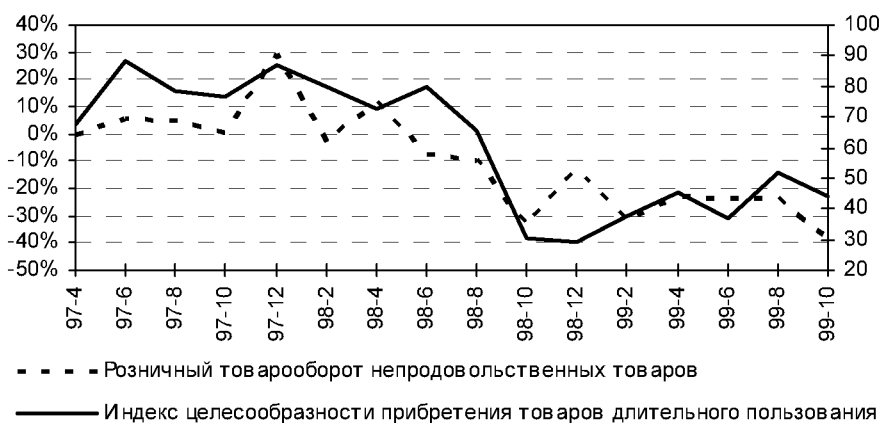


Рис. 13. Динамика индекса целесообразности приобретения товаров длительного пользования (в пунктах, по правой шкале) и динамика розничного товарооборота непродовольственных товаров (в соответствующих ценах, в % прироста /снижения к апрелю 1997 г., по левой шкале)

В данном случае можно отметить тесную взаимосвязь динамики двух приведенных показателей, причем повторяются все отмеченные выше закономерности. Ухудшение социально-экономической ситуации в августе 1999 г., выразившееся в резком сокращении реальных денежных доходов, обусловило сокращение

реального объема покупок товаров населением. Так, за 9 месяцев 1999 г. объем розничного товарооборота непродовольственных товаров сократился по отношению к соответствующему периоду 1998 г. на 20%, а в октябре 1999 г. по отношению к относительно благоприятному периоду двухлетней давности – на 29%. Поскольку при сокращении реальных денежных доходов уменьшается готовность потребителей к приобретению крупных товаров, влекущая за собой соответствующие решения, сокращение объема розничного товарооборота непродовольственных товаров объективно обусловлено. Оно же, в свою очередь, уменьшает потенциальные возможности увеличения объема налоговых поступлений в бюджет. Поэтому с точки зрения развития производства, увеличения оборота товаров важны меры, направленные на стимулирование платежеспособного спроса населения. При этом вполне возможно определенное увеличение денежной эмиссии в допустимых пределах.

Наряду с ИПН в ходе исследования анализировались также сберегательные намерения населения. Выявленная взаимосвязь между динамикой этих показателей показывает, что субъективные оценки условий для того, чтобы делать сбережения, тесно связаны с оценками личного материального положения, целесообразности крупных покупок, а также перспектив экономического развития. Изменение сберегательных намерений влечет за собой соответствующие решения потребителей (для примера на рисунке 14 приведено сравнение динамики индекса целесообразности сбережений<sup>1</sup> с динамикой доли накоплений во вкладах и ценных бумагах, а также покупки валюты в структуре использования денежных доходов населения).

Основными факторами, определяющими сберегательное поведение населения, являются, с одной стороны, проводимая государством экономическая политика и степень развития банковской системы, с другой – материальное положение семьи, уровень текущего потребления, социально-психологические установки людей, в частности их готовность к восприятию изме-

---

<sup>1</sup> Данный индекс является дополнительным в программе замеров ИПН и рассчитывается, исходя из ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, сейчас хорошее или плохое время для того, чтобы делать сбережения?».

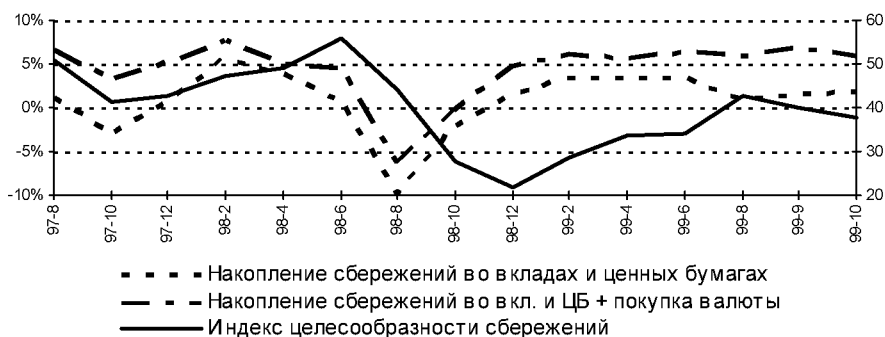


Рис. 14. Динамика индекса целесообразности сбережений (в пунктах, по правой шкале) с динамикой доли накоплений во вкладах и ценных бумагах в структуре использования денежных доходов населения (в %, по левой шкале)

няющихся экономических условий<sup>1</sup>. Поэтому не случайно даже в наиболее благоприятный период (июнь 1998 г.) лишь 9% респондентов считали текущую ситуацию благоприятной для того, чтобы делать сбережения. Основным последствием августовского кризиса стала утрата постепенно формировавшихся в 1997 г. и в первой половине 1998 г. позитивных сберегательных намерений населения (индекс целесообразности сбережений снизился на 34 пункта). Сразу после кризиса намерения людей делать сбережения резко ухудшились, достигнув в декабре 1998 г. самой низкой отметки за весь период измерений. И хотя в последующие месяцы они несколько выросли, социально-политическая нестабильность обуславливает их неустойчивость. Дальнейшая динамика сберегательных намерений, несомненно, зависит от степени устойчивости экономического развития. Это важно, во-первых, для формирования финансово-материальных условий для накоплений, во-вторых – для укрепления доверия населения к экономической политике государства.

Исходя из приведенных данных, можно сделать следующий вывод: **увеличение денежной массы на руках у населения оживляет экономическую жизнь в регионе.** Обратный процесс, т.е. падение уровня материального благосостояния населения, приводит к отрицательной динамике соответствующих социально-экономических показателей.

<sup>1</sup> Анализ сберегательного поведения населения России. Отчет по проекту / Под общ. ред. А. Бирман, Д. Ибрагимовой; Фонд «Содействие развитию и построению ИПН». – М., 1999. – С. 6.

Особая значимость результатов замеров ИПН заключается в их способности предсказывать фактические изменения в экономике страны. Именно это привело к их принятию в качестве одного из компонентов Сводного индекса ведущих показателей для определения краткосрочного прогноза развития экономики США, где ИПН измеряется уже полвека, а также к позднейшему распространению более чем в тридцати странах мира.

В качестве главных особенностей ИПН как прогнозного показателя можно выделить две. Во-первых, его нельзя свести к отражению прошлых изменений тех или иных факторов. Формирование потребительских настроений включает не только сбор и обработку информации, относящейся к предыдущему периоду, но и учет соображений, ориентированных на перспективу. Во-вторых, он несет большую информационную нагрузку по сравнению с элементарными макромоделями. Результаты ряда эконометрических исследований свидетельствуют о том, что прогностические свойства ИПН не могут быть полностью сведены к пассивному «отражению» в сознании потребителей изменений доходов и цен<sup>1</sup>. Измерение индекса затрагивает различные уровни потребительского сознания: временной и социально-пространственный. Таким образом, исследуется широкий спектр человеческих жизнеощущений, которые далеко не исчерпываются товарно-денежными отношениями.

Какова степень близости массового потребительского сознания на уровне региона и изменения экономической конъюнктуры в современных условиях? На рисунке 15 сравнивается динамика мнений населения об изменениях за последние полгода социально-экономической ситуации в области и динамика объема промышленного производства за соответствующий период<sup>2</sup>. Как можно видеть, в общественном мнении в целом адекватно фиксировались тенденции экономических изменений.

Гораздо сложнее дело обстоит с прогнозом экономических изменений. Проблема заключается в том, что люди фиксируют в оценках ощущения текущей ситуации и обычно подсознательно

<sup>1</sup> Энтов Р. Эмпирические исследования и макроэкономические модели: статистическая проверка гипотез о характере ожиданий // Уровень жизни. Сбережения населения. Индекс потребительских настроений. Финансовые отношения федерального центра с регионами. Материалы международной конференции, Санкт-Петербург, 22 мая 1998 г. – М., 1998. – С. 10.

<sup>2</sup> Показатели рассчитаны в процентах по отношению к соответствующему периоду, т.е. к месяцу за полгода до опроса. Например, в августе 1997 г. объем промышленного производства составил 107,9% к февралю 1997 г., в октябре 1997 г. – 110,5% по отношению к апрелю 1997 г. и т.д.





Рис. 15. Динамика индекса текущей социально-экономической ситуации в области (в пунктах, по правой шкале) и динамика объема промышленного производства в Вологодской области (в %, по левой шкале)

переносят ее на будущее. Наглядно это показано на рисунке 16. В данном случае перед респондентами ставилась задача – представить возможное развитие экономики страны в ближайшей перспективе. Оказалось, что в перспективных ожиданиях люди адекватно отражают текущее положение дел. Это является еще одним показателем соответствия между массовым потребительским сознанием и экономическими изменениями.

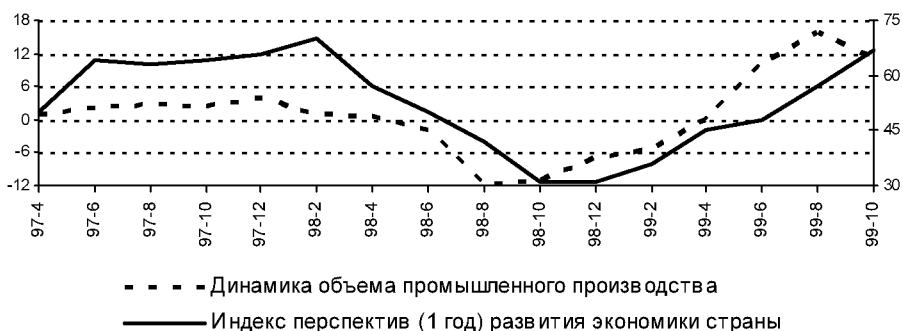


Рис. 16. Динамика индекса краткосрочных (на 1 год) перспектив экономики страны (в пунктах, по правой шкале) и динамика объема промышленного производства в Российской Федерации (в %, по левой шкале)

В условиях социальной нестабильности даже краткосрочные прогнозы в лучшем случае могут уловить лишь отдельные тенденции экономических изменений. Чаще всего такие совпадения являются единичными. На рисунках 17 и 18 сопоставлены предположения потребителей о возможных перспективах экономического развития страны и региона с реальной динамикой показателей экономического развития. Исходя из этого можно сделать два замечания. Во-первых, заметная в отдельные периоды близость величин макроэкономических показателей и индексов



Рис. 17. Динамика индекса краткосрочных (на 1 год) перспектив экономики страны (в пунктах, по правой шкале) и динамика объема промышленного производства в Российской Федерации (в %, по левой шкале)

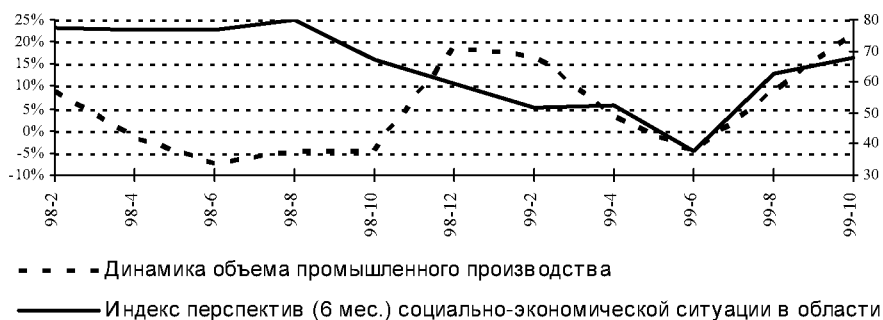


Рис. 18. Динамика индекса перспектив (6 мес.) социально-экономической ситуации в области (в пунктах, по правой шкале) и динамика объема промышленного производства в Вологодской области (в %, по левой шкале)

подтверждает наш вывод о высокой степени включенности населения в общий экономический климат. Во-вторых, в условиях нестабильности любые прогнозы, в том числе основанные на результатах замеров общественного мнения, достаточно условны, поскольку реальное развитие экономики подвергается влиянию случайных, внешних с чисто экономической точки зрения факторов. Однако далеко идущие выводы делать пока рано, поскольку имеющийся цикл измерений невелик.

Таковы некоторые результаты нашей исследовательской работы по выявлению адекватности восприятия массовым потребительским сознанием тенденций социально-экономического развития региона. Можно говорить о том, что динамика потребительских настроений в основном отражает изменения соответствующих социально-экономических показателей. В дальнейшем мы планируем регулярно информировать о результатах исследований все ветви власти – с целью создания дополнительных возможностей для повышения эффективности принимаемых решений.

## ГЛАВА 3

### СТРАТИФИКАЦИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА ПО УРОВНЮ ИНДЕКСА ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ НАСТРОЕНИЙ

Финансово-экономический кризис августа 1998 г. обусловил существенные изменения сложившейся во второй половине 1990-х гг. социально-экономической структуры населения. Он затронул все население, но наиболее сильно ударил по средним его слоям, потребительские настроения которых были до этого достаточно оптимистичны. Они лучше адаптировались в условиях переходного периода, сформировали более широкий комплекс потребностей, реализация которых в результате экономических катаклизмов 1998 г. значительно осложнилась. Хотя кризис коснулся и низкодоходных слоев населения, их субъективное восприятие необходимости «затянуть пояса» оказалось не столь острым, поскольку они уже привыкли жить в рамках вынужденной экономии.

Исследование стратификации населения по уровню ИПН актуально тем, что выделение групп с относительно низким, средним и высоким уровнем индекса может углубить анализ социальной ситуации в регионе, так как позволяет выявить уровень социального неблагополучия, напряженности, а следовательно – степень социального благоприятствования экономическим изменениям, то есть их потенциал. Это важно в контексте планирования и оценки вариантов экономической политики для различных социальных групп.

Наряду с расчетом среднего значения индекса потребительских настроений в целом по выборке имеется техническая возможность вычислить его и для каждого респондента в отдельности. Значение будет равно 0, если на все пять вопросов респондент дал отрицательный ответ; равно 200, если на все вопросы дан положительный ответ; равно 100, если количество положительных и отрицательных ответов совпадает. На рисунке 19 представлено распределение респондентов в зависимости от значения ИПН по данным октябрьского замера 1999 г. и для сравнения – февральского и октябрьского 1998 г. замеров.

В последнее время рост ИПН сопровождается смещением центра тяжести в структуре населения по уровню ИПН в сторону слоев с более позитивными потребительскими настроениями.

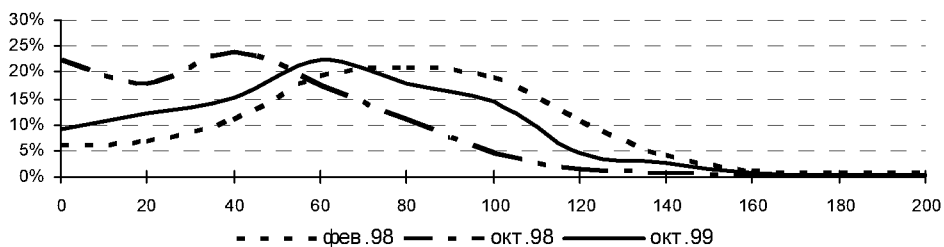


Рис. 19. Кривая распределения респондентов в зависимости от личного индекса потребительских настроений: февраль и октябрь 1998 г., октябрь 1999 г. (в %)

Снижается удельный вес респондентов с относительно низким уровнем индекса, и увеличивается доля респондентов, имеющих нейтральный (100 пунктов) или положительный индекс. Так, в октябре 1998 г. 93% респондентов имели индекс ниже 100 пунктов и лишь 7% – на уровне 100 пунктов и выше (рис. 19). Спустя год ситуация заметно изменилась в лучшую сторону: в октябре 1999 г. отрицательный индекс имело 77% респондентов, нейтральный и положительный – 23%. Однако это еще достаточно далеко до более благоприятного положения – в феврале 1998 г. Тогда нейтральный и положительный индекс имело 36% респондентов, отрицательный – 64%.

Наблюдаемое в последнее время снижение удельного веса наиболее социально неблагополучных слоев в региональном сообществе является одним из факторов положительной динамики не только индекса потребительских настроений, но и социального настроения, запаса терпения в обществе. Снижается уровень социальной напряженности, поскольку высокая концентрация потенциала протеста присуща именно нижним группам населения. Следовательно, улучшается и мнение в отношении деятельности властных структур. Поэтому чрезвычайно актуализируется необходимость дальнейших комплексных действий по улучшению условий существования, социального самочувствия населения. Они должны включать сегодня, помимо имеющейся государственной поддержки традиционно социально неблагополучных слоев, также увеличение потенциальных возможностей для преодоления последствий финансового кризиса тех групп населения, условия жизни которых резко ухудшились именно в последнее время.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Завершая анализ результатов измерений индекса потребительских настроений в Вологодской области в 1997 – 1999 гг., необходимо обозначить ряд принципиальных положений, актуальность которых проявилась в процессе исследования.

Формирование рыночной экономики важно не само по себе, а как фактор повышения качества жизни населения и обеспечения прочной основы для устойчивого развития, отвечающего принципам социальной справедливости. Именно количественные и качественные характеристики жизни населения выступают итоговой целью общественного развития. Таким образом, очевидна важность показателей, адекватно отражающих изменения в жизни людей, служащих в более широком смысле барометром всего социально-экономического развития. Одним из них является индекс потребительских настроений, который отражает истинную эффективность реформ в их комплексном влиянии на общество в целом. Его регулярное и качественное изучение позволит в дальнейшем не только глубже рассматривать существующие проблемы, но и определять приоритетные направления деятельности властных структур в этой сфере.

Осознавая всю сложность сегодняшней ситуации, следует акцентировать внимание на реальных возможностях выхода из нее посредством решения самых болезненных проблем. Почва для этого имеется. Дело в том, что люди очень быстро реагируют на изменение своего социально-экономического положения. Даже минимальные, внешне незаметные подвижки приводят к изменению не только оценок текущего состояния, но и перспективных ожиданий. Учет последнего важен для формирования такого социально-психологического климата, который способствовал бы целенаправленной деятельности человека, отвечающей задачам поступательного развития общества и экономики как одной из сфер его жизнедеятельности.

Для реального улучшения ситуации, на наш взгляд, необходим ряд приоритетных мер в политической и экономической сферах общественной жизни, значимых на федеральном и региональном уровнях.

В социально-политической сфере:

1. Поиск путей социальной консолидации, усиления социально-политической организованности общества.

2. Интеграция и активизация совместных усилий всех основных политических институтов для скорейшего решения социальных проблем. Они должны выражаться в разумном диалоге властных структур, партий и движений, общественных организаций, направленном на поиск наиболее оптимальных направлений развития.

3. Налаживание системы обратной связи между властью и населением, заключающееся, с одной стороны, во введении практики широких публичных сообщений о решениях правительства, целях, задачах и результатах его деятельности, с другой – в систематическом учете общественного мнения по наиболее актуальным вопросам политической и экономической жизни. Это позволит усилить контроль населения над деятельностью государственного аппарата управления, а также сформировать благоприятный общественный климат преобразований, поддерживать и укреплять ростки оптимизма людей, что является незыблемым фактором устойчивого социального развития.

В социально-экономической сфере:

⇒ Признание приоритета социальных показателей развития общества (качества жизни населения) по отношению к макроэкономическим показателям.

⇒ Определение и законодательное закрепление допустимого порога социального неблагополучия (в конкретном цифровом выражении), превышение которого влечет за собой обязательное требование корректировки проводимой политики и предусматривает ответственность власти за динамику качества жизни населения (вплоть до отставки высших чинов государства). В рамках этого при федеральном и региональном представительных органах власти необходимо создать независимый общественный центр, который будет осуществлять регулярный контроль за качеством жизни населения по наиболее значимым для человека и общества критериям: физическое и духовное здоровье, удовлетворенность жизнью.

⇒ Повышение уровня реальных доходов, ликвидация задолженностей по заработной плате и социальным трансфертам,

способных не только повысить материальное положение и удовлетворенность жизнью населения, но и стимулировать платежеспособный спрос, который может явиться важным фактором развития производства, увеличения оборота товаров.

⇒ Ликвидация существующей диспропорции в доходах между богатыми и бедными социальными слоями, уровень которой сегодня не отвечает интересам общественного развития, поскольку приводит к отвлечению значительной массы финансовых средств из российской (в том числе региональной) экономики и ограничивает платежеспособный спрос основной массы населения.

⇒ Содействие экономической активизации различных слоев населения, развитие их способности адаптироваться к формирующимся отношениям рынка.

\* \* \*

В завершение представленной работы несколько слов необходимо сказать о перспективах измерений. В настоящее время в нашей исследовательской практике идет период накопления критической массы. Научное использование результатов измерений происходит, по преимуществу, в традиционном русле. Построение более глубоких гипотез и получение адекватных выводов значимо пока исключительно в рамках нашей творческой лаборатории. Однако уже сейчас целесообразно говорить о перспективах исследования.

Во-первых, нам представляется важным обратиться к методам многомерного анализа «скрытых» взаимосвязей между отслеживаемыми динамическими рядами. Предполагается более четкое выделение основных факторов, определяющих настроения потребителей на различных уровнях, в различных динамических фазах. Кроме того, ведется работа по определению ведущих установок массового сознания, генерирующих влияние текущих процессов в потребительских настроениях (например, вера в «лучшее будущее» и т.п.).

Во-вторых, опыт измерений фиксирует крайне редкие случаи синхронной динамики показателей у различных групп населения. Как правило, существует несколько групп, выделяемых по определенным признакам (возраст, социальное положение, местожительство, доход и т.п.), которые являются как бы веду-

щими в динамике индекса. С этой точки зрения необходимо применение кластерного анализа, выделение социальных групп, а также типов социального сознания, настроений, поведения в различных условиях. Известно, что социальная ситуация на различных этапах эволюции не идентична, но она повторяется, имеет нечто общее. Обладая необходимым опытом измерений, мы сможем смоделировать поведение социальных групп, что позволит в практической плоскости активизировать определенные процессы или, напротив, предотвратить их нежелательные последствия.

В-третьих, исходя из близости отдельных характеристик массового сознания, планируется дальнейшая проверка имеющейся системы показателей, возможная замена или добавление каких-либо новых показателей для еще более адекватного отражения происходящих социальных процессов, а вероятно, и создание собственной поливариантной модели для социального прогнозирования.

В заключение необходимо отметить, что Вологодская область сегодня – единственный регион России, в котором проводится регулярное и качественное исследование индекса. Это очень важно, поскольку многие исследования сворачиваются в современных условиях на начальном этапе вследствие финансовых проблем. Между тем измерение ИПН требует долговременных вложений, и необходимый опыт, при всех отмеченных перспективах, будет нескоро, хотя значимые результаты есть уже сейчас.



# ПРИЛОЖЕНИЯ

## ПРИЛОЖЕНИЕ 1

### Индекс потребительских настроений населения Вологодской области в апреле 1999 г.<sup>1</sup>

В октябре индекс потребительских настроений повысился по сравнению с августом на 6,7 пункта. Рост ИПН вызван прежде всего улучшением перспективных ожиданий (индекс возрос на 9 пунктов), что обусловлено увеличением доверия населения к деятельности нового правительства и лично премьер-министра В. Путина. Кроме того, более оптимистичными стали и оценки текущего состояния (индекс возрос на 3,8 пункта), что свидетельствует о продолжающемся постепенном преодолении последствий финансового кризиса августа 1999 г.

Наряду с повышением потребительских настроений улучшились и другие показатели социальной ситуации. Так, возрос уровень запаса терпения (на 12%) и социального настроения на (2%), сократился потенциал протеста (вероятность массовых выступлений – на 23%, возможность участия в них – на 4%).

Рост ИПН в значительной степени связан с изменениями в отношении населения к деятельности властных структур. В наибольшей степени повысилось одобрение деятельности правительства (на 24% по сравнению с августом) и губернатора (на 10%). В настоящее время 46% населения области одобряет деятельность губернатора, 33% – правительства, 34% – глав местных администраций, 7% – президента.

#### *Текущее состояние*

С августа по октябрь реальные денежные доходы, по оценкам населения, выросли на 6%. При этом по сравнению с октябрём прошлого года их прирост составил 39%. Индекс покупательной способности за прошедший год возрос на 13 пунктов. Не случайно индекс текущего личного материального положения (как оценка его изменений за прошлый год) повысился на 15,4 пункта. В то же время оценки населения еще весьма далеки от уровня февраля 1998 г., когда благосостояние населения было ощутимо выше, чем сегодня.

Индекс целесообразности крупных покупок оказался единственным из всех частных составляющих ИПН, по которому наблюдается

---

<sup>1</sup> В данном приложении приводится текст одного из выпусков экспресс-информации, которые ВНКЦ ЦЭМИ РАН регулярно направляет в региональные органы власти и средства массовой информации.

отрицательная динамика (он снизился на 7,7 пункта). Однако это объясняется в основном влиянием сезонного фактора: октябрь традиционно является одним из наименее благоприятных периодов года для активизации интереса потребителей на рынке товаров длительного пользования.

### *Перспективы*

Существенное увеличение оптимизма присуще потребительским ожиданиям. Под воздействием позитивных изменений в личном материальном положении стали выше оцениваться его перспективы (индекс повысился на 13,1 пункта).

Значительно улучшились также ожидания в отношении перспектив развития экономики страны: ближайших (индекс возрос на 5,1 пункта) и долгосрочных (индекс повысился на 8,7 пункта). Это явилось следствием наблюдающихся в последнее время определенных позитивных изменений в социально-экономической сфере. Происходящее одновременно с этим повышение доверия к деятельности правительства также оказывает большое влияние на укрепление оптимизма в ожиданиях.

Таким образом, в последнее время продолжилась тенденция улучшения потребительских настроений, наблюдаемая с начала текущего года. Это явилось следствием позитивных социально-экономических изменений, а также роста доверия к деятельности правительства, что обусловило более благоприятное отношение людей к собственной жизни и перспективам развития страны. Но ситуация еще далека от стабильной, особенно в сравнении с началом прошлого года. Для того чтобы улучшение социального самочувствия имело действительно прочную основу, необходима реализация комплекса мер, направленных на повышение покупательной способности основной массы населения.

### Динамика индекса потребительских настроений по различным социально-демографическим и экономическим группам населения

В данном приложении подробно приведена графическая динамика индекса потребительских настроений по различным территориальным образованиям, социально-демографическим и экономическим группам населения в 1997 – 1999 гг.

#### 1. Динамика частных составляющих ИПН

В динамике всех частных составляющих индекса потребительских настроений в последние месяцы укрепились предпосылки к преодолению негативных тенденций. Исключение составляет индекс целесообразности крупных покупок, понизившийся прежде всего под влиянием сезонного фактора. Значительный рост индекса текущего личного материального положения (на 31 пункт по сравнению с октябрем 1998 г.) говорит о постепенном преодолении населением последствий финансово-экономического кризиса, его привыкании к изменившимся условиям существования. Положительная динамика «перспективных» индексов, помимо этого, связана с повышением доверия населения к деятельности правительства (рис. 1).

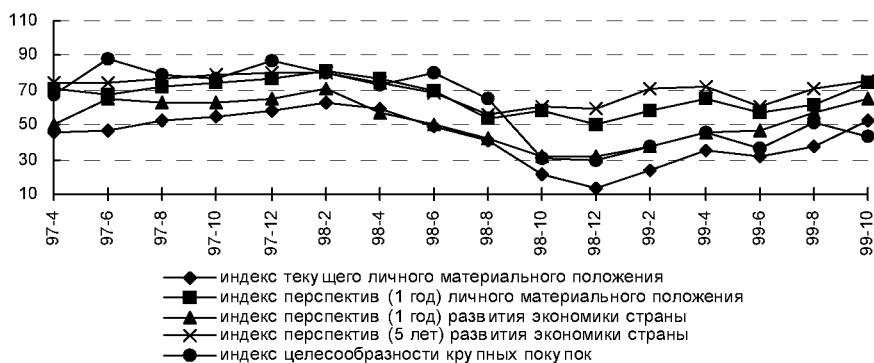


Рис. 1. Частные составляющие индекса потребительских настроений

#### 2. Динамика ИПН в Вологодской области и Российской Федерации

Вологодская область является одним из регионов Российской Федерации, поэтому ее не обходят стороной общие тенденции развития страны. Вместе с тем, происходящие здесь социально-политические и экономические процессы имеют свои особенности. Под влиянием этой двойственности формируются соответствующие

потребительские настроения населения, которые имеют как сходства с общероссийскими, так и отличия от них. Как можно видеть, динамика индексов в Вологодской области и России в основных тенденциях совпадает. В то же время обращает на себя внимание разрыв ожиданий в отношении краткосрочных и долгосрочных перспектив развития экономики страны (рис 2 – 8).

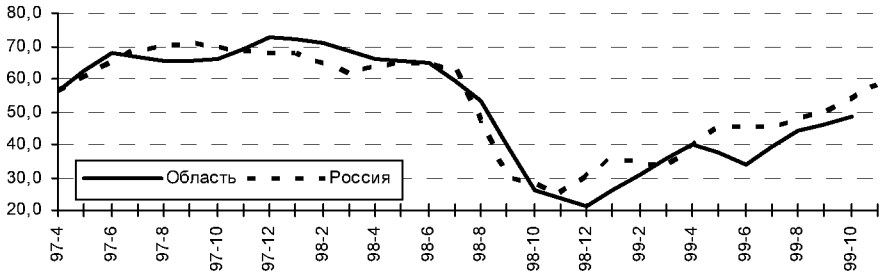


Рис. 2. Индекс текущего состояния в Вологодской области и РФ

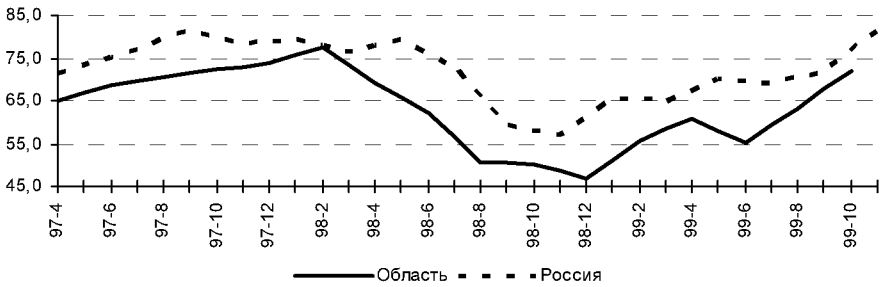


Рис. 3. Индекс потребительских ожиданий в Вологодской области и РФ

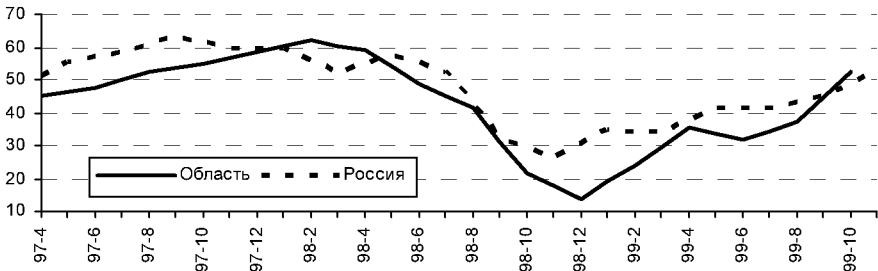


Рис. 4. Индекс текущего личного материального положения в Вологодской области и РФ

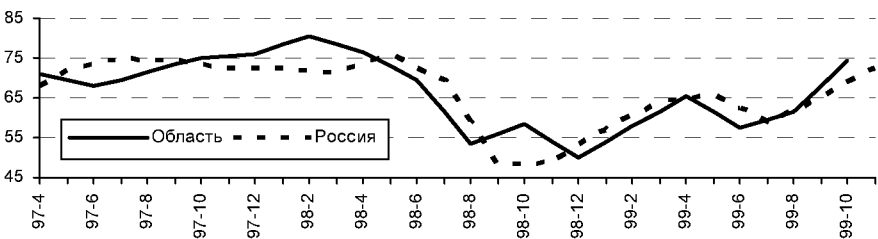


Рис. 5. Индекс перспектив личного материального положения в Вологодской области и РФ

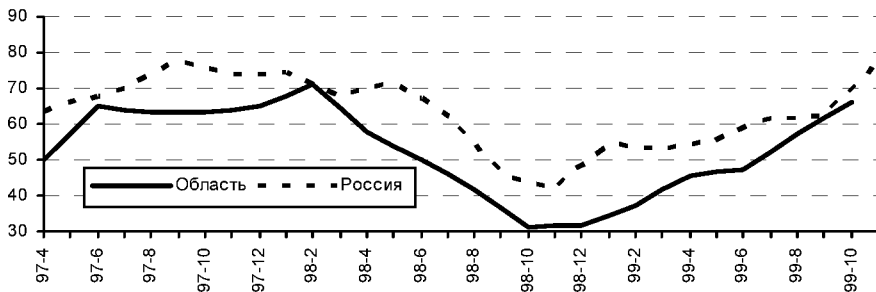


Рис. 6. Индекс перспектив (1 год) развития экономики страны в Вологодской области и РФ

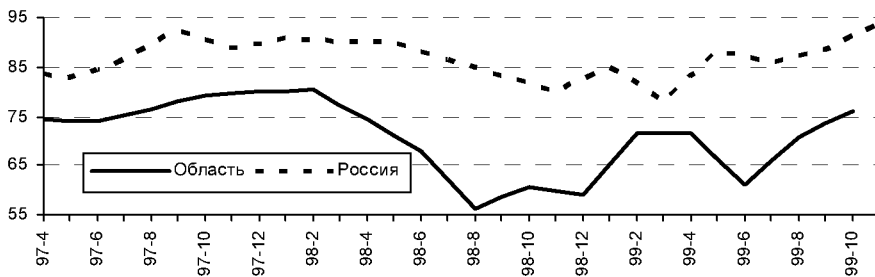


Рис. 7. Индекс перспектив (5 лет) развития экономики страны в Вологодской области и РФ

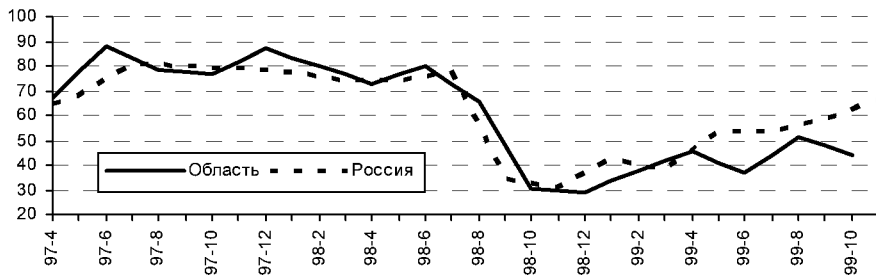


Рис. 8. Индекс целесообразности крупных покупок в Вологодской области и РФ

## 2. Динамика ИПН в городах и районах области

За последний год существенно сблизились потребительские настроения населения различных территориальных образований региона (рис. 9 – 12). Характерные для 1997 – первой половины 1998 гг. значительные разрывы в уровне ИПН между крупными городами и районами области, обусловленные дифференциацией их социально-экономического положения, в 1999 г. практически сошли на нет. Произошло это, с одной стороны, за счет того, что финансово-экономический кризис в наибольшей степени ударил по населению крупных городов (особенно Череповца). С другой стороны, с экономическими трудностями последних месяцев лучше всего справляются жители районов: с декабря 1998 г. по октябрь 1999 г. ИПН у них

вырос на 30,2 пункта, тогда как у жителей Вологды – на 19,9 пункта, Череповца – на 20,7 пункта. Летом – осенью 1999 г. значительно улучшились перспективные ожидания жителей районов. Сводный индекс потребительских ожиданий вырос здесь с июня по октябрь 1999 г. на 24,4 пункта (в Вологде – на 9,2 пункта, в Череповце – на 6,2 пункта).

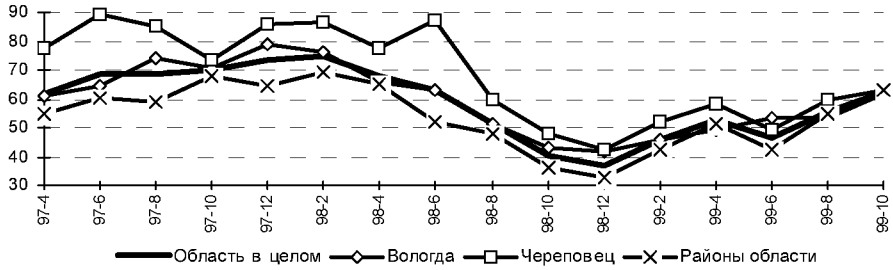


Рис. 9. ИПН в городах и районах области

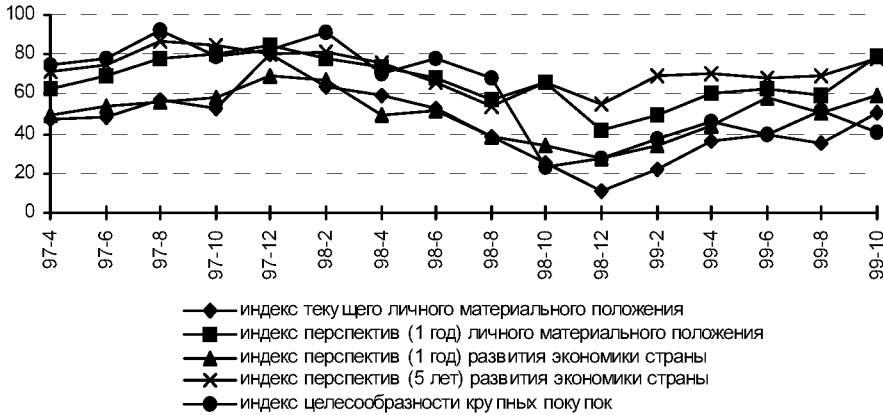


Рис. 10. Частные составляющие ИПН в Вологде

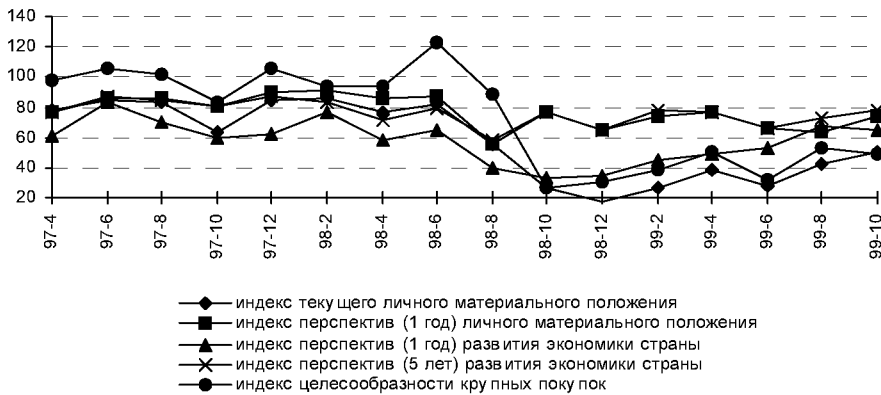


Рис. 11. Частные составляющие ИПН в Череповце

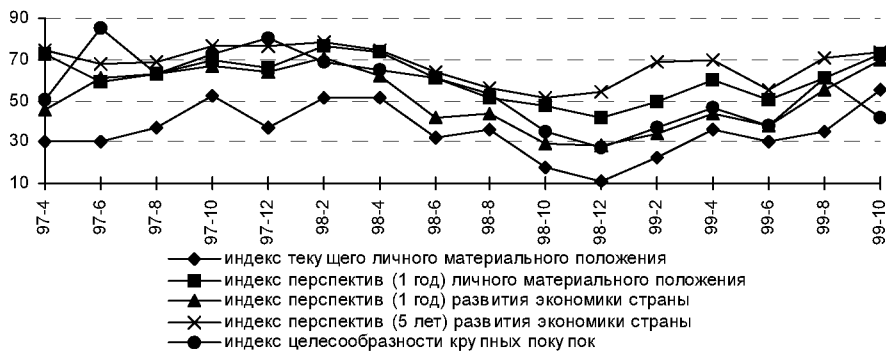


Рис. 12. Частные составляющие ИПН в районах Вологодской области

### 3. Динамика ИПН по половозрастным группам

Под влиянием кризисных явлений в экономике произошло сближение в уровнях ИПН мужчин и женщин. Если до осени 1998 г., как правило, оценки мужчин были заметно более оптимистичны, то затем потребительские настроения двух групп выровнялись (рис. 13).

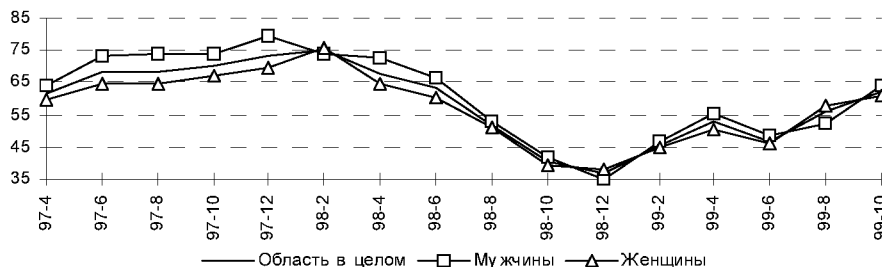


Рис. 13. ИПН по полу

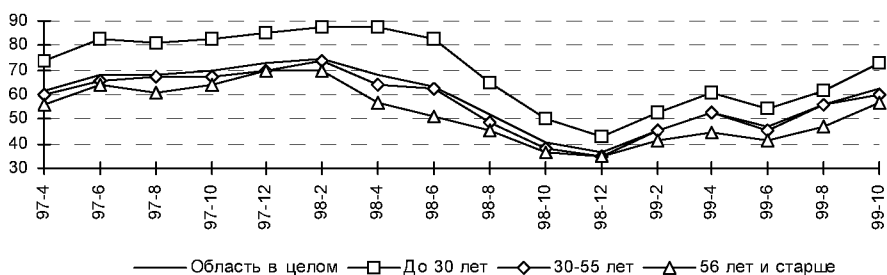


Рис. 14. ИПН по возрастным группам

В течение последнего года сблизилась потребительские настроения возрастных групп, хотя по-прежнему более оптимистичны представители молодого (до 30 лет), нежели среднего и особенно старшего поколения. Позитивная динамика ИПН с июня по октябрь 1999 г. у «молодых» респондентов обусловлена в большей степени улучшением оценок текущего состояния, тогда как у двух других групп – улучшением потребительских ожиданий (рис.14).

#### 4. Динамика ИПН по доходным группам

С осени 1998 г. заметно сократился разрыв в уровнях ИПН между доходными группами. Не наблюдается различий в потребительских настроениях средней и нижней доходных групп. К концу 1999 г. потребительские настроения всех трех групп вышли на уровень двух-

летней давности. У низкодоходной группы показатель ИПН оказался наивысшим за весь период измерений. Интенсивное улучшение потребительских настроений в этой группе обусловлено резким ростом оптимизма в отношении перспектив:

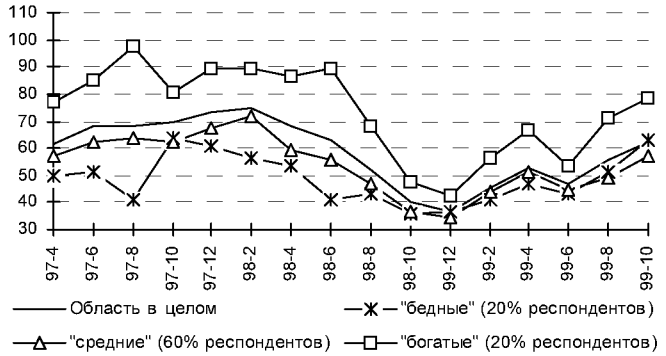


Рис. 15. ИПН по доходным группам (в пунктах)

совокупный индекс ожиданий вырос здесь на 16,4 пункта, тогда как в двух других группах – в два раза меньше (рис. 15).

#### 5. Стратификация населения по уровню индекса потребительских настроений в городах и районах области

Финансово-экономический кризис августа 1998 г. в значительной степени унифицировал распределение респондентов по уровню ИПН. Ранее районы выделялись высоким удельным весом населения с негативными потребительскими настроениями, а Череповец – большой долей населения с позитивными настроениями. Однако в последний год распределение стало более сбалансированным, поскольку кризис заметно изменил соци-

ально-экономическую структуру населения в городах (особенно в Череповце), а районов коснулся в гораздо меньшей степени. Так, по данным октябрьского замера, в районах 92% респондентов имеют индекс ниже отметки 100 пунктов, 8% – на отметке 100 пунктов и выше. В Вологде и Череповце эти группы составляют соответственно 90 и 10%. Это означает, что доля населения с преобладанием позитивных оценок во всех территориальных образованиях региона в 10 раз выше доли населения с преобладанием негативных оценок (рис. 16).

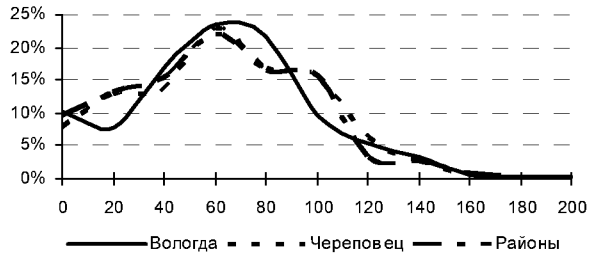


Рис. 16. Стратификация населения региона по уровню индекса потребительских настроений в октябре 1999 г.



А.И. Попугаев, К.А. Гулин  
Н.А. Короленко и другие

# СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

---



## К ЧИТАТЕЛЯМ

Здоровье является одной из главных ценностей как для отдельного человека, так и для общества в целом. В условиях складывающихся тенденций развития экономики Вологодской области, превышения смертности над рождаемостью, других демографических и медико-социальных проблем вопрос охраны и укрепления здоровья населения стал приоритетным для законодательной и исполнительной власти региона.

Все более очевидным становится тот факт, что здоровье, экономическое благополучие и социальная среда неразрывно связаны друг с другом. Сегодня состояние здоровья населения определяется прежде всего такими факторами, как образ жизни, профессиональный, трудовой и социальный статус, экономическое положение, экологические условия.

Исторический опыт профилактики заболеваний в России, а также положительные результаты ряда зарубежных стран говорят о том, что наличие четко сформулированной политики и скоординированных действий всех секторов общества и государства повышает вероятность достижения поставленных целей в сфере охраны и укрепления здоровья.

Система здравоохранения региона располагает ограниченными возможностями влиять на здоровье населения. Поэтому всестороннее взаимодействие органов власти всех уровней, всех секторов общества и населения имеет очень большое значение. В этом плане межсекторальный подход обеспечивает достижение согласия в вопросах о приоритетах, стратегиях, направлениях и предпринимаемых действиях по охране и укреплению здоровья.

В Вологодской области, первой из российских регионов, с опорой на отечественный и зарубежный опыт, на межведомственной основе разработана концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». Этот документ поддержан Законодательным собранием и утвержден постановлением губернатора от 15 мая 2000 года.

В основу политики были положены следующие социальные и этические принципы:

- здоровье – одно из важнейших прав человека и универсальная ценность общества;
- справедливость и солидарность в вопросах охраны здоровья;
- ответственное отношение к своему здоровью каждого человека;
- ответственность и подотчетность органов власти, руководителей предприятий и организаций за здоровье граждан.

Целями долгосрочной политики являются достижение устойчивой положительной динамики состояния здоровья населения Вологодской области и повышение качества трудового потенциала на основе улучшения здоровья.

В октябре 2002 года в развитие этого документа постановлением Правительства Вологодской области утвержден «Стратегический план по охране и укреплению здоровья населения Вологодской области на 2002 – 2010 годы».

Результатом реализации концепции и Стратегического плана должно стать улучшение состояния общественного здоровья, сокращение затрат на лечебные мероприятия, перераспределение ресурсов в пользу профилактики, что положительно отразится на благосостоянии и благополучии всех жителей Вологодской области.

Периодическая и регулярная оценка и критический анализ результатов осуществления политики по охране и укреплению здоровья, ее стратегий, задач, направлений и соответствующих программ позволят своевременно вносить необходимые коррективы и совершенствовать ее. Это невозможно без создания и развития соответствующей информационно-аналитической среды.

Надеемся, что представляемая читателям книга, подготовленная специалистами Департамента здравоохранения Вологодской области и Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН, будет заметным вкладом в решение столь важной задачи.

*А.А. Колинко,  
начальник Департамента здравоохранения  
Вологодской области*

## ВВЕДЕНИЕ

Здоровье – одна из основных составляющих человеческого и трудового потенциала, важнейший фактор социально-экономического развития. Именно поэтому всемерная охрана и укрепление здоровья граждан является приоритетной государственной задачей. Сегодня это особенно актуально для России, вставшей в последнее десятилетие перед лицом серьезных демографических проблем. Стремительные темпы снижения рождаемости и роста смертности, сокращения средней продолжительности жизни говорят о том, что здоровье жителей как страны в целом, так и отдельных ее регионов находится в большой опасности. Проблема усугубляется тем, что негативные изменения в здоровье населения носят долговременный характер, поскольку имеют свойство воспроизводиться в жизни не только современных, но и будущих поколений.

Поиск и выбор эффективных подходов к решению вопросов охраны и укрепления здоровья в условиях экономического кризиса чрезвычайно сложен в силу многофакторности существующих проблем. Отсюда, успех здравоохранительной деятельности не может быть достигнут усилиями исключительно медицинского сектора. Необходим комплексный многоуровневый подход к их решению, основанный на принципе межсекторального взаимодействия в самом широком понимании.

В 1999 – 2000 гг. в целях улучшения состояния общественного здоровья в Вологодской области был принят политический документ «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», нацеленный на формирование устойчивой положительной динамики состояния здоровья населения региона и повышение качества трудового потенциала области на основе улучшения здоровья населения.

В октябре 2002 г. в развитие этого документа постановлением областного правительства утвержден «Стратегический план по охране и укреплению здоровья населения Вологодской области

на 2002 – 2010 гг.», который в качестве главной цели провозгласил улучшение состояния общественного здоровья в регионе, включающего как объективные показатели здоровья, так и самооценки его населением.

Эффективная деятельность в сфере охраны и укрепления здоровья требует тщательной подготовки и обоснования, что невозможно без соответствующих научных исследований. На это, в частности, указывает и задача 3.19 «Научные исследования и информация по вопросам охраны здоровья» политического документа «Вологодская область – Здоровье-21», которая говорит о необходимости создания и совершенствования информационно-аналитической среды, позволяющей не только обосновывать и готовить принятие соответствующих решений, но и осуществлять мониторинг за их выполнением, оценивать их результаты и прогнозировать варианты дальнейшего развития.

В связи с этим, начиная с 1999 г., Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН и Департамент здравоохранения Вологодской области проводят исследование по теме: «Мониторинг качества здоровья населения Вологодской области». Его цель – комплексное изучение текущего состояния и динамики общественного здоровья населения региона и выработка направлений его охраны, стабилизации и укрепления.

Настоящая работа представляет собой обобщенный результат разностороннего изучения состояния здоровья населения Вологодской области. Она включает: анализ данных о состоянии общественного здоровья в регионе и влияющих на него факторов; анализ динамики субъективных оценок состояния здоровья населения области; результаты изучения степени приверженности населения региона к проведению профилактических мер для сохранения собственного здоровья; возможные направления улучшения состояния здоровья населения Вологодской области, с учетом региональных особенностей. При этом акцент сделан на здоровье взрослого населения<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Свою специфику имеют проблемы детского здоровья, а также психического здоровья населения региона. Они рассмотрены в отдельных книгах, подготовленных совместными усилиями специалистов Департамента здравоохранения Вологодской области и ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

## ГЛАВА 1

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

Здоровье – это такое состояние человеческого организма, которое обеспечивает оптимальное взаимоотношение его с окружающей средой и способствует активизации всех видов жизнедеятельности человека (в трудовой, хозяйственной, семейно-бытовой, рекреационной, медико-социальной и других сферах). Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 1948 г. определила здоровье как «состояние полного физического, душевного, социального благополучия человека, а не только отсутствие болезней и физических дефектов»<sup>1</sup>.

Здоровье можно рассматривать с различных позиций и во многих аспектах: медицинском, социальном, экономическом, морально-этическом и т.д. С позиций медицины оно представляет собой естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и отсутствием каких-либо болезненных изменений<sup>2</sup>.

В демографии, социальной гигиене и организации здравоохранения различают здоровье населения и здоровье индивида. Здоровье населения – это процесс, определяемый уровнем состояния биосоциальной системы «население», результат биологической эволюции и социального развития человеческой популяции за весь период ее существования. Здоровье индивида – это качественная характеристика состояния человека, обеспечивающая достижение чувства полноты жизни и максимально возможный для него вклад в человеческую культуру<sup>3</sup>.

С социальной точки зрения здоровье является благом, от степени обладания которым зависит уровень удовлетворения практически всех потребностей человека<sup>4</sup>. В экономическом смысле здоровье населения выступает одной из наиболее важных составляющих национального богатства. В процессе охраны и укрепления здоровья населения расходуется часть валового внутреннего

---

<sup>1</sup> Устав Всемирной организации здравоохранения. – Женева, 1946. – С. 3.

<sup>2</sup> Большая советская энциклопедия / Под. ред. А.М. Прохорова. – М., 1972.

<sup>3</sup> Население и трудовые ресурсы: Справочник. – М., 1990.

<sup>4</sup> Панкратьева Н.В., Попов В.Ф., Шиленко Ю.В. Здоровье – социальная ценность. – М., 1989.

продукта, но при этом само здоровье служит в качестве особого экономического ресурса, который во многом определяет эффективность социально-экономического развития<sup>1</sup>.

Существует множество методов измерения здоровья, большинство из которых основывается на критериях, отражающих состояние не собственно здоровья населения, а его «нездоровья» (заболеваемость, смертность, инвалидизация). При таком подходе используются прежде всего 2 группы статистических показателей: 1) показатели, характеризующие демографическую ситуацию (уровень рождаемости, смертности, естественного прироста, ожидаемая продолжительность жизни и т.д.); 2) медицинские показатели (физическое развитие, заболеваемость, болезненность, инвалидизация, госпитализация населения).

Однако более эффективным представляется применение консолидирующего принципа, объединяющего как объективные, так и субъективные критерии оценки состояния здоровья. То есть, кроме названных объективных параметров, основанных на медицинской и социально-демографической статистике, важным является также использование субъективных оценок состояния здоровья, полученных в результате социологических исследований. Их результаты позволяют определить субъективную оценку, которую дает население своему здоровью, глубже проанализировать факторы, в той или иной мере формирующие здоровье, оценить степень удовлетворенности медицинским обслуживанием, а также узнать отношение людей к реформированию здравоохранения.

В соответствии с вышеназванными источниками информации в работе отдельно рассматривается социально-демографическая ситуация в регионе, заболеваемость и оценки населением собственного здоровья.

### **1.1. Социально-демографическая ситуация**

Современная демографическая обстановка в регионе, как и в стране в целом, характеризуется процессом постоянной убыли населения. Так, численность населения Вологодской области сократилась с 1356 тыс. человек в 1990 г. до 1301 тыс. человек в 2002 г.

---

<sup>1</sup> Науменко А.Ю. Организационные и экономические аспекты реформы здравоохранения. – М., 1999.

По прогнозам, к 2015 г. она составит 1207 тыс. человек, или 89% от уровня 1990 г.<sup>1</sup> Темпы убыли населения в регионе несколько опережают средние по России (рис. 1).

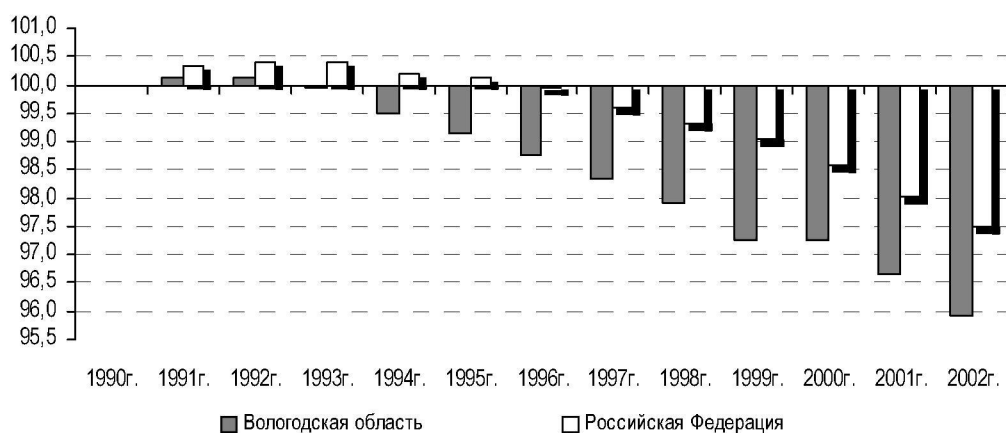


Рис. 1. Динамика численности постоянного населения Вологодской области и РФ (в % к 1990 г.)

Такая ситуация обусловлена произошедшим в последнее десятилетие снижением рождаемости (с 12 в 1991 г. до 9 человек на 1000 населения в 2001 г.) и резким подъемом уровня смертности (с 12 в 1991 г. до 17 человек в 2001 г.; табл. 1.1). Несмотря на некоторое повышение рождаемости в последние годы, суммарный коэффициент рождаемости<sup>2</sup> сохраняется на прежнем уровне и составляет 1,2 рождения на одну женщину (так же, как и по России), при том, что для простого воспроизводства населения требуется уровень 2,1 – 2,3. После некоторого снижения в середине 1990-х гг., с 1998 г. вновь наблюдается тенденция роста показателя смертности населения Вологодской области. Смертность продолжает значительно превышать показатели рождаемости.

<sup>1</sup> Российский статистический ежегодник. – М., 2001. – С. 33; Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2001 гг. – Вологда, 2002. – С. 35; Основные направления стратегии социально-экономического развития Северо-Западного федерального округа Российской Федерации на период до 2015 г. – С. 353.

<sup>2</sup> Суммарный коэффициент рождаемости, представляющий сумму возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. чисел рождений по возрастам женщин в расчете на одну женщину, является весьма информативной характеристикой интенсивности рождаемости. Он показывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода (15 – 49 лет) при сохранении в каждом возрасте уровня рождаемости того года, для которого вычислены возрастные коэффициенты.



Таблица 1.1

Основные показатели естественного движения населения  
Вологодской области (на тысячу человек населения)

Показатель	Год										
	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Число родившихся	11,9	10,2	8,9	8,8	8,6	8,4	8,3	8,2	7,9	8,6	9,2
Город	11,5	9,9	8,5	8,6	8,5	8,2	8,3	8,4	8,2	9,0	9,7
Село	12,6	10,9	9,9	9,2	8,8	8,6	8,2	7,9	7,3	7,7	8,0
Число умерших	12,0	13,1	15,3	16,6	16,2	15,6	14,7	14,4	15,8	15,7	17,1
Город	10,7	11,7	13,9	15,0	14,7	13,8	12,9	12,6	14,2	14,3	15,7
Село	14,3	15,7	18,2	19,9	19,3	19,5	18,7	18,3	19,3	18,7	20,0
Естественный прирост (убыль)	-0,1	-2,9	-6,4	-7,8	-7,6	-7,2	-6,4	-6,2	-7,9	-7,1	-7,9
Город	0,8	-1,8	-5,4	-6,4	-6,2	-5,6	-4,6	-4,2	-6,0	-5,3	-6,0
Село	-1,7	-4,8	-8,3	-10,7	-10,5	-10,9	-10,5	-10,4	-12,0	-11,0	-12

Источник: Стат. ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 35.

