



Федеральное государственное
бюджетное учреждение науки
Институт социально-экономического
развития территорий Российской академии наук

ТЕНДЕНЦИИ

И

ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

ТОМ 5

СОЦИАЛЬНЫЙ ВЕКТОР
РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ



Н.М. Римашевская,
чл.-кор. РАН,
д.э.н., доцент

Данная монография обобщает материалы 15-летнего исследования здоровья и развития детей, проводимого Институтом социально-экономического развития территорий РАН при методологической поддержке Института социально-экономических проблем народонаселения РАН. Специальное мониторинговое исследование динамики здоровья и его факторной обусловленности в режиме реального времени является уникальным не только для Вологодской области, но и для России. Особенности представляемой работы состоят в том, что она позволяет нам ответить на чрезвычайно важный и широкий круг вопросов: рождается человек здоровым или нет, если он нездоров, то почему, отчего он родился нездоровым; после рождения его здоровье ухудшается или улучшается; если здоровье меняется, то под влиянием каких факторов это происходит, и т.д.

Монография помогает не только осмыслить основные проблемы детства, существующие в Вологодской области и в России в целом, выявить проблемы сохранения и улучшения здоровья детей, но и способствует принятию управленческих решений, направленных на сохранение человеческого потенциала.

Из рецензии на книгу «Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга»



Н.В. Зверева,
профессор кафедры
народонаселения
экономического
факультета МГУ
им. М.В. Ломоносова

Работа хорошо структурирована, отличается убедительностью, последовательным использованием такого источника данных, как социологические исследования, новых для подобных исследований (факторный анализ) или редко применяемых (ГМЕР) методов. Можно только согласиться с основной идеей авторов, пронизывающей всю работу, а именно: репродуктивное поведение выступает непосредственным фактором рождаемости, «передаточным звеном» от условий жизни как ее общей основы к результату – демографическим показателям, характеризующим этот процесс.

В работе обоснована необходимость организации межведомственного взаимодействия для решения задач демографической политики, совершенствования статистической базы, проведения мониторинга демографической ситуации, демографической экспертизы принимаемых решений...

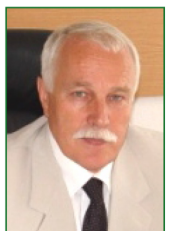
*Из рецензии на книгу «Репродуктивное поведение как фактор
воспроизводства населения: тенденции и перспективы»*

Информация и исследования по анализу проблем насильственной смертности (алкоголизм, наркомания, криминальные явления), на мой взгляд, заслуживают самой высокой оценки. Стыдно слышать о том, что Россия в пятёрке лидеров по количеству совершённых убийств и самоубийств. И у нас в области эти процессы вызывают большую тревогу. Достаточно несколько дней подряд почитать ежедневную сводку совершённых на территории области преступлений.

Авторами проделана большая работа по выявлению групп риска насильственной смертности, определению наиболее актуальных проблем в сфере профилактики, разработке конкретных мероприятий по их устранению.

Все это крайне важно для разработки эффективных направлений социальной политики по снижению уровня насильственной смертности и оптимизации демографической ситуации.

Из рецензии на книгу «Проблемы насильственной смертности в России»



И.А. Поздняков,
советник
Главы г. Вологды

Федеральное агентство
научных организаций

Российская
академия наук

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт социально-экономического развития территорий
Российской академии наук



ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

Научные труды 2011–2015 гг.

В 6 томах

Научный руководитель
доктор экономических наук, профессор,
заслуженный деятель науки РФ
Ильин Владимир Александрович

Том 5

Социальный вектор развития территорий

Вологда • 2015

УДК 330.34(470)
ББК 65.9(2Рос)
Т33

Публикуется по решению
Ученого совета ФГБУН ИСЭРТ РАН

Т33 Тенденции и проблемы развития территорий [Текст] : научные труды 2011–2015 гг. : в 6 т. / под науч. рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2015.

ISBN 978-5-93299-307-1

Редакционная коллегия издания:

Ильин В.А. (председатель),
Гулин К.А. (зам. председателя), Ускова Т.В. (зам. председателя),
Шабунова А.А. (зам. председателя), Сычев М.Ф. (зам. председателя), Бабиц Л.В.,
Калачикова О.Н., Леонидова Г.В., Морев М.В., Теребова С.В., Третьякова О.В.

Первый сборник избранных научных трудов ИСЭРТ РАН (в трех томах) был издан в 2005 г. В нем были представлены результаты исследований 1991–2004 гг. по проблемам, связанным с переходом от административно-командной системы к рыночным принципам хозяйствования, проанализированы причины допущенных при этом потерь, предложены механизмы наращивания темпов экономического и социального развития территорий. Через пять лет – в 2010 году – вышло второе издание трудов ИСЭРТ РАН (уже в четырех томах), в которых освещались вопросы, возникшие в ходе восстановительного роста отечественной экономики и преодоления последствий кризиса 2008–2009 гг., особый упор сделан на возможности и резервы ускорения регионального развития.

Настоящий выпуск трудов ИСЭРТ РАН представляет собой шеститомник, в который включены исследования по актуальным вопросам территориального развития, выполненные за пятилетие 2011–2015 гг. Этот период оказался наиболее сложным, во многом переломным для выработки как стратегии, так и тактики реализации задач поступательного развития страны. В сложившихся условиях коллектив Института сосредоточил внимание на поиске организационно-экономических механизмов и активных управленческих воздействий на формирование нового облика России, который обеспечит ей достойное место в современном мире.

Третий выпуск трудов, как и два предыдущих, является во многом результатом постоянно развивающегося сотрудничества ИСЭРТ с ведущими институтами РАН – Институтом экономики, ИНП, ИСПИ, Институтом социологии, ЦЭМИ и другими научными учреждениями, занимающимися социально-экономической тематикой. Коллектив ИСЭРТ выражает признательность их сотрудникам, а также всем, кто делился своими знаниями и опытом.

Издание предназначается работникам органов власти и управления федерального, регионального и муниципального уровней, руководителям предприятий, научным сотрудникам, преподавателям, аспирантам, магистрантам и студентам, всем, кто интересуется проблемами региональной экономики, социально-экономического развития российских территорий.

УДК 330.34(470)
ББК 65.9(2Рос)

ISBN 978-5-93299-307-1

© ФГБУН ИСЭРТ РАН, 2015
© Ильин В.А., 2015

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

Научные труды
В 6 томах

Том 1

Эффективность государственного управления и социально-экономическое развитие территорий

Проблемы эффективности государственного управления.
Тенденции рыночных трансформаций. Кризис бюджетной системы.
Роль частного капитала. Стратегия-2020: проблемы реализации

Региональная политика территориального развития

Эффективность государственного управления в оценках населения
(по материалам исследований ИСЭРТ РАН)

Том 2

Управление экономическим базисом развития территорий

Проблемы экономического роста территории

Агропромышленный комплекс региона:
состояние, тенденции, перспективы

Лесной комплекс: управление инновационным развитием

Том 3

Социально-экономическое развитие локальных территорий

Социально-экономические проблемы локальных территорий

Экономическое развитие крупного города:
состояние, проблемы, перспективы

Социально-экономический ресурс туризма

Том 4

Формирование и воспроизводство человеческого потенциала территорий

Человеческий капитал территорий:
проблемы формирования и использования

Молодежь современной России – ключевой ресурс модернизации

Уровень жизни и социальная реальность: мониторинг перемен

ТОМ 5

СОЦИАЛЬНЫЙ ВЕКТОР РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга

Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения:
тенденции и перспективы

Проблемы насильственной смертности в России

Том 6

Модернизация: институты, инструменты, измерения

Социально-экономическая модернизация России:
региональный аспект

Социальная структура и мобильность в российском обществе

Международное научно-техническое сотрудничество:
региональный аспект
(на примере СЗФО и Республики Беларусь)

УДК 330.34(470)
ББК 65.9(2Рос)
Т33

Публикуется по решению
Ученого совета ФГБУН ИСЭРТ РАН

Т33 Тенденции и проблемы развития территорий [Текст] : научные труды 2011–2015 гг. : в 6 т. Т. 5 : Социальный вектор развития территорий / под науч. рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2015. – 584 с.

ISBN 978-5-93299-312-5 (т. 5)

ISBN 978-5-93299-307-1

Коллектив авторов тома 5
под научным руководством д.э.н., проф. Ильина В.А.:
Гулин К.А., Шабунова А.А., Калачикова О.Н., Кондакова Н.А.,
Морев М.В., Попова В.И.

В томе представлены основные труды сотрудников ИСЭРТ РАН, опубликованные в 2011–2015 гг. по проблеме общественного здоровья, его взаимосвязи с демографическим и социально-экономическим развитием территорий. Вопросы качества жизни, численности и качества самого населения приобретают высочайшую значимость для обеспечения гармоничного функционирования регионов, в том числе экономического. В этой связи особую актуальность представляют исследования воспроизводства населения и общественного здоровья. Современные концепции здоровья уделяют большое внимание его профилактике, и в первую очередь – образу жизни населения, исследовать который невозможно без специальных обследований, в том числе с помощью социологических методов. Результаты комплексных многолетних мониторингов, проводимых в Институте, представлены на страницах настоящего тома.

УДК 330.34(470)

ББК 65.9(2Рос)

ISBN 978-5-93299-312-5 (т. 5)
ISBN 978-5-93299-307-1

© ФГБУН ИСЭРТ РАН, 2015
© Ильин В.А., 2015

ПРЕДИСЛОВИЕ К ИЗДАНИЮ

Началом постсоветской истории России стало проведение рыночных экономических и политических трансформаций радикальным образом. Примененные при этом методы шоковой терапии – ускоренная приватизация общенародной собственности, либерализация цен, отмена монополии внешней торговли – привели к беспрецедентному спаду производства. За 1991–1998 гг. объем валового внутреннего продукта страны сократился на 55%, т.е. более чем в два раза. Финансово-экономический кризис 1998 г. был моментом отрезвления российской власти и общества, позволил освободиться от иллюзий по поводу радикальных реформ. Благодаря этому в 1999–2008 гг. российская экономика восстановилась, достигнув темпа роста почти 7% в год. Однако еще один мировой финансовый кризис, конца 2008–2009 гг., привел к новому спаду (в 2009 г. – на 8%). Начавшийся затем подъем уже в 2014 г. практически приостановился. В итоге вышло так, что более чем за два десятилетия увеличения выпуска продукции в стране не произошло. И хотя Россия осталась державой первого порядка по размеру территории, природным ресурсам, военно-стратегическим возможностям, политическому престижу во многих международных организациях, она оказалась ныне государством второго порядка по степени развития экономики, включенности в мирохозяйственную систему, по качеству жизни, участию в информационной и научно-технической революции и ряду других показателей эффективности хозяйствования. Перед страной остро встала проблема адекватного и своевременного ответа на глобальные вызовы.

В этой противоречивой по содержанию и результатам обстановке проходило становление научного учреждения, которое называется сегодня Институтом социально-экономического развития территорий Российской академии наук.

Его история началась почти 25 лет назад – в конце 1990 года, когда директор Института экономических проблем Кольского научного центра Академии наук СССР Г.П. Лузин издал приказ о создании Вологодского научно-координационного центра на правах отдела указанного института. Последующее развитие этой первой ячейки академической науки на Вологодчине проходило в условиях, связанных с проблемами рыночных трансформаций в стране.

Много усилий в обстановке неустойчивости развития понадобилось для кадрового наполнения новой ячейки квалифицированными специалистами, расширения объемов научно-исследовательских работ, повышения их актуальности и качества, укрепления научно-производственной базы учреждения.

За 25 лет менялись название и статус учреждения. В 1993 году ВНКЦ стал самостоятельным научным подразделением в составе Отделения экономики РАН. В 1997 году состоялась государственная регистрация учреждения как Вологодского научно-координационного центра Центрального экономико-математического института РАН. Обобщающим итогом последующего роста масштабов деятельности и качества исследований стало принятие Президиумом РАН постановления от 31 марта 2009 г. № 96, согласно которому Центр был переименован в учреждение Российской академии наук – Институт социально-экономического развития территорий РАН.

С каждым преобразованием появлялись новые возможности развития. Целеустремленно реализуя эти возможности, учреждение укрепляло свой авторитет в научном сообществе России. Поступательное накопление научных разработок создало условия для издания публикаций наиболее значимых исследовательских работ в виде собрания научных трудов.

В 2005 году, когда ИСЭРТ РАН имел еще статус ВНКЦ ЦЭМИ РАН, вышло в свет первое собрание избранных работ его сотрудников под заглавием «Тенденции и проблемы развития региона» в 3-х частях¹. В 2010 году выпущено под тем же заглавием второе собрание трудов ИСЭРТ РАН в 4-х томах². Оно было посвящено 20-летию его деятельности.

Выход в свет настоящего собрания приурочен к 25-летию со дня основания ИСЭРТ. Его название – «Тенденции и проблемы развития территорий» – отражает суть научно-исследовательских работ, проводившихся Институтом в последние пять лет. Собрание состоит из избранных трудов, созданных после получения Институтом статуса федерального государственного бюджетного учреждения науки.

Вполне естественно, что собрание отражает прежде всего основные направления научной деятельности ИСЭРТ, которые были утверждены в 2009 году постановлением Президиума РАН. Конкретное содержание этих направлений следующее:

1. Проблемы экономического роста, научные основы региональной политики, устойчивого развития территорий и муниципальных образований и трансформации социально-экономического пространства.
2. Интеграция регионов в глобальные экономические и политические процессы, проблемы экономической безопасности и конкурентоспособности территориальных социально-экономических систем.

¹ Тенденции и проблемы развития региона: научные труды: в 3 ч. – Вологда: ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005.

² Тенденции и проблемы развития региона: научные труды: в 4 т. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011.

3. Развитие социально-экономических систем, применение новых форм и методов территориальной организации общества и хозяйства, развитие рекреационной сферы территорий.

4. Территориальные особенности уровня и образа жизни, стратегий поведения и мировоззрения различных групп российского общества.

5. Социально-экономические проблемы преобразования научной и инновационной деятельности территорий.

6. Разработка проблем информатизации общества, интеллектуальных технологий в информационных и территориальных системах, науке и образовании.

Эти направления текущей деятельности ИСЭРТ органически связаны с обеспечением реализации Программы фундаментальных научных исследований государственных академий наук на 2013–2020 гг., утвержденной Правительством Российской Федерации.

Отобранные редколлегией труды сформированы в шесть томов, каждый из них включает работы, объединенные той или иной исследовательской концепцией, суть которой выражена в названии тома.

В первом томе «Эффективность государственного управления и социально-экономическое развитие территорий», содержащем тексты опубликованных монографических работ, рассматриваются проблемы, решение которых имеет первостепенную значимость для ускорения социально-экономического развития регионов и страны в целом. Дается оценка эффективности государственного управления в России в период рыночных трансформаций. Выделяются ключевые факторы, которые отрицательно влияют на темпы экономического роста. В фокусе включенных в том работ находится один из базовых аспектов государственного управления – бюджетная политика. На основе комплексного анализа деятельности ведущих российских корпораций черной металлургии делается вывод о неэффективности проводимой в стране бюджетно-налоговой политики и предлагаются варианты изменения ее действующей парадигмы.

В томе излагаются вопросы повышения эффективности федеральной региональной политики по развитию муниципальных образований. Заключает том работа, в которой рассматривается эффективность государственного управления в оценках населения.

Авторы работ, опубликованных в томе, – д.э.н., профессор В.А. Ильин, д.э.н. Т.В. Ускова (отв. за подготовку), А.И. Поварова, Н.В. Ворошилов, к.э.н. М.В. Морев.

Второй том «Управление экономическим базисом развития территорий» включает труды ИСЭРТ, в которых речь идет об обеспечении динамичного роста экономики территорий. При этом авторы исходят из того, что это не только главная цель, но и основное средство для преобразований в стране и выхода ее на достойные позиции в мире. В отобранных для воспроизведения в том монографиях даётся анализ причин и факторов, ограничивающих экономический рост, высказываются предложения о составе механизмов, позволяющих в наибольшей степени использовать имеющийся в регионах потенциал экономического роста в ведущих секторах материального производства. Рассматриваются проблемы и пути обеспечения экономического роста в ведущих производственных комплексах Вологодской области – агропромышленном и лесном. Обосновывается необходимость активизации инвестиционных процессов в экономике регионов, их инновационной направленности для обеспечения резкого роста производительности труда, снижения общих и удельных издержек производства, повышения его рентабельности и других показателей, характеризующих уровень экономической эффективности.

Авторы работ, опубликованных в том, – д.э.н. Т.В. Ускова (отв. за подготовку), к.э.н. Е.В. Лукин, Т.В. Воронцова, Т.Г. Смирнова, к.э.н. Р.Ю. Селименков, д.э.н. П.М. Советов, к.э.н. А.Н. Чекавинский.

В третий том «Социально-экономическое развитие локальных территорий» включены работы, которые характеризуют возрастающую роль в экономическом, социальном и политическом развитии страны института местного самоуправления. Обосновывается, что именно местное самоуправление является той структурой публичной власти, которая наиболее приближена к населению, обеспечивает гражданам защиту интересов, обусловленных совместным проживанием на определенной территории. Авторы доказывают, что в недрах местного самоуправления таится потенциал, способный обеспечить устранение многих кризисных явлений в российском обществе, придать дополнительные стимулы развитию Российского государства в целом. Одновременно в представленных работах утверждается, что для реализации своего предназначения местному самоуправлению требуется найти действенные механизмы укрепления экономической базы муниципальной власти, органичного сочетания интересов жителей локальных территорий, муниципальных районов и городских округов, регионов с интересами государственными. В томе подробно раскрыт социально-экономический ресурс туризма, которым оказались богато наделены муниципальные образования Европейского Севера России.

Авторы работ, опубликованных в томе, – д.э.н. Т.В. Ускова (отв. за подготовку), Н.В. Ворошилов, Е.А. Гутникова, к.э.н. С.А. Кожевников, к.э.н. А.Н. Чекавинский, к.э.н. Е.В. Лукин, Л.В. Дубиничева, к.э.н. В.С. Орлова.

Четвертый том «Формирование и воспроизводство человеческого потенциала территорий» охватывает работы, в которых рассматриваются вопросы, имеющие ключевое значение для возрождения России, – развитие человека, его культуры, знаний, умений, рост жизненного потенциала, материального благополучия населения, оздоровление и обогащение его нравственно-духовного состояния. В этих работах обосновывается настоятельная необходимость сделать стратегическим приоритетом не только и не столько новую технику, сколько человека, наращивание человеческого капитала. Ныне это становится залогом успеха всех других начинаний, главным показателем эффективного государственного управления. В работах, помещенных в том, подчеркивается неотложность преодоления избыточной социальной и имущественной дифференциации населения. Принципиально значимый вывод из публикуемых работ состоит в том, что важнейшим ресурсом модернизации страны является молодежь.

Авторы работ, опубликованных в томе, – к.э.н. Г.В. Леонидова (отв. за подготовку), д.э.н. А.А. Шабунова, к.э.н. К.А. Устинова, А.В. Попов, А.М. Панов, к.э.н. М.А. Головчин, Т.С. Соловьева, к.э.н. Е.А. Чекмарева, М.А. Антонова (Груздева), И.Н. Дементьева, В.С. Каминский, к.э.н. О.Н. Калачикова, Т.П. Кожина, Н.А. Кондакова, к.э.н. М.В. Морев, Г.В. Белехова, А.И. Россошанский.

В пятый том «Социальный вектор развития территорий» вошли труды, охватывающие исследования, раскрывающие взаимосвязь общественного здоровья с демографическим и социально-экономическим развитием. Исследования показывают, что здесь сложилась ситуация, в которой роль медицины состоит прежде всего в сдерживании негативных явлений. В этих условиях важно усилить внимание к профилактике здоровья. В публикуемых работах излагаются теоретико-методологические подходы к оценке образа жизни населения, определению целей и путей его формирования на перспективу. Подробно рассматриваются такие ключевые вопросы этой проблемы, как здоровье детей, репродуктивное поведение населения, меры по реальному сбережению и росту его численности.

Авторы работ, опубликованных в томе, – д.э.н. А.А. Шабунова (отв. за подготовку), к.э.н. М.В. Морев, к.э.н. О.Н. Калачикова, Н.А. Кондакова, д.э.н. К.А. Гулин, к.э.н. В.И. Попова.

В шестом томе «Модернизация: институты, инструменты, измерения» публикуются работы, в которых подробно рассматриваются состояние и проблемы развития процессов модернизации экономики в регионах России, освещаются организационно-экономические механизмы обеспечения реального продвижения по этому пути. Авторы останавливаются на методологических аспектах оценки уровня модернизации территорий, представляют эмпирические данные, позволяющие определить приоритеты модернизационных мероприятий на ближайшую, среднесрочную и стратегическую перспективу. Принципиальную значимость на этом пути, по мнению исследователей, имеет решение вопросов социально-культурного развития.

В томе представляются результаты исследований ИСЭРТ, связанные с выявлением резервов ускорения модернизации на базе расширения международного научно-технического сотрудничества.

Авторы работ, опубликованных в томе, – д.э.н. К.А. Гулин (отв. за подготовку), д.э.н. А.А. Шабунова, к.э.н. М.А. Ласточкина, Т.С. Соловьева, к.э.н. К.А. Задумкин, к.э.н. С.В. Теребова, В.В. Гончаров, В.А. Колотухин, Д.В. Никеевко.

Хотя общий объем шеститомника весьма солиден, но это лишь часть работ, выполненных и опубликованных ИСЭРТ РАН за 2011–2015 гг. Их полный перечень можно найти на веб-сайте Института.

Вместе с тем редколлегия считает, что настоящее издание дает возможность читателям убедиться в том, что исследования ИСЭРТ РАН затрагивают проблемы, решение которых важно не только в территориальном, но и в общенациональном аспекте. Поиск путей повышения эффективности государственного управления, ускоренного развития экономики на основе инноваций, укрепления национальной безопасности и решения многих других проблем российского общества – все это находится в планах дальнейшего развития и укрепления конкурентоспособности ИСЭРТ РАН. Мы желаем жить в государстве социальной справедливости, обеспечивающем постоянный рост качества жизни, наращивание человеческого потенциала, в стране, которая занимает достойное место в мировом хозяйстве, демонстрирует высокую производительность труда, обладает передовыми технологиями, фундаментальной наукой, серьезным образованием и высокой культурой.

В.А. Ильин

*директор ИСЭРТ РАН, д.э.н., профессор,
заслуженный деятель науки РФ*

ПРЕДИСЛОВИЕ К ТОМУ 5

Новый этап глобализации в рамках «поствашингтонского» консенсуса определяет роль социальной сферы в качестве инструмента социальной безопасности и социальной защиты населения. Вопросы качества жизни, численности и качества самого населения приобретают высочайшую значимость для обеспечения развития территории, в том числе экономического¹. В этой связи особую актуальность стали представлять исследования воспроизводства населения и общественного здоровья.

В пятый том вошли труды, выполненные учеными отдела исследования уровня и образа жизни населения ИСЭРТ РАН за последние пять лет. Они охватывают круг вопросов, раскрывающих взаимосвязь общественного здоровья с демографическим и социально-экономическим развитием территорий. В сложившейся ситуации снижения потенциала общественного здоровья роль медицины состоит, скорее, в сдерживании этих негативных явлений, нежели кардинальной «победе над болезнями». Современные концепции здоровья уделяют большое внимание его профилактике, и в первую очередь – образу жизни населения, исследовать который невозможно без специальных обследований, в том числе с помощью социологических методов.

Открывает сборник работа «Здоровье детей: итоги пятнадцатилетнего мониторинга», подготовленная коллективом авторов в составе А.А. Шабуновой, М.В. Морева, Н.А. Кондаковой. В монографии представлены итоги уникального проспективного 15-летнего мониторинга условий формирования здоровья молодого поколения, позволившего отследить влияние внешних и внутренних факторов на здоровье детей от рождения до совершеннолетия. Исследование осуществляется Институтом социально-экономического развития территорий РАН с 1995 г. при поддержке Правительства Вологодской области и Института социально-экономических проблем народонаселения РАН.

Прообраз мониторинга – исследование здоровья и развития детей (NCDS), проводимое в Великобритании с 1958 г. Национальным учреждением детства (NCB) и продолженное в 1985 г. Центром многолетних исследований (CLS).

¹ Римашевская Н.М. Социальный вектор развития России // Экономические и социальные перемены. – 2004. – Вып. 25. – С. 8.

Суть нашего исследования заключается в том, чтобы на протяжении многолетнего периода проследить изменения, происходящие в здоровье детской популяции на территории Вологодской области. Наблюдение методом мониторинга когорт позволило в период с 1995 года по настоящее время получать в режиме реального времени объективную и достоверную информацию о здоровье и развитии детей, об определяющих факторах.

Участниками мониторинга являются не только сами дети и их родители, но и врачи, медсестры, ученые, представители органов власти различного уровня. Комплексный характер исследования дал возможность достигнуть результатов, которые будут полезны работникам органов управления здравоохранения, образования, социальной защиты, научным работникам, чьи профессиональные интересы лежат в области демографии, экономики, здоровья и семейной политики, и интересуют всех, кто занимается воспитанием ребенка или готовится к этому.

Вторая книга – «Репродуктивное поведение как фактор воспроизводства населения: тенденции и перспективы» О.Н. Калачиковой и А.А. Шабуновой. В этой монографии представлены результаты исследования репродуктивного поведения населения и факторов, его определяющих. Описаны современное состояние, тенденции и проблемы демографического развития и поведения населения на уровне страны и региона. Предложены и обоснованы стратегические направления решения выявленных проблем.

Основы исследования заложены в 2004 году, когда по инициативе и при поддержке Департамента здравоохранения Вологодской области было начато исследование репродуктивного здоровья населения как продолжение исследования здоровья детей. Мониторинг выявил, что здоровье родителей, в частности репродуктивное, имеет значимое влияние на здоровье детей и своевременная диагностика и коррекция его состояния, а также профилактика позволят сократить потери потенциала общественного здоровья.

В 2005 г. был проведен массовый опрос населения с целью дополнения полученных данных и начато изучение репродуктивного поведения населения в гендерном разрезе. В 2006 и 2009 гг. в рамках российско-американского проекта «Мать и Дитя» осуществлялось исследование медико-гигиенической грамотности женщин и эффективности разработанных превентивных мер abortивного поведения.

Главный итог данного направления работы – обоснование необходимости межведомственного взаимодействия по формированию грамотного, ответственного отношения к половой жизни и родительству у населения в целом (не только женщин).

В 2007, 2008, 2010–2014 гг. продолжен мониторинг репродуктивного здоровья и поведения населения, позволивший выявить факторы репродуктивного выбора и предложить организационный механизм регулирования репродуктивного поведения для формирования «новых» социальных норм детности и создания условий более полной реализации репродуктивных планов населения.

Основными процессами, формирующими «демографический» облик территории, являются смертность и рождаемость населения. Рост смертности в России в первой половине 1990-х годов был столь значительным, что ученые и политики стали говорить о массовом вымирании населения страны, демографической катастрофе и даже о геноциде русского народа². Лишь после 2005 г. наметилась тенденция снижения общего коэффициента смертности населения. Особую остроту проблеме высокой смертности придает тот факт, что в структуре ее причин более 40%³ составляют предотвратимые. Здоровое общество характеризуется не только физическим его аспектом, но и духовным, и социальное здоровье не менее важный его приоритет. С 2010 г. в ИСЭРТ РАН проводятся исследования социального здоровья. В их рамках общественное психическое здоровье и суицидальное поведение рассматриваются как индикаторы, отражающие степень социально-психологической адаптации общества к условиям жизни. Еще одним важным индикатором социального здоровья является уровень преступности и насильственной смертности населения.

Данной проблеме посвящена третья книга – «Проблемы насильственной смертности населения в России», подготовленная М.В. Моревым, А.А. Шабуневой, К.А. Гулиным, В.И. Поповой. Монография является результатом исследований, проведенных ИСЭРТ РАН в области социаль-

² Глазьев С.Ю. Геноцид. – М.: Терра, 1998. – 319 с.; Захаров С.В. Когортный анализ смертности населения России. – URL: http://www.demoscope.ru/center/zacharov/zachar_rus.html; Стратегия демографического развития России / под ред. В.Н. Кузнецова и Л.Л. Рыбаковского. – М.: ИСПИ РАН, 2005.

³ Сабгайда Т.П. Возрастные особенности предотвратимой смертности населения России [Электронный ресурс] // Демоскоп Weekly. – 2013. – № 577-578. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2013/0577/analit02.php#_FN_7

ного здоровья и распространения социальных патологий в Российской Федерации. Представлен системный анализ условий и факторов формирования насильственных причин смертности в России. Раскрыты их демографические и социально-экономические последствия.

Подробно рассматриваются региональные особенности формирования социального здоровья за период с 1990 по 2010 г. На основе обобщенного зарубежного и отечественного опыта представлены подходы к организации системы профилактики насильственных причин смертности с учетом региональной специфики субъектов Российской Федерации.

В целом можно сказать, что работы, вошедшие в данный том, развивают как теоретико-методологические, так и прикладные компоненты исследований. Эти работы свидетельствуют, что в данном направлении учеными ИСЭРТ РАН накоплен определенный потенциал для дальнейшего качественного роста и повышения вклада в академическую науку.

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ИТОГИ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА

**ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ:
ИТОГИ
ПЯТНАДЦАТИЛЕТНЕГО
МОНИТОРИНГА**



К ЧИТАТЕЛЯМ



Демографическая и социально-экономическая ситуация в России в конце XX – начале XXI в. характеризуется пересечением двух независимых процессов: с одной стороны, демографического, характеризующегося активным старением населения, а с другой – перехода от природоориентированных к инновационным технологиям. Успех реализации этого перехода зависит от доли молодых когорт в структуре рабочей силы, способных особенно эффективно осваивать технологии.

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

Данная монография обобщает материалы 15-летнего исследования здоровья и развития детей, проводимого Институтом социально-экономического развития территорий РАН при методологической поддержке Института социально-экономических проблем народонаселения РАН. Специальное мониторинговое исследование динамики здоровья и его факторной зависимости в режиме реального времени является

уникальным не только для Вологодской области, но и для России. Оно позволяет увидеть трансформацию личности и зависимости этих изменений от непосредственно и опосредованно влияющих на нее факторов. Особенности представляемой работы состоят в том, что она позволяет нам ответить на чрезвычайно важный и широкий круг вопросов: рождается человек здоровым или нет, если он нездоров, то почему, отчего он родился нездоровым; после рождения его здоровье ухудшается или улучшается; если здоровье меняется, то под влиянием каких факторов это происходит и т.д.

Монография помогает осмыслить основные проблемы детства, существующие в Вологодской области и в России в целом, не только выявить проблемы сохранения и улучшения здоровья детей, но и способствовать принятию управленческих решений, направленных на сохранение человеческого потенциала.

*Член-корреспондент РАН,
д.э.н. Н.М. РИМАШЕВСКАЯ*

ПРЕДИСЛОВИЕ



Трансформационные процессы, протекавшие в стране на рубеже XX и XXI вв., отразились на широких слоях российского общества. На современном этапе развития российская экономика и социальная сфера нуждаются в модернизации, создании условий для эффективного функционирования с учетом актуальных проблем общества.

Важнейшим условием преобразований является научная обоснованность и прогнозирование каждого шага планируемых преобразований.

Президентом, Правительством Российской Федерации перед региональными властями и органами местного самоуправления поставлены задачи сохранения и укрепления здоровья населения. Для их решения требуется не только модернизация системы здравоохранения, образования, социального обслуживания, но и направленность политики на повышение ответственности самих граждан за сохранность своего здоровья, здоровья своих детей.

Грамотный подход к делу реформирования социальной сферы невозможен без консолидации усилий науки и власти. На мой взгляд, многолетнее сотрудничество, которое сложилось между учреждением Российской академии наук ИСЭРТ РАН и Департаментом здравоохранения Вологодской области, стимулирует диалог представителей науки и власти по вопросам, касающимся актуальных проблем в сфере сохранения и укрепления здоровья населения, что способствует повышению эффективности региональной политики.

Предлагаемая вниманию читателей книга является ярким доказательством плодотворного сотрудничества Института РАН с управленческими кругами. В ней освещен комплекс актуальных на сегодняшний день проблем и предложены методы их решения.

Авторы справедливо отмечают, что решение демографических задач в первую очередь зависит от того, насколько будут реализованы возможности сохранения и укрепления здоровья подрастающего поколения. В условиях ограниченности ресурсов роль научных разработок, подобных исследованию ИСЭРТ РАН, возрастает многократно, поскольку они наглядно демонстрируют, какими путями следует идти в целях достижения максимальной эффективности региональной политики.

Монография может быть рекомендована к использованию в практической работе учреждений образования, здравоохранения. Представленные результаты имеют неопределимое значение для разработки основ региональной политики в области материнства и детства.

*Начальник Департамента здравоохранения
Вологодской области к.м.н., заслуженный врач России
А.А. КОЛИНЬКО*

ВВЕДЕНИЕ

Сохранение и укрепление здоровья населения как национального богатства и фактора, определяющего состояние человеческого потенциала, является важнейшей задачей общества. В трансформационной среде её решение приобретает исключительное значение, становясь главным условием существования социума и безопасности.

Детское здоровье, которое определяет потенциал страны в будущем, служит важнейшим показателем не только эффективности государственной политики, но и благополучия нации в целом. В связи с этим на проблемы детства и положение детей все чаще обращают внимание представители властных структур, научных кругов, общественных организаций. Вследствие стремительных экономических, политических, духовных и иных преобразований, происходящих в постсоветской России, понятие детского здоровья получает новую интерпретацию в системе национальной безопасности. Именно поэтому в 80-х гг. XX века в отечественной науке появилась идея о необходимости всестороннего изучения детского здоровья и развития, которая в 90-х гг. нашла свое отражение в масштабном и долгосрочном мониторинге «Оценка условий формирования здорового поколения», осуществляемом в Вологодской области в течение 15 лет.

Суть исследования заключается в том, чтобы на протяжении многолетнего периода проследить изменения, происходящие в здоровье детской популяции на территории региона.

Для решения этой задачи был выбран метод мониторинга когорт; выборку составили семьи, в которых родились дети в мае 1995 г. в городах Вологде, Череповце и городах – районных центрах – Великом Устюге, Кириллове и поселке городского типа Вожега (позже в выборку были

включены дети 1998, 2001 и 2004 годов рождения). Наблюдение позволило получать в режиме реального времени объективную и достоверную информацию о здоровье и развитии детей, об определяющих факторах.

В начале исследования мы ставили перед собой цель оценить состояние детского здоровья и проследить динамику его изменения. Однако по мере осуществления мониторинга его результаты становились все более и более значимыми, требующими более глубокой интерпретации. Оглядываясь назад, мы можем отметить, что тот потенциал, который изначально был заложен в мониторинге детского здоровья, спустя 15 лет проявил себя в полной мере. Сегодня для нас очевидно, что данные, выявленные в ходе исследования, оказались своевременными, востребованными и новаторскими. Они открыли широкие перспективы для сохранения и укрепления человеческого потенциала.

Ориентированность результатов на будущее мы считаем главным условием любого исследования, претендующего на успешность. С этой точки зрения мы и попытались оценить современные тенденции и перспективы детского здоровья в России. Однако прежде чем ознакомить читателя с содержанием проблемы, мы хотели бы заострить его внимание на главной идее, которой посвящено наше исследование и которую мы стремились донести до всех лиц, заинтересованных в сохранении детского здоровья. Отметим, что монография рассчитана не только на тех людей, чьи профессиональные интересы лежат в области демографии и экономики. Полученная нами информация будет интересна всем, кто занимается воспитанием ребенка или готовится к этому, поскольку она затрагивает реальные вопросы образа жизни, медицинской активности и сохранения оптимальной психологической атмосферы в семье с момента зачатия ребенка до достижения им подросткового возраста.

Основная идея исследования состояла в том, чтобы показать, каким образом условия среды влияют на здоровье и развитие ребенка. Этот вопрос мы рассматривали на двух уровнях: как изменяются качественные характеристики детского поколения в зависимости от социально-экономической ситуации в стране и регионе; как изменяется здоровье детей в условиях динамики семейного образа жизни. Семья, как

известно, не может не ощущать на себе тяготы преобразований, происходящих на государственном уровне. Поэтому мы убеждены, что реальную ситуацию можно оценить только учитывая комплексную информацию: результаты углубленного мониторинга и данные официальной статистики.

Столь масштабные задачи нельзя было решить при помощи одного среза социологической информации. Требовалось лонгитюдное исследование, которое могло бы отразить все нюансы изменений детского здоровья в различные периоды жизни.

В 1995 г. на базе Института социально-экономического развития территорий РАН (тогда ВНКЦ ЦЭМИ РАН) при непосредственной поддержке Администрации Вологодской области был осуществлен первый срез социологической информации в рамках мониторинга «Оценка условий формирования здорового поколения». Было ли это продиктовано объективными условиями ухудшения демографической ситуации, падением рождаемости, ростом детской и материнской смертности, снижением качества детского потенциала? Или причина в том, что данное исследование вызвало неподдельный интерес в Администрации области и нашлись структуры, которые взяли на себя миссию по его осуществлению? Скорее всего, и то и другое. Участниками мониторинга являются не только сами дети и их родители, но и врачи, медсестры, ученые, представители органов власти различного уровня. Результаты исследования играют одну из важных ролей при подготовке законодательных актов и целевых программ, привлекают внимание ученых по всей стране.

Одним из своих главных достижений мы считаем то, что сами родители, принявшие участие в исследовании, по их словам, стали по-новому смотреть на формирование здоровья своего ребенка. Участие в мониторинге подвигло многих на переосмысление своей роли в воспитании детей, на изменение своего образа жизни. И, как следствие, мы получили немало слов благодарности от тех, кто отметил улучшение здоровья своих детей, нормализацию взаимоотношений и более благоприятную психологическую атмосферу в семье.

Высказанные в наш адрес слова одобрения и поддержки свидетельствуют о том, что работа, которую мы начали 15 лет назад, ведется в правильном направлении. И если в начале 1990-х гг. мониторинг условий формирования здорового поколения во многом носил экспериментальный характер и далеко не все верили в его успех, то сегодня мы можем с полной уверенностью сказать, что по прошествии стольких лет исследование лишь начинается и что его результаты будут востребованы еще не одно десятилетие.

Мы искренне ценим поддержку тех, кто полтора десятилетия назад увидел потенциал в только-только зарождавшемся исследовании, поверил в наши силы и принял участие в мониторинге.

Прежде всего, мы благодарны д.э.н., члену-корреспонденту РАН Наталье Михайловне Римашевской и всему научному коллективу Института социально-экономических проблем народонаселения Российской академии наук (ИСЭПН РАН) за самую идею мониторинга, ее продвижение в жизнь и помощь, которую мы получаем на протяжении всего периода исследования; д.э.н., профессору Елене Борисовне Бреевой, которая долгое время осуществляла научное руководство темой в ИСЭПН РАН. Выражаем признательность директору Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук (ИСЭРТ РАН) д.э.н., профессору Владимиру Александровичу Ильину, который взялся за организацию мониторинга на территории Вологодской области и по сей день способствует его реализации. Благодарим Правительство Вологодской области, Департамент здравоохранения и лично начальника Департамента к.м.н. Александра Андреевича Колинко, начальника отдела охраны материнства и детства Елену Леонидовну Вологдину, которые на протяжении всех этих лет курировали исследование детского здоровья и способствовали использованию его результатов на законодательном уровне. И, разумеется, выражаем огромную признательность врачам, медсестрам, а также родителям, которые приняли участие в исследовании, предоставили нам возможность наблюдения за их семьями и сами получили немалую пользу от участия в мониторинге.

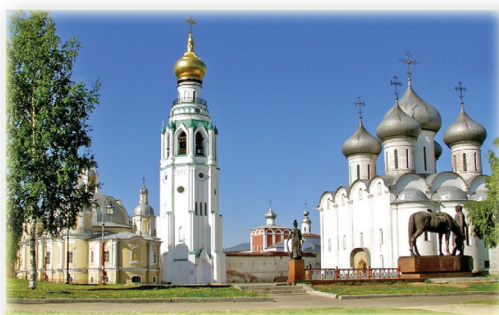
В 2011 г. детям, явившимся участниками мониторинга формирования здорового поколения, исполнилось 16 лет. С момента их рождения условия жизни в стране существенно изменились. Произошли значимые события на политической и экономической арене; Россия пережила кризисы 1998 и 2008 – 2009 гг., затронувшие все слои населения. Трансформации последних десятилетий отразились на уровне здоровья населения, материальном благополучии семей, возможности заботиться о здоровье подрастающего поколения, особенностях образа жизни и воспитании детей.

Поэтому для правильной оценки значения и результатов проведенного нами мониторинга его освещение следует начать с особенностей социально-экономической и политической ситуации, в условиях которой родились и воспитывались непосредственные участники исследования.



ГЛАВА 1

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ



ГЛАВА 1

СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ВОЛОГОДСКОЙ ОБЛАСТИ

1.1. 20 лет изменений политической и экономической ситуации в стране

С начала 1990-х до конца 2000-х гг. в России осуществлялись масштабные преобразования, во многом определившие динамику здоровья и качества жизни населения. Этот период в истории страны можно разделить на два этапа, имеющих свою специфику экономических и политических изменений.

Первый этап (1990–2000 гг.) характеризовался формированием базовых ступеней нового общественного строя – изменением структуры собственности (появлением большого частного сектора, пред-

Фундаментальная причина, вызвавшая столь драматические последствия, коренится в характере и особенностях осуществляемых экономических преобразований, начатых с «шоковой терапии», которая пагубно отразилась на основных слоях и группах населения, отбросив их по уровню жизни на десятилетия. Именно население, его демографическое развитие стали жертвой ошибок и просчетов реформирования общества.

Римашевская Н.М. «Русский крест»

принимательской среды), созданием основ свободного рынка. Стремительность происходивших изменений привела к значимым негативным последствиям: вдвое сократился объем производства промышленной продукции, в пять раз – инвестиции в основной капитал, резко снизился жизненный уровень населения, произошли глубокие демографические изменения, возникла угроза сохранению целостности государства.

Начало второго этапа развития социально-экономической и политической ситуации в России можно отнести к 2000 г., когда в стране появились первые признаки стабилизации экономической и политической жизни. Был сделан акцент на достижении политической стабильности и в то же время на ускорении экономического роста и повышении жизненного уровня народа. За период с 1995 по 2008 г. размер ВРП увеличился в 10 раз по России, в 15 раз по СЗФО, в 11 раз по Вологодской области (табл. 1.1).

Таблица 1.1. **Валовой региональный продукт на душу населения**
(тыс. руб. на душу населения в сопоставимых ценах)

Территория	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2007 г.	2008 г.
Российская Федерация	23,4	126,4	147,1	184,2	236,8	243,7
СЗФО	16,4	136,5	149,2	201,4	246,5	256,4
Вологодская область	23,4	148,7	151,5	242,8	239,0	246,5

Источник: Регионы России: социально-экономические показатели: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – С. 361; Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

Однако оставалось много нерешенных социально-экономических проблем, таких как деиндустриализация экономики (в том числе и в отраслях, определяющих технологический прогресс), рост оплаты услуг ЖКХ, сокращение числа рабочих мест, требующих высококвалифицированной рабочей силы, низкое качество жизни большей части населения.

В сентябре 2005 года подчеркнута необходимость разработки приоритетных национальных проектов, прежде всего в четырёх сферах, от которых зависело успешное развитие «человеческого капитала» страны: здравоохранение, образование, жилищно-коммунальное и сельское хозяйство.

Национальные проекты должны были стать средством достижения таких целей, как «существенное повышение качества жизни», «улучшение демографической ситуации в стране», «создание условий для развития человеческого капитала», «создание условий для «прорывного» развития страны».

Позитивные тенденции в динамике экономического развития страны в 2000-х гг. отразились на уровне жизни широких слоев населения. Размер среднедушевых денежных доходов за период с 2001 по 2008 г. увеличился более чем в 2 раза (в Вологодской области – почти вдвое; табл. 1.2).

Таблица 1.2. **Уровень жизни населения**

Территория	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2007 г.	2009 г.
<i>Среднедушевые денежные доходы населения в месяц (руб., до 1998 г. – тыс. руб., в сопоставимых ценах)</i>						
Российская Федерация	6045	4750	7360	10681	15492	16887
СЗФО	6393	4932	7660	11841	16428	17025
Вологодская область	5016	4025	6544	8829	12807	12064
<i>Доля населения с доходами ниже прожиточного минимума, %</i>						
Российская Федерация	24,8	23,4	27,5	17,6	13,4	13,2
Вологодская область	19,9	22,7	23,1	17,9	15,8	18,4
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru						

В то же время в стране уменьшилось число граждан, уровень дохода которых не превышает прожиточного минимума, с 28 до 13%, в регионе – с 23 до 18%. Увеличение данной категории населения наблюдалось в 1997–1999 гг., что связано с проявлениями социально-экономического кризиса 1998 г., отбросившего значительную часть населения за черту бедности. Однако мировой финансово-экономический кризис, охвативший во втором полугодии 2008 года и российскую экономику, стал причиной смены ее роста резким падением, обострения социальных проблем и неопределенности перспектив. К началу 2009 года российская экономика вступила в рецессию, сопровождавшуюся обесценением рубля, ростом безработицы, приостановкой инвестиционных программ. Негативная динамика экономического развития отмечалась почти во всех регионах страны¹.

В 2005 году мы задумывали нацпроекты как инструмент системных преобразований в важнейших отраслях. Были выделены приоритетные направления, от которых в максимальной степени зависит качество жизни людей... Главным итогом реализации национальных проектов, без сомнения, можно назвать рост продолжительности жизни в Российской Федерации – с 65 до 69 лет. Все-таки на четыре года за пять лет – это заметный и значимый результат. За этими цифрами – эффективные инвестиции в человека, в улучшение социального самочувствия.

Речь В.В. Путина на заседании Президиума Совета по приоритетным национальным проектам (2010)

¹ Ускова Т.В. Развитие в ИСЭРТ РАН научного направления «Проблемы экономического роста, научные основы региональной политики, устойчивого развития территорий и муниципальных образований в условиях трансформации социально-экономического пространства» // Сборник научных докладов и сообщений Ученого совета ИСЭРТ РАН. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – Вып. 4. – С. 3-31.

Вологодская область в 2008 г. вошла в список 17 регионов, наиболее пострадавших от мирового финансового кризиса вследствие того, что экономическая ситуация в области во многом зависит от ситуации на мировых рынках. Так, 34% от объёма производимых в области товаров идет на экспорт (для сравнения: в России в целом – 43%). Основу экспорта (95%) составляют металлургическая и химическая продукция².

По данным исследований, проведенных ИСЭРТ РАН, в декабре 2008 г. около половины семей Вологодской области (49%) сталкивались с такими последствиями кризиса, как снижение заработной платы и социальных выплат (36%), задержки выдачи заработной платы (21%), увольнение с работы (20%), закрытие организации, в которой работали (13%)³. Тем не менее, в сравнении с резким ухудшением экономической ситуации в конце 1990-х, 2008 год отразился на населении менее существенно.

Одновременно с ростом благосостояния населения в России стала обостряться проблема его расслоения по уровню доходов (табл. 1.3). Об этом свидетельствует динамика коэффициента фондов, отражающего соотношение доходов 10% наиболее и 10% наименее обеспеченного населения, и динамика коэффициента Джини, характеризующего степень отклонения фактического распределения денежных доходов населения от их равномерного распределения. В 2009 г. по сравнению с 1995 г. коэффициент фондов в РФ увеличился с 13,5 до 16,7, коэффициент Джини – с 0,39 до 0,42, в Вологодской области – с 7,6 до 11,4 и с 0,3 до 0,37 соответственно.

Год кризиса показал, что на его вызовы, оказывается, можно отвечать. Можно управлять стабильностью банковской, финансовой систем, валютным курсом. И при этом думать о перспективе, о том, что будем делать после того, как кризис пройдет. Такой подход к решению проблем продемонстрировал федеральный Центр. В таком же русле действовали и областные власти.

Позгалев В.Е. Кризис – как точка преобразования и время выбора: программная статья к ежегодному посланию Законодательному Собранию Вологодской области (2009)

² Там же.

³ Мониторинг экономического положения и социального самочувствия населения (декабрь 2008 г.).

Таблица 1.3. **Динамика показателей социально-экономической дифференциации на территории Вологодской области и Российской Федерации**

Территория	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2007 г.	2009 г.
<i>Коэффициент Джини</i>						
Российская Федерация	0,387	0,394	0,397	0,409	0,423	0,422
Вологодская область	0,31	0,328	0,329	0,368	0,386	0,368
<i>Коэффициент фондов (в разах)</i>						
Российская Федерация	13,5	13,8	13,9	15,2	16,8	16,7
Вологодская область	7,6	8,6	8,7	11,3	12,9	11,4
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru						

Показатель безработицы в стране имел наибольшее значение в 1995 – 1999 гг. (12 – 13%). С 2000 г. происходило его снижение (до 6% в 2007 г.); в 2008 – 2009 гг. он опять увеличился, хотя и менее выражено, чем в 1998 г. (табл. 1.4). Аналогичные процессы в СЗФО и Вологодской области были вызваны кризисными явлениями в экономике в 1998 и 2008 гг.

В 1997 – 2008 гг. на территории Вологодской области, как и в целом по стране, значительно снизился уровень обеспеченности детей местами в дошкольных образовательных учреждениях (рис. 1.1.) в результате реструктуризации дошкольных образовательных учреждений в период снижения рождаемости.

Таблица 1.4. **Уровень безработицы по методологии МОТ**
(в % от численности экономически активного населения)

Территория	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2007 г.	2009 г.
Российская Федерация	9,4	13,3	9,0	7,8	6,1	8,4
СЗФО	10,7	14,6	7,6	6,0	4,2	7,0
Вологодская область	8,7	12,6	8,9	6,3	4,1	7,9
Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: http://www.gks.ru						

Это является существенным фактором, лимитирующим доходы семей с детьми дошкольного возраста, т.к. матери вынуждены либо отказываться от выхода на работу, либо оплачивать труд няни.

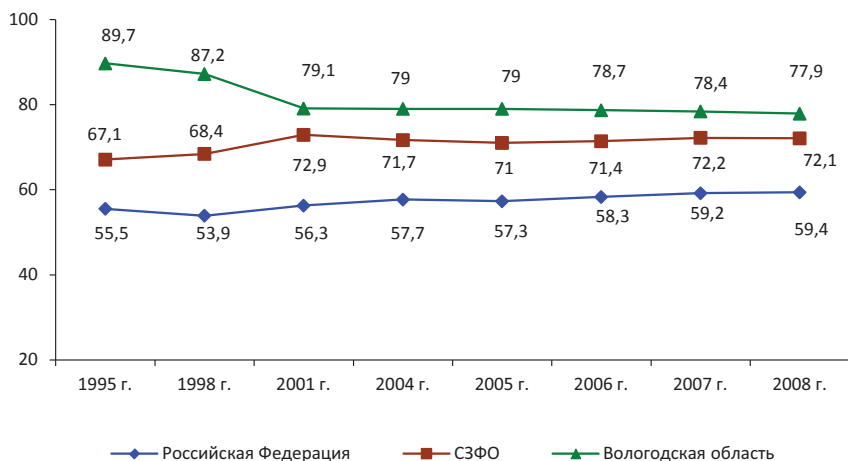


Рис. 1.1. Охват детей дошкольными образовательными учреждениями (на конец года; в % от численности детей соответствующего возраста)

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

В целом условия жизни в стране и регионе в девяностых годах формировались под влиянием сначала резкой смены курса экономических и политических реформ, затем экономического кризиса, подчеркнувшего всю совокупность накопившихся в государстве проблем, и в конечном счёте – постепенной стабилизации ситуации.

Тем не менее, поскольку позитивные достижения 2000-х годов складывались преимущественно за счет высоких цен на энергоресурсы, мировой финансовый кризис не прошел бесследно для широких слоев населения России.

Таким образом, за период с 1995 по 2008 г. социально-экономическая ситуация в России и в Вологодской области существенно улучшилась. Однако остались актуальными такие социальные проблемы, как относительно высокий уровень бедности (в регионе 18% населения имеют доходы ниже прожиточного минимума), существенный уровень безработицы (8% экономически активного населения), значительная дифференциация населения по доходам (коэффициент фондов 11,4).

1.2. Развитие системы здравоохранения в 2000-е годы

К девяностым годам XX века в России назрела необходимость обращения пристального внимания на проблемы материнства и детства. Стремительное сокращение доли детей в популяции, которое продолжается до сих пор, ведет к старению населения, представляя угрозу для воспроизводства трудовых ресурсов и населения в целом. По статистическим данным, за период с 1989 по 2009 г. численность детей от 0 до 17 лет в России сократилась на 12,2 млн. или на 28%, в Вологодской области – на 136,0 тыс. или 34%.

Снижается не только количество, но и потенциал здоровья детей, являющийся одной из важнейших качественных характеристик населения. Уровень заболеваемости детей от 0 до 14 лет за 2000 – 2008 гг. увеличился в России на 25% (со 146 235,6 до 182714,2 случая на 100 тыс. нас.), в Вологодской области – на 28% (со 184 809,2 до 235725,6 случая на 100 тыс. нас.).

Н.М. Римашевская отмечает, что уменьшение численности детей может отчасти компенсироваться качеством их потенциала. Это справедливо, если уже сегодня мы могли бы наблюдать улучшение здоровья, повышение образования, рост интеллектуальных возможностей, духовное обогащение и нравственное совершенствование подрастающего поколения. Однако здоровье наших детей хуже здоровья их родителей, а здоровье внуков – еще слабее, а значит, население в своей динамике все глубже втягивается в некую социальную «воронку» нездоровья.

Из общего числа новорожденных только 20% можно считать здоровыми, 35,8% детей родились больными, 44,2% составили группу риска. Исследования показывают, что в целом молодое поколение обладает худшим потенциалом как физического, так и психологического здоровья. Больные матери рожают больных детей, а большое поколение не восстанавливает свой потенциал здоровья. Ежегодно около 40 000 родившихся детей имеют врожденные пороки развития.

Герасименко Н.Ф. «Русский крест», или Демографический кризис в России

Кризис и крах института семьи проявляется не только в массовости однодетных семей, но и в росте сожительства (как правило, бездетных – в лучшем случае однодетных), в увеличении доли матерей-одиночек с одним ребенком, в разьединении и распаде семей, т.е. в росте бессемейного населения и тем самым в широком распространении антисемейной системы взглядов и настроений.

Антонов А.И. Демографический кризис России и безотлагательность протанализма

Чтобы выбраться из нее, необходимо время жизни не одного поколения. Если не остановить этот процесс, он может оказаться необратимым, т.е. общество приближается к точке невозврата качественных характеристик⁴.

Другой стороной трансформационных процессов в стране стало кризисное состояние семьи – института, являющегося основным субъектом формирования и сохранения детского здоровья. Согласно данным статистики 30% детей рождаются и воспитываются в неполных семьях, из которых 94% – матери-одиночки. Почти каждый второй россиянин (47%) не верит в прочность и долговечность брачных отношений, каждый четвертый (27%) относится к браку как к устаревшему явлению⁵. За период с 1990 по 2008 г. число разводов в России увеличилось с 3,8 до 5,0 на 10 тыс. населения, а число браков уменьшилось с 8,9 до 8,3.

Обострение проблем, связанных со здоровьем населения и условиями его формирования на федеральном и региональном уровнях, требовало от Правительства области четких действий, направленных на сохранение и укрепление человеческого потенциала. Научная обоснованность предпринимаемых законодательных решений в условиях нестабильной экономической ситуации и недофинансирования отрасли здравоохранения стала ключевым фактором, обусловившим консолидацию усилий представителей науки и власти для эффективного решения поставленных задач.

Рассмотреть, что важно изменить в обществе и государстве для сохранения здоровья населения и продолжения здоровой жизни, – цель Концепции «Вологодская область – Здоровье-21». Изучение здоровья было долгое время прерогативой медицины. Однако данные Всемирной организации здравоохранения говорят о том, что здоровье человека только на 10% зависит от здравоохранения, на 20% – от наследственности, 20% – от качества окружающей среды, а на 50% определяется образом жизни. Поэтому развитие и продвижение Концепции – актуальное и уникальное направление.

Колинько А.А.

В 2000 г. в регионе была разработана Концепция «Вологодская область – Здоровье-21» (программа, включающая в себя долгосрочную политику охраны и укрепления здоровья населения). Это первый в Российской Федерации опыт разработки региональной стратегии долго-

⁴ Римашевская Н.М. Проблемы развития человеческого потенциала // Народонаселение. – 2007. – № 1. – С. 5-6.

⁵ Портал статистических данных Статистика.ru. – URL: http://statistika.ru/naselen/2007/11/24/naselen_9363.html

срочной политики в области здравоохранения. Кроме того, это первый опыт создания политического документа, построенного на принципах межсекторального сотрудничества (в подготовке и принятии документа участвовали представители здравоохранения, образования и культуры, экономики и бизнеса, средств массовой информации и общественности). Концепция была нацелена «на улучшение показателей здоровья за счет улучшения социально-экономического положения семей, повышения доступности и качества медицинской помощи»⁶.

Приоритетными задачами в области охраны и укрепления здоровья населения, согласно Концепции, стали:

1. Укрепление здоровья женщин и детей.
2. Профилактика сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний.
3. Снижение числа травм, несчастных случаев и отравлений.
4. Улучшение состояния среды обитания.
5. Профилактика наркомании и алкоголизма.
6. Профилактика ВИЧ/СПИДа, туберкулёза и заболеваний, передающихся половым путём.
7. Борьба со стрессом и формирование психического здоровья.
8. Улучшение качества жизни и здоровья пожилых людей.

Чуть позже (в 2002 г.) Правительством области был разработан Стратегический план «Охрана и укрепление здоровья населения Вологодской области на 2003 – 2010 годы». Этот документ предусматривал поэтапную разработку целевых программ в соответствии с приоритетами, заявленными в Концепции. Первыми целевыми программами, принятыми к исполнению региональным правительством, стали «Здоровые дети» и «Формирование здорового образа жизни».

С 1 января 2006 г. на территории Российской Федерации началась реализация национальных проектов. Национальный проект «Здоровье» был наиболее актуальным. Так, по данным опроса, проведенного Фондом общественного мнения, наиболее важным для себя и своей семьи россияне считали реформирование здравоохранения (33%), далее шли строительство жилья (20%), развитие сельского хозяйства (16%) и образование (15%)⁷.

⁶ Сайт Полномочного представителя Президента Российской Федерации в Северо-Западном федеральном округе. – URL: http://www.szfo.ru/msg/720/galina_izotowa_prowela_rabochee_soweschanie_po_woprosam_html?print=1

⁷ Национальные проекты: тактическая технология или стратегический выбор?: материалы к семинару «Полития» 30 марта 2006 г. – URL: http://www.politeia.ru/politeia_seminar/10/39

Основные цели национального проекта «Здоровье»:

1. Укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности.
2. Повышение доступности и качества медицинской помощи.
3. Укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе.
4. Развитие профилактической направленности здравоохранения.
5. Удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Вологодская область приняла активное участие в реализации национального проекта «Здоровье». Работа осуществлялась по следующим основным направлениям: укрепление первичного звена медицинскими кадрами, оснащение амбулаторно-поликлинических учреждений диагностическим оборудованием и санитарным автотранспортом, проведение дополнительной диспансеризации работников бюджетной сферы, а также углубленных медицинских осмотров работников на производствах с вредными условиями труда, проведение дополнительной иммунизации, введение «Родовых сертификатов», неонатальный скрининг (обследование новорожденных детей на наследственные заболевания), обеспечение населения высокотехнологичной медицинской помощью.

Для управления проектом в области были созданы 28 координационных советов муниципальных образований по реализации национальных проектов, Координационная группа Департамента здравоохранения области, Межведомственная рабочая группа по реализации проекта Правительства области, Координационный Совет при Губернаторе области⁸.

В рамках задач, поставленных проектом «Здоровье», на территории региона стало увеличиваться финансирование родовых сертификатов, предусмотренных на оплату услуг женских консультаций (сертификат №1), роддомов и акушерских стационаров (сертификат №2), диспансерное наблюдение ребенка на первом году жизни (сертификат №3; рис. 1.2). Введение родовых сертификатов как дополнительного источника финансирования учреждений родовспоможения позволило улучшить их материально-техническую базу, доступность высококвалифицированной акушерской помощи, обеспечить бесплатность её оказания, повысить удовлетворенность женщин качеством оказываемых при этом услуг.

⁸ Бурсин В.Е. Реализация и мониторинг приоритетного национального проекта «Здоровье» в Вологодской области. – URL: <http://www.ithealth.ru/2007/10/21/realizacija-i-monitoring-prioritetnogo.html>

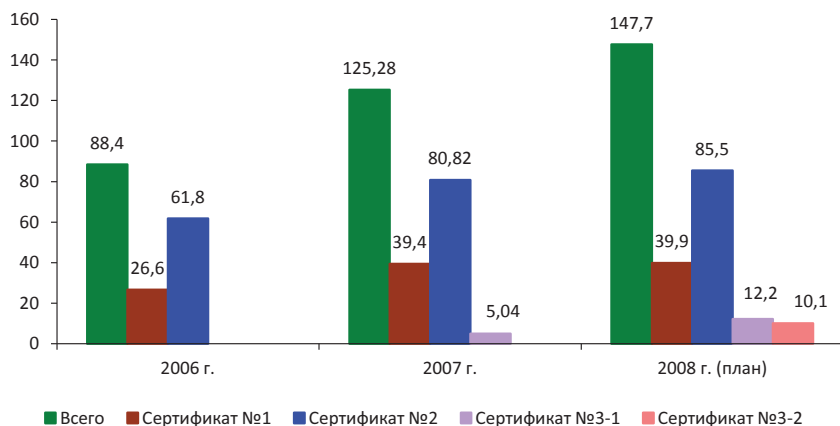


Рис. 1.2. Финансирование родовых сертификатов, млн. руб.

Источник: данные Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ).

Финансирование родовых сертификатов явилось одним из факторов, позволивших снизить число аборт (в 2006 г. – 185 на 100 родов; в 2007 г. – 139; в 2008 г. – 125), повысить рождаемость (в 2006 г. – 10,9 на 1 тыс. нас.; в 2007 г. – 11,6; в 2008 г. – 12,0).

С началом реализации приоритетного национального проекта «Здоровье» и Концепции «Вологодская область – Здоровье-21» в регионе значительно улучшилась ситуация с обеспечением населения высокотехнологичной медицинской помощью (рис. 1.3).

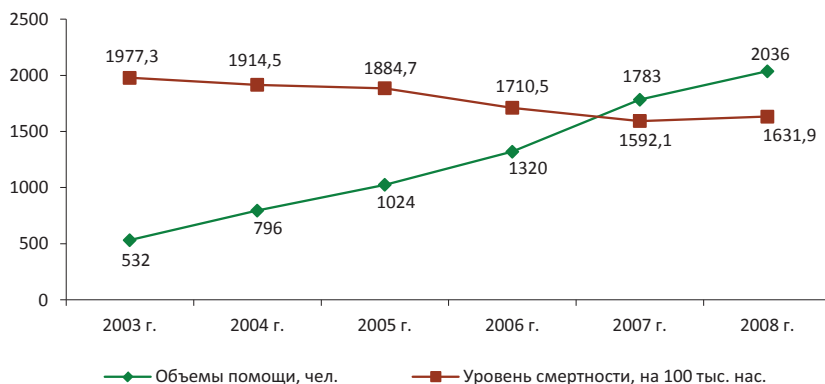


Рис. 1.3. Объемы оказания высокотехнологичной медицинской помощи, чел.

Источник: данные Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ).

Ежегодно повышались размеры оплаты труда работников сферы здравоохранения. Их заработная плата увеличилась в 2009 г. по сравнению с 1995 г. в 3,4 раза (с 3627 до 12181 руб.; табл. 1.5).

Таблица 1.5. **Среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников здравоохранения** (руб., в сопоставимых ценах)

Территория	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2007 г.	2009 г.
Российская Федерация	3752	3142	4427	7253	11341	15547
СЗФО	3974	3454	5298	9076	13460	17744
Вологодская область	3627	3540	5034	7079	10852	12181

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

Рост заработной платы благоприятно отразился на показателе кадровой наполняемости медицинских учреждений. В целом за период с 1995 по 2009 г. обеспеченность населения врачами увеличилась с 32,5 до 35,5 на 10 тыс. населения (табл. 1.6).

По данным Департамента здравоохранения, дополнительные денежные выплаты медицинским работникам участковой службы и, как следствие, рост заработной платы в 2007 году в 2,3 раза относительно 2005 года способствовали привлечению медицинских кадров в первичное звено здравоохранения и повышению укомплектованности до 86% в 2008 году против 64% в 2005 году.

Кроме того, в 2006 – 2007 гг. удалось снизить коэффициент совместительства участковых врачей-терапевтов с 1,5 до 1,3 и участковых врачей-педиатров⁹ с 1,3 до 1,2.

Таблица 1.6. **Обеспеченность населения врачами всех специальностей** (на 10 тыс. населения)

Территория	1995 г.	1998 г.	2001 г.	2004 г.	2007 г.	2009 г.
Российская Федерация	44,4	46,4	46,9	48,4	49,8	50,1
СЗФО	48,8	49,8	50,6	53,8	55,9	57,9
Вологодская область	32,5	33,5	34	34,2	35,5	35,5

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

⁹ О Стратегии развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 года: постановление Правительства Вологодской области №2573 // Сайт Департамента здравоохранения Вологодской обл. – URL: http://www.volmed.org.ru/doc/index.php?type_doc=4&action=show_full&id=119&cat_id=7

В 1995 – 2008 гг. в Вологодской области уменьшилось количество женских консультаций и детских поликлиник (со 169 до 100 ед.). Это являлось общероссийской тенденцией.

Так, в среднем по СЗФО количество учреждений данного типа уменьшилось с 1393 до 1362, в среднем по России – с 15567 до 11726. Вместе с тем за тот же период в Вологодской области увеличилась обеспеченность населения акушерами-гинекологами и педиатрами (рис. 1.4). По этим показателям ситуация в регионе была более благоприятной, чем в среднем по стране, где за тот же период обеспеченность акушерами-гинекологами возросла с 5,2 до 5,7 на 10 тыс. женщин, педиатрами – с 24,6 до 32,9 на 10 тыс. детей в возрасте от 0 до 14 лет.

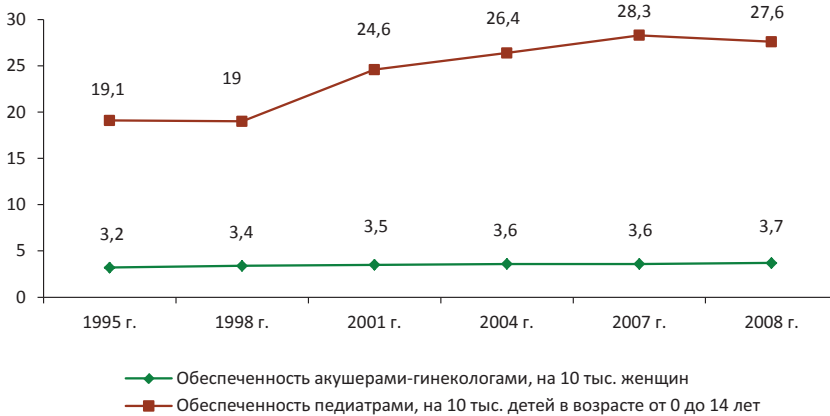


Рис. 1.4. **Обеспеченность населения Вологодской области акушерами-гинекологами и педиатрами**

Источник: Федеральная служба государственной статистики. – URL: <http://www.gks.ru>

В области работают программы по сохранению здоровья детей в образовательных учреждениях «Здоровьесберегающая школа» и «Здоровьесберегающий детский сад».

В 2004 году Вологодская область включилась в реализацию российско-американского проекта «Мать и дитя», целью которого являлось улучшение здоровья женщин и младенцев за счет внедрения в практику родовспоможения международных стандартов оказания помощи. Первыми в регионе пилотными учреждениями стали роддом №1 г. Вологды и роддом медсанчасти ОАО «Северсталь» (г. Череповец). За свою дея-

тельность в рамках проекта эти медицинские организации и отделение недоношенных детей ГУЗ «Вологодская областная детская больница» в 2006 году были удостоены звания «Больница, доброжелательная к ребенку», учрежденного Всемирной организацией здравоохранения и ЮНИСЕФ.

В рамках проекта «Мать и дитя» в Вологодской области была создана трехуровневая система оказания медицинской помощи беременным и роженицам:

1. Первый уровень – фельдшерско-акушерские пункты, участковые и центральные районные больницы.

2. Второй уровень – роддом № 2 г. Вологды и родильное отделение Великоустюгской центральной районной больницы.

3. Третий уровень – роддом МСЧ «Северсталь», перинатальный центр ГУЗ «Областная больница № 1» и роддом № 1 г. Вологды.

В рамках трехуровневой системы оказания помощи беременным женщинам и новорожденным пациентам направляли в то или иное учреждение в зависимости от клинической картины (характер протекания беременности, вероятность угрозы для жизни ребенка, осложнений при родах и т.д.). Таким образом, эффективность оказания медицинских услуг повышалась уже на диагностическом этапе лечебного процесса.

Вместе с тем в ходе реализации проекта «Мать и дитя» приобретался современный инвентарь и оборудование, необходимые для оказания помощи роженицам, были подготовлены помещения для проведения семейных консультаций, а также повышалась квалификация медицинского персонала благодаря разработке и осуществлению обучающих программ и тренингов.

«Мать и дитя» – это, прежде всего, образовательный проект в области охраны материнства и детства, направленный на улучшение здоровья женщин и младенцев, повышение качества услуг в сфере планирования семьи, обеспечение правильного ведения беременных, популяризацию грудного вскармливания, партнёрских родов, поддержку и пропаганду здорового образа жизни.

Задача проекта состоит в том, чтобы на основе мирового опыта в области акушерства, гинекологии, перинатологии обучить медицинских работников новым технологиям и методам работы в оказании медицинской помощи женщинам и детям. А если говорить проще: она состоит в том, чтобы изменить подход медицинских работников к протеканию беременности на основании доказательной медицины.

Колинько А.А. «Мать и дитя»: юбилей отмечают в Вологде

Особое внимание в области уделялось такому направлению проекта, как поддержка и поощрение грудного вскармливания. Доля детей, находящихся на естественном вскармливании до 12 месяцев, увеличивалась ежегодно с 2002 г., что позитивно отражалось на динамике заболеваемости новорожденных (рис. 1.5). Кроме того, с 1 января 2004 г. вступил в силу Закон Вологодской области «Об обеспечении питанием школьников Вологодской области». Сегодня в среднем по региону количество детей, пользующихся правом на бесплатное питание, составляет 52%.



