

РОССИЙСКАЯ АКАДЕМИЯ НАУК  
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ РАН  
ИНСТИТУТ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ НАРОДОНАСЕЛЕНИЯ РАН  
ПРАВИТЕЛЬСТВО ВОЛОГДСКОЙ ОБЛАСТИ



## **ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ: ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

Материалы Международного  
научно-практического семинара  
(г. Вологда, 18–20 мая 2010 г.)

ВОЛОГДА  
2010

ББК 65.495

3-46

Печатается по решению  
Ученого совета ИСЭРТ РАН

**Здоровье населения: проблемы и пути решения [Текст]:** материалы Междунар. науч.-практ. семинара, г. Вологда, 18 – 20 мая 2010 г. – Вологда: Институт социально-экономического развития территорий РАН, 2010. – 152 с.

В сборнике представлены материалы Международного научно-практического семинара «Здоровье населения: проблемы и пути решения», проходившего в Вологде 18 – 20 мая 2010 г.

В выступлениях освещены социальные проблемы, касающиеся системы здравоохранения, образования; вопросы подготовки проектов по улучшению качества жизни населения по следующим направлениям: охрана материнства и детства, здоровьесберегающая политика государства, образование как фактор человеческого развития, трудовой потенциал населения.

Тексты работ опубликованы в авторской редакции.

ISBN 978-5-93299-168-8

© ИСЭРТ РАН, 2010  
© ИСЭПН РАН, 2010  
© Правительство Вологодской области, 2010

## СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА СБЕРЕЖЕНИЯ НАРОДА: РАДИКАЛЬНОЕ ИЗМЕНЕНИЕ НЕГАТИВНОГО ТRENDA ЗДОРОВЬЯ РОССИЙСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

Последнее десятилетие XX века характерно для России, кроме всего прочего, разразившимся *демографическим кризисом*, начало которого условно можно отнести к 1992 г., когда динамика населения преодолела «точку невозврата» и оно оказалось в зоне естественной убыли, где и пребывает по сию пору. Это отчетливо видно на графике (рис. 1).

Вместе с тем 2008 – 2009 годы отмечены позитивными тенденциями, которые обусловлены воздействием принятых в 2007 г. правительственных решений в области демографической политики, но их эффективность будет существенным образом зависеть от продолжительности влияния на демографические процессы. Подобного

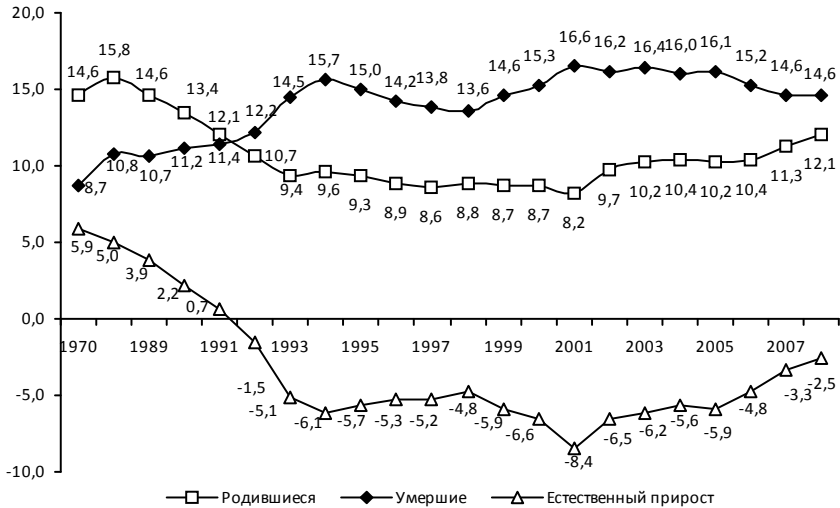


Рис. 1. Естественное движение населения

рода «атака», как показывает жизнь, и не только в России, действует в течение 2 – 3 лет, а затем, после адаптации населения к новым условиям, все возвращается на круги своя. Кроме того, существенную роль здесь сыграло замещение естественной убыли населения миграционным приростом, который значительно возрос за эти два года (рис. 2).

Естественная убыль населения в январе – октябре 2009 г. уменьшилась по сравнению с соответствующим периодом 2008 г. на 116,4 тыс. человек, а увеличившийся миграционный прирост полностью компенсировал численные потери населения и превысил их на 6,1%.

За период 1992 – 2008 гг. естественная убыль населения, частично компенсированная положительным сальдо миграции, составила 12,5 млн. человек (табл. 1).

Если мы не сможем в ближайшие 5 – 7 лет радикально изменить тренд смертности и нездоровья, то в силу инерционности демографических процессов кризис не будет преодолен даже к середине века и численность населения России уменьшится до 100 – 110 млн., т.е. еще на 30 млн.

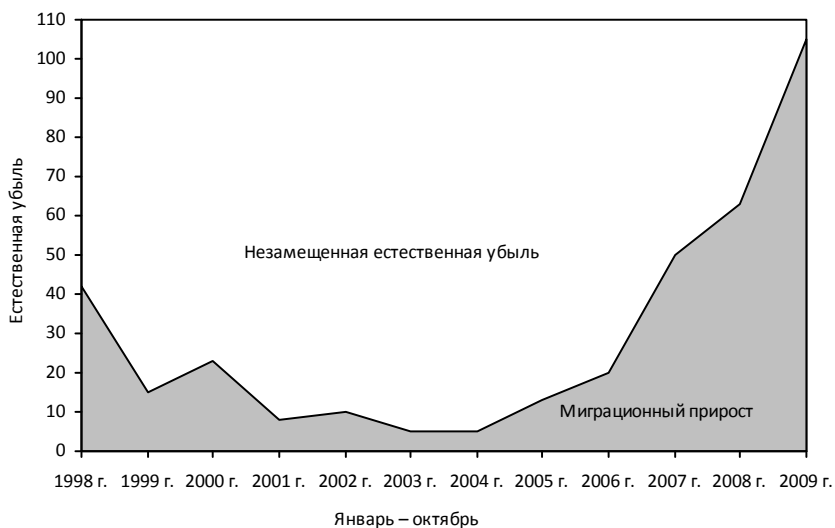


Рис. 2. Замещение естественной убыли населения миграционным приростом

Таблица 1. Естественное и миграционное движение населения  
(1991 – 2008 гг.)

Показатель	1991 – 1995 гг.	1996 – 2001 гг.	2001 – 2005 гг.	2006 – 2008 гг.
Число родившихся в расчете на год	1,5	1,3	1,4	1,6
Число умерших в расчете на год	2,0	2,1	2,3	2,1
Естественная убыль в расчете на год	0,5	0,8	0,9	0,5
Уменьшение населения	2,5	4,0	4,5	1,5
Уменьшение населения за 1991 – 2008 гг.	12,5 млн.			
Миграционный прирост за 1991 – 2005 гг., млн. чел.	5,7 млн.			
Миграционный прирост по периодам, млн. чел.	2,5	2,1	0,8	0,3
Возмещение естественной убыли, в %	100	50	20	20
Реальное уменьшение населения, в %	-	1,4	2,4	0,8

Существует точка зрения, что естественная убыль может быть замещена мигрантами в масштабах убыли, т.е. на 500 – 700 тыс. чел. в год. Однако эта идея имеет значительно больше негативных, чем позитивных, аргументов, если вообще может быть реализована. Ее легко провозглашать, не думая о последствиях, но следует иметь в виду, что для мигрантов нужен масштабный жилой фонд, которым сегодня не обеспечены даже граждане России, а также соответствующие рабочие места, дефицит которых увеличивается вследствие финансово-экономического кризиса. По оценкам экспертов в 2010 году рост безработицы еще продолжится.

Для полного замещения поколения родителей поколением детей суммарный коэффициент рождаемости (число детей, в среднем рожденных одной женщиной в репродуктивном возрасте) должен быть не меньше 2,15 (рис. 3).

Но за последнее 20-летие этот показатель был существенно ниже и менялся следующим образом: **1,547** в 1992 г., **1,157** в 1999 г., **1,494** в 2008 г.

Масштабы рождаемости определяются двумя комплексами факторов: а) репродуктивным потенциалом и б) репродуктивным поведением.

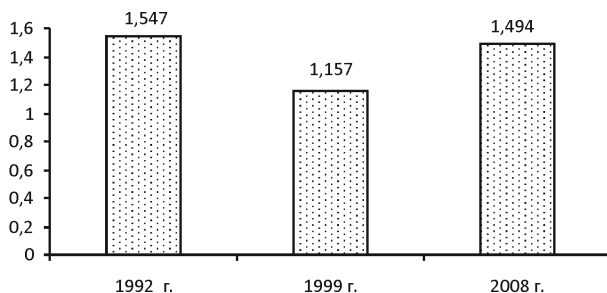


Рис. 3. Суммарный коэффициент рождаемости в России

Репродуктивный потенциал нашего населения хорошо просматривается в перспективе и, к сожалению, не радует, так как:

- ближе к середине века в репродуктивный возраст войдут относительно малые когорты женщин;
- он уменьшается вместе с падением здоровья населения; достаточно отметить, что уже сегодня 15 – 20% брачных пар бесплодны;
- негативно действует и традиционное распространение абортов как следствие низкой культуры регулирования деторождения.

Не лучшая ситуация складывается и с репродуктивным поведением, которое характеризуется:

- устойчивым снижением брачности и ростом разводов;
- торжеством модели однодетной семьи, о чем свидетельствуют материалы переписи 2002 г., когда 34% семей имели одного ребенка, 15% – двух и 3% – трех и более;
- появлением феномена отказа от рождения детей вовсе (общества «чайлдфри»);
- все более широкой конкуренцией детей с социальными благами в виде карьерного роста, увеличения доходов и потребления;
- пока еще низким уровнем жизни, и прежде всего оплаты труда: 2/3 работников имеют заработок, не обеспечивающий самого работника и одного ребенка.

В процессе демографического воспроизводства лидирует смертность, а не рождаемость (в 2008 г. умерло 2080 тыс., родилось

1710 тыс.). При этом свыше 80% смертей есть следствие нездоровья и различных форм недуга. Из сказанного следует, что главный путь преодоления демографического кризиса (особенно сегодня) – это укрепление здоровья и снижение на этой основе смертности.

Вместе с тем значение здоровья определяется не только его демографической ролью. Здоровье – это характеристика человеческого потенциала и человеческого капитала, определяющего экономическую мощь страны. Здоровье – это главный компонент качества жизни, измеряемого ее продолжительностью в условиях свободного выбора. С другой стороны, качество жизни – главный параметр ее ценности для человека. Важно не только долголетие, но и способность человека сохранять с годами здоровье, тонус и жизненную энергию, само желание жить<sup>1</sup>. Это – активный источник динамического развития общества, и он придет на смену современным новейшим технологиям как главный фактор экономического роста, решающий компонент VI технологического уклада, который непосредственно будет определяться здоровьем населения. В основе социальной политики российского государства должно стоять здоровье во всех его многогранных аспектах как главный приоритет.

### **1. Интегральное состояние и динамика здоровья населения России.**

Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье состоянием полного физического, психического и социального благополучия. При этом физическое здоровье – это способность выполнять каждодневную работу, включая заботу о себе; психическое здоровье – это состояние человека в гармонии с самим собой; социальное здоровье отражает позитивные отношения с другими людьми, готовность оказать помощь и способность принять ее. Существует два уровня рассмотрения и оценки здоровья: а) популяционный (общественное здоровье), относящийся к населению определенной территории страны, региона, города, и б) индивидуальный, характеризующий отдельного человека.

---

<sup>1</sup> Экология человека в изменяющемся мире / под ред. акад. РАН и РАМН В.А. Черешнева. – Екатеринбург, 2008. – С. 47.

Состояние общественного здоровья целесообразно оценивать на основе сравнения с другими странами и территориями, а в качестве характеристик использовать, по крайней мере, три:

- продолжительность предстоящей жизни (ППЖ);
- уровень заболеваемости населения;
- уровень инвалидизации.

В России самый низкий среди европейских стран ППЖ, и в 2008 г. он был равен 67,9 года по населению в целом. Учитывая, что в нашей стране ППЖ существенно (12-13 лет) различается по полу, его следует всегда определять отдельно для женщин и мужчин. В сравнении с другими странами эти индикаторы представлены в *таблице 2*.

ППЖ формируется в зависимости от состояния смертности. В России общий показатель смертности в 2008 г. достигал 14,6 на 1000 жителей; в то время как в развитых странах – лишь 8, а в развивающихся – 12. В результате из 180 стран наша страна по этому индикатору оказалась лишь на 100-м месте.

В основе подобного уровня смертности лежит высокая заболеваемость: в 2008 г. зарегистрировано больных с впервые установленным диагнозом 772 на 1000 чел. населения, т.е. почти 80% граждан<sup>2</sup>.

Не удивительно, что специальные исследования, базирующиеся на показателях индивидуального здоровья, позволили получить следующие оценки состояния здоровья населения страны (*рис. 4*):

- **3%** – абсолютно здоровы;
- **24%** – относительно здоровы;
- **3%** – с очень плохим здоровьем (инвалиды);
- **70%** – с относительно плохим и плохим здоровьем (свыше двух хронических заболеваний).

Таблица 2. Продолжительность предстоящей жизни, лет

Страна	Для мужчин	Для женщин
Россия	61,4	73,9
Австрия	77,2	82,8
Финляндия	75,9	83,1
Швеция	78,8	78,6

<sup>2</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России. – 2009. – М., 2009. – С. 31.





Рис. 4. Самооценка здоровья населением России

Особую озабоченность вызывают болезни социальной этиологии, среди которых следует отметить туберкулез – 395 тыс. (2007 г.) и сифилис – 437 тыс. (2007 г.)<sup>3</sup>. Существенное влияние на качество репродуктивного здоровья населения оказывает эпидемия ВИЧ/СПИД, так как 80% больных с диагнозом ВИЧ являются людьми фертильного возраста, ведущими активную сексуальную жизнь, а 44% – это молодые женщины с репродуктивными возможностями. Вследствие этого до 35% возросла доля гетеросексуального пути передачи этой инфекции, а кроме того, растет число детей от инфицированных матерей – в 2006 г. их было 33844 человека.

Широкое распространение получили психические нозологии: за помощью в связи с психическими расстройствами в 2007 г. обратились 4357 тыс. человек, а общее число нуждающихся в контактах с психиатрами составляло 52 млн. человек, т.е. 1/3 населения. При этом психические расстройства среди детей на четверть выше, чем среди взрослых. За 2001–2003 гг. число несовершеннолетних, имевших инвалидность по причине умственной отсталости, увеличилось в 2 раза. Алкоголизмом и алкогольными психозами страдают 2290,7 тысячи человек, а наркоманией – 368,3 тысячи, число потребляющих наркотики составляет около 500 тысяч, но это по данным официальной статистики, а фактически – 3,5–4 млн. чел. В 2007 г. число

<sup>3</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008. – М., 2008. – С. 327–328.

умерших от причин, связанных с употреблением алкоголя, было равно 75200 человекам, из них 37% умерло от случайных отравлений, 38% — от алкогольной кардиомиопатии<sup>4</sup>.

Уровень инвалидизации в России определяется численностью инвалидов, которых сегодня более 12 млн., и ее ежегодным приростом в размере около 1 млн. человек. Относительное число инвалидов в 5 раз больше, чем в развитых странах.

**Социальное здоровье** (благополучие) измеряется через асоциальное поведение с помощью композитного индикатора, интегрирующего первичные показатели асоциального поведения: самоубийства, убийства, психические расстройства, социальное сиротство, разводы и т.д.<sup>5</sup> (рис. 5).

В 2006 г. **композитный индикатор составил по странам:**

- Россия — **4,97**
- Эстония — **5,20**
- Литва — **5,63**
- Украина — **6,31**
- Белоруссия — **6,79**
- Чехия — **6,65**
- Финляндия — **6,89**
- Венгрия — **7,20**
- Дания — **7,50**

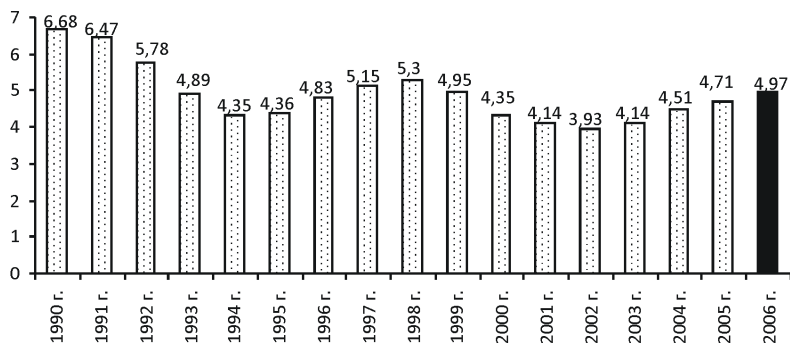


Рис. 5. **Динамика композитного индекса, характеризующего психологическое состояние российского общества за период 1990 – 2006 гг.**

<sup>4</sup> Социальное положение и уровень жизни населения России. 2008. — М., 2008. — С. 336.

<sup>5</sup> Юревич А.В. Динамика психологического состояния современного российского общества // Вестник Российской академии наук. — М.: Наука, 2009. — Том 79. — №2. — С. 112-117.

**Композитный индекс, характеризующий психологическое состояние российского общества** за период 1990 – 2006 гг., составил в баллах: в 1990-м – **6,68**, в 1991-м – **6,47**, в 1992-м – **5,78**, в 1993-м – **4,89**.

Динамика данного индикатора демонстрирует существенную неустойчивость и имеет тенденцию к снижению позитивного психологического состояния населения за последние пятнадцать лет. Двадцатилетние обследования индивидуального здоровья позволили выявить ряд его специальных характеристик<sup>6</sup>.

*Во-первых*, показатель здоровья имеет устойчивый нисходящий тренд (табл. 3, 4).

*Во-вторых*, средняя оценка здоровья населения составляет сегодня в Москве 3,13 балла, а для страны этот показатель колеблется около 3,2 по 5-балльной шкале<sup>7</sup>.

*В-третьих*, особую озабоченность вызывает здоровье детей и молодежи, которое снижается интенсивнее, чем у взрослых. С каждым годом новорожденные приходят в этот мир с меньшим потен-

Таблица 3. Динамика индивидуального здоровья населения Таганрога, в %

Самооценка здоровья	1981 г.	1989 г.	1993 г.	1998 г.
Хорошее и отличное	62,6	47,0	45,4	36,1
Удовлетворительное	24,8	37,8	35,7	44,7
Плохое и очень плохое	12,6	15,2	18,9	19,2
Средняя оценка	3,63	3,39	3,29	3,18
Процент лиц, имеющих хронические заболевания	29,4	43,3	48,0	60,7

Таблица 4. Динамика индивидуального здоровья населения Москвы, в %

Самооценка здоровья	1996 г.	2004 г.
Отличное	8,5	5,0
Хорошее	51,6	30,0
Удовлетворительное	31,3	53,6
Плохое	8,7	11,4

<sup>6</sup> Сбережение народа / под редакцией Н.М. Римашевской. – М.: Наука, 2007. – С. 26.

<sup>7</sup> Влияние поведенческих факторов на состояние здоровья населения. Основные результаты выборочного обследования. 2008 / Росстат. – М., 2009. – С. 15.

циалом здоровья: в 1990 г. родились больными или заболели непосредственно после рождения 14,7%, а в 1995 г. их было 28,5%, в 2000 г. — 38,0, в 2005 г. — 40,7, в 2006 г. — 38,9, в 2008 г. — 37,3%<sup>8</sup>. На протяжении жизненного цикла интенсивность падения здоровья у детей выше, чем в среднем по всем группам населения, а проблемы заболеваемости в целом вопреки здравому смыслу перемещаются из групп престарелых в группу детей и молодежи. Здоровье каждого следующего поколения хуже, чем у предшествующего: у наших детей оно хуже, чем у нас, их родителей, а здоровье внуков еще хуже, чем у наших детей.

Дети, рожденные больными, не проходят реабилитации в течение жизненного цикла и, вступая в репродуктивный возраст, воспроизводят больное поколение. С каждым годом репродуктивный потенциал снижается, а общество все глубже втягивается в некую «социальную воронку» нездоровья. Чтобы выбраться из нее, необходима жизнь не одного поколения. Если не остановить этот негативный процесс, он может оказаться необратимым.

*В-четвертых*, социальные условия препятствуют реализации биологических резервов человека, заложенных природой. Они разрушают этот ресурс. Развитие индивида с биологической точки зрения должно продолжаться до 35-летнего возраста, однако в конце 70-х годов XX в. «пик» здоровья отмечался в 25 лет, затем падал и к концу восьмидесятых снизился до 16 лет, а в преддверии нового века человек оставался с тем же потенциалом, с которым он рождался. Социальные факторы вызывают состояние «упущенного» здоровья, а сопоставление реального здоровья и биологического потенциала организма раскрывает возможности общества.

*В-пятых*, изменение здоровья в течение жизни происходит не плавно, а «ступенчато». Кризисные точки указывают на возрастные группы риска: у женщин резкий спад здоровья относится к 40 годам, а у мужчин — к 50-ти.

*В-шестых*, был выявлен гендерный парадокс здоровья, состоящий в том, что продолжительность предстоящей жизни у мужчин на 12-13 лет меньше (рис. 6), чем у женщин, а индивидуальный

---

<sup>8</sup> Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; Росстат. — М., 2009. — С. 26.

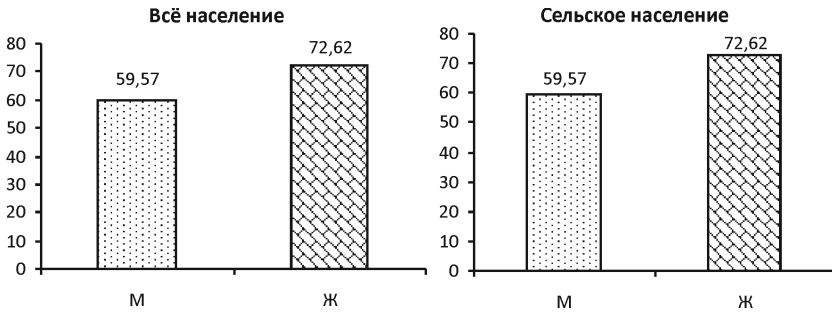


Рис. 6. Продолжительность предстоящей жизни в поселенческом и гендерном разрезе (2007 г.)

потенциал текущего здоровья у них выше в среднем на 10%. Это объясняется биологическими и социальными факторами, что в значительной мере диктует необходимость гендерного характера социально-демографической политики.

Биологические причины сводятся к следующему. Женщина, как хранительница человеческого вида, обеспечивает его биологическую устойчивость. Ее организм выносливее, она способна к меньшим нагрузкам, но может нести их постоянно и долго. Мужчина обладает экспериментальным организмом и в силу этого менее стабильным. Его более уязвимый организм характеризуется слабым иммунитетом. Мужчина работает интенсивнее, но быстрее выдыхается, он тревожнее и менее устойчив эмоционально, больше подвержен кризам. У него более низкий резерв гормональной системы, что делает его менее защищенным перед стрессом. Для мужчины характерен особый, относительно более высокий уровень обмена веществ, в частности более высокая интенсивность свободнорадикального окисления. С этим связана повышенная опасность возникновения клеточных мутаций. Не случайно то, что гораздо чаще мутации наблюдаются в мужской Y-хромосоме и по мужской линии передается в 10 раз больше наследственных заболеваний. На мужчинах природа экспериментирует, не рискуя более ценной для сохранения вида женской особью<sup>9</sup>.

<sup>9</sup> Величковский Б.Т. Стратегия охраны здоровья населения России. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов. – М., 2003. – С. 11.

Гендерное воздействие на здоровье имеет и социальные причины. На рынке труда мужчины занимают рабочие места, характеризующиеся большим риском для здоровья, травматизмом, вредными условиями. 37% мужчин работают более 40 часов в неделю. У них в 2-3 раза выше заболеваемость туберкулезом и в 6–8 раз выше смертность от этой нозологии. Среди мужчин чаще распространены вредные привычки. Более половины мужчин (53,6%) курят, а среди женщин – лишь немногим более четверти (27,2%). Низкое потребление алкоголя характерно только для 39,2% мужчин и 78% женщин. По сравнению с женщинами мужчины в 6-8 раз чаще совершают суицид, а самосохранительное поведение у них развито существенно слабее. Стремясь материально обеспечить семью, они конвертируют свое здоровье в доход, хотя в европейских странах наблюдается противоположная тенденция. Женщины чаще болеют и, как известно, несут две социальные нагрузки – воспитание детей и участие в экономической деятельности. Этим прежде всего и определяется более низкий уровень их текущего здоровья.

Существенное значение имеет репродуктивное здоровье, от которого на самом деле зависит воспроизводственный потенциал населения. Статистика отмечает рост заболеваний, влияющих на репродуктивные функции. Речь идет в первую очередь о болезнях эндокринной системы, заболеваемость которыми за период 1992 – 2006 гг. увеличилась в 2 раза, а среди подростков и вовсе в 3,5 раза. Наблюдается низкий уровень здоровья беременных, около 40% которых страдают анемией; растет заболеваемость ВИЧ у женщин, а также уровень ранних беременностей у несовершеннолетних. В конечном счете роды лишь менее трети ожидающих их женщин проходят в соответствии со стандартами. Следует подчеркнуть, что анемия, как заболевание, возникающее при недостаточном питании, выступает четким маркером низкого уровня материальной обеспеченности значительных слоев населения. Это означает, что дети сегодня часто рождаются в негативных условиях.

Продолжает интенсивно снижаться здоровье детей, о чем свидетельствуют специальные наблюдения, проводимые в режиме реального времени с момента рождения ребенка.

Они позволили получить ряд новых выводов, объясняющих падение здоровья детей и молодежи, а именно:

- около 40% детей рождаются большими или имеют риск заболеваний непосредственно после родов;
- ухудшение здоровья детей есть непосредственное следствие снижения здоровья женщин;
- происходит постоянное накопление груза патологий в последующих поколениях российского населения;
- формируется порочный круг бедности и болезней детей, прежде всего потому, что примерно половина из них рождается в бедных семьях или имеет риск бедности.

Не случайно всероссийское наблюдение здоровья в 2002 г. констатировало<sup>10</sup>: лишь 32% детей здоровы, 16% имеют хронические болезни, 52% страдают функциональными расстройствами. Статистика год от года отмечает ухудшение индикаторов здоровья российских подростков и молодежи. На фоне хронических заболеваний, которые возникают к окончанию школы у 80% подростков<sup>11</sup>, фиксируются высокие показатели репродуктивной патологии: она выявляется у 60% девушек<sup>12</sup> и у 46% юношей<sup>13</sup> до 18 лет.

Снижение здоровья с начала 90-х годов, особенно вследствие реформ, обозначенных «шоковой терапией», явилось прямым следствием не только катастрофического падения уровня жизни, но и более общих и глубоких социально-демографических процессов. Об этом ярко и убедительно писал Питирим Сорокин, оценивая влияние революции (реформации) на состав населения, его смертность, рождаемость и брачность. В результате реформ возникает радикальная деформация поведения, изменяющая биологический состав

---

<sup>10</sup> Итоги всеобщей диспансеризации детей Российской Федерации. – М.: Минздрав, 2002.

<sup>11</sup> Баранов А.А., Сухарева Л.М. // Вопросы современной педиатрии. – 2006. – № 6. – С. 23-32.

<sup>12</sup> Итоги всеобщей диспансеризации детей Российской Федерации. – М.: Минздрав, 2002.

<sup>13</sup> Тарусин Д.И. Эффективная коммуникация – за и против. Консультирование в практике детской андрологии: этика, мораль и закон // Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2006. – №4.

населения, уменьшающая его количество и снижающая качество. В конечном счете проявляется процесс отрицательной селекции населения, осуществляемой «шиворот-навыворот»; ухудшается «биологический наследственный фонд положительных свойств народа», что обуславливает его деградацию и вырождение<sup>14</sup>.

Повышение кривой смертности и понижение кривой рождаемости в итоге приводит к уменьшению естественного прироста. А следствием этого неизбежно становится наблюдаемое в течение последнего 20-летия уменьшение численности детей, сопровождаемое ухудшением их здоровья. Это явление неизбежно и прямым образом вызывает трудности инновационной модернизации экономики и реализации нового технологического уклада, появление которого зависит от величины доли молодежи в трудовых ресурсах, поскольку новые технологии устаревают каждые 10 лет, а их усвоение — это удел молодых. В 1995 г. численность детей в возрасте 0 — 17 лет была равна 38015 тыс. человек, а в 2008 г. — 26055 тыс., т.е. уменьшение составило 11960 тыс.<sup>15</sup>

## **2. Факторы и причины нездоровья.**

Состояние и динамика здоровья населения России, наблюдаемые в течение двух последних десятилетий, приводят к заключению о наличии драматической ситуации, свидетельствующей об устойчивом негативном тренде, опасность которого состоит в приближении к «точке невозврата» не только в части количественного, что наше население уже прошло, но и качественного воспроизводства, когда трудно развернуть больное общество, а демографические потери приумножаются. Чтобы радикальным образом предотвратить негативные тенденции, необходимо, по крайней мере, знать факторы и причины нездоровья, тщательно их оценивать, чтобы правильно сформулировать меры социальной политики.

Как следует из заключения ВОЗ, здоровье на 50 — 55% определяется образом жизни человека (населения), на 8 — 10% — системой

---

<sup>14</sup> Сорокин Питирим. Социология революции. — М.: Территория будущего: РОССПЭН, 2005. — С. 183-198.

<sup>15</sup> Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; Росстат. — М., 2009. — С. 10.



существующего здравоохранения, на 20 – 25% – состоянием окружающей среды, на 15 – 20% – генетической составляющей. Понятно, что для формулирования социальной политики, направленной на улучшение здоровья граждан, важно прежде всего определить, как структурируются факторы образа жизни (50 – 55%).

Широкие междисциплинарные исследования, которые позволили выявить детальные причины формирования нездоровья, относящиеся к социально-демографической сфере, показали, что и популяционное, и индивидуальное здоровье регулируются по-разному, несмотря на то, что в конечном счете все их воздействия оказываются взаимосвязанными.

На макроуровне здоровье определяется общим развитием, экономическим, социальным и политическим потенциалом страны. В качестве наиболее общего индикатора, характеризующего ее возможности и мощь, выступает величина валового внутреннего продукта (ВВП) в расчете на душу населения. От объема ВВП зависят:

- экологические условия жизни в стране;
- масштабы, развитость и технологический уровень здравоохранения как отрасли оказания медицинских услуг, включая профилактику;
- условия, уровень, образ и качество жизни населения, распределение валового внутреннего продукта.

Популяционное здоровье находится в органической взаимосвязи с множеством причин формирования индивидуального состояния человека, которые могут быть иерархизированы по масштабу, силе и объекту воздействия. Одни факторы имеют эффект непосредственного влияния, другие оказывают косвенное действие, а третьи играют роль спускового механизма, определяющего процесс во времени. В этих условиях проблема состоит в том, чтобы распознать среди них основополагающие, контролируя которые можно было бы легче устранить или ослабить негативный эффект.

Отправной точкой факторного анализа оказывается диапазон различий в «исходном» потенциале здоровья, детерминированном генетически и проявляющемся в запасе защитных сил организма,

степени его сопротивляемости патологическим воздействиям. Факторы обнаруживаются либо как единовременная реакция организма, либо через некоторый промежуток времени, в течение которого могут накапливаться патогенные последствия. Временной лаг зависит, с одной стороны, от природы и продолжительности и интенсивности их воздействия, а с другой — от индивидуальных особенностей организма, запаса его защитных сил.

Множество причин, контролирующих здоровье/нездоровье на микроуровне, интегрируются в три факторных агрегата.

*Первый* агрегат определяет уязвимость новых поколений, значительная часть которых рождается больными или заболевает непосредственно после прихода в этот мир. В течение жизненного цикла состояние детей не улучшается, доля абсолютно здоровых постоянно уменьшается и среднее образование получает здоровыми менее 10% детей и подростков. Официальная статистика показала, что здоровыми в России являются около трети детей, чуть более половины имеют функциональные отклонения, а остальные дети хронически больны. Два главных обстоятельства социально-экономического характера определяют этот процесс падения здоровья детей и подростков. Одно из них связано с состоянием беременных и кормящих матерей, до 40% которых страдают анемией. При этом менее половины младенцев вскармливается грудным молоком<sup>16</sup>. На 1000 детей, достигших одного года, в 2008 г. было зарегистрировано 2,5 тыс. заболеваний. В возрасте от 0 до 14 лет зафиксировано 38,3 млн. больных с впервые установленным диагнозом, в числе которых около 10% страдали анемией; доля таких детей возрастала с течением времени и за период с 1995 по 2008 г. увеличилась почти в 2 раза<sup>17</sup>. Хотя заболеваемость подростков и молодежи (в возрасте 15 — 17 лет) несколько снижается, но все-таки остается весьма высокой. В 2008 г. для группы детей в возрасте 0 — 14 лет на 100 тыс. соответствующего возраста приходилось 182,7 тыс. больных; в возрасте 15 — 17 лет этот показатель уменьшился до 124,9 тыс. на 100 тыс. детей. Однако уровень

---

<sup>16</sup> Дети в России. 2009 / ЮНИСЕФ; Росстат. — М., 2009. — С. 25-26.

<sup>17</sup> Там же. — С. 28.

заболеваемости анемией за период с 1995 до 2008 г. вырос в 3,4 раза<sup>18</sup>, и эта нозология является важным маркером низкого уровня материальной обеспеченности соответствующих групп населения.

Второе обстоятельство связано с относительно низким уровнем жизни семей с детьми, особенно при наличии не одного, а двух — трех детей. Половина домохозяйств, в которых рождаются дети, располагают доходами ниже или около прожиточного минимума, т.е. являются бедными или имеют существенный риск бедности. Об этом свидетельствуют данные официального обследования семей — НОБУС. Среди тех, кто имеет относительно благополучное материальное положение, женщин с «отличным» здоровьем в 2,6 раза больше, чем в такой группе, которая ограничивает себя даже в покупке продуктов питания. А состояние женщины в детородном возрасте — это главный фактор, обуславливающий здоровье новорожденного. В общей численности малоимущего населения в 2008 г. более чем 1/5 (22,3%) составляли дети в возрасте до 16 лет<sup>19</sup>.