Вследствие этих процессов угрожающих масштабов достигла естественная убыль населения в регионе. В 2001 г. этот показатель составил 7,9 человека на 1000 населения, что значительно выше общероссийского уровня (для сравнения: естественная убыль населения в целом по Российской Федерации составила в 2001 г. 6,5; по Северо-Западному федеральному округу в 2000 г. – 8,6 человека на 1000 населения; рис. 2).

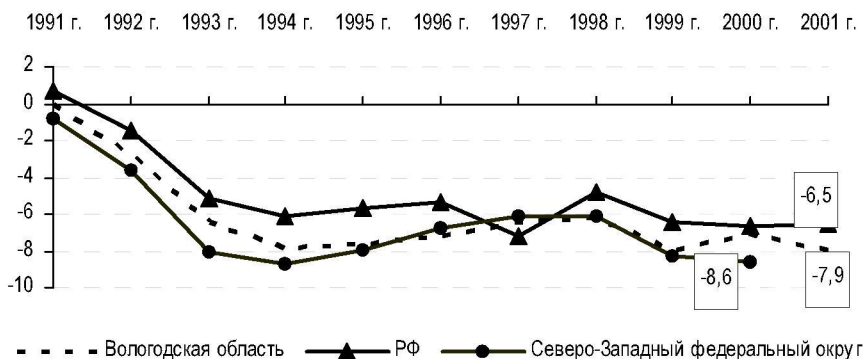


Рис. 2. Естественный прирост (убыль) населения в 1991 – 2001 гг.

Особую тревогу вызывает ситуация, сложившаяся в сельской местности. Так, за последние десять лет произошло значительное снижение рождаемости (с 13 в 1991 г. до 8 человек на 1000 населения в 2001 г.; см. табл. 1.1) и рост показателей смертности (с 14 до 20 человек на 1000 населения). Смертность сельского

населения заметно выше, чем городского. Естественная убыль населения в 2001 г. на селе составила 12 человек на 1000 жителей (в городе – 6). Учитывая то, что для нашего региона село является основным поставщиком продовольственной продукции, сохранение такой тенденции в перспективе грозит серьезной продовольственной проблемой.

Среди районов Вологодской области существуют заметные различия в уровне естественной убыли. Наихудшие показатели в 1999 – 2001 гг. были отмечены в Устюженском, Чагодощенском (в среднем 16 – 17 человек на 1000 населения), Сокольском, Бабаевском, Усть-Кубинском, Вашкинском, Харовском (13 – 14). Заметно лучше ситуация обстоит в городах Вологде и Череповце (4 – 5 человек на 1000 населения), Великоустюгском, Вологодском, Ньюксенском, Тотемском (6 – 8) районах.

Ведущий фактор роста естественной убыли населения – подъем уровня смертности. В последнее десятилетие в области наблюдается рост смертности практически по всем основным классам причин смерти: и по тем, которые напрямую зависят от социальной ситуации в стране и регионе (инфекционные и паразитарные болезни, несчастные случаи, отравления и травмы), и по так называемым «болезням цивилизации» (психические расстройства, болезни системы кровообращения, новообразования).

Динамика изменений показателей смертности в последнее десятилетие свидетельствует о наличии определенной зависимости между уровнями смертности и социально-экономического развития в стране и регионе. Своего пика показатели смертности достигли в середине 1990-х гг., а в период некоторой социально-экономической стабилизации, в 1996 г. – первой половине 1998 г., они имели тенденцию к снижению (табл. 1.2). В 1999г. вновь произошло ухудшение ситуации: по-видимому, сказались негативные последствия финансово-экономического кризиса августа 1998 года. Однако, несмотря на социально-экономическую стабилизацию в 2000 – 2001 гг., уровень смертности продолжает расти. В целом за 10 лет показатели смертности выросли на 43%.

За период с 1991 по 2001 гг. существенно вырос удельный вес смертей, вызванных несчастными случаями, отравлениями и травмами (в 1,9 раза), заболеваниями органов пищеварения (в 2,4 раза), инфекционными болезнями (в 2,3 раза). Рост смертности от психических расстройств составил 6,9 раза.

Таблица 1.2

**Смертность по классам основных причин смерти населения  
Вологодской области (число умерших на 100 тыс. чел. населения)**

	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 к 1991, %
Всего	1196	1617	1562	1472	1439	1579	1570	1706	143
В том числе: Инфекционные и паразитарные болезни	5,8	7,4	7,4	7,7	6,3	9,5	10,9	12,4	213
Психические расстройства	0,7	13,5	9,2	2,3	1,3	3,8	4,1	4,8	686
Система кровообращения	706	927	902	860	869	922	896	967	137
Органы пищеварения	24,6	42,2	41,1	38,2	31,7	40,7	47,8	58,7	239
Несчастные случаи, отравления, травмы	138	233	219	192	185	221	230	258	187
Новообразования	198	208	204	208	202	218	206	208	105

Источник: Стат. ежегодник Вологодской области. Вологдаоблкомстат, 2001. – С. 37.

В структуре смертности населения региона в целом первое место занимают заболевания системы кровообращения (по данным 2001 г. – 61%). Далее следуют несчастные случаи, травмы и отравления (16%), на третьем месте – новообразования (13%). Иной выглядит структура смертности среди трудоспособного населения. Здесь по классам болезней первые три места занимают: несчастные случаи, отравления, травмы (326,9 человека на 100 тыс. населения); болезни органов кровообращения (216,9 на 100 тыс. населения); новообразования (85,4 на 100 тыс. населения). Смертность населения в трудоспособном возрасте от большинства причин, за исключением болезней органов дыхания, а также убийств и преднамеренных насильственных действий, в сельской местности выше, чем в городской (табл. 1.3).

Состояние здоровья и уровень смертности населения существенно сказываются на показателях ожидаемой продолжительности жизни<sup>1</sup>. В 2000 г. средняя ожидаемая продолжительность

<sup>1</sup> Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении – это средняя предстоящая продолжительность жизни новорожденного при условии сохранения уровня смертности, сложившегося на момент определения этого показателя. Она рассчитывается на основе таблицы дожития по следующей формуле:  $E_o = T_o : I_o + 0,5$ , где  $T_o$  – общее число человеко-лет, которое предстоит прожить всей совокупности родившихся с момента рождения и конечная предельным возрастом – 100 лет;  $I_o$  – исходная совокупность родившихся (10 тыс. или 100 тыс. чел.); 0,5 – поправка, учитывающая то, что человек редко умирает в свой день рождения и живет некоторое время в году своей смерти; считается, что в среднем человек проживет не менее 6 мес. до дня смерти.

Таблица 1.3

**Структура причин смертности населения  
в трудоспособном возрасте в 2001 г.**

Причины	Область		Городская местность		Сельская местность	
	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.
Всего	6206	794,3	4395	788,6	1811	808,4
От новообразований	667	85,4	452	81,1	215	96,0
От болезней системы кровообращения	1695	216,9	1171	210,1	524	233,9
От болезней органов дыхания	301	38,5	248	44,5	53	23,7
От несчастных случаев, отравлений, травм	2554	326,9	1765	316,7	789	352,2
От отравлений алкоголем	359	45,9	238	42,7	121	54,0
От самоубийства	505	64,6	319	57,2	186	83,0
От убийств и преднамеренных насильственных действий	350	44,8	244	43,8	58	25,9

Источник: данные департамента здравоохранения Вологодской области.

жизни при рождении по области и по стране составила 66 лет (в 1990 г. – 70 лет), в том числе 59 лет – для мужчин и 73 – для женщин (табл. 1.4). Это на 10 – 15 лет меньше, чем в экономически развитых государствах. Разница в ожидаемой продолжительности жизни у мужчин и женщин в регионе составляет 14 лет.

Таблица 1.4

**Ожидаемая продолжительность жизни при рождении (число лет)**

Показатель	1990 г.	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Вологодская область	70	69	68	65	64	64	65	66	67	65	66
Женщины	75	75	74	73	72	72	73	73	73	72	73
Мужчины	63	63	61	58	57	58	59	61	61	59	59
Городское население	70	69	68	66	64	64	66	67	67	66	66
Женщины	74	74	74	73	72	72	73	73	73	72	73
Мужчины	65	63	61	59	57	58	59	61	62	60	60
Сельское население	69	69	66	64	63	64	64	65	65	64	64
Женщины	75	76	74	73	71	72	72	72	72	72	73
Мужчины	63	62	60	57	56	57	58	59	60	58	58
Россия	69	69	68	65	64	65	66	67	67	66	66

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 35.

Интересно взглянуть на уровень и динамику ущерба, причиненного преждевременной смертностью региональному сообществу.

В настоящее время существует ряд показателей, рассматривающих в качестве интегральных характеристик ущерб обществу от преждевременной смертности. Наиболее распространенный среди них – показатель ПППЖ (потерянные годы потенциальной жизни).

Расчет потерь ПППЖ по причине преждевременной смертности производится по следующей формуле:

$$\sum_{x=0}^{x=L} d_x(L-x),$$

где:  $d_x$  – число смертных случаев в возрасте  $x$ ,  $L$  – базовое значение продолжительности жизни (т.е. все смерти ранее этого возраста считаются преждевременными).

В соответствии с рекомендациями ВОЗ, в качестве базового значения продолжительности жизни был взят возраст, равный 65 годам. Как показывает рисунок 3, за период с 1999 по 2001 г. произошло значительное увеличение показателя ПППЖ (со 143 до 160 тыс. лет). Вызвано это прежде всего ростом смертности населения в трудоспособном возрасте. Так, потери за счет смертности населения в возрасте от 0 до 4 лет увеличились за этот период на 1 тыс. 49 лет, от 5 до 19 лет – на 921 год, от 20 до 44 лет – на 4 тыс. 473 года, от 45 до 54 лет – на 11 тыс. 911 лет, от 55 до 65 – снизились на 1 тыс. 108 лет. Данный факт требует усиленного внимания к состоянию здоровья трудоспособного населения.

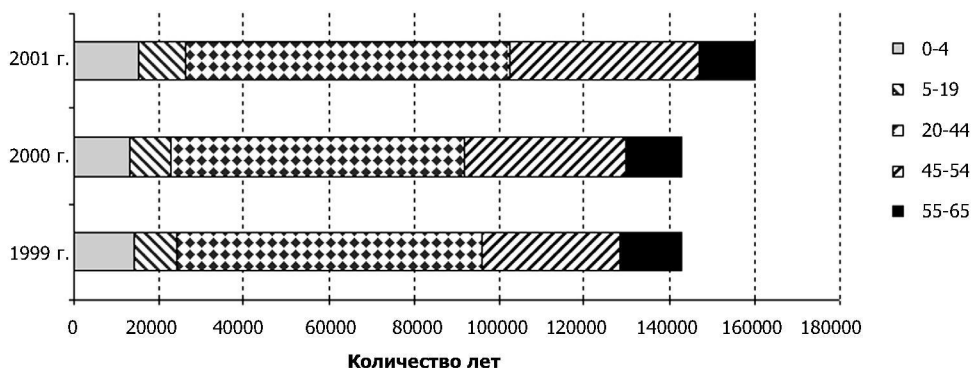


Рис. 3. Возрастная структура ПППЖ по причине преждевременной смертности населения Вологодской области за 1999 – 2001 гг. (лет)

## 1.2. Заболеваемость

Важными индикаторами, характеризующими состояние здоровья населения, являются показатели болезненности, заболеваемости. К сожалению, в регионе они имеют устойчивую тенденцию к увеличению: за последнее десятилетие уровень заболеваемости<sup>1</sup> в Вологодской области вырос, причем здесь он значительно выше, чем в России и Северо-Западном федеральном округе (табл. 1.5).

Таблица 1.5

Заболеваемость населения по основным группам болезней  
(на 1000 человек)

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 к 1991, %
Общая заболеваемость по России	–	678,8	648,5	674,2	670,4	710,0	735,7	–	
То же по Северо-Западному федеральному округу	–	697,5	652,7	687,0	696,0	736,0	754,2	–	–
То же по Вологодской области	616,2	736,6	682,3	719,8	741,9	795,2	837,0	816,9	133
В том числе по группам болезней:									
- инфекционных и паразитарных	33,5	47,4	42,1	40,1	44,3	50,0	53,8	47,6	142
– новообразований	4,8	6,0	6,1	6,5	6,9	6,8	7,5	7,5	156
– эндокринной системы	3,9	6,3	5,4	6,7	8,4	10,4	9,7	8,4	175
– крови и кровеносной системы	2,5	3,7	4,1	4,2	5,2	5,3	5,5	5,2	208
– психические расстройства	8,0	10,2	8,2	6,9	8,1	7,7	8,2	6,1	76
– нервной системы и органов чувств	45,0	58,4	62,8	65,7	73,9	76,5	86,6	83,5	186
– органов кровообращения	9,2	12,5	13,4	13,9	15,2	17,3	18,2	18,8	204
– органов дыхания	329,7	364,4	315,3	354,6	347,1	384,5	405,7	393,6	119
– органов пищеварения	13,8	19,8	20,3	21,5	22,9	23,7	24,4	23,9	173
– мочеполовой системы	15,0	21,7	45,7	23,1	26,4	27,4	29,2	32,2	215
– ослож. беременности и родов	24,4	31,1	31,4	36,8	31,0	38,3	43,4	47,6	195
– кожи и подкожной клетчатки	32,7	48,4	47,2	43,6	46,9	45,5	48,7	52,5	161
– костно-мышечной системы	22,7	27,8	29,0	29,7	33,0	31,7	32,5	33,1	146
– врожденные аномалии	0,9	2,3	1,8	2,0	2,4	2,8	2,2	1,8	200
– травмы и отравления	89,7	97,7	92,9	87,6	86,7	87,1	83,1	79,6	89
– перинатального периода	4,8	9,8	11,8	-	3,3	18,8	21,5		448

Источник: Стат. ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 9.

Наиболее остро эта проблема стоит в Сокольском, Междуреченском, Харовском, Великоустюгском районах, а также в городах Вологде и Череповце, где данный показатель в 2001 г.

<sup>1</sup> Заболеваемость населения выражается количеством больных с впервые установленным диагнозом, выявленных в течение года при обращении в медицинское учреждение или при профилактическом осмотре.

превышал среднеобластной уровень. Несколько лучше в этом отношении ситуация в Никольском, Вологодском, Бабушкинском, Бабаевском, Кичменгско-Городецком районах (менее 500 случаев на 1000 населения).

Сложнейшей медико-социальной проблемой остается онкологическая заболеваемость. Показатель заболевания населения области злокачественными новообразованиями в 2000 г. был равен 302, в 2001 г. он достиг 320 (по России в 2001 г. – 310) случаев на 100 тыс. населения, тогда как, к примеру, в 1994 г. он составлял по области 278, а по стране – 279 случаев на 100 тыс. населения. В разрезе муниципальных образований наиболее сложная ситуация в последние годы наблюдается в Междуреченском, Сокольском, Бабушкинском районах (более 400 случаев на 100 тыс. населения). Наибольший процент запущенных случаев отмечен в Междуреченском, Вытегорском, Бабаевском районах – 30%, при среднем по области, равном 23,5%.

Одной из наиболее острых медицинских и социально-экономических проблем является инвалидизация населения. В области ежегодно более 10 тыс. человек становятся инвалидами (в 2000 г. таких было около 16 тыс., в 2001 г. – более 17 тыс. человек; табл. 1.6). С 1991 по 2001 г. число лиц, впервые признанных инвалидами, увеличилось в два раза (в том числе и относительно численности

Таблица 1.6

**Численность лиц, впервые признанных инвалидами  
в Вологодской области в 1991 – 2001 гг.**

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2001 к 1991, %
Всего признано инвалидами (чел.)	8 241	17 676	11 882	11 557	12 506	11 552	16 255	17 475	212
То же, на 10 тыс. населения	61	131	88	86	94	87	124	133	218
То же, на 10 тыс. работающих	126	294	197	199	219	231	318	339	269
В том числе в связи: Со злокачественными новообразованиями	7	22	17	20	23	25	29	30	429
Болезнями системы кровообращения	12	165	95	88	101	109	181	191	1 592
По причине травм	5	23	17	15	14	14	16	12	240

Источник: Стат. ежегодник Вологодской области. 2000. – Вологда, 2001. – С. 100.

населения). В 2001 г. этот показатель составил 133 человека на 10 тыс. населения, что значительно выше уровня аналогичного показателя по стране (в целом по Российской Федерации он достиг значения 76,6 человека на 100 тыс. человек населения).

Основные заболевания, послужившие причинами первичного выхода на инвалидность, – сердечно-сосудистые (57%), онкологические заболевания (9%), травмы и отравления (5%).

Наиболее серьезная ситуация в этом плане отмечается в таких районах области, как Вашкинский, Кирилловский, Бабаевский, Чагодощенский, Тарногский. Здесь число лиц, впервые признанных инвалидами, достигло очень высоких значений – более 300 случаев на 10 тыс. населения.

Таблица 1.7

### Обращаемость населения в ЛПУ и уровень госпитализации

Показатель	1991 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2001 г. к 1991 г., %
Число посещений на 1 жителя в год	7,4	7,7	7,7	7,7	7,7	8,2	8,4	8,4	114
Уровень госпитализации (на 100 чел.)	23,5	23,9	22,6	22,9	24,0	23,9	24,4	25,2	107

Источник: данные департамента здравоохранения Вологодской области.

О росте заболеваемости свидетельствует также динамика обращаемости в ЛПУ и госпитализации населения региона. Уровень госпитализации довольно высок, причем он продолжает расти. В 2001 г. он составил 25,2 больного на 100 чел. (это самый высокий показатель за последнее десятилетие; табл. 1.7). В среднем по стране этот показатель несколько ниже – в последние годы он колеблется в пределах 20-22 больных на 100 чел.

### 1.3. Состояние здоровья в оценках населения

Другим индикатором изменений в состоянии здоровья в последние годы могут служить результаты опросов общественного мнения, проводимых ВНКЦ с 1999 г.<sup>1</sup> Субъективные оценки являются важным первичным источником информации о состоянии

<sup>1</sup> Опросы проходят в городах Вологде и Череповце, а также в 8 районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском и Шекснинском). Количество респондентов 1400 – 1500 человек. Выборка целенаправленная, квотная. Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5 процентов.



здоровья населения. Надежность субъективной оценки может вызывать определенные сомнения, особенно в тех случаях, когда ухудшение здоровья не отражается на самочувствии или, наоборот, существуют неприятные ощущения, которые не могут рассматриваться как функциональное расстройство организма, то есть болезнь. Однако, опыт ряда исследований дает основание рассматривать субъективные оценки в качестве достаточно надежных и представительных характеристик здоровья. В частности, высокую степень корреляции между самооценками респондентов и объективной информацией об их здоровье (результаты медицинских осмотров, лабораторных анализов, материалы текущего учета обращаемости в поликлинику) выявило исследование, проведенное в 1981 г. Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН<sup>1</sup>. Сильно выраженную связь между коэффициентом смертности и самооценками здоровья показало исследование, проведенное в 1990 г. в рамках Всемирной организации здравоохранения на базе 25 европейских стран<sup>2</sup>. Поэтому, несмотря на некоторые ограничения метода самооценок, он признан достаточно надежным и рекомендован ВОЗ для мониторинга здоровья как внутри отдельных стран, так и для межстрановых сравнений.

Сопоставление данных измерений показывает, что преобладающая часть жителей Вологодской области считает состояние своего здоровья удовлетворительным. За последние три года (2000 – 2002 гг.) средние оценки жителями области своего здоровья стабилизировались. Около трети опрошенных в 2002 г. охарактеризовали его как «отличное, хорошее», а в 1999 г. – лишь около четверти (рис. 4). Улучшение самооценок здоровья объясняется стабилизацией экономической ситуации в области, что, в свою очередь, привело к улучшению социально-психологического самочувствия населения.

Устойчивость в оценках подтверждается стабильностью частоты легких недомоганий и недомоганий, снижающих возможность нормально работать. Необходимо отметить некоторый рост

---

<sup>1</sup> Народное благосостояние. Тенденции и перспективы. – М., 1991. – С. 175.

<sup>2</sup> Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / Под. ред. Н.М. Римашевской. – М., 2001. – С. 225.

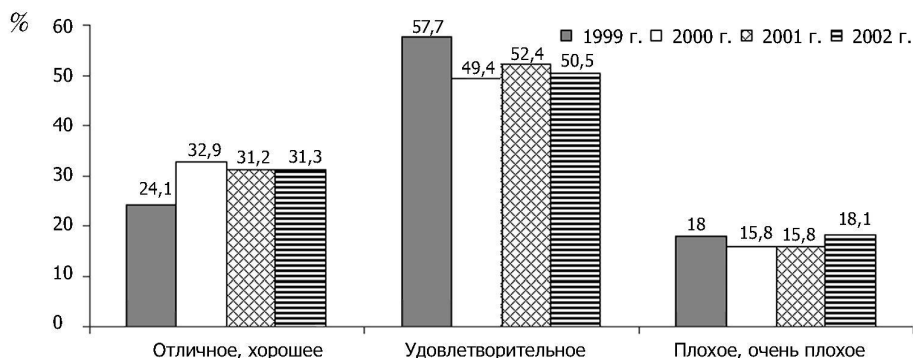


Рис. 4. Оценка состояния собственного здоровья жителями Вологодской области (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить)

болезней, приводящих к потере дееспособности (табл. 1.8). Это согласуется с увеличением доли населения, охарактеризовавшего свое здоровье как «плохое» и «очень плохое».

Таблица 1.8

Оценка жителями Вологодской области частоты и тяжести присущих им недомоганий, заболеваний (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	Почти ежемесячно			Несколько раз в год			Раз в год и реже		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
Легкие недомогания, не снижающие в целом трудоспособности	39,6	34,5	34,6	30,2	33,8	32,3	20,5	21,5	19,1
Недомогания, снижающие возможность нормально работать, однако не требующие больничного листа	17,3	17,1	18,3	39,5	33,2	33,9	25,8	26,9	23,7
Болезни, приводящие к потере способности работать на производстве, учиться и т.д., но не лишаящие возможности заниматься самообслуживанием	4,0	3,8	6,1	18,9	16,1	6,2	41,7	39,0	34,7
Болезни, приводящие к полной потере дееспособности, требуется обслуживание со стороны, лечение в санатории	0,9	1,5	3,7	4,4	4,3	6,2	16,5	16,3	20,9

Довольно стабильная самооценка здоровья в 1999 – 2002 гг. обусловлена, на наш взгляд, стабилизацией социально-психологического самочувствия населения, что создало более благоприятную почву для восприятия людьми различных сторон своей жизни, в том числе здоровья. Увеличение доли положительных

оценок состояния здоровья прослеживается и в разрезе территорий Вологодской области. Некоторое исключение составляет Череповец (табл. 1.9).

Таблица 1.9

**Оценка состояния здоровья в зависимости от места жительства респондентов (в %, без учета затруднившихся ответить)**

Место жительства	Вариант ответа								
	Отличное, хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
Вологда	21,3	30,9	32,7	61,0	54,8	49,5	17,4	13,9	17,6
Череповец	31,1	32,7	30,0	60,5	49,9	50,1	8,5	17,3	19,8
Районы	22,4	30,6	31,2	55,0	52,5	51,1	22,3	16,0	17,6

Сохраняются заметные различия в оценках состояния здоровья представителями разных возрастных групп: у молодежи удельный вес положительных оценок здоровья по-прежнему значительно выше, а отрицательных – ниже, чем у старшего поколения. По данным опросов, около 50% респондентов молодого возраста оценили состояние своего здоровья как «отличное, хорошее», тогда как среди старшей возрастной группы – только 12%. Почти 40% представителей старшего возраста оценивают свое здоровье как «плохое» и «очень плохое». В 2002 г. наблюдается прирост удельного веса отрицательных характеристик здоровья в старшей возрастной группе – с 36 до 39%. Наибольшее увеличение доли позитивных оценок характерно для молодежи – с 44 до 55% (табл. 1.10).

Таблица 1.10

**Оценка состояния здоровья в зависимости от возраста респондентов (в %, без учета затруднившихся ответить)**

Возраст	Вариант ответа								
	Отличное, хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
До 30 лет	43,5	51,0	55,2	48,6	42,7	37,3	7,9	7,0	7,5
От 30 до 55 лет	21,2	28,0	25,9	64,6	57,6	58,9	13,9	14,5	15,2
Старше 55 лет	9,7	12,0	15,3	53,7	53,1	45,0	36,3	36,0	39,1

С точки зрения гендерных различий принципиальных изменений в оценках здоровья не происходит (табл. 1.11). Состояние здоровья по-прежнему критичнее оценивается женщинами, так как женщины в целом более внимательно относятся к своему здоровью, чем мужчины. На протяжении всего периода исследования

Таблица 1.11

Оценка состояния здоровья в зависимости от пола респондентов  
(в %, без учета затруднившихся ответить)

Пол	Вариант ответа								
	Отличное, хорошее			Удовлетворительное			Плохое, очень плохое		
	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.	1999 г.	2001 г.	2002 г.
Мужской	31,1	37,0	38,0	53,7	47,8	44,8	14,8	14,5	17,2
Женский	18,8	27,0	26,1	60,9	55,4	54,8	20,3	16,9	18,8

мужчины (31 – 38%) чаще, чем женщины (19 – 26%), оценивали свое здоровье как отличное, хорошее (разница показателей в среднем составляет 11%).

Таким образом, состояние общественного здоровья в регионе характеризуется ухудшением социально-демографических и медицинских показателей. К наиболее опасным тенденциям следует отнести низкий уровень рождаемости, высокий уровень смертности и вызванную этими процессами депопуляцию населения; рост заболеваемости, снижение продолжительности жизни. Результаты социологических опросов свидетельствуют о том, что только треть населения оценивает свое здоровье как «хорошее» и «отличное».

Выявленные проблемы требуют концентрации усилий лиц, принимающих решения, различных ведомств, общественных сил на реализации политики охраны и укрепления здоровья в регионе. Однако любые меры в этом направлении не будут эффективными без учета и анализа факторов, влияющих на здоровье человека. Их рассмотрению посвящен следующий раздел настоящей работы.

## ГЛАВА 2

### ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ

Здоровье как объект исследования представляет собой сложное явление и рассматривается как результат воздействия всех факторов, оказывающих влияние на жизнь отдельных людей и населения в целом (социальные, экономические, психологические, экологические, генетические и т.д.). Все они по своей природе сложны, многомерны и не могут быть сведены к односторонней оценке. При этом возникает необходимость выявить те факторы, от которых в первую очередь зависит уровень здоровья населения, и определить степень их влияния. Решение этой задачи позволит обеспечить оптимизацию системы управления и проведение эффективной финансовой политики в области охраны и укрепления здоровья населения.

Гигиеническая наука считает, что состояние здоровья населения определяется тремя основными факторами: генофондом популяции, состоянием окружающей среды и социально-экономическими факторами (жилищные условия, питание, доступность физической культуры, возможности для рекреации и проведения полноценного досуга, уровень здравоохранения). Из этого следуют основные направления оценки и анализа факторов, влияющих на качество здоровья населения<sup>1</sup>.

В «Отчете о мировом развитии – 1993. Инвестиции в здравоохранение», подготовленном Всемирным Банком совместно со Всемирной организацией здравоохранения, на примере ряда государств представлена расчетная оценка влияния отдельных социально-экономических факторов на здоровье населения. Оцениваемый в отчете перечень экономических факторов наиболее часто используется для этих целей в мировой практике. Он включает в себя:

1. Возможности семьи: доходы и образование.
2. Питание.
3. Потребление табака, алкоголя и наркотиков.

---

<sup>1</sup> Когут А.Е., Рохчин В.Е. Информационные основы регионального социально-экономического мониторинга. – СПб, 1995.

4. Размеры и эффективность системы здравоохранения.
5. Климат и географическое положение, в основном определяющие видовую структуру заболеваемости.
6. Состояние окружающей среды<sup>1</sup>.

Многие отечественные исследователи в качестве определяющих факторов выделяют показатели, которые в состоянии оценить российская государственная статистика. Среди них:

- финансирование отрасли здравоохранения;
- уровень жизни населения;
- потенциал лечебно-профилактических учреждений отрасли здравоохранения;
- финансовые возможности экономической системы<sup>2</sup>.

В целом, по обобщенным оценкам отечественных и зарубежных исследователей, здоровье обусловлено: на 50% и более – условиями и образом жизни; на 20–25% – состоянием (загрязнением) внешней окружающей среды; на 20% – генетическими факторами и на 5–10% – состоянием сферы здравоохранения<sup>3</sup>. Во многом исходя из этого в рамках настоящего исследования рассматриваются блоки факторов, касающиеся социально-экономических условий жизнедеятельности людей, образа их жизни и параметров среды их труда и обитания, состояния медицинского сектора.

**Доходы населения.** Одним из факторов, крайне отрицательно повлиявших на здоровье населения в последнее десятилетие, стало резкое сокращение доходов и ухудшение материального положения значительных социальных групп. Согласно данным мониторинга общественного мнения ВНКЦ ЦЭМИ РАН<sup>4</sup>, в 1996 г. 60% жителей Вологодской области считали себя «бедными» и «нищими», 70% отмечали, что их доходов хватает, в лучшем

---

<sup>1</sup> Концепция дальнейшего развития здравоохранения и прикладной медицинской науки в Российской Федерации / Под. ред. Ю.М. Комарова. – М., 1994.

<sup>2</sup> Ермаков С.П. Здоровье населения и здравоохранение в России. – М., 1998.

<sup>3</sup> Экономика и управление здравоохранением / Под. ред. Ю.П. Лисицина. М., 1993.

<sup>4</sup> Опросы проводятся с 1996 г. по 2000 г. Объем выборки – 1300–1500 респондентов. Опросы проводились в городах Вологде и Череповце, а также в восьми районах области (Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском; до 2000 г. – в семи районах). Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий: пропорций между городским и сельским населением; пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города); половозрастной структуры взрослого населения области. Ошибка выборки не превышает 5 процентов.

случае, на приобретение продуктов питания. Ситуация еще более ухудшилась после финансово-экономического кризиса 1998 г. По результатам опросов, в 1999 г. доля населения, идентифицирующего себя с «бедными» и «нищими», возросла до 70%, а удельный вес тех, чьи доходы позволяют обеспечивать лишь продовольственное потребление семей, – до 72%.

В 2000 – 2002 гг. благосостояние населения региона улучшилось, о чем свидетельствует ощутимое улучшение оценок, которые дают жители области своему социально-экономическому положению. В 2000 г. социальная самоидентификация населения претерпела определенные изменения: доля «бедных» и «нищих» несколько уменьшилась, в то время как доля респондентов, считающих себя «богатыми» и «среднеобеспеченными», возросла (табл. 2.1). В последующие два года эта позитивная тенденция получила дальнейшее развитие. В 2002 г. доля «бедных» и «нищих» сократилась до 49%, а «богатых» и «среднеобеспеченных» – возросла до 40%.

Таблица 2.1

**Распределение ответов респондентов на вопрос: «К какой категории Вы себя относите?» (в % от числа опрошенных)**

Категория	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Богатые	0,5	0,5	0,5	0,3	0,8	1,2	1,9
Среднеобеспеченные	30,6	26,8	26,8	23,0	30,2	33,0	38,0
Бедные	50,0	53,1	50,4	53,6	48,9	47,5	38,7
Нищие	9,7	10,7	13,3	15,5	12,4	10,1	9,8

Рост доходов повлек за собой повышение покупательной способности населения, позитивные изменения в структуре потребительских расходов домохозяйств. Эту ситуацию фиксируют результаты опросов общественного мнения ВНКЦ (табл. 2.2). В 2002 г. удельный вес низкодоходных категорий населения сократился до 54%. Напротив, доля тех жителей области, доходов которых достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, возросла до 35%, а тех, кто не имеет каких-либо серьезных материальных трудностей, – до 9%.

В то же время, несмотря на позитивные изменения последних трех лет, в региональном сообществе продолжают оставаться значительными низкодоходные категории населения, у которых возможности полноценной заботы о своем здоровье ограничены.

Таблица 2.2

**Распределение ответов респондентов на вопрос:  
«Какая из приведенных оценок наиболее точно характеризует  
Ваши доходы?» (в % от числа опрошенных)**

Оценка доходов	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	1,7	2,0	1,8	1,2	1,5	2,1	3,1
Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей	4,1	4,0	3,6	2,5	3,9	6,0	6,1
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды	24,9	25,4	23,8	24,2	31,2	32,3	35,1
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	43,8	42,2	40,9	46,2	46,4	43,3	40,7
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится «влезать» в долги	25,5	26,4	29,9	25,9	16,0	14,0	12,8

Характер взаимосвязи уровня благосостояния и здоровья населения красноречиво показывают социологические данные.

Анализ результатов опросов позволяет выявить степень взаимосвязь состояния здоровья населения и уровня благосостояния. Из данных таблицы 2.3 видно, что чем выше уровень доходов респондентов, тем более позитивны их оценки состояния здоровья. Удельный вес негативных характеристик наиболее весом у тех групп жителей области, доходов которых хватает либо только на питание, либо недостаточно и на эти нужды, вследствие чего приходится влезать в долги.

Таблица 2.3

**Оценка здоровья респондентов в зависимости от доходов (в %; 2002 г.)**

Оценка доходов	Отличное	Хорошее	Удовлетв.	Плохое	Очень плохое
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	20,0	36,1	32,2	8,0	4,0
Покупка большинства товаров длительного пользования не вызывает трудностей	8,3	45,4	43,3	2,6	-
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды	4,5	36,0	50,0	8,7	1,6
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	2,2	21,2	55,1	20,5	1,2
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания	2,2	20,0	58,5	17,6	1,1

Такая же зависимость прослеживается при сопоставлении оценок здоровья и социальной самоидентификации жителей региона. Чем выше категория, к которой относят себя респонденты, тем более позитивны их оценки состояния собственного



здоровья. Наиболее благоприятные характеристики своему здоровью дают те, кто идентифицирует себя с «богатыми» и «среднеобеспеченными», наименее позитивные – те, кто причисляет себя к «бедным» и «нищим» (табл. 2.4).

Таблица 2.4

Оценка здоровья респондентов в зависимости от социальной самоидентификации (весна 2002; в %)

Категория	Отличное	Хорошее	Удовлетвор.	Плохое	Очень плохое
Богатые	-	43	43	14	-
Со средним достатком	6,8	37,6	46,7	7,3	2,9
Бедные	1,6	22,1	56	19	1,5
Нищие	3,7	14,0	51	13	1,9

Таким образом, уровень благосостояния населения оказывает весьма существенное влияние на состояние здоровья населения, являясь необходимым условием сохранения устойчивой положительной динамики общественного здоровья в регионе. И хотя высокий уровень доходов не приведет автоматически к улучшению здоровья людей, все же он способен обеспечить набор жизненных благ, необходимых для поддержания нормальной работы организма и личностного развития.

**Питание.** Среди факторов внешней среды, воздействующих на человеческий организм, питанию принадлежит ведущее место. Правильное питание обеспечивает оптимальное развитие организма человека, его трудоспособность, повышение защитных сил. Связь между здоровьем и питанием является самой непосредственной и проявляется ярче, чем другие связи. Снижение уровня питания быстро отражается на уровне здоровья. Нездоровое питание, выражающееся в недостаточном потреблении пищевых веществ, витаминов и микроэлементов, служит причиной развития многих заболеваний эндокринной системы и других. Неправильная структура питания приводит к избыточному весу и ожирению.

Отсутствие у большей части населения средств на относительно дорогостоящие продукты и, как следствие, вынужденный отказ от их приобретения или частичное их замещение дешевыми продуктами собственного производства привели к негативным изменениям в структуре продовольственного потребления. Сред-

недушевое потребление мяса и мясопродуктов снизилось в Вологодской области в 1990-е годы более чем на четверть, молока и молокопродуктов – более чем наполовину, фруктов – более чем на треть (табл. 2.5, 2.6). Недостаток продуктов животного происхождения и фруктов, преобладание овощей и хлебопродуктов обуславливает преимущественно однообразное и неполноценное по качественным характеристикам продовольственное потребление основной массы населения региона.

Таблица 2.5

**Потребление основных продуктов питания населением  
Вологодской области (по материалам бюджетных обследований,  
в расчете на члена семьи; кг)**

Показатель	Год											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Мясо и мясопродукты	66	63	56	58	55	53	47	55	51	47	49	47
Молоко и молочные продукты	398	404	341	335	333	288	260	246	210	189	213	218
Яйца, штук	218	228	246	204	196	180	146	117	137	167	220	195
Рыба и рыбопродукты	15	14	12	11	11	10	8	14	13	13	14	16
Хлебные продукты	111	114	117	111	105	106	98	114	133	128	116	120
Овощи и бахчевые	67	69	64	58	58	77	68	89	71	90	89	94
Картофель	97	103	108	97	120	122	121	108	111	105	125	114
Фрукты и ягоды	31	21	21	26	26	26	25	34	22	20	26	33
Сахар	35	34	30	33	32	34	31	42	51	55	34	33
Масло растительное, маргарин и др. жиры	5	4	5	5	5	6	6	9	11	11	12	12

Таблица 2.6

**Потребление основных продуктов питания населением  
Вологодской области (по материалам бюджетных обследований,  
в % к 1990 г.)**

Показатель	Год											
	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Мясо и мясопродукты	100	96	84	88	83	80	71	83	77	71	74	71
Молоко и молочные продукты	100	102	86	84	84	72	65	62	53	48	54	55
Яйца	100	105	113	94	90	83	67	54	63	77	101	89
Рыба и рыбопродукты	100	93	80	73	73	67	53	93	87	87	93	107
Хлебные продукты	100	103	105	100	95	96	88	103	120	115	105	108
Овощи и бахчевые	100	103	96	87	87	115	102	133	106	134	133	140
Картофель	100	106	111	100	124	126	125	111	114	108	129	118
Фрукты и ягоды	100	68	68	83	84	84	81	110	71	65	84	106
Сахар	100	97	86	94	91	97	89	120	146	151	97	94
Масло растительное, маргарин и др. жиры	100	80	100	100	100	120	120	180	220	220	240	240

После 1999 г., в связи с улучшением социально-экономической обстановки и ростом благосостояния населения, рацион питания жителей региона несколько улучшился. В частности, увеличилось потребление молока и молокопродуктов, яиц, рыбы и рыбопродуктов, фруктов и ягод. Эти изменения подтверждаются также увеличением удельного веса позитивных характеристик своего питания населением: с 1999 г. по 2002 г. доля жителей области, оценивающих свое питание как «полноценное», увеличилась с 1 до 13%, как «неудовлетворительное», «плохое» и «очень плохое» – сократилась с 51 до 29% (рис. 5).

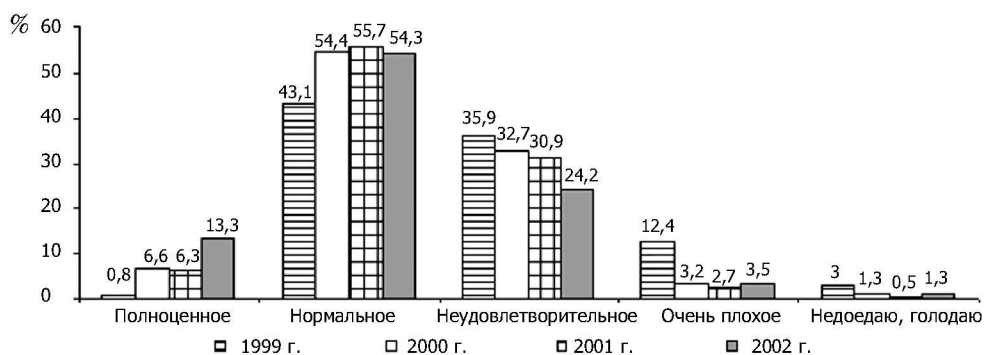


Рис. 5. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы оцениваете свое питание?» (в % от числа опрошенных)

По мнению же тех, кто оценил свое питание негативно, главной причиной плохого питания являются материальные трудности (89% опрошенных в 2002 г.). Отметим, что 12% респондентов связывают свое плохое питание с режимом работы, особенно это относится к жителям Череповца (26%). Новые реалии занятости, требующие предельной мобилизации работников в течение всего рабочего дня, а также за его пределами, приводят к нарушению режима питания и закладыванию фундамента будущих болезней (особенно пищеварительной системы).

В целом, несмотря на отмеченные неблагоприятные сдвиги в продовольственном потреблении, большая доля населения в 1999 – 2002 гг. оценивала свое питание как «нормальное». Определенный оптимизм в приведенных оценках может быть во многом связан с невысокими критериями оценки своего питания некоторой частью населения. В этом случае критерий «нормальности» далеко не всегда может совпадать с объективным положением

дел. Например, результаты бюджетных обследований показывают, что с 1991 по 2001 г. объем белков в потребленных продуктах питания в городских домохозяйствах (на 1 человека в сутки) сократился с 67 до 61 грамма, в сельских – с 87 до 70 граммов. Уровень калорийности пищи остался практически неизменным, однако если в 1991 г. за счет продуктов животного происхождения горожане получали 36% калорий (877 ккал), а сельские жители – 34% (1089 ккал), то в 2001 г. – 26% (638 ккал) и 21% (623 ккал) соответственно<sup>1</sup>.

Оскудение рациона питания и снижение его качества является одним из ведущих факторов, оказывающих крайне неблагоприятное влияние на состояние здоровья жителей региона. При этом в наиболее худших условиях оказываются малообеспеченные слои населения. По данным бюджетных обследований, в 2001 г. в 10% домохозяйств области с наименьшими доходами (в пересчете на 1 члена) потреблялось хлебопродуктов в 1,8 раза меньше, чем в 10% домохозяйств с наибольшими доходами (155 кг против 87 кг), овощей и бахчевых – в 3,2 раза (139 и 43 кг), рыбы и рыбопродуктов – в 4 раза (28 и 7 кг), мяса и мясопродуктов – в 4,9 раза (79 и 16 кг), молока и молокопродуктов – в 4,9 раза (359 и 73 кг), фруктов и ягод – в 7 раз (58 и 8 кг). Более того, по сравнению с серединой 1990-х гг. этот разрыв значительно увеличился<sup>2</sup>.

*Образ жизни.* Один из факторов, обуславливающих состояние здоровья человека, – это присущий ему образ жизни, наличие или отсутствие тех или иных вредных привычек. Он во многом может свидетельствовать о желании или нежелании людей следить за своим здоровьем. Особая опасность курения, злоупотребления алкоголем, пренебрежения здоровым образом жизни заключается в том, что негативное влияние этих привычек на человеческий организм носит замедленный характер, не ощущается непосредственно. Это притупляет присущие человеку механизмы самосохранения и не влечет за собой необходимых позитивных изменений в его поведении.

---

<sup>1</sup> Уровень жизни населения Вологодской области в 1991 – 2001 гг. Статистический сборник. – Вологда, 2002. – С. 21.

<sup>2</sup> Уровень жизни населения Вологодской области в 1991 – 2001 гг. Статистический сборник. – Вологда, 2002. – С. 22.

Как показывает практика, усвоение семи положительных в гигиеническом отношении привычек – отказ от курения, своевременное и рациональное питание, физические упражнения, 7-8-часовой сон, поддержание нормальной массы тела, отказ от употребления алкоголя – приводит к сокращению смертности на 28% у мужчин и на 34% у женщин по сравнению с ее уровнем у лиц, не выполняющих этих условий поведения<sup>1</sup>.

Именно поэтому здоровый образ жизни и уменьшение ущерба, причиняемого алкоголем, наркотиками и табаком, выделяются в качестве основных направлений деятельности в рамках политического документа «Вологодская область – Здоровье-21». В частности, ставятся задачи:

- увеличение числа людей, приверженных здоровому образу жизни (здоровое питание, физическая активность, отказ от вредных привычек);
- снижение распространенности курения во всех возрастных группах;
- формирование стереотипа так называемого ответственного потребления алкоголя, не ведущего к отрицательным социальным и медицинским последствиям;
- борьба с употреблением наркотических и психотропных веществ не в медицинских целях.

По мнению жителей Вологодской области, наиболее значимыми для сохранения и улучшения здоровья факторами являются здоровое питание (59%), регулярная физическая активность (51%), слежение за весом (34%), контроль уровня артериального давления (29%) и т.д. Факторы незлоупотребления алкоголем и отказа от курения отметили менее четверти опрошенных (рис. 6).

В последние годы распространенность различных мер профилактики среди жителей области не претерпела существенных изменений (рис. 7). Наибольшая их доля (15%), по данным опроса общественного мнения в 2002 г., соблюдала режим питания (в предыдущие годы – 16%). Применяли физические нагрузки только 13 и 12% соответственно. Безусловно, столь невысокие показатели нельзя назвать позитивными. Настораживает и то, что возросла доля респондентов, лишь периодически заботящихся о своем здоровье (21% в 2002 г. против 14% в предыдущие годы).

---

<sup>1</sup> Население и трудовые ресурсы. Справочник. – М., 1990.

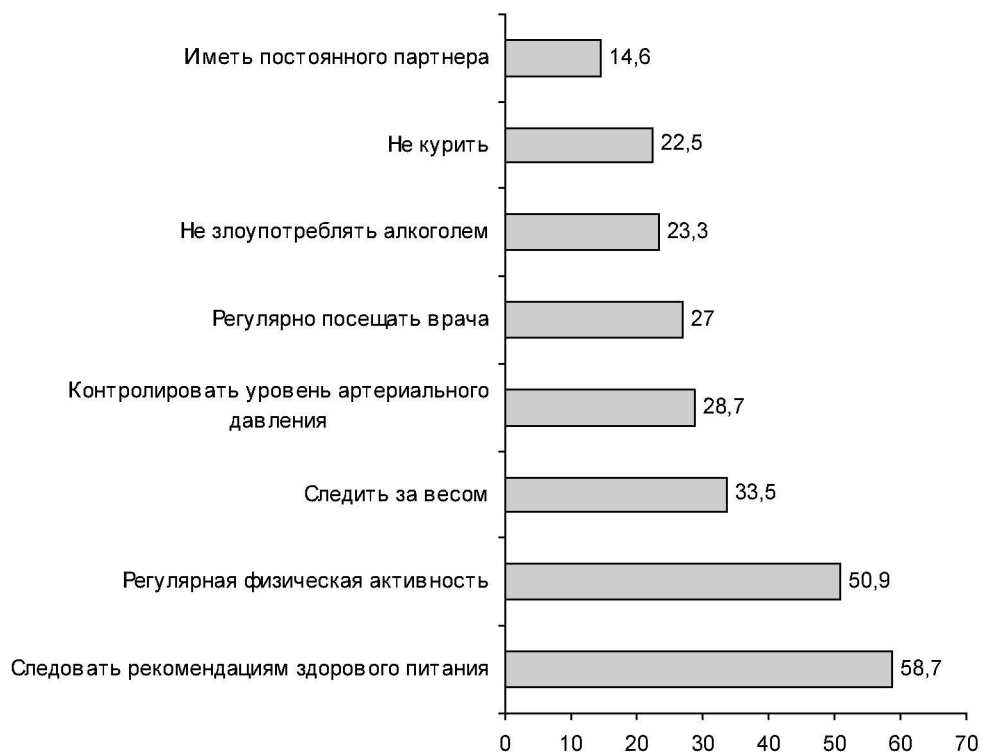


Рис. 6. Представления жителей Вологодской области о приоритетных мерах по сохранению и улучшению здоровья (в % от числа опрошенных)

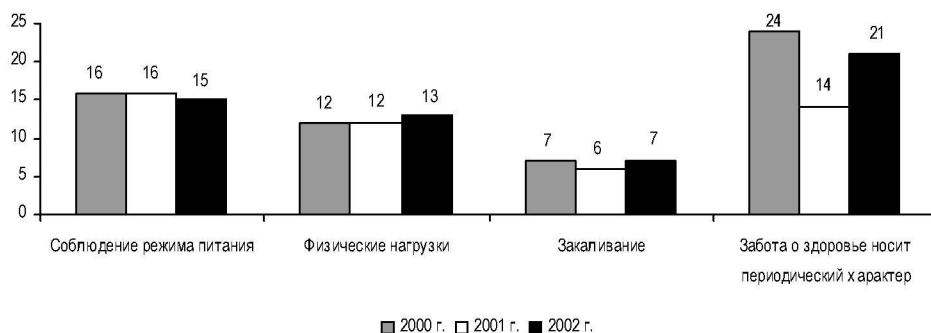


Рис. 7. Распространенность различных профилактических мер среди жителей Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Степень применения тех или иных профилактических мер имеет свою специфику у представителей разных категорий населения. Если молодежь чаще применяет физические нагрузки, занимается спортом (20%), то с увеличением возраста все большая доля людей стремится соблюдать режим питания (табл. 2.7).

Таблица 2.7

**Основные профилактические меры,  
применяемые респондентами в зависимости от их возраста  
(в %; без учета затруднившихся ответить; 2002 г.)**

Мера профилактики	Возраст, лет		
	До 30	От 30 до 55	Старше 55
Физические нагрузки и спорт	20,2	12,5	6,8
Соблюдение режима питания	12,2	15,4	19,5
Закаливание	8,5	6,1	4,9
Забота о здоровье носит эпизодический характер	13,0	22,7	24,1

По-разному относятся к профилактике заболеваний мужчины и женщины (табл. 2.8). Например, мужчины более склонны к физическим нагрузкам и занятиям спортом, а женщины – к соблюдению режима питания. Мужчины чаще, чем женщины, пользуются такой мерой профилактики, как закаливание.

Таблица 2.8

**Основные профилактические меры,  
применяемые респондентами в зависимости от их возраста  
(в %; без учета затруднившихся ответить; 2002 г.)**

Мера профилактики	Пол	
	Мужской	Женский
Физические нагрузки и спорт	18,2	9,6
Соблюдение режима питания	14,2	16,4
Закаливание	8,8	4,7
Забота о здоровье носит эпизод. характер	17,1	23,1

Таким образом, стратегия профилактической деятельности в современных условиях должна быть направлена на активизацию действий населения в укреплении собственного здоровья с помощью профилактики и здорового рационального образа жизни, для чего необходимо формирование соответствующей материальной, психологической и информационной среды. Для достижения необходимого эффекта пропаганду мер профилактики целесообразно ориентировать на интересы и потребности, присущие различным социально-демографическим группам.

Помимо изучения степени распространенности среди жителей региона тех или иных профилактических мер, необходим также анализ поведенческих факторов риска.

Проводимый в рамках исследования анализ степени приверженности населения вредным привычкам показывает, что доля

жителей области, курящих регулярно, достаточно стабильна. Удельный вес тех, кто курит не регулярно, вырос с 6% в 1999 г. до 11% в 2002 г. (рис. 8).

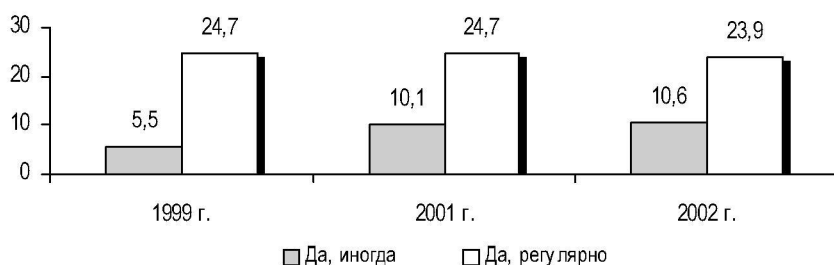


Рис. 8. Распределение ответов на вопрос: «Курите ли Вы в настоящее время?» (в % от числа опрошенных)

К курению наиболее склонны мужчины: регулярно курят 40% (в 2001 г. – 42%), иногда – 12% (13). Среди женщин распространенность этой вредной привычки заметно ниже: регулярно курят 12% (в 2001 г. – 13%), иногда – 9% (9). Как видим, данный показатель не снижается.

Основной причиной, побуждающей к курению, является его «успокаивающий» эффект. Такой повод «браться за сигарету» назвало 44% курильщиков. Каждый десятый курит по примеру друзей и знакомых. Более трети (34%) опрошенных затрудняются определить причину курения. Большинство курильщиков (72%) признают вред курения для здоровья. Настораживает тот факт, что почти треть курильщиков (28%) не осознают никакого вреда. Показательна в этом отношении самооценка здоровья курящим и не курящим населением области. Во всех возрастных группах доля оптимистичных оценок своего здоровья выше у некурящих жителей региона (табл. 2.9).

Таблица 2.9

Состояние здоровья курящего и некурящего населения в зависимости от возраста (в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Состояние здоровья	До 30 лет		30-50 лет		Старше 50 лет	
	Курящие	Некурящие	Курящие	Некурящие	Курящие	Некурящие
Отличное	6,9	13,5	3,8	5,5	0,0	3,2
Хорошее	40,2	43,9	21,0	23,3	10,0	12,4
Удовлетворительное	39,2	37,4	58,6	58,4	55,7	51,3
Плохое	12,7	4,3	15,1	12,0	27,1	28,7
Очень плохое	1,0	0,9	1,6	0,8	7,1	4,5



Более половины курящих (56% в 2002 г.) хотело бы бросить курить. Достаточно высок удельный вес тех, кто не желает расставаться с этой вредной привычкой, – 42%.

Еще одной вредной привычкой, которая может оказывать негативное влияние на здоровье людей, является потребление алкогольных напитков. Это осознает 50% жителей Вологодской области. В то же время, как показывают опросы, каждый пятый полагает, что алкоголь никак не влияет на состояние здоровья.

С 1995 г. по 2001 г. продажа алкогольных напитков и пива (в абсолютном алкоголе) выросла в области с 8,4 литра до 12,2 литра на душу населения, то есть почти в полтора раза. При этом, например, продажа пива, в натуральном выражении, возросла с 774 до 6493 тысяч декалитров, то есть в 8,4 раза<sup>1</sup>. Не случаен в этой связи рост алкогольных психозов в области – с 972 до 1717 случаев<sup>2</sup>. В 1999 г. по причине алкогольного отравления умерло 330 человек, в 2001 г. – уже 579. Как видим, показатели растут довольно быстро<sup>3</sup>.

Рассматривая итоги опросов 1999 – 2002 гг., необходимо заметить, что общее потребление алкогольных напитков в целом не изменилось. Доля трудоспособного населения области, совсем не употребляющая алкогольные напитки, составляет 20 – 25%. За последний год отмечается сокращение доли тех, кто употребляет до 200 мл алкогольных напитков в неделю, – с 37 до 32%, но произошло увеличение значений других показателей, что сводит на нет положительные результаты (рис. 9).

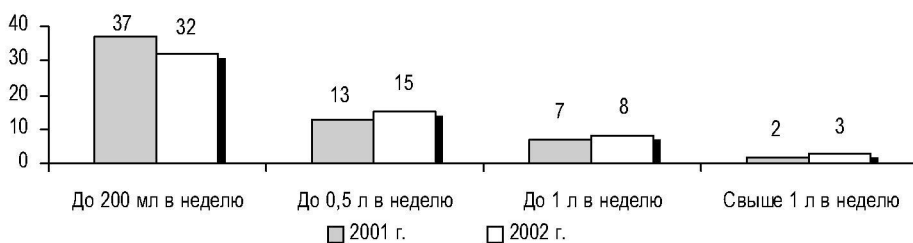


Рис. 9. Распределение ответов респондентов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных)

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2001 гг. – Вологда, 2002. – С. 204, 216.

<sup>2</sup> Данные департамента здравоохранения Вологодской области.

<sup>3</sup> Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2001 гг. – Вологда, 2002. – С. 37.

Употребление алкогольных напитков в большей степени присуще мужчинам (74%), нежели женщинам (62%). Наиболее распространена эта привычка среди молодежи (76%), в меньшей степени – среди лиц среднего (70%) и старшего (49%) возраста (табл. 2.10).

Таблица 2.10

Распределение ответов на вопрос: «Употребляете ли Вы алкогольные напитки?» (в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Показатель	Мужчины в возрасте (лет)			Женщины в возрасте (лет)		
	До 30	30-60	Ст. 60	До 30	30-55	Ст. 55
До 0,2 л в неделю	27,8	26,1	35,7	35,9	39,6	19,6
До 0,5 л в неделю	21,9	25,2	21,3	11,5	8,3	4,0
До 1 л в неделю	10,1	16,4	8,6	7,8	1,8	1,5
Более 1 л в неделю	8,3	6,2	2,9	1,8	1,4	1,0

В результате образ жизни большинства населения не способствует формированию благоприятной почвы для эффективной реализации мероприятий по охране и укреплению здоровья. Поэтому, наряду с другими мерами, особое внимание необходимо уделять просветительской и пропагандистской деятельности, направленной на увеличение доли населения, приверженного здоровому образу жизни, на снижение поведенческих факторов риска. Здесь, в первую очередь, нужен дифференцированный подход, исходящий из потребностей отдельных категорий населения.

**Условия труда.** Трудовая деятельность, которой человек в среднем занят треть своего времени, оказывает влияние на все процессы, происходящие в его организме. В условиях социально-экономической нестабильности и становления рыночных отношений проблемы охраны труда и здоровья работающего населения, обеспечения безопасной производственной среды приобрели особую актуальность. Реструктуризация медико-санитарных частей, здравпунктов и служб цеховых терапевтов привела к ухудшению медицинского обслуживания трудящихся, нарушенной оказалась система общественного, диетического и лечебно-профилактического питания на предприятиях, ухудшаются санитарно-бытовые условия. Кроме того, следует иметь в виду то, что необходимость приспособления к изменившимся условиям существования вынудила людей значительно активизировать свою трудовую деятельность за счет вторичной (и более) занятости в ущерб свободному времени и отдыху. Это может также негативно влиять на их здоровье.

В Вологодской области численность экономически активного населения по состоянию на 2001 г. составляла 683 тыс. чел. (52% всего населения). Поэтому условия и безопасность труда имеют весьма важное значение для формирования здоровья значительной его части. Данные опроса по измерению качественного состояния трудового потенциала населения региона, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в мае 2002 г., показывают, что условия работы считают значимым фактором 65% трудящихся, безопасность труда – 30%.

Согласно статистическим данным, в 1990-е гг. наиболее отчетливая тенденция ухудшения условий труда отмечалась в промышленности региона (30% занятого населения). Доля работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, выросла на промышленных предприятиях с 27 до 42%. Ситуация изменилась в лучшую сторону только в 2000 г., она продолжает улучшаться, но уровень 1992 г. еще не достигнут (табл. 2.11). Это способствует возникновению и развитию профессиональных заболеваний.

Таблица 2.11

Доля работающих в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в отраслях экономики Вологодской области (в % от общей численности занятых в отрасли)

Отрасль	1992 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Промышленность	26,5	32,2	33,1	39,8	41,6	40,8	29,2	27,8	28,1
Строительство	16,6	9,1	11,4	13,3	13,2	12,7	11,9	7,3	8,5
Транспорт	10,2	15,7	11,5	9,5	9,8	14,2	11,8	15,0	11,1
Связь	3,7	1,0	0,4	0,2	0,2	0,1	0,2	0,1	0,0

Наиболее высок удельный вес работников, занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в черной металлургии (39,4%), в машиностроении и металлообработке (38,1%), легкой промышленности (30,1%)<sup>1</sup>. По данным на конец 2001 г., в промышленности в целом работало в таких условиях 33% мужчин и 21% женщин, в строительстве – 10 и 5%, на транспорте – 8 и 10% соответственно<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2001. – Вологда, 2002. – С. 59.