Рис. 1.5. Доля детей, находящихся на естественном вскармливании до 12 месяцев

Источник: данные Медицинского информационно-аналитического центра (МИАЦ).

С внедрением в практику российско-американского проекта «Мать и дитя» и программы «Родовые сертификаты» улучшилось материально-техническое оснащение родильных домов и родильных отделений ЦРБ. Повысилась подготовка медицинского персонала родильных отделений, родильных домов, поликлиник, отделений для выхаживания недоношенных и новорожденных детей по вопросам грудного вскармливания. В родильных домах и родильных отделениях ЦРБ было введено совместное пребывание матери и ребенка и разрешено присутствие отца или других членов семьи при родах. Повысилась информированность населения в вопросах социально-гигиенического, полового воспитания. Началось целенаправленное обучение медицинского персонала ЦРБ, ФАПов по курсу планирования семьи. Большое значение стало придаваться профилактическим мероприятиям.

Если раньше в процессе родов главная роль отводилась медицинскому персоналу, то проект «Мать и дитя» на первое место поставил женщину. Создание индивидуальных родовых палат обеспечило роженице и её сопровождающему собственное пространство, а также «политику закрытых дверей», своего рода этику, запрещающую медперсоналу входить в родовую палату без стука.

Совместное пребывание в больнице матери с ребенком и родственниками, грудное вскармливание, минимальное использование медикаментов – все это стало нормой и привело к заметному улучшению показателей здоровья мам и малышей. За время действия проекта на 50% сократилось число осложнений при родах; грудное вскармливание получают 95% малышей; благодаря высококачественному дородовому и послеродовому уходу уровень младенческой смертности уменьшился на 32%; до 95% увеличилась удовлетворенность пациенток оказанной помощью¹⁰.

В течение трёх лет (2004 – 2006) удовлетворенность медицинской помощью на уровне женских консультаций повысилась с 65 до 90%, а на уровне родильных домов – с 63 до 87%. Число абортотворений на 100 родов снизилось со 165 в 2003 году до 149 в 2006 году. По области в целом улучшились показатели грудного вскармливания до 12 месяцев с 27,2% в 2002 г. до 43,8% в 2008 г.

Экономическими результатами проекта «Мать и дитя» стали:

1. Снижение стоимости госпитализаций на 26%.
2. Уменьшение расходов на лекарственные средства.
3. Снижение расходов на лечение новорожденных.
4. Сокращение расходов на приобретение искусственных смесей для новорожденных в среднем на 0,4 млн. рублей ежегодно.

Итак, в своем развитии система здравоохранения Вологодской области шла по пути повышения эффективности организации и обслуживания населения, что являлось естественным в условиях ограниченного финансирования отрасли. В течение 2000-х гг. системе здравоохранения области удалось сделать ряд успешных шагов, среди которых следует выделить:

- организацию механизма подготовки врачей общей практики;
- внедрение принципов бюджетирования, ориентированного на результат.

¹⁰ «Мать и дитя» в Вологде // Сайт общероссийской общественной организации «Деловая Россия». – URL: <http://www.deloros35.ru/news/mat-i-ditya-v-vologde>

- развитие системы медико-экономических стандартов;
- накопление большого опыта разработки и реализации областных целевых программ;
- развертывание инфраструктуры учреждений профилактической направленности;
- участие в пилотных проектах федерального уровня.

Следует подчеркнуть, что вышеперечисленные преобразования в региональном здравоохранении были реализованы с учетом результатов, полученных в ходе научных исследований, которые подтвердили необходимость модернизации отрасли. Одним из таких исследований явился мониторинг условий формирования здорового поколения, послуживший информационной и аргументирующей базой для принятия управленческих решений.

Таким образом, за последние 15 лет в Российской Федерации произошли коренные изменения, которые затронули наиболее важные аспекты жизни общества: сменилась идеологическая политика государства, курс экономического развития; за этот период страна столкнулась с двумя социально-экономическими кризисами и этапом интенсивного реформирования ключевых сфер (образование, здравоохранение, жилищно-коммунальное и сельское хозяйство). Преобразования в экономике оказали влияние на общественное здоровье российского населения, и в первую очередь на здоровье детей и подростков.



ГЛАВА 2

МОНИТОРИНГ УСЛОВИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ



ГЛАВА 2

МОНИТОРИНГ УСЛОВИЙ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО ПОКОЛЕНИЯ

2.1. Исследование NCDS

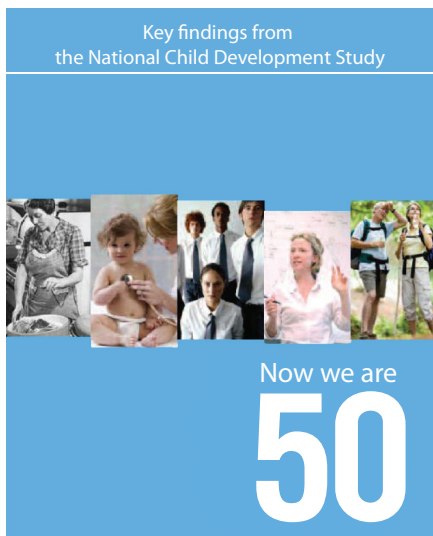
Для того чтобы читатель имел четкое представление о содержании нашего исследования и характере полученных результатов, нам необходимо привести историческую справку о научно-исследовательской работе, проводимой в Великобритании с 1958 г. Национальным учреждением детства (NCB), а с 1985 г. Центром многолетних исследований (CLS), которые уже более 50 лет занимаются долгосрочным изучением

детского здоровья. Это исследование стало прообразом мониторинга условий формирования здорового поколения, проводимого в России.

Целью британского исследования является определение сущностных характеристик популяции людей одного года рождения. Изучаются их физическое, образовательное, социальное развитие и влияющие на него факторы с момента рождения до самой смерти человека.

Исследование получило название «Национальное исследование развития ребенка» (NCDS). В качестве объ-

екта исследования были отобраны 17 тысяч детей, рожденных с 3 по 9 марта 1958 г. в Англии, Шотландии и Уэльсе.



Главная цель этого этапа состояла в том, чтобы получить адекватные сведения о количестве детей, рождающихся с отклонениями от нормы или умирающих в перинатальный период. Собиралась максимально доступная информация о родителях каждого новорожденного, а также о нем самом и его судьбе за первую неделю жизни. Результаты данного этапа (NCDS 0) позволили выработать общенациональную стратегию борьбы за снижение младенческой смертности.

Следующий этап обследования (NCDS 1) включал в себя наблюдение всех членов когорты до достижения ими семилетнего возраста. Результаты этого этапа выявили факторы, влияющие не только на здоровье, но и на другие показатели развития детей. Наблюдение за детьми на третьем этапе обследования – до достижения ими 11-летнего возраста (NCDS 2) – позволило оценить их интеллектуальный потенциал. В 1974 г. участникам исследования исполнилось 16 лет и был проведен четвертый этап исследования (NCDS 3). В 1981 г., когда участники обследования достигли возраста 23 лет, был осуществлен пятый этап наблюдения, который отразил возможности их профессиональной квалификации и трудоустройства.

Это исследование британского Центра многолетних исследований основано на комплексном подходе. Оно включало в себя мониторинг не только детского здоровья, но и влияющих на него факторов (характеристики членов семей, их профессиональной занятости, уровня дохода, жилищных условий, здоровья, навыков и квалификаций, представлений и ожиданий).

Было доказано, что дородовой, младенческий и период раннего детства оказывают более значительное влияние на умственное и физическое развитие человека, чем вся его дальнейшая жизнь. В эти периоды формируются основные резервы организма, которые в дальнейшем используются по мере старения человека. Дети, пережившие в раннем возрасте развод своих родителей, хуже учатся в школе по сравнению со своими сверстниками, воспитывающимися в полных семьях, и в будущем чаще становятся безработными, а также в большей степени склонны к злоупотреблению алкоголем и к разводам. Почти две трети детей, отказывающихся от получения высшего образования, впоследствии работают на низкооплачиваемых должностях. Женщины с низким уровнем образования и небольшими доходами чаще рожают в раннем возрасте.

Курение матерей во время беременности является одним из главных факторов болезненности и смертности в младенческом возрасте.

Дети, воспитывающиеся в малодетных семьях с высоким социальным статусом родителей, обладают лучшими условиями для интеллектуального развития и имеют более высокие показатели школьной успеваемости. Раннее появление у человека вредных привычек (курение и употребление алкоголя) приводит к сердечно-сосудистым заболеваниям и диабету в среднем возрасте (45 лет).

Психическое здоровье (особенно у мужчин) тесно связано с профессиональной занятостью человека: с одной стороны, дети, отличающиеся непослушным поведением, чаще испытывают проблемы с трудоустройством; с другой стороны, у не занятых профессиональной деятельностью людей в среднем возрасте обнаруживаются те или иные психические заболевания, требующие медицинского вмешательства.

В 1970-х гг., когда приоритеты британской экономики постепенно смещались от обрабатывающей промышленности к развитию сферы услуг, возрос уровень женской занятости. Хотя женщины и стали иметь более высокий социальный статус, необходимость рождения ребенка и ухода за ним не позволила им иметь столь же высокий уровень дохода, как у мужчин. После декретного отпуска многие женщины возвращались к своему работодателю на неполный рабочий день или менее квалифицированную работу. Это послужило основанием для разработки NCDS рекомендаций правительству Великобритании в отношении повышения социально-экономического статуса сиделок и кормящих матерей, оплачиваемого отпуска при рождении ребенка для отцов и некоторых других мер в области гендерной политики.

Исследованием NCDS было установлено, что для трудоустройства и карьеры высокий уровень образования имеет большее значение, чем трудовые навыки. Поэтому была запущена Программа «Навыки для жизни», направленная на повышение образовательного уровня взрослого населения.

Таким образом, через призму физического, нравственного и социального здоровья отдельно взятого поколения британскими учеными были рассмотрены основные социально-экономические преобразования, происходившие в стране за последние 50 лет. Эти и другие результаты исследования NCDS были столь значительны, что привлекли большое количество спонсоров и потребителей научной продукции. Позднее аналогичные исследования организовывались в ряде стран Европы и Америки.

2.2. Опыт Великобритании в российских условиях

В 1980 г. **Наталья Михайловна Римашевская**, д.э.н., профессор, член-корреспондент РАН, заслуженный деятель науки РФ, впервые высказала идею о необходимости проведения исследования, аналогичного британскому, однако первые попытки воплощения данной идеи в жизнь оказались неутешительными.



«Идею проведения исследования я привезла из Англии в 1980 г. и старалась воплотить ее в жизнь, но ничего не получилось. В советское время на проведение исследования необходимо получить добро, а в постсоветское – деньги. И там и там трудности были малопреодолимые... Я должна выразить благодарность вологжанам за то, что они взялись за это дело. Было неизвестно, получится это дело или не получится. Это была проба пера...»

Воплотиться в жизнь идее Н.М. Римашевской суждено было лишь через 15 лет. Ее воспринял и нашел возможность реализовать на Вологодской земле директор Института социально-экономического развития территорий РАН (тогда еще ВНКЦ ЦЭМИ РАН) Владимир Александрович Ильин. В мае 1995 г. ИСЭРТ РАН совместно с Институтом социально-экономических проблем народонаселения РАН, при поддержке Правительства Вологодской области, было начато лонгитюдное (длительное) панельное исследование социально-экономических и медицинских факторов, влияющих на здоровье и развитие детей.



Большую заинтересованность в этом проекте с самых первых этапов его осуществления проявил Департамент здравоохранения Вологодской области. Тесное сотрудничество ученых и управленцев обогатило исследование и повлияло на принятие управленческих решений. *Е.Л. Володина: «Начало моей работы в Департаменте здравоохранения в 2001 г. на должности начальника отдела материнства и детства было сопряжено со знакомством и включением в исследование «Изучение условий*

формирования здорового поколения». Для меня как для руководителя было важно и интересно, что в области есть такое исследование, важно ознакомление с результатами исследования, так как результаты исследования непосредственно повлияли на выработку стратегий, которые надо было проводить, и формирование службы материнства и детства».

Научное консультирование мониторинга на базе ИСЭПН РАН долгое время осуществлялось д.э.н., профессором Еленой Борисовной Бреевой, которая неоднократно подчеркивала научную ценность использованного методического подхода к анализу и прогнозированию здоровья детской популяции в режиме реального времени.

Следует отметить, что выбор долгосрочного мониторинга когорт детей как метода исследования был не случаен и продиктован успехами не только британского, но и других мониторинговых исследований, таких как социально-гигиенический мониторинг, динамическое наблюдение с использованием автоматизированных систем, в том числе ЭДИАФР (экспертный диалог для изучения социально-экономических факторов) и т.д.



Однако все они проигрывают когортному методу в плане минимизации ошибок исследования, получения точной и полной информации о рассматриваемом объекте.

Организация исследования условий формирования здорового поколения предполагала использование комплексного инструментария мониторинга:

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

Важнейшим направлением исследования стало выявление качественного и количественного влияния социально-экономических факторов на формирование здоровья детей. Это подразумевало не только

априорный выбор факторов, но и раскрытие характера их влияния на детский организм. Программой предусматривалась корректировка анкет с учетом возраста обследуемых детей.

Среди множества факторов, оказывающих влияние на здоровье детей, были выбраны следующие группы: социально-демографические (пол, возраст ребенка, состав семьи, возраст родителей, социальная принадлежность); уровень жизни семьи, трудовая деятельность родителей ребенка (образование, профессия, должность, условия и характер труда в период перед рождением ребенка, величина душевого дохода, оценочные характеристики доходов семьи); жилищные условия (величина жилой площади, качественные характеристики жилья и имущества); оценка экологических условий, условия и качество питания матери во время беременности, а также ребенка; вредные привычки родителей (употребление алкогольных напитков, курение); медицинские факторы: самооценка здоровья родителей (наличие противопоказаний к рождению ребенка, наличие хронических заболеваний у родителей, планирование рождения ребенка, самочувствие во время беременности); характеристика медицинскими работниками протекания беременности и родов, согласно документации (наличие отклонений в здоровье женщины во время беременности, медицинская активность беременной, продолжительность и характер родов, наличие дополнительных родовспомогательных мероприятий); оценка неонатологом здоровья новорожденного ребенка (вес, рост, «апгар-тест», выявленные заболевания, группа здоровья).

Анкеты, посредством которых велся сбор информации на первых этапах обследования (1 месяц, 6 месяцев после рождения ребенка), включали вопросы, касающиеся только здоровья и развития детей, оценки деятельности органов здравоохранения. Обследования семей с детьми в возрасте одного года и старше дополнительно содержали блоки оценки родителями здоровья и развития ребенка, медицинской активности родителей, организации и качества медицинского обслуживания ребенка; в блок вопросов для педиатров входила оценка физического развития и здоровья ребенка, сведения о заболеваниях, их кратности и тяжести протекания, оценка необходимости реабилитационных мероприятий для данного ребенка. Для исследования здоровья и развития детей очень важно иметь информацию об отношении их самих к своему здоровью, определении ими жизненных ценностей. Поэтому с 2005 г. в рамках данного проекта в опросе участвуют дети. В 2008 году начал проводиться опрос среди детей когорты 1998 г. рождения.



Дети наших когорт

К настоящему времени в мониторинге задействованы четыре когорты семей, что расширяет возможности для выявления и анализа тенденций изменения здоровья, развития детей и факторов, обуславливающих данные процессы. В рамках научного проекта обследуются семьи, в которых родились дети в мае 1995 г., марте 1998 г., марте 2001 г. и марте 2004 г. в городах Вологде, Череповце, Кириллове, Великом Устюге и поселке городского типа Вожега.

Вместе с нами мониторинг условий формирования здорового поколения осуществляли заведующие педиатрическими отделениями, врачи-педиатры, медсестры, учителя и родители. Их непосредственное участие и искренняя заинтересованность в результатах исследования позволили нам по-новому взглянуть на особенности развития детского поколения, понять мир детей с позиции семейных взаимоотно-

Воробьева Светлана Ивановна, заведующая педиатрическим отделением поликлиники ЧМХС г. Череповца:

«С идеей проведения исследования ознакомилась с момента появления первых анкет в 1995 году. Сейчас участвую с большим интересом в данном исследовании. Мне интересно, что можно сделать определенные выводы, оценить детское здоровье, причем его прошлое, настоящее и, что немаловажно, – сделать прогнозы, просчитать перспективы формирования здорового поколения на будущее».

шений, что немаловажно для точной интерпретации данных, полученных в ходе статистического анализа.

Интерес к исследованию был проявлен на всех уровнях системы здравоохранения. Практическую полезность результатов и потенциал, которыми обладает долгосрочный мониторинг детского здоровья, ощутили представители не только управленческого звена, но и руководители медицинских учреждений, заведующие отделениями, конкретные специалисты, непосредственно наблюдающие за здоровьем детей.

Как и для нас, для работников здравоохранения это был пилотный проект, требующий немалых усилий и дополнительного времени. Имея дело с человеческим фактором, сложно, а порой невозможно избежать организационных проблем, связанных с мотивацией к проведению исследования, и объективных обстоятельств, обуславливающих фактическую возможность участия ребенка в эксперименте.

Бебякина Татьяна Николаевна, заведующая педиатрическим отделением поликлиники №4 г. Череповца: *«С 1996 года я начала работать заведующей педиатрическим отделением поликлиники №4 г. Череповца и сразу стала принимать непосредственное участие в данном исследовании. Я с интересом участвую в мониторинге и надеюсь на дальнейшее сотрудничество».*

Чугунова Надежда Николаевна, заведующая педиатрическим отделением поликлиники №4 г. Череповца: *«Я считаю, что есть обоюдная заинтересованность у семей и медицинских работников друг в друге. Благодаря анкетированию стал теснее контакт с семьей – стали больше общаться с родителями, знать про семью, их проблемные моменты, и педиатр, в свою очередь, мог и может помочь и подсказать им в каких-то медицинских вопросах, вопросах воспитания (особенно для маленьких детей), здоровья».*

Асабина Светлана Валерьевна (родительница): *«Благодаря мониторингу, я считаю, связи нашей семьи с медицинскими работниками стали более тесными. Дополнительно можно поинтересоваться у медсестры или педиатра здоровьем своего ребенка, попросить совета, выслушать более подробные рекомендации, и, как мне кажется, медработники тоже больше внимания обращают на ребенка при этом».*

По словам заведующих педиатрическими отделениями, основные проблемы, которые встретились им в ходе работы над исследованием, состояли в сложности сбора информации: «Очень часто семьи переезжают, сложно бывает установить новый адрес, особенно если ребенок большой и уже не требует постоянного контроля со стороны врачей». Тем не менее осознание целесообразности проводимых разработок и энтузиазм, проявленный специалистами, во многом предопределили успешный исход эксперимента.

Подчеркнем, что со стороны здравоохранения основная нагрузка легла на плечи врачей и медсестер, которые не только сами участвовали в опросах, но и взаимодействовали непосредственно с семьями: общались с родителями и детьми, приходили к ним домой, занимались во вне-рабочее время. По понятным причинам не все работники первоначально подошли к делу с энтузиазмом, однако по мере включения в ход исследования они проявляли все больший и больший интерес, чему способствовали как личный азарт, так и возможности более тесного, неформального общения с людьми. Следует отметить, что участие в эксперименте значительно сблизило работников здравоохранения с семьями, обращающимися к ним за помощью.

Не менее существенную роль сыграли и родители, принявшие участие в исследовании. Их ответственный подход к делу позволил нам собрать уникальные по своей значимости данные, касающиеся динамики детско-родительских отношений и влияния родителей на ребенка в различные периоды его жизни. В свою очередь, родители также извлекли для себя массу положительных моментов в процессе общения с научными и медицинскими работниками. Для многих это стало поводом задуматься о здоровье и развитии своего ребенка, постараться понять его интересы, потребности, наладить внутрисемейные взаимоотношения. Кроме того, родители высоко оценили возможность лишний раз проконсультироваться со специалистами по поводу здоровья своего малыша. Многие взрослые осознали значение мониторинга для науки и практики, поэтому ими руководила не только забота о своем ребенке, но и неподдельный интерес к проблемам всего детско-подросткового поколения нашей страны.

Осуществление столь масштабного по своему содержанию и длительности исследования было бы невозможно без активного участия в нем представителей различных слоев общества. Только комплексное взаимодействие научных и управленческих кругов, медицинских работников и родителей позволило собрать достоверную информацию о факторах и особенностях развития детского населения. В связи с этим выражаем благодарность всем, кто принял участие в эксперименте и готов поддерживать его в дальнейшем.

Кривошеина Ольга Дмитриевна (родительница): «Данное исследование помогает лучше понять проблемы семьи, потому что есть в анкете ряд вопросов о взаимоотношениях внутри семьи, в частности, о вредных привычках, что лишний раз заставляет задуматься о благополучии в семье и о том, все ли устраивает в семье, помогает внимательнее относиться к здоровью ребенка... Я с интересом принимаю участие в данном исследовании, потому что мне важно отслеживать восприятие моим ребенком жизни и окружающей нас среды из года в год».



Глава 3

Основные результаты исследования



ГЛАВА 3

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

3.1. Изменение здоровья детей

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 представляет актуальнейшую проблему и предмет 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: рождаемости, смертности, заболеваемости, инвалидности, уровня 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 от 0 до 14 лет и подростков от 15 до 17 лет, детская инвалидность.

Статистические данные показывают, что в России около 40% детей рождаются больными или заболевают в ближайшее после родов время, в Вологодской области этот показатель 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 1995 – 2001 гг., а с 2002 г. произошло уменьшение доли детей, которые рождаются больными (рис. 3.1).

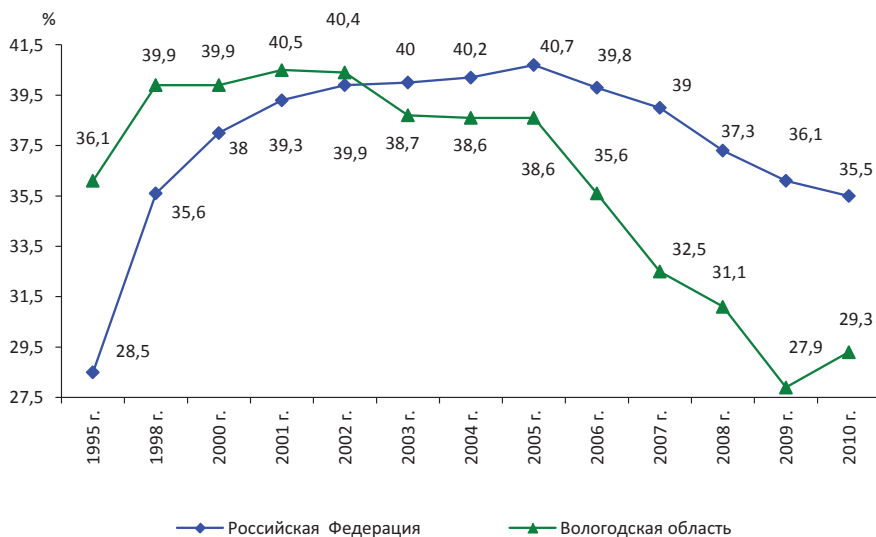


Рис. 3.1. **Заболеваемость новорожденных детей**
(в % от числа родившихся живыми)

Источники: Российский статистический ежегодник. 2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2001 – 2011.; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999 – 2010 гг.: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 1999 – 2011.

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

Подпрограмма «Здоровый ребенок» в составе Федеральной целевой программы «Дети России» на 2003 – 2006 годы утверждена Постановлением Правительства Российской Федерации от 3 октября 2002 г. №732. Целью подпрограммы определено сохранение, восстановление и укрепление здоровья детей на основе комплексного решения медицинских, педагогических, социальных проблем материнства и детства.

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. 3.2). Их общая заболеваемость в России за период с 1995 по 2010 г. выросла на 75%, увеличиваясь в среднем на 4% ежегодно; в Вологодской области – на 90% за аналогичный период, преимущественно за счет хронических болезней.

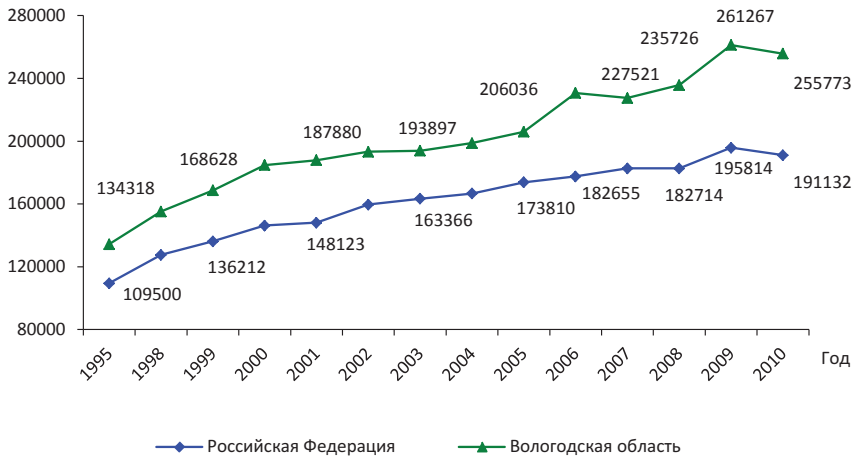


Рис. 3.2. **Заболеваемость детей в возрасте от 0 до 14 лет** (на 100 тыс. детей)

Источники: Российский статистический ежегодник. 2011: стат. сб. / Росстат. – М., 2001 – 2011; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999 – 2010 гг.: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 1999 – 2011; Заболеваемость населения России в 2010 году. – Ч. V: стат. сб. / Росздрав. – М., 2011. – С. 4.

Анализ структуры детской заболеваемости показал, что в целом по Российской Федерации в 2010 г. первые места занимали (в порядке убывания): болезни органов дыхания; травмы, отравления и другие последствия внешних причин; болезни кожи и подкожной клетчатки¹¹. Аналогичная структура заболеваемости отмечается и в Вологодской области¹².

¹¹ Заболеваемость населения России в 2010 году. – Ч. III: стат. сб. / Росздрав. – М., 2011. – С. 4.

¹² Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 г.: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ».

Наиболее значительный в стране рост заболеваемости за анализируемый период зафиксирован в классе болезней крови и кроветворных органов (в 2,6 раза), болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, мочеполовой системы (в 2,4 раза) и болезней эндокринной системы (в 1,9 раза). В целом уровень заболеваемости по многим классам болезней в Вологодской области значительно превышает российский (исключение составляют заболевания мочеполовой системы, заболевания крови и кроветворных органов).

Заболевания, обусловленные генетическими факторами (наследственнаяотягощенность), встречаются у 70 – 80% детей.

Одним из индикаторов состояния здоровья детей является количество детей-инвалидов. В Вологодской области прослеживаются положительные тенденции: так, за период с 2000 по 2009 г. детская инвалидность снизилась на 2%, в 2009 г. по сравнению с 2008 г. – на 3% (рис. 3.3).

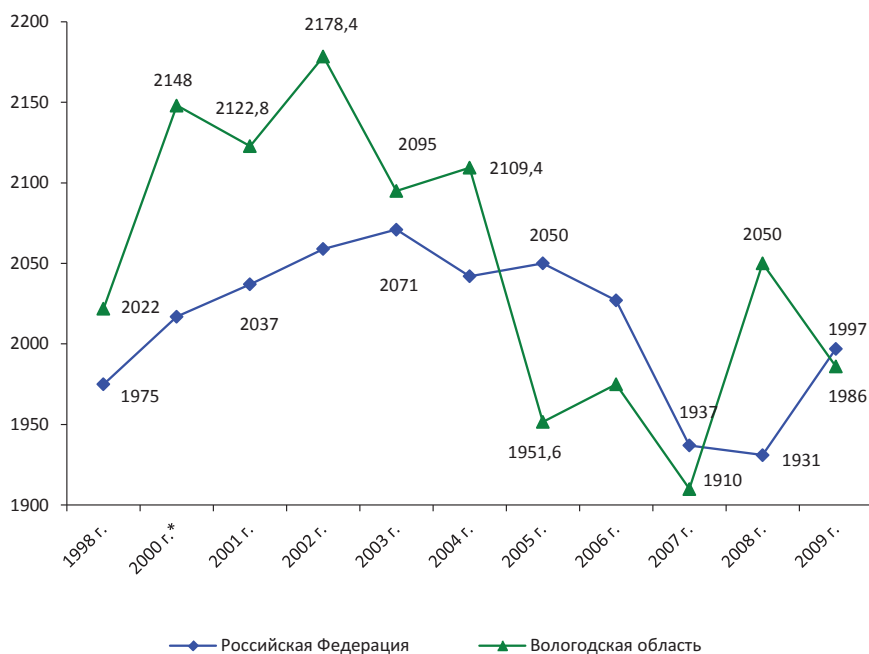


Рис. 3.3. Инвалидность детей в возрасте от 0 до 17 лет (на 100 тыс. детей)

* В возрасте 0 –15 лет.

Источники: Здоровоохранение в России: стат.сб. / Росстат. – М., 1998 – 2009; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2009 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2010.

В возрастной структуре детской инвалидности наибольший удельный вес занимают дети в возрасте от 10 до 14 лет (31,5%). Среди заболеваний, приводящих к инвалидности, на первом месте в 2009 г. были психические расстройства¹³ (24%), на втором – болезни нервной системы (22%), на третьем – врожденные аномалии (21,8%). Анализ распределения детей-инвалидов по нарушениям в состоянии здоровья показал, что ведущими являются нарушения умственной деятельности – 1207 случаев (27%), далее следуют висцеральные и метаболические – 1042 (23,3%), на третьем месте – двигательные – 1035 (23,1%).

Здоровье детского населения требует пристального внимания со стороны всех институтов, участвующих в его формировании.

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. Проведенный нами мониторинг позволяет увидеть детское здоровье и нездоровье на качественно ином уровне и более подробно обсудить проблему.

В работе использовалась комплексная оценка здоровья детей по группам здоровья, предложенная Институтом гигиены детей и подростков МЗ СССР в 1965 г. В соответствии с ней дети распределялись по пяти группам: 1 – здоровые, 2 – здоровые с некоторыми функциональными отклонениями, 3 – больные хроническими заболеваниями в компенсированном состоянии, 4 – больные хроническими заболеваниями в состоянии субкомпенсации, 5 – больные хроническими заболеваниями в состоянии декомпенсации. Распределение детей по указанным группам в некоторой степени условно, однако достаточно информативно и целесообразно при однократном и длительном наблюдении. Для детей в возрасте от 0 до 3 лет вторая группа здоровья делилась на 2А и 2Б.

Данные мониторинга позволяют увидеть и оценить здоровье новорожденных детей за период с 1995 по 2004 г. (рис. 3.4). Они показывают, в частности, что произошло сокращение доли новорожденных детей с 1 группой здоровья. Значительное сокращение удельного веса 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 2 группой здоровья, у которых уже

¹³ Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности учреждений здравоохранения в Вологодской области в 2009 году / под ред. к.м.н. А.А. Колинько. – Вологда, 2010. – 85 с.

выявлены какие-либо функциональные отклонения. Доля новорожденных, имеющих хронические заболевания (3, 4 группы), была наиболее значительной 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, что отразилось на здоровье детей.

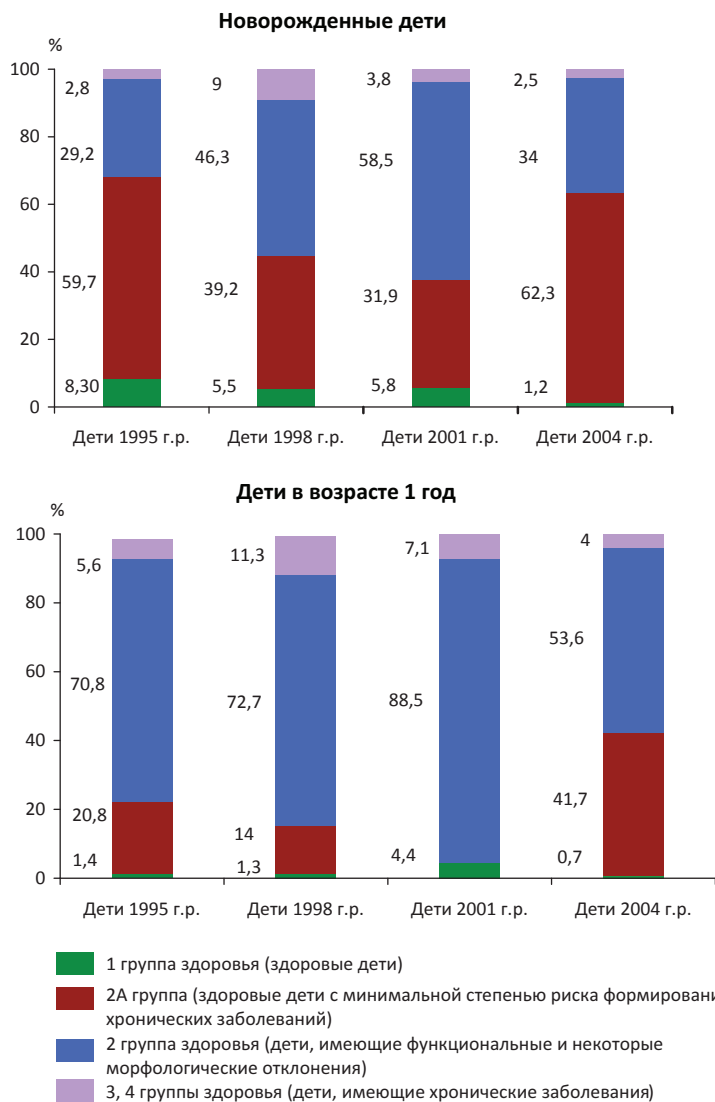


Рис. 3.4. **Здоровье новорожденных и детей в возрасте 1 год**

Доля детей со 2 группой здоровья увеличилась с 29% в когорте детей 1995 г.р. до 34% в когорте 2004 г.р. При этом в когорте 2004 г.р. отмечается значительное снижение удельного веса детей, имеющих функциональные отклонения. Основной причиной этого может быть улучшение социально-экономических условий жизни в период вынашивания плода.

К первому году у детей происходит существенное сокращение потенциала здоровья, полученного при рождении. Уменьшается доля здоровых детей (1 группа здоровья), но еще большее сокращение происходит в группе 2А. То есть у большинства обследуемых, имевших риск возникновения заболеваний в силу неблагоприятного анамнеза, на первом году жизни были выявлены какие-либо болезни. Доля детей с хроническими заболеваниями за данный период в каждой когорте увеличилась в 1,3 – 2 раза.

К возрасту 1 год у детей происходит существенное сокращение потенциала здоровья, полученного при рождении.

Отдельного внимания заслуживают показатели здоровья четырехлетних детей. С этого возраста происходит пересмотр распределения детей по группам здоровья: согласно утвержденной методике¹⁴ педиатры не выделяют группу здоровья 2А у детей 4-х лет и старше (в зависимости от состояния здоровья они переводятся в первую или вторую группы здоровья). В ряде случаев дети из группы здоровья 2А к этому возрасту входят в первую группу здоровья. С одной стороны, данное обстоятельство свидетельствует о том, что здоровье детей к четырехлетнему возрасту стабилизировалось и потенциальный риск воздействия неблагоприятных факторов не проявился. С другой стороны, такие дети требуют повышенного внимания и должны оставаться в поле зрения врача-педиатра на протяжении всего периода взросления.

В возрастном промежутке с 4 до 7 лет, так же как и в период с рождения до 1 года, происходит снижение потенциала здоровья детей (рис. 3.5). Особенно это касается года, предшествующего поступлению ребенка в школу. Так, в возрастном периоде с 6 до 7 лет доля детей с хроническими заболеваниями в когорте 1995 г.р. возросла с 18 до 26%, в когорте 1998 г.р. – с 18 до 23%, в когорте 2004 г.р. – с 17 до 21%.

Второй пик снижения здоровья детей наблюдается в возрастном интервале 6 – 7 лет.

¹⁴ Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов: приказ от 04.03.1995 г. №60 / Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1995/60/Pric%2060-1.htm>

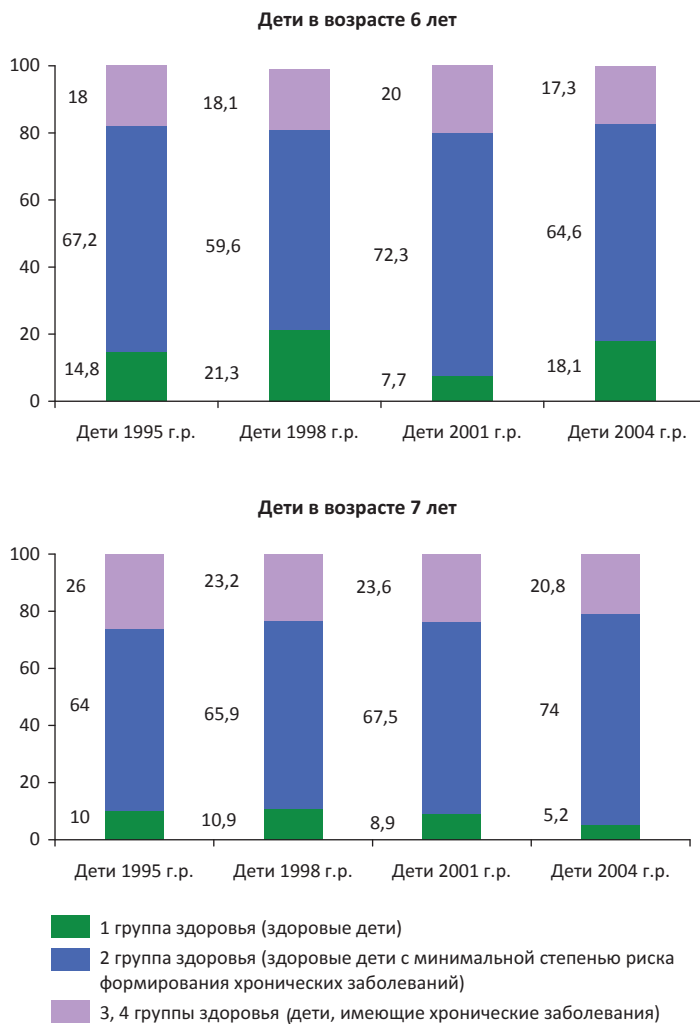


Рис. 3.5. **Здоровье детей в возрасте от 6 до 7 лет** (в % от числа опрошенных)

Это является неблагоприятным фактором, так как обучение в школе увеличивает физическую и психоэмоциональную нагрузки на детский организм, что также может привести к дальнейшему ослаблению здоровья и непременно скажется на успеваемости и адаптации детей к новым социальным условиям.

При переходе из начальной школы в среднюю (9 – 10 лет) увеличилась группа детей, имеющих хронические заболевания: в когорте 1998 г.р. – на 6%.

Очевидно, что в связи с возросшей в этот период обучения нагрузкой и адаптацией к изменившимся условиям у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и формируются новые.

При переходе из начальной школы в среднюю (9–10 лет) в связи с возросшей учебной нагрузкой у школьников обостряются «забытые» ранее болезни и формируются новые.

Гендерный анализ здоровья детей свидетельствует о том, что здоровье девочек лучше, чем здоровье мальчиков. В течение всего наблюдаемого периода в каждой из обследуемых когорт удельный вес девочек, имеющих 1 группу здоровья, больше, чем доля мальчиков (в среднем на 2,5%; табл. 3.1). В то же время доля мальчиков, имеющих хронические заболевания, выше соответствующей доли среди девочек (в среднем на 5%).

Таблица 3.1. **Гендерный срез здоровья детей в 2010 г.**
(в % от числа опрошенных)

Группа здоровья	Мальчики				Девочки			
	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 2001 г.	Когорта 2004 г.	Когорта 1995 г.	Когорта 1998 г.	Когорта 2001 г.	Когорта 2004 г.
1 группа (здоровые дети)	4,4	20,0	15,5	10,0	12,2	11,4	17,5	19,0
2 группа (здоровые дети с минимальной степенью риска формирования хронических заболеваний)	66,7	54,3	58,6	62,5	57,1	65,7	68,4	66,7
3, 4 группы (дети, имеющие хронические заболевания)	28,9	25,7	25,9	21,9	30,6	22,9	14,0	14,3

Имеются значительные территориальные различия в здоровье детей. Судя по статистическим данным, наиболее высокие показатели заболеваемости детей в возрасте от рождения до 14 лет в Вологодской области в 2010 г. зарегистрированы в городах Череповце, Вологде, Сокольском и Междуреческом районах¹⁵.

¹⁵ Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 год: стат. сб. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ», 2011. – С. 82.

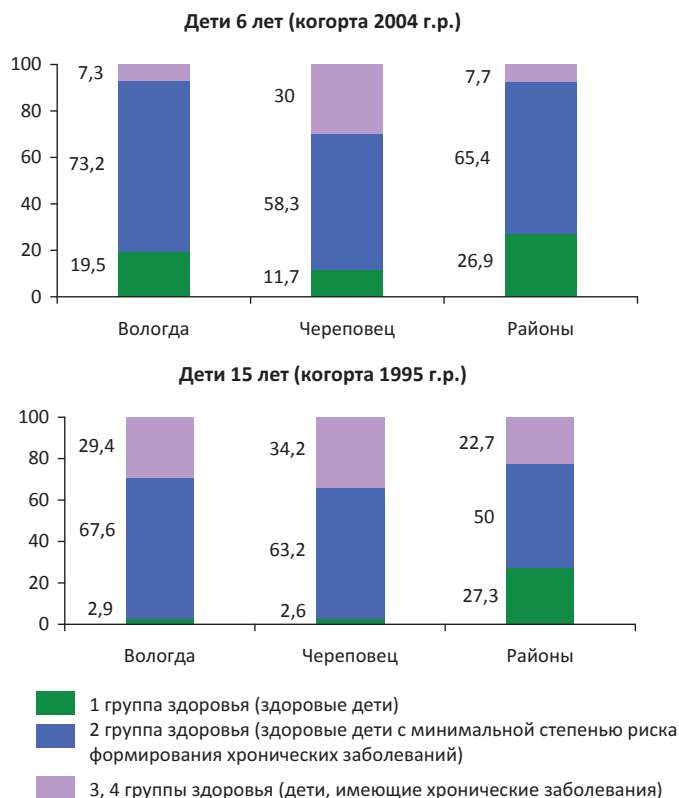


Рис. 3.6. Территориальное распределение детей по группам здоровья в 2010 г. (в % от числа опрошенных)

Данные мониторинга подтверждают статистические: состояние здоровья детей в городах Череповце и Вологде, по оценкам врачей, хуже, чем в районах (рис. 3.6, на примере 2010 г.). Удельный вес детей с хроническими заболеваниями в городах больше в 2 – 3 раза, чем в районах.

Важной характеристикой здоровья детей является кратность заболеваний (т.е. число перенесенных острых заболеваний за анализируемый период). В зависимости от частоты заболеваний в году выделяют неболеющих детей, болеющих эпизодически (до 3 раз в год), часто болеющих (4-5 раз в год), очень часто болеющих (6 и более раз в год).

Частые острые заболевания снижают иммунитет и повышают риск развития хронических патологий, что подтверждается данными исследования. Среди детей, которые имеют первую группу здоровья, 63% не

болели в течение года (табл. 3.2). Всего треть детей (38%), имеющих 2 группу здоровья, ни разу не обращались за медицинской помощью по поводу болезни. По оценкам педиатров, в 3 группе здоровья больше всего часто болеющих детей (19%).

Таблица 3.2. **Зависимость здоровья детей от кратности заболеваний, 2010 г.**
(в % от числа опрошенных, когорта 1995 г.)

Кратность заболеваний	1 группа здоровья	2 группа здоровья	3 группа здоровья
Не болел	62,5	44,6	22,2
Эпизодически болел	37,5	48,2	59,3
Часто болел	0,0	7,1	18,5

На основе сведений о кратности заболеваний обследуемых детей мы имели возможность построить индекс здоровья детей в различных возрастах. Традиционно данный показатель вычисляется по формуле¹⁶:

$$\text{Индекс здоровья} = \frac{\text{Число ни разу не болевших детей за определенный временной интервал}}{\text{Число обследуемых детей в когорте}} \times 100$$

Проведенный анализ показал, что индекс здоровья в возрастном интервале от 1 года до 5 лет снижается и нарастает только к 10 – 14 годам. Вместе с тем обращает на себя внимание то, что дети в когорте 1995 г.р. имеют более крепкое здоровье, чем в последующих когортах. Наиболее низкие значения индекса отмечены в когортах 1998 и 2001 г.р.

Дети 1995 г.р. имеют более крепкое здоровье, чем в последующих когортах.

Дети чаще болеют в г. Череповце и г. Вологде, чем в районных городах и поселках во всех обследуемых когортах (рис. 3.7).

Однако, с другой стороны, низкие показатели частоты заболеваний и меньший удельный вес детей с хроническими заболеваниями могут быть обусловлены не только лучшим здоровьем детей в районных городах и поселках, но и низкой медицинской активностью их семей, а также меньшей выявляемостью заболеваний, более низким качеством работы районных служб здравоохранения.

¹⁶ Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах. № 08-14/4 от 27.04.82. – М., 1982. – 30 с.

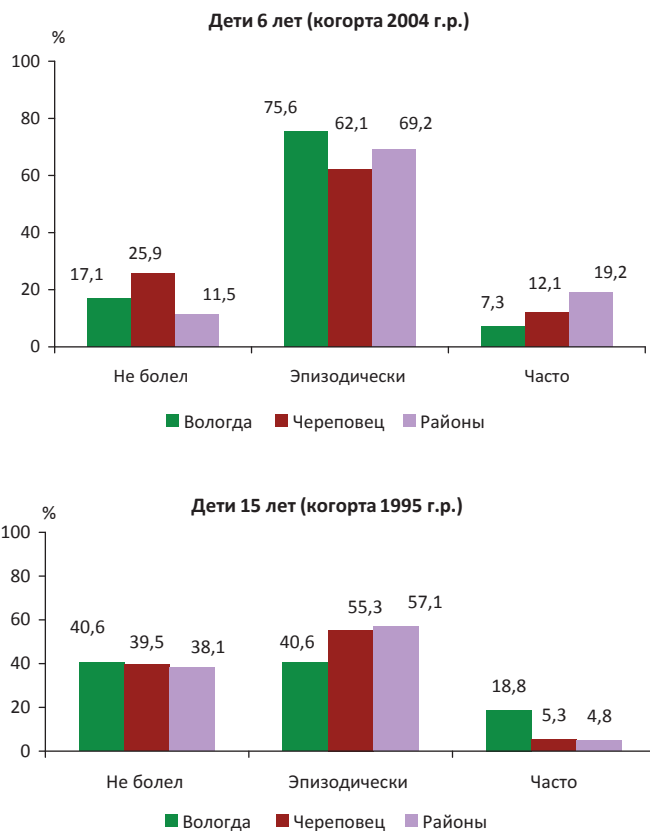


Рис. 3.7. Кратность заболеваний детей. Территориальный срез, 2010 г. (в % от числа опрошенных)

В сельской местности имеет место недоукомплектованность учреждений здравоохранения педиатрическими кадрами. Это приводит к более низкому качеству медицинских осмотров. Данные мониторинга

Результаты исследования показали, что в районах по сравнению с городами семьи отмечают меньшие возможности получения своевременного лабораторно-диагностического обследования, более низкую доступность квалифицированной помощи педиатра, врачей-специалистов.

позволяют дать оценочную характеристику доступности медицинских услуг: семьи отмечают, что в районах по сравнению с городами меньшие возможности получения своевременного лабораторно-диагностического обследования, более низкая доступность квалифицированной помощи врачей-специалистов (рис. 3.8).

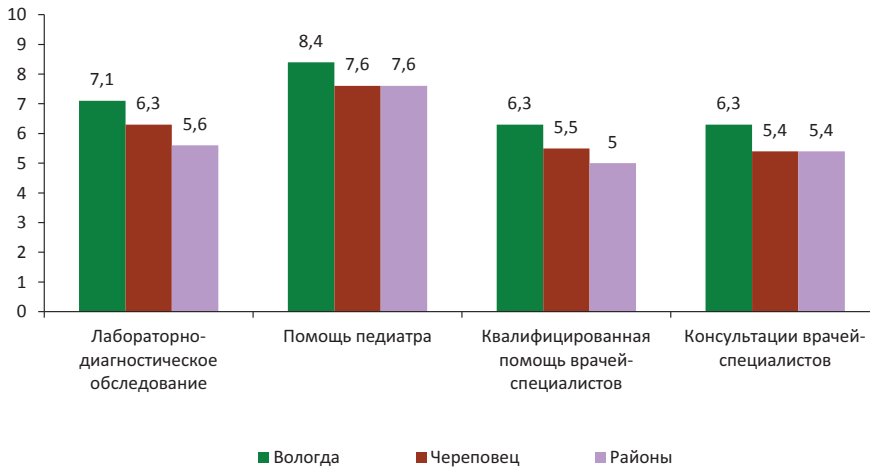


Рис. 3.8. Оценка доступности медицинских услуг, 2010 г. (средний балл по 10-балльной шкале, когорта 1995 г.р.)

Более того, в период с 1998 по 2010 г. снизилась степень доступности лабораторно-диагностического обследования (с 7,2 до 6,3 балла по 10-балльной шкале), своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов (с 6,2 до 5,5 балла), консультаций специалистов (с 7,3 до 5,7 балла).

Одним из показателей уровня здоровья человека является его физическое развитие. Оно отражает процессы роста и развития организма на отдельных этапах онтогенеза (индивидуального развития). В период дошкольного детства наибольшая доля детей с соответствующим возрасту физическим развитием отмечается в 5 лет (86%, когорты детей 1995 и 2004 г.р.). Во время школьного обучения становится больше детей с дефицитом и избытком массы тела, но со временем имевшаяся ранее дифференциация в физическом развитии сглаживается.

Так, в интервале с 9 до 14 лет доля детей с нормальным физическим развитием увеличилась с 63 до 74%; доля детей с дефицитом массы тела сократилась с 14 до 7,5% и избытком массы тела – с 9 до 7%. Здоровье и физическое развитие детей взаимосвязаны и обуславливают друг друга. Все дети, которых педиатры относят к 1 группе здоровья, имеют нормальное, соответствующее возрасту физическое развитие. Дети 2, 3 и 4 групп здоровья чаще имеют какие-либо нарушения физического развития (рис. 3.9).

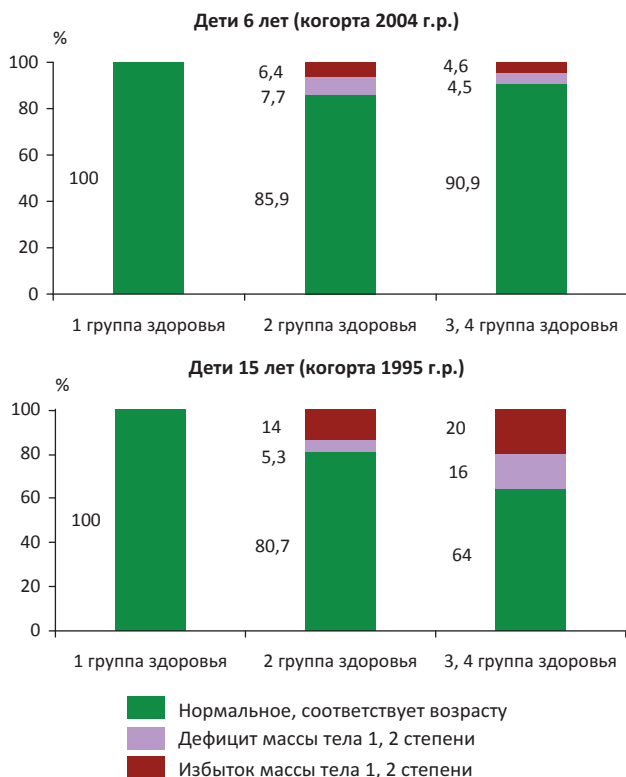


Рис. 3.9. Зависимость физического развития ребенка от группы здоровья, 2010 г. (в % от числа опрошенных)

Территориальный анализ свидетельствует о том, что большая доля детей с нормальным физическим развитием проживает в г. Вологде. В городе Череповце чаще встречаются дети с избытком массы тела, особенно среди 8-летних. Кроме того, дети, проживающие в г. Череповце, отличаются от своих сверстников в г. Вологде и районах более высокими ростом (в среднем на 3 см) и весом (в среднем на 1,7 кг).

Гендерный анализ физического развития детей показывает, что девочки реже имеют отклонения от нормы. Мальчикам в возрасте от 13 до 15 лет более свойствен избыток массы тела, в отличие от девочек, у которых среди отклонений превалирует дефицит массы тела (рис. 3.10).

Проведенное нами исследование позволяет утверждать, что здоровье детей ухудшается. Снижение потенциала здоровья происходит не равномерно, а в основные критические периоды детства: первый год

жизни (среди новорожденных доля здоровых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляет 60 – 40%, к одному году она снижается до 20 – 15%), период 6 – 7 лет (удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается в среднем на 5 – 6%). Необходимо выявлять наиболее значимые неблагоприятные факторы формирования детского организма, минимизация воздействия которых будет способствовать укреплению здоровья детей.

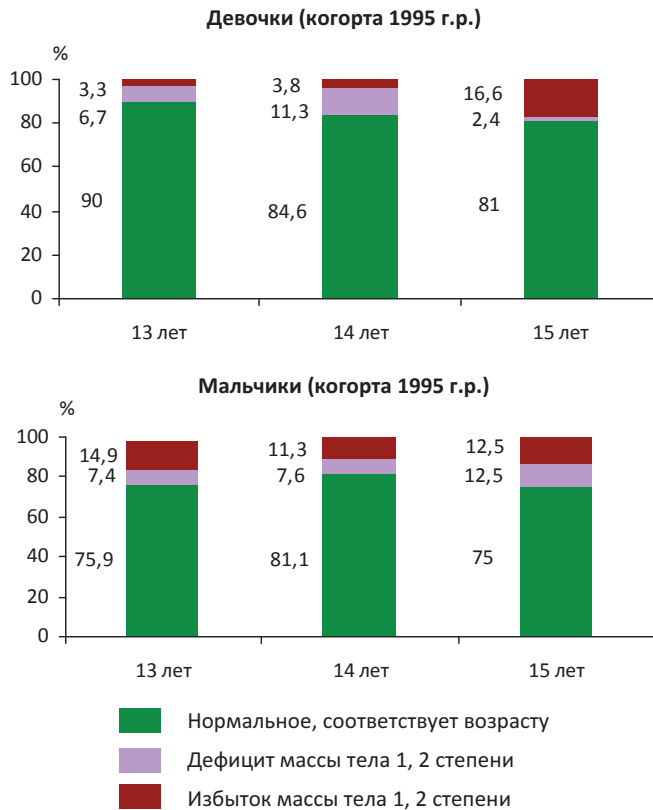


Рис. 3.10. Комплексная оценка физического развития детей. Гендерный срез, 2010 г. (в % от числа опрошенных)

Оправданное и необходимое усиление внимания медицинских работников к здоровью детей дошкольного возраста соседствует в медицинских учреждениях с ослаблением интереса к здоровью школьников. Вопросам снижения младенческой смертности, улучшению здоровья новорожденных придается большое значение на федеральном и регио-

нальном уровнях, увеличивается финансирование для поддержания деятельности соответствующих служб. Однако для сохранения здоровья детей недостаточно внимания только периоду новорожденности. Ответственного отношения требует весь период детства, ведь на всем его протяжении растет и формируется детский организм.

3.2. Факторы, определяющие здоровье детей в младенчестве и раннем детстве

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

Данные мониторинга здоровья и развития детей позволяют оценить воздействие различных факторов исходя из социологической информации, полученной в режиме реального времени. Вопросы в анкете, нацеленные на выявление факторов риска для здоровья ребенка, составлены экспертным путем на основе опыта отечественных и зарубежных исследований.

Среди множества факторов, оказывающих влияние на здоровье детей, были выбраны следующие группы:

1. Социально-демографические факторы: пол, возраст ребенка, состав семьи, возраст родителей, социальная принадлежность; производственная деятельность родителей ребенка – образование, профессия, должность, условия и характер труда в период перед рождением ребенка, величина душевого дохода, оценочные характеристики доходов семьи; жилищные условия – величина жилой площади, качественные характеристики жилья и имущества, оценка экологических условий, качество питания матери во время беременности и родов; вредные привычки – употребление алкогольных напитков, курение.

2. Медицинские факторы: характеристика здоровья родителей (самими респондентами) – наличие противопоказаний к рождению ребенка, наличие хронических заболеваний у родителей, планирование рождения ребенка, самочувствие во время беременности; характеристика протекания беременности и родов (медицинскими работниками, согласно документации) – наличие отклонений в здоровье женщины во время беременности, медицинская активность беременной, продол-

жительность и характер родов, наличие дополнительных родовспомогательных мероприятий; характеристика здоровья новорожденного (оценка неонатолога) – вес, рост, «апгар-тест», выявленные заболевания, группа здоровья.

В исследовании применялась качественная и ранжированная оценка факторов, оказывающих влияние на формирование здоровья детей. Например, оценивая жилищные условия, респонденты указывали на наличие коммунальных удобств, на неудовлетворительные характеристики жилищных условий (слишком влажное, холодное и тому подобное), а также давали ранжированную оценку жилья в баллах по 4-балльной шкале: 1 – отличные и хорошие, 2 – удовлетворительные, 3 – плохие, 4 – очень плохие. По такому же принципу (качественная и ранжированная шкалы) родители оценивали и здоровье детей.

Измерение влияния отдельных факторов на формирование здоровья детей – сложный процесс. Главная сложность состоит в выделении нужного фактора из множества других, также формирующих здоровье ребенка. В исследовании использовался прием, основанный на «методе различия», предполагающем, что если параметры уровня и образа жизни группы семей отличаются степенью выраженности того или иного фактора, то различия, имеющиеся в здоровье воспитывающихся там детей, могут быть объяснены действием этого фактора¹⁷.

Определенную сложность представляет и временной лаг проявления влияния разных факторов на здоровье детей. Например, влияние отклонений в протекании беременности сказывается сразу после рождения ребенка, в то время как воздействие неблагоприятных экологических условий (например, плохое качество питьевой воды) проявляется через несколько лет. Данная проблема в некоторой степени разрешима при проведении мониторинга когорт в течение ряда лет.

Для того чтобы систематизировать информацию в ходе анализа, наблюдаемые факторы были условно разбиты на группы: медико-биологические; уровень жизни обследуемых семей; условия и образ жизни обследуемых семей; медицинская активность семей. Анализ влияния каждого фактора на здоровье детей проводился в пределах сформированных групп. Учитывалось также неодинаковое воздействие факторов на здоровье детей в различные возрастные интервалы.

¹⁷ Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Изд-во ИСЭПН, 2001. – 320 с.

Для измерения тесноты связи могут быть использованы различные методы. Классическим методом определения корреляционной зависимости является расчет коэффициента Пирсона, но для применения данного показателя необходимо, чтобы сравниваемые признаки имели численное выражение. Поэтому для определения меры тесноты парной связи между здоровьем детей и воздействующими на него факторами был использован коэффициент корреляции рангов Спирмена (R_s). Ранги – это порядковые номера единиц совокупности в ранжированном ряду. Преимущество этого метода состоит в том, что возможно ранжирование по признакам, которые нельзя выразить численно. Измерение тесноты парной связи признаков позволяет вычислять и коэффициент Фехнера, но в отличие от использованного нами коэффициента корреляции рангов Спирмена данный показатель не учитывает размеров отклонений признаков от их средних величин и значительно занижает меру тесноты связи¹⁸.

В настоящем исследовании на основании информации, полученной от родителей, врачей роддомов и детских поликлиник, проведена экспертная оценка здоровья детей, по результатам которой обследуемые дети были разделены на 2 группы:

R1 – «группа с наименьшим риском ухудшения здоровья» – здоровые дети с минимальной степенью риска развития заболеваний, в том числе дети, имеющие неблагоприятные факторы в биологическом, генеалогическом или социальном анамнезе (в нее входят дети группы здоровья 1 и 2А);

R2 – «группа высокого риска» – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, а также хронические заболевания или тяжелую врожденную патологию развития (в нее входят дети группы здоровья 2Б, 3, 4)¹⁹.

Дети, отнесенные к группе высокого риска, нуждаются в более пристальном внимании педиатров. Для представителей именно этой группы необходимо своевременно и в полном объеме проводить оздоровительные мероприятия, которые препятствовали бы формированию и развитию у них хронических заболеваний. Лечебно-оздоровительные мероприятия для детей, перенесших тяжелые заболевания или имеющих морфо-функциональные отклонения, должны назначать не только педиатры, но и врачи-специалисты.

¹⁸ Елисева И.И., Юзбашев М.М. Общая теория статистики. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 368 с.

¹⁹ Римашевская Н.М., Андрушина Е.В. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни // Народонаселение. – 1999. – №3. – С. 49-58.

В данном параграфе рассмотрены факторы, оказывающие наиболее значительное влияние на здоровье детей в раннем детстве (от рождения до трех лет).

Медико-биологические факторы

В этой группе наиболее тесные взаимосвязи выявлены между здоровьем детей и следующими факторами:

- низким показателем гемоглобина у женщин в конце беременности ($R_s = 0,712$ на момент рождения; $R_s = 0,830$ к 1 году);
- здоровьем родителей ($R_s = 0,645$ на момент рождения; $R_s = 0,832$ к 1 году; $R_s = 0,532$ к 2 годам);
- характером протекания родов ($R_s = 0,513$ на момент рождения; $R_s = 0,147$ к 1 году).

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

В Вологодской области среди заболеваний, предшествующих беременности или возникающих во время нее, с 1995 по 2010 г. основную долю составляли анемии – 35% (и в исследовании – 35%). Значительна доля болезней мочеполовой системы – 19% (в исследовании – 10%) и токсикозов – 13%, а также болезней системы кровообращения – 8% (рис. 3.11).

Учитывая широкую распространенность анемии среди беременных женщин и значительное ее влияние на здоровье новорожденных детей, этот фактор можно признать наиболее важным, требующим неотложных мер по его минимизации. Исследования Института питания РАМН в различных регионах России свидетельствуют о нехватке витаминов и фолиевой кислоты у беременных и кормящих женщин, что ведет к рождению ослабленных детей с врожденными пороками развития²⁰.

По результатам исследования заболеваемость женщины во время беременности негативно отражается на здоровье ее ребенка. Среди патологий беременных наиболее распространена анемия, встречающаяся в 35% случаев.

²⁰ Римащевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.

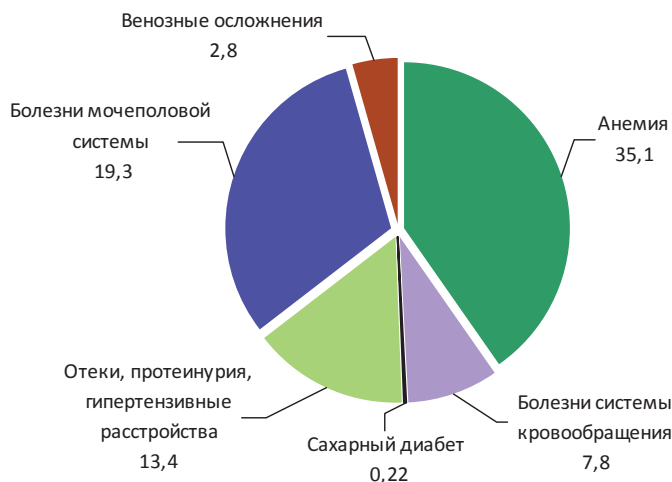


Рис. 3.11. **Заболевания беременных в Вологодской области**
(в % к числу закончивших беременность, 2010 г.)

Источник: Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: стат. сб. / ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». – М., 2011. – С. 73.

Такие болезни матери, как анемия, вегето-сосудистая дистония, гипотония, влекут за собой недостаточные обеспеченность питательными веществами и поступление кислорода к плоду. Различные инфекции матери вызывают ослабление иммунитета ребенка, вследствие чего увеличивается его болезненность, ухудшается здоровье (табл. 3.3).

Таблица 3.3. **Влияние болезненных состояний беременных женщин на здоровье ребенка** (в % от числа опрошенных)

Болезненные состояния будущей матери	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Когорта 1995 г.								
Анемия	58,3	41,7	25,0	75,0	66,7	33,3	0,0	100
Инфекция мочеполовых путей	66,7	33,3	0,0	100	0,0	100	0,0	100
Гинекологические заболевания	80,0	20,0	0,0	100	0,0	100	0,0	100
Когорта 2004 г.								
Анемия	2,7	97,3	55,7	44,3	6,8	93,2	9,3	90,7
Инфекция мочеполовых путей	5,0	95,0	65,0	35,0	4,3	95,7	0,0	100
Гинекологические заболевания	2,2	97,8	57,1	42,9	6,1	93,9	4,0	96,0
Вегето-сосудистая дистония	9,1	90,9	33,3	66,7	0,0	100	0,0	100
Гипертония	0,0	100	0,0	100	0,0	100	0,0	100

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Простудные заболевания, гипертоническая болезнь, болезни органов пищеварения, инфекции мочеполовых путей и связанные с ними дисфункции в организме женщины в период протекания беременности также неблагоприятно отражаются на здоровье ребенка. Результаты мониторинга показывают, что ослабленное при рождении здоровье детей пролонгируется на весь период раннего детства. У женщин, страдавших анемией во время беременности (в когорте 2001 г.), 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%.

Полученные в ходе исследования данные подтверждают материалы Министерства труда и социальной защиты РФ: среди пяти-шестилетних детей, матери которых имели отклонения в течении беременности и родов, 25% часто болели, 37 – 44% состояли на учете у врачей-специалистов²¹.

Нами выявлена устойчивая корреляция между здоровьем матери и здоровьем ребенка в раннем детстве. Так, матери здоровых детей имеют хорошее и отличное здоровье в 65% случаев, а у больных детей процент матерей, имеющих хорошее здоровье, на 14 пунктов меньше. В то же время мать больного ребенка значительно чаще имеет удовлетворительное здоровье (42,9%), чем здорового (35%). В когорте 1995 г. у матерей, имевших «удовлетворительное» здоровье, все дети к пяти годам относились ко 2 и 3 группам здоровья, то есть имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития (табл. 3.4).

Таблица 3.4. **Зависимость здоровья ребенка от здоровья матери**
(в % от числа опрошенных, когорта 1995 г.)

Оценка здоровья матери	Здоровье ребенка по возрастам													
	Новорожденные		1 год		2 года		3 года		4 года		5 лет		6 лет	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
Отличное	75,0	25,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	25,0	75,0	50,0	50,0
Хорошее	63,0	37,0	21,7	78,3	13,3	86,7	4,3	95,7	21,1	78,9	17,4	82,6	18,2	81,8
Удовлет.	76,2	23,8	19,0	81,1	15,0	85,0	4,8	95,2	0,0	100	0,0	100	5,9	94,1
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья. R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.														

²¹ О положении детей в Российской Федерации. 1998 год: государственный доклад. – М.: Синергия, 2000. – 100 с.

Анализ данных других выбранных когорт подтвердил взаимосвязь здоровья родителей и детей. У матерей с «удовлетворительным» здоровьем 11% детей к двум годам имели хронические заболевания, а к трем годам 98% детей относились ко 2 и 3 группам здоровья, т.е. имели хроническую патологию либо высокий риск ее развития.

Полученные результаты позволяют сделать некоторые предположения. Во-первых, родители имеют очень приблизительное представление о своем собственном здоровье. Во-вторых, очевидно, на здоровье ребенка в большей степени оказывает влияние не здоровье родителей, а их болезни. Новорожденный ребенок, судя по результатам обследования, более часто получает от родителей именно их болезни. В-третьих, на здоровье ребенка влияет наличие у родителей хронических болезней. Так, если матери имели хронические болезни, то 43% детей больны, а здоровы – лишь 30%, т.е. у хронически больных матерей дети заболевают почти в 1,5 раза чаще. Если же матери не имеют хронических болезней, то здоровы 70% детей, а больны – 57%. Наличие хронических болезней у отцов не столь однозначно сказывается на здоровье детей: так, все 100% больных детей имели отцов без какого-либо хронического заболевания. Если же говорить о здоровых детях, то 15% из них имели отцов с каким-либо хроническим заболеванием, а 85% – без заболеваний.

Таким образом, явная, однозначная связь между здоровьем новорожденных детей и наличием у отцов хронических заболеваний в нашем обследовании не просматривается. Можно предположить и такой вариант: здоровье родителей, в частности отца, в современных условиях не основной фактор, определяющий здоровье ребенка. В-четвертых, на детское здоровье оказывает влияние наличие медицинских противопоказаний при рождении ребенка. В обследовании 1995 г. матери у 7% больных и у 49% здоровых детей указали, что не имели таковых. Лишь 3% матерей не знают, имеют ли они их. Однако более интересен другой факт: 43% матерей больных и 49% матерей здоровых детей вообще не дали ответа на этот вопрос. Можно предположить, что, собираясь рожать ребенка, они не задумывались о том, могут ли они это делать и как это скажется на здоровье будущего малыша. Решение о рождении ребенка они принимали самостоятельно, без обращения за советом к медицинским работникам и проведения соответствующих обследований²².

²² Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации // Социологические исследования. – 1996. – № 11. – С. 42-46.

В связи с выявленными зависимостями следует отметить, что в стране в целом и в регионе в частности фиксируется высокий уровень заболеваемости взрослого населения (в течение года только около 200 человек из тысячи ни разу не обращаются по поводу каких-либо болезней к врачу) и подростков – потенциальных и будущих родителей. Мониторинг здоровья населения Вологодской области показывает, что в 2009 г. 14% жителей региона оценили свое здоровье как «плохое», а доля «удовлетворительных» оценок составила 56%. Нарастающая подростковая наркомания, пивной алкоголизм также способствуют ухудшению здоровья потенциальных родителей. Широкое распространение фактора в популяции повышает его значимость.

Еще одним важным фактором, определяющим здоровье новорожденных детей, выступает *характер протекания родов*. Его влияние проявляется более ярко в период от рождения до 1 года. Судя по данным исследования, при наличии оперативного вмешательства доля новорожденных детей с функциональными отклонениями в 1,5 раза больше, чем при нормальном протекании родов (рис. 3.12). К двум годам взаимосвязь характера протекания родов и здоровья детей ослабевает, но следует учитывать то, что причиной хирургического родовспоможения, как правило, являются изменения здоровья беременной женщины, которые могут оказать влияние на здоровье ребенка и в более поздние периоды.