*Второй* агрегат факторов связан с потерей эффективной мотивации к тому, чтобы высокопроизводительным трудом обеспечить достойное существование себе и своей семье. Такой труд, с одной стороны, требует большого волевого усилия работника, а с другой — законодательно установленного минимального размера оплаты труда не ниже прожиточного минимума<sup>20</sup>. В условиях господствующих в России гендерных стереотипов патриархального характера, когда мужчина выполняет роль добытчика, падение трудовой мотивации в первую очередь негативно воздействует на него. Отсюда и возникновение эффекта сверхсмертности мужчин в период реформ, направленных на создание рыночной экономики.

Известно, что сегодня минимальная заработная плата в России в 5 — 7 раз ниже, чем в Европе, и в 10 раз ниже, чем в США. Это приводит к сверхзанятости работника, который готов конвертировать свое здоровье в заработок, вместо того чтобы трансформировать доход в улучшение своего личного состояния.

---

<sup>18</sup> Там же. — С. 38-39.

<sup>19</sup> Там же. — С. 80.

<sup>20</sup> Величковский Б.Т. Стратегия охраны здоровья населения России. Патогенетическое обоснование медицинских и социальных приоритетов. — М., 2003. — С. 14.

Разумеется, при этом в равной мере негативно воздействуют три обстоятельства: низкий уровень оплаты труда, безработица и снижение семейных доходов в целом. Складывающаяся таким образом бедность населения вызывает целый комплекс биологических явлений, начиная с затяжного эмоционального стресса, повышенной тревожности, уменьшающих сопротивляемость организма патологическим воздействиям, а в конечном счете приводящих к срыву динамического стереотипа высшей нервной деятельности. При ухудшении условий существования человека повышается интенсивность окислительного обмена, необходимого для энергетического обеспечения жизнедеятельности организма в изменившейся среде. А это, в свою очередь, увеличивает образование свободных радикалов и окислительные повреждения ими ДНК, что ведет к инфарктам, инсультам, злокачественным образованиям, диабету и гепатитам.

Бедность трояким образом усугубляет ситуацию со здоровьем отдельных групп и слоев общества, а именно:

- малообеспеченность имеет плохую «социальную наследственность», т.к. бедные воспроизводят бедных;
- условия жизни в бедности кумулятивно воздействуют на здоровье, ухудшая его потенциал в контексте наследственности;
- находясь за границей бедности, населению сложно воспользоваться медицинскими услугами, которые сегодня имеют преимущественно платный характер.

Не меньшее негативное влияние на состояние здоровья населения как на микро-, так и на макроуровне оказывает сложившаяся в России чрезвычайно высокая социальная поляризация. Эксперты ООН сравнили развитие населения Бразилии, Венесуэлы и Таиланда. Первые две страны достигли относительно лучших экономических показателей и более высоких средних доходов на душу населения при более существенной дифференциации. В Таиланде, где экономические показатели оказались скромнее, но распределение доходов было более равномерным, увеличение ожидаемой продолжительности жизни и переход к современному типу воспроизводства населения происходил быстрее<sup>21</sup>.

---

<sup>21</sup> Алексеев С.В., Янушанец О.И., Баранов Г.М. Народонаселение. Роль демографических процессов в экологии человека. — М., 2001. — С. 207-230.

Социальное неравенство в России как результат существующей в обществе системы распределительных отношений действует на здоровье населения по следующим направлениям. Во-первых, интенсивное вхождение страны в состояние поляризации вызывает массовую фрустрацию населения, продолжительный стресс и слом динамического стереотипа высшей нервной деятельности. Во-вторых, неравенство создает напряжение в обществе, вызывает проявления агрессии, отчаяния и безнадежности, обуславливающие разные формы социального нездоровья, например, такие, как алкоголизм и наркомания, играющие вторичную роль в реакции на весь круг обстоятельств, в которых оказывается человек. В-третьих, расслоение в обществе ведет к маргинализации отдельных групп населения с выделением нищих, бомжей, беспризорных детей, проституток, в наибольшей степени подверженных болезням социальной этиологии (резистентная форма туберкулеза, все формы гепатита, сифилис, ВИЧ-инфекция).

*Третий* агрегат факторов здоровья базируется на низкой оценке человеческой жизни, что отчасти вызвано воздействием пришедшей в Россию теории «экономически эффективного населения». Главным становится не человек, а экономический рост, определяющий все аспекты социальной политики, включая интенсивность, масштабы и направления модернизации здравоохранения. На микроуровне этот комплекс связан с внешними условиями, в значительной мере детерминирующими образ жизни. Обобщающим фактором становится уровень самосохранительного поведения, который имеет две экстремальные точки: витальное (позитивное) и патогенное (разрушительное). Одно из них способствует укреплению здоровья, а другое, связанное прежде всего с вредными привычками, разрушает его.

Особое место в третьем комплексе факторов принадлежит жилищным условиям в широком смысле слова. С одной стороны, большое внимание уделяется качеству жилища, определяемому его типом, плотностью заселения, изолированностью и т.д. С другой – сюда включаются все характеристики инфраструктурного характера, в том числе транспортные условия, развитость предприятий торговли и бытового обслуживания, обустроенность территории.

Не меньшее значение имеет и состояние здравоохранения, маркетизация которого привела к его разрушению как системы и к неспособности эффективно выполнять свои задачи, т.к. организаторы здравоохранения связывают их прежде всего с расширением финансовых потоков и управлением ими.

### **3. Пути и методы радикального изменения негативного тренда здоровья в современной России.**

Традиционно здоровье населения подменяется состоянием и развитием здравоохранения, что даже отчасти неправильно и вводит в заблуждение при определении приоритетов социальной политики. Количество врачей и больничных коек, а также уровень медицинских технологий, разумеется, влияют на здоровье, но совсем на другом этапе и лишь тогда, когда оно уже целиком или частично потеряно. В противном случае приоритеты социальной политики будут носить ложный характер, а ресурсы, направляемые в сферу медицинских услуг, использоваться не эффективно.

Три комплекса рассмотренных выше социально-экономических факторов показывают, что в основе каждого из них лежат в первую очередь материальная обеспеченность населения, реальные масштабы бедности и социальной поляризации. Устойчивый негативный тренд состояния и динамики здоровья, наблюдаемый сегодня в России, отнюдь не случаен, о чем свидетельствуют данные, касающиеся жизненного уровня населения:

- четверть работающих получают заработок ниже прожиточного минимума, который фактически сформирован на биологическом уровне;
- две трети работников не могут обеспечить своим заработком воспроизводство себя и своего (одного) ребенка, настолько он низок;
- вопреки утверждениям официальной статистики доля семей, находящихся за границей бедности, т.е. с доходами ниже прожиточного минимума, составляет более 30%, и такие семьи не имеют возможности удовлетворять социальные потребности;

- несмотря на кризисное состояние экономики, продолжает возрастать социальная поляризация, достигшая размеров 1:17 по соотношению доходов 10% наименее обеспеченных и богатых;

- доля бедных слоев населения и неравенство доходов дополняются громадными различиями в жилищных условиях, складывающимися, с одной стороны, в мегаполисах, а с другой – в селах и малых городах.

Решающее значение для преодоления в стране негативного тренда имеет не столько экономический рост с удвоением или утроением ВВП, сколько существенная реструктуризация распределительных процессов, которая позволит решить ряд наиважнейших социально-экономических задач, в конечном счете определяющих здоровье населения. Среди них выделим прежде всего два важнейших направления:

- существенное (по крайней мере, удвоение) повышение прожиточного минимума как главного социального стандарта, гарантируемого государством не на словах, а на деле каждому (!) гражданину, что существенно изменит границу бедности в стране и приблизит ее к тому, что принято сегодня в странах Европы;

- соответствующий (в разы) рост минимальной оплаты труда, гарантируемой государством каждому работнику.

Реализация этих условий усилит трудовую мотивацию и улучшит все определяющие доход семьи факторы, включающие удовлетворение комплекса базовых потребностей человека. Одновременно фактически снизится бедность в стране, а также чудовищное неравенство в доходах и оплате труда. А без этого не только трудно, но и бессмысленно говорить об улучшении здоровья населения, снижении смертности и повышении продолжительности жизни.

Без изменения перераспределительных механизмов в пользу малообеспеченных невозможно разрушить негативный тренд здоровья в современной России, и чем дольше мы будем откладывать начало этого процесса, тем большей численностью граждан страны заплатим за это, как уже было в 90-х годах прошлого века.

Радикальное изменение тренда здоровья в современной России возможно лишь на базе формирования Программы здорового человека подобной, например, действующей в Японии Программе умного человека. И не надо никого пугать ростом инфляции, а также разбалансированностью макроэкономических показателей, потому что, во-первых, не страшно; во-вторых, нет ничего страшнее гибели и существенного уменьшения численности населения страны; в-третьих, речь должна идти не о средних показателях, не имеющих смысла при существующей дифференциации доходов, а о характере распределения. Не раз уже было опубликовано, что в России разработаны и экспериментально проверены методы использования механизмов перераспределения, которые давно применяются в странах ЕС и США и касаются системы оплаты труда, налогов, а также расширения комплекса социального страхования.

Нужны политическая воля и признание не на словах, а на деле приоритета жизни и здоровья человека. Экспериментальные расчеты показали, что при увеличении прожиточного минимума в два раза, росте минимальной оплаты труда в 6,9 раза, а средней заработной платы – в 3,2 раза дифференциация заработков снизится в два раза, средний доход возрастет в 3,5 раза, а неравенство доходов уменьшится на треть.



В.Г. Доброхлеб

## ДИНАМИКА И СТРУКТУРА НАСЕЛЕНИЯ РОССИИ В БУДУЩЕМ\*

Одним из основных цивилизационных вызовов России является демографическая ситуация. В процессе депопуляции российского населения, вышедшем из латентной стадии в 1992 году, можно выделить три этапа:

1) с 1992 по 2000 год – нарастание темпов сокращения естественного воспроизводства населения, уменьшение демографических потерь за счет миграции, в том числе репатриантов;

2) с 2000 по 2009 год – снижение темпов убыли населения;

3) 2009 год – фиксация незначительного увеличения общей численности населения за счет миграционной составляющей. К концу 2009 года статистика предоставляет данные о некотором увеличении численности населения – на 23,3 тысячи человек – по сравнению с началом 2009 года. Однако процесс воспроизводства населения и в этом году имеет отрицательную динамику: естественная убыль составила 249426 человек. В 2009 году родилось 1764164, а умерло 2013590 человек. Определенная, крайне незначительная стабилизация численности населения получена за счет положительного сальдо международной миграции – + 247449 человек.

Изменение возрастной структуры населения является отличительной чертой современности. В России с начала XXI века сокращаются доля и численность детских когорт (*табл. 1*).

В период с 2001 по 2007 год число детей в возрасте 5 – 9 лет уменьшилось на 1 млн. 386 тысяч человек, а в когортах 10 – 14 лет – на 5 млн. 36 тысяч. Эти демографические потери могли бы быть еще выше. Однако, за счет некоторого повышения рождаемости в период экономического роста, число самых маленьких россиян (0 – 4 лет) увеличилось на 856 тысяч.

---

\* Материал подготовлен при поддержке РГНФ (грант № 08-02-00247а).

Таблица 1. Распределение населения по возрастным группам (на начало года) в период экономического роста в РФ

Население	Тыс. человек			В % к итогу		
	2001 г.*	2006 г.	2007 г.	2001 г.	2006 г.	2007 г.
<b>Все население</b>	<b>146304</b>	<b>142754</b>	<b>142221</b>	<b>100</b>	<b>100</b>	<b>100</b>
В том числе в возрасте, лет:						
0 – 4	6367	7037	7223	4,4	4,9	5,1
5 – 9	7762	6418	6376	5,3	4,5	4,5
10 – 14	11789	7790	7283	8,1	5,5	5,1
15 – 19	12322	11825	11088	8,4	8,3	7,8
Из общей численности население в возрасте:						
моложе трудоспособного	28387	23317	22718	19,4	16,3	16,0
трудоспособном**	88040	90328	90152	60,2	63,3	63,4
старше трудоспособного	29877	29109	29351	20,4	20,4	20,6
* Численность населения скорректирована с учетом итогов Всероссийской переписи населения 2002 г.						
** Мужчины 16 – 59 лет, женщины 16 – 54 лет.						
Источник: Россия в цифрах – 2008 г. ( <a href="http://www.gks.ru/bgd/regl/b08_11/lssWWW.exe/Stg/d01/05-02.htm">http://www.gks.ru/bgd/regl/b08_11/lssWWW.exe/Stg/d01/05-02.htm</a> )						

Для простого замещения поколений необходимо примерно 2,10 – 2,15 рождения на каждую женщину репродуктивного возраста. Фактически этот показатель в 2003 году составлял 1,31, а в 2007-м – 1,40. И хотя в последующие два года увеличение рождаемости продолжилось, этого было недостаточно для преодоления депопуляции.

Экономический кризис, начавшийся в 2008 году, особой глубины достиг в 2009 году. На его начало численность детей составляла 26055,4 тысячи человек или 18,4% от всего населения. Однако, несмотря на ухудшающуюся экономическую ситуацию, в первом полугодии 2009 г. число родившихся детей превысило этот показатель докризисного периода 2008 г. на 4,2%. В 2009 г. продолжилось снижение смертности детей в возрасте до 1 года. Эти относительно благополучные данные, вероятно, связаны с тем, что родились «докризисные» дети (табл. 2).

Увеличение числа родившихся наблюдалось в 74 субъектах Российской Федерации, снижение числа умерших – в 70 субъектах. В целом по стране превышение числа умерших над числом родившихся составило 1,2 раза (в январе – июле 2008 г. – 1,3 раза), в двух субъектах Российской Федерации (Тульской и Псковской областях) оно составило 2,0–2,1 раза.

Таблица 2. Показатели естественного движения населения в 2008 – 2009 г. (январь – июль)

Показатель	Январь – июль						Справочно на 1000 человек населения за 2008 г. в целом
	тысяч			на 1000 человек населения*			
	2009 г.	2008 г.	прирост (+), снижение (-)	2009 г.	2008 г.	2009 г. к 2008 г., в %	
Число родившихся	1012,6	975,0	+37,6	12,3	11,8	104,2	12,1
Число умерших	1196,6	1245,7	-49,1	14,5	15,1	96,0	14,6
в том числе детей в возрасте до 1 года	8,2	8,6	-0,4	8,1**	9,0**	90,0	8,5**
Естественная убыль	-184,0	-270,7		-2,2	-3,3	66,7	-2,5
Число браков	612,1	580,1	+32,0	7,4	7,0	105,7	8,3
Число разводов	401,1	410,5	-9,4	4,9	5,0	98,0	5,0

\*Здесь и далее: показатели помесечной оперативной отчетности приведены в пересчете на год.  
\*\*На 1000 родившихся.

Естественный прирост населения в январе – июле 2009 г. зафиксирован в 22 субъектах Российской Федерации (в январе – июле 2008 г. – в 19 субъектах)<sup>1</sup>. Показатели рождаемости в начале 2010 года не стабильны. Число родившихся снизилось в 67 субъектах РФ. За первый квартал 2010 года в целом по стране наблюдались более позитивные коэффициенты рождаемости, смертности и естественного прироста в сравнении с соответствующим периодом 2009 года (табл. 3).

Безусловно, можно согласиться с Л.Л. Рыбаковским в том, что основные параметры демографического развития остаются опасны-

Таблица 3. Коэффициенты рождаемости, смертности, естественного прироста в РФ за январь – март 2010 года

Родившихся			Умерших			Естественный прирост, убыль (+/-)	
2010 г.	2009 г.	2010 г. к 2009 г., в %	2010 г.	2009 г.	2010 г. к 2009 г., в %	2010 г.	2009 г.
12,2	12,1	100,8	14,7	15,0	98,0	-2,5	-2,9

Источник: [http://www.gks.ru/free\\_doc/2010/demo/edn03-10.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2010/demo/edn03-10.htm)

<sup>1</sup> [http://www.gks.ru/bgd/free/b09\\_00/IssWWW.exe/Stg/d08/8-0.htm](http://www.gks.ru/bgd/free/b09_00/IssWWW.exe/Stg/d08/8-0.htm)

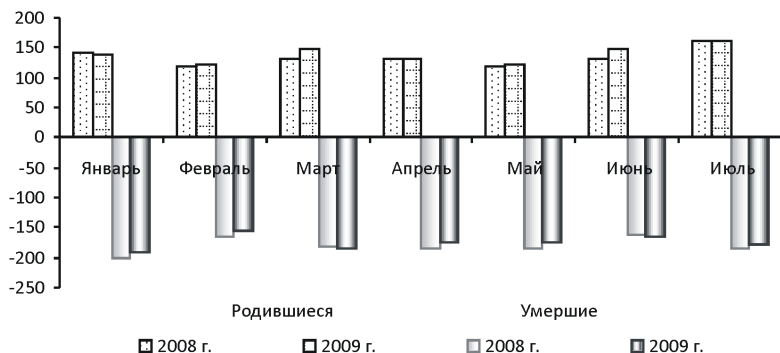


Рис. 1. Число родившихся и умерших в РФ в период 2008 – 2009 гг.

ми для будущего России, сохранения ее геополитического статуса и необходимого уровня национальной безопасности<sup>2</sup>. Это связано прежде всего с низким уровнем рождаемости (рис. 1).

Какова динамика и структура населения нашей страны в будущем? Ответ на этот вопрос можно получить, воспользовавшись демографическими прогнозами. Наиболее известными из них являются данные ООН. Ниже представлены варианты демографического потенциала России до 2050 года, основанные на материалах этой международной организации.

В таблице 4 показано, что доля и численность детского населения (как и иных когорт) зависит от вариативности прогнозных моделей<sup>3</sup>.

При благоприятных демографических тенденциях – высоком уровне рождаемости, снижении смертности – к 2040 году депопуляция в России будет побеждена (табл. 5).

<sup>2</sup> Рыбаковский Л.Л. Особенности современной демографической ситуации. Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева. – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 95.

<sup>3</sup> При расчетах выдвинуты предположения относительно уровней рождаемости: при среднем уровне рождаемости используется показатель примерно 1,85 ребенка на женщину; при относительно высокой рождаемости прогнозируется, что этот показатель будет выше среднего варианта на 0,5 ребенка; при относительно низкой рождаемости прогноз будет на 0,5 ребенка ниже, чем при показателе со средней рождаемостью; предположительно, относительно неизменной рождаемости – для каждой страны рождаемость остается неизменной на уровне, рассчитанном для 2000 – 2005 годов.

Таблица 4. Прогноз возрастной структуры населения России на период до 2050 года (в % к общей численности населения)

Группа населения	Вариант прогноза	2005 г.	2010 г.	2020 г.	2030 г.	2040 г.	2050 г.
Население в возрасте 0 – 14 лет	Средний	15,1	15,0	15,9	14,2	14,1	15,0
	Высокий	15,1	15,8	19,4	17,7	18,5	20,4
Население в возрасте 15 – 59 лет	Средний	67,8	67,3	62,2	61,2	58,6	52,6
	Высокий	67,8	66,6	59,6	59,5	57,4	52,8
Население в возрасте 60+ лет	Средний	17,1	17,7	21,9	24,6	27,3	32,4
	Высокий	17,1	17,5	21,0	22,8	24,1	26,8

Таблица 5. Демографический профиль РФ (высокий вариант), в %

Индикатор	2005 – 2010 гг.	2010 – 2015 гг.	2015 – 2020 гг.	2020 – 2025 гг.	2025 – 2030 гг.	2030 – 2035 гг.	2035 – 2040 гг.	2040 – 2045 гг.	2045 – 2050 гг.
Изменение населения по годам, в тыс. чел.	-561	-215	-169	-257	-359	-297	-139	4	65
Рождаемость по годам для обоих полов, тыс. чел.	1 535	1 835	1 822	1 668	1 533	1 596	1 770	1 909	1 935
Общая смертность для обоих полов по годам, тыс. чел.	2 146	2 100	2 041	1 975	1 943	1 942	1 959	1 955	1 920
Изменения численности населения, %	-0,40	-0,15	-0,12	-0,19	-0,26	-0,22	-0,10	0,00	0,05

В этом варианте прогноза общая численность населения России к 2050 году составит 133,5 млн. человек. Доля детей в возрасте 0 – 4 лет возрастет до 5,4%, а в 5 – 14 лет они будут составлять 10,8% (табл. 6).

При низком варианте прогноза численность россиян сократится до 100,4 млн., депопуляция будет нарастать. Доля детей в возрасте 0 – 4 лет уменьшится до 4%.

Многие государства мира, в первую очередь экономически развитые, обеспокоены сокращением численности населения. До 2050 года, по прогнозам, депопуляция затронет 45 стран, в том числе демографические потери России составят 33 млн., Японии – 25 млн., Украины – 15 млн., Германии – 8,4 млн.

Таблица 6. Демографический профиль РФ (высокий вариант), в тыс. человек

Индикатор	2005 г.	2010 г.	2015 г.	2020 г.	2025 г.	2030 г.	2035 г.	2040 г.	2045 г.	2050 г.
Население, тыс. чел.	143170	140367	137983	135406	132345	128864	125387	122148	119098	116097
Мужчины, тыс. чел.	66400	64820	63559	62283	60806	59159	57594	56248	55081	53969
Женщины, тыс. чел.	76770	75547	74425	73123	71539	69705	67793	65900	64018	62129
Соотношение (мужчин на 100 женщин)	86,5	85,8	85,4	85,2	85,0	84,9	85,0	85,4	86,0	86,9
Население 0 – 4 лет, %	4,9	5,4	5,6	5,4	4,9	4,6	4,7	5,1	5,3	5,4
Население 5 – 14 лет, %	10,2	9,6	10,5	11,3	11,3	10,7	9,9	9,7	10,2	10,8
Население 15 – 24 лет, %	17,1	14,4	10,6	9,9	11,0	11,9	12,0	11,3	10,4	10,2

В целом население старой Европы сократится почти на 40 млн. человек. Ее демографическое будущее привлекает пристальное внимание не только ученых, но и политиков. В феврале 2008 года Парламентом Европейского Союза была принята Резолюция о демографическом будущем региона, ряд положений которой, на наш взгляд, актуален и для России. Во-первых, отмечается, что 50-летний прогноз – не окончательный приговор, а серьезное предостережение, на которое общество должно отреагировать уже сегодня, если хочет поддерживать конкурентоспособность, устойчивость экономики, сплоченность общества, солидарность поколений и социальную модель будущего. При этом предполагается, что в перспективе сокращение населения к 2050 году может повлечь за собой снижение давления на окружающую среду, предоставит возможность для продолжительного развития, а это, в свою очередь, потребует проактивной политики для территориального планирования, решения жилищных, транспортных и других инфраструктурных вопросов.

Во-вторых, Европейский парламент напоминает, что две главные причины демографических изменений – падение уровня рождаемости и стареющее население – являются результатом прогресса:

возросшая продолжительность жизни — прямое следствие научного прогресса, развитой гигиены, повышения жизненных стандартов, эмансипации женщин и идет рука об руку с повышением уровня образования для девочек и участием женщин в активной публичной жизни, что необходимо расценивать как явную выгоду для человечества. В-третьих, признается, что общество должно ставить в центр своей политики детей, и это является необходимым условием для повышения уровня рождаемости; существует потребность создания доброжелательной по отношению к семье среды и улучшения жилищных условий для семей и детей, способствующего реализации семейного потенциала. В-четвертых, обращается внимание на то, что средний уровень рождаемости в ЕС, который сейчас равен 1,5, не является нормальным, но при этом не отражает реального выбора женщины или современных желаний европейских граждан относительно создания семьи, т.к. многие люди зависят от сложностей, связанных с совмещением работы и семейной жизни (нехватка дошкольных образовательных учреждений, социальной и экономической поддержки семей, работы для женщин), в социальной среде возрастают беспокойство (нестабильные рабочие места, дорогое жилье) и страх перед будущим (поздний найм на работу молодежи и неуверенность в получении работы). Ученые разных стран мира ищут пути выхода из демографического кризиса. Масштабное статистическое исследование провели Микко Мюрскюля (Mikko Myrskylä), Ханс-Петер Колер (Hans-Peter Kohler) и Франческо Биллари (Francesco C. Billari). По его результатам оказалось, что при очень высоком качестве жизни уровень рождаемости вновь начинает расти. Таким образом, наиболее развитым странам осталось «поднатужиться еще чуть-чуть», чтобы вновь встать на стабильный путь. В работе исследователи оперировали двумя показателями. Первый — индекс развития человеческого потенциала (human development index, HDI). Этот комплексный фактор учитывает такие данные, как продолжительность жизни, уровень образования и ВВП на душу населения. Второй — коэффициент фертильности (total fertility rate, TFR) — среднее число рожденных детей на одну женщину. Один коэффициент оценивает

качество жизни, другой – рождаемость. Как и ожидалось, в широком интервале данных между величинами HDI и TFR наблюдается отрицательная корреляция: чем выше качество жизни, тем ниже рождаемость. Так, например, в 1975 году все данные прекрасно ложились на прямую. Казалось бы, безнадежная ситуация. Чем дальше мы развиваемся, тем хуже ситуация с рождаемостью. Однако есть одно «но». Более 30 лет назад максимальное значение параметра HDI составляло 0,871 – лидерами тогда были норвежцы. Но к началу XXI века ситуация изменилась. По данным за 2005 год, которые приводят исследователи, лидер (Австралия) имеет показатель 0,966, а показатель лидера 1975 года на данный момент превышен 29 странами (России среди них нет), и график зависимости существенно изменился. Минимум рождаемости приходится на величину HDI чуть больше девяти, а дальше вновь начинается рост рождаемости. Не бурный, но значительный и стабильный. По мнению авторов, у человечества появилась обоснованная надежда на то, что экономическое и научное развитие нужно продолжать<sup>4</sup>.

Результаты последних исследований показывают, что влияние потребности в детях является важнейшим фактором формирования более высокого уровня рождаемости. По результатам пилотного обследования<sup>5</sup>, проведенного Росстатом, было выявлено, что различия в среднем ожидаемом числе детей в группах респондентов с одинаковой оценкой уровня жизни, но с разным желаемым числом детей значительно больше, чем в группах, однородных по желаемому числу детей, в зависимости от оценки уровня жизни. Следовательно, установка детности в существенно большей степени зависит от потребности в детях, чем от восприятия условий жизни как способствующих или препятствующих ее реализации. В связи с этим было сделано два важных вывода для демографической политики, направлен-

<sup>4</sup> <http://www.infox.ru/science/human/2009/08/07/fertilityraie.phtml>

<sup>5</sup> [http://www.gks.ru/free\\_doc/2006/demogr.htm](http://www.gks.ru/free_doc/2006/demogr.htm) Пилотное обследование «Семья и рождаемость» проведено Росстатом в 2006 году (в Тверской области опрошено 1035 чел., в т.ч. 488 женщин, 396 мужчин и 151 подросток; в Нижнем Новгороде – 201 чел., в т.ч. 96 женщин, 65 мужчин и 40 подростков, в Республике Марий Эл – 187 чел., в т.ч. 91 женщина, 67 мужчин и 29 подростков).



ной на повышение рождаемости: во-первых, улучшение условий жизни, условий реализации потребности в детях приведет к некоторому повышению рождаемости; во-вторых, изменение потребности в детях может дать несоизмеримо больший результат, чем улучшение условий жизни. Делать, конечно, нужно и то, и другое. Однако последнее принесет относительно небольшой, но сравнительно быстрый результат, а первое — несравненно более существенный, но значительно более отдаленный результат. Чаще всего среди серьезных помех к рождению желаемого числа детей респонденты отмечали материальные трудности. Если в более ранних исследованиях второе (а иногда и первое) место обычно занимали жилищные трудности, то в данном опросе такая ситуация была только у нижегородских женщин и мужчин Республики Марий Эл. Иные респонденты более значимой помехой к рождению детей считали неуверенность в завтрашнем дне. При исследованиях репродуктивного поведения, как правило, изучается вопрос о том, что мешает иметь большее число детей. Выявляемые при этом так называемые помехи к рождению детей, безусловно, влияют на репродуктивное поведение. Но не менее важным фактором, ограничивающим число детей в семье, видимо, является восприятие людьми детей как помехи к достижению различных значимых целей, реализации себя в различных сторонах жизнедеятельности. Рассмотрению этого аспекта в исследованиях до сих пор уделялось явно недостаточное внимание.

Ученые считают, что рост уровня жизни без увеличения престижа семейных ценностей будет и в дальнейшем создавать диссонанс между престижным потреблением и репродуктивными ориентациями<sup>6</sup>. По их мнению, наиболее точный прогноз будущей рождаемости можно получить по ориентациям на брак и семью молодежи и подростков. Каждый исторический период имеет свои измерения, частоту изменения последовательно сменяющихся циклов, свои особенности в каждой фазе. Россия на рубеже третьего тысячелетия вступила в эпоху бурных перемен во всех сферах развития. Когда все стороны

---

<sup>6</sup> Антонов А.И., Борисов В.А. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики. — М.: Ключ-С, 2006. — С. 57.

привычной жизни и динамики общества радикально меняются. Мир становится неузнаваемым и требует нового понимания со стороны ученых, долгосрочной стратегии — со стороны государственных и политических деятелей, лидеров бизнеса, иного образа мыслей и действий — со стороны преобладающего ныне поколения. По мнению А.И. Антонова, потребность в детях не является биологически предопределенной, естественной. Он полагает, что у человека нет «инстинкта размножения» или любого другого инстинкта, непосредственно побуждающего к рождению детей. Это доказывается фактом сознательного вмешательства человека в репродуктивный цикл, исключающего автоматизм появления детей<sup>7</sup>. Потребность в детях — это «устойчивое социально-психологическое образование в личности, обусловленное, во-первых, устремлением иметь типичное для данного общества число детей в семье; во-вторых, чадолюбием, то есть глубоко усвоенными установками по отношению к детям вообще. Репродуктивная установка представляет собой прежде всего нормы относительно числа детей в семье»<sup>8</sup>. На формирование потребности в детях и, соответственно, на формирование репродуктивной установки оказывает влияние целый ряд условий: образ жизни семьи, распространенные в обществе и особенно среди ближайшего окружения типичные нормы, касающиеся количества детей; образ жизни родительской семьи и количество детей в ней; установки каждого из супругов на количество и пол детей, на детей как помощников и опору в старости, на продолжение своего рода, семьи, фамилии, на самореализацию в детях и т. д.

В ноябре 2008 года было проведено пилотное демографическое исследование среди московских школьников 10 — 11 классов и студентов-первокурсников. Для социологического исследования такая возрастная категория была выбрана, поскольку именно в этом возрасте формируются основные установки на детность, отношение к семье, браку, рождению детей. Выявление наиболее значимых факторов, влияющих на репродуктивные установки молодежи в данном

---

<sup>7</sup> Антонов А.И. Социология рождаемости. — М., 1980.

<sup>8</sup> Антонов А.И. Там же. — С.108.

возрасте, даст возможность определить направления наиболее эффективной мотивации молодежи с целью стимулирования рождаемости.

Большинство респондентов – 87,8% – проживают с родителями, 28,6% – кроме того, совместно проживают с бабушками и дедушками, у 38,8% респондентов есть братья или сестры. В ходе опроса были установлены такие показатели, как желаемое и ожидаемое количество детей. У мальчиков желаемое количество детей выше, чем у девочек: 2,33 и 2,24 соответственно (рис. 2). Однако ожидаемое количество детей у девочек немного выше: 2,05 против двух у мальчиков, но этого все же недостаточно для стабилизации численности населения.

Если сравнить данные показатели с результатами опроса студентов (желаемое количество детей у мужчин и женщин – 2,45 и 2,32 соответственно, а ожидаемое – 2,11 и 2,08), то можно заключить, что с изменением социального статуса школьника на студента ценность детей возрастает, причем у мужчин увеличение показателя существеннее.

С высказыванием «сейчас не время рожать детей» согласились 26,6% юношей и 14,7% девушек.

В ходе опроса изучались базовые ценностные ориентации школьников, в частности материальное благополучие, жилищные

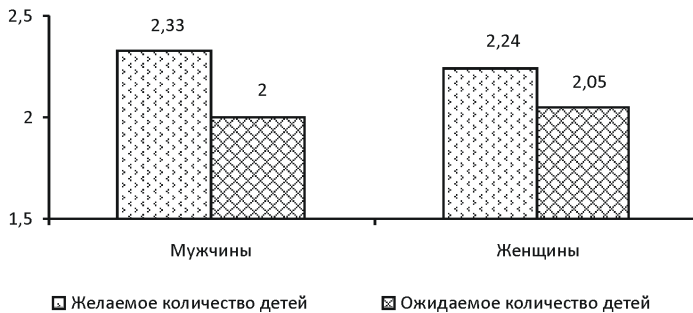


Рис. 2. **Желаемое и ожидаемое количество детей**  
(по данным опроса московских школьников и студентов)

условия, неуверенность в завтрашнем дне, состояние здоровья, трудности с устройством детей в дошкольные учреждения, возраст, супружеские взаимоотношения, образование, профессиональная деятельность, трудности в воспитании имеющихся детей, число детей в родительской семье, мотивы рождения детей.

Были получены следующие результаты: наиболее значимыми факторами оказались хорошее здоровье (4,62 балла по 5-балльной шкале) и хорошее образование (4,78), материальное благополучие (4,75), а также цель иметь двоих детей (4,63). Такие жизненные приоритеты, как заниматься любимым делом, иметь троих или нескольких детей, представляют наименьший интерес для респондентов. Это свидетельствует о том, что у подростков, входящих в репродуктивный возраст, на желание иметь детей в большей степени влияют психологические установки, полученные в школе на данном этапе: учащиеся 10 – 11 класса готовятся поступать в вузы, выбирая, как правило, специальность, которая позволит им обеспечить свою жизнь. Любопытно, что ценность «иметь двоих детей» (4,63) оказалась выше, чем ценность семьи (4,46) или ценность одного ребенка (4,35), что соответствует результатам пилотного исследования, проведенного среди студентов в ноябре 2008 года.

Анализ репродуктивных установок, распространенных среди школьников города Москвы, по данным пилотного проекта, реализованного в общеобразовательных школах столицы, позволяет сделать следующие выводы:

1. Среднее желаемое число детей у респондентов – 2,24, а среднее ожидаемое – 2,06, что меньше, чем у студентов 1 – 2 курса вузов города Москвы.