<sup>2</sup> Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2001. – Вологда, 2002. – С. 60.

По итогам опроса 2002 г., только 3% трудящихся жителей области охарактеризовали условия своего труда на производстве как «отличные» (в 2001 г. – 5%), 27% – как «хорошие» (27%), 56% – как «удовлетворительные» (54%), 14% – как «неудовлетворительные» (14%). Испытывали те или иные отрицательные воздействия условий труда на свое здоровье 54% работающих (в 2001 г. – 57%). В условиях высоких нервно-эмоциональных нагрузок работают 29%, вынужденного положения тела во время работы и больших физических нагрузок – по 12%, повышенной загазованности и запыленности места работы – 8%, действия химических и токсических веществ – 5%, чрезмерно низкой температуры – 3%, других факторов – 7% опрошенных.

Субъективные оценки жителями области своего здоровья указывают на зависимость его состояния от условий труда. Как показывает таблица 2.12, большинство тех, кто оценивает условия своего труда как «отличные» и «хорошие», дает и благоприятные характеристики своему здоровью. И напротив, неудовлетворительные оценки условий труда согласуются с соответствующими характеристиками здоровья.

Таблица 2.12

Самооценка здоровья населением в зависимости от условий труда (в % от числа опрошенных, без учета затруднившихся ответить; 2002 г.)

Состояние здоровья	Условия труда			
	Отличные	Хорошие	Удовлетворит.	Неудовлетворит.
Отличное	35,0	12,3	3,2	3,6
Хорошее	43,3	48,3	18,4	12,4
Удовлетворительное	15,0	34,5	64,3	55,6
Плохое	6,7	4,5	13,4	24,9
Очень плохое	0,0	0,3	0,8	3,6

Кроме того, не теряет своей актуальности и проблема травматизма на производстве. По данным статистики, число пострадавших при несчастных случаях на производстве с утратой трудоспособности на 1 рабочий день и более сократилось с 4277 человек в 1995 г. до 3176 человек в 2001 г. Однако в пересчете на 1000 работающих этот показатель не только не уменьшился, но даже вырос – соответственно с 9,4 до 10,1 человека. В период с 1995 г. по 2001 г. в среднем на производстве погибал 51 человек ежегодно. В пересчете на 1000 работающих в 1995 г. погибло 0,158, в 1999 г. – 0,189, в 2000 г. – 0,175, в 2001 г. – 0,124 человека<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области 1995 – 2001. – Вологда, 2002. – С. 61.

**Состояние окружающей среды.** В течение последнего десятилетия остро встал вопрос об охране здоровья людей от негативных последствий экономической деятельности. Если раньше основное внимание обращали на здоровье людей, непосредственно занятых на производстве, то сейчас большее внимание стали уделять негативным последствиям влияния окружающей среды на здоровье населения, проживающего в районе воздействия промышленных объектов, выбросов в окружающую среду.

Основными экологическими проблемами региона продолжают оставаться следующие:

1. Регулирование выбросов производственных отходов в атмосферу.
2. Рост в городах и районах области парка легковых автомобилей, в том числе и неисправных.
3. Обеспечение населения качественной питьевой водой.

По данным проведенного в 2002 г. опроса, благоприятными экологические условия проживания в своем районе считают 50% жителей области. Отрицательную оценку экологическим условиям дали 47% опрошенных. И в том, и в другом случае существует зависимость оценок от места проживания респондентов. Так, наиболее благоприятны экологические условия в районах области, а не благоприятны – в Череповце, что обусловлено высокой концентрацией в городе промышленных предприятий и предприятий черной металлургии в том числе (табл. 2.13).

Таблица 2.13

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Как Вы считаете, экологические условия проживания в Вашем районе в целом благоприятны?» (в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Варианты ответов	Область	Вологда	Череповец	Районы
Да	49,6	43,0	41,8	56,9
Нет	47,3	52,4	55,6	40,6

Рассмотрим основные экологические факторы, влияющие на формирование здоровья населения региона.

Для человека характерна высокая чувствительность к воздействию загрязненного атмосферного воздуха. Он способствует возникновению злокачественных новообразований, обострению астматических заболеваний, обострению аллергических реакций.

С середины 1990-х гг. отмечается тенденция снижения количества выбрасываемых в атмосферу загрязняющих веществ за счет сокращения объемов производства и выполнения воздухо-охраных мероприятий. Суммарный объем выбросов в атмосферу в 2001 г. составил 475,605 тыс. тонн загрязняющих веществ, количество выбросов сокращается (в 1999 г. они составляли в сумме 638,409 тыс. тонн) в связи с проведением крупных воздухо-охраных мероприятий, внедрением на предприятиях современных очистительных систем (табл. 2.14).

Таблица 2.14

**Выбросы и улавливание вредных веществ, отходящих от стационарных источников, загрязнение атмосферного воздуха**

Показатель	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Общее кол-во образовавшихся загрязняющих веществ, тыс. тонн	2 847	2 649	2 538	2 577	2 450	2 163	2 091
Из общего количества уловлено и обезврежено загрязняющих веществ, тыс. тонн	2 104	1 923	1 856	1 899	1 812	1 685	1 615
В % к общему количеству	74	73	73	74	74	78	77
Выброшено в атмосферу загрязняющих веществ, тыс. тонн	743	726	683	679	638	478	476

Источник: Стат. ежегодник Вологодской области. 1995 – 2001. – Вологда, 2002. – С. 29.

Все более актуальной для населения области, особенно крупных городов, становится проблема выброса вредных веществ в атмосферу от автотранспорта в связи со значительным увеличением его парка. В период с 1995 г. по 2001 г. число единиц автотранспорта в собственности юридических лиц и граждан возросло со 128,6 до 202,1 тысячи<sup>1</sup>. По данным Департамента природных ресурсов и охраны окружающей среды области, выброс загрязняющих веществ от автотранспорта составил в 1997 г. 62,1 тыс. тонн, в 2000 г. – 85,4 тыс. тонн, в 2001 г. – 90,9 тыс. тонн. Наибольшая доля данных выбросов приходится на Череповец (по данным 2001 г. – 33%) и Вологду<sup>2</sup> (30%).

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2001. – Вологда, 2002. – С. 193.

<sup>2</sup> Экология-97: Вологодская область. Аналитический доклад о состоянии природной среды на 01.01.98 г. – Вологда, 1998. – С. 9; Состояние и охрана окружающей среды Вологодской области в 2000 г.: Статистический сборник. – Вологда, 2001. – С. 26; Состояние и охрана окружающей среды Вологодской области в 2001 г.: Статистический сборник. – Вологда, 2002. – С. 28.

Наряду с увеличением численности автотранспорта возрастает также значимость проблемы ухудшения его качественных характеристик. О направленности изменения возрастной структуры подвижного состава автомобильного транспорта красноречиво говорят следующие цифры. Доля грузовых автомобилей на предприятиях и в учреждениях всех отраслей экономики со сроком эксплуатации до 5 лет сократилась за 1995 – 2001 гг. с 66 до 17%; от 5 до 10 лет и свыше 10 лет – возросла соответственно с 17 до 38% и с 17 до 45%. Удельный вес автобусов со сроком эксплуатации до 5 лет сократился с 66 до 27%; от 5 до 10 лет и свыше 10 лет – вырос соответственно с 16 до 35% и с 17 до 38%. Доля «пикапов» и легковых фургонов со сроком эксплуатации до 5 лет снизилась с 79 до 45%; от 5 до 10 лет и свыше 10 лет – увеличилась соответственно с 11 до 33% и с 10 до 22%<sup>1</sup>.

Одной из очень серьезных, особенно для крупных городов, является проблема качества воды для питья и приготовления пищи. Вода поверхностных водоемов служит источником централизованного водоснабжения для 85% населения области. По данным Областного центра Госсанэпиднадзора, удельный вес неудовлетворительных проб питьевой воды по бактериологическим исследованиям в Вологодской области в 2000 г. превышал 13%, а по химическим – составлял почти 40% (табл. 2.15). В качестве основных причин низкого качества воды централизованных водопроводов выделяются несоответствие применяемых схем очистки воды степени загрязнения водоисточников, недостаточная мощность сооружений водоподготовки, неудовлетворительная обеспеченность реагентами, эксплуатация морально устаревшего оборудования.

Таблица 2.15

**Удельный вес неудовлетворительных проб воды в Вологодской области (по данным Центра Госсанэпиднадзора в Вологодской области)**

	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Бактериологические исследования	9,3	9,9	14,2	14,7	13,3
Химические исследования	38,1	32,8	35,1	30,6	39,9

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области 2000 г. Государственный доклад. – Вологда, 2001. – С. 16.

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области. 1995 – 2001. – Вологда, 2002. – С. 194.

Ухудшение качества воды водоисточников при отсутствии необходимой реконструкции оборудования приводит к увеличению количества водопроводов, дающих некачественную воду. Так, доля водопроводов, не отвечающих гигиеническим нормам из-за отсутствия очистных сооружений, в период 1996 – 2000 гг. выросла в 1,8 раза, из-за отсутствия обеззараживающих установок – также в 1,8 раза (табл. 2.16).

Таблица 2.16

**Доля водопроводов Вологодской области, не отвечающих гигиеническим нормативам (по данным Центра Госсанэпиднадзора Вологодской области)**

Не отвечают из-за отсутствия:	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.
Очистных сооружений	7,7	9,2	8,7	16,5	14,2
Обеззараживающих установок	4,1	2,6	5,8	5,1	7,5

Источник: О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области 2000 г. Государственный доклад. – Вологда, 2001. – С. 17.

В то же время водопроводной водой, качество которой оставляет желать много лучшего, пользуется, по данным опроса, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в 2002 г., большинство населения региона. «Альтернативные» источники питьевой воды доступны меньшему количеству жителей области. Население крупных городов частично решает проблему качества водопроводной воды с помощью бытовых фильтров, а также приобретения воды в магазине, население районов – за счет использования родниковой и колодезной воды (табл. 2.17).

Таблица 2.17

**Распределение ответов респондентов на вопрос: «Какую воду Вы обычно употребляете для питья и приготовления пищи?» (2002 г., в % от числа опрошенных)**

Вариант ответа	Область	Вологда	Череповец	Районы
Как правило, воду из-под крана	62,8	51,8	68,7	65,2
Из-под крана, но использую фильтр	15,8	25,9	22,7	7,2
В основном воду из родника и колодца	12,5	10,3	1,3	19,3
В летний период в основном воду из родника и колодца	9,3	13,0	10,2	7,1
Воду из магазина	3,5	7,3	4,4	1,1
Другое	1,8	3,0	1,0	1,6



Интересны оценки, которые дают жители области качеству потребляемой водопроводной воды (по 5-балльной шкале). По данным исследования 2002 г., уровень ее жесткости был оценен в 2,1 балла (в 2001 г. – в 2,5 балла); вкус – в 2,7 балла (2,4 балла); запах – 2,8 балла (2,5 балла); цвет – в 3,0 балла (2,7 балла); прозрачность – в 3,1 балла (2,6 балла соответственно). Снижение оценок с 2001 г. по 2002 г. произошло за счет областного центра, в Череповце и районах качественные характеристики различных параметров водопроводной воды, по мнению населения, остались примерно на прежнем уровне.

На общем фоне наиболее низкими характеристиками водопроводной воды выделяются жители Вологды, которые оценили ее качество по всем параметрам ниже среднего (табл. 2.18).

Таблица 2.18

Оценка населением территорий области различных параметров водопроводной воды (от 1 до 5 баллов; 2002 г.)

Вариант ответа	Область	Вологда	Череповец	Районы
Цвет	2,7	2,3	3,0	2,8
Прозрачность	2,6	2,3	2,7	2,8
Запах	2,5	2,1	2,8	2,6
Вкус	2,4	1,8	2,7	2,7
Жесткость	2,1	1,7	2,4	2,3

Рассмотрев основные факторы, влияющие на состояние здоровья населения региона, можно говорить о том, что основными болевыми точками с позиции их влияния на здоровье населения региона являются материальное положение, питание и обеспечение водой, образ жизни и распространенность вредных привычек. Каждый из приведенных факторов, безусловно, целесообразно в перспективе рассмотреть более углубленно. Установление степени зависимости характеристик состояния здоровья от тех или иных факторов – задача, требующая пристального внимания. Она позволит дифференцировать факторы по критерию управляемости и просчитать необходимые затраты, что даст соответствующую информацию для принятия решений на региональном и местном уровнях.

Еще одним немаловажным фактором, от которого зависит здоровье жителей региона, выступает состояние сферы здравоохранения.

## ГЛАВА 3

### АНАЛИЗ ВОЗМОЖНОСТИ ПОЛУЧЕНИЯ КВАЛИФИЦИРОВАННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

#### 3.1. Функционирование системы здравоохранения

Проводимые в стране реформы оказали воздействие и на состояние отрасли здравоохранения. За этот период в регионе на 21% (со 161 до 126 единиц) сократилось число больниц, на 8% – число врачебных учреждений, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь (с 224 до 206 единиц), на 15% – число фельдшерско-акушерских пунктов (с 818 до 696 единиц).

Основным показателем, характеризующим деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений (АПУ), является их мощность. За период с 1991 по 2001 гг. этот показатель почти не изменился и в 2001 г. составил 31 тыс. посещений за смену (табл. 3.1). Однако это лишь 77% от федерального норматива<sup>1</sup>.

Таблица 3.1

#### Деятельность амбулаторно-поликлинических учреждений Вологодской области в 1991 – 2000 гг.

Показатели	Год							
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (число посещений за смену, в тыс.)	30,0	32,4	31,0	30,5	30,2	31,0	31,2	31,0
Число посещений за смену на 10 тыс. чел. (обеспеченность АПУ)	221	239	230	227	226	233	237	236
Число посещений на 1 жителя в год	7,4	7,7	7,7	7,7	7,7	8,2	8,4	8,4
То же по Российской Федерации	9,3	9,1	9,1	9,1	9,1	9,3	9,4	–
То же по Северному экономическому району	–	8,6	8,3	8,3	8,6	8,6	8,7	–

Источник: данные департамента здравоохранения Вологодской области.

Несколько вырос показатель обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью, составив в 2001 г. 236 посещений за смену. Но все же этот показатель несколько ниже, чем в целом по стране: в 2000 г. по России он составил 245, по Северо-Западному федеральному округу – 278 посещений в смену на 10 тыс. чел. В то же время имеются существенные раз-

<sup>1</sup> Методические рекомендации по порядку формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи. – М., 2001.

личия по уровню обеспеченности населения амбулаторно-поликлинической помощью среди муниципальных образований области. Так, если в Тарногском, Сокольском и Нюксенском районах, по данным 2001 г., он достаточно высок (более 300 посещений), то в Верховажском, Никольском, Тотемском, Харовском районах этот показатель составлял менее 150 посещений за смену.

Самая высокая посещаемость лечебно-поликлинических учреждений за год отмечена в 2001 г. в городах Череповце (11 посещений на 1 жителя) и Вологде (9), самая низкая – в Верховажском, Бабушкинском и Никольском районах (2–3).

Обеспеченность населения врачами и средним медицинским персоналом за последнее десятилетие почти не изменилась (табл. 3.2). В области продолжает сохраняться нехватка кадровых ресурсов, прежде всего, врачебного персонала. По уровню обеспеченности врачами в 2000 г. Вологодская область находилась на 69 месте среди всех субъектов РФ. Наиболее низкий уровень обеспеченности врачами отмечается в Верховажском, Грязовецком, Никольском, Бабушкинском, Вологодском районах (менее 12 врачей на 10 тыс. человек). Лишь города Вологда и Череповец, а также Великоустюгский и Сокольский районы по обеспеченности врачебным персоналом не уступают среднеобластному показателю; в других районах дела обстоят значительно хуже. Аналогичная ситуация сложилась и по обеспеченности населения средним медицинским персоналом. Если в Вологде и Череповце этот показатель выше среднеобластного, то в Устюженском, Харовском, Вологодском, Череповецком, Грязовецком, Верховажском районах – значительно ниже (менее 80 единиц на 10 тыс. человек).

Таблица 3.2

**Показатели обеспеченности населения медицинским персоналом  
(на 10 тыс. населения)**

Показатель	Год						
	1991	1995	1997	1998	1999	2000	2001
Обеспеченность населения врачами в области	26,7	28,5	30,3	30,6	31,0	31,3	31,2
РФ	42,6	44,5	46,1	46,7	47,1	47,2	–
СЗФО	47,2	48,8	49,8	49,8	50,3	50,6	–
Обеспеченность населения средним медицинским персоналом в области	101	104	108	108	109	109	108

Источник: Источник: данные департамента здравоохранения Вологодской области; Регионы России: Стат. сб. – М., 2000. – Т. 2. – С. 216-229.

По обеспеченности врачами Россия занимает первое место в мире, однако это не подкрепляется наличием соответствующей численности среднего медперсонала и ростом технического оснащения медицинских учреждений. В Вологодской области численность среднего медицинского персонала превышает численность врачей в 3,5 (в Российской Федерации – в 2-3 раза). Однако в развитых странах это соотношение заметно выше. К примеру, в США количество врачей почти в 4 раза уступает численности среднего медицинского персонала.

За последнее десятилетие заметно снизилась обеспеченность населения больничными койками (табл. 3.3). В 2001 г. этот показатель составил 114 коек на 10 тыс. населения или 84% к уровню 1991 г.

Таблица 3.3

**Обеспеченность населения больничными койками  
(коек на 10 тыс. населения)**

Регион	1991 г.	1992 г.	1993 г.	1994 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Вологодская область	135	129	130	130	131	129	120	118	113	113	114
РФ	135	131	129	127	126	124	121	118	116	116	109
СЗФО	129	123	122	120	118	114	112	111	109	110	–

Источник: данные департамента здравоохранения Вологодской области.

Высокая обеспеченность койками наблюдается в Череповце, Великоустюгском, Бабаевском районах (более 100 коек на 10 тыс. человек). Наиболее низкая – в Вологодском, Череповецком, Грязовецком районах (менее 60).

Данные таблицы 3.4 показывают, что средняя длительность пребывания больного в стационаре в 2001 г. составила 14,4 дня (по стране в 2000 г. – 15,4), что существенно превышает общепринятый показатель развитых стран (для сравнения: в США средняя продолжительность пребывания больного в стационаре равна 7 дням).

Занятость койки в 2001 г. в области составила 322 дня (в целом по России данный показатель в 2000 г. был равен 313 дням, по Северному экономическому району – 333). Низкий уровень занятости койки в 2001 г. был отмечен в Белозерском, Вологодском, Нюксенском, Сокольском районах (менее 300 дней в году).

Таблица 3.4

**Основные показатели деятельности стационарных служб  
в Вологодской области в 1991 – 2001 гг.**

Показатель	Год								
	1991	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	В % к 1991 г.
Среднее пребывание больного на койке	16,2	16,9	17,2	15,8	15,5	15,0	15,0	14,4	89
Больничная летальность	1,0	1,2	1,2	1,1	1,1	1,2	1,2	1,3	130
Уровень госпитализации (на 100 чел.).	23,5	23,9	22,6	22,9	24,0	23,9	24,4	25,2	107
Оборот койки	17,3	18,4	17,5	18,9	20,4	21,5	21,8	22,3	129
Число дней работы койки в году	280	311	301	299	315	323	327	322	115

Источник: данные департамента здравоохранения Вологодской области.

Одновременно ряд профильных коек функционировал с особой нагрузкой (более 350 дней в году), это прежде всего: терапевтические, кардиологические, гастроэнтерологические, гематологические, нейрохирургические для взрослых, сосудистой хирургии, травматологические для взрослых и детей, ожоговые, неврологические, офтальмологические для взрослых и детей, отоларингологические, ревматологические, пульмонологические для взрослых и детей.

Таким образом, деятельность стационарных служб в регионе в последние годы характеризовалась высоким уровнем госпитализации, недостаточно эффективным использованием коечного фонда и довольно длительным пребыванием больного в стационаре. Все это свидетельствует как о низком уровне профилактики, высокой заболеваемости, так и об определенных недостатках в работе амбулаторно-поликлинической и стационарзамещающей служб в области, зачастую имеющих, однако, объективные причины.

Анализ ситуации в сфере укрепления здоровья населения и развития здравоохранения в муниципальных образованиях Вологодской области позволяет отметить следующие моменты:

1. Наихудшие в области показатели по уровню смертности, заболеваемости и болезненности населения были отмечены в Сокольском, Харовском, Вожегодском и Устюженском районах. Высокий уровень заболеваемости и болезненности также зафиксирован в городах Вологде и Череповце.

2. По показателям обеспеченности медицинским персоналом, больничными койками и уровню финансирования сферы здравоохранения из муниципальных бюджетов лидируют г. Череповец, Великоустюгский, Шекснинский, Вашкинский, Сокольский районы. Заметно хуже ситуация в Верховажском, Вожегодском, Грязовецком, Вологодском, Череповецком районах, где эти показатели в 2-3 раза ниже.

3. Наименее благоприятными по характеристикам состояния здоровья населения и уровню развития системы здравоохранения являются Вожегодский, Междуреченский, Харовский районы. Сложная ситуация наблюдается также в Вашкинском, Устюженском, Сокольском, Харовском районах, в Вологде и Череповце.

Для выявления степени зависимости между уровнем смертности, заболеваемости, болезненности населения и обеспеченностью сферы здравоохранения материальными ресурсами и медицинским персоналом был проведен корреляционный анализ по районам Вологодской области отдельно за 1998, 1999, 2000 и 2001 гг. Полученные результаты представлены в табл. 3.5.

Таблица 3.5

**Коэффициенты корреляции**

Показатели	Годы	Смертность	Заболеваемость	Болезненность
Обеспеченность врачами	2001	-0,251	0,386	0,590
	2000	-0,243	0,334	0,561
	1999	-0,363	0,678	0,571
	1998	-0,407	0,707	0,584
Обеспеченность средним медперсоналом	2001	0,015	0,208	0,284
	2000	0,093	0,230	0,254
	1999	0,008	0,334	0,561
	1998	0,099	0,214	0,286
Обеспеченность больничными койками	2001	0,134	0,233	0,228
	2000	0,173	0,273	0,198
	1999	0,139	0,144	0,231
	1998	0,06	0,165	0,256

Как видно из данной таблицы, явной зависимости смертности от других показателей не прослеживается. Вероятно, можно говорить лишь о существовании слабой обратной связи между смертностью и обеспеченностью врачами (чем больше врачей, тем ниже показатели смертности).

Анализ выявил наличие заметной прямой корреляционной зависимости между такими показателями, как болезненность и, в меньшей степени, заболеваемость и обеспеченностью врачами. Вероятно, это объясняется тем, что с появлением нового специалиста выявляются и регистрируются новые случаи соответствующей болезни (патологии). При отсутствии такого специалиста болезнь не регистрируется, продолжая, тем не менее, существовать.

В остальных случаях коэффициент корреляции достаточно низок (в среднем не превышает 0,3), что свидетельствует об отсутствии явной зависимости между данными показателями.

Результаты проведенного корреляционного анализа не позволяют сделать вывод о наличии явной, существенной зависимости между показателями смертности, заболеваемости и болезненности и обеспечением медицинским персоналом и материальными ресурсами (с достаточной долей вероятности можно говорить лишь о существовании прямой зависимости между уровнем заболеваемости и болезненности и обеспеченностью населения врачами).

### **3.2. Оценка населением уровня и качества медицинской помощи**

Повышение качества медицинского обслуживания населения является в настоящее время одной из основных задач реформирования здравоохранения. В число приоритетных задач политического документа «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» входит улучшение качества медицинской помощи и обеспечение прав пациентов на ее получение<sup>1</sup>.

Для исследования качества медицинского обслуживания важен уровень удовлетворенности людей медицинской помощью. В качестве формы получения информации об этом выступают опросы общественного мнения. Совокупность субъективных оценок населения является своеобразной обратной связью между органами здравоохранения и обществом.

Опросные данные (2002 г.) показывают, что наибольшая часть жителей области (22%) обращается за медицинской помощью

---

<sup>1</sup> Политический документ «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 19.

один раз в год, примерно столько же (21%) – один раз в полгода. Часто (ежемесячно) и довольно часто (раз в квартал) обращается соответственно 13 и 18% населения. Остальные из тех, кто ответил на данный вопрос, либо прибегают к помощи медицинских служб реже одного раза в год (17%), либо вообще никогда (8%).

При возникновении болезней и недомоганий большинство жителей области (67% в 2002 г.), как правило, обращаются в поликлиники. Значительно меньше востребованность других медучреждений – больниц (19%), скорой помощи (9%), учреждений по месту работы жителей региона (13%). Невысоким остается уровень пользования услугами платных медучреждений и частнопрактикующих врачей (по 4%). За последний год доля населения, обращающегося в поликлиники, сократилась с 76 до 67%. Несколько уменьшилось и число тех, кто прибегает к услугам платных учреждений (4% по сравнению с 7% в 2001 г.).

В уровне востребованности услуг других медицинских учреждений существенных изменений за этот же период не произошло (табл. 3.6).

Таблица 3.6

**Распределение ответов респондентов на вопрос: «Если Вам нужна медицинская помощь, то куда Вы обращаетесь, как правило?»**  
(в зависимости от места проживания; в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Тип учреждения	Территориальный разрез			
	Область	Вологда	Череповец	Районы
В поликлинику	66,7	73,8	65,0	64,0
В больницу	18,7	12,2	6,0	28,5
В медучреждения по месту работы	13,3	11,1	27,7	7,0
Вызываю скорую помощь	9,1	4,6	6,5	12,6
К частнопрактикующему врачу	4,3	5,1	7,8	2,0
В частные медучреждения	4,2	9,5	5,2	1,1

В данном случае существуют и определенные территориальные особенности. Как показывают данные таблицы 3.6, жители крупных городов чаще обращаются в поликлиники, в платные медучреждения и к частнопрактикующему врачу. В Череповце, вследствие развитой ведомственной медицины, высок уровень обращаемости в медицинские учреждения по месту работы. Жители районов области значительно чаще обращаются в больницу



и вызывают скорую помощь из-за меньшей доступности амбулаторно-поликлинических учреждений на селе. Такая ситуация ограничивает возможность своевременного выявления и предотвращения заболеваемости населения в районах. В этой связи очень важной представляется реализация задач политического документа «Вологодская область – Здоровье-21», направленных на сокращение различий в уровне здоровья жителей городов и муниципальных районов, а также между городскими и сельскими жителями этих районов <sup>1</sup>.

Причины, по которым жители области даже в случае болезни не обращаются за медицинской помощью, в 2001 – 2002 гг. были практически неизменными (рис. 10).

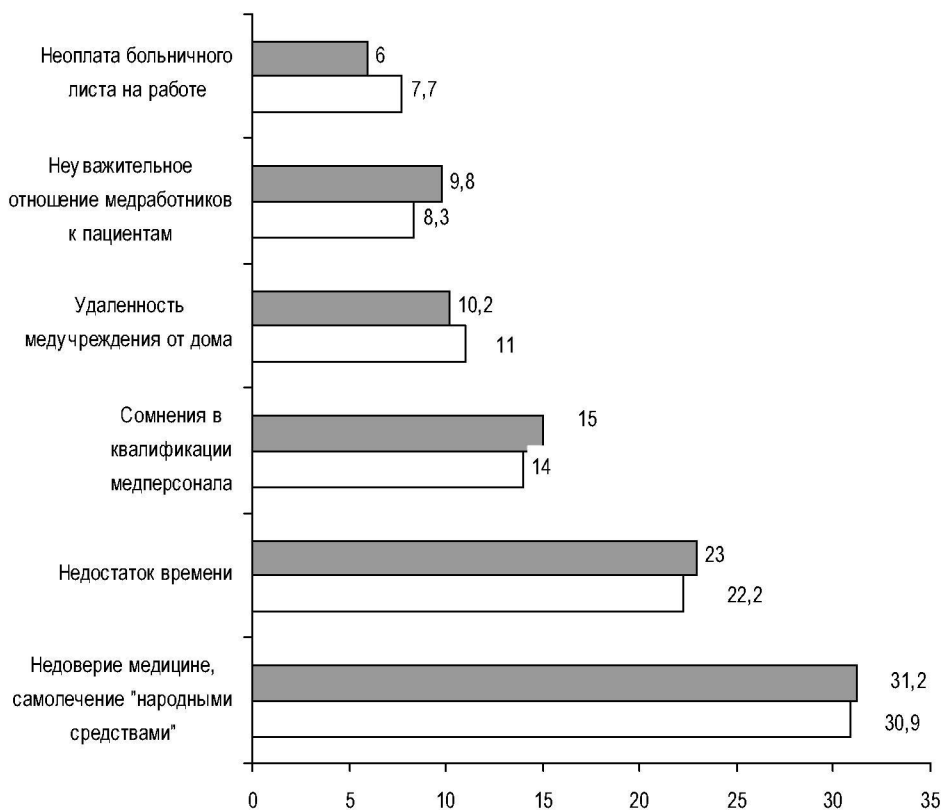


Рис. 10. Распределение ответов на вопрос: «Если в случае болезни Вы не обращаетесь в поликлинику, то по какой причине?» (в % от числа опрошенных)

<sup>1</sup> Политический документ «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 14.

В связи с опасностью, которую несет в себе игнорирование заболеваний или их симптомов, для здоровья как самого человека, так и его окружающих чрезвычайно важной является реализация мер, направленных на устранение подобных причин. Большинство из них относится к разряду «управляемых» – их можно устранить и улучшением качества медицинского обслуживания, и последовательным повышением доверия населения к услугам системы здравоохранения. Поскольку часть трудящихся сталкивается с фактами неоплаты больничных листов по месту их занятости, компетентным структурам следует обратить особое внимание на необходимость соблюдения трудового законодательства РФ в этой части.

Одна из основных задач реформирования здравоохранения – повышение качества медицинской помощи. Большое значение для достижения необходимого эффекта лечения имеет взаимопонимание между врачом и пациентом. Согласно специальным исследованиям, при высоком его уровне число случаев значительного улучшения состояния здоровья пациентов превышает число случаев отсутствия эффекта в 4 раза, причем степень позитивных изменений не зависит от квалификационной категории врача<sup>1</sup>. Это показывает, насколько важным является обеспечение качества медицинского обслуживания, соответствующего потребностям населения.

Результаты мониторинга показывают, что в 2002 г. продолжался отмечаемый с 2000 г. рост доли жителей области, не удовлетворенных качеством обслуживания в медицинских учреждениях различных типов. Она составляет, в зависимости от типа учреждения, от 23 до 26%. Наблюдается и обратная картина: за последний год несколько вырос удельный вес тех, кто удовлетворен качеством обслуживания в поликлиниках по месту жительства, – с 31 до 35%, в частных медучреждениях – с 38 до 41% (рост незначителен, но заслуживает внимания, т. к. с 1999 г. по 2001 г. эти показатели неуклонно снижались). Посетители частных учреждений, как и прежде, выражают наибольшую удовлетворенность качеством медицинского обслуживания (табл. 3.7).

---

<sup>1</sup> <http://ns.kuban.su/medicine/shtm/baza/lek/klfhtm/part5/5-14.htm>.

Таблица 3.7

**Степень удовлетворенности респондентов качеством медицинского обслуживания (в % от числа регулярно обращающихся к врачу)**

Тип учреждения	Год	Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены
Поликлиника по месту жительства	2002	37,0	26,4	36,6
	2001	31,0	45,4	23,5
	2000	34,5	44,1	20,6
	1999	37,7	40,6	21,7
Поликлиника предприятия, ведомственные поликлиники	2002	22,7	37,5	39,8
	2001	27,6	49,2	23,2
	2000	35,3	48,2	22,4
	1999	38,5	37,9	26,3
Частные медицинские учреждения	2002	28,9	39,9	31,1
	2001	38,1	42,5	19,3
	2000	42,7	38,5	17,2
	1999	48,0	31,2	20,8

Снижение удовлетворенности населения Вологодской области медицинским обслуживанием вызывает значительные опасения, поскольку это может явиться весомой предпосылкой недостаточного эффекта лечения в учреждениях медицинской сферы. Это, в конечном итоге, скажется на здоровье населения и повлечет за собой снижение эффективности ресурсных затрат на функционирование здравоохранительной системы.

Рассматривая степень удовлетворенности жителей региона качеством медицинского обслуживания по видам помощи, можно отметить, что наибольшая доля позитивных оценок качества услуг отмечается при вызове скорой медицинской помощи (45%), вызове врача на дом, лечении зубов (по 38%), обращении к врачу в поликлинику (37%), диагностическом обследовании (35%). Обращает на себя внимание высокая степень неудовлетворенности населения обслуживанием в больницах при госпитализации, а также в женских консультациях, то есть при обращении к видам медицинской помощи, требующей, вероятно, особого внимания к индивидуальным нуждам и интересам пациентов (табл. 3.8).

К наиболее распространенным негативным явлениям, с которыми приходится сталкиваться при обращении за помощью в медицинские учреждения, жители области относят: очереди, невозможность попасть на прием в удобное время, плохую организацию работы регистратур, недостаток справочной информации о работе тех или иных специалистов (табл. 3.9).

Таблица 3.8

Степень удовлетворенности населения качеством медицинского обслуживания по видам помощи (в % от числа обращающихся; 2002 г.)

Вид помощи		Удовлетворены	Относительно удовлетворены	Не удовлетворены
Вызов скорой неотложной помощи		44,5	34,9	20,6
Вызов врача на дом		38,2	40,1	21,7
Лечение и удаление зубов		37,8	38,8	23,3
Обращение к врачу в поликлинику		37,3	45,6	17,1
Диагностическое обследование		35,2	39,8	25,0
Амбулаторное лечение		33,7	45,9	20,4
Протезирование зубов		25,4	39,1	35,5
Госпитализация	для хирургической операции	21,6	43,8	34,6
	с нехроническим заболеванием	18,1	44,4	37,5
	с хроническим заболеванием	22,9	48,9	28,2
Консультация по беременности и родам		20,2	46,5	33,3

Таблица 3.9

Распределение ответов респондентов на вопрос: «Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями в деятельности медучреждений..?» (варианты ответа «часто» и «иногда», в % от числа опрошенных; 2002 г.)

Явления	Область		Вологда		Череповец		Районы	
	Часто	Иногда	Часто	Иногда	Часто	Иногда	Часто	Иногда
Очереди	56,9	14,2	58,4	12,4	44,1	20,9	62,7	11,6
Невозможность попасть на прием в удобное время	39,8	21,8	35,1	22,4	34,5	24,3	44,8	20,2
Плохая организация работы регистратур	20,9	18,7	14,6	24,1	20,6	18,5	24,1	16,2
Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае заболеваний	20,7	16,4	18,9	20,8	15,9	18,8	24,1	13,0
Необходимость оплачивать услуги мед. учреждений, которые должны предоставляться бесплатно	17,4	18,1	12,4	18,6	11,5	24,3	22,9	14,7
Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	17,2	17,9	13,5	21,1	11,0	17,0	22,2	16,9
Хамство, неуважительное отношение к пациентам	15,2	15,9	11,4	18,4	11,5	15,7	19,0	14,9

Еще в большей степени, чем в среднем по региону, эти проблемы актуальны для районов области, где часто сталкиваются с очередями 63% опрошенных, с невозможностью попасть на прием в удобное время – 45%, с плохой организацией работы

регистратур и недостатком информации о работе специалистов – по 24% и т. д. (см. табл. 3.9). Эти проблемы снижают и без того недостаточную доступность медицинской помощи для жителей районов области, что также требует пристального внимания.

Интересны представления жителей области о приоритетных мерах по совершенствованию функционирования системы здравоохранения в регионе. По мнению респондентов, повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений сегодня может способствовать прежде всего повышение квалификации медицинского персонала (53%), внедрение новых технологий (48%), полное обеспечение медикаментами (40%), в меньшей степени – другие меры (рис. 11).

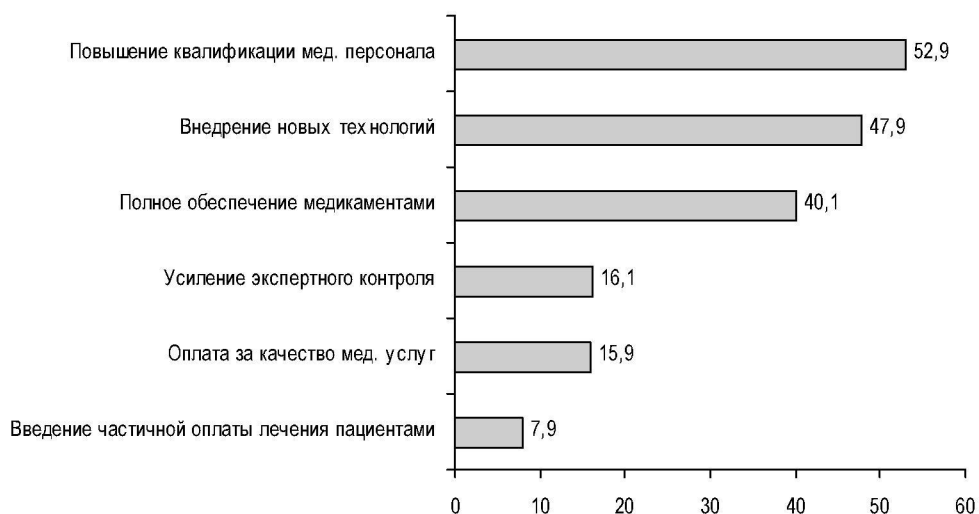


Рис.11. Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, может способствовать повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений?» (в % от числа опрошенных, 2002 г.)

Таким образом, в последние годы принципиальных изменений в уровне удовлетворенности жителей области качеством медицинского обслуживания не происходит, хотя продолжает постепенно нарастать доля тех, кто им не удовлетворен. Опрос 2002 г. показал наличие в организации деятельности лечебно-профилактических учреждений ряда существенных проблем, которые особенно остро ощущаются жителями районов области.

### 3.3. Информированность населения в вопросах охраны и укрепления здоровья

Одним из основных элементов, определяющих эффективность деятельности людей по охране и укреплению собственного здоровья, являются их знания о принципах здорового образа жизни, о мерах по профилактике и предотвращению заболеваний. Отсутствие или недостаток достоверной и качественной информации такого рода – существенное препятствие для повышения личной ответственности граждан в отношении своего здоровья. В свою очередь, данные о характере информированности жителей региона в вопросах здоровья, источниках получения ими этой информации чрезвычайно важны при разработке и реализации политики здравоохранения.

Рассмотрим, какова существующая в настоящее время практика информирования населения региона по вопросам охраны и укрепления здоровья и уровень его информированности в этой сфере.

Как показывают исследования ВНКЦ 2000 – 2002 гг., среди источников получения жителями Вологодской области знаний о профилактике здоровья в настоящее время преобладают различные СМИ (табл. 3.10): телевидение, газеты, радио. Отметим, что доля населения, получающего эту информацию от медицинских работников, сократилась с 29% в 2000 г. до 21% в 2002 г.

Таблица 3.10

**Источники информации, получаемой жителями области о здоровье, и их информационные потребности в этой сфере**  
(в % от числа опрошенных)

Источники информации	Вариант ответа					
	Получали			Хотели бы получать		
	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.
Телевидение	80,5	68,5	77,8	65,5	69,6	68,5
Газеты	59,6	61,1	50,4	46,5	53,6	50,5
Радиопередачи	30,5	32,4	27,8	24,4	24,7	23,1
Медицинские работники	22,9	26,0	21,0	19,3	50,3	43,9
Журналы	28,9	25,4	26,1	49,3	22,3	26,5
Семья	14,4	20,0	16,1	16,3	17,5	16,7
Научно-популярные издания	8,0	8,4	7,4	15,2	19,3	14,5
Другие источники	1,3	1,0	1,6	4,7	1,4	9,7

В то же время ощущается нехватка квалифицированной информации, получаемой населением от медицинских работников: потребность в ней (44%) оказалась практически вдвое выше

реально имеющегося уровня (21%). Если среди реальных источников информации медицинские работники занимают пятое место, уступая всем СМИ, то среди желаемых – третье место после телевидения и газет. Довольно высока потребность в получении информации из научно-популярных изданий здравоохранительной тематики. На наш взгляд, потребности жителей области в информации о здоровье наиболее полно могли бы быть реализованы путем развития службы семейных врачей, в функции которых входило бы информирование населения, а также специализированных СМИ здравоохранительной тематики (например, бесплатной многотиражной газеты).

По данным опроса, сведения, получаемые из различных источников, полезными или скорее полезными считает 61% населения. Форма подачи информации была оценена респондентами (по десятибалльной шкале) в 5,4 балла (в 2001 г. – в 5,1 балла), содержание – в 5,5 балла (в 2001 г. – 5,3), уровень доступности – в 5,6 балла (в 2001 г. – 5,4). Наименьшая оценка дана возможности использования информации на практике – 4,8 балла (столько же было и год назад). Несмотря на некоторое улучшение оценок, качество информирования населения по вопросам охраны и укрепления здоровья имеет резервы для повышения. Особое внимание следует уделить практической значимости информации, возможности использования полученных знаний в повседневной жизни.

В ходе опроса 2002 г. 52% респондентов (в 2001 г. – 56%) отметили, что им недостаточно получаемой информации для профилактики заболеваний. Людей интересуют прежде всего вопросы питания, здоровой физической активности, стрессов, кровяного давления и др. (табл. 3.11).

Таблица 3.11

**Распределение ответов респондентов на вопрос:  
«Какие темы о здоровье Вас больше всего интересуют?»  
(в % от числа опрошенных)**

Темы о здоровье	Всего	До 30 лет	30-55 лет	Старше 55 лет
Питание	60,3	60,1	58,2	65,8
Здоровая физическая активность	44,7	52,6	43,2	38,8
Стрессы	33,5	30,6	36,6	29,3
Кровяное давление	27,8	12,7	27,4	47,9
Вопросы сексуальной жизни	23,6	35,8	24,7	5,5
Избыточный вес	21,6	18,7	22,2	23,8
Вред наркотиков	19,7	25,4	19,3	13,7
Вред курения	18,1	23,3	17,1	14,0
Вред алкоголя	12,4	13,2	13,4	8,8

Следует отметить, что потребность в информации о здоровье имеет свои особенности у различных возрастных групп населения. Так, молодежь высказывает более высокую заинтересованность в сведениях по вопросам сексуальной жизни и вреда наркотиков, а люди пожилого возраста – о кровяном давлении и избыточном весе. Эти особенности целесообразно учитывать в процессе информирования населения в вопросах охраны и укрепления здоровья.

Среди специализированных форм передачи информации предпочтение жителями области отдается тематическим передачам о здоровье на телевидении, бесплатной многотиражной газете по вопросам охраны и укрепления здоровья, специальным справочным службам (многоканальному телефону). В наименьшей степени опрошенные оказались заинтересованы в школах укрепления здоровья, в лекциях по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту работы, учебы, что может быть обусловлено недостаточной осведомленностью населения об этих формах распространения знаний о здоровье (табл. 3.12).

Таблица 3.12

**Источники информации о здоровье, необходимые жителям области**  
(средний балл, от 1 до 10)

Источники информации	Территориальный разрез			
	Область	Вологда	Череповец	Районы
Специальные передачи о здоровье на телевидении	6,0	5,1	6,6	6,2
Бесплатная многотиражная газета по вопросам охраны и укрепления здоровья	5,8	5,6	6,0	5,7
Справочная служба об услугах здравоохранения	5,5	5,6	5,8	5,1
Специальные передачи о здоровье по радио	5,3	4,6	5,7	5,4
Справочный многоканальный телефон по вопросам здравоохранения	5,3	5,6	5,2	5,1
Публикации материалов о здоровье в еженедельных рекламных газетах	5,2	5,2	5,6	5,0
Школы укрепления здоровья с лекционными и практическими занятиями по интересующей респондентов тематике о здоровье	5,0	5,6	4,0	5,4
Лекции по вопросам охраны и укрепления здоровья по месту работы, учебы респондентов	4,6	4,7	4,0	4,9

Необходимо отметить, что политика информирования населения в вопросах охраны и укрепления здоровья не должна ограничиваться действиями по расширению знаний жителей региона о методах профилактики тех или иных заболеваний. Важное значение имеет информирование о политике здравоохранения



в целом, о различных мероприятиях, основных программных и нормативно-правовых документах в этой сфере. Показателен тот факт, что о существовании политического документа «Вологодская область – Здоровье-21», принятого в мае 2000 г., в 2002 г. было известно лишь 18% жителей области и только 10% знали о его содержании. При этом 63% из тех, кто не знаком с текстом, хотели бы ознакомиться. Это говорит о необходимости широкого информационного обеспечения столь важного для региона документа.

**Анализ возможности получения квалифицированной медицинской помощи позволил выявить ряд негативных моментов, свойственных системе здравоохранения Вологодской области:**

➤ Происходит перегрузка стационарной службы. Сохраняется высокий уровень госпитализации населения; большая длительность лечения больного в стационаре, неэффективное использование коечного фонда.

➤ Неэффективно используется скорая медицинская помощь.

➤ Недостаточно используется амбулаторно-поликлиническая служба и в особенности дневные стационары.

➤ В регионе сохраняется недостаточная обеспеченность медицинским персоналом.

Среди негативных явлений, с которыми сталкиваются жители области при обращении в медицинские учреждения, наиболее распространены очереди и невозможность попасть на прием в удобное время, что снижает доступность медицинской помощи для жителей районов области. Повышению эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений, по мнению непосредственно жителей области, может способствовать прежде всего повышение квалификации медицинских работников, внедрение новых технологий, полное обеспечение медикаментами и, в меньшей степени, – введение частичной оплаты лечения пациентами. В плане повышения информированности населения в вопросах охраны и укрепления здоровья сегодня требуется увеличение объема качественной профессиональной информации о здоровье и профилактике заболеваний, предоставляемой медицинскими учреждениями и средствами массовой информации. При этом темы и формы подачи информации должны варьироваться в зависимости от социально-демографических особенностей потребителей.

## ГЛАВА 4

### НАПРАВЛЕНИЯ ОХРАНЫ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА

Результаты проведенного анализа состояния общественного здоровья в регионе свидетельствуют о необходимости активизации деятельности, направленной на его охрану и укрепление. Особое внимание, на наш взгляд, требуется уделить снижению негативного воздействия различных факторов на здоровье населения.

Результаты проведенного исследования позволяют выделить ряд направлений не медицинского характера:

Повышение материального положения населения.

Для этого необходимо:

- ⇒ обеспечить стабильный рост реальных доходов населения (5 – 10% в год);
- ⇒ сократить доли населения с доходами ниже величины прожиточного минимума до 10%.

Успешная реализация этих мер должна привести к повышению экономической самостоятельности населения, оптимизации потребительских расходов домохозяйств, рационализации структуры продовольственного потребления и повышению качества питания населения, расширению возможностей для полноценного отдыха, занятий физической культурой и спортом.

Развитие системы адресной социальной помощи социально незащищенным слоям населения.

Она предполагает:

- ⇒ перераспределение социальных льгот от высокодоходных слоев населения в пользу низкодоходных (на основе применения методов экспертных оценок);
- ⇒ расширение сети медико-социальных служб, оказывающих услуги социально незащищенным слоям населения региона: пенсионерам, инвалидам, малоимущим семьям и т.п.

Улучшение условий труда, охрана и укрепление здоровья трудящихся.

Здесь рекомендуется осуществить следующие мероприятия:

- ⇒ детальную проработку вопросов охраны труда на предприятиях и в организациях в рамках системы трехсторонних соглашений и коллективных договоров;

⇒ усиление контроля за техникой безопасности и санитарно-гигиеническими условиями труда на предприятиях и в организациях;

⇒ разработку и принятие нормативно-правовых актов о мерах по усилению трудовых прав граждан, занятых в сфере малого бизнеса;

⇒ включение в трехсторонние соглашения и коллективные договоры обязательств работодателей о согласованных отчислениях на охрану и укрепление здоровья работников (профосмотры, занятия физкультурой и спортом, санаторно-курортное лечение и т.д.).

Повышение ответственности граждан за свое здоровье, пропаганда здорового образа жизни и отказа от вредных привычек.

Необходимо сформировать у жителей региона установки на более ответственное отношение к своему здоровью, снижение распространенности вредных привычек. Для этого целесообразно осуществить:

⇒ расширение сети кабинетов медицинской профилактики и здорового образа жизни в амбулаторно-поликлинических учреждениях региона;

⇒ ежемесячный выпуск многотиражной бесплатной газеты, пропагандирующей здоровый образ жизни;

⇒ расширение в СМИ региона количества публикаций, пропагандирующих здоровый образ жизни и отказ от вредных привычек (в рамках имеющих бюджетных дотаций СМИ);

⇒ ежемесячное проведение в муниципальных образованиях массовых физкультурно-оздоровительных мероприятий с целью пропаганды здорового образа жизни («Спортивная семья», «Дворовая команда» и т.п.).

Совершенствование информационного обеспечения охраны и укрепления здоровья населения.

В данном направлении предлагается реализовать следующие мероприятия:

⇒ подготовку и представление ежегодного доклада губернатора области о состоянии здоровья населения региона;

⇒ создание системы мониторинга здоровья населения региона;

⇒ регулярное информирование населения о нормативно-правовых актах в сфере охраны и укрепления здоровья (в рамках имеющихся бюджетных дотаций СМИ);

⇒ расширение количества публикаций по проблемам здоровья населения, дифференцированных по критерию возраста потенциальных читателей (в рамках имеющихся бюджетных дотаций СМИ);

⇒ создание в городах и районах области справочной службы, открытие многоканального телефона о рынке медицинских услуг в регионе.

Особняком среди факторов, влияющих на общественное здоровье, стоит эффективность функционирования системы здравоохранения в регионе. В данном направлении следует выделить две **основных задачи**: создание условий для предоставления населению качественной медицинской помощи и повышение экономической эффективности системы здравоохранения.

1. Создание условий для предоставления населению качественной медицинской помощи, в необходимом объеме, в соответствии с уровнем заболеваемости и потребностями, исходя из имеющихся ресурсов.

1.1. Сбалансированность объемов предоставляемой государством бесплатной медицинской помощи населению с финансовыми возможностями посредством:

а) совершенствования системы оценки потребности населения в медицинской и лекарственной помощи, выявления потребности населения в медицинской помощи в целом по области и отдельно по каждому муниципальному образованию;

б) рационализации и установления приоритетов в оказании медицинской помощи в соответствии с финансовыми возможностями;

в) согласования муниципальных заказов на оказание бесплатной медицинской помощи;

г) организации мониторинга выполнения условий предоставления и качества медицинской помощи.

1.2. Развитие первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на семью за счет развития института врача общей врачебной практики.

1.3. Повышение качества медицинского обслуживания. Совершенствование системы изучения и учета мнения пациентов о качестве медицинского обслуживания.

1.4. Совершенствование лекарственного обеспечения населения; осуществление мониторинга обеспеченности ЛПУ необходимыми лекарственными средствами, состояния лекарственной помощи населению и эффективности использования средств, выделенных на лекарства.

1.5. Проведение научных исследований и реализация новых технологий для повышения качества медицинских услуг.

2. Повышение экономической эффективности системы здравоохранения.

2.1. Совершенствование системы финансирования здравоохранения. Это предусматривает:

а) проведение мониторинга и оценку эффективности реализации территориальных целевых программ;

б) согласование инвестиционных проектов муниципальных органов управления здравоохранения на областном уровне, включая расходы на приобретение дорогостоящих медицинского оборудования и медицинских материалов;

в) обеспечение устойчивости и прозрачности многоканальной системы финансирования сферы здравоохранения;

г) внедрение механизмов финансового планирования и механизмов оплаты медицинской помощи, стимулирующих рост эффективности использования ресурсов в здравоохранении;

д) завершение перехода к преимущественно страховой форме мобилизации финансовых средств для здравоохранения и к страховому финансированию медицинских организаций;

е) усиление государственного регулирования платной медицинской помощи, оказываемой в государственных и муниципальных медицинских учреждениях.

2.2. Проведение реструктуризации сети лечебно-профилактических учреждений.

2.2.1. Основной задачей представляется совершенствование организации стационарной службы. Она должна включать следующие мероприятия:

- сокращение уровня госпитализации (с 25 до 20 – 22 на 10 тыс. человек) за счет частичного перевода лечения на амбулаторно-поликлинический уровень;

- разработку финансовых механизмов, стимулирующих сокращение уровня госпитализации;

- дальнейшее уменьшение срока лечения больного в стационаре с 14,4 до 12-13 дней за счет более широкого развития и использования стационарзамещающих служб (дневных стационаров, домов сестринского ухода, «хосписов» и т.д., в том числе и в районах области).

Следует разработать и внедрить многоэтапную систему медицинской помощи, которая включала бы все основные уровни лечения больного: амбулаторно-поликлинический (в том числе и врачи общей практики); дневные стационары; стационары на дому; стационарную службу с отделениями интенсивного лечения и этап долечивания.

2.2.2. Необходимо также оптимизировать деятельность амбулаторно-поликлинического звена с помощью следующих мер:

- максимально приблизить к 100% укомплектованность поликлиник врачами и средним медицинским персоналом (особенно в Бабушкинском, Верховажском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском районах); для этого в первую очередь необходимо создать благоприятные (в том числе и материальные) условия для работы;

- значительно увеличить число коек в дневных стационарах поликлиник;

- ввести институт врача общей практики.

2.2.3. Целесообразно повысить эффективность деятельности службы скорой медицинской помощи. Этот вид помощи является наиболее дорогостоящим. В последние годы потребление услуг скорой медицинской помощи неуклонно растет. При этом показатель обращаемости в эту службу на 27% превышает федеральный норматив (в 2001 г. по области он составил 403,9 вызова при федеральном нормативе 318 вызовов на 1000 жителей). Особенно высок уровень обращаемости в Белозерском, Чагодощенском, Вытегорском, Кирилловском районах). Необходимо снизить нагрузку на эту службу, сократив до минимума нерациональное ее использование. Для этого требуется организовать эффективную работу участковых служб (участковых терапевтов, семейных врачей).

2.2.4. Следует развивать деятельность медицинских служб, направленных на раннее выявление и диагностику заболеваний.

2.3. Совершенствование системы управления здравоохранением в области:

а) совершенствование системы мониторинга реализации стратегического плана развития здравоохранения области, направленной на оперативную оценку достигаемых результатов, на определение текущих проблем и путей их решения;

б) разработка и принятие муниципальных стратегических планов развития здравоохранения;

в) осуществление постоянного мониторинга эффективности деятельности лечебно-профилактических учреждений.

2.4. Повышение эффективности использования кадрового потенциала, в том числе разработка комплекса мер по ликвидации дисбаланса в соотношении численности врачей и среднего медицинского персонала; подготовка врачей «нового типа» – врачей общей практики.

2.5. Создание условий для рационального использования ресурсов.

2.6. Совершенствование информационного обеспечения системы здравоохранения. Это предусматривает:

а) повышение доступности для органов управления здравоохранения информации, необходимой для оценки и прогнозирования уровня общественного здоровья населения области;

б) совершенствование системы сбора информации об уровне ресурсного обеспечения системы здравоохранения и эффективности использования ресурсов, доступности и качестве медицинского обслуживания;

в) обеспечение населения информацией о видах медицинских услуг, о необходимости ведения здорового образа жизни.

2.7. Создание условий для роста инвестиций со стороны граждан и работодателей в улучшение состояния общественного здоровья.

Реализация указанных направлений в комплексе должна способствовать, на наш взгляд, реальному улучшению состояния здоровья населения Вологодской области.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Современное состояние здоровья населения Вологодской области представляет собой острую проблему. Процессы депопуляции (ежегодно численность населения уменьшается на 10 тыс. чел. – 0,6% от всего населения), «вымирания села», рост смертности (особенно среди трудоспособного населения) и заболеваемости по большинству видов болезней грозит уже в ближайшей перспективе серьезным социально-демографическим кризисом, что, безусловно, отразится негативным образом и на социально-экономической и политической жизни региона.

Невысокий уровень здоровья обусловлен отрицательным влиянием множества факторов, таких, как: низкий уровень жизни большинства жителей региона; плохое качество питания, воды; недостаточное внимание населения к профилактическим мерам в целях сохранения и укрепления собственного здоровья, слабая удовлетворенность уровнем медицинского обслуживания.

Решить эти социальные проблемы за короткий период чрезвычайно сложно в силу их многофакторности. Поэтому успех деятельности по улучшению состояния здоровья может быть достигнут только в результате межсекторального взаимодействия. Требуется выработка и реализация единой, целенаправленной политики по охране и укреплению здоровья, основанной на таком подходе.

В этом направлении уже предприняты значительные практические шаги. В 2000 г. утверждена концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», которая стала основой для разработки и реализации целевых программ в сфере



охраны и укрепления здоровья. В 2002 г. Правительством области был принят «Стратегический план по охране и укреплению здоровья населения Вологодской области на 2002 – 2010 гг.». План рассчитан на 8 лет. В случае его успешной реализации ожидается улучшение здоровья населения, о чем будут свидетельствовать как объективные показатели, так и самооценка своего здоровья жителями городов и районов.

Однако принятие любых, даже самых правильных, решений недостаточно для серьезных изменений в динамике общественного здоровья, которые настоятельно диктует логика самосохранения и устойчивого развития региона. Требуется усиление и координация мер, направленных в первую очередь на снижение негативного воздействия факторов риска на здоровье и формирование у населения системы моральных ценностей, связанных с его сохранением и укреплением.

В то же время усилиями одних региональных органов управления существенных результатов в этом направлении добиться сложно. Необходимы серьезные изменения политики по охране и укреплению здоровья населения на федеральном уровне, переход от деклараций к реальным делам, поскольку потери в человеческом потенциале трудновосполнимы.

А.А. Шабунова, Е.А. Вологодина

**ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ:  
ОТ РОДДОМА ДО ШКОЛЫ  
(Основные итоги семи лет исследования)**

---



## К ЧИТАТЕЛЯМ

Охрана и укрепление здоровья детей является важнейшей медико-социальной задачей. Здоровье и благополучие детей должны стать главной заботой семьи, государства, общества, так как дети составляют тот резерв страны, который в недалеком будущем будет определять ее экономическую стабильность, уровень духовного развития, состояние культуры и науки.

В настоящее время здоровье детского населения Вологодской области представляет серьезную социальную проблему. Ухудшение его состояния характеризуется ростом заболеваемости, изменением структуры и увеличением частоты хронических заболеваний. Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет за последние годы выросла практически по всем классам и группам заболеваний, увеличиваясь в среднем на 4–5% ежегодно, преимущественно за счет хронических болезней. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей приняли устойчивый характер.

Важнейшим условием подготовки и принятия региональных программ и административных постановлений, регулирующих вопросы профилактики и укрепления здоровья матери и ребенка стало постоянное сотрудничество ВНКЦ ЦЭМИ РАН с Департаментом здравоохранения Вологодской области. Цель этой работы – стимулировать общественный диалог между различными группами правительственного и неправительственного сектора в направлении профилактики и укрепления здоровья.

В настоящей книге, написанной совместно сотрудниками ВНКЦ и Департамента здравоохранения Вологодской области, представлены основные итоги мониторингового исследования здоровья детей от момента рождения до семи лет. Выявлены факторы, оказывающие влияние на здоровье детей, определены возможности их регулирования.

Авторами достаточно подробно описана методика проведения обсуждаемого исследования. В книге изложены конкретные предложения по проведению мероприятий, направленных на укрепление здоровья подрастающего поколения. Результаты исследования вполне укладываются в работу по формированию «новой идеологии» здравоохранения.