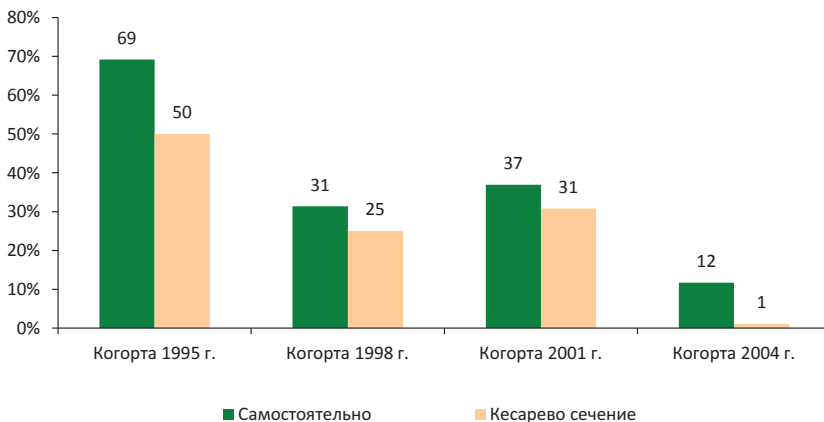


Рис. 3.12. Удельный вес новорожденных детей, имеющих хорошее и отличное здоровье при различном характере протекания родов (в % от числа опрошенных)

Условия и образ жизни семьи

В данную группу вошли факторы, определяющие условия жизни обследуемых семей и описывающие их жизненные привычки. Ю.П. Лисицын дает следующие определения условий и образа жизни: условия жизни – материальные и нематериальные факторы, воздействующие на образ жизни; образ жизни – деятельность, активность людей, которые определенным образом реагируют на условия жизни и используют их²³.

Согласно результатам корреляционного анализа, рассматриваемые факторы распределились следующим образом:

– неблагоприятные условия труда матери в период беременности: загазованность воздуха рабочей зоны ($R_s = 0,939$ на момент рождения); действие радиации и СВЧ ($R_s = 0,839$ на момент рождения); работа с токсическими химическими веществами ($R_s = 0,600$ на момент рождения); работа в 2 – 3 смены ($R_s = 0,510$ на момент рождения);

– курение матери в период беременности ($R_s = 0,898$ на момент рождения, $R_s = 0,661$ – 1 год);

– характер вскармливания ребенка (при грудном вскармливании до 6 мес. $R_s = 0,85$).

Одним из наиболее значимых факторов для формирования здоровья детей в период новорожденности и раннего детства, по данным мониторинга, являются условия труда матери в период перед рождением ребенка.

Продолжительное воздействие неблагоприятных профессиональных факторов различной природы, физических и психо-эмоциональных перегрузок, а также их сочетания может привести к снижению здоровья родителей и ухудшению их репродуктивной функции. Влияние профессиональных факторов риска родителей на организм ребенка носит не прямой, а опосредованный характер.

Условия своей работы в период перед рождением ребенка лишь 8% женщин и 7% мужчин в нашем исследовании определили как нормальные. Все остальные респонденты работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам. Среди отмеченных респондентами неблагоприятных условий труда

Результаты проведенного исследования свидетельствуют о том, что у родителей, работающих в неблагоприятных санитарно-гигиенических условиях, чаще рождаются дети, испытывающие проблемы со здоровьем. Эта особенность отмечалась во всех обследуемых когортах.

²³ Лисицын Ю.П. Образ жизни и здоровье населения. – М.: Знание, 1982. – С. 40.

большое влияние на здоровье детей имели запыленность воздуха рабочей зоны, работа с токсическими химическими веществами, большая физическая нагрузка.

В когорте 1995 г. матери больных детей значительно чаще работали в условиях запыленности воздуха (13% против 9% у здоровых), повышенной температуры (12,5% против 2,9%), психического напряжения (38% против 30%), ночного времени (13% против 2%). Отрицательно сказываются на здоровье новорожденных и условия работы отцов. Здесь имеют место такие тенденции: у больных детей 23% отцов работали в условиях запыленности, в то время как у здоровых – 15%. В условиях психического напряжения – соответственно 23 и 18%, ночного времени – 15 и 5%, радиации и действия СВЧ – 8%; отцы здоровых детей вообще не работали в таких условиях.

Подобная закономерность повторилась и в других когортах. В то же время результаты анализа позволили выявить, что неблагоприятные условия труда матери в период вынашивания плода оказывают более существенное влияние на здоровье новорожденного, чем неблагоприятные условия труда отца (в таблице 3.5 рассмотрены наиболее значимые из них при сопоставлении двух когорт).

Таблица 3.5. **Влияние неблагоприятных условий труда матери на здоровье ребенка**
(в % от общего количества)

Отмеченные неблагоприятные факторы	Новорожденные		1 год		2 года		3 года	
	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2	R 1	R 2
	Когорта 1995 г.							
Психическое напряжение	64,1	35,9	18,8	81,3	83,3	16,7	0,0	100
Шум	69,2	30,8	16,7	83,3	83,3	16,7	0,0	100
Запыленность	77,8	22,2	22,2	77,8	85,7	14,3	0,0	100
Большая физическая нагрузка	76,5	23,5	40,0	60,0	92,9	7,1	0,0	100
Работа с токсическими химическими веществами	85,7	14,3	33,3	66,7	75,0	25,0	0,0	100
Когорта 2004 г.								
Психическое напряжение	6,1	93,9	50,0	50,0	6,1	93,9	11,8	88,2
Шум	13,5	86,5	59,1	40,6	0,0	100	8,3	91,7
Запыленность	8,8	91,2	61,1	38,9	0,0	100	5,0	95,0
Большая физическая нагрузка	3,0	97,0	23,1	76,9	0,0	100	0,0	100
Работа с токсическими химическими веществами	8,7	91,3	40,0	60,0	0,0	100	14,3	85,7
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.								
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.								

Реформирование экономики обусловило трансформации форм собственности и изменение трудовых отношений. Ликвидация государственного монополизма, акционирование предприятий и производств, развитие малого бизнеса и частного предпринимательства привели к появлению нового слоя работодателей и наемных работников и новых отношений между ними.

Существовавшая ранее система охраны труда работников разрушена, однако новые экономические и правовые механизмы, побуждающие работодателя принимать эффективные меры по обеспечению здоровых и безопасных условий труда, еще не созданы, вследствие чего на многих предприятиях игнорируются требования охраны и гигиены труда. Работодатели экономят на гигиене труда – работники рискуют своей жизнью и здоровьем.

Критическое положение с условиями труда сохраняется практически во всех отраслях экономики, несмотря на спад объемов производства, и влечет за собой ухудшение состояния здоровья работающих, высокий уровень профессиональной заболеваемости, несчастных случаев, потерь трудоспособности.

Из-за конкуренции и социальной незащищенности на рынке труда женщины продолжают работать на производствах с вредными условиями труда. На начало 2007 г., по данным Росстата, в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам, в Российской Федерации было занято: в добыче полезных ископаемых – 20% женщин, производстве и распределении электроэнергии, газа и воды – 18%, обрабатывающих производствах – 18%, на транспорте – 14%, в строительстве – 6% (от общей численности женщин, занятых в соответствующем виде экономической деятельности)²⁴.

В Вологодской области, как свидетельствуют данные статистики, растет доля мужчин и женщин, работающих в неудовлетворительных условиях. В 2006 г. 26% женщин, т.е. почти каждая четвертая, трудились в не отвечающих санитарным нормам условиях (рис. 3.13).

²⁴ О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году: государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2008. – С. 154.

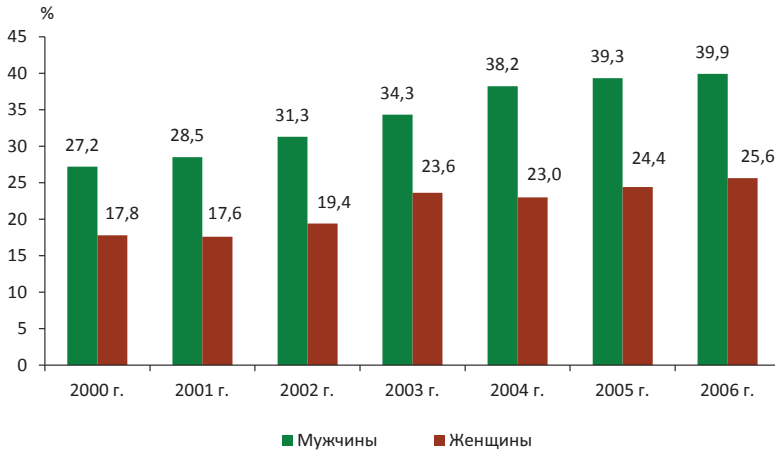


Рис. 3.13. Удельный вес работающих в неудовлетворительных условиях труда в Вологодской области (в % от общей численности работников соответствующего пола)

Источник: по данным Департамента труда и социального развития Вологодской области.

Динамический анализ показывает, что значительная часть беременных женщин продолжает работать в условиях, не соответствующих санитарным нормам (табл. 3.6), что вызывает необходимость пересмотра существующих норм о назначении беременных женщин на менее трудоемкие работы с целью исключить их контакт с токсикогенами, работу в зонах с повышенной запыленностью и т.д.

Таблица 3.6. Удельный вес численности женщин, занятых во вредных и опасных условиях труда в Вологодской области (в % от общей численности работающих женщин в отдельных отраслях)

Условия труда	Год						
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Повышенные уровни неионизирующего излучения	0,6	0,5	1,0	1,7	1,5	1,3	1,4
Повышенные уровни вибрации	0,5	0,5	0,7	1,1	1,0	1,3	1,5
Повышенные уровни ПДК вредных веществ в воздухе рабочей зоны	3,0	2,8	2,8	3,5	4,2	2,7	3,4
Занятые тяжелым физическим трудом	5,3	5,3	4,4	5,0	5,6	5,5	6,7
Повышенные уровни шума	10	10	11,3	12	12,8	13,4	14,2

Источник: по данным Департамента труда и социального развития Вологодской области.

Следующий фактор, на котором следует заострить внимание, – *курение матерей*. Данные обследований когорт 1995 года рождения и после-

дующих в вопросе, курила ли будущая мать во время беременности, различаются. В 1995 г. доля женщин, курящих в период беременности, сократилась с 21 до 3%, т.е. в 7 раз, а в последующих – лишь в 2 раза (с 24 до 12%). На наш взгляд, это свидетельствует об изменении в обществе норм морали и отношения к ответственному родительству, ведь сейчас женщина с сигаретой и баночкой пива стала «нормой».

Курение матерей способствует развитию у детей функциональных отклонений. Особенно неблагоприятным является курение матери во время беременности. У некурящих матерей родилось 34 – 37% здоровых детей, у куривших до беременности – всего 25 – 34%. У тех же, кто курил и во время беременности, здоровье новорожденных значительно хуже: без отклонений в здоровье родилось в среднем 20% детей.

Согласно результатам проведенного исследования вредные привычки родителей играют важную роль в формировании здоровья ребенка. У матерей, курящих в период беременности, здоровыми рождаются 20% детей. Мать каждого третьего ребенка с патологиями употребляет алкогольные напитки.

Курение матери влияет и на вес будущего ребенка – у курящих матерей чаще рождаются маловесные дети (в среднем 14%).

У женщин, продолжавших курить и во время беременности, удельный вес детей, родившихся с весом менее 2500 г, составил 20%.

Это подчеркивают и данные различных исследований. Известно, что табачные токсины нарушают генетический аппарат. Генетический вред от канцерогенов табачного дыма может проявиться и через несколько поколений²⁵. Агентство по охране окружающей среды США установило, что в результате «пассивного курения» 2700 детей ежегодно погибают от синдрома внезапной младенческой смерти. У курящих матерей чаще рождаются дети с различными дефектами, пониженным весом.

Учеными из Великобритании после обследования в 1958 г. 17 тыс. новорожденных детей было отмечено замедление физического и умственного развития среди тех, чьи матери курили во время беременности. Дети, матери которых выкуривали во время беременности 10 сигарет в день или более, имели рост в среднем меньше на 1 см и несколько отставали по успеваемости в школе в сравнении с теми, чьи матери не курили во время беременности²⁶.

²⁵ Щербаков В. Женщина и сигарета. – URL: http://www.utro.ru/articles/2_00110250_4_063342_995.shtml

²⁶ Now we are 50: Key findings from the National Child Development Study. Edited by Jane Elliott and Romesh Vaitilingam. London: The Centre for Longitudinal Studies, 2008.

Актуальность этой проблемы обостряется тем, что частота курения в России – одна из самых высоких по сравнению с индустриально развитыми странами. По данным, полученным на этапе мониторинга здоровья населения Вологодской области, проведенном в 2010 г., в регионе курит 27% женщин в репродуктивном возрасте. По данным мониторинга здоровья детей, в среднем 27% женщин курило до беременности, во время беременности – 12%. Удельный вес курящих женщин в Череповце в 1,4 раза больше, чем в других населенных пунктах. В среднем выкуривалось по 5 сигарет в день, но некоторые женщины указали, что выкуривали до 20 сигарет в день.

После появления на свет малыш переходит к самостоятельному питанию, характер которого оказывает немаловажное влияние на его здоровье. Для лучшего роста и развития детей первого года жизни важно питание материнским молоком. Грудное молоко обладает необыкновенно активными биологическими свойствами, поскольку содержит гормоны, биологически активные вещества, иммунные комплексы. Живые клетки материнского молока оказывают мощное благотворное влияние на организм ребенка, обеспечивая нормальное течение процессов обмена веществ и поддержание устойчивости к действию инфекций. Одним из основных показателей состояния здоровья детей является *распространенность грудного вскармливания* как идеального питания, обеспечивающего полноценное развитие и рост, оказывающего уникальное биологическое и эмоциональное влияние на мать и ребенка.

По данным нашего исследования, дети, находящиеся на грудном вскармливании, в 2 раза меньше болеют по сравнению с детьми, находящимися на искусственном питании, и в дальнейшем имеют более крепкое здоровье. Характер вскармливания на первом году жизни в значительной степени определяет состояние здоровья ребенка не только в раннем возрасте, но и в последующие периоды его жизни. Обменные нарушения, возникающие при нерациональном вскармливании младенцев, являются фактором риска развития в будущем ожирения, заболеваний сердечно-сосудистой системы, в частности гипертонической болезни, а также сахарного диабета, бронхиальной астмы, онкологических и других заболеваний.

Результаты британского мониторинга (NCDS, 1958 г.), подтверждающие полученные выводы, свидетельствуют, что у детей, находившихся на грудном вскармливании не менее одного месяца, наблюдались луч-

шие весо-ростовые показатели в юношеском и зрелом возрасте, чем у тех, кто получал исключительно детские смеси²⁷.

В России, как и во многих других странах, на протяжении последних десятилетий отмечается стабильно низкая распространенность грудного вскармливания (рис. 3.14). По данным официальной статистики Минздрава РФ за 2010 год, лишь 37% женщин кормили младенцев до 6 месяцев и 38% – до 1 года. Однако наметился рост удельного веса детей, находящихся на грудном вскармливании до 1 года (с 2000 по 2010 г. показатель увеличился на 27%). Вероятно, одной из причин положительного тренда является проведение разъяснительной и обучающей работы, организованной в рамках Инициативы ВОЗ и ЮНИСЕФ «Больница, доброжелательная к ребенку» с целью поддержки грудного вскармливания в России.

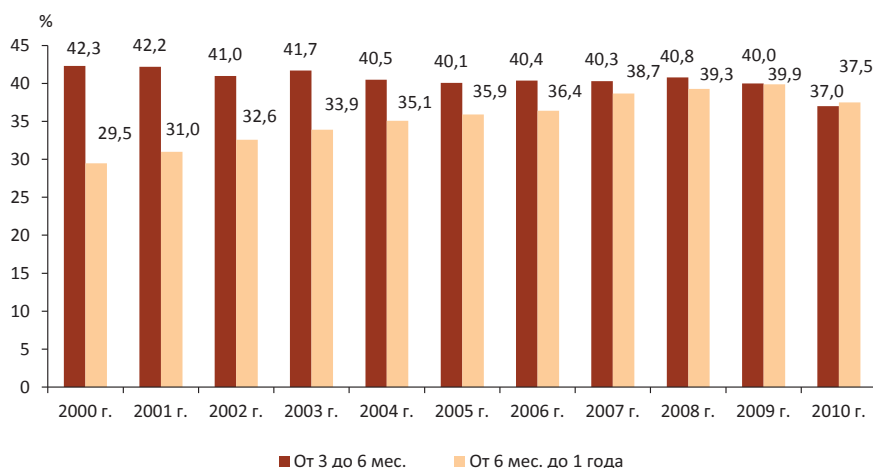


Рис. 3.14. Грудное вскармливание детей первого года жизни в РФ (в % от числа детей)

Источники: Здравоохранение в России. 2008: стат. сб. / Росстат. – М., 2008. – 355 с.; Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации: стат. сб. / ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». – М., 2011. – С. 67.

Данные мониторинга подтверждают статистические данные о низкой распространенности естественного вскармливания. В обследовании 1995 г. лишь 7% детей до 1 года находилось на грудном вскармливании, в когорте 2004 г. удельный вес получавших только материнское

²⁷ Там же.

Новорожденные, не находящиеся на грудном вскармливании, болеют в 2 раза чаще остальных детей. Причиной широкого распространения искусственного вскармливания чаще всего является отсутствие или недостаток грудного молока вследствие неправильного питания, эмоциональных нагрузок и соматических заболеваний матери.

молоко увеличился до 11%. Среди основных причин, по которым матери не начинали или прекращали грудное вскармливание, чаще других указывались две: отсутствие или недостаток молока (табл. 3.7).

По мнению врачей, практически все женщины способны к лактации (выработке молока), истинно патофизиологические причины неспособности к грудному вскармливанию встречаются крайне редко²⁸. Педиатры отмечают, что при хорошей психологической поддержке врача, членов семьи, соблюдении простых правил по защите лактации, рациональном питании кормящей женщины успех грудного вскармливания может быть достигнут в 70 – 90% случаев²⁹.

Таблица 3.7. **Характер питания ребенка первого года жизни**
(в % от числа опрошенных)

Характер питания ребенка первого года жизни	Когорта 1995 г.р.	Когорта 2004 г.р.
Грудное	7,0	11,3
Искусственное	64,0	49,0
Смешанное	29,1	38,4
<i>Причины прекращения кормления грудью</i>		
Не было молока	17,5	16,7
Мало молока	45,0	45,5
Медицинские противопоказания, не позволяющие кормить ребёнка	2,5	2,3
Другое	11,3	12,9

Причинами низкого показателя естественного вскармливания грудных детей можно считать нарушения питания беременных и кормящих женщин, сопряженные как с низким достатком в семье, ухудшением их нервно-психического и соматического состояния, так и с неудовлетворительным уровнем знаний у родителей о рациональном вскармливании детей.

Еще одной причиной увеличения числа младенцев, находящихся на искусственном вскармливании, можно считать и стремление всё боль-

²⁸ Абольян Л.В., Зубкова Н.З. Современные подходы к грудному вскармливанию ребенка // Лечащий врач. – 2005. – № 1.

²⁹ Прохорова Т.П. Питание детей 1 года жизни: «Знание естественного (грудного) вскармливания». – Режим доступа: <http://www.admsurgut.ru/adm/zdrav/sovety/zdrav027.htm>

шего числа матерей выйти из декретного отпуска как можно раньше. К этому прибавляется то, что в значительной степени нынешнее поколение матерей само выросло на искусственном вскармливании. В семьях нет традиции кормления грудью, отсутствует мотивационная установка на грудное вскармливание детей.

Влияние некоторых других факторов проявилось не во всех когортах, участвующих в обследовании, что, очевидно, связано с изменением социально-экономических условий либо с меньшей распространенностью воздействующих на здоровье факторов среди участников других этапов мониторинга.

Например, в когорте 1995 г. в семьях, где ребенка ждали, он был желанным и появился в результате совместного решения, принятого еще до наступления беременности, здоровые дети составили 66%, а больные – 29%. В тех семьях, где родители не были к этому готовы, а беременность и рождение ребенка явились для них большим стрессом и неожиданностью, не всегда, по всей вероятности, приятной, доля здоровых детей снижается до 34%, больных – возрастает до 71%.

Эти же выводы подтверждает и информация о душевном состоянии матери, узнавшей о своей беременности. Так, 14% женщин, родивших впоследствии больных детей, испытали потрясение, нежелание жить, в то время как среди женщин, родивших здоровых детей, доля таких составила лишь 8%, т.е. почти в 2 раза меньше. Узнав о беременности, испытали безразличие соответственно 86 и 40% женщин. И наконец, состояние большого счастья испытали 53% женщин, родивших здоровых детей, и ни одной будущей матери, родившей впоследствии больного ребенка.

В когорте 1995 г. отмечена взаимосвязь между здоровьем новорожденных и семейным положением родителей. Так, в неполных семьях доля больных детей составляла 29%, в то время как в полных – 22%. Одним из объяснений этого может быть семейный достаток. Доходы семьи определяют возможности удовлетворения потребностей, а это также в очень значительной степени сказывается на здоровье детей. Например, в семьях, где приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания, доля больных детей составляет 14%. Здоровых детей в таких семьях – лишь 9%. А в семьях, которым денег хватает только на ежедневные расходы, доля больных детей – 29%³⁰.

³⁰ Римашевская Н.М., Бреева Е.Б. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации // Социологические исследования. – 1996 (ноябрь). – № 11. – С. 42-46.

Взаимосвязь между здоровьем детей и семейным положением родителей сохранилась и по достижении детьми трехлетнего возраста (табл. 3.8). При этом в неполных семьях здоровых детей не было, в то же время удельный вес больных детей (имевших хронические заболевания) был вдвое больше, чем в полных семьях (25% против 14% в когорте 1995 г. и 21% против 12% в когорте 2001 г.).

В неполной семье проживает каждый четвертый ребенок с патологиями здоровья, что почти в два раза больше, чем в полных семьях.

Таблица 3.8. **Взаимосвязь здоровья детей (в возрасте 3 лет) и семейного положения родителей**

Группа здоровья	Дети 1995 г. рождения		Дети 2001 г. рождения	
	Полная семья	Неполная семья	Полная семья	Неполная семья
1 группа здоровья	6,3	0,0	2,6	0,0
2 группа здоровья	79,4	75,0	85,3	78,6
3 - 4 группы здоровья	14,3	25,0	12,1	21,4

Анализ состояния здоровья детей в зависимости от изменения питания матерей в период беременности показывает весьма противоречивые результаты: более разнообразным питание стало в семьях, в которых впоследствии родились больные дети. Одно из возможных объяснений этого можно найти, если сравнить доходы и расходы на питание семей с больными и здоровыми детьми.

Заметим, что семьи, в которых впоследствии родились здоровые дети, изначально лучше питались, поэтому с рождением ребенка им не надо было кардинально менять свой рацион и, следовательно, бюджет расходов на питание. Бедным же семьям, узнавшим о рождении ребенка, пришлось к этому прибегнуть.

Качество питания женщины во время беременности отражается на ее здоровье, а это, в свою очередь, оказывает опосредованное влияние на здоровье будущего ребенка. Женщины, улучшившие качество потребляемых продуктов во время беременности, к концу её протекания в 1,5 раза реже имели низкие показатели гемоглобина, чем остальные обследуемые. Матери больных детей испытывали нехватку различных продуктов питания значительно чаще, чем матери здоровых детей. Так, нехватку овощей отмечали и 21% матерей больных детей, и 9% матерей здоровых детей, т.е. в 2,4 раза чаще (по материалам когорты 1995 г.).

В то же время велика доля семей, считающих, что качество питания не скажется на здоровье будущего ребенка. Например, в районах она составила 13%. Это, как правило, неработающие женщины со средним и средним специальным образованием.

Таким образом, в младенчестве и раннем детстве наибольшее влияние на здоровье детей имеют медико-биологические факторы и образ жизни матери (плохое здоровье родителей; низкий уровень гемоглобина у женщин в период беременности; курение женщины во время беременности; условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам; характер вскармливания младенца). Ослабленное при рождении здоровье детей пролонгируется на весь период раннего детства.

Факторы негативного влияния на детское здоровье широко распространены, что не позволяет сделать благоприятный прогноз в отношении его формирования в ближайшей перспективе. Для изменения тренда здоровья детей необходимы не только усилия системы здравоохранения, но и взаимодействие многих ведомств и гражданского общества.

3.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте

Здоровье детей определяется, с одной стороны, соотношением внешних и внутренних воздействий на их организм, а с другой – возможностями самого организма противостоять нежелательным воздействиям. Факторы риска – это неблагоприятные условия, которые значительно повышают вероятность утраты здоровья, возникновения, рецидивирования и прогрессирования болезней. Они детерминируют предрасположенность человека к заболеванию, а при наличии причины способствуют его развитию.

Наибольшую значимость для прогнозирования нарушений здоровья ребенка имеет оценка медико-биологических, социальных, психологических факторов риска. Влияние биологических факторов риска на развитие детей особенно велико в первые 2 – 3 года жизни. В последующие периоды возрастает степень влияния социально-экономических и психологических факторов. К социально-экономическим факторам риска относятся такие, как неполная семья, плохие жилищно-бытовые условия, низкая материальная обеспеченность, низкий образовательный уровень членов семьи. К психологическим факторам относятся неблаго-

приятный психологический микроклимат в семье, наличие у родителей вредных привычек, низкая степень медицинской активности родителей. Воздействие на ребенка неблагоприятных биологических факторов риска может быть смягчено благоприятными психологическими и социальными условиями жизни, что позволит сохранить и увеличить потенциал здоровья.

Весьма важным представляется своевременное выявление максимального числа факторов риска у каждого ребенка и их нивелирование, а также изучение распространенности в обществе неблагоприятных условий формирования детского здоровья. Особую значимость имеет оценка устранимости фактора риска; если факторы устранимы, то они относятся к категории управляемых факторов.

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

Основы здоровья ребенка закладываются в раннем детстве. Ослабленное здоровье детей в первые годы жизни усиливает риск формирования хронических заболеваний в более старшем возрасте. Так, например, частые и длительные заболевания в возрасте 1 – 2 лет усиливают риск формирования хронических заболеваний в более старших возрастах.

Чем выше кратность (частота) заболеваний в раннем детстве, тем чаще реализуется риск возникновения хронических заболеваний на протяжении всей жизни.

У детей, не болевших на втором году жизни, к пяти годам не было хронических заболеваний. В то же время среди детей, часто болевших в возрасте 2 лет, к пяти годам хронические заболевания имели 10%, а к двенадцати годам – 26% (табл. 3.9).

Таблица 3.9. Влияние кратности заболеваний детей в раннем детстве на их здоровье в более старшем возрасте (в % от числа опрошенных, на примере когорты 1998 г.)

Кратность заболеваний в 2 года	Здоровье детей в возрасте 5 лет			Здоровье детей в возрасте 12 лет		
	1 гр.*	2 гр.	3,4 гр.	1 гр.	2 гр.	3,4 гр.
Не болел	75,0	25,0	0,0	50,0	50,0	0,0
Болел эпизодически	27,5	64,7	7,8	18,9	62,2	18,9
Часто болел	19,0	71,4	9,5	21,1	52,6	26,3
Очень часто болел	0,0	60,0	40,0	0,0	42,9	57,1

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

Учитывая то, что удельный вес неболеющих детей двухлетнего возраста невелик и колеблется от 15% (в когорте 1995 г.) до 5% (в когортах 1998 г. и 2001 г.), мы можем говорить о широком распространении в популяции данного фактора риска развития хронических заболеваний у подрастающего поколения.

Уровень жизни семей

Огромную роль в формировании здоровья детей играет уровень жизни семьи, но влияние этого фактора – опосредованное. Высокие доходы не являются автоматически залогом лучшего здоровья, но они позволяют обеспечить определенный набор материальных благ, который может способствовать сохранению и укреплению потенциала здоровья. Низкий уровень доходов населения обуславливает его невысокую покупательную способность, что сказывается на качестве питания семей, возможностях приобретения лекарств и витаминов для ребенка, его оздоровления в санаторно-курортных условиях и т.д.

По данным статистики, около 20% детей в возрасте до 16 лет в России проживают в условиях бедности.

Семьи с детьми – это самая большая группа среди бедных домохозяйств, и они отличаются повышенным риском бедности. При том, что в общей численности домохозяйств семьи с детьми составляют 37%, в общем количестве бедных семей их 50 – 60%³¹.

Согласно данным мониторинга, рождение ребенка привело к снижению материального уровня в обследуемых семьях. Отношение среднедушевого дохода к прожиточному минимуму через год после рождения ребенка уменьшилось примерно вдвое: в когорте 1995 года – со 107 до 64%; еще более значительно в когорте 1998 года – со 131 до 61%. В последующих когортах также наблюдалось снижение достатка семьи после рождения детей.

В период с 2000 по 2008 г. отмечалась тенденция роста заработной платы, связанная с оживлением экономики страны и региона. Некоторое улучшение в данный период выявлено и в субъективных оценках покупательной способности семей, участвующих в мониторинге. Отмечено увеличение доли семей, указывающих, что денег хватает на все текущие расходы, с 27 до 38%. Число семей, считающих, что денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности, уменьшилось соответственно с 53 до 37%.

³¹ Демографический ежегодник России 2009: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.

По данным мониторинга установлено также, что чем больше детей в семье, тем хуже ее материальное положение. Например, в когорте 1998 года все семьи с двумя детьми отнесли себя к бедным. Если в семье трое детей, то по социальному положению эти семьи можно отнести к бедным и малообеспеченным. Во всех когортах, кроме когорты 1995 г., к среднему и обеспеченному уровню отнесли себя только те семьи, в которых воспитывалось не более одного ребенка (рис. 3.15).

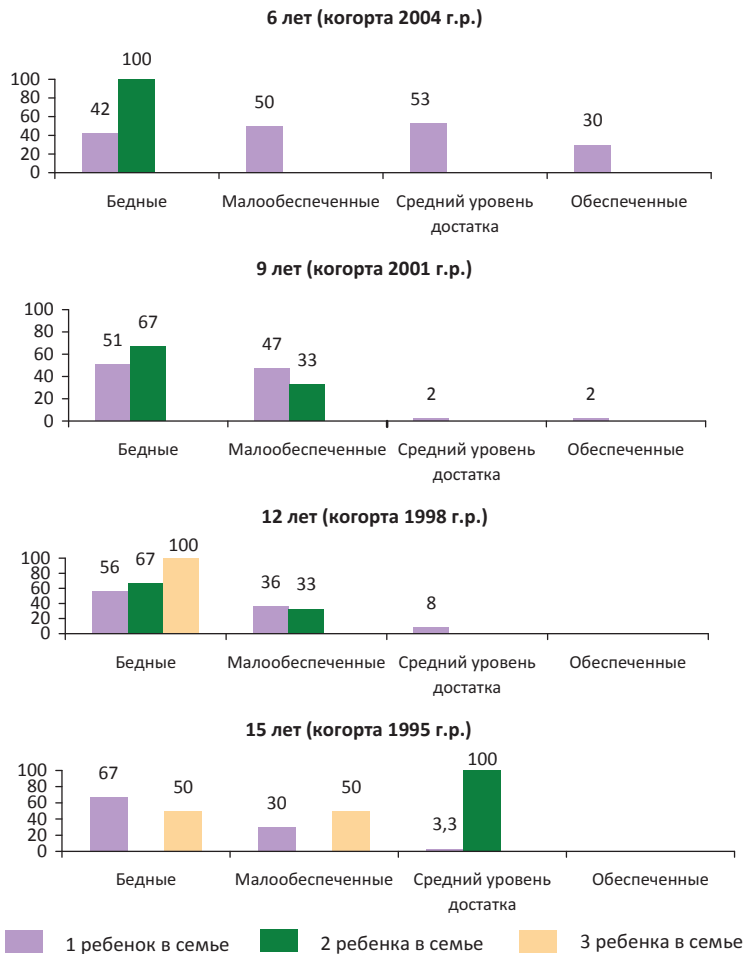


Рис. 3.15. Количество детей в семье и их влияние на социальную дифференциацию семей в 2010 г. (в % от числа опрошенных)

Связь между социально-экономическим статусом и здоровьем детей, к сожалению, остается малоизученной. Недавние зарубежные исследования выявили наличие социального градиента для некоторых (но не всех) аспектов здоровья детей и подростков: бедные дети с большей вероятностью имеют плохое здоровье, чаще подвержены респираторным, желудочно-кишечным заболеваниям, несчастным случаям, для них наблюдаются более высокие уровни смертности по сравнению с детьми из обеспеченных семей³².

По данным Российского мониторинга экономического положения и здоровья (РМЭЗ), наблюдается значительный риск плохого здоровья или хронических заболеваний в семьях, которым приходится отказываться от медицинской помощи по причине нехватки материальных средств. Недоступность медицинской помощи, с одной стороны, непосредственным образом оказывает негативное воздействие на здоровье детей, а с другой стороны, может выступать важным индикатором материального положения семьи в целом. Плохое материальное положение не обеспечивает средств для получения таких фундаментальных условий для хорошего здоровья, как питание, жилье³³.

Рассматривая различные компоненты благосостояния под углом зрения их взаимодействия со здоровьем, следует выделить в качестве важного структурного элемента питание. Количественный и качественный состав питания отражает не только особенности индивидуальных вкусов и выбора, но и традиционно сложившиеся семейные предпочтения. Структура питания, в первую очередь – доля высококачественных продуктов, обнаруживает определенную зависимость от семейных доходов. Снижение реальных доходов граждан ведет к существенному ухудшению качества питания в семьях, особенно тех, которые живут на фиксированную заработную плату.

От социального положения семьи, ее материальной обеспеченности во многом зависит благополучие ребенка. Чем больше возможностей у семьи для удовлетворения базовых потребностей, тем больше внимания уделяется качеству питания детей. В большинстве семей, которые оценивают свои доходы как «достаточные для нормальной жизни», обеспеченность детей продуктами питания хорошая (у 4-летних детей – 90%, 13-летних – 60%; табл. 3.10).

³² Bourdieu P. *Distinction: A social critique of the Judgement of taste*. Translated by R. Nice. – Cambridge: Harvard University Press, 1984. – 613 p.

³³ Кислицина О.А. Социально-экономические аспекты здоровья детей в России // Материалы Интернет-конференции «Дети и молодежь» (1.03.10 – 28.03.10). – URL: <http://ecsocman.edu.ru>

Питание является одним из ключевых факторов, определяющих не только качество жизни, но и условия роста и развития ребенка. Известно, что любая, особенно белковая и витаминная, недостаточность питания может привести к серьезным и неизлечимым недугам. В частности, недостаток в пище некоторых аминокислот ведет к развитию идиотии (слабоумия) на фоне низкорослости и мышечной дистрофии. Нехватка витаминов ухудшает также психофизическое состояние развивающегося детского организма³⁴.

Дети должны получать каждый день полноценный животный белок, являющийся необходимым «строительным материалом» для роста и развития нервной, мышечной и других важнейших тканей детского организма. В то же время результаты мониторинга показывают, что мясные продукты ежедневно потребляет в пищу менее половины школьников (47%), а рыбу – всего около 4%.

Н.М. Римашевская подчеркивает: «...для оценки уровня жизни во многих развитых странах используется такой показатель, как потребление мяса. По этому показателю мы вернулись примерно к первой половине 70-х годов. Что это значит для семьи и детей? Мясо, как известно, это белки животного происхождения, для того чтобы дети не были слабоумными, их надо соответствующим образом кормить, мясом в том числе. У нас же есть семьи, которые могут позволить себе мясо раз в неделю или даже раз в месяц, а есть и такие, что вообще не могут позволить себе даже самые дешевые мясопродукты»³⁵. **Сбалансированность и рациональность питания во многом зависит от сложившихся в семье пищевых предпочтений, культуры родителей**

Далеко не в каждой семье ежедневный рацион детей включает овощи (у 54% детей), фрукты (58%), соки (26%), служащие ценным источником углеводов, витаминов и микроэлементов (табл. 3.11).

Углубленный анализ показал, что 50% детей с проявлениями экссудативного диатеза ежедневно балуются сладостями, но не каждый день получают овощи. Подобные факты говорят о необходимости проведения разъяснительной работы с родителями о рациональном питании.

Дефицит полноценного питания влияет на рост и развитие детей. Так, у детей с неправильным рационом питания выявлено отставание в уровне физического развития, особенно в массе тела.

³⁴ Швецова В.Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья. – Режим доступа: <http://kavp2006.khb.ru/download.php?id=99>

³⁵ Римашевская Н.М. Детство в России. Проблем все больше, а ребят все меньше. – Режим доступа: www.ug.ru/issue/?action=topic&t

Таблица 3.11. **Распределение ответов на вопрос: «Как часто ребенок получает следующие продукты питания?»** (в % от числа опрошенных, на примере когорты 1998 г.)

Продукты питания	Частота потребления											
	Ежедневно			3-4 раза в неделю			1-2 раза в неделю			1-2 раза в месяц		
	4 года	7 лет	12 лет	4 года	7 лет	12 лет	4 года	7 лет	12 лет	4 года	7 лет	12 лет
Мясные	47,7	37,8	49,5	30,3	46,3	29,7	13,8	12,2	15,4	2,8	1,2	2,2
Рыбные	4,6	1,2	0,0	10,1	9,8	4,5	57,8	57,3	47,2	14,7	20,7	27,0
Молочные	72,5	70,7	56,0	13,8	65,6	20,9	6,4	70,6	18,7	0,9	81,3	2,2
Яйца	11,0	4,9	3,3	28,4	22,0	30,8	48,6	61,0	49,5	5,5	6,1	6,6
Овощи	59,6	53,7	53,9	19,3	26,8	25,8	13,8	17,1	14,6	0,9	0,0	4,5
Фрукты	64,2	57,3	57,6	13,8	25,6	20,7	15,6	13,4	15,2	0,9	2,4	5,4
Соки	33,9	35,4	25,6	30,3	28,0	30,2	20,2	24,4	20,0	7,3	6,1	18,6
Сладости	53,2	65,9	52,7	29,4	18,3	34,1	8,3	9,8	11,0	3,7	1,2	1,1

В когортах 1998 и 2001 гг. все дети с плохой обеспеченностью продуктами питания страдали дефицитом веса. Вероятно, данные отклонения в здоровье вызваны несбалансированностью питания, преобладанием в нем углеводного компонента, худшим качеством продуктов, из-за чего страдает обмен веществ детей (табл. 3.12).

Согласно результатам опроса, все родители, негативно оценивающие качество питания своих детей, отмечают высокую частоту их заболеваемости.

Правильное питание не только обеспечивает нормальный рост и развитие детей, но и способствует профилактике заболеваний. Недостаточная обеспеченность детей продуктами питания ослабляет их иммунную систему, что приводит к увеличению болезненности (табл. 3.13).

Таблица 3.12. **Зависимость физического развития ребенка от обеспеченности продуктами питания** (в % от числа опрошенных)

Оценка обеспеченности продуктами	Оценка физического развития ребенка		
	Нормальное	Дефицит массы тела	Избыток массы тела
<i>9 лет (когорты 2001 г.)</i>			
Хорошая	93,2	0,0	6,8
Удовлетворительная	76,8	12,5	10,7
Плохая	0,0	100,0	0,0
<i>12 лет (когорты 1998 г.)</i>			
Хорошая	81,1	8,1	10,8
Удовлетворительная	92,1	0,0	7,9
Плохая	0,0	100,0	0,0
<i>15 лет (когорты 1995 г.)</i>			
Хорошая	82,6	2,2	15,2
Удовлетворительная	86,2	9,2	4,6

Таблица 3.13. **Зависимость кратности заболевания детей от степени обеспеченности продуктами питания** (в % от числа опрошенных, на примере когорты 2001 г.)

Оценка обеспеченности продуктами питания	Кратность заболеваний детей		
	Не болел	Болел эпизодически	Часто, очень часто
Хорошая	24,4	65,9	9,8
Удовлетворительная	33,9	64,4	1,7
Плохая, очень плохая	28,6	71,4	0,0

Для ребенка школьного возраста большое значение имеет режим питания. Он определяет такие моменты, как число приемов пищи и интервал между ними, количество калорий на каждый прием, качество продуктов, а также распределение рациона по приемам пищи в течение дня. В среднем 10% школьников утром не завтракает. С возрастом отказ учащихся от завтрака становится более распространенным явлением (рис. 3.16). Это свидетельствует о формировании у части детей неправильного стереотипа пищевого поведения.

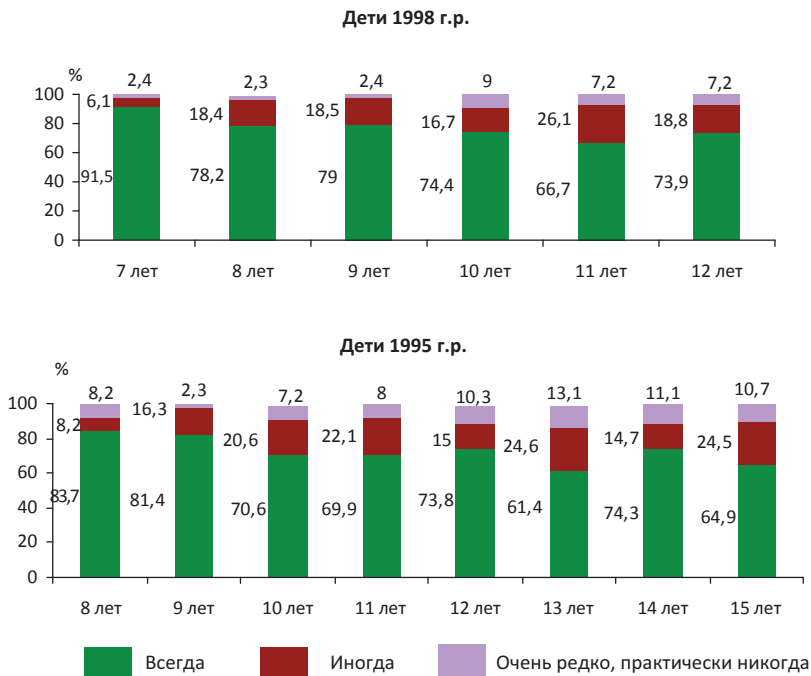


Рис. 3.16. **Возрастная динамика распределения ответов на вопрос: «Всегда ли ребенок завтракает утром?»** (в % от числа опрошенных, 2005 – 2010 гг.)

В исследовании родителям было предложено описать, какими правилами они руководствовались при организации питания ребенка. Ответы распределились следующим образом: большинство родителей (57 – 76%) следят за качеством используемых продуктов, 58 – 68% родителей старались увеличить потребление детьми овощей и фруктов и употреблять натуральные продукты. В то же время режим питания, правила приема пищи соблюдали меньше половины семей (25 – 37%), а следили за сбалансированностью пищевого рациона всего 10 – 15% семей (табл. 3.14).

Таблица 3.14. **Распределение ответов на вопрос: «Какими правилами Вы руководствуетесь при организации питания ребенка?»** (в % от числа опрошенных, 2008 г.)

Варианты ответов	6 лет	9 лет	12 лет	15 лет
Следим за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов	73,2	75,4	72,9	57,0
Стараемся употреблять натуральные продукты (без добавок, красителей и т.п.)	65,4	67,5	67,1	58,1
Стараемся употреблять больше овощей и фруктов	62,2	60,5	64,3	63,4
Употребляем продукты надёжных, проверенных производителей	47,2	59,6	51,4	53,8
Используем йодированную соль	38,6	46,5	35,7	41,9
Соблюдаем режим питания, правила приёма пищи (есть не менее 4 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)	35,4	36,8	28,6	25,8
Учитываем содержание белков, жиров, углеводов	10,2	14,9	5,7	14,0
Стараемся употреблять больше морепродуктов	10,2	13,2	2,9	11,8
Соблюдаем оздоровительную диету, рекомендованную врачом	8,7	2,6	10,0	6,5
Не следим за питанием ребёнка	2,4	1,8	4,3	4,3

Обобщая вышесказанное, ситуацию, характеризующую детское питание, нельзя назвать благоприятной. Хотя качество питания во многом определяет состояние здоровья детей. Недостаточность потребления молока и молочных продуктов, мяса, овощей и фруктов позволяет предположить, что организм современного ребенка вынужден работать в режиме дефицита кальция, железа и многих других макро- и микронутриентов. Значительная распространенность дефицита кальция является одной из причин непрерывного роста болезней опорно-двигательной системы у детей³⁶. Таким образом, обеспеченность продуктами питания тесно связана со здоровьем детей ($R_s = 0,760$ к 1 году; $R_s = 0,898$ к 3 годам, $R_s = 0,517$ к 4 годам).

³⁶ Баранов А.А. Здоровье российских детей // Педагогика. – 1999. – №8. – С. 41-44.

Образ жизни. На основе данных мониторинга рассчитан интегральный показатель (по адаптированной к условиям Вологодской области методике, предложенной Министерством здравоохранения Республики Беларусь³⁷), характеризующий образ жизни детского населения Вологодской области. Интегральный показатель – индекс жизнеобеспечения ($I_{ж}$) – используется для оценки социально-гигиенических условий проживания и воспитания детей в семье. $I_{ж}$ характеризует степень соответствия образа жизни ребенка «оптимальному». Значения индекса могут колебаться от 0 до 1, где 0 – наличие неблагоприятных факторов, детерминирующих отдельные аспекты образа жизни, а 1 – оптимальная характеристика образа жизни ребенка.

Программа обследования может быть обширной и включать следующие основные разделы, отражающие жизнедеятельность семьи:

- общая характеристика (тип семьи, возраст родителей, образование матери, наличие детей и др.);
- трудовая деятельность, раздел включает характеристику тяжести и напряженности труда, условий труда и субъективную оценку членами семьи их трудовой деятельности;
- хозяйственно-бытовая деятельность и условия проживания;
- рекреационная деятельность и взаимодействие с окружающей средой;
- медико-социальная активность членов семьи, направленная на поддержание здоровья; уровень медицинской грамотности, отношение к вредным привычкам и др.

В нашу методику вошли следующие показатели (критериальные признаки): возраст матери при рождении ребенка, социальное положение матери и ее образование, виды физической активности ребенка, регулярность потребления основных видов продуктов питания, информированность родителей о весе своего ребенка, оценка родителями своих знаний по физиологии и гигиене ребенка, вопросам здорового образа жизни. Было выделено 3 категории оценки критериальных признаков, которым соответствовало три названия: «оптимальный», «субоптимальный», «неоптимальный». Например, для «оптимального» критерия возраст матери при рождении ребенка должен быть менее 30 лет, для «субоптимального» – от 30 до 40 лет, для «неоптимального» – свыше 40 лет.

³⁷ Сбор, обработка и порядок представления информации для гигиенической диагностики и прогнозирования здоровья детей в системе «Здоровье – среда обитания»: Инструкция 2.4.2.11-14-26-2003 / Постановление Главного гос. врача Республики Беларусь № 152. – Минск, 2003. – 46 с.

В разработанной методике интегральный показатель строился на основе логарифмической функции специального вида (интегральный показатель второго порядка).

Расчет проводился по следующей формуле:

$$Ижс = \frac{1}{N} \times \sum_{i=1}^k n_i \times \lg_k i,$$

где N – общее число критериальных признаков, отклонения которых влияют на исследуемый интегральный показатель ($N = 12$); k – количество категорий оценки критериальных признаков ($k = 3$); i – номер категории; n_i – число значений для i -категории.

Согласно результатам исследования получены следующие данные. За период с 2008 по 2010 г. наблюдается снижение интегрального показателя, характеризующего образ жизни детей. В 2010 г. образ жизни детей соответствовал «оптимальному» только на 65% (рис. 3.17).

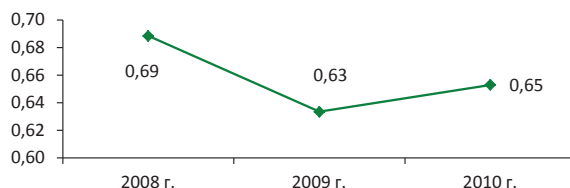


Рис. 3.17. Интегральный показатель соответствия образа жизни детей «оптимальному»

При этом следует отметить, что значение интегрального показателя уменьшается с возрастом, что можно видеть из рисунка 3.18 на примере двух когорт (1995 и 1998 годов рождения).

Так, в 2010 г. в когорте 1995 г.р. в среднем интегральный показатель образа жизни детей соответствовал «оптимальному» на 63%, снизившись за три года на 5%. Такая же тенденция прослеживается и в когорте 1998 г.р.: снижение за трехлетний период на 7% и в среднем соответствии образа жизни детей «оптимальному» только на 64%.

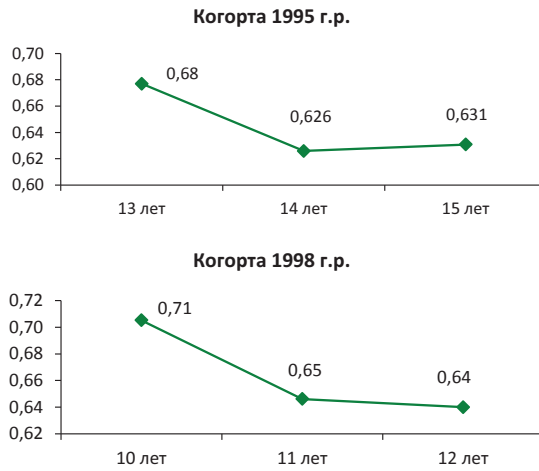


Рис. 3.18. **Интегральный показатель соответствия образа жизни детей «оптимальному»** (на примере когорт 1995, 1998 гг.)

Значения интегрального показателя позволили сделать вывод о том, что большинство родителей уделяют недостаточно внимания формированию здорового образа жизни ребенка, в частности привитию навыков физической культуры, правильному и рациональному питанию. По мере взросления ребенка внимание со стороны родителей ослабевает.

В определенной степени процессы формирования здоровья детей объективно отражают социально-экономические проблемы общества, семьи и системы здравоохранения. Обеспечение приоритета интересов детей является одним из условий устойчивого развития как Вологодской области, так и России в целом.

Другим важным фактором, влияющим на здоровье, являются *жилищные условия*. Дискомфорт микроклимата жилища (теснота, некомфортная температура, влажность, запыленность) приводит к ослаблению общей сопротивляемости организма, снижению иммунитета, что, в свою очередь, служит предпосылкой возникновения частых респираторных и аллергических заболеваний. Негативное влияние условий проживания с течением времени накапливается. Здоровье детей, длительно проживающих в неблагоприятных жилищных условиях, с возрастом ухудшается.

Комфортность и благоустроенность жилья имеет большое значение для поддержания здоровья на должном уровне. Вместе с тем в РФ жилищная проблема стоит очень остро. Это проявляется как в крайне низкой обеспеченности жильем, так и в низком уровне его благоустроенности и комфортности. Положение усугубляется в связи с общим

экономическим кризисом, поскольку практически прекратилось бесплатное предоставление государственного жилья, а его приобретение за счет личных сбережений невозможно для большинства населения. В силу этих и других причин большая часть российского населения проживает в плохих жилищных условиях. Согласно данным РМЭЗ, 22% детей живут в крайне тесном жилье, где на одного члена семьи приходится не более шести квадратных метров жилой площади³⁸. В Вологодской области количество ветхого и аварийного жилья за период с 2000 по 2007 г. увеличилось в 3 раза (с 601 тыс. до 1798 тыс. кв. м соответственно).

Более половины семей в исследовании оценили свои жилищные условия как удовлетворительные, однако 13 – 18% респондентов проживают в требующих капитального ремонта домах и квартирах. Видна значительная разница между городом и селом в благоустройстве жилого фонда. В Вологде и Череповце большинство семей проживают в благоустроенных квартирах. В сельской местности дома имеют частичные удобства.

У детей, проживающих в хороших условиях, более крепкое здоровье в сравнении с теми, кто живет в неудовлетворительных жилищных условиях (табл. 3.15).

Таблица 3.15. **Взаимосвязь жилищных условий и здоровья детей**
(в % от числа опрошенных)

Характеристика жилищных условий	Когорта 2004 г.									
	2 года (2006 г.)		3 года (2007 г.)		4 года (2008 г.)		5 лет (2009 г.)		6 лет (2010 г.)	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	50,0	34,8	45,5	32,1	43,8	27,7	35,3	22,2	27,3	22,9
Удовлетворительные	50,0	56,7	45,5	58,4	43,8	59,2	52,9	65,7	63,6	68,5
Плохие	0,0	8,5	9,1	9,5	12,5	13,1	11,8	12,1	9,1	8,6
Характеристика жилищных условий	Когорта 2001 г.									
	5 лет (2006 г.)		6 лет (2007 г.)		7 лет (2008 г.)		8 лет (2009 г.)		9 лет (2010 г.)	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	35,7	24,6	60,0	19,3	27,3	23,2	18,2	27,0	15,8	25,0
Удовлетворительные	57,1	59,3	40,0	64,7	72,7	58,9	54,5	60,0	68,4	61,5
Плохие	7,1	16,1	0,0	16,0	0,0	17,9	27,3	13,0	15,8	13,5
R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.										
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.										

³⁸ Кислицина О.А. Социально-экономические аспекты здоровья детей в России // Дети и молодежь: материалы интернет-конференции, 1 марта – 28 марта 2010 г. – Режим доступа: <http://ecsosman.edu.ru>

Особенно заметное влияние на здоровье детей оказывают такие неудовлетворительные характеристики жилища, как холод и повышенная влажность, перенаселенность или теснота. Выводы о влиянии различных неблагоприятных факторов жилища получены и другими исследователями. Например, по данным РМЭЗ, проведенного в 2004 г., перенаселенность жилища оказывает существенное негативное воздействие на здоровье детей младшего и среднего школьного возраста. Выявлен более чем двукратный риск плохого здоровья и хронических заболеваний для тех из них, кто проживает менее чем на 12 квадратных метрах жилой площади на 1 человека по сравнению с обладателями более просторных жилищ (19 и более квадратных метров на 1 чел.)³⁹.

Качество жилищных условий определяется уровнем жизни семей. Обеспеченные семьи могут себе позволить жить в благоустроенных новых квартирах и чаще оценивают свои жилищные условия как хорошие (36% в когорте 2004 г. и 44% в когорте 2001 г.). Семьи с низким доходом в основном оценивают свои жилищные условия как удовлетворительные (72 и 62% соответственно) и плохие (10 и 21%; табл. 3.16).

Таблица 3.16. **Взаимосвязь жилищных условий и социального положения семей**
(в % от числа опрошенных, 2010 г.)

Социальное положение семьи	Оценка жилищных условий		
	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие
<i>Когорта 2004 г.р.</i>			
Богатые	36,4	54,5	9,1
Средний слой	31,3	62,5	6,3
Малообеспеченные	19,4	71,0	9,7
Бедные	18,9	71,7	9,4
<i>Когорта 2001 г.р.</i>			
Богатые	44,4	55,6	0,0
Средний слой	31,3	56,3	12,6
Малообеспеченные	17,5	70,0	12,5
Бедные	17,6	61,8	20,6

Экологические условия среды обитания также играют важную роль в формировании здоровья подрастающего поколения.

В настоящее время они крайне неблагоприятны в промышленных городах, где среда обитания человека находится под сильным давлением техногенных факторов (загрязнение атмосферного воздуха,

³⁹ Там же.

источников водоснабжения, почвенного покрова и сельскохозяйственной продукции, уничтожение лесной растительности вокруг населенных мест) и где резко возрастает риск заболеваемости, инвалидности и смертности населения⁴⁰. **Здоровье детского населения является индикатором качества экологической среды.**

Детский организм особенно чувствителен к качеству экологической среды. Рассмотрим экологическую ситуацию в Вологодской области. Её индустриальный центр Череповец входит в список городов Российской Федерации с максимальным уровнем загрязнения атмосферного воздуха (10 ПДК и более). Здесь сосредоточено 75% общего по области выброса загрязняющих веществ в атмосферу от стационарных источников⁴¹. Уровень заболеваемости детей в возрасте от 0 до 14 лет болезнями органов дыхания в Череповце является самым высоким в регионе: в 2007 г. он составил 176257,2 на 100 тыс. нас. (в Вологде – 160013,9; области – 137581,6). Неблагополучная экологическая ситуация отмечается также в районах: Грязовецком, Тотемском, Кадуйском, Шекснинском, Сокольском и Вологодском.

Основными загрязнителями атмосферного воздуха в области являются стационарные источники: металлургическое производство и производство готовых металлических изделий (67% – вклад отраслей в суммарный выброс от стационарных источников); производство, передача и распределение электроэнергии, газа, пара и горячей воды (12%); химическое производство (2%); обработка древесины и производство изделий из дерева (1,3%); производство пищевых продуктов, включая напитки (0,7%). Значительный вклад в загрязнение атмосферного воздуха вносит транспорт и связь – 13%⁴².

По результатам мониторинга детского здоровья видно, что в среднем 28% детей (по оценке родителей) проживают в плохих или очень плохих экологических условиях (в когорте 1995 г. – 25%, в когорте 1998 г. – 6%, когорте 2001 г. – 33%, в когорте 2004 г. – 27%). За период проведения исследования (с 1995 по 2008 г.) оценка родителями экологических условий в месте проживания семей практически не изменилась.

⁴⁰ Прохоров Б.Б. Здоровье детей и загрязнение окружающей среды // Проблемы прогнозирования. – 1997. – №1. – С. 109-120.

⁴¹ Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда: ДЗО, 2008. – 158 с.

⁴² Доклад о состоянии окружающей среды Вологодской области в 2010 году / Правительство Вологодской области; Департамент природных ресурсов и охраны окружающей среды Вологодской области. – Вологда, 2011. – 236 с.

Здоровье детей чутко реагирует на воздействие экологических загрязнителей. По мере ухудшения условий доля здоровых детей сокращается до 27%, а доля детей с заболеваниями возрастает до 34%. Возрастная динамика показывает, если в плохих условиях проживало всего 17% восьмилетних детей с первой группой здоровья, то к двенадцати годам уже 27% детей имели отклонения в состоянии здоровья (табл. 3.17).

Таблица 3.17. **Взаимосвязь экологических условий и здоровья детей**
(в % от числа опрошенных, когорта 1998 г.)

Экологические условия	8 лет		9 лет		10 лет		11 лет		12 лет	
	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2	R1	R2
Хорошие	33,3	3,8	27,3	7,6	33,3	7,1	0,0	7,8	9,1	6,8
Удовлетворительные	50,0	62,0	54,5	56,1	66,7	64,3	100	59,4	63,6	59,3
Плохие, очень плохие	16,7	34,2	18,2	36,4	0,0	28,6	0,0	32,8	27,3	33,9

R 1 – группа с наименьшим риском ухудшения здоровья.
R 2 – дети, имеющие различные отклонения в состоянии здоровья, хронические заболевания.

Дети, постоянно живущие в экологически загрязненных микрорайонах, чаще болеют. Судя по данным обследования 2010 г., доля неболеющих детей в 2 – 3 раза меньше в семьях, проживающих в микрорайонах с неудовлетворительным качеством воды, загрязненным воздухом, повышенным уровнем шума, чем в семьях, проживающих в более благоприятных экологических условиях (табл. 3.18).

Таблица 3.18. **Влияние неблагоприятных экологических условий на кратность заболевания детей** (в % от числа опрошенных; 2010 г.)

Социальное положение семьи	Оценка жилищных условий		
	Хорошие	Удовлетворительные	Плохие
<i>Когорта 2004 г.</i>			
Богатые	44,4	50,0	5,6
Средний слой	30,0	53,3	16,7
Малообеспеченные	24,6	63,2	12,3
Бедные	17,4	60,9	21,7
<i>Когорта 2001 г.</i>			
Богатые	75,0	25,0	0,0
Средний слой	31,3	50,0	31,3
Малообеспеченные	15,7	74,5	9,8
Бедные	9,5	47,6	42,8

Семьи, которые отметили, что проживают в плохих экологических условиях, стараются компенсировать негативное действие этого фактора: половина респондентов используют фильтры для воды, около 23% покупают питьевую воду или берут из скважины, в среднем 2% опрошенных пользуются воздухоувлажителем и 2% – кондиционером (табл. 3.19).

Таблица 3.19. **Сведения о способах исправления неблагоприятных экологических факторов** (в % от числа опрошенных, 2010 г.)

Варианты ответов	Когорта			
	2004 г.р.	2001 г.р.	1998 г.р.	1995 г.р.
<i>Распределение ответов на вопрос: «Если Вас не удовлетворяет качество питьевой воды, пользуетесь ли Вы ..?»</i>				
Фильтрами для воды	40,2	31,3	44,3	47,9
Покупаем воду	23,6	23,5	20,0	22,3
Берём воду из скважины	8,7	7,8	14,3	9,5
Используем воду из-под крана	27,6	33,9	24,3	25,5
Другое	3,1	3,5	4,3	1,1
<i>Распределение ответов на вопрос: «Если Вы проживаете в районе с загрязнённым воздухом, пользуетесь ли Вы ..?»</i>				
Кондиционером	1,6	0,9	0	1,1
Воздухоочистителем	2,4	0,9	0	2,1
Воздухоувлажителем	2,4	1,7	0	1,1
Ничем не пользуемся	68,5	67,0	64,3	69,1

В обеспечении нормального развития и крепкого здоровья детей огромна роль взрослых. Своевременность обнаружения заболеваний во многом зависит от обращения к врачам-специалистам. Около 70% родителей в обследуемых семьях всегда обращаются к врачам в случае острых либо обострения хронических заболеваний у ребенка и полностью выполняют рекомендации докторов. Примерно четверть родителей признались, что не всегда выполняют рекомендации, данные педиатром. Особенно часто такая тенденция прослеживается в неполных семьях. В других семьях прибегают к самолечению, средствам народной медицины или же обращаются к врачу уже при тяжелом состоянии ребенка. Это может быть обусловлено как финансовыми проблемами (потери заработка при выходе на больничный, боязнь потери рабочего места в связи с частыми болезнями ребенка), так и низкой медицинской грамотностью родителей. Анализ показал, что 78% родителей с высшим образованием (против 60% с неоконченным средним) всегда обращаются к врачам в случае острых заболеваний либо обострения хронических заболеваний у ребенка.

Таблица 3.20. **Сопоставление необходимости медико-социальных мероприятий и родительской оценки нуждаемости в них** (в % от числа опрошенных; 2010 г., на примере когорты 1995 г.)

Родительская оценка нуждаемости в медико-социальных мероприятиях (показаны наиболее популярные позиции)	Необходимость проведения консультаций у специалистов (по результатам анализа)				
	Невропатолог	Ревматолог	Отоларинголог	Гастроэнтеролог	Аллерголог
Организация диетпитания	14,3	0,0	0,0	0,0	7,1
Санаторно-курортное лечение	42,9	0,0	64,3	28,6	50,0
Организация консультаций у специалистов	28,6	50,0	14,3	14,3	28,6

При помощи специального блока вопросов, введенного в анкету, была выявлена необходимость консультаций у специалистов различных профилей для пятилетних детей (когорты 1995 г.). Как оказалось, 32% детей нуждаются в консультации отоларинголога, 32% – аллерголога, по 16% – невропатолога и гастроэнтеролога. Сопоставление этих данных с оценкой родителями нуждаемости в медико-социальных мероприятиях выявляет недостаточное понимание родителями необходимости проведения профилактических мероприятий (табл. 3.20).

Примечательно, что при явных признаках у детей беспокойства со стороны желудочно-кишечного тракта, проявлений аллергии крайне малая часть родителей задумывается о необходимости диетпитания.

Наличие вредных привычек в семье является препятствием для формирования позитивных ориентаций на здоровый образ жизни у подрастающего поколения. По данным ВОЗ, распространенность употребления табака подростками в возрасте от 13 до 15 лет в РФ составила 27%, в Европейском регионе – 19%, в мире в целом – 14% (за период 2000 – 2010 гг.)⁴³.

Таким образом, результаты исследования позволяют говорить о невысокой медицинской активности семьи, являющейся одним из звеньев в цепочке сохранения и укрепления здоровья детей. Мониторинг позволил выделить следующие характеристики медицинской активности семей: медицинская активность родителей по мере взросления ребенка падает; родители часто неадекватно оценивают здоровье детей, не видят необходимости в организации диетпитания, консультаций у

⁴³ Мировая статистика здравоохранения. 2011 год. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2011. – 171 с.

врачей-специалистов, что могло бы предотвратить развитие хронических заболеваний; многие семьи при различных недомоганиях ребенка не обращаются к врачу, предпочитая самолечение; в семьях высока распространенность вредных привычек.

Осознание родителями непреходящей ценности своего здоровья и здоровья своих детей, потребности личного участия в его сохранении и укреплении является главным условием повышения медицинской активности.

Н.М. Римашевская подчеркивает, что «здоровье детей фактически определяет состояние взрослых не только в трудоспособном возрасте, но и за его пределами. А это фактически определяет возможный возраст выхода на пенсию...»⁴⁴. Определяющее значение имеет здоровье детей и для репродуктивного потенциала: чем здоровее дети, тем крепче здоровье будущих матерей и отцов, что, в свою очередь, обеспечит рождение здорового поколения.

Таким образом, обобщая данные анализа здоровья детей и определяющих его факторов, сделаем акцент на следующем:

1. Здоровье детей ухудшается. За период 1995 – 2010 гг. уровень их заболеваемости в возрасте 0 – 14 лет увеличился в Российской Федерации на 75%, в Вологодской области – на 90%. Рост заболеваемости отмечался по всем основным классам болезней, преимущественно за счет хронических заболеваний. В то же время следует отметить, что реализация национального проекта «Здоровье» и целевых региональных программ дала возможность значительно снизить уровень заболеваемости новорожденных детей в Вологодской области в 2005 – 2009 гг.

2. Происходит снижение потенциала здоровья детей, полученного при рождении. Лонгитюдное исследование здоровья и развития детей позволило выявить, что ухудшение здоровья происходит поэтапно, ступенчато.

3. Установлены основные критические периоды детства: первый год жизни (среди новорожденных доля здоровых детей и детей с минимальным риском потери здоровья составляет 60 – 40%, к одному году она снижается до 20 – 15%); 6 – 7 лет (удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, увеличивается в среднем на 5 – 6%), что связано с наиболее ответственными моментами социальной адаптации.

⁴⁴ Римашевская Н.М. Человек и реформы: секреты выживания. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.

4. Среди детей, проживающих в районных городах и поселках, больше удельный вес неболеющих, ниже удельный вес детей, имеющих хронические заболевания, чем в городах Вологде и Череповце. Но это может быть обусловлено не только лучшим здоровьем детей в сельской местности, но и меньшей доступностью медицинской помощи, чем в крупных городах.

5. Проведенный анализ позволил выявить факторы, оказывающие статистически существенное влияние на здоровье детей. Установлено, что для каждого возрастного периода характерен специфический набор факторов, определяющих здоровье. В младенчестве и раннем возрасте преобладает воздействие медико-биологических и социальных факторов (плохое здоровье родителей; низкий уровень гемоглобина в период беременности; курение матери во время беременности; условия труда будущей матери, не соответствующие санитарным нормам; характер вскармливания младенца). В дошкольном и раннем школьном возрасте более значимыми становятся факторы среды обитания, образа и уровня жизни семьи (уровень жизни семьи, комфортность жилищных условий, экологические условия в районе постоянного проживания, уровень социально-гигиенической грамотности и здоровьесберегающей активности родителей). Это следует учитывать при планировании и осуществлении мероприятий, направленных на улучшение здоровья детского населения.

В связи с вышеизложенным становится очевидной важность укрепления здоровья детей не только после, но и до их рождения. Основными направлениями профилактической работы представляются:

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

- 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, а также организация просмотров разъяснительных видеоматериалов о влиянии никотина на здоровье матери и ребенка и демонстрация их в женских консультациях, центрах планирования семьи, при беседах с подростками.

- 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).

- Расширение и интенсификация профилактической деятельности, включая диспансеризацию детей.

- 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 либо отца).

- 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, что представляется возможным на долевых условиях с последующим его выкупом работниками.

- 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.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Итак, в 2011 году мы подводили итоги пятнадцатилетней работы по исследованию условий формирования здорового поколения. Чего мы добились за этот период? Что выяснили нового и какой вклад оставили в российской науке? Удалось ли достичь реальных сдвигов в состоянии детского здоровья и в каком направлении нам следует идти дальше?

Ответы на эти вопросы начнем с краткого обзора результатов, полученных в ходе исследования. Прежде всего, за 15 лет наблюдений нам удалось проследить динамику детского здоровья в условиях трансформационных процессов, происходящих в стране. Если официальная статистика только фиксирует те или иные тенденции здоровья, то результаты лонгитюдного мониторинга позволили говорить о них на качественно новом уровне. С их помощью мы увидели глубинные причины демографических процессов. Вывод, который мы можем сделать по этой части, с одной стороны, очевиден, с другой – не может быть оставлен без внимания: стабильность экономики и планомерное развитие социальной сферы являются залогом семейного благополучия и детского здоровья. Обратная ситуация ведет к разрушению института семьи, уменьшению детской популяции и снижению ее качественных характеристик.

Второй вывод по результатам исследования состоит в том, что мы эмпирическим путем выявили факторы риска для детского здоровья. Полученные данные используются на законодательном уровне и вызывают интерес в научном сообществе.

На примере конкретных семей мы показали, как отражаются на здоровье ребенка образ жизни его родителей, условия воспитания, материальное благополучие, медицинская активность, рацион питания, жилищные условия, экологическая обстановка. Все эти факторы на

сегодняшний день требуют пристального внимания, причем не только со стороны органов власти, но и самих родителей. Не случайно в своих отзывах родители, принявшие участие в мониторинге, указывают на позитивные сдвиги в своей социально-гигиенической грамотности, внутрисемейных отношениях и здоровье ребенка.

За годы мониторинга была выработана стратегия сотрудничества между представителями науки и власти, семьями и медицинскими работниками. Плоды этого сотрудничества состоят прежде всего в том, что в области наметились позитивные сдвиги в динамике детского здоровья. Конечно, ситуация еще далека от оптимальной, однако положительные изменения очевидны, и улучшение статистических показателей здоровья новорожденных лишь очередной раз доказывает перспективность и необходимость нашей работы.

Несмотря на то что основным объектом проводимого исследования являются дети, в центре внимания стоит семья и ее возможности по обеспечению нормального развития новых поколений. Мы рассматриваем семью в режиме реального времени, отслеживаем ее состояние в различные периоды, учитываем всевозможные аспекты ее функционирования, что обеспечивает комплексный характер мониторинга.