2. Ориентации на желаемое количество детей у девушек ниже, чем у юношей, однако только 14,7% из них согласны с утверждением, что «сейчас не время рожать детей». Этот показатель существенно ниже, чем у юношей – их ровесников, и ниже, чем аналогичный показатель у студентов (26,3% девушек и 46% юношей).

3. На формирование установки на детность влияет количество братьев и сестер, однако эта зависимость не прямая.

4. Здоровье оценивается респондентами как наибольшая социальная ценность и самый значимый фактор, детерминирующий ожидаемое число детей.

5. Желание иметь двоих детей превалирует над желанием иметь семью или одного ребенка.

В период экономического роста в России было достигнуто определенное, хотя и незначительное улучшение демографических показателей, в том числе в репродуктивных ориентациях старшеклассников и студентов младших курсов столичных вузов. Необходимы меры по поддержке репродуктивных намерений российских семей: социологические опросы показывают, что эти намерения реализуются далеко не в полной мере. Следует обратить внимание на тот факт, что молодежь до 25 лет предполагает иметь детей больше, чем другие группы опрошенных (табл. 7).

Сотрудниками ИСЭПН РАН проведен анализ различных вариантов прогнозов как отечественных, так и зарубежных, представлен экспертный вариант численности и структуры населения до 2030 года. По нашему мнению, население страны продолжит сокращаться и к концу прогнозного периода составит 136 млн. человек, что превышает данные лучшего варианта динамики населения РФ, предложенного ООН, но меньше нормативных показателей, содержащихся в Концепции демографического развития страны, на 9 млн.

**Таблица 7. Репродуктивные намерения семей**  
(по данным выборочного обследования «Семья и рождаемость»)

Возраст респондентов, лет	Ожидаемое число детей		Желаемое число детей	
	женщины	мужчины	женщины	мужчины
До 25	2,01	2,10	2,34	2,48
25 – 29	1,74	1,98	2,21	2,32
30 – 34	1,78	1,90	2,24	2,34
35 – 39	1,64	1,94	2,38	2,37
40 и более	1,55	1,76	2,27	2,43
Всего	1,72	1,90	2,28	2,38

Обследование проведено в 2009 г. в 30 субъектах Российской Федерации. Объем выборки составил 2000 респондентов.  
Источник: Дети России. 2009: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат.– М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – С. 20.

Однако наше демографическое будущее неясно. Что несет продолжающийся мировой кризис? Снижение уровня занятости повышает социальные риски. Поэтому все более значимыми становятся меры по реализации Концепции демографического развития страны до 2025 года. Важным является вывод, сделанный известными российскими демографами Н.В. Зверевой и В.Н. Архангельским: «Новые меры демографической политики оказали влияние на повышение рождаемости, но чтобы за улучшением не последовал спад, чтобы мы не столкнулись с новой «демографической волной», нужна не только индексация существующих мер, но и их развитие»<sup>9</sup>. В России численность фертильного населения снижается, репродуктивное здоровье ухудшается. Население не имеет возможности в полной мере реализовать репродуктивные установки прежде всего в связи с тем, что у 2/3 работающих крайне низкий уровень оплаты труда, не обеспечивающий не только воспроизводство иждивенцев, в первую очередь детей, но и самого работника. Перефразируя Д. Белла можно сказать, что если мы хотим жить в более совершенном обществе, то «достаточно заняться трезвым конструированием социальной реальности». В нашей стране это связано со снижением поляризации и дифференциации доходов, модернизацией распределительных отношений.

### Литература

1. [http://www.gks.ru/bgd/free/b09\\_00/IssWWW.exe/Stg/d08/8-0.htm](http://www.gks.ru/bgd/free/b09_00/IssWWW.exe/Stg/d08/8-0.htm)
2. <http://www.infox.ru/science/human/2009/08/07/fertilityraie.phtml>
3. Рыбаковский, Л.Л. Особенности современной демографической ситуации / Л.Л. Рыбаковский, Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев // Демографические перспективы России / под ред. Г.В. Осипова, С.В. Рязанцева – М.: Экон-Информ, 2008. – С. 95.
4. Антонов, А.И. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики / А.И. Антонов. – М.: Ключ-С, 2006. – С. 57.
5. Антонов, А.И. Социология рождаемости / А.И. Антонов. – М, 1980.
6. Дети России. 2009: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат. – М.: ИИЦ «Статистика России», 2009. – С. 20.

---

<sup>9</sup> Зверева Н.В., Архангельский В.Н. Современная политика в области рождаемости в России: предварительные итоги и перспективы // Демографические перспективы России и задачи демографической политики: материалы научно-практической конференции, 6 – 8 апреля 2010 г. – Вып. 2. – М., 2010. – С. 16.

С.Н. Кройтор

## **ОБРАЗОВАНИЕ КАК ФАКТОР ЧЕЛОВЕЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ: ПРОБЛЕМЫ ДОСТУПНОСТИ, КАЧЕСТВА, ЭФФЕКТИВНОСТИ**

(по материалам опроса населения Республики Беларусь)

Одной из приоритетных концепций развития (как предмета исследования социогуманитарных наук) на данном этапе называют концепцию человеческого развития, или концепцию развития человеческого потенциала. Данный подход является относительно новым в изучении проблематики развития. Концепции развития человеческого потенциала предшествовала концепция социального развития, служащая инструментом исследования потенциала (экономического, политического и т.д.) крупных социальных формирований (обществ/государств, институтов) и поиска мер по их укреплению. Поворот в разработке проблематики развития связан со смещением внимания специалистов в сторону человеческого развития, т.е. развития личностного потенциала отдельных людей (духовного, эмоционального, интеллектуального, коммуникативного, физического и т.д.).

Суть концепции развития человеческого потенциала коротко можно выразить следующим набором тезисов. Во-первых, высокий уровень экономического развития общества не является признаком и предпосылкой высокого уровня развития человеческого потенциала отдельных индивидов. Иначе говоря, связь между экономическим развитием общества (страны) и развитием потенциала индивидов (граждан) не является линейной; два этих феномена не являются условием друг для друга, т.е. не всегда появляются вместе, но в том случае, когда они все же присутствуют одновременно, не обязательно одинаково интенсивно выражены. Во-вторых, принципиально важным условием развития человека является не уровень благосостояния общества в целом, а равномерность и адекватность распределения ресурсов между его членами, т.е. то количество и качество благ (материальных и нематериальных), к которым имеет доступ каждый

индивид. В-третьих, достижение такого адекватного распределения ресурсов и является основной задачей социального управления. Такое смещение акцентов ведет к тому, что целью и смыслом развития в его современном понимании становится, в первую очередь, обеспечение достойного уровня и качества жизни каждому человеку.

Деятельность социальных институтов в данном контексте должна быть направлена на обеспечение возможностей для роста потенциала индивидов, а также на устранение возможных препятствий для этого роста. Другими словами, ключевая идея заключается в том, что основная задача общества и государства состоит не столько в защите человека от неблагоприятных социальных ситуаций, сколько в создании условий для того, чтобы он сам мог себя проявить и защитить: укрепить здоровье, найти хорошую работу, участвовать в жизни общества, сделать правильный жизненный выбор (обладать знаниями, необходимыми для всесторонней оценки имеющегося в его распоряжении набора альтернатив) и т.д. Например, если речь идет о людях, которые в силу определенных нарушений здоровья не в состоянии полноценно трудиться, более целесообразным представляется не выплата им пособий по инвалидности (что фактически приравнивается к признанию их неполноценности), а создание таких возможностей и условий труда, которые позволили бы им в полной мере реализовать имеющийся у них потенциал и развить свои способности, повысить самооценку, принять участие в выполнении той социальной функции, к реализации которой они способны. В данной связи основной принцип социальной политики можно сформулировать следующим образом: «Не защищать, а оказывать поддержку в саморазвитии, укреплять личностный потенциал, расширять пространство индивидуального выбора», т.е. создавать условия и механизмы, позволяющие индивиду обрести способность самому защищать свои интересы, занимать активную жизненную позицию, формировать собственное мнение, самостоятельно и осознанно выбирать формы социальной деятельности, включаться в социальные отношения в качестве равноправного субъекта, обладать самоуважением, иметь доступ к информационным ресурсам и уметь ими пользоваться.



В данной связи сложно переоценить роль образования, которое служит одним из основных средств и способов развития человеческого потенциала. Образование расширяет пространство альтернатив выбора в экономической сфере, дает навыки, позволяющие человеку быть конкурентоспособным на рынке труда, иметь доступ к более престижной и высокооплачиваемой работе и, следовательно, к более качественному питанию и медицинскому обслуживанию. Образование способствует также осознанию человеком своей роли в социальной жизни и побуждает к участию в принятии решений, содействует формированию гражданской позиции. Более образованные индивиды, как правило, проявляют большую терпимость к непохожим на них людям – к представителям других национальностей, рас, вероисповеданий, этнических групп и т.д. Образованные люди, как правило, осуществляют более зрелый, осознанный и оправданный выбор моделей своего поведения, ведущий к более продуктивным последствиям как для самой личности, так и для общества в целом. Итак, образование способствует созданию условий для более мирного и стабильного сосуществования людей.

В этой связи сегодня актуализируются вопросы доступности образования, его качества и эффективности, причем это можно наблюдать как на уровне мнений экспертов по данной проблеме, так и на уровне общественного мнения.

В этом контексте обратимся к анализу мнений населения Республики Беларусь относительно перспектив развития национальной системы образования. Все данные, использованные при подготовке этой публикации, были получены в ходе социологического исследования по теме «Социальное самочувствие и ожидания населения Беларуси», проведенного в июне – июле 2009 года в рамках плановой темы сектора социологии инноваций Института социологии НАН Беларуси «Социальные инновации – источник устойчивого развития белорусского общества: человеческий и организационный потенциал на 2006 – 2010 гг.» (научный руководитель – д.с.н. С.А. Шавель). Для достижения целей исследования использовалась репрезентативная республиканская многоступенчатая выборка с использованием на последнем этапе метода квотного отбора с контро-

лем маршрутных ограничений. Отбор респондентов осуществлялся по месту жительства. Выборка контролировалась по четырем признакам: полу, возрасту, образованию, месту жительства. Объем выборки составил 2068 человек. Одним из этапов работы с данными опроса была обработка свободных строк по вопросу: «На Ваш взгляд, что необходимо изменить в образовании?» (респондентам предлагалось сформулировать свое мнение). Проведенный анализ ответов респондентов выявил их обеспокоенность по следующим основным позициям.

#### *Доступность образования*

Проблема доступности образования, как известно, в каждой стране звучит по-разному (неравный доступ к образованию в зависимости от пола, конфессиональной или этнической принадлежности, уровня материального благосостояния, социального положения и т.д.). Что касается Беларуси, ситуация, с одной стороны, характеризуется наличием достаточно высокого числа бюджетных мест в государственных высших учебных заведениях (доступ к бесплатному обучению в вузе осуществляется исходя из принципа конкуренции), а также возможностью получения кредитов на образование. Однако, с другой стороны, существуют и определенные сложности. В частности, опрос населения выявил его определенную обеспокоенность недостаточной доступностью платного высшего образования (т.е. его высокой стоимостью и малым количеством бюджетных мест) для социально уязвимых групп (неполные, малообеспеченные семьи). В Беларуси существует постановление, согласно которому право поступать в вузы на льготных условиях имеют выходцы из сельской местности (им начисляется 3 дополнительных балла к общей сумме баллов, набранных при поступлении), а также инвалиды и дети инвалидов, а в отношении выходцев из малообеспеченных семей и семей с одним родителем, к сожалению, такие льготы пока не введены.

#### *Качество образования*

Многие респонденты высказали суждения о необходимости повышения качества белорусского образования на всех уровнях: школьном, среднем специальном, высшем, а также на уровне постдипломного образования. Причем встречались как общие суждения,

например: «повысить качество образования», «улучшить качество обучения», так и предложения по реформированию конкретных аспектов, составляющих качество образования. Наиболее популярными были мнения о необходимости повышения профессионализма учителей и преподавателей, т.е. качества подготовки педагогов.

#### *Мотивация педагогов*

Анализ выявил также обеспокоенность респондентов проблемами, связанными с мотивацией педагога. Суждения по данному вопросу можно разделить на несколько групп. К первой группе можно отнести мнения о повышении оплаты труда работников сферы образования. Вторую группу составляют мнения о личностных качествах педагога: «учитывать моральные качества педагога», «прививать будущим педагогам чувство любви и сострадания к детям», «повысить нравственную ответственность учителей», «учитывать личностные качества», «любовь, внимание к ребенку», «воспитывать гуманных педагогов» и т.д.; достаточно широко распространено мнение о необходимости тестирования на профпригодность при поступлении в педвузы. К третьей группе относятся мнения о соответствии профессии педагога его призванию: «меньше обывателей среди педагогов», «меньше учителей-стяжателей», «больше учителей по призванию», «нет учителей от Бога, а есть курильщики, пьяницы, сквернословы» и т.д. Оценки, попавшие в четвертую группу, объединяет идея о необходимости повышения социального статуса учителя и престижа профессии педагога: «повысить социальное положение учителей», «повысить статус педагога», «повысить престиж профессии», «изменить статус учителя» и т.д.

#### *Нравственное воспитание молодежи*

Широкое распространение получили суждения, касающиеся нравственного воспитания молодежи, которому, по мнению респондентов, должно уделяться больше внимания в ходе образовательного процесса. Об этом говорит популярность таких суждений, как «больше внешкольной работы с молодежью», «больше предметов об уважении к родителям», «больше внимания нравственному воспитанию», «ввести урок нравственности», «уделить больше внимания воспитанию уважительного отношения к старикам».

*Сохранение позитивных черт советской системы образования, прекращение неоправданных и необдуманных реформ в сфере образования*

Мы посчитали целесообразным выделить суждения по данной проблеме в отдельный блок, поскольку их удельный вес оказался весьма высоким. Среди наиболее характерных суждений этой группы можно назвать следующие: «верните старое образование с новыми дополнениями»; «вернуться к лучшему, которое уже было»; «вернуться к немного усовершенствованному образованию СССР»; «вернуться к советской системе образования», «закончить с реформами»; «прекратить эксперименты над детьми», «меньше изменений»; «не делать поспешных преобразований, которые потом отменят»; «образование раньше было лучше»; «добавить только компьютеризацию»; «опираться на советскую систему обучения»; «перестать реформировать школу»; «убрать излишние инновации». Многие респонденты высказались за отмену 10-балльной системы, централизованного тестирования и 11-летнего образования в средней школе. По их мнению, эти нововведения не повышают качества отечественного образования и являются необоснованными заимствованиями из западных систем образования. Итак, опрошенные критикуют непоследовательность и недостаточную продуманность реформ в сфере образования, приводящую к возникновению ряда негативных тенденций: постоянной смене учебных программ, нехватке учебной и методической литературы, излишней нагрузке на учащихся и педагогов, рассогласованию уровней и ступеней образования. Респонденты считают логичным сохранение таких позитивных характеристик советской образовательной системы, как внимание к выбору профессии (осуществлялся исходя из оценки способностей человека), формирование правильного отношения к труду (честность, альтруизм, умение работать в коллективе), уважение труда педагога и высокий статус профессии в обществе (Учитель), согласованность ступеней образования, адекватность получаемых знаний требованиям производства. По мнению опрошенных, белорусскую образовательную систему следует доработать с учетом актуальных требований,

т.е. усовершенствовать за счет применения информационных технологий и современного оборудования, введения новых актуальных специальностей, обучения специалистов работе с информацией и за счет развития языковых компетенций. Все это будет способствовать как повышению качества, эффективности и конкурентоспособности белорусского образования и белорусской экономики в общемировом контексте, так и развитию и самореализации отдельной личности, улучшению ее профессиональных, карьерных, жизненных перспектив.

### **Литература**

1.Sen, A. The human development paradigm / A. Sen // Reading in human development / ed. by S. Fukuda-Parr and A.K. Shiva Kumar. – New Delphi: Oxford university press. – 2003. – Pp. 17-35.

2.Sen, A. Human capital and human capability / A. Sen // Reading in human development / ed. by S. Fukuda-Parr and A.K. Shiva Kumar. – New Delphi: Oxford university press. – 2003. – Pp. 15-38.

3.Streeten, P. Shifting fashions in development dialogue / P. Streeten // Reading in human development / ed. by S. Fukuda-Parr and A.K. Shiva Kumar. – New Delphi: Oxford university press. – 2003. – Pp. 92-106.

**Г.В. Леонидова**

## **ПЕРСПЕКТИВЫ ФОРМИРОВАНИЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦИАЛА**

К числу ключевых направлений социально-экономической политики как страны в целом, так и ее регионов относятся вопросы рационального использования и развития трудовых ресурсов, что диктует целесообразность активного изучения не только количественных аспектов, но и качественных изменений в их воспроизводстве. Такие сведения позволяют получить мониторинговое исследование качества трудового потенциала, проводимое Институтом социально-экономического развития территорий РАН, методология которого основана на концепции качественных характеристик населения ИСЭПН РАН [3].

Теория трудового потенциала до сих пор окончательно не сформирована, среди исследователей нет полного единства взглядов на ее концептуальные основы, не определено место трудового потенциала в категориальном ряду других социально-экономических понятий. Несомненно одно: трудовой потенциал — это объективная реальность, заслуживающая самого пристального внимания и изучения [1].

Характер формирования трудового потенциала Вологодской области в ближайшей перспективе определяет демографическая ситуация, которая аналогична ситуации в Российской Федерации в целом и характеризуется тем, что количественное соотношение показателей рождаемости и смертности имеет отрицательный баланс, т.е. продолжается естественная убыль населения. Для Вологодской области демографические проблемы стоят наиболее остро. Данные государственной статистики показывают, что в период с 2002 по 2007 г. численность населения Российской Федерации сократилась на 2,4% (или на 3 млн. чел.), а население Вологодской области за это же время уменьшилось на 4% (51 тыс. чел.).

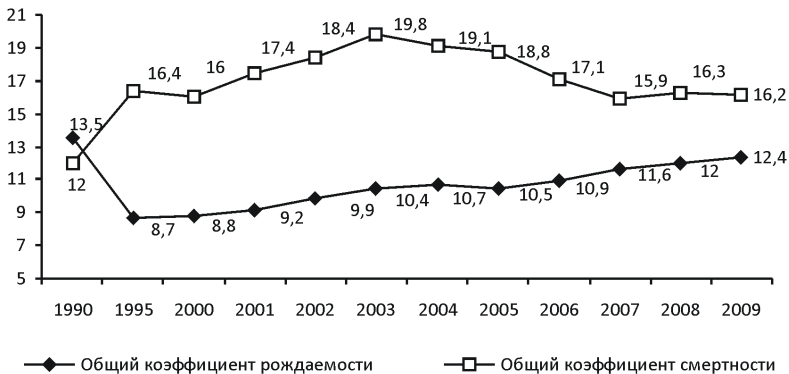
Несмотря на положительную динамику коэффициента рождаемости (рис. 1), его уровень в Вологодской области остается недостаточным даже для простого воспроизводства поколений.

Неблагоприятную демографическую ситуацию в регионе усугубляет высокий уровень смертности: каждый год умирает около 2% населения. Кроме того, значения данного показателя в Вологодской области стабильно выше, чем в среднем по России (в 2009 г. – 16,2 и 14,2 соответственно).

Естественная убыль населения региона не компенсируется миграционным движением. Начиная с 2001 г. значения показателя миграционного прироста в Вологодской области остаются крайне низкими (рис. 2). Так, в 2008 г. уровень миграции составил всего 5 чел. на 10 тыс. чел. населения (с 2001 г. это самый высокий показатель).

Для сравнения: в 2008 г. в целом в России (международная миграция) и в СЗФО коэффициенты миграционного прироста были в 3-4 раза больше, чем в Вологодской области (17 и 21 чел. на 10 тыс. чел. населения соответственно). В Евросоюзе в 2008 г. этот показатель составлял 29 чел. на 10 тыс. чел. населения.

В то же время структура миграционного прироста в Вологодской области не является благоприятной для восполнения трудовых



**Рис. 1. Общие коэффициенты рождаемости и смертности в Вологодской области**

Источник: Регионы России – 2009.

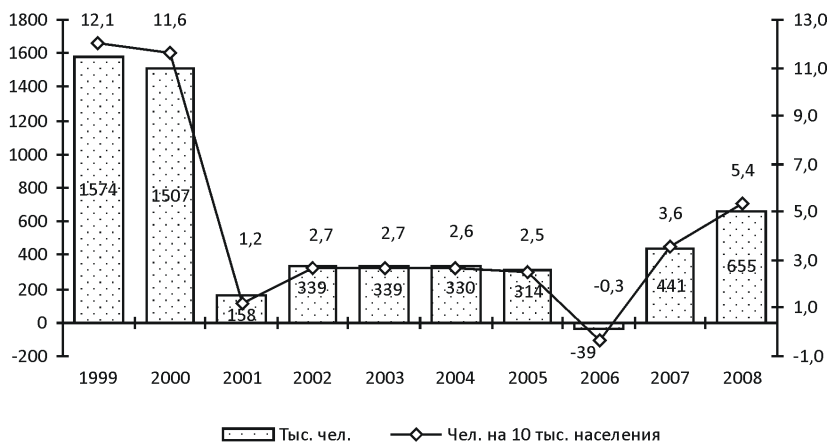


Рис. 2. Миграционный прирост/убыль населения Вологодской области

Источник: Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – С. 47; расчеты авторов.

ресурсов. Так, в 2008 году 68% миграционного прироста составили лица пенсионного возраста, 31% – трудоспособного, 1% – моложе трудоспособного возраста. Положительная динамика прироста еще сохраняется среди населения старше 40 лет, но при этом миграционный отток возник среди населения в возрасте до 15 лет, значительной остается потеря населения молодого возраста (16 – 19 лет).

С 2006 г. численность населения в трудоспособном возрасте начинает снижаться. Такая тенденция продолжится и в перспективе. Согласно прогнозу ИСЭРТ РАН, к началу 2020 г. численность населения трудоспособного возраста в Вологодской области снизится на 18,0%. Ежегодное снижение составит в среднем 1,4% (табл. 1).

Вследствие этого экономическая нагрузка на жителей трудоспособного возраста увеличится примерно до 81 чел. нетрудоспособного возраста на 100 чел. трудоспособного (при значении 58 в 2007 г.; рис. 3).

К 2020 г. увеличится до 26% удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше (при значении 21% в базовый год прогноза). Иначе говоря, в период с 2008 по 2020 г. продолжится старение населения области, последствия которого будут значимы для демографической



Таблица 1. Прогноз численности возрастных категорий населения  
Вологодской области (на начало года)

Год	Человек			В процентах от общей численности населения		
	моложе трудоспособного возраста	в трудоспособном возрасте	старше трудоспособного возраста	моложе трудоспособного возраста	в трудоспособном возрасте	старше трудоспособного возраста
2009	193 301	764 718	260 222	15,9	62,8	21,4
2010	195 742	753 011	264 908	16,1	62,0	21,8
2011	198 426	741 519	268 933	16,4	61,3	22,2
2012	201 344	730 052	272 547	16,7	60,6	22,6
2013	204 391	717 997	276 327	17,1	59,9	23,1
2014	207 636	705 846	279 932	17,4	59,1	23,5
2015	210 390	692 766	284 931	17,7	58,3	24,0
2016	213 284	679 307	290 013	18,0	57,4	24,5
2017	214 992	667 711	294 150	18,3	56,7	25,0
2018	215 664	657 349	297 607	18,4	56,2	25,4
2019	215 197	648 397	300 287	18,5	55,7	25,8
2020	213 609	640 211	302 881	18,5	55,3	26,2

Источник: Шабунова, А.А., Богатырев А.О. Вологодская область: перспективы демографического развития территории: препринт. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 28 с.

(«база» для низкой рождаемости и высокой смертности), экономической (замедление процесса трудового замещения, рост нагрузки на население трудоспособного возраста) и социальной (увеличение расходов на социальное обеспечение, возрастание нагрузки на социальную инфраструктуру) составляющих жизни общества. Уменьшение численности жителей трудоспособного возраста может стать существенным препятствием на пути дальнейшего экономического роста. Дефицит рабочей силы, который не столь заметен в условиях кризисных экономических явлений, в перспективе потребует компенсации либо путем увеличения производительности труда (причем, для того чтобы темп прироста ВРП Вологодской области был сопоставим с аналогичным показателем ВВП РФ, региону потребу-



Рис. 3. Прогноз экономической нагрузки на население трудоспособного возраста в Вологодской области (на начало года)

ются более высокие темпы роста производительности труда, чем те, которые запланированы в целом по стране), либо за счет миграции рабочей силы из других регионов РФ и из-за рубежа [4].

Основными резервами роста производительности труда являются модернизация производственных фондов, развитие человеческого и интеллектуального потенциала, повышение квалификации работников, внедрение наукоемких технологий.

Неминуемо возрастает роль качественных характеристик рабочей силы в экономическом развитии региона.

Мониторинг качественного состояния трудового потенциала региона проводится Институтом социально-экономического развития территорий РАН ежегодно, начиная с 1997 г. Качество рабочей силы измеряется на основе данных социологических опросов. Согласно используемой методике базовыми характеристиками качества трудового потенциала региона являются физическое и психическое здоровье населения, когнитивный потенциал, творческие способности, коммуникабельность, культурный и нравственный уровень, потребность в достижении (социальные притязания). При этом интегральным показателем качества трудового потенциала считается социальная дееспособность, структура которой представлена на рисунке 4.

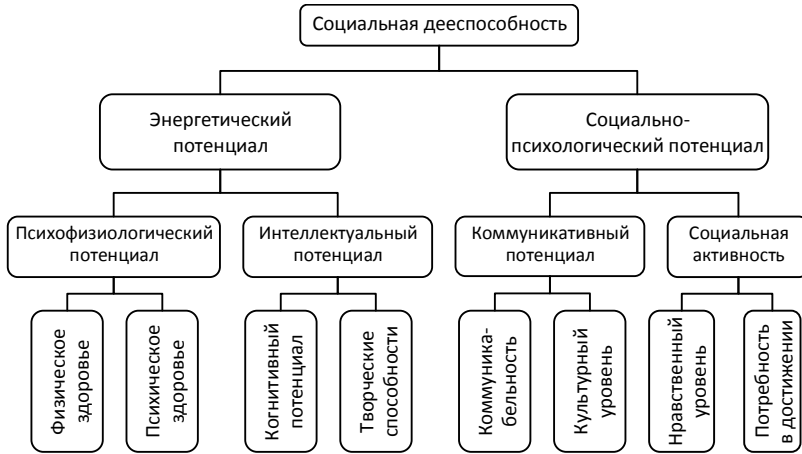


Рис. 4. Компоненты трудового потенциала (согласно концепции ИСЭПН РАН)

В результате математической обработки баз данных мониторинга каждое из перечисленных выше качеств получает числовую оценку в виде индекса в интервале от нуля до единицы, рассчитываемого как отношение фактического числа баллов к максимально возможному.

На протяжении всего периода исследований с 1997 по 2009 г. индекс социальной дееспособности населения области изменялся в пределах от 0,645 до 0,679. Минимальное его значение было зафиксировано в 2003 г.

Среди базовых показателей качества трудового потенциала тенденцию к росту имеют (табл. 2): физическое и психическое здоровье, культурный уровень, потенциал социальных притязаний (потребность в достижении).

Индекс физического здоровья населения Вологодской области входит в группу самых высоких среди восьми базовых индексов. В долгосрочном периоде он имеет тенденцию к увеличению. Показательно, что в кризисных условиях индекс проявил устойчивость, снизившись только на 0,001 ед.

Динамика индекса психического здоровья отличается резкими ежегодными колебаниями при общем возрастающем тренде. В 2009 г.

Таблица 2. **Качество трудового потенциала Вологодской области**

Качество	Значение индекса в 2009 г.	Ранг	Изменение индекса по сравнению с 2008 годом	Линия тренда (с 1997 по 2009 г.)
Физическое здоровье	0,728	4	▼ спад	/ возрастающая
Психическое здоровье	0,739	2	▼ спад	/ возрастающая
Когнитивный потенциал	0,614	7	▼ спад	\ убывающая
Творческий потенциал	0,572	<b>8</b>	▲ рост	\ убывающая
Коммуникабельность	0,736	3	▼ спад	– параллельна оси времени
Культурный уровень	0,674	5	▼ спад	/ возрастающая
Нравственный уровень	0,757	<b>1</b>	▼ спад	\ убывающая
Потребность в достижении	0,643	6	▼ спад	/ возрастающая

индекс проявил спад (причем во всех социально-демографических группах), что может объясняться кризисным нарастанием напряженности в обществе, в том числе психологической.

Судя по результатам опроса общественного мнения, проводимого ИСЭРТ РАН, каждого второго жителя коснулось снижение заработной платы (социальных выплат) либо ее задержка, каждого четвертого – сокращение или увольнение с предприятия, на котором работал (*табл. 3*).

Одной из социально-экономических проблем мирового финансового кризиса стала безработица, которая оказывает прямое и наиболее сильное воздействие на каждого человека. Потеря работы для

Таблица 3. **Динамика положительных ответов: «Если говорить о Вас (членах семьи, проживающих вместе с Вами), то затронули ли Вас в связи с нынешним кризисом следующие явления?», %**

Варианты ситуаций	Дек. 2008	Фев. 2009	Апр. 2009	Июн. 2009
Задержки заработной платы и социальных выплат (пенсий, пособий, стипендий и т.п.)	20,7	35,1	35,8	41,1
Уменьшение (урезание) заработной платы и социальных выплат	35,8	47,9	45,9	52,0
Сокращение, увольнение с предприятия, на котором Вы работаете	20,3	23,0	23,5	25,9
Закрытие (приостановка) предприятия, на котором Вы работаете	12,5	13,8	15,9	19,4
Источник: Данные опроса об изменении условий жизни населения.				

большинства людей означает снижение жизненного уровня вследствие уменьшения уровня потребления в стране, сокращения объемов производства и т. д. В наибольшей степени кризис сказался на территориях, экономика которых была моноструктурной. К этому типу регионов относится Вологодская область (до кризиса доля черной металлургии занимала в структуре промышленности региона более 65%). По данным Росстата, общая безработица в регионе в I квартале 2010 года составляла 8,5% экономически активного населения. Ее уровень по-прежнему превышает докризисный почти в 2 раза (рис. 5).

В условиях перехода к инновационному развитию решающую роль играют интеллектуальные возможности общества, характеризующиеся когнитивным и творческим потенциалами населения. Мониторинговые измерения качественного состояния трудового потенциала населения региона показывают, что индекс когнитивного (знаниевого) потенциала входит в группу самых низких среди восьми базовых индексов (см. табл. 2). И в долгосрочной перспективе когнитивный потенциал имеет тенденцию к снижению. Основными причинами этого являются снижение базового уровня основного общего образования и нарушение преемственности в развитии профес-

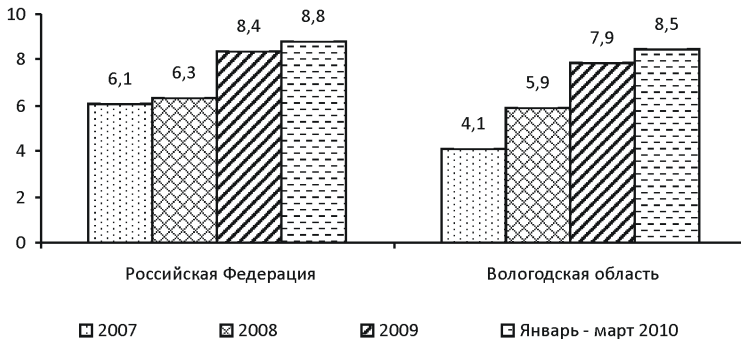


Рис. 5. Уровень безработицы в Вологодской области и РФ (по методологии МОТ), %

Источник: Занятость и безработица в Российской Федерации в апреле 2010 года (по итогам обследований населения по проблемам занятости) [http://www.gks.ru/bgd/free/b04\\_03/lssWWW.exe/Stg/d04/107.htm](http://www.gks.ru/bgd/free/b04_03/lssWWW.exe/Stg/d04/107.htm)

сиональных знаний и навыков. Как показывают результаты измерений в рамках Международной программы по оценке образовательных достижений учащихся, выпускники российских школ имеют существенные проблемы в сфере практического применения полученных в ходе школьного образования знаний, уступая по этому параметру сверстникам из большинства развитых стран мира (табл. 4).

Качество подготовки выпускников учреждений профессионального образования оценивается как «высокое» лишь минимальной частью работодателей (1%) (табл. 5).

Работодатели более критично по сравнению с руководителями учебных заведений оценивают уровень профессиональных знаний недавних выпускников вузов.

Самым низким среди восьми базовых индексов является индекс творческих способностей (он формируется на основе отношения человека к творческой деятельности, его реального участия в творчестве – как в профессиональной деятельности, так и в быту). Общий его тренд – убывающий, при этом тенденция к снижению творческого потенциала характерна для всех социально-демографических групп населения. Низкие значения данного индекса обусловлены малой долей жителей региона, активно занимающихся твор-

Таблица 4. **Некоторые результаты Международной программы по оценке образовательных достижений учащихся (PISA)**

Показатель	Грамотность чтения			Математическая грамотность			Естественнонаучная грамотность		
	2000 г.	2003 г.	2006 г.	2000 г.	2003 г.	2006 г.	2000 г.	2003 г.	2006 г.
Количество баллов в России (max=1000)	462	442	440	478	468	476	460	489	479
Место России (2000 г. – из 32 стран; 2003 г. – из 41 страны; 2006 г. – из 57 стран)	27-29	32-34	37-40	21-25	29-31	32-36	26-29	24	33-38
Количество баллов по странам ОЭСР (в среднем)	500	494	497	500	500	506	500	500	499
Источники: Основные результаты Международного исследования образовательных достижений учащихся: PISA-2006. – М.: Центр оценки качества образования ИСМО РАО, 2007. – С. 33, 50, 81.									

**Таблица 5. Оценка работодателями и руководителями учреждений высшего профессионального образования Вологодской области уровня подготовленности выпускников вузов, в %**

Уровень подготовки	Руководители учреждений высшего профессионального образования	Работодатели
Высокий	13,8	1,3
Достаточно высокий	62,1	35,9
Средний	24,1	53,8
Низкий	0,0	9,0

Источник: Данные экспертного опроса руководителей учреждений профессионального образования и предприятий (организаций) Вологодской области, проведенного ИСЭРТ РАН в 2007 г.