*А.А. Колинько,  
начальник Департамента здравоохранения  
Вологодской области*

## ВВЕДЕНИЕ

Пятую часть населения России составляют дети. Важна не только их численность, но и функции, которые они выполняют в обществе. Это, во-первых, демографическая функция, поскольку от здоровья и социальных установок сегодняшних детей зависит воспроизводство населения в будущем. Во-вторых, велика экономическая составляющая значения детского населения, потому что в ближайшей перспективе именно сегодняшние дети выполнят трудовые резервы страны и будут определять ее экономическое могущество. Рассмотрение детства с таких позиций возлагает большую ответственность на всех, от кого зависит здоровье и развитие детей<sup>1</sup>.

Трансформационные процессы, происходящие в российской экономике, и недостаточная эффективность существующей системы здравоохранения обуславливают ухудшение здоровья населения, в том числе и детского. Негативные тенденции здоровья усугубляют и без того сложную демографическую ситуацию, характеризующуюся одновременно низким уровнем рождаемости и ростом смертности. Здоровье и продолжительность жизни народов России становятся стратегически значимыми, определяющими перспективы развития нации<sup>2</sup>.

При относительно стабильном уровне общей заболеваемости таких массовых болезней как острые инфекции органов дыхания, наблюдается постоянный рост наиболее тяжелых болезней. За 5 лет с 1995 по 1999 г. заболеваемость онкологического профиля среди детей увеличилась на 33%. Число первичных заболевших болезнями эндокринной системы, расстройствами питания, нарушения обмена веществ и иммунитета за этот же период выросло на 79%. Увеличивается заболеваемость болезнями крови и кроветворных органов, особенно анемиями, уровень которых за 5 лет вырос на 32%. Заболеваемость бронхиальной астмой за пятилетие увеличилась на 76%<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Бреева Е.Б. Дети в современном обществе. – М., 1999. – 216 с.

<sup>2</sup> Журавлева И.В. Здоровье подростков: социологический анализ. – М.: Издательство Института социологии РАН, 2002. – С. 6.

<sup>3</sup> Население России 2000. – С. 74-75.

В сложившейся к настоящему времени ситуации одна медицина оказывается бессильной перед негативными тенденциями, потому как среди факторов, влияющих на здоровье, здравоохранению принадлежит лишь около 10 - 12%, наследственность определяет 15 - 20%, экология – 10 - 15% и 50% – образ жизни, изучение и изменение которого, несомненно, будет способствовать улучшению ситуации. В связи с этим представляется важным изучение факторов, влияющих на формирование здоровья подрастающего поколения. Выявление наиболее значимых факторов определит приоритетные направления для приложения усилий в профилактике и укреплении здоровья детей.

Принятые в 1997 и 2000 годах Правительством РФ «Концепции охраны здоровья населения Российской Федерации» не позволяют надеяться на реальные изменения социальной политики в сфере здоровья в силу слабой проработки структуры выполнения намеченных целей, нечеткой системы распределения финансовых средств и недостаточного межсекторального сотрудничества. В то же время эти изменения остро необходимы, особенно для детей, здоровье которых ухудшается быстрыми темпами.

В связи с этим хочется отметить, что Вологодская область – один из немногих регионов, где сложилась благоприятная управленческая атмосфера, позволяющая проводить политику, направленную на укрепление здоровья населения, в том числе и детского. Результатом этого явилось принятие в 2000 году Законодательным собранием области концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения». Отдельным разделом в ней обозначены задачи формирования «здорового начала жизни».

В продолжение важного для региона политического шага в 2002 году правительством Вологодской области принимается Стратегический план по реализации основных направлений Концепции. И снова одним из первых разделов в нем звучит «Здоровое начало жизни».

В данный период особенно важна интеграция работы управленческих органов с научными исследованиями, что поможет принимать взвешенные обоснованные решения, отслеживать эффективность проводимых мероприятий, вносить своевременные коррективы.

## ГЛАВА 1

### ОСОБЕННОСТИ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ И ЕГО ИЗУЧЕНИЯ

Являясь биологическим объектом природной системы и членом общества, человек с раннего детства находится под воздействием сложного комплекса климатических, химических, радиоактивных, электромагнитных, шумовых и других факторов, своеобразной социально-экономической среды его обитания. Поэтому здоровье выступает результатом сложного взаимодействия человека с природой и обществом.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, «здоровье – это состояние полного физического и социального благополучия. Благополучие – это динамическое состояние ума, характеризующееся некоторой психической гармонией между способностями, потребностями и ожиданиями работающего и теми требованиями и возможностями, которые предъявляет и предоставляет окружающая среда» (Всемирная организация здравоохранения. Основные документы. 3-е изд., 1989, с. 5).

Академик *Д.Д. Венедиктов*<sup>1</sup> приводит более образное определение, данное крупнейшим теоретиком и историком медицины Г. Сигериста: «По многочисленным высказываниям древних мыслителей и врачей, да и в конечном счете по современным воззрениям, здоровье есть состояние совершенного равновесия. Нарушения баланса приводят к болезни».

Организм ребенка отличается от организма взрослого выраженными особенностями строения и функций органов. Главное отличие заключается в том, что организм ребенка находится в состоянии непрерывного роста и развития. Поэтому в приложении к здоровью детей вышеизложенные определения выглядят неточными, обедненными и нуждаются в дополнениях.

*С. М. Громбарх*<sup>2</sup>, дополняя определение ВОЗ, указывает на важность гармоничного духовного и физического развития

---

<sup>1</sup> Венедиктов Д.Д. Кризис здравоохранения в России // О государственном геноциде в России: Материалы Круглого стола «Кризис нации» при председателях комитетов по обороне и безопасности Государственной Думы Российской Федерации. – М., 1998. – 64 с.

<sup>2</sup> Громбарх С.М. Социально-гигиенический аспект оценки состояния здоровья детей и подростков // Вестник Академии медицинских наук СССР. – 1984. – № 4. – С. 75-80.

детей. По его мнению, показателями здоровья детей служат: отсутствие заболеваний; нормальный уровень основных функций организма; своевременное и гармоничное развитие; реактивность организма.

*И.М. Воронцов*<sup>1</sup> определяет здоровье как совокупность свойств организма, влияния семьи, воспитания и окружения, которые обеспечивают отсутствие хронических заболеваний и значимых аномалий развития; относительную редкость и легкость течения острых заболеваний; отсутствие синдромов риска для здоровья; адекватность психологической поддержки (воспитание, обучение) и мер стимуляции развития; элиминацию и коррекцию факторов риска для последующих периодов жизни; оптимальные темпы роста, интеллектуального и функционального развития. При данном подходе существенное внимание обращается на роль факторов риска в дальнейшем развитии и здоровье ребенка.

*Ю.Е. Вельтищев*<sup>2</sup> предлагает следующие критерии здоровья детей: оптимальный для конкретного возраста показатель достигнутого развития ребенка – физического, нервно-психического и интеллектуального; достаточный уровень проявлений функциональной и социальной адаптации, адекватное поведение в семье и коллективе; высокую степень сопротивляемости по отношению к неблагоприятным воздействиям внешней среды, соответствующие возрасту показатели иммунологической реактивности; отсутствие пограничных состояний и проявлений (проявлений диатезов) и признаков хронических заболеваний. Обобщая критерии, Ю.Е. Вельтищев приводит такое определение: здоровье ребенка – это соответствующее возрасту устойчивое физическое и интеллектуальное благосостояние растущего человека в процессе реализации генетической программы развития в конкретных условиях социальной и экологической среды обитания и воспитания.

*В.А. Родионов*<sup>3</sup> считает удовлетворительное здоровье детей основным условием процесса духовного формирования полноценной личности ребенка. Он указывает, что состояние здоровья

---

<sup>1</sup> Воронцов И.М. Методология и социология педиатрии. – СПб, 1991. – С. 5-27.

<sup>2</sup> Вельтищев Ю.Е. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2000. – №1. – С. 5-9.

<sup>3</sup> Родионов В.А. Состояние здоровья сельских школьников Чувашии // Педиатрия. – 2001. – №6. – С. 68.

детей определяется: уровнем достигнутого физического развития и его гармоничностью; функциональным состоянием систем и органов; наличием или отсутствием функциональных отклонений и заболеваний; резистентностью организма; психическим здоровьем. Ведущим критерием состояния здоровья детей В.А. Родионов называет физическое развитие, уровень которого, по его мнению, тесно связан с социально-экономическими и гигиеническими условиями жизни.

Эти определения здоровья детей в основном характеризуют индивидуальное здоровье ребенка. Однако для характеристики коллективного здоровья детей их явно недостаточно. Для оценки уровня общественного здоровья используют различные показатели: демографические (рождаемость, младенческая смертность, средняя продолжительность жизни при рождении), показатели заболеваемости, болезненности, инвалидизации и прочие показатели государственной медицинской статистики.

Академик РАМН *Ю.П. Лисицын*, обобщая информацию о показателях, характеризующих состояние общественного здоровья, исключает из этой последовательности врожденные пороки, инвалидизирующие острые заболевания и травмы. Этот же спектр отклонений в каждый данный момент обнаруживается при оценке состояния коллективного здоровья детей.

Таким образом, здоровье ребенка как индивида характеризуется гармоничным (соответствующим возрасту) физическим, психическим, интеллектуальным развитием и особой зависимостью от воздействия факторов среды. Здоровье детского коллектива и популяции в целом может быть определено показателями государственной медицинской статистики: рождаемостью, смертностью, заболеваемостью, инвалидностью, уровнем физического развития.

Изучение здоровья ребенка как сложной интегральной категории, анализ детерминирующих его факторов невозможен без комплексных теоретических и прикладных исследований. Цель таких исследований не только выявление закономерностей, присутствующих здоровью индивида, общества в целом, прогнозирование динамики и тенденций здоровья детей, но и разработка необходимых мер по его укреплению<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Семенова Н.В. Роль образа жизни семьи в формировании здоровья ребенка: Автореф. дисс. ... канд. соц. наук. – Казань, 1997.



М.С. Бедный<sup>1</sup> обращает внимание на то, что здоровье оценивается не на определенный момент, а познается в сравнении, как и все остальные естественные и общественные явления, в развитии, в динамике. Поскольку здоровье – это динамичный процесс, оно может улучшаться или ухудшаться, быть адекватным или неадекватным окружающей социальной и природной среде и затратам, направленным на его улучшение.

Поэтому 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. Динамические исследования также называют мониторингом. Обобщая мнения исследователей в этой области, можно определить мониторинг здоровья детей как постоянно действующую систему наблюдения, сбора и оценки информации о здоровье детей в регионе, а также анализа тенденций в его динамике и изменений факторов среды, оказывающих прямое и опосредованное влияние на здоровье детей<sup>2</sup>.

Мониторинг позволяет решить следующие задачи:

- 1) организация наблюдения, получение достоверной и объективной информации об изменениях в здоровье детской популяции в регионе;
- 2) оценка и системный анализ получаемой информации, выявление причин, вызывающих ухудшение здоровья детей в регионе;
- 3) разработка прогнозов изменения здоровья детей;
- 4) подготовка рекомендаций по преодолению негативных тенденций в здоровье детей органам власти и управления;
- 5) обеспечение органов управления информацией, полученной в ходе мониторинга;
- 6) оценка эффективности мероприятий по укреплению здоровья детей.

---

<sup>1</sup> Бедный М.С. Демографические факторы здоровья. – М.: Финансы и статистика, 1984. – С. 126-138.

<sup>2</sup> Кольба А.Н. О создании Государственной системы мониторинга здоровья населения России. <http://www.depfrt.drugreg.ru/tacis/work/kolwork.htm> – 1990.

В данной книге рассматриваются результаты исследования, начатого в мае 1995 года Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН, при активной поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области. За прошедший период удалось выявить и измерить факторы здоровья и нездоровья детей, которые на микроуровне, применительно к конкретным детям и семьям, показывают причины формирования в регионе неблагоприятной ситуации с детским здоровьем. Мониторинг позволяет получать информацию в режиме реального времени и противодействовать причинам, а не последствиям того, что определяет естественную убыль и падение качества российского населения <sup>1</sup>.

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

Исследование находится на стыке нескольких наук: медицинской демографии (проблемы здоровья детей и факторов, влияющих на него – предмет изучения медицинской демографии); социологии (основной метод исследования – социологический мониторинг); социальной гигиены (вопросы оценки здоровья детей рассматриваются при содействии медицинских работников с применением соответствующих методов и приемов); экономики (выводы и рекомендации по укреплению и сохранению здоровья детей лежат в области управления социально-экономическими процессами общества, решения экономических задач).

Для изучения картины взаимосвязи между здоровьем детей и обуславливающими его факторами использовался метод динамического анализа, предусматривающего одновременное изучение уровня здоровья и воздействующих на него факторов в течение длительного времени. Информация снималась четыре

---

<sup>1</sup> Римашевская Н.М. Положение детей и качество человеческого потенциала в России // Дети и молодежь – будущее России. Материалы Российской научно-практической конференции. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 10.

раза в год в течение первого года жизни (новорожденные дети, дети в возрасте 1 месяца, 6 месяцев и одного года), далее – ежегодно.

Изучая здоровье детей, мы имеем в виду, что детский возраст – от рождения до юношества – включает много различных периодов, отличающихся друг от друга. Это разнообразие богатства оттенков эмоциональной жизни, познания, формирования организма делает детство непохожим ни на один возрастной период зрелого человека.

До сих пор не сложилось единого мнения о возрастной периодизации детства. Суммируя данные литературы, мы придерживаемся следующих возрастных границ:

- младенчество – от 0 до 1 года;
- раннее детство (младший дошкольный возраст) – от 1 года до 3 лет;
- преддошкольный возраст (старший дошкольный возраст) – от 3 до 7 лет;
- младший школьный возраст – от 7 лет до 10 лет;
- ранний подростковый возраст – от 10 до 12 лет;
- подростковый возраст – от 12 до 18 лет.

Это очень приблизительная возрастная периодизация. Особенности, свойственные каждому из этих возрастных периодов, во многом обусловлены уровнем моторного, интеллектуального развития и состоянием здоровья детей, что в свою очередь зависит от множества факторов.

## ГЛАВА 2

### ПРОБЛЕМЫ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ

#### 2.1. Демографические показатели здоровья детской популяции

Популяционное (общественное) здоровье служит одной из важнейших характеристик качества населения, являясь одновременно индикатором условий жизни рассматриваемых общностей людей.

Еще в XIX веке немецкий философ А. Шопенгауэр говорил: «Вообще 9/10 нашего счастья основано на здоровье. При нем все становится источником наслаждения»<sup>1</sup>. Формирование здоровья с детского возраста очень важно, поскольку в раннем детстве закладываются основы здоровья человека, формируются основные привычки и навыки здоровьесберегающего поведения.

Как уже отмечалось, популяционное здоровье детей можно охарактеризовать такими общими показателями государственной статистики, как рождаемость, младенческая смертность, инвалидность детей, заболеваемость.

В 90-х годах прошлого столетия произошло значительное снижение показателей рождаемости и в Вологодской области, и в целом в стране. Образовался так называемый «российский крест», когда показатели смертности превысили показатели рождаемости, и начался процесс депопуляции населения.

В последние два года в Вологодской области, так же как и в целом по России, наблюдается некоторый подъем рождаемости (рис. 1) за счет вступления в детородный возраст когорт 1980-х годов рождения.

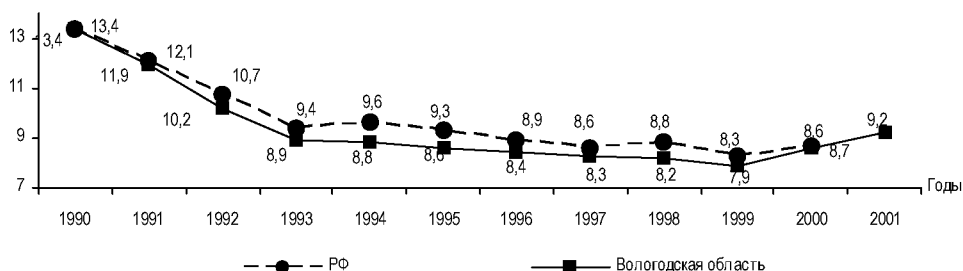


Рис. 1. Общий коэффициент рождаемости

<sup>1</sup> Нарский И.С. Артур Шопенгауэр: избранные произведения. – М., 1997. – 544 с.

В 2001 г. в области родилось живыми на 761 ребенка больше, чем в 2000 г. Однако в части районов области рождаемость остается ниже среднеобластного уровня: например, в Вашкинском и Череповецком районах в 2001 г. общий<sup>1</sup> коэффициент рождаемости составил<sup>2</sup> 6,6.

Суммарный<sup>3</sup> же коэффициент рождаемости остается низким – 1,197‰ (по России – 1,17) и не обеспечивает простого воспроизводства населения, это значит, что каждое последующее поколение будет численно меньше предыдущего. В то же время в развитых европейских странах, где также отмечается снижение рождаемости, суммарный коэффициент существенно отличается от российских показателей<sup>4</sup>: в Германии – 1,36; во Франции – 1,77; в Великобритании – 1,68, в Австрии – 1,75.

В 2001 году на фоне повышения рождаемости в области вырос показатель младенческой смертности (с 16,3‰ до 17,3‰), имевший до этого тенденцию к снижению (рис. 2); в среднем по России младенческая смертность – 15,3‰. Младенческая смертность отражает степень социального благополучия общества и уровень развития медицины, особенно в области родовспоможения и

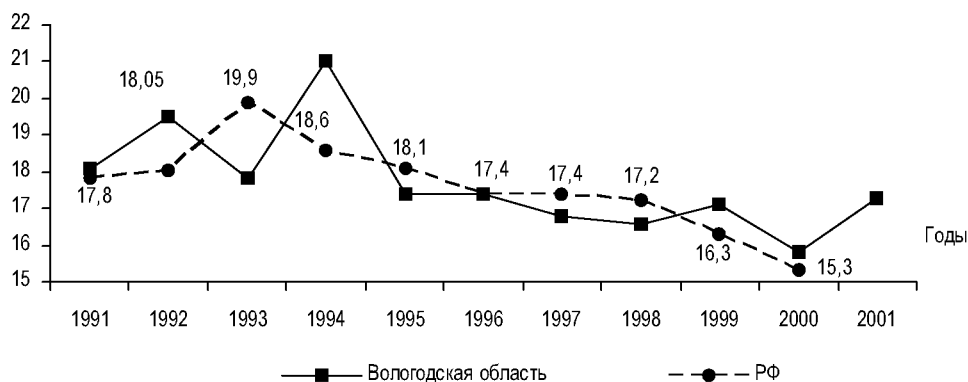


Рис. 2. Общий коэффициент младенческой смертности

<sup>1</sup> Общий коэффициент рождаемости показывает число родившихся за рассматриваемый период на 1000 населения.

<sup>2</sup> Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области за 2000 – 2001 гг. – Вологда: УЗАВо Бюро медицинской статистики, 2002.

<sup>3</sup> Суммарный коэффициент рождаемости показывает число детей, рожденных в среднем одной женщиной за весь период репродуктивной деятельности.

<sup>4</sup> Recent demographic developments in Europe. 2000, Council of Europe. Strasbourg, Council of Europe Publishing, 2000.

перинатологии. Сравнение данного показателя – регионального и общероссийского – с уровнем развитых стран (США – 6,9%, Англия – 5,8%, Швеция – 3,4%) иллюстрирует глубину социального и демографического кризиса в России<sup>1</sup>.

В Вологодской области на 01.01.2002 г. проживало 302 236 детей в возрасте до 18 лет, что составляет 22,9% от общей численности населения региона. Этот показатель несколько выше среднероссийского (22,7%).

Здоровье детей в регионе представляет серьезную социальную проблему. Наряду с ростом заболеваемости, происходит изменение ее структуры и увеличение частоты хронических заболеваний. Общая заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет выросла практически по всем классам и группам заболеваний, увеличиваясь в среднем на 4–5% ежегодно, преимущественно за счет хронических болезней. Негативные тенденции в состоянии здоровья детей приняли устойчивый характер<sup>2</sup>. За последние 5 лет в России наблюдается наиболее интенсивный рост заболеваемости среди детского населения (129% к уровню 1997 г.), а за последние 10 лет число детей с хронической патологией, по оценке академика А.А. Баранова (1999), выросло на 35%. Среди подростков показатель заболеваемости увеличился на 125%, среди взрослых оставался практически стабильным на протяжении последних лет.

Произошло выраженное ухудшение психического здоровья детей и подростков, в том числе уже в ранние периоды детства. Об этом было заявлено на коллегии Минздрава РФ. Представленные данные свидетельствуют о том, что в 2000 г. в психоневрологических учреждениях наблюдалось более 717 тысяч детей до 14 лет и 238 тысяч в возрасте 15–17 лет. В Вологодской области на конец 2001 г. на диспансерном наблюдении в психоневрологическом диспансере состояло 4 тысячи детей до 14 лет и около 2 тысяч подростков. Как отметил начальник Управления медицинских проблем материнства и детства Минздрава РФ А. Корсунский, среди детей старшего подросткового возраста распространенность психической патологии (на 100 тысяч населения приходится 3286 детей)

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Колинко А.А. Охрана и укрепление здоровья детей – первоочередная задача региональной политики здравоохранения // Дети и молодежь – будущее России. Материалы Российской научно-практической конференции. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002. – С. 34.

на 21% больше, чем среди детей до 14 лет (на 100 тысяч населения – 2720 детей). За последние пять лет частота психической патологии среди детей до 14 лет увеличилась на 16,7%, среди подростков на – 2,5%. По словам А. Корсунского, психические нарушения заняли ведущее место среди причин инвалидности детей (18,6%). В структуре психических нарушений, приводящих к инвалидности, ведущее место на сегодняшний день занимает умственная отсталость (22,3%). Ее доля за последние десятилетия возросла на 2,7%. Среди детей и подростков с психическими нарушениями значительно увеличилась доля инвалидов (с 10,3 до 12,5%)<sup>1</sup>.

Низкие показатели рождаемости, относительно высокая младенческая и детская смертность, рост распространенности хронических болезней у детей и детской инвалидности в значительной степени определяют величину репродуктивных потерь и постарения населения, негативно влияющих на развитие региона. Если рассматривать последнее десятилетие, то рождаемость в целом по области снизилась на 13%, общие потери за счет снижения рождаемости составили около 76 тыс. чел.

## **2.2. Здоровье детей по оценкам мониторинга**

Представленные в предыдущем параграфе материалы государственной статистики характеризуют здоровье детской популяции в целом, не отражая причины происходящих процессов. Мониторинговое исследование здоровья детей позволяет увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне, позволяющем более подробно обсуждать данную проблему.

В работе использовалась комплексная оценка здоровья детей, предложенная Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. В соответствии с ней дети распределялись по пяти группам: 1 – здоровые; 2 – здоровые с некоторыми функциональными отклонениями; 3 – больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии; 4 – больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации; 5 – больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации. Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно, однако достаточно информативно и целесообразно при однократном и длительном наблюдении.

---

<sup>1</sup> <http://www.demoscope.ru/weekly/021/strimir01.php#3>.

В период раннего детства (от момента рождения до 3 лет) необходима более точная дифференциация в определении уровня состояния здоровья. В связи с этим предпринята дифференциация 2 группы состояния здоровья, при установлении которой необходимо учитывать степень выраженности функциональных отклонений и отягощенности неблагоприятными факторами<sup>1</sup>. Во второй группе можно выделить подгруппы 2А и 2Б. Группа 2А – здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний, они ближе по уровню состояния здоровья к детям первой группы. К группе 2Б относят здоровых детей, но имеющих функциональные и некоторые морфологические отклонения, а также сниженную сопротивляемость острым и хроническим заболеваниям.

Распределение детей по группам здоровья на первом, втором и третьем годах жизни проведено на основе комплексного подхода, учитывающего риски различных факторов неблагоприятного исхода для здоровья детей с возрастом<sup>2</sup>. В то же время проведена экспертная оценка факторов риска для здоровья детей в биологическом, медицинском и социальном анамнезе, а также случаев «сочетаемости» рисков для каждого ребенка в когорте. Такая оценка предполагает, что группа риска ставится экспертом на основании суммы данных в определенные периоды жизни ребенка. При этом особенно важно, чтобы до трехлетнего возраста дети находились в более тяжелой группе здоровья, в которую были отнесены либо при рождении, либо в последующий период<sup>3</sup>.

*По данным исследования, за период с 1995 г. по 2001 г. произошло ухудшение здоровья новорожденных детей (табл. 2.1; сокращение детей с 1 группой здоровья). Значительное сокращение детей с группой здоровья 2А, предполагающей осложнения в анамнезе ребенка, происходит не в сторону увеличения доли здоровых детей, а приводит к приращению числа детей со 2 группой*

---

<sup>1</sup> 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.

<sup>2</sup> Там же.

<sup>3</sup> Римашевская Н.М., Андриюшина Е.В. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение. – 1999. – №1. – С. 52-53.



здоровья, у которых уже выявлены функциональные отклонения. Доля детей со 2 группой здоровья увеличивается с 29,2% в когорте 1995 г. до 58,5% в когорте 2001 г. Доля новорожденных, имеющих хронические заболевания, наиболее значительна в когорте 1998 г.

Таблица 2.1

**Распределение новорожденных детей по группам здоровья**  
(удельный вес, в % от числа опрошенных)

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

*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 детей ухудшается, это подтверждается увеличением доли детей со второй группой здоровья и, в особенности, детей, имеющих хронические заболевания.

*Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырехлетних детей (табл. 2.2). С этого возраста, следуя методике<sup>1</sup>, не выделяется группа здоровья 2А, а также дети не относятся в обязательном порядке к более тяжелой группе здоровья, в которой*

<sup>1</sup> 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.

наблюдались в период до 4 лет. Поэтому в ряде случаев дети из группы здоровья 2А и 2 к этому возрасту вошли в первую группу здоровья, что вполне закономерно. 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.

Таблица 2.2

Распределение детей по группам здоровья  
(в % от числа опрошенных родителей)

Группы здоровья	Возраст ребенка, год начала обследования							
	1 год		2 года		3 года		4 года	
	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.	1995 г.	1998 г.
1 группа (здоровые дети)	1,4	1,3	0,0	2,0	0,0	1,5	14,5	17,4
2А группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	20,8	14,0	14,5	0,0	5,6	0,0	0,0*	0,0
2 группа (дети, имеющие функциональные и некоторые морфологические отклонения)	70,8	72,7	72,5	81,9	79,2	83,5	68,1	70,6
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	7	12	13	16,1	15,3	15,1	16,3	11,9

\* Отмечается только у детей в возрасте до 3 лет.

В возрастном промежутке с 4 до 7 лет происходит значительное снижение потенциала здоровья детей (табл. 2.3), особенно в год, предшествующий поступлению в школу (с 6 до 7 лет). Это является неблагоприятным фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психо-эмоциональную нагрузки на

Таблица 2.3

Распределение детей по группам здоровья  
(в % от числа опрошенных)

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

детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям.

Чем же вызвано столь значительное увеличение детей с хроническими заболеваниями в период с 4 до 7 лет? Одной из причин ослабления здоровья может быть увеличение кратности заболеваний в данный или предшествующий периоды. Анализ кратности заболеваний (рис. 3) показывает снижение доли часто болеющих детей среди 6-7-летних, что согласуется с нормами, установленными для данного возраста.

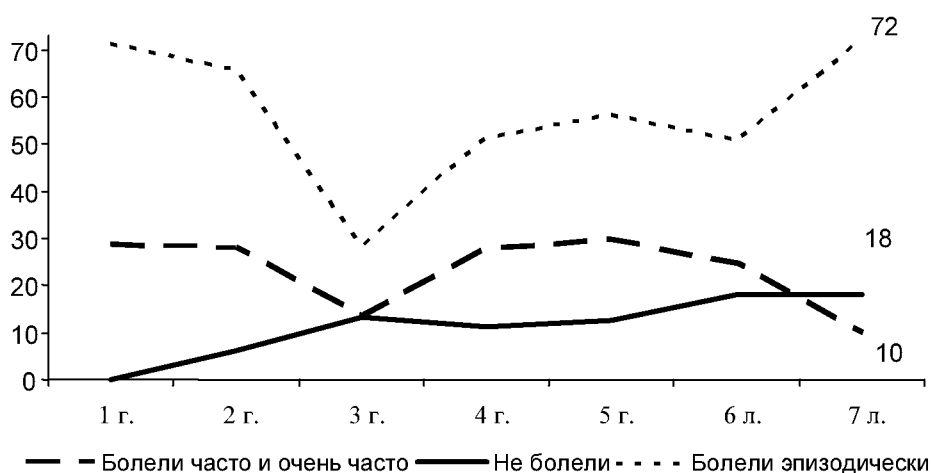


Рис. 3. Кратность заболеваний детей в первой когорте (удельный вес, в % от числа опрошенных)

Таким образом, частота заболеваний не может быть основной причиной ухудшения здоровья семилетних детей.

Педиатрам предлагалось отметить, состоит ли ребенок на диспансерном наблюдении (вопрос включен в анкету, начиная с 3-х летнего возраста). Рассмотрим показатель диспансеризации обследуемых детей. За анализируемый период отмечаются два пика диспансеризации (табл. 2.4), что соответствует росту доли

Таблица 2.4

Доля детей, состоящих на диспансерном наблюдении (в % от числа опрошенных)

	Возраст постановки на диспансерный учет				
	3 года	4 года	5 лет	6 лет	7 лет
Доля детей, состоящих на диспансерном учете	43,7	27,5	47,9	45,0	55,0

детей, имеющих хронические заболевания (см. табл. 2.3). Анализ показал, что доля диспансерных больных в промежуток с 6 до 7 лет выросла на 18% (в 1,2 раза). Возможной причиной этого представляется слабая выявляемость заболеваний в период с 5 до 7 лет.

Представляет интерес анализ территориального аспекта здоровья обследуемых детей. Рассмотрим здоровье детей в Вологде, Череповце и районах в три контрольных временных отрезка – 1 год, 4 года и 7 лет (рис. 4). Доля годовалых детей с выявленными хроническими заболеваниями примерно равная во всех рассматриваемых территориях. В районах число детей старших возрастов с хроническими заболеваниями уменьшается. Можно было бы сделать вывод о том, что в сельской местности складываются более благоприятные условия для формирования детского здоровья. Но во всей этой ситуации есть одно большое «но», поскольку здесь возможно снижение доли хронически больных детей, связанное с меньшей выявляемостью заболеваний, более низким качеством работы районных служб здравоохранения. Данную гипотезу следует учесть и проверить на последующих этапах мониторинга.

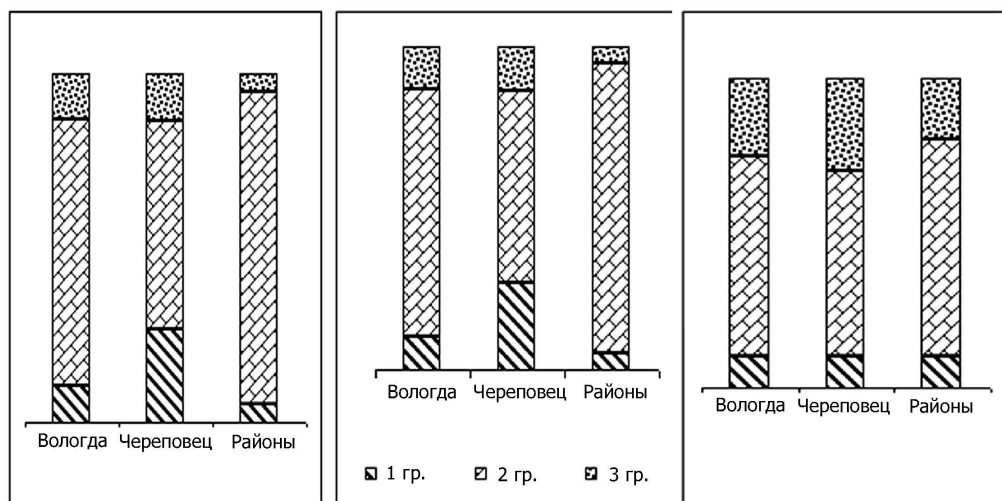


Рис. 4. Территориальный срез здоровья детей

- 1 группа – здоровые дети;
- 2 группа – дети, имеющие функциональные отклонения;
- 3, 4 группа – дети, имеющие хронические заболевания.

Родителям было предложено оценить доступность различных услуг здравоохранения в баллах от 1 до 10. Средняя оценка по некоторым положениям предложена в табл. 2.5. Из приве-

денных данных следует, что в районах оценка доступности медицинских услуг ниже 6 баллов по всем представленным вариантам, за исключением своевременной помощи педиатра. Данное обстоятельство позволяет утверждать: одной из причин более высоких показателей здоровья детей в районах является недостаточное обеспечение населения услугами здравоохранения.

Таблица 2.5

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

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

Обобщая данные о здоровье детей, необходимо отметить, что здоровье новорожденных детей продолжает ухудшаться. Происходит значительное снижение потенциала здоровья детей уже в течение первого года жизни: во всех наблюдаемых когортах к одному году происходит удвоение доли детей с выявленными хроническими заболеваниями, при уменьшении доли детей с первой группой, а особенно с группой здоровья 2А.

Значительное ухудшение здоровья обнаруживается к семи годам.

В районах доля детей с хроническими заболеваниями несколько ниже, чем в городах Вологде и Череповце. На наш взгляд, причинами этого могут быть как более благоприятные условия проживания, так и слабая выявляемость хронических заболеваний в районах в связи с низким уровнем предоставляемых медицинских услуг.

Мониторинговое исследование помогает понять основные причины изменений в здоровье детского населения, а именно – предоставляет возможность выявить факторы, оказывающие неблагоприятное воздействие на формирование здоровья детей.

## ГЛАВА 3

### ФАКТОРЫ, ОКАЗЫВАЮЩИЕ ВЛИЯНИЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ 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.

Для определения меры тесноты парной связи между здоровьем детей и воздействующими на него факторами был использован коэффициент корреляции рангов Спирмена ( $R_s$ ). Ранги – это порядковые номера единиц совокупности в ранжированном ряду. Преимущество этого метода состоит в том, что возможно ранжирование по признакам, которые нельзя выразить численно<sup>1</sup>.

#### 3.1. Факторы, наиболее значительные для здоровья в младенчестве

*Медико-биологические факторы.* Выделенные в данный кластер факторы оказывают более значительное влияние на здоровье детей в период от рождения до 1 года, формируя биологический фон для их развития. К этой группе мы относим следующие факторы: здоровье родителей (в оценочных характеристиках); состояние здоровья беременных женщин; характер протекания родов.

*Отклонения в состоянии здоровья женщины во время беременности неблагоприятно отражаются на здоровье младенцев.* Особенно велико влияние этого фактора в период раннего детства (до трех лет). Наиболее жесткая корреляция выявлена между низкими показателями гемоглобина матери в конце беременности и здоровьем ребенка ( $R_s = 0,712$  на момент рождения;  $R_s = 0,830$  к 1 году).

---

<sup>1</sup> Елисеева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 368 с.

Наличие анемии во время вынашивания ребенка приводит к рождению болезненных детей с ослабленным иммунитетом (рис. 5).

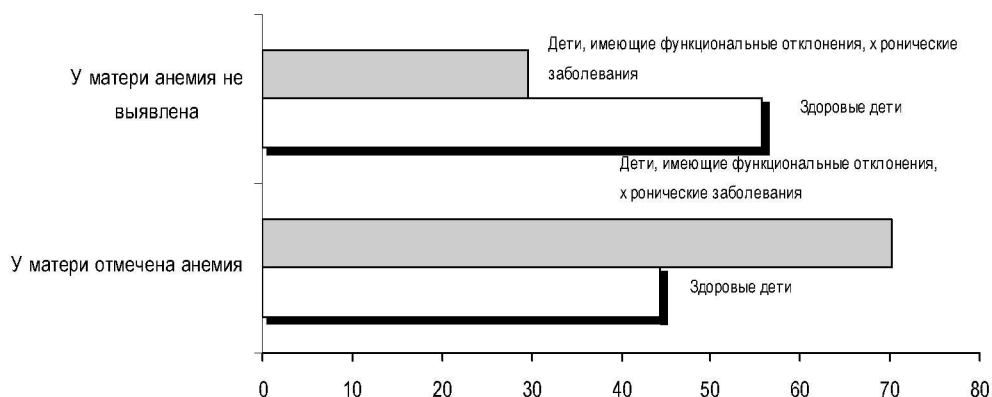


Рис. 5. Влияние анемии на здоровье новорожденных детей (в %, на примере данных когорты 2001 г.)

Учитывая широкую распространенность анемии среди беременных женщин в регионе (рис. 6), этот фактор следует взять на особый контроль.

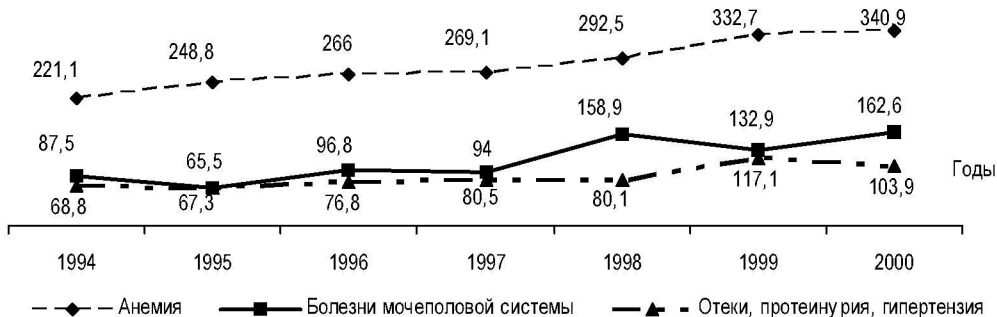


Рис. 6. Заболеваемость беременных женщин на территории Вологодской области в 1994 – 2000 гг.

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

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

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

Простудные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни органов пищеварения, инфекции мочеполовых путей в период протекания беременности и связанные с ним дисфункции в организме женщины неблагоприятно отражаются на здоровье ребенка (табл. 3.1).

Таблица 3.1

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

Болезненные состояния будущей матери	Здоровье ребенка по возрастам							
	новорожденные				1 год			
	R 1		R 2		R 1		R 2	
<b>Когорта 1995 г.</b>								
Болезнь сердца	100		0		0		100	
Белок в моче	72		28		22		78	
Простудные заболевания	50		50		15		85	
<b>Когорты 1998 г., 2001 г.</b>								
Болезненные состояния будущей матери	Новорожденные				1 год			
	1998г.		2001 г.		1998г.		2001 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Гипертонический синдром	40,0	60,0	0	100	12,5	87,5	0	100
Анемия	42,7	57,3	20,0	80,0	29,4	46,9	8,2	91,8
Инфекция мочеполовых путей	34,5	65,5	66,7	33,3	84,1	15,9	0	100

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

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

*Выявлена устойчивая корреляция между здоровьем матери и здоровьем ребенка в раннем детстве (Rs = 0,645 на момент рождения; Rs = 0,832 к 1 году; Rs = 0,532 к 2 годам). Если матери имели «удовлетворительное» здоровье, все их дети к пяти годам относились ко 2 и 3 группе здоровья, т.е. имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития.*

Анализ данных когорты 1998 г. подтвердил взаимосвязь здоровья родителей и детей. К двум годам 20 – 29% детей, родители которых оценили свое здоровье как «удовлетворительное», имели хронические заболевания.

Плохое здоровье родителей на сегодняшний день, по данным мониторинга, не является самым распространенным фактором. По результатам обследования 2001 г. примерно 32% женщин и 19% мужчин оценили свое здоровье как «удовлетворительное» и «плохое». В ближайшей перспективе этот фактор может стать доминирующим, так как согласно статистическим данным коли-



чество подростков, состоящих на диспансерном учете, то есть имеющих хронические заболевания, увеличивается (табл. 3.2). Нарастающая в настоящее время подростковая наркомания способствует ухудшению здоровья потенциальных родителей. Официальные данные о численности подростков-наркоманов отсутствуют: статистика фиксирует только тех, кто обратился за помощью в медицинские учреждения. В России в 1999 г. на 1000 тыс. нас. приходилось 77,4 подростка с диагнозом «наркомания». Подростки злоупотребляют наркотиками в 6 раз чаще, чем в целом население. В последние пять лет в Вологодском регионе отмечен резкий рост числа потребителей наркотиков (с 3 в 1998 г. до 1717 в 2002 г.); число несовершеннолетних, состоящих на учете по поводу наркомании и токсикомании, составляет 68 человек. Общее число подростков, злоупотребляющих алкоголем, – 786 человек<sup>1</sup>.

Таблица 3.2

**Число подростков, состоящих на диспансерном наблюдении в Вологодской области (на 1 тыс. населения)**

	1995 г.	1996 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Число дисп. больных	244,3	246,4	337,4	344,3	375,3

Источник: Основные показатели деятельности лечебно-профилактических учреждений области за 1996 – 2002 гг. – Вологда: УЗАВо Бюро медицинской статистики.

Влияние характера протекания родов не столь значительно ( $R_s = 0,513$  на момент рождения;  $R_s = 0,147$  к 1 году) и проявляется более ярко в период новорожденности. При наличии оперативного вмешательства доля новорожденных детей с функциональными отклонениями, по данным исследования 1995 г., в 1,5 раза больше, чем при нормальном протекании родов (табл. 3.3). Подобные закономерности прослеживаются и в исследованиях 1998, 2001 гг. К 6 месяцам взаимосвязь характера протекания родов и здоровья детей ослабевает, но следует учитывать то, что причиной хирургического родовспоможения, как правило, являются изменения здоровья беременной женщины, которые могут оказать влияние на здоровье ребенка и в более поздние периоды.

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

Таблица 3.3

**Влияние характера протекания родов на здоровье ребенка  
(в % от числа опрошенных)**

Характер протекания родов	Здоровье новорожденных детей											
	Новорожденные дети						Дети в возрасте 1 года					
	1995 г.		1998 г.		2001 г.		1995 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
Самостоятельно	69,7	30,3	44,5	55,5	39,1	60,9	27,3	72,7	22,2	77,8	29,3	70,7
Кесарево сечение	40,0	60,0	45,8	54,2	28,6	71,4	20,0	80,0	0	100	33,3	66,7

R 1 — группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

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

**Условия и образ жизни семей.** Один из наиболее значимых факторов формирования здоровья новорожденных детей, по данным мониторинга, – условия труда матери в период перед рождением ребенка. Характеризуя условия работы родителей в 2001 г. (в период перед рождением ребенка), следует отметить: лишь 13% женщин (10% в 1995 г., 15% в 1998 г.) и 10% мужчин (5% в 1995 г., 9,5% в 1998 г.) определили условия своей работы как нормальные. Все остальные респонденты работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам (табл. 3.4).

Таблица 3.4

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

Неблагоприятные факторы:	Женщины			Мужчины		
	1995 г.	1998 г.	2001 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.
Психическое напряжение	44,7	32,2	21,9	50,0	26,6	21,9
Шум	21,3	21,6	17,3	42,5	29,1	29,6
Запыленность, загазованность	14,9	14,1	10,4	25,0	0	26,2
Большая физическая нагрузка	0	14,1	14,6	35,0	26,6	31,2
Работа с токсическими химическими веществами	11,4	13,6	7,7	5,6	10,6	12,7
Работа в ночное время, в 2 смены	14,9	0	7,7	15,0	24,1	13,5

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 в Вологодской области, работающих в таких условиях, только в промышленности составила 21%, в то время как в 1999 г. этот показатель не превышал 18%<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области, 2001, с. 60.

На наш взгляд, следует пересмотреть существующие нормы о назначении беременных женщин на менее трудоемкие работы, исключив их контакт с токсикогенами, работу в зонах с повышенной запыленностью и т.д. Эти меры могут быть предусмотрены в региональных программах.

Среди указанных респондентками неблагоприятных условий труда большее влияние на здоровье детей имели: загазованность воздуха рабочей зоны ( $R_s = 0,939$ ), действие радиации и СВЧ ( $R_s = 0,839$ ), работа с токсическими химическими веществами ( $R_s = 0,6$ ), работа в 2 – 3 смены ( $R_s = 0,51$ ). Результаты анализа показали, что *дети, матери которых работали в неблагоприятных условиях производства, значительно чаще имели высокий риск ухудшения здоровья* (табл. 3.5). В таблице представлены факторы, оказывающие наиболее значительное влияние на здоровье детей.

Таблица 3.5

**Влияние неблагоприятных условий труда беременных женщин на здоровье будущих детей (в % от общего количества, когорта 1995 г., 1998 г.)**

Неблагоприятные условия труда	Здоровье ребенка по возрастам							
	новорожденные				1 год			
	R 1		R 2		R 1		R 2	
<b>Когорта 1995 г.</b>								
<i>РАБОТА С ТОКСИЧЕСКИМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ</i>								
Нет	69,6		30,4		23,2		76,8	
Есть	0		100		0,0		100	
<i>ДЕЙСТВИЕ РАДИАЦИИ СВЧ</i>								
Нет	68,7		31,3		22,4		77,6	
Есть	75,0		25,0		25,0		75,0	
<b>Когорты 1998 г., 2001 г.</b>								
	Новорожденные				1 год			
	1998 г.		2001 г.		1998 г.		2001 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
<i>РАБОТА С ТОКСИЧЕСКИМИ ХИМИЧЕСКИМИ ВЕЩЕСТВАМИ</i>								
Нет	44,2	55,8	22,3	77,7	14,2	85,8	2,5	97,5
Есть	48,2	51,9	0	100	6,7	93,3	22,2	77,8
<i>ЗАПЫЛЕННОСТЬ РАБОЧЕЙ ЗОНЫ</i>								
Нет	46,8	53,2	21,8	78,2	14,2	85,8	4,4	95,6
Есть	32,1	67,9	10,0	90,0	6,7	93,3	5,3	94,7

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

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

Данные когорты 2001 г. не дают однозначного ответа на вопрос о влиянии неблагоприятных условий труда на здоровье новорожденных. Однако в когортах 1995, 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.

Следующий неблагоприятный фактор – курение матери. *Курение играет отрицательную роль не только в развитии заболеваний самих курильщиков, но и усиливает риск развития болезненных состояний у их детей.* Актуальность этой проблемы отягощается тем, что частота курения в России – одна из самых высоких среди индустриально развитых стран. По данным обследования национальной представительной выборки населения, в настоящее время в стране курят около 63,2% мужчин и 9,7% женщин. Имеется тенденция к росту распространенности курения среди молодежи и особенно женщин. Так, в возрастной группе до 35 лет курят около 74% мужчин и 15% женщин<sup>1</sup>. В Вологодской области курит 52% мужского и 21% женского населения, особенно тревожно, что среди молодых женщин доля курящих достигает отметки 30% (по данным социологических исследований ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2002 г.).

В 1998 и 2001 гг. доля куривших в период до наступления беременности составляла почти треть обследуемых матерей, в 1995 г. – несколько меньше. В обеих когортах доля курящих женщин в Череповце в 1,4 раза больше, чем, в других населенных пунктах. В среднем выкуривалось 5 сигарет в день, но некоторые женщины указали, что выкуривали до 20 сигарет в день. Особенно различаются данные обследований 1995 г. и последующих когорт в вопросе о том, курила ли будущая мать во время беременности. В 1995 г. доля женщин, куривших в период беременности, сократилась с 22 до 3%, т.е. в 7 раз, а в 1998 г. и 2001 г. – с 28 - 30% до 13 - 14%, т.е. лишь в 2 раза (табл. 3.6). На наш взгляд, это может свидетельствовать об изменении ценностных ориентаций в обществе, где женщина с сигаретой, к сожалению, стала «нормой».

---

<sup>1</sup> Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Распространенность курения в России. Результаты обследования национальной представительной выборки населения // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 1998. – №3.

Таблица 3.6

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

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

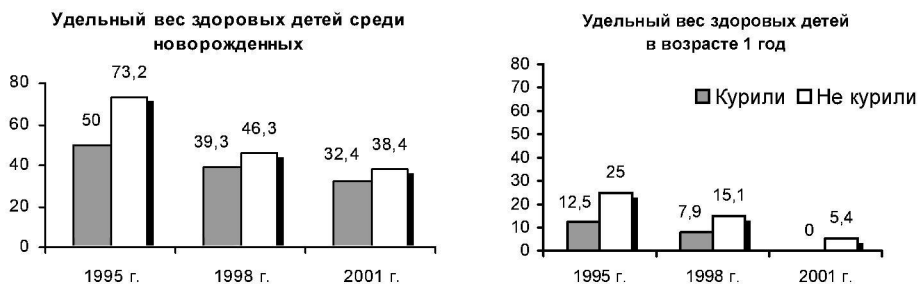


Рис. 7. Влияние курения женщин во время беременности на здоровье детей

По данным обследования когорт 1995 и 1998 гг., у куривших во время беременности матерей доля здоровых детей в возрасте 1 год вдвое меньше, чем у не куривших ( $R_s = 0,898$  – новорожденные,  $R_s = 0,661$  – 1 год), а по данным обследования третьей когорты 2001 г., у куривших во время беременности женщин здоровых детей этого возраста не выявлено.

Согласно результатам исследований, табачные токсины нарушают генетическую систему. Генетический вред от канцерогенов табачного дыма может проявиться и через несколько поколений<sup>1</sup>. У курящих матерей чаще рождаются дети с различными дефектами, пониженным весом.

Заботливое отношение к здоровью ребенка до его появления на свет проявляется в рациональном питании и соблюдении будущими мамами рекомендаций специалистов и режима дня. В последнее десятилетие многие женщины, отдавая дань современной моде и стремлению выглядеть привлекательно, значительно ограничивают себя в пище, даже в период беременности, что приводит к истощению организма беременной и рождению маловесного плода.

<sup>1</sup> Щербачков В. Женщина и сигарета. <http://www.utro.ru/articles/-2001102504063342995.shtml>.

Многие семьи, участвующие в обследовании, ответственно отнеслись к питанию будущей матери, имея порой очень скромные возможности. Больше половины респонденток отметили, что их питание во время беременности стало разнообразнее (57%), качество потребляемых продуктов улучшилось (13%). Чаще всего это жители городов Вологды и Череповца, в районных центрах и на селе несколько больше доля респонденток, не изменивших характер питания (табл. 3.7).

Таблица 3.7

Распределение ответов на вопрос: «Изменила ли респондентка характер питания в период беременности?» (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Когорта 1995 г.			Когорта 1998 г.			Когорта 2001 г.		
Питание стало разнообразнее	55,6			56,8			54,2		
Питание не изменилось	29,2			28,1			20,8		
Качество продуктов улучшилось	15,3			13,1			23,1		
Затрудняюсь ответить	0			2,0					
<i>Территориальный разрез</i>									
Варианты ответов	Вологда			Череповец			Районы		
	1995 г.	1998 г.	2000 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.	1995 г.	1998 г.	2001 г.
Питание стало разнообразнее	35,3	57,7	51,2	77,3	59,3	56,4	51,5	46,7	59,4
Питание не изменилось	52,9	25,6	23,6	13,6	28,6	15,8	27,3	33,3	25,0
Качество продуктов улучшилось	11,8	15,4	25,2	9,1	9,9	23,8	21,2	16,7	12,5

Некоторые семьи отметили нехватку отдельных продуктов питания в рационе будущей матери. Чаще всего называли фрукты (33%), мясо (19%), рыбу (16%).

В когорте 1995 г. большинство респонденток из малых городов и сел, не изменивших характер питания, указали, что в данной местности был ограничен выбор продуктов питания (35%). Доля респондентов, отметивших нехватку денег для изменения характера питания, невелика в Вологде и Череповце (до 5%), в районных центрах она составила 12%.

В 1998 г., в изменившихся экономических условиях, в качестве основной причины, ограничивающей возможность улучшения питания беременной женщины, респонденты назвали нехватку денег, причем велика доля таких ответов в районах – 27% (табл. 3.8). В некоторых семьях считают, что качество питания не скажется на здоровье будущего ребенка (в Вологде – 13%). Это, как правило, неработающие женщины со средним и средним специальным образованием.

Таблица 3.8

Распределение ответов на вопрос: «Почему не изменился характер питания респондентки во время беременности?»  
(в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Годы опросов	Вологда	Череповец	Районы
Для этого нет денег	2001	18,1	7,9	3,1
	1998	7,7	11,0	26,7
	1995	12,1	4,5	5,9
Это не важно	2001	4,7	2,0	9,4
	1998	12,8	4,4	6,7
	1995	11,8	9,1	3,0
Ограничен выбор продуктов питания	2001	3,1	0	9,4
	1998	1,3	2,2	6,7
	1995	35,3	0	3,3

В когорте 2001 г. ведущей причиной, препятствующей изменению характера питания будущих мам, также была нехватка денег. Причем за три года акценты сместились, и ограниченность семейного бюджета отмечалась в большей степени жителями Вологды.

Анализ позволил установить зависимость между характером питания и здоровьем беременной женщины. Выявлено, что женщины, потреблявшие более качественные продукты во время беременности, к концу ее протекания в 1,5 раза реже имели низкие показатели гемоглобина, чем остальные обследуемые (рис. 8).

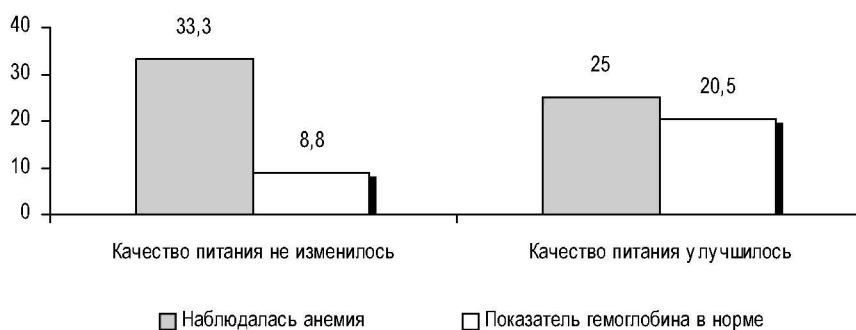


Рис. 8. Влияние качества питания женщины во время беременности на показатель гемоглобина крови (в %)

Таким образом, проведенный анализ показал, что *качество питания во время беременности отражается на здоровье будущей матери, а это, в свою очередь, оказывает опосредованное влияние и на здоровье будущего ребенка.*

Здоровье детей в период новорожденности во многом определяется характером вскармливания младенца. Результаты анализа позволяют говорить о росте распространенности грудного вскармливания младенцев. В когорте 1995 г. более половины детей уже с трех месяцев было переведено на смешанное питание и искусственное вскармливание, а среди младенцев старше 6 месяцев грудное молоко получали в полной мере 18%. В когорте 1998 г. к 6 месяцам на грудном вскармливании находилось 37% детей. В третьей обследуемой когорте 42% шестимесячных детей находились на грудном вскармливании.

*Дети, получающее грудное молоко в полной мере, то есть находящиеся на грудном вскармливании, имеют более крепкое здоровье* (при грудном вскармливании до 6 мес. Rs = 0,85). По данным мониторинга, грудное и смешанное вскармливание более благоприятно для здоровья младенцев, чем искусственное (табл. 3.9). Дети, переведенные на искусственное вскармливание ранее 6 месяцев, в обследуемых когортах в 1,5 раза реже относятся к группе R1 (без функциональных отклонений).

Таблица 3.9

**Влияние характера вскармливания на здоровье ребенка**  
(в % от числа опрошенных)

Характер вскармливания ребенка (до 6 месяцев)	Здоровье ребенка					
	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.		Когорта 2001 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Грудное вскармливание	34,4	65,6	21,3	78,7	38,1	61,9
Смешанное вскармливание	33,3	66,7	17,9	82,1	24,5	75,5
Искусственное вскармливание	25,9	74,1	4,3	95,7	28,6	71,4

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

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

Даже при некотором увеличении доли детей, получающих материнское молоко, еще рано говорить о росте популярности грудного вскармливания. Низкая распространенность грудного вскармливания объясняется слабым здоровьем и отсутствием полноценного питания у многих беременных и кормящих женщин, а также отсутствием в большинстве регионов России специальных программ подготовки и обучения женщин технике грудного вскармливания (Государственный доклад «О положении детей в Российской Федерации в 1998 г.», с. 18).



При переходе к смешанному и искусственному типу вскармливания младенцев необходима организация получения детьми полноценных адаптированных смесей – заменителей грудного молока. По данным санитарно-эпидемиологической службы, на территории Вологодской области функционируют 9 детских молочных кухонь. Ассортимент вырабатываемой продукции в основном составляет кефир, кальцинированный творог, пастеризованное молоко. Практически все детские молочные кухни не обеспечены современным технологическим оборудованием для приготовления детских и молочных смесей, все технологические процессы проводятся вручную, что повышает вероятность бактериологического загрязнения<sup>1</sup>.

По данным обследования, в когорте 2001 г. услугами молочной кухни пользовались около 40% семей, в которых дети находились на смешанном и искусственном вскармливании, остальные же семьи предпочитали сами покупать смеси и готовить пищу для малышей.

Психологический настрой матери во время беременности, внутрисемейные отношения воспринимаются новорожденным ребенком особенно чутко, и это отражается на его здоровье. Анализ показывает, что у женщин, испытавших в период беременности нежелание жить, глубокое потрясение, чаще рождаются дети с высоким риском ухудшения здоровья ( $R_s = 0,781$  на момент рождения). Одно дело, если ребенок желанный и оба будущих родителя готовятся к его появлению, испытывая радостное волнение. Совершенно иной настрой, иные чувства испытывают женщины, забеременев вне брака. В когорте 2001 г. 11% из них испытали глубокое потрясение (против 6% в полных семьях), в когорте 1998 г. – 17% (против 8%). Состояние тревоги не покидало их на протяжении всей беременности, что сказалось на здоровье малышей. У женщин, испытавших глубокое потрясение в период беременности, доля детей, имеющих функциональные отклонения, в 1,5 – 2 раза больше, чем у здоровых (табл. 3.10).

Таким образом, в раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают: плохое здоровье родителей,

---

<sup>1</sup> О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2000. – С. 36.

Таблица 3.10

**Душевное состояние женщины в период беременности  
(в % от числа опрошенных)**

Характеристика душевного состояния будущей матери	Здоровье новорожденных детей					
	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.		Когорта 2001 г.	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Глубокое потрясение	7,5	14,3	7,9	10,0	2,0	3,7
Ровное состояние, отсутствие переживаний	40,0	85,7	33,7	27,3	13,3	21,0
Состояние большого счастья	52,2	0	57,3	60,9	79,6	72,8

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

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

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 необходимостью проведения профилактических мероприятий по укреплению здоровья детей до их рождения. Основными направлениями должны стать гигиеническое просвещение подростков (как будущих родителей) и населения в целом, совершенствование законодательной базы в отношении улучшения условий труда для беременных, пропаганда здорового образа жизни.

### **3.2. Факторы, наиболее значительные для здоровья в раннем и дошкольном детстве**

На формирование здоровья в более старшем возрасте значимое воздействие оказывают несколько иные факторы, чем в младенческом. 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. Половина детей, часто болевших (4 заболевания в год и более) на первом году жизни, становятся хронически больными в возрасте 6 лет; у 80% детей, очень часто болевших на втором году жизни, к 6 годам формируются хронические заболевания. Дети, не болевшие или болевшие эпизодически, в 6 лет чаще относятся к 1 и 2 группам здоровья (табл. 3.11).