Вполне закономерно, что результаты мониторинга составляют доказательную базу законодательных решений в области материнства и детства. С их помощью необходимые для сохранения и укрепления здоровья ресурсы направляются именно туда, где они приносят наибольший эффект, и мы видим, что это отражается на функционировании отрасли: происходят качественные улучшения сферы медицинского обслуживания, совершенствуется областное законодательство в системе здравоохранения, медицинские учреждения оснащаются новыми технологиями.

Представители региональных органов власти на протяжении всех 15 лет проявляли заинтересованность в материалах исследования. С привлечением данных мониторинга Департаментом здравоохранения области разрабатываются направления помощи семье и детям. Концепция «Вологодская область: Здоровье-21», НИР «Изучение репродуктивного потенциала населения региона», российско-американский проект «Мать и дитя», Программа демографического развития региона, целевые программы «Здоровое поколение» и «Здоровый ребенок» – это неполный перечень исследований и документов, в которых использованы результаты мониторинга условий формирования здорового поко-

ления. Сегодня мы можем с полной уверенностью сказать, что за 15 лет исследований детского здоровья нам удалось выйти на более высокий уровень, затрагивающий здоровье всех категорий населения.

Каковы же перспективы исследования? Еще на первых этапах мониторинга было очевидно, что его результаты рассчитаны на будущее и будут востребованы не одним поколением. Не случайно автор идеи организации мониторинга в России Н.М. Римашевская отметила, что каждый новый срез полученных нами социологических данных является находкой для российской науки. В разные возрастные промежутки перед исследованием стоят разные задачи, поскольку меняется сам человек. «Когда он родился – главным было физическое здоровье, выжил он или нет. К двум годам важно не только физическое, но и психическое его состояние. К пяти годам исследуются проявления интеллекта, а к 10 – 12 годам идет процесс определения профессионализма, образовательного потенциала».

Таким образом, при проецировании мониторинга на различные возрастные группы перед нами открываются фактически безграничные возможности исследования различных аспектов здоровья населения и, пока в этом есть востребованность, данная работа будет продолжаться.

* * *

Сегодня уделяется большое внимание демографической проблеме и сохранению здоровья будущего поколения россиян. Неоднократно в посланиях Президента РФ Федеральному Собранию подчеркивалось, что стране жизненно необходима эффективная и современная политика в области детства, которая отвечала бы интересам национального развития. Основные итоги первого этапа решения демографических вопросов показывают позитивные сдвиги. Однако многое еще предстоит сделать. Задача поддержки детей должна решаться совместными усилиями различных ведомств, гражданских объединений и общества в целом.

**За помощь в организации и проведении исследования
выражаем глубокую благодарность работникам
детских поликлиник Вологодской области:**

*Акимовой Ольге Валерьевне
Андринич Ольге Александровне
Анисимовой Нине Валентиновне
Антипичевой Светлане Анатольевне
Бабаевой Татьяне Михайловне
Баевой Наталье Юрьевне
Бебякиной Татьяне Николаевне
Беднягиной Людмиле Алексеевне
Белусовой Ольге Игоревне
Бойковой Ольге Анатольевне
Бриненко Татьяне Петровне
Бугаевой Ольге Анатольевне
Виноградовой Ольге Анатольевне
Ганичевой Ольге Анатольевне
Глуховой Елене Александровне
Горшковой Ольге Леонидовне
Григорьевой Надежде Яковлевне
Дмитриевой Ольге Вениаминовне
Драчевой Ольге Александровне
Илюхиной Антонине Александровне
Казаковой Валентине Александровне
Ковальчук Анастасии Викторовне
Красновой Валентине Александровне
Кряжевой Ольге Валерьяновне
Кузьминой Ирине Викторовне
Лебедевой Наталье Николаевне
Лопатко Ольге Владимировне*

Луканиной Людмиле Викторовне
Магазиновой Галине Серафимовне
Микитенко Людмиле Иосифовне
Морокуевой Антонине Павловне
Николаевой Светлане Николаевне
Новиковой Нине Васильевне
Новожиловой Елене Анатольевне
Носовой Нине Алексеевне
Палеевой Ирине Андреевне
Пальминой Лидии Спиридоновне
Панюшкиной Любви Витальевне
Паскиной Татьяне Николаевне
Петровой Наталье Николаевне
Румянцевой Ольге Анатольевне
Секретаревой Нине Ивановне
Семеновой Зое Александровне
Соловьевой Светлане Семеновне
Сорокиной Наталье Васильевне
Тихомировой Нине Васильевне
Толстиковой Елене Николаевне
Тульского Тамаре Алексеевне
Тюковой Татьяне Владимировне
Харичевой Елене Анатольевне
Черноваловой Наталье Владимировне
Чугуновой Надежде Николаевне
Шумиловой Елене Юрьевне
Яблоковой Тамаре Юрьевне

ЛИТЕРАТУРА

1. Абольян, Л.В. Современные подходы к грудному вскармливанию ребенка [Электронный ресурс] / Л.В. Абольян, Н.З. Зубкова // Лечащий врач. – 2005. – № 1. – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2005/01/4531961>
2. Антонов, А.И. Демографический кризис России и безотлагательность пронатализма [Электронный ресурс] / А.И. Антонов // Сайт Фонда исторической перспективы (ФИП). – Режим доступа: http://www.perspektivy.info/rus/demo/demograficheskij_krizis_rossii_i_bezotlagatelnost_pronatalizma_2007-03-16.htm
3. Балансы доходов и расходов населения Вологодской области в 1999–2008 гг. [Текст]: стат. сборник / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 21 с.
4. Баранов, А.А. Здоровье российских детей [Текст] / А.А. Баранов // Педагогика. – 1999. – №8. – С. 41-44.
5. Бурсин, В.Е. Реализация и мониторинг приоритетного национального проекта «Здоровье» в Вологодской области [Электронный ресурс] / В.Е. Бурсин. – Режим доступа: <http://www.ithealth.ru/2007/10/21/realizacija-i-monitoring-prioritetnogo.html>
6. Выступление депутата Государственной Думы Г.Е. Шевцова на заседании круглого стола «Об особенностях реформирования жилищно-коммунального хозяйства в условиях реформы местного самоуправления» от 07.06.2005 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Законодательного собрания Вологодской области. – Режим доступа: <http://www.zs.gos35.ru/?k=7995>
7. Герасименко, Н.Ф. «Русский крест», или демографический кризис в России [Электронный ресурс] / Н.Ф. Герасименко. – Режим доступа: <http://russtil1.narod.ru/g0.html>
8. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2009 году [Текст] / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда: ДЗО, 2010. – 85 с.
9. Государственный доклад о состоянии здоровья населения и деятельности здравоохранения Вологодской области в 2007 году [Текст] / под ред. к.м.н. А.А. Колинко. – Вологда: ДЗО, 2008. – 158 с.

10. Демографический ежегодник России 2009 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
11. Доклад о состоянии окружающей среды Вологодской области в 2010 году [Текст] / Правительство Вологодской области; Департамент природных ресурсов и охраны окружающей среды Вологодской области. – Вологда, 2011. – 236 с.
12. Доходы, расходы и потребление в домашних хозяйствах Вологодской области в 1997 – 2008 гг. (по материалам выборочного обследования бюджетов домашних хозяйств) [Текст]: стат. бюллетень / Вологдастат. – Вологда, 1998 – 2010.
13. Елисеева, И.И. Общая теория статистики [Текст] / И.И. Елисеева, М.М. Юзбашев. – М.: Финансы и статистика, 1996. – 368 с.
14. Женщина, мужчина, семья в России: последняя треть XX века. Проект «Таганрог» [Текст] / под ред. Н.М. Римашевской. – М.: Изд-во ИСЭПН, 2001. – 320 с.
15. Заболеваемость населения России в 2010 году [Текст]: стат. сб. / Росздрав. – М., 2011. – Ч. V. – 128 с.
16. Здравоохранение в России. 1998 – 2010 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 1999 – 2011.
17. Иогман, Л.Г. Концепция Стратегии развития Вологодской области признана лучшей [Электронный ресурс] / Л.Г. Иогман // ИА «Альянс Медиа». – 09.03.2006. – Режим доступа: <http://kadry.viperson.ru/wind.php?ID=483438&soch=1>
18. Кислицина, О.А. Жилищные условия и здоровье [Текст] / О.А. Кислицина // Общественное здоровье и профилактика заболеваний: научно-практический журнал. – 2006. – № 6. – С. 39-45.
19. Кислицина, О.А. Социально-экономические аспекты здоровья детей в России [Электронный ресурс] / О.А. Кислицина // Дети и молодежь: материалы интернет-конференции, 1 марта – 28 марта 2010 г. – Режим доступа: <http://ecsosman.edu.ru>
20. Колинко, А.А. «Мать и дитя»: юбилей отметят в Вологде [Текст] / А.А. Колинко // Красный Север. – 2009. – № 100. – 3 сент.
21. Лисицын, Ю.П. Образ жизни и здоровье населения [Текст]: монография / Ю.П. Лисицын. – М.: Знание, 1982. – 40 с.
22. «Мать и дитя» в Вологде [Электронный ресурс] // Сайт общероссийской общественной организации «Деловая Россия». – Режим доступа: <http://www.deloros35.ru/news/mat-i-ditya-v-vologde>
23. Методические рекомендации по комплексной оценке состояния здоровья детей и подростков при массовых врачебных осмотрах [Текст]: № 08-14/4 от 27.04.82 / Министерство здравоохранения СССР. – М., 1982. – 30 с.
24. Мировая статистика здравоохранения. 2009 год [Текст]. – Женева: Всемирная организация здравоохранения, 2009. – 149 с.
25. Мониторинг общественного мнения населения Вологодской области за 2007 год [Текст] / ВНКЦ ЦЭМИ РАН. – Вологда, 2007. – № 53.

26. Национальные проекты: тактическая технология или стратегический выбор? [Электронный ресурс]: материалы к семинару «Полития» 30 марта 2006 г. – Режим доступа: http://www.politeia.ru/politeia_seminar/10/39

27. О положении детей в Российской Федерации. 1998 год [Текст]: государственный доклад. – М.: Международный ИД дом «Синергия», 2000. – 100 с.

28. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2007 году [Текст]: государственный доклад. – М.: Федеральный центр гигиены и эпидемиологии Роспотребнадзора, 2008. – С. 154.

29. О Стратегии развития здравоохранения Вологодской области на период до 2020 года [Электронный ресурс]: постановление Правительства Вологодской области №2573 // Сайт Департамента здравоохранения Вологодской обл. – Режим доступа: http://www.volmed.org.ru/doc/index.php?type_doc=4&action=show_full&id=119&cat_id=7

30. Об утверждении инструкции по проведению профилактических осмотров детей дошкольного и школьного возрастов на основе медико-экономических нормативов [Электронный ресурс]: приказ от 04.03.1995 г. №60 / Министерство Здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации. – Режим доступа: <http://www.med-pravo.ru/PRICMZ/PricMZ1995/60/Pric%2060-1.htm>

31. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999 – 2010 гг. [Текст]: стат. сб. / Департамент здравоохранения Вологодской области, ГУЗ ДЗ ВО «МИАЦ». – Вологда, 1999 – 2011.

32. Основные показатели здоровья матери и ребенка, деятельность службы охраны детства и родовспоможения в Российской Федерации [Текст]: стат. сб. / ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». – М., 2011. – С. 73.

33. Официальный сайт Фонда развития ипотечного жилищного кредитования Вологодской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ipoteka.vologda.ru/ofondeistor.htm>

34. Позгалева, В.Е. Кризис – как точка преобразования и время выбора [Электронный ресурс] / В.Е. Позгалева // Программная статья к ежегодному посланию Законодательному Собранию Вологодской области. – Режим доступа: http://www.chere.ru/index.php?option=com_content&view=article&id=9735:-1-----r&catid=81:politics&Itemid=268. (30.11.2009 г.)

35. Позгалева, В.Е. Послание Губернатора Вологодской области Законодательному Собранию области – 2010 [Электронный ресурс] / В.Е. Позгалева // Красный Север. – 2010. – № 139 (26373). – Режим доступа: http://www.krassever.ru/piece_of_news.php?fid=12043

36. Прохоров, Б.Б. Здоровье детей и загрязнение окружающей среды [Текст] / Б.Б. Прохоров // Проблемы прогнозирования. – 1997. – № 1. – С. 109-120.

37. Прохорова, Т.П. Питание детей 1 года жизни: «Знание естественного (грудного) вскармливания» [Электронный ресурс] / Т.П. Прохорова. – Режим доступа: <http://www.admsurgut.ru/adm/zdrav/sovety/zdrav027.htm>

38. Районы и города Вологодской области: социально-экономические показатели [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 343 с.
39. Районы и города Вологодской области: социально-экономические показатели [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 343 с.
40. Регионы России: социально-экономические показатели. 2009 [Текст]: стат. сб. / Росстат – М., 2009. – 989 с.
41. Речь В.В. Путина на заседании Президиума Совета по приоритетным национальным проектам 2.08.2010 [Электронный ресурс] // Официальный сайт Председателя Правительства Российской Федерации В.В. Путина. – Режим доступа: <http://premier.gov.ru/events/news/11267/>
42. Римашевская, Н.М. «Русский крест» [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Природа. – 2009. – №6. – Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru>
43. Римашевская, Н.М. Детство в России. Проблем все больше, а ребят все меньше [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Учительская газета. – 2003. – №25. – 17 июня. – Режим доступа: <http://www.ug.ru/archive/631>
44. Римашевская, Н.М. Здоровье новорожденных – будущее здоровье нации [Текст] / Н.М. Римашевская, Е.Б. Бреева // Социологические исследования. – 1996. – № 11. – С. 42-46.
45. Римашевская, Н.М. Комплексная оценка здоровья детей первых лет жизни [Текст] / Н.М. Римашевская, Е.В. Андрюшина // Народонаселение. – 1999. – № 3. – С. 49-58.
46. Римашевская, Н.М. Проблемы развития человеческого потенциала [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2007. – № 1. – С. 5-6.
47. Римашевская, Н.М. Человек и реформы: Секреты выживания [Текст]: монография / Н.М. Римашевская. – М.: РИЦ ИСЭПН, 2003. – 392 с.
48. Российский статистический ежегодник. 2001 – 2011 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2001 – 2011.
49. Сайт Полномочного представителя Президента Российской Федерации в Северо-Западном федеральном округе [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.szfo.ru/msg/720/galina_izotowa_prowela_rabochee_soweschanie_powoprosam_.html?print=1
50. Сбор, обработка и порядок представления информации для гигиенической диагностики и прогнозирования здоровья детей в системе «Здоровье – среда обитания» [Текст]: инструкция 2.4.2.11-14-26-2003 : постановление Главного гос. врача Республики Беларусь В.И. Ключенович от 3.12.2003 г. № 152. – Минск, 2003. – 46 с.
51. Социальный атлас российских регионов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.socpol.ru/atlas/portraits/volgd.shtml>
52. Ускова, Т.В. Развитие в ИСЭРТ РАН научного направления «Проблемы экономического роста, научные основы региональной политики, устойчивого развития территорий и муниципальных образований в условиях трансформации соци-

ально-экономического пространства» [Текст] / Т.В. Ускова // Сборник научных докладов и сообщений Ученого совета ИСЭРТ РАН. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2011. – Вып. 4. – С. 41-108.

53. Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.gks.ru

54. Швецова, В.Н. Питание обучающихся как необходимое условие формирования здоровья [Электронный ресурс] / В.Н. Швецова. – Режим доступа: <http://www.kavp2006.khb.ru/download.php?id=99>

55. Щербаков, В. Женщина и сигарета [Электронный ресурс] / В. Щербаков. – Режим доступа: http://www.utro.ru/articles/2_00110250_4_063342_995.shtml

56. Bourdieu P. Distinction: A social critique of the Judgement of taste. Translated by R. Nice. Cambridge: Harvard University Press, 1984. 613 p.

57. Now we are 50: Key findings from the National Child Development Study. Edited by Jane Elliott and Romesh Vaitilingam. London: The Centre for Longitudinal Studies, 2008.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

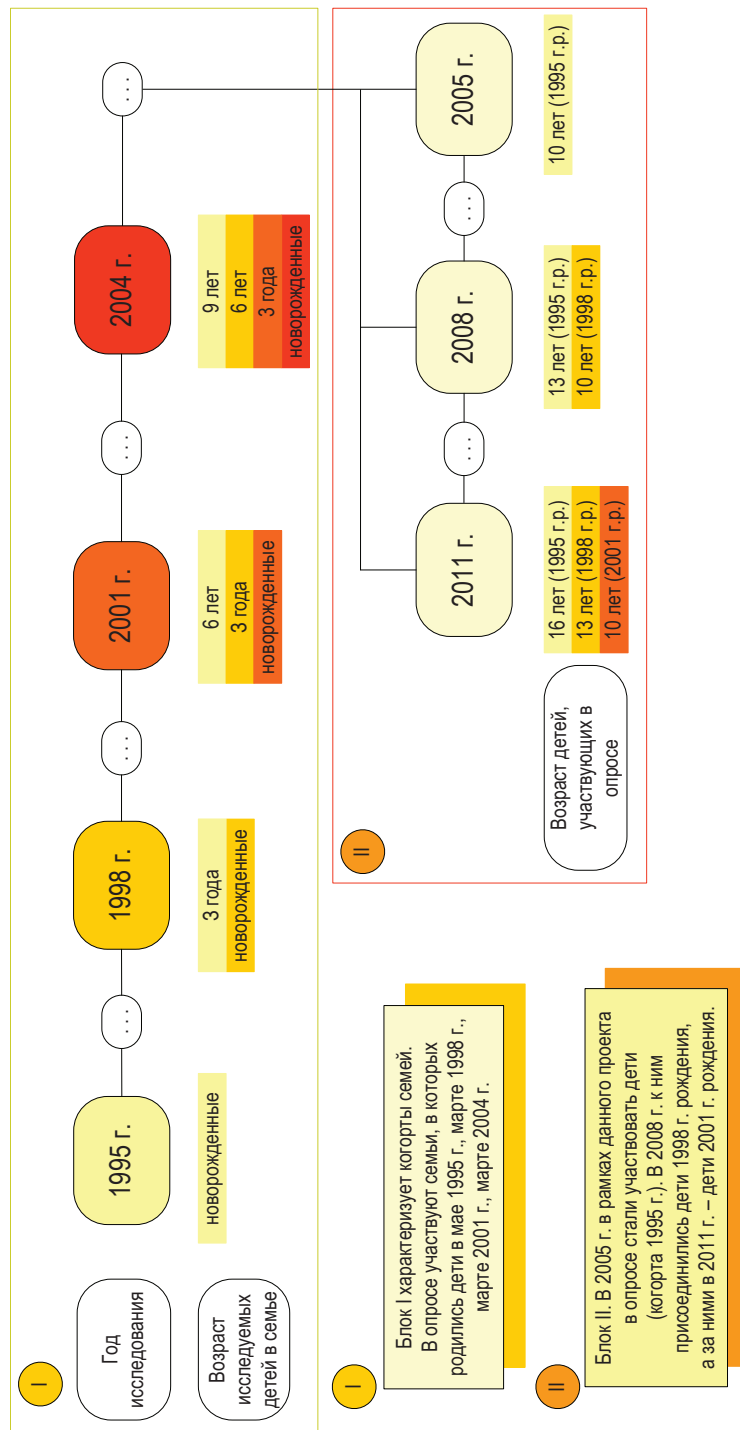
Валовой региональный продукт на душу населения (руб., до 1998 г. – тыс. руб.)

Территория	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Российская Федерация	9562,2	13230,0	15212,3	16590,8	28546,9	39532,3	49474,8	60611,4	74884,9	97864,8	126014,2	157853,5	198816,5
СЗФО	10000,7	12664,2	14271,8	17051,8	30800,2	40564,9	50157,8	63237,1	78547,1	107020,0	131566,1	161791,6	206153,6
Республика Карелия	10245,5	11450,2	12686,7	14699,5	26491,2	38539,2	46499,2	57575,7	65443,1	76448,5	110131,1	121133,4	151210,8
Республика Коми	16250,7	17433,6	21758,1	25429,7	44587,4	56619,5	75534,6	84101,9	105993,7	131447,0	172909,2	222989,9	249570,9
Архангельская обл.	9336,3	12092,1	13940,4	15407,3	26541,0	44797,4	49474,0	61989,4	78436,0	108725,6	128227,3	167939,2	224807,8
Вологодская обл.	14292,9	14210,0	14709,3	17903,2	35591,0	53432,8	50934,4	63433,6	85271,7	129049,8	156368,1	163964,8	199086,8
Калининградская обл.	5658,2	8025,3	8636,2	9200,2	17006,1	24308,8	33797,4	42019,6	49120,4	70253,1	86836,5	109883,3	155668,9
Ленинградская обл.	7466,9	10625,5	11262,7	13349,7	25395,9	33265,1	45248,2	56738,1	72871,9	100484,8	124615,5	161664,0	191009,9
Мурманская обл.	13577,0	15796,9	17754,5	23455,1	43332,0	59157,8	62965,4	76236,9	91088,3	142598,2	152953,8	183700,2	225044,6
Новгородская обл.	5923,8	9511,4	9958,3	12786,4	22417,7	29347,0	38975,3	45178,5	55399,6	72591,4	95336,0	113266,9	133676,2
Псковская обл.	5538,9	6963,0	7747,7	7950,9	14312,6	20544,7	25031,4	31547,3	39171,6	48260,3	55542,7	71579,2	88966,6
г. Санкт-Петербург	9753,9	13847,3	15898,5	19422,0	34333,5	39811,1	53525,3	72059,8	88278,4	117596,4	145173,8	180314,7	242755,0

Темп роста валового регионального продукта (в % к предыдущему году)

Регион	1997 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.
Российская Федерация	101,2	93,5	105,6	110,6	106	105,5	107,6	107,4	107,6	108,3	108,3
СЗФО	98,1	95,6	107,4	109,7	104,8	108,6	107,1	108,5	106,6	107,7	109
Республика Карелия	94,2	92,8	110,9	108,3	102,8	107,5	101,6	103	106,9	105,1	108,5
Республика Коми	98,4	99,4	96,3	110,1	107,9	96,6	103,9	105,1	104	108,6	99,6
Архангельская обл.	96,2	96,2	111,4	116,4	105,8	101,6	108,2	121,4	109	107,2	112,2
Вологодская область	99,2	95,7	114	107,5	101,9	102,5	104,6	109,6	104,5	104,8	105,1
Калининградская обл.	95,6	90,6	106,9	115,1	103,2	109,5	109,3	112,6	103,6	115,3	119,9
Ленинградская обл.	97	93,6	113,7	112,6	108,4	116,2	114,3	108,7	109,6	111,2	106,3
Мурманская обл.	104,7	96,1	106	104,2	101,6	98	101,1	103,8	102,4	102,7	102,2
Новгородская обл.	97,1	105,7	106,5	102,9	112,2	98,2	103,5	106,5	103,8	104	105,5
Псковская обл.	88,7	92,7	117,8	105,8	100,2	105	103	106,2	100,3	104,9	105,6
г. Санкт-Петербург	98,7	94,7	106	110,1	104,6	117,5	108,5	107,1	108,3	108,3	113,1

Блок-схема мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения»



Методика социологического исследования

Регулярный мониторинг «Изучение условий формирования здорового поколения» проводится ежегодно с 1995 г. Общий разовый объем выборочной совокупности в 2010 г. составил 408 семей с детьми. В опросе участвуют одни и те же семьи, в которых родились дети в мае 1995 г., марте 1998 г., марте 2001 г. и марте 2004 г. в городах Вологде, Череповце, Кириллове, Великом Устюге и поселке городского типа Вожега.

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

- анкеты, характеризующие особенности семьи и домохозяйства новорожденного (на основе оценок родителей), здоровье родителей и особенно подробно – матери, специфику родов, основные параметры здоровья новорожденного или причины его смерти (на основе медицинской документации и экспертных оценок врачей);

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

- анкеты, характеризующие состояние здоровья и развитие ребенка, увлечения и интересы детей (заполняются самими детьми начиная с десятилетнего возраста).

База данных мониторинга «Изучение условий формирования здорового поколения» имеет свидетельство о государственной регистрации № 2012620788 от 13.08.2012 в Федеральной службе по интеллектуальной собственности, патентам и товарным знакам.

Далее представлены примеры анкеты для родителей пятнадцатилетних детей, детской анкеты и своды данных, полученных при опросе семей новорожденных, годовалых и пятнадцатилетних детей 1995 года рождения.

Анкета изучения условий формирования здорового поколения
(состояние здоровья ребенка в возрасте 15 лет)

Уважаемые коллеги!

Институт социально-экономического развития территорий РАН и Департамент здравоохранения Вологодской области продолжают исследование «Изучение условий формирования здорового поколения», начатое 1 – 30 мая 1995 года. Для этих целей необходимо получить всестороннюю достоверную информацию, характеризующую состояние здоровья детей, уровень их развития, качество питания; доходы, жилищные условия, взаимоотношения в семье и другое.

Обследованию подлежат дети, родившиеся 15 – 30 мая 1995 года, попавшие в предыдущие этапы обследования, а также их родители.

Результаты обследования в обобщенном виде будут использованы для подготовки рекомендаций местным органам власти, органам здравоохранения и социальной защиты населения по улучшению положения детей и их семей.

Сведения, полученные в результате исследования, разглашению не подлежат. Врачебная тайна гарантируется.

Уважаемые родители!

Благодарим Вас за помощь, которую Вы оказываете в течение длительного времени, и надеемся на дальнейшее сотрудничество и взаимопонимание!

СПРАВОЧНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

А. Фамилия, имя, отчество мамы _____

Б. Фамилия, имя, отчество ребенка _____

В. Постоянное место жительства (прописка) _____

Г. Фактическое место жительства _____

Часть 1. ОБЩАЯ ИНФОРМАЦИЯ О РЕБЕНКЕ

1. ПОЛ РЕБЕНКА

1. Мальчик

2. Девочка

ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ РЕБЕНКА

2. ПЕРЕЧИСЛИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ, ПРОЖИВАЮЩИХ СОВМЕСТНО С ВАМИ НА ДАННОЙ ЖИЛОЙ ПЛОЩАДИ И ИМЕЮЩИХ ОБЩИЙ БЮДЖЕТ С ВАМИ (ОТМЕТЬТЕ КРЕСТИКОМ). ПРОСТАВЬТЕ ПОЛ (МУЖСКОЙ – 1, ЖЕНСКИЙ – 2), ВОЗРАСТ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ: ЧИСЛО ПОЛНЫХ ЛЕТ (ДЕТЯМ ДО ГОДА СТАВИТЬ: 1 МЕСЯЦ – 0,1 ... 11 МЕСЯЦЕВ – 0,11)

	Наличие	Возраст	Пол
Мать			
Отец			
Дети (кроме данного ребенка)			
Родители матери: мать			
отец			
Родители отца: мать			
отец			
Другие родственники (сестра, брат, тетя, дядя, бабушка, дедушка и т.д.)			

3. СЕМЕЙНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ МАТЕРИ РЕБЕНКА:

1. Замужем, гражданский брак
2. Не замужем
3. Вдова, в разводе

ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

4. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ВАШЕ ОБРАЗОВАНИЕ

	Мать	Отец
Высшее	1	1
Незаконченное высшее	2	2
Среднее специальное, в т.ч. Пту со средним образованием	3	3
Среднее общее	4	4
Незаконченное среднее, в т.ч. Пту без среднего образования	5	5

5. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОСНОВНОЙ ВИД ВАШИХ ЗАНЯТИЙ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ

	Мать	Отец
Работа	1	1
Учеба в вузе, техникуме, ПТУ, школе	2	2
Член семьи, помогающий в ведении предпринимательской деятельности без оплаты труда	3	3
Безработный	5	5
Добровольно незанятый	6	6
Неработающий инвалид	7	7
Отпуск по уходу за ребенком	8	8
Другое (напишите) _____	9	9

ВНИМАНИЕ! На вопросы 6-7 Вы отвечаете в случае, если имеете постоянную работу.

6. В КАКОЙ ОТРАСЛИ НАРОДНОГО ХОЗЯЙСТВА ВЫ РАБОТАЕТЕ?

Отрасли народного хозяйства	Мать	Отец
Промышленность	1	1
Сельское хозяйство	2	2
Лесное хозяйство	3	3
Строительство	4	4
Транспорт	5	5
Связь	6	6
Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение, сбыт и заготовки	7	7
Информационно-вычислительное обслуживание	8	8
Жилищно-коммунальное хозяйство, непроизводственные виды бытового обслуживания населения	9	9
Здравоохранение, физическая культура, социальное обеспечение	10	10
Образование	11	11
Культура и искусство	12	12
Наука и научное обслуживание	13	13
Кредитование, финансы и страхование	14	14
Аппарат органов управления	15	15
Другие отрасли	16	16

7. В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ ВЫ ЯВЛЯЕТЕСЬ:

	Мать	Отец
Наемным работником	1	1
Работодателем	2	2

8. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ВАШУ ПРОФЕССИЮ

Мать: _____

Отец: _____

9. ВАШ РАБОЧИЙ ДЕНЬ СОСТАВЛЯЕТ

Варианты	Мать	Отец
1. Менее 8 часов	1	1
2. 8 часов	2	2
3. Более 8 часов	3	3

10. ЗАНИМАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ СПОРТОМ ИЛИ ФИЗКУЛЬТУРОЙ?

Занятия спортом	Мать	Отец
Да	1	1
Нет	2	2

11. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ?

Оценка здоровья	Мать	Отец
Хорошее	1	1
Удовлетворительное	2	2
Плохое	3	3

12. КУРИТ ЛИ КТО-НИБУДЬ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ?

1. Отец
2. Мать
3. Другие родственники
4. Никто

13. ПРИХОДИТСЯ ЛИ ВАШЕМУ РЕБЕНКУ ЧАСТО БЫВАТЬ В ПОМЕЩЕНИИ, ГДЕ КУРИЛИ?

1. Да
2. Нет

14. УПОТРЕБЛЯЮТ ЛИ В ВАШЕЙ СЕМЬЕ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ?

	Мать	Отец	Другие родственники
Не употребляют	1	1	1
Иногда	2	2	2
Редко	3	3	3
Часто	4	4	4

15. В КАКОМ ОБЪЕМЕ ОБЫЧНО УПОТРЕБЛЯЮТ АЛКОГОЛЬНЫЕ НАПИТКИ ЧЛЕНЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ?

	Мать	Отец	Другие родственники
Менее 0,5 литра в неделю	1	1	1
От 0,5 до 1,5 литра в неделю	2	2	2
Свыше 1,5 литра в неделю	3	3	3

ДОХОДЫ, БЛАГОСОСТОЯНИЕ СЕМЬИ

16. ПОДСЧИТАЙТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, СРЕДНЕМЕСЯЧНЫЙ ДОХОД НА ОДНОГО ЧЛЕНА СЕМЬИ (СУММА ДОХОДОВ ВСЕХ ЧЛЕНОВ СЕМЬИ – ЗАРПЛАТА, СТИПЕНДИЯ, ПЕНСИЯ, ДРУГИЕ ДОХОДЫ – ДЕЛИТСЯ НА ЧИСЛО ЧЕЛОВЕК В СЕМЬЕ) _____

17. ПОЖАЛУЙСТА, ОТМЕТЬТЕ, КАКАЯ ЧАСТЬ ДОХОДОВ ВАШЕЙ СЕМЬИ УХОДИТ...(сделайте в каждой строке пометку)

Расходы	Весь доход семьи в сумме 100%
На питание	10---20---30---40---50---60---70---80---90---100
На обязательные выплаты (за квартиру, за электричество, газ, детский сад и др.)	10---20---30---40---50---60---70---80---90---100
На непродовольственные товары	10---20---30---40---50---60---70---80---90---100
Прочее	10---20---30---40---50---60---70---80---90---100

18. СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ДОХОДЫ ВАШЕЙ СЕМЬИ:

1. Достаточны для нормальной жизни
2. Достаточны при определенных условиях
3. Недостаточны
4. Совершенно недостаточны

19. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ВОЗМОЖНОСТИ УДОВЛЕТВОРЕНИЯ ПОТРЕБНОСТИ ВАШЕЙ СЕМЬИ ИСХОДЯ ИЗ ЕЕ СОВОКУПНОГО ДОХОДА

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом
3. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
4. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги
5. Затрудняюсь ответить

20. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, СОЦИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ СВОЕЙ СЕМЬИ:

1. Высокое
2. Выше среднего
3. Среднее
4. Ниже среднего
5. Низкое

21. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, МАТЕРИАЛЬНОЕ ПОЛОЖЕНИЕ ВАШЕЙ СЕМЬИ ВСЛЕДСТВИЕ МИРОВОГО ФИНАНСОВО-ЭКОНОМИЧЕСКОГО КРИЗИСА УЛУЧШИЛОСЬ, УХУДИЛОСЬ ИЛИ ОСТАЛОСЬ НЕИЗМЕННЫМ?

1. Улучшилось
2. Практически не изменилось
3. Ухудшилось
4. Затрудняюсь ответить

ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ

22. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ ВАШЕЙ СЕМЬИ

1. Хорошие
2. Удовлетворительные
3. Плохие
4. Очень плохие

23. ЕСЛИ УСЛОВИЯ НЕУДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНЫЕ, ТО В ЧЕМ ЭТО ВЫРАЖАЕТСЯ?

1. Жилье холодное, пользуемся обогревательными приборами
2. Жилье холодное, не пользуемся обогревательными приборами
3. Жилье слишком влажное
4. Тесное жилье
5. Недостаточно освещенное
6. Неудовлетворительное водоснабжение
7. Неудовлетворительное санитарное состояние жилья
8. Жилье в аварийном состоянии
9. Другое (напишите)_____

24. ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ РЕБЕНКА

1. Отдельная комната
2. Постоянное место в общей комнате с родителями
3. Постоянное место в общей комнате с братом, сестрой
4. Постоянное место в общей комнате с бабушкой, дедушкой
5. Не имеет постоянного места
6. Другое (напишите)_____

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ

25. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ В РАЙОНЕ ПРОЖИВАНИЯ ВАШЕЙ СЕМЬИ

1. Хорошие
2. Удовлетворительные
3. Плохие
4. Очень плохие
5. Затрудняюсь ответить

26. ЕСЛИ УСЛОВИЯ НЕБЛАГОПРИЯТНЫЕ, ТО В ЧЕМ ЭТО ВЫРАЖАЕТСЯ?

1. Плохое качество питьевой воды
2. Загрязненный воздух
3. Загрязненная почва (свалки, мусор)
4. Повышенный уровень шума
5. Отсутствие зелени, парка
6. Нет мест для игр детей
7. Близость автомагистралей
8. Другое (напишите)_____

27. ЕСЛИ ВАС НЕ УДОВЛЕТВОРЯЕТ КАЧЕСТВО ПИТЬЕВОЙ ВОДЫ, ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЛИ ВЫ?

1. Фильтрами для воды
2. Покупаем воду
3. Берем воду из скважины
4. Используем воду из-под крана
5. Другое (напишите)_____

28. ЕСЛИ ВЫ ПРОЖИВАЕТЕ В РАЙОНЕ С ЗАГРЯЗНЕННЫМ ВОЗДУХОМ, ПОЛЬЗУЕТЕСЬ ЛИ ВЫ?

1. Кондиционером
2. Воздухоочистителем
3. Воздухоувлажителем
4. Ничем не пользуемся
5. Другое (напишите)_____

УХОД ЗА РЕБЕНКОМ

29. ПОСЕЩАЕТ ЛИ РЕБЕНОК ШКОЛУ?

1. Да (напишите № школы) _____
 - 1.1. Обычную общеобразовательную
 - 1.2. Специализированную, гимназию и т.п.
 - 1.3. Гимназический класс в общеобразовательной школе
 - 1.4. Класс компенсирующего обучения
2. Нет

30. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ДОСТАТОЧНО ЛИ БЫЛ ВАШ РЕБЕНОК ПОДГОТОВ- ЛЕН ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ В ШКОЛЕ?

1. Да
2. Скорее да
3. Скорее нет
4. Нет

31. КАК УЧИТСЯ РЕБЕНОК?

1. Отлично
2. Хорошо
3. Удовлетворительно
4. Неудовлетворительно

32. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ВАШ РЕБЕНОК УЧИТСЯ:

1. В полную меру своих способностей
2. Не полностью реализует свой потенциал, может учиться лучше
3. Совершенно не проявляет интереса к обучению
4. Затрудняюсь ответить

33. ЕСЛИ РЕБЕНОК В ШКОЛЕ НЕ УСПЕВАЕТ, С ЧЕМ ВЫ СВЯЗЫВАЕТЕ ЕГО НЕУСПЕВАЕМОСТЬ?

1. С состоянием здоровья
2. С семейными обстоятельствами
3. Сложная учебная программа
4. С возрастными особенностями
5. Затянувшийся период адаптации к школе
6. Другое _____

34. ДОВОЛЬНЫ ЛИ ВЫ КАЧЕСТВОМ ОБУЧЕНИЯ РЕБЕНКА?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

35. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, УСТАЕТ ЛИ ВАШ РЕБЕНОК К КОНЦУ ДНЯ?

1. Нет, он (она) и вечером бодр и активен
2. Не устает, так как отдыхает днем
3. Очень устает к концу дня
4. Чаще всего устает к концу недели
5. Бывает по-разному

36. ЕСТЬ ЛИ У РЕБЕНКА ОБОРУДОВАННОЕ МЕСТО ДЛЯ ОБУЧЕНИЯ, ВЫПОЛНЕНИЯ ШКОЛЬНЫХ ЗАДАНИЙ?

1. Да
2. Нет

37. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ ЗАНИМАЕТ У РЕБЕНКА ПОДГОТОВКА ДОМАШНИХ ЗАДАНИЙ (В СРЕДНЕМ В ДЕНЬ)?

1. До 1 часа
2. 1 – 2 часа
3. 2 – 3 часа
4. Более 3 часов

38. ПОСЕЩАЕТ ЛИ РЕБЕНОК УЧРЕЖДЕНИЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ?

1. Да (сколько и какие) _____
2. Нет

39. ЕСЛИ НЕ ПОСЕЩАЕТ, ТО ПОЧЕМУ?

1. Считаете, что в этом нет необходимости
2. Не хватает времени у ребенка
3. Учреждения дополнительного образования расположены далеко от дома
4. Нет денег для оплаты занятий
5. Нет учреждений дополнительного образования
6. Другие причины (напишите) _____

40. ПРОЯВЛЯЮТСЯ ЛИ У ВАШЕГО РЕБЕНКА ОСОБЫЕ СПОСОБНОСТИ?

1. Да
 - 1.1. Рисует
 - 1.2. Лепит (пластилин, глина)
 - 1.3. Пишет стихи, рассказы
 - 1.4. Сочиняет музыку
 - 1.5. Увлекается спортом
 - 1.6. Любит точные науки (математику, физику)
 - 1.7. Увлекается иностранными языками
 - 1.8. Любит рукоделье (вяжет, стругает)
 - 1.9. Другие (напишите) _____
2. Нет, не проявляются

41. ГУЛЯЕТ ЛИ РЕБЕНОК НА ВОЗДУХЕ КАЖДЫЙ ДЕНЬ?

1. Да
2. Нет

42. ЗАНИМАЕТСЯ ЛИ РЕБЕНОК УТРЕННЕЙ ЗАРЯДКОЙ (ГИМНАСТИКОЙ)?

1. Ежедневно
2. 3-4 раза в неделю
3. 1-2 раза в неделю
4. Нет

43. ЗАНИМАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ УТРЕННЕЙ ЗАРЯДКОЙ (ГИМНАСТИКОЙ) ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ?

1. Да
2. Нет

44. ПРОВОДИТЕ ЛИ ВЫ С РЕБЕНКОМ КАКИЕ-ЛИБО ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАКАЛИВАЮЩИЕ ПРОЦЕДУРЫ?

1. Да (какие) _____
2. Нет

45. КАК РЕГУЛЯРНО РЕБЕНОК ИГРАЕТ В СПОРТИВНЫЕ ИГРЫ, АКТИВНО ОТДЫХАЕТ?

1. Регулярно в течение года
2. Время от времени
3. Редко
4. Другое _____

46. ИСПОЛЬЗУЕТЕ ЛИ ВЫ ВЫХОДНЫЕ ДНИ, ОТПУСК ДЛЯ ОТДЫХА С ДЕТЬМИ?

	Выходные дни	Отпуск
1. Да, как правило, всей семьей	1	1
2. Да, как правило, мать с детьми	2	2
3. Да, как правило, отец с детьми	3	3
4. Стараемся, но не всегда получается	4	4
5. Другое		

47. КАК ОРГАНИЗОВАН ЛЕТНИЙ ОТДЫХ РЕБЕНКА?

1. Ездит в детский лагерь, санаторий за городом, на дачу, в деревню
2. Посещает городской лагерь
3. Ездим к морю, «на юг»
4. Большую часть времени проводит дома

48. ЛЮБИТ ЛИ РЕБЕНОК БЫВАТЬ НА ПРИРОДЕ (в лесу, на речке, на даче)?

1. Да
2. Нет

49. ПРОВОДИТЕ ЛИ ВЫ ДОСУГ ВМЕСТЕ С РЕБЕНКОМ?

1. Да
 - а/ мы ходим в кино, на концерты, в театры
 - б/ мы ходим в музеи
 - в/ мы ходим вместе в походы
 - г/ мы обсуждаем прочитанные книги, фильмы, интересующие ребенка темы
 - д/ мы вместе проводим отпуск, выходные дни
 - е/ мы вместе занимаемся спортом
2. Нет

50. ЕСТЬ ЛИ У РЕБЕНКА ДРУЗЬЯ?

1. Да, среди его сверстников
2. Да, среди старших по возрасту
3. Да, среди младших по возрасту
4. Он предпочитает общаться со взрослыми
5. Нет

51. КАК ВАШ РЕБЕНОК ОТНОСИТСЯ К ДЕНЬГАМ?

1. Они его интересуют, он(она) хочет подрабатывать
2. Он (она) просит деньги на карманные расходы у вас

3. Он (она) получает деньги за «хорошую учебу», за «выполнение домашних дел»
4. Он (она) не интересуется деньгами
5. Другое (напишите) _____

52. КАКИЕ ИЗ ПРИВЕДЕННЫХ НИЖЕ ВЫСКАЗЫВАНИЙ ОТНОСЯТСЯ К ВАШЕМУ РЕБЕНКУ? (отметьте все, что вас касается)

1. Ребенок не видит разницы между богатыми и бедными семьями
2. Иногда мне кажется, что он огорчен тем, что у нас нет достаточного количества денег
3. Он (она) обсуждает с нами вопрос, почему есть богатые и бедные
4. Он (она) с пренебрежением относится к людям с меньшими доходами, меньшими материальными возможностями
5. Другое (напишите) _____

53. ВСЕГДА ЛИ РЕБЕНОК ОБСУЖДАЕТ С ВАМИ СВОИ ПРОБЛЕМЫ?

1. Всегда
2. Иногда
3. Очень редко
4. Никогда

54. ОЦЕНИТЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ МЕЖДУ ЧЛЕНАМИ ВАШЕЙ СЕМЬИ:

1. Дружные без ссор
2. Дружные с редкими ссорами
3. Частые ссоры
4. Напряженные без ссор
5. Другие _____

55. БЫВАЮТ ЛИ У ВАС ССОРЫ, ПЕРИОДЫ НАПРЯЖЕННЫХ ОТНОШЕНИЙ С РЕБЕНКОМ?

1. Часто
2. Иногда
3. Очень редко
4. Никогда

56. СКОЛЬКО ВРЕМЕНИ В СУТКИ В СРЕДНЕМ ВЫ УДЕЛЯЛИ РЕБЕНКУ?

1. От 6 до 12 часов
2. От 3 до 6 часов
3. Менее 3 часов

57. КАКИЕ ВЫ ВИДИТЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С ВОСПИТАНИЕМ И РАЗВИТИЕМ РЕБЕНКА В СЕМЬЕ?

1. Отсутствие необходимых ребенку врачей-специалистов
2. Недостаток внимания со стороны медицинского персонала
3. Недостаток знаний у родителей для дальнейшего развития ребенка
4. Недостаток знаний по воспитанию ребенка
5. Отсутствие времени для занятий с ребенком
6. Отсутствие детских учреждений дополнительного образования
7. Неудовлетворительные жилищные условия
8. Отсутствие денег:
 - 8.1. На приобретение личных вещей для ребенка
 - 8.2. На полноценное питание ребенка
 - 8.3. На покупку игрушек, игр, книг
 - 8.4. На посещение платных специалистов
 - 8.5. На покупку лекарств для ребенка
9. Отсутствие взаимопонимания между ребенком и родителями
10. Другие проблемы (напишите) _____

ПИТАНИЕ

58. СКОЛЬКО РАЗ В ДЕНЬ РЕБЕНОК ЕСТ ГОРЯЧУЮ ПИЩУ (СУПЫ, ВТОРЫЕ БЛЮДА)?

0 – 1 – 2 – 3 – 4 РАЗА (подчеркните)

59. ВСЕГДА ЛИ РЕБЕНОК ЗАВТРАКАЕТ УТРОМ?

1. Всегда
2. Иногда
3. Очень редко
4. Никогда

60. КАК ЧАСТО РЕБЕНОК ЕСТ СЛЕДУЮЩИЕ ПРОДУКТЫ ПИТАНИЯ?

	Ежедневно	3-4 раза в неделю	1-2 раза в неделю	1-2 раза в месяц	Реже	Не употребляет
Мясо, мясные продукты	1	2	3	4	5	6
Рыба	1	2	3	4	5	6
Яйца	1	2	3	4	5	6
Молочные продукты	1	2	3	4	5	6
Крупяные изделия	1	2	3	4	5	6
Овощи	1	2	3	4	5	6
Фрукты	1	2	3	4	5	6

Соки	1	2	3	4	5	6
Хлебобулочные изделия	1	2	3	4	5	6
Сладости	1	2	3	4	5	6

61. СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ПИТАНИЕ РЕБЕНКА ОРГАНИЗОВАНО ХОРОШО?

1. Да
2. Нет, так как:
 - 2.1. В магазине нет нужных продуктов
 - 2.2. У вас не хватает времени на приготовление пищи
 - 2.3. В школе питание организовано плохо
 - 2.4. Вынуждены ограничивать ребенка в некоторых продуктах питания в связи с отклонениями в состоянии здоровья
 - 2.5. Вынуждены ограничивать ребенка в некоторых продуктах питания в связи с недостатком денег на их приобретение
 - 2.6. Ребенок отказывается от употребления некоторых продуктов питания
 - 2.7. Не соблюдает режим питания

62. КАКИМ ОБРАЗОМ ПИТАЕТСЯ РЕБЕНОК В ШКОЛЕ?

1. Берет еду с собой из дома
2. Покупает горячий обед
3. Покупает булочки, пирожки в буфете
4. Покупает сухарики, чипсы
5. Не питается в школе
6. Другое _____

63. КАКИМИ ПРАВИЛАМИ ВЫ РУКОВОДСТВУЕТЕСЬ ПРИ ОРГАНИЗАЦИИ ПИТАНИЯ РЕБЕНКА? (отметьте все правильные с Вашей точки зрения варианты)

1. Учитываем содержание белков, жиров, углеводов
2. Стараемся употреблять больше овощей и фруктов
3. Стараемся употреблять больше морепродуктов
4. Используем йодированную соль
5. Соблюдаем режим питания, правила приема пищи (есть не менее 4 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)
6. Соблюдаем оздоровительную диету, рекомендованную врачом
7. Следим за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов
8. Стараемся употреблять натуральные продукты (без добавок, красителей и т.п.)
9. Употребляем продукты надежных, проверенных производителей
10. Не следим за питанием ребенка

64. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ РЕБЕНКА НЕОБХОДИМЫМИ ПРОДУКТАМИ ПИТАНИЯ

1. Хорошая
2. Удовлетворительная
3. Плохая
4. Очень плохая
5. Затрудняюсь ответить

65. ДАЁТЕ ЛИ ВЫ РЕБЕНКУ ВИТАМИНЫ

1. Да, регулярно (какие) _____
2. Да, иногда (какие) _____
3. Нет

Часть 2. ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА НА 15-М ГОДУ ЖИЗНИ

(Заполняется родителями)

66. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, ПО СВОЕМУ ФИЗИЧЕСКОМУ РАЗВИТИЮ РЕБЕНОК:

1. Опережает возраст
2. Соответствует возрасту
3. Немного отстает от нормы
4. Значительно отстает от нормы
5. Затрудняюсь ответить

67. КАК ВЫ СЧИТАЕТЕ, НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ РЕБЕНКА:

1. Соответствует возрасту
2. Отстает от нормы
3. Опережает возраст
4. Затрудняюсь ответить

68. КАК ВЫ ОЦЕНИВАЕТЕ ЗДОРОВЬЕ СВОЕГО РЕБЕНКА:

1. Хорошее
2. Удовлетворительное
3. Плохое
4. Очень плохое
5. Затрудняюсь ответить

69. ЕСЛИ РЕБЕНОК НЕЗДОРОВ, ТО УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИМЕННО ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ВАС БЕСПОКОЯТ:

1. Хроническое заболевание (напишите, какое именно) _____
2. Частые острые заболевания (напишите, какие именно) _____
3. Физическое развитие ребенка не соответствует возрасту
4. Нервно-психическое развитие ребенка не соответствует возрасту
5. Другое (опишите признаки болезни или жалобы ребенка, которые вас волнуют) _____

70. ОБРАЩАЕТЕСЬ ЛИ ВЫ К ВРАЧУ В СВЯЗИ С ЭТИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ?

1. Да
2. Нет

71. ДОВОЛЬНЫ ЛИ ВЫ ПОЛУЧЕННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ?

1. Да
2. Нет

72. ЕСЛИ РЕБЕНОК ОБУЧАЕТСЯ В ШКОЛЕ, КАК ИЗМЕНИЛОСЬ СОСТОЯНИЕ ЕГО ЗДОРОВЬЯ ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД?

1. Улучшилось
2. Осталось прежним
3. Ухудшилось
4. Затрудняюсь ответить

73. БЫВАЮТ ЛИ У РЕБЕНКА:

1. Головные боли (беспричинные, при волнении, после физической нагрузки, после посещения детского сада, школы)	Да	Нет
2. Слезливость, частые колебания настроения, страхи	Да	Нет
3. Слабость, утомляемость после занятий (в детском саду, школе дома)	Да	Нет
4. Нарушения сна (долгое незасыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам)	Да	Нет
5. Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении	Да	Нет
6. Головокружение, неустойчивость при перемене положения тела	Да	Нет
7. Обмороки	Да	Нет
8. Двигательная расторможенность (не может долго усидеть на месте)	Да	Нет
9. Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает, заикается)	Да	Нет
10. Боли, неприятные ощущения в области сердца, перебои	Да	Нет
11. Повышение артериального давления	Да	Нет
12. Часто насморк (4 и более раз в год)	Да	Нет
13. Часто кашель (4 и более раз в году)	Да	Нет
14. Часто потеря голоса (4 и более раз в году)	Да	Нет
15. Боли в животе	Да	Нет

16. Боли в животе после приема пищи	Да	Нет
17. Боли в животе до еды	Да	Нет
18. Тошнота, отрыжка, изжога	Да	Нет
19. Нарушения стула (запоры, поносы)	Да	Нет
20. Заболевания желудка, печени, кишечника	Да	Нет
21. Боли в пояснице	Да	Нет
22. Боли при мочеиспускании	Да	Нет
23. Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (отеки, затрудненное дыхание, сыпь)	Да	Нет
24. Реакция на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание)	Да	Нет
25. Проявления экссудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема)	Да	Нет

ЕСЛИ У РЕБЕНКА ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД БЫЛИ ВЫЯВЛЕНЫ КАКИЕ-ЛИБО ТЯЖЕЛЫЕ ИЛИ ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ВОПРОСЫ 74 И 75

74. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ПРОИЗОШЛИ ЛИ КАКИЕ-ЛИБО ИЗМЕНЕНИЯ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ, СВЯЗАННЫЕ С ВЫЯВЛЕНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ИЛИ СЕРЬЕЗНЫХ НАРУШЕНИЙ В РАЗВИТИИ РЕБЕНКА?

1. Да
2. Скорее, нет
3. Нет

75. ЕСЛИ В ВАШЕЙ ЖИЗНИ ИЛИ ЖИЗНИ ВАШЕЙ СЕМЬИ ПРОИЗОШЛИ ИЗМЕНЕНИЯ ИЗ-ЗА БОЛЕЗНИ РЕБЕНКА, УКАЖИТЕ, КАКИЕ ИМЕННО (напишите) _____

ЕСЛИ ВАШ РЕБЕНОК СТРАДАЕТ ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ИЛИ ИМЕЕТ СЕРЬЕЗНУЮ ПАТОЛОГИЮ, ОТКЛОНЕНИЯ В РАЗВИТИИ, ОТВЕЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, НА ВОПРОС 76.

76. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, В ЧЕМ ВЫ ВИДИТЕ ПРИЧИНЫ ЭТОГО ОБСТОЯТЕЛЬСТВА (обведите в кружок все, что, по Вашему мнению, привело к развитию патологии у ребенка):

1. Наследственность (наличие аналогичной патологии у кого-либо из близких родственников ребенка)
2. Плохое состояние вашего здоровья или здоровья вашего супруга
3. Несоблюдение врачебных рекомендаций
4. Несвоевременное оказание ребенку медицинской помощи
5. Несвоевременная госпитализация ребенка в случаях необходимости
6. Неудовлетворительное качество амбулаторно-поликлинической медицинской помощи

7. После острого заболевания
8. С недостатком денег
9. Плохие жилищные условия в период роста и развития ребенка
10. Плохая экологическая обстановка
11. Недостаточное или несбалансированное питание
12. Несоблюдение режима дня ребенка
13. Отсутствие закаливающих процедур
14. Несвоевременное проведение или непроведение ребенку массажа в случаях необходимости
15. Дороговизна лечебных препаратов
16. Большая учебная нагрузка
17. Плохие взаимоотношения в семье
18. Другое (напишите) _____

77. КАК ЗА ПОСЛЕДНИЙ ГОД ИЗМЕНИЛОСЬ ВАШЕ ОТНОШЕНИЕ К ЗДОРОВЬЮ РЕБЕНКА?

1. Стали уделять больше внимания укреплению здоровья ребенка, профилактике заболеваний
2. Не изменилось, осталось прежним
3. Стали уделять меньше внимания здоровью ребенка

78. В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА ПЫТАЛИСЬ ЛИ ВЫ ВСЕРЬЕЗ:

	Да, и нам это удалось	Да, но нам это не удалось	Нет, не пытались
Улучшить качество питания ребенка	1	2	3
Улучшить условия жизни ребенка	1	2	3
Улучшить эмоциональный фон в семье	1	2	3
Укрепить здоровье ребенка	1	2	3

79. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, КАКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ ДЛЯ СОХРАНЕНИЯ И УКРЕПЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА ВЫ ПРОВОДИТЕ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ (в каждой строке с цифрами сделайте по одной пометке)

Меры профилактики болезней	Постоянно	Редко	Не проводим
1. Регулярные профилактические осмотры	1	2	3
2. Обращаемся к врачу при первых признаках болезни	1	2	3
3. Закаливание	1	2	3
4. Ежедневно делаем зарядку	1	2	3
5. Ребенок занимается спортом	1	2	3
6. Правильное питание (есть не менее 3-х раз в день, должен быть хотя бы один прием горячей пищи, должны быть в питании овощи, мясо или рыба, крупы, молочные продукты, фрукты)	1	2	3

7. Соблюдение диеты	1	2	3
8. Принимаем витамины, биодобавки	1	2	3
9. Совершаем каждодневные прогулки	1	2	3
10. По возможности оздоравливаем ребенка в санатории, на курорте и т.д.	1	2	3
11. Стараемся контролировать психическое состояние ребенка	1	2	3
12. Следим, чтобы ребенок полноценно отдыхал после учебного дня	1	2	3
Другое _____			

80. ЧТО ТАКОЕ ДЛЯ ВАС И ВАШЕЙ СЕМЬИ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ (отметьте не более 4-х вариантов)?

1. Регулярные занятия спортом, физической культурой
2. Здоровое питание
3. Отсутствие вредных привычек
4. Закаливание
5. Взаимопонимание всех членов семьи, отсутствие ссор и конфликтов
6. Регулярное посещение врачей и других мед. специалистов
7. Прогулки на свежем воздухе, за городом
8. Поездки в санатории, к морю
9. Другое _____

ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВАШЕГО РЕБЕНКА

81. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ГДЕ ОСУЩЕСТВЛЯЕТСЯ МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВАШИМ РЕБЕНКОМ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

1. Детская поликлиника (№ поликлиники) _____
2. Больница (какая) _____
3. Специализированный центр, диспансер (какой) _____
4. Фельдшерский пункт _____
5. Другое _____

82. УДОВЛЕТВОРЕННЫ ЛИ ВЫ МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ ВАШЕГО РЕБЕНКА ПО МЕСТУ ЖИТЕЛЬСТВА?

1. Да, полностью
2. Да, частично
3. Нет

83. ПРИХОДИЛОСЬ ЛИ ВАМ В ТЕЧЕНИЕ ПОСЛЕДНЕГО ГОДА СТАЛКИВАТЬСЯ СО СЛЕДУЮЩИМИ ЯВЛЕНИЯМИ ПРИ ПОСЕЩЕНИИ С РЕБЕНКОМ ДЕТСКИХ ПОЛИКЛИНИК? (в каждой строке сделайте по одной отметке)

Деятельность медицинских учреждений	Часто	Иногда	Редко	Никогда
1. Очереди на прием к специалистам	1	2	3	4
2. Невозможность попасть на прием	1	2	3	4
3. Плохая организация работы регистратур	1	2	3	4
4. Неудобный график работы специалистов	1	2	3	4
5. Некомпетентность врача (недоверие к врачу)	1	2	3	4
6. Невнимательное отношение медработников	1	2	3	4
7. Хамство, неуважительное отношение медработников	1	2	3	4
8. Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников	1	2	3	4
9. Необходимость оплачивать услуги мед. учреждений, которые должны предоставляться бесплатно	1	2	3	4
10. Вы пользовались платными услугами для ускорения диагностического обследования ребенка	1	2	3	4
11. Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае заболеваний ребенка	1	2	3	4
12. Отсутствие нужных специалистов	1	2	3	4
13. Недостаточная оснащенность мед. учреждения оборудованием	1	2	3	4
14. Недостаток или дороговизна медикаментов	1	2	3	4
Другое _____				

УКАЖИТЕ, КАКИЕ ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ СО ЗДОРОВЬЕМ И МЕДИЦИНСКИМ ОБСЛУЖИВАНИЕМ РЕБЕНКА, БЕСПОКОЯТ ВАС В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

84. Недостаток знаний по уходу за больным ребенком	да	нет
85. Недостаток времени для посещения лечебно-профилактических учреждений	да	нет
86. Дороговизна лекарственных препаратов	да	нет
87. Дороговизна средств ухода за ребенком	да	нет
88. Не знаете, куда обратиться за консультацией по поводу отклонений в состоянии здоровья ребенка	да	нет
89. Трудности с госпитализацией ребенка в случае необходимости	да	нет
90. Другое (напишите)	да	нет

91. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ПО ШКАЛЕ ОТ 1 (НИЗКАЯ) ДО 10 (ВЫСОКАЯ) СТЕПЕНЬ ДОСТУПНОСТИ ДЛЯ ВАС И ВАШЕГО РЕБЕНКА РЯДА НИЖЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ, СВЯЗАННЫХ С ОРГАНИЗАЦИЕЙ МЕДИЦИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ

1. Возможность получения своевременного лабораторно-диагностического обследования	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
2. Доступность своевременной квалифицированной помощи врача-педиатра	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
3. Доступность своевременной квалифицированной помощи врачей-специалистов	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
4. Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям (невропатолог, хирург, аллерголог и др.)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
5. Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
6. Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в том числе витаминами и медицинскими средствами)	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
7. Информация по вопросам ухода за ребенком в случаях заболевания	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
8. Другое (напишите)	

92. ВСЕГДА ЛИ ПРИ ОСТРЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ РЕБЕНКА ИЛИ ОБОСТРЕНИЯХ ХРОНИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ ВЫ ОБРАЩАЕТЕСЬ К МЕДИКАМ?

1. Всегда
2. Не всегда, сначала пытаетесь лечить ребенка сами
3. Только при тяжелых состояниях ребенка

93. ВСЕГДА ЛИ ВЫ СТРОГО ВЫПОЛНЯЕТЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ВРАЧА, СЛЕДУЕТЕ НАЗНАЧЕННОМУ СПЕЦИАЛИСТАМИ КУРСУ ЛЕЧЕНИЯ ИЛИ ОЗДОРОВЛЕНИЯ РЕБЕНКА?

1. Да, полностью и своевременно
2. Да, время от времени
3. Решаете в зависимости от степени тяжести заболевания ребенка
4. Не всегда доверяете врачу
5. Другое

94. СЧИТАЕТЕ ЛИ ВЫ, ЧТО ДОСТАТОЧНО ИНФОРМИРОВАННЫ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ СВОЕГО РЕБЕНКА?

1. Да, полностью
2. Да, частично
3. Нет

95. ИЗ КАКОГО ИСТОЧНИКА (В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ) ВЫ ПОЛУЧАЕТЕ ЗНАНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ И ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА ВАШИМ РЕБЕНКОМ?

1. От врача
2. От медсестры
3. Из специальной литературы
4. Из медицинской карты ребенка
5. Из других источников (знакомые, ТВ, радио, газеты), *нужное подчеркните*

96. ХОТИТЕ ЛИ ВЫ ПОЛУЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ВАШЕГО РЕБЕНКА?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

97. ЕСЛИ ДА, ТО ОТ КОГО ВЫ БЫ ХОТЕЛИ ПОЛУЧАТЬ ИНФОРМАЦИЮ О ЗДОРОВЬЕ И ПРОФИЛАКТИКЕ БОЛЕЗНЕЙ ВАШЕГО РЕБЕНКА? (отметьте все верные ответы)

1. Телевизионные и радиопередачи
2. Газеты
3. Родственники, друзья
4. Листовки, брошюры, информационные стенды
5. Телефоны «доверия»
6. Школы здоровья
7. Лекции
8. Научно-популярные издания
9. Медицинские работники
10. Ваш вариант _____

98. УКАЖИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, В КАКИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ВЫ И ВАШ РЕБЕНОК НУЖДАЕТЕСЬ В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ?

1. Организация диетпитания
2. Лечение ребенка в условиях стационара
3. Санаторно-курортное лечение
4. Помощь в устройстве ребенка в детское дошкольное учреждение
5. Организация консультаций у врачей специалистов (невропатолога, окулиста, отоларинголога, хирурга-ортопеда, аллерголога, ревматолога, дерматолога – подчеркнуть, других вписать) _____
6. Помощь в разрешении юридических проблем, связанных с особенностями состояния здоровья ребенка

7. Моральная и психологическая помощь
8. Бесплатные лекарства
9. Другое _____

99. ОЦЕНИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ПО ШКАЛЕ ОТ 1 (НИЗКАЯ) ДО 10 (ВЫСОКАЯ) НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫЕ ДЛЯ ВАС СОЦИАЛЬНЫЕ ЦЕННОСТИ

Семья	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Материальное благополучие	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Свое здоровье	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Здоровье ребенка	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Друзья	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Работа, карьера	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Образование	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Поездки, отдых	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
Увлечения, хобби	1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ОТВЕТЫ!

Часть 3. АНКЕТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Уважаемые медицинские работники!

Благодарим вас за помощь, которую вы оказываете в течение длительного времени, и надеемся на дальнейшее сотрудничество и взаимопонимание!

1. ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

1. Рост (см) _____
2. Вес (кг) _____

2. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ

1. Нормальное, соответственно возрасту
2. Дефицит массы тела 1 степени
3. Дефицит массы тела 2 степени
4. Избыток массы тела 1 степени
5. Избыток массы тела 2 степени

3. КОМПЛЕКСНАЯ ОЦЕНКА НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЕНКА

1. Соответствует возрасту
2. Отстает (не резко выраженное отставание)

3. Отстает (резко выраженное отставание)
4. Опережает возраст

4. ЕСЛИ РЕБЕНОК ОТСТАЕТ В НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОМ РАЗВИТИИ, УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ _____

5. КРАТНОСТЬ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ДАННОМ ГОДУ ЖИЗНИ

1. Не болел
2. Эпизодически (2-3 раза)
3. Часто (4-5 раз)
4. Очень часто (6 и более раз)

6. КАКИЕ БОЛЕЗНИ ИМЕЛ РЕБЕНОК?

(перечислите, пожалуйста, все имеющиеся у ребенка заболевания и патологические состояния, при наличии нескольких заболеваний указать каждый случай (сколько раз). _____

7. УКАЖИТЕ, КАКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И СОСТОЯНИЯ ИЗ ВЫШЕПЕРЕЧИСЛЕННЫХ ВЫЯВЛЕНЫ ВПЕРВЫЕ НА 15-М ГОДУ ЖИЗНИ РЕБЕНКА: _____

8. СОСТОИТ ЛИ РЕБЕНОК НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ

1. Да
2. Нет

ЕСЛИ РЕБЕНОК СОСТОИТ НА ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ, УКАЖИТЕ:

9. ПО КАКОМУ ПОВОДУ (напишите диагноз) _____

10. В КАКОМ ВОЗРАСТЕ ВЫЯВЛЕНО ЗАБОЛЕВАНИЕ, ПОТРЕБОВАВШЕЕ ПОСТАНОВКИ РЕБЕНКА НА ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ?

11. ОБЩЕЕ ЧИСЛО ДИСПАНСЕРНЫХ НАБЛЮДЕНИЙ РЕБЕНКА ВРАЧОМ: _____(РАЗ)

СВЕДЕНИЯ О ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА НА 15-М ГОДУ ЖИЗНИ

12. СКОЛЬКО РАЗ РЕБЕНОК БЫЛ ГОСПИТАЛИЗИРОВАН В СТАЦИОНАР В ПЕРИОД 15-ГО ГОДА ЖИЗНИ _____(РАЗ)

13. УКАЖИТЕ ДИАГНОЗ ИЛИ ПРИЧИНЫ ПРИ КАЖДОЙ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ РЕБЕНКА И ОБЩУЮ ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРЕБЫВАНИЯ В СТАЦИОНАРЕ В КАЖДОМ СЛУЧАЕ

1. _____ (____ дней)
2. _____ (____ дней)
3. _____ (____ дней)

14. ОТМЕТЬТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, ВСЕ ПРИВИВКИ, КОТОРЫЕ БЫЛИ СДЕЛАНЫ РЕБЕНКУ НА 15-М ГОДУ ЖИЗНИ, И ПОСТАВЬТЕ ДАТЫ

15. КАКИЕ ПРИВИВКИ НЕ БЫЛИ СДЕЛАНЫ РЕБЕНКУ ДО 15 ЛЕТ И ПО КАКОЙ ПРИЧИНЕ? _____

16. УКАЖИТЕ ГРУППУ ЗДОРОВЬЯ РЕБЕНКА

1. Группа I – здоровый
2. Группа II – с функциональными отклонениями
3. Группа III – страдает хроническими заболеваниями, состояние компенсации
4. Группа IV – состояние субкомпенсации
5. Группа V – состояние декомпенсации
6. Ребенок-инвалид

17. УКАЖИТЕ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ ОТНЕСЕНИЯ РЕБЕНКА КО II, III, IV ГРУППЕ ЗДОРОВЬЯ (НАПИШИТЕ) _____

18. КАК ВЫ В ЦЕЛОМ ОЦЕНИВАЕТЕ СЕМЬЮ ДАННОГО РЕБЕНКА?

1. Благополучная
2. Неблагополучная (по какой причине):
 - а) присутствуют психологические проблемы
 - б) присутствуют материальные проблемы
 - в) другие (пожалуйста, напишите) _____

19. КАКИЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ МЕРЫ НЕОБХОДИМЫ С ВАШЕЙ ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДАННОГО РЕБЕНКА?

1. Организация диетпитания
2. Лечение ребенка в условиях стационара
3. Санаторно-курортное лечение
4. Организация консультаций у специалистов
5. Помощь в разрешении юридических проблем, связанных с особенностями состояния здоровья ребенка

6. Моральная и психологическая помощь
7. Бесплатные лекарства
8. Другое _____

20. ЕСТЬ ЛИ СЛОЖНОСТИ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ И ЛЕЧЕБНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫХ МЕР ДЛЯ УКРЕПЛЕНИЯ И СОХРАНЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДАННОГО РЕБЕНКА?

1. Да (какие именно) _____
2. Нет

21. НУЖДАЕТСЯ ЛИ РЕБЕНОК В ОРГАНИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО (ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО) ЛЕЧЕНИЯ?

- Да
Нет

22. В КАКИХ ВИДАХ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ НУЖДАЕТСЯ РЕБЕНОК?

1. Массаж
2. Лечебная гимнастика
3. Физиотерапия (уфо, электрофорез, электросон, аэроионизация, ингаляция)
4. Фитотерапия
5. Грязелечение, ванны
6. Противовоспалительное, противорецидивное
7. Сочетание методов
8. Другое (впишите) _____

23. ЕСТЬ ЛИ СЛОЖНОСТИ ДЛЯ ОРГАНИЗАЦИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ДАННОГО РЕБЕНКА?

1. Да (какие именно) _____
2. Нет

БЛАГОДАРИМ ВАС ЗА ОТВЕТЫ!

Анкета для детей в возрасте 15 лет
(состояние здоровья ребенка в возрасте 15 лет)

1. **НАПИШИ, ПОЖАЛУЙСТА, СКОЛЬКО ТЕБЕ ПОЛНЫХ ЛЕТ?** _____
2. **В КАКОМ КЛАССЕ ТЫ УЧИШЬСЯ?** _____
3. **ИНТЕРЕСНО ЛИ ТЕБЕ УЧИТЬСЯ?** (*Выбери только один ответ*)
 1. Да, я учусь с интересом
 2. Мне всё равно, учиться или не учиться
 3. Мне не интересно, я учусь с неохотой, потому что заставляют родители
 4. Совершенно не нравится учиться
 5. Затрудняюсь ответить
4. **КАКИЕ ОЦЕНКИ ТЫ ЧАЩЕ ПОЛУЧАЕШЬ?** (*Выбери только один ответ*)
 1. Только «5»
 2. «4» и «5»
 3. «4» и «3»
 4. Больше «3»
 5. Бывает «3» и «2»
5. **КАКИЕ У ТЕБЯ ЛЮБИМЫЕ ПРЕДМЕТЫ В ШКОЛЕ?** (*Перечисли*) _____
6. **ПОЧЕМУ ТЕБЕ НРАВЯТСЯ ЭТИ ПРЕДМЕТЫ?**
 1. Меня интересует материал, который рассказывают на этом уроке
 2. Эти предметы пригодятся мне в будущей профессии
 3. У меня хорошие оценки по этому предмету
 4. Не задают домашнего задания
 5. Нравится учитель (учительница)
 6. Другое (*напиши*) _____
7. **С КАКИМ НАСТРОЕНИЕМ ОБЫЧНО ТЫ ИДЕШЬ В ШКОЛУ?**
 1. Радостное
 2. Спокойное, ровное
 3. Грустное
 4. Подавленное
 5. Всегда по-разному
8. **ПОЧЕМУ?** _____

9. С КАКИМ НАСТРОЕНИЕМ ОБЫЧНО ТЫ ИДЕШЬ ИЗ ШКОЛЫ?