ческой деятельностью. «Постоянно что-нибудь изобретают, пишут, сочиняют и т. д.» менее 10% жителей региона, 45% «никогда ничего не предпринимают», причем по сравнению с серединой 1990-х гг. эта доля возросла (табл. 6).

**Таблица 6. Распределение ответов на вопрос: «В какой мере для Вас в настоящее время характерно занятие творческой (рационализаторской, изобретательской) деятельностью?», %**

Вариант ответа	1997	1999	2000	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Постоянно что-нибудь изобретаю, пишу, сочиняю и т. д. – это стиль моей жизни	6,0	6,7	7,1	7,8	9,6	9,1	8,5	9,7	7,5	3,5	7,6
Придумываю, изобретаю и т. д., когда передо мной возникает практическая необходимость что-нибудь сделать, а как – неизвестно, нет готовых решений	32,9	25,0	22,9	24,6	21,9	20,7	25,6	20,7	19,7	23,9	21,9
Придумываю, изобретаю, сочиняю и т. д., когда получаю соответствующее задание от начальства	22,9	19,8	23,4	24,1	25,7	24,5	28,9	27,0	21,4	30,1	25,1
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	43,3	42,4	45,0	36,9	42,6	51,4	42,5	45,4

Отрицательный тренд когнитивного и творческого потенциалов свидетельствует скорее всего о том, что сегодня интеллектуальный потенциал в отечественной экономике практически не используется. В Послании Федеральному Собранию (2009 г.) Президент РФ Д. Медведев так оценил эту ситуацию: «В основном предпочтение было отдано форсированию роста старой, сырьевой экономики, а для формирования новой, создающей уникальные технологии и инновационные продукты, были приняты лишь отдельные и несистемные решения» [2].

### Литература

1. Егоров, В.Д. Трудовой потенциал: формирование и использование в условиях рыночной экономики: автореф. дис. ... к.э.н. / В.Д. Егоров. – М., 2004.
2. Послание Президента РФ Дмитрия Медведева Федеральному Собранию Российской Федерации 12.11.2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru/online/base/?req=doc;base=law;n=93657> (28.12.2009 г.)
3. Трудовой потенциал региона: заключительный отчет о НИР / Г.В. Леонидова, Е.А. Чекмарева. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2009. – 117 с. – № госрегистрации – 02201051756.
4. Шабунова, А.А. Вологодская область: перспективы демографического развития территории: препринт / А.А. Шабунова, А.О. Богатырев. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2010. – 28 с.



**Н.Е. Маркова, Н.М. Римашевская, Н.Л. Смакотина**

## **ТИПОЛОГИЯ МОДИФИКАЦИЙ ДЕВИАНТНОГО ПОВЕДЕНИЯ В МОЛОДЕЖНЫХ СУБКУЛЬТУРАХ \***

В последние два десятилетия заметно увеличение динамической сложности современных обществ. Для них характерны открытость культурам мира, неравномерность социума, разрушение привычного образа жизни, кардинального изменения статуса самой реальности: экономической, политической, социальной. Она уже не выглядит закономерно развивающейся, имеющей преемственную связь с прошлым опытом, традициями, привычками и становится приближительной, необязательной, неопределенной, лишенной внутренних и внешних гарантов. В этих условиях социальное развитие молодежи является одной из важнейших проблем жизнедеятельности любого, и прежде всего российского, общества.

Существенное влияние на развитие и поведение молодых людей оказывает негарантированность, быстро меняющиеся «правила игры», которые приводят к трудным жизненным ситуациям, неудовлетворенности жизнью. Они обуславливают выбор стратегий, конкретных способов решения проблем и моделей поведения. Изменения в сфере культуры и нормативно-ролевого комплекса носят весьма интенсивный, а подчас и драматичный характер. Поиск новых ценностных ориентаций и смыслов самым существенным образом был связан с поиском молодыми людьми новых форм организации социальной жизни и деятельности, экспериментированием в формах семьи, стиле жизни, организации труда, досуга, с созданием альтернативных систем ценностей и идеологий. В рамках этого процесса разворачивается и сексуальная революция, осуществляется поиск новых форм организации трудовой деятельности, связанной не столько с принципами их рыночной эффективности, сколько с реализацией

---

\* Работа выполнена при поддержке гранта РГНФ «Социальная реабилитация лиц с девиантными модификациями поведения» (№ проекта 08-06-00793а).

смысла и значения самого труда; наблюдается появление «постматериалистической» системы ценностей и жизненных ориентаций, альтернативных стилей жизни, рост массовых молодежных движений и идеологий, таких, например, как движение хиппи, новых стилей в музыке и изобразительном искусстве, массовых антивоенных, экологических и других движений протеста. Поиск новых социальных форм и смыслов часто приобретал формы контркультурной критики цивилизации и выражал себя в массовых молодежных движениях.

Сегодня в России широко распространены молодежные субкультуры. В литературе подробно описывается история их появления в странах Запада, установки, ценности, образ жизни, практики, динамика изменений в отдельных регионах страны. Существует мнение, что субкультурные движения не имеют реальной социальной, экономической и культурной почвы, несмотря на попытки привлечь в качестве исторической основы произведения классического искусства или дискредитированные политические манифесты<sup>1</sup>.

Деструктивные явления, возникающие на почве участия в субкультурных движениях, — потребление наркотиков, хулиганство, преступления, суициды — требуют адекватного научного анализа. Так, за период с 1991 по 2006 г. среди детей и подростков произошел резкий рост отравлений, психических патологий, травм и инвалидности (в 1991 году — 6780,4 на 100 тыс. детского населения, а в 2006 г. — 10239,1). Численность детей и молодежи в возрасте 11 — 24 лет, с различной частотой потребляющих психоактивные вещества, достигла 3,5 — 4 млн. человек. Россия занимает первое место в мире по числу самоубийств среди детей и подростков — около 3000 в год [2; с. 36]. Деструктивные процессы часто связаны с распространением девиантных субкультур.

По экспертным оценкам четвертая часть молодых людей и подростков в возрасте 12 — 18 лет оказались в той или иной степени затронуты субкультурной мифологией<sup>2</sup>. Скорость распространения этих явлений и однородность их проявлений в мегаполисах и в реги-

---

<sup>1</sup> «Ночь на Лысой горе» Мусоргского — на сайтах сатанистов; «Майн кампф» Гитлера — на сайтах скинхедов.

<sup>2</sup> Феномен, который был замечен в XX в. вместе с трансформацией общества.

онах с низкой плотностью расселения указывают как на одно из возможных объяснений использование механизмов распространения массовой культуры, включающих законы рекламы, маркетинга, формирующих определенный образ жизни.

Условно воспринимая девиантное поведение как осуществленную цель модификации<sup>3</sup>, можно восстановить весь процесс, фиксируя внимание на позитивных подкреплениях. Именно с ними придется иметь дело психотерапевту, взявшему на себя труд по изменению деструктивного поведения, социальной и психологической реабилитации пациента. Следование субкультурным практикам несет эффект психологической травмы или психиатрического заболевания. Психофармакологическое лечение в таких случаях лишь подавляет психомоторное возбуждение и временно ослабляет внешние проявления депрессии (агрессии). Для понимания настоящих причин заболевания, на наш взгляд, следует учитывать социальные причины этих проявлений, необходимо прежде всего выявить ценностные установки и мотивы, регулирующие поведение индивида, подвергшегося девиантной модификации.

#### **Цели и задачи исследования**

Основная цель – реконструировать схемы модификаций поведения и выявить ценностные установки, мотивы, регулирующие поведение, для разработки сценариев реабилитации лиц, вовлеченных в практики девиантных молодежных субкультур и нуждающихся в этой связи в помощи психолога или психиатра. Источники-носители субкультурной мифологии и идеологии («культовые» книги, фильмы, тексты песен и пр.) рассматриваются:

- с точки зрения теории социального научения А. Бандуры<sup>4</sup>;
- с позиций современной социальной психологии;
- по законам рекламы, маркетинга, PR.

---

<sup>3</sup> Модификация поведения – исследовательская процедура, применяемая в бихевиористской психологии и социологии с целью формирования желаемого типа поведения (Современная западная социология: словарь. – М., 1992. – С. 197).

<sup>4</sup> Согласно исследованиям американского психолога А. Бандуры (1925 – 1988) социальное научение происходит благодаря наблюдению за положительно подкрепляемыми или нейтральными моделями поведения (Бандура А. Теория социального научения. – М., 2000).

Описать элементы модификации поведения в проявлениях девиантных молодежных субкультур по следующим признакам: коды внешности, коды одежды, символика, информация, содержащая модели и стимулы, способствующие формированию модификации (музыка, книги, фильмы, сайты), стиль жизни, образ «врага», мифология.

Воссоздать схему модификации поведения для исследуемых субкультур, определяющую: специфическое поведение, модифицируемые реакции индивида, благоприятные стимулы, влияющие на формирование поведения, реакции индивида на позитивные подкрепления.

**Исследование базируется на следующих источниках:**

- углубленные неструктурированные интервью с представителями девиантных субкультур, проведенные в московских социально-реабилитационных центрах «Возрождение» и «Отрадное» в 2008 г.;

- фокус-группа «Осведомленность подростков о субкультурах», проведенная в социально-реабилитационном центре «Отрадное» в октябре 2008 г.;

- исследование субкультурной информации, осуществленное на социологическом факультете МГУ в 2008/2009 учебном году;

- вторичный анализ молодежных субкультур по результатам исследований;

- контент-анализ произведений литературы и искусства, оказавших влияние на субкультурное становление респондентов (по материалам исследования 2008 г.);

- пилотное исследование «Распространенность субкультурных движений среди молодежи» Инновационной образовательной лаборатории социальных и гуманитарных технологий (Г.Г. Курносенко, В. В. Кавецкая, ДВГТУ<sup>5</sup>, г. Владивосток, 2009 г.);

- контент-анализ субкультурных сайтов и форумов;

- контент-анализ роликов о субкультурах в Интернет-сети.

---

<sup>5</sup> Приносим благодарность руководству Дальневосточного государственного технического университета за содействие, оказанное при проведении исследований.

Авторы применяли описанные в научной литературе методики «модификация поведения», «трафарет модификаций», «матрица модификаций», служащие для определения модификаций в текстах [4, с. 25].

### **Рабочие понятия**

*Схема модификации поведения* – последовательное описание стимулов и поведенческих реакций, формирующих заданный тип поведения.

*Матрица субкультурных модификаций* – общая для формирования различных молодежных субкультур схема модификации.

*Трафарет модификаций* – система стимулов, кодов и моделей СМИ, позволяющая определить схему модификации поведения в тексте.

### **Распространенность**

Пилотное исследование распространенности субкультур среди студентов ДВГТУ в городе Владивостоке (ИСЭПН РАН – МГУ, 2009) показывает, что половина молодых людей в возрасте от 17 до 22 лет прямо или косвенно участвовали в субкультурных движениях или общались со сверстниками, принимавшими в них непосредственное участие. Так, участвовали в субкультурных практиках 11% респондентов, полностью воспринявших соответствующую идеологию. На косвенное участие указали 12% респондентов. Поверхностно следовали субкультурной моде, не вникая в идеологию, 16% респондентов; общались с друзьями и знакомыми, подверженными субкультурной моде, 9% респондентов. Только половина опрошенных (50%) не имели отношения к субкультурным движениям и не общались со сверстниками, имевшими к ним прямое или косвенное отношение.

Не согласны с утверждением, что молодежные субкультуры в России лишены национальных корней и являются «продуктом внешнего заимствования, простой калькой западных молодежных субкультур», 12% опрошенных (согласны с этим утверждением 80% респондентов). В том, что «в решающей степени способствуют развитию молодежных субкультур современные средства массовой информации», уверены 48% опрошенных.

Вопреки мнению, что «некоторые субкультуры — это и есть просто не афишируемая государственная политика», отношение к ним представителей государственных органов, по оценкам самих респондентов, делится между «терпимостью и снисходительностью» (30%) и «недоверием и подозрительностью» (32%). Можно сказать, что мы имеем дело с ее отсутствием. На «дефицит тщательно выверенной целенаправленной молодежной политики» указывает и 23% молодых респондентов.

Результаты пилотного исследования относительно распространенности субкультур среди молодежи и экспертные оценки идентичны: до 30% подростков и молодых людей в возрасте 14 — 22 лет увлечены субкультурной мифологией и практиками, чему способствует широкая трансляция этой информации в СМИ. При этом до 5% лиц, участвовавших в субкультурных практиках, нуждаются в социальной реабилитации с помощью психолога или психиатра.

### **Классификация**

По степени включенности в субкультурный образ жизни респонденты были разделены на три группы: 1) поверхностно воспринявшие субкультурную моду, что никак не отразилось на их образе жизни; 2) имеющие опыт субкультурных практик, изменивших их поведение; 3) не критично воспринявшие субкультурный образ жизни и погрузившиеся в него полностью. Интервью с подростками, имеющими признаки модифицированного поведения и нуждающимися в социальной реабилитации, показывают, что на их поведение повлияли модификационные матрицы. Распространение субкультурной идеологии происходит как благодаря соответствующей информации СМИ, так и «из уст в уста»: от подростков — лидеров мнений — к членам школьной, дворовой или уличной группы<sup>6</sup>. Треть участников исследования проявили осведомленность об идеологии и практиках нескольких субкультур, формально не имея к ним отношения, что говорит о фольклоризации субкультур в среде подростков.

---

<sup>6</sup> Отчет по фокус-группе на тему «Осведомленность о субкультурах среди подростков», проведенной ИСЭПН РАН в Центре социальной реабилитации «Отрадное» (г. Москва) в октябре 2008 года.

Результаты исследований позволяют классифицировать молодежные субкультуры по способам культивации сходных поведенческих реакций и моделей поведения. По типам формируемого поведения их можно условно обозначить как:

- «агрессивные»;
- «депрессивные»;
- «гедонистические»;
- «рисковые».

К классу модификаций агрессивного поведения относятся субкультуры «футбольные фанаты», «скинхеды», «сатанисты», формирующиеся благодаря стимуляции потребности в самоактуализации, выраженной в агрессивных и преступных действиях. В результате возникает повышенная агрессивность, хулиганское поведение, совершение преступлений.

К субкультурам, формирующим «депрессивное» поведение, относятся «панки», «эмо», «готы». Модификация осуществляется благодаря стимуляции самоактуализации посредством нарушения физиологических и культурных табу, погружения в депрессивное мировоззрение, позиционируемое как «протест», «индивидуализм», «тонкость чувств», в действительности же способствующее маргинализации и приближающее индивида к суицидальному поведению.

Гедонистический характер имеет поведение, формируемое субкультурами «хиппи» и «растаманы». Здесь самоактуализация (сексуальное раскрепощение, обретение мистической мудрости, экстаз) достигается посредством ухода от требований социума и через потребление наркотиков, санкционированное идеологией. Результат модификации – развитие амотивационного синдрома, наркотизация, рост заболеваемости и смертности.

К модификациям рискованного поведения можно отнести субкультуры «стритрейсеров», «сноубордистов», «скейтбордистов», в которых самоактуализация (яркий индивидуализм, «мужественность», «героизм») достигается в результате спортивной деятельности, осуществляемой с риском для жизни в нарушение правил элементарной безопасности своей и окружающих, что ведет к инвалидизации или летальному исходу.

Формирование модификаций происходит при наличии половой стимуляции, которая становится своеобразным «клеем», скрепляющим основные части субкультуры. Известно<sup>7</sup>, что изображения и фотографии обнаженного тела, а также действия, связанные с половым актом, порнографические и эротические описания подобного рода становятся условными половыми стимулами. Ими обусловлены субкультурные коды внешности (прическа, украшения, макияж) и коды одежды (костюмы, обувь, атрибутика и символика).

### **Агрессивные модификации**

Общая схема для субкультур, отнесенных к классу модификаций агрессивного поведения, имеет различное наполнение. Так, в модификации «футбольные фанаты» выстраивается агрессивное, преступное поведение по отношению к «врагам» — болельщикам команды-соперницы, а самоактуализация осуществляется в результате «борьбы» и побед в хулиганских драках за «честь» любимой команды. В модификации «скинхеды» самоактуализация связана с проявлениями расизма («я — полноценный человек белой расы; негры, азиаты, евреи — неполноценны») и победой над врагами-инородцами. Амплитуда моделируемого поведения здесь колеблется от агрессивных хулиганских выходов на матчах и улицах до нанесения тяжкого телесного вреда и совершения убийств. Похожий вариант модификации потенциальной агрессии — «сатанисты». Здесь индивид, намереваясь стать «равным богам», принимает звание «нелюдь» и в соответствии с идеологией сатанизма выходит за рамки человеческих норм, не останавливаясь ни перед чем: «делай, чего изволишь»<sup>8</sup>. Соответственно, потенциальными врагами сатаниста являются не только христиане, но и любой человек, который может стать случайной жертвой самоактуализации *нелюдя* (сверхчеловека).

Сатанисты «с симпатией», но критично относятся к Гитлеру, обсуждая на форумах упущенные для победы нацизма возможности. Сатанизм разрешает совершение преступлений во всех сферах, включая промискуитет, разного рода парафилии<sup>9</sup>, человеческое жертво-

---

<sup>7</sup> Мастерс, Джонсон, Колодни. Основы сексологии. — М., 1998.

<sup>8</sup> Цитата из «Книги закона» А. Кроули с сайта Российского Ордена восточных тамплиеров (<http://oto.ru/>)

<sup>9</sup> Название извращений в западной науке с последней трети XX века.



приношение, людоедство<sup>10</sup>, и санкционирует «спокойное отношение к анатомии и физиологии человека», так как, согласно субкультурной идеологии, ценностей, истины, да и самой реальности не существует. Формируется индивид с размытыми социальными и культурными реакциями, поведение которого можно сравнить с поведением примата, но с большой натяжкой, поскольку естественные неугашенные реакции примата позволяют ему существовать в рамках физиологической целесообразности: испытывать приязнь, защищать стаю, осуществлять функцию продолжения рода.

Соответствует этой идеологии и описание устройства государства сатанистов. Предполагается, что здесь будет позволена свободная торговля наркотиками, вследствие чего начнется интенсивное развитие туризма. В *интеллектуальном* государстве сатанистов потребности *нелюдей* будут удовлетворяться рациональным образом. Например, планируется разрешить удовлетворение половой потребности в любом месте и в любое время (по согласию партнеров), расширить сферу половых практик (узаконить педофилию, зоофилию), разрешить *нелюдям*, склонным к каннибализму, поедание даунов<sup>11</sup>.

Еще одна разновидность агрессивной субкультурной модификации — язычество<sup>12</sup> соединяет в себе элементы расизма и сатанизма. Образ «врага», санкционированный идеологией язычества, — православные («иудео-христиане»). Смыкаясь с нацизмом скинхедов, мифология современного российского псевдоязычества указывает на «арийское» происхождение русских и, аукаясь с сатанизмом, предлагает жестоких богов, принимающих человеческие жертвы и не различающих добро и зло. По мнению апологетов, разница между сатанизмом и язычеством состоит в том, что язычество — полирелигия, тогда как сатанизм — монорелигия. Подобно сатанизму языче-

---

<sup>10</sup> «Черная месса представила антураж различной степени извращенности... [вплоть] до настоящих гнусностей, воплотивших самые дикие фантазии хроникеров». С сайта [www.blakmagicinfo.ru/Page-3.347](http://www.blakmagicinfo.ru/Page-3.347). «Сатанинские ритуалы». Антон ЛаВей

<sup>11</sup> Сайт «Черный свет» ([www.blacklight.h1.ru](http://www.blacklight.h1.ru)).

<sup>12</sup> Современное русское язычество основано на «Велесовой книге», признанной отечественными учеными фальшивкой. Перевод книги появился в среде русских эмигрантов в 50-е годы XX века в США.

ство формирует «убийство души» и санкционирует наслаждения «здесь и сейчас». В модификации «язычество» стимулируется самоактуализация посредством разрушения культурных норм, допускается возможность человеческого жертвоприношения.

Несмотря на различный мифологический набор, описанные модификации формируют идентичные реакции агрессии, жестокости, садизма. Идеологией здесь санкционировано нарушение закона и совершение преступлений, размывание ценностей и норм, а переживание самоактуализации происходит в результате унижения, подавления, уничтожения «врагов». Являясь общим стержнем данных модификаций, эти поведенческие характеристики составляют своеобразный психологический «коридор», соединяющий агрессивные субкультуры. Показательны с этой точки зрения тексты группы «Коловрат»<sup>13</sup>, совмещающие нацизм правых скингов, агрессию футбольных фанатов, жестокость языческих (арийских) богов со вседозволенностью сатанизма:

*«Слава белой расе и НС бритоголовым.  
Слава нашей Родине и смерть ее врагам!  
Слава России великой,  
Слава белым арийским богам!»*

Проникновение нацистско-расистской идеологии в стихийное хулиганство футбольных фанатов происходит перед матчами, когда стадионы разогреваются характерными рок-группами<sup>14</sup>. В Интернете размещены многочисленные официальные и неофициальные сайты и странички футбольных клубов и фанатов; информация о рок-группах, поддерживающих команды; сведения о фанзинах – газетах футбольных болельщиков<sup>15</sup>; кричалки и речевки, выкрикиваемые с целью поддержки любимой команды. Скандируя вместе с массами

---

<sup>13</sup> Тексты печатаются по вкладышу в CD-диск «Коловрат. Кровь патриотов». 2002.

<sup>14</sup> 28 марта в 17.00 на стадионе «Петровский» открытие футбольного сезона (первая лига). Состоится праздничный концерт с участием групп «Ленинград», «Торба на круче», «НЭП», «Пилот», «Психея» и др. В 19.00 – матч «Динамо» (СПб.) – «Томь» (Томск) (Информация с официального сайта Динамо. – СПб. 2002.)

<sup>15</sup> «Знамя Зенита» – газета питерских болельщиков; фанзины «Тестостерон», Bulldog, Русский фан-вестник.

на стадионе, группа футбольных болельщиков переживает эффект регрессивной идентификации — повышенное ощущение жизни и многократно усиленные эмоции, что является сильнейшим положительным подкреплением.

Агрессивное хоровое скандирование заражает фанатов эмоциональным настроением, заложенным в тексте речевки, и побуждает к ответным действиям болельщиков противника. Восхваление своей команды, прямые оскорбления и призывы к агрессивным действиям против «чужих» усиливает противостояние «Мы и Они». В действие вступают социально-психологические законы группы, что обуславливает дальнейшее развитие событий. Ненормативная лексика предельно ожесточает индивидов. Словесная агрессия перерастает в физическую. Происходит кровавая драка, имеющая на сленге футбольных фанатов возвышенное название «битва», «бой». В текстах кричалок содержится развитие программы модификации, способствующей деструктивной самоактуализации: разрушение, членовредительство, убийство<sup>16</sup>.

Отдельные элементы модификации — приемы «боев без правил» тренируются в сознании индивида при помощи подлинных видеозаписей драк футбольных хулиганов, содержащих съемки убийств и размещенных на соответствующих сайтах в Интернете. В них смонтированы многократные повторы особенно жестоких ударов, просмотр которых ломает культурные и психологические барьеры индивида, тренирует, подготавливает сознание к восприятию преступных моделей поведения. Характерно, что «врагами» фанатов являются не только болельщики команды противника, но и сотрудники правоохранительных органов.

Матрицы агрессивных модификаций широко представлены в средствах искусства<sup>17</sup>, в текстах, где положительно подкрепляется разного рода деструктивное поведение: драки, хулиганство, разбой,

---

<sup>16</sup> «Звон стекла, домов руина. Кровь течет по мостовой. Красно-белая бригада Возвращается домой...

...Зарыв чужака в придорожных кустах, Пошли мы домой в красно-белых шарфах.» ([www.rusfan.ru](http://www.rusfan.ru); [www.fcspartak.narod.ru](http://www.fcspartak.narod.ru)).

<sup>17</sup> Фильмы «Скины» (Австралия, 1992), «Удостоверение» (Великобритания — ФРГ, 1995).

убийство. Так, в фильме «Скины» избиение вьетнамцев скинхедами в подземном переходе остается безнаказанным; ограбление витрины, совершенное главным героем-скинхедом ради удовлетворения прихоти героини, вознаграждается ее любовью. Эти модели поведения отвечают условиям социального научения. Внешние коды агрессивных субкультур, транслируемые исполнителями соответствующих рок-групп, обуславливаются благодаря сексуализированной подтанцовке и ненормативной лексике, представляющей агрессивную половую стимуляцию.

### **Депрессивные модификации**

Схема, объединяющая «депрессивные» субкультурные модификации – «панки», «эмо», «готы», – формирует крайне пессимистичное, депрессивное мировосприятие, провоцирующее потребление психоактивных веществ и суицидальное поведение.

В текстах, относящихся к модификациям «готы», «панки» и «эмо», одинаково присутствует образ «мертвого» героя, вернувшегося из потустороннего мира для завершения земных дел: мести, защиты угнетенных, любви и т.д. Например, в книге «Эмобой» (А. Соя) героем является мертвый друг героини, действие разворачивается в потустороннем мире «эмо», а сцены, обусловленные половой стимуляцией, связаны с кладбищем. В готическом фильме «Ворон» мертвый герой восстает из могилы, чтобы отомстить своим убийцам. В текстах рок-групп панковской направленности также присутствует этот мотив<sup>18</sup>.

Образ мертвого героя связан с общим депрессивным направлением модификаций. Восприятие произведений искусства происходит посредством идентификации с героем. Положительно подкрепленные модели поведения, демонстрируемые героем, воспроизводятся в социуме. Модель, транслируемая героем-мертвецом, не позволит индивиду выйти за рамки депрессивной модификации.

Система стимулов и положительных подкреплений имеет важные отличия для каждой из рассматриваемых субкультур. Так, реак-

---

<sup>18</sup> «Среди ублюдков шел артист, В кожаном плаще мертвый анархист, Крикнул он «Хой!», челюсть долой! Трупов вел он за собой» («Мертвый анархист». Группа «Король и шут»).

ция самоактуализации в модификации «панки» происходит одновременно и благодаря (!) преодолению, а затем угашению реакций отворачивания и стыда, размыванию элементарных гигиенических норм<sup>19</sup>.

«Бунт» (самоактуализация) выражается в мелком хулиганстве, перманентной неопрятности, порче имущества, непристойном поведении, постоянном применении ненормативной лексики, потреблении санкционированных субкультурной идеологией наркотиков и алкоголя, употребляемых как средство от депрессии.

Положительные подкрепления, формирующие депрессивную модификацию, образуют сочетательные рефлексy, где половой рефлекс соединяется с рефлексами ужаса или отворачивания. Многократное повторение подобной информации может способствовать возникновению патологических сочетательных рефлексов, что способствует появлению сексуальной неразборчивости или отрицательных половых реакций<sup>20</sup>.

В другой субкультуре этого класса — эмо — депрессивное поведение формируется благодаря постоянно воспроизводимому конфликту индивида с миром реальности, основанному на противостоянии «тонких эмоций» индивида и «грубости» окружающих. Этому способствует маргинализирующий набор внешних кодов<sup>21</sup>.

В результате попыток переживания чувств «по максимуму» у некоторых подростков вырабатывается демонстративная привычка резать вены при усугублении негативных эмоций (по объяснению респондента, «чтобы уменьшить душевную боль, заменив ее на более терпимую физическую»). Разрушаются механизмы конструктивного поведения. Усугубление депрессии приближает к суициду, санкционированному мифологией субкультуры. Суицидальные образы: лезвия, виселицы, пистолеты и пули, зияющие окна — распространены в среде «эмо» наряду с сердечками, крыльями и плюшевыми

---

<sup>19</sup> Классическая инициация панков в соответствии с мифологией происходит в мусорном ящике.

<sup>20</sup> Рассказ Э. Лимонова «Смерть рабочего» в сборнике «Великая мать любви». — СПб.: Амфора, 2002. — С. 118; Роман И. Уэлша «Дерьмо». — Москва: АСТ, 2007.

<sup>21</sup> Фрик-мода (freak — англ. «урод») — уродливая прическа и нелепая одежда, пирсинг, яркий макияж.

мишками, символизирующими «ценность любви» и «детскую беззащитность» эмо. Образы «марионетки», слабой «куклы», восставшей против хозяина, близкой смерти тиражируются в поэзии эмо<sup>22</sup>.

Среди роликов в Интернет-сети распространены следующие темы:

Трансляции общего субкультурного образа («эмо-девочки», «эмо-мальчики»). Чередуются изображения (фотографии) «эмо-девочек» в разных видах, транслирующих характерные субкультурные внешние коды: фрик-макияж, пирсинг, прически и одежду; разновидность – фотографии «эмо-мальчиков» с накрашенными глазами.

Практические пособия по обретению эмо-облика. Подробная инструкция по нанесению макияжа и устройству прически в соответствии с эмо-канонами. Демонстрацию «превращения в эмо» осуществляет привлекательная с точки зрения социального научения модель.

Оценочные модели. Сценки с участием эмо, где они представлены в смешном и гротескном виде. Ролики транслируют модель оценки, к которой предлагается присоединиться зрителю.

Агрессивно-оценочные модели. Видеоролики издевательствах по отношению к участникам движения «эмо» акций: клубная вечеринка для членов «новой субкультуры», завершающаяся групповым скандированием «эмо-хуэмо!».

Суицидальные. Видеоролики, содержащие «прикольные» самодеятельные сценки самоубийств: «подросток режет вены бритвой», «девушка выбрасывается из окна»; полусамодеятельные музыкальные видеоклипы, повествующие о несчастной любви и суициде или призывающие к нему.

Введение клички «эмо-хуэмо» в обиход массовой культуры скажется на повышении процента самоубийств среди подростков. Как

---

<sup>22</sup> «Можно я умру, жить нет мочи...Лезвие куплю, дрожащей рукой по вене...»; «Куплю таблеток...»; «Куплю шприц, вколю себе воздух...»; «Просто выпью яду...»; «Сделаю шаг, чтобы разбиться...» (Материалы исследования в социально-реабилитационном центре «Отрадное», 2008.)

известно, модели и описания самоубийств способствуют распространению суицидального поведения среди подростков<sup>23</sup>, особенно среди девочек. Западные исследования корреляций сообщений о самоубийствах и изменения уровня реальных самоубийств (D.R. Phillis & Carstensen, 1986) показывают, что число самоубийств возрастает через 0 – 7 дней после размещения сообщения в СМИ.

В модификации «готы» самоактуализация связана с погружением в депрессию. Все процессы жизни рассматриваются сквозь призму смерти. Происходит ежедневная игра в смерть, формирующая некрофильный характер. Мысль о поминутной возможности смерти парализует деятельность, связанную с реализацией долгосрочных жизненных планов, помогает разрушению культурных табу.

Среди кинопродукции, повлиявшей на субкультурное становление респондентов-готов, названа «готическая» кинолента «Труп невесты»<sup>24</sup>, где образы, наполненные в легитимной культуре красотой, радостью, любовью, счастьем, обуславливаются рефлексам ужаса и отвращения, вызываемыми кладбищенским тленом. В белое свадебное платье одета мумифицированная «плоть». В других названных респондентами-готами фильмах – «Интервью с вампиром» (1994, США) и «Королева проклятых» (2002, США), снятых по мотивам романов Анны Райс, положительными героями, отвечающими условиям социального научения, являются вампиры. В фильмах и в романах сцены вампиризма представлены как любовные акты, кульминацией которых становится процесс кровопития.

В модификациях «панки» и «готы» присутствуют психологические «коридоры», позволяющие перейти в более действенную агрессивную субкультуру. Для панков, в идеологии которых есть анархическая составляющая, – это псевдореволюционный национал-социализм, на который опираются скинхеды и язычники. Для готов – мистические элементы, ритуалы и практики вапиризма, объединяющие их с сатанистами. Модификация «эмо» не имеет такого «коридора» и содержит практики, подготавливающие суицид.

---

<sup>23</sup> Харрис Р. Психология массовых коммуникаций. – СПб. – М., 2001. – С. 257.

<sup>24</sup> Режиссер Тим Бартон. Производство Великобритания – США, 2005.

### Гедонистические модификации

К типу модификаций гедонистического характера можно отнести субкультуры «хиппи» и «растаманы». Здесь самоактуализация происходит при отказе от норм и ценностей социума и постижении мистических истин в результате потребления наркотиков. По мифологии хиппи наркотики способствуют расширению сознания и обновлению личности, для чего необходимо «зарядиться, настроиться и выпасть»<sup>25</sup>.

Для растаманов характерно санкционируемое идеологией веселое, беззаботное времяпрепровождение, полная свобода от каких-либо обязанностей и обязательств. По мнению апологетов субкультуры, потребление наркотиков снижает агрессивность, позволяет ощутить мир и спокойствие (марихуану потребляют во время религиозных церемоний, когда бьют в священные барабаны). В реальности потребление марихуаны вызывает «амотивационный синдром» – утрату желания работать, преодолевать трудности, участвовать в жизни общества, что соответствует симптомам хронического алкоголизма. В гедонистических модификациях практикуется упрощенное удовлетворение половых потребностей, используемое как сильная стимуляция и положительное подкрепление для идеологически санкционированных наркотиков.

В фильме «Укуренные» (*Cheech & Chong's Up In Smoke. США, 1978*) герой карьеры и связям предпочитает «одну затяжку», которая «лишает всех пустых тревог». Сюжетная линия движется благодаря постоянно проявляемому желанию действующих лиц употребить «шмаль» (траву). Наркотики добывают, потребляют, демонстрируют результаты их потребления. Они представлены как часть обыденной жизни, средство развлечения, отдыха, лечения. В полицейском участке торгуют кокаином, сержант курит марихуану, другой полицейский обкурился. Таблетками амфетамина друзья «лечат» употребившего крэк героя. Благодаря воздействию марихуаны он оживает и «дает жару» на рок-концерте. Сексуальное наполнение эпизодов позволяет обусловить внешние субкультурные коды.

---

<sup>25</sup> Cavan S.H. Hippies of The Haight. St. Louis, New critics press, 1972, 213 p.