Таблица 3.11

**Влияние кратности заболеваний на первом и втором году жизни ребенка на его здоровье в возрасте 6 лет (в % от числа опрошенных)**

	Группа здоровья ребенка в возрасте 6 лет*		
	1	2	3 и 4
Кратность заболеваний на первом году жизни			
Болеп эпизодически	17,9	64,1	17,9
Часто болеп	15,4	69,2	15,4
Очень часто болеп	0,0	50,0	50,0
Кратность заболеваний на втором году жизни			
Не болеп	33,3	66,7	0,0
Болеп эпизодически	18,4	68,4	13,2
Часто болеп	14,3	57,1	28,6
Очень часто болеп	0,0	20,0	80,0

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

**Уровень жизни.** В данный кластер вошли факторы, определяющие уровень жизни обследуемых семей, если понимать под уровнем жизни степень удовлетворения материальных и культурных потребностей людей в смысле обеспеченности потребительскими благами.

Возможности оздоровления и развития детей в значительной мере зависят от материального положения семьи. Средняя российская семья, начиная с 1990 г., с трудом обеспечивает удовлетворение насущных потребностей детей. Возможности расходовать деньги на питание, воспитательные цели, в частности на приобретение книг, игрушек, организацию свободного времени детей, стали весьма ограниченными.

Недостаточное материальное обеспечение населения привело к тому, что в группу малообеспеченных в настоящее время попадают не только многодетные и неполные семьи, семьи безработных, но также семьи, имеющие малолетних детей, полные семьи с двумя работающими взрослыми<sup>1</sup>.

Субъективные характеристики доходов семей при обследовании в 2002 г. показывают, что преобладают семьи с доходами, недостаточными для удовлетворения жизненно необходимых потребностей (рис. 9).

<sup>1</sup> Рыбинский Е.М. Социальные реальности детства в современном российском обществе: Дис. ... д. соц. н. – М., 1998.

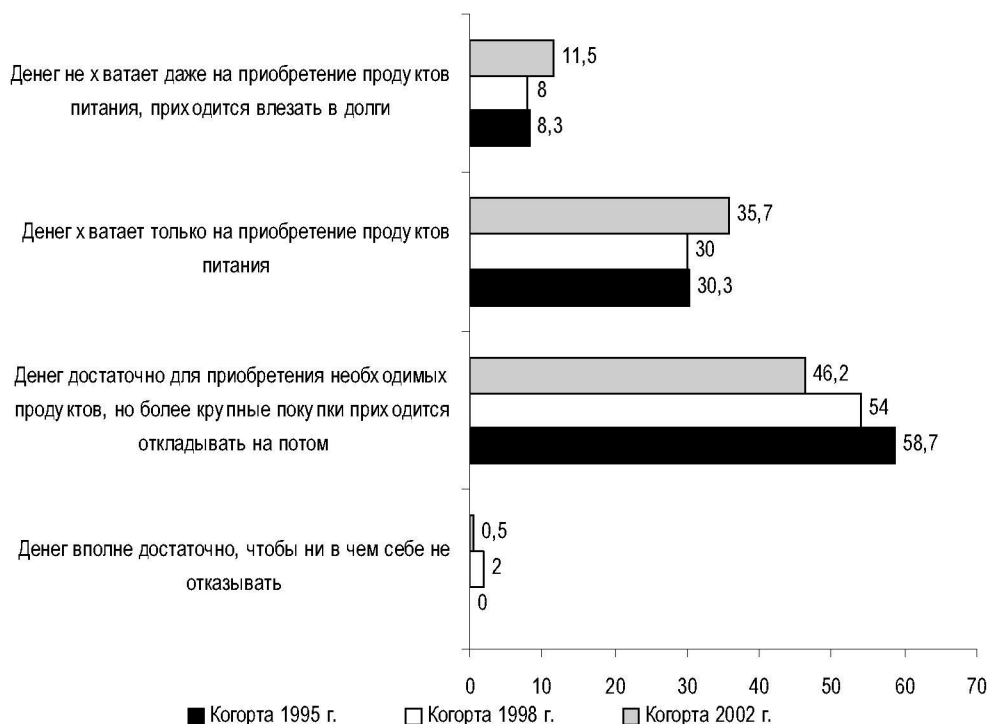


Рис. 9. Оценка возможности удовлетворения потребностей семьи исходя из ее совокупного дохода в 2002 году (в %)

Рассматривая различные компоненты благосостояния под углом зрения их взаимодействия со здоровьем, можно выделить такой важный структурный элемент, как питание. Количественный и качественный состав питания отражает не только особенности индивидуальных вкусов и выбора, но и традиционно сложившиеся семейные предпочтения. Структура питания, в первую очередь – доля высококачественных продуктов, обнаруживает определенную зависимость от семейных доходов. Снижение реальных доходов граждан привело к существенному ухудшению качества питания в семьях, особенно живущих на фиксированную заработную плату. В настоящее время отмечаются устойчивые тенденции к ухудшению показателей, характеризующих качество питания населения Вологодской области. В сравнении с физиологическими нормативами в питании жителей региона отмечается дефицит ценных пищевых продуктов, таких, как мясо, молоко, овощи, фрукты, рыбопродукты. Складывается преимущественно углеводистая модель питания. За период с 1995 г. по

2001 г. уменьшилось потребление мяса и мясопродуктов (на 11%), молока и молочных продуктов (на 24%), вследствие чего энергетическая ценность потребляемых продуктов снизилась на 15% <sup>1</sup>.

По оценкам респондентов, в обследуемых семьях расходы на питание составляли в среднем 45% денежного дохода семьи, но есть и такие семьи, где весь доход тратился на питание. Это свидетельствует о весьма низком уровне жизни. Преобладание доли семей с низкими доходами отразилось на обеспеченности детей продуктами питания.

Данные опросов позволили выявить тенденцию ухудшения обеспеченности детей продуктами питания в период с 1997 г. по 1999 г. (табл. 3.12). При оценке дефицита продуктов в питании детей большинство родителей отметили, в первую очередь, недостаток фруктов (27%), мяса (18%; в 1999 г. – 25%), соков (17%; в 1999 г. – 10%), рыбы (9%). Детальный анализ показал, что в когорте 1995 г. есть семьи, в которых дети испытывают недостаток даже в овощах и крупах (6 и 3% соответственно).

Таблица 3.12

Оценка обеспеченности ребенка продуктами питания  
(в % от числа опрошенных)

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

Увеличение денежных доходов населения в 2000 – 2002 гг. позволило более полно реализовать потребности семей в питании. В итоге – увеличились группы детей с удовлетворительной и хорошей обеспеченностью продуктами питания. Это отражает динамика оценки обеспеченности детей продуктами питания (см. табл. 3.12).

<sup>1</sup> Статистический ежегодник Вологодской области. – Вологда: Облкомстат, 2002. – 295 с.

Анкеты 2002 г. содержали ряд вопросов, позволяющих расширить характеристики питания детей. Например, уточнялось, как часто употребляет ребенок различные продукты питания – мясо, рыбу, молочные продукты и т.д. Анализ частоты потребления отдельных продуктов питания (в табл. 3.13 приведены сведения о наиболее важных из них) показал, что в целом картина удовлетворительная. Однако далеко не все родители задумываются о сбалансированности рациона питания своих детей. В некоторых семьях, ссылаясь на нехватку средств, не покупают фрукты, но в то же время дети ежедневно едят сладости. Подобные факты говорят о необходимости проведения разъяснительной работы о рациональном питании.

Таблица 3.13

Распределение ответов на вопрос:  
«Как часто ребенок получает следующие продукты питания?» (в %)

Частота потребления	Продукты питания / Возраст детей											
	Мясные		Рыбные		Молочные		Овощи		Фрукты		Сладости	
	7 л.	4 г.	7 л.	4 г.	7 л.	4 г.	7 л.	4 г.	7 л.	4 г.	7 л.	4 г.
Ежедневно	62,0	47,7	10,0	4,6	62,0	72,5	60,0	59,6	36,0	64,2	44,0	53,2
Хотя бы 1-2 раза в неделю	16,0	13,8	42,0	57,8	6,0	6,4	10,0	13,8	28,0	15,6	12,0	8,3
Хотя бы 1-2 раза в месяц	2,0	2,8	16,0	14,7	2,0	0,9	2,0	0,9	6,0	0,9	4,0	3,7

Оценивая организацию детского питания, 60% семей с четырехлетними детьми и 50% – с семилетними считают ее хорошей. Основными причинами плохой организации питания родители видят недостаток денег на приобретение продуктов – 40% (для детей 7 лет), 32% (4 года); плохую организацию питания в детском саду – 11 и 6% соответственно.

Обеспеченность продуктами питания оказывает влияние на здоровье детей ( $R_s = 0,760$  к 1 году;  $R_s = 0,898$  к 3 годам;  $R_s = 0,517$  к 4 годам). При неудовлетворительной обеспеченности продуктами питания доля детей с ослабленным здоровьем больше, чем среди детей, в полной мере ими обеспеченных (табл. 3.14). Академик А.А. Баранов подчеркивает, что качество питания во многом определяет состояние здоровья детей. Резкое снижение потребления молока и молочных продуктов, мяса, овощей и фруктов позволяет предположить, что организм современного ребенка вынужден работать в режиме недостаточного обеспечения кальцием, железом

и многими другими макро- и микронутриентами. По мнению главного педиатра России, значительная распространенность дефицита кальция является одной из причин непрерывного роста болезней опорно-двигательной системы у детей<sup>1</sup>.

Таблица 3.14

**Зависимость здоровья ребенка от обеспеченности его продуктами питания (в % от числа опрошенных)**

Обеспеченность продуктами питания	Здоровье ребенка по возрастам, когорта 1995 г.									
	2 года		3 года		4 года		5 лет		7 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Хорошая, удовл.	90,0	84,4	100	85,1	91,7	77,2	90,0	82,0	80,0	86,7
Плохая, очень плохая	10,0	12,0	0,0	12,0	8,3	19,7	10,0	9,8	0,0	4,4

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.

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

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

**Условия и образ жизни обследуемых семей.** В данный кластер вошли факторы, определяющие условия жизни обследуемых семей и описывающие их жизненные привычки. Образ жизни играет огромную роль в развитии заболеваний у детей в России и во всех индустриальных странах. В структуре причин, обуславливающих возникновение заболеваний, образ жизни составляет 49-50%; генетический фон – 17-20%; условия жизни – 18%, здравоохранение – 1-12%<sup>2</sup>.

Наибольшее влияние на здоровье дошкольников, на наш взгляд, оказывают: экологические условия в районе проживания, частота пребывания в накуренных помещениях, уровень медицинской активности семей.

Здоровье детей тесно связано с неблагоприятным экологическим фоном ( $R_s = 0,402$  – новорожденные,  $R_s = 0,873$  – 1 год,  $R_s = 0,888$  – 3 года,  $R_s = 0,996$  – 4 года). При этом следует учитывать не только само воздействие, но и его длительность.

При оценке экологических условий в месте постоянного проживания хорошими их назвали 10-11% семей. Неудовлетворен-

<sup>1</sup> Баранов А.А. Здоровье российских детей // Педагогика. – 1999. – №8. – С. 43.

<sup>2</sup> Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье. – М., 1987. – С. 204-214.

ность условиями микрорайона высказали 35% семей с четырехлетними детьми и 18% – с семилетними.

Среди неблагоприятных факторов чаще всего отмечался загрязненный воздух (87 – 89% семей), плохое качество питьевой воды (44 – 71%), повышенный уровень шума (55 – 78% семей). По мере взросления детей родителей стали беспокоить проблемы организации их свободного времени. В опросе 2002 г. 55% родителей четырехлетних детей и 89% – семилетних отметили отсутствие детских площадок, где дети могли бы играть во время прогулок.

Наибольшее количество неудовлетворительных оценок экологических условий места проживания дано семьями, проживающими в Вологде и Череповце.

По данным обследования 2002 г., доля часто болеющих детей вдвое больше в семьях, отметивших неудовлетворительное качество воды, чем в тех, где качеством воды были удовлетворены (табл. 3.15). Доля часто болеющих детей, проживающих в микрорайонах с загрязненным воздухом, вдвое больше, чем проживающих в условиях меньшей загазованности.

Таблица 3.15

**Влияние неблагоприятных экологических условий в постоянном месте проживания на кратность заболевания детей**  
(в % от числа опрошенных, на примере детей в возрасте 4 лет)

Экологические факторы		Кратность заболеваний			
		Не болел	Болел эпизодически	Часто болел	Очень часто болел
Плохое качество воды	Нет	23,5	47,1	17,6	9,8
	Есть	5,2	53,4	32,8	8,6
Загрязненный воздух	Нет	20,0	50,9	16,4	10,9
	Есть	7,4	50,0	35,2	7,4

Опрос позволяет выявить только оценочные характеристики экологических условий по месту жительства наблюдаемых семей, но и эти сведения дают возможность определить существующие тенденции. Плохое качество воды ( $R_s = 0,927$  на момент рождения,  $R_s = 0,632$  к 1 году,  $R_s = 0,557$  к 3 годам,  $R_s = 0,625$  к 5 годам); загрязненный воздух ( $R_s = 0,714$  на момент рождения,  $R_s = 0,632$  к 1 году,  $R_s = 0,715$  к 3 годам,  $R_s = 0,180$  к 5 годам) оказывают негативное влияние на здоровье ребенка.

В России более 100 опасно загрязненных городов, Череповец входит в число 68 крайне неблагополучных. В период экономи-



ческого спада производства и временного улучшения экологической ситуации в стране Череповецкий промышленный комплекс Вологодской области продолжал работать в полную мощность, что сказалось на формировании неблагоприятного экологического фона в регионе.

Дети особенно чувствительны к воздействию неблагоприятных условий среды обитания. По данным Европейского Бюро ВОЗ, *загрязнение атмосферного воздуха* может быть причиной до 7 – 10% всех случаев респираторных заболеваний детей, 3 – 7% новых случаев хронических обструктивных заболеваний легких, 3 – 15% новых случаев заболеваний бронхиальной астмой<sup>1</sup>.

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 детей<sup>2</sup>.

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. По результатам исследования, «пассивному курению» подвергаются 23% четырехлетних детей и, 10% – семилетних. Результаты обследования показывают (табл. 3.16), что среди детей, которым

Таблица 3.16

**Влияние «пассивного курения» на здоровье ребенка**  
(в % от числа опрошенных)

Приходится ли ребенку часто бывать в помещении, где курили?	Возраст / здоровье ребенка			
	4 года		7 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2
Да, приходится	28	72	0	100
Нет, не приходится	13,6	86,4	9,3	90,7

<sup>1</sup> Чибураев В.И., Раевич Б.А. О национальном плане действий по гигиене окружающей среды РФ // *Здравоохранение РФ* – 2001. – №2. – С. 9-11.

<sup>2</sup> О санитарно-эпидемиологической обстановке в Вологодской области в 1999 г.: Государственный доклад. – Вологда, 2000. – С. 13.

приходилось часто бывать в накуренном помещении, больше доля часто болеющих и ниже доля здоровых детей (отнесенных к 1 группе здоровья).

Сопоставление кратности заболеваний и частоты пребывания детей в накуренном помещении показывает, что в группе часто болеющих детей значительно выше доля «пассивных курильщиков» (табл. 3.17), а частые острые заболевания, как известно, снижают общий потенциал здоровья и способствуют возникновению хронических болезней.

Таблица 3.17

**Влияние «пассивного курения» на кратность заболеваний ребенка  
(в % от числа опрошенных)**

Приходится ли ребенку часто бывать в помещении где курили?	Возраст / здоровье ребенка					
	4 года			7 лет		
	Не болели	Болели эпизодически	Часто болели	Не болели	Болели эпизодически	Часто болели
Приходится	12	44	32	–	60	40
Не приходится	13,6	53,1	23,5	18,6	74,4	7,0

Таким образом, ослабленное в раннем детстве здоровье, недостаточное или несбалансированное питание, длительное проживание в неблагоприятных экологических условиях, частое пребывание в накуренных помещениях являются неблагоприятными для здоровья детей в раннем и дошкольном возрасте факторами.

Эти факторы достаточно 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». 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.

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.

### **3.3. Медицинская активность семей**

В обеспечении нормального развития и полноценного здоровья детей раннего возраста огромна роль взрослых. Малыш еще не может организовать свою жизнь вне тесных контактов с ними, поэтому его здоровье и развитие обеспечивается лишь при совместных усилиях родителей, врачей и педагогов дошкольного образования.

Именно в раннем детстве закладывается отношение личности к своему здоровью. Формируются необходимые привычки и навыки, складывающиеся в дальнейшем в здоровый образ жизни. Особое место занимает при этом медицинская активность семьи.

Под медицинской активностью мы понимаем устойчивую благоприятную оценку семьей своего здоровья, направленность действий на сохранение здоровья и соответствующее изменение образа жизни.

Для выполнения семьей адекватных оздоровительных мероприятий важно, чтобы родители имели правильное представление о здоровье ребенка. Как показали данные анализа, 56% родителей считают, что полностью осведомлены о здоровье своих детей.

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 служит одним из показателей невысокой медицинской активности семьи, непонимания родителями важности проблем оздоровления и лечения ребенка, особенно в первые годы жизни.

Результат сопоставления оценок здоровья детей родителями и педиатрами показал: родители в 2 – 2,5 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. 3.18).

Таблица 3.18

**Сопоставление оценки здоровья детей**

Оценка здоровья ребенка родителями (в % от числа опрошенных)		Оценка здоровья ребенка педиатрами (в % от числа наблюдаемых детей)	
<b>Когорта 1995 года</b>			
Хорошее	24,0	10,0	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	58,0	64,0	Удовлетворительное (2 группа здоровья)
Плохое	10,0	26,0	Плохое (3 группа здоровья)
<b>Когорта 1998 года</b>			
Хорошее	32,1	17,4	Хорошее (1 группа здоровья)
Удовлетворительное	59,6	70,6	Удовлетворительное (2 группа здоровья)
Плохое	4,6	11,9	Плохое (3 группа здоровья)

Анализ ответов родителей на вопрос: «В чем Вы видите причины нездоровья своего ребенка?» еще раз указал на то, что не все родители правильно оценивают сложившуюся ситуацию. Так, например, в обеих когортах родители явно не считают дефицит массы тела недостатком физического развития. В когорте 1995 г. родители чаще, чем педиатры, озабочены частыми острыми заболеваниями у детей. Это может быть связано с тем, что не всегда при их возникновении родители обращаются в поликлинику (табл. 3.19). О том же говорит и распределение ответов на другой вопрос: «Всегда ли при острых заболеваниях Вы обращаетесь к медработникам?» – 16% семей сначала пытаются лечить ребенка сами либо обращаются к врачу только при тяжелых состояниях ребенка.

Таблица 3.19

**Сопоставление родительского и докторского видения причин нездоровья детей (в % от числа опрошенных)**

Варианты ответов	Родители	Педиатры
<b>Когорта 1995 года</b>		
Хронические заболевания	16	26,0
Частые острые заболевания	14	10,0
Физическое развитие не соответствует возрасту	4	10,0 (дефицит массы тела)
<b>Когорта 1998 года</b>		
Хронические заболевания	14,7	17,4
Частые острые заболевания	32,1	25,7
Физическое развитие не соответствует возрасту	0,9	7,4 (дефицит массы тела)

Характеристика медицинской активности родителей четырехлетних детей показала, что 72% из них при возникновении первых признаков заболевания у ребенка обращаются к врачу, в каждой пятой семье пытаются сначала лечить ребенка сами. Примерно четверть родителей признались, что не всегда выполняют рекомендации, данные педиатром.

В плане оценки работы здравоохранительных служб семьи также проявляют пассивность. Полностью удовлетворены медицинским обслуживанием 50% семей, частично – 40%, не удовлетворены около – 3%.

Среди причин неудовлетворенности медицинским обслуживанием респонденты указали следующие: очереди на прием к специалистам – 70%, отсутствие профилактических визитов педиатров – 48%, недостаточная оснащенность медицинских учреждений – 28% (особенно в сельской местности), невнимательное отношение врачей – 7% (преобладают семьи, проживающие в Вологде).

Забота родителей о здоровье ребенка должна проявляться не только в желании своевременно и правильно его накормить и выполнить соответствующие рекомендации врача, но и в том, чтобы укрепить здоровье ребенка, предотвратить возможные заболевания.

В России закаливание издавна было массовым. Примером могут служить деревенские бани с парными и снежными ваннами. Однако в наши дни большинство людей ничего не делают для закаливания как самих себя, так и своих детей. Более того, многие родители из опасения простудить ребенка уже с первых месяцев его жизни начинают заниматься пассивной защитой от простуды: укутывают его, закрывают форточки. Закаливают детей только в четвертой части обследуемых семей (табл. 3.20).

Таблица 3.20

Распространенность закаливания (в % от числа опрошенных)

Варианты ответов	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.
Проводилось	22,0	24,8
Не проводилось	76,0	71,6

Такая «забота» о детях не создает условий для хорошей адаптации к меняющейся температуре среды, а, напротив, содействует

ослаблению их здоровья. Углубленный анализ показал, что заниматься утренней гимнастикой, дополнительными закалывающими процедурами родителей вынуждает не забота о предотвращении заболеваний, а уже имеющиеся у детей недуги.

Общеизвестно, что регулярные гимнастические упражнения укрепляют организм ребенка, способствуют повышению сопротивляемости острым заболеваниям. Однако не все родители находят время для занятий с ребенком оздоровительной гимнастикой. Согласно результатам исследования, гимнастические упражнения регулярно проводят только в 15 – 18% семей, а в 30 – 40% семей родители никогда не занимаются гимнастикой с детьми.

Неадекватная оценка здоровья детей ведет к снижению активности проведения в семье профилактических мероприятий. Ранняя выявляемость заболеваний у ребенка во многом зависит от своевременного обращения к врачам-специалистам; для предупреждения развития некоторых хронических заболеваний часто достаточно соблюдения диетического питания. Как показали результаты исследования, родители и врачи придерживаются разных точек зрения при определении приоритетов в выборе мероприятий, укрепляющих здоровье детей (табл. 3.21). *В абсолютном большинстве случаев только наличие хронических заболеваний является толчком для организации диетпитания ребенка, а консультация у специалистов в части семей считается напрасной тратой времени.*

Таблица 3.21

**Сопоставление родительского и докторского видения мероприятий, необходимых для укрепления здоровья ребенка (в % от числа опрошенных каждой группы)**

Наименование мероприятий	Когорта 1995 г.		Когорта 1998 г.	
	Врачи	Родители	Врачи	Родители
Организация санаторно-курортного лечения	44,0	40,0	44,0	34,9
Организация консультаций у специалистов	28,0	16,0	30,3	0,3
Обеспечение бесплатными лекарствами	14,0	30,0	17,4	28,4
Организация диетпитания	12,0	4,0	18,3	2,8

Среди проблем, связанных со здоровьем и медицинским обслуживанием ребенка, родители отмечают дороговизну лекарственных препаратов (50 – 60%), а также недостаток знаний по уходу (16 – 22%), недостаток времени для посещения лечебно-профилактических учреждений (32 – 40%).

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что медицинская активность семьи, являясь одним из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья детей, невысока.

Необходимо стремиться пробудить у населения ответственность не только за свое здоровье, но и за здоровье детей. Одним из возможных путей оздоровления детей может стать гигиеническое просвещение родителей, повышение их медицинской активности.

При планировании мероприятий по медицинскому просвещению родителей следует учесть следующие данные: как основной источник получения информации по организации ухода за ребенком респонденты отмечают в преобладающем большинстве случаев врача (78%), параллельно указываются и другие источники – литература (30%), знакомые, СМИ (12%).

### **3.4. Подготовка к школе**

Дети первой из наблюдаемых когорт вступили в ответственный и трудный возраст – подготовки к школьному обучению. С приходом в школу происходит смена социальной среды ребенка, что само по себе уже является стрессом; одновременно увеличивается физическая, психологическая и умственная нагрузка на организм. Подобные испытания могут выдержать только хорошо подготовленные дети.

Помимо мероприятий, направленных непосредственно на укрепление физического здоровья детей, которые, без сомнения, должны быть приоритетными в данный возрастной промежуток, важна подготовка психологического перехода к школьному обучению, усиление акцента на умственное развитие.

Посещая дополнительные занятия, дошкольники учатся организации времени, а также приобретают дополнительные знания и умения, у них расширяются возможности для самоутверждения, что облегчит процесс школьной адаптации.

По результатам исследования только 32% обследуемых семилетних детей посещали учреждения дополнительного образования. Остальные родители не смогли либо не захотели расширить возможности ребенка в реализации способностей, поиске области их применения.

Особенно невелико число детей, посещавших учреждения дополнительного образования, в районах – 20%. Основной причиной этого родители (65%) указали отсутствие таковых в их населенном пункте. В целом выявлено: 43% детей не посещают дополнительные занятия потому, что у родителей не хватает времени, 18,8% – из-за недостатка денег для оплаты дополнительных занятий детей, а 15% родителей считают, что в этом нет необходимости.

Готовясь к школьному обучению, в половине семей дети посещали дополнительные занятия в детском саду либо за его пределами. Более широко такую возможность использовали жители областного центра. В четверти семей родители (чаще в сельской местности) уповали на то, что занятий в детском саду, положенных по программе, вполне достаточно для подготовки детей к обучению. Пятая часть семей готовила детей с помощью домашних занятий (преобладают сельские семьи; рис. 10).

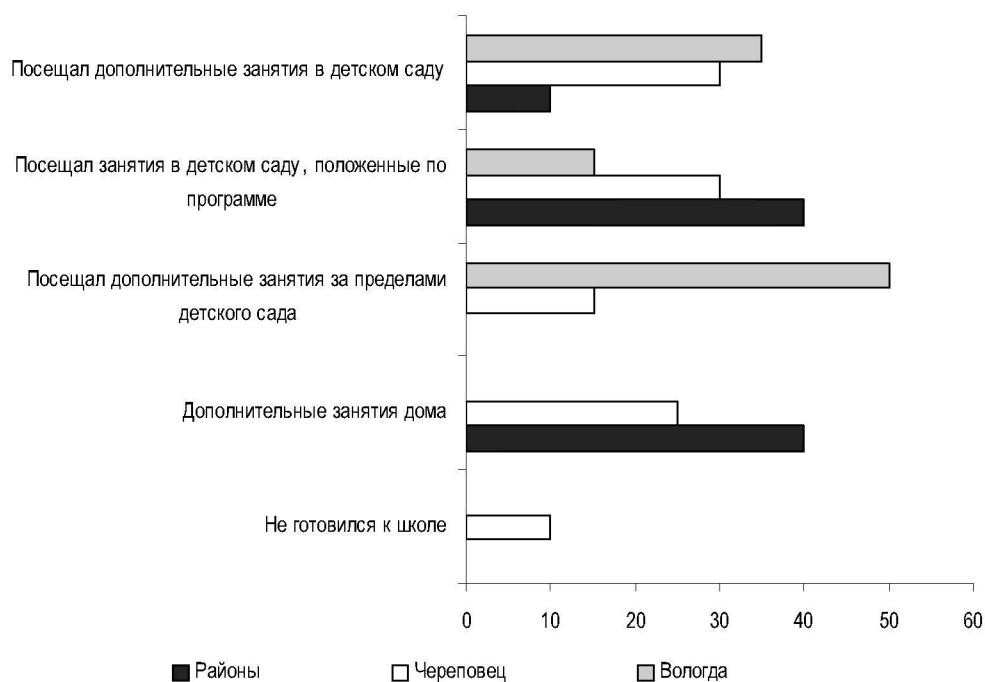


Рис. 10. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы готовили ребенка к обучению в школе?» (в % от числа опрошенных)

При оценке подготовленности ребенка к школе только 8% родителей предположили, что он слабо подготовлен к процессу обучения, все они – сельские жители. В семьях, проживающих в



Вологде и Череповце, оценка подготовленности детей к школе более высокая, чувствуется отсутствие беспокойства родителей по этому вопросу. Представляется важным отметить, что подобные оценки не соответствуют данным анализа об уровне нервно-психического развития детей к 7 годам.

Анализ показывает, что наиболее развиты у дошкольников элементарные математические навыки и навыки чтения. Однако более сложные задания у значительной части дошкольников 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 предложения на слова, слов на слоги. Наиболее слабо развиты у дошкольников необходимые хозяйственно-бытовые и физические навыки, 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.

Рассмотренные данные позволяют сделать вывод о том, что при подготовке детей к школе многие родители ставят перед собой задачу обучить их счету и чтению, а таким важным элементам подготовки, как развитие логического мышления, развитие мелкой моторики руки и, что особенно важно, физическое развитие, уделяется недостаточное внимание.

Обобщая изложенное, отметим, что на фоне ухудшения показателей здоровья обследуемых семилетних детей выявлена недостаточная подготовленность к школе их значительной части. Меньше всего уделяется внимания физической подготовленности дошкольников, что, по нашему мнению, приведет к повышенной утомляемости и ухудшению здоровья детей в период обучения в школе.

## ГЛАВА 4

### ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ И МЕРОПРИЯТИЯ ПО ОХРАНЕ И УКРЕПЛЕНИЮ ДЕТСКОГО ЗДОРОВЬЯ

Подводя итог обсуждению вопросов, связанных со здоровьем и развитием детей, необходимо отметить, что сложившаяся к настоящему времени ситуация требует безотлагательного вмешательства, направленного на укрепление здоровья детей.

Результаты мониторингового исследования, проведенного Вологодским научно-координационным центром, позволяют выделить следующие важные моменты обсуждаемой проблемы:

1. Детство, как наиболее многогранный и неоднородный промежуток человеческой жизни, является очень ответственным и значительным этапом развития.

2. В детском возрасте изменения в организме происходят в более быстром темпе, что должно учитываться при исследовании здоровья и развития детей.

3. Наиболее эффективным методом исследования здоровья детской популяции и условий, влияющих на его формирование, являются мониторинговые исследования.

4. Данные мониторинга здоровья детей Вологодской области свидетельствуют о том, что здоровье новорожденных детей в период с 1995 по 2001 гг. ухудшается.

5. Происходит значительное снижение потенциала здоровья детей в два возрастных периода: от рождения до 1 года и по достижении детьми семилетнего возраста. Период же дошкольного возраста с 4 до 6 лет характеризуется «временным затишьем» – стабилизацией показателей здоровья.

6. Основной причиной ухудшения здоровья новорожденных, по мнению автора и результатам исследования, является плохое здоровье родителей. Неблагоприятны также отклонения в здоровье беременных женщин, условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам, курение женщин в период беременности.

7. В дошкольном возрасте наиболее неблагоприятными, на наш взгляд, являются: ослабленное здоровье детей в раннем детстве; низкие доходы семьи, ограничивающие возможность вло-

жения средств в развитие и здоровье 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.

Следует отметить, что Вологодская область – один из немногих регионов России, где законодательная и исполнительная власти проявили заинтересованность в укреплении здоровья населения региона. В 2002 г. Правительством Вологодской области, в соответствии с концепцией долгосрочной политики охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области, принято постановление об утверждении Стратегического плана охраны и укрепления здоровья населения.

Данный документ раскрывает основные направления работ и механизмы их реализации на период до 2010 года. Значительное место в Стратегическом плане уделено здоровью женщин и детей до 7 лет.

В нем обозначены следующие направления<sup>1</sup>:

- обеспечение доступности и качества медицинской помощи, оказываемой службами репродуктивного здоровья, дородовой, перинатальной и педиатрической помощи, для городского и сельского населения области;
- снижение показателя младенческой смертности;
- сокращение числа новорожденных с массой тела менее 2500 г.;
- сокращение смертности и инвалидности, связанных с несчастными случаями и актами насилия в отношении детей до 5 лет;
- сокращение различия между городским и сельским населением по показателям младенческой, неонатальной и постнеонатальной смертности и мертворождаемости;
- увеличение доли младенцев, находящихся на грудном вскармливании.

Перечисленные направления будут положены в основу целевой программы «Здоровый ребенок», направленной на повышение безопасности материнства, охрану здоровья детей и развитие планирования семьи.

---

<sup>1</sup> Стратегический план охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области. – 2002 – с. 5.

Задачами программы послужат следующие положения<sup>1</sup>:

- ⇒ улучшение социально-экономического положения семьи;
- ⇒ совершенствование акушерско-гинекологической и специализированной медицинской помощи детям;
- ⇒ обеспечение доступной и качественной медицинской помощи, оказываемой службами репродуктивного здоровья;
- ⇒ обеспечение непрерывной и качественной подготовки и переподготовки патронажных сестер по вопросам, связанным с организацией ими профилактической работы и освоением навыков общения с родителями;
- ⇒ развитие информационной системы по проблемам профилактики абортов, безопасности материнства, грудного вскармливания и воспитания здорового ребенка;
- ⇒ развитие службы планирования семьи; охрана репродуктивного здоровья населения; подготовка детей и молодежи к семейной жизни;
- ⇒ создание постоянно действующей системы распространения знаний по формированию здорового образа жизни женщин фертильного возраста;
- ⇒ организация контроля за качеством питания, медицинского обслуживания и освоения детьми навыков здорового поведения в детских дошкольных учреждениях;
- ⇒ совершенствование системы охраны здоровья школьников;
- ⇒ усиление общественного контроля за соблюдением прав детей – для предупреждения жестокого и негуманного обращения с ними.

Особенностью обсуждаемого Стратегического плана является очень важный, на наш взгляд, момент: в каждом разделе оговаривается перечень ведомств, участвующих в решении данной проблемы. Тем самым создана предпосылка для развития межведомственного сотрудничества, что необходимо при создании условий для охраны и укрепления здоровья детей.

Как нам представляется, интересно и важно было бы формирование ежегодного доклада «О здоровье населения Вологодской области», основу которого составили бы результаты выполнения Стратегического плана. Организационное и научное руководство подготовкой доклада мог бы осуществлять научно-экспертный совет.

---

<sup>1</sup> Там же. – С. 5.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Реальная ситуация в отношении здоровья детского населения Вологодской области и России в целом достаточно сложна. В представленных в книге материалах подробно рассматриваются многие проблемы детского здоровья, начиная с общих характеристик и заканчивая обсуждением влияния на его формирование различных факторов и территориальными аспектами.

Результаты обсуждения позволяют сделать вывод о преобладании негативных тенденций в здоровье и развитии детей. Отмечается постепенное увеличение болезненности детей во всех возрастных группах. Нарастает патология, имеющая хроническое течение, в том числе анемия, болезни системы кровообращения, эндокринной системы, болезни обмена и нарушения питания, новообразования.

Согласно прогнозам, к 2015 году в России доля здоровых детей среди новорожденных сократится до 15 – 20%, а доля новорожденных, страдающих врожденными и приобретенными хроническими болезнями, увеличится до 20 – 25%.

Решение непростых задач по укреплению здоровья детей возможно лишь на основе реализации адекватных и своевременных мер, направленных на снижение негативных последствий процессов, происходящих в настоящее время в семье, в экономике, в обществе.

Существующие на сегодняшний день общероссийские программы укрепления детского здоровья не смогли улучшить положение ни в регионах, ни в России в целом. При этом современная ситуация в Вологодской области такова, что имеются все предпосылки для изменения тенденций в сторону улучшения здоровья детей.

Самое важное, что необходимо сделать сегодня, – это сконцентрировать усилия заинтересованных ведомств в вопросах охраны и укрепления детского здоровья. Только так удастся изменить ситуацию и общественное мнение в отношении здоровья.

К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова

# ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

---



## К ЧИТАТЕЛЯМ

Происходящие в последние годы в России коренные социально-экономические преобразования сопровождаются обострением накопившихся за многие десятилетия жизненно важных проблем, одной из которых является проблема охраны психического здоровья населения. Наблюдаемые в последнее время такие негативные тенденции, как рост числа психических больных, алкоголизация населения, распространение наркомании, в том числе среди детей и подростков, расширение масштабов эпидемии ВИЧ/СПИДа, высокий уровень смертности населения от самоубийств, криминализация общества и другие, – свидетельствуют о том, что все большее значение приобретают социальные аспекты возникновения, распространения и последствий психических расстройств.

Основные причины роста числа психических расстройств в современном мире, по мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, – это возрастание плотности населения; урбанизация; разрушение природной среды; усложнение производственных и образовательных технологий; лавинообразно нарастающий информационный прессинг; рост числа чрезвычайных ситуаций; ухудшение физического, в том числе репродуктивного, здоровья; рост числа травм головного мозга и родовых травм; интенсивное постарение населения.

Все вышеуказанные причины в полной мере относятся и к населению России. Наряду с ними наблюдается ряд социально-культурных тенденций, которые оказывают воздействие на психическое здоровье. Это ослабление семейных и соседских связей и взаимопомощи, все более усиливающееся у индивидуумов чувство отчужденности от государственной власти и системы управления, превалирование материальных ценностей над духовными, распространение половой свободы, быстрое увеличение социальной и географической мобильности. Кризисное состояние общества, резкие экономические изменения со сни-

жением уровня жизни, смена ценностей и идеологических представлений, межнациональные конфликты, а также природные и техногенные катастрофы, вызывающие миграцию населения, ломка жизненных стереотипов – существенным образом отражаются на психическом состоянии людей, порождают у них стрессы, фрустрацию, тревогу, чувство неуверенности, депрессию.

Значительная часть существующих проблем охраны психического здоровья связана с применяемой в недавнем прошлом ошибочной концепцией здравоохранения в целом и психиатрической помощи – в частности. Исходя из идеологии ложно понимаемого гуманизма, система здравоохранения в нашей стране многие годы была ориентирована исключительно на больных людей, отдавая им практически все социальные и медицинские ресурсы. Здравоохранение боролось с болезнями, но не занималось охраной здоровья. Декларируемое все эти годы профилактическое направление в медицине в отношении большинства неинфекционных заболеваний, включая психические, не было реализовано, в первую очередь – в силу установления неверной причинной обусловленности возникновения заболеваний.

В последние годы в стратегии развития отечественных психиатрических служб наметился переход от преимущественно медицинской, нозоцентрической к биопсихосоциальной модели помощи, к полипрофессиональному бригадному (психиатр, психолог, социальный работник) ведению больных со смещением в доминировании от биологических, психофармакологических к психотерапевтическим, социотерапевтическим методам лечения с целью восстановления пациентов в их психологических, социальных связях, повышения их социальной компетенции. Отсюда возникает возможность расширения социальных аспектов деятельности диспансеров и работы с наиболее социально уязвимыми группами психически больных. Смена парадигмы психиатрии с организмо-центрического на эволюционно-популяционный подход заставляет исследователей искать новые критерии, отражающие динамику ментальных, психологических и социальных составляющих психического здоровья.



Суть переориентации общественного сознания и государственных чиновников в отношении проблемы психического здоровья нации сводится к созданию социально-этической доминанты охраны психического здоровья здорового человека. Для профилактики, как системы и как службы, это означает, что в центре ее внимания должны находиться здоровые мать и отец, здоровый ребенок, здоровый человек труда, здоровый образ жизни, трудовой деятельности и старости. Организация исследований качества жизни перечисленных социальных групп населения позволит, таким образом, и трансформировать представления о состоянии психического здоровья, и создать эффективные механизмы влияния на тревожную в настоящий момент ситуацию в регионе.

Представляемая читателю книга, подготовленная специалистами Департамента здравоохранения Вологодской области и Вологодским научно-координационным центром ЦЭМИ РАН, являет собой попытку системного осмысления проблем психического здоровья на региональном уровне. Надеемся, что эта работа поможет в развитии системы психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи, а также в выборе основных направлений охраны и укрепления психического здоровья населения региона.

*А.А. Коляшко,  
начальник Департамента здравоохранения  
Вологодской области*

## ПРЕДИСЛОВИЕ

В последние годы в мировой практике становится все более очевидным, что деятельность по охране психического здоровья населения должна войти в число наиболее приоритетных для большинства стран в силу тех социальных последствий, которые вызывают негативные явления в этой сфере. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, масштаб проблемы дает основания рассматривать психические болезни (включая алкоголизм и наркоманию) в качестве основной угрозы здоровью и продуктивности нации во всем мире<sup>1</sup>. С экономической точки зрения это означает непосредственную угрозу трудовому потенциалу населения, от качества которого зависит развитие производительных сил и экономики в целом.

Для нашей страны эта проблема не менее актуальна. Во-первых, Россия не избежала распространения присущих всем странам мира, особенно в последнюю четверть века, так называемых «болезней цивилизации», вызванных информационным и технологическим взрывом, ускорением темпов современной жизни, социальной напряженности, повседневными стрессами, приводящими к серьезным трудностям психической адаптации. Во-вторых, коренные социально-экономические преобразования 1990-х годов вызвали существенные изменения в образе жизни населения, его иерархической структуре и системе ценностей, затронув все базисные потребности личности, в том числе главные: пищевые, половые, репродуктивные, территориальные, а также национальной и культурной идентификации, профессиональной самореализации, самоуважения и ряд других. Все это сопровождалось значительным увеличением различных дезадаптивных расстройств, абсолютным и относительным ростом психопатологии и социопатий<sup>2</sup>, что привело к значительному росту невротизации населения и на протяжении последнего десятилетия.

Изменения в социально-экономической сфере (как результат трансформационных процессов) оказали и продолжают оказывать неблагоприятное воздействие на духовную сферу жизни российского общества. Так, например, установлена количественная

---

<sup>1</sup> Психическое здоровье нации // [http://www.bis-nn.ru/dr\\_fom/nr\\_25/zdorov.htm](http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25/zdorov.htm).

<sup>2</sup> Там же.

связь между уровнем безработицы и различными формами девиаций. При увеличении безработицы на 1% наблюдается параллельный рост уровня самоубийств (на 4,1%), убийств (на 5,7%), первичных обращений в психиатрические лечебницы (на 3,3%), тюремных заключений (на 4%), смертности от алкоголизма (на 1,9%) и т. д.<sup>1</sup> Если учесть, что до начала 1990-х годов безработицы как таковой в стране вообще не существовало, а с 1992 г. по 2001 г. ее общий уровень среди трудоспособного населения вырос с 5,1 до 8,6%<sup>2</sup>, последствия такого резкого скачка самым неблагоприятным образом отразились в сфере психического здоровья. По имеющимся официальным данным, совпадающим с оценками независимых экспертов ВОЗ, в России в квалифицированной психолого-психиатрической помощи в настоящее время нуждаются около 15 – 20% населения, то есть около 25 млн. человек<sup>3</sup>. Исходя из этого проблема психического здоровья в России находится в числе приоритетных.

Осознание опасности складывающегося положения постепенно приводит к актуализации этой проблемы в управленческой сфере. В 1995 г. Правительством Российской Федерации была принята Федеральная программа «Неотложные меры по совершенствованию психиатрической помощи (1995 – 1997 гг.)», которая фактически не выполнялась из-за отсутствия финансирования. Однако в ряде регионов страны за счет реализации региональных программ развития психиатрической помощи, привлечения внутренних резервов и внедрения новых методов диагностики и терапии наметилась тенденция к улучшению качества психиатрической помощи. Это связано с совершенствованием правового регулирования психиатрической помощи, внедрением новых научных разработок по формированию сетей и структуры учреждений, оказывающих психиатрическую и психотерапевтическую помощь, появлением новых лекарственных препаратов, интенсивным развитием психотерапии, сближением специализированной и общемедицинской службы,

---

<sup>1</sup> Гундаров И.А. Парадоксы российских реформ. Уроки исторического идеализма (в графиках и таблицах). – М., 1997. – С. 68.

<sup>2</sup> Российский статистический ежегодник: Стат.сб. /Госкомстат России. – М., 2001. – С. 42.

<sup>3</sup> Психическое здоровье нации // [http://www.bis-nn.ru/dr\\_fom/nr\\_25/zdorov.htm](http://www.bis-nn.ru/dr_fom/nr_25/zdorov.htm).

увеличением числа врачей-психиатров и специалистов смежных специальностей (психологов, социальных работников), привлекаемых к работе в психиатрических учреждениях.

В 1999 – 2000 гг. в Вологодской области была разработана концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области», в которой изложены основные направления здравоохранительной политики в регионе на перспективу<sup>1</sup>. В ней, в частности, указывается, что «проблема психического здоровья, а также отношения к лицам с психическими проблемами должна стать предметом широкого обсуждения» и на одно из важнейших мест ставится задача улучшения психологического климата, психосоциального состояния и психического здоровья населения (задача 3.6)<sup>2</sup>.

С точки зрения научного обеспечения поставленной задачи значимым является проведение широких массовых исследований социально-психологического климата и психического здоровья населения. Опыт показывает: наиболее адекватным методом изучения при этом является анализ здоровья в исторически-хронологической динамике на эпидемиологическом (следовательно, массовом) материале<sup>3</sup>. Он должен носить комплексный характер, с одновременным участием ряда специалистов не только в области клинической медицины, гигиены, экологии, психологии, педагогики, но и в области социологии – с целью выявления истинных масштабов распространенности тех или иных негативных процессов.

Начиная с 2000 г. Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН совместно с Департаментом здравоохранения Вологодской области проводит научно-исследовательские работы,

---

<sup>1</sup> Концепция утверждена на коллегии при Губернаторе Вологодской области в апреле 2000 г.

<sup>2</sup> Концепция «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». – Вологда, 2000. – С. 16.

<sup>3</sup> Хохлов Л.К., Шипов А.А., Горохов В.И. Психическое здоровье населения и современные экологические, социокультуральные влияния // [http://www.yspu.yar.ru/vestnik/uchenuye\\_praktikam/4\\_9](http://www.yspu.yar.ru/vestnik/uchenuye_praktikam/4_9).

целью которых выступает комплексное эмпирическое и теоретическое изучение социально-психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и выработка направлений, способствующих выявлению и предупреждению негативных тенденций, стабилизации и улучшению ситуации в этих сферах регионального сообщества.

В настоящей работе отражены текущее состояние и динамика различных показателей социально-экономической и социально-политической жизни региона с целью определения возможного влияния данных факторов на ситуацию в сфере общественной психики; дана оценка социально-психологического климата и психического здоровья населения, рассмотрен уровень распространения в регионе различных негативных психических состояний; определен уровень потребности жителей области в квалифицированной помощи психологов, психотерапевтов, психиатров, наркологов, социальных педагогов и специалистов по социальной работе и возможности ее получения, а также рассмотрены направления и мероприятия по охране психического здоровья вологжан.

## ГЛАВА 1

### ПРОБЛЕМА ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ В СОВРЕМЕННОМ МИРЕ

Всемирная организация здравоохранения определила здоровье как состояние полного физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней или физических недостатков. Понятие «полное здоровье» включает физическое, социальное и психическое здоровье. Эти три стороны здоровья существуют как единое целое, обуславливая друг друга<sup>1</sup>. Поэтому сегодня, говоря о здоровье, нужно иметь в виду не только физическое состояние человека, но и состояние его психоэмоциональной и ценностно-нравственной сфер, степень его социальной адаптации.

Под физическим здоровьем понимается нормальная работа всех органов и систем человеческого организма. Социальное здоровье – это уважение общечеловеческих ценностей, морали и законов, успешная социальная адаптированность. Наконец, *психическое здоровье* – это состояние душевного благополучия, характеризующееся отсутствием болезненных психических проявлений и обеспечивающее адекватную условиям окружающей действительности регуляцию поведения, деятельности<sup>2</sup>.

Содержание понятия психического здоровья не исчерпывается медицинскими и психологическими критериями. В нем всегда отражены общественные и групповые нормы и ценности, регламентирующие духовную жизнь человека. К основным критериям психического здоровья следует отнести: соответствие субъективных образов отражаемым объектам действительности и характера реакций – внешним раздражителям, значению жизненных событий; адекватный возрасту уровень зрелости эмоционально-волевой и познавательной сфер личности; адаптивность в микросоциальных отношениях; способность самоуправления поведением, разумного планирования жизненных целей и поддержания активности в их достижении и др.

---

<sup>1</sup> Ильина Л. Здоровье – это стиль и образ твоей жизни // <http://www.yakutia.ru/~resp/n29290/2-33.htm>.

<sup>2</sup> Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990.

В настоящее время наметился отход от отождествления понятий психического здоровья человека и серьезных отклонений от нормы – психических болезней, которые, как отмечается специалистами, составляют всего лишь малую долю в растущем общем объеме патологий, вызванных эмоциональными проблемами. Так, главный врач Службы здравоохранения США *Д. Сэтчер* в своем отчете за 1999 г., посвященном данным проблемам, особо подчеркнула, что «психическое здоровье» и «психическая болезнь» не являются диаметрально противоположными понятиями, а, скорее, должны рассматриваться как некоторые точки на непрерывной шкале<sup>1</sup>. В соответствии с этой концепцией, более широкое понятие психических отклонений охватывает не только острые тяжелые расстройства, но и более обычные состояния – например, депрессию, посттравматическое стрессовое расстройство, а также аддиктивные (зависимые) формы поведения.

Современная концепция охраны психического здоровья проистекает из идеи неразрывной связи между вышеупомянутыми тремя аспектами здоровья<sup>2</sup>, когда ухудшение одного из них влечет за собой ухудшение других. Идея эта обусловлена тем, что в современных, все более усложняющихся, интенсифицирующихся условиях жизни огромное влияние на общее и психическое здоровье человека, населения в целом приобретает широкий перечень социальных факторов. Психическое нездоровье в той или иной форме, в свою очередь, является запускающим моментом в развитии телесных заболеваний либо фактором, препятствующим выздоровлению. (Проведенные исследования исходов лечения инфаркта миокарда показали, что некомпенсированная депрессия повышает риск летального исхода на 60%.)

Такая ситуация заставила выделить в среде психических отклонений различной степени тяжести особые психосоциальные расстройства, обусловленные во многом именно социальными причинами (общая интенсификация жизни, повышение требований к человеку, смена социальных ценностей, резкое расслоение общества по уровню доходов, обнищание, безработица, соци-

---

<sup>1</sup> Ютан К. Что такое охрана психического здоровья // Наше здоровье. – 2000. – Т. 8. – №2 // <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

<sup>2</sup> Там же.

альные и национальные конфликты, техногенные аварии и катастрофы, войны, терроризм и пр.). В этой связи выделяются потенциальные группы риска – категории населения, находящиеся в ситуациях, способствующих более высокой опасности заболевания психическими и соматическими болезнями (беженцы и внутренние перемещенные лица; люди, живущие за чертой бедности; дети – сироты, выгнанные родителями из дому, живущие в обстановке насилия или совместно с алкоголиками или наркоманами; люди, живущие или побывавшие в зоне военных действий или вооруженных конфликтов, и т.п.). В особые группы зачислены лица, злоупотребляющие алкоголем, наркотиками и токсическими веществами, общее число которых в мире неуклонно растет.

От психосоциальных расстройств страдают не только сами заболевшие, но и их родные, близкие, соседи, все общество в целом<sup>1</sup>. Подобная ситуация заставила специалистов заговорить об «общественном психическом здоровье», под которым понимается уровень психического здоровья популяции, распространенность в ней психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, умственной отсталости и суицидов<sup>2</sup>. Общественное психическое здоровье выступает индикатором интеллектуального и нравственного состояния общества, его духовного потенциала. По мнению экспертов Всемирной организации здравоохранения, этот критерий отражает интеллектуальный потенциал нации, ее духовность<sup>3</sup>.

Сегодня проблема психического здоровья населения приобретает все большую остроту практически для всех стран мира. Согласно отчетам ВОЗ, степень ущерба, наносимого психическими заболеваниями здоровью и полноценной жизни людей, обществу в целом, долгое время недооценивалась. Между тем, данные подтверждают, что в мировом масштабе это бремя исключительно тяжелое. Как утверждается в фундаментальном

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Психология. Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990.

<sup>3</sup> Дмитриева Т. Столица калечит, но она и лечит // <http://www.mpg.ru/index.php?partID=1&ID=511>.



исследовании «Мировое бремя болезней», проведенном ВОЗ, Всемирным Банком и Гарвардским университетом, в масштабе всей планеты четыре из десяти основных факторов нетрудоспособности – именно психические заболевания<sup>1</sup>. Эти и другие поведенческие нарушения затрагивают сотни миллионов людей как в странах третьего мира, так и в промышленно развитых государствах. Например, исследование показало, что депрессия – четвертый по значимости источник ухудшения индекса здоровья населения, измеряемого числом лет нетрудоспособности, а к 2020 г. она переместится на второе место. В государствах с развитой рыночной экономикой психические болезни обуславливают более 15% общей заболеваемости, измеряемой количеством лет здоровой, полноценной жизни, потерянных раньше срока вследствие болезней или смерти.

Социально-экономические потери общества от депрессии весьма велики. Так, затраты на лечение депрессии в США в 1998 г. составили<sup>2</sup>:

Прямые затраты	5,8 млрд. долл.
Непрямые затраты:	
потери от нетрудоспособности	28 млрд. долл.
потери от смертности (суицид)	11,6 млрд. долл.
Итого	45,6 млрд. долл.
В т.ч. стоимость медикаментов	не более 3%.

Одной из главных предотвратимых причин смерти в мировом масштабе выступают самоубийства (70% всех суицидов приходится на больных депрессией; 70% больных, совершивших суицидальную попытку, посещали врача общей практики в течение 6 мес. до суицида), а среди всех причин, приводящих к смерти, по мировой статистике, суицид стоит на десятом месте<sup>3</sup>.

Особенную остроту проблема психического здоровья приобретает для развивающихся стран и новых независимых государств, образовавшихся после распада мировой социалистической сис-

<sup>1</sup> Ютан К. Что такое охрана психического здоровья // Наше здоровье. – 2000. – Т. 8. – №2 // <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

<sup>2</sup> По материалам конференции «Депрессия в практике психиатра: эпидемиология, клиника, терапия», состоявшейся 5 декабря 2002 г. в Санкт-Петербурге.

<sup>3</sup> Ютан К. Что такое охрана психического здоровья // Наше здоровье. – 2000. – Т. 8. – №2 // <http://www.aiha.com/russian/pubs/fall00/intro03.cfm>.

темы и характеризующихся серьезным ухудшением социальной ситуации (так, например, девять из десяти стран в списке государств с наивысшим уровнем самоубийств относятся к Восточной Европе<sup>1</sup>, а первые пять мест по смертности от суицида в мире занимают страны бывшего СССР<sup>2</sup>). Проблема психического здоровья в этих странах усугубляется необходимостью нести большие социальные и экономические затраты на ее решение. Наиболее серьезными причинами нетрудоспособности становятся депрессивные расстройства, самоповреждения, развитие слабоумия и алкоголизм. В ближайшие годы, кроме того, психическое здоровье людей в развивающемся мире будет тесно связано с их физическим здоровьем.

В нашей стране в настоящее время проблема психического здоровья населения также одна из самых острых. Чаще всего она рассматривается в контексте изучения проблемы общего здоровья населения (единство физического, психического, социального здоровья), которое за последнее десятилетие значительно ухудшилось, что проявилось в резком снижении рождаемости, росте смертности (особенно среди лиц трудоспособного возраста), заболеваемости и болезненности.

В этих условиях специалисты здравоохранения сосредоточили свое внимание на исследовании факторов, послуживших причинами такого значительного ухудшения ситуации. Доктор медицинских наук *И.А. Гундаров* провел обстоятельное эпидемиологическое обследование, направленное на выяснение причин эпидемии инфарктов и инсультов с началом реформ в России.

В своем поиске *И.А. Гундаров* выбирает довольно неожиданное направление: он обращается к теологической литературе, к психосоматическим исследованиям; пытается исследовать духовные процессы и даже измерять уровень греховности. Им разрабатывается два метода измерения уровня: первый – метод экспертных оценок; второй – основанный на статистических измерениях. Используя такой подход, ученый делает вполне конкретные выводы: главной причиной эпидемии инфарктов и инсультов,

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> По данным ВОЗ, к ним относятся Литва, Россия, Беларусь, Латвия, Эстония // Suicide rates. World Health Organization//[http://www.who5.int/mental\\_health](http://www.who5.int/mental_health).

роста стрессогенности в России является духовное насилие, насилие над духом (так, в частности, при анализе статистики была выявлена следующая закономерность: рост уровня убийств и самоубийств, как следствие негативных изменений в сфере общественной нравственности, предшествовал росту общей смертности на полгода–год)<sup>1</sup>. Роль факторов ухудшения ситуации сыграли не столько сами социально-экономические реформы, сколько методы, которыми они осуществлялись, и идеология, в рамках которой они проводились. Результаты исследований в русле нового методологического подхода И.А. Гундаров опубликовал в монографии<sup>2</sup>, где сделал главный вывод: духовное неблагополучие человека является прямой причиной социально-демографической катастрофы и общего ухудшения здоровья людей в России. Эта тенденция выражается, в первую очередь, в росте психосоматических – сердечно-сосудистых и иных «болезней цивилизации», в чрезмерной наркотизации (алкоголизации) населения, в увеличении смертности от психических расстройств, несчастных случаев, травм и отравлений.

Вывод И.А. Гундарова подтверждают и другие отечественные ученые. В 1991 г. сотрудниками Государственного научного центра социальной и судебной психологии им. В.П. Сербского было высказано предположение о наличии группы так называемых социально-стрессовых расстройств (на основе анализа состояния психического здоровья населения республик бывшего Советского Союза во время начавшейся во второй половине 1980-х гг. перестройки общества)<sup>3</sup>.

Социально-стрессовые расстройства (ССР) представляют собой особую группу невротических расстройств. Они развиваются прежде всего у людей, находящихся под влиянием макросоциальных общегрупповых психогенных факторов. ССР принципиально не отличаются от других нарушений, наблюдаемых в обычных и экстремальных условиях, однако они обусловлены общими причинами и одновременно развиваются у большого числа людей. Их массовому распространению способствовала

---

<sup>1</sup> Гундаров И.А. Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы: почему умирают в России, как нам выжить? – М.: Медиа-Сфера, 1995. – С. 10.

<sup>2</sup> Там же. – С. 100.

<sup>3</sup> Александровский Ю.А. Социально-стрессовые расстройства // Обозрение НИИ психиатрии и медицинской психологии им. В.М. Бехтерева. – СПб, 1992. – №2. – С. 3-12.

социально-психологическая ситуация, сложившаяся в России в реформенный период. Она привела к ломке общественного сознания и жизненной ориентации десятков миллионов людей.

Старые «общественные ценности» и ориентиры были «отменены», а формирование новых задерживается до сих пор. Развивающиеся вследствие этого у массы людей состояния психоэмоционального перенапряжения и психической дезадаптации по существу являются своеобразной коллективной травмой. К этому добавились фактическое разрушение духовной, средовой и экологической основы организации жизни миллионов людей, возникший экономический и политический хаос, безработица, обострение межнациональных конфликтов, локальные гражданские войны, появление миллионов беженцев, расслоение общества, рост гражданского неповиновения и преступности. Они стали основными причинами того, что в 1990-х годах произошло массовое переосмысление жизненных целей и крушение устоявшихся идеалов и авторитетов. Как следствие – утрата «смысла жизни», обнищание, затронувшее основные слои населения, недоверие к обещаниям руководства, отсутствие реальных надежд на улучшение ситуации.

Затянувшийся и нарастающий характер воздействия негативных внешних факторов обусловил множество мелких внутрилличностных и межличностных конфликтов. Эти конфликты в силу своей массовости создали огромный и трудноклассифицируемый конгломерат социально-психологической напряженности, на фоне которого у многих людей формируются психологические (доклинические) и клинически оформившиеся варианты социально-стрессовых расстройств<sup>1</sup>. По данным российских специалистов, которые регулярно представляются на информационно-практических конференциях «Психическое здоровье. Санкт-Петербург», ухудшение показателей психического здоровья населения происходит в основном за счет неврозов. До 70% населения России страдает этими психическими расстройствами<sup>2</sup>. Кроме того, до 30% россиян находятся в состоянии депрессии<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> Там же.

<sup>2</sup> Кузнецова М. Экономическая нестабильность увеличивает психические расстройства горожан // [http://win-www.medport.ru/medpb/8\\_2000.htm](http://win-www.medport.ru/medpb/8_2000.htm).

<sup>3</sup> Иванов И. Необъявленная война // <http://www.sakha.ru/sakha/smi/gazeta/yakutia/n29326/25-62.htm>.