1. Радостное
2. Спокойное, ровное
3. Грустное
4. Подавленное
5. Всегда по-разному

10. ПОЧЕМУ?_____

11. СЛОЖНЕЕ ЛИ ТЕБЕ УЧИТЬСЯ В ЭТОМ КЛАССЕ ПО СРАВНЕНИЮ С ПРЕДЫДУЩИМ?

1. Сложнее
2. Легче
3. Так же

12. ЕСЛИ ТЕБЕ СТАЛО СЛОЖНЕЕ УЧИТЬСЯ, ТО ПОЧЕМУ?

1. Учебная программа стала сложнее, много времени приходится тратить на дополнительные занятия
2. Мне стало труднее общаться с одноклассниками
3. Ухудшились взаимоотношения с учителями
4. Стало не интересно учиться
5. Устаю чаще, чем в предыдущих классах
6. Другое_____

13. ИНТЕРЕСУЮТСЯ ЛИ РОДИТЕЛИ ТВОИМИ ШКОЛЬНЫМИ ДЕЛАМИ?

(Выбери только один ответ)

1. Да, почти каждый день
2. Да, иногда
3. Нет, хотя мне хотелось бы этого
4. Нет

14. УСТАЕШЬ ЛИ ТЫ В КОНЦЕ ДНЯ? (Выбери только один ответ)

1. Нет, мне и вечером не хочется спать, а хочется бодро двигаться, играть, общаться
2. Не устаю, так как люблю отдохнуть днем
3. Да, обычно мне хочется побыстрее лечь в постель, чтобы никого и ничего не слышать и не видеть
4. Чаще всего устаю к пятнице-субботе (хуже успеваю в школе, чувствую сонливость, слабость)
5. Бывает по-разному

15. ПОСЕЩАЕШЬ ЛИ ТЫ КАКИЕ-НИБУДЬ КРУЖКИ, СПОРТИВНЫЕ СЕКЦИИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ В ШКОЛЕ, ЦЕНТРЕ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ, ДОМЕ КУЛЬТУРЫ И Т.П.?

1. Да
 - 1.1. Кружки (какие?) _____
 - 1.2. Спортивные секции (какие?) _____
 - 1.3. Дополнительные занятия (какие?) _____
2. Нет

Внимание! На вопрос 16 надо отвечать только тем, кто на предыдущий вопрос ответил «нет», другие пропускают этот вопрос.

16. ЕСЛИ ТЫ НЕ ПОСЕЩАЕШЬ НИКАКИХ КРУЖКОВ, СЕКЦИЙ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ ЗАНЯТИЙ, ТО ПОЧЕМУ? (Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа)

1. У меня нет времени
2. Не хочу ходить ни в какие кружки, секции
3. Нет интересного кружка, секции, куда хотел бы ходить
4. Родители считают, что в этом нет необходимости
5. Это слишком дорого для нашей семьи
6. Я устаю в школе, от домашних заданий – нет сил ни на какие дополнительные занятия
7. По состоянию здоровья
8. Другое (напиши) _____

17. КАКИЕ КРУЖКИ, ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ЗАНЯТИЯ, СПОРТИВНЫЕ СЕКЦИИ ТЫ ХОТЕЛ (ХОТЕЛА) БЫ ПОСЕЩАТЬ? (Напиши)

1. Кружки _____
2. Дополнительные занятия _____
3. Спортивные секции _____

18. УЧАСТВУЕШЬ ЛИ ТЫ В ОБЩЕСТВЕННОЙ ЖИЗНИ ШКОЛЫ, КЛАССА?

1. Активно участвую
2. Участвую, но редко
3. Выполняю разовые поручения
4. Не участвую

19. ТЫ УЖЕ ЗАДУМЫВАЛСЯ О БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИИ?

1. Нет, не задумывался
2. Задумывался, но не определился
3. Точно знаю, кем хочу быть

20. КЕМ ПО ПРОФЕССИИ ТЫ ХОТЕЛ(А) БЫ СТАТЬ? (Напиши)_____

21. ДЕЛАЕШЬ ЛИ ТЫ ЧТО-ЛИБО ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ БУДУЩЕЙ ПРОФЕССИИ?

1. Да, читаю статьи, соответствующие будущей профессии
2. Да, смотрю телепередачи, соответствующие будущей профессии
3. Да, посещаю дополнительные занятия
4. Ничего не делаю, но с профессией определился
5. Нет, с профессией не определился

22. ЕСТЬ ЛИ У ТЕБЯ ДРУЗЬЯ? (Можешь дать несколько ответов)

1. Да, среди ребят моего возраста
2. Да, среди младших по возрасту
3. Да, среди ребят старше меня по возрасту
4. Я предпочитаю общаться со взрослыми
5. Нет

23. КТО ТВОИ ДРУЗЬЯ?

1. Я с ними учусь в одном классе, школе
2. Я вместе с ними посещаю кружки, секции, спортивные группы
3. Мы живем в одном доме, дворе
4. Твой вариант_____

24. ССОРИШЬСЯ ЛИ ТЫ С ДРУЗЬЯМИ И ОДНОКЛАССНИКАМИ?

1. Да, часто
2. Да, время от времени
3. Да, редко
4. Нет, никогда не ссорюсь

25. ОГОРЧАЕШЬСЯ ЛИ ТЫ ИЗ-ЗА ССОР С ДРУЗЬЯМИ И ОДНОКЛАССНИКАМИ?

1. Всегда
2. Иногда
3. Редко
4. Никогда

26. ТЫ СЧИТАЕШЬ, ЧТО ТВОЁ ЗДОРОВЬЕ (выбери только один ответ):

1. Отличное
2. Хорошее
3. Удовлетворительное
4. Плохое

5. Очень плохое
6. Затрудняюсь ответить

27. ЧАСТО ЛИ ТЫ БОЛЕЕШЬ В ТЕЧЕНИЕ ГОДА? (Выбери только один ответ)

1. Не болею
2. Иногда (2-3 раза)
3. Часто (4-5 раз)
4. Очень часто (6 и более раз)

28. ЕСЛИ ТЫ ЗАБОЛЕЛ, ТО... (Отметь утверждение, которое касается тебя)

1. Родители сразу вызывают врача на дом, идешь на больничный
2. Сажу несколько дней дома, врача не вызываем
3. Продолжаю посещать школу
4. Другое _____

29. ЗАНИМАЕШЬСЯ ЛИ ТЫ УТРЕННЕЙ ЗАРЯДКОЙ? (Выбери только один ответ)

1. Ежедневно
2. 3-4 раза в неделю
3. 1-2 раза в неделю
4. Нет

30. ДЕЛАЮТ ЛИ УТРЕННЮЮ ЗАРЯДКУ ВМЕСТЕ С ТОБОЙ ТВОИ РОДИТЕЛИ? (Выбери только один ответ)

1. Да, всегда
2. Да, иногда
3. Нет

31. КАК ТЫ СЧИТАЕШЬ, ЧТО ПОМОГАЕТ СДЕЛАТЬ ТВОЕ ЗДОРОВЬЕ КРЕПЧЕ? (Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа)

1. Занятия спортом, физической культурой
2. Правильное питание (есть не менее 3-х раз в день, должен быть хотя бы один прием горячей пищи, должны быть в питании овощи, мясо или рыба, крупы, молочные продукты, фрукты)
3. Прием витаминов
4. Закаливание
5. Регулярное посещение врачей и других мед. специалистов
6. Отсутствие вредных привычек (не курить, не употреблять алкоголь и наркотики)

7. Взаимопонимание в семье, отсутствие ссор и конфликтов
8. Дружелюбная обстановка в школе, хорошие отношения с одноклассниками, друзьями и учителями
9. Поездки в санатории, к морю, в детские лагеря
10. Прогулки на свежем воздухе, отдых на природе
11. Отдых после учебы
12. Другое _____

32. ЧТО ТАКОЕ ДЛЯ ТЕБЯ ЗДОРОВЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ?

(Отметь не более 4-х вариантов)

1. Регулярные занятия спортом, физической культурой
2. Здоровое питание
3. Отсутствие вредных привычек
4. Закаливание
5. Взаимопонимание всех членов семьи, отсутствие ссор и конфликтов
6. Регулярное посещение врачей и других мед. специалистов
7. Прогулки на свежем воздухе, за городом
8. Поездки в санатории, к морю
9. Другое _____

33. КАК ТЫ УЗНАЕШЬ О ЗДОРОВОМ ОБРАЗЕ ЖИЗНИ?

(Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа)

1. От родителей
2. От учителей
3. От друзей
4. Из СМИ (ТВ, газеты, журналы и т.д.)
5. От врачей и медицинских работников
6. Другое _____
7. Не знаю, что это такое

34. ЧТО ТЫ ДЕЛАЕШЬ, ЧТОБЫ СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ?

(Можешь дать несколько вариантов ответа)

1. Занимаюсь спортом, посещаю спортивные секции, ДЮСШ
2. Соблюдаю режим дня
3. Сплю по 8-10 часов в сутки
4. Закаливаюсь
5. Хорошо питаюсь (ем мясо, рыбу, яйца, молочные продукты, овощи, фрукты)
6. Принимаю витамины
7. Не имею вредных привычек (не курю, не употребляю алкоголь и наркотики)

8. Соблюдаю санитарно-гигиенические нормы (мою руки перед едой и после туалета, регулярно принимаю душ)

9. Не делаю ничего

10. Другое _____

35. С КЕМ В ОБЫЧНЫЕ ДНИ ТЫ ПРОВОДИШЬ БОЛЬШЕ ВСЕГО ВРЕМЕНИ?

(Можешь дать несколько ответов)

1. В одиночестве

2. С семьей

3. Встречи с друзьями

4. Общение в сети Интернет

5. Свободного времени нет

36. КАК ЧАСТО ТЫ БЫВАЕШЬ НА ПРИРОДЕ (в лесу, на речке, на даче и т.п.)?

1. Почти каждый день

2. Только по выходным

3. Примерно 1-2 раза в месяц

4. Почти не бываю на природе

5. Другое *(напиши)* _____

37. КАК ТЫ И ТВОИ РОДИТЕЛИ ПРОВОДИТЕ СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ, ВЫХОДНЫЕ ДНИ, ВРЕМЯ ОТПУСКА РОДИТЕЛЕЙ?

1. Ходим в кино, на концерты, в театры, в музеи

2. Ходим вместе в походы, ездим в туристические поездки

3. Занимаемся вместе спортом, физкультурой

4. Обсуждаем прочитанные книги, просмотренные фильмы, спектакли

5. Вместе работаем в саду, огороде

6. Другое (что именно?) _____

7. Обычно каждый из нас занимается своими делами

38. ЧЕМ ТЫ ОБЫЧНО ЗАНИМАЕШЬСЯ В СВОБОДНОЕ ВРЕМЯ?

(Выбери, пожалуйста, до 5 наиболее частых твоих занятий)

1. Слушаешь музыку

2. Гуляешь

3. Общаешься со сверстниками

4. Ходишь кататься на коньках, плавать в бассейн

5. Играешь в командные, активные игры

6. Играешь в настольные игры, в конструктор

7. Играешь в электронные, компьютерные игры

8. Смотришь телевизор

9. Читаешь
10. Помогаешь по хозяйству родителям
11. Помогаешь младшему брату (сестре)
12. Играешь с домашними животными
13. Спишь
14. Другое (*напиши*) _____
15. Нет свободного времени
16. Занимаюсь спортом

39. КАКИЕ ТЕЛЕПЕРЕДАЧИ ТЫ ЛЮБИШЬ БОЛЬШЕ ВСЕГО?

(Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа)

1. Музыкальные
2. Передачи о путешествиях
3. Спортивные
4. Развлекательные
5. Мультфильмы
6. Телесериалы
7. Кино
8. Новости о событиях в мире
9. Новости Вологодской области
10. Передачи о животных
11. Научно-познавательные передачи
12. Какие еще (*напиши*)? _____

40. ЛЮБИШЬ ЛИ ТЫ ЧИТАТЬ?

1. Да, читаю много, больше по школьной программе
2. Да, читаю все по школьной программе
3. Да, читаю то, что посоветуют мне родители, друзья
4. Не очень, читаю только некоторые произведения по школьной программе
5. Нет, почти не читаю

41. КАКУЮ ЛИТЕРАТУРУ ТЫ ЧИТАЕШЬ?

(Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа).

1. Развлекательные журналы (*напиши, какие*) _____
2. Научно-познавательные журналы (*напиши, какие*) _____
3. Справочники, энциклопедии
4. Научно-познавательные книги
5. Художественные произведения
6. Какие еще (*напиши*)? _____

42. КАКАЯ ТЕМАТИКА В КНИГАХ, ЖУРНАЛАХ, ТЕЛЕПЕРЕДАЧАХ ТЕБЕ НАИБОЛЕЕ ИНТЕРЕСНА?

1. Книги о природе и животных
2. Фантастика
3. Фентези
4. О жизни детей и подростков
5. Сказки, мифы
6. О приключениях
7. Любовные романы
8. Детективы
9. Какие еще (*напиши*)? _____

43. ЛЮБИШЬ ЛИ ТЫ СЛУШАТЬ МУЗЫКУ?

1. Да
2. Нет

44. КАКУЮ МУЗЫКУ СЛУШАЕШЬ ЧАЩЕ?

(*Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант*)

1. Народную
2. Классическую
3. Популярную эстрадную
4. Рэп, r'n'b
5. Рок
6. Ту, которую слушают мои родители
7. Какую ещё (*напиши*)? _____

45. КТО ЯВЛЯЕТСЯ ДЛЯ ТЕБЯ АВТОРИТЕТОМ, НА КОГО БЫ ТЫ ХОТЕЛ БЫТЬ ПОХОЖИМ В ЖИЗНИ?

1. Мама, папа, другие родственники;
2. Учителя, педагоги, тренер
3. Кто-то из сверстников
4. Старшие друзья, знакомые
5. Известные политики
6. Известные спортсмены
7. Звезды шоу-бизнеса
8. Литературные и киногерои
9. Другое (*напиши*) _____
10. Никто

46. ОБСУЖДАЕШЬ ЛИ ТЫ С РОДИТЕЛЯМИ (*отметь верные для тебя утверждения*):

1. Свои учебные дела
2. Взаимоотношения с ровесниками, друзьями
3. Свои занятия в свободное время
4. Моду, одежду
5. Прочитанные книги
6. Просмотренные фильмы, спектакли, телепередачи
7. Компьютерные игры
8. Спортивные темы (спортивные выступления, игры, команды)
9. Планы на будущее, выбор профессии
10. Взаимоотношения со взрослыми, учителями
11. Особенности своего характера, поведения

47. СКАЖИ, ПОЖАЛУЙСТА, КАКИЕ ВЗАИМООТНОШЕНИЯ В ТВОЕЙ СЕМЬЕ? (*Выбери только один ответ*)

1. Дружные без ссор
2. Дружные с редкими ссорами
3. Частые ссоры
4. Напряженные без ссор
5. Другие _____

48. ЕСЛИ РОДИТЕЛЯМ НУЖНО, ЧТОБЫ ТЫ ЧТО-ТО СДЕЛАЛ, А ТЕБЕ НЕ ХОЧЕТСЯ, КАК ОНИ К ТЕБЕ ОБРАЩАЮТСЯ?

(*Можешь выбрать несколько ответов*)

1. Обычно просят это сделать
2. Объясняют необходимость этого дела, и я соглашаюсь
3. Предлагают что-то взамен (подарок, сладости, деньги)
4. Требуют, приказывают
5. Заставляют силой
6. Бывает по-разному

49. ТЫ СЛУШАЕШЬСЯ РОДИТЕЛЕЙ? (*Выбери только один ответ*)

1. Да, всегда
2. Да, чаще всего
3. Да, иногда
4. Почти не слушаюсь
5. Нет, не слушаюсь
6. Другое _____

50. НАКАЗЫВАЮТ ЛИ ТЕБЯ РОДИТЕЛИ, ЕСЛИ ТЫ НЕ СЛУШАЕШЬСЯ ИХ ИЛИ СОВЕРШИЛ КАКОЙ-ТО ПРОСТУПОК? В ЧЕМ ЭТО ВЫРАЖАЕТСЯ?

(Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа)

1. Родители меня никогда не наказывают
2. Родители объясняют, в чём я был не прав
3. Мне запрещают заниматься тем, чем я бы хотел (*играть, гулять, смотреть телевизор*)
4. Требуют, чтобы я извинился
5. Наказывают физически
6. Другое _____

51. КАК ТЫ СЧИТАЕШЬ, ТЫ ВСЕГДА ЗАСЛУЖИВАЕШЬ ТО НАКАЗАНИЕ, КОТОРОЕ ПОЛУЧАЕШЬ, ИЛИ ТЕБЯ НАКАЗЫВАЮТ НЕСПРАВЕДЛИВО?

(Выбери, пожалуйста, один ответ или добавь свой вариант ответа)

1. Меня понапрасну не наказывают, наказание всегда справедливо
2. Чаще всего наказывают за дело, но иногда я бываю невиновен
3. Как правило, меня наказывают ни за что – я невиновен
4. На мне просто срывают свой гнев, раздражение, я попадаю под «горячую руку»
5. Другое _____

52. У КОГО ТЫ ИЩЕШЬ ПОДДЕРЖКИ, СОЧУВСТВИЯ, КОГДА У ТЕБЯ НЕПРИЯТНОСТИ? (Можешь дать несколько ответов)

1. У мамы
2. У папы
3. У мамы и папы в равной степени
4. У мамы в одних случаях, у папы – в других
5. У старшего брата (сестры)
6. У бабушки (дедушки)
7. У других родственников
8. У друга (подруги)
9. У учителя
10. У кого-либо еще (*напиши*) _____
11. Ни у кого

53. ПОМОГАЕШЬ ЛИ ТЫ РОДИТЕЛЯМ ПО ДОМУ?

(Выбери, пожалуйста, один ответ)

1. Да, иногда
2. Да, у меня есть постоянные обязанности
3. Да, каждый день что-нибудь делаю

4. Нет, я занят учебой, посещаю кружки, спортивные секции
5. Нет, мне не хочется
6. Нет, мне не позволяют это делать

54. КАК ТЫ ОТНОСИШЬСЯ К ДЕНЬГАМ?

(Можешь дать несколько ответов)

1. Я подрабатываю
2. Они меня интересуют, я хочу подрабатывать
3. Я прошу деньги на карманные расходы у родителей
4. Я получаю деньги за хорошую учебу или за выполнение домашних дел
5. Я не интересуюсь деньгами
6. Другое (напиши) _____

55. С КАКИМ УТВЕРЖДЕНИЕМ ТЫ СОГЛАСЕН (СОГЛАСНА)?

(Можешь дать несколько ответов)

1. Я не вижу разницы между богатыми и бедными семьями
2. Я огорчен (огорчена) тем, что у нас в семье недостаточно денег
3. Я обсуждаю с родителями вопрос, почему есть богатые и бедные люди
4. Я считаю, что люди с низкими доходами – неудачники
5. Я считаю, что богатые – самые счастливые люди на земле
6. Другое (напиши) _____

56. ЧТО ТЕБЯ РАДУЕТ В ЖИЗНИ?

(Можешь дать несколько ответов, добавить свой вариант ответа)

1. Мои друзья
2. Мои родители
3. Мой брат, сестра
4. Подарки
5. Путешествия, походы
6. Командные, спортивные, активные игры
7. Победы на соревнованиях, в конкурсах
8. Электронные, компьютерные игры
9. Успехи в школе
10. Похвала ровесника
11. Похвала старшего *(взрослого)*
12. Красивая, модная одежда
13. Солнечный день, хорошая погода
14. Творчество: рисование, лепка, занятия музыкой, пение
15. Общение с животными
16. Возможность побыть одному

17. Возможность заняться любимым делом (каким?) _____
18. Возможность ничего не делать, отдохнуть
19. Возможность не ходить в школу
20. Другое (если есть, то что именно?) _____
21. Меня ничего не радует

57. ЧТО ТЕБЯ ОГОРЧАЕТ? (Можешь дать несколько ответов)

1. Отношение ко мне родителей
2. Мои друзья
3. Напряженные взаимоотношения в семье
4. Отношение ко мне ровесников в школе
5. Отношение ко мне учителей
6. Мои плохие оценки в школе
7. Необходимость ходить в школу
8. Невозможность побыть одному
9. Нищие, бомжи
10. Беспризорные, бездомные дети
11. Невозможность одеваться, как мои одноклассники
12. Невозможность приобрести:
 - 12.1. игры, игрушки
 - 12.2. велосипед, самокат, снегокат, лыжи, коньки
 - 12.3. компьютер
 - 12.4. интересную книгу
 - 12.5. модную одежду
 - 12.6. другое (что именно?) _____
13. Мне кажется, что окружающие обо мне плохо думают, недооценивают меня
14. Мне кажется, что никому нет до меня дела, что я никому не нужен
15. Другое (что именно?) _____

58. ТЫ САМ (САМА) УЖЕ ПРОБОВАЛ (А) КУРИТЬ?

1. Да
2. Нет

59. КУРИТ ЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ЧЛЕНОВ ТВОЕЙ СЕМЬИ?

1. Да
 - 1.1. Мама
 - 1.2. Папа
 - 1.3. Дедушка
 - 1.4. Бабушка
 - 1.5. Брат, сестра
2. Нет

60. КАК ТЫ ОТНОСИШЬСЯ К КУРЯЩИМ ЛЮДЯМ?

1. Мне это не нравится
2. Мне это нравится
3. Мне все равно

61. ТЫ САМ (САМА) УЖЕ ПРОБОВАЛ (А) СПИРТНЫЕ НАПИТКИ?

1. Да
2. Нет

62. ВЫПИВАЕТ ЛИ КТО-ЛИБО ИЗ ЧЛЕНОВ ТВОЕЙ СЕМЬИ?

1. Да
 - 1.1. Мама
 - 1.2. Папа
 - 1.3. Дедушка
 - 1.4. Бабушка
 - 1.5. Брат, сестра
2. Нет

63. КАК ТЫ ОТНОСИШЬСЯ К ЛЮДЯМ, УПОТРЕБЛЯЮЩИМ СПИРТНЫЕ НАПИТКИ?

1. Мне это не нравится
2. Мне это нравится
3. Мне все равно

64. КАКОВЫ ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КУРЕНИЯ, УПОТРЕБЛЕНИЯ АЛКОГОЛЯ ИЛИ НАРКОТИКОВ, ЕСЛИ ТВОИ ДРУЗЬЯ, ЗНАКОМЫЕ ИЛИ ТЫ ЧТО-ТО УПОТРЕБЛЯЛИ?

1. Из любопытства, стремления к новым ощущениям
2. За компанию
3. Уговорили сверстники
4. Получаю от этого удовольствие
5. Чтобы казаться уверенным
6. Чтобы казаться взрослым
7. Способ «убить» время
8. Сейчас все так делают, это модно
9. Чтобы снять напряжение от жизненных трудностей, семейных проблем
10. В моей семье родители курят/употребляют алкоголь
11. Твой вариант _____

СПАСИБО ЗА ОТВЕТЫ!

Свод анкетных данных по новорожденным детям 1995 года рождения, в %

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
Опрошено, чел.	101	40	34	27	69	29	3	69	32
СОСТАВ СЕМЬИ									
1	Перечислите, пожалуйста, всех членов семьи, проживающих совместно с Вами на данной жилой площади и имеющих общий бюджет с Вами								
Мать	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Отец	83,2	82,5	82,4	85,2	82,6	86,2	66,7	82,6	84,4
<i>Дети</i>									
1	40,6	42,5	29,4	51,9	37,7	41,4	100,0	37,7	46,9
2	10,9	12,5	2,9	18,5	8,7	17,2	0,0	8,7	15,6
3	3,0	2,5	0,0	7,4	2,9	3,4	0,0	2,9	3,1
4	1,0	0,0	0,0	3,7	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0
<i>Родители матери</i>									
Мать	29,7	35,0	29,4	22,2	30,4	27,6	33,3	30,4	28,1
Отец	19,8	20,0	23,5	14,8	18,8	20,7	33,3	18,8	21,9
<i>Родители отца</i>									
Мать	13,9	7,5	14,7	22,2	14,5	13,8	0,0	14,5	12,5
Отец	6,9	2,5	5,9	14,8	7,2	6,9	0,0	7,2	6,3
<i>Другие родственники (сестра, брат, тетя, дядя, бабушка, дедушка и т.д.)</i>									
	15,8	12,5	14,7	22,2	20,3	6,9	0,0	20,3	6,3
2	Возраст (среднее значение, лет)								
Респондентка	24,7	25,9	23,7	24,2	24,2	25,6	27,3	24,2	25,8
Супруг	22,6	21,2	21,6	26,1	22,3	23,8	18,3	22,3	23,3
3	Семейное положение матери ребенка								
Замужем, гражданский брак	72,3	72,5	61,8	85,2	68,1	82,8	66,7	68,1	81,3
Не замужем	22,8	22,5	32,4	11,1	29,0	10,3	0,0	29,0	9,4
Вдова, разведенная	5,0	5,0	5,9	3,7	2,9	6,9	33,3	2,9	9,4

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III...IV	I	II...IV
ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОБРАЗОВАНИЕ										
4 Род занятий респондентки и её супруга за год до рождения ребёнка										
<i>Мать</i>										
Работа	61,4	67,5	52,9	63,0	58,0	69,0	66,7	58,0	68,8	
Учеба в вузе, техникуме, ПТУ, школе	13,9	12,5	17,6	11,1	14,5	13,8	0,0	14,5	12,5	
Неоплачиваемый член семьи, помогающий в ведении частнопредпринимательской деят-ти	1,0	0,0	0,0	3,7	0,0	3,4	0,0	0,0	3,1	
Действительная служба в армии	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Безработный	12,9	5,0	17,6	18,5	14,5	6,9	33,3	14,5	9,4	
Добровольно незанятый	9,9	15,0	11,8	0,0	11,6	6,9	0,0	11,6	6,3	
Неработающий инвалид	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другое	1,0	0,0	0,0	3,7	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	
<i>Отец</i>										
Работа	76,2	77,5	73,5	77,8	76,8	75,9	66,7	76,8	75,0	
Учеба в вузе, техникуме, ПТУ, школе	1,0	2,5	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	3,1	
Неоплачиваемый член семьи, помогающий в ведении частнопредпринимательской деят-ти	2,0	0,0	2,9	3,7	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	
Действительная служба в армии	5,0	2,5	2,9	11,1	2,9	10,3	0,0	2,9	9,4	
Безработный	2,0	0,0	2,9	3,7	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	
Добровольно незанятый	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Неработающий инвалид	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
5 В каком учреждении (организации) работали респондентка и ее супруг за год до рождения ребенка										
<i>Мать</i>										
Государственным	69,3	75,0	61,8	70,4	69,6	69,0	66,7	69,6	68,8	
Частном	5,0	5,0	5,9	3,7	2,9	10,3	0,0	2,9	9,4	
Кооперативном	1,0	0,0	2,9	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	3,1	
Занят частным предпринимательством	2,0	0,0	0,0	7,4	1,4	3,4	0,0	1,4	3,1	
Другое	2,0	0,0	0,0	7,4	0,0	6,9	0,0	0,0	6,3	

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:			Районы	Группы здоровья				
		Вологда		Череповец		I	II	III...IV	I	II...IV
		Отец	Мать	Отец						
Государственном	70,3	70,0	61,8	81,5	66,7	82,8	33,3	66,7	78,1	
Частном	5,9	7,5	8,8	0,0	8,7	0,0	0,0	8,7	0,0	
Кооперативном	3,0	2,5	0,0	7,4	2,9	0,0	33,3	2,9	3,1	
Занят частным предпринимательством	4,0	2,5	8,8	0,0	2,9	6,9	0,0	2,9	6,3	
Другое	1,0	0,0	0,0	3,7	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	
6 В какой отрасли народного хозяйства за год до рождения ребенка работали его родители										
<i>Мать</i>										
Промышленность	10,9	15,0	8,8	7,4	13,0	6,9	0,0	13,0	6,3	
Строительство	2,0	2,5	0,0	3,7	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	
Транспорт и связь	3,0	5,0	0,0	3,7	2,9	3,4	0,0	2,9	3,1	
Торговля и общепит	12,9	15,0	8,8	14,8	5,8	31,0	0,0	5,8	28,1	
Другие сферы услуг	5,0	0,0	2,9	14,8	4,3	3,4	33,3	4,3	6,3	
Наука, образование, культура	11,9	15,0	11,8	7,4	11,6	10,3	33,3	11,6	12,5	
Здравоохранение, физкультура	10,9	12,5	8,8	11,1	11,6	10,3	0,0	11,6	9,4	
Жилищно-коммунальное хозяйство	1,0	0,0	2,9	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	
Банки, финансовые органы	1,0	2,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	
Армия, милиция	2,0	0,0	5,9	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	
Органы управления	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другое	5,0	0,0	8,8	7,4	4,3	6,9	0,0	4,3	6,3	
<i>Отец</i>										
Промышленность	23,8	12,5	32,4	29,6	20,3	31,0	33,3	20,3	31,3	
Строительство	5,9	7,5	8,8	0,0	7,2	0,0	33,3	7,2	3,1	
Транспорт и связь	13,9	27,5	5,9	3,7	15,9	10,3	0,0	15,9	9,4	
Торговля и общепит	6,9	10,0	5,9	3,7	7,2	6,9	0,0	7,2	6,3	
Другие сферы услуг	1,0	2,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	
Наука, образование, культура	3,0	2,5	0,0	7,4	2,9	3,4	0,0	2,9	3,1	

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья						
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV			
										Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
Здравоохранение, физкультура	2,0	5,0	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	2,9	0,0
Жилищно-коммунальное хозяйство	4,0	2,5	0,0	11,1	3,7	1,4	3,4	0,0	4,3	0,0	4,3	3,1
Банки, финансовые органы	10,9	7,5	11,8	14,8	8,7	17,2	0,0	8,7	15,6	0,0	0,0	0,0
Армия, милиция	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Органы управления	8,9	0,0	11,8	18,5	10,1	6,9	0,0	10,1	6,3	0,0	10,1	6,3
Другое												
7	Условия труда на предприятии, где работала респондентка и ее муж за год до рождения ребенка											
		<i>Мать</i>										
Химические и токсические вещества	7,0	5,0	15,2	0,0	8,7	3,6	0,0	8,7	3,2	0,0	8,7	3,2
Запыленность	8,9	12,5	5,9	7,4	10,1	6,9	0,0	10,1	6,3	0,0	10,1	6,3
Загазованность	3,0	0,0	5,9	3,7	2,9	3,4	0,0	2,9	3,1	0,0	2,9	3,1
Вибрация	2,0	0,0	5,9	0,0	1,4	3,4	0,0	1,4	3,1	0,0	1,4	3,1
Шум	12,9	20,0	2,9	14,8	13,0	13,8	0,0	13,0	12,5	0,0	13,0	12,5
Влажность	5,0	0,0	8,8	7,4	5,8	3,4	0,0	5,8	3,1	0,0	5,8	3,1
Радияция и действие СВЧ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Большая физическая нагрузка	16,8	10,0	11,8	33,3	18,8	13,8	0,0	18,8	12,5	0,0	18,8	12,5
Работа на конвейере	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Высокая температура	5,0	2,5	5,9	7,4	2,9	6,9	33,3	2,9	9,4	0,0	33,3	9,4
Низкая температура	1,0	0,0	2,9	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0
Биологическая опасность (микроорганизмы, больные люди, животные, растения)	5,9	2,5	0,0	18,5	5,8	6,9	0,0	5,8	6,3	0,0	5,8	6,3
Психическое напряжение	38,6	50,0	35,3	25,9	36,2	44,8	33,3	36,2	43,8	0,0	36,2	43,8
Работа в 2-3 смены	8,9	12,5	8,8	3,7	7,2	13,8	0,0	7,2	12,5	0,0	7,2	12,5
Работа неполное рабочее время	1,0	0,0	2,9	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	3,1	0,0	0,0	3,1
Работа в ночное время	3,0	2,5	2,9	3,7	0,0	10,3	0,0	0,0	9,4	0,0	0,0	9,4
Другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Ничего из перечисленного	11,9	15,0	11,8	7,4	10,1	17,2	0,0	10,1	15,6	0,0	10,1	15,6
		<i>Отец</i>										
Химические и токсические вещества	12,1	2,5	15,6	22,2	13,2	6,9	50,0	13,2	9,7	0,0	13,2	9,7

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV	
Запыленность	30,3	20,0	37,5	37,0	30,9	27,6	50,0	30,9	29,0	
Загазованность	19,2	15,0	18,8	25,9	22,1	6,9	100,0	22,1	12,9	
Вибрация	9,1	2,5	6,3	22,2	8,8	10,3	0,0	8,8	9,7	
Шум	33,3	35,0	37,5	25,9	33,8	31,0	50,0	33,8	32,3	
Влажность	1,0	2,5	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	3,2	
Радиация и действие СВЧ	2,0	2,5	3,1	0,0	1,5	3,4	0,0	1,5	3,2	
Большая физическая нагрузка	30,3	27,5	28,1	37,0	32,4	24,1	50,0	32,4	25,8	
Работа на конвейере	1,0	0,0	3,1	0,0	1,5	0,0	0,0	1,5	0,0	
Высокая температура	7,1	5,0	3,1	14,8	5,9	6,9	50,0	5,9	9,7	
Низкая температура	1,0	0,0	0,0	3,7	0,0	3,6	0,0	0,0	3,3	
Биологическая опасность (микроорганизмы, болезные люди, животные, растения)	2,0	0,0	6,3	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0	
Психическое напряжение	38,4	47,5	21,9	44,4	35,3	48,3	0,0	35,3	45,2	
Работа в 2-3 смены	16,2	10,0	18,8	22,2	14,7	17,2	50,0	14,7	19,4	
Работа неполное рабочее время	1,0	0,0	0,0	3,7	0,0	3,4	0,0	0,0	3,2	
Работа в ночное время	16,8	7,5	26,5	18,5	15,9	13,8	66,7	15,9	18,8	
Другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Ничего из перечисленного	3,0	2,5	5,9	0,0	4,3	0,0	0,0	4,3	0,0	
8 Какое образование имеет респондентка, ее супруг										
		<i>Мать</i>								
Высшее	11,9	10,0	11,8	14,8	8,7	17,2	33,3	8,7	18,8	
Незаконченное высшее	6,9	5,0	14,7	0,0	8,7	3,4	0,0	8,7	3,1	
Среднее специальное	46,5	57,5	32,4	48,1	46,4	48,3	33,3	46,4	46,9	
Среднее общее	19,8	25,0	17,6	14,8	20,3	20,7	0,0	20,3	18,8	
ПТУ со средним образованием	10,9	2,5	11,8	22,2	10,1	10,3	33,3	10,1	12,5	
ПТУ без среднего образования	4,0	0,0	11,8	0,0	5,8	0,0	0,0	5,8	0,0	
		<i>Отец</i>								
Высшее	10,9	5,0	11,8	18,5	8,7	17,2	0,0	8,7	15,6	
Незаконченное высшее	4,0	2,5	8,8	0,0	4,3	3,4	0,0	4,3	3,1	

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы	И	II	III...IV	I	II...IV
Среднее специальное	28,7	42,5	20,6	18,5	26,1	34,5	33,3	26,1	34,4
Среднее общее	19,8	12,5	20,6	29,6	18,8	24,1	0,0	18,8	21,9
ПТУ со средним образованием	19,8	15,0	17,6	29,6	23,2	10,3	33,3	23,2	12,5
ПТУ без среднего образования	2,0	2,5	2,9	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0
ДОХОДЫ, БЛАГОСОСТОЯНИЕ									
9 Среднемесячный доход на одного члена семьи									
Средний показатель (руб.)	926,8	755,9	1258,8	761,9	989,1	816,0	565,3	989,1	792,5
10 Считаете ли Вы, что доходы Вашей семьи:									
Достаточны для нормальной жизни	8,9	2,5	17,6	7,4	10,1	6,9	0,0	10,1	6,3
Достаточны при определенных условиях	36,6	37,5	35,3	37,0	31,9	44,8	66,7	31,9	46,9
Недостаточны	39,6	40,0	35,3	44,4	47,8	20,7	33,3	47,8	21,9
Совершенно недостаточны	14,9	20,0	11,8	11,1	10,1	27,6	0,0	10,1	25,0
11 Оцените, пожалуйста, возможность удовлетворения потребности Вашей семьи исходя из ее совокупного дохода									
Приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания	11,9	15,0	11,8	7,4	13,0	10,3	0,0	13,0	9,4
Хватает денег только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности	51,5	52,5	50,0	51,9	55,1	41,4	66,7	55,1	43,8
Денег хватает на все текущие расходы, но без всяких излишеств	28,7	27,5	26,5	33,3	26,1	37,9	0,0	26,1	34,4
Денег хватает, чтобы не экономить на том, что нравится	3,0	0,0	5,9	3,7	2,9	3,4	0,0	2,9	3,1
Затрудняюсь ответить	5,0	5,0	5,9	3,7	2,9	6,9	33,3	2,9	9,4
ПИТАНИЕ									
12 Доля расходов на питание в доходах (за месяц, предшествующий месяцу проведения опроса, указать в %)									
Средний показатель	65,9	68,0	67,5	60,5	65,1	66,6	76,0	65,1	67,5
13 Узнав, что Вы беременны, изменили ли Вы характер питания?									
Питание стало более разнообразным	55,4	47,5	70,6	48,1	60,9	41,4	66,7	60,9	43,8
Питание не изменилось	29,7	30,0	17,6	44,4	24,6	41,4	33,3	24,6	40,6
Улучшилось качество потребляемых продуктов	13,9	22,5	8,8	7,4	13,0	17,2	0,0	13,0	15,6
Другое	1,0	0,0	2,9	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:			Районы	Группы здоровья							
		Вологда	Череповец	Вологда		I	II	III...IV	I	II...IV			
14 Если питание не улучшилось, то почему?													
Для этого нет денег	26,7	50,0	16,7	8,3	23,5	33,3	0,0	23,5	30,8				
Считаю, что это не важно	23,3	8,3	66,7	16,7	35,3	8,3	0,0	35,3	7,7				
Мало, что можно купить, ограниченный выбор продуктов питания	30,0	0,0	16,7	66,7	23,5	33,3	100,0	23,5	38,5				
Другое	6,7	8,3	0,0	8,3	5,9	8,3	0,0	5,9	7,7				
15 Нехватку каких продуктов питания Вы ощущали в период беременности особенно остро?													
Мясо, птица	8,9	12,5	5,9	7,4	8,7	10,3	0,0	8,7	9,4				
Колбасные изделия	12,9	7,5	8,8	25,9	13,0	13,8	0,0	13,0	12,5				
Рыба и рыбопродукты	7,9	5,0	14,7	3,7	7,2	10,3	0,0	7,2	9,4				
Овощи	17,8	22,5	8,8	22,2	17,4	17,2	33,3	17,4	18,8				
Картофель	2,0	0,0	5,9	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0				
Фрукты	49,5	70,0	17,6	59,3	50,7	48,3	33,3	50,7	46,9				
Сахар	3,0	0,0	0,0	11,1	2,9	0,0	33,3	2,9	3,1				
Кондитерские изделия	13,9	20,0	5,9	14,8	14,5	13,8	0,0	14,5	12,5				
Молоко, кисломолочные продукты	4,0	2,5	0,0	11,1	4,3	3,4	0,0	4,3	3,1				
Масло животное	5,0	10,0	0,0	3,7	2,9	10,3	0,0	2,9	9,4				
Сыр	11,9	12,5	0,0	25,9	11,6	13,8	0,0	11,6	12,5				
Масло растительное	2,0	2,5	0,0	3,7	1,4	3,4	0,0	1,4	3,1				
Хлебобулочные изделия	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
Яйца	3,0	0,0	0,0	11,1	4,3	0,0	0,0	4,3	0,0				
16 Курила ли респондентка до начала беременности?													
Да	20,8	22,5	29,4	7,4	18,8	24,1	33,3	18,8	25,0				
Нет	79,2	77,5	70,6	92,6	81,2	75,9	66,7	81,2	75,0				
17 Курила ли респондентка во время беременности?													
Да	3,0	2,5	5,9	0,0	4,3	0,0	0,0	4,3	0,0				
Нет	97,0	97,5	94,1	100,0	95,7	100,0	100,0	95,7	100,0				

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV	
ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ										
18	Что представляет собой Ваше жилище?									
		9,9	5,0	5,9	22,2	8,7	13,8	0,0	8,7	12,5
	Отдельный собственный дом	59,4	70,0	52,9	51,9	58,0	62,1	66,7	58,0	62,5
	Отдельная государственная квартира	8,9	5,0	14,7	7,4	8,7	6,9	33,3	8,7	9,4
	Отдельная приватизированная квартира	4,0	2,5	8,8	0,0	5,8	0,0	0,0	5,8	0,0
	Отдельная кооперативная квартира	2,0	0,0	0,0	7,4	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0
	Коммунальная квартира	2,0	0,0	5,9	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0
	Квартира гостиничного типа	7,9	10,0	5,9	7,4	7,2	10,3	0,0	7,2	9,4
	Комната в семейном общежитии	2,0	2,5	2,9	0,0	1,4	3,4	0,0	1,4	3,1
	Комната в общежитии	4,0	5,0	2,9	3,7	4,3	3,4	0,0	4,3	3,1
	Снимаете жилье									
19	Число комнат, занимаемых семьей									
	Средний показатель	2,1	2,0	2,0	2,3	2,1	2,1	2,3	2,1	2,2
20	Число квадратных метров жилой площади									
	Средний показатель, кв. м	30,6	28,2	31,3	33,5	29,7	32,1	37,0	29,7	32,6
21	Какие у Вас имеются коммунальные удобства?									
	Центральное отопление	77,2	92,5	91,2	37,0	76,8	75,9	100,0	76,8	78,1
	Местное отопление	18,8	5,0	8,8	51,9	20,3	17,2	0,0	20,3	15,6
	Водопровод	80,2	92,5	94,1	44,4	79,7	79,3	100,0	79,7	81,3
	Канализация	78,2	90,0	91,2	44,4	79,7	72,4	100,0	79,7	75,0
	Газ	84,2	97,5	70,6	81,5	84,1	82,8	100,0	84,1	84,4
	Горячая вода	71,3	82,5	94,1	25,9	71,0	69,0	100,0	71,0	71,9
	Ванная или душ	76,2	90,0	91,2	37,0	78,3	69,0	100,0	78,3	71,9
	Мусоропровод	21,8	5,0	58,8	0,0	23,2	20,7	0,0	23,2	18,8
	Телефон	21,8	22,5	26,5	14,8	20,3	27,6	0,0	20,3	25,0
22	Ваша оценка жилищных условий									
	Хорошие	28,7	25,0	35,3	25,9	24,6	37,9	33,3	24,6	37,5
	Удовлетворительные	62,4	65,0	58,8	63,0	68,1	48,3	66,7	68,1	50,0
	Плохие	6,9	7,5	5,9	7,4	4,3	13,8	0,0	4,3	12,5

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Районы				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III...IV	I	II...IV			
		2,5	0,0	3,7	2,9	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	2,9	0,0	
Очень плохие	2,0	2,5	0,0	3,7	2,9	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0	0,0	2,9	0,0
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ													
23 Оцените, пожалуйста, экологические условия в районе проживания Вашей семьи													
Хорошие	30,7	27,5	32,4	33,3	29,0	37,9	0,0	29,0	0,0	29,0	0,0	29,0	34,4
Удовлетворительные	53,5	57,5	44,1	59,3	55,1	48,3	66,7	55,1	66,7	55,1	66,7	55,1	50,0
Плохие	14,9	15,0	20,6	7,4	15,9	10,3	33,3	15,9	33,3	15,9	33,3	15,9	12,5
Очень плохие	1,0	0,0	2,9	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,1
Затрудняюсь ответить	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
24 Если условия неблагоприятные, то в чем это выражается													
Плохое качество воды	12,5	33,3	0,0	0,0	0,0	9,1	25,0	0,0	9,1	25,0	0,0	9,1	20,0
Загрязненный воздух	62,5	50,0	75,0	50,0	54,5	75,0	100,0	54,5	100,0	75,0	100,0	54,5	80,0
Загрязненная почва (свалки, мусор)	25,0	33,3	25,0	0,0	36,4	0,0	0,0	36,4	0,0	0,0	0,0	36,4	0,0
Повышенный уровень шума	87,5	66,7	100,0	100,0	81,8	100,0	100,0	81,8	100,0	100,0	100,0	81,8	100,0
Отсутствие зелени	37,5	16,7	50,0	50,0	27,3	50,0	100,0	27,3	50,0	100,0	100,0	27,3	60,0
Электромагнитное излучение	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Другое	6,3	0,0	0,0	50,0	9,1	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	0,0	9,1	0,0
ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ													
25 Скажите, пожалуйста, планировалось ли появление этого ребенка?													
Да, ребенок появился в результате совместного решения, принятого до наступления беременности	63,4	57,5	67,6	66,7	69,6	51,7	33,3	69,6	51,7	33,3	69,6	51,7	50,0
Беременность была случайной, но мы решили её сохранить	24,8	25,0	23,5	25,9	20,3	34,5	33,3	20,3	34,5	33,3	20,3	34,5	34,4
Беременность была случайной, но респондентка настояла на её сохранении	4,0	5,0	2,9	3,7	2,9	6,9	0,0	2,9	6,9	0,0	2,9	6,9	6,3
Беременность была случайной, но муж настоял на её сохранении	4,0	7,5	0,0	3,7	4,3	3,4	0,0	4,3	3,4	0,0	4,3	3,4	3,1
Беременность была случайной, но на её сохранении настояли родители респондентки и (или) её мужа	1,0	2,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
Затрудняюсь ответить	2,0	0,0	5,9	0,0	1,4	0,0	33,3	1,4	0,0	33,3	1,4	0,0	3,1

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III...IV	I	II...IV
Другое	1,0	2,5	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	3,1
26 Какие противозачаточные средства Вы использовали до рождения ребенка?										
Презерватив	11,9	10,0	17,6	7,4	14,5	6,9	0,0	0,0	14,5	6,3
Таблетки	10,9	17,5	8,8	3,7	10,1	13,8	0,0	0,0	10,1	12,5
Внутриматочные противозачаточные средства	13,9	20,0	2,9	18,5	14,5	10,3	33,3	14,5	14,5	12,5
Метод ритма по календарю	13,9	17,5	17,6	3,7	13,0	17,2	0,0	0,0	13,0	15,6
Метод ритма по температуре	2,0	2,5	2,9	0,0	2,9	0,0	0,0	0,0	2,9	0,0
27 Как Вы считаете, какие у Вас отношения с супругом?										
Хорошие	62,4	65,0	58,8	63,0	59,4	72,4	33,3	59,4	33,3	68,8
Нормальные	16,8	12,5	14,7	25,9	18,8	13,8	0,0	18,8	0,0	12,5
Могли бы быть лучше	6,9	5,0	8,8	7,4	7,2	3,4	33,3	7,2	33,3	6,3
Они меня не устраивают	1,0	2,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
Плохие	1,0	2,5	0,0	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	0,0	3,1
Другое	1,0	0,0	0,0	3,7	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
	ЗДОРОВЬЕ, ЗДРАВООХРАНЕНИЕ									
28 Укажите, пожалуйста, как Вы оцениваете своё здоровье, здоровье супруга, ранее рожденных детей?										
	<i>Мать</i>									
Отличное	4,0	5,0	2,9	3,7	4,3	3,4	0,0	4,3	0,0	3,1
Хорошее	66,3	60,0	61,8	81,5	62,3	72,4	100,0	62,3	100,0	75,0
Удовлетворительное	28,7	32,5	35,3	14,8	31,9	24,1	0,0	31,9	0,0	21,9
Плохое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	<i>Отец</i>									
Отличное	5,9	2,5	8,8	7,4	7,2	3,4	0,0	7,2	0,0	3,1
Хорошее	59,4	62,5	58,8	55,6	56,5	69,0	33,3	56,5	33,3	65,6
Удовлетворительное	18,8	12,5	14,7	33,3	18,8	17,2	33,3	18,8	33,3	18,8
Плохое	1,0	2,5	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0
29 Имелись или есть сейчас какие-либо хронические болезни у Вас, Вашего супруга, ранее рожденных детей, других родственников?										
	<i>Мать</i>									
Да	32,7	40,0	26,5	29,6	34,8	27,6	33,3	34,8	33,3	28,1

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец		Районы		Группы здоровья		
		60,0	73,5	70,4	65,2	72,4	66,7	65,2	71,9	
Нет	67,3	60,0	73,5	70,4	65,2	72,4	66,7	65,2	71,9	
		<i>Отец</i>								
Да	10,9	10,0	11,8	11,1	13,0	6,9	0,0	13,0	6,3	
Нет	75,2	72,5	70,6	85,2	72,5	82,8	66,7	72,5	81,3	
		АКУШЕРСКИЙ АНАМНЕЗ РЕСПОНДЕНТКИ, ВКЛЮЧАЯ НАСТОЯЩУЮ БЕРЕМЕННОСТЬ								
30	Имела ли респондентка беременности ранее (включая аборт)?									
Да	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
31	В случае если данная беременность не является первой по счету, укажите исходы предшествующих беременностей (средние значения)									
Всего родов	1,5	1,6	1,3	1,8	1,5	1,7	2,0	1,5	1,7	
Всего преждевременных родов	0,0	0,0	0,1	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	
Всего живорождений	1,5	1,6	1,2	1,8	1,4	1,6	2,0	1,4	1,7	
Всего абортов	0,7	1,0	0,3	0,9	0,6	1,1	0,7	0,6	1,1	
Всего выкидышей	0,3	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,2	
Всего внематочных беременностей	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
		КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДАННОЙ БЕРЕМЕННОСТИ								
32	Артериальное давление									
		<i>Первое (или единственное показание)</i>								
Средний показатель, мм рт. ст.	114,1	115,5	113,0	113,3	114,3	112,7	123,3	114,3	113,7	
Средний показатель, мм рт. ст.	70,2	70,9	69,1	70,6	70,5	69,1	73,3	70,5	69,5	
		<i>Последнее показание</i>								
Средний показатель, мм рт. ст.	116,8	115,9	120,3	113,6	116,3	118,9	110,0	116,3	118,1	
Средний показатель, мм рт. ст.	72,7	73,1	73,2	71,4	71,9	74,8	70,0	71,9	74,4	
34	Имелись ли отёки в течение беременности?									
На конечностях	27,7	20,0	50,0	11,1	30,4	20,7	33,3	30,4	21,9	
На лице	3,0	2,5	5,9	0,0	4,3	0,0	0,0	4,3	0,0	
35	Имели ли место случаи обнаружения белка в моче в течение беременности?									
Да	28,0	12,5	45,5	29,6	26,1	28,6	66,7	26,1	32,3	
Нет	64,0	87,5	54,5	40,7	65,2	64,3	33,3	65,2	61,3	
36	Были ли инфекции мочевых путей?									

Продолжение прил. 7

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III...IV	I	II...IV
Да	20,8	12,5	23,5	29,6	17,4	27,6	33,3	17,4	33,3	28,1
Нет	77,2	87,5	76,5	63,0	79,7	72,4	66,7	79,7	66,7	71,9
37	Уровень гемоглобина									
	Первый (или единственный) результат	118,4	116,4	120,4	118,8	118,7	117,1	123,0	118,7	117,6
	Последний тест	113,0	110,9	115,8	112,4	113,6	110,8	120,3	113,6	111,8
38	Имели ли место в течение беременности какие-либо отклонения или другие состояния (кроме пре-эклампсического токсикоза)?									
	Диабет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Болезнь сердца	3,0	2,5	5,9	0,0	4,3	0,0	0,0	4,3	0,0
	Туберкулез	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Простуда	23,8	27,5	26,5	14,8	18,8	34,5	33,3	18,8	34,4
	Краснуха	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Вагинальные кровотечения до 28 недель	4,0	2,5	2,9	7,4	2,9	6,9	0,0	2,9	6,3
	Другие заболевания и отклонения	50,5	40,0	70,6	40,7	53,6	41,4	66,7	53,6	43,8
39	Была ли респондентка принята на стационарное лечение в течение предродового периода (по любой причине, кроме преэклампсического токсикоза)?									
	Нет	38,6	45,0	35,3	33,3	43,5	27,6	33,3	43,5	28,1
	Да, в больницу	58,4	55,0	64,7	55,6	55,1	65,5	66,7	55,1	65,6
	Да, в фельдшерско-акушерский пункт	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Да, в другое учреждение	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	СВЕДЕНИЯ ОБ ОСОБЕННОСТЯХ РОДОВ									
40	Проводилась ли стимуляция родовой деятельности?									
	Да	39,6	12,5	76,5	33,3	39,1	41,4	33,3	39,1	40,6
	Нет	58,4	85,0	23,5	63,0	58,0	58,6	66,7	58,0	59,4
41	Если проводилась, то почему она была необходима?									
	Переношенность	12,5	0,0	15,4	11,1	7,4	25,0	0,0	7,4	23,1
	Повышенное кровяное давление	10,0	0,0	15,4	0,0	14,8	0,0	0,0	14,8	0,0
	Хирургическая стимуляция	5,0	20,0	3,8	0,0	0,0	16,7	0,0	0,0	15,4
	Другие причины	70,0	80,0	61,5	88,9	74,1	58,3	100,0	74,1	61,5

Окончание прил. 7

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV	
42 Какой был вид родов?										
Самостоятельно	90,1	92,5	91,2	85,2	91,3	86,2	100,0	91,3	87,5	
Наложение щипцов	1,0	0,0	2,9	0,0	1,4	0,0	0,0	1,4	0,0	
Кесарево сечение по мед. показаниям	7,9	7,5	5,9	11,1	5,8	13,8	0,0	5,8	12,5	
43 Если роды были не самостоятельные, то какова причина для медицинского вмешательства?										
Опасное состояние плода:										
- выпадение пуповины	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
- выхождение мекония	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
- острая внутренняя гипоксия плода	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Угрожающее состояние матери	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Токсикоз	11,1	0,0	33,3	0,0	20,0	0,0	0,0	20,0	0,0	
Задержка второй фазы родов	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другие причины	88,9	100,0	66,7	100,0	80,0	100,0	0,0	80,0	100,0	
44 Пол ребенка										
Мальчик	59,4	52,5	70,6	55,6	59,4	55,2	100,0	59,4	59,4	
Девочка	40,6	47,5	29,4	44,4	40,6	44,8	0,0	40,6	40,6	
45 Вес ребенка при рождении										
Средний показатель, грамм	3344,6	3556,3	3047,1	3405,6	3357,2	3317,2	3316,7	3357,2	3317,2	
46 Группа здоровья новорожденного										
I	68,3	67,5	76,5	59,3	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	
II	28,7	30,0	20,6	37,0	0,0	100,0	0,0	0,0	90,6	
III	3,0	2,5	2,9	3,7	0,0	0,0	100,0	0,0	9,4	

Свод анкетных данных по годовалым детям 1995 года рождения, в %

	Всего	В том числе			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	IV		
1	Опрошено, чел.	89	37	29	23	19	62	5	19	67
2	Место нахождения ребенка в момент исполнения ему 1 года									
	Дома	97,7	100,0	96,3	95,5	100,0	98,4	80,0	100,0	97,0
	В больнице	2,3	0,0	3,7	4,5	0,0	1,6	20,0	0,0	3,0
	ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ РЕБЕНКА									
3	Перечислите, пожалуйста, всех членов семьи, проживающих совместно с Вами на данной жилой площади и имеющих общий бюджет с Вами									
	<i>Мать</i>	96,6	100,0	93,1	95,7	100,0	98,4	100,0	100,0	98,5
	<i>Отец</i>	84,3	81,1	82,8	91,3	89,5	87,1	60,0	89,5	85,1
	<i>Дети</i>									
	Один	96,6	100,0	93,1	95,7	100,0	98,4	100,0	100,0	98,5
	Двое	38,2	40,5	31,0	43,5	42,1	35,5	60,0	42,1	37,3
	Трое	9,0	5,4	3,4	21,7	5,3	9,7	20,0	5,3	10,4
	Четверо	1,1	0,0	0,0	4,3	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5
	<i>Родители матери</i>									
	Мать	25,8	32,4	31,0	8,7	15,8	27,4	40,0	15,8	28,4
	Отец	14,6	16,2	20,7	4,3	10,5	14,5	20,0	10,5	14,9
	<i>Родители отца</i>									
	Мать	13,5	5,4	10,3	30,4	21,1	11,3	0,0	21,1	10,4
	Отец	9,0	5,4	6,9	17,4	5,3	9,7	0,0	5,3	9,0
	<i>Другие родственники (сестра, брат, тетя, дядя, бабушка, дедушка и т.д.)</i>									
		14,6	2,7	20,7	26,1	10,5	16,1	0,0	10,5	14,9
4	Семейное положение матери ребенка									
	Состоит в зарегистрированном браке и проживает совместно с мужем	74,2	75,7	69,0	78,3	78,9	77,4	40,0	78,9	74,6
	Состоит в зарегистрированном браке и не проживает совместно с мужем	3,4	5,4	0,0	4,3	5,3	1,6	20,0	5,3	3,0
	Не состоит в зарегистрированном браке, но проживает совместно с мужем	10,1	5,4	13,8	13,0	10,5	9,7	20,0	10,5	10,4

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
		0,0	3,7	4,5	5,3	1,6	0,0	5,3	1,5	
Образование	2,3	0,0	3,7	4,5	5,3	1,6	0,0	5,3	1,5	
Здравоохранение, социальное обслуживание	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
Прочие виды общественных, соц. и личных услуг	9,3	8,1	3,7	18,2	21,1	4,9	20,0	21,1	6,1	
Экстерриториальные организации и органы	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
11 Какое образование имеют родители ребёнка?										
		<i>Мать</i>								
Высшее	15,1	8,1	29,6	9,1	10,5	18,0	0,0	10,5	16,7	
Незаконченное высшее	4,7	5,4	7,4	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	6,1	
Среднее специальное	45,3	51,4	25,9	59,1	63,2	36,1	100,0	63,2	40,9	
Среднее общее	12,8	13,5	18,5	4,5	5,3	16,4	0,0	5,3	15,2	
ПТУ со средним образованием	11,6	16,2	7,4	9,1	10,5	13,1	0,0	10,5	12,1	
ПТУ без среднего образования	2,3	0,0	3,7	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
Незаконченное среднее	5,8	2,7	7,4	9,1	5,3	6,6	0,0	5,3	6,1	
		<i>Отец</i>								
Высшее	9,3	8,1	11,1	9,1	10,5	9,8	0,0	10,5	9,1	
Незаконченное высшее	4,7	2,7	11,1	0,0	0,0	6,6	0,0	0,0	6,1	
Среднее специальное	36,0	35,1	40,7	31,8	31,6	37,7	40,0	31,6	37,9	
Среднее общее	16,3	18,9	7,4	22,7	21,1	16,4	0,0	21,1	15,2	
ПТУ со средним образованием	17,4	16,2	14,8	22,7	15,8	18,0	20,0	15,8	18,2	
ПТУ без среднего образования	1,2	0,0	3,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Незаконченное среднее	2,3	0,0	0,0	9,1	10,5	0,0	0,0	10,5	0,0	
		ДОХОДЫ, БЛАГОСОСТОЯНИЕ								
12 Среднемесячный доход на одного члена семьи										
Средний показатель (руб.)	1233,2	1076,4	1746,3	923,1	1007,5	1348,7	940,2	1007,5	1315,8	
13 Отметьте, пожалуйста, возможность удовлетворения потребности Вашей семьи исходя из ее совокупного дохода										
Приходится ограничивать себя даже в покупке продуктов питания	44,2	37,8	25,9	77,3	52,6	41,0	40,0	52,6	40,9	
Денег хватает только на ежедневные расходы, но покупка одежды и других вещей представляет трудности	33,7	40,5	40,7	13,6	31,6	34,4	40,0	31,6	34,8	
Денег хватает на все текущие расходы, но без всяких излишеств	20,9	18,9	33,3	9,1	15,8	23,0	20,0	15,8	22,7	

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
		2,7	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5
ПИТАНИЕ									
14	Сколько денег потратила Ваша семья на питание за апрель 1996 года? (средние показатели, руб.)								
	814,5	745,1	1111,9	590,3	633,0	888,0	770,0	633,0	880,1
	На покупку продуктов питания в магазинах								
	560,8	531,9	665,0	504,2	436,3	599,0	566,7	436,3	596,4
	На покупку продуктов питания на рынке								
	402,9	415,0	467,1	194,3	394,4	417,3	190,0	394,4	405,0
	На питание в столовых, кафе, ресторанах								
	150,0	125,0	175,0	0,0	100,0	157,1	0,0	100,0	157,1
15	Доля расходов на питание в доходах (за апрель 1996 г., в %)								
	77,4	79,5	79,1	72,2	72,0	78,9	80,3	72,0	79,0
	Средний показатель								
16	Изменился ли характер питания у матери ребёнка после его рождения?								
	7,1	13,5	4,0	0,0	15,8	5,1	0,0	15,8	4,7
	Питание стало более разнообразным								
	71,4	51,4	88,0	86,4	73,7	69,5	80,0	73,7	70,3
	Питание не изменилось								
	11,9	18,9	8,0	4,5	10,5	11,9	20,0	10,5	12,5
	Улучшилось качество потребляемых продуктов								
	9,5	16,2	0,0	9,1	0,0	13,6	0,0	0,0	12,5
	Другое								
17	Если питание не улучшилось, то почему?								
	66,7	63,2	54,5	84,2	71,4	63,4	75,0	71,4	64,4
	Для этого нет денег								
	20,0	21,1	36,4	0,0	14,3	24,4	0,0	14,3	22,2
	Считаю, что это не важно								
	6,7	5,3	4,5	10,5	7,1	7,3	0,0	7,1	6,7
	Мало что можно купить, ограниченный выбор продуктов питания								
	5,0	10,5	0,0	5,3	7,1	2,4	25,0	7,1	4,4
	Другое								
18	Нехватку каких продуктов питания ощущала мать ребёнка с декабря 1995 по май 1996 г.?								
	50,0	48,6	48,1	54,5	52,6	50,8	20,0	52,6	48,5
	Мясо, птица								
	44,2	32,4	44,4	63,6	63,2	39,3	20,0	63,2	37,9
	Колбасные изделия								
	38,4	32,4	40,7	45,5	31,6	41,0	20,0	31,6	39,4
	Рыба и рыбопродукты								
	16,3	10,8	25,9	13,6	15,8	18,0	0,0	15,8	16,7
	Овощи								
	11,6	5,4	29,6	0,0	15,8	11,5	0,0	15,8	10,6
	Картофель								
	59,3	51,4	44,4	90,9	73,7	55,7	40,0	73,7	54,5
	Фрукты								
	9,3	5,4	22,2	0,0	15,8	8,2	0,0	15,8	7,6
	Сахар								
	36,0	29,7	37,0	45,5	21,1	39,3	40,0	21,1	39,4
	Кондитерские изделия								
	17,4	13,5	22,2	18,2	26,3	16,4	0,0	26,3	15,2
	Молоко, кисломолочные продукты								

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
		8,1	22,2	18,2	21,1	14,8	0,0	21,1	13,6	
Масло животное	15,1	8,1	22,2	18,2	21,1	14,8	0,0	21,1	13,6	
Сыр	50,0	37,8	44,4	77,3	57,9	49,2	20,0	57,9	47,0	
Масло растительное	9,3	5,4	22,2	0,0	10,5	9,8	0,0	10,5	9,1	
Хлебобулочные изделия	9,3	2,7	25,9	0,0	10,5	9,8	0,0	10,5	9,1	
Яйца	18,6	5,4	25,9	31,8	36,8	13,1	0,0	36,8	12,1	
19 Употребляли ли родители ребёнка, другие родственники алкогольные напитки в течение года после рождения ребёнка?										
		<i>Мать</i>								
Практически не употребляю	53,5	40,5	66,7	59,1	47,4	52,5	80,0	47,4	54,5	
1-2 раза в месяц	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
1 раз в неделю	2,3	2,7	0,0	4,5	0,0	3,3	0,0	0,0	3,0	
В праздники	29,1	32,4	29,6	22,7	36,8	29,5	0,0	36,8	27,3	
		<i>Отец</i>								
Практически не употребляю	27,9	29,7	33,3	18,2	15,8	32,8	20,0	15,8	31,8	
1-2 раза в месяц	10,5	8,1	11,1	13,6	15,8	9,8	0,0	15,8	9,1	
2-3 раза в месяц	3,5	2,7	3,7	4,5	5,3	1,6	20,0	5,3	3,0	
1 раз в неделю	10,5	8,1	11,1	13,6	21,1	8,2	0,0	21,1	7,6	
Ежедневно	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
От случая к случаю	4,7	5,4	0,0	9,1	5,3	4,9	0,0	5,3	4,5	
В праздники	27,9	27,0	29,6	27,3	26,3	29,5	0,0	26,3	27,3	
		<i>Другие родственники</i>								
Практически не употребляю	14,0	13,5	14,8	13,6	15,8	13,1	20,0	15,8	13,6	
1-2 раза в месяц	2,3	2,7	3,7	0,0	5,3	0,0	20,0	5,3	1,5	
1 раз в неделю	1,2	0,0	0,0	4,5	5,3	0,0	0,0	5,3	0,0	
От случая к случаю	2,3	5,4	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	3,0	
В праздники	8,1	8,1	7,4	9,1	5,3	9,8	0,0	5,3	9,1	
20 В каком объеме мать, отец ребенка, родственники обычно употребляют алкогольные напитки?										
		<i>Мать</i>								
Менее 0,5 литра в неделю	59,8	54,1	87,0	40,9	50,0	60,3	80,0	50,0	61,9	
От 0,5 до 1 литра в неделю	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,6	

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
		<i>Отец</i>							
Менее 0,5 литра в неделю	59,0	51,4	70,8	59,1	55,6	61,0	40,0	55,6	59,4
От 0,5 до 1 литра в неделю	10,8	5,4	16,7	13,6	22,2	6,8	20,0	22,2	7,8
От 1 до 1,5 литра в неделю	2,4	2,7	0,0	4,5	5,6	1,7	0,0	5,6	1,6
Свыше 1,5 литра в неделю	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,7	0,0	0,0	1,6
		<i>Другие родственники</i>							
Менее 0,5 литра в неделю	20,7	18,9	30,4	13,6	16,7	20,7	40,0	16,7	22,2
От 0,5 до 1 литра в неделю	2,4	2,7	0,0	4,5	5,6	1,7	0,0	5,6	1,6
		ПИТАНИЕ РЕБЁНКА							
21 Какой был характер питания у ребёнка?									
		<i>До 6 месяцев</i>							
Грудное	37,2	37,8	37,0	36,4	42,1	39,3	0,0	42,1	36,4
Искусственное	31,4	37,8	29,6	22,7	21,1	29,5	80,0	21,1	33,3
Смешанное	31,4	24,3	33,3	40,9	36,8	31,1	20,0	36,8	30,3
		<i>От 6 до 12 месяцев</i>							
Грудное	7,0	8,1	7,4	4,5	5,3	8,2	0,0	5,3	7,6
Искусственное	64,0	64,9	70,4	54,5	47,4	65,6	100,0	47,4	68,2
Смешанное	29,1	27,0	22,2	40,9	47,4	26,2	0,0	47,4	24,2
22 Сколько месяцев сохранялся характер питания ребенка?									
Грудное (средний показатель, мес.)	4,4	4,6	4,5	3,9	4,3	4,6	2,3	4,3	4,5
Искусственное (средний показатель, мес.)	8,5	8,5	8,8	8,0	8,3	8,3	10,0	8,3	8,5
Смешанное (средний показатель, мес.)	5,3	4,7	5,4	5,9	5,3	5,5	2,0	5,3	5,3
23 Если Вы прекратили или не начали грудное вскармливание ребенка, то укажите причину этого									
		<i>До 6 месяцев</i>							
Не было молока	17,3	16,2	27,3	9,1	5,6	15,8	60,0	5,6	19,4
Мало молока	44,4	40,5	45,5	50,0	55,6	42,1	40,0	55,6	41,9
Молоко низкой жирности	3,7	5,4	0,0	4,5	5,6	3,5	0,0	5,6	3,2
Медицинские противопоказания	2,5	2,7	0,0	4,5	0,0	3,5	0,0	0,0	3,2
Другое	7,4	8,1	13,6	0,0	0,0	10,5	0,0	0,0	9,7

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
		<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
Не было молока	50,0	51,4	60,0	36,4	50,0	45,0	100,0	50,0	49,2	
Мало молока	29,8	21,6	28,0	45,5	38,9	30,0	0,0	38,9	27,7	
Молоко низкой жирности	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	1,7	0,0	0,0	1,5	
Медицинские противопоказания, не позволяющие кормить ребенка грудью	6,0	8,1	0,0	9,1	5,6	6,7	0,0	5,6	6,2	
Другое	7,1	8,1	8,0	4,5	5,6	8,3	0,0	5,6	7,7	
24 Какие продукты кроме молока Вы давали ребёнку?										
		<i>До 6 месяцев</i>								
Яйцо	66,3	62,2	70,4	68,2	84,2	62,3	40,0	84,2	60,6	
Яблоко	93,0	94,6	92,6	90,9	100,0	90,2	100,0	100,0	90,9	
Другие фрукты	57,0	56,8	66,7	45,5	57,9	57,4	60,0	57,9	57,6	
Овощи	87,2	91,9	81,5	86,4	94,7	85,2	80,0	94,7	84,8	
Крупяные изделия	68,6	73,0	66,7	63,6	78,9	67,2	60,0	78,9	66,7	
Мясо	30,2	29,7	22,2	40,9	31,6	31,1	20,0	31,6	30,3	
Кефир	41,9	43,2	51,9	27,3	26,3	45,9	60,0	26,3	47,0	
Творог	67,4	73,0	55,6	72,7	73,7	65,6	60,0	73,7	65,2	
		<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
Яйцо	86,0	91,9	77,8	86,4	89,5	85,2	100,0	89,5	86,4	
Яблоко	96,5	100,0	96,3	90,9	94,7	98,4	100,0	94,7	98,5	
Другие фрукты	89,5	86,5	92,6	90,9	89,5	90,2	80,0	89,5	89,4	
Овощи	95,3	97,3	96,3	90,9	94,7	96,7	100,0	94,7	97,0	
Крупяные изделия	97,7	97,3	96,3	100,0	100,0	96,7	100,0	100,0	97,0	
Мясо	96,5	97,3	100,0	90,9	100,0	95,1	100,0	100,0	95,5	
Кефир	73,3	78,4	85,2	50,0	57,9	78,7	80,0	57,9	78,8	
Творог	89,5	91,9	92,6	81,8	84,2	91,8	100,0	84,2	92,4	
25 Сколько раз в день ребёнок принимал пищу?										
До 6 месяцев (среднее значение)	5,8	5,8	6,1	5,6	5,9	5,8	5,4	5,9	5,8	
После 6 месяцев (среднее значение)	4,7	4,7	4,8	4,5	4,8	4,6	4,6	4,8	4,6	