### **Рисковые модификации**

Движения приверженцев экстремального поведения в нашем исследовании представлены модификациями стритрейсеров и сноубордистов, которые, однако, не являются полновесными субкультурами, а представляют скорее спортивные практики, вписывающиеся в образ жизни и дополняющие другие субкультурные модификации. Например, стритрейсеры активно поддерживаются дэнс-музыкой и хип-хоп группами, которые обычно перед заездами проводят двух-трех часовые концерты. В текстах песен<sup>26</sup> нарушение правил дорожного движения оценивается как мужество, присутствует ненормативная лексика, стритрейсинг сравнивается с наркотиком, в видеоклипах соответствующих рок-групп транслируются опасные модели поведения: езда по встречной полосе, аварии.

Информацию, способствующую осуществлению модификации, размещают специальные журналы, где описываются «успехи» стритрейсеров, их победы над сотудниками ГИБДД. Здесь самоактуализация происходит в результате спортивной деятельности, выходящей за рамки безопасных норм поведения. Например, за счет нарушения правил дорожного движения в уличных гонках, которые часто оканчиваются дорожно-транспортными происшествиями. В идеологии стритрейсеров место основного «врага» занимает сотрудник органов правопорядка (ГИБДД), затем следуют члены других «кланов» и простые автомобилисты.

В модификации «сноубордисты» также нарушаются нормы безопасности, что превращает спорт в опасный аттракцион. Стимулируется потребность в самоактуализации, которая осуществляется в результате создания собственного, не похожего на другие индивидуального стиля катания (поиски его происходят с риском для жизни). Это позволит спортсмену стать участником группы ПРО (привелигированных сноубордистов). В одежде сноубордистов выражены субкультурные коды рэперов, предполагающих, что главным их недругом является скинхед. Другой недруг сноубордистов – законопос-

---

<sup>26</sup> «Возможность всегда быть первым – твое кредо...Недостаток скорости... важнее недостатка кислорода» (группа NTL, Новосибирск. “Drag racing”).

лушный лыжник, выполняющий предписанные правила безопасности. В мифологии, почерпнутой сноубордистами у рэперов, поощряется потребление наркотиков и психоактивных веществ: «Сноуборд – это прежде всего веселье». Наркотические препараты или алкоголь употребляются довольно часто, и катание может осуществляться в состоянии наркотического опьянения, что несет дополнительный риск.

### **Социальная реабилитация**

Распространение субкультур, многообразие модификаций и различная степень «зараженности» участников движений требуют внимания общества и использования действенных методов работы по оказанию им помощи. Одним из видов такой работы является социальная реабилитация. Известно, что «принцип поведенческой терапии заключается в том, что к пациенту, который прежде чувствовал себя хорошо, а в настоящее время проявляет отклонения в поведении, можно относиться как к субъекту, который «приобрел» новые модели поведения» [5, с. 5]. В модификациях поведения изменения являются результатом социального научения, и терапия (социальная реабилитация) должна быть направлена на то, чтобы «отучить» подростка, угасив приобретенные деструктивные реакции. Затруднения реабилитации связаны с обусловленностью половой стимуляцией всего комплекса модификации.

Говоря о сценариях реабилитации, следует прежде всего остановиться на методе обусловливания противоположных реакций [5, с. 81]. Чаще всего первый шаг в направлении субкультурной модификации связан со следованием субкультурной моде – с изменением внешних кодов. Перед терапевтом встает задача – изменить восприятие внешних кодов, являющихся для пациента условным половым стимулом. Необходимы условия, при которых предметы субкультурной моды будут размещены в зоне действия отрицательных стимулов. В нашей практике был случай, когда терапевт «стал носить» субкультурную атрибутику (браслет и ошейник с шипами), после чего предметы утратили сакральность и потеряли для подростка всю привлекательность (начальный этап модификации).

Однако реабилитация индивидов с ярко выраженным девиантным поведением требует более действенного лечения. Здесь возможно применение методов авersive терапии, основанных на формировании отрицательных условных рефлексов, связанных с деструктивным или преступным поведением.

Следующий этап – терапевтическая группа, работающая по заданному сценарию, где законы группы усиливают когнитивно-эмоциональное воздействие. В соответствии с законами группы поведение пациента будет конформным, что позволит закрепить новую установку. Продолжением сценария реабилитации станет работа с терапевтом по угашению системы сформировавшихся реакций с целью утверждения позитивных установок.

### Литература

1. Егер, В. Социальные изменения в социологических теориях современности / В. Егер, Х.И.Майер. – Смоленск: СмолГУ, 2007.
2. Западная социология: словарь. – М., 1992.
3. Кислицина, О.А. Основные тенденции в состоянии здоровья российских детей и подростков / О.А. Кислицина // Экономика мегаполисов и регионов. – 2009. – №4 (29).
4. Маркова, Н.Е. Новые социальные технологии в России / Н.Е. Маркова // Народонаселение. – 2006. – №3.
5. Мейер, В. Методы поведенческой терапии / В. Мейер, Э. Чесер. – СПб., 2001.
6. Смакотина, Н.Л. Основы социологии нестабильности и риска: философский, социологический и социально-психологический аспекты / Н.Л. Смакотина. – М.: КДУ, 2009.
7. Сорокин, П.А. Американская сексуальная революция / П.А. Сорокин. – М., 2006.

**М.В. Морев, В.И. Попова**

## **СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ СУБКУЛЬТУРНЫХ УСТАНОВОК СТУДЕНТОВ Г. ВОЛОГДЫ И Г. ВЛАДИВОСТОКА**

Процесс глобализации, стремительное развитие информационных технологий и кризисное состояние социальных институтов, отвечающих за социализацию подрастающего поколения, создают ситуацию, в которой отчетливо проявляется размытость статусно-ролевых установок, идейно-ценностных ориентаций и жизненных стилей молодежи. Данная проблема особенно актуальна именно для молодого поколения в силу возрастных особенностей его представителей: молодежь легко воспринимает асоциальные идеи и взгляды, склонна к крайностям, подражанию, некритическому восприятию информации и девиантному поведению. Это способствует распространению в молодежной среде субкультур и неформальных объединений негативной направленности, которые актуализируют проблемы алкоголизма, наркомании, девиантного и суицидального поведения, экстремистской идеологии и криминализации общества.

В связи с усилением внимания к проблеме молодежных субкультур в научных и управленческих кругах научным коллективом ИСЭРТ РАН в апреле – мае 2010 г. было проведено пилотное исследование, направленное на выявление субкультурных предпочтений молодежи на территории г. Вологды. Выборку анкетного опроса составили 498 человек в возрасте от 15 до 21 года (*табл. 1*). Исследованием были охвачены учреждения всех уровней образования (высшие, средние специальные, начальные профессиональные, общеобразовательные учебные заведения – всего 22 учреждения образования), что позволило выявить неформальные объединения, содержащие наибольшее число участников, полностью разделяющих субкультурные традиции, правила поведения, ценности и т.д. или, другими словами, субкультуры, которые имеют наибольшее влияние на участвующих в них представителей молодежи.

Таблица 1. Характеристика выборки исследования

Тип учебного заведения	Количество учреждений		Количество обучающихся детей	
	единиц	в % от общего числа учреждений	человек	в % от общего числа учащихся
Высшие учебные заведения	4	18,2	143	28,7
Средние специальные учебные заведения	6	27,3	136	27,3
Начальные профессиональные учебные заведения	4	18,2	75	15,1
Общеобразовательные учебные заведения	8	36,3	144	28,9
Итого	22	100	498	100

Идея исследования субкультурных установок среди молодежи г. Вологды возникла под влиянием усиления в научном сообществе интереса к проблеме молодежных субкультур. В частности, в 2009 г. группой ученых Института социально-экономических проблем народонаселения РАН под руководством Н.М. Римашевской, в рамках гранта РГНФ «Социальная реабилитация лиц с девиантными модификациями поведения», было проведено исследование среди студентов Дальневосточного государственного технического университета – ДГТУ (г. Владивосток)<sup>1</sup>.

Сравнительный анализ результатов нашего исследования с данными, полученными научным коллективом ИСЭПН РАН, показал, что увлеченность вологодских студентов субкультурными движениями выше, чем в г. Владивостоке (рис. 1). Среди вологодских студентов больше доли тех, кто полностью вовлечен в субкультуру (18% против 11%), и тех, кто знаком с людьми, являющимися участниками субкультур (27% против 9%). Около 30% учащихся вузов следуют субкультурной моде поверхностно, не вникая в идеологию.

В проведенном исследовании 11% опрошенных целиком и полностью воспринимали внешние атрибуты субкультурного движения (одежду, прическу, татуировки, украшения) и следовали субкультур-

<sup>1</sup> Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л. Типология модификаций девиантного поведения в молодежных субкультурах // Народонаселение. – 2010. – № 1. – С. 85.



Рис. 1. Характеристика распространения субкультур среди студентов г. Вологды и г. Владивостока (в % от числа опрошенных)

Источники: Исследование субкультурных установок молодежи г. Вологды (ИСЭРТ РАН); Исследование в рамках гранта «Социальная реабилитация лиц с девиантными модификациями поведения» (ИСЭПН РАН).

ным ритуалам и правилам. Чаще всего молодые люди отмечали свою принадлежность к субкультурам панков (21%), эмо (15%), готов (14%) и альтернативщиков (13%; табл. 2). Однако при ближайшем рассмотрении становится понятно, что наиболее распространенными

Таблица 2. Характеристика субкультур, наиболее распространенных на территории г. Вологды (в % от числа опрошенных)

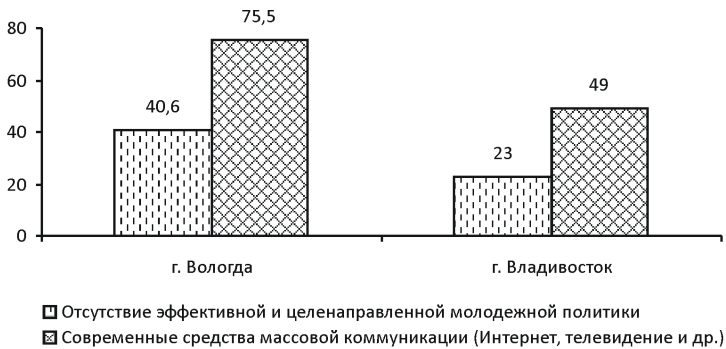
Наиболее распространенные субкультуры	В % от числа тех, кто участвует в субкультурах или имеет друзей, участвующих в субкультурах	Доля полностью принимающих субкультурные правила среди тех, кто участвует в субкультурах или имеет участвующих друзей
Скинхеды	2,3	60,0
Готы	13,6	46,7
Ролевики	3,2	42,9
Эмо	14,5	40,6
Панки	20,9	26,1
Альтернативщики	12,7	25,0
Рэперы	8,2	16,7
Анимэ	3,6	12,5

Источник: Исследование субкультурных установок молодежи г. Вологды (ИСЭРТ РАН). Ранжировано по уровню представительства людей, полностью принимающих субкультурные правила.

субкультурами в городе являются скинхеды (60%), готы (47%), ролевики (43%) и эмо (41%), поскольку участники этих субкультур увлечены не только их внешней атрибутикой или музыкой, а полностью разделяют их идеологию, стиль жизни и формы поведения.

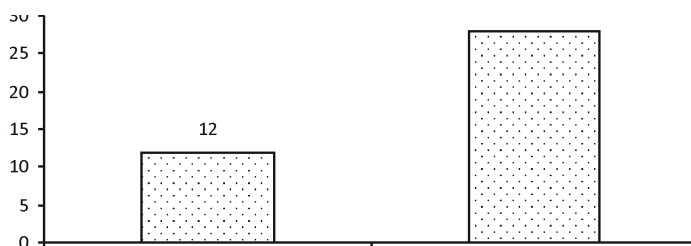
По мнению студентов вузов, наиболее весомым фактором распространения субкультур являются средства массовой информации. Доля разделяющих это мнение в два раза превышает удельный вес тех, кто основную причину развития субкультур видит в отсутствии целенаправленной молодежной политики (рис. 2). Следует отметить, что аналогичные данные были получены и в исследовании, проведенном в г. Владивостоке.

Проведенный опрос показал в целом нейтральное или положительное отношение к субкультурам (52 и 27% соответственно) молодых людей. Следует отметить, что доля молодежи, для которой важно состоять в субкультуре, чтобы быть в кругу единомышленников, в 2 раза превосходит удельный вес тех, кто относится к ней негативно и соотносит ее с сектой (14%).



**Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, способствует развитию молодежных субкультур?»**  
(в % от числа опрошенных студентов)

Источники: Исследование субкультурных установок молодежи г. Вологды (ИСЭРТ РАН); Исследование в рамках гранта «Социальная реабилитация лиц с девиантными модификациями поведения» (ИСЭПН РАН).



**Рис. 3. Доля студентов вузов, считающих, что молодежные субкультуры в России лишены национальных корней и являются продуктом внешнего заимствования, простой калькой западных молодежных субкультур (в % от числа опрошенных)**

В то же время 28% вологодских студентов считают, что молодежные субкультуры в России лишены национальных корней, являясь простой калькой западных молодежных субкультур (рис. 3). Сравнительный анализ с результатами исследования, проведенного в ДГТУ, показал, что доля разделяющих это мнение в 2 раза больше в г. Вологде, чем в г. Владивостоке.

Таким образом, данные проведенного исследования свидетельствуют о том, что на территории г. Вологды актуальна проблема распространения субкультур в молодежной среде. Около 18% вологодских студентов полностью принимают мировоззренческие ориентиры и стили поведения, навязанные им неформальными объединениями, среди которых широко распространены такие, как готическая субкультура, эмо, скинхеды. Сильное воздействие на этот процесс оказывают средства массовой информации, обладающие широкими возможностями влияния на общественное сознание в отсутствие целенаправленной молодежной политики.

В целом широкое распространение субкультурных объединений в молодежной среде является следствием и индикатором неустойчивости моральных принципов и духовных идеалов, кризиса традиционных институтов социализации, прежде всего семьи и религии. В связи с этим решение данной проблемы лежит в области не только предупреждения негативного влияния субкультур, но и повышения статуса традиционных социальных институтов.



## СЕМЬЯ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ЦЕННОСТЬ

Общетеоретический характер положений, представленных в статье, служит лучшему пониманию конкретных процессов формирования семейных структур в обществе и связанных с ними проблем.

Исследования призваны выявлять причинно-следственную связь, однако в силу своей специфики не могут выходить за рамки причины. Мы можем наблюдать это в сфере механики и неживой материи. В жизни этот принцип приобретает другие свойства, основным регулятором развития становится комплиментарность<sup>1</sup>.

### **Ценности как сущность развития человека и социальной экзистенции**

Возникают вопросы: чем же является семья и чем являются ценности, если им приписывается ранг «сущности развития»? Семья несет высокую степень организации и сплоченности. И этот факт имеет как природное, так и социальное значение. Ценности служат человеку в процессах развития и психического формирования мерой внутренней удовлетворенности, являются тем, к чему стоит стремиться.

Они составляют богатство культуры, социальной жизни и духовного мира человека. Важно также обратить внимание на особое значение семьи в обеспечении функции поддержания жизнедеятельности.

### **Черты зрелости семейной жизни**

Они состоят как из внутренней системы, так и из структуры связей с окружающим миром. И то, и другое развивается в течение всего времени существования социальной жизни семьи, хотя социум не является основной причиной их появления.

В процессе общей жизни растут и формируются чувства ответственности, любви и единственной в своем роде близости. Эти сторо-

---

<sup>1</sup> *Комплиментарность* — от лат «complimentare» — взаимодополнять, взаимодополняемость.

ны человеческой жизни создают отношения взаимопонимания, которые поддерживаются в кругу близкой и натуральной общности.

Семья как сплоченная социальная среда становится колыбелью, пестующей духовный мир человека. В этом творческом акте проявляется структура внутренней жизни семьи, а также ее связи с внешним миром. Эта специфика отражена в схемах 1А; 1В; 1С (рис. 1).

С точки зрения экзистенциально-гуманитарного варианта психологии связи, которые формируются в семье и школе, а также их характерное содержание бытия и становления можно представить в виде нескольких схем.

Схема 1А иллюстрирует богатство отношений принадлежности «Я – Ты» (Бубер, 1992; Франкл, 1978), а также принципиальное значение психо- и социотворческого участия детей, показывая необходимость их явного присутствия и близости, благодаря чему эту систему можно обозначить понятием «Мы». L. Binswanger определил общность понятием [wirheit].

Схема 1В показывает глубокие отношения, связанные с выбором высших ценностей. Ее выражает формула «Я – Ты – Мы»

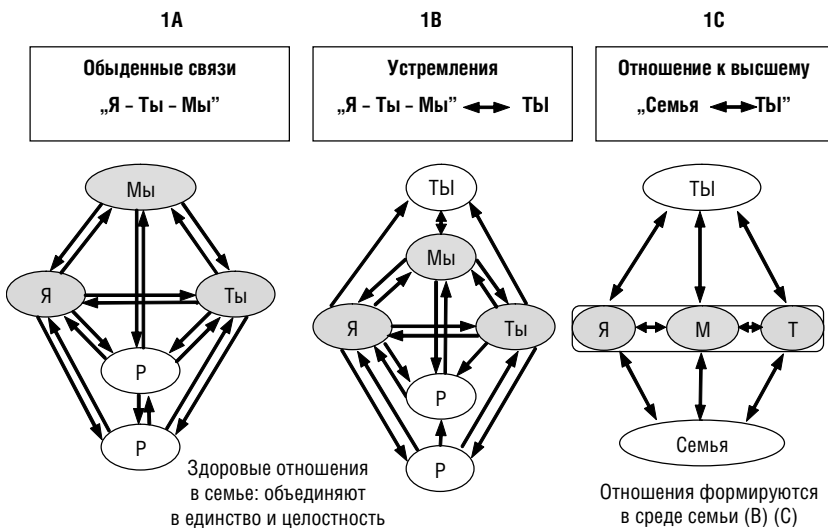


Рис. 1. Отношения «Я – Ты – Мы»

и отношения «Я – ТЫ», где «ТЫ» определяет существование абсолюта. С точки зрения теории ноотерапии (Франкл, Попельский) целостность абсолюта определяет отношение индивида к самому себе.

*Схема 1С* дополняет две предыдущие и обозначает семейную структуру как общность и ее отношение к «ТЫ». Целостность «Мы» подтверждает, выражает и обещает любовь и встречу с «ТЫ» (абсолютом) (К. Попельский, 2008).

### *Я – другие*

Реализация устремлений происходит в процессе отношений «Я – другие». Эти отношения проходят в ситуации совместного бытия (жизнедеятельности) с другими. Они не могут снова перейти в бытие «для себя». Встреча двух индивидов всегда осуществляется «для чего-то», что является порождением потребностей, возникающих внутри семьи. Перечислим эти потребности:

- близость;
- интимность;
- взаимоотношения;
- обязанности;
- устремления;
- ответственность.

Шесть этих перечисленных свойств формируют зрелую любовь в семье. Они возникают потому, что любовь является не только чувством или эмоцией, хотя без нее нельзя говорить о полноценной жизни людей. Любовь является высшей степенью самоотдачи и даром отношений, устремлений, желаний.

Это состояние присутствия и соучастия в реализации конечных наивысших и необходимых ценностей. Если говорить о генезисе этих потребностей, то они являются проявлением спонтанности экзистенции: от биологических потребностей организма через психическое участие в жизни до ноэтического выбора отношений, связей и устремлений. Каждая из этих категорий жизни укоренена в специфическом для нее измерении экзистенции, но принадлежит одному и тому же индивиду. Изоляция ее от основной среды может стать не дополнительной жизненной силой, но опасностью для жизни (Попельский, 2008).

Кратко опишем специфику рассмотренных свойств семейной общности.

1. *Потребность в близости.* Человеческие потребности одинаковы во всех группах, где происходит сближение людей. Семья — одна из необходимых общностей, связанных с развитием человека. Близость сзывает, соединяет людей во всех измерениях: физическом, психическом и духовном. Эта потребность не всегда воспринимается и идентифицируется на сознательном уровне, хотя и содержит такие важные жизненные силы, как чувства любви, дружбы, приязни, доверия, надежности, общности развития, зрелости и т.п.

Супружеская близость не появляется автоматически. Супруги должны ее открывать, развивать, сохранять. Этот процесс подавляет возможные корыстные чувства к другому человеку — без любви, фасцинации, самоотдачи.

2. *Потребность в связях.* Связи проявляются в генетических кровных узлах. Опору им дает общая судьба, позитивные и негативные совместно пережитые ситуации, общий язык, а также культурное наследие, традиции, социальные, семейные, народные, общечеловеческие, религиозные и т.п.

3. *Отношения.* Они принадлежат к естественным потребностям и сфере экзистенции. Их можно разделить на интровертные и экстравертные. Они исходят из глубоких первичных свойств бытия и становления человека. Их наиболее характерное проявление — наши внутренние идеалы. Следы основы этого научного утверждения можно найти в «Житии Св. Августина», у философов диалогического «Я» (Херманс, 1998) или «Я глубокого» (Попельский, 2008). Следует обратить внимание на то, что в философии и религии Средней Азии эти отношения заключены в сильной концентрации «Я» (Selfiem, Self, Sem. Vitz, 2002). Быть может, это затрудняет межкультурный диалог. «Я» открытое нуждается в другом — «Ты». В противном случае оно не развивается, а замыкается в самом себе.

4. *Обязанности.* Все вышесказанное дает опору внутренним устремлениям. Индивидуум развивает свои внутренние диспозиции, которые можно определить двумя понятиями: «к себе» и «к другим». Важно то, что эти диспозиции не являются приукрашением жизни,

но проявляются в глубоком замысле и осмысленном выборе. Они принадлежат к творческой жизни двоих в семье. Психология и духовная жизнь двух зрелых людей сама требует естественных структур совместной жизни. Они должны быть воспринимаемы обоими супругами, чтобы не быть чужеродным и тягостным мучением супружеской жизни.

5. *Устремления.* Устремления связаны с определением человеком целей, как больших, генеральных, так и небольших (одиноких). В этом смысле о них можно говорить как об индивидуальных целях семьи, так и общесоциальных, народных и т.п.

В процессе жизни цели индивидуальные и социальные реализуются параллельно. Опасностью может стать попытка реализации нереальных планов и осуществления родительской мечты по отношению к своим детям.

6. *Ответственность.* Эта черта, которая характеризует свободного человека, имеющего чувство собственного достоинства. Для нее трудно найти точные критерии: за что ответственны, перед чем (кем) и для чего (кого). Эту ситуацию иллюстрирует *рис. 2.*

Специфика ответственности принадлежит только экзистенции индивидуума. Она развивается в ситуации реализации определенных ценностей, которые наполняют качественным содержанием его жизнь. В процессе развития и психической деятельности индивид вырабатывает стандарты жизни в кругу своих обязанностей и забот.

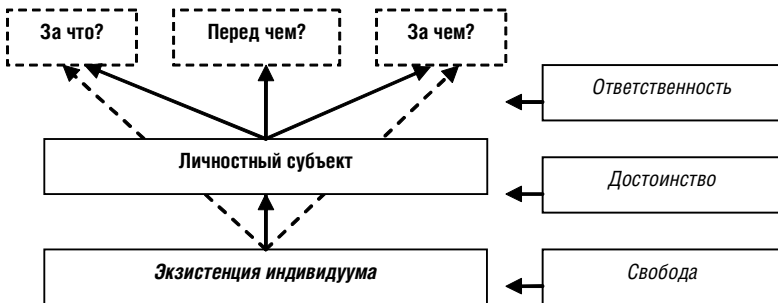


Рис. 2. Ответственность

### **Экзистенциальные проблемы семьи**

Теперь мы рассмотрим задачи и проблемы семьи в форме тезисов. Семья как общность индивидов функционирует в социальном, культурном, экономическом, политическом пространствах. Она характеризуется специфическими свойствами, чертами, функциями, задачами, а также характером грозящих ей опасностей. Можно определить две ее социально важные категории: а) естественные функции семьи; в) значение и задачи семьи как места проявления смысла.

#### *1. Естественные функции семьи.*

Семья является:

- естественной, социально сплоченной группой индивидов;
- редой, где можно обрести чувство безопасности;
- определяет, подчеркивает и развивает межличностные природные связи;
- исходной, первой и основной средой бытия и становления человека;
- местом обучения социально-культурным отношениям;
- средой, где получают представление о норме, традициях, культуре, морали;
- местом формирования ценностей;
- дает примеры жизненных целей и aspirations;
- источником культуры и продолжателем традиций;
- местом памяти.

#### *2. Значение и задачи семьи как места проявления смысла:*

- надвременной характер семьи;
- многопоколенность семьи;
- семья как система отношений;
- семья как среда воспитания и социализации;
- место приобщения к религии;
- место рождения и развития детей;
- активной социальной жизни.

В ситуации социальной трансформации:

- служит стабилизации социальной жизни;
- укрепляет социальные связи;

- поддерживает и формирует стиль жизни членов семьи;
- дает чувство принадлежности;
- охраняет от деструкций;
- сохраняет здоровый стиль жизни;
- развивает и обеспечивает глубокие потребности экзистенции.

Говоря об опасностях и возможных нарушениях поведения семьи, мы можем привести два рода примеров:

1. *Опасности для семьи:*

- неполная семья;
- экономическое подавление семьи;
- разрушения, связанные с недостаточным государственным сотрудничеством с семьей;
- безразличие к ценностям;
- пропаганда нравственности без нравственных принципов;
- абсолютизация деспотических или либеральных решений и примеров поведения в семье;
- одностороннее отношение к семье;
- давление субкультурных и медиальных моделей;
- биологизация, социологизация и психологизация семьи;
- генетические манипуляции;
- снижение родительского авторитета;
- недостаточная стабильность;
- боязнь за будущее семьи;
- недостаточная охрана семьи.

2. *Некоторые причины разрушения семьи:*

- разбитая семья;
- размывание иерархии ценностей;
- кризисы и стрессы в семье;
- негативная модификация родительских задач и социальных ролей;
- социальные, культурные и экономические «метаморфозы»;
- чрезмерная родительская опека, связанная с неподготовленностью к родительству;
- дисфункциональность первичной социальной или культурной среды.

Проблемы, мешающие развитию семьи:

- безработица;
- алкоголизм и наркомания;
- бездомность;
- игромания;
- социально-культурный кризис;
- глобальные катастрофы.

Описанные здесь значение семьи и опасности, угрожающие ее стабильности, могут подвергаться флуктуации и модификации в процессе культурной и социальной жизни. Основная роль семьи остается прежней и неизменно возрождается вновь, так как служит развитию человека и удовлетворенности индивидов, из которых она состоит.

### Литература

1. Braun-Galkowska, M. Patologia i terapia postaw rodzinnych / M. Braun-Galkowska. — W: Babska W.
2. Biela, A. Wykłady z psychologii w KUL w r.a.s.343-361 / A. Biela, T. Witkowski (red.). — Lublin: Wyd. RW KUL, 1984/85.
3. Brzezinska, A. Społeczna psychologia rozwoju / A. Brzezinska. — Warszawa: Wyd. Scholar, 2000.
4. Buber, M. Ja i ty. Wybor pism filozoficznych / M. Buber. — Warszawa: Wyd. Pax, 1992.
5. Dabrowski, K. Psychoterapia przez rozwój / K. Dabrowski. — Warszawa: Polskie Towarzystwo Higieny Psychiczej, 1979.
6. Dudzikowa, M. Wychowanie. Pojecia, procesy, konteksty / M. Dudzikowa, M. Czerepaniak-Walczak (red.). — Gdansk: Wyd. GWP. — T.1. — 2008.
7. Frankl, V.E. Bog nieuswiadomiony / V.E. Frankl. — Warszawa: Wyd. Pax, 1978.
8. Frankl, V.E. Homo patiens / V.E. Frankl. — Warszawa: Wyd. Pax, 1978.
9. Fromm, E. Rewolucja nadziei / E. Fromm. — Poznan: Wyd. Rebis, 2000.
10. Grzegorzcyk, A. Psychiczna osobliwosc czlowieka / A. Grzegorzcyk. — Warszawa: Wyd. Scholar, 2003.
11. Hermans, H. Meaning as an organized process of valuation: a self-confrontational approach. W: Wong P., Fry P. (red.). The human quest for meaning. A. Handbook of psychological research and clinical applications Mahwah. — New Jersey London: Lawrence Erlbaum Associates, 1998.



12. Kowalczyk, St. Człowiek w poszukiwaniu wartości. Elementy aksjologii personalistycznej / St. Kowalczyk. – Lublin: Wyd. KUL, 2006.
13. Lukas, E. Sinn in der Familie / E. Lukas. – Herder, Freiburg, Basel, Wien, 1995.
14. Marcel, G. Być i mieć / G. Marcel. – Warszawa: Wyd. Pax, 1992.
15. May, R. Psychologia i dylemat ludzki / R. May. – Warszawa: Wyd. Pax, 1973.
16. Nanistova, E. Dimenzionalita domova a jeho psychologické atributy / E. Nanistova. – W: 2007.
17. Klčovanská, E. Psychologia pre život / E. Klčovanská, E. Nanistova (red.). – TYPI UT Trnava, 1997. – S. 227-231.
18. Obuchowski, K. Psychologia dążeń ludzkich / K. Obuchowski. – Warszawa: Wyd. PWN, 1983.
19. Popielski, K. Człowiek – pytanie otwarte / K. Popielski. – Lublin: RW KUL, 1987.
20. Popielski, K. Noetyczny wymiar osobowości / K. Popielski // RW KUL. – Lublin, 1994.
21. Popielski, K. Człowiek – wartości – sens / K. Popielski. – Lublin: RW KUL, 1997.
22. Popielski, K. Rodzina jako locus sensu / K. Popielski / W: Mering W. (red.). – Studia, 2002.
23. Pelplinskie. Tom XXXIII. Wyd. Bernardinum. Pelplin, 1998. – S. 511-523.
24. Popielski K. Rodzina i szkoła jako środowisko kreowania sensu egzystencjalnego W: T. Sakowicz, A. Kieszowska (red.). Miejsce rodziny i szkoły w profilaktyce uzależnień. Wyd. Jedność. Kielce, 2003. – S. 149-161.
25. Popielski, K. Poczucie sensu życia jako doświadczenie egzystencjalnie znaczące i potrzeba rozwojowa. W: M. Dudzikowa, M. Czerepaniak-Walczak (red.), Wychowanie. Pojęcia, procesy, konteksty. Gdansk: GWP, 2007. – S. 19-51,
26. Popielski. Noetyczne jakości życia i ich znaczenie w procesie „bycia i stawania się” egzystencji. W: Chowanna. Tom 1 (30). Wyd. US. Katowice, 2008. – S. 9-25.
27. Popielski, K. Psychologia egzystencji: wartości w życiu / K. Popielski. – Lublin: Wyd. KUL, 2007.
28. Psychologia egzystencji: wartości dla życia / K. Popielski (red.). – Lublin: Wyd. KUL, 2008.
29. Satir, V. Rodzina. Tu powstaje człowiek / V. Satir. – Gdansk: Wyd. GWP, 2000.
30. Szerlag, A. Edukacja ku wartościom / A. Szerlag. – Krakow: Wyd. Impuls, 2004.
31. Vitz, P.C. Psychologia jako religia / P.C. Vitz. – Warszawa: Wyd. Logos, 2002.

## МЕСТО И ЗНАЧЕНИЕ СЕМЬИ В ИЕРАРХИИ ЦЕННОСТЕЙ (исследование польских и литовских студентов)

Ценности — это неотъемлемая часть смысла жизни. Они являются «точкой, определяющей направление жизни человека» (К. Попельский, 1994, с. 146). В понимании лого-<sup>1</sup> и нооотеретическом<sup>2</sup> ценность — это то, «что притягивает личность, обогащает ее, направляет и создает мир бытия во всех его измерениях, проявлениях и устремлениях» (К. Попельский, 1994, с. 147). Ценности действуют не по фрейдовскому принципу влечения, но мотивируют и активизируют индивида, позволяют испытать чувство самоактуализации. Они становятся подлинной основой устремлений, выбора, целей и отношения к жизни. Человек способен жить в соответствии с ценностями, а в вынужденной ситуации даже умереть за них. Ценности позволяют испытать экзистенциальную реализацию и обрести смысл (Франкл, 1984). Ценности абсолютно реальны и обладают свойствами духовно-чувственного характера. В жизни человека они выполняют следующие функции:

1. Представляют актуальный смысл для человека, если он ими живет.
2. Заставляют претворять их в жизнь.
3. Обязывают к определенному поведению.
4. Становятся частью жизни человека.
5. Являются способом познания себя, других людей и реальности.
6. Составляют неотъемлемую основу смысла жизни.

Ценности связаны с жизнью конкретного индивида и воплощаются в ее процессе. Они требуют свободы выбора, ответственности,

---

<sup>1</sup> *Логотеретический* — от лат. *logos* — слово, смысл. Автор теории логотерапии В.Э. Франкл — известный австрийский психиатр и психотерапевт (III Венская школа). Теоретическое обоснование логотерапии направлено на выявление смысла жизни конкретного человека [Frankl V.E. *Homo patiens*. — Warszawa: Wyd. Pax, 1984.].

<sup>2</sup> *Нооотеретический* — от греч. *nous* — ум, дух, разум. Ответвление логотерапии в польской психологии (К. Попельский, 1994). Эмпирически апробированная психотерапевтическая методика на основе логотерапии В. Франкла [Popielski K. *Noetyczny wymiar osobowosci*. Wyd. RW KUL. — Lublin (1993/I, 1994/II.)].

участия и решений, соответствующих свойствам личностной экзистенции (Попельский, 2008). Ценности определяют творческий способ переживания трудной жизненной ситуации. Обретение ценностей через страдание может быть важным источником духовного обогащения личности. Реализация ценностей «во имя кого» или «во имя чего» определяет чувство себя самого и своей экзистенции<sup>3</sup>, дает необходимую жизненную силу (Франкл, 1984; Попельский, 2008; Сухоцка, 2007).

Система ценностей выполняет несколько важных функций в процессе интеграции, является мерой качества жизни человека и его зрелости. На это направлена вся личностная активность.

### **Проблематика исследования**

Проблема выбора и личностного переживания ценностей современной молодежью вызывает интерес многих ученых. Данная работа посвящена сравнению ценностей респондентов из двух стран. Главная цель включала поиск характера переживания и выбор главных ценностей опрашиваемых. Исследования проводились в 2008 году в университетах Литвы (г. Вильнюс) и Польши (г. Люблин).

### **Гипотезы**

1. Молодежь выбирает, понимает и переживает ценности в тройном измерении: материальном, психическом и духовном.
2. Характерный выбор и переживание ценностей отличается в исследуемых группах.