Таким образом, в последнее десятилетие произошло общее ухудшение ситуации в сфере общественного психического здоровья. Радикальные и далеко не всегда продуманные изменения, происходящие в стране, вызвали изменение образа жизни, дискредитацию или игнорирование (на властном уровне, уровне различных элит, СМИ и пр.) одних ценностей в условиях, когда другие либо еще не найдены, либо не принимаются обществом. Значительное количество людей утратили смысл жизни, испытывают трудности социальной адаптации и самореализации. Реальностью стали снижение или исчезновение у конкретного человека психической установки на перспективу – мотивации на лучшую жизнь и деятельность на благо общества. Возникают негативные психические состояния, носящие устойчивый затяжной характер. Они, в свою очередь, способствуют ухудшению здоровья, заболеваниям, высокой смертности. В итоге страна теряет большое количество людей, утрачивается ее интеллектуальный, духовный, производственный и воспроизводственный потенциал.

Итак, общественное психическое здоровье – одно из важнейших условий существования и развития любого общества, основа благополучия и надлежащего качества жизни его членов, фундамент устойчивого экономического роста. Для проведения успешной государственной политики следует осознавать актуальность данной проблемы, а также учитывать условия формирования и развития социально-психологического климата, стрессогенные факторы, способные негативно повлиять на состояние психического здоровья.

## ГЛАВА 2

### СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ КАК ФАКТОР ФОРМИРОВАНИЯ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ АТМОСФЕРЫ В ОБЩЕСТВЕ

Современная российская действительность характеризуется наличием большого количества имеющих различную интенсивность, длительность и характер социальных, экономических, политических, экологических и других факторов, которые прямо или опосредованно воздействуют на процессы жизнедеятельности как отдельных индивидов, так и различных по составу социальных групп и слоев. С целью проследить возможное влияние различных социально-экономических, социально-политических факторов на состояние общественного психического здоровья, нами были проанализированы статистические данные Госкомстата, а также результаты регулярных социологических опросов жителей Вологодской области, проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН.

В число проблем, наиболее актуальных для России, 41% жителей Вологодской области включает снижение уровня жизни, затем – высокий уровень преступности (40%). Далее идет инфляция (37%), рост безработицы (30%), социальная незащищенность граждан (28%), рост алкоголизма (27%) и другие<sup>1</sup>. Население, как показывают опросы общественного мнения, постоянно испытывает серьезную обеспокоенность высоким уровнем преступности.

Важное значение для здоровья имеет материальное благосостояние. Следует отметить, что социально-экономические факторы оказывают влияние на здоровье не только своей абсолютной величиной, но и скоростью изменений. Если динамика происходит очень быстро, то человек не успевает к ней приспособиться и развивается патологический стресс (дистресс). Его воздействие проявляется в отношении широкого круга заболеваний. Так, начало 1990-х гг. характеризовалось в России возникновением мощного стрессогенного фактора. Произошло стремительное снижение уровня жизни, к которому общество не успело приспособиться. Например, заболеваемость населения в период с

---

<sup>1</sup> Согласно результатам регулярно проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН социологических опросов жителей региона (данные за 2002 г.).

1990 по 1994 г. возросла с 611,7 до 676,1 чел. на 1000 населения, следующий период роста наблюдался в 1995 – 2000 гг. (с 637,6 до 837 чел. на 1000 человек). Заболеваемость психическими расстройствами увеличивалась в 1990 – 1995 гг. (с 7,8 до 10,2 чел. на тыс. нас.) и 1997 – 2000 гг. (с 6,6 до 8,2 чел. на тыс. нас.)<sup>1</sup>.

В 1999 г. отмечались самые негативные за 1996 – 2002 гг. оценки уровня благосостояния. По-видимому, это было вызвано кризисом 1998 г. Начиная с 2000 г. происходит улучшение материального благополучия, т.к. жители области смогли адаптироваться к изменившимся условиям. Тем не менее четверть населения Вологодской области в 2002 г. считала, что личное материальное положение продолжает ухудшаться (рис. 1). Хотя и наблюдается устойчивая тенденция к постепенному росту позитивных оценок, удельный вес отмечающих рост благосостояния (11%) более чем в два раза меньше, чем тех, кто отмечает его снижение (26%).

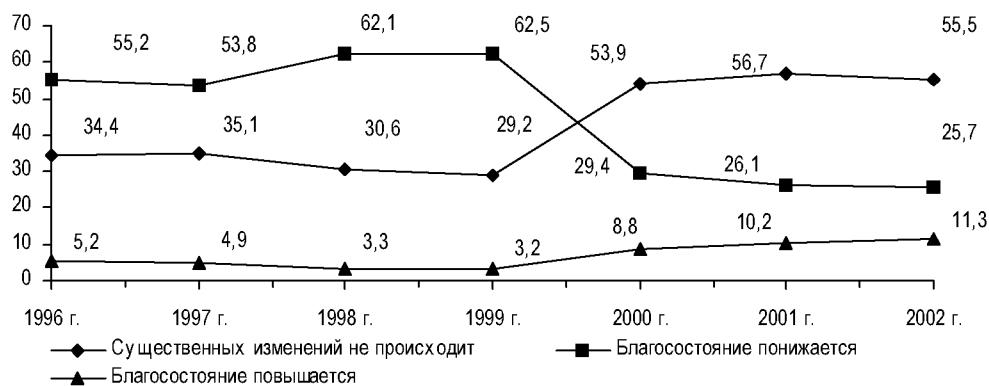


Рис. 1. Оценки изменения благосостояния в сравнении с предыдущим годом (в % от числа опрошенных)

Подобные тенденции отмечены и в динамике покупательной способности населения (рис. 2). Данный показатель за последние четыре года несколько повысился. В основном это выразилось в сокращении числа людей, чьих доходов хватает в лучшем случае на еду (в 1998 г. – 72%, в 2002 г. – 53%), и увеличении доли жителей региона, которым денег достаточно для приобретения необходимых товаров (с 24% в 1998 г. до 35% в 2002 г.). Таким образом,

<sup>1</sup> Стат. ежегодник Вологодской области в 1995 – 2001 годах. – Вологда: Вологодский облкомстат, 2001. – С. 9.

более половины населения находится в постоянных заботах о собственном выживании, а значит, не имеет возможности полноценно отдыхать, получать необходимые для здоровья лекарства и процедуры, заниматься любимым делом. Все это выступает постоянным стрессогенным фактором, способным повлечь срыв защитных механизмов, дезадаптацию в виде психических расстройств различного уровня – психосоматических, невротических, психотических.

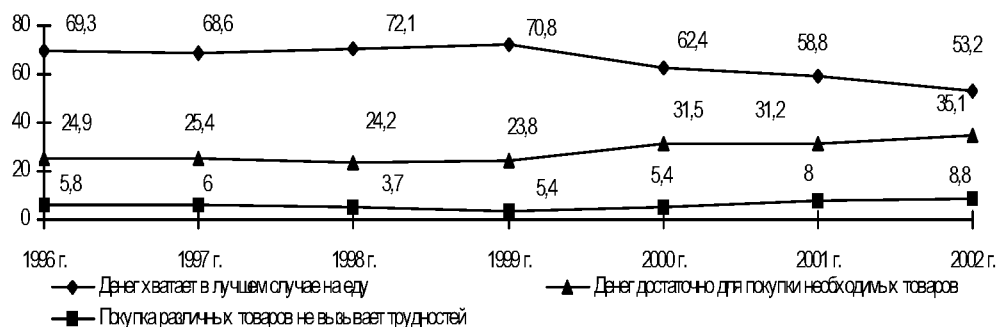


Рис. 2. Оценка покупательной способности населения (в % от числа опрошенных)

Около половины жителей региона продолжают считать себя бедными или нищими. Это, с одной стороны, выступает для них психотравмирующим фактором, а с другой – негативная самооценка сама по себе является одним из симптомов депрессивного расстройства. Следует отметить: некоторые позитивные тенденции в изменении структуры социальной самоидентификации в последние три года, безусловно, присутствуют. Согласно мнению жителей региона, с 1999 г. продолжает увеличиваться доля лиц «богатых» и «среднеобеспеченных» (с 23 до 39%) и сокращается удельный вес тех, кто относит себя к категории «бедных» и «нищих» (с 69 до 48%; рис. 3).

Еще один важный фактор, от которого зависит состояние общественной психики, условно можно назвать «запасом терпения». Это свойство, которое в значительной степени сглаживает негативное влияние внешней среды на психику индивида, сдерживая при этом действие деструктивных процессов. В последние годы «запас терпения» заметно возрос. Так, в 1998 г. практически 50% жителей были не способны дальше терпеть свое бедственное положение. В 2002 г. их доля насчитывала 20%, несмотря



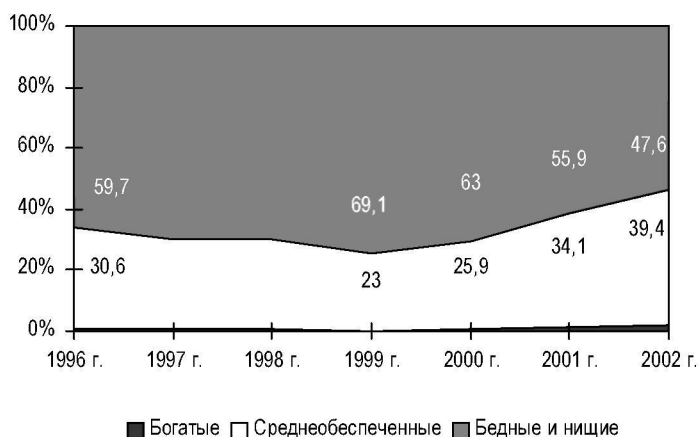


Рис. 3. Динамика социальной самоидентификации населения (в % от числа опрошенных)

на то, что половина респондентов отнесли себя к «бедным» и «нищим», денежных средств у которых хватает лишь на покупку продуктов питания. Корректная интерпретация полученных результатов без оценки психо-эмоционального состояния населения невозможна, поскольку аффективная (эмоциональная) адекватность и оценка окружающей действительности напрямую зависят от последней. Доля населения региона, которая считает, что можно жить, не испытывая трудностей, либо терпеть, несмотря на трудности, второй год держится на уровне 70% (рис. 4).

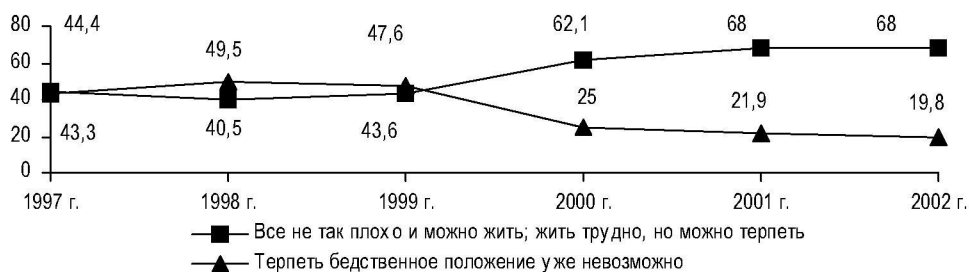


Рис. 4. Динамика уровня запаса терпения населения (в %)

Таким образом, начиная с 1999 г. отмечается некоторое улучшение показателей социально-экономического положения населения, судя по их собственным оценкам, вследствие чего наблюдается и рост «запаса социального терпения». В 2002 г. зафиксированы самые высокие показатели по сравнению с предыдущими годами исследований.

Тем не менее четверть населения продолжает ощущать, что личное благосостояние понижается, половина жителей считают себя бедными или нищими и имеющиеся материальные средства тратят лишь на приобретение продуктов питания. Однако каждый пятый респондент отмечает, что терпеть свое бедственное положение больше не может. Все это создает условия для распространения в обществе различных психосоциальных патологий (невротических расстройств, алкоголизма, наркомании, различных проявлений агрессии).

При исследовании и анализе субъективных оценок населением уровня собственного благосостояния, а также «запаса терпения» нами было отмечено значительное улучшение показателей, происходившее с конца 1999 г. Почему именно в этот период? При оценке изменений в экономической и политической ситуации в стране ответ на заданный вопрос становится более очевидным.

Во-первых, мы уже говорили о шоке, который испытали жители всей страны во время кризиса в августе 1998 г., когда осознали, что государство не способно защитить интересы простых граждан (в том числе их сбережения). Однако спустя год-два население страны в целом и региона в частности сумело приспособиться к ситуации, изменившейся в последнее время.

Во-вторых, повышался, начиная с 1999 г., рейтинг властных структур федерального значения. Значительно (в 7,5 раза) увеличилась степень одобрения населением деятельности Президента РФ (с 9 до 67%; рис. 5). Позитивная оценка деятельности Правительства РФ возросла за аналогичный период с 30 до 42%. В целом, на наш взгляд, заметны позитивные изменения, вызванные вступлением на пост Президента РФ В.В. Путина, однако около трети населения не одобряет проводимую им политику и испытывает при этом различные негативные эмоции.

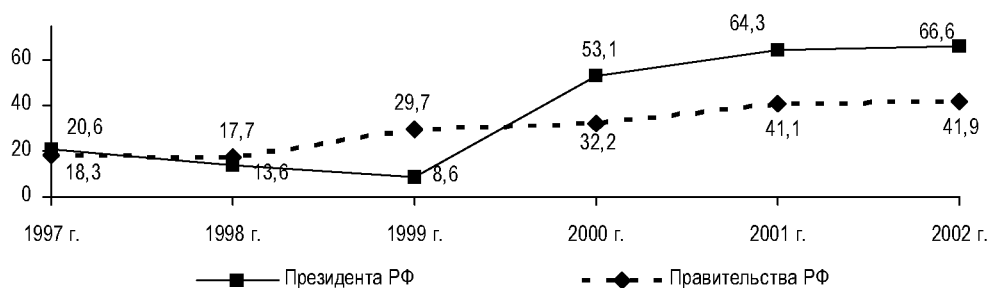


Рис. 5. Уровень одобрения населением деятельности президента, правительства (доля одобряющих, в %)

Удельный вес граждан, которые полагают, что обстановка является благополучной и спокойной, за период с 1998 по 2002 гг. увеличился с 4 до 26% (рис. 6). Доля жителей области, считающих ее напряженной, критической или взрывоопасной, сократилась с 89% в 1998 г. до 59% в 2002 г. Но все же, несмотря на позитивные тенденции, около 60% опрошенных продолжают ощущать беспокойство по поводу политической обстановки в стране.

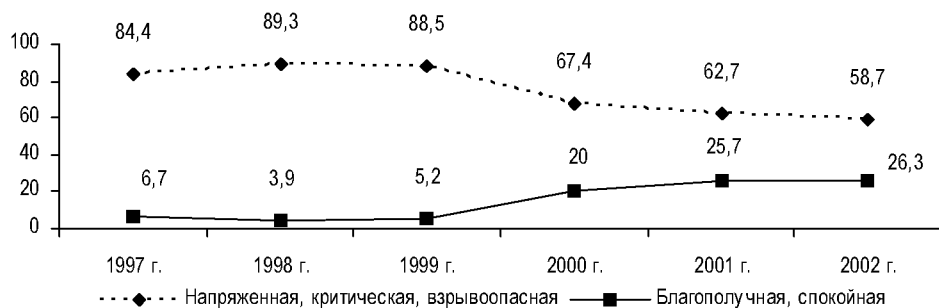


Рис. 6. Оценка населением политической обстановки в России (в % от числа опрошенных)

Население оценивает перспективу развития политической ситуации следующим образом: около трети жителей региона предполагают ее улучшение, около четверти – ухудшение, наибольшая их часть (более 40%) затрудняются определить характер ее изменений в будущем. Таким образом, две трети населения недовольны настоящей политической ситуацией и находятся в состоянии ожидания возможных негативных ее изменений в ближайшем будущем.

Мы уже говорили, что жители региона считают одной из наиболее острых проблем современной жизни криминализацию общества.

Распространение преступности и других социальных патологий является отражением негативного психологического климата, накопления напряжения в меж- и внутриличностных отношениях. Показатели распространенности социальных патологий служат индикаторами, свидетельствующими о степени социального неблагополучия, о неблагополучной психологической, ценностно-нормативной обстановке в обществе. Сведения о степени негативных изменений в общественных отношениях можно почерпнуть из данных региональной статистики и социологических опросов населения.

Официальные данные<sup>1</sup> говорят о том, что за последнее десятилетие криминальная обстановка в регионе стала более напряженной. Количество преступлений в 2002 г. возросло на 47% по сравнению с 1991 г.<sup>2</sup> В то же время наблюдается некоторое снижение данного показателя (на 21%) по сравнению с 1999 г. Однако продолжает неуклонно расти распространенность таких явлений, как хулиганство (на 65% в 1991 – 2002 гг.), грабежи и разбои (на 137%; таблица).

**Криминогенная обстановка в Вологодской области**  
(в среднем преступлений за месяц)

Показатели	1991 г.	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	Темпы роста к 1991 г. (в %)
Зарегистрировано случаев преступлений	1578,3	2279,2	2337,6	2148,7	2594,1	2949,9	2888,9	2878,4	2322,2	147,1
Из них:										
- убийства	15,6	18,8	21,1	20,3	19,8	20,7	20,0	24,2	21,4	137,2
- хулиганства	110,7	194,4	182,8	141,8	160,8	162,7	163	178,3	182,6	164,9
- изнасилования и покушения на изнасилование	8,2	7,5	6,9	6,9	10,2	9,5	8,7	9,7	9,5	115,9
- грабежей и разбоев	72,3	127,3	121,9	115,9	137,5	157,9	164,4	170,6	171,8	237,6

Как же данная ситуация отражается на повседневной жизни людей?

Учитывая большое значение вопросов, касающихся условий личной безопасности населения и его отношения к правоохранительным органам, ВНКЦ ЦЭМИ РАН регулярно (2 раза в год) проводит их изучение в рамках мониторинга общественного мнения.

Следует отметить, что, несмотря на некоторое улучшение ситуации в сфере собственной безопасности после 1999 г., с 2001 г. наблюдается рост тревожности жителей региона. По-прежнему достаточно острой остается проблема безопасности населения. Только его треть чувствует себя в безопасности на улице вечером, лишь две трети – днем и три четверти – дома (рис. 7).

<sup>1</sup> О положении в экономике и социальной сфере Вологодской области в январе – октябре 2002 г.: Доклад Госкомстата РФ. – Вологда, 2002.

<sup>2</sup> Статистический ежегодник Вологодской области. 2001 г. – С. 90.

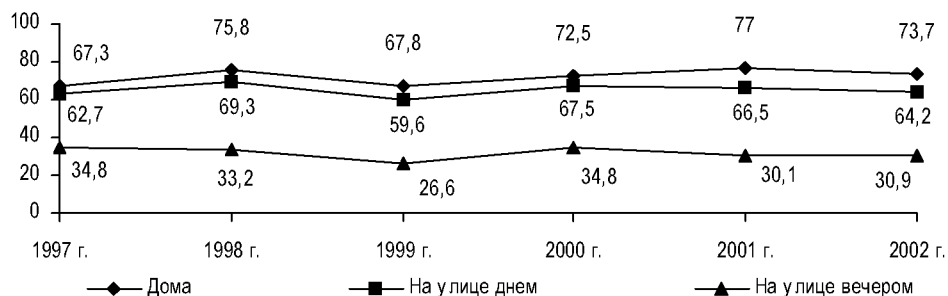


Рис. 7. Чувствуете ли Вы себя в безопасности в настоящее время (дома, на улице днем и вечером)? (позиция ответов «да», в % от числа опрошенных)

Согласно официальным данным, отмечено снижение количества преступлений в целом, тем не менее нервозность, тревога и страх у жителей области не только не снижаются, но остаются на очень высоком уровне. В чем причина подобного отношения населения к проблеме преступности? Возможно, определенную роль играет обилие в средствах массовой информации сюжетов, фильмов, публикаций на криминальную тему, что само по себе является психотравмирующим фактором, а также нагнетает страх в обществе, порождает агрессию и девиантные формы поведения. По результатам социологического опроса, проведенного ВНКЦ ЦЭМИ РАН в 2000 г., 36% опрошенных каждый день сталкиваются с изображением насилия, «чернухой» на телеэкранах, столько же жителей региона полагают, что это следует запретить. Половина населения считает, что необходимо существенно ограничить демонстрацию подобных сюжетов.

Оградить население от конкретных криминогенных проявлений призваны правоохранительные органы, и прежде всего работники милиции. Однако результаты регулярно проводимых ВНКЦ ЦЭМИ РАН социологических опросов показывают: складывающееся отношение населения области к органам внутренних дел в целом нельзя назвать позитивным, несмотря на его тревогу по поводу собственной безопасности.

Причиной подобного недоверия органам охраны общественного порядка выступает убежденность в том, что милиция в настоящее время не может справиться с преступностью (66% жителей области). Позитивное мнение имеет только каждый десятый из числа опрошенных.

Таким образом, по оценкам респондентов, криминогенная обстановка в регионе является тревожной, а милиция, призванная решать подобные проблемы, недостаточно компетентна и активна в своих действиях. Все это в результате становится дополнительным психотравмирующим фактором для вологжан.

Итак, нами было проанализировано возможное влияние различных социально-экономических, социально-политических факторов на психическое состояние жителей региона, а также на общую ситуацию в сфере общественной психики. Отмечен рост некоторых позитивных оценок населения в последние 2–3 года. Но насколько устойчиво это улучшение, основанное преимущественно на высоком рейтинге Президента РФ В.В. Путина? Тот факт, что значительная часть респондентов считают себя бедными и нищими, вынужденными постоянно заботиться о первичных потребностях, оценивают политическую ситуацию как напряженную, критическую, взрывоопасную, опасаются пребывания на улицах вечером и днем, а также не чувствуют себя в безопасности даже дома, – свидетельствует о состоянии хронического стресса, который неизбежно приводит к изменениям в человеческой психике. Представленный перечень факторов воздействия на социально-психологический климат и психическое здоровье не является всеобъемлющим и в дальнейшем, безусловно, нуждается в расширении. Вместе с тем результаты исследования приводят к неутешительным прогнозам развития ситуации в сфере общественного психического здоровья в случае отсутствия комплексного подхода к решению данной проблемы на всех уровнях власти, во всех сферах общественной жизни.

## ГЛАВА 3

# ОБЩЕСТВЕННОЕ ПСИХИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ В РЕГИОНЕ

### 3.1. Социально-психологический климат

Концентрированным индикатором для фиксации воздействия различных социально-экономических, политических, экологических и других факторов на социально-психологический климат<sup>1</sup> выступает социальное настроение. Эмоциональное состояние людей, их поведение зависят от остроты социальных проблем и противоречий, удовлетворения социальных интересов, характеризующих деятельность человека.

Социальное настроение отражает особенности психической направленности, состояние духовной атмосферы общества в процессе экономического реформирования. Эмоциональное состояние людей, их поведение обуславливаются остротой социальных проблем и противоречий, степенью удовлетворения социальных интересов<sup>2</sup>.

Преобладание негативных тенденций в настроении на протяжении довольно длительного времени не может не сказываться на психическом состоянии человека. При слабоинтенсивных

---

<sup>1</sup> Данное понятие чаще используется для характеристики межгрупповых отношений. Однако, на наш взгляд, оно вполне применимо и для анализа социальных процессов в региональном сообществе. Под социально-психологическим климатом понимается (от греч. Klima – наклон, а также socium – общество и psihe – душа) качественная сторона межличностных отношений, проявляющаяся в виде совокупности психологических условий, способствующих или препятствующих продуктивной совместной деятельности и всестороннему развитию личности в группе. Важнейшие признаки благоприятного социально-психологического климата: доверие и высокая требовательность членов группы друг к другу; доброжелательная и деловая критика; свободное выражение собственного мнения при обсуждении вопросов, касающихся всего коллектива; отсутствие давления руководителей на подчиненных и признание за ними права принимать значимые для группы решения; достаточная информированность членов коллектива о его задачах и состоянии дел при их выполнении; удовлетворенность принадлежностью к коллективу; высокая степень эмоциональной включенности и взаимопомощи в ситуациях, вызывающих состояние фрустрации у кого-либо из членов коллектива; принятие на себя ответственности за состояние дел в группе каждым из ее членов и пр. Установлено, что между состоянием социально-психологического климата развитого коллектива и эффективностью совместной деятельности его членов существует положительная связь (Психология: Словарь / Под общ. ред. А.В. Петровского, М.Г. Ярошевского. – 2-е изд. – М., 1990).

<sup>2</sup> Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.

аффектах изменения в нервной системе незначительны и компенсируются силой воли самого человека. Во время сильных аффектов его работоспособность нарушается на некоторое время. Длительное действие слабых раздражителей отрицательного характера, особенно если они являются непрерывными, в итоге может привести к срыву деятельности нервной системы.

Видимо, в связи с некоторым ростом позитивных оценок экономической и политической ситуации в последние три года, отмечается улучшение показателей социального настроения. Так, если в 1999 г. доля жителей области, испытывающих «напряжение, раздражение» или «страх, тоску», была равна 64%, то в 2002 г. она уменьшилась до 43% (рис. 8). Удельный вес тех, кто испытывает «прекрасное настроение, нормальное, ровное состояние», с 1997 г. увеличился почти в 2 раза и составил 50% в 2002 г.

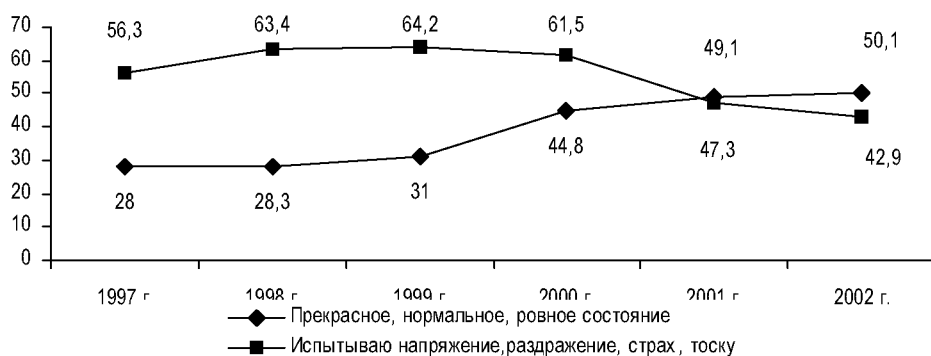


Рис. 8. Динамика показателя социального настроения (в %)

По-прежнему значительное влияние на настроение оказывает социальная самоидентификация респондентов. Чем выше оценивает человек свое общественное положение и уровень благосостояния, тем лучше его настроение. И напротив, снижение социального статуса влечет за собой серьезное ухудшение настроения (табл. 3.1). Обращает на себя внимание тот факт, что за чертой бедности («нищие») уровень напряжения по сравнению с «бедными» (39,6 и 43,6% соответственно) снижается (истощение напряженности аффекта), а уровень страха в группе «богатых» и «бедных» фактически одинаков (11,1 и 11,6%).

У жителей области, которые испытывают прекрасное или нормальное настроение, ровное состояние, фактический доход



Таблица 3.1

Зависимость настроения от социальной самоидентификации населения области в 2002 г. (в % от числа опрошенных)

Социальная самоидентификация	Доля в выборке	Настроение			
		Прекрасное настроение	Нормальное, ровное состояние	Напряжение, раздражение	Страх, тоска
		9,0	41,1	33,6	9,3
Богатые	2,0	<b>32,3</b>	35,6	18,2	11,1
Среднеобеспеченные	39,4	14,0	<b>53,0</b>	24,1	4,1
Бедные	37,9	4,0	33,9	<b>43,6</b>	<b>11,6</b>
Нищие	9,7	5,5	26,4	39,6	21,2

на одного члена семьи превышает прожиточный минимум. Те, у кого преобладает негативное настроение, напротив, имеют доход меньше данного уровня (рис. 9). Таким образом, повышение доходов является важнейшей предпосылкой улучшения социально-психологического состояния населения.

Помимо изучения социального настроения, «запаса социального терпения», смертности от убийств и самоубийств, в рамках исследования социально-психологического климата, проводимого с 2000 г. ВНКЦ ЦЭМИ РАН и департаментом здравоохранения Вологодской области, был измерен уровень социальной фрустрированности<sup>1</sup> населения региона.

По данным опроса жителей Вологодской области, в апреле – мае 2002 г. средний индекс фрустрированности в регионе уменьшился до 1,4 балла (по сравнению с 1,9 в 2000 г. и 1,7 в 2001 г.). Это соответствует очень низкому уровню фрустрированности (по шкале от 0 до 4 баллов; табл. 3.2).

<sup>1</sup> Фрустрация (frustratio – обман, тщетное ожидание) – это психическое состояние, возникающее вследствие реальной или воображаемой помехи, препятствующей достижению цели. Проявляется в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и др. Сила фрустрации зависит от степени значимости блокируемого поведения и субъективной близости достижения цели. Фрустрация усиливает мотивацию, когда причины ее рассматриваются человеком как устранимые, в результате появляется повышенное эмоциональное возбуждение и острое желание уничтожить преграды. Это природный механизм, запускающий природные резервы в случае помех в достижении цели, социально прогрессивен и индивидуально выгоден в лучшем приспособлении и функционировании людей. Фрустрация возникает только тогда, когда степень неудовлетворенности выше того, что человек может вытерпеть, то есть зависит от порога терпимости, толерантности каждого человека. Порог терпимости зависит от самооценки, характера ведущих мотивов личности и темперамента (Словарь социально-психологических понятий. – Лениздат, 1987).



Рис. 9. Среднемесячный доход в группах социального настроения в 2002 г. (в руб.)

По сравнению с 2000 и 2001 годами, в 2002 г. значительно увеличилась доля респондентов, у которых фрустрированность отсутствует или находится на очень низком уровне.

Таблица 3.2

Уровни социальной фрустрированности

Уровень фрустрированности	Баллы
Отсутствие фрустрированности	0,0 – 0,4
Очень низкий	0,5 – 1,4
Пониженный	1,5 – 1,9
Неопределенный	2,0 – 2,4
Умеренный	2,5 – 2,9
Повышенный	3,0 – 3,4
Очень высокий	3,5 – 4,0

Если в 2000 г. их было 26%, в 2001 г. – 36%, то в 2002 г. – 47% населения области (рис. 10). Продолжает сокращаться удельный вес опрошенных, у которых зафиксирован пониженный, неопределенный (с 58% в 2000 г. до 42% в 2002 г.), умеренный (с 11 до 6%), повышенный и очень высокий (с 5 до 1%) уровень фрустрированности.

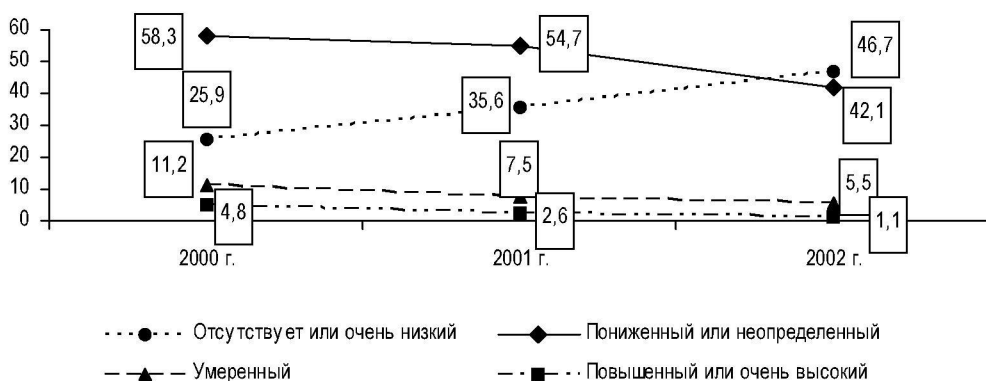


Рис. 10. Динамика групп населения по уровню социальной фрустрированности в 2000 – 2001 гг. (в %)

При этом наблюдается снижение уровня фрустрированности по всем измеряемым показателям. Однако это может быть вызвано именно тем, что население стало относиться ко многим препятствиям, возникающим на пути к достижению различных жизненных целей, как к неустрашимым.

Наиболее же высокие индексы по-прежнему фиксируются по таким позициям, как обстановка в обществе (государстве), личное материальное положение, сфера медицинского обслуживания. В 2002 г. индексы по этим позициям относятся к неопределенному уровню фрустрированности, в то время как в 2000 г. они составляли 2,5 баллов и более, что соответствовало умеренной фрустрированности. В наименьшей степени неудовлетворенность, как и прежде, затрагивает сферу личных взаимоотношений населения.

С целью выявить факторы, способствующие распространению фрустрированности в региональном сообществе, рассмотрим зависимость уровня фрустрированности жителей региона от их половозрастной принадлежности, уровня образования, семейного положения, социально-экономического статуса и др. и постараемся выделить на их основе «группы риска».

Так, у женщин фрустрированность в целом выражена несколько сильнее, чем у мужчин. При анализе по возрастному признаку обнаружено, что у лиц пенсионного возраста уровень фрустрированности выше, чем у лиц среднего возраста и молодежи (табл. 3.3).

Таблица 3.3

Зависимость уровня фрустрированности от пола и возраста (в баллах)

Показатель	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пожилой возраст
Средний уровень фрустрированности, в баллах	1,3	<b>1,4</b>	1,2	1,3	<b>1,4</b>
Доля в выборке, в %	41,3	58,7	13,6	34,9	51,5

Среди вдов (вдовцов), а также холостых (незамужних) респондентов и тех, кто состоит в зарегистрированном браке, зафиксирован очень низкий уровень фрустрации. Гражданский брак и особенно развод значительно повышают вероятность фрустрации (табл. 3.4).

Таблица 3.4

**Зависимость уровня фрустрированности от семейного положения**  
(в баллах)

Уровень тревоги и депрессии	Зарегистрированный брак и проживают совместно	Зарегистрированный брак, но проживают раздельно	Гражданский брак	Разведены	Холостые (не замужем)	Вдовы (вдовцы)
Средний уровень фрустрированности, в баллах	1,4	1,3	1,5	<b>1,8</b>	1,3	1,0
Доля в выборке, в %	50,7	2,6	7,2	5,7	24,0	8,6

Среди городских жителей (1,4 балла) фрустрированность выше, чем среди тех, кто проживает в сельской местности (1,2 балла).

Низкий образовательный статус человека снижает вероятность наличия у него фрустрированности (табл. 3.5). Наиболее высокий уровень фрустрированности обнаружен среди жителей региона, имеющих среднее специальное образование (1,5 балла).

Таблица 3.5

**Зависимость уровня фрустрированности от образовательного уровня**  
(в баллах)

	Начальное и неполное среднее	Среднее и среднее специальное	Высшее и незаконченное высшее
Средний уровень фрустрированности, в баллах	0,9	<b>1,4</b>	1,3
Доля в выборке, в %	15,8	53,3	29,7

Очевидна зависимость фрустрированности населения от социально-экономического положения респондентов, их общественного статуса, а также социальной самоидентификации. У респондентов, причисляющих себя к категории «богатых» (около 2% всех опрошенных) и «людей среднего достатка» (в 2002 г. к ним себя причислили себя 42% населения), фрустрированность соответствует очень низкому уровню. И наоборот, чем более бедным считает себя человек, тем выше уровень его фрустрированности (рис. 11).

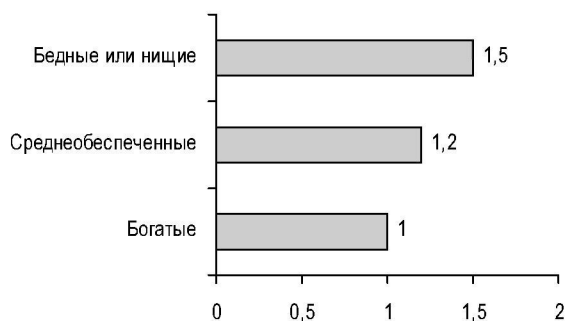


Рис. 11. Зависимость уровня фрустрированности от социальной самоидентификации (в баллах)

Подобное же соотношение выявляется в зависимости среднего уровня фрустрированности от размера среднедушевого дохода в семьях респондентов (табл. 3.6).

Таблица 3.6

Зависимость уровня фрустрированности от размера среднедушевого дохода в семье (в %)

Уровень фрустрированности	Ниже 1 прожиточного минимума	1 – 2 прожиточных минимума	Более 2 прожиточных минимумов
Очень высокий и повышенный	50,0	41,7	8,3
Умеренный	72,9	20,3	6,8
Неопределенный и пониженный	54,8	36,1	9,1
Очень низкий и отсутствие фрустрированности	50,1	35,5	14,4
Средний уровень фрустрированности (в баллах)	1,4	1,4	1,2

Следовательно, можно сделать вывод о том, что уровень социальной фрустрированности снизился по сравнению с 2000 – 2001 годами и составляет 1,4 балла (т.е. очень низкий уровень). Наиболее высокие индексы фрустрированности наблюдаются у женщин пенсионного либо среднего возраста, тех, кто находится в разводе либо проживает в гражданском браке, и тех, кто относит себя к категории «бедных» и «нищих». Нельзя вместе с тем игнорировать тот факт, что, согласно другим опросам, проведенным ВНКЦ ЦЭМИ РАН, значительная часть жителей региона считают себя бедными и нищими, вынужденными постоянно заботиться о первичных потребностях, оценивают политическую ситуацию как напряженную, критическую, взрывоопасную, опасаются пребывания на улицах вечером и днем, а также не чувствуют себя в безопасности даже дома. Все это свидетельствует о состоянии хронического стресса, данное описание соответствует классическому состоянию «фрустрации». Таким образом, отметим необходимость сопоставления и дополнительного анализа полученных результатов с другими методиками исследования психического здоровья населения, например с уровнем распространенности среди населения таких пограничных психических расстройств, как невроз, тревожное расстройство, депрессивное расстройство, с целью получения наиболее полной и достоверной информации о состоянии общественной психики, общественного психического здоровья.

### 3.2. Психическое здоровье населения: текущее состояние и перспективы

В современный период отмечаются неблагоприятные перемены в картине психического здоровья населения. Статистические данные показывают, что со времени начала социально-экономических реформ в Вологодской области произошел резкий рост смертности людей от психических расстройств: с 0,4 чел. на 100 тыс. населения в 1991 г. до 13,5 чел. в 1995 г. (по РФ – соответственно с 2,5 до 9,6 чел.). Впоследствии уровень смертности по этой причине снизился (в 2001 г., по данным Облкомстата, данный показатель был равен 4,8 случая на 100 тыс. нас.) ввиду усиления адаптационных механизмов, однако негативные тенденции в психическом состоянии населения не исчезли, они приняли, по-видимому, скрытый и затяжной характер. Об этом говорит ряд косвенных показателей: рост числа преступлений, суицидов, наркомании, алкоголизма и т.д.<sup>1</sup> Общая численность больных психическими расстройствами в России – 3,97 млн. человек (не считая лиц, больных наркоманией и алкоголизмом).

На 01.01.2003 г., по предварительным данным Областного бюро медицинской статистики, 29 334 человека страдали психическими расстройствами, причем 18 544 – в тяжелой форме и состоят на диспансерном учете, а остальные получают консультативную помощь.

По сравнению с 2001 г. в регионе возросла (на 16%) заболеваемость (впервые обратились за помощью к специалисту 3 862 жителей региона) и болезненность психическими расстройствами (на 6%; рис. 12).

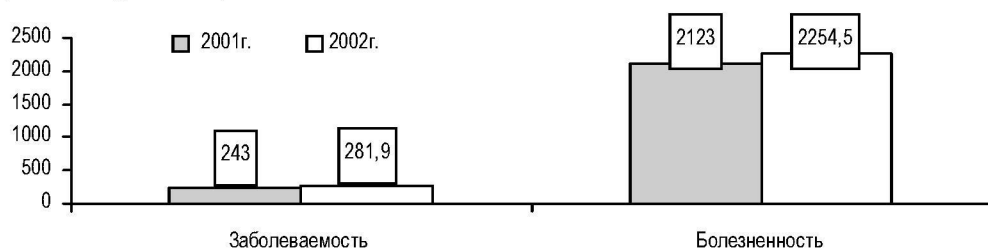


Рис. 12. Динамика заболеваемости и болезненности психическими расстройствами в 2001 – 2002 гг. (случаев на 100 тыс. населения)

<sup>1</sup> Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 117-124.

Наиболее опасная ситуация в сфере психического здоровья населения наблюдается в Сокольском, Междуреченском, Кирилловском и Сямженском районах (табл. 3.7).

Таблица 3.7

**Заболееваемость и болезненность психическими расстройствами в районах Вологодской области в 2002 г. (случаев на 100 тыс. населения)**

Район	Заболееваемость в 2002 г.	Болезненность в 2002 г.
Вытегорский	321,6	3307,9
Кадуйский	276,5	<b>3482,0</b>
<b>Кирилловский</b>	342,8	3015,7
Кичменгско-Городецкий	340,9	2522,8
<b>Междуреченский</b>	<b>724,7</b>	<b>3363,3</b>
Нюксенский	261,4	2890,8
<b>Сокольский</b>	<b>577,2</b>	<b>3960,4</b>
<b>Сямженский</b>	<b>469,2</b>	3226,1
Усть-Кубинский	314,0	2303,4
Шекнинский	353,2	2261,6
<b>В среднем по области</b>	<b>281,9</b>	<b>2254,5</b>

Заболееваемость тяжелыми психическими расстройствами увеличилась в период 2001 – 2002 гг. с 85 до 93 случаев на 100 тыс. нас. (на 10%), а пограничными расстройствами психики – со 159 до 189 случаев на 100 тыс. нас. (на 18%; табл. 3.8). За указанный период отмечается незначительное снижение количества подростков, которым впервые поставлен диагноз «психическое расстройство». Доля детей, поставленных в 2002 г. на диспансерное

Таблица 3.8

**Движение контингентов больных диспансерных и консультативных групп в 2001 – 2002 гг. (на 100 тыс. населения)**

Показатель	Тяжелые психические расстройства (диспансерное наблюдение)			Пограничные психические расстройства (консультативная группа)		
	2001 г.	2002 г.	Темпы прироста, в %	2001 г.	2002 г.	Темпы прироста, в %
Взято на учет	96	103,5	<b>107,8</b>	187	222,8	<b>119,1</b>
Из них: впервые в жизни:	85	93,4	<b>110,0</b>	159	188,5	<b>118,5</b>
– подростки	189	185	97,9	94	93,9	99,9
– дети	197	227,8	<b>115,6</b>	428	426,8	99,7
Снято с учета	89	83,5	93,8	221	168,9	76,4
Состоит на конец года:	1401	1425,2	<b>101,7</b>	721	829,3	<b>115,0</b>
– подростки	2833	2978,4	<b>105,1</b>	463	502,2	<b>108,5</b>
– дети	1781	1842,7	<b>103,5</b>	1725	1977,1	<b>114,6</b>

наблюдение в связи с психозом, шизофренией, непсихотическим расстройством, умственной отсталостью составила 228 на 100 тыс. нас., что превышает аналогичный показатель в 2001 г. на 15% (197 на 100 тыс. нас).

Болезненность тяжелыми и пограничными психическими расстройствами возросла в 2002 г. по сравнению с 2001 г., в том числе в группах детей и подростков. Так, консультативная помощь оказана 6 176 взрослым, 4 266 детям и 348 подросткам. На конец 2002 г. состояли на диспансерном учете в связи с тяжелым психическим заболеванием 12 504 взрослых, 3 976 (один из пятидесяти) детей и 2 064 (один из тридцати) подростка.

Доля лиц, снятых с учета, снизилась в 2002 г. как в диспансерной, так и в консультативной группе пациентов.

Анализируя причины постановки на учет и диспансерное наблюдение, можно сделать вывод о расширении в 2002 г. по сравнению с 2001 г. масштабов распространения психозов, умственной отсталости, непсихотических расстройств (табл. 3.9). Единственным диагнозом, частота постановки которого незначительно сократилась за указанный период, является шизофрения среди взрослого населения (число детей, которым впервые он поставлен, увеличилось с 1,3 до 1,4 на 100 тыс. населения). Высоким среди детей остается уровень распространения непсихотических расстройств (в 2002 г. впервые поставлен такой диагноз 236 детям).

Таблица 3.9

Заболееваемость и болезненность по нозологиям в диспансерной группе  
(на 100 тыс. нас.)

Показатель	Взято на учет		Впервые в жизни, всего		Впервые в жизни, детей		Снято с учета		Состоит на учете	
	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.	2001 г.	2002 г.
Психозы	31	<b>34,5</b>	27	<b>30,9</b>	35	<b>44,2</b>	29	<b>31,1</b>	531	<b>539,3</b>
Шизофрения	11	10,5	9	8,6	1,3	<b>1,4</b>	12	<b>13,6</b>	287	284,0
Непсихотические расстройства	42	<b>43,6</b>	38	<b>40,5</b>	96	<b>106,5</b>	36	28,4	407	<b>415,5</b>
Умственная отсталость	23	<b>25,4</b>	20	<b>22,0</b>	66	<b>77,1</b>	24	24,0	463	<b>470,4</b>
Всего	96	103,5	85	93,4	197	227,8	89	83,5	1401	1425



Негативные показатели психического здоровья, наблюдаемые среди детей и подростков, отмечаются и среди молодежи. Наиболее явно это демонстрируют результаты деятельности медицинской комиссии, дающей оценку состояния здоровья призывников. Так, по данным военного комиссара Вологодской области генерал-майора В. Варшавского, психические расстройства преобладают среди причин отнесения молодых людей к категории «не годен к военной службе» (в 2002 г. – 46,5% в данной группе) и к категории «ограниченно годен по состоянию здоровья» (23%). Среди оснований, по которым юноши «временно не годны к военной службе», болезни нервной системы и психические расстройства занимают четвертое и пятое место (10,5 и 8,3% соответственно).

Психические расстройства преобладают в структуре заболеваний, послуживших причиной:

а) предоставления отсрочек и освобождений от призыва на военную службу по состоянию здоровья (в 2000 г. – 13,7%, в 2001 г. – 18,7%, в 2002 г. – 19,5% от общего числа отсрочек и освобождений);

б) возврата призывников со сборного пункта области (12,1% от всех возвращенных с СПО);

в) возврата из войск по результатам призыва 2000 – 2001 гг. (в 2000 г. – 14 чел., в 2001 г. – 8 чел., в 2002 г. – половина всех возвращенных).

Помимо социально-экономических проблем современного общества отрицательное влияние на качество обеспечения призыва граждан на военную службу оказывают такие факторы, как неукомплектованность штатов военкоматов в отдельных административных территориях необходимыми специалистами (около 50%) и отсутствие у психологов и психиатров военных комиссариатов современных автоматизированных тестовых методик для выявления нервно-психической, эмоционально-волевой неустойчивости призывников, алкоголизма и наркомании.

За последние десять лет на 45,7% возросло число людей, страдающих неврозами, депрессиями и другими пограничными расстройствами психики. В рамках нашего исследования социально-психологического климата и психического здоровья региона были оценены уровни их распространения. Рассмотрим полученные результаты.

Частота проявлений неврозов<sup>1</sup> изучалась в апреле 2002 г. с помощью включенной в опрос общественного мнения экспресс-диагностики невроза. Мы выявили долю лиц, которые, в соответствии с данной методикой, имели признаки невротического расстройства (количество набранных ими баллов было выше 24). В 2002 г. их количество возросло (с 20% в 2001 г.) на треть и составило 27% от числа ответивших на вопросы методики.

Рассмотрим социальный портрет тех, кто набрал более 24 баллов. Среди мужчин их 22%, в то время как среди женщин этот показатель значительно выше – 36%. Три четверти последних находятся в пенсионном возрасте, а четверть – в среднем. Среди мужчин иная картина: 57% – относятся к возрастной группе от 30 до 60 лет, 24% – молодежь и только 19% – пенсионеры.

Семейное положение респондентов также оказывает влияние на наличие у них признаков невротического расстройства. Наибольшая доля опрошенных, набравших более 24 баллов, зафиксирована среди вдов (49%) и разведенных (39%). Наименьшее количество людей, имеющих симптомы невротического расстройства, среди холостых и незамужних (25%).

Зависимость наличия признаков невротического расстройства у жителей области от уровня образования следующая. Чем выше уровень образования, тем меньше вероятность появления данных симптомов. Так, если из числа опрошенных с начальным или неполным средним образованием признаки невротического расстройства отмечают 39%, то среди тех, кто получил среднее или среднее специальное образование, – 33%, а среди тех, кто имеет незаконченное высшее или высшее, – только 24%.

Среди сельских жителей симптомы данного расстройства распространены несколько больше (32%), чем среди городских (30%).

Показательно влияние социально-экономических факторов на наличие у жителей региона признаков невротического рас-

---

<sup>1</sup> Невроз – (от греч. *neurōn* – нерв) – патологическое (болезненное) состояние, проявляющееся комплексом телесных, вегетативных и психических расстройств, в происхождении которых значительную роль играют психотравмирующие факторы, конституционально-биологические предпосылки и невротический «импринтинг» (запечатление). Запускающим механизмом заболевания могут стать как сверхсильные острые (например, внезапная потеря близкого человека), так и более слабые, но постоянно действующие психические травмы. Предрасполагающие факторы: конституциональный; травмы, интоксикации, инфекции и др. заболевания, ослабляющие организм.

стройства. Респонденты, у которых показатели невротизации превышают 24 балла, отличаются худшим материальным положением, покупательной способностью, социальной самоидентификацией по сравнению с респондентами в целом (табл. 3.10). В этой связи интересно то, что наиболее высокая вероятность появления невротического расстройства наблюдается среди инвалидов и безработных (50% в каждой группе набрали более 24 баллов).

Таблица 3.10

**Зависимость уровня невротизации от социально-экономических условий жизни населения (в % от числа опрошенных)**

Варианты ответов	В областной выборке	Доля имеющих признаки невротического расстройства
<b>Охарактеризуйте Ваши денежные доходы</b>		
Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать	3,2	19,1
Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна	8,0	14,9
Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	38,8	24,7
Денег хватает только на приобретение продуктов питания	37,2	36,8
Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	10,8	<b>45,2</b>
<b>К какой категории Вы себя относите?</b>		
Богатые	1,9	17,9
Люди среднего достатка	41,9	23,2
Бедные	36,5	38,8
Нищие	5,7	<b>40,0</b>
<b>Среднедушевой доход</b>		
Более двух прожиточных минимумов	7,4	18,3
От одного до двух прожиточных минимумов	22,9	29,2
Не превышает одного прожиточного минимума	36,1	<b>36,1</b>
Доход (в руб., на одного члена семьи)	2081	<b>1841</b>

Таким образом, проанализировав полученные при помощи экспресс-диагностики невроза результаты, можно отметить факт возрастания уровня невротизации по сравнению с 2001 г. Наиболее подвержены невротизации сельские жители, женщины, лица среднего и пенсионного возраста, неблагополучные в семейном отношении. Чем ниже уровень образования и личного материального положения людей, тем больше опасность возникновения у них признаков невротического расстройства.

Помимо изучения уровня невротизации мы попробовали проследить динамику распространения среди жителей региона таких опасных явлений, как депрессия и тревожность.

Депрессия – психическое расстройство, которое может вывести человека из эмоционального равновесия на продолжительное время и значительно ухудшить качество его жизни (трудовую активность, личные отношения и т.д.). Это одно из наиболее распространенных душевных расстройств. Депрессивные расстройства в настоящее время опережают все прочие психические заболевания и занимают четвертое место в мире среди всех заболеваний. Депрессия рассматривается сегодня как общемедицинская, а отнюдь не только психиатрическая проблема. Депрессия в ее различных клинических вариантах признается сейчас лидирующей в ряде основных причин снижения трудоспособности по доле потерянных для полноценной жизни лет.

Изучение распространенности в регионе депрессивных состояний проводилось в 2002 г. с помощью новой методики – госпитальной шкалы тревоги и депрессии, которая была включена в анкеты для опроса пациентов и сотрудников поликлиники №3 г. Вологды с целью определить вероятность психосоматического характера жалоб жителей региона. Данная методика состоит из 7 вопросов для оценки уровня тревоги и 7 вопросов для определения уровня депрессии.

Анализируя результаты, можно сделать следующие выводы. Лишь 62% населения региона (56% пациентов поликлиники) находятся в состоянии без тревоги и депрессии. В то же время у 35% жителей региона (37% пациентов) – субклинически выраженная тревога и депрессия, а у 3% всего населения (среди пациентов – 4%) – клинически выраженная тревога и депрессия. Таким образом, согласно полученным данным, 38% населения (41% обратившихся к врачу) имеет уровень тревоги и депрессии, превышающий норму, причем показатели по шкале тревоги (40% населения в целом по области, 46% пациентов поликлиники №3) более негативны, чем по шкале депрессии (33 и 36% соответственно).

Рассмотрим группу тех жителей области, у которых зафиксирован, при использовании данной методики, повышенный уровень тревоги и депрессии (субклинически и клинически выраженный).

40% женщин имеют общий уровень тревоги и депрессии выше нормы. Особенно много среди них тех, кто страдает повышенной тревожностью (46%). Среди мужчин в стадии субклинически или клинически выраженной депрессии находится треть.

Что касается этих показателей в возрастном разрезе, то 43% людей среднего и пенсионного возраста испытывают состояние тревоги, превышающее норму. 40% жителей области в возрасте от 30 до 55 (60) лет имеют субклинически и клинически выраженную депрессию. Данная возрастная группа преобладает среди тех, у кого выявлен высокий общий уровень тревоги и депрессии (табл. 3.11).

Таблица 3.11

**Уровень тревоги и депрессии в половозрастном разрезе**  
(в % ко всем респондентам в данной социальной группе)

Уровень тревоги и депрессии	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пенсионный возраст
Субклинически и клинически выраженная тревожность	32,2	<b>46,1</b>	21,8	43,0	43,4
Субклинически и клинически выраженная депрессия	33,1	33,0	19,8	40,3	28,9
Субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия	33,8	40,2	19,8	44,9	37,3

Влияние семейного положения на уровень данных негативных психологических состояний выражается в следующем. Повышенный общий уровень тревоги и депрессии (а также по каждой шкале отдельно) наблюдается среди вдов или вдовцов (61%), а также среди тех, кто проживает в гражданском браке (41%), и разведенных (40%; табл. 3.12).

Таблица 3.12

**Уровень тревоги и депрессии в зависимости от семейного положения**  
(в % ко всем респондентам в данной социальной группе)

Уровень тревоги и депрессии	Зарегистрированный брак и проживают совместно	Зарегистрированный брак, но проживают раздельно	Гражданский брак	Разведены	Холостые (не замужем)	Вдовы (вдовцы)
Субклинически и клинически выраженная тревожность	39,4	31,5	48,6	45,3	31,6	<b>65,3</b>
Субклинически и клинически выраженная депрессия	34,1	43,1	32,7	35,7	20,6	<b>59,1</b>
Субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия	38,3	36,8	41,1	40,5	26,6	<b>60,7</b>

Социальная самоидентификация также оказывает влияние на уровень тревоги и депрессии. Самые высокие показатели наблюдаются среди «нищих» (65% их страдают повышенной тревожностью и депрессией) и «бедных» (48%; табл. 3.13). Характерно, что высок уровень тревоги и депрессии в таких малообеспеченных группах, как инвалиды, безработные и пенсионеры.

Таблица 3.13

**Уровень тревоги и депрессии в зависимости от социальной самоидентификации (в % ко всем респондентам данной группы)**

Уровень тревоги и депрессии	Богатые	Люди среднего достатка	Бедные	Нищие
Субклинически и клинически выраженная тревожность	7,1	31,3	52,1	<b>68,7</b>
Субклинически и клинически выраженная депрессия	7,1	21,9	44,1	<b>60,7</b>
Субклинически и клинически выраженная тревога и депрессия	7,1	26,6	48,1	<b>64,7</b>

Влияние личного материального состояния также весьма показательно. Среднедушевой доход в семьях респондентов с клинически выраженной тревогой и депрессией составлял 1431 руб., у имеющих субклинически выраженную тревогу и депрессию – 1750 руб., а у тех, чей уровень тревоги и депрессии в норме, – 2332 руб. В целом, 61% респондентов с признаками субклинически выраженной тревоги и депрессии и 78% тех, у кого обнаружены явные симптомы тревоги и депрессии, имеют среднедушевой доход в месяц менее одного прожиточного минимума (табл. 3.14).

Таблица 3.14

**Уровень тревоги и депрессии в зависимости от размера среднедушевого дохода\* (в %)**

Показатель	Ниже 1 прожиточного минимума	1-2 прожиточных минимума	Более 2 прожиточных минимумов
Отсутствие тревоги и депрессии	48,3	36,3	15,3
Субклинически выраженная тревога и депрессия	61,4	33,1	5,6
Клинически выраженная тревога и депрессия	78,1	21,9	-

\* Прожиточный минимум на момент проведения социологического опроса (апрель 2002 г.) составлял 1777 руб.

На основании вышеизложенного можно заключить следующее: уровень депрессии выше среди женщин среднего и пенсионного возраста, неблагополучных в семейном отношении (вдов и разведенных) и малообеспеченных.

Как показывают результаты исследования, проведенного в поликлинике №3 г. Вологды, уровень тревоги и депрессии значительно выше среди людей, обратившихся за врачебной помощью. Обычно человеку (особенно при наличии сопутствующих тревоге и депрессии соматических заболеваний) легче обратиться в поликлинику, чем в специализированное учреждение, имидж которого по-прежнему остается невысоким. Учитывая вышесказанное, следует отметить, что необходима ранняя диагностика различных негативных психо-эмоциональных состояний на уровне медицинских учреждений общего профиля, а также организация своевременной социально-психологической, психотерапевтической помощи.

### **3.3. Социальные аномалии как показатель отклонений в психическом здоровье**

Рассмотрим динамику некоторых показателей, используемых в мировой и отечественной практике в качестве индикаторов «социального фона», социально-психологического климата<sup>1</sup>, таких, как суммарный уровень самоубийств и убийств, состояние психического здоровья лиц призывного возраста. Как принято считать, его динамика в целом способна отражать основные – позитивные или негативные – изменения в сфере общественной психики и морали. Ряд авторов полагает, что с помощью этих показателей возможно выявлять степень концентрации в обществе агрессии и безысходности и даже прогнозировать динамику общей смертности на ближайшую перспективу.

В целом зарегистрировано снижение уровня суммарного показателя смертности от убийств и самоубийств, что говорит об улучшении социальной адаптированности населения. Самые высокие суммарные показатели смертности от самоубийств и убийств в регионе были зарегистрированы в 1994 г. (81, 4 случая

---

<sup>1</sup> Смидович С.Г. Самоубийства в зеркале статистики // Социс. – 1990. – №4. – С. 74; Гундаров И.А. Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы: почему умирают в России, как нам выжить? – М.: Медиа-Сфера, 1995. – С. 100.

на 100 тыс. населения; рис. 13) и в 1999 г. (87,3 случая), после чего началось незначительное снижение. Так, в январе – августе 2002 г. данный показатель составил 76,4 случая на 100 тыс. нас., что ниже среднего показателя за 2001 г. – 82,3. По-видимому, немаловажную роль в колебаниях показателей смертности от убийств и самоубийств сыграли политические события, происходившие в стране.

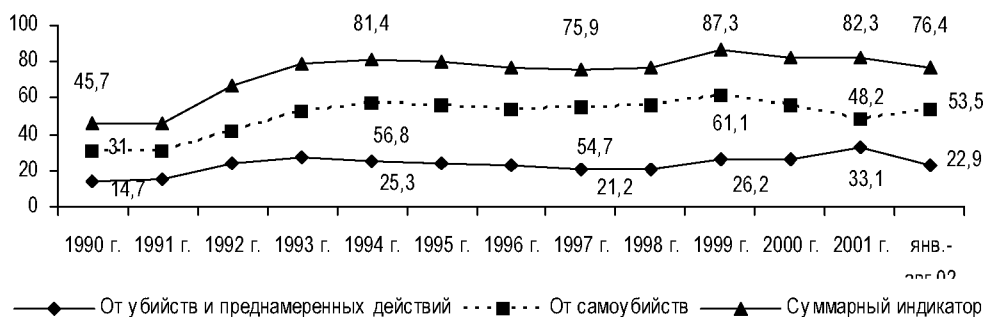


Рис. 13. Смертность населения Вологодской области от убийств и самоубийств (умерших на 100 тыс. населения)

Самый высокий уровень смертности населения по причине убийств (33,1 случая на 100 тыс. чел. нас.; см. рис. 13) был зафиксирован в 2001 г. В 2002 г. он значительно снизился (22,9). Уровень же самоубийств в 2001 г., напротив, был ниже (48,2), чем в 2002 г. (53,5 случая на 100 тыс. человек населения).

Следует отметить, что динамика уровня убийств в Вологодской области в целом соответствует общероссийским тенденциям, однако в январе – августе 2002 г. (22,9 случая) она была значительно ниже среднего уровня по России (30,4 случая на 100 тыс. нас.; рис. 14).

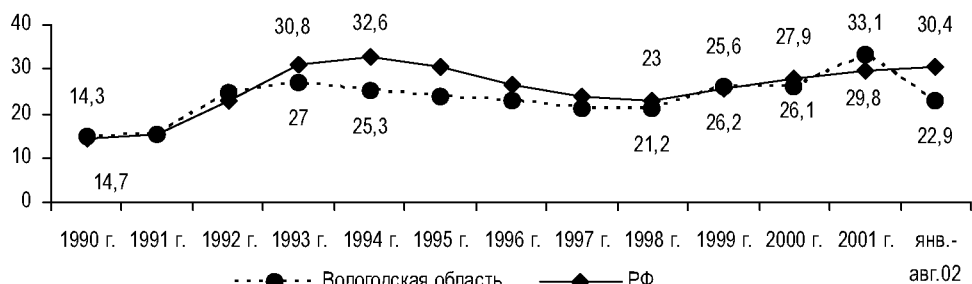


Рис. 14. Смертность от убийств в России и Вологодской области (на 100 тысяч населения)



Уровень смертности жителей региона от самоубийств остается значительно выше аналогичного показателя по России на протяжении всего последнего десятилетия (причем, если в 1990 г. он составлял 118% от российского, то в 2002 г. – 141%; рис. 15), а также предельно критического уровня, принятого в мировой практике (20 случаев на 100 тыс. населения<sup>1</sup>). Значительное повышение суицидальной активности, согласно представленной диаграмме, отмечалось в 1992 и 1998 гг. – то есть непосредственно следом за известными социально-политическими и социально-экономическими событиями в стране.

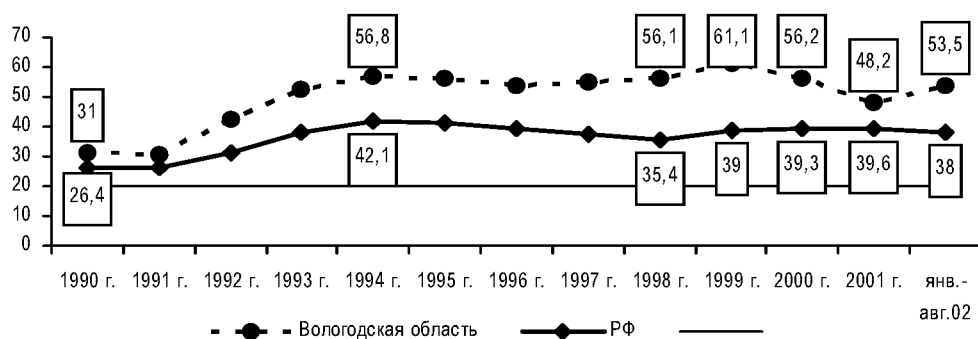


Рис. 15. Смертность от самоубийств в России и Вологодской области (умерших на 100 тыс. населения)

Суицид – это чаще всего исход затяжной депрессии, причем, как свидетельствуют мировые данные, лишь у 15% лиц, совершивших суицид, психическое расстройство было выявлено до этого трагического события. Остальные же 85% остались вне поля зрения специалистов. Иначе говоря, масштабы недиагностируемых депрессий гораздо шире<sup>2</sup>.

Какие же категории населения являются группой риска? Кто более склонны к суициду? По данным Вологодского областного комитета госстатистики<sup>3</sup>, в 2001 г. среди покончивших жизнь самоубийством 86% составляют мужчины, 62% – жители села, 58%

<sup>1</sup> Локосов В.В. Стабильность общества и система предельно-критических показателей его развития // Социс. – 1998. – №4. – С. 90.

<sup>2</sup> Гулин К.А. Духовное здоровье населения Вологодской области // Народообразование. – 2000. – №4. – С. 117-124.

<sup>3</sup> Структура причин смерти населения Вологодской области в 2001 г. – Вологда, 2002.

– люди среднего возраста (табл. 3.15). Среди жертв убийств также преобладали мужчины (75%) среднего возраста (67%), но жители города (77%).

Таблица 3.15

Смертность от самоубийств и убийств в разрезе групп населения в 2001 г. (физических лиц)

Категории		Самоубийства (691)		Убийства (370)	
		абс.	%	абс.	%
Пол	Мужской	591	86	277	75
	Женский	100	14	93	25
Территория	Город	427	62	284	77
	Село	264	38	86	23
Возраст*	До 30 лет	111	16	64	17
	30-60 лет	404	58	247	67
	Старше 60 лет	174	25	59	16

\* В двух случаях самоубийств и трех случаях убийств возраст не указан.

Следует отметить, что проблема суицида не исчерпывается числом лиц, совершивших «завершенный» суицид, то есть установленной причиной смерти которых является очевидное преднамеренное лишение себя жизни.

В проблему суицидального поведения, суицидального риска вовлечено значительное количество людей, чья смерть не увязана напрямую с самоповреждением, чьи попытки не привели к смерти, а также близкие и родственники суицидентов.

Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «n» завершенных суицидов (в Вологодской области – 691 человек) приходится:

- 10 – 20 попыток (незавершенных) суицидов (в нашем регионе – в среднем  $15 \times n = 10365$ );
- число людей, имеющих суицидальные намерения («внутренний суицидальный дискурс»), –  $100 \times n$  (в Вологодской области  $691 \times 100 = 69100$ );
- число близких, вовлеченных в проблему, риск развития суицида среди которых также резко возрастает:  $n \times 8$  (в нашем регионе –  $691 \times 8 = 82920$ ).

Проведя несложные арифметические действия, выясняем, что не менее 162 385 человек или 12,5% всего населения Вологодской области вовлечены в проблему суицида, предпринимали попытки самоубийства или обдумывали их совершение.

Серьезно настораживает тот факт, что неуклонно растут показатели алкоголизации населения региона. Разумеется, нельзя учесть количество лиц, страдающих алкоголизмом, однако количество алкогольных психозов, которые являются признаком определенной стадии развития болезни, легко установить (возросло на три четверти по сравнению с 1998 г.; рис. 16).

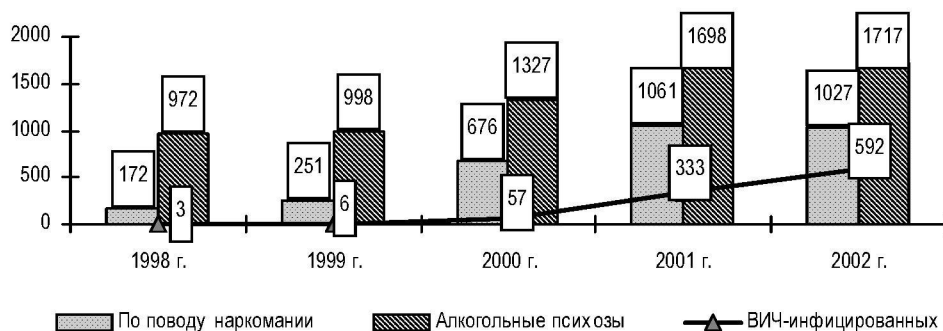


Рис. 16. Численность взрослого контингента, состоящего на учете в областном наркологическом диспансере (физических лиц)

Острой в регионе остается и проблема наркомании. По сравнению с 1998 г. число лиц, состоящих на учете по поводу наркомании, увеличилось в 6 раз. В 2002 г. пролечено 514 человек, что почти в 2 раза меньше, чем в предыдущем году (1 179 чел.). Зарегистрировано снижение летальных исходов от передозировки с 37 случаев в 2001 г. до 23 случаев в 2002 г.

Наибольшего распространения наркомания достигла в Шекнинском районе, где на 10 тыс. населения в 2001 г. приходилось 92,9 наркомана. Второе место занимает Череповец (89,3), третье – Вологда (58,2).

Опасность создают и высокие показатели наркомании и токсикомании среди детей. По данным областного наркологического диспансера, на учете в 2002 г. состояло 1 016 детей, 37 из которых – по поводу токсикомании.

Следует учитывать также, что это официальные данные медицинской статистики, а реальные масштабы распространения наркомании значительно шире. Эксперты ВОЗ рекомендуют использовать для более объективного отражения сложившейся ситуации коэффициенты<sup>1</sup> от 20 до 50.

<sup>1</sup> Об областной целевой программе «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотикам и их незаконному обороту на 1999–2000 гг.». Доклад на коллегии при Губернаторе Вологодской области 29 ноября 1999 г.

Одним из негативных последствий активизации наркомании стало распространение в регионе ВИЧ-инфекции. Так, если в 1998 г. было зарегистрировано три ВИЧ-инфицированных, то в 2002 г. их число увеличилось в 200 раз (см. рис. 16). Это также способствует ухудшению ситуации в сфере общественного психического здоровья, порождая негативные чувства и эмоции (страх, отчужденность, уныние, тоску).

Растущие показатели алкоголизации и наркотизации служат индикаторами увеличения в регионе числа девиантных, социально опасных лиц, психика которых потенциально подвержена необратимым болезненным изменениям. Эти процессы имеют под собой глубинную основу, и, в отличие от количества убийств и самоубийств, их показатели не могут быстро улучшиться при изменении социальной обстановки в позитивную сторону. Накопившийся здесь «негативный потенциал» способствует автоматическому ухудшению ситуации.

Все это, на наш взгляд, является результатом негативных последствий трансформационных процессов последнего десятилетия.

С одной стороны, в области отмечается некоторая стабилизация социально-психологического климата в 2000 – 2002 гг. по сравнению с 1990-ми гг.: продолжается улучшение социального настроения, упрочнение «запаса терпения» и снижение уровня фрустрированности жителей.

С другой стороны, наблюдается рост крайних проявлений социальных патологий вследствие деструктивных тенденций в психическом здоровье населения. Об актуальности проблемы говорит и значительное (в 2,6 раза) превышение уровня смертности от самоубийств над предельно-критическим уровнем, а также расширение масштабов наркомании, алкоголизации населения и эпидемии ВИЧ/СПИДа. Продолжают сохраняться серьезные проблемы: возрастание уровня тревоги, депрессии, невротизации; удельный вес категорий населения с негативными оценками остается достаточно высоким (43% испытывают негативное настроение, 20% полагают, что «терпеть бедственное положение уже невозможно»). Весьма значительна в этой группе доля представителей социально ущемленных слоев населения: неблагополучных в семейном плане, одиноких, малообеспеченных, пенсионеров,

инвалидов, безработных, низкооплачиваемых работников бюджетной сферы, сельского хозяйства и т.д. Поскольку пока ситуация еще далека от действительно стабильной, сохраняется потенциал достаточно быстрого увеличения «групп риска» за счет слоев с относительно низким социальным статусом.

Таким образом, можно сделать вывод о том, что состояние общественного психического здоровья в регионе характеризуется отрицательной динамикой основных маркеров психического неблагополучия (уровень суицидальной активности, убийств, психического здоровья призывников и алкогольных психозов, наркотизации и проблема ВИЧ/СПИДа) на фоне отсутствия значимых изменений в статистических показателях заболеваемости и болезненности психическими расстройствами и противоречивых данных социологических опросов.

Итак, анализируя полученные результаты, мы можем предположить следующее:

1. Показатели медицинской статистики не в полной мере отражают истинную ситуацию в распространенности психических заболеваний в Вологодской области.

2. Интерпретация результатов социологических опросов «социального настроения», «запаса терпения», «социальной фрустрированности» нуждается в дополнительном исследовании.

3. Полученные данные в целом свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе в сфере общественного психического здоровья на ближайшее будущее в случае отсутствия квалифицированной и своевременной социально-психологической, психотерапевтической и психиатрической помощи широким кругам населения. Это необходимо учитывать в процессе реализации концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области». При осуществлении мероприятий в рамках задачи 3.6 «Улучшение психологического климата и психического здоровья» первоочередное внимание целесообразно уделять социально незащищенным и малообеспеченным категориям населения.

## ГЛАВА 4

### ПОТЕНЦИАЛЬНАЯ ПОТРЕБНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ В УСЛУГАХ СФЕРЫ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Характеризуя состояние сферы общественной психики, мы продемонстрировали на данных социологических опросов, российской и областной статистики неоднозначность и напряженность ситуации. Однако осознают ли жители Вологодской области потребность в квалифицированной помощи? Готовы ли принять ее в сложных жизненных ситуациях? С целью изучения потребности жителей региона в получении психотерапевтической и психиатрической помощи, а также в функционировании специальных служб в программе нашего исследования в 2002 г. был усилен блок вопросов, направленных на получение данной информации.

Несмотря на то, что четверть опрошенных признались в существовании затруднений и проблем, которые не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи, только 12% обращались к специалисту, 6% – в специальную службу психологической поддержки и лишь 4% респондентов звонили по «телефону доверия» (рис. 17).

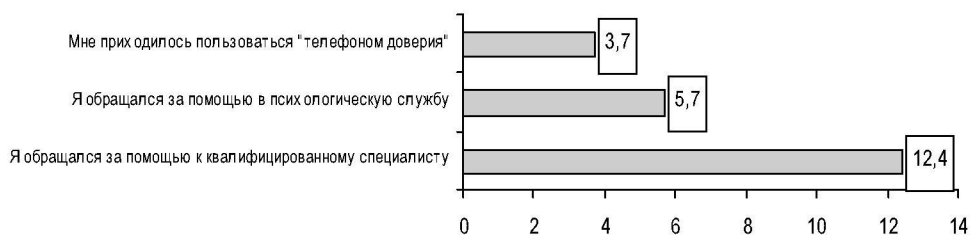


Рис. 17. Количество респондентов, обращавшихся ранее за психологической помощью (в %)

Большая часть населения убеждена в необходимости создания и функционирования в регионе специальных психологических служб (69%) или «телефона доверия» (49%), помогающих людям решать свои проблемы и преодолевать трудности (рис. 18).

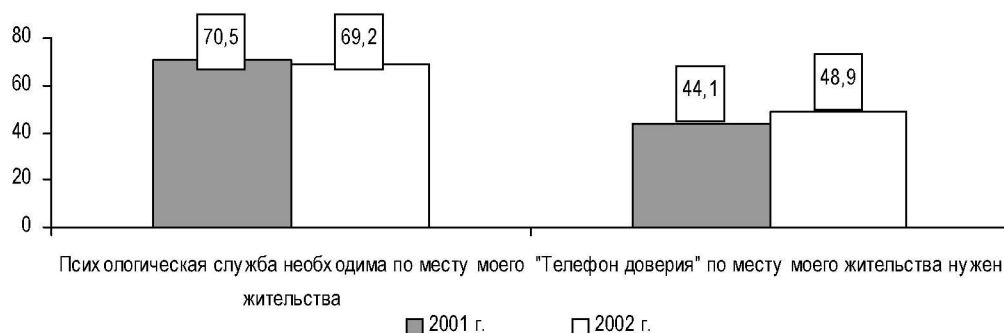


Рис. 18. Положительные ответы респондентов на вопросы о необходимости создания по месту жительства служб психологической помощи и «телефона доверия» (в %)

В случае возникновения серьезных психологических проблем в будущем каждый второй опрошенный стал бы обращаться в такую службу, каждый третий воспользовался бы «телефоном доверия». Каждый четвертый «сразу смог бы обратиться» за помощью к квалифицированному специалисту или «хотел бы обратиться», но считает, что трудно это сделать, т.к. непривычно и окружающие могут неправильно понять (рис. 19).

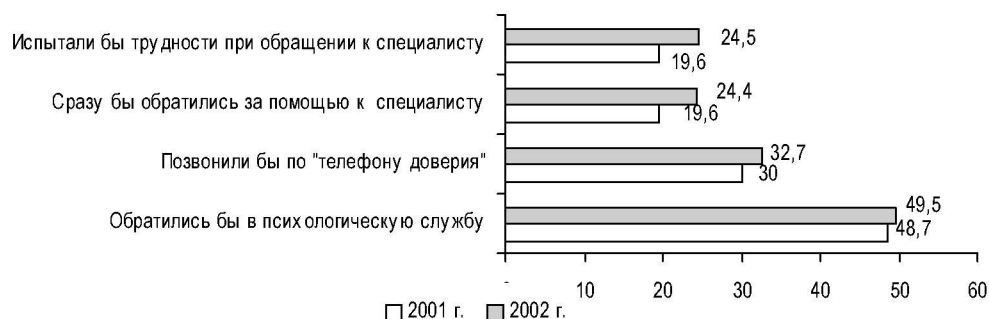


Рис. 19. Распределение ответов на вопрос о намерениях обратиться за психологической помощью в случае возникновения у респондентов или их близких серьезных проблем (в % от числа опрошенных)

Рассмотрим группу тех респондентов, которые наиболее остро осознают необходимость квалифицированной психологической помощи населению.

Среди женщин (28%) значительно больше, чем среди мужчин (21%), удельный вес тех, кто испытывал серьезные психологические затруднения и нуждался в помощи специалистов. Практически равное количество мужчин и женщин ранее обращалось

за помощью к психологу или психиатру (9%). Однако среди женщин больше тех, кто считает необходимым создание по месту жительства служб психологической помощи и «телефона доверия», а также готовых прибегнуть к их услугам (табл. 4.1). Пожилые чаще остальных сталкивались в жизни с серьезными психологическими проблемами (28%), поэтому ощущают более высокую потребность в помощи специалистов посредством служб и «телефона доверия» (42%) и готовы обратиться за ней в будущем в случае возникновения аналогичных проблем у них самих или их близких (47%). В то же время молодые жители области несколько чаще прибегали к помощи различных служб психологической помощи населению, чем представители других возрастных групп (10%; см. табл. 4.1).

Таблица 4.1

**Востребованность психологической помощи жителями области  
в зависимости от половозрастной характеристики  
(в % к каждой группе респондентов)**

Варианты ответов	Группы респондентов				
	Мужчины	Женщины	Молодежь	Средний возраст	Пожилые
Испытывали серьезные психологические затруднения	21,3	<b>27,9</b>	16,8	23,7	<b>28,3</b>
Обращались за помощью к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	8,7	<b>9,3</b>	<b>10,4</b>	7,5	9,7
Необходимы по месту жительства: психологическая служба, «телефон доверия»	38,0	<b>42,5</b>	38,3	39,2	<b>42,2</b>
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	36,7	<b>38,3</b>	41,6	40,3	<b>46,6</b>
<i>В целом по области</i>	41,3	58,7	13,6	34,9	51,5

Востребованность психологической помощи значительно выше среди людей, у которых на момент проведения опроса были обнаружены признаки невротического расстройства (набрали более 24 баллов по методике экспресс-диагностики невроза К. Хека и Х. Хесса), высокого, повышенного или умеренного уровня фрустрированности (набрали от 2,5 до 4 баллов по методике измерения уровня социальной фрустрированности) или признаки депрессии (набрали более 50 баллов по методике дифференциальной диагностики депрессивных состояний Зунге; табл. 4.2).



Таблица 4.2

**Востребованность психологической помощи жителями области с повышенным уровнем фрустрированности, признаками невротического расстройства в целом и депрессии в частности (в % к каждой группе респондентов)**

Варианты ответов		Очень высокий, повышенный уровень фрустрированности	Признаки невротического расстройства	Признаки депрессии	В целом по области
Испытывали серьезные психологические затруднения		<b>47,1</b>	37,8	39,8	25,2
Обращались за помощью	к специалисту	17,6	17,8	<b>23,3</b>	12,4
	в психологическую службу	5,9	7,4	<b>11,3</b>	5,7
	по «телефону доверия»	-	5,2	<b>6,0</b>	3,7
Необходимы по месту жительства	психологическая служба	76,5	<b>77,0</b>	62,5	69,2
	«телефон доверия»	47,1	<b>55,6</b>	42,9	48,9
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем	к специалисту	41,2	<b>58,1</b>	56,4	48,9
	в психологическую службу	53,0	<b>57,1</b>	50,4	49,5
	по «телефону доверия»	29,4	<b>40,7</b>	25,1	32,7
<i>В целом по области</i>		<i>1,1</i>	<i>27,3</i>	<i>9,0</i>	

Треть жителей региона, относящих себя к категориям «бедных» и «нищих» (42%), утвердительно ответили на вопрос о возникавших ранее серьезных психологических проблемах, которые они не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи. В то время как среди «людей среднего достатка» (42% населения) – каждый четвертый, а среди «богатых» (2% всех опрошенных) – каждый седьмой. В последней группе большее количество респондентов обращались за помощью специалистов (11%), чем в остальных. Несмотря на это, среди них наименьшая доля ощущающих необходимость создания по месту жительства служб психологической помощи или «телефона доверия» (50%). Стали бы обращаться в подобные организации 44% «бедных и нищих», однако среди других категорий этот показатель ниже (табл. 4.3).

Анализируя результаты опроса, можно прийти к заключению, что населением осознается высокая потребность в специальной

Таблица 4.3

**Востребованность психологической помощи жителями области  
в зависимости от социальной самоидентификации  
и среднедушевого дохода (в % к каждой группе респондентов)**

Варианты ответов	Богатые	Люди среднего достатка	Бедные и нищие	Среднедушевой доход
Испытывали серьезные психологические затруднения	14,3	22,5	<b>33,2</b>	1948,3
Обращались за помощью к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	<b>10,7</b>	6,3	10,6	2038,6
Необходимы по месту жительства: психологическая служба, «телефон доверия»	50,0	<b>59,6</b>	57,3	2029,8
Стали бы обращаться в случае возникновения психологических проблем к специалисту, в психологическую службу, по «телефону доверия»	40,5	42,2	<b>44,4</b>	1918,2
<i>В целом по области</i>	1,9	41,9	<b>42,2</b>	<b>2080,6</b>

психологической помощи со стороны квалифицированных специалистов (от трети до половины всех опрошенных) в сложных жизненных ситуациях.

Особенно высокие показатели востребованности психологической помощи наблюдаются среди женщин, пожилых людей и тех, кто на момент проведения опроса имел признаки повышенного уровня фрустрированности, невротических расстройств, в том числе депрессии. Среди малообеспеченных жителей региона несколько больше по сравнению с другими категориями людей с серьезными психологическими затруднениями, нуждающихся в квалифицированной помощи и готовых за ней обратиться. Это следует учитывать при организации деятельности служб психологической поддержки населения.

Хотя подавляющее большинство респондентов не обращались ранее за поддержкой психологов, психотерапевтов, психиатров, значительная доля их намерены сделать это в случае возникновения серьезных психологических проблем у них или их близких в будущем. Причем удельный вес этой доли увеличился по сравнению с 2001 г.

Однако что предлагает государство в помощь нуждающимся в социально-психологической поддержке? Имеет ли население возможность удовлетворять данную возрастающую потребность? Мы попытались найти ответы на эти вопросы в нашем исследовании.

Задача 3.6 «Улучшение психологического климата и психического здоровья» концепции «Вологодская область – Здоровье-21: долгосрочная политика охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области» предусматривает реализацию таких направлений по улучшению ситуации в сфере общественного психического здоровья, как создание и развитие комплексных служб помощи людям, имеющим проблемы психической адаптации; развитие системы психологической и психотерапевтической помощи; систематическая подготовка семейных и участковых врачей по диагностике и коррекции депрессивных состояний и пр.

Попробуем охарактеризовать существующую в регионе систему служб, оказывающих социально-психологические, психиатрические и психотерапевтические услуги. Начнем с того, что она представлена службами, подведомственными департаментам здравоохранения, образования, труда и социальной защиты Вологодской области. Вне государства в Вологодской области также существует некая система общественных организаций – отделения «Красного Креста», благотворительного фонда «Хильфе», прихода церкви Николы во Владычной слободе – и частных организаций и специалистов. Так, например, лицензию на психотерапевтическую помощь имеют 14 частнопрактикующих врачей и 3 учреждения негосударственной формы собственности, на наркологическую помощь – 2 организации и 16 частнопрактикующих врачей.

По официальной информации, департаменту труда и социальной защиты подведомственны следующие государственные учреждения, оказывающие социально-психологическую помощь: центры социальной помощи семье и детям (их в регионе 14), комплексные центры социального обслуживания (11), психоневрологические интернаты (9), социальные приюты для детей и подростков (7), дома-интернаты для и престарелых инвалидов (5), детские дома-интернаты для умственно отсталых детей (2), Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних и Центр реабилитации для детей и подростков с ограниченными возможностями.

Следует отметить, что наблюдается дефицит специалистов в данных службах, особенно психологов и психотерапевтов (укомплектована четверть ставок). Лишь штат социальных работников (33 ставки) укомплектован больше нормативной потребности в два раза (14,5 ставки; табл. 4.4).

Таблица 4.4

**Количество специалистов, оказывающих социально-психологическую помощь в государственных учреждениях (ставка)**

Специалист	Психологи	Соц. работники	Специалисты по соц. работе	Социальные педагоги	Психиатры	Психотерапевты
Нормативная потребность (всего ставок)	<b>138,5</b>	14,5	<b>121</b>	<b>53</b>	<b>40,3</b>	<b>2</b>
Укомплектованные ставки	35,7	<b>33</b>	79	19	36,5	0,5
% укомплектованных ставок от нормативной потребности	25,8	<b>227,6</b>	65,3	35,8	90,6	25,0

Департамент здравоохранения курирует учреждения психиатрической, психотерапевтической и социально-психологической помощи. Это:

➤ в г. Вологде – областная психиатрическая больница (в структуре которой состоит психотерапевтический центр), областной наркологический диспансер, центр планирования семьи, психотерапевтический кабинет в областной больнице №1, врач-психиатр в городской больнице №1, городской поликлинике №3;

➤ в г. Череповце – психоневрологический диспансер, наркологический диспансер, отделение неврозов портовой больницы Водников;

➤ в г. Великом Устюге – психоневрологический диспансер;

➤ в г. Тотьме – стационар для пациентов пограничного профиля.

Согласно данным Бюро медицинской статистики департамента здравоохранения, обеспеченность врачами-психиатрами в 2001 г. – самая высокая за последние годы (1 специалист на 10 тыс. нас.). Количество психотерапевтов начиная с 1998 г. остается постоянным (0,1 специалиста на 10 тыс. нас.). Обеспеченность психиатрами-наркологами на 2001 г. составила 0,4 специалиста на 10 тыс. нас. (табл. 4.5).

Таблица 4.5

**Обеспеченность кадрами врачей (на 10 тыс. чел. населения)**

	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Психиатры	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	0,9	1,0
Психотерапевты	0,04	0,04	-	0,1	0,1	0,1	0,1
Психиатры-наркологи	0,3	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4

Число коек в детских и взрослых психоневрологических диспансерах сократилось (с 1980 ед. в 1995 г. до 1645 ед. в 2001 г.). Число дней работы койки в год во взрослых диспансерах осталось стабильным, в детских же – возросло (с 254 дней в 1995 г. до 311 дней в 2001 г.). Самый высокий за последние годы уровень госпитализации зарегистрирован в 2001 г.: в детских психоневрологических диспансерах – 0,4 чел. на 100 больных данного профиля, а во взрослых – 0,9 чел. на 100 больных (табл. 4.6).

Таблица 4.6

**Функционирование койки в стационарах Вологодской области**

<b>Число коек в стационарах</b>							
Диспансеры	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.
Психоневрологические взрослые	1890	1890	1835	1790	1530	1547	1545
Психоневрологические детские	90	90	120	115	115	98	100
<b>Число дней работы койки в году</b>							
Психоневрологические взрослые	332	327	296	311	329	335	333
Психоневрологические детские	254	277	263	227	266	316	311
<b>Уровень госпитализации (госпитализированных человек на 100 человек больных)</b>							
Психоневрологические взрослые	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,8	0,9
Психоневрологические детские	0,03	0,04	0,3	0,3	0,3	0,4	0,4
<b>Обеспеченность (коек на 100 тыс. населения)</b>							
Психоневрологические взрослые	14,0	14,1	13,7	13,4	11,5	11,7	11,8
Психоневрологические детские	0,6	0,6	0,9	4,4	4,6	4,1	4,4

В ведении департамента образования находятся социальные педагоги и педагоги-психологи, которые оказывают психологическую помощь детям и молодежи в государственных образовательных учреждениях области (табл. 4.7). Согласно полученным данным, один педагог-психолог приходится на 7 дошкольных учреждений, 5 общеобразовательных школ, 3 школы-интерната, 2 детских дома, 5 учреждений дополнительного образования, 2 учреждения профессиональной подготовки. Один социальный педагог – на 17 дошкольных учреждений, 4 школы, 1,3 школы-интерната и детского дома, 14 учреждений дополнительного образования.

Таблица 4.7

**Перечень учреждений сферы образования и специалистов,  
оказывающих социально-психологическую помощь**

Образовательные учреждения	Количество учреждений	Количество педагогов-психологов	Количество социальных педагогов
Дошкольные	648	93	39
Общеобразовательные школы	764	146	173
Школы-интернаты (в т.ч. коррекционные)	29	10	22
Детские дома	34	19	26
Дополнительного образования	82	18	6
Профессиональной подготовки (училища, техникумы, лицеи, колледжи)	48	22	
Специальные школы для детей с нарушением поведения	2	2	6
<b>ИТОГО:</b>	<b>1607</b>	<b>310</b>	<b>272</b>

Наиболее актуальна проблема дефицита кадров в районах области. В Сямженском, Нюксенском и Междуреченском районах отмечено отсутствие в образовательных учреждениях социальных педагогов и педагогов-психологов. Штаты социальных педагогов полностью не укомплектованы также в Вожегодском и Усть-Кубинском районах. В Сямженском и Белозерском районах нет психиатров, несмотря на то, что на базе каждой ЦРБ должен быть кабинет психиатрического приема. Следует выделить, что Сямженский район испытывает острый недостаток кадров, оказывающих социально-психологическую помощь.

Анализируя данные, можно сделать вывод о многообразии служб государственного сектора, оказывающих социально-психологические, психотерапевтические, психиатрические услуги населению Вологодской области. Однако очевидны разрозненность в их деятельности в связи с подведомственностью различным структурам и дефицит некоторых специалистов.

В будущем планируется проводить дальнейший мониторинг востребованности социально-психологической помощи, а также более подробно изучить систему служб по ее оказанию: их структуру, виды и формы предоставляемых услуг, степень эффективности деятельности и возможности совершенствования с учетом потребностей населения.

## ГЛАВА 5

### НАПРАВЛЕНИЯ УЛУЧШЕНИЯ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Учитывая актуальность проблемы психического здоровья для всего мира, генеральный директор Всемирной организации здравоохранения Г.Х. Брундтланд в 1999 г. поставила перед медицинскими работниками, руководящими органами здравоохранения, медицинской наукой, политическими кругами, разработчиками стратегических программ в области здравоохранения серьезную задачу – повысить внимание к проблемам психического здоровья. При этом недостаточно просто поддерживать психическое здоровье, необходимо предвидеть будущие тенденции и вооружать людей знаниями и навыками, которые помогут справиться с жизненными проблемами.

Анализируя результаты исследований, подтвердивших значительное воздействие на психические состояния населения негативных социальных факторов, а также возможности реализации предложенных направлений по охране психического здоровья населения Вологодской области, можно сделать вывод о необходимости комплексного межсекторального подхода для достижения поставленных целей. Его реализация должна проходить в рамках общей стратегии развития региона. В настоящее время в Вологодской области осуществляются первые шаги по формированию такого подхода к проблеме общественного психического здоровья населения.

Одним из таких шагов является проведенная в ноябре 2002 года межведомственная региональная конференция «Психическое здоровье населения как неотъемлемая часть социальной политики». В конференции приняли участие первые руководители исполнительной, законодательной власти, администрации муниципальных образований, руководители и ведущие специалисты различных учреждений и ведомств. В резолюцию конференции включено решение о формировании рабочей группы для разработки программы охраны психического здоровья населения Вологодской области. В качестве основы для создания всеобъемлющей программы принята концепция охраны психического здоровья населения, предложенная департаментом здравоохранения, в которую входят следующие положения:

1. Выработка региональной межведомственной программы охраны психического здоровья населения, ориентированной не только на больного, но и на здорового человека, предусматривающей выявление факторов риска, комплексную оценку функционального состояния индивидуума, профилактики, раннюю диагностику и эффективную коррекцию предболезненных состояний. Разработка и проведение исследования качества жизни различных групп населения и внедрение данного показателя в качестве оценки эффективности всех программ.

2. Формирование действенных механизмов (законодательных и экономических) по реализации положений Закона о психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании, а также законодательной базы, обеспечивающей заинтересованность государства, хозяйственных субъектов, общества и отдельного гражданина в сохранении психического здоровья и работоспособности каждого человека.

3. Создание положительного имиджа службы охраны психического здоровья и работающих в ней специалистов посредством целенаправленной работы средств массовой информации, приведение материально-технической базы психиатрических и психоневрологических учреждений в отвечающее современным требованиям состояние.

4. Реформирование (деинституциализация) служб психического здоровья через интеграцию с общемедицинскими учреждениями.

5. Организация разветвленной сети постоянно действующих межведомственных проектов – центров восстановления психического здоровья, обеспечивающих многоступенчатую медицинскую, трудовую, социальную и психологическую реабилитацию с целью восстановления или использования остаточной работоспособности каждого человека.

В ходе разработки программы охраны психического здоровья населения рабочей группе необходимо ответить на следующие вопросы:

*1. Кому необходима помощь?*

А. Определение обслуживаемого контингента:

1) мировые исследования – эпидемиология психических расстройств;



- 2) статистический анализ показателей по региону;
- 3) социологические исследования.

Б. Определение ресурсов, имеющихся в регионе.

### *2. Какая необходима помощь?*

А. Составление перечня видов программ специализированной психиатрической помощи.

Б. Разработка и уточнение организационно-правовых, клинических и нормативных стандартов для каждого вида (программы), включая:

- 1) критерии диагностики;
- 2) критерии «социального риска»;
- 3) методы исследования;
- 4) методы лечения;
- 5) функциональные обязанности персонала;
- 6) рекомендуемая продолжительность программы;
- 7) критерии отмены лечения (смены программы).

### *3. Объем необходимой помощи.*

А. Анализ и расчет потребности в каждой из разработанных программ, исходя из:

- 1) сведений о контингентах, нуждающихся в специализированной помощи;
- 2) клинических стандартов.

### *4. Определение затрат на запланированные объемы.*

### *5. Контроль качества, обоснованности и критерии эффективности.*

А. Создание системы оценки результатов.

Б. Разработка критериев (эксплуатационных характеристик) для каждой программы, включая:

- 1) доступность (своевременность);
- 2) целесообразность включения в данный вид программы;
- 3) результат применения (индивидуальный и общий);
- 4) наличие и общее число нежелательных последствий;
- 5) затраты;
- 6) жалобы со стороны пациента и родственников;
- 7) удовлетворенность лечением;
- 8) исследования качества жизни пациентов.

Создание всеобъемлющей программы охраны психического здоровья населения на основании указанных рекомендаций должно способствовать сокращению масштабов и темпов распространения психических расстройств, наркомании, суицидального

поведения, снижению алкоголизации населения, а также улучшению социально-психологического климата в регионе. Все это приведет к снижению социально-экономического ущерба, наносимого обществу низким уровнем психического здоровья индивидов.

Ситуация, кроме того, требует проведения мероприятий по развитию в Вологодской области системы массовой психологической помощи населению. Результаты исследования показывают, что примерно 20 – 25% жителей региона испытывают те или иные негативные психические состояния. Прежде всего, это представители социально ущемленных групп населения: неблагополучные в семейном плане, одинокие, малообеспеченные, пенсионеры, безработные, работники бюджетной сферы и т.д. Это обуславливает необходимость адресного, углубленного подхода к профилактике психических заболеваний, организации психологической и психиатрической помощи названным группам населения.

Характерно, что около 25% всех опрошенных отметили наличие у себя в прошлом серьезных психологических затруднений и проблем, которые они не могли решить из-за отсутствия квалифицированной помощи. Около 70% респондентов выразили желание, чтобы по месту их жительства существовала специальная психологическая служба, помогающая людям решать свои проблемы. Половина респондентов обратилась бы в такую психологическую службу, если бы возникла необходимость.

Востребованным в регионе остается и «телефон доверия». Доля тех, кто считает, что он нужен по месту их жительства, составила в 2002 г. около половины всех опрошенных. Треть респондентов стали бы звонить по этому телефону в случае возникновения у них или их близких психологических проблем. На наш взгляд, в ближайшей перспективе следует развивать и совершенствовать региональную сеть «телефонов доверия». Для этого целесообразно: организовать работу имеющихся в области «телефонов доверия» по принципу постоянной доступности (ежедневная и круглосуточная помощь); повышать информированность жителей области о наличии этой формы психологической помощи, ее возможностях и эффективности; обеспечить «телефоны доверия» хорошо запоминающимися номерами; желательно открыть «телефоны доверия» во всех районных центрах области.

Очевидно, в целях обеспечения доступности и своевременности специализированной помощи необходимо провести расчеты необходимых ресурсов (прежде всего – специалистов) и обеспечить создание психотерапевтических, психологических кабинетов, отделений, кризисных центров, «телефонов доверия» и т.д. Актуальным было бы повышение компетенции врачей общей практики и специалистов в вопросах суицидального поведения с целью наиболее ранней его диагностики и профилактики, а также учреждение должности врача-суицидолога внутри психиатрического профильного учреждения.

С целью углубленного анализа экономического ущерба, наносимого обществу воздействием таких факторов, как неблагоприятный психологический климат и неудовлетворительное состояние психического здоровья населения региона, важно разработать (в рамках рабочих групп в составе специалистов департамента здравоохранения, ВНКЦ ЦЭМИ РАН, с привлечением российских и, возможно, зарубежных экспертов) методику анализа экономических и социальных потерь. Необходимо осуществлять регулярный мониторинг на ее основе (есть вероятность использования существующих в мире различных методик анализа экономического ущерба от депрессии, шизофрении и др.).

Для охраны и укрепления психического здоровья населения следует развивать систему продуманного психогигиенического воспитания и просвещения. Его задача – дать людям базовые знания о их психологических возможностях, механизмах психических процессов, проблемах психического здоровья и роли психолого-консультационной и психиатрической помощи в их решении. В рамках системы просвещения необходимо развивать навыки самостоятельного преодоления психологических проблем (с помощью аутотренинга, антистрессовой релаксации и пр.). Реализация этой задачи возможна с помощью выпуска специальных информационных листов в поликлиниках и больницах, регулярных публикаций (1–2 раза в месяц) в областной и местной прессе, специальных передач на областном телевидении и радио (1–2 раза в квартал); проведения специальных занятий по психогигиеническому воспитанию и просвещению в учебных заведениях региона.

Сложность ситуации в сфере общественного психического здоровья в регионе делает актуальной выработку направлений ее улучшения. Учитывая большое влияние социально-экономических факторов на данную ситуацию, к наиболее общим направлениям ее стабилизации можно отнести следующие:

1. Обеспечение на региональном уровне стабильного роста реальных доходов населения, сокращение на этой основе доли жителей области с денежными доходами ниже величины прожиточного минимума до 10%<sup>1</sup>.

2. Повышение уровня занятости, снижение уровня общей безработицы.

3. Развитие системы адресной социальной помощи социально незащищенным слоям населения региона за счет перераспределения социальных льгот от высокодоходных слоев населения в пользу низкодоходных (на основе методики экспертных оценок); повышение вследствие этого качества социальной помощи, оказываемой социально незащищенным слоям населения региона: пенсионерам, инвалидам, малоимущим семьям и т.п.

3. Обеспечение социально-политической стабильности.

4. Понижение криминализации общества. Активизация срочных мер по борьбе с противоправным поведением, в том числе с незаконным оборотом наркотических средств.

Реализация этих направлений позволила бы ограничить отрицательное воздействие на общественное психическое здоровье негативных социальных факторов и создать более широкие возможности для повышения социальной адаптации населения, самореализации, удовлетворения материальных и духовных потребностей.

---

<sup>1</sup> В мировой практике установлено предельно-критическое значение доли населения, живущего за чертой бедности, превышение которого способствует социальной дезадаптации и деградации. Оно составляет 10%. См.: Осипов Г. Новый этап реформирования России: от грозящей катастрофы к процветанию // Общество и экономика. – 1999. – №3-4. – С. 65.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Анализ отдельных аспектов ситуации, сложившейся в сфере общественного психического здоровья в Вологодской области на рубеже веков, свидетельствует о крайне неблагоприятном психологическом климате и психическом здоровье жителей. Мы убедились, что данная проблема, ставшая актуальной во всем мире и в России, является не менее острой и для нашего региона. На наш взгляд, это – результат трансформационных процессов последнего десятилетия. Наблюдается рост крайних социальных патологий вследствие деструктивных тенденций в психическом здоровье населения.

В то же время имеющиеся в распоряжении исследователей статистические данные – лишь вершина айсберга, а основная его часть оказывается за рамками учета. Все это требует усиленного внимания управленческих структур, органов здравоохранения, общества в целом. Длительность процессов социальной трансформации позволяет предполагать, что в ближайшей перспективе обозначенные негативные явления в сфере общественного психического здоровья усилятся. В связи с этим необходимы организация комплексного учета и контроля состояния социально-психологического климата и психического здоровья населения, а также принятие срочных мер по их улучшению на региональном уровне. В основу комплексного межсекторального подхода к решению данной проблемы должно быть заложено представление о том, что психическое здоровье – проблема не узкого круга специалистов – психологов, психотерапевтов, психиатров, но и управленцев, экономистов, социологов и представителей других сфер. Только это может дать ощутимые результаты и необходимый эффект.

## ПОСЛЕСЛОВИЕ К СОБРАНИЮ ТРУДОВ

Уважаемый читатель!

Третья часть и в целом настоящий сборник научных трудов Вологодского научно-координационного центра ЦЭМИ РАН подошли к завершению. В них изложены основные результаты исследований центра по изучению тенденций, выявлению проблем и перспектив регионального социально-экономического развития России. Главный объект этих исследований – Вологодская область. И не только вследствие территориального размещения ВНКЦ. Вологодская область – регион, в котором при определенных особенностях структуры хозяйства и его функционирования проявляются все актуальные проблемы развития России, встающие перед ней в условиях ускоряющихся и неотвратимых процессов глобализации.

На материалах во многом типичного российского региона в сборнике дан анализ прошедших этапов перехода к рыночным экономическим отношениям. На первом этапе (1992–1998 гг.) через череду кризисных явлений, связанных со спадом производства и снижением уровня жизни населения, все же удалось сформировать базовые институты рыночной экономики, осуществить макроэкономическую стабилизацию, достигнуть относительную сбалансированность регионального бюджета. На втором этапе (1999–2004 гг.) шло продвижение области по пути экономического роста, велась работа по дальнейшему совершенствованию межбюджетных отношений, формированию организационно-правовых механизмов рыночного хозяйствования, появились возможности решения стратегических задач. Однако по многим позициям социально-экономического реформирования регионального хозяйства желаемый прогресс еще не достигнут.

Сегодня, на наш взгляд, отчетливо видна настоятельная необходимость разработки, утверждения и реализации на базе проектных подходов системного комплекса мер, обеспечивающих динамичное продвижение в решении накопленных за последние 15 – 20 лет проблем в развитии регионального сообщества:

- достижение в регионе современного уровня качества жизни на основе опережающего развития человеческого капитала;
- диверсификация экономики региона: уход от сырьевого монополизма; выращивание современных производств, основанных на экономике знаний;
- повышение эффективности государственного управления в регионе и местного самоуправления;
- усиление общественного контроля за всеми ветвями власти для успешной реализации согласованных целей регионального развития.

Понятно, что решение этих проблем не произойдет одномоментно: потребуется, вероятно, не меньший срок, чем тот, за который они накапливались. Но осознание их масштабов позволит выработать и реализовать стратегию достижения необходимого уровня развития регионального сообщества как на среднесрочный период – 3-5 лет, так и на долгосрочный – 15-20 лет.

Научный коллектив ВНКЦ и дальше будет стремиться вносить свой посильный вклад в решение реально существующих проблем регионального развития в системном взаимодействии со всеми ветвями власти и хозяйствующими субъектами.

*В.А. Ильин, доктор экономических наук,  
профессор, директор ВНКЦ ЦЭМИ РАН*

## Авторы III части собрания научных трудов



**Ильин**

Владимир Александрович –  
директор ВНКЦ ЦЭМИ РАН,  
д.э.н., профессор



**Гулин**

Константин Анатольевич –  
зам. директора  
ВНКЦ ЦЭМИ РАН, к.и.н.



**Леонидова**

Галина Валентиновна –  
зам. директора  
ВНКЦ ЦЭМИ РАН, к.э.н.



**Шабунова**

Александра Анатольевна –  
зав. лабораторией  
ВНКЦ ЦЭМИ РАН, к.э.н.



**Ослопова**

Юлия Евгеньевна –  
м.н.с. ВНКЦ ЦЭМИ РАН



**Давыдова**

Виктория Владимировна –  
и.о. м.н.с. ВНКЦ ЦЭМИ РАН



**Тихомирова**

Галина Владимировна –  
м.н.с. ВНКЦ ЦЭМИ РАН



**Попугаев**

Александр Иванович –  
зам. начальника  
департамента здравоохранения  
Вологодской области, к.м.н.



**Короленко**

Наталья Александровна –  
зам. начальника управления  
лечебно-профилактической помощи  
департамента здравоохранения  
Вологодской области



**Фалалеева**

Ольга Игоревна –  
главный специалист (психиатр)  
отдела лечебно-профилактич. помощи  
департамента здравоохранения  
Вологодской области



**Селиванов**

Евгений Альбертович



**Вологодина**

Елена Леонидовна – начальник  
сектора охраны материнства и детства  
департамента здравоохранения  
Вологодской области



## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	4
-------------------	---

### ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА: СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ

<i>Предисловие</i> .....	8
--------------------------	---

<b>Глава 1. Теоретико-методологические аспекты изучения трудового потенциала</b> .....	10
--	----

1.1. Эволюция взглядов зарубежных и отечественных ученых на сущность категории «трудовой потенциал» .....	10
--	----

1.2. Методологические подходы к измерению качества трудового потенциала .....	25
--	----

<b>Глава 2. Количественные характеристики трудового потенциала региона</b> .....	41
--	----

2.1. Демографическое развитие региона как основа формирования трудовых ресурсов .....	41
--	----

2.2. Трудовые ресурсы и занятость населения .....	49
---	----

<b>Глава 3. Качественное состояние трудового потенциала населения региона</b> .....	57
---	----

3.1. Динамика показателей качества трудового потенциала региона .....	57
--	----

3.1.1. Энергетический потенциал .....	60
---------------------------------------	----

3.1.2. Социально-психологический потенциал .....	84
--	----

3.2. Соответствие качества трудового потенциала требованиям рабочих мест .....	93
---	----

<b>Глава 4. Качество трудовой жизни</b> .....	97
---	----

<b>Глава 5. Трудовой потенциал региона как объект социального управления</b> .....	106
--	-----

5.1. Направления развития качества трудового потенциала региона .....	106
--	-----

5.2. Мониторинг как инструмент эффективного управления процессом формирования и реализации трудового потенциала .....	111
---	-----

<i>Заключение</i> .....	117
-------------------------	-----

<i>Приложение</i> .....	119
-------------------------	-----

## СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ: НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Глава 1. Углубление экономического кризиса .....	128
Глава 2. Социальное настроение .....	131
Глава 3. Уровень жизни в спектре субъективных оценок .....	136
Глава 4. Личная безопасность граждан и правопорядок.....	141
Глава 5. Отношение населения к власти .....	145
Глава 6. От оценок – к управлению .....	150

## СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ НАСТРОЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

<i>Введение</i> .....	156
Глава 1. Социальная ситуация в спектре потребительских настроений ..	159
Глава 2. ИПН и макроэкономические изменения .....	170
Глава 3. Стратификация населения региона по уровню индекса потребительских настроений .....	179
<i>Заключение</i> .....	181
<i>Приложения</i> .....	185

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

<i>Колинъко А.А. К читателям</i> .....	194
<i>Введение</i> .....	196
Глава 1. Состояние здоровья населения региона .....	198
1.1. Социально-демографическая ситуация .....	199
1.2. Заболеваемость .....	206
1.3. Состояние здоровья в оценках населения .....	208
Глава 2. Факторы, влияющие на здоровье населения .....	213
Глава 3. Анализ возможности получения квалифицированной медицинской помощи .....	234
3.1. Функционирование системы здравоохранения .....	234
3.2. Оценка населением уровня и качества медицинской помощи .	239
3.3. Информированность населения в вопросах охраны и укрепления здоровья .....	246
Глава 4. Направления охраны и укрепления здоровья населения региона .....	250
<i>Заключение</i> .....	256

# ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ: ОТ РОДДОМА ДО ШКОЛЫ (Основные итоги 7 лет исследований)

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	259
<i>Введение</i> .....	260
Глава 1. Особенности детского здоровья и его изучения .....	262
Глава 2. Проблемы здоровья детей .....	268
2.1. Демографические показатели здоровья детской популяции .....	268
2.2. Здоровье детей по оценкам мониторинга .....	271
Глава 3. Факторы, оказывающие влияние на формирование здоровья детей .....	278
3.1. Факторы, наиболее значительные для здоровья в младенчестве ....	278
3.2. Факторы, наиболее значительные для здоровья в раннем и дошкольном детстве .....	290
3.3. Медицинская активность семей .....	299
3.4. Подготовка к школе .....	303
Глава 4. Основные направления и мероприятия по охране и укреплению детского здоровья .....	306
<i>Заключение</i> .....	309

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	311
<i>Предисловие</i> .....	314
Глава 1. Проблема психического здоровья в современном мире .....	318
Глава 2. Социальная ситуация как фактор формирования социально-психологической атмосферы в обществе .....	326
Глава 3. Общественное психическое здоровье в регионе .....	335
3.1. Социально-психологический климат .....	335
3.2. Психическое здоровье населения: текущее состояние и перспективы .....	342
3.3. Социальные аномалии как показатель отклонений в психическом здоровье .....	351
Глава 4. Потенциальная потребность населения Вологодской области в услугах сферы социально-психологической помощи .....	358
Глава 5. Направления улучшения психического здоровья населения .....	367
<i>Заключение</i> .....	373
<b>Ильин В.А. Послесловие к собранию трудов</b> .....	374
<i>Авторы III части собрания научных трудов</i> .....	376
<i>Annotation</i> .....	380
<i>Content</i> .....	381

# TRENDS AND PROBLEMS OF THE REGIONAL DEVELOPMENT

Scientific works  
In 3 volumes

## Annotation

In this collection, dedicated to 15-th anniversary of VSCC of RAS, the scientific works made with in VSCC are published. They are devoted to the problems and perspectives of economical and social development of Vologda region and other regions of Russian European North.

The book is dedicated to the specialists of authority bodies of regional and municipal levels, to the managers of enterprises and organizations, scientific workers, teachers, students and candidates for a degree.

## CONTENT

Preface .....	4
---------------	---

### LABOR POTENTIAL OF THE REGION: CURRENT STATE AND DEVELOPMENT

<i>Preface</i> .....	8
----------------------	---

<b>Chapter 1. Theoretical and methodological aspects of exploring the labor potential</b> .....	10
---	----

1.1. Evolution of opinions of foreign and Russian scientists about the essence of the category «labor potential» .....	10
---	----

1.2. Methodological approaches to the measurement of quality of labor potential .....	25
--	----

<b>Chapter 2. Quantitative characteristics of labor potential of the region</b> .....	41
---	----

2.1. Demographic development of the region as a basis for formation of the labor resources .....	41
---	----

2.2. Labor resources and employment of the population .....	49
---	----

<b>Chapter 3. Qualitative state of labor potential of the region's population</b> .....	57
---	----

3.1. Dynamics of quality indicators of labor potential of the region .....	57
--	----

3.1.1. Energy potential .....	60
-------------------------------	----

3.1.2. Socio-psychological potential .....	84
--	----

3.2. Quality conformance of labor potential to the requirements of workplaces .....	93
--	----

<b>Chapter 4. Quality of labour life</b> .....	97
--	----

<b>Chapter 5. Labor potential of the region as an object of social management</b> .....	106
---	-----

5.1. Ways of quality development of the region's labor potential .....	106
--	-----

5.2. Monitoring as tool for effective management of the process of formation and realization of labor potential .....	111
--	-----

<i>Conclusion</i> .....	117
-------------------------	-----

<i>Appendix</i> .....	119
-----------------------	-----

## SOCIAL SITUATION IN THE REGION: SOME TRENDS AND PERSPECTIVES

Chapter 1. Deepening of economical crisis .....	128
Chapter 2. Social mood .....	131
Chapter 3. Level of life through subjective assessment .....	136
Chapter 4. Private security of people and law order .....	141
Chapter 5. Population's attitude towards authorities .....	145
Chapter 6. From assessment – towards management .....	150

## SOCIAL SITUATION IN THE REGION AND CONSUMER WISHES OF THE POPULATION

<i>Introduction</i> .....	156
Chapter 1. Social situation through consumer's wishes .....	159
Chapter 2. Index of consumer's wish and macroeconomic changes .....	170
Chapter 3. Stratification of the region's population according to their index of consumer's wish .....	179
<i>Conclusion</i> .....	181
<i>Appendices</i> .....	185

## STATE OF HEALTH OF THE POPULATION OF REGION: TRENDS AND PERSPECTIVES

<i>A. Kolinko</i> . To readers .....	194
<i>Introduction</i> .....	196
Chapter 1. State of health of the population of region .....	198
1.1. Socio-demographic situation .....	199
1.2. Morbidity .....	206
1.3. State of health through the population's opinion .....	208
Chapter 2. Factors influencing the population's health .....	213
Chapter 3. Analysis of availability of quality medical services .....	234
3.1. Functioning of health care system .....	234
3.2. People's assessment of the level and quality of medical services ..	239
3.3. Population's knowledge about health promotion and disease prevention .....	246
Chapter 4. Ways for health promotion and diseases prevention for the population of region .....	250
<i>Conclusion</i> .....	256

**FORMATION OF CHILDREN'S HEALTH:  
FROM MATERNITY HOSPITAL TO SCHOOL  
(Results of 7 years of research)**

<i>A. Kolinko. To readers</i> .....	259
<i>Introduction</i> .....	260
<b>Chapter 1. Characteristics of children's health and its study</b> .....	262
<b>Chapter 2. Problems with children's health</b> .....	268
2.1. Demographic indicators of health of children's population .....	268
2.2. Health of children, assessed by monitoring .....	271
<b>Chapter 3. Factors influencing the formation of children's health</b> .....	278
3.1. The most significant factors in infancy .....	278
3.2. The most significant factors at early and preschool childhood .....	290
3.3. Medical activities of families .....	299
3.4. Preparation to school .....	303
<b>Chapter 4. Main ways and activities for health promotion     for children's health</b> .....	306
<i>Conclusion</i> .....	309

**PROBLEMS OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION**

<i>A. Kolinko. To readers</i> .....	311
<i>Introduction</i> .....	314
<b>Chapter 1. Problems of mental health in modern world</b> .....	318
<b>Chapter 2. Social situation as a factor of formation of socio-psychological     atmosphere in the society</b> .....	326
<b>Chapter 3. Public mental health in the region</b> .....	335
3.1. Socio-psychological climate .....	335
3.2. Mental health of the population: current state and perspectives ..	342
3.3. Social anomalies as the indicator of deviations in mental health ...	351
<b>Chapter 4. Population's satisfaction of socio-psychological services     in Vologda region</b> .....	358
<b>Chapter 5. Ways for improvement of the population's mental health</b> .....	367
<i>Conclusion</i> .....	373
<b>V. Il'in. Conclusion to this works collection</b> .....	374
<i>Authors of volume III</i> .....	376
<i>Annotation</i> .....	380
<i>Content</i> .....	381

# Оглавление собрания трудов

## ЧАСТЬ I

### СТАНОВЛЕНИЕ И СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ РЫНОЧНОЙ ЭКОНОМИКИ

В.А. Ильин. Предисловие к собранию трудов .....	4
В.Л. Макаров. Вступительное слово к книге «Региональная стратегия экономического роста – 2015» .....	13
Д.С. Львов. Вступительное слово к книге «Стратегия развития региона» .....	14
В.Е. Позгалев. Обращение к читателям книги «Стратегия развития региона» .....	15

### ВОЛОГОДСКАЯ ОБЛАСТЬ: ДВИЖЕНИЕ К РЫНКУ

<i>Предисловие</i> .....	17
Глава I. Региональный компонент в системе социально-экономических преобразований .....	19
1.1. Вологодская область и ее место в экономике современной России .....	19
1.2. Региональная стратегия на пути к рынку и средства ее реализации .....	27
Глава II. Изменение форм собственности и развитие эффективного предпринимательства .....	33
2.1. Приватизация: итоги первого этапа .....	33
2.2. Становление малого бизнеса .....	43
2.3. Совместные предприятия. Внешнеэкономическая деятельность .....	49
Глава III. Динамика и тенденции материального производства .....	52
3.1. Проблемы структурной перестройки промышленности региона .....	52
3.2. Функционирование аграрного сектора экономики .....	63
3.3. Тенденции инвестиционного процесса .....	76
Глава IV. Социальные аспекты экономических реформ .....	83
4.1. Методологические и методические подходы социальных измерений .....	83
4.2. Динамика доходов населения и уровня потребления .....	88
4.3. Формирование рынка труда .....	99
4.4. Взаимосвязь качественного потенциала населения и функционирования социальной сферы .....	105
Глава V. Финансово-бюджетные механизмы регионального развития .....	117
5.1. Изменения в финансовой системе и формировании доходов территорий .....	117
5.2. Проблемы регионального бюджета .....	122
<i>Литература</i> .....	127

### СТРАТЕГИЯ РАЗВИТИЯ РЕГИОНА

<i>Введение</i> .....	131
Глава 1. Стратегия социального и экономического развития области как инструмент региональной политики .....	133
1.1. Необходимость стратегического документа о развитии области .....	133
1.2. Методологические и методические подходы к разработке стратегии регионального развития .....	139



Глава 2. Главные цели и приоритетные задачи регионального развития .....	146
Глава 3. Проблемы развития экономического потенциала региона и основные направления их решения .....	152
3.1. Промышленность .....	152
3.2. Сельское хозяйство .....	171
3.3. Производственно-хозяйственная инфраструктура .....	183
3.4. Инвестиционные процессы .....	191
3.5. Малый бизнес .....	198
3.6. Трудовой и кадровый потенциал .....	205
3.7. Инновационный потенциал .....	209
3.8. Экологические аспекты .....	215
Глава 4. Финансовые ресурсы развития региона .....	221
4.1. Система общественных финансов .....	221
4.2. Сбережения населения .....	229
4.3. Кредитные организации .....	232
Глава 5. Развитие межрегиональных связей и внешнеэкономической деятельности региона .....	235
5.1. Состояние экономического взаимодействия области с регионами России .....	235
5.2. Внешнеэкономическая деятельность региона .....	242
5.3. Перспективы развития межрегиональных отношений и внешнеэкономической деятельности .....	246
Глава 6. Социальный вектор развития региона: проблемы и перспективы .....	254
6.1. Демографические процессы .....	254
6.2. Материальное благосостояние населения .....	264
6.3. Жилищные условия .....	275
6.4. Системы социальной инфраструктуры .....	281
6.4.1. Состояние базы .....	281
6.4.2. Проблемы функционирования социальной инфраструктуры .....	290
6.5. Направления развития отраслей социальной инфраструктуры .....	295
6.6. Торговля и платные услуги .....	305
Глава 7. Внутритерриториальное развитие .....	312
7.1. Экономические и социальные особенности развития муниципальных образований области .....	312
7.2. Приоритеты внутрирегионального развития (на примере лесопромышленного комплекса) .....	320
Глава 8. Управление разработкой и осуществлением стратегии регионального развития .....	328
8.1. Принципиальные подходы к организации управления .....	328
8.2. Экономические и организационные механизмы управления .....	332
8.3. Этапы реализации Стратегии .....	340
Глава 9. Общественное мнение как индикатор эффективности социального управления .....	345
9.1. Мониторинг общественного мнения в регионе: основные итоги .....	346
9.2. Принципы и технология построения системы мониторинга оценок населения .....	353
<i>Заключение</i> .....	363
<i>Приложение</i> .....	366

## РЕГИОНАЛЬНАЯ СТРАТЕГИЯ ЭКОНОМИЧЕСКОГО РОСТА – 2015

<i>Введение</i> .....	386
<b>Глава 1. Главные цели и параметры стратегии социально-экономического развития региона</b> .....	389
1.1. Теоретические аспекты проблемы экономического роста .....	389
1.2. Общероссийские векторы стратегии развития .....	396
1.3. Цели и основные ориентиры региональной стратегии – 2015 .....	405
<b>Глава 2. Проблемы инновационного развития региона</b> .....	415
2.1. Научный потенциал – основа инновационного развития .....	415
2.2. Современное состояние научного потенциала региона .....	420
2.3. Ориентиры перспективного развития научно-технического потенциала региона .....	427
<b>Глава 3. Приоритеты развития экономики региона</b> .....	437
3.1. Активизация инвестиционного процесса .....	437
3.2. Лесопромышленный комплекс .....	450
3.3. Машиностроение и металлообработка .....	459
3.4. Агропромышленный комплекс .....	468
<b>Глава 4. Социальные аспекты стратегии регионального развития</b> .....	481
4.1. Приоритеты социальной экономики .....	481
4.2. Направления развития социальной инфраструктуры .....	490
<b>Глава 5. Стратегическое управление региональным развитием</b> .....	500
5.1. Механизмы реализации Стратегии .....	500
5.2. Информационные и проектные технологии управления .....	508
5.3. Формирование системы мониторинга развития региона .....	514
<i>Заключение</i> .....	519
<i>Приложения</i> .....	521
<i>Авторы I части собрания научных трудов</i> .....	629
<i>Annotation</i> .....	635
<i>Content</i> .....	636

## ЧАСТЬ II

### ТЕРРИТОРИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОНОМИЧЕСКОГО И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Предисловие .....	4
<b>МОДЕРНИЗАЦИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО СЕКТОРА РЕГИОНА</b>	
<b>Глава I. Состояние и динамика промышленного производства Вологодской области. Задачи модернизации</b> .....	9
1.1. Общая характеристика промышленного потенциала области .....	9
1.2. Пути улучшения финансового положения промышленных предприятий .....	21
1.3. Проблемы и задачи модернизации промышленного производства .....	28
1.4. Роль внешнеэкономической деятельности Вологодской области в модернизационных процессах .....	45
<b>Глава II. Модернизация промышленных комплексов в областных программах социально-экономического развития</b> .....	51
2.1. Прогнозирование социально-экономического развития региона .....	51
2.2. Строительно-инвестиционный комплекс и его роль в модернизации производства .....	55

2.3. Metallургия .....	60
2.4. Химическое производство .....	63
2.5. Программные направления развития лесопромышленного комплекса ..	76
2.6. Машиностроение и металлообработка .....	88
2.7. Легкая промышленность .....	107
<b>Глава III. Развитие и модернизация производственной инфраструктуры .....</b>	<b>127</b>
3.1. Энергетический комплекс .....	127
3.2. Проблемы модернизации транспорта и дорожных коммуникаций .....	140

## **ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ МОДЕРНИЗАЦИИ ПРОМЫШЛЕННОСТИ РЕГИОНА**

<i>Введение</i> .....	163
<b>Глава 1. Теоретические аспекты модернизации промышленности России и ее регионов .....</b>	<b>166</b>
1.1. Концепции модернизации на новом этапе рыночной трансформации российской экономики .....	166
1.2. Проблемы модернизации промышленности регионов Европейского Севера .....	180
<b>Глава 2. Тенденции и перспективы функционирования промышленности Вологодской области .....</b>	<b>189</b>
2.1. Динамика производства промышленной продукции .....	189
2.2. Воспроизводственные процессы на предприятиях .....	199
2.3. Целевые ориентиры перспективного развития и модернизации промышленности области .....	211
<b>Глава 3. Совершенствование механизмов модернизационных преобразований в промышленности региона .....</b>	<b>220</b>
3.1. Инвестиционная деятельность .....	220
3.2. Инновационное развитие .....	234
3.3. Институциональные преобразования .....	246
3.4. Кадровая политика .....	258
<i>Заключение</i> .....	269
<i>Литература</i> .....	272

## **ОБЩЕСТВЕННЫЕ ФИНАНСЫ РЕГИОНА: СОСТОЯНИЕ, ФАКТОРЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ**

<i>Предисловие</i> .....	281
<b>Глава 1. Исходные позиции диагностики региональных финансов .....</b>	<b>283</b>
1.1. Тенденции социально-экономического развития Вологодской области ..	283
1.2. Методологические и методические аспекты исследования .....	290
<b>Глава 2. Состояние и тенденции областного бюджета и бюджетов муниципальных образований .....</b>	<b>297</b>
2.1. Доходы консолидированного бюджета Вологодской области .....	297
2.2. Расходы консолидированного бюджета Вологодской области .....	303
2.3. Проблемы несбалансированности в бюджетной системе региона .....	310
2.4. Состояние отдельных звеньев бюджетной системы Вологодской области .....	316
2.5. Проблемы расчетов в бюджетной системе региона .....	328
<b>Глава 3. Целевые бюджетные фонды Вологодской области .....</b>	<b>332</b>
3.1. Общая характеристика .....	332
3.2. Территориальный дорожный фонд .....	334
3.3. Экологический фонд .....	338
3.4. Продовольственный фонд .....	341

Глава 4. Федеральные внебюджетные фонды на территории Вологодской области .....	343
4.1. Общее представление .....	343
4.2. Пенсионный фонд .....	346
4.3. Фонд обязательного медицинского страхования .....	349
4.4. Фонд социального страхования .....	351
4.5. Фонд занятости .....	355
Глава 5. Оценка соотношения государственного и частного секторов в Вологодской области .....	359
5.1. Общая характеристика государственного и муниципального сектора региона .....	359
5.2. Соотношение секторов в экономике региона .....	364
5.3. Значение государственного сектора в формировании общественных финансов .....	376
5.4. О перспективах развития государственного и частного секторов .....	381
Глава 6. Факторы, определяющие состояние общественных финансов региона .....	386
6.1. Критерии выделения анализируемых факторов .....	386
6.2. Макроэкономические факторы .....	388
6.3. Микроэкономические факторы .....	392
Глава 7. Роль общественных финансов в региональном инвестиционном процессе .....	403
7.1. Общая характеристика инвестиционного процесса в регионе .....	403
7.2. Государственные инвестиционные программы .....	407
7.3. Государственная поддержка инвестиционного процесса .....	411
Глава 8. Показатели для мониторинга системы общественных финансов Вологодской области .....	413
8.1. Концепция системы показателей для мониторинга .....	413
8.2. Апробация концепции мониторинга .....	419
Глава 9. Реформирование – основа повышения качества управления общественными финансами региона .....	422
<i>Литература</i> .....	426

## БЮДЖЕТНАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ РЕГИОНА

<i>Предисловие</i> .....	428
Глава 1. Теоретические основы безопасности бюджетной системы региона .....	430
1.1. Роль и место бюджетной системы в региональной экономике .....	430
1.2. Концепции обеспечения безопасности бюджетной системы региона ..	439
Глава 2. Методические аспекты оценки безопасности региональной бюджетной системы .....	459
2.1. Критерии и показатели бюджетной безопасности региона .....	459
2.2. Инструментальные приемы оценки состояния безопасности региональной бюджетной системы .....	466
2.3. Особенности функционирования бюджетной системы Вологодской области .....	490
Глава 3. Методы повышения безопасности бюджетной системы Вологодской области .....	509
3.1. Совершенствование межбюджетных отношений в регионе .....	509
3.2. Мониторинг функционирования региональной бюджетной системы ...	538
3.3. Прогнозирование развития бюджетной системы региона .....	549
<i>Приложения</i> .....	560
<i>Литература</i> .....	567

## УПРАВЛЕНИЕ ПЕРСПЕКТИВНЫМ РАЗВИТИЕМ МУНИЦИПАЛЬНЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ГОРОДСКОГО ТИПА

<i>Введение</i> .....	577
<b>Глава I. Критерии сбалансированного перспективного развития города в условиях рыночной экономики и открытого общества</b> .....	579
1.1. Состояние и управление перспективным развитием городов России в современный период .....	579
1.2. Зарубежный опыт территориального планирования .....	595
1.3. Российский опыт планирования .....	610
1.4. Критерии сбалансированного развития города на современном этапе .....	618
<b>Глава 2. Методы формирования перспективного плана развития города</b> .....	629
2.1. Современная стратегия перспективного развития города .....	629
2.2. Методы выбора целей и направлений перспективного социально-экономического развития города .....	643
2.3. Формы участия населения в выработке стратегии развития города .....	657
<b>Глава 3. Методы и практика реализации перспективного плана</b> .....	670
3.1. Оценка и выбор эффективных механизмов реализации стратегических планов .....	670
3.2. Взаимодействие органов власти и хозяйствующих субъектов в реализации городских проектов и программ .....	681
3.3. Бюджет города как решающее звено реализации стратегического плана .....	698
<i>Заключение</i> .....	712
<i>Приложения</i> .....	714
<i>Литература</i> .....	730
<i>Авторы II части собрания научных трудов</i> .....	738
<i>Annotation</i> .....	744
<i>Content</i> .....	745

### ЧАСТЬ III

#### СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ РЕГИОНАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

<b>Предисловие</b> .....	4
<b>ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА: СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ</b>	
<i>Предисловие</i> .....	8
<b>Глава 1. Теоретико-методологические аспекты изучения трудового потенциала</b> .....	10
1.1. Эволюция взглядов зарубежных и отечественных ученых на сущность категории «трудовой потенциал» .....	10
1.2. Методологические подходы к измерению качества трудового потенциала .....	25
<b>Глава 2. Количественные характеристики трудового потенциала региона</b> .....	41
2.1. Демографическое развитие региона как основа формирования трудовых ресурсов .....	41
2.2. Трудовые ресурсы и занятость населения .....	49
<b>Глава 3. Качественное состояние трудового потенциала населения региона</b> .....	57
3.1. Динамика показателей качества трудового потенциала региона .....	57
3.1.1. Энергетический потенциал .....	60
3.1.2. Социально-психологический потенциал .....	84
3.2. Соответствие качества трудового потенциала требованиям рабочих мест ...	93

Глава 4. Качество трудовой жизни .....	97
Глава 5. Трудовой потенциал региона как объект социального управления .....	106
5.1. Направления развития качества трудового потенциала региона .....	106
5.2. Мониторинг как инструмент эффективного управления процессом формирования и реализации трудового потенциала .....	111
<i>Заключение</i> .....	117
<i>Приложение</i> .....	119

#### СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ: НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Глава 1. Углубление экономического кризиса .....	128
Глава 2. Социальное настроение .....	131
Глава 3. Уровень жизни в спектре субъективных оценок .....	136
Глава 4. Личная безопасность граждан и правопорядок .....	141
Глава 5. Отношение населения к власти .....	145
Глава 6. От оценок – к управлению .....	150

#### СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ НАСТРОЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

<i>Введение</i> .....	156
Глава 1. Социальная ситуация в спектре потребительских настроений .....	159
Глава 2. ИПН и макроэкономические изменения .....	170
Глава 3. Стратификация населения региона по уровню индекса потребительских настроений .....	179
<i>Заключение</i> .....	181
<i>Приложения</i> .....	185

#### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	194
<i>Введение</i> .....	196
Глава 1. Состояние здоровья населения региона .....	198
1.1. Социально-демографическая ситуация .....	199
1.2. Заболеваемость .....	206
1.3. Состояние здоровья в оценках населения .....	208
Глава 2. Факторы, влияющие на здоровье населения .....	213
Глава 3. Анализ возможности получения квалифицированной медицинской помощи .....	234
3.1. Функционирование системы здравоохранения .....	234
3.2. Оценка населением уровня и качества медицинской помощи .....	239
3.3. Информированность населения в вопросах охраны и укрепления здоровья .....	246
Глава 4. Направления охраны и укрепления здоровья населения региона .....	250
<i>Заключение</i> .....	256

## ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ: ОТ РОДДОМА ДО ШКОЛЫ (Основные итоги 7 лет исследований)

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	259
<i>Введение</i> .....	260
Глава 1. Особенности детского здоровья и его изучения .....	262
Глава 2. Проблемы здоровья детей .....	268
2.1. Демографические показатели здоровья детской популяции .....	268
2.2. Здоровье детей по оценкам мониторинга .....	271
Глава 3. Факторы, оказывающие влияние на формирование здоровья детей .....	278
3.1. Факторы, наиболее значительные для здоровья в младенчестве .....	278
3.2. Факторы, наиболее значительные для здоровья в раннем и дошкольном детстве .....	290
3.3. Медицинская активность семей .....	299
3.4. Подготовка к школе .....	303
Глава 4. Основные направления и мероприятия по охране и укреплению детского здоровья .....	306
<i>Заключение</i> .....	309

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	311
<i>Предисловие</i> .....	314
Глава 1. Проблема психического здоровья в современном мире .....	318
Глава 2. Социальная ситуация как фактор формирования социально-психологической атмосферы в обществе .....	326
Глава 3. Общественное психическое здоровье в регионе .....	335
3.1. Социально-психологический климат .....	335
3.2. Психическое здоровье населения: текущее состояние и перспективы .....	342
3.3. Социальные аномалии как показатель отклонений в психическом здоровье .....	351
Глава 4. Потенциальная потребность населения Вологодской области в услугах сферы социально-психологической помощи .....	358
Глава 5. Направления улучшения психического здоровья населения .....	367
<i>Заключение</i> .....	373
<b>Ильин В.А. Послесловие к собранию трудов</b> .....	374
<i>Авторы III части собрания научных трудов</i> .....	376
<i>Annotation</i> .....	380
<i>Content</i> .....	381

# Content to the Scientific works

## **PART I. DEVELOPMENT AND STRATEGY OF IMPROVEMENT OF MARKET ECONOMY**

V. Il'in. Preface to the Scientific works .....	4
V. Makarov. Introduction to the book «Regional strategy of economical growth – 2015» ...	13
D. L'vov. Introduction to the book «The Strategy of region's development» .....	14
V. Pozgalyov. Introduction to readers the book «The Strategy of region's development» .....	15

### **VOLOGDA REGION: MOVEMENT TO MARKET**

<i>Preface</i> .....	17
<b>Chapter I. Regional component in the system of socio-economic changes</b> .....	19
1.1. Vologda region and its place in the economy of modern Russia .....	19
1.2. Regional strategy on the way to the market and the means of its realization .....	27
<b>Chapter II. The change of forms of ownership and the development of individual     entrepreneurs</b> .....	33
2.1. Privatization: the summary of first stage .....	33
2.2. The development of small business .....	43
2.3. Joint ventures. Foreign economic activity .....	49
<b>Chapter III. Dynamic and trends of tangible production</b> .....	52
3.1. Problems of structural reorganization of region's industry .....	52
3.2. Functioning of agricultural sector of economy .....	63
3.3. Trends of investment process .....	76
<b>Chapter IV. Social aspects of economic reforms</b> .....	83
4.1. Methodological and methodical approaches of social measurements .....	83
4.2. Dynamic of the population's income and of the consumption level .....	88
4.3. Formation of the labour market .....	99
4.4. Interrelation of quality potential of the population and of functioning of social sphere .....	105
<b>Chapter V. Financial and budgeting mechanisms of regional development</b> .....	117
5.1. Changes in the financial system and formation of the territories' income .....	117
5.2. Problems of the regional budget .....	122
<i>Literature</i> .....	127

### **STRATEGY OF THE REGION'S DEVELOPMENT**

<i>Introduction</i> .....	131
<b>Chapter 1. Strategy of social and economical development of the region     as the tool of the regional policy</b> .....	133
1.1. The need of strategic document about region's development .....	133
1.2. Methodological and methodic approaches to the composition of the strategy of region's development .....	139
<b>Chapter 2. Main goals and priority tasks of the regional development</b> .....	146



<b>Chapter 3. Problems of development of the economic potential of the region and main ways of solving these problems .....</b>	<b>152</b>
3.1. Industry .....	152
3.2. Agriculture .....	171
3.3. Industrial and economic infrastructure .....	183
3.4. Investment processes .....	191
3.5. Small business .....	198
3.6. Labour and staff potential .....	205
3.7. Innovative potential .....	209
3.8. Ecological aspects .....	215
<b>Chapter 4. Financial resources of the regional development .....</b>	<b>221</b>
4.1. System of public finances .....	221
4.2. Savings of the population .....	229
4.3. Crediting organizations .....	232
<b>Chapter 5. Development of interregional liaisons and foreign-economic activities of region .....</b>	<b>235</b>
5.1. State of economical interaction of the region with other regions in Russia ..	235
5.2. Foreign economic activity of the region .....	242
5.3. Perspectives of development of interregional relations and foreign economic activities .....	246
<b>Chapter 6. Social vector of the regional development: problems and perspectives .....</b>	<b>254</b>
6.1. Demographic processes .....	254
6.2. Material welfare of the population .....	264
6.3. Housing conditions .....	275
6.4. Systems of social infrastructure .....	281
6.4.1. The state of base .....	281
6.4.2. Problems of functioning of social infrastructure .....	290
6.5. Ways of development of social infrastructure .....	295
6.6. Trade and payment services .....	305
<b>Chapter 7. Intra-territorial development .....</b>	<b>312</b>
7.1. Economical and social features of development of municipal bodies in the region .....	312
7.2. Priorities of intra-regional development (with an example of timber industry) .....	320
<b>Chapter 8. The management of composition and implementation of the strategy of regional development .....</b>	<b>328</b>
8.1. Principal approaches to the management organization .....	328
8.2. Economical and organizational mechanisms of management .....	332
8.3. Stages of the Strategy realization .....	340
<b>Chapter 9. Public opinion as indicator of the effectiveness of social management .....</b>	<b>345</b>
9.1. Monitoring of the public opinion in the region: main results .....	346
9.2. Principles and technology of the construction of the system of monitoring of population assessments .....	353
<i>Conclusion</i> .....	363
<i>Appendices</i> .....	366

## REGIONAL STRATEGY OF ECONOMICAL GROWTH – 2015

<i>Introduction</i> .....	386
<b>Chapter 1. Main goals and parameters of the strategy of socio-economic development of the region .....</b>	<b>389</b>

1.1. Theoretical aspects of the problem of economical growth .....	389
1.2. All-Russia's vectors of the strategy of development .....	396
1.3. Main goals and aims of the regional strategy – 2015 .....	405
<b>Chapter 2. Problems of innovative development of the region .....</b>	<b>415</b>
2.1. Scientific potential – the basis for innovation development .....	415
2.2. Modern state of scientific potential of the region .....	420
2.3. Aims of perspective development of scientific and technical potential of the region .....	427
<b>Chapter 3. Priorities of development of the region's economic .....</b>	<b>437</b>
3.1. Activation of the investment process .....	437
3.2. Timber processing complex .....	450
3.3. Machine-building and metallurgy .....	459
3.4. Agriculture complex .....	468
<b>Chapter 4. Social aspects of strategy of the region's development .....</b>	<b>481</b>
4.1. Priorities of the social economy .....	481
4.2. Orientation of development of social infrastructure .....	490
<b>Chapter 5. Strategic management of regional development .....</b>	<b>500</b>
5.1. Mechanisms of the Strategy realization .....	500
5.2. Informational and project technologies of management .....	508
5.3. Development of the system of monitoring of the region's development .....	514
<i>Conclusion</i> .....	521
<i>Appendices</i> .....	519
<i>Authors of Part I of the collection of scientific works</i> .....	629
<i>Annotation</i> .....	635
<i>Content</i> .....	636

## **PART II.**

### **TERRITORIAL PROBLEMS OF ECONOMIC AND SOCIAL DEVELOPMENT**

Preface .....	4
---------------	---

#### **MODERNIZATION OF INDUSTRIAL SECTOR OF THE REGION**

<b>Chapter I. State and dynamics of industrial production of Vologda region.</b>	
<b>The goals of modernization .....</b>	<b>9</b>
1.1. General characteristics of industrial potential of the region .....	9
1.2. The ways of improvement of financial situation at industrial enterprises .....	23
1.3. Problems and goals for modernization of industrial production .....	28
1.4. The role of foreign economic activities of Vologda region in modernization process .....	45
<b>Chapter II. Modernization of industrial complexes in the regional programs of socio-economic development .....</b>	<b>51</b>
2.1. The forecasting of socio-economic development of the region .....	51
2.2. Building and investment complex and its role in the modernization of industry .....	55
2.3. Metallurgy .....	60
2.4. Chemical industry .....	63
2.5. Program ways of development of timber processing industry .....	76
2.6. Machine-building and metal processing .....	88
2.7. Light industry .....	107

Chapter III. Development and modernization of industrial infrastructure .....	127
3.1. Energy industry .....	127
3.2. The problems of modernization of transport and road facilities .....	140

### ORGANIZATION AND ECONOMIC BASIS OF INDUSTRIAL MODERNIZATION IN THE REGION

<i>Introduction</i> .....	163
Chapter 1 . Theoretical aspects of modernization of the industry of Russia and its regions .....	166
1.1. Concepts of modernization on new stage of transformation of the Russian economy .....	166
1.2. Problems of modernization of the industry of European North regions .....	180
Chapter 2. Trends and perspectives of functioning of Vologda region industry .....	189
2.1. Dynamics of production in industry .....	189
2.2. Reproduction processes at enterprises .....	199
2.3. Targets of perspective development and modernization of the region's industry .....	211
Chapter 3. The perfection of mechanisms of modernization changes in the region's industry .....	220
3.1. Investment activities .....	220
3.2. Innovation development .....	234
3.3. Institutional changes .....	246
3.4. Staff policy .....	258
<i>Conclusion</i> .....	269
<i>Luterature</i> .....	272

### PUBLIC FINANCES OF THE REGION: STATE, FACTORS, PERSPECTIVES

<i>Preface</i> .....	281
Chapter 1. Background of diagnostics of regional finances .....	283
1.1. Trends of socio-economic development of Vologda region .....	283
1.2. Methodologic and methodic aspects of research .....	290
Chapter 2.State and trends of the regional budget and budgets of municipalities .....	297
2.1. The income part of the budget of Vologda region .....	297
2.2. The expenses part of consolidated budget of Vologda region .....	303
2.3. Problems of disbalance in budgeting system of the region .....	310
2.4. State of separate parts of budget system of Vologda region .....	316
2.5. Problems of payments in budget system of the region .....	328
Chapter 3. Target budgeting funds of Vologda region .....	332
3.1. General characteristics .....	332
3.2. Territorial Road Fund .....	334
3.3. Ecological fund .....	338
3.4. Food fund .....	341
Chapter 4. Federal off-budget funds on the territory of Vologda region .....	343
4.1. General overview .....	343
4.2. Pension fund .....	346
4.3. Fund of obligatory medical insurance .....	349
4.4. Fund of social insurance .....	351
4.5. Employment fund .....	355

<b>Chapter 5. Assessment of ratio of State and Private sectors in Vologda region</b> .....	359
5.1. General characteristics of state and municipal sector of region .....	359
5.2. Ratio of sectors in the region's economy .....	364
5.3. The role of state sector in the formation of public finances .....	376
5.4. About perspectives of development of state and private sectors .....	381
<b>Chapter 6. Factors defining the state of public finances of the region</b> .....	386
6.1. Criteria of separation of analyzed factors .....	386
6.2. Macroeconomic factors .....	388
6.3. Microeconomic factors .....	392
<b>Chapter 7. The role of public finances in the regional investment process</b> .....	403
7.1. General characteristics of the investment process in the region .....	403
7.2. State investment programs .....	407
7.3. State support of investment process .....	411
<b>Chapter 8. Indicators for monitoring of system of public finances in Vologda region</b> .....	413
8.1. The concept of system of indicators for monitoring .....	413
8.2. Approbation of monitoring concept .....	419
<b>Chapter 9. Reforming as a basis for the better quality of administration of region's public finances</b> .....	422
<i>Literature</i> .....	426

## BUDGET SAFETY OF THE REGION

<i>Preface</i> .....	428
<b>Chapter 1. Theoretical base of safety of budgeting system of the region</b> .....	430
1.1. Role and place of budgeting system in regional economy .....	430
1.2. The concept of providing safety of budget system in the region .....	439
<b>Chapter 2. Methodic aspects of evaluation of regional budget safety</b> .....	459
2.1. Criteria and activities of buget safety of the region .....	459
2.2. Tools for evaluation of state of safety of regional budget system .....	466
2.3. Particularities of functioning of budget system of Vologda region .....	490
<b>Chapter 3. Methods of increasing the budget system safety in Vologda region</b> .....	509
3.1. Prefectioning of interbudget relations in the region .....	509
3.2. Monitoring of functioning of the regional budgeting system .....	538
3.3. Forecasting of development of budget system of the region .....	549
<i>Appendices</i> .....	560
<i>Literature</i> .....	567

## ADMINISTRATION OF PERSPECTIVE DEVELOPMENT OF MUNICIPALITIES OF CITY TYPE

<i>Introduction</i> .....	577
<b>Chapter I. Criteria of balanced perspective development of a city in market economy conditions and open society conditions</b> .....	579
1.1. State and administration of perspective development of Russian cities at modern period .....	579
1.2. Foreign experience of territorial planning .....	595
1.3. Russian experience of planning .....	610
1.4. Criteria of balanced development of a city at modern stage .....	618
<b>Chapter 2. Methods of composing of perspective plan of a city's development</b> .....	629
2.1. Modern strategy of perspective development of a city .....	629

2.2. Methods of choosing goals and ways of perspective socio-economic development of a city .....	643
2.3. Forms of population's participation in composing the strategy of city development .....	657
<b>Chapter 3. Methods and practice of realization of perspective plan .....</b>	<b>670</b>
3.1. Assessment and choice of effective mechanisms for realization of strategic plans .....	670
3.2. Cooperation of authorities and economic bodies in realization of city projects and programs .....	681
3.3. City budget as a key chain for realisation of strategic plan .....	698
<i>Conclusion</i> .....	712
<i>Appendices</i> .....	714
<i>Literature</i> .....	730
<i>Authors of part II of collection of scientific works</i> .....	738
<i>Annotation</i> .....	744
<i>Content</i> .....	745

### **PART III.**

#### **SOCIAL PROBLEMS OF THE REGIONAL DEVELOPMENT**

Preface .....	4
---------------	---

#### **LABOR POTENTIAL OF THE REGION: CURRENT STATE AND DEVELOPMENT**

<i>Preface</i> .....	8
<b>Chapter 1. Theoretical and methodological aspects of exploring the labor potential .....</b>	<b>10</b>
1.1. Evolution of opinions of foreign and Russian scientists about the essence of the category «labor potential» .....	10
1.2. Methodological approaches to the measurement of quality of labor potential .....	25
<b>Chapter 2. Quantitative characteristics of labor potential of the region .....</b>	<b>41</b>
2.1. Demographic development of the region as a basis for formation of the labor resources .....	41
2.2. Labor resources and employment of the population .....	49
<b>Chapter 3. Qualitative state of labor potential of the region's population .....</b>	<b>57</b>
3.1. Dynamics of quality indicators of labor potential of the region .....	57
3.1.1. Energy potential .....	60
3.1.2. Socio-psychological potential .....	84
3.2. Quality conformance of labor potential to the requirements of workplaces .....	93
<b>Chapter 4. Quality of labour life .....</b>	<b>97</b>
<b>Chapter 5. Labor potential of the region as an object of social management .....</b>	<b>106</b>
5.1. Ways of quality development of the region's labor potential .....	106
5.2. Monitoring as tool for effective management of the process of formation and realization of labor potential .....	111
<i>Conclusion</i> .....	117
<i>Appendix</i> .....	119

## SOCIAL SITUATION IN THE REGION: SOME TRENDS AND PERSPECTIVES

Chapter 1. Deepening of economical crisis .....	128
Chapter 2. Social mood .....	131
Chapter 3. Level of life through subjective assessment .....	136
Chapter 4. Private security of people and law order .....	141
Chapter 5. Population's attitude towards authorities .....	145
Chapter 6. From assessment – towards management .....	150

## SOCIAL SITUATION IN THE REGION AND CONSUMER WISHES OF THE POPULATION

<i>Introduction</i> .....	156
Chapter 1. Social situation through consumer's wishes .....	159
Chapter 2. Index of consumer's wish and macroeconomic changes .....	170
Chapter 3. Stratification of the region's population according to their index of consumer's wish .....	179
<i>Conclusion</i> .....	181
<i>Appendices</i> .....	185

## STATE OF HEALTH OF THE POPULATION OF REGION: TRENDS AND PERSPECTIVES

<i>A. Kolinko. To readers</i> .....	194
<i>Introduction</i> .....	196
Chapter 1. State of health of the population of region .....	198
1.1. Socio-demographic situation .....	199
1.2. Morbidity .....	206
1.3. State of health through the population's opinion .....	208
Chapter 2. Factors influencing the population's health .....	213
Chapter 3. Analysis of availability of quality medical services .....	234
3.1. Functioning of health care system .....	234
3.2. People's assessment of the level and quality of medical services .....	239
3.3. Population's knowledge about health promotion and disease prevention .....	246
Chapter 4. Ways for health promotion and diseases prevention for the population of region .....	250
<i>Conclusion</i> .....	256

## FORMATION OF CHILDREN'S HEALTH: FROM MATERNITY HOSPITAL TO SCHOOL (Results of 7 years of research)

<i>A. Kolinko. To readers</i> .....	259
<i>Introduction</i> .....	260
Chapter 1. Characteristics of children's health and its study .....	262
Chapter 2. Problems with children's health .....	268
2.1. Demographic indicators of health of children's population .....	268
2.2. Health of children, assessed by monitoring .....	271

Chapter 3. Factors influencing the formation of children's health .....	278
3.1. The most significant factors in infancy .....	278
3.2. The most significant factors at early and preschool childhood .....	290
3.3. Medical activities of families .....	299
3.4. Preparation to school .....	303
Chapter 4. Main ways and activities for health promotion for children's health .....	306
<i>Conclusion</i> .....	309

## PROBLEMS OF MENTAL HEALTH OF THE POPULATION

<i>A. Kolinko</i> . To readers .....	311
<i>Introduction</i> .....	314
Chapter 1. Problems of mental health in modern world .....	318
Chapter 2. Social situation as a factor of formation of socio-psychological atmosphere in the society .....	326
Chapter 3. Public mental health in the region .....	335
3.1. Socio-psychological climate .....	335
3.2. Mental health of the population: current state and perspectives .....	342
3.3. Social anomalies as the indicator of deviations in mental health .....	351
Chapter 4. Population's satisfaction of socio-psychological services in Vologda region .....	358
Chapter 5. Ways for improvement of the population's mental health .....	367
<i>Conclusion</i> .....	373
V. Il'in. Conclusion to this works collection .....	374
<i>Authors of volume III</i> .....	376
<i>Annotation</i> .....	380
<i>Content</i> .....	381

## ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие .....	4
-------------------	---

### ТРУДОВОЙ ПОТЕНЦИАЛ РЕГИОНА: СОСТОЯНИЕ И РАЗВИТИЕ

<i>Предисловие</i> .....	8
--------------------------	---

<b>Глава 1. Теоретико-методологические аспекты изучения трудового потенциала .....</b>	<b>10</b>
--	-----------

1.1. Эволюция взглядов зарубежных и отечественных ученых на сущность категории «трудовой потенциал» .....	10
--	----

1.2. Методологические подходы к измерению качества трудового потенциала .....	25
--	----

<b>Глава 2. Количественные характеристики трудового потенциала региона .....</b>	<b>41</b>
--	-----------

2.1. Демографическое развитие региона как основа формирования трудовых ресурсов .....	41
--	----

2.2. Трудовые ресурсы и занятость населения .....	49
---	----

<b>Глава 3. Качественное состояние трудового потенциала населения региона .....</b>	<b>57</b>
---	-----------

3.1. Динамика показателей качества трудового потенциала региона .....	57
--	----

3.1.1. Энергетический потенциал .....	60
---------------------------------------	----

3.1.2. Социально-психологический потенциал .....	84
--	----

3.2. Соответствие качества трудового потенциала требованиям рабочих мест .....	93
---	----

<b>Глава 4. Качество трудовой жизни .....</b>	<b>97</b>
---	-----------

<b>Глава 5. Трудовой потенциал региона как объект социального управления .....</b>	<b>106</b>
--	------------

5.1. Направления развития качества трудового потенциала региона .....	106
--	-----

5.2. Мониторинг как инструмент эффективного управления процессом формирования и реализации трудового потенциала .....	111
---	-----

<i>Заключение</i> .....	117
-------------------------	-----

<i>Приложение</i> .....	119
-------------------------	-----



## СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ: НЕКОТОРЫЕ ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

Глава 1. Углубление экономического кризиса .....	128
Глава 2. Социальное настроение .....	131
Глава 3. Уровень жизни в спектре субъективных оценок .....	136
Глава 4. Личная безопасность граждан и правопорядок.....	141
Глава 5. Отношение населения к власти .....	145
Глава 6. От оценок – к управлению .....	150

## СОЦИАЛЬНАЯ СИТУАЦИЯ В РЕГИОНЕ И ПОТРЕБИТЕЛЬСКИЕ НАСТРОЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

<i>Введение</i> .....	156
Глава 1. Социальная ситуация в спектре потребительских настроений ..	159
Глава 2. ИПН и макроэкономические изменения .....	170
Глава 3. Стратификация населения региона по уровню индекса потребительских настроений .....	179
<i>Заключение</i> .....	181
<i>Приложения</i> .....	185

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕГИОНА: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ

<i>Колинъко А.А.</i> К читателям .....	194
<i>Введение</i> .....	196
Глава 1. Состояние здоровья населения региона .....	198
1.1. Социально-демографическая ситуация .....	199
1.2. Заболеваемость .....	206
1.3. Состояние здоровья в оценках населения .....	208
Глава 2. Факторы, влияющие на здоровье населения .....	213
Глава 3. Анализ возможности получения квалифицированной медицинской помощи .....	234
3.1. Функционирование системы здравоохранения .....	234
3.2. Оценка населением уровня и качества медицинской помощи .	239
3.3. Информированность населения в вопросах охраны и укрепления здоровья .....	246
Глава 4. Направления охраны и укрепления здоровья населения региона .....	250
<i>Заключение</i> .....	256

# ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ: ОТ РОДДОМА ДО ШКОЛЫ (Основные итоги 7 лет исследований)

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	259
<i>Введение</i> .....	260
Глава 1. Особенности детского здоровья и его изучения .....	262
Глава 2. Проблемы здоровья детей .....	268
2.1. Демографические показатели здоровья детской популяции .....	268
2.2. Здоровье детей по оценкам мониторинга .....	271
Глава 3. Факторы, оказывающие влияние на формирование здоровья детей .....	278
3.1. Факторы, наиболее значительные для здоровья в младенчестве ....	278
3.2. Факторы, наиболее значительные для здоровья в раннем и дошкольном детстве .....	290
3.3. Медицинская активность семей .....	299
3.4. Подготовка к школе .....	303
Глава 4. Основные направления и мероприятия по охране и укреплению детского здоровья .....	306
<i>Заключение</i> .....	309

## ПРОБЛЕМЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

<i>Колинько А.А. К читателям</i> .....	311
<i>Предисловие</i> .....	314
Глава 1. Проблема психического здоровья в современном мире .....	318
Глава 2. Социальная ситуация как фактор формирования социально-психологической атмосферы в обществе .....	326
Глава 3. Общественное психическое здоровье в регионе .....	335
3.1. Социально-психологический климат .....	335
3.2. Психическое здоровье населения: текущее состояние и перспективы .....	342
3.3. Социальные аномалии как показатель отклонений в психическом здоровье .....	351
Глава 4. Потенциальная потребность населения Вологодской области в услугах сферы социально-психологической помощи .....	358
Глава 5. Направления улучшения психического здоровья населения .....	367
<i>Заключение</i> .....	373
<b>Ильин В.А. Послесловие к собранию трудов</b> .....	374
<i>Авторы III части собрания научных трудов</i> .....	376
<i>Annotation</i> .....	380
<i>Content</i> .....	381

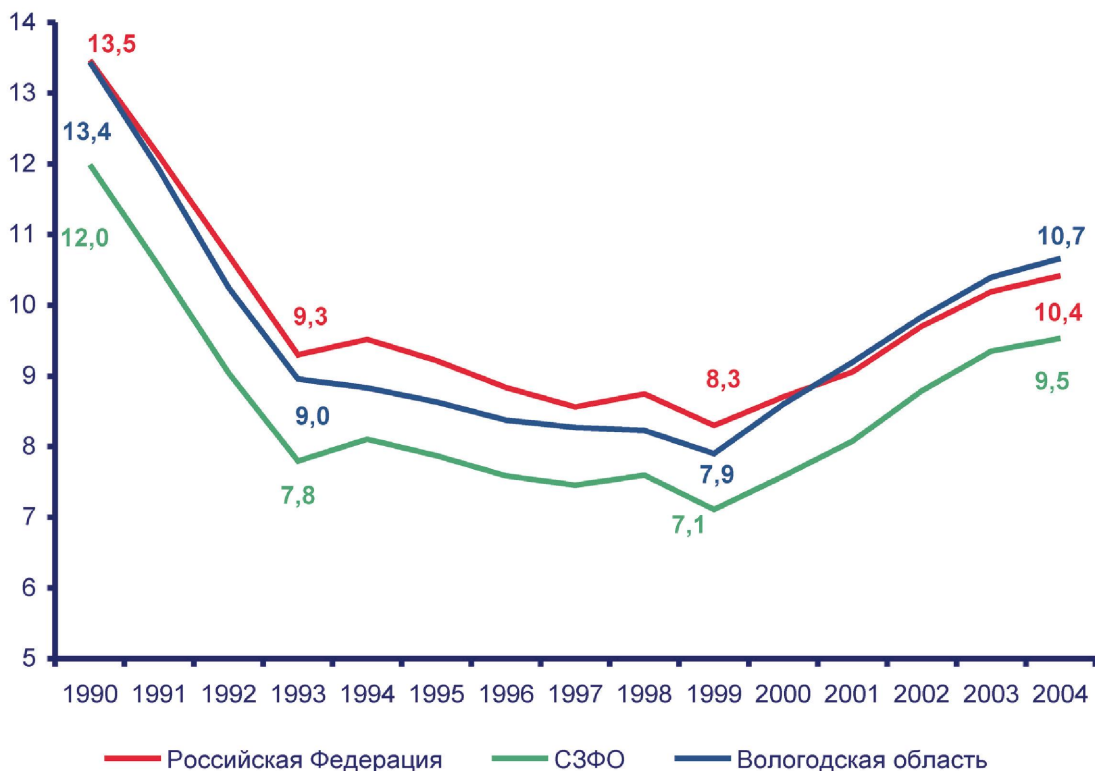


Рис. 1. Общие коэффициенты рождаемости

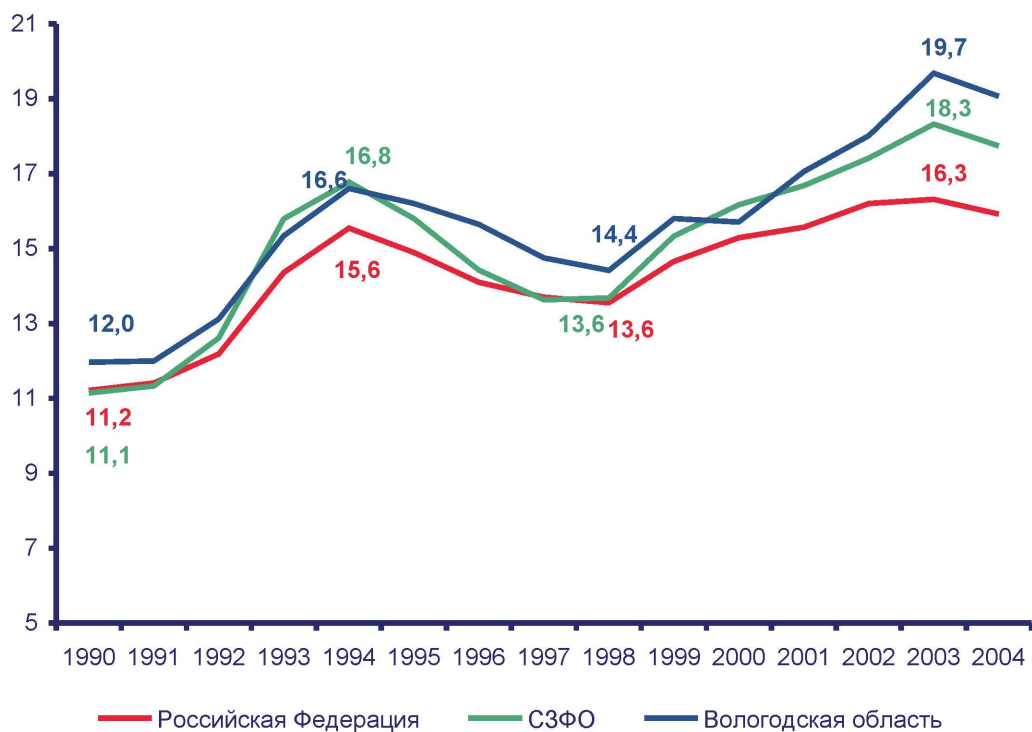
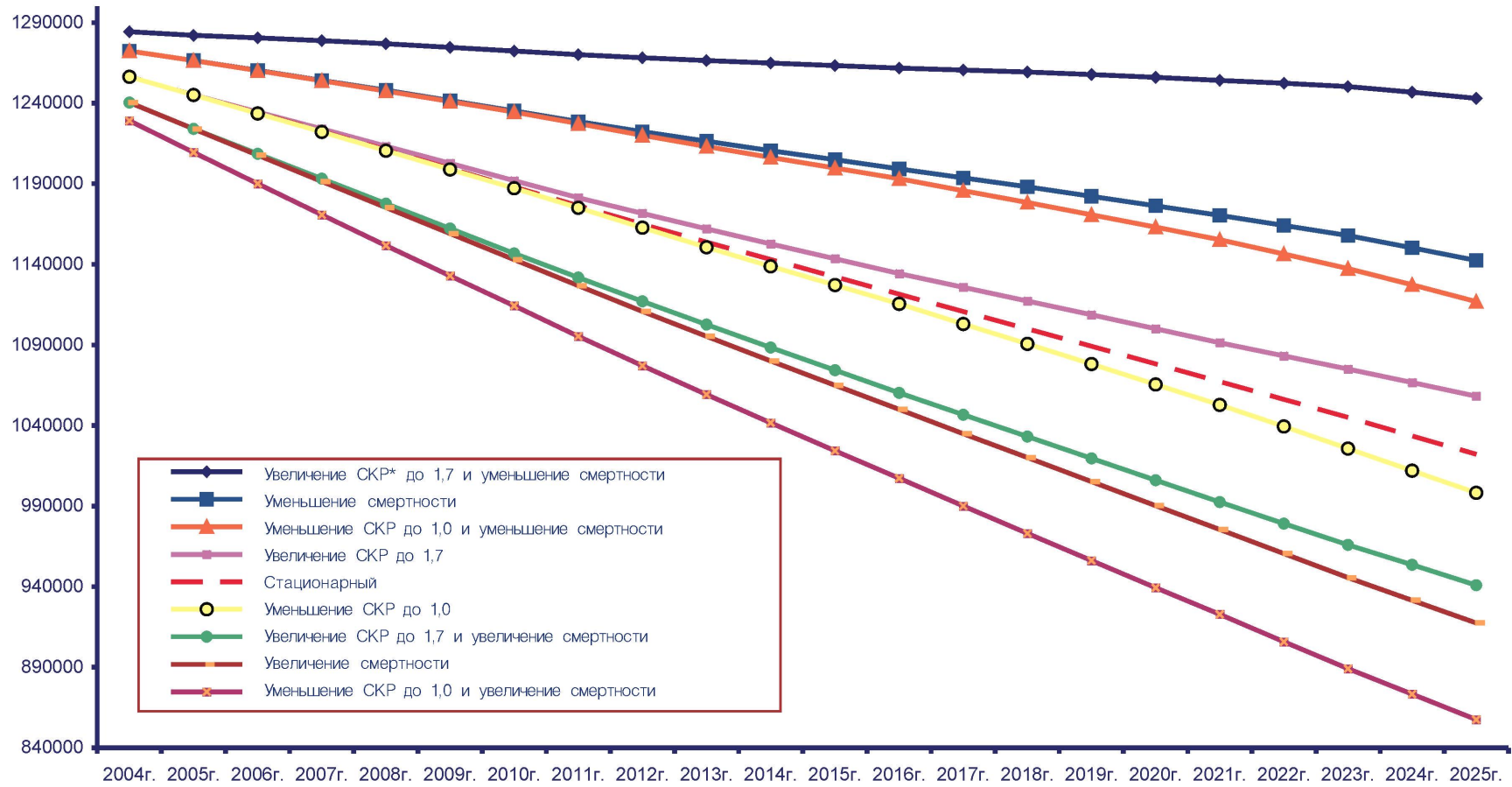


Рис. 2. Общие коэффициенты смертности



\* Суммарный коэффициент рождаемости

Рис. 3. Прогнозы численности населения Вологодской области, чел.



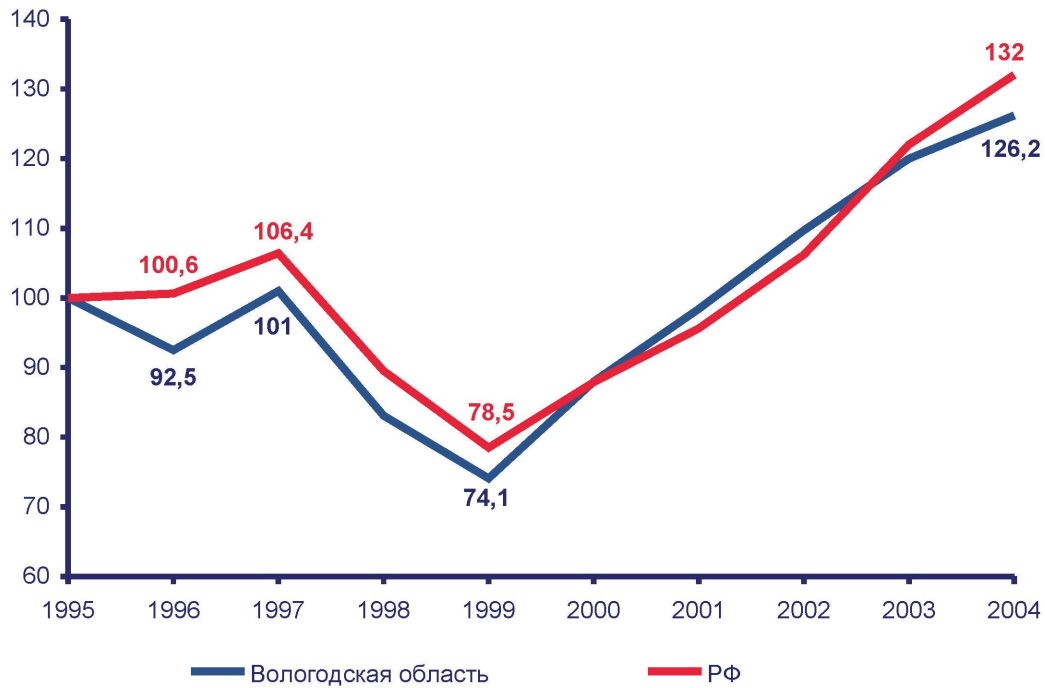


Рис. 4. Динамика реальных располагаемых денежных доходов в Вологодской области и РФ (в % к 1995 г.)

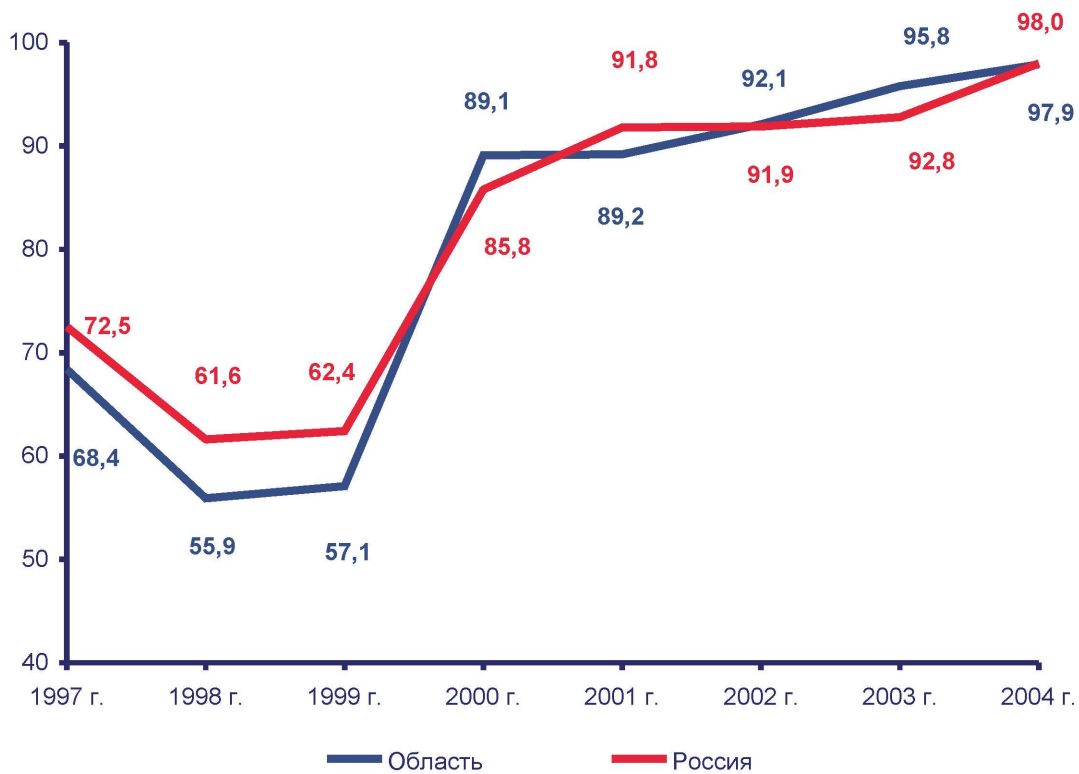


Рис. 5. Динамика реальных денежных доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения (в % к 1995 г.)





**Рис. 6. Как изменяется жизнь Вашей семьи в текущем году по сравнению с предыдущим годом?**  
(в % от числа опрошенных)



**Рис. 7. Динамика ИПН в Вологодской области и России**



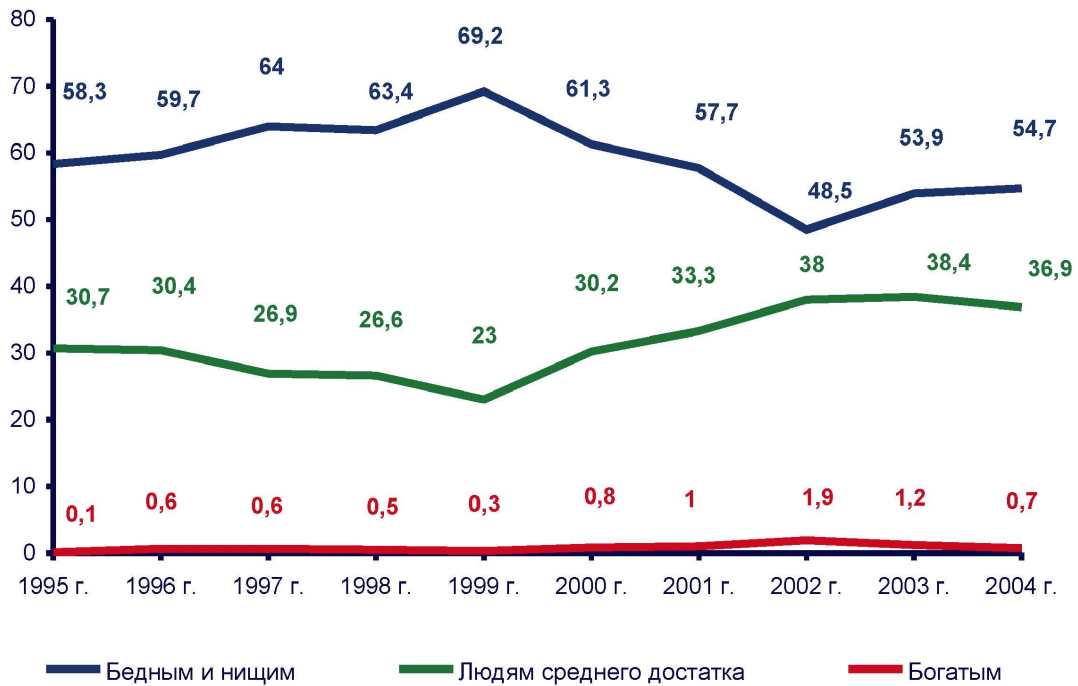
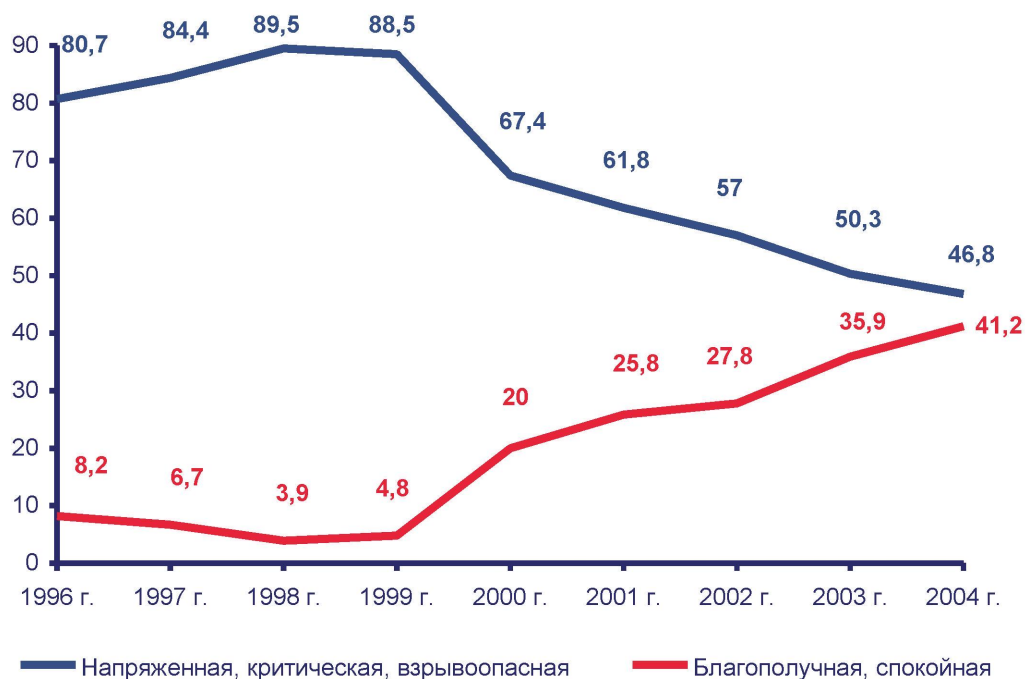


Рис. 8. К какой категории Вы себя относите?  
(в % от числа опрошенных)

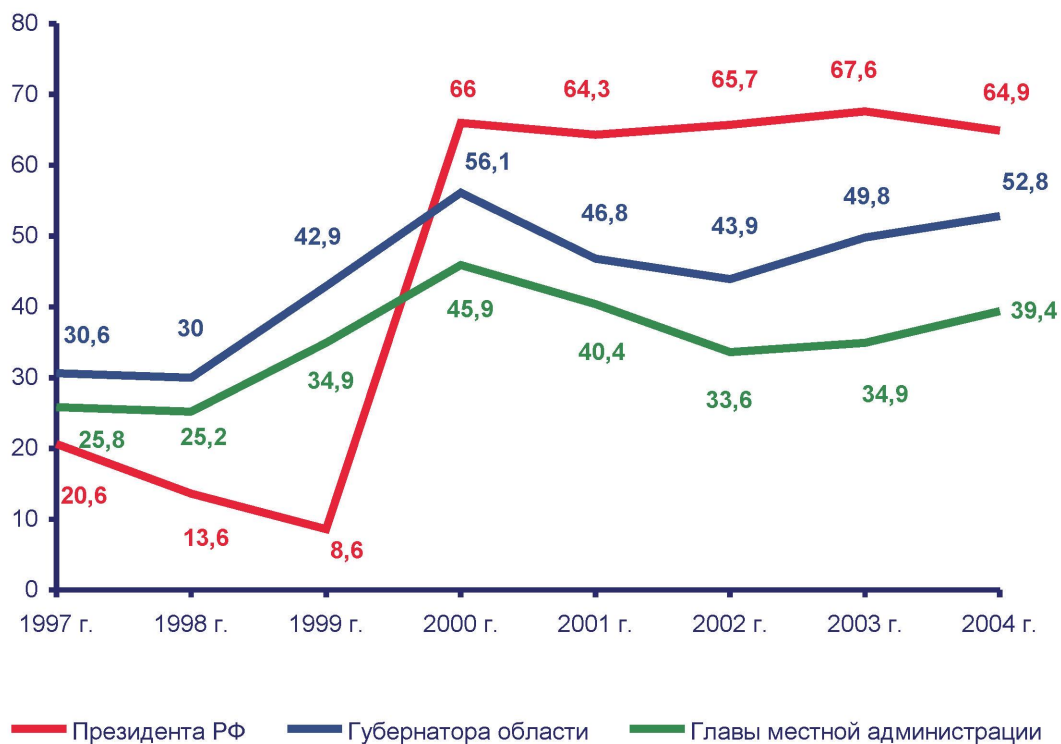


Рис. 9. Что бы Вы могли сказать о своем настроении в последние дни?  
(в % от числа опрошенных)





**Рис. 10. Как бы Вы оценили в целом политическую обстановку в России?**  
(в % от числа опрошенных)



**Рис. 11. Как Вы оцениваете в настоящее время деятельность Президента РФ, губернатора области, главы местной администрации?**  
(вариант ответа: «полностью и в основном одобряю»;  
в % от числа опрошенных)