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	II...IV	
26	Готовили ли пищу ребёнку сами или пользовались готовой?								
	<i>До 6 месяцев</i>								
	59,3	56,8	63,0	59,1	52,6	62,3	40,0	52,6	60,6
Готовили сами	3,5	2,7	0,0	9,1	10,5	1,6	0,0	10,5	1,5
Пользовались готовой	30,2	27,0	33,3	31,8	31,6	27,9	60,0	31,6	30,3
Готовили сами и пользовались готовой	3,5	5,4	3,7	0,0	5,3	3,3	0,0	5,3	3,0
Когда как	2,3	5,4	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	3,0
Другое									
	<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
	53,5	43,2	48,1	77,3	52,6	52,5	60,0	52,6	53,0
Готовили сами	39,5	45,9	44,4	22,7	42,1	39,3	40,0	42,1	39,4
Готовили сами и пользовались готовой	7,0	10,8	7,4	0,0	5,3	8,2	0,0	5,3	7,6
Когда как									
27	Давали ли ребёнку витамины?								
	<i>До 6 месяцев</i>								
	77,9	70,3	81,5	86,4	84,2	75,4	80,0	84,2	75,8
Витамины давали	22,1	29,7	18,5	13,6	15,8	24,6	20,0	15,8	24,2
Витамины не давали									
	<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
	70,9	62,2	77,8	77,3	57,9	73,8	80,0	57,9	74,2
Витамины давали	29,1	37,8	22,2	22,7	42,1	26,2	20,0	42,1	25,8
Витамины не давали									
28	Оцените обеспеченность ребенка необходимыми продуктами питания								
	<i>До 6 месяцев</i>								
	54,7	59,5	63,0	36,4	47,4	60,7	20,0	47,4	57,6
Хорошая	40,7	40,5	37,0	45,5	47,4	34,4	80,0	47,4	37,9
Удовлетворительная	2,3	0,0	0,0	9,1	5,3	1,6	0,0	5,3	1,5
Плохая	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5
Очень плохая	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5
Затрудняюсь ответить									
	<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
	43,0	48,6	51,9	22,7	36,8	47,5	20,0	36,8	45,5
Хорошая	47,7	48,6	40,7	54,5	47,4	44,3	80,0	47,4	47,0
Удовлетворительная	4,7	0,0	3,7	13,6	10,5	3,3	0,0	10,5	3,0
Плохая									

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец		Районы		Группы здоровья		
		Вологда	Череповец	Районы	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
Очень плохая	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	0,0	1,5
Затрудняюсь ответить	3,5	2,7	3,7	4,5	5,3	3,3	0,0	5,3	3,0	
ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ										
29	Изменились ли жилищные условия семьи после рождения ребенка?									
Да	19,8	29,7	3,7	22,7	15,8	23,0	0,0	15,8	21,2	
Нет	80,2	70,3	96,3	77,3	84,2	77,0	100,0	84,2	78,8	
30	Что представляет собой Ваше жилище?									
Отдельный собственный дом	2,3	0,0	0,0	9,1	0,0	3,3	0,0	0,0	3,0	
Отдельная государственная квартира	8,1	10,8	3,7	9,1	5,3	8,2	20,0	5,3	9,1	
Отдельная приватизированная квартира	1,2	2,7	0,0	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
Отдельная кооперативная квартира	2,3	5,4	0,0	0,0	0,0	3,3	0,0	0,0	3,0	
Коммунальная квартира	1,2	0,0	0,0	4,5	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
Комната в семейном общежитии	2,3	5,4	0,0	0,0	10,5	0,0	0,0	10,5	0,0	
Арендуете жильё	3,5	8,1	0,0	0,0	0,0	4,9	0,0	0,0	4,5	
31	Число комнат, занимаемых семьей									
Средний показатель	1,9	1,8	0,0	2,3	2,0	1,9	1,0	2,0	1,9	
32	Число квадратных метров жилой площади									
Средний показатель, кв. м	26,5	27,4	0,0	24,8	27,6	26,7	21,0	27,6	26,3	
33	Число квадратных метров полезной площади									
Средний показатель, кв. м	40,9	41,2	0,0	40,3	32,7	43,0	36,7	32,7	42,5	
34	Ваша оценка жилищных условий									
Хорошие	3,5	5,4	0,0	4,5	0,0	4,9	0,0	0,0	4,5	
Удовлетворительные	14,0	21,6	3,7	13,6	10,5	16,4	0,0	10,5	15,2	
Плохие	1,2	2,7	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	5,3	0,0	
Очень плохие	2,3	2,7	0,0	4,5	0,0	1,6	20,0	0,0	3,0	
35	Оцените, пожалуйста, экологические условия в районе проживания семьи									
Хорошие	7,0	13,5	0,0	4,5	0,0	8,2	20,0	0,0	9,1	
Удовлетворительные	10,5	13,5	3,7	13,6	5,3	13,1	0,0	5,3	12,1	
Плохие	1,2	2,7	0,0	0,0	5,3	0,0	0,0	5,3	0,0	

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья				
		Вологда		Районы		I	II	III...IV	I	II...IV
		Череповец	Районы	Череповец	Районы					
		<i>Бабушка</i>								
2	29,1	32,4	22,2	31,8	26,3	29,5	40,0	26,3	30,3	
3	15,1	18,9	18,5	4,5	15,8	16,4	0,0	15,8	15,2	
		<i>Дедушка</i>								
3	2,3	0,0	7,4	0,0	0,0	1,6	20,0	0,0	3,0	
4	12,8	16,2	7,4	13,6	21,1	9,8	20,0	21,1	10,6	
		<i>Старшие брат, сестра</i>								
2	1,2	0,0	3,7	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
3	7,0	2,7	3,7	18,2	10,5	6,6	0,0	10,5	6,1	
4	2,3	0,0	3,7	4,5	5,3	1,6	0,0	5,3	1,5	
5	1,2	0,0	3,7	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5	
39	Сколько времени в сутки уделялось ребёнку в нижеуказанном возрасте? (средний показатель, часов)									
	17,2	19,8	17,6	12,2	14,5	17,8	17,6	14,5	17,8	
	16,5	18,8	16,8	12,4	13,8	17,3	15,6	13,8	17,1	
	15,4	17,2	14,8	13,1	12,5	16,3	14,8	12,5	16,2	
40	Проводилось ли закаливание ребёнка?									
	<i>До 6 месяцев</i>									
	37,2	48,6	40,7	13,6	31,6	39,3	20,0	31,6	37,9	
	14,0	10,8	18,5	13,6	10,5	16,4	0,0	10,5	15,2	
	8,1	2,7	11,1	13,6	10,5	8,2	0,0	10,5	7,6	
	10,5	2,7	11,1	22,7	21,1	4,9	40,0	21,1	7,6	
	29,1	32,4	18,5	36,4	21,1	31,1	40,0	21,1	31,8	
	<i>От 6 до 12 месяцев</i>									
	31,4	35,1	33,3	22,7	21,1	34,4	20,0	21,1	33,3	
	17,4	18,9	22,2	9,1	10,5	21,3	0,0	10,5	19,7	
	9,3	0,0	14,8	18,2	10,5	9,8	0,0	10,5	9,1	
	15,1	10,8	11,1	27,3	31,6	6,6	60,0	31,6	10,6	
	25,6	32,4	18,5	22,7	21,1	27,9	20,0	21,1	27,3	

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
41	Укажите проблемы Вашей семьи, связанные с уходом и воспитанием ребенка								
	<i>До 6 месяцев</i>								
	10,5	8,1	11,1	13,6	5,3	11,5	0,0	5,3	10,6
Проблемы с приобретением одежды для ребенка	7,0	2,7	14,8	4,5	5,3	6,6	0,0	5,3	6,1
У ребенка недостаточно игрушек	19,8	18,9	18,5	22,7	26,3	18,0	20,0	26,3	18,2
У матери недостаточно знаний по уходу за ребёнком	15,1	10,8	0,0	40,9	26,3	9,8	40,0	26,3	12,1
Проблемы с питанием ребенка из-за отсутствия детской кухни	3,5	5,4	0,0	4,5	10,5	1,6	0,0	10,5	1,5
Недостаток внимания со стороны мед. персонала	2,3	0,0	3,7	4,5	5,3	1,6	0,0	5,3	1,5
Отсутствие необходимых ребенку специалистов	<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
	19,8	16,2	11,1	36,4	26,3	16,4	20,0	26,3	16,7
Проблемы с приобретением одежды для ребенка	9,3	2,7	14,8	13,6	10,5	8,2	0,0	10,5	7,6
У ребенка недостаточно игрушек	12,8	10,8	11,1	18,2	10,5	13,1	20,0	10,5	13,6
У матери недостаточно знаний по уходу за ребёнком	16,3	8,1	3,7	45,5	26,3	11,5	40,0	26,3	13,6
Проблемы с питанием ребенка из-за отсутствия детской кухни	4,7	8,1	0,0	4,5	5,3	3,3	20,0	5,3	4,5
Недостаток внимания со стороны мед. персонала	3,5	2,7	3,7	4,5	5,3	3,3	0,0	5,3	3,0
Отсутствие необходимых ребенку специалистов	<i>До 6 месяцев</i>								
42	Сколько времени находился ребёнок на воздухе (в среднем)?								
	<i>До 6 месяцев</i>								
	4,7	2,7	7,4	4,5	5,3	4,9	0,0	5,3	4,5
До 1 часа	33,7	21,6	44,4	40,9	36,8	34,4	20,0	36,8	33,3
1 - 2 часа	31,4	29,7	33,3	31,8	10,5	37,7	40,0	10,5	37,9
2 - 3 часа	30,2	45,9	14,8	22,7	47,4	23,0	40,0	47,4	24,2
3 часа и более	<i>От 6 до 12 месяцев</i>								
	1,2	0,0	3,7	0,0	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5
До 1 часа	9,3	5,4	11,1	13,6	5,3	11,5	0,0	5,3	10,6
1 - 2 часа	43,0	45,9	51,9	27,3	47,4	42,6	40,0	47,4	42,4
2 - 3 часа	46,5	48,6	33,3	59,1	47,4	44,3	60,0	47,4	45,5
3 часа и более									

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	II...IV	
43 Планируете ли Вы отдать ребенка после года в детское дошкольное учреждение или будете ухаживать за ним сами?									
Планируем отдать	37,2	43,2	29,6	36,4	47,4	34,4	40,0	47,4	34,8
Ребенок останется дома	62,8	56,8	70,4	63,6	52,6	65,6	60,0	52,6	65,2
АНКЕТА ДЛЯ ПЕДИАТРОВ									
ПОКАЗАТЕЛИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА в 1 год									
1 Рост, см (среднее)									
Рост при рождении	52,9	54,2	51,1	52,9	52,8	53,0	52,0	52,8	53,0
в 3 месяца	61,0	62,2	59,6	61,0	60,6	61,3	59,7	60,6	61,2
в 6 месяцев	66,8	67,2	65,4	68,1	66,2	67,2	64,8	66,2	67,0
в 9 месяцев	71,5	72,0	70,5	72,3	71,0	71,7	70,8	71,0	71,7
в 1 год	75,3	75,5	75,0	75,1	74,7	75,4	75,8	74,7	75,4
2 Вес, кг (среднее)									
Вес при рождении	3,36	3,53	3,13	3,38	3,38	3,36	3,35	3,38	3,36
в 3 месяца	6,01	6,20	5,73	6,03	6,07	6,01	5,78	6,07	5,99
в 6 месяцев	7,82	7,91	7,51	8,07	7,68	7,86	8,02	7,68	7,87
в 9 месяцев	9,28	9,39	8,81	9,75	9,31	9,26	9,33	9,31	9,27
в 1 год	10,11	10,23	9,75	10,35	10,00	10,14	10,13	10,00	10,14
3 Окружность грудной клетки, см (среднее)									
при рождении	34,4	34,6	34,1	34,3	34,1	34,4	35,3	34,1	34,4
в 3 месяца	40,8	41,4	40,1	40,6	41,2	40,8	39,6	41,2	40,7
в 6 месяцев	43,8	43,7	43,5	44,4	43,5	43,8	44,3	43,5	43,8
в 9 месяцев	46,3	46,7	45,6	46,5	45,7	46,5	45,7	45,7	46,4
в 1 год	47,5	47,9	47,1	47,3	46,9	47,6	48,2	46,9	47,7
4 Окружность головы ребёнка, см (среднее)									
при рождении	35,7	36,2	35,0	35,6	35,8	35,6	35,3	35,8	35,6
в 3 месяца	40,3	40,6	40,0	40,3	40,3	40,4	40,0	40,3	40,3
в 6 месяцев	43,0	43,0	42,8	43,2	42,4	43,1	44,0	42,4	43,2
в 9 месяцев	45,1	45,2	44,8	45,4	44,5	45,4	43,7	44,5	45,3
в 1 год	46,2	46,3	46,1	46,3	45,9	46,3	46,2	45,9	46,3

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	II...IV	
5 Количество зубов (среднее)									
в 6 месяцев	2,5	3,1	2,2	2,0	2,8	2,4	2,0	2,8	2,3
в 9 месяцев	4,5	4,3	4,5	4,7	4,2	4,6	3,3	4,2	4,5
в 1 год	7,1	7,4	6,6	7,0	7,2	7,1	6,8	7,2	7,0
6 В каком возрасте ребенок начал сидеть?									
Средний показатель, мес.	6,7	6,5	6,9	6,8	6,5	6,8	6,8	6,5	6,8
7 В каком возрасте ребенок начал ходить?									
Средний показатель, мес.	10,9	10,8	11,0	10,9	10,5	10,9	11,9	10,5	11,0
	ПОКАЗАТЕЛИ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ РЕБЁНКА в 1 год								
8 Развитие движений									
Ходит длительно не присаживаясь	70,9	75,7	76,9	56,5	78,9	69,4	60,0	78,9	68,7
Меняет положение (приседает, наклоняется, поворачивается, пятится)	64,0	64,9	69,2	56,5	57,9	67,7	40,0	57,9	65,7
9 Развитие речи									
Понимание речи (запас понимаемых слов быстро расширяется)	72,1	86,5	65,4	56,5	89,5	67,7	60,0	89,5	67,2
Активная речь (лепечет, произносит отдельные слова при удивлении, радости)	83,7	81,1	96,2	73,9	63,2	88,7	100,0	63,2	89,6
10 В каком возрасте ребенок начал говорить?									
Средний показатель, мес.	9,4	9,7	9,0	9,5	9,6	9,3	9,8	9,6	9,4
11 Различает ли ребенок 2 контрастных по величине предмета? (Сенсорное развитие)									
Да	61,6	67,6	53,8	60,9	73,7	58,1	60,0	73,7	58,2
12 Развитие навыков: Ест ли ребёнок самостоятельно густую пищу ложкой?									
Да	38,4	45,9	23,1	43,5	36,8	38,7	40,0	36,8	38,8
13 Соответствуют ли показатели физического и нервно-психического развития ребенка норме?									
Да	81,4	94,6	61,5	82,6	89,5	80,6	60,0	89,5	79,1
Нет	4,7	0,0	3,8	13,0	5,3	4,8	0,0	5,3	4,5

Продолжение прил. 8

	Всего	В том числе				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III...IV	I	II...IV
СТЕПЕНЬ СОПРОТИВЛЯЕМОСТИ ОРГАНИЗМА РЕБЁНКА НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ВОЗДЕЙСТВИЯМ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ										
14	Болеп ли ребенок после 6 месяцев жизни?									
	Да	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
15	Кратность заболеваний после 6 месяцев жизни									
	Не болеп	34,9	35,1	34,6	34,8	63,2	29,0	0,0	63,2	26,9
	Болеп до 5 раз	27,9	37,8	26,9	13,0	15,8	29,0	60,0	15,8	31,3
	Болеп 5-10 раз	20,9	10,8	19,2	39,1	5,3	25,8	20,0	5,3	25,4
	Болеп 10 и более раз	4,7	0,0	15,4	0,0	0,0	6,5	0,0	0,0	6,0
16	Сколько раз ребенок был госпитализирован в больницу после 6 месяцев жизни?									
	Средний показатель	1,1	1,0	1,0	1,2	1,0	1,2	1,0	1,0	1,0
	Госпитализировано детей	14,6	10,8	13,8	21,7	15,8	9,7	80,0	15,8	14,9
17	К какой группе здоровья может быть отнесен ребенок в возрасте 1 год?									
	I (без отклонений)	22,1	24,3	7,7	34,8	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0
	II (с функциональными отклонениями)	72,1	70,3	84,6	60,9	0,0	100,0	0,0	0,0	92,5
	III (состояние компенсации)	4,7	5,4	3,8	4,3	0,0	0,0	80,0	0,0	6,0
	IV (состояние декомпенсации)	1,2	0,0	3,8	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	1,5
18	Как Вы считаете, какие взаимоотношения в семье ребенка между родителями?									
	Хорошие	45,9	64,9	32,0	30,4	61,1	43,5	20,0	61,1	41,8
	Нормальные	34,1	16,2	48,0	47,8	33,3	33,9	40,0	33,3	34,3
	Могли быть лучше	5,9	2,7	8,0	8,7	5,6	6,5	0,0	5,6	6,0
	Плохие	4,7	5,4	0,0	8,7	0,0	4,8	20,0	0,0	6,0
	Затрудняюсь ответить	8,2	8,1	12,0	4,3	0,0	9,7	20,0	0,0	10,4
19	Как Вы считаете, какие взаимоотношения в семье ребенка между всеми родственниками, проживающими вместе?									
	Хорошие	38,4	51,4	34,6	21,7	47,4	37,1	20,0	47,4	35,8
	Нормальные	29,1	21,6	30,8	39,1	36,8	25,8	40,0	36,8	26,9
	Могли быть лучше	7,0	5,4	3,8	13,0	5,3	8,1	0,0	5,3	7,5
	Плохие	1,2	0,0	0,0	4,3	0,0	1,6	0,0	0,0	1,5

Окончание прил. 8

	Всего	В том числе			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III...IV	I	II...IV
Затрудняюсь ответить	23,3	18,9	30,8	21,7	10,5	25,8	40,0	10,5	26,9
20 Как, по Вашему мнению, родители ухаживают за ребёнком?									
Хорошо	89,5	94,6	88,5	82,6	94,7	88,7	80,0	94,7	88,1
Не достаточно	7,0	0,0	11,5	13,0	5,3	6,5	20,0	5,3	7,5
Плохо	2,3	2,7	0,0	4,3	0,0	3,2	0,0	0,0	3,0
21 Считаете ли Вы, что доходы данной семьи:									
Достаточно для нормальной жизни	22,1	24,3	34,6	4,3	21,1	24,2	0,0	21,1	22,4
Достаточно при определённых условиях	31,4	32,4	38,5	21,7	26,3	33,9	20,0	26,3	32,8
Недостаточно	38,4	32,4	26,9	60,9	47,4	33,9	60,0	47,4	35,8
Совершенно недостаточно	7,0	8,1	0,0	13,0	5,3	6,5	20,0	5,3	7,5
22 Употребляют ли в семье ребёнка (родители, родственники) алкогольные напитки?									
Практически не употребляют	57,0	64,9	61,5	39,1	63,2	58,1	20,0	63,2	55,2
Достаточно часто	7,0	2,7	3,8	17,4	10,5	6,5	0,0	10,5	6,0
Ежедневно	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Затрудняюсь ответить	34,9	29,7	34,6	43,5	26,3	33,9	80,0	26,3	37,3

Свод анкетных данных по детям в возрасте 15 лет 1995 года рождения, в %

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
1	93	33	38	22	20	47	26	20	73	
Опрошено, чел.										
Пол ребёнка										
Мужской	52,7	45,5	60,5	50,0	65,0	46,8	53,8	65,0	49,3	
Женский	47,3	54,5	39,5	50,0	35,0	53,2	46,2	35,0	50,7	
ИНФОРМАЦИЯ О СЕМЬЕ РЕБЁНКА										
2	Перечислите, пожалуйста, всех членов семьи, проживающих совместно с Вами на данной жилой площади и имеющих общий бюджет с Вами									
<i>Мать</i>	92,5	90,9	92,1	95,5	95,0	93,6	88,5	95,0	91,8	
<i>Отец</i>	61,3	60,6	55,3	72,7	75,0	59,6	53,8	75,0	57,5	
<i>Дети (кроме данного ребёнка)</i>										
Один	48,4	45,5	44,7	59,1	45,0	44,7	57,7	45,0	49,3	
Двое	8,6	3,0	7,9	18,2	15,0	6,4	7,7	15,0	6,8	
Трое	2,2	0,0	2,6	4,5	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
Четверо	1,1	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
<i>Родители матери</i>										
Мать	18,3	21,2	21,1	9,1	20,0	14,9	23,1	20,0	17,8	
Отец	8,6	12,1	10,5	0,0	5,0	4,3	19,2	5,0	9,6	
<i>Родители отца</i>										
Мать	4,3	6,1	2,6	4,5	0,0	6,4	3,8	0,0	5,50	
Отец	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,40	
<i>Другие родственники (сестра, брат, тётя, дядя, бабушка, дедушка и т.д.)</i>										
Сестра	6,5	9,1	7,9	0,0	0,0	8,5	7,7	0,0	8,2	
Брат	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
Тётя	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
Дядя	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
3	Семейное положение матери ребёнка									
Замужем, гражданский брак	67,7	69,7	60,5	77,3	80,0	68,1	57,7	80,0	64,4	
Не замужем	7,5	9,1	7,9	4,5	0,0	10,6	7,7	0,0	9,6	
Вдова, в разводе	22,6	18,2	28,9	18,2	20,0	17,0	34,6	20,0	23,3	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV	
ТРУДОВАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ СЕМЬИ										
4	Образование родителей ребёнка									
		<i>Мать</i>								
	Высшее	34,4	51,5	23,7	27,3	45,0	38,3	19,2	45,0	31,5
	Незаконченное высшее	3,2	3,0	5,3	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1
	Среднее специальное, в т.ч. ПТУ со средним образованием	53,8	45,5	60,5	54,5	45,0	46,8	73,1	45,0	56,2
	Среднее общее	6,5	0,0	7,9	13,6	10,0	8,5	0,0	10,0	5,5
	Незаконченное среднее, в т.ч. ПТУ без среднего образования	1,1	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
		<i>Отец</i>								
	Высшее	18,3	21,2	13,2	22,7	25,0	25,5	0,0	25,0	16,4
	Незаконченное высшее	3,2	3,0	5,3	0,0	0,0	2,1	7,7	0,0	4,1
	Среднее специальное, в т.ч. ПТУ со средним образованием	38,7	42,4	39,5	31,8	50,0	38,3	30,8	50,0	35,6
	Среднее общее	8,6	6,1	7,9	13,6	5,0	4,3	19,2	5,0	9,6
	Незаконченное среднее, в т.ч. ПТУ без среднего образования	1,1	0,0	0,0	4,5	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0
5	Занятие родителей ребёнка									
		<i>Мать</i>								
	Работа	82,8	87,9	81,6	77,3	80,0	83,0	84,6	80,0	83,6
	Учёба в вузе, техникуме, ПТУ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Неоплачиваемый член семьи, помогающий в ведении частнопредпринимательской деятельности	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Безработный	4,3	3,0	2,6	9,1	0,0	4,3	7,7	0,0	5,5
	Добровольно незанятый	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4
	Неработающий инвалид	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Отпуск по уходу за ребёнком	7,5	9,1	10,5	0,0	10,0	6,4	7,7	10,0	6,8
	Другое	2,2	0,0	0,0	9,1	10,0	0,0	0,0	10,0	0,0
		<i>Отец</i>								
	Работа	64,5	69,7	63,2	59,1	75,0	68,1	50,0	75,0	61,6

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
Учёба в вузе, техникуме, ПТУ	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Неоплачиваемый член семьи, помогающий в ведении частнопредпринимательской деятельности	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Безработный	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
Добровольно незанятый	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Неработающий инвалид	2,2	0,0	0,0	9,1	5,0	3,8	5,0	1,4		
Отпуск по уходу за ребёнком	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другое	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
6 В какой отрасли народного хозяйства работают родители ребёнка?										
		<i>Мать</i>								
Промышленность	9,7	9,1	15,8	0,0	5,0	6,4	19,2	5,0	11,0	
Сельское хозяйство	1,1	0,0	0,0	4,5	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0	
Строительство	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
Транспорт	2,2	0,0	2,6	4,5	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
Связь	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение, сбыт и заготовки	23,7	33,3	18,4	18,2	20,0	27,7	19,2	20,0	24,7	
Жилищно-коммунальное хозяйство, производственные виды бытового обслуживания населения	5,4	9,1	5,3	0,0	5,0	2,1	11,5	5,0	5,5	
Здравоохранение, физическая культура, соц. обеспечение	15,1	18,2	7,9	22,7	25,0	10,6	15,4	25,0	12,3	
Образование	6,5	3,0	2,6	18,2	10,0	6,4	3,8	10,0	5,5	
Культура и искусство	1,1	3,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0	
Наука и научное обслуживание	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Кредитование, финансы и страхование	5,4	3,0	7,9	4,5	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8	
Аппарат органов управления	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
Другие отрасли	7,5	6,1	7,9	9,1	10,0	8,5	3,8	10,0	6,8	
		<i>Отец</i>								
Промышленность	14,0	6,1	28,9	0,0	10,0	14,9	15,4	10,0	15,1	
Сельское хозяйство	2,2	3,0	0,0	4,5	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
Лесное хозяйство	4,3	0,0	0,0	18,2	15,0	2,1	0,0	15,0	1,4	
Строительство	8,6	18,2	5,3	0,0	0,0	12,8	7,7	0,0	11,0	
Транспорт	5,4	6,1	5,3	4,5	0,0	8,5	3,8	0,0	6,8	
Связь	1,1	3,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0	
Торговля и общественное питание, материально-техническое снабжение, сбыт и заготовки	5,4	9,1	0,0	9,1	15,0	4,3	0,0	15,0	2,7	
Информационно-вычислительное обслуживание	1,1	3,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0	
Жилищно-коммунальное хозяйство, непроизводственные виды бытового обслуживания населения	5,4	6,1	2,6	9,1	0,0	4,3	11,5	0,0	6,8	
Здравоохранение, физическая культура, соц. обеспечение	1,1	0,0	0,0	4,5	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0	
Образование	2,2	0,0	0,0	9,1	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
Кредитование, финансы и страхование	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Аппарат органов управления	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другие отрасли	5,4	6,1	5,3	4,5	10,0	4,3	3,8	10,0	4,1	
7 Родители ребёнка являются:										
		<i>Мать</i>								
Наёмным работником	79,6	84,8	76,3	77,3	85,0	80,9	73,1	85,0	78,1	
Работодателем	5,4	9,1	5,3	0,0	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8	
		<i>Отец</i>								
Наёмным работником	50,5	57,6	44,7	50,0	50,0	55,3	42,3	50,0	50,7	
Работодателем	8,6	9,1	10,5	4,5	15,0	8,5	3,8	15,0	6,8	
8 Рабочий день родителей ребёнка составляет:										
		<i>Мать</i>								
Менее 8 часов	11,8	21,2	5,3	9,1	15,0	14,9	3,8	15,0	11,0	
8 часов	45,2	48,5	42,1	45,5	45,0	42,6	50,0	45,0	45,2	
Более 8 часов	30,1	24,2	34,2	31,8	30,0	29,8	30,8	30,0	30,1	
		<i>Отец</i>								
Менее 8 часов	5,4	9,1	2,6	4,5	0,0	8,5	3,8	0,0	6,8	
8 часов	33,3	33,3	31,6	36,4	40,0	38,3	19,2	40,0	31,5	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	III...IV	
Более 8 часов	25,8	27,3	26,3	22,7	40,0	21,3	23,1	40,0	21,9	
9 Занимаются ли родители ребёнка спортом или физкультурой?										
		<i>Мать</i>								
Да	24,7	21,2	21,1	36,4	50,0	21,3	11,5	50,0	17,8	
Нет	71,0	72,7	76,3	59,1	45,0	74,5	84,6	45,0	78,1	
		<i>Отец</i>								
Да	24,7	33,3	15,8	27,3	30,0	27,7	15,4	30,0	23,3	
Нет	43,0	33,3	50,0	45,5	50,0	42,6	38,5	50,0	41,1	
10 Оценка состояния здоровья родителей ребёнка										
		<i>Мать</i>								
Хорошее	22,6	39,4	13,2	13,6	20,0	21,3	26,9	20,0	23,3	
Удовлетворительное	72,0	57,6	78,9	81,8	80,0	70,2	69,2	80,0	69,9	
Плохое	4,3	3,0	5,3	4,5	0,0	6,4	3,8	0,0	5,5	
		<i>Отец</i>								
Хорошее	17,2	27,3	13,2	9,1	25,0	17,0	11,5	25,0	15,1	
Удовлетворительное	51,6	45,5	50,0	63,6	60,0	55,3	38,5	60,0	49,3	
Плохое	1,1	0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
11 Курит ли кто-нибудь в семье?										
Отец	34,4	36,4	39,5	22,7	30,0	36,2	34,6	30,0	35,6	
Мать	8,6	9,1	13,2	0,0	10,0	10,6	3,8	10,0	8,2	
Другие родственники	14,0	6,1	13,2	27,3	15,0	10,6	19,2	15,0	13,7	
Никто	47,3	48,5	44,7	50,0	45,0	48,9	46,2	45,0	47,9	
12 Приходится ли ребёнку часто бывать в помещении, где курит?										
Да	12,9	21,2	13,2	0,0	10,0	19,1	3,8	10,0	13,7	
Нет	86,0	75,8	86,8	100,0	90,0	78,7	96,2	90,0	84,9	
13 Употребляют ли в семье алкогольные напитки?										
		<i>Мать</i>								
Не употребляет	30,1	36,4	26,3	27,3	25,0	31,9	30,8	25,0	31,5	
Иногда	34,4	33,3	28,9	45,5	35,0	36,2	30,8	35,0	34,2	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
Редко	30,1	24,2	36,8	27,3	40,0	23,4	34,6	40,0	27,4	0,0
Часто	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Отец</i>										
Не употребляет	8,6	12,1	7,9	4,5	5,0	8,5	11,5	5,0	9,6	0,0
Иногда	32,3	30,3	34,2	31,8	55,0	21,3	34,6	55,0	26,0	0,0
Редко	23,7	21,2	21,1	31,8	25,0	31,9	7,7	25,0	23,3	0,0
Часто	1,1	0,0	0,0	4,5	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	0,0
<i>Другие родственники</i>										
Не употребляет	12,9	18,2	15,8	0,0	10,0	14,9	11,5	10,0	13,7	0,0
Иногда	18,3	9,1	21,1	27,3	20,0	17,0	19,2	20,0	17,8	0,0
Редко	8,6	12,1	7,9	4,5	10,0	6,4	11,5	10,0	8,2	0,0
Часто	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	0,0
14 Если члены семьи употребляют алкогольные напитки, то в каком объеме?										
<i>Мать</i>										
Менее 0,5 литра в неделю	51,6	60,6	44,7	50,0	70,0	51,1	38,5	70,0	46,6	0,0
От 0,5 до 1,5 литра в неделю	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	0,0
Свыше 1,5 литра в неделю	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Отец</i>										
Менее 0,5 литра в неделю	40,9	39,4	44,7	36,4	55,0	40,4	30,8	55,0	37,0	0,0
От 0,5 до 1,5 литра в неделю	7,5	12,1	5,3	4,5	10,0	6,4	7,7	10,0	6,8	0,0
Свыше 1,5 литра в неделю	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
<i>Другие родственники</i>										
Менее 0,5 литра в неделю	24,7	27,3	23,7	22,7	20,0	29,8	19,2	20,0	26,0	0,0
От 0,5 до 1,5 литра в неделю	2,2	0,0	5,3	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	0,0
Свыше 1,5 литра в неделю	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV	
ДОХОДЫ, БЛАГОСОСТОЯНИЕ СЕМЬИ											
15	Среднемесячный доход на одного члена семьи										
	Среднее значение, руб.	6571	7194	7021	5234	7868	6632	5511	7868		6259
16	Какая часть доходов семьи уходит... (средняя доля от всего дохода семьи, %)										
	На питание	47	48	46	47	49	49	42	49		47
	На выплаты (за квартиру, за электричество, за газ, за детский сад и др.)	30	26	33	30	37	27	30	37		28
	Прочее	18	21	16	18	22	17	16	22		17
17	Считаете ли Вы, что доходы Вашей семьи										
	Достаточно для нормальной жизни	11,8	15,2	15,8	0,0	10,0	14,9	7,7	10,0		12,3
	Достаточно при определённых условиях	20,4	21,2	21,1	18,2	25,0	19,1	19,2	25,0		19,2
	Недостаточно	39,8	30,3	36,8	59,1	45,0	40,4	34,6	45,0		38,4
	Совершенно недостаточно	24,7	30,3	21,1	22,7	20,0	21,3	34,6	20,0		26,0
18	Оцените, пожалуйста, возможности удовлетворения потребности Вашей семьи исходя из её совокупного дохода										
	Денег вполне достаточно, чтобы ни в чём себе не отказывать	5,4	3,0	10,5	0,0	5,0	6,4	3,8	5,0		5,5
	Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать на потом	63,4	66,7	60,5	63,6	70,0	61,7	61,5	70,0		61,6
	Денег хватает только на приобретение продуктов питания	16,1	18,2	15,8	13,6	0,0	19,1	23,1	0,0		20,5
	Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги	7,5	3,0	5,3	18,2	20,0	4,3	3,8	20,0		4,1
	Загрудаюсь ответить	6,5	9,1	7,9	0,0	5,0	6,4	7,7	5,0		6,8
19	Оцените, пожалуйста, социальное положение своей семьи										
	Высокое	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0		1,4
	Выше среднего	5,4	6,1	7,9	0,0	10,0	4,3	3,8	10,0		4,1
	Среднее	55,9	57,6	50,0	63,6	70,0	48,9	57,7	70,0		52,1
	Ниже среднего	28,0	27,3	31,6	22,7	15,0	29,8	34,6	15,0		31,5
	Низкое	7,5	9,1	2,6	13,6	5,0	10,6	3,8	5,0		8,2

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
ЖИЛИЩНЫЕ УСЛОВИЯ										
20	Оценка жилищных условий семьи									
	Хорошие	25,8	30,3	21,1	27,3	25,0	27,7	23,1	25,0	26,0
	Удовлетворительные	65,6	63,6	68,4	63,6	70,0	66,0	61,5	70,0	64,4
	Плохие	7,5	6,1	7,9	9,1	5,0	6,4	11,5	5,0	8,2
	Очень плохие	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
21	Если условия неудовлетворительные, то в чём это выражается?									
	Жильё холодное, пользуемся обогревательными приборами	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	14,3
	Жильё холодное, не пользуемся обогревательными приборами	12,5	0,0	0,0	50,0	0,0	0,0	25,0	0,0	14,3
	Жильё слишком влажное	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Тесное жильё	75,0	50,0	75,0	100,0	100,0	33,3	100,0	100,0	71,4
	Недостаточно освещённое	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	33,3	0,0	0,0	14,3
	Неудовлетворительное водоснабжение	37,5	50,0	0,0	100,0	100,0	0,0	50,0	100,0	28,6
	Неудовлетворительное санитарное состояние жилья	12,5	50,0	0,0	0,0	0,0	0,0	25,0	0,0	14,3
	Жильё в аварийном состоянии	25,0	0,0	0,0	100,0	100,0	0,0	25,0	100,0	14,3
	Другое	25,0	100,0	0,0	0,0	0,0	33,3	25,0	0,0	28,6
22	Жилищные условия ребёнка									
	Отдельная комната	51,6	51,5	57,9	40,9	60,0	51,1	46,2	60,0	49,3
	Постоянное место в общей комнате с родителями	16,1	21,2	10,5	18,2	15,0	14,9	19,2	15,0	16,4
	Постоянное место в общей комнате с братом, сестрой		24,2	31,6	31,8	25,0	27,7	34,6	25,0	30,1
	Постоянное место в общей комнате с бабушкой, дедушкой	2,2	3,0	0,0	4,5	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
	Не имеет постоянного места	1,1	0,0	0,0	4,5	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4
ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ УСЛОВИЯ										
23	Оцените, пожалуйста, экологические условия в районе проживания Вашей семьи									
	Хорошие	8,6	3,0	10,5	13,6	10,0	10,6	3,8	10,0	8,2
	Удовлетворительные	63,4	63,6	57,9	72,7	70,0	59,6	65,4	70,0	61,6

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Районы				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III-IV	IV	I	II	III-IV	IV
Плохие	21,5	27,3	21,1	13,6	15,0	25,5	19,2	15,0	23,3				
Очень плохие	4,3	3,0	7,9	0,0	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1				
Затрудняюсь ответить	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	2,7				
24 Если условия неблагоприятные, то в чём это выражается?													
Плохое качество питьевой воды	62,5	80,0	36,4	100,0	50,0	64,3	66,7	50,0	65,0				
Загрязнённый воздух	87,5	70,0	100,0	100,0	100,0	78,6	100,0	100,0	85,0				
Загрязнённая почва (свалки, мусор)	45,8	50,0	36,4	66,7	50,0	42,9	50,0	50,0	45,0				
Повышенный уровень шума	66,7	70,0	63,6	66,7	50,0	64,3	83,3	50,0	70,0				
Отсутствие зелени, парка	37,5	20,0	45,5	66,7	25,0	35,7	50,0	25,0	40,0				
Нет мест для игр детей	45,8	30,0	54,5	66,7	75,0	35,7	50,0	75,0	40,0				
Близость автомагистралей	45,8	40,0	36,4	100,0	75,0	35,7	50,0	75,0	40,0				
Другое	8,3	20,0	0,0	0,0	0,0	7,1	16,7	0,0	10,0				
25 Если Вас не удовлетворяет качество питьевой воды, пользуетесь ли Вы?													
Фильтрами для воды	57,6	50,0	42,9	80,0	100,0	33,3	66,7	100,0	48,1				
Покупаем воду	27,3	43,8	14,3	10,0	16,7	20,0	41,7	16,7	29,6				
Берем воду из скважины	12,1	12,5	0,0	20,0	16,7	6,7	16,7	16,7	11,1				
Используем воду из-под крана	21,2	12,5	57,1	10,0	16,7	40,0	0,0	16,7	22,2				
Другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
26 Если Вы проживаете в районе с загрязненным воздухом, пользуетесь ли Вы?													
Ничем не пользуемся	93,1	100,0	86,7	100,0	83,3	100,0	87,5	83,3	95,7				
УХОД ЗА РЕБЁНКОМ													
27 Посещает ли ребёнок школу?													
Да	96,8	97,0	94,7	100,0	100,0	97,9	92,3	100,0	95,9				
обычную общеобразовательную	80,6	51,5	94,7	100,0	85,0	78,7	80,8	85,0	79,5				
специализированную, гимназию и т.п.	14,0	39,4	0,0	0,0	15,0	14,9	11,5	15,0	13,7				
гимназический класс в общеобразовательной школе	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7				
класс компенсирующего обучения	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
Нет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
28 Как Вы считаете, достаточно ли Ваш ребёнок подготовлен для обучения в школе?													
Да	50,5	54,5	39,5	63,6	60,0	51,1	42,3	60,0	47,9				

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
		39,4	42,1	22,7						35,0	36,2	38,5	35,0	37,0
Скорее да	36,6	39,4	42,1	22,7	35,0	36,2	38,5	35,0	37,0	
Скорее нет	7,5	0,0	13,2	9,1	5,0	8,5	7,7	5,0	8,2	
Нет	2,2	3,0	0,0	4,5	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
29 Как учится ребёнок?										
Отлично	3,2	3,0	2,6	4,5	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1	
Хорошо	44,1	39,4	39,5	59,1	65,0	44,7	26,9	65,0	38,4	
Удовлетворительно	48,4	54,5	52,6	31,8	35,0	42,6	69,2	35,0	52,1	
Неудовлетворительно	3,2	3,0	2,6	4,5	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1	
30 Как Вы считаете, Ваш ребёнок учится										
В полную меру своих способностей	10,8	12,1	5,3	18,2	15,0	10,6	7,7	15,0	9,6	
Не полностью реализует свой потенциал, может учиться лучше	74,2	66,7	78,9	77,3	80,0	76,6	65,4	80,0	72,6	
Совершенно не проявляет интереса к обучению	10,8	18,2	7,9	4,5	5,0	10,6	15,4	5,0	12,3	
Затрудняюсь ответить	3,2	3,0	5,3	0,0	0,0	2,1	7,7	0,0	4,1	
31 Если ребёнок в школе не успевает, с чем Вы связываете его неуспеваемость?										
С состоянием здоровья	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
С семейными обстоятельствами	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Сложная учебная программа	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Затянувшийся период адаптации к школе	33,3	0,0	0,0	100,0	0,0	33,3	0,0	0,0	33,3	
Другое	66,7	100,0	100,0	0,0	0,0	66,7	0,0	0,0	66,7	
32 Довольны Вы ли качеством обучения Вашего ребёнка?										
Да	35,5	30,3	31,6	50,0	50,0	40,4	15,4	50,0	31,5	
Нет	12,9	15,2	13,2	9,1	5,0	14,9	15,4	5,0	15,1	
Затрудняюсь ответить	48,4	54,5	50,0	36,4	45,0	42,6	61,5	45,0	49,3	
33 Как Вы считаете, устаёт ли Ваш ребёнок к концу дня?										
Нет, он (она) и вечером бодр и активен	8,6	6,1	7,9	13,6	15,0	2,1	15,4	15,0	6,8	
Не устаёт, так как отдыхает днём	4,3	0,0	10,5	0,0	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1	
Очень устаёт к концу дня	19,4	27,3	10,5	22,7	15,0	21,3	19,2	15,0	20,5	
Чаще всего устаёт к концу недели	25,8	33,3	23,7	18,2	30,0	34,0	7,7	30,0	24,7	
Бывает по-разному	41,9	33,3	47,4	45,5	35,0	38,3	53,8	35,0	43,8	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья							
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV			
34 Есть ли у ребёнка оборудованное место для обучения, выполнения школьных заданий?													
Да	94,6	97,0	92,1	95,5	95,0	93,6	96,2	95,0	95,0	94,5			
Нет	4,3	0,0	7,9	4,5	5,0	6,4	0,0	5,0	5,0	4,1			
35 Сколько времени занимает у ребёнка подготовка домашних заданий (в среднем в день)?													
Полчаса	11,8	12,1	13,2	9,1	10,0	12,8	11,5	10,0	10,0	12,3			
Час	22,6	33,3	21,1	9,1	25,0	25,5	15,4	25,0	25,0	21,9			
Больше часа	65,6	54,5	65,8	81,8	65,0	61,7	73,1	65,0	65,0	65,8			
36 Посещает ли ребёнок учреждение дополнительного образования?													
Да	38,7	54,5	26,3	36,4	50,0	46,8	15,4	50,0	50,0	35,6			
Нет	59,1	45,5	71,1	59,1	40,0	53,2	84,6	40,0	40,0	64,4			
37 Если не посещает, то почему?													
Считаете, что в этом нет необходимости	10,9	6,7	11,1	15,4	0,0	16,0	9,1	0,0	0,0	12,8			
Не хватает времени у ребёнка	34,5	46,7	37,0	15,4	50,0	32,0	31,8	50,0	50,0	31,9			
Не хватает времени у родителей	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
Учреждения дополнительного образования расположены далеко от дома	16,4	20,0	11,1	23,1	37,5	12,0	13,6	37,5	37,5	12,8			
Нет денег для оплаты занятий	27,3	26,7	40,7	0,0	0,0	36,0	27,3	0,0	0,0	31,9			
Нет учреждений дополнительного образования	9,1	0,0	3,7	30,8	12,5	4,0	13,6	12,5	12,5	8,5			
Другие причины	9,1	20,0	7,4	0,0	0,0	16,0	4,5	0,0	0,0	10,6			
38 Проявляются ли у Вашего ребёнка особые способности (увлечения)?													
Да	72,0	66,7	65,8	90,9	90,0	63,8	73,1	90,0	90,0	67,1			
рисует	25,8	33,3	21,1	22,7	35,0	19,1	30,8	35,0	35,0	23,3			
лепит (пластлин, глина)	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0	1,4			
пишет стихи, рассказы	3,2	3,0	5,3	0,0	10,0	0,0	3,8	10,0	10,0	1,4			
сочиняет музыку, играет на музыкальных инструментах	1,1	0,0	2,6	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	5,0	0,0			
увлекается спортом	30,1	30,3	23,7	40,9	45,0	23,4	30,8	45,0	45,0	26,0			
любит точные науки (математику, физику)	8,6	9,1	2,6	18,2	15,0	8,5	3,8	15,0	15,0	6,8			
увлекается иностранными языками	7,5	15,2	5,3	0,0	5,0	12,8	0,0	5,0	5,0	8,2			
любит рукоделие (вяжет, шьёт)	8,6	0,0	13,2	13,6	10,0	6,4	11,5	10,0	10,0	8,2			
Другие увлечения	9,7	12,1	2,6	18,2	5,0	10,6	11,5	5,0	5,0	11,0			

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV	
Нет, не проявляются	21,5	21,2	28,9	9,1	5,0	27,7	23,1	5,0	26,0	
39 Гуляет ли ребёнок на воздухе каждый день?										
Да	81,7	63,6	89,5	95,5	80,0	83,0	80,8	80,0	82,2	
Нет	18,3	36,4	10,5	4,5	20,0	17,0	19,2	20,0	17,8	
40 Занимается ли ребёнок утренней зарядкой (гимнастикой)?										
Ежедневно	5,4	6,1	2,6	9,1	15,0	4,3	0,0	15,0	2,7	
3-4 раза в неделю	5,4	3,0	2,6	13,6	15,0	2,1	3,8	15,0	2,7	
1-2 раза в неделю	17,2	15,2	21,1	13,6	20,0	12,8	23,1	20,0	16,4	
Нет	72,0	75,8	73,7	63,6	50,0	80,9	73,1	50,0	78,1	
41 Занимаетесь ли Вы утренней зарядкой (гимнастикой) вместе с ребёнком?										
Да	19,2	0,0	30,0	25,0	30,0	22,2	0,0	30,0	12,5	
Нет	80,8	100,0	70,0	75,0	70,0	77,8	100,0	70,0	87,5	
42 Проводите ли Вы с ребёнком какие-либо дополнительные закаливающие процедуры?										
Да	8,6	18,2	2,6	4,5	10,0	12,8	0,0	10,0	8,2	
Нет	90,3	81,8	97,4	90,9	85,0	87,2	100,0	85,0	91,8	
43 Как регулярно ребёнок играет в спортивные игры, активно отдыхает?										
Регулярно в течение года	32,3	27,3	28,9	45,5	45,0	25,5	34,6	45,0	28,8	
Время от времени	30,1	27,3	34,2	27,3	30,0	25,5	38,5	30,0	30,1	
Редко	29,0	27,3	31,6	27,3	25,0	36,2	19,2	25,0	30,1	
Другое	5,4	15,2	0,0	0,0	0,0	8,5	3,8	0,0	6,8	
44 Используете ли Вы выходные дни, отпуск для отдыха с детьми?										
		<i>Выходные дни</i>								
Да, как правило, всей семьёй	22,6	33,3	10,5	27,3	35,0	25,5	7,7	35,0	19,2	
Да, как правило, мать с детьми	21,5	18,2	26,3	18,2	15,0	21,3	26,9	15,0	23,3	
Да, как правило, отец с детьми	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Стараясь, но не всегда получается	41,9	33,3	52,6	36,4	40,0	36,2	53,8	40,0	42,5	
Другое	4,3	9,1	0,0	4,5	0,0	6,4	3,8	0,0	5,5	
		<i>Отпуск</i>								
Да, как правило, всей семьёй	34,4	42,4	26,3	36,4	55,0	36,2	15,4	55,0	28,8	
Да, как правило, мать с детьми	17,2	21,2	15,8	13,6	5,0	23,4	15,4	5,0	20,5	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
Да, как правило, отец с детьми	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Стараемся, но не всегда получается	33,3	24,2	42,1	31,8	30,0	27,7	46,2	30,0	34,2
Другое	3,2	6,1	0,0	4,5	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1
45 Как организован летний отдых ребёнка?									
Ездит в детский лагерь, санаторий за городом, на дачу, в деревню	62,4	66,7	71,1	40,9	70,0	59,6	61,5	70,0	60,3
Посещает городской лагерь	8,6	6,1	2,6	22,7	20,0	6,4	3,8	20,0	5,5
Ездим к морю, «на юг»	23,7	42,4	13,2	13,6	20,0	27,7	19,2	20,0	24,7
Большую часть времени проводит дома	23,7	18,2	23,7	31,8	10,0	27,7	26,9	10,0	27,4
46 Любит ли ребёнок бывать на природе (в лесу, на речке, на даче)?									
Да	92,5	90,9	92,1	95,5	95,0	91,5	92,3	95,0	91,8
Нет	6,5	6,1	7,9	4,5	0,0	8,5	7,7	0,0	8,2
47 Проводите ли Вы досуг вместе с ребёнком?									
Да	82,8	87,9	73,7	90,9	85,0	87,2	73,1	85,0	82,2
мы ходим в кино, на концерты, в театры	24,7	24,2	36,8	4,5	15,0	31,9	19,2	15,0	27,4
мы ходим в музеи	5,4	3,0	10,5	0,0	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8
мы ходим вместе в походы	21,5	24,2	7,9	40,9	35,0	21,3	11,5	35,0	17,8
мы обсуждаем прочитанные книги, фильмы, интересующие ребёнка темы	30,1	30,3	23,7	40,9	30,0	36,2	19,2	30,0	30,1
мы вместе проводим отпуск, выходные дни	61,3	66,7	52,6	68,2	70,0	55,3	65,4	70,0	58,9
мы вместе занимаемся спортом	8,6	12,1	5,3	9,1	15,0	8,5	3,8	15,0	6,8
Нет	14,0	9,1	21,1	9,1	15,0	10,6	19,2	15,0	13,7
48 Есть ли у ребёнка друзья?									
Да, среди его сверстников	94,6	97,0	92,1	95,5	95,0	93,6	96,2	95,0	94,5
Да, среди старших по возрасту	35,5	27,3	55,3	13,6	20,0	36,2	46,2	20,0	39,7
Да, среди младших по возрасту	20,4	24,2	23,7	9,1	20,0	21,3	19,2	20,0	20,5
Он предпочитает общаться со взрослыми	5,4	9,1	2,6	4,5	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8
Нет	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
49 Как Ваш ребёнок относится к деньгам?									
Они его интересуют, он (она) хочет подрабатывать	47,3	39,4	44,7	63,6	55,0	44,7	46,2	55,0	45,2
Он (она) просит деньги на карманные расходы у Вас	51,6	60,6	55,3	31,8	35,0	51,1	65,4	35,0	56,2
Он (она) получает деньги за «хорошую учёбу», за «выполнение домашних дел»	2,2	0,0	2,6	4,5	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7
Он (она) не интересуется деньгами	8,6	6,1	5,3	18,2	20,0	4,3	7,7	20,0	5,5
Другое	3,2	6,1	2,6	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1
50 Какие из приведенных ниже высказываний относятся к Вашему ребёнку?									
Ребёнок не видит разницы между богатыми и бедными семьями	19,4	21,2	23,7	9,1	5,0	19,1	30,8	5,0	23,3
Иногда мне кажется, что он огорчен тем, что у нас нет достаточно денег	62,4	63,6	65,8	54,5	55,0	59,6	73,1	55,0	64,4
Он (она) обсуждает с нами вопрос почему есть богатые и бедные	20,4	18,2	13,2	36,4	30,0	19,1	15,4	30,0	17,8
Он (она) с пренебрежением относится к людям с меньшими доходами, меньшими материальными возможностями	1,1	0,0	2,6	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0
Другое	4,3	9,1	0,0	4,5	5,0	6,4	0,0	5,0	4,1
51 Всегда ли ребёнок обсуждает с Вами свои проблемы?									
Всегда	36,6	33,3	28,9	54,5	40,0	40,4	26,9	40,0	35,6
Иногда	50,5	57,6	52,6	36,4	50,0	46,8	57,7	50,0	50,7
Очень редко	9,7	9,1	13,2	4,5	5,0	10,6	11,5	5,0	11,0
Никогда	2,2	0,0	2,6	4,5	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4
52 Оцените взаимоотношения между членами Вашей семьи									
Дружные без ссор	28,0	24,2	21,1	45,5	55,0	21,3	19,2	55,0	20,5
Дружные с редкими ссорами	63,4	66,7	65,8	54,5	35,0	72,3	69,2	35,0	71,2
Частые ссоры	4,3	3,0	7,9	0,0	10,0	2,1	3,8	10,0	2,7
Напряженные без ссор	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
Другие	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья						
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV		
53	Бывают ли у Вас ссоры, периоды напряженных отношений с ребёнком?											
	Часто	5,4	9,1	5,3	0,0	5,0	4,3	7,7	5,0	5,5		
	Иногда	33,3	30,3	39,5	27,3	10,0	38,3	42,3	10,0	39,7		
	Очень редко	46,2	42,4	39,5	63,6	65,0	40,4	42,3	65,0	41,1		
	Никогда	15,1	18,2	15,8	9,1	20,0	17,0	7,7	20,0	13,7		
54	Сколько времени в сутки в среднем Вы уделяете ребёнку?											
	От 6 до 12 часов	9,7	6,1	7,9	18,2	10,0	12,8	3,8	10,0	9,6		
	От 3 до 6 часов	46,2	39,4	47,4	54,5	55,0	40,4	50,0	55,0	43,8		
	Менее 3 часов	38,7	48,5	36,8	27,3	35,0	42,6	34,6	35,0	39,7		
55	Какие Вы видите проблемы, связанные с воспитанием и развитием ребёнка в семье?											
	Отсутствие необходимых ребёнку врачей-специалистов	10,8	0,0	13,2	22,7	15,0	10,6	7,7	15,0	9,6		
	Недостаток внимания со стороны мед. персонала	7,5	6,1	10,5	4,5	10,0	10,6	0,0	10,0	6,8		
	Недостаток знаний у родителей для дальнейшего развития ребёнка	6,5	3,0	5,3	13,6	5,0	8,5	3,8	5,0	6,8		
	Недостаток знаний по воспитанию ребёнка	10,8	9,1	13,2	9,1	20,0	6,4	11,5	20,0	8,2		
	Отсутствие времени для занятий с ребёнком	35,5	42,4	28,9	36,4	50,0	25,5	42,3	50,0	31,5		
	Отсутствие детских учреждений дополнительного образования	9,7	6,1	5,3	22,7	15,0	10,6	3,8	15,0	8,2		
	Неудовлетворительные жилищные условия	8,6	9,1	10,5	4,5	0,0	10,6	11,5	0,0	11,0		
	Отсутствие денег на приобретение личных вещей для ребёнка	23,7	15,2	34,2	18,2	20,0	27,7	19,2	20,0	24,7		
	Отсутствие денег на полноценное питание ребёнка	12,9	12,1	7,9	22,7	5,0	14,9	15,4	5,0	15,1		
	Отсутствие денег на покупку игрушек, игр, книг	12,9	9,1	21,1	4,5	0,0	14,9	19,2	0,0	16,4		
	Отсутствие денег на посещение платных специалистов	22,6	12,1	28,9	27,3	20,0	19,1	30,8	20,0	23,3		
	Отсутствие денег на покупку лекарств для ребёнка	10,8	9,1	15,8	4,5	0,0	14,9	11,5	0,0	13,7		
	Отсутствие взаимопонимания между ребёнком и родителями	4,3	6,1	5,3	0,0	5,0	2,1	7,7	5,0	4,1		
	Другие проблемы	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7		

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	II...IV		
ПИТАНИЕ										
56	Сколько раз в день ребёнок ест горячую пищу (супы, вторые блюда)?									
	1 раз	5,4	3,0	10,5	0,0	10,6	0,0	0,0	6,8	
	2 раза	37,6	42,4	31,6	40,9	40,4	30,8	40,0	37,0	
	3 раза	43,0	42,4	47,4	36,4	40,4	50,0	40,0	43,8	
	4 раза	11,8	9,1	10,5	18,2	8,5	15,4	15,0	11,0	
57	Всегда ли ребёнок завтракает утром?									
	Всегда	64,5	69,7	50,0	81,8	63,8	61,5	70,0	63,0	
	Иногда	24,7	24,2	36,8	4,5	23,4	30,8	20,0	26,0	
	Очень редко	6,5	3,0	5,3	13,6	10,0	4,3	7,7	5,5	
	Никогда	4,3	3,0	7,9	0,0	8,5	0,0	0,0	5,5	
58	Как часто ребёнок ест следующие продукты питания?									
<i>Мясо, мясные продукты</i>										
	Ежедневно	47,3	42,4	44,7	59,1	65,0	42,6	42,3	65,0	42,5
	3-4 раза в неделю	29,0	30,3	23,7	36,4	30,0	29,8	26,9	30,0	28,8
	1-2 раза в неделю	15,1	12,1	23,7	4,5	0,0	19,1	19,2	0,0	19,2
	1-2 раза в месяц	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
	Реже	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
	Не употребляет	2,2	6,1	0,0	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4
<i>Рыба</i>										
	Ежедневно	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	3-4 раза в неделю	4,3	3,0	5,3	4,5	10,0	4,3	0,0	10,0	2,7
	1-2 раза в неделю	45,2	45,5	34,2	63,6	45,0	46,8	42,3	45,0	45,2
	1-2 раза в месяц	25,8	24,2	23,7	31,8	35,0	21,3	26,9	35,0	23,3
	Реже	8,6	12,1	10,5	0,0	0,0	8,5	15,4	0,0	11,0

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
		9,1	21,1	0,0	0,0	5,0	17,0	7,7	5,0	13,7
Не употребляет	11,8									
<i>Яйца</i>										
Ежедневно	3,2	0,0	5,3	4,5	5,0	0,0	7,7	5,0	2,7	
3-4 раза в неделю	30,1	30,3	26,3	36,4	35,0	27,7	30,8	35,0	28,8	
1-2 раза в неделю	48,4	48,5	44,7	54,5	45,0	53,2	42,3	45,0	49,3	
1-2 раза в месяц	6,5	9,1	5,3	4,5	10,0	8,5	0,0	10,0	5,5	
Реже	4,3	3,0	7,9	0,0	5,0	2,1	7,7	5,0	4,1	
Не употребляет	5,4	6,1	7,9	0,0	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8	
<i>Молочные продукты</i>										
Ежедневно	54,8	66,7	57,9	31,8	55,0	51,1	61,5	55,0	54,8	
3-4 раза в неделю	20,4	18,2	18,4	27,3	15,0	27,7	11,5	15,0	21,9	
1-2 раза в неделю	18,3	12,1	15,8	31,8	30,0	17,0	11,5	30,0	15,1	
1-2 раза в месяц	2,2	0,0	2,6	4,5	0,0	0,0	7,7	0,0	2,7	
Реже	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Не употребляет	2,2	0,0	2,6	4,5	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
<i>Крупяные изделия</i>										
Ежедневно	23,7	21,2	28,9	18,2	25,0	19,1	30,8	25,0	23,3	
3-4 раза в неделю	35,5	27,3	26,3	63,6	45,0	29,8	38,5	45,0	32,9	
1-2 раза в неделю	22,6	33,3	21,1	9,1	20,0	27,7	15,4	20,0	23,3	
1-2 раза в месяц	8,6	15,2	2,6	9,1	5,0	12,8	3,8	5,0	9,6	
Реже	3,2	0,0	7,9	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
Не употребляет	2,2	0,0	5,3	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
<i>Овощи</i>										
Ежедневно	51,6	51,5	47,4	59,1	45,0	59,6	42,3	45,0	53,4	
3-4 раза в неделю	24,7	21,2	28,9	22,7	40,0	23,4	15,4	40,0	20,5	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	И	II	III+IV	I	II...IV	
1-2 раза в неделю	14,0	15,2	15,8	9,1	10,0	10,6	23,1	10,0	15,1	
1-2 раза в месяц	4,3	6,1	0,0	9,1	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1	
Реже	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
Не употребляет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<i>Фрукты</i>										
Ежедневно	57,0	63,6	57,9	45,5	55,0	53,2	65,4	55,0	57,5	
3-4 раза в неделю	20,4	15,2	21,1	27,3	25,0	27,7	3,8	25,0	19,2	
1-2 раза в неделю	14,0	12,1	15,8	13,6	10,0	12,8	19,2	10,0	15,1	
1-2 раза в месяц	5,4	6,1	0,0	13,6	10,0	4,3	3,8	10,0	4,1	
Реже	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
Не употребляет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
<i>Соки</i>										
Ежедневно	22,6	21,2	23,7	22,7	45,0	19,1	11,5	45,0	16,4	
3-4 раза в неделю	28,0	27,3	31,6	22,7	25,0	27,7	30,8	25,0	28,8	
1-2 раза в неделю	19,4	12,1	18,4	31,8	15,0	23,4	15,4	15,0	20,5	
1-2 раза в месяц	17,2	24,2	10,5	18,2	10,0	21,3	15,4	10,0	19,2	
Реже	3,2	6,1	0,0	4,5	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
Не употребляет	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
<i>Хлебобулочные изделия</i>										
Ежедневно	87,1	84,8	84,2	95,5	90,0	80,9	96,2	90,0	86,3	
3-4 раза в неделю	7,5	6,1	10,5	4,5	5,0	12,8	0,0	5,0	8,2	
1-2 раза в неделю	3,2	6,1	2,6	0,0	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
1-2 раза в месяц	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Реже	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Не употребляет	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья									
		Вологда		Череповец		Районы		I		II		III+IV		V...IV	
		Среднее	Станд.	Среднее	Станд.	Среднее	Станд.	Среднее	Станд.	Среднее	Станд.	Среднее	Станд.	Среднее	Станд.
<i>Сладости</i>															
	Ежедневно	51,6		60,6	39,5	59,1	45,0	55,3	50,0	45,0	53,4				
	3-4 раза в неделю	33,3		18,2	47,4	31,8	50,0	29,8	26,9	50,0	28,8				
	1-2 раза в неделю	9,7		15,2	7,9	4,5	5,0	12,8	7,7	5,0	11,0				
	1-2 раза в месяц	1,1		0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4				
	Реже	1,1		0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4				
	Не употребляет	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
59	Считаете ли Вы, что питание ребёнка организовано хорошо?														
	Да	50,5		45,5	60,5	40,9	50,0	53,2	46,2	50,0	50,7				
	Нет, так как:	46,2		54,5	34,2	54,5	45,0	46,8	46,2	45,0	46,6				
	в магазине нет нужных продуктов	1,1		0,0	0,0	4,5	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4				
	у Вас не хватает времени на приготовление пищи	1,1		0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4				
	в школе питание организовано плохо	10,8		9,1	7,9	18,2	10,0	12,8	7,7	10,0	11,0				
	вынуждены ограничивать ребёнка в некоторых продуктах питания в связи с отклонениями в состоянии здоровья	2,2		0,0	0,0	9,1	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7				
	вынуждены ограничивать ребёнка в некоторых продуктах питания в связи с недостатком денег на их приобретение	15,1		12,1	7,9	31,8	15,0	12,8	19,2	15,0	15,1				
	ребёнок отказывается от употребления некоторых продуктов питания	33,3		39,4	28,9	31,8	20,0	31,9	46,2	20,0	37,0				
	не соблюдает режим питания	20,4		33,3	15,8	9,1	25,0	17,0	23,1	25,0	19,2				
60	Каким образом питается ребёнок в школе?														
	Берёт еду с собой из дома	0,0		0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0				
	Покупает горячий обед	35,5		42,4	23,7	45,5	45,0	27,7	42,3	45,0	32,9				
	Покупает булочки, пирожки в буфете	38,7		36,4	44,7	31,8	30,0	44,7	34,6	30,0	41,1				

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
Покупает сухарики, чипсы	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Не питается в школе	10,8	3,0	18,4	9,1	10,0	12,8	7,7	10,0	11,0	
Другое	11,8	12,1	10,5	13,6	15,0	10,6	11,5	15,0	11,0	
61	Какими правилами Вы руководствуетесь при организации питания ребёнка?									
Учитываем содержание белков, жиров, углеводов	14,0	27,3	10,5	0,0	10,0	12,8	19,2	10,0	15,1	
Стараемся употреблять больше овощей и фруктов	63,4	54,5	65,8	72,7	65,0	68,1	53,8	65,0	63,0	
Стараемся употреблять больше морепродуктов	11,8	18,2	5,3	13,6	15,0	12,8	7,7	15,0	11,0	
Используем йодированную соль	41,9	51,5	39,5	31,8	55,0	44,7	26,9	55,0	38,4	
Соблюдаем режим питания, правила приёма пищи (есть не менее 4 раз в день, есть не спеша, тщательно пережевывать пищу и т.д.)	25,8	18,2	21,1	45,5	55,0	21,3	11,5	55,0	17,8	
Соблюдаем оздоровительную диету, рекомендованную врачом	6,5	12,1	2,6	4,5	0,0	4,3	15,4	0,0	8,2	
Следим за маркировкой, сроком годности употребляемых продуктов	57,0	60,6	57,9	50,0	55,0	59,6	53,8	55,0	57,5	
Стараемся употреблять натуральные продукты (без добавок, красителей и т.п.)	58,1	66,7	55,3	50,0	65,0	61,7	46,2	65,0	56,2	
Употребляем продукты надёжных, проверенных производителей	53,8	69,7	44,7	45,5	60,0	48,9	57,7	60,0	52,1	
Не следим за питанием ребёнка	4,3	6,1	2,6	4,5	10,0	0,0	7,7	10,0	2,7	
62	Оцените, пожалуйста, обеспеченность ребёнка необходимыми продуктами питания									
Хорошая	33,3	36,4	31,6	31,8	40,0	31,9	30,8	40,0	31,5	
Удовлетворительная	57,0	51,5	60,5	59,1	50,0	59,6	57,7	50,0	58,9	
Плохая	4,3	3,0	2,6	9,1	5,0	2,1	7,7	5,0	4,1	
Очень плохая	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Затрудняюсь ответить	4,3	6,1	5,3	0,0	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
63	Даете ли Вы ребёнку витамины?								
	25,8	24,2	23,7	31,8	40,0	21,3	23,1	40,0	21,9
	51,6	51,5	55,3	45,5	40,0	55,3	53,8	40,0	54,8
	21,5	21,2	21,1	22,7	20,0	23,4	19,2	20,0	21,9
	ЗДОРОВЬЕ РЕБЕНКА НА 15-М ГОДУ ЖИЗНИ								
64	Как Вы считаете, по своему физическому развитию ребёнок								
	73,1	78,8	73,7	63,6	75,0	72,3	73,1	75,0	72,6
	12,9	6,1	15,8	18,2	0,0	14,9	19,2	0,0	16,4
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	8,6	12,1	5,3	9,1	15,0	10,6	0,0	15,0	6,8
	5,4	3,0	5,3	9,1	10,0	2,1	7,7	10,0	4,1
65	Как Вы считаете, нервно-психическое развитие ребёнка.								
	86,0	78,8	89,5	90,9	85,0	83,0	92,3	85,0	86,3
	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
	2,2	6,1	0,0	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4
	7,5	9,1	5,3	9,1	10,0	6,4	7,7	10,0	6,8
66	Как Вы оцениваете здоровье своего ребёнка?								
	33,3	36,4	28,9	36,4	50,0	31,9	23,1	50,0	28,8
	63,4	60,6	65,8	63,6	50,0	66,0	69,2	50,0	67,1
	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
67	Если ребёнок нездоров, то укажите какие именно заболевания и состояния Вас беспокоят								
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
Физическое развитие ребёнка не соответствует возрасту	100,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0	100,0
Нервно-психическое развитие ребёнка не соответствует возрасту	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
68	Обращаетесь ли Вы к врачу в связи с этими заболеваниями?								
Да	97,0	100,0	100,0	87,5	80,0	100,0	100,0	80,0	100,0
Нет	3,0	0,0	0,0	12,5	20,0	0,0	0,0	20,0	0,0
69	Довольны ли Вы полученным лечением?								
Да	62,5	71,4	63,6	42,9	75,0	57,1	64,3	75,0	60,7
Нет	21,9	21,4	18,2	28,6	25,0	28,6	14,3	25,0	21,4
70	Если ребёнок обучается в школе, как изменилось состояние его здоровья за последний год?								
Улучшилось	8,6	6,1	5,3	18,2	15,0	6,4	7,7	15,0	6,8
Осталось прежним	76,3	81,8	78,9	63,6	85,0	78,7	65,4	85,0	74,0
Ухудшилось	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
Затрудняюсь ответить	9,7	9,1	10,5	9,1	0,0	4,3	26,9	0,0	12,3
71	Бывают ли у ребёнка								
<i>Головные боли (беспричинные, при волнении, после физической нагрузки, после посещения детского сада, школы)</i>									
Да	49,5	60,6	47,4	36,4	35,0	57,4	46,2	35,0	53,4
Нет	28,0	12,1	34,2	40,9	45,0	23,4	23,1	45,0	23,3
<i>Слезливость, частые колебания настроения, страхи</i>									
Да	16,1	27,3	10,5	9,1	15,0	21,3	7,7	15,0	16,4
Нет	46,2	30,3	57,9	50,0	55,0	42,6	46,2	55,0	43,8
<i>Слабость, утомляемость после занятий (в детском саду, школе дома)</i>									
Да	32,3	39,4	28,9	27,3	35,0	36,2	23,1	35,0	31,5
Нет	32,3	18,2	44,7	31,8	45,0	27,7	30,8	45,0	28,8