### **Методы исследования**

В исследованиях применялись:

А. *Шкала выбора ценностей – ШВЦ* (К. Попельский, 1994), определяющая иерархию ценностей, опыт, формы их переживания и реализации в жизни конкретной личности на основе денотатических<sup>4</sup> значений и конотатического<sup>5</sup> выбора.

---

<sup>3</sup> *Экзистенция* – от лат. *existentia* – существование; осмысление своего бытия, направленное на понимание сути жизни: 1) бытие, существование, становление; 2) развитие отношений с миром; 3) самореализация, самоактуализация, развитие в определенной среде и культуре. Экзистенция объясняет развитие и становление духовного и психического мира личности [Słownik Filozofii. – Krakow, 2004.]

<sup>4</sup> *Денотатический* – от лат. *denoto* – означать, определять [Słownik Filozofii. – Krakow, 2004.].

<sup>5</sup> *Конотатический* – от лат. *con* – вместе, *notatio* – значение – интерпретация значения, связанная с эмоциональными отношениями человека [Słownik Filozofii. – Krakow, 2004.].

Б. *Выбор основных ценностей – ВОЦ* (Л. Сухоцка, К. Попельский, 2008). Методика позволяет расширить применение ШВЦ для определения основных в человеческой жизни экзистенциальных ценностей. Основная ценность, а также способ ее понимания, исходящий из опыта индивида, определяет, каково направление выбора и понимание ценности (позитивное или деструктивное) у данной группы молодежи.

### Характеристика группы

Исследования проводились в группах из Литвы и Польши. В польской группе приняло участие 83 человека – 63 женщины и 20 мужчин. В литовской – 84 человека – 55 женщин и 29 мужчин (*табл. 1*).

Таблица 1. Гендерная характеристика участников исследования

Группа	Женщины	Мужчины	Вместе
<b>Польша</b>	63	20	83
%	75,90	24,10	
<b>Литва</b>	55	29	84
%	65,48	34,52	
Вместе	118	49	167

	$\chi^2$	df	p
$\chi^2$ Pearsona	2,19	df=1	p=,139
$\chi^2$ NW	2,20	df=1	p=,138

В исследовании, проведенном в Польше, представлены следующие возрастные группы: 21 – 30 лет (66 человек); 31 – 40 (11 человек); 18 – 20 (6 человек) (*табл. 2*). В исследовании, проведенном в Литве, – возрастные группы 18 – 20 лет (73 человек); 21 – 30 лет (11 человек).

Таблица 2. Возрастная характеристика участников исследования

Группа	18 – 20 лет	21 – 30 лет	31 – 40 лет	Вместе
<b>Польша</b>	6	66	11	83
%	7,23	79,52	13,25	
<b>Литва</b>	73	11	0	84
%	86,90	13,10	0	
Вместе	79	77	11	167

	$\chi^2$	df	p
$\chi^2$ Pearsona	107,11	df=3	p=,000***
$\chi^2$ NW	125,88	df=3	p=,000***

\*  $p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

### Результаты исследования

На основании результатов, полученных при помощи шкалы выбора ценностей, мы можем увидеть различие в группах на существенном статистическом уровне, касающемся выбора ценностей *материально-физических (М/Ф)* и *ноэтического (Н)* уровня (табл. 3; рис. 1). Литовская молодежь больше концентрируется на выборе ценностей материального характера и меньше – духовного. В выборе ценностей психического измерения не было существенных статистических отличий. Этот выбор был доминирующим.

В своих работах К. Попельский (1994, 2008) обращает внимание на систему иерархии ценностей, полученную в исследованиях и указывающую на здоровое психическое развитие молодых людей. Исследуемые набираются опыта в «познавательном важном»

Таблица 3. Сопоставление результатов групп из Польши (N=83) и Литвы (N=84) в ШВЦ

	Польша		Литва		Test t-Studenta		
	M	Sd	M	Sd	t	df	p
М/Ф – материально-физические ценности	1,78	1,04	2,14	1,28	-1,99	165	0,048*
П – психические ценности	2,76	0,77	2,75	1,02	0,06	165	0,949
Н – ноэтические (духовные) ценности	2,43	1,10	2,10	1,09	2,00	165	0,047*

$p \leq 0,05$ ; \*\*  $p \leq 0,01$ ; \*\*\*  $p \leq 0,001$

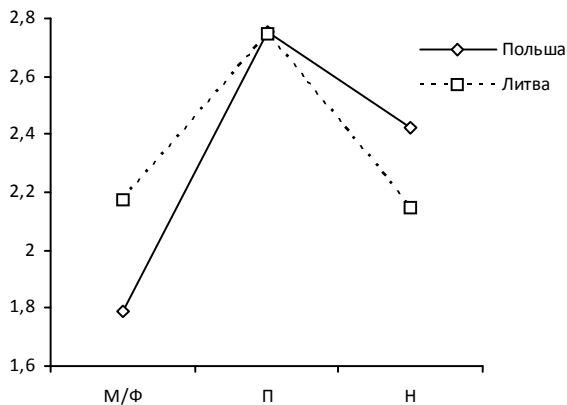


Рис. 1. Сопоставление результатов по отношению к полу в ШВЦ

(психические ценности – П), ориентируются на главное в жизни (экзистенциально-направляющие ноетические ценности – Н), а также замечают и пользуются «фундаментальным и реальным» (материально-физические ценности – М/Ф) (рис. 2).

На первое место в иерархии ценностей молодежь поставила экзистенциально важную, так называемую «триаду ценностей» (К. Попельский, 2008): *любовь* – 25 респондентов; *семья* – 17 респондентов; *здоровье* – 13 респондентов. Анализ степени понимания выбранных ценностей показывает, что *любовь* 5 человек понимают как духовную (ноетическую) ценность, 20 человек – как психическую ценность и ни один из респондентов не воспринимает ее материально. *Семья* как духовная (ноетическая) ценность воспринимается двумя респондентами; 15 человек понимает ее как психическую ценность, и никто из респондентов не воспринимает ее материально.

*Здоровье* как духовную ценность воспринимают 4 респондента; 8 человек понимают эту ценность как психическую и 1 человек – как материальную. Подробный анализ конотатического понимания ценностей показывает, что основные ценности триады респонденты относят к сфере психическо-ноетической. Такое понимание крайне важно для правильного развития молодых людей.

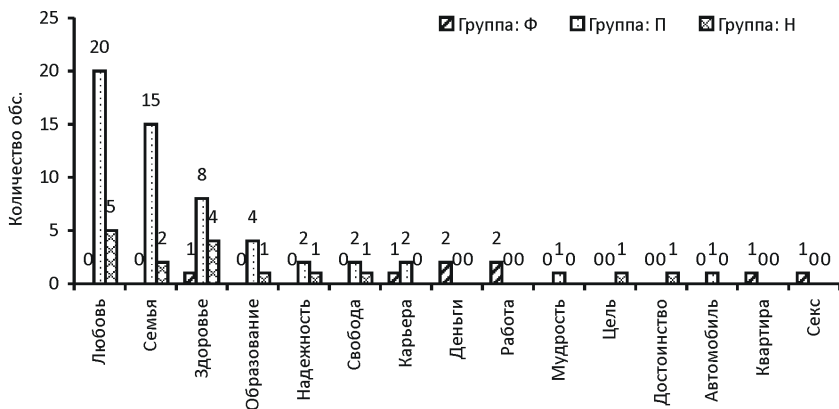


Рис. 2. Ценности, занявшие 1-е место в иерархии ценностей, и степень их понимания

Рисунок 3 показывает результаты выбора в усложненной ситуации, когда респондентам предлагают выделить из одинаково значимых ценностей самые главные.

Результаты исследования показывают, что основные ценности остаются прежними («триада ценностей»: *любовь* – 23 респондента; *семья* – 19 респондентов; *здоровье* – 14 респондентов). Незначительные различия связаны с индивидуальными характеристиками респондентов (рис. 4).

Выбор ценностей из «триады ценностей» *любовь, здоровье, семья* в группах очень похож, как и выбор таких ценностей, как *любовь, достоинство, надежда* и *жилье*.

В группе из Литвы в дополнение к указанным ценностям выбраны были следующие: *ответственность, достижения, жизненная позиция, свобода, карьера, автомобиль*.

В таблицах 4, 5 и 6 представлен подробный конотатический анализ ассоциаций, связанных у респондентов с ценностью «семья».

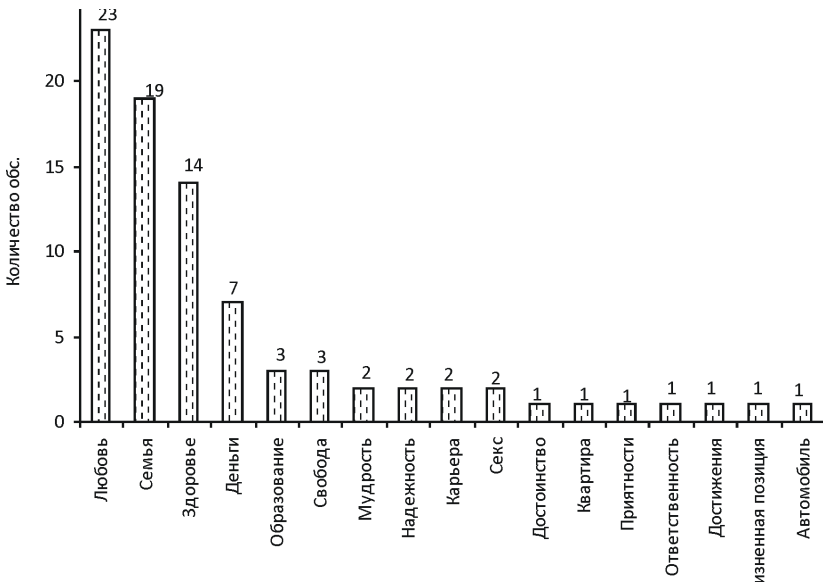


Рис. 3. Частота выбора главных ценностей из наиболее значимых

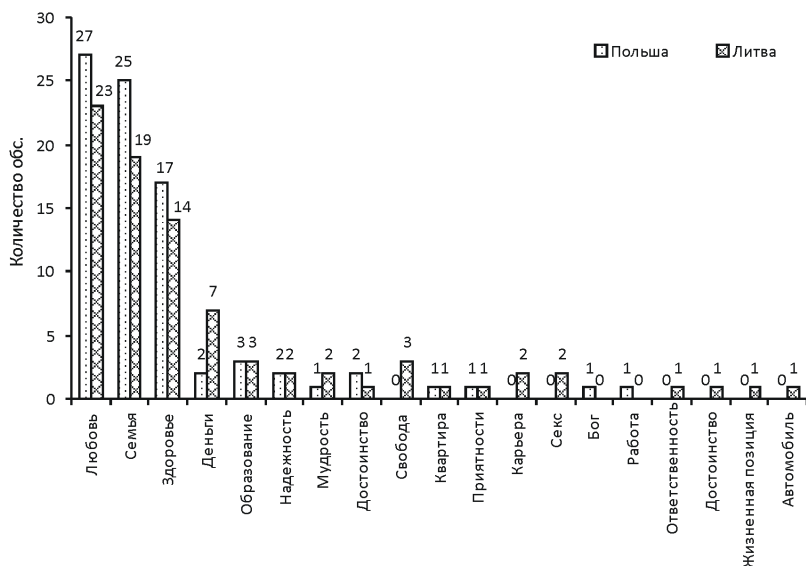


Рис. 4. Сравнение результатов выбора респондентов из Литвы и Польши

Понятие «семья» ассоциируется с чувствами «любовь» (6 респондентов); «тепло и спокойствие» (5 респондентов), «понимание и ответственность» (3 респондента), а также «будущее и радость» (3 респондента).

Понятие «семья» респонденты ассоциируют с такими близкими людьми, как «мама, отец, братья и сестры» (13 респондентов); «общность» (3 респондента); «близкие люди» (12 респондентов), а также «друзья».

Таблица 4. Чувства, с которыми респонденты ассоциируют понятие «семья»

Категория ассоциаций	Ассоциация ценностей	Кол-во	М	Ж
Чувства	Теплота	5	2	3
	Любовь	6	2	4
	Понимание	3	0	3
	Спокойствие	5	1	4
	Ответственность	3	3	0
	Радость	1	0	1
	Будущее	2	0	2
Вместе		25	8	17



Таблица 5. **Близкие люди, с которыми респонденты ассоциируют понятие «семья»**

Категория ассоциаций	Ассоциация ценностей	Кол-во	М	Ж
Близкие люди	Мама, отец, дети, братья и сестры	13	1	12
	Близкие люди	2	0	2
	Общность	4	2	2
	Сильная поддержка	2	2	0
	Подружка	2	2	0
Вместе		25	7	14

Таблица 6. **Ассоциации в категории «выгода» и «чувство безопасности»**

Категория ассоциаций	Ассоциация ценностей	Кол-во	М	Ж
Выгода	Приятная жизнь	2	2	0
	Стиль жизни	1	0	1
Чувство безопасности	Дом	2	1	1
	Оплот	2	1	1
	Прочность	1	0	1
	Не представляю жизни без семьи	1	0	1

Чувство уюта и безопасности, связанное с ценностью «семья», у опрошенных ассоциируется с понятием «приятная жизнь» (2 респондента); упоминается также о «доме», «оплоте», «прочности».

Исследование позволяет сделать следующие выводы: более всего понятие «семья» связано у респондентов с чувствами. Это и ожидалось исследователями, так как *любовь – семья – здоровье* («триада ценностей») всегда относятся к сильным и важным чувствам в жизни человека, в особенности молодого.

Полученные результаты позволяют сказать, что первоначальные гипотезы подтвердились. Эмпирические материалы дают более глубокое понимание выбора в иерархии ценностей. Все процессы, происходящие в жизни человека и связанные с областью ценностей, указывают направление развития и реализации зрелой личности.

## Литература

1. Frankl, V.E. Homo patiens / V.E. Frankl. – Warszawa: Wyd. Pax, 1984.
2. Grzywak-Kaczynska, M. Trud rozwoju / M. Grzywak-Kaczynska. – Warszawa: Instytut Wydawniczy Pax, 1984.

3. Kaja, B. Problemy psychologii wychowania. Teoria i praktyka / B. Kaja. – Bydgoszcz: Akademia Bydgoska, 2001.
4. Klčovanska, E. Hodnoty a ich význam v psychologii / E. Klčovanska. – Wyd. TU. Trnava, 2005.
5. Michalowski, S. Pedagogia wartości / S. Michalowski. – Wyd. Debit. Bielsko-Biała, 1993.
6. Popielski, K. Noetyczny wymiar osobowości / K. Popielski. – Lublin: Wyd. RW KUL, 1993/I, 1994/II.
7. Popielski. Emocje i uczucia w strukturze osobowości, w: W. Szewczyk (red.), Emocje i uczucia, Tarnów, 1997. – S. 11-22.
8. Popielski. Rozwój i destrukcja poczucia sensu życia: interpretacja nooteoretyczna, w: P.Oles (red.), Wybrane zagadnienia z psychologii osobowości, Lublin: TN KUL, 1997. – S. 57-68.
9. Popielski, K. Psychologia egzystencji. Wartości w życiu / K. Popielski. – Lublin: Wyd. KUL, 2008.
10. Słownik Filozofii. – Kraków, 2004.
11. Suchocka, L. Psychologiczna analiza cierpienia w chorobie przewlekłej / L. Suchocka. – Lublin: Wyd. TN KUL, 2007.
12. Edukacja ku wartościom / A. Szerłaż (red.). – Kraków: Wyd. Impuls, 2004.
13. Szkolut, T. Wartości i antywartości w kontekście przeobrażeń kultury współczesnej / T. Szkolut. – Lublin: UMCS, 1999.
14. Szymanski, M.J. Młodzież wobec wartości. Próba diagnozy / M.J. Szymanski. – Warszawa: IBE, 1998.

## **ЛОНГИТЮДНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ: ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ**

Здоровье детей является ключевым звеном в формировании и сохранении человеческого потенциала. Именно в детстве закладываются основы здоровья и здоровьесберегающего поведения, которые будут переданы следующим поколениям. Более того, здоровье детей и подростков в любом обществе и при любых социально-экономических и политических ситуациях является актуальнейшей проблемой и предметом первоочередной важности, так как оно определяет будущее страны, генофонд нации, научный и экономический потенциал общества и, наряду с другими демографическими показателями, служит чутким барометром социально-экономического развития страны.

Здоровье ребенка в его индивидуальном проявлении 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 медицинской статистики: рождаемостью, смертностью, заболеваемостью, инвалидностью, уровнем физического развития.

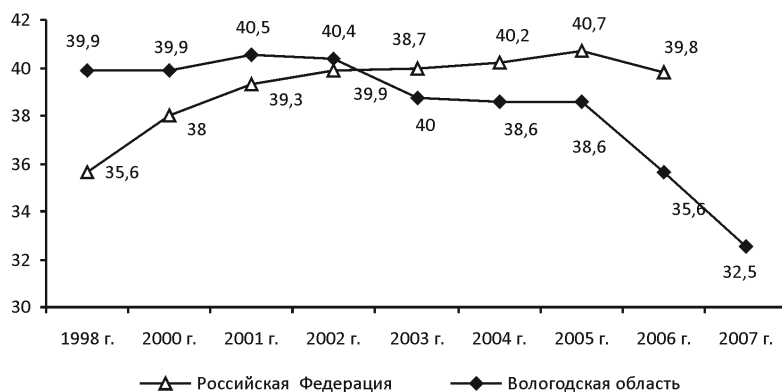
Подход к оценке здоровья детей, основанный на применении данных статистики, является наиболее распространенным. При этом используются такие показатели, как частота нормальных родов, младенческая смертность, заболеваемость новорожденных детей, заболеваемость детей 0 – 14 лет и подростков 15 – 17 лет, детская инвалидность.

Анализ здоровья детей логично начать с периода новорожденности. Статистические данные показывают, что в России около 40% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее время. В Вологодской области заболеваемость новорожденных составляет

около 30%. Обсуждая тренды заболеваемости новорожденных, следует отметить, что в период 1998 – 2005 гг. в РФ наблюдался растущий тренд. В Вологодской области негативная тенденция отмечалась в период с 1998 по 2001 г., а с 2002 г. началось уменьшение доли детей, рождающихся больными или болеющих после рождения (*рис. 1*).

Заметное снижение заболеваемости новорожденных в Вологодской области во многом обусловлено действием областной целевой программы «Здоровый ребенок». Ее финансирование увеличилось с 16 млн. руб. в 2001 г. до 39 – 43 млн. руб. в 2005 – 2007 гг. В рамках программы закупалось современное оборудование, а также было создано отделение экстренной консультативной медицинской помощи» круглосуточного действия на базе ГУЗ «Вологодская областная детская больница» для оказания квалифицированной консультативной и экстренной помощи при ведении осложненных беременностей в районах области.

В целом потенциал здоровья детей снижается с самого раннего детства, о чем свидетельствует рост их заболеваемости (*рис. 2*). В России за период с 1998 по 2007 г. общая заболеваемость выросла



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

Источники: Статистический ежегодник Российской Федерации. – М., 2007; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

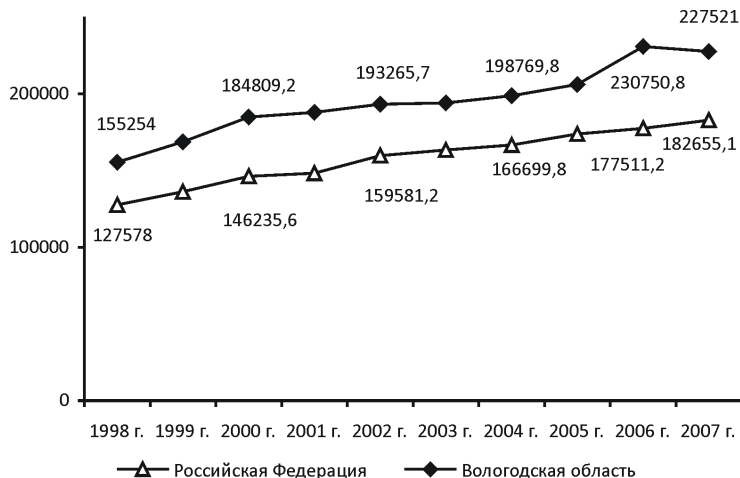


Рис. 2. Заболеваемость детей 0 – 14 лет (на 100 тыс. детей)

Источники: Статистический ежегодник Российской Федерации. – М., 2007; Статистический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008.

на 43%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно. Такая же тенденция прослеживалась и в Вологодской области. Общая заболеваемость детей выросла за аналогичный период на 39%, преимущественно за счет хронических болезней.

Подобные тенденции ухудшения здоровья характерны и для подростков. В Вологодской области в 2008 г. по отношению к 2000 г. общая заболеваемость подростков увеличилась на 6%, болезненность же – на 11%.

Материалы государственной статистики характеризуют состояние и тенденции изменения здоровья детской популяции в целом и позволяют оценить детское здоровье как компонент здоровья общественного. Понять изменения индивидуального здоровья детей помогают специальные исследования.

С этой целью в Вологодской области с 1995 г. проводится мониторинг здоровья и развития детей в режиме реального времени. В нем участвуют четыре когорты семей, в которых родились дети весной 1995, 1998, 2001 и 2004 годов. Исследование дает уникальную

возможность увидеть, как меняется здоровье детей, понять, какие факторы оказывают большее влияние на его формирование. Медико-социологический мониторинг здоровья детей позволяет увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне и более подробно обсуждать проблему.

Прообразом данной работы стало исследование, проведенное в Великобритании 3 – 9 марта 1958 г. под названием «Национальная программа изучения развития детей (НИРД)». Главная цель этого обследования состояла в том, чтобы получить достаточно точные сведения о количестве детей, рождающихся с отклонениями от нормы или умирающих в перинатальный период. По каждому из них собиралась максимально доступная информация о матери, отце, а также о новорожденном и его судьбе за первую неделю. Результаты первого этапа позволили выработать общенациональную стратегию борьбы за снижение младенческой смертности. Вторым этапом обследования (НИРД-2) включал наблюдение всех членов когорты по достижении семилетнего возраста. Результаты этого этапа выявили факторы, влияющие не только на здоровье, но и на разнообразные показатели развития детей. Наблюдение на третьем этапе обследования (НИРД-3), по достижении детьми 14-летнего возраста, позволило оценить интеллектуальный потенциал когорты. В 1981 году, когда дети достигли 23 лет, был осуществлен четвертый этап наблюдения, который отразил возможности профессиональной квалификации и трудоустройства. К настоящему времени в Великобритании осуществлено шесть этапов исследования в целях контроля физического, образовательного, социального и экономического развития членов когорты.

В британском исследовании была получена информация, характеризующая социальное и семейное положение, акушерскую историю, дородовой уход, курение во время беременности, дошкольный опыт, отделение от матери, поведение, участие родителей в воспитании и социализации, подготовку кадров, образование и квалификацию, отношение к школе и работе, брак и сожительство, характеристики партнеров, число, возраст и пол всех родных детей, здоровье, образ жизни, жилье, отношение к роли женщин, детей и семьи, социальных и политических ценностей, охрану окружающей среды.

Результаты исследования помогли определить процесс принятия решений в таких важнейших сферах, как образование, занятость, жилье и здравоохранение. Выводы были столь значительны и интересны, что привлекли большое количество спонсоров, а также потребителей полученных результатов. Аналогичные исследования были организованы в ряде стран Европы и Америки.

Идея проведения мониторинга изучения условий формирования здоровья детей, подобного английскому, в России впервые была высказана Н.М. Римашевской в 1980 году. «Уже тогда ученым института было ясно, что необходимо обратить внимание на детей, если думать о здоровье взрослых»<sup>1</sup>. Центральная идея исследования состоит в том, чтобы в формате лонгитюда, в режиме реального времени изучить процесс формирования качественного потенциала человека, начиная с рождения<sup>2</sup>.

Лонгитюдное панельное исследование демографических, социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье детей, в Вологодской области начато в мае 1995 года. В исследование включены все семьи, в которых в течение двух недель (с 15 по 30 мая 1995 года) родились дети. Обследование проводилось в городах Вологде, Череповце, районных центрах Кириллове, Великом Устюге, поселке городского типа Вожега. С 2004 г. в исследовании были задействованы уже четыре когорты семей, в которых родились дети в периоды с 15 по 30 мая 1995 г., с 1 по 25 марта 1998 г., в 2002 и 2004 гг. в тех же населенных пунктах.

Для изучения картины взаимосвязи между здоровьем 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 раза в год на протяжении первого года жизни (новорожденные дети, дети в возрасте 1 месяца, 6 месяцев и одного года), далее – ежегодно.

---

<sup>1</sup> Римашевская Н.М. Российский генофонд: качество будущих поколений // Народонаселение. – 2000. – №4. – С. 100.

<sup>2</sup> Римашевская Н.М. – Там же.

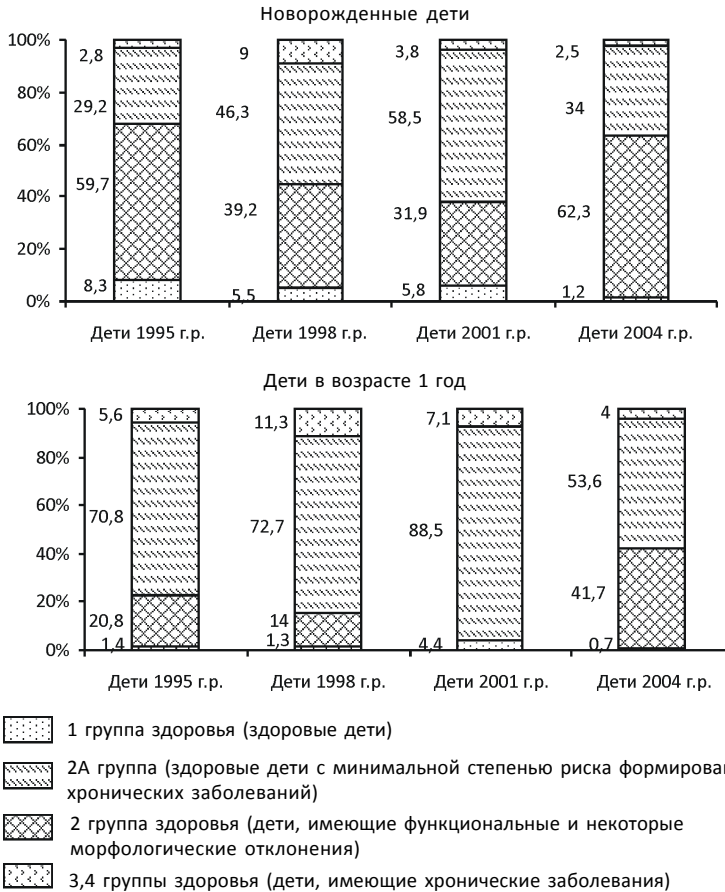
Данные мониторинга позволяют оценить здоровье новорожденных детей за период с 1995 по 2004 г. Видно, что произошло сокращение новорожденных детей с первой группой здоровья. Значительное сокращение детей с группой здоровья 2А (дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний), предполагающей осложнения в анамнезе ребенка, происходило не в сторону увеличения доли здоровых детей, а в сторону приращения числа детей со второй группой здоровья, у которых уже выявлены какие-либо функциональные отклонения. Доля имеющих хронические заболевания наиболее значительна среди детей 1998 г.р. Это объясняется тем, что период их вынашивания и рождения в 1998 году совпал с периодом кризиса в экономике и социальной сфере, в том числе и здравоохранении (*рис. 3*), что не замедлило сказаться на здоровье детей.

Доля детей со второй группой здоровья увеличивается с 29% в группе детей 1995 г.р. до 34% в группе детей 2004 г.р. В когорте 2004 г. отмечается значительное снижение удельного веса детей, имеющих функциональные отклонения, основная причина чего может быть в улучшении социальных условий в период вынашивания плода.

В возрастном промежутке от 4 до 7 лет значительно снижается потенциал здоровья детей, прежде всего в году, предшествующем поступлению в школу (с 6 до 7 лет) (*рис. 4*). Это плохо еще и потому, что обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную нагрузку на детский организм. Увеличение нагрузок может привести к дальнейшему ослаблению здоровья, что непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям. Особенно тревожным на этом фоне выглядит ослабление внимания медицинского персонала к категории детей, имеющих вторую группу здоровья. Часты случаи отнесения их к группе здоровых только на основании редкой обращаемости.

К 12 годам, в силу физиологических особенностей, у детей укрепляется иммунная система, сокращается число детей, часто болеющих простудными заболеваниями. Однако увеличивается заболеваемость опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта, снижается острота зрения, т.е. растет число хронических патологий.





**Рис. 3. Здоровье новорожденных и детей в возрасте 1 год**  
(удельный вес, в %)

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

Анализ показал значительные территориальные различия в здоровье детей. По статистическим данным, наиболее высокие

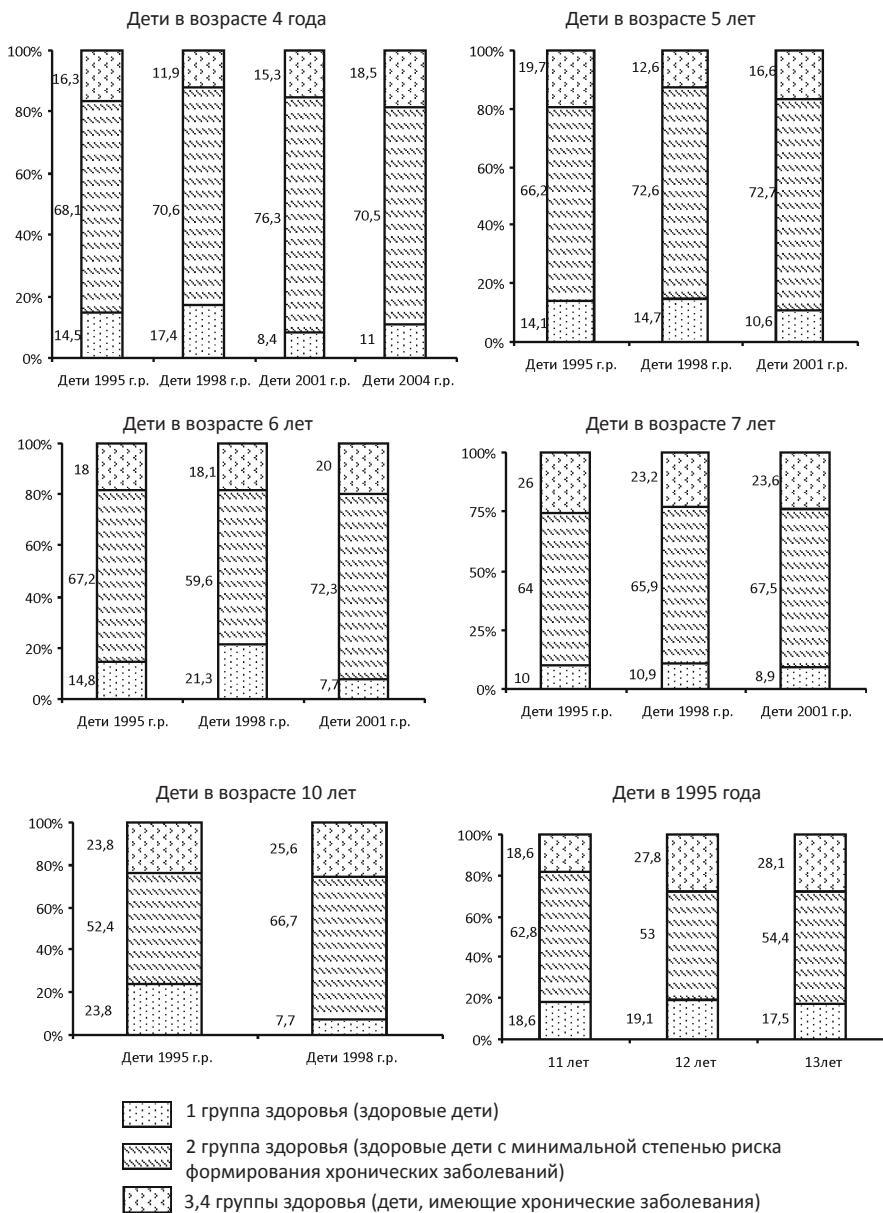


Рис. 4. Здоровье детей в возрасте от 4 до 7 лет (удельный вес, в %)

показатели заболеваемости детей 0 – 14 лет в Вологодской области в 2007 г. зарегистрированы в городах Череповце и Вологде, Сокольском и Междуреченском районах. Наибольший прирост заболеваемости за период с 2000 по 2007 г. зарегистрирован г. Череповце, в Белозерском, Усть-Кубинском, Междуреченском и Великоустюгском районах.

Данные мониторинга подтверждают статистические: состояние здоровья детей в городах Череповце и Вологде, по оценкам врачей, хуже, чем в районах (рис. 7, на примере 2008 г.). Удельный вес детей с хроническими заболеваниями в городах больше в 2 – 4 раза, чем в районах. Но это может быть обусловлено не только лучшим здоровьем детей в сельской местности, но и меньшей выявляемостью заболеваний, чем в крупных городах.

В сельской местности имеет место недоукомплектованность педиатрическими кадрами. Это приводит к более низкому качеству медицинских осмотров: отсутствие полного состава врачей-специалистов влечет за собой позднюю и неполную выявляемость хронических заболеваний у детей.

Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. В раннем детстве наиболее значительное влияние на здоровье детей оказывают следующие факторы.

*А. Медико-биологические:*

1. Плохое здоровье родителей: так, матери здоровых детей в 65% случаев имеют хорошее и отличное здоровье, а матери больных – только в 51% случаев. В то же время здоровье матерей у больных детей значительно чаще является удовлетворительным (43%), чем у здоровых (35%). У матерей с «удовлетворительным» здоровьем дети в 4 раза чаще имеют хронические заболевания, чем у матерей с «отличным» здоровьем.

2. Низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности: у тех, кто страдал анемией во время беременности, всего 29% детей родились здоровыми. За первый год жизни удельный вес детей с первой группой здоровья снизился до 8%, в 2 года – до 7%, в 3 года составил чуть больше 1%. В то время как в Вологодской области

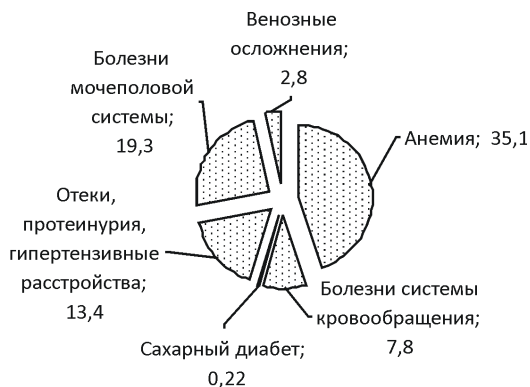


Рис. 5. Структура заболеваемости беременных женщин в Вологодской области (в 2008 г.; в %)

среди заболеваний, предшествовавших беременности или возникших во время ее, в 1995 – 2007 гг. анемии составляют основную долю – 35% (рис. 5).

3. Вредные привычки матери, в частности курение, увеличивают риск рождения маловесных детей. У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с нормальным весом, составил всего 3 – 14%. Доля здоровых детей у куривших во время беременности матерей в 4 раза меньше, чем у некурящих. Распространенность курения среди беременных женщин значительно возросла (с 3% в 1995 году до 13 – 15% в последующих когортах) (рис. 6).

#### Б. Условия и образ жизни семей:

1. Условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам. В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности (12,5% против 8,8% матерей здоровых детей), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (37,5% против 29,4%), ночного времени (12,5% против 1,5%). Данный фактор широко распространен в популяции: так, в регионе в 2006 г. 26% женщин трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях, в то время как в 2000 г. этот показатель не превышал 7%.



Рис. 6. Курение беременных женщин

2. Здоровье новорожденных в первый год жизни во многом определяется характером их вскармливания. По данным мониторинга, дети, находящиеся на грудном вскармливании, в 2 раза реже болеют по сравнению с детьми, получающими искусственное питание.

При формировании здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте значимыми становятся несколько иные факторы, чем в младенческом. Увеличивается удельный вес факторов среды обитания, образа и уровня жизни семьи, снижается воздействие медико-биологических факторов.

#### *А. Медико-биологические факторы.*

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

#### *Б. Факторы уровня и образа жизни семьи:*

1. Уровень жизни семьи оказывает значительное, часто опосредованное, влияние на формирование здоровья детей. Низкие доходы семей лимитируют возможность организации полноценного питания детей и вложения средств в профилактику и укрепление их здоровья. При этом около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности. В то же время в период с 2000 по 2008 г. в связи с оживлением в экономике отмечался рост заработной платы. Выяв-

лено и некоторое улучшение в данный период субъективных оценок покупательной способности семей, участвующих в мониторинге. Отмечено увеличение доли респондентов, которым денег хватает на все текущие расходы, с 27 до 38% соответственно. Число семей, считающих, что денег им хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

Данные обследования доказывают, что при недостаточном, несбалансированном питании дети чаще болеют, а ограниченность родителей в средствах затрудняет приобретение необходимых лекарственных препаратов. Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что факторы риска, ведущие к ухудшению здоровья детей, сконцентрированы в семьях с низкими доходами.

2. Низкий уровень социально-гигиенической грамотности и медицинской активности родителей оказывает негативное влияние на здоровье детей. Часто для сохранения здоровья своих детей родители не предпринимают даже элементарных усилий, таких, например, как закаливание, диетпитание. Вместе с тем среди закаленных в 1,5 – 2 раза больше детей с крепким здоровьем – 1 группы. В отношении организации диетпитания, своевременных консультаций квалифицированных специалистов (мероприятий не очень дорогих, но эффективных) суждения семей и педиатров значительно разнятся. По мнению медиков, диетпитание требуется 18 – 23% детей, родители считают его необходимым его соблюдение лишь в 2 – 5% семей.

Медицинская активность семьи по мере взросления детей падает. Так, если в раннем детстве 84% родителей всегда обращались к врачам при острых заболеваниях и обострениях хронических заболеваний ребенка, то к 13 годам – всего 69%. Изменяются и мероприятия семьи по поддержанию здоровья. Своевременное посещение врача и соблюдение режима и правил питания остаются среди приоритетов семей, воспитывающих как детей младшего возраста, так и подростков. В то же время закаливание, совместные зарядка и прогулки популярны только в семьях, воспитывающих детей более младшего возраста.

*В. Качество среды обитания:*

1. Важным фактором, влияющим на здоровье, являются жилищные условия, в которых проживают дети. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, является предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 — 18% респондентов указывали, что проживают в плохих либо требующих капитального ремонта домах и квартирах.

2. На формирование здоровья детей существенное влияние оказывают экологические условия в районе проживания. Загрязненный воздух, плохое качество питьевой воды негативно влияют на здоровье ребенка. Так, в когорте 1998 г. хорошее здоровье имели 33% детей, проживающих в благоприятных экологических условиях, и 17% — в семьях с плохими экологическими условиями в месте постоянного проживания. Подобные данные получены и в другие годы обследования. Однако следует отметить, что в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях. Оценка экологических условий за период с 1995 по 2008 г. существенно не изменилась.

Распространенность вышеперечисленных факторов риска довольно высока. Лишь 6% семей благополучны в этом отношении, в остальных эти факторы присутствуют в различных сочетаниях. Более чем в трети семей отмечаются 2 каких-либо фактора риска, примерно в 20% семей — сочетаются три. Наибольшая доля здоровых детей выявлена в семьях, где негативные воздействия отсутствуют или минимальны (около 30%). Наиболее велика доля детей, имеющих хронические заболевания, в семьях, сочетающих четыре (25%) и пять (33%) факторов риска.

Результаты анализа позволяют сделать вывод о том, что факторы риска сконцентрированы в семьях с низкими доходами. Недостаточная материальная обеспеченность обуславливает недостаток

в семье продуктов питания, невозможность приобретать в полной мере средства по уходу за ребенком, обращаться к платным специалистам, пользоваться дополнительными медицинскими услугами, что сказывается на неудовлетворенности родителей медобслуживанием.

Вышеизложенное диктует необходимость самого серьезного отношения к сохранению и укреплению здоровья детей и подростков, которое является основой формирования репродуктивного и трудового потенциала и в целом человеческого капитала государства.

**Основными направлениями профилактической работы нам представляются:**

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

2. Организация дополнительного кормления беременных женщин и кормящих матерей из малообеспеченных семей для обеспечения необходимым количеством питательных веществ и снижения риска развития анемий. Дополнительное питание может быть рекомендовано акушерами-гинекологами или участковыми педиатрами и выдаваться в торговой сети (магазины, аптеки, молочные кухни).

3. Повышение уровня жизни населения в целом, и в первую очередь семей, воспитывающих детей. Существующая в настоящее время государственная поддержка недостаточна. Важно увеличить пособие по уходу за ребенком до уровня среднемесячной заработной платы матери. Пособие может выплачиваться на паритетных началах государством и предприятием (по месту работы матери или отца).

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



5. Снижение распространенности курения среди населения. Этому может способствовать повышение цен на табачные изделия, создание, «свободных от табака зон» на территориях муниципальных образований, развитие волонтерского движения в подростковой среде. Формирование разъяснительных видеоматериалов о влиянии никотина на здоровье матери и ребенка и демонстрация их в женских консультациях, центрах планирования семьи, при беседах с подростками.

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

**В.Р. Шухатович**

## **ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ И ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В СИСТЕМЕ МОНИТОРИНГА ОБЩЕСТВЕННОГО МНЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

Мониторинг общественного мнения населения Республики Беларусь является научно-исследовательским проектом, проводимым Институтом социологии НАН Беларуси. Целью этого проекта является изучение динамики социальных процессов в современной Беларуси и научное обеспечение процессов государственного управления. Система показателей мониторинга включает в себя характеристики социально-культурных, социально-экономических и социально-политических процессов, что позволяет осуществлять комплексный анализ общества и прогнозировать его дальнейшее развитие. В состав коллектива, осуществляющего аналитическую работу, входят ведущие ученые института – В.Л. Абушенко, М.А. Артюхин, Е.М. Бабосов, Н.А. Барановский, Л.И. Науменко, В.И. Русецкая, Р.А. Смирнова, Г.Н. Соколова, С.А. Шавель и другие. Работа ведется под руководством директора Института социологии НАН Беларуси И.В. Котлярова.

Включение в систему мониторинга общественного мнения населения Республики Беларусь показателей здоровья и здравоохранения объясняется, во-первых, возрастанием роли здравоохранения в современных условиях, во-вторых, наличием социальных проблем, связанных со здоровьем, характерных именно для Беларуси.

Стабильное существование общества возможно при условии оптимального демографического воспроизводства населения, которое могло бы обеспечить возобновление сложившейся системы разделения труда и нормальное функционирование основных социальных и экономических институтов.

В Беларуси на протяжении двух последних десятилетий наблюдается депопуляция, которая формируется под давлением «двойной

нагрузки» – высокой смертности и низкой рождаемости, что отличает Беларусь (а также Россию и Украину) от большинства западноевропейских государств, в которых депопуляция является следствием исключительно снижения рождаемости.

Несмотря на определенные позитивные изменения и более высокие по сравнению с другими странами СНГ показатели здоровья населения, его состояние трудно признать удовлетворительным. Отставание от развитых в экономическом отношении стран в ожидаемой продолжительности жизни составляет у женщин 7 – 9 лет, у мужчин – 11 – 13 лет; разница по данному показателю между странами в Беларуси составляет 11,8 года, что на 5 – 7 лет больше, чем в странах-лидерах.

Сохраняется высокий уровень смертности в группах населения трудоспособного возраста, особенно мужчин. Смертность от внешних причин (самоубийства, убийства, случайные утопления, отравления алкоголем и др.) является основной среди населения трудоспособного возраста, причем ее уровень в данной возрастной категории в 1,2 раза превышает уровень смертности от болезней кровообращения и в 2,4 раза – от новообразований. Сохраняются различия в показателях ожидаемой продолжительности жизни городских и сельских жителей.

Проблемы здоровья и здравоохранения осознаются населением республики как весьма актуальные. Так, согласно результатам мониторинга общественного мнения в 2006 г., 34% опрошенных полагают, что «улучшение системы здравоохранения должно входить в число проблем, которыми в первую очередь должно заниматься правительство Беларуси» (что соответствует 4-ой позиции в рейтинге 20-ти актуальных социальных проблем). В 2008 г. при ответе на вопрос: «Что осложняет жизнь Вашей семьи?» – 37% населения республики отметило «проблемы со здоровьем», 15% – «отсутствие возможности получить полноценное лечение»; а 30% опрошенных отметило, что им не хватает денег на оплату лечения и медикаментов<sup>1</sup>.

---

<sup>1</sup> Необходимо отметить, что согласно данным мониторинга доля таких граждан за последние 3 года уменьшилась в 1,5 раза.

Изучение показателей здоровья и здравоохранения в рамках мониторинга общественного мнения направлено на поиск ресурсов улучшения здоровья населения и выявление социальных ожиданий различных социальных групп в сфере здравоохранения и медицинского обслуживания. Структура этих показателей включает в себя:

- показатели, характеризующие доступность благоприятных для здоровья условий жизни;
- показатели, характеризующие остроту проблем, связанных со здоровьем и медицинским обслуживанием, и их место (рейтинг) среди других актуальных проблем, волнующих население;
- самооценку состояния здоровья;
- показатели, характеризующие отношение населения к своему здоровью;
- показатели социального и духовного здоровья.

Отдельные результаты, характеризующие значимые социальные изменения, приводятся в данной публикации, другие планируется опубликовать в ближайшее время.

Так, согласно данным мониторинга, за исследуемый период в целом повысилась доступность благоприятных для здоровья условий жизни: основных продуктов питания, оплаты лекарств и медикаментов, услуг оздоровления. Снизился показатель бедности, который в 2009 году составил менее 7% населения. Наблюдалась согласованность показателей мониторинга и статистических данных, в частности, относительно показателей социально-экономического неравенства.

Результаты мониторинга общественного мнения населения Республики Беларусь показывают, что в настоящее время происходит повышение индивидуальной значимости здоровья; здоровье начинает осознаваться как средство защиты статуса и фактор социальной мобильности. Формируется отношение к здоровью как к капиталу, наблюдается стремление населения «вкладывать средства в здоровье (свое и близких)», равно как в получение образования, рассчитывая на капитализацию — получение отдачи в будущем.

На протяжении всего периода наших наблюдений (2003 — 2009 гг.) рейтинг здоровья остается самым высоким среди 23 жизненных

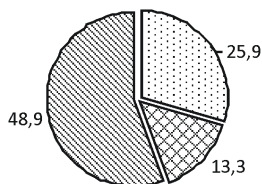
ценностей белорусов: более 80% населения отмечало здоровье в числе пяти наиболее значимых жизненных ценностей, в 2009 г. — 82% опрошенных.

Согласно результатам мониторинга, за исследуемый период наблюдалось повышение ответственности и заинтересованности в отношении населения к своему здоровью, рационализация норм повседневной жизни, оптимизация трудовых нагрузок. Отмечается возрастание интереса людей к стратегическим аспектам здоровья, понимания важности отдыха и оздоровления, профилактики заболеваний. Так, в 2009 году более чем две трети респондентов отметили, что предпринимают конкретные действия с целью укрепления своего здоровья: 35% — стараются контролировать свое психическое состояние, 34% — оптимально сочетать трудовые нагрузки и отдых, 30% — принимают витамины и биодобавки, 26% — используют бытовые приборы для очистки питьевой воды или покупают бутилированную воду, 35% — посещают баню, сауну, 26% — занимаются физической культурой и спортом. Наблюдается рост попыток со стороны населения изменить привычный образ жизни и сделать его более благоприятным для здоровья: увеличить свою физическую активность, повысить работоспособность, уменьшить потребление алкоголя, бросить курить (*рисунок*).

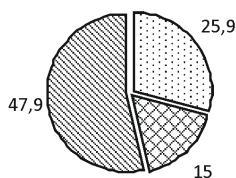
За период 2003 — 2009 гг. отмечалось выраженное смещение интереса и активности населения в сторону профилактических мероприятий, способных обеспечить длительный позитивный эффект воздействия и активное долголетие. Именно с их укреплением и развитием связаны социальные ожидания людей, что позволяет с высокой долей вероятности прогнозировать рост влияния профилактической медицины в будущем.

Одним из главных направлений мониторинга является изучение самооценок здоровья населения. Неоспоримое преимущество субъективных оценок по сравнению с объективными (показатели смертности) состоит в том, что они отражают состояние здоровья живущего населения. Их совместное использование наряду со статистическими показателями позволяет повысить корректность общей оценки здоровья населения, выявить различия в оценке своего

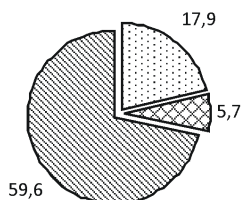
Повысить работоспособность



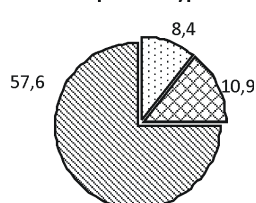
Увеличить свою физическую активность



Уменьшить употребление алкоголя



Бросить курить



- Да, пытался и мне это удалось
- Да, пытался и мне это не удалось
- Нет, не пытался

**Распределение ответов на вопрос: «В течение последних 12 месяцев пытались ли Вы всерьез..?» (в % от числа опрошенных в 2009 г.)**

здоровья между представителями отдельных социальных и демографических групп, выявить группы, наиболее благополучные и неблагополучные с точки зрения здоровья и образа жизни. Подобные различия всегда находятся в центре внимания социальных политиков и свидетельствуют о возможности улучшения ситуации.

Согласно данным мониторинга, за период 2003 – 2009 гг. наблюдалось улучшение самооценок здоровья населения Беларуси (таблица). Смещение распределения мнений в сторону позитивных ответов произошло, во-первых, за счет повышения в 1,8 раза доли респондентов, оценивающих свое здоровье как «хорошее», во-вторых, за счет снижения в 2,2 раза доли респондентов, оценивающих свое здоровье как «плохое».

За исследуемый период изменился баланс позитивных и негативных мнений: так, если в 2003 г. наблюдалось превышение в 2,2 раза отрицательных оценок над положительными, то в 2009 г., напротив, – превышение в 1,8 раза положительных оценок над отрицательными.

**Динамика изменения самооценок здоровья, 2003 – 2009 гг.**  
(в % от числа опрошенных)

Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2009 г.
Хорошее	14,1	14,8	16,8	16,1	24,9
Удовлетворительное	52,3	56,9	55,3	60,5	55,2
Плохое	30,6	25,1	22,3	17,3	14,1
Затрудняюсь ответить	2,9	3,2	5,6	6,1	5,8
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Мы оцениваем данную тенденцию как весьма обнадеживающую и полагаем, что нам удастся наблюдать тенденцию «предулучшения» здоровья, которая в ближайшем будущем может найти свое отражение и в статистических показателях. Возможно, из-за инерционного характера демографических показателей имеет место определенное «запаздывание» статистических показателей состояния здоровья, но есть основания полагать, что в ближайшем будущем можно ожидать их улучшения.

В настоящее время социологические данные вполне согласуются с данными статистики, согласно которым за последние годы наблюдается определенная стабилизация показателей смертности, а по ряду направлений – некоторое улучшение.

Изучение самооценок здоровья во взаимосвязи с широким кругом социально-экономических и социально-культурных детерминант показало, что позитивные изменения произошли, во-первых, в связи с уменьшением в Беларуси объема бедности, за счет снижения доли населения с низкими самооценками доходов и материального положения (в которых наблюдаются самые низкие самооценки здоровья), во-вторых, за счет повышения уровня мотивации заботы населения о своем здоровье, самоорганизации и рационализации повседневной жизни. Улучшение состояния здоровья значительно чаще отмечали индивиды и группы с более выраженной мотивацией «заботы о себе» и результативностью индивидуальных усилий, направленных на укрепление здоровья. Улучшение здоровья значительно чаще, а ухудшение – значительно реже отмечали респонденты, которые отметили, что «стали больше внимания уделять здоровью».

Результаты проведенных исследований дают основания полагать, что позитивные изменения в улучшении показателей здоровья и отношения населения к здоровью связаны с ростом доступности для всех социальных групп благоприятных для здоровья условий, повышением мотивации ответственности за собственное благополучие, рационализацией образа жизни, развитием культуры здоровья.

Существенно улучшить ситуацию со здоровьем невозможно без усилий каждого конкретного человека. Людям необходимо ориентироваться на более эффективные модели организации повседневной жизни, оптимальное использование индивидуальных ресурсов — здоровья, жизненной энергии, образования, материальных средств. Государство, в свою очередь, должно содействовать формированию у населения мотивации заботы о себе, поддерживать и поощрять самоответственность граждан, создавать условия для реализации личности и эффективные стимулы к сохранению и укреплению здоровья.

Социологические исследования предоставляют возможность на концептуальном и практическом уровне совершенствовать политику, направленную на формирование здорового образа жизни и улучшение здоровья белорусов. *Актуальные меры, по нашему мнению, необходимо объединить по двум основным направлениям. К первому можно отнести все мероприятия научного и практического характера, связанные со здоровьесбережением — поиском, предотвращением и снижением потерь здоровья, устранимых силами государства и общественных институтов. Ко второму — меры, направленные на развитие и наращивание потенциала здоровья.* Первые позволили бы уменьшить экономические и социальные потери, связанные с преждевременной смертностью и старением, снизить нагрузку на лечебные учреждения и направить освободившиеся средства на профилактику. Вторые — обеспечить приращение здоровья и создать такой «запас прочности», который позволил бы белорусскому обществу осуществить все стоящие перед ним задачи. Проблемы в сфере здоровья и здравоохранения продолжают сохранять свою актуальность, и это указывает на целесообразность дальнейшего поиска.

Перспективы дальнейших научных исследований мы связываем с работой по двум обозначенным выше стратегическим направлениям.



# **ПРЕЗЕНТАЦИИ ДОКЛАДОВ**



## МОЛОДЁЖЬ СОВРЕМЕННОГО ГОРОДА ЗДОРОВАЯ СРЕДА ВЗРОСЛЕНИЯ



А.А.Мехова, к.ф.н., доцент,  
зав. кафедрой социологии



### Исследовательские проекты кафедры социологии в рамках сотрудничества с проектом «Здоровый город»

#### Массовые опросы, экспертные интервью, фокус-группы

«Профиль здоровья жителей г. Череповца», мониторинг

1. Сентябрь – октябрь 2007 г., репрезентативная  
выборка, N=1184 чел.

2. Март 2008 г., N=593 чел.

«Профиль здоровья пожилых», сентябрь 2007 г.,  
массовый опрос населения, опросы целевой группы,  
N=1200 чел.

«Изучение факторов, влияющих на здоровье школьников  
6 – 11 классов», апрель 2008 г.  
подростки (N=569 чел.) и их родители (N=243 чел.)

«Оценка влияния факторов риска для здоровья в обще-  
ственном мнении череповчан», март 2008 г., N=1097 чел.

«Мы выбираем жизнь: молодёжь против ВИЧ/СПИД»,  
ноябрь – декабрь 2008 г. Молодые люди 15 – 19 лет,  
N=569 чел.

Оценка рекреационных зон г. Череповца в общественном  
мнении, март 2009 г., N=496 чел.

**5951 человек стали  
респондентами  
опросов  
общественного  
мнения,  
более 50 экспертов,  
более 200 участников  
фокус-групп**

**=  
более 6 тысяч человек  
задумались о своём  
здоровье, отвечая на  
вопросы анкеты!**

## Научно-исследовательская работа студентов в рамках сотрудничества с проектом «Здоровый город»

### Интересные темы, лучшие работы

Социальное самочувствие молодёжи Вологодской области в условиях трансформирующейся России

Физическая активность как элемент структуры здорового образа жизни

Социальные ресурсы здоровья в системе качества жизни населения

Социальный проект как инструмент эффективного городского управления (на примере реализации проекта «Здоровый город»)

Сексуальное поведение молодёжи как элемент здорового образа жизни (на примере молодёжи г. Череповца)

Насилие над стариками в семье: социологический анализ

Подъезды как фактор формирования социальной активности

*10 выпускных квалификационных работ*

*93 курсовые работы и проекта*

*46 выступлений на научно-практических конференциях, 10 из них всероссийского и международного уровня*

*6 работ представлено на всероссийские конкурсы*

## Молодёжь и здоровая среда взросления

**Студенты – участники исследовательских проектов – становятся проводниками идеологии здорового города**



**Молодёжь – ресурс  
развития города**



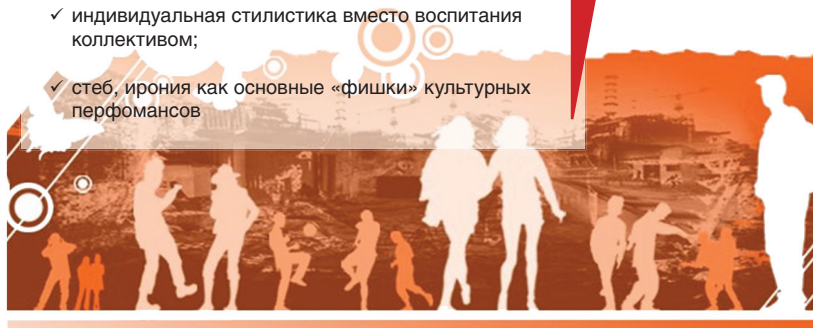
**Город – ресурс  
взросления и  
самореализации  
молодых**

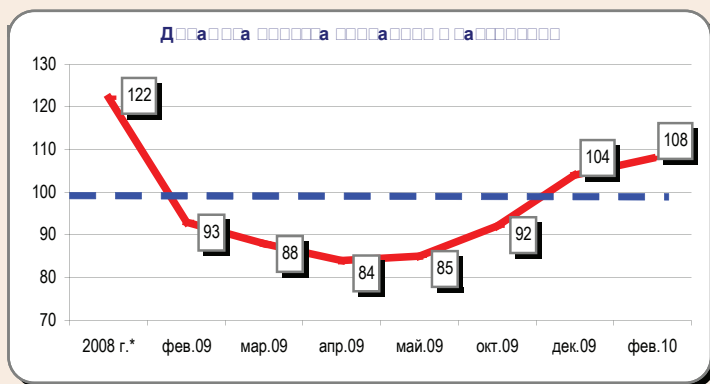


**Практики адаптации к среде:**

- ✓ склонность к сверхмобильности и риску – на смену стабильности;
- ✓ рыночный карьеризм;
- ✓ потребление как использование товаров, услуг и идей для самореализации и самопрезентации;
- ✓ профессиональный статус, качественное образование и материальное благополучие как маркеры социального успеха;
- ✓ деньги как прямой эквивалент свободы и независимости;
- ✓ индивидуальная стилистика вместо воспитания коллективом;
- ✓ стеб, ирония как основные «фишки» культурных перформансов

**Каким должен  
быть Череповец,  
чтобы  
соответствовать  
этим практикам?**





Примечание. Индекс социальных настроений (ИСН) – относительная величина, позволяющая уловить динамику – восходящую или нисходящую – оценки населением различных аспектов социально-экономической и политической ситуации. При определении индекса социальных настроений учитываются оценки социально-экономической и политической ситуации, собственного материального положения, оценки динамики развития по отношению к прошлому и оценки перспектив\*.

(При разработке методики расчёта ИСН были использованы материалы ВЦИОМ (См. <http://wciom.ru/>).

\* Годовой показатель за 2008 г. рассчитан как среднее по данным всех исследований.

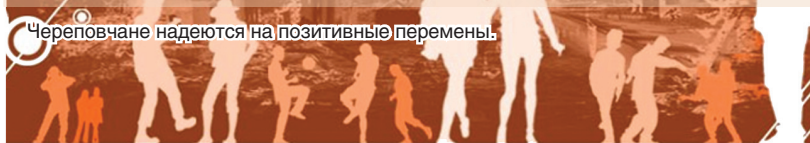
Каждый второй череповчанин старше 18 лет испытал на себе негативное влияние кризиса.

Более 70% опрошенных считают, что кризис оказал негативное влияние на развитие города, что Череповец больше, чем другие города России, пострадал от последствий кризиса.

Более 60% опрошенных считают, что их материальное положение «ниже среднего», более 80% считают, что их покупательные возможности ограничиваются продуктами и необходимой одеждой – всё остальное вызывает затруднения.

Около трети череповчан считает, что 2010 год будет не менее трудным, чем 2009-й. Более 45% считают, что на преодоление последствий кризиса понадобится не менее 5 лет.

Череповчане надеются на позитивные перемены.



## Отношение череповчан к своему городу Общие оценки



Если бы у Вас была возможность, Вы бы уехали из Череповца? (в % от числа опрошенных)							
	среднее по выборке	18 – 24 лет	25 – 34 лет	35 – 44 лет	45 – 54 лет	55 – 64 лет	65 лет и старше
Скорее, ДА	31	55	40	30	23	27	13
Скорее, НЕТ	56	32	45	50	67	65	79
Затрудняюсь ответить	13	13	15	19	10	8	8

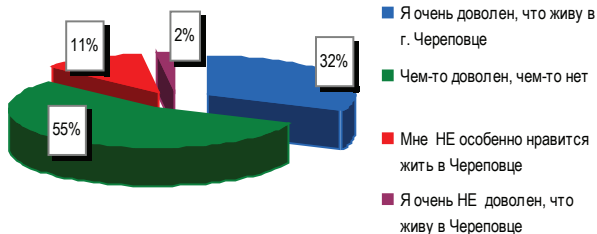
Хотели бы Вы, чтобы Ваши дети и внуки жили и работали в Череповце? (в % от числа опрошенных)							
	среднее по выборке	18 – 24 лет	25 – 34 лет	35 – 44 лет	45 – 54 лет	55 – 64 лет	65 лет и старше
Скорее, ДА	50	26	41	46	62	52	78
Скорее, НЕТ	29	50	35	32	18	29	8
Затрудняюсь ответить	21	24	24	23	20	19	14

За последний год выросла доля тех, кто предпочёл бы уехать из г. Череповца. В основном это молодые люди от 18 до 35 лет.

С одной стороны, эта закономерность не связана напрямую с неудовлетворённостью городом – молодым свойственна тяга к перемене мест, к поискам себя и своего места в жизни.

С другой стороны, люди этого возраста – основная социальная база Форсайта – через 10 лет им будет соответственно – 28 – 45 лет.

### Довольны ли Вы тем, что живете в Череповце?

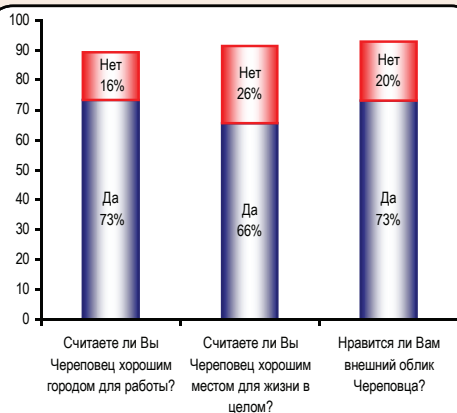


### Город Череповец в оценках его жителей ("Оцените в 10-балльной системе основные характеристики г. Череповца")



В целом большинству горожан нравится жить в Череповце. Только 13% отметили, что они не довольны тем, что живут в этом городе; 26% не считает Череповец хорошим местом для жизни в целом, 20% не довольны внешним обликом Череповца и 16% отметили, что не считают Череповец хорошим местом для работы.

Череповчане любят свой город, при этом видят и его недостатки. Самые низкие оценки по позиции «чистый».



## Стремление реализовать: работа и безработица

То, что не легко найти работу, – это даже хорошо для некоторых молодых. Это толчок. Молодёжь у нас неактивная, может, это заставит стать более самостоятельными, открыть своё дело. Для себя тоже считаю, что работа, которую потеряла, была не для меня, лучше найду (*Светлана, молодой специалист, выпуск 2007 г., тех. специальность*).

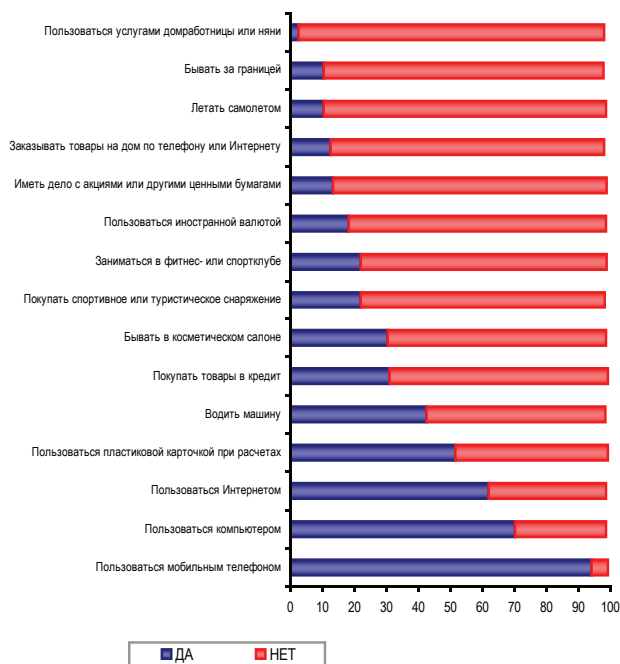
Кризис – жутко негативная вещь. Уверен, если бы не кризис, работал бы и работал. Безусловно, молодёжь в первую очередь пострадала от кризиса, и это очень плохо (*Василий, молодой специалист, выпуск 2008 г.*).

По специальности, в принципе, сейчас не устроиться на работу. Очень жёсткий отбор. Я сначала обрадовалась, когда сократили, – работа не нравилась, но сама бы не ушла. Но потом, когда и месяц, и второй ничего не могла найти, конечно, страшновато (*Ирина*).

Молодых в состоянии безработицы напрягает не только отсутствие денег, но и отсутствие интересного дела, коллектива, той «нормальной» жизни, к которой они себя готовили. Разлагаемся потихоньку, квалификация только по диплому, а какие мы будем специалисты ещё через год? – никакие (*Татьяна, молодой специалист, выпуск 2007 г.*).

## Череповчане – люди XXI века?

Доводилось ли Вам за последние полгода:





По результатам анализа многочисленных общенациональных опросов последних трёх лет исследователи выделили так называемую опережающую группу – «Люди – XXI». Эта группа включает наиболее инициативных, активных, высокоресурсных представителей общества и является основным потенциалом для развития гражданских инициатив в регионах и стране в целом. Это респонденты, в наибольшей мере освоившие современные инновационные практики повседневной жизни.

Включённость в современные практики:

- использование новых технологий,
- стремление расширить свой жизненный горизонт (подкреплённое активными действиями),
- установка на рациональное использование времени,
- современное финансовое поведение,
- забота о своём здоровье и внешнем виде.

Для каждой из таких практик были подобраны несколько эмпирических индикаторов, которые указывали на её использование респондентами в повседневной жизни.

К группе «Люди – XXI» относятся те респонденты, которые за последнее время освоили шесть и более из нижеприведённого перечня практик.

### Череповчане: ответственность за то, что происходит в родном городе





## ОХРАНА ЗДОРОВЬЯ МАТЕРИ И РЕБЁНКА В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

Е.Л. Вологодина, начальник отдела охраны материнства,  
детства и противоэпидемической работы



Стратегия развития здравоохранения до 2020 г.  
(одобрена Постановлением Правительства области  
от 29.12.2008 года № 2573)

Цель 1. Повышение качества жизни на основе пропаганды здорового образа жизни и профилактики

Цель 3. Улучшение состояния здоровья детей и матерей

Цель 2. Снижение смертности от управляемых причин

Цель 4. Повышение эффективности функционирования системы здравоохранения



## Задача «Сохранение и укрепление состояния здоровья женщин и детей»

**Задача направлена:**

- на создание условий для рождения здоровых детей;
- сохранение и укрепление здоровья детей и подростков на всех этапах их развития;
- сохранение и укрепление здоровья женщин, в т.ч. беременных, и репродуктивного здоровья населения в целом.

**С 2004 г. в области работает российско-американский проект «Мать и дитя»**



**Цель проекта:**

**улучшение здоровья женщин и младенцев за счёт внедрения международных стандартов оказания помощи в практику родовспоможения**

**За счёт повсеместного применения пакета из 16 доказанных практик в Европе может быть предотвращено от 41 до 72% неонатальных смертей:**



- Профилактика гипотермии – от 18 до 42%.
- Организация системы оказания адекватной реанимационной помощи в родзале – от 6 до 42%.
- Круглосуточное совместное пребывание.
- Неограниченный кожный контакт.
- Исключительно грудное вскармливание – от 55 до 77%.
- Уход без ненужных вмешательств.
- Участие родителей в уходе (в том числе в ПИТе).
- Ранняя выписка.
- Активная информационная поддержка при выписке.