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
<i>Нарушения сна (долгое незаасыпание, чуткий сон, снохождение, ночное недержание мочи, трудное пробуждение по утрам)</i>									
Да	16,1	18,2	15,8	13,6	15,0	23,4	3,8	15,0	16,4
Нет	44,1	33,3	55,3	40,9	50,0	40,4	46,2	50,0	42,5
<i>Повышенная потливость или появление красных пятен при волнении</i>									
Да	4,3	9,1	2,6	0,0	5,0	6,4	0,0	5,0	4,1
Нет	52,7	39,4	63,2	54,5	60,0	51,1	50,0	60,0	50,7
<i>Головокружение, неустойчивость при перемене положения тела</i>									
Да	5,4	6,1	5,3	4,5	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8
Нет	52,7	39,4	63,2	54,5	65,0	53,2	42,3	65,0	49,3
<i>Обмороки</i>									
Да	3,2	6,1	2,6	0,0	5,0	0,0	7,7	5,0	2,7
Нет	53,8	39,4	65,8	54,5	60,0	57,4	42,3	60,0	52,1
<i>Двигательная расторможенность (не может долго усидеть на месте)</i>									
Да	4,3	3,0	5,3	4,5	10,0	4,3	0,0	10,0	2,7
Нет	52,7	42,4	63,2	50,0	55,0	53,2	50,0	55,0	52,1
<i>Навязчивые движения (теребит одежду, волосы, облизывает губы, грызет ногти, сосет палец, часто мигает, заикается)</i>									
Да	18,3	12,1	21,1	22,7	25,0	21,3	7,7	25,0	16,4
Нет	41,9	33,3	52,6	36,4	45,0	40,4	42,3	45,0	41,1
<i>Боли, неприятные ощущения в области сердца, перебои</i>									
Да	7,5	12,1	5,3	4,5	5,0	8,5	7,7	5,0	8,2
Нет	49,5	33,3	63,2	50,0	60,0	48,9	42,3	60,0	46,6
<i>Повышение артериального давления</i>									
Да	8,6	12,1	7,9	4,5	0,0	10,6	11,5	0,0	11,0
Нет	48,4	30,3	60,5	54,5	65,0	46,8	38,5	65,0	43,8

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
<i>Часто насморк (4 и более раз в год)</i>									
Да	24,7	18,2	26,3	31,8	20,0	21,3	34,6	20,0	26,0
Нет	39,8	33,3	47,4	36,4	50,0	42,6	26,9	50,0	37,0
<i>Часто кашель (4 и более раз в году)</i>									
Да	12,9	3,0	23,7	9,1	0,0	14,9	19,2	0,0	16,4
Нет	48,4	42,4	52,6	50,0	65,0	46,8	38,5	65,0	43,8
<i>Часто потеря голоса (4 и более раз в году)</i>									
Да	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Нет	57,0	45,5	68,4	54,5	65,0	57,4	50,0	65,0	54,8
<i>Боли в животе</i>									
Да	33,3	36,4	28,9	36,4	30,0	34,0	34,6	30,0	34,2
Нет	33,3	15,2	44,7	40,9	45,0	29,8	30,8	45,0	30,1
<i>Боли в животе после приёма пищи</i>									
Да	10,8	18,2	5,3	9,1	15,0	6,4	15,4	15,0	9,6
Нет	44,1	24,2	63,2	40,9	50,0	46,8	34,6	50,0	42,5
<i>Боли в животе до еды</i>									
Да	4,3	3,0	7,9	0,0	5,0	6,4	0,0	5,0	4,1
Нет	50,5	36,4	63,2	50,0	60,0	48,9	46,2	60,0	47,9
<i>Тошнота, отрыжка, изжога</i>									
Да	11,8	24,2	7,9	0,0	5,0	17,0	7,7	5,0	13,7
Нет	46,2	24,2	60,5	54,5	60,0	42,6	42,3	60,0	42,5
<i>Нарушения стула (запоры, поносы)</i>									
Да	12,9	12,1	15,8	9,1	10,0	17,0	7,7	10,0	13,7
Нет	44,1	30,3	52,6	50,0	55,0	40,4	42,3	55,0	41,1

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV	
		<i>Заболевания желудка, печени, кишечника</i>								
Да	9,7	21,2	5,3	0,0	0,0	6,4	23,1	0,0	12,3	
Нет	48,4	30,3	63,2	50,0	65,0	51,1	30,8	65,0	43,8	
		<i>Боли в пояснице</i>								
Да	7,5	9,1	7,9	4,5	5,0	4,3	15,4	5,0	8,2	
Нет	50,5	36,4	63,2	50,0	65,0	48,9	42,3	65,0	46,6	
		<i>Боли при мочеиспускании</i>								
Да	2,2	0,0	2,6	4,5	0,0	0,0	7,7	0,0	2,7	
Нет	53,8	42,4	65,8	50,0	65,0	53,2	46,2	65,0	50,7	
		<i>Реакция на какую-то пищу, запахи, цветы, пыль, лекарства (отеки, затрудненное дыхание, сыпь)</i>								
Да	7,5	9,1	7,9	4,5	5,0	6,4	11,5	5,0	8,2	
Нет	49,5	33,3	60,5	54,5	60,0	51,1	38,5	60,0	46,6	
		<i>Реакция на прививки (сыпь, отеки, затрудненное дыхание)</i>								
Да	2,2	0,0	5,3	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
Нет	53,8	42,4	63,2	54,5	65,0	53,2	46,2	65,0	50,7	
		<i>Проявления экссудативного диатеза (покраснение кожи, шелушение, экзема)</i>								
Да	7,5	9,1	7,9	4,5	5,0	10,6	3,8	5,0	8,2	
Нет	49,5	33,3	60,5	54,5	60,0	46,8	46,2	60,0	46,6	
72	Произошли ли какие-либо изменения в Вашей жизни, связанные с выявлением заболевания или серьезных нарушений в развитии ребёнка?									
Да	6,1	0,0	0,0	25,0	20,0	0,0	7,1	20,0	3,6	
Скорее, нет	12,1	14,3	0,0	25,0	40,0	7,1	7,1	40,0	7,1	
Нет	24,2	21,4	36,4	12,5	20,0	28,6	21,4	20,0	25,0	
73	С чем Вы связываете возникновение у ребёнка длительно продолжающихся болезней, недомоганий?									
Заболевание с рождения	21,2	14,3	36,4	12,5	0,0	21,4	28,6	0,0	25,0	
С плохим питанием	6,1	14,3	0,0	0,0	0,0	7,1	7,1	0,0	7,1	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
С плохим жильём	9,1	7,1	0,0	25,0	20,0	7,1	7,1	20,0	7,1	
С недостатком денег	9,1	7,1	0,0	25,0	20,0	7,1	7,1	20,0	7,1	
С окружающей средой	30,3	21,4	45,5	25,0	40,0	28,6	28,6	40,0	28,6	
Несоблюдение врачебных рекомендаций на первом, втором, третьем году жизни ребёнка	3,0	0,0	9,1	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	3,6	
Несвоевременное оказание ребёнку медицинской помощи	6,1	0,0	9,1	12,5	20,0	7,1	0,0	20,0	3,6	
Такие недомогания были у мамы, отца, других родственников	12,1	14,3	9,1	12,5	20,0	14,3	7,1	20,0	10,7	
После острого заболевания	6,1	0,0	9,1	12,5	20,0	7,1	0,0	20,0	3,6	
Несоблюдение режима дня ребёнка	9,1	14,3	9,1	0,0	20,0	7,1	7,1	20,0	7,1	
Отсутствие закапывающих процедур	12,1	0,0	18,2	25,0	40,0	14,3	0,0	40,0	7,1	
Плохие взаимоотношения в семье	3,0	0,0	0,0	12,5	0,0	0,0	7,1	0,0	3,6	
С большой учебной нагрузкой	18,2	14,3	9,1	37,5	60,0	7,1	14,3	60,0	10,7	
Не знаете, с чем связано	12,1	14,3	18,2	0,0	0,0	0,0	28,6	0,0	14,3	
Другое	6,1	14,3	0,0	0,0	0,0	7,1	7,1	0,0	7,1	
74 Как за последний год изменилось Ваше отношение к здоровью ребёнка ?										
Стали уделять больше внимания укреплению здоровья ребёнка, профилактике заболеваний	26,9	18,2	23,7	45,5	30,0	17,0	42,3	30,0	26,0	
Не изменилось, осталась прежним	62,4	72,7	60,5	50,0	65,0	70,2	46,2	65,0	61,6	
Стали уделять меньше внимания здоровью ребёнка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
75 В течение последнего года пытались ли Вы всерьёз										
<i>Улучшить качество питания ребёнка</i>										
Да, и нам это удалось	28,0	21,2	31,6	31,8	35,0	21,3	34,6	35,0	26,0	
Да, но нам это не удалось	22,6	24,2	21,1	22,7	35,0	21,3	15,4	35,0	19,2	
Нет, не пытались	16,1	21,2	18,4	4,5	5,0	23,4	11,5	5,0	19,2	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	II...IV	
<i>Улучшить условия жизни ребёнка</i>									
Да, и нам это удалось	25,8	21,2	31,6	22,7	20,0	31,9	19,2	20,0	27,4
Да, но нам это не удалось	20,4	21,2	18,4	22,7	20,0	27,7	7,7	20,0	20,5
Нет, не пытались	14,0	15,2	18,4	4,5	15,0	14,9	11,5	15,0	13,7
<i>Улучшить эмоциональный фон в семье</i>									
Да, и нам это удалось	31,2	36,4	26,3	31,8	35,0	29,8	30,8	35,0	30,1
Да, но нам это не удалось	11,8	18,2	10,5	4,5	15,0	12,8	7,7	15,0	11,0
Нет, не пытались	15,1	12,1	26,3	0,0	10,0	21,3	7,7	10,0	16,4
<i>Укрепить здоровье ребёнка</i>									
Да, и нам это удалось	32,3	27,3	36,8	31,8	40,0	25,5	38,5	40,0	30,1
Да, но нам это не удалось	16,1	15,2	18,4	13,6	15,0	14,9	19,2	15,0	16,4
Нет, не пытались	16,1	18,2	15,8	13,6	15,0	23,4	3,8	15,0	16,4
76 Укажите, пожалуйста, какие мероприятия для сохранения и укрепления здоровья ребёнка Вы проводите в настоящее время									
<i>Регулярные профилактические осмотры</i>									
Постоянно	33,3	42,4	23,7	36,4	35,0	34,0	30,8	35,0	32,9
Редко	34,4	21,2	44,7	36,4	30,0	38,3	30,8	30,0	35,6
Не проводим	5,4	3,0	2,6	13,6	10,0	6,4	0,0	10,0	4,1
<i>Обращаемся к врачу при первых признаках болезни</i>									
Постоянно	62,4	45,5	68,4	77,3	60,0	61,7	65,4	60,0	63,0
Редко	11,8	9,1	10,5	18,2	20,0	10,6	7,7	20,0	9,6
Не проводим	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4
<i>Закаливание</i>									
Постоянно	7,5	6,1	10,5	4,5	15,0	6,4	3,8	15,0	5,5
Редко	11,8	15,2	5,3	18,2	25,0	6,4	11,5	25,0	8,2
Не проводим	41,9	30,3	52,6	40,9	30,0	48,9	38,5	30,0	45,2

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	II...IV	
<i>Ежедневно делаем зарядку</i>									
Постоянно	5,4	3,0	2,6	13,6	15,0	4,3	0,0	15,0	2,7
Редко	12,9	12,1	15,8	9,1	20,0	8,5	15,4	20,0	11,0
Не проводим	40,9	30,3	50,0	40,9	40,0	46,8	30,8	40,0	41,1
<i>Ребёнок занимается спортом</i>									
Постоянно	30,1	30,3	28,9	31,8	55,0	25,5	19,2	55,0	23,3
Редко	23,7	18,2	26,3	27,3	20,0	27,7	19,2	20,0	24,7
Не проводим	20,4	21,2	23,7	13,6	10,0	25,5	19,2	10,0	23,3
<i>Правильное питание (есть не менее 3-х раз в день, должен быть хотя бы один приём горячей пищи, должны быть в питании овощи, мясо или рыба, крупы, молочные продукты, фрукты)</i>									
Постоянно	64,5	66,7	52,6	81,8	75,0	61,7	61,5	75,0	61,6
Редко	11,8	6,1	23,7	0,0	0,0	17,0	11,5	0,0	15,1
Не проводим	2,2	3,0	2,6	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4
<i>Соблюдение диеты</i>									
Постоянно	11,8	15,2	10,5	9,1	10,0	10,6	15,4	10,0	12,3
Редко	18,3	24,2	13,2	18,2	15,0	17,0	23,1	15,0	19,2
Не проводим	32,3	15,2	44,7	36,4	40,0	36,2	19,2	40,0	30,1
<i>Принимаем витамины, биодобавки</i>									
Постоянно	32,3	33,3	31,6	31,8	40,0	31,9	26,9	40,0	30,1
Редко	29,0	24,2	31,6	31,8	15,0	29,8	38,5	15,0	32,9
Не проводим	14,0	18,2	13,2	9,1	20,0	12,8	11,5	20,0	12,3
<i>Совершаем ежедневные прогулки</i>									
Постоянно	45,2	36,4	50,0	50,0	45,0	46,8	42,3	45,0	45,2
Редко	15,1	15,2	13,2	18,2	20,0	10,6	19,2	20,0	13,7
Не проводим	6,5	6,1	7,9	4,5	10,0	6,4	3,8	10,0	5,5

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
<i>По возможности оздоравливаем ребёнка в санатории, на курорте и т.д.</i>									
Постоянно	17,2	24,2	10,5	18,2	20,0	14,9	19,2	20,0	16,4
Редко	29,0	21,2	36,8	27,3	30,0	29,8	26,9	30,0	28,8
Не проводим	21,5	15,2	23,7	27,3	25,0	25,5	11,5	25,0	20,5
<i>Старается контролировать психическое состояние ребёнка</i>									
Постоянно	49,5	45,5	52,6	50,0	50,0	53,2	42,3	50,0	49,3
Редко	10,8	12,1	15,8	0,0	5,0	14,9	7,7	5,0	12,3
Не проводим	4,3	3,0	2,6	9,1	15,0	2,1	0,0	15,0	1,4
<i>Следим, чтобы ребёнок полноценно отдыхал после учебного дня</i>									
Постоянно	48,4	48,5	42,1	59,1	55,0	44,7	50,0	55,0	46,6
Редко	21,5	18,2	23,7	22,7	25,0	25,5	11,5	25,0	20,5
Не проводим	4,3	3,0	7,9	0,0	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1
77									
Что такое для Вас и Вашей семьи здоровый образ жизни?									
Регулярные занятия спортом, физической культурой	35,5	39,4	28,9	40,9	45,0	36,2	26,9	45,0	32,9
Здоровое питание	79,6	78,8	76,3	86,4	85,0	76,6	80,8	85,0	78,1
Отсутствие вредных привычек	79,6	75,8	73,7	95,5	75,0	80,9	80,8	75,0	80,8
Закаливание	11,8	9,1	13,2	13,6	20,0	12,8	3,8	20,0	9,6
Взаимопонимание всех членов семьи, отсутствие ссор и конфликтов	66,7	72,7	57,9	72,7	80,0	59,6	69,2	80,0	63,0
Регулярное посещение врачей и других мед. специалистов	16,1	12,1	15,8	22,7	10,0	17,0	19,2	10,0	17,8
Прогулки на свежем воздухе, за городом	58,1	60,6	63,2	45,5	55,0	59,6	57,7	55,0	58,9
Поездки в санатории, к морю	24,7	45,5	18,4	4,5	15,0	23,4	34,6	15,0	27,4

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
ОРГАНИЗАЦИЯ И КАЧЕСТВО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ВАШЕГО РЕБЁНКА										
78	Укажите, пожалуйста, где осуществляется медицинское наблюдение за Вашим ребёнком в настоящее время?									
	Детская поликлиника	87,1	100,0	84,2	72,7	80,0	91,5	84,6	80,0	89,0
	Больница	7,5	9,1	2,6	13,6	10,0	4,3	11,5	10,0	6,8
	Специализированный центр, диспансер	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Фельдшерский пункт	2,2	0,0	0,0	9,1	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7
	Другое	1,1	0,0	2,6	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0
79	Удовлетворены ли Вы медицинским обслуживанием Вашего ребёнка по месту жительства?									
	Да, полностью	30,1	33,3	31,6	22,7	40,0	25,5	30,8	40,0	27,4
	Да, частично	60,2	57,6	55,3	72,7	55,0	61,7	61,5	55,0	61,6
	Нет	4,3	6,1	2,6	4,5	5,0	6,4	0,0	5,0	4,1
80	Приходилось ли Вам в течение последнего года сталкиваться со следующими явлениями при посещении с ребёнком детских поликлиник?									
	<i>Очереди на приём к специалистам</i>									
	Часто	51,6	63,6	36,8	59,1	50,0	51,1	53,8	50,0	52,1
	Иногда	19,4	12,1	28,9	13,6	20,0	25,5	7,7	20,0	19,2
	Редко	8,6	6,1	13,2	4,5	10,0	10,6	3,8	10,0	8,2
	Никогда	6,5	6,1	7,9	4,5	10,0	2,1	11,5	10,0	5,5
	<i>Невозможность попасть на приём</i>									
	Часто	12,9	15,2	15,8	4,5	5,0	14,9	15,4	5,0	15,1
	Иногда	22,6	27,3	21,1	18,2	15,0	27,7	19,2	15,0	24,7
	Редко	17,2	12,1	13,2	31,8	30,0	19,1	3,8	30,0	13,7
	Никогда	19,4	12,1	23,7	22,7	30,0	12,8	23,1	30,0	16,4
	<i>Плохая организация работы регистратур</i>									
	Часто	4,3	6,1	5,3	0,0	0,0	6,4	3,8	0,0	5,5
	Иногда	26,9	36,4	28,9	9,1	20,0	36,2	15,4	20,0	28,8

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
Редко	16,1	15,2	15,8	18,2	5,0	17,0	23,1	5,0	19,2	
Никогда	20,4	9,1	18,4	40,9	45,0	12,8	15,4	45,0	13,7	
<i>Неудобный график работы специалистов</i>										
Часто	17,2	30,3	13,2	4,5	15,0	19,1	15,4	15,0	17,8	
Иногда	25,8	27,3	26,3	22,7	25,0	29,8	19,2	25,0	26,0	
Редко	18,3	18,2	13,2	27,3	30,0	14,9	15,4	30,0	15,1	
Никогда	14,0	3,0	21,1	18,2	15,0	10,6	19,2	15,0	13,7	
<i>Некомпетентность врача (недоверие к врачу)</i>										
Часто	2,2	6,1	0,0	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4	
Иногда	11,8	6,1	18,4	9,1	5,0	19,1	3,8	5,0	13,7	
Редко	19,4	18,2	21,1	18,2	20,0	25,5	7,7	20,0	19,2	
Никогда	35,5	33,3	31,6	45,5	50,0	23,4	46,2	50,0	31,5	
<i>Невысказанное отношение медработников</i>										
Часто	3,2	6,1	2,6	0,0	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
Иногда	15,1	15,2	15,8	13,6	20,0	19,1	3,8	20,0	13,7	
Редко	12,9	15,2	13,2	9,1	15,0	12,8	11,5	15,0	12,3	
Никогда	36,6	30,3	34,2	50,0	40,0	29,8	46,2	40,0	35,6	
<i>Хамство, неуважительное отношение медработников</i>										
Часто	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Иногда	10,8	18,2	10,5	0,0	0,0	19,1	3,8	0,0	13,7	
Редко	11,8	9,1	10,5	18,2	15,0	12,8	7,7	15,0	11,0	
Никогда	47,3	39,4	50,0	54,5	60,0	40,4	50,0	60,0	43,8	
<i>Опоздания, нерегламентированные перерывы в работе медработников</i>										
Часто	3,2	3,0	5,3	0,0	5,0	2,1	3,8	5,0	2,7	
Иногда	7,5	3,0	13,2	4,5	5,0	12,8	0,0	5,0	8,2	
Редко	22,6	21,2	21,1	27,3	35,0	21,3	15,4	35,0	19,2	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
Никогда	36,6	36,4	34,2	40,9	35,0	34,0	42,3	35,0	37,0
<i>Необходимость оплачивать услуги мед. учреждений, которые должны предоставляться бесплатно</i>									
Часто	5,4	3,0	10,5	0,0	5,0	8,5	0,0	5,0	5,5
Иногда	7,5	3,0	15,8	0,0	0,0	12,8	3,8	0,0	9,6
Редко	11,8	15,2	10,5	9,1	15,0	12,8	7,7	15,0	11,0
Никогда	44,1	39,4	36,8	63,6	60,0	36,2	46,2	60,0	39,7
<i>Вы пользовались платными услугами для ускорения диагностического обследования ребёнка</i>									
Часто	8,6	9,1	13,2	0,0	10,0	10,6	3,8	10,0	8,2
Иногда	16,1	3,0	31,6	9,1	15,0	23,4	3,8	15,0	16,4
Редко	15,1	21,2	13,2	9,1	15,0	10,6	23,1	15,0	15,1
Никогда	35,5	39,4	21,1	54,5	40,0	34,0	34,6	40,0	34,2
<i>Недостаток информации о работе специалистов, о том, к кому можно обратиться в случае заболевания ребёнка</i>									
Часто	7,5	6,1	7,9	9,1	10,0	10,6	0,0	10,0	6,8
Иногда	16,1	15,2	18,4	13,6	15,0	21,3	7,7	15,0	16,4
Редко	12,9	6,1	18,4	13,6	20,0	12,8	7,7	20,0	11,0
Никогда	34,4	36,4	31,6	36,4	35,0	29,8	42,3	35,0	34,2
<i>Отсутствие нужных специалистов</i>									
Часто	21,5	6,1	26,3	36,4	25,0	21,3	19,2	25,0	20,5
Иногда	16,1	18,2	13,2	18,2	20,0	21,3	3,8	20,0	15,1
Редко	21,5	15,2	28,9	18,2	25,0	19,1	23,1	25,0	20,5
Никогда	16,1	24,2	13,2	9,1	15,0	14,9	19,2	15,0	16,4
<i>Недостаточная оснащённость мед. учреждений оборудованием</i>									
Часто	22,6	9,1	18,4	50,0	30,0	21,3	19,2	30,0	20,5
Иногда	18,3	15,2	26,3	9,1	25,0	21,3	7,7	25,0	16,4
Редко	16,1	18,2	15,8	13,6	10,0	17,0	19,2	10,0	17,8
Никогда	11,8	15,2	13,2	4,5	10,0	6,4	23,1	10,0	12,3

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
	<i>Недостаток или дороговизна медикаментов</i>								
Часто	28,0	21,2	36,8	22,7	25,0	31,9	23,1	25,0	28,8
Иногда	22,6	24,2	18,4	27,3	30,0	27,7	7,7	30,0	20,5
Редко	10,8	3,0	15,8	13,6	20,0	8,5	7,7	20,0	8,2
Никогда	12,9	15,2	10,5	13,6	10,0	10,6	19,2	10,0	13,7
81	Укажите, какие проблемы, связанные со здоровьем и медицинским обслуживанием ребёнка, Вас беспокоят в настоящее время								
	<i>Недостаток знаний по уходу за больным ребёнком</i>								
Да	11,8	9,1	7,9	22,7	20,0	12,8	3,8	20,0	9,6
Нет	30,1	24,2	39,5	22,7	35,0	27,7	30,8	35,0	28,8
	<i>Недостаток времени для посещения лечебно-профилактических учреждений</i>								
Да	28,0	33,3	26,3	22,7	30,0	25,5	30,8	30,0	27,4
Нет	22,6	21,2	26,3	18,2	25,0	25,5	15,4	25,0	21,9
	<i>Дороговизна лекарственных препаратов</i>								
Да	50,5	51,5	50,0	50,0	60,0	51,1	42,3	60,0	47,9
Нет	9,7	9,1	13,2	4,5	10,0	8,5	11,5	10,0	9,6
	<i>Дороговизна средств ухода за ребёнком</i>								
Да	30,1	27,3	28,9	36,4	45,0	29,8	19,2	45,0	26,0
Нет	17,2	15,2	21,1	13,6	25,0	12,8	19,2	25,0	15,1
	<i>Не знаете, куда обратиться за консультацией по поводу отклонений в состоянии здоровья ребёнка</i>								
Да	12,9	15,2	7,9	18,2	5,0	23,4	0,0	5,0	15,1
Нет	35,5	36,4	42,1	22,7	50,0	27,7	38,5	50,0	31,5
	<i>Трудности с госпитализацией ребёнка в случае необходимости</i>								
Да	6,5	3,0	2,6	18,2	5,0	8,5	3,8	5,0	6,8
Нет	34,4	30,3	42,1	27,3	50,0	25,5	38,5	50,0	30,1

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
82	Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 (низкая) до 10 (высокая) степень доступности для Вас и Вашего ребёнка ряда нижеперечисленных условий, связанных с организацией медицинского наблюдения									
	<i>Возможность получения современного лабораторно-диагностического обследования</i>									
1 балл	3,2	3,0	0,0	9,1	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
2 балла	3,2	0,0	2,6	9,1	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
3 балла	7,5	9,1	5,3	9,1	5,0	10,6	3,8	5,0	8,2	
4 балла	5,4	3,0	10,5	0,0	5,0	4,3	7,7	5,0	5,5	
5 баллов	17,2	18,2	15,8	18,2	10,0	25,5	7,7	10,0	19,2	
6 баллов	3,2	3,0	5,3	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
7 баллов	7,5	3,0	7,9	13,6	5,0	6,4	11,5	5,0	8,2	
8 баллов	14,0	21,2	7,9	13,6	25,0	10,6	11,5	25,0	11,0	
9 баллов	6,5	6,1	10,5	0,0	0,0	8,5	7,7	0,0	8,2	
10 баллов	12,9	18,2	7,9	13,6	30,0	6,4	11,5	30,0	8,2	
<i>Средний балл</i>	<i>6,3</i>	<i>6,8</i>	<i>6,3</i>	<i>5,6</i>	<i>7,1</i>	<i>5,7</i>	<i>7,1</i>	<i>7,1</i>	<i>6,1</i>	
	<i>Доступность современной квалифицированной помощи врача-педиатра</i>									
3 балла	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
4 балла	6,5	3,0	5,3	13,6	10,0	6,4	3,8	10,0	5,5	
5 баллов	14,0	9,1	18,4	13,6	10,0	19,1	7,7	10,0	15,1	
7 баллов	5,4	0,0	7,9	9,1	10,0	6,4	0,0	10,0	4,1	
8 баллов	8,6	6,1	10,5	9,1	5,0	8,5	11,5	5,0	9,6	
9 баллов	11,8	15,2	7,9	13,6	15,0	8,5	15,4	15,0	11,0	
10 баллов	32,3	45,5	23,7	27,3	40,0	31,9	26,9	40,0	30,1	
<i>Средний балл</i>	<i>7,9</i>	<i>8,4</i>	<i>7,6</i>	<i>7,6</i>	<i>8,2</i>	<i>7,5</i>	<i>8,5</i>	<i>8,2</i>	<i>7,8</i>	
	<i>Доступность современной квалифицированной помощи врачей-специалистов</i>									
1 балл	7,5	6,1	13,2	0,0	5,0	12,8	0,0	5,0	8,2	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья					
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
		Вологда	Череповец	Череповец	Череповец	Череповец	Череповец	Череповец	Череповец	Череповец	
2 балла	5,4	0,0	5,3	13,6	15,0	4,3	0,0	15,0	2,7		
3 балла	7,5	3,0	7,9	13,6	5,0	2,1	19,2	5,0	8,2		
4 балла	9,7	12,1	5,3	13,6	5,0	14,9	3,8	5,0	11,0		
5 баллов	18,3	27,3	13,2	13,6	15,0	25,5	7,7	15,0	19,2		
6 баллов	8,6	9,1	7,9	9,1	15,0	4,3	11,5	15,0	6,8		
7 баллов	7,5	6,1	7,9	9,1	10,0	8,5	3,8	10,0	6,8		
8 баллов	8,6	9,1	10,5	4,5	5,0	8,5	11,5	5,0	9,6		
9 баллов	5,4	6,1	2,6	9,1	10,0	6,4	0,0	10,0	4,1		
10 баллов	5,4	9,1	5,3	0,0	10,0	2,1	7,7	10,0	4,1		
<i>Средний балл</i>	<i>5,3</i>	<i>5,9</i>	<i>5,0</i>	<i>4,9</i>	<i>5,6</i>	<i>5,0</i>	<i>5,8</i>	<i>5,6</i>	<i>5,2</i>		
<i>Доступность консультативной врачебной помощи по различным специальностям (невропатолог, хирург, аллерголог и др.)</i>											
1 балл	10,8	6,1	15,8	9,1	5,0	17,0	3,8	5,0	12,3		
2 балла	5,4	3,0	2,6	13,6	15,0	4,3	0,0	15,0	2,7		
3 балла	7,5	3,0	7,9	13,6	5,0	4,3	15,4	5,0	8,2		
4 балла	5,4	3,0	7,9	4,5	5,0	6,4	3,8	5,0	5,5		
5 баллов	18,3	24,2	21,1	4,5	5,0	27,7	11,5	5,0	21,9		
6 баллов	7,5	15,2	2,6	4,5	10,0	6,4	7,7	10,0	6,8		
7 баллов	6,5	15,2	0,0	4,5	5,0	8,5	3,8	5,0	6,8		
8 баллов	8,6	3,0	13,2	9,1	15,0	6,4	7,7	15,0	6,8		
9 баллов	6,5	6,1	2,6	13,6	10,0	6,4	3,8	10,0	5,5		
10 баллов	8,6	9,1	7,9	9,1	20,0	4,3	7,7	20,0	5,5		
<i>Средний балл</i>	<i>5,4</i>	<i>5,9</i>	<i>5,0</i>	<i>5,4</i>	<i>6,3</i>	<i>4,9</i>	<i>5,6</i>	<i>6,3</i>	<i>5,1</i>		
<i>Возможность своевременной госпитализации в случае необходимости</i>											
1 балл	2,2	3,0	0,0	4,5	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7		
2 балла	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7		

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
3 балла	4,3	3,0	0,0	13,6	10,0	4,3	0,0	10,0	2,7
4 балла	5,4	3,0	5,3	9,1	10,0	4,3	3,8	10,0	4,1
5 баллов	10,8	12,1	13,2	4,5	5,0	19,1	0,0	5,0	12,3
6 баллов	3,2	0,0	5,3	4,5	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1
7 баллов	5,4	6,1	5,3	4,5	10,0	4,3	3,8	10,0	4,1
8 баллов	11,8	9,1	15,8	9,1	5,0	12,8	15,4	5,0	13,7
9 баллов	7,5	6,1	10,5	4,5	15,0	4,3	7,7	15,0	5,5
10 баллов	20,4	18,2	18,4	27,3	30,0	14,9	23,1	30,0	17,8
<i>Средний балл</i>	<i>7,1</i>	<i>6,7</i>	<i>7,6</i>	<i>6,7</i>	<i>7,5</i>	<i>6,3</i>	<i>8,5</i>	<i>7,5</i>	<i>7,0</i>
<i>Обеспеченность необходимыми лекарственными препаратами (в том числе витаминами и медицинскими средствами)</i>									
1 балл	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
2 балла	1,1	0,0	0,0	4,5	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0
3 балла	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7
4 балла	7,5	6,1	10,5	4,5	5,0	8,5	7,7	5,0	8,2
5 баллов	20,4	12,1	26,3	22,7	20,0	29,8	3,8	20,0	20,5
6 баллов	5,4	6,1	2,6	9,1	5,0	4,3	7,7	5,0	5,5
7 баллов	8,6	9,1	7,9	9,1	15,0	8,5	3,8	15,0	6,8
8 баллов	10,8	9,1	5,3	22,7	5,0	12,8	11,5	5,0	12,3
9 баллов	10,8	15,2	7,9	9,1	25,0	6,4	7,7	25,0	6,8
10 баллов	14,0	18,2	15,8	4,5	15,0	12,8	15,4	15,0	13,7
<i>Средний балл</i>	<i>6,7</i>	<i>7,0</i>	<i>6,6</i>	<i>6,6</i>	<i>7,2</i>	<i>6,3</i>	<i>7,3</i>	<i>7,2</i>	<i>6,6</i>
<i>Информация по вопросам ухода за ребёнком в случаях заболевания</i>									
1 балл	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,2	0,0	0,0	1,4
3 балла	3,3	9,1	0,0	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,2
4 балла	6,5	9,1	2,7	9,1	10,0	6,5	3,8	10,0	5,6

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
		9,1	21,6	22,7	15,0						26,1	3,8	15,0	18,1
5 баллов	17,4	9,1	21,6	22,7	15,0	26,1	3,8	15,0	18,1	
6 баллов	5,4	3,0	10,8	0,0	5,0	8,7	0,0	5,0	5,6	
7 баллов	8,7	6,1	8,1	13,6	15,0	6,5	7,7	15,0	6,9	
8 баллов	5,4	6,1	5,4	4,5	10,0	4,3	3,8	10,0	4,2	
9 баллов	14,1	15,2	10,8	18,2	5,0	10,9	26,9	5,0	16,7	
10 баллов	21,7	24,2	21,6	18,2	35,0	19,6	15,4	35,0	18,1	
Средний балл	7,2	7,1	7,4	7,3	7,6	6,7	8,1	7,6	7,1	
83	Всегда ли при острых заболеваниях ребёнка или обострениях хронического заболевания Вы обращаетесь к медикам?									
Всегда	68,8	81,8	57,9	68,2	75,0	66,0	69,2	75,0	67,1	
Не всегда, сначала пытаетесь лечить ребёнка сами	23,7	15,2	31,6	22,7	20,0	27,7	19,2	20,0	24,7	
Только при тяжёлых состояниях ребёнка	2,2	0,0	2,6	4,5	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4	
84	Всегда ли Вы строго выполняете рекомендации врача, следуете назначенному специалистами курсу лечения или оздоровления ребёнка?									
Да, полностью и своевременно	66,7	66,7	57,9	81,8	85,0	55,3	73,1	85,0	61,6	
Да, время от времени	16,1	15,2	26,3	0,0	15,0	19,1	11,5	15,0	16,4	
Решаете в зависимости от степени тяжести заболевания ребёнка	11,8	15,2	5,3	18,2	0,0	21,3	3,8	0,0	15,1	
Не всегда доверяете врачу	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
85	Считаете ли Вы, что достаточно информированы о состоянии здоровья своего ребёнка?									
Да, полностью	47,3	45,5	50,0	45,5	50,0	40,4	57,7	50,0	46,6	
Да, частично	45,2	48,5	39,5	50,0	50,0	51,1	30,8	50,0	43,8	
Нет	3,2	6,1	0,0	4,5	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
86	Из какого источника (в наибольшей степени) Вы получаете знания об особенностях состояния здоровья и организации ухода за Вашим ребёнком?									
От врача	79,6	87,9	73,7	77,3	70,0	83,0	80,8	70,0	82,2	
От медсестры	12,9	3,0	21,1	13,6	10,0	19,1	3,8	10,0	13,7	
Из специальной литературы	19,4	24,2	15,8	18,2	30,0	17,0	15,4	30,0	16,4	
Из медицинской карты ребёнка	20,4	12,1	26,3	22,7	20,0	23,4	15,4	20,0	20,5	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	И	II	III+IV	I	II...IV	
Из других источников (знакомые, ТВ, радио, газеты)	9,7	12,1	7,9	9,1	20,0	6,4	7,7	20,0	6,8	
87 Хотите ли Вы получить информацию о здоровье и профилактике болезней Вашего ребёнка?										
Да	89,2	90,9	84,2	95,5	85,0	93,6	84,6	85,0	90,4	
Нет	3,2	0,0	5,3	4,5	10,0	2,1	0,0	10,0	1,4	
Затрудняюсь ответить	4,3	9,1	2,6	0,0	5,0	2,1	7,7	5,0	4,1	
88 Если да, то из какого источника Вы бы хотели получить информацию о здоровье и профилактике болезней Вашего ребёнка?										
Телевизионные и радиопередачи	22,9	26,7	18,8	23,8	23,5	20,5	27,3	23,5	22,7	
Газеты	10,8	13,3	9,4	9,5	5,9	11,4	13,6	5,9	12,1	
Родственники, друзья	3,6	3,3	6,3	0,0	0,0	4,5	4,5	0,0	4,5	
Листовки, брошюры, информационные стенды	15,7	23,3	9,4	14,3	11,8	20,5	9,1	11,8	16,7	
Телефоны «доверия»	8,4	6,7	6,3	14,3	11,8	9,1	4,5	11,8	7,6	
Школы здоровья	24,1	30,0	18,8	23,8	23,5	20,5	31,8	23,5	24,2	
Лекции	10,8	13,3	6,3	14,3	5,9	9,1	18,2	5,9	12,1	
Научно-популярные издания	15,7	30,0	6,3	9,5	17,6	15,9	13,6	17,6	15,2	
Медицинские работники	81,9	80,0	90,6	71,4	82,4	86,4	72,7	82,4	81,8	
89 Укажите, пожалуйста, в каких медико-социальных мероприятиях Вы и Ваш ребёнок нуждаетесь в настоящее время?										
Организация диетпитания	7,5	9,1	5,3	9,1	0,0	14,9	0,0	0,0	9,6	
Лечение ребёнка в условиях стационара	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
Санаторно-курортное лечение	33,3	33,3	28,9	40,9	20,0	34,0	42,3	20,0	37,0	
Помощь в устройстве ребёнка в детское дошкольное учреждение	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Организация консультаций у врачей специалистов	20,4	24,2	15,8	22,7	20,0	21,3	19,2	20,0	20,5	
Помощь в разрешении юридических проблем, связанных с особенностями состояния здоровья ребёнка	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Моральная и психологическая помощь	8,6	15,2	5,3	4,5	5,0	10,6	7,7	5,0	9,6	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV
Бесплатные лекарства	17,2	21,2	15,8	13,6	10,0	21,3	15,4	10,0	19,2
Другое	4,3	6,1	2,6	4,5	10,0	2,1	3,8	10,0	2,7
90	Оцените, пожалуйста, по шкале от 1 (низкая) до 10 (высокая) наиболее важные для Вас социальные ценности								
	<i>Семья</i>								
1	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
5	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4
7	1,1	0,0	2,6	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0
8	2,2	0,0	5,3	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4
9	6,5	0,0	13,2	4,5	0,0	10,6	3,8	0,0	8,2
10	76,3	90,9	60,5	81,8	85,0	74,5	73,1	85,0	74,0
<i>Средний балл</i>	<i>9,6</i>	<i>9,3</i>	<i>9,6</i>	<i>9,9</i>	<i>9,7</i>	<i>9,3</i>	<i>10,0</i>	<i>9,7</i>	<i>9,5</i>
	<i>Материальное благополучие</i>								
2	3,2	9,1	0,0	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1
5	2,2	0,0	5,3	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4
6	3,2	3,0	5,3	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1
7	7,5	6,1	10,5	4,5	15,0	6,4	3,8	15,0	5,5
8	22,6	12,1	39,5	9,1	25,0	23,4	19,2	25,0	21,9
9	8,6	18,2	2,6	4,5	5,0	8,5	11,5	5,0	9,6
10	43,0	51,5	18,4	72,7	40,0	42,6	46,2	40,0	43,8
<i>Средний балл</i>	<i>8,6</i>	<i>8,5</i>	<i>8,0</i>	<i>9,6</i>	<i>8,6</i>	<i>8,4</i>	<i>9,1</i>	<i>8,6</i>	<i>8,6</i>
	<i>Свое здоровье</i>								
1	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
3	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4
4	1,1	0,0	0,0	4,5	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0
5	2,2	3,0	0,0	4,5	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
6	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
7	3,2	3,0	0,0	9,1	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
8	9,7	6,1	15,8	4,5	10,0	8,5	11,5	10,0	9,6	
9	6,5	3,0	13,2	0,0	5,0	8,5	3,8	5,0	6,8	
10	64,5	78,8	47,4	72,7	70,0	61,7	65,4	70,0	63,0	
<i>Средний балл</i>	<i>9,1</i>	<i>9,1</i>	<i>9,1</i>	<i>9,1</i>	<i>9,3</i>	<i>8,8</i>	<i>9,5</i>	<i>9,3</i>	<i>9,0</i>	
<i>Здоровье ребѣнка</i>										
1	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
5	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
8	4,3	3,0	2,6	9,1	10,0	2,1	3,8	10,0	2,7	
9	3,2	0,0	7,9	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1	
10	81,7	87,9	73,7	86,4	85,0	80,9	80,8	85,0	80,8	
<i>Средний балл</i>	<i>9,6</i>	<i>9,2</i>	<i>9,8</i>	<i>9,8</i>	<i>9,8</i>	<i>9,4</i>	<i>9,9</i>	<i>9,8</i>	<i>9,6</i>	
<i>Друзья</i>										
1	2,2	0,0	5,3	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
2	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
3	3,2	6,1	2,6	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
4	3,2	0,0	2,6	9,1	10,0	2,1	0,0	10,0	1,4	
5	12,9	18,2	7,9	13,6	5,0	17,0	11,5	5,0	15,1	
6	5,4	3,0	5,3	9,1	10,0	6,4	0,0	10,0	4,1	
7	8,6	3,0	13,2	9,1	5,0	6,4	15,4	5,0	9,6	
8	16,1	18,2	15,8	13,6	10,0	19,1	15,4	10,0	17,8	
9	14,0	18,2	13,2	9,1	15,0	14,9	11,5	15,0	13,7	
10	10,8	15,2	7,9	9,1	20,0	10,6	3,8	20,0	8,2	
<i>Средний балл</i>	<i>7,1</i>	<i>7,3</i>	<i>6,9</i>	<i>6,9</i>	<i>7,7</i>	<i>6,9</i>	<i>6,8</i>	<i>7,7</i>	<i>6,9</i>	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	II...IV	
		Работа, карьера								
		<i>Работа, карьера</i>								
3	7,5	12,1	5,3	4,5	0,0	10,6	7,7	0,0	9,6	
4	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
5	3,2	3,0	5,3	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
6	5,4	3,0	2,6	13,6	10,0	2,1	7,7	10,0	4,1	
7	10,8	6,1	15,8	9,1	15,0	8,5	11,5	15,0	9,6	
8	22,6	24,2	26,3	13,6	20,0	27,7	15,4	20,0	23,3	
9	11,8	18,2	7,9	9,1	5,0	14,9	11,5	5,0	13,7	
10	21,5	27,3	10,5	31,8	35,0	23,4	7,7	35,0	17,8	
<i>Средний балл</i>	<i>7,8</i>	<i>7,9</i>	<i>7,4</i>	<i>8,2</i>	<i>8,5</i>	<i>7,8</i>	<i>7,1</i>	<i>8,5</i>	<i>7,6</i>	
		<i>Образование</i>								
1	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
3	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
4	1,1	0,0	0,0	4,5	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
5	3,2	3,0	2,6	4,5	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
6	8,6	9,1	13,2	0,0	5,0	10,6	7,7	5,0	9,6	
7	8,6	6,1	13,2	4,5	5,0	10,6	7,7	5,0	9,6	
8	16,1	27,3	5,3	18,2	15,0	19,1	11,5	15,0	16,4	
9	16,1	15,2	18,4	13,6	20,0	14,9	15,4	20,0	15,1	
10	23,7	27,3	15,8	31,8	30,0	23,4	19,2	30,0	21,9	
<i>Средний балл</i>	<i>8,1</i>	<i>8,2</i>	<i>7,8</i>	<i>8,5</i>	<i>8,6</i>	<i>8,0</i>	<i>8,1</i>	<i>8,6</i>	<i>8,0</i>	
		<i>Поездки, отдых</i>								
3	6,5	9,1	5,3	4,5	0,0	12,8	0,0	0,0	8,2	
4	2,2	0,0	2,6	4,5	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
		9,1	5,3	9,1	5,0	10,6	3,8	5,0	8,2	
5	7,5	9,1	5,3	9,1	5,0	10,6	3,8	5,0	8,2	
6	6,5	0,0	13,2	4,5	5,0	10,6	0,0	5,0	6,8	
7	15,1	9,1	18,4	18,2	10,0	19,1	11,5	10,0	16,4	
8	10,8	15,2	5,3	13,6	10,0	12,8	7,7	10,0	11,0	
9	15,1	21,2	10,5	13,6	35,0	10,6	7,7	35,0	9,6	
10	21,5	33,3	15,8	13,6	10,0	17,0	38,5	10,0	24,7	
<i>Средний балл</i>	<i>7,6</i>	<i>8,1</i>	<i>7,3</i>	<i>7,3</i>	<i>8,0</i>	<i>7,0</i>	<i>8,6</i>	<i>8,0</i>	<i>7,5</i>	
<i>Увлечения, хобби</i>										
1	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
2	2,2	0,0	5,3	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
3	3,2	3,0	0,0	9,1	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
4	6,5	9,1	5,3	4,5	10,0	6,4	3,8	10,0	5,5	
5	11,8	15,2	10,5	9,1	5,0	14,9	11,5	5,0	13,7	
6	16,1	6,1	23,7	18,2	15,0	21,3	7,7	15,0	16,4	
7	7,5	6,1	5,3	13,6	10,0	8,5	3,8	10,0	6,8	
8	15,1	21,2	10,5	13,6	10,0	14,9	19,2	10,0	16,4	
9	4,3	6,1	2,6	4,5	5,0	6,4	0,0	5,0	4,1	
10	10,8	15,2	10,5	4,5	20,0	4,3	15,4	20,0	8,2	
<i>Средний балл</i>	<i>6,6</i>	<i>6,8</i>	<i>6,5</i>	<i>6,3</i>	<i>7,1</i>	<i>6,1</i>	<i>7,4</i>	<i>7,1</i>	<i>6,4</i>	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV	
АНКЕТА ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ										
1	Показатели физического развития ребёнка (средние значения)									
	Рост (см)	162	161	166	160	159	163	162	159	163
	Вес (кг)	52	53	52	50	47	53	53	47	53
2	Комплексная оценка физического развития									
	Нормальное, соответствующее возрасту	74,2	66,7	84,2	68,2	95,0	74,5	57,7	95,0	68,5
	Дефицит массы тела 1 степени	7,5	0,0	7,9	18,2	0,0	6,4	15,4	0,0	9,6
	Дефицит массы тела 2 степени	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Избыток массы тела 1 степени	14,0	30,3	2,6	9,1	5,0	17,0	15,4	5,0	16,4
	Избыток массы тела 2 степени	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
3	Комплексная оценка нервно-психического развития ребёнка									
	Соответствует возрасту	96,8	90,9	100,0	100,0	95,0	97,9	96,2	95,0	97,3
	Отстаёт (не резко выраженное отставание)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Отстаёт (резко выраженное отставание)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Опережает возраст	1,1	3,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4
4	Кратность заболеваний на данном году жизни									
	Не болел	38,7	39,4	39,5	36,4	65,0	36,2	23,1	65,0	31,5
	Эпизодически (2 - 3 раза)	48,4	36,4	55,3	54,5	25,0	51,1	61,5	25,0	54,8
	Часто (4 - 5 раз)	9,7	18,2	5,3	4,5	5,0	10,6	11,5	5,0	11,0
	Очень часто (6 и более раз)	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5	Состоит ли ребёнок на диспансерном наблюдении									
	Да	32,3	39,4	28,9	27,3	0,0	17,0	84,6	0,0	41,1
	Нет	61,3	57,6	57,9	72,7	100,0	70,2	15,4	100,0	50,7
6	В каком возрасте выявлено заболевание, потребовавшее постановки ребёнка на диспансерное наблюдение?									
	Средний возраст	10,0	10,4	11,0	8,2	0,0	13,0	8,9	0,0	10,0
7	Общее число диспансерных наблюдений ребёнка врачом									
	Средний показатель	3,2	4,3	2,6	1,8	0,0	2,2	3,6	0,0	3,2

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
8	Сколько раз ребёнок был госпитализирован в стационар в период 15-го года жизни									
	1,8	1,0	5,0	1,0	0,0	3,0	1,0	0,0	0,0	1,8
9	Общая длительность пребывания в стационаре в каждом случае госпитализации									
	12,2	14,5	0,0	7,5	0,0	10,0	14,3	0,0	0,0	12,2
10	Укажите группу здоровья ребёнка									
	21,5	15,2	13,2	45,5	100,0	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0
	50,5	57,6	55,3	31,8	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	64,4
	26,9	27,3	28,9	22,7	0,0	0,0	96,2	0,0	0,0	34,2
	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	0,0	1,4
11	Как Вы в целом оцениваете семью данного ребёнка?									
	74,2	90,9	50,0	90,9	75,0	70,2	80,8	75,0	75,0	74,0
	6,5	9,1	2,6	9,1	0,0	6,4	11,5	0,0	0,0	8,2
	3,2	6,1	2,6	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	0,0	4,1
	4,3	6,1	2,6	4,5	0,0	4,3	7,7	0,0	0,0	5,5
	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
12	Какие медико-социальные мероприятия и лечебно-оздоровительные меры с Вашей точки зрения необходимы для укрепления и сохранения здоровья данного ребёнка?									
	18,3	21,2	15,8	18,2	0,0	14,9	38,5	0,0	0,0	23,3
	2,2	3,0	2,6	0,0	0,0	0,0	7,7	0,0	0,0	2,7
	37,6	39,4	26,3	54,5	10,0	25,5	80,8	10,0	10,0	45,2
	38,7	63,6	23,7	27,3	5,0	40,4	61,5	5,0	5,0	47,9
	3,2	0,0	7,9	0,0	0,0	0,0	11,5	0,0	0,0	4,1
	5,4	9,1	5,3	0,0	0,0	6,4	7,7	0,0	0,0	6,8
	5,4	3,0	5,3	9,1	0,0	4,3	11,5	0,0	0,0	6,8
	2,2	6,1	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	0,0	2,7

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	II...IV	
13	Есть ли сложности в организации медико-социальных мероприятий и лечебно-оздоровительных мер для укрепления и сохранения здоровья данного ребёнка?									
Да	9,7	3,0	15,8	9,1	0,0	4,3	26,9	0,0	12,3	
Нет	59,1	93,9	18,4	77,3	65,0	55,3	61,5	65,0	57,5	
14	Нуждается ли ребёнок в организации реабилитационного (восстановительного) лечения?									
Да	28,0	33,3	26,3	22,7	0,0	21,3	61,5	0,0	35,6	
Нет	54,8	57,6	44,7	68,2	85,0	55,3	30,8	85,0	46,6	
15	В каких видах восстановительного лечения нуждается ребёнок?									
Массаж	46,2	36,4	50,0	60,0	0,0	40,0	50,0	0,0	46,2	
Лечебная гимнастика	50,0	45,5	50,0	60,0	0,0	40,0	56,3	0,0	50,0	
Физиотерапия (УФО, электрофорез, электросон, аэроионизация, ингаляция)	19,2	18,2	30,0	0,0	0,0	20,0	18,8	0,0	19,2	
Фитотерапия	11,5	9,1	0,0	40,0	0,0	20,0	6,3	0,0	11,5	
Грязелечение, ванны	7,7	0,0	10,0	20,0	0,0	0,0	12,5	0,0	7,7	
Противовоспалительное, противорецидивное	26,9	9,1	30,0	60,0	0,0	10,0	37,5	0,0	26,9	
Сочетание методов	53,8	63,6	60,0	20,0	0,0	40,0	62,5	0,0	53,8	
Другое	7,7	18,2	0,0	0,0	0,0	10,0	6,3	0,0	7,7	
16	Есть ли сложности в организации восстановительного лечения данного ребёнка?									
Да	23,1	18,2	40,0	0,0	0,0	20,0	25,0	0,0	23,1	
Нет	69,2	81,8	50,0	80,0	0,0	80,0	62,5	0,0	69,2	
ОТВЕТЫ ДЕТЕЙ										
1	Интересно ли тебе учиться?									
Да, я учусь с интересом	54,3	58,8	36,8	77,3	60,0	48,9	57,7	60,0	52,1	
Мне всё равно, учиться или не учиться	16,0	17,6	18,4	9,1	10,0	21,3	11,5	10,0	17,8	
Мне не интересно, я учусь с неохотой, потому что заставляют родители	3,2	0,0	7,9	0,0	5,0	0,0	7,7	5,0	2,7	
Совершенно не нравится учиться	2,1	0,0	5,3	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
Затрудняюсь ответить	23,4	23,5	28,9	13,6	25,0	23,4	23,1	25,0	23,3	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья					
		Вологда		Районы		I	II	III+IV	I	II...IV	
		Череповец	Районы	Череповец	Районы						
2											
Какие оценки ты чаще получаешь?											
Только «5»	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
«4 и 5»	38,3	35,3	26,3	63,6	55,0	38,3	26,9	55,0	34,2	34,2	34,2
«4 и 3»	47,9	41,2	63,2	31,8	40,0	40,4	65,4	40,0	49,3	49,3	49,3
Больше «3»	12,8	20,6	10,5	4,5	5,0	19,1	7,7	5,0	15,1	15,1	15,1
Бывает «3 и 2»	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	1,4	1,4
3											
Почему тебе нравятся эти предметы?											
Меня интересует материал, который рассказывают на этом уроке	70,2	67,6	60,5	90,9	65,0	70,2	73,1	65,0	71,2	71,2	71,2
У меня хорошие оценки по этому предмету	30,9	29,4	42,1	13,6	25,0	34,0	30,8	25,0	32,9	32,9	32,9
Не задают домашнего задания	13,8	5,9	26,3	4,5	10,0	12,8	19,2	10,0	15,1	15,1	15,1
Нравится учитель (учительница)	22,3	26,5	26,3	9,1	10,0	27,7	23,1	10,0	26,0	26,0	26,0
Другое	2,1	5,9	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	2,7	2,7
4											
С каким настроением обычно ты идёшь в школу?											
Радостное	5,3	2,9	7,9	4,5	15,0	2,1	3,8	15,0	2,7	2,7	2,7
Спокойное, ровное	55,3	55,9	47,4	68,2	50,0	59,6	50,0	50,0	56,2	56,2	56,2
Грустное	3,2	2,9	5,3	0,0	10,0	0,0	3,8	10,0	1,4	1,4	1,4
Подавленное	2,1	2,9	2,6	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4	1,4	1,4
Всегда по-разному	34,0	35,3	36,8	27,3	20,0	36,2	42,3	20,0	38,4	38,4	38,4
Радостным											
Спокойным, ровным	33,0	38,2	23,7	40,9	50,0	25,5	30,8	50,0	27,4	27,4	27,4
Грустным	24,5	17,6	31,6	22,7	20,0	27,7	23,1	20,0	26,0	26,0	26,0
Подавленным	2,1	5,9	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	2,7	2,7
Всегда по-разному	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
5											
Сложнее ли тебе учиться в этом классе по сравнению с предыдущими?											
Сложнее	45,7	26,5	57,9	54,5	55,0	36,2	57,7	55,0	43,8	43,8	43,8

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
		11,8	2,6	0,0					
Легче	5,3	11,8	2,6	0,0	0,0	6,4	7,7	0,0	6,8
Так же	48,9	61,8	39,5	45,5	45,0	57,4	34,6	45,0	49,3
6 Если тебе стало сложнее учиться, то почему?									
Учебная программа стала сложнее, много времени приходится тратить на дополнительные занятия	72,1	44,4	77,3	83,3	72,7	76,5	66,7	72,7	71,9
Мне стало труднее общаться с одноклассниками	4,7	0,0	4,5	8,3	9,1	5,9	0,0	9,1	3,1
Ухудшились взаимоотношения с учителями	4,7	11,1	4,5	0,0	9,1	0,0	6,7	9,1	3,1
Стало не интересно учиться	2,3	0,0	4,5	0,0	0,0	5,9	0,0	0,0	3,1
Устаю чаще, чем в предыдущих классах	27,9	55,6	27,3	8,3	18,2	29,4	33,3	18,2	31,3
Другое	2,3	11,1	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	9,1	0,0
7 Интересуются ли родители твоими школьными делами?									
Да, почти каждый день	61,7	58,8	63,2	63,6	55,0	61,7	65,4	55,0	63,0
Да, иногда	36,2	38,2	34,2	36,4	45,0	34,0	34,6	45,0	34,2
Нет, хотя мне хотелось бы этого	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Нет	2,1	2,9	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7
8 Устаёшь ли ты в конце дня?									
Нет, мне и вечером не хочется спать, а хочется бодро двигаться, играть, общаться	29,8	14,7	28,9	54,5	40,0	19,1	42,3	40,0	27,4
Не устаю, так как люблю отдохнуть днём	10,6	14,7	5,3	13,6	15,0	8,5	11,5	15,0	9,6
Да, обычно мне хочется побыстрее лечь в постель, чтобы никого и ничего не слышать и не видеть	21,3	23,5	26,3	9,1	15,0	25,5	19,2	15,0	23,3
Чаще всего устаю к пятнице-субботе (хуже успеваю в школе, чувствую сонливость, слабость)	24,5	32,4	23,7	13,6	20,0	29,8	15,4	20,0	24,7
Бывает по-разному	11,7	14,7	10,5	9,1	10,0	14,9	7,7	10,0	12,3
9 Посещаешь ли ты какие-нибудь кружки, спортивные секции, дополнительные занятия в школе, досуговом центре, доме культуры и т.п.?									
Да	59,6	67,6	44,7	72,7	65,0	68,1	42,3	65,0	58,9
Кружки	13,8	17,6	7,9	18,2	15,0	17,0	7,7	15,0	13,7
спортивные секции	31,9	38,2	23,7	36,4	30,0	31,9	34,6	30,0	32,9
дополнительные занятия	21,3	44,1	7,9	9,1	20,0	31,9	3,8	20,0	21,9

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья			
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
Нет	38,3	32,4	52,6	22,7	30,0	29,8	57,7	30,0	39,7
10 Если ты не посещаешь никаких кружков, секций, дополнительных занятий, то почему?									
У меня нет времени	33,3	54,5	20,0	40,0	50,0	28,6	33,3	50,0	31,0
Не хочу ходить ни в какие кружки, секции	38,9	27,3	50,0	20,0	0,0	64,3	33,3	0,0	48,3
Нет интересного кружка, секции, куда хотел бы ходить	22,2	27,3	25,0	0,0	16,7	7,1	33,3	16,7	20,7
Родители считают, что в этом нет необходимости	2,8	9,1	0,0	0,0	0,0	0,0	6,7	0,0	3,4
Это слишком дорого для нашей семьи	2,8	0,0	5,0	0,0	0,0	7,1	0,0	0,0	3,4
Я устаю в школе, от домашних заданий – нет сил ни на какие дополнительные занятия	22,2	27,3	25,0	0,0	33,3	14,3	26,7	33,3	20,7
Другое	11,1	18,2	0,0	40,0	16,7	7,1	13,3	16,7	10,3
11 Какие кружки, дополнительные занятия, спортивные секции ты хотел (хотела) бы посещать?									
Кружки	13,8	11,8	15,8	13,6	15,0	17,0	7,7	15,0	13,7
Дополнительные занятия	9,6	14,7	10,5	0,0	5,0	12,8	7,7	5,0	11,0
Спортивные секции	24,5	26,5	26,3	18,2	35,0	21,3	19,2	35,0	20,5
12 Участвуешь ли ты в общественной жизни школы, класса?									
Активно участвую	34,0	32,4	28,9	45,5	50,0	23,4	42,3	50,0	30,1
Участвую, но редко	42,6	44,1	39,5	45,5	35,0	53,2	26,9	35,0	43,8
Выполняю разовые поручения	12,8	14,7	13,2	9,1	10,0	12,8	15,4	10,0	13,7
Не участвую	10,6	8,8	18,4	0,0	5,0	10,6	15,4	5,0	12,3
13 Ты уже задумывался о будущей профессии?									
Нет, не задумывался	11,7	14,7	13,2	4,5	5,0	10,6	19,2	5,0	13,7
Задумывался, но не определился	69,1	64,7	68,4	77,3	75,0	68,1	65,4	75,0	67,1
Точно знаю, кем хочу быть	19,1	20,6	18,4	18,2	20,0	21,3	15,4	20,0	19,2
14 Делаешь ли ты что-либо для получения будущей профессии?									
Да, читаю статьи, соответствующие будущей профессии	17,0	17,6	18,4	13,6	10,0	21,3	15,4	10,0	19,2
Да, смотрю телепередачи, соответствующие будущей профессии	17,0	8,8	23,7	18,2	30,0	10,6	19,2	30,0	13,7

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
		29,4	13,2	4,5						25,0	14,9	15,4	25,0	15,1
Да, посещаю дополнительные занятия	17,0	29,4	13,2	4,5	25,0	14,9	15,4	25,0	15,1	
Ничего не делаю, но с профессиональнейшей определился	17,0	26,5	10,5	13,6	15,0	19,1	11,5	15,0	16,4	
Нет, с профессиональнейшей не определился	43,6	35,3	47,4	50,0	35,0	42,6	53,8	35,0	46,6	
15 Есть ли у тебя друзья?										
Да, среди моих одноклассников, ребят моего возраста	95,7	97,1	92,1	100,0	95,0	97,9	96,2	95,0	97,3	
Да, среди младших по возрасту	35,1	38,2	34,2	31,8	45,0	38,3	23,1	45,0	32,9	
Да, среди ребят старше меня по возрасту	63,8	82,4	60,5	40,9	60,0	68,1	57,7	60,0	64,4	
Я предпочитаю общаться со взрослыми	3,2	5,9	2,6	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	
Нет	2,1	0,0	5,3	0,0	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4	
16 Кто твои друзья?										
Я с ними учусь в одном классе, школе	90,4	91,2	86,8	95,5	90,0	91,5	92,3	90,0	91,8	
Я вместе с ними посещаю кружки, секции, спортивные группы	33,0	38,2	28,9	31,8	45,0	31,9	26,9	45,0	30,1	
Мы живём в одном доме, дворе	41,5	41,2	44,7	36,4	35,0	42,6	46,2	35,0	43,8	
Твой вариант	18,1	35,3	13,2	0,0	10,0	17,0	23,1	10,0	19,2	
17 Сооришься ли ты с друзьями и одноклассниками?										
Да, часто	2,1	2,9	2,6	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0	0,0	
Да, время от времени	17,0	17,6	15,8	18,2	10,0	19,1	19,2	10,0	19,2	
Да, редко	61,7	64,7	63,2	54,5	50,0	70,2	53,8	50,0	64,4	
Нет, никогда не соориюсь	19,1	14,7	18,4	27,3	30,0	10,6	26,9	30,0	16,4	
18 Огорчаешься ли ты из-за ссор с друзьями и одноклассниками?										
Всегда	21,3	11,8	23,7	31,8	20,0	19,1	26,9	20,0	21,9	
Иногда	39,4	50,0	34,2	31,8	30,0	40,4	42,3	30,0	41,1	
Редко	23,4	26,5	23,7	18,2	25,0	27,7	15,4	25,0	23,3	
Никогда	14,9	11,8	18,4	13,6	20,0	12,8	15,4	20,0	13,7	
19 Ты считаешь, что твоё здоровье...										
Отличное	11,7	11,8	10,5	13,6	25,0	8,5	7,7	25,0	8,2	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
Хорошее	44,7	50,0	34,2	54,5	40,0	46,8	46,2	40,0	46,6	
Удовлетворительное	36,2	26,5	50,0	27,3	35,0	31,9	42,3	35,0	35,6	
Плохое	4,3	8,8	2,6	0,0	0,0	6,4	3,8	0,0	5,5	
Очень плохое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Затрудняюсь ответить	2,1	2,9	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
20 Часто ли ты болеешь в течение года?										
Не болею	12,8	11,8	13,2	13,6	25,0	6,4	15,4	25,0	9,6	
Иногда (2-3 раза)	73,4	67,6	73,7	81,8	65,0	78,7	73,1	65,0	76,7	
Часто (4-5 раз)	10,6	14,7	10,5	4,5	10,0	8,5	11,5	10,0	9,6	
Очень часто (6 и более раз)	3,2	5,9	2,6	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1	
21 Если ты заболел, то										
Родители сразу вызывают врача на дом, идёшь на больничный	56,4	47,1	71,1	45,5	55,0	59,6	50,0	55,0	56,2	
Сажу несколько дней дома, врача не вызываем	21,3	17,6	15,8	36,4	25,0	23,4	15,4	25,0	20,5	
Продолжаю посещать школу	10,6	17,6	7,9	4,5	10,0	12,8	7,7	10,0	11,0	
Другое	8,5	11,8	2,6	13,6	10,0	4,3	15,4	10,0	8,2	
22 Занимаешься ли ты утренней зарядкой?										
Ежедневно	6,4	11,8	2,6	4,5	10,0	6,4	3,8	10,0	5,5	
3 - 4 раза в неделю	10,6	8,8	5,3	22,7	20,0	6,4	11,5	20,0	8,2	
1 - 2 раза в неделю	17,0	11,8	18,4	22,7	25,0	21,3	3,8	25,0	15,1	
Нет	66,0	67,6	73,7	50,0	45,0	66,0	80,8	45,0	71,2	
23 Делают ли утреннюю зарядку вместе с тобой твои родители?										
Да, всегда	9,4	9,1	0,0	18,2	9,1	12,5	0,0	9,1	9,5	
Да, иногда	37,5	18,2	40,0	54,5	45,5	37,5	20,0	45,5	33,3	
Нет	50,0	63,6	60,0	27,3	45,5	43,8	80,0	45,5	52,4	
24 Как ты считаешь, что помогает сделать твой здоровье крепче?										
Занятия спортом, физической культурой	71,3	82,4	63,2	68,2	90,0	68,1	61,5	90,0	65,8	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:					Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV		
										III+IV	I	II...IV
Правильное питание (есть не менее 3-х раз в день, хотя бы один приём горячей пищи, должны быть в питании овощи, мясо или рыба, крупы, молочные продукты, фрукты)	47,9	50,0	55,3	31,8	40,0	53,2	42,3	40,0	49,3		
Приём витаминов	58,5	58,8	60,5	54,5	65,0	59,6	50,0	65,0	56,2		
Закаливание	17,0	5,9	26,3	18,2	30,0	14,9	11,5	30,0	13,7		
Регулярное посещение врачей и других медицинских специалистов	7,4	2,9	13,2	4,5	0,0	10,6	7,7	0,0	9,6		
Отсутствие вредных привычек (не курить, не употреблять алкоголь и наркотики)	51,1	50,0	50,0	54,5	55,0	53,2	46,2	55,0	50,7		
Взаимопонимание в семье, отсутствие ссор и конфликтов	29,8	26,5	34,2	27,3	25,0	34,0	26,9	25,0	31,5		
Дружелюбная обстановка в школе, хорошие отношения с одноклассниками, друзьями и учителями	28,7	29,4	34,2	18,2	25,0	31,9	26,9	25,0	30,1		
Поездки в санатории, к морю, в детские лагеря	23,4	29,4	15,8	27,3	25,0	27,7	15,4	25,0	23,3		
Прогулки на свежем воздухе, отдых на природе	58,5	67,6	44,7	68,2	65,0	57,4	57,7	65,0	57,5		
Отдых после учёбы	30,9	32,4	34,2	22,7	25,0	38,3	23,1	25,0	32,9		
Другое	2,1	5,9	0,0	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7		
25 Как ты узнаёшь о здоровом образе жизни?											
От родителей	76,6	76,5	78,9	72,7	65,0	78,7	80,8	65,0	79,5		
От учителей	37,2	17,6	47,4	50,0	35,0	40,4	34,6	35,0	38,4		
От друзей	20,2	23,5	28,9	0,0	15,0	31,9	3,8	15,0	21,9		
Из СМИ (ТВ, газеты, журналы и т.д.)	47,9	50,0	39,5	59,1	50,0	53,2	38,5	50,0	47,9		
От врачей и медицинских работников	46,8	41,2	55,3	40,9	45,0	55,3	34,6	45,0	47,9		
Другое	5,3	11,8	0,0	4,5	0,0	4,3	11,5	0,0	6,8		
Не знаю, что это такое	3,2	0,0	2,6	9,1	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7		
26 Что ты делаешь, чтобы сохранить своё здоровье?											
Занимаюсь спортом, посещаю спортивные секции, ДЮСШ	36,2	41,2	28,9	40,9	40,0	38,3	30,8	40,0	35,6		

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:					Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV		
Соблюдаю режим дня	16,0	14,7	18,4	13,6	15,0	14,9	19,2	15,0	16,4		
Сплю по 8 - 10 часов в сутки	34,0	35,3	34,2	31,8	35,0	34,0	34,6	35,0	34,2		
Закаливаюсь	5,3	5,9	7,9	0,0	5,0	6,4	3,8	5,0	5,5		
Хорошо питаюсь (ем мясо, рыбу, яйца, молочные продукты, овощи, фрукты)	60,6	61,8	63,2	54,5	75,0	57,4	57,7	75,0	57,5		
Принимаю витамины	51,1	55,9	47,4	50,0	55,0	51,1	46,2	55,0	49,3		
Не имею вредных привычек (не курю, не употребляю алкоголь и наркотики)	70,2	61,8	71,1	81,8	80,0	61,7	76,9	80,0	67,1		
Соблюдаю санитарно-гигиенические нормы (мою руки перед едой и после туалета, регулярно принимаю душ)	60,6	67,6	60,5	50,0	75,0	53,2	65,4	75,0	57,5		
Не делаю ничего	5,3	0,0	10,5	4,5	5,0	6,4	3,8	5,0	5,5		
Другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
27 С кем в обычные дни ты проводишь больше всего времени?											
С мамой	63,8	52,9	71,1	68,2	65,0	61,7	69,2	65,0	64,4		
С папой	27,7	17,6	28,9	40,9	40,0	29,8	15,4	40,0	24,7		
С бабушкой или дедушкой	17,0	11,8	26,3	9,1	30,0	14,9	11,5	30,0	13,7		
Со старшим братом, сестрой	8,5	2,9	15,8	4,5	15,0	6,4	7,7	15,0	6,8		
С младшим братом, сестрой	18,1	14,7	18,4	22,7	30,0	12,8	19,2	30,0	15,1		
С другими родственниками	2,1	0,0	5,3	0,0	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4		
С друзьями-ровесниками	74,5	91,2	65,8	63,6	70,0	83,0	65,4	70,0	76,7		
Со старшими друзьями	25,5	35,3	28,9	4,5	15,0	31,9	19,2	15,0	27,4		
В одиночестве	12,8	11,8	15,8	9,1	10,0	12,8	15,4	10,0	13,7		
С кем-либо ещё	4,3	8,8	2,6	0,0	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1		
28 Как часто ты бываешь на природе (в лесу, на речке, на даче и т.п.)?											
Почти каждый день	8,5	5,9	5,3	18,2	15,0	4,3	7,7	15,0	5,5		
Только по выходным	29,8	29,4	23,7	40,9	45,0	29,8	19,2	45,0	26,0		
Примерно 1 - 2 раза в месяц	36,2	38,2	39,5	27,3	25,0	40,4	38,5	25,0	39,7		
Почти не бываю на природе	10,6	8,8	15,8	4,5	10,0	12,8	7,7	10,0	11,0		

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Волгодла		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
		17,6	7,9	0,0	5,0	8,5	15,4	5,0	11,0	
Другое	9,6	17,6	7,9	0,0	5,0	8,5	15,4	5,0	11,0	
29 Как ты и твои родители проводите свободное время, выходные дни, время отпуска родителей?										
Ходим в кино, на концерты, в театры, в музеи	22,3	17,6	36,8	4,5	20,0	21,3	26,9	20,0	23,3	
Ходим вместе в походы, ездим в туристические поездки	24,5	32,4	13,2	31,8	35,0	27,7	11,5	35,0	21,9	
Занимаемся вместе спортом, физкультурой	2,1	2,9	2,6	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4	
Обсуждаем прочитанные книги, просмотренные фильмы, спектакли	19,1	8,8	23,7	27,3	20,0	21,3	15,4	20,0	19,2	
Вместе работаем в саду, огороде	26,6	11,8	28,9	45,5	20,0	34,0	19,2	20,0	28,8	
Другое	14,9	35,3	5,3	0,0	10,0	19,1	11,5	10,0	16,4	
Обычно каждый из нас занимается своим делом	33,0	38,2	39,5	13,6	10,0	38,3	38,5	10,0	38,4	
30 Чем ты обычно занимаешься в свободное время?										
Слушаешь музыку	73,4	82,4	78,9	50,0	55,0	78,7	76,9	55,0	78,1	
Гуляешь	75,5	82,4	71,1	72,7	65,0	83,0	69,2	65,0	78,1	
Общаешься со сверстниками	63,8	61,8	60,5	72,7	65,0	61,7	69,2	65,0	64,4	
Ходишь кататься на коньках, плавать в бассейн	17,0	14,7	21,1	13,6	20,0	10,6	26,9	20,0	16,4	
Играешь в командные, активные игры	14,9	17,6	10,5	18,2	25,0	14,9	7,7	25,0	12,3	
Играешь в настольные игры, конструктор	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
Играешь в электронные, компьютерные игры	48,9	50,0	52,6	40,9	50,0	46,8	53,8	50,0	49,3	
Смотришь телевизор	67,0	76,5	60,5	63,6	75,0	72,3	50,0	75,0	64,4	
Читаешь	29,8	26,5	39,5	18,2	40,0	31,9	19,2	40,0	27,4	
Помогаешь по хозяйству родителям	27,7	8,8	21,1	68,2	30,0	23,4	34,6	30,0	27,4	
Помогаешь младшему брату (сестре)	9,6	2,9	10,5	18,2	10,0	8,5	11,5	10,0	9,6	
Играешь с домашними животными	23,4	26,5	18,4	27,3	40,0	21,3	15,4	40,0	19,2	
Спишь	27,7	32,4	26,3	22,7	40,0	36,2	3,8	40,0	24,7	
Другое	5,3	5,9	7,9	0,0	5,0	4,3	7,7	5,0	5,5	
Нет свободного времени	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Занимаешься спортом	17,0	20,6	15,8	13,6	20,0	19,1	11,5	20,0	16,4	

Продолжение прил. 9

31	Какие телередачи ты любишь больше всего?	Среднее	В том числе:					Группы здоровья				
			Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV		
											II...IV	
	Музыкальные	60,6	70,6	63,2	40,9	40,0	70,2	61,5	40,0	67,1		
	Передачи о путешествиях	24,5	17,6	31,6	22,7	15,0	23,4	34,6	15,0	27,4		
	Спортивные	39,4	35,3	36,8	50,0	55,0	31,9	42,3	55,0	35,6		
	Развлекательные	60,6	64,7	52,6	68,2	70,0	63,8	46,2	70,0	57,5		
	Мультфильмы	26,6	35,3	34,2	0,0	15,0	25,5	38,5	15,0	30,1		
	Телесериалы	34,0	38,2	26,3	40,9	25,0	42,6	23,1	25,0	35,6		
	Кино	64,9	79,4	55,3	59,1	75,0	66,0	57,7	75,0	63,0		
	Новости о событиях в мире	20,2	26,5	18,4	13,6	15,0	17,0	30,8	15,0	21,9		
	Новости Вологодской области	18,1	17,6	21,1	13,6	20,0	14,9	23,1	20,0	17,8		
	Передачи о животных	27,7	29,4	31,6	18,2	15,0	31,9	30,8	15,0	31,5		
	Научно-познавательные передачи	31,9	35,3	31,6	27,3	15,0	34,0	42,3	15,0	37,0		
	Другие	5,3	8,8	5,3	0,0	5,0	4,3	7,7	5,0	5,5		
32	Любишь ли ты читать?											
	Да, читаю много, больше по школьной программе	16,0	14,7	13,2	22,7	30,0	14,9	7,7	30,0	12,3		
	Да, читаю всё по школьной программе	18,1	8,8	15,8	36,4	20,0	19,1	15,4	20,0	17,8		
	Да, читаю то, что посоветуют мне родители, друзья	16,0	23,5	18,4	0,0	5,0	21,3	15,4	5,0	19,2		
	Не очень, читаю только некоторые произведения по школьной программе	33,0	32,4	36,8	27,3	20,0	31,9	42,3	20,0	35,6		
	Нет, почти не читаю	17,0	20,6	15,8	13,6	25,0	12,8	19,2	25,0	15,1		
33	Какую литературу ты читаешь?											
	Развлекательные журналы	28,7	32,4	23,7	31,8	30,0	27,7	30,8	30,0	28,8		
	Научно-познавательные журналы	4,3	2,9	5,3	4,5	0,0	4,3	7,7	0,0	5,5		
	Справочники, энциклопедии	16,0	17,6	13,2	18,2	10,0	19,1	15,4	10,0	17,8		
	Научно-познавательные книги	16,0	14,7	18,4	13,6	25,0	19,1	3,8	25,0	13,7		
	Художественные произведения	48,9	52,9	42,1	54,5	45,0	55,3	38,5	45,0	49,3		
	Другие	11,7	11,8	18,4	0,0	10,0	12,8	11,5	10,0	12,3		
34	Книги какой тематики тебе наиболее интересны?											
	Книги о природе и животных	18,1	11,8	28,9	9,1	10,0	19,1	23,1	10,0	20,5		

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:					Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV		
										Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV
Фантастика	52,1	38,2	68,4	45,5	40,0	55,3	57,7	40,0	56,2		
Фэнтези	25,5	20,6	34,2	18,2	20,0	31,9	19,2	20,0	27,4		
О жизни детей и подростков	28,7	41,2	23,7	18,2	15,0	31,9	30,8	15,0	31,5		
Сказки, мифы	10,6	11,8	13,2	4,5	10,0	10,6	11,5	10,0	11,0		
О приключениях	36,2	38,2	26,3	50,0	45,0	36,2	30,8	45,0	34,2		
Любовные романы	18,1	14,7	18,4	22,7	10,0	25,5	11,5	10,0	20,5		
Детективы	31,9	35,3	31,6	27,3	25,0	44,7	15,4	25,0	34,2		
Другие	7,4	14,7	5,3	0,0	5,0	8,5	7,7	5,0	8,2		
35 Любишь ли ты слушать музыку?											
Да	97,9	100,0	100,0	90,9	100,0	100,0	92,3	100,0	97,3		
Нет	2,1	0,0	0,0	9,1	0,0	0,0	7,7	0,0	2,7		
36 Какую музыку слушаешь чаще?											
Народную	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0		
Классическую	8,5	14,7	2,6	9,1	5,0	10,6	7,7	5,0	9,6		
Популярную эстрадную	34,0	26,5	26,3	59,1	55,0	29,8	26,9	55,0	28,8		
Рэп, R'n'B	53,2	67,6	42,1	50,0	60,0	51,1	50,0	60,0	50,7		
Рок	24,5	23,5	28,9	18,2	20,0	29,8	19,2	20,0	26,0		
Ту, которую слушают мои родители	3,2	0,0	7,9	0,0	0,0	2,1	7,7	0,0	4,1		
Другую	23,4	26,5	34,2	0,0	0,0	38,3	15,4	0,0	30,1		
37 Кто является для тебя авторитетом, на кого бы ты хотел быть похожим в жизни?											
Мама, папа, другие родственники	38,3	29,4	39,5	50,0	30,0	42,6	38,5	30,0	41,1		
Учителя, педагоги, тренер	6,4	11,8	2,6	4,5	5,0	8,5	3,8	5,0	6,8		
Кто-то из сверстников	3,2	5,9	2,6	0,0	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1		
Старшие друзья, знакомые	10,6	11,8	10,5	9,1	10,0	10,6	11,5	10,0	11,0		
Известные политики	4,3	2,9	5,3	4,5	5,0	4,3	3,8	5,0	4,1		
Известные спортсмены	17,0	11,8	15,8	27,3	30,0	12,8	15,4	30,0	13,7		
Звезды шоу-бизнеса	10,6	17,6	7,9	4,5	15,0	12,8	3,8	15,0	9,6		
Литературные и киногерои	9,6	14,7	5,3	9,1	10,0	14,9	0,0	10,0	9,6		

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
Другие	5,3	5,9	5,3	4,5	5,0	4,3	7,7	5,0	5,5	5,5
Никто	27,7	32,4	36,8	4,5	20,0	29,8	26,9	20,0	28,8	28,8
38 Обуждаешь ли ты с родителями...										
Свои учебные дела	81,9	73,5	86,8	86,4	70,0	83,0	88,5	70,0	84,9	84,9
Взаимоотношения с ровесниками, друзьями	50,0	50,0	55,3	40,9	55,0	42,6	61,5	55,0	49,3	49,3
Свои занятия в свободное время	33,0	32,4	36,8	27,3	45,0	38,3	15,4	45,0	30,1	30,1
Моду, одежду	35,1	38,2	39,5	22,7	30,0	38,3	34,6	30,0	37,0	37,0
Прочитанные книги	12,8	8,8	15,8	13,6	15,0	19,1	0,0	15,0	12,3	12,3
Просмотренные фильмы, спектакли, телепередачи	35,1	38,2	31,6	36,4	40,0	34,0	34,6	40,0	34,2	34,2
Компьютерные игры	24,5	26,5	31,6	9,1	25,0	31,9	11,5	25,0	24,7	24,7
Спортивные темы (спортивные выступления, игры, команды)	19,1	11,8	23,7	22,7	35,0	12,8	19,2	35,0	15,1	15,1
Планы на будущее, выбор профессии	64,9	73,5	47,4	81,8	70,0	63,8	61,5	70,0	63,0	63,0
Взаимоотношения со взрослыми, учителями	30,9	35,3	34,2	18,2	30,0	31,9	30,8	30,0	31,5	31,5
Особенности своего характера, поведения	40,4	55,9	34,2	27,3	30,0	48,9	30,8	30,0	42,5	42,5
39 Скажи, пожалуйста, какие взаимоотношения в твоей семье										
Дружные без ссор	24,5	26,5	15,8	36,4	40,0	19,1	23,1	40,0	20,5	20,5
Дружные с редкими ссорами	64,9	58,8	73,7	59,1	45,0	70,2	69,2	45,0	69,9	69,9
Частые ссоры	8,5	11,8	7,9	4,5	10,0	8,5	7,7	10,0	8,2	8,2
Напряжённые без ссор	1,1	0,0	2,6	0,0	5,0	0,0	0,0	5,0	0,0	0,0
Другие	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
40 Если родителям нужно, чтобы ты что-то сделал, а тебе не хочется, как они к тебе обращаются?										
Обычно просят это сделать	45,7	47,1	42,1	50,0	45,0	40,4	57,7	45,0	46,6	46,6
Объясняют необходимость этого дела, и я соглашусь	43,6	29,4	47,4	59,1	50,0	48,9	30,8	50,0	42,5	42,5
Предлагают что-то взамен (подарок, сладости, деньги)	3,2	5,9	2,6	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1	4,1

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	И	II	III+IV	I	II...IV	
Требуют, приказывают	7,4	20,6	0,0	0,0	0,0	12,8	3,8	0,0	9,6	
Заставляют силой	3,2	5,9	2,6	0,0	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	
Бывает по-разному	13,8	11,8	18,4	9,1	0,0	17,0	15,4	0,0	16,4	
41 Ты слушаешься родителей?										
Да, всегда	22,3	11,8	15,8	50,0	35,0	17,0	23,1	35,0	19,2	
Да, чаще всего	52,1	41,2	68,4	40,9	50,0	53,2	50,0	50,0	52,1	
Да, иногда	21,3	38,2	13,2	9,1	15,0	21,3	26,9	15,0	23,3	
Почти не слушаюсь	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Нет, не слушаюсь	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Другое	2,1	2,9	2,6	0,0	0,0	4,3	0,0	0,0	2,7	
42 Наказывают ли тебя родители, если ты не слушаешься их или совершил какой-то проступок? В чём это выражается?										
Родители меня никогда не наказывают	24,5	17,6	26,3	31,8	15,0	27,7	26,9	15,0	27,4	
Родители объясняют, в чём я был не прав	62,8	55,9	63,2	72,7	80,0	61,7	50,0	80,0	57,5	
Мне запрещают заниматься тем, чем я бы хотел (играть, гулять, смотреть телевизор)	23,4	35,3	18,4	13,6	25,0	23,4	23,1	25,0	23,3	
Требуют, чтобы я извинился	6,4	5,9	10,5	0,0	5,0	4,3	11,5	5,0	6,8	
Наказывают физически	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Другое	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
43 Как ты считаешь, ты всегда заслуживаешь то наказание, которое получаешь, или тебя наказывают несправедливо?										
Меня понапрасну не наказывают, наказание всегда справедливо	39,4	32,4	36,8	54,5	45,0	36,2	42,3	45,0	38,4	
Чаще всего наказывают за дело, но иногда я бываю невиновен	40,4	44,1	39,5	36,4	45,0	40,4	34,6	45,0	38,4	
Как правило, меня наказывают ни за что – я невиновен	5,3	8,8	5,3	0,0	10,0	2,1	7,7	10,0	4,1	
На мне просто срывают свой гнев, раздражение, я попадаю под «горячую руку»	5,3	5,9	5,3	4,5	0,0	10,6	0,0	0,0	6,8	
Другое	3,2	0,0	5,3	4,5	0,0	6,4	0,0	0,0	4,1	

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:					Группы здоровья						
		Вологда		Череповец		Районы	I	II	III+IV	I	II...IV		
44	У кого ты ищешь поддержки, сочувствия, когда у тебя неприятности?												
	У мамы	59,6	47,1	63,2	72,7	65,0	59,6	53,8	65,0	57,5			
	У папы	12,8	5,9	21,1	9,1	25,0	12,8	3,8	25,0	9,6			
	У мамы и папы в равной степени	4,3	0,0	2,6	13,6	15,0	2,1	0,0	15,0	1,4			
	У мамы в одних случаях, у папы – в других	18,1	17,6	21,1	13,6	15,0	17,0	23,1	15,0	19,2			
	У старшего брата (сестры)	7,4	2,9	15,8	0,0	5,0	10,6	3,8	5,0	8,2			
	У бабушки (дедушки)	17,0	8,8	21,1	22,7	25,0	10,6	23,1	25,0	15,1			
	У других родственников	2,1	2,9	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7			
	У друга (подруги)	54,3	67,6	42,1	54,5	60,0	53,2	53,8	60,0	53,4			
	У учителя	2,1	2,9	2,6	0,0	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4			
	У кого-либо ещё	5,3	14,7	0,0	0,0	0,0	8,5	3,8	0,0	6,8			
	Ни у кого	11,7	11,8	13,2	9,1	5,0	12,8	15,4	5,0	13,7			
45	Помогаете ли ты родителям по дому?												
	Да, иногда	42,6	50,0	42,1	31,8	50,0	42,6	38,5	50,0	41,1			
	Да, у меня есть постоянные обязанности	29,8	20,6	34,2	36,4	10,0	34,0	34,6	10,0	34,2			
	Да, каждый день что-нибудь делаю	19,1	14,7	15,8	31,8	40,0	12,8	15,4	40,0	13,7			
	Нет, я занят учёбой, посещаю кружки, спортивные секции	4,3	8,8	2,6	0,0	0,0	4,3	7,7	0,0	5,5			
	Нет, мне не хочется	3,2	2,9	5,3	0,0	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1			
	Нет, мне не позволяют это делать	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0			
46	Как ты относишься к деньгам?												
	Я подрабатываю	7,4	5,9	7,9	9,1	5,0	6,4	7,7	5,0	6,8			
	Они меня интересуют, я хочу подрабатывать	43,6	47,1	44,7	36,4	30,0	48,9	46,2	30,0	47,9			
	Я прошу деньги на карманные расходы у родителей	64,9	70,6	57,9	68,2	75,0	61,7	65,4	75,0	63,0			
	Я получаю деньги за хорошую учёбу или за выполнение домашних дел	2,1	2,9	2,6	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4			
	Я не интересуюсь деньгами	9,6	8,8	10,5	9,1	15,0	4,3	15,4	15,0	8,2			
	Другое	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4			

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья						
		Вологда		Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV		
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV			
47 С каким утверждением ты согласен (-а)?												
Я не вижу разницы между богатыми и бедными семьями	44,7	38,2	47,4	50,0	45,0	48,9	38,5	45,0	45,2			
Я огорчён (огорчена) тем, что у нас в семье недостаточно денег	22,3	14,7	34,2	13,6	20,0	19,1	30,8	20,0	23,3			
Я обсуждаю с родителями вопрос, почему есть богатые и бедные люди	11,7	11,8	7,9	18,2	5,0	12,8	11,5	5,0	12,3			
Я считаю, что люди с низкими доходами - неудачники	3,2	2,9	2,6	4,5	0,0	4,3	3,8	0,0	4,1			
Я считаю, что богатые – самые счастливые люди на земле	8,5	8,8	7,9	9,1	10,0	10,6	3,8	10,0	8,2			
Другое	2,1	2,9	0,0	4,5	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4			
48 Что тебя радует в жизни?												
Мои друзья	76,6	94,1	73,7	54,5	75,0	80,9	73,1	75,0	78,1			
Мои родители	75,5	79,4	81,6	59,1	75,0	78,7	69,2	75,0	75,3			
Мой брат, сестра	38,3	35,3	39,5	40,9	35,0	40,4	38,5	35,0	39,7			
Подарки	68,1	88,2	55,3	59,1	65,0	72,3	61,5	65,0	68,5			
Путешествия, походы	52,1	64,7	39,5	54,5	60,0	51,1	50,0	60,0	50,7			
Командные, спортивные, активные игры	28,7	29,4	23,7	36,4	45,0	23,4	26,9	45,0	24,7			
Победы на соревнованиях, в конкурсах	48,9	50,0	44,7	54,5	45,0	53,2	46,2	45,0	50,7			
Электронные, компьютерные игры	35,1	41,2	39,5	18,2	25,0	40,4	34,6	25,0	38,4			
Успехи в школе	72,3	76,5	63,2	81,8	75,0	74,5	69,2	75,0	72,6			
Похвала ровесника	16,0	32,4	7,9	4,5	20,0	17,0	11,5	20,0	15,1			
Похвала старшего (взрослого)	22,3	35,3	18,4	9,1	20,0	17,0	34,6	20,0	23,3			
Красивая, модная одежда	41,5	64,7	26,3	31,8	30,0	46,8	42,3	30,0	45,2			
Солнечный день, хорошая погода	53,2	70,6	47,4	36,4	50,0	57,4	50,0	50,0	54,8			
Творчество: рисование, лепка, занятия музыкой, пение	25,5	32,4	21,1	22,7	20,0	27,7	26,9	20,0	27,4			
Общение с животными	29,8	38,2	23,7	27,3	25,0	31,9	30,8	25,0	31,5			

Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
Возможность побывать одному	21,3	35,3	21,1	0,0	5,0	25,5	26,9	5,0	26,0	
Возможность заняться любимым делом	22,3	32,4	23,7	4,5	20,0	17,0	34,6	20,0	23,3	
Возможность ничего не делать, отдыхать	29,8	52,9	23,7	4,5	20,0	36,2	26,9	20,0	32,9	
Возможность не ходить в школу	28,7	41,2	28,9	9,1	20,0	34,0	23,1	20,0	30,1	
Другое	5,3	2,9	10,5	0,0	0,0	10,6	0,0	0,0	6,8	
Меня ничего не радует	1,1	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	3,8	0,0	1,4	
49 Что тебя огорчает?										
Отношение ко мне родителей	6,4	14,7	2,6	0,0	5,0	6,4	7,7	5,0	6,8	
Мои друзья	3,2	5,9	0,0	4,5	10,0	2,1	0,0	10,0	1,4	
Напряжённые взаимоотношения в семье	16,0	20,6	18,4	4,5	10,0	19,1	11,5	10,0	16,4	
Отношение ко мне ровесников в школе	7,4	2,9	13,2	4,5	5,0	10,6	3,8	5,0	8,2	
Отношение ко мне учителей	13,8	23,5	10,5	4,5	5,0	23,4	3,8	5,0	16,4	
Мои плохие оценки в школе	54,3	61,8	47,4	54,5	50,0	55,3	53,8	50,0	54,8	
Необходимость ходить в школу	19,1	20,6	26,3	4,5	15,0	25,5	11,5	15,0	20,5	
Невозможность побывать одному	8,5	14,7	7,9	0,0	0,0	14,9	3,8	0,0	11,0	
Нищие, бомжи	34,0	29,4	39,5	31,8	25,0	36,2	38,5	25,0	37,0	
Беспризорные, бездомные дети	41,5	32,4	50,0	40,9	25,0	53,2	34,6	25,0	46,6	
Невозможность одеваться, как мои одноклассники	4,3	2,9	5,3	4,5	0,0	6,4	3,8	0,0	5,5	
Невозможности приобрести игры, игрушки	2,1	0,0	5,3	0,0	5,0	2,1	0,0	5,0	1,4	
Невозможность приобрести велосипед, самокат, снегокат, лыжи, коньки	5,3	0,0	10,5	4,5	0,0	10,6	0,0	0,0	6,8	
Невозможность приобрести компьютер	6,4	2,9	13,2	0,0	0,0	8,5	7,7	0,0	8,2	
Невозможность приобрести интересную книгу	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Невозможность приобрести модную одежду	6,4	8,8	5,3	4,5	5,0	8,5	3,8	5,0	6,8	
Невозможность приобрести что-то другое	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Мне кажется, что окружающие обо мне плохо думают, недооценивают меня	8,5	14,7	2,6	9,1	5,0	14,9	0,0	5,0	9,6	
Мне кажется, что никому нет до меня дела, что я никому не нужен	3,2	5,9	0,0	4,5	5,0	4,3	0,0	5,0	2,7	

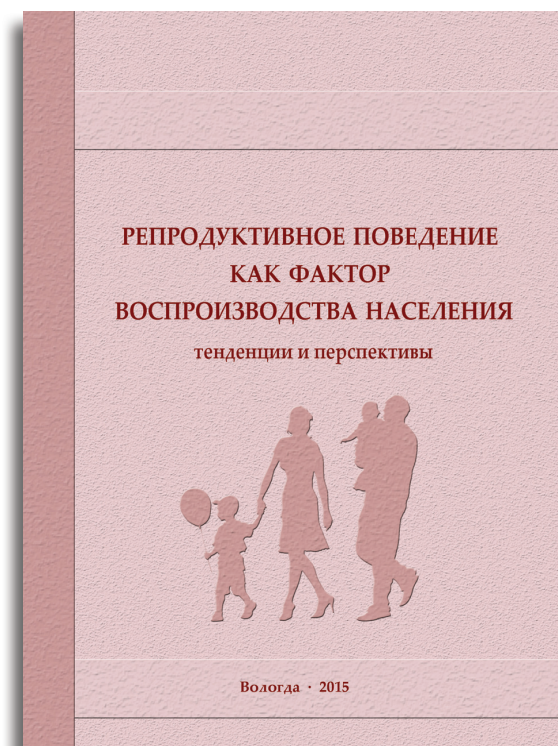
Продолжение прил. 9

	Среднее	В том числе:				Группы здоровья				
		Вологда		Районы		I	II	III+IV	I	II...IV
		Череповец	0,0	0,0	0,0					
Другое	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
50 Ты сам (сама) уже пробовал(а) курить?										
Да	26,6	47,1	18,4	9,1	30,0	29,8	15,4	30,0	24,7	
Нет	72,3	52,9	78,9	90,9	70,0	68,1	84,6	70,0	74,0	
51 Курит ли кто-нибудь из членов твоей семьи?										
Да	52,1	61,8	52,6	36,4	40,0	55,3	53,8	40,0	54,8	
мама	9,6	14,7	10,5	0,0	10,0	8,5	7,7	10,0	8,2	
папа	43,6	50,0	47,4	27,3	30,0	46,8	46,2	30,0	46,6	
дедушка	12,8	20,6	10,5	4,5	10,0	14,9	11,5	10,0	13,7	
бабушка	2,1	5,9	0,0	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
брат, сестра	7,4	2,9	10,5	9,1	0,0	8,5	11,5	0,0	9,6	
Нет	47,9	38,2	47,4	63,6	60,0	44,7	46,2	60,0	45,2	
52 Как ты относишься к курящим людям?										
Мне это не нравится	59,6	44,1	60,5	81,8	55,0	57,4	69,2	55,0	61,6	
Мне это нравится	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	
Мне всё равно	39,4	55,9	36,8	18,2	45,0	42,6	26,9	45,0	37,0	
53 Ты сам (сама) уже пробовал(а) спиртные напитки?										
Да	29,8	50,0	23,7	9,1	20,0	36,2	23,1	20,0	31,5	
Нет	68,1	50,0	73,7	86,4	80,0	59,6	76,9	80,0	65,8	
54 Выпивает ли кто-нибудь из членов твоей семьи?										
Да	29,8	44,1	23,7	18,2	45,0	25,5	26,9	45,0	26,0	
мама	16,0	32,4	7,9	4,5	25,0	14,9	11,5	25,0	13,7	
папа	24,5	38,2	18,4	13,6	35,0	21,3	23,1	35,0	21,9	
дедушка	11,7	26,5	2,6	4,5	25,0	6,4	11,5	25,0	8,2	
бабушка	7,4	17,6	2,6	0,0	10,0	6,4	7,7	10,0	6,8	
брат, сестра	2,1	2,9	2,6	0,0	0,0	2,1	3,8	0,0	2,7	
Нет	67,0	50,0	76,3	77,3	55,0	68,1	73,1	55,0	69,9	

Окончание прил. 9

	Среднее	В том числе:			Группы здоровья					
		Вологда	Череповец	Районы	I	II	III+IV	I	II...IV	
55 Как ты относишься к людям, употребляющим спиртные напитки?										
Мне это не нравится	58,5	41,2	63,2	77,3	45,0	68,1	53,8	45,0	63,0	
Мне это нравится	2,1	2,9	2,6	0,0	5,0	0,0	3,8	5,0	1,4	
Мне всё равно	39,4	55,9	34,2	22,7	50,0	31,9	42,3	50,0	35,6	
56 Каковы основные причины курения, употребления алкоголя или наркотиков, если твои друзья, знакомые или ты что-то употребляли?										
Из любопытства, стремления к новым ощущениям	34,0	50,0	34,2	9,1	25,0	40,4	26,9	25,0	35,6	
За компанию	33,0	47,1	28,9	18,2	30,0	40,4	23,1	30,0	34,2	
Уговорили сверстники	9,6	14,7	10,5	0,0	5,0	8,5	15,4	5,0	11,0	
Получаю от этого удовольствие	5,3	11,8	2,6	0,0	10,0	6,4	0,0	10,0	4,1	
Чтобы казаться уверенным	5,3	2,9	10,5	0,0	0,0	10,6	0,0	0,0	6,8	
Чтобы казаться взрослым	17,0	14,7	10,5	31,8	20,0	17,0	15,4	20,0	16,4	
Способ убить время	10,6	14,7	10,5	4,5	10,0	17,0	0,0	10,0	11,0	
Сейчас все так делают, это модно	7,4	11,8	5,3	4,5	0,0	12,8	3,8	0,0	9,6	
Чтобы снять напряжение от жизненных трудностей, семейных проблем	13,8	23,5	7,9	9,1	15,0	19,1	3,8	15,0	13,7	
В моей семье родители курят/употребляют алкоголь	1,1	2,9	0,0	0,0	0,0	2,1	0,0	0,0	1,4	
Твой вариант	7,4	5,9	10,5	4,5	0,0	14,9	0,0	0,0	9,6	

РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ КАК ФАКТОР ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ: ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ



ВВЕДЕНИЕ

Благоприятная демографическая структура (вступление в репродуктивный возраст многочисленного поколения, рожденного в 1980-е гг.) и реализация мер демографической политики в России обеспечили повышение уровня рождаемости в первом десятилетии XXI в. – с 8,7 промилле в 2000 г. до 13,3 промилле в 2013 г., даже в кризисный период. Вместе с тем режим воспроизводства населения остается суженным. К 2025 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 4,1 млн. человек или на 10,7%. В этой связи прекращение естественной убыли населения потребует повышения уровня рождаемости за счет увеличения детности семей, то есть изменения репродуктивного поведения населения.

Тенденции факторов рождаемости в Российской Федерации соответствуют общемировым, но имеют свою специфику. Прежде всего, это обесценивание института семьи, о чем свидетельствуют снижение брачности на 15% (с 10,6‰ в 1980 г. до 8,5‰ в 2012 г.) и высокий уровень разводов (4,5‰ в 2012 г.). В современной России каждый второй брак распадается и каждый третий ребенок рождается у незамужней женщины, лишь 5% семей имеют трех и более детей [96].

Трансформация репродуктивного поведения, характеризующаяся распространением раннего начала половой жизни, лояльностью к смене партнеров, применением низкоэффективной контрацепции и снижением установок детности вплоть до сознательного отказа от рождений – «child free», является последствием происходящей в России с конца 1980-х гг. сексуальной революции, описанной Питиримом Сорокиным в 1954 г. для американского общества.

Низкий уровень рождаемости ведет к сокращению населения и, следовательно, к уменьшению доли молодых людей в его структуре, что представляет значимый демографический риск для развития страны.

Он проявляется прежде всего в снижении креативного потенциала, основной носитель которого – молодежь.

Необходимость обеспечения демографической безопасности, перехода к инновационному развитию определяет актуальность исследований репродуктивного поведения россиян и факторов, его обуславливающих. Цель данной монографии – обобщить результаты таких исследований, проведенных в период с 2005 по 2014 г. на территории Вологодской области.

Информационно-статистическая база исследования включает данные World Bank, Eurostat, Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций, Федеральной службы государственной статистики РФ, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Вологодской области, ведомственные данные по вопросам воспроизводства населения и социально-экономического развития, концепции и программы демографического развития России и ее субъектов, законы и нормативно-правовые акты в сфере воспроизводства населения. При подготовке монографии использованы результаты социологических исследований репродуктивного поведения населения, в том числе авторских, проведенных в мониторинговом режиме на территории Вологодской области.

Результаты исследования могут быть использованы органами власти при подготовке и реализации комплекса мер демографической политики, направленных на повышение уровня рождаемости населения.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИССЛЕДОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ

1.1. Формирование понятия и опыт исследований репродуктивного поведения населения

Репродуктивное поведение, наряду с матримониальным, самосохранительным и миграционным, рассматривается как вид демографического поведения населения [6]. Обобщая ряд трактовок ведущих российских демографов [3, с. 31; 21, с. 8; 69; 75, с. 604; 81, с. 384-386; 126, с. 141-142; 151, с. 547-548], современное понятие «репродуктивное поведение» можно определить как систему действий и отношений, опосредующих рождение определенного числа детей или отказ от деторождения, регулирующийся биологическими, экономическими, психологическими и социальными факторами.

Отсюда можно определить виды или компоненты репродуктивного поведения – собственно репродуктивное, направленное на деторождение, и абортивное и контрацептивное, задачей которых является регулирование сроков и числа рождений (или их отсутствие) [36, с. 251]. Как и в любом виде человеческого поведения, в структуре репродуктивного выделяют: ценности, мотивы, установки, решения, приводящие к конкретным действиям, что позволяет говорить о линиях репродуктивного поведения [5].

В указанной формулировке отражается и многоаспектность репродуктивного поведения, его междисциплинарный характер. Действительно, данный вид поведения (с учетом рассматриваемого уровня –

индивид, социально-демографическая группа) является одним из объектов исследования медицины, биологии, демографии, психологии, экономики, социологии.

Определение понятия «репродуктивное поведение населения» имеет специфику, обусловленную тем, что в процессе формирования данной категориальной единицы был упущен теоретический этап. Отчасти это произошло в силу заимствования термина из биологии, где он хорошо разработан и изучен.

Репродуктивное поведение биологами понимается как поведение животных, связанное с образованием брачных пар, рождением потомства и его воспитанием [53, с. 11; 74; 130], входит в систему полового поведения или является его синонимом. Репродуктивное поведение животных предопределено инстинктом продолжения рода и регулируется – на уровне особи – физиологией (плодовитостью), на популяционном и видовом уровнях – естественным отбором. Репродуктивное поведение человека организовано значительно сложнее, отличается выделением сексуального поведения, целью которого является не деторождение, а получение удовольствия, что связано с практикой контрацепции, прерывания беременности, с возможностью альтернативных форм сексуальных отношений. Субъектом, реализующим репродуктивное поведение, является часть населения потенциально способного к данному виду поведения, а именно – население в репродуктивном возрасте.

Немаловажен тот факт, что во второй половине XX века возник научный и государственный интерес к вопросам, касающимся факторов рождаемости [132], и исследователи сразу обратились к практике [15, с. 139-140]. Инициация изучения репродуктивного поведения населения в 1960-х гг. в СССР была связана с небывалым снижением уровня рождаемости. Сокращение общего коэффициента рождаемости в период с 1960 по 1969 г. составило 32% (с 24,9‰ до 17,0‰ соответственно). «Все шире распространялись малодетные семьи, с одним-двумя детьми, что было очевидно, но не совсем понятно. В самом деле, всегда считалось, что чем лучше живут люди, тем выше и уровень рождаемости. В 60-х годах в основном были залечены раны войны, началось массовое жилищное строительство. Уровень жизни населения заметно повышался с каждым годом. В брачный возраст с середины 60-х годов стали вступать поколения, родившиеся в послевоенные годы. Казалось бы, уровень рождаемости должен подняться, а между тем число детей в семьях становилось все меньше. Одно-, двухдетная семья, распространенная ранее лишь в

небольших группах населения, в основном в крупных городах, становилась типичной для всего городского населения; в сельской местности число детей в семьях тоже стало меньше» [14, 15].

В 1950–1970-х гг. исследования причин снижения рождаемости, а именно уменьшения детности семей, активно проводились американскими учеными (Р. Истерлин, Г. Бэккер, Т.П. Шульц) Пенсильванской, Чикагской школ (модели «относительного дохода», «цены времени»), в результате чего сформировалась экономическая теория рождаемости, объяснявшая ее снижение меняющейся конъюнктурой на рынке труда, увеличением издержек на воспитание детей, снижением их полезности и конкурентоспособности по отношению к иным благам [84, 154, 155, 163].

В 1950–1980-х гг. тоже американские ученые К. Дэвис и Дж. Блейк, Дж. Бонгаартс в своих моделях промежуточных детерминант показали значимость социальных факторов рождаемости, таких как брачное, контрацептивное и абортивное поведение, репродуктивное здоровье [20].

Количественную оценку влияния репродуктивного поведения на уровень рождаемости по авторским методикам провели демографы Э. Коул (Англия) и В.А. Борисов (Россия) [20, 75]. Опираясь на теорию естественной рождаемости Л. Анри (и внося свои коррективы), они провели расчет степени ее ограничения, которая оказалась весьма значительной и достигла к концу XX в. в России порядка 70%. Основными факторами рождаемости были определены репродуктивное здоровье, брачная структура и намеренное ограничение рождаемости посредством использования контрацепции и прерывания беременности.

Идею конкуренции потребности в детях с другими потребностями личности и семьи в рамках психологического подхода развивали Р. Лестэг, Д. Ван де Каа, Ф. Арье. К их идеям близки концепция кризиса семьи и убывающей полезности в детях, разработанные российскими демографами Л.Е. Дарским, В.А. Беловой, В.В. Бодровой, А.И. Антоновым, Т.А. Гурко [4, 5, 14, 15, 17]. В конце XX в. появились исследования, особое внимание уделяющие роли аксиологического фактора в формировании тенденций рождаемости и репродуктивного поведения [147].

Исторический подход, предложенный Дж. Колдуэллом¹, глобальное снижение рождаемости предполагает частью естественного процесса социально-экономических трансформаций, параллельно которым и в

¹ Дж. Колдуэлл исследует проблемы демографического перехода в контексте изменения репродуктивного поведения семьи (его экономических основ). См.: Population and Development United Nations Annotated Bibliography. – New York, 1992. – P. 312.

соответствии с меняющимися условиями жизни изменяется и репродуктивное поведение. Вместе с тем Дж. Колдуэлл признает возможность воздействия на репродуктивное поведение в ходе реализации, например, программ планирования семьи.

Идея исторической эволюции рождаемости и репродуктивного поведения присутствует и в теории демографического перехода [160]. Согласно этой теории, все страны должны пройти три (иногда выделяют четыре или пять) фазы, каждая из которых соответствует конкретной стадии развития общества и определяет тип воспроизводства населения. В качестве движущих сил «демографического перехода» обычно указываются различные факторы технико-экономического характера: динамика национального дохода на душу населения, урбанизация, индустриализация и т.п. (А. Ландри, Ф. Нотештейн, Д. Ноан, А. Омран, К. Дэвис, А.Г. Вишневский). Теория демографического перехода предполагает, что за «резким повышением скорости роста популяции произойдет столь же стремительное ее снижение, после чего численность населения стабилизируется» [61, с. 85]. В 1980–90-х гг. высказывалось предположение, что стабилизация численности мирового населения произойдет к 2000 г. [122, с. 219]. Позднее этот рубеж стал рассматриваться как срок, к которому «абсолютный рост населения достигнет своего пика» [61].

Объединение различных подходов (табл. 1) в рамках научных дисциплин и теорий формирует разнообразие понимания сущности, назначения и факторов репродуктивного поведения, его изучаемых аспектов. Так, близки биологический и медицинский подходы, главной детерминантой выделяющие фертильность – физическую способность к деторождению. В демографии репродуктивное поведение само рассматривается как фактор рождаемости, причем, как правило, ограничивающий ее (контрацептивно-абортивное поведение). С экономической точки зрения главным фактором в рамках экономической теории рождаемости выступает полезность детей.

Исходя из принятого определения исследование репродуктивного поведения населения будет осуществляться в рамках социодемографического подхода. Мы будем рассматривать данный вид поведения населения в репродуктивном возрасте, как фактор рождаемости и воспроизводства. С учетом специфики предмета исследования (поведенческую природу) будут использоваться социологические методы, позволяющие изучить компоненты и виды репродуктивного поведения, а также их формирование.

Таблица 1. **Различные подходы к пониманию репродуктивного поведения**

Подход	Репродуктивное поведение			Авторы
	Сущность	Назначение	Главный фактор	
Биологический	Поведение животных, связанное с образованием брачных пар, рождением и воспитанием потомства. Механизм полового размножения	Воспроизводство особи, вида, популяции	Плодовитость / Фертильность	Н. Тинберген, Д. Мак-Фарленд, С.С. Шварц, З.А. Зорина, М.Н. Сотская, И.И. Полетаева и др.
Медицинский, социомедицинский	Поведение в рамках репродуктивного цикла, ведение половой жизни	Деторождение	Репродуктивное здоровье	Е.В. Андрюшина, О.Г. Фролова, Г.М. Бурдули, Р.В. Нифантова, И.П. Каткова, М.Ю. Сурмач и др.
Демографический	Фактор рождаемости	Ограничение естественной рождаемости	Демографическая структура	Л. Анри, Э. Коул, Дж. Трассел, В.А. Борисов, Дж. Бонгаартс и др.
Экономический	Основной элемент формирования трудового потенциала	Воспроизводство трудовых ресурсов	Затраты / Полезность детей	Т. Мальтус, Г. Бэккер, Т. Шульц и др.
Аксиологический	Половая жизнь супругов, таинство	Создание новой личности	Жизненные ценности	Духовенство, воцерковленные исследователи (М.В. Ломоносов, К.А. Шестаков и др.)
Социодемографический	Система действий, отношений и психических состояний личности, связанная с рождением определенного числа детей, их очередностью, в браке или вне брака. Основной элемент формирования рождаемости	Воспроизводство населения	Потребность в детях	В.А. Борисов, В.М. Медков, А.И. Антонов, В.А. Белова, Л.Е. Дарский, Т.А. Гурко, Н.Е. Русанова и др.

Современные российские исследования касаются как социально-экономических условий рождаемости, так и оценки последствий ее низкого уровня на социально-экономическое развитие территории.

В рамках экономической теории продолжают исследования [2, 11, 73, 80] отдельных условий (жилищные, материальные, занятость женщин), влияющих на рождаемость и репродуктивное поведение населения. Их ограничивающая роль высока и в современном обществе: все больше людей корректируют с карьерным ростом и сроки рождения, и число детей [80].

Сегодня проблему совмещения занятости и репродуктивного поведения предлагается решать с помощью признания репродуктивного труда. Значимость репродуктивного труда для воспроизводства и необходимость вознаграждения за него представлены в работах А.М. Илышева, И.В. Лаврентьевой, А.П. Багировой [9, 10, 55, 70].

В.В. Бодрова рассматривала особенности репродуктивного поведения женщин, мужчин и семейных пар с позиций дифференциации репродуктивной ориентации в условиях социально-экономического кризиса периода реформ, лимитирующих желаемую детность [16, 17].

В контексте исследований взаимосвязи брачности и рождаемости выявлена прямая зависимость между типом партнерских отношений и числом детей. С.И. Голод и А.А. Клецин, Т.А. Гурко, А.Б. Синельников исследовали репродуктивное поведение женщин и мужчин в контексте состояния и перспектив развития института семьи; причем изменения репродуктивного поведения были истолкованы как смена его типов и типов семьи (от безразводной многодетной до добровольной бездетной).

Особо следует выделить исследования, в которых проблемы репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья женщин рассматриваются в контексте репродуктивного потенциала и в связи с характером функционирования институтов системы здравоохранения (В.Ю. Альбицкий, Г.М. Бурдули, И.Н. Веселкова, О.Г. Фролова, В.А. Шапкайц, И.И. Гребешева, А.А. Шабунова). Репродуктивное здоровье определено как одно из условий репродуктивного поведения, играющее значительную роль в итоговой рождаемости поколений.

Роль государственной демографической политики, уровня и направлений развития социальной политики и здравоохранения в формировании репродуктивного поведения рассмотрена в работах В.Н. Архангельского, Н.В. Зверевой, С.С. Сулакшина, Л.Н. Овчаровой, С.В. Рязанцева, О.В. Синявской. Показано, что государство может оказывать влияние на рождаемость населения посредством создания условий, способствующих реализации рождений.

Результатом репродуктивного поведения является не только число детей, аборт, распространенность применения контрацепции, но и изменение репродуктивных установок [5]. Изменения репродуктивных установок, согласно выводам, сделанным проф. А.И. Антоновым, связаны с переопределением ситуации под влиянием социального воздействия на ценностные ориентации респондента, и не в связи с надеждой на улучшение материальных условий жизни [3, с. 66].

Результаты репродуктивного поведения зависят от двух переменных: потребности в детях и возможности удовлетворения этой потребности. Наличие потребности в детях обусловлено психоэмоциональными особенностями организации личности человека. Половое влечение в иерархии потребностей личности находится на нижней ступени (согласно теории А. Маслоу), что вызывает его широкое распространение. Однако с развитием общества, индустриализацией, распространением контрацепции удовлетворение полового влечения перестало быть сопряженным с деторождением и потребность в детях «поднялась» по ступеням иерархии до потребностей в самореализации, уважении, одобрении, значительно расширив число «конкурентов».

Репродуктивные установки формируются под воздействием общественных институтов, транслирующих социокультурные нормы детности, характерные для данной исторической эпохи, территории (этнокультурные, религиозные особенности, уровень развития производства, тип семьи, государственности и др.). Формирование репродуктивной установки индивида во времени разворачивается соответственно этапам развития личности, социализации. По мнению специалистов в данной области [90, 91, 131], формирование репродуктивных установок начинается в 3–5 лет и заканчивается к 18–20 годам. Вначале ребенок неосознанно принимает репродуктивные установки матери, семьи, в которой родился, затем ближайшего окружения (языком психологии: социально значимый взрослый, сверстники, референтная группа). Далее следует самоидентификация на уровне этноса, страны и т.д. Таким образом, с возрастом, перенимая и приобретая жизненный опыт, оценивая существующие условия, индивид корректирует свои репродуктивные установки. Отображение данной коррекции, а также межпоколенных различий репродуктивных установок представлено на рис. 1. При суммировании имеющегося и «планируемого еще» чисел четче видна общая закономерность более низких репродуктивных ожиданий у молодежи, с возрастом «подгоняемых» к средним значениям «нормы»².

Принимая за индикатор достоверность планируемого числа детей (значение равно сумме имеющихся детей и планируемых еще), можно сделать вывод о том, что окончательное формирование репродуктивной установки на детность происходит после 30-летнего возраста.

² Кроме вопроса о том, сколько всего детей собираются иметь в своей семье респонденты, были заданы еще два вопроса, позволяющие оценить репродуктивные ожидания: «Сколько у Вас детей?» и «Сколько детей еще Вы планируете завести?»

Закрепление имеющихся у молодежи представлений может привести к дальнейшему снижению предпочитаемых чисел детей. То есть воздействие необходимо сконцентрировать на формировании социальных норм детности (средне- и многодетных) преимущественно у населения в возрасте до 30 лет.

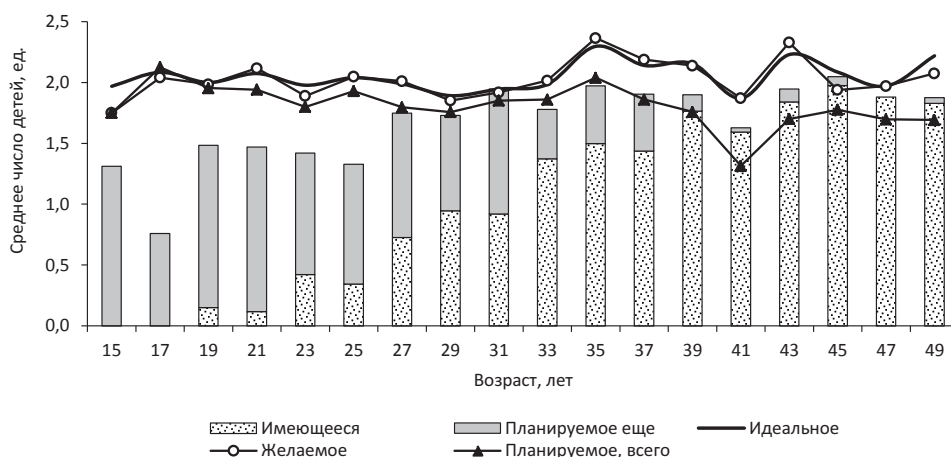


Рис. 1. Средние значения имеющегося, идеального, планируемого и желаемого чисел детей у респондентов соответствующего возраста, чел. (2011 г.)

Источник: данные мониторинга репродуктивного потенциала населения Вологодской области.

Подводя итог, определим механизм формирования репродуктивного выбора (рис. 2). Реализация желаемых рождений может происходить при условии физической возможности (фертильности) и благоприятной среде. При этом если фертильность – объективный фактор, то при оценке внешних факторов весьма велик субъективизм, т.к. одни и те же условия разными людьми могут оцениваться по-разному.

С общетеоретической позиции «люди ведут себя сообразно тому, как мысленно конструируют социальную ситуацию (например, в теории фреймов Ирвина Гофмана). Это не означает, что реальные условия малосущественны, это лишь значит, что человек по-своему интерпретирует данные условия» [153, с. 42]; применительно к репродуктивному поведению: «не «плохие» условия жизни, а разрыв между притязаниями на индивидуальный успех и достигнутым положением заставляет придумывать правдоподобные ссылки на символические помехи к рождению детей [3, с. 57].



Рис. 2. Механизм формирования репродуктивного выбора

Таким образом, репродуктивный выбор происходит в системе «хочу/могу». При наличии потребности в детях, в каждом предполагаемом случае полного репродуктивного цикла проходит два этапа оценки условий («могу»). Первый этап – физическая возможность зачатия, вынашивания и родоразрешения, что определяется репродуктивным здоровьем, второй – оценка возможностей воспитания ребенка (самооценка условий среды). На втором этапе оцениваются социально-экономические условия и уровень жизни населения.

Во всех вышерассмотренных подходах и теориях присутствует идея возможности влияния на результаты репродуктивного поведения, поскольку его факторы поддаются корректировке. И теория демографического перехода также не исключает такой возможности (и напротив, даже зная, на какой стадии находится та или иная территория, прогноз развития ситуации, значительно проще осуществить ее коррекцию). Ее принципиальная особенность в том, что сторонники данного направления не находят подтверждения угроз демографической безопасности и необходимости в каком-либо вмешательстве. В этой связи определяющим становится политическая парадигма, наличие ориентации на сохранение государственности и национальной, социокультурной самоидентичности.

На наш взгляд, население во многом определяет трудовой, репродуктивный, человеческий потенциал, формируя не только социокультурный, но и экономический «облик» территории. Существенные трансформации параметров населения неизбежно влекут за собой изменение всех характеристик территории, вплоть до изменения ее границ.

Наиболее значительное влияние демографического фактора на развитие территории связано с постарением населения, влекущим за собой комплекс демографических, экономических и социальных проблем (табл. 2).

Таблица 2. Основные последствия демографического старения [72, 88, 99]

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

Особое внимание к рождаемости (и, соответственно, репродуктивному поведению) обусловлено тем, что ее роль является ведущей в определении результата демографических процессов. Математически оценил вклад смертности и рождаемости в воспроизводство населения В.А. Борисов с помощью расчета нетто-коэффициента воспроизводства (на примере периода с 1986–1987 гг. по 2001 г. включительно). При гипотезе о неизменном уровне смертности с 1986–1987 гг., когда нетто-коэффициент, увеличиваясь с конца 1970-х гг., достиг своего максимума (1,038), а ожидаемая продолжительность жизни равнялась 70,13 годам (64,91 – для мужчин, 74,55 – для женщин), и фактической рождаемости 2001 г., когда указанный коэффициент снизился до 0,588, а ожидаемая

продолжительность жизни опустилась до 65,23 года (58,92 – для мужчин и 72,17 – для женщин), нетто-коэффициент воспроизводства населения составил бы в 2001 году 0,591, или всего на 0,003 больше фактического его значения за 2001 год. Из этой ничтожной разницы можно видеть соответствующую роль повышения смертности в динамике воспроизводства населения России за рассматриваемый период [19]. Если принять общее снижение нетто-коэффициента за 100%, то 99,9999% этого снижения обусловлено падением рождаемости, и лишь 0,0001% – ростом смертности [3]. Именно поэтому исследования детерминант рождаемости, в частности репродуктивного поведения, с целью поиска возможностей воздействия на нее весьма актуальны.

Низкий уровень рождаемости в России является социально-экономическим феноменом, причем его социальный аспект не менее важен. Изменение репродуктивных установок и норм, проявляющееся в массовом распространении малодетных семей, ставит под сомнение тот факт, что данная ситуация может разрешиться сама собой без принятия комплекса мер, направленных на изменение репродуктивного поведения населения.

В связи с этим следует считать управление демографическими процессами одной из задач демографической политики государства, которая будет эффективной, только имея в своей основе научно обоснованные механизмы. Для разработки системы мер, направленных на регулирование репродуктивного поведения, необходим комплексный анализ демографических, экономических, социальных и других факторов, влияющих на формирование репродуктивного поведения, а значит, и уровня рождаемости, – с целью поиска оптимальных подходов и «точек» воздействия.

1.2. Анализ государственной политики регулирования рождаемости

Изучая возможности воздействия на репродуктивное поведение населения, мы неизбежно приходим к анализу политического опыта. Поскольку цель любого корректирующего воздействия сводится к изменению факторов формирования интересующего объекта, следует определить те виды политических сфер, в компетенции которых находится репродуктивное поведение. Суть поиска сводится к тому, чтобы найти тот вид политики, который учитывал бы объект, предмет и факторы репродуктивного поведения.

Область политики представляет собой сложное многоаспектное образование. Институциональный механизм политики воплощается в политической системе. Это комплекс соответствующих институтов (аппарат государства, партии, различные объединения, «задействованные» в политике), складывающиеся между данными институтами отношения и регулирующие эти отношения нормы [151, с. 561]. Изучая возможности воздействия на репродуктивное поведение населения как вид демографического, мы обратились к понятию демографической политики.

Демографическая политика – инструмент (механизм) целенаправленного воздействия на демографические процессы. Под демографической политикой понимается система общепринятых на уровне властных структур идей и концептуально объединенных средств, с помощью которых государство, а также другие общественные институты предполагают достижение определенных целей как для данного, так и последующего этапов развития страны [36, с. 74].

В общем виде цели демографической политики обычно сводятся к формированию в долгосрочной перспективе желательного режима воспроизводства населения, сохранению или изменению тенденций в области динамики численности и структуры населения, рождаемости, смертности, семейного состава, расселения, внутренней и внешней миграции, качественных характеристик населения (то есть достижения демографического оптимума) [69].

Эксперты подчеркивают, что очень часто наблюдается смешение понятий социальной, демографической и семейной политики [13].

Семейная политика имеет целью улучшение уровня и качества жизни семьи, поддержку семей, имеющих различные «девиации»: неполные семьи, семьи с инвалидами, оказавшиеся в сложной жизненной ситуации, многодетные, малообеспеченные семьи, а также семьи с детьми.

С точки зрения направлений поддержки (денежные пособия, льготы на образовательные, медицинские, жилищно-коммунальные услуги, социальное обеспечение) семейная политика имеет широкие возможности воздействия на факторы репродуктивного поведения, в первую очередь на условия реализации желаемых рождений на уровне семьи.

Принципиальная особенность демографической политики заключается в воздействии на динамику демографических процессов не прямо, а опосредованно, через человеческое поведение. Меры демографической политики (экономические, информационные, административные) влияют как на формирование демографических потребностей, обуслов-

ливающих специфику демографического поведения, так и на создание условий для их реализации. Особую сложность демографической политике придает необходимость учитывать и согласовывать интересы разного уровня: индивидуальные, семейные, групповые и общественные; локальные, региональные и общегосударственные; экономические, социально-политические, экологические и этнокультурные; ближайшие, среднесрочные и долгосрочные.

Таким образом, семейная и демографическая политика имеют разные объекты. Семейная политика проводится в интересах конкретной социально-демографической группы – семьи, демографическая – населения в целом. Поскольку репродуктивное поведение характерно для населения репродуктивного возраста (независимо от его семейного статуса), а целью демографической политики является обеспечение желательного режима воспроизводства, для определения государственного влияния на репродуктивное поведение будем использовать понятие «демографическая политика».

Для регулирования уровня рождаемости государства используют множество прямых и косвенных воздействий, которые подразделяются в зависимости от цели: для снижения или повышения рождаемости (табл. 3). Все они направлены на изменение репродуктивного поведения населения.

Таблица 3. Основные меры контроля рождаемости населения

Для снижения рождаемости	Для повышения рождаемости
Интеграция планирования семьи и безопасного материнства в систему первичного медицинского обслуживания Обеспечение доступности услуг, поддерживающих репродуктивное здоровье Повышение ответственности мужчин в сохранении сексуального и репродуктивного здоровья Повышение законодательно установленного возрастного ценза для вступления в брак Улучшение возможностей для обучения и занятости женщин Изменение общественного мнения относительно предпочтения сыновей по сравнению с дочерьми Обеспечение населения дешевыми, безопасными и эффективными средствами контрацепции	Пособия на детей Семейные пособия Предоставление отпусков по уходу за ребенком для матери или отца Субсидии на медицинское обслуживание и образование ребенка Налоговые скидки Жилищные субсидии Гибкий график работы Обеспечение разделения обязанностей по воспитанию детей и ведению домашнего хозяйства между супругами

По способу воздействия различают экономические, административно-правовые и пропагандистские меры демографической политики. Экономические – это социальные трансферты (различные пособия)

для семей с детьми (прямые) и дифференциация налогов в зависимости от доходов, размеров семьи и другие разного рода льготы и субсидии (косвенные). Их задача – компенсировать расходы на воспитание детей. Административно-правовые или административно-юридические: законодательные акты, регламентирующие браки, разводы, положение детей в семье, охрану материнства и детства, условия занятости и режим труда работающих женщин-матерей, преимущества при получении жилья для многодетных, молодых семей. Меры идеологического воздействия или социально-пропагандистские (воспитательно-пропагандистские) предполагают распространение актуальной информации в соответствии с целями государственной политики в области народонаселения. Их задача – формирование социальных норм детности. На наш взгляд, последнюю группу мер корректнее назвать «информационными», поскольку они предполагают информирование населения, оставляя ему право репродуктивного выбора.

Наибольшее развитие и распространение демографическая политика получила во второй половине XX в., что объясняется наступлением демографического взрыва в одних странах и депопуляции – в других. О значимости демографической политики на мировом уровне свидетельствует внимание к вопросам регулирования численности населения Организации Объединенных Наций. Под ее эгидой состоялись всемирные конференции по народонаселению: в 1954 г. (Рим), в 1965 г. (Белград), в 1974 г. (Бухарест), в 1984 г. (Мехико), в 1994 г. (Каир). В 1967 г. был образован Фонд ООН по поощрению деятельности в области народонаселения (ЮНФПА). С 1960-х гг. ООН проводит систематические опросы правительств по проблемам политики в области народонаселения. Их обсуждали также на сессиях Генеральной Ассамблеи ООН. Особое значение имеет документ, принятый в Бухаресте в 1974 г., – «Всемирный план действий в области народонаселения». В нем содержатся рекомендации по проведению демографической политики [73, с. 124-125]. В основном деятельность ООН касается распространения планирования семьи, медицины, особенно в развивающихся странах.

Поскольку перенаселение, как и депопуляция, влечет за собой комплекс экономических, социокультурных, этноконфессиональных и политических проблем, каждое государство, оценивая возможные последствия демографического развития различных сценариев, должно выработать собственный курс демографической политики, в частности в сфере регулирования рождаемости населения. В зависимости от

типа воспроизводства и курса государства демографическая политика в области рождаемости населения может быть направлена на ее повышение или понижение, а при соответствии демографического развития представлениям о норме она представляет собой политику невмешательства, т.е. отсутствие каких-либо активных программ корректировки воспроизводства населения. Исходя из этого все страны можно разделить на три группы: проводящие активную демографическую политику по снижению рождаемости (это в первую очередь Индия и Китай); проводящие политику стимулирования рождаемости (большинство стран ЕС, Россия) и не форсирующие демографические процессы (Йемен, ОАЭ, Афганистан).

Комиссия по народонаселению и развитию ООН [78, 168] регулярно проводит опрос правительств с целью выяснения их мнения об уровне рождаемости и необходимости ее контроля. За последние 40 лет доля развитых стран, правительства которых беспокоит низкий уровень рождаемости населения, увеличилась с 21 до 61%, удельный вес наименее развитых стран, обеспокоенных высоким уровнем рождаемости, возрос с 31 до 90%. В целом, если в 1976 г. сложившийся уровень рождаемости считали чрезмерно высоким в 37% государств мира, то в 2007 г. – в 41% [149]. В настоящее время большинство стран пытаются оказывать влияние на уровень рождаемости населения. Среди развивающихся доля стран, реализующих мероприятия с целью снижения рождаемости, возросла с 34% в 1976 г. до 51% в 2007 г.; в наименее развитых странах мира – соответственно с 14 до 76% [149] (рис. 3).

Экономические и политические преобразования в странах Восточной Европы сопровождались резким падением рождаемости, в результате чего некоторые из них стали отличаться самыми низкими показателями рождаемости в мире. Среди факторов, обусловивших столь значительное снижение рождаемости, эксперты Европейской экономической комиссии выделяют политическую нестабильность, порождающую страх перед будущим и нежелание заводить детей; снижение уровня среднедушевых доходов и уровня жизни в целом; значительные изменения в общественных нормах формирования семьи и расторжения брака [124, 149].

Большую роль в формировании репродуктивного поведения и сохранении здоровья детей и матерей играет политика по обеспечению доступности средств контрацепции. Непосредственная поддержка государством практики использования контрацепции озна-

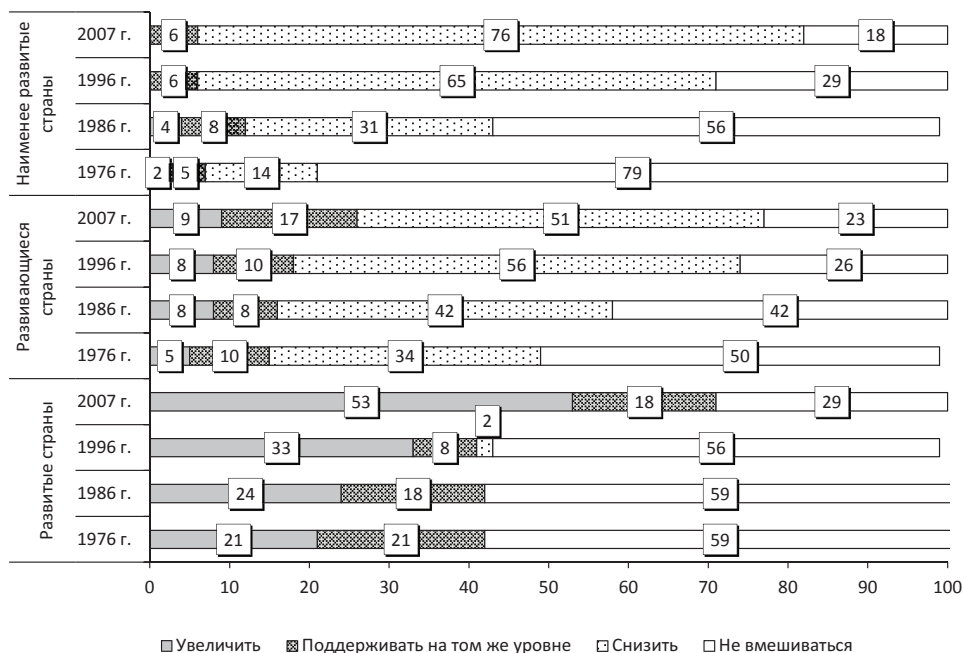


Рис. 3. Направленность политики в отношении уровня рождаемости населения в 1976, 1986, 1996 и 2007 гг., % стран [149]

чает обеспечение услугами планирования семьи через государственные больницы, поликлиники, центры здоровья и т.д. Государственная поддержка практики использования контрацепции осуществляется во все большем числе стран – к 2007 г. их доля достигла 92%. В 74% стран мира оказывается непосредственная государственная поддержка, а в 18% стран – косвенная, путем поддержки негосударственных ассоциаций планирования семьи. Однако спрос до сих пор превышает предложение. По некоторым оценкам, около 100 миллионов женщин не имеют возможности пользоваться безопасными и эффективными средствами контрацепции [150].

Ряд стран, прежде всего в Европе (Австрия, Дания, Италия, Франция и Швейцария), сократили государственную поддержку распространения средств контрацепции (субсидии и свободный доступ). Возможно, это было реакцией на снижение рождаемости до уровня, не обеспечивающего простого воспроизводства, или признанием факта, что частный сектор способен обеспечить спрос на средства контрацепции и без государственных субсидий [150].

В целом демографическая политика развитых стран, направленная на повышение рождаемости, несколько различается. Основные отличия отмечаются по двум направлениям: расходы на прямую поддержку семей с детьми (пособия), организация присмотра за детьми и обеспечение благоприятных условий для совмещения трудовой и семейной деятельности женщин. Кроме того, имеются особенности ценностной среды, в первую очередь в сфере брачности и семейных связей [152].

Высокие расходы (около 3% от ВВП), развитая система присмотра за детьми присутствуют в демографической политике Франции, которую принято считать лидером по эффективности повышения рождаемости. Не менее благоприятные условия созданы в Швеции. Оба эти государства предоставляют широкий спектр пособий семьям с детьми, беременным женщинам, особенно выделяются такие выплаты, как пособия молодоженам, на няню, на жилье (на найм и коммунальные услуги), пособие при выборе деятельности.

После Второй мировой войны Франция занимала одно из первых мест в Европе по доле расходов на пособия детям и семьям в ВВП, но в 2009 г., по данным Евростата, она по этому показателю (2,68% ВВП) занимает восьмое место среди европейских стран вслед за Данией (3,88%), Люксембургом (3,7%), Германией (3,29%), Швецией (3,14%), Финляндией (3,1%), Исландией (3,02%) и Норвегией (2,89%). Однако параллельно увеличиваются другие социальные расходы – на здравоохранение, пособия по безработице, пенсии по старости и др. Сегодня к основным формам проявления семейной политики во Франции [54] относятся семейные пособия, льготы по подоходному налогу, создание и содержание инфраструктуры по уходу за детьми. Финансирование осуществляется за счет предприятий и государственных средств.

В Испании, Швеции, Венгрии, США преобладают косвенные механизмы поддержки семей с детьми, имеющих целью снижение неравенства и обеспечение условий для самообеспечения семей с детьми.

Осуществляются следующие меры социальной поддержки семей: субсидии при вступлении в брак, пособие по беременности и родам, пособие в связи с рождением ребенка. Пособия на каждого ребенка предоставляются родителям, занятым в промышленности и торговле, а также пенсионерам, имеющим детей [44].

Швеция официально также не проводит политику, воздействующую на демографические процессы. Тем не менее в стране последовательно расширяются социальные льготы семьям с детьми. В соответствии с условиями страхования материнства и отцовства [164], отцы разделяют

ответственность за воспитание детей. Родители получают оплачиваемый отпуск после рождения ребенка на восемь месяцев, который может быть разделен между отцом и матерью. Оплачивается отпуск в размере 90% оплаты труда. В государственных учреждениях и на предприятиях отцам и матерям, имеющим маленьких детей, разрешается укорачивать рабочий день или неделю при незначительной потере в зарплате. Женщины, которые не могут выполнять свою работу в последний период беременности, имеют право на перевод на другой вид работы у того же работодателя без изменения зарплаты.

Распространено мнение, что в США не проводят государственную политику воздействия на рождаемость. Несмотря на отсутствие прямых денежных трансфертов, демографическая политика использует косвенные механизмы: стандартные налоговые вычеты и налоговые кредиты семьям с детьми [120]. О том, что государство США меняет позицию, свидетельствуют два факта: внедрение программ пропаганды полового воздержания среди подростков [83] и разработка закона о запрете абортов.

Таким образом, демографическая политика развитых государств по стимулированию рождаемости представляет собой сложную, хорошо организованную систему и использует в основном экономические механизмы, включаясь в контекст семейной, социальной, жилищной и других политических сфер жизни общества.

Несмотря на относительную [112, с. 51-52] эффективность предпринимаемых в европейских странах мер, как свидетельствует статистика демографических показателей (приложение 1), существует мнение, что пособия слишком щедры и иммигранты могут обеспечить себе приемлемый уровень жизни за их счет, создавая лишь дополнительную нагрузку на экономику страны и межэтническую напряженность. Аргументация данной позиции представлена в широко обсуждаемой и выдержавшей 10-кратное переиздание книге Гуннара Хайнзона, немецкого социолога и демографа, исследователя геноцида, – «Сыновья и власть над миром: роль террора в расцвете и упадке народов» [158].

Это позволяет сделать вывод о необходимости поиска баланса механизмов разной природы, основанных на научных исследованиях репродуктивного поведения населения.

Очередным этапом работ и свидетельством политической воли в России стало в 2006 г. Послание Президента РФ В.В. Путина Федеральному Собранию [93], в котором он определил преодоление депопуляции одной из приоритетных задач государственного развития.

Между тем в научных кругах продолжают существовать две диаметрально противоположные позиции по вопросу необходимости регулирования рождаемости. Группа ученых во главе с А.Г. Вишневым считают демографические тенденции частью процесса модернизации [23, 24, 28, 82]. Снижение уровня рождаемости населения, по их мнению, не столь уж катастрофично и является лишь элементом закономерных трансформаций общественной жизни. Соответственно, предпринимать какие-либо активные действия не следует.

В то же время другие ученые признают необходимость стратегического управления воспроизводством населения: А.И. Антонов, Н.В. Зверева, В.Н. Архангельский, Л.Л. Рыбаковский, С.С. Сулакшин и др. На фоне общего согласия с идеей о возможности воздействия на репродуктивное поведение населения их взгляды на факторы и способы его регулирования разнятся [26, с. 201]. Одни считают необходимым расширение материальной поддержки, другие – идеологического воздействия, третьи – аксиологического. Отличие демографической политики связывается с особенностью предмета, на который она воздействует, – воспроизводство населения, его режим, акцент ставится на естественном движении населения без учета миграционной составляющей.

Сегодня меры повышения рождаемости в России аналогичны применяемым в европейских странах:

- система пособий и налоговых льгот, связанная с количеством/очередностью детей, задача которой – компенсация материальных затрат семьи на воспитание детей;
- ряд срочных социальных государственных программ смежного характера («Жилище» на 2002–2010 гг., «Социальное развитие села до 2012 г.», «Реформирование системы военного образования в Российской Федерации на период до 2010 года», Федеральная целевая программа развития образования на 2006–2010 годы, «Развитие физической культуры и спорта в Российской Федерации на 2006–2015 годы», «Дети России» на 2007–2010 годы);
- законодательная база, регулирующая трудовую деятельность матерей (возможность сокращения рабочего дня с пропорциональным сокращением заработной платы, длительность оплачиваемых отпусков по нетрудоспособности в связи – с беременностью, родами, уходом за ребенком, включение их в трудовой стаж и т.д.), обеспечивающая совмещение трудовой и репродуктивной деятельности семьи;

- законодательная база, регулирующая брачное поведение населения (возраст вступления в брак, порядок расторжения брака), которая учитывает в первую очередь интересы детей;
- сеть государственных медицинских и образовательных учреждений, обеспечивающая услуги по контролю и сохранению здоровья населения, организацию воспитания детей дошкольного возраста (для возобновления трудовой