*The Lancet, 2005*

## Инструменты для улучшения качества медицинской помощи при родовспоможении

**Родовспоможение, ориентированное на участие семьи (РОУС)** – это концепция, разработанная с целью обеспечения необходимого ухода и поддержки женщинам с нормальным течением беременности (а также их семьям) во время беременности и родов, с целью максимального удовлетворения их информационных, социальных, эмоциональных и бытовых потребностей.

**Концепция РОУС – качество процесса технологии, соблюдение принципов стандарта**

Так было раньше



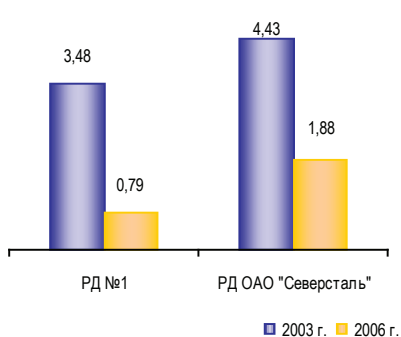
Так стало сейчас  
(качество структуры)



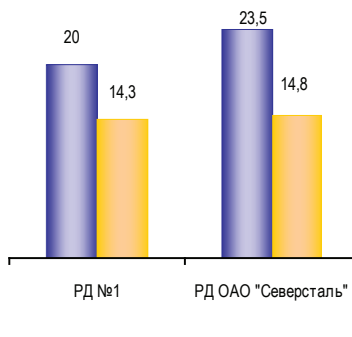


## Качество результата — достижение принятых клинических показателей

Среднее количество назначенных лекарственных препаратов и размах во время пребывания в родильном блоке



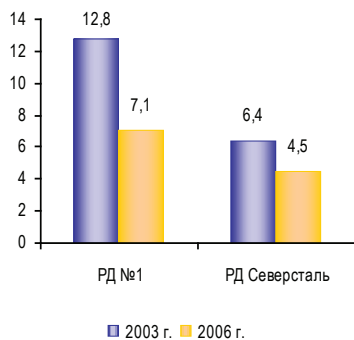
Средние показатели и размах общего количества препаратов, назначенных за все время пребывания в стационаре



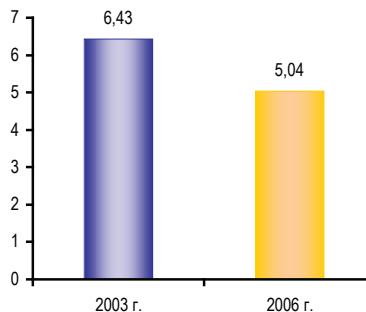
Примечание. Здесь и далее использованы данные исследования проекта «Мать и дитя».

## Качество результата — достижение принятых клинических показателей и их соотношение с экономическими показателями

Среднее количество дней и размах пребывания в стационаре до момента родов



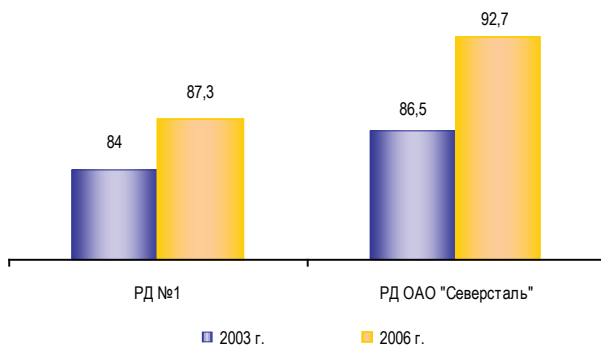
Средний койко-день



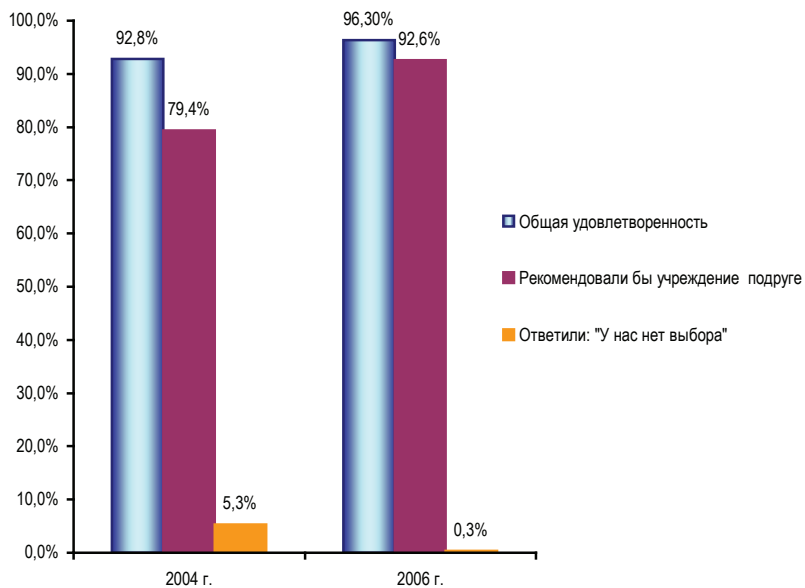


## Доля детей, выписанных домой

Качество результата

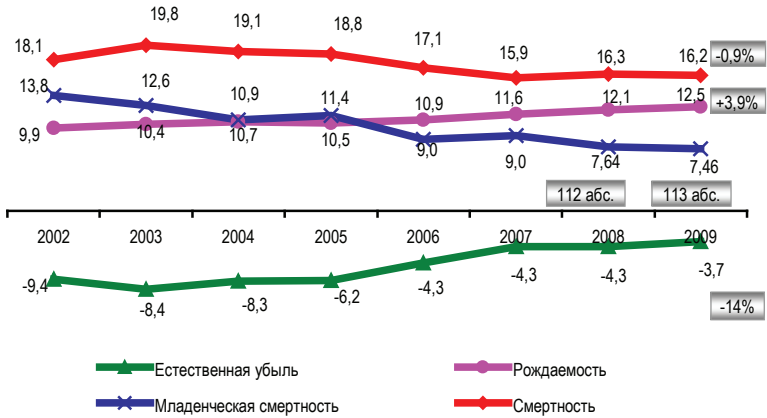


## Удовлетворённость услугами, предоставляемыми женщинам во время и после родов



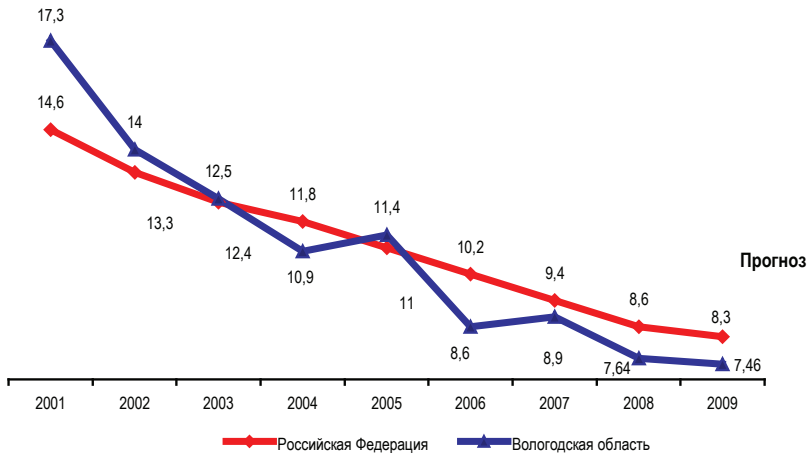


## Демографические показатели



2008	С	Р	Е	М
СЗФО	15,7	10,8	-4,9	7,2
РФ	14,7	12,0	-2,7	8,5

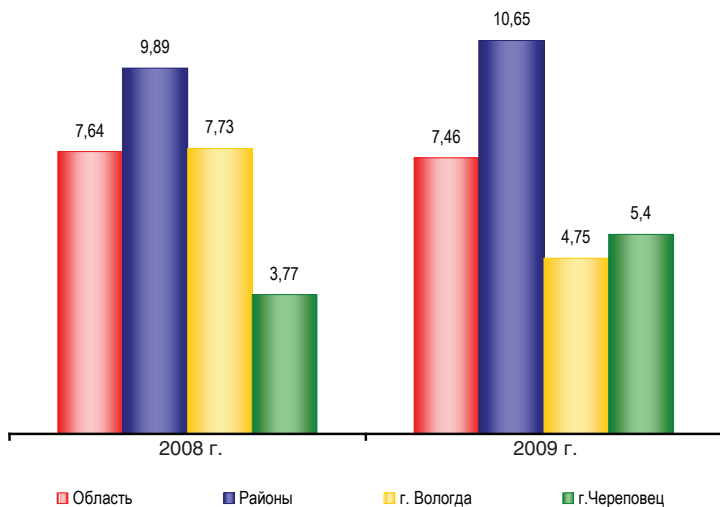
### Динамика младенческой смертности на 1000 родившихся живыми



Снижение младенческой смертности по сравнению с 2004 годом на 30%



## Показатели младенческой смертности по Вологодской области за 2008 – 2009 годы



## Материнская смертность







## Регионализация перинатальной службы

Регионализация перинатальной службы – это основополагающий принцип организации перинатальной помощи на современном этапе, позволяет осуществлять доступ к высоким технологиям всем нуждающимся в них пациентам

Регионализация – это организация этапности оказания медицинской помощи, которая максимально обеспечивает своевременную, адекватную, эффективную и безопасную помощь при наиболее рациональных и небольших затратах со стороны системы здравоохранения

В создании регионализации решаются проблемы «трёх задержек»:

- задержка в принятии решения о необходимости помощи;
- задержка в поступлении в лечебно-профилактическое учреждение;
- задержка в оказании адекватной помощи в лечебно-профилактическом учреждении.

### 3-х уровневая система оказания медицинской помощи беременным и роженицам Вологодской области





## Оптимизация существующей системы перинатальной помощи

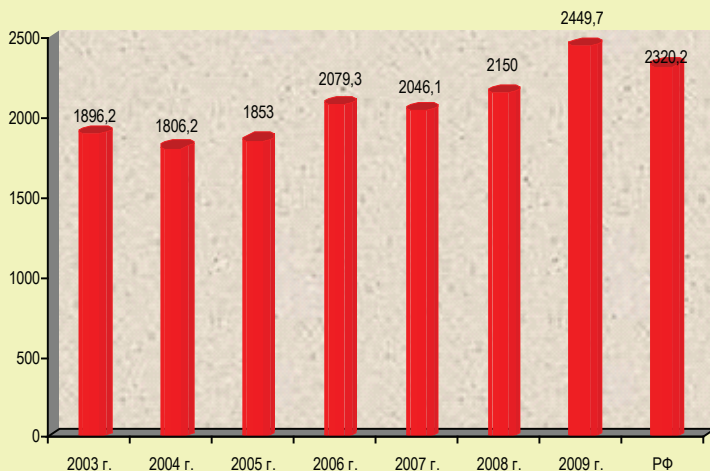
- Разработка и утверждение приказом департамента здравоохранения протокола регионализации
- Разработка регионального протокола о переводе на более высокий уровень оказания медицинской помощи
- Разработка единых для всех уровней алгоритмов оказания медицинской помощи
- Развитие акушерских отделений II уровня
- Создание системы мониторингов родов
- Создание системы постоянного обучения кадров

### Ожидаемые результаты регионализации перинатальной помощи

- Снижение перинатальной, неонатальной, младенческой и материнской смертности
- Улучшение качества перинатальной помощи, более рациональное использование имеющихся ресурсов
- Создание постоянной системы повышения знаний и улучшения практических навыков медицинского персонала

## СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ НА ВСЕХ ЭТАПАХ ИХ РАЗВИТИЯ

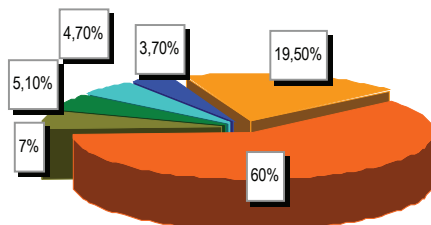
Общая заболеваемость детей в возрасте до 17 лет  
(на 1000 детского населения)



Показатель общей заболеваемости детей до 17 лет увеличился с 2150 в 2008 году до 2449,7 в 2009 году (на 12,2%).

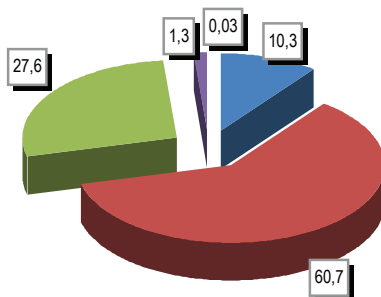


## Структура заболеваемости у детей 0 – 17 лет включительно



- Болезни органов дыхания (1 место - 60,2%)
- Травмы, отравления, несчастные случаи (2 место - 7%)
- Инфекционные и паразитарные болезни (3 место - 5,1%)
- Болезни кожи и подкожной клетчатки
- Болезни глаза и придаточного аппарата
- Прочие

## Распределение школьников по группам здоровья, 2009 год (%)

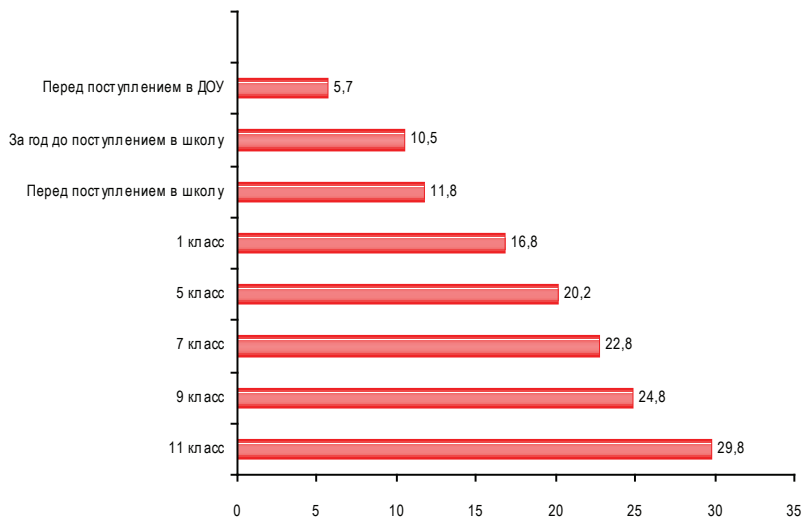


- 1 группа здоровья
- 2 группа здоровья
- 3 группа здоровья
- 4 группа здоровья
- 5 группа здоровья

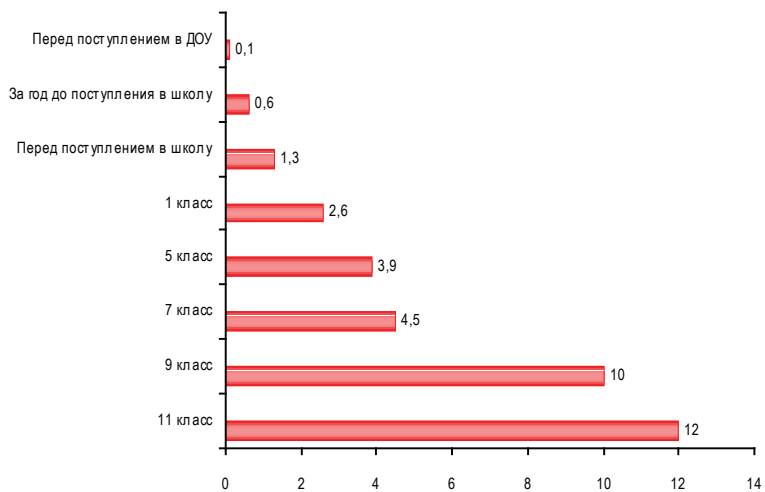


## Возрастная структура выявленной патологии по результатам профилактических осмотров

Количество детей с нарушением зрения (%)



Сколиозы (%)





## Мероприятия по совершенствованию охраны здоровья детей

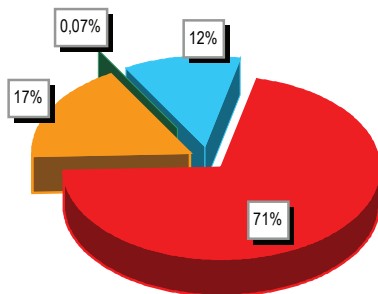
- Улучшение качества и доступности медицинской помощи детям, укрепление здоровья детского населения, снижение заболеваемости, инвалидности и смертности
- Расширение и интенсификация профилактической деятельности
- Внедрение высокотехнологичных методов диагностики и профилактики наследственных и врождённых болезней, пороков развития
- Разработка и реализация мер по улучшению показателей здоровья подростков, в том числе юношей допризывного возраста, воспитанию их в традициях здорового образа жизни, привитию им с раннего возраста навыков физической культуры, а также стремления к сохранению здоровья
- Совершенствование перинатальной помощи, развитие реанимационной помощи новорожденным детям
- Укрепление материально-технической базы службы детства, развитие реабилитационных технологий
- Внедрение в педиатрическую практику современных медико-организационных технологий
- Модернизация организации системы медицинского обеспечения детей и подростков в образовательных учреждениях
- Совершенствование форм повышения уровня профессиональной подготовки медицинских кадров

### СОХРАНЕНИЕ И УКРЕПЛЕНИЕ ЗДОРОВЬЯ ЖЕНЩИН, В ТОМ ЧИСЛЕ БЕРЕМЕННЫХ, И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В ЦЕЛОМ





## Распределение аборт по возрасту



■ До 14 лет    ■ 15-19 лет    ■ 20-34 лет    ■ Старше 34 лет



## Мероприятия по улучшению репродуктивного здоровья

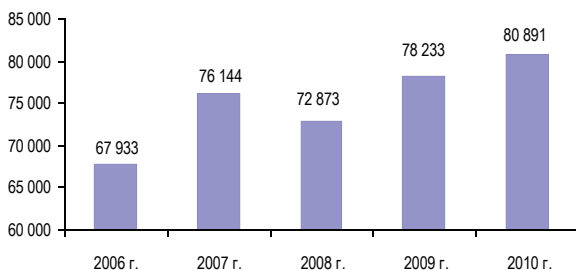
Разработка и реализация областной программы по сохранению репродуктивного здоровья, целью которой должно стать повышение уровня социально-гигиенической грамотности населения. Обязательными компонентами программы должны быть:

- половое воспитание подростков и молодёжи во всех учебных заведениях, формирующее целомудренное и ответственное отношение к сексуальному поведению (в том числе и у мужчин);
- доступная и грамотная информация (СМИ, брошюры, буклеты) для населения по вопросам социально-гигиенической, сексуальной грамотности, планирования семьи (особенно в районах области, где информированность значительно ниже, чем в городах);
- обучение медицинского персонала и педагогов не только по сугубо специальным, профессиональным вопросам, но и методике консультирования с учётом права каждого гражданина на доступную и полную информацию.



## ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ СЕМЬИ И ДЕТЕЙ В ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

**Г.В. Манюкова, начальник отдела по делам детей, женщин  
и семьи управления социальной защиты населения департамента  
труда и социального развития области**



■ Количество семей - получателей ежемесячного пособия на детей

**На учёте в региональном банке данных состоит 1106 семей (2057 детей),  
находящихся в социально опасном положении**



■ Количество семей ■ Количество детей в них



**Закон «Об охране семьи, материнства, отцовства и детства  
в Вологодской области» от 29 декабря 2003 года № 982-ОЗ  
(Постановление Законодательного Собрания Вологодской области  
от 26.12.2003 № 802)**

**В 2010 году в соответствии с Законом производятся следующие выплаты:**

- ежемесячное пособие на ребёнка в возрасте до 16 лет (на учащихся образовательных учреждений – до 18 лет) в малоимущих семьях в размере 172 руб 50 коп. (с ПК 1,15) и 187 руб. 50 коп. (с ПК 1,25). По состоянию на 1 мая 2010 года пособие перечислено 80891 получателем на 110488 детей;
- ежемесячное пособие семьям, воспитывающим детей-инвалидов в возрасте до 18 лет, в размере 1000 рублей. В 2009 году выплата пособия производилась на 2785 детей-инвалидов. По состоянию на 1 мая 2010 года пособие выплачено на 2533 детей-инвалидов;
- единовременное пособие при рождении ребёнка неработающим женщинам, не имеющим права на получение пособия по беременности и родам в соответствии с федеральным законодательством, в размере 4500 рублей. В 2009 году пособие выплачено 2811 женщинам, по состоянию на 1 мая 2010 года – 358 женщинам;
- компенсация транспортных расходов беременным женщинам из малоимущих семей, направляемым для диспансеризации, консультации, лечения и родов в специализированные учреждения. В 2009 году за компенсацией обратились 342 женщины, по состоянию на 1 мая 2010 года – 39 женщин;
- компенсация 50% от стоимости проезда в санаторно-курортные учреждения на междугородном транспорте 15 детям и лицам, их сопровождающим, на сумму 13,9 тыс. рублей (в 2010 году 2 детям и лицам, их сопровождающим, на сумму 0,7 тыс. рублей).

**В рамках указанного Закона области производятся выплаты  
независимо от доходов семьи:**

- ежемесячного пособия семьям, воспитывающим детей, больных целиакией, в размере 1200 рублей. В 2009 году выплата пособия производилась на 225 детей, по состоянию на 1 мая 2010 года пособие выплачивается на 207 детей;
- дополнительного единовременного пособия при рождении второго, третьего ребёнка в размере 2000 рублей. В 2009 году дополнительное пособие выплачено на 4782 детей, по состоянию на 1 мая 2010 года – на 694 детей;
- ежегодной денежной компенсации в размере 1440,0 рублей на семью, установленной на приобретение твёрдого топлива многодетным семьям, проживающим в домах, не имеющих центрального отопления. В 2009 году компенсация выплачена 3632 многодетным семьям, по состоянию на 1 мая 2010 года – 1057 многодетным семьям;



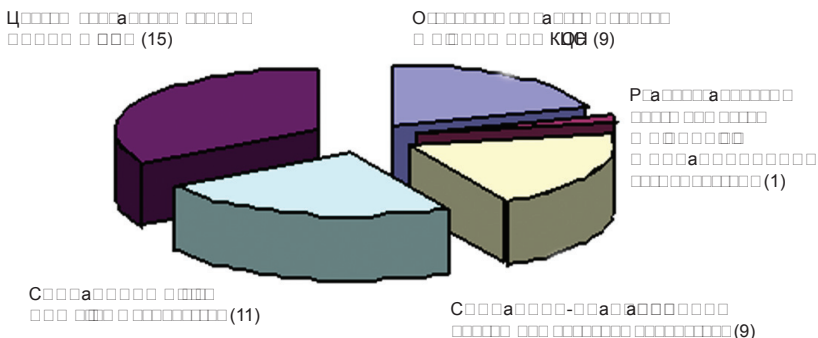


- ежегодной компенсации в размере 133,0 рублей на каждого члена семьи, установленной на приобретение сжиженного газа многодетным семьям, не пользующимся ежемесячной мерой социальной поддержки по оплате газа в размере 30 процентов. В 2009 году компенсация выплачена 4214 многодетным семьям, по состоянию на 1 мая 2010 года компенсация выплачена 1200 многодетным семьям;
- единовременного пособия отцам, воспитывающим пять и более детей, при воспитании детей не менее года без матери. В 2009 году и в течение первых 2010 года обращений за назначением указанного пособия не было;
- единовременного вознаграждения при награждении государственной наградой Вологодской области – медалью “Медаль материнства”. В 2009 году указанное вознаграждение выплачено 134 матерям.

**На сегодняшний день приоритетные задачи развития сферы социального обслуживания семьи и детей направлены:**

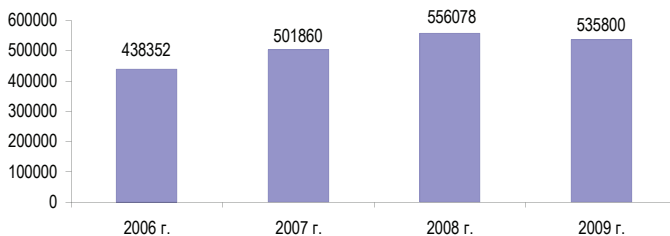
- на увеличение доли профилактики в общем объеме оказываемой семьям помощи;
- сохранение и укрепление социального здоровья семьи;
- повышение ответственности родителей за здоровье, воспитание и развитие детей.

**Сеть учреждений социального обслуживания семьи и детей Вологодской области**





Количество услуг, оказываемых семьям учреждениями социального обслуживания семьи и детей



**Новые подходы в работе с семьёй и детьми обеспечивают:**

- оказание ранней помощи и поддержки семье с целью предупреждения проблемы/ кризиса в ней;
- содействие в преодолении социальной самоизоляции семьи, находящейся в социально опасном положении;
- повышение педагогической компетенции родителей (умение учитывать возрастные и психологические особенности ребёнка).

**В период с 2006 по 2008 год специалисты учреждений социального обслуживания семьи и детей области участвовали в проекте «Реализация комплексного подхода в социальной работе с семьёй и детьми»**



В рамках проекта более 70 специалистов обучены эффективным технологиям социальной работы с семьями и детьми: «Работа с сетью социальных контактов», «Интенсивная семейная терапия», «Активная поддержка родителей детей в возрасте от 0 до 7 лет».



**На сегодняшний день 7 учреждений являются опорно-экспериментальными площадками департамента по отработке и распространению новых технологий социальной работы с семьями**



Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних Шекснинского района выбран в качестве опорно-экспериментального учреждения Минздравсоцразвития РФ

- «Ранняя профилактика социального сиротства «МОЯ МАМА» (2 учреждения)
- «Приёмная для молодёжи» – формирование сохранения и укрепление репродуктивного здоровья молодёжи, сознательное материнство и отцовство, профилактика вредных привычек (1 учреждение)
- «РАВНЫЙ-РАВНОМУ» – подготовка волонтеров по профилактике негативных явлений в молодёжной среде (1 учреждение)
- «ПАРУС» – помощь детям алкогольно-зависимых родителей (2 учреждения)
- «Служба раннего вмешательства» – педагогическая помощь родителям, воспитывающим детей с ограниченными возможностями (1 учреждение)

### Отдых детей

Показатели	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Количество детей школьного возраста, проживающих на территории Вологодской области	120132	114392	112459	113482
В том числе количество детей, отдохнувших в оздоровительных учреждениях различных типов	75098	71752	70074	70380
% от числа детей школьного возраста	62,5	62,7	62,3	62,02
<i>В том числе</i> детей, нуждающихся в особой заботе государства, охваченных организованными формами отдыха, оздоровления (дети-сироты, дети из многодетных, неполных и малообеспеченных семей, дети-инвалиды)	26238	31271	35464	38370
% от числа отдохнувших	34,9	43,6	50,6	54



## Областные целевые программы в сфере поддержки семей и детей

- «Демографическое развитие Вологодской области» на 2009, 2010 годы (утверждена Постановлением Правительства области 9 сентября 2008 года № 1713)
- «Комплексные меры противодействия злоупотреблению наркотиками и их незаконному обороту на 2010 – 2012 годы» (утверждена Постановлением Правительства области от 31 августа 2009 года № 1329)
- «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы» (утверждена Постановлением Правительства области от 9 сентября 2009 года № 1417)
- «Великий Устюг – родина Деда Мороза на 2009 – 2010 годы» (утверждена Постановлением Правительства области от 9 сентября 2008 года № 1712)
- «Организация отдыха детей, их оздоровления и занятости в Вологодской области на 2009 – 2012 годы» (Постановление Правительства области от 2 сентября 2008 года № 1679)
- долгосрочная целевая программа «Дорога к дому» на 2009 – 2012 годы (Постановление Правительства области от 3 июля 2009 года № 1025) – принята к софинансированию Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации
- Стратегический план охраны и укрепления здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы (утверждён Постановлением Правительства области от 21 октября 2002 года № 696)
- «Формирование здорового образа жизни у населения Вологодской области на 2009 – 2012 годы» (утверждена постановлением Правительства области от 14 сентября 2009 года № 1401)
- «Здоровое поколение на 2009 – 2011 годы» (утверждена Постановлением Правительства области от 30 декабря 2008 года № 1047)

**Вологодская область выбрана Фондом поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации, в качестве опорного региона по двум направлениям:**

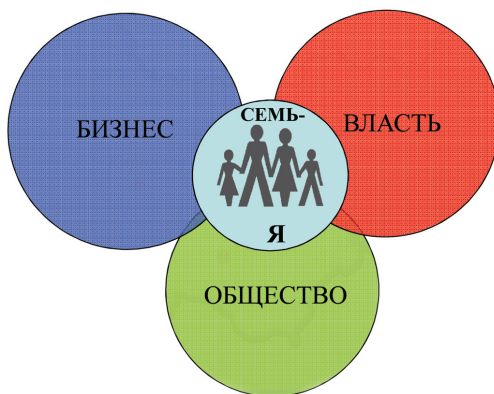
1. Внедрение инновационных технологий в новых регионах с привлечением региональных тренеров.
2. Реализация поэтапного комплексного межведомственного подхода в работе с детьми и семьями.



Тренерами государственного учреждения Вологодской области «Социально-реабилитационный центр для несовершеннолетних «Феникс» разработана программа обучения и проведены семинары по технологии «Интенсивная семейная терапия» для 67 специалистов социозащитных учреждений Архангельской области и Республики Карелия.



### Программа «Дорога к дому» – пример государственно-частного партнёрства во имя детей



- Главная цель программы – профилактика социального сиротства.
- Одной из первых в России софинансирование социальной программы инициировала Вологодская область в лице ОАО «Северсталь», Правительство Вологодской области, федерального Фонда поддержки детей, находящихся в трудной жизненной ситуации.



### Отличительные черты программы «Дорога к дому»:

- Переход от сложившейся практики разовой благотворительной помощи к системной и долгосрочной поддержке социальных программ.
- Расширенная по составу целевая группа участников (от несовершеннолетних детей, находящихся в кризисе – до будущих родителей).

**ВСЕГО около 100 тысяч человек.**

- Расширенный межведомственный состав исполнителей программы, включая сферы:
  - образования;
  - здравоохранения;
  - социальной защиты населения;
  - занятости населения;
  - НКО.

**ВСЕГО более 50 учреждений и организаций.**

- Максимальный охват программными мероприятиями муниципальных образований области – 65%.

## СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Римашевская Н.М.** — советник РАН, член-корреспондент РАН

**Доброхлеб В.Г.** — д.э.н., ведущий научный сотрудник ИСЭПН РАН

**Кройтор С.Н.** — к.с.н., зав. сектором методики и практики прикладных социологических исследований Института социологии НАН Беларуси

**Леонидова Г.В.** — к.э.н., зав. лабораторией проблем трудового потенциала ИСЭРТ РАН

**Морев М.В.** — к.э.н., научный сотрудник ИСЭРТ РАН

**Попова В.И.** — к.э.н., научный сотрудник ИСЭРТ РАН

**Попельский К.** — профессор психологии Люблинского католического университета (Польша)

**Сухоцка Л.** — доктор психологии, адъюнкт кафедры Люблинского католического университета (Польша)

**Шабунова А.А.** — к.э.н., зав. отделом исследования образа и уровня жизни ИСЭРТ РАН

**Шухатович В.Р.** — к.с.н., старший научный сотрудник Института социологии НАН Беларуси

**Маркова Н.Е.** — старший научный сотрудник ИСЭПН РАН

**Смакотина Н.Л.** — д.с.н., профессор МГУ

**Мехова А.А.** — к.ф.н., доцент, зав. кафедрой социологии, политологии и права Череповецкого государственного университета

**Манюкова Г.В.** — начальник отдела по делам детей, женщин и семьи управления социальной защиты населения Департамента труда и социального развития Вологодской области

**Для заметок**



## СОДЕРЖАНИЕ

<i>Римашевская Н.М.</i> Социальная политика сбережения народа: радикальное изменение негативного тренда здоровья российского населения .....	3
<i>Доброхлеб В.Г.</i> Динамика и структура населения России в будущем .....	25
<i>Кройтор С.Н.</i> Образование как фактор человеческого развития: проблемы доступности, качества, эффективности (по материалам опроса населения Республики Беларусь) .....	39
<i>Леонидова Г.В.</i> Перспективы формирования трудового потенциала .....	46
<i>Маркова Н.Е., Римашевская Н.М., Смакотина Н.Л.</i> Типология модификаций девиантного поведения в молодежных субкультурах.....	57
<i>Морев М.В., Попова В.И.</i> Сравнительный анализ субкультурных установок студентов г. Вологды и г. Владивостока .....	76
<i>Попельский К.</i> Семья как социальная ценность .....	81
<i>Сухоцка Л.</i> Место и значение семьи в иерархии ценностей (исследование польских и литовских студентов) .....	90
<i>Шабунова А.А.</i> Лонгитюдное исследование здоровья и развития детей: основные результаты .....	99
<i>Шухатович В.Р.</i> Показатели здоровья и здравоохранения в системе мониторинга общественного мнения населения Республики Беларусь .....	114
<b>ПРЕЗЕНТАЦИИ ДОКЛАДОВ .....</b>	<b>121</b>
<i>Мехова А.А.</i> Молодежь современного города. Здоровая среда взросления .....	122
<i>Вологодина Е.Л.</i> Развитие службы охраны материнства и детства: опыт Вологодской области .....	130
<i>Манюкова Г.В.</i> Социальная поддержка семей: опыт Вологодской области .....	143
<b>СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ.....</b>	<b>151</b>



*Научное издание*

**ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ:  
ПРОБЛЕМЫ И ПУТИ РЕШЕНИЯ**

**Материалы Международного научно-практического семинара  
(18 – 20 мая 2010 г.)**

Редакционная подготовка  
Технический редактор,  
оригинал-макет  
Корректор

Л.Н. Воронина  
А.А. Воробьева  
Е.С. Нефедова  
А.А. Парнякова

---

Подписано в печать 24.12.2010.

Формат бумаги 60/84/16. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 8,8. Печ. л. 9,5. Тираж 100 экз. Заказ №82.

---

Институт социально-экономического развития  
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а

Телефон: 54-43-85, e-mail: common@vscc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-168-8



9 785932 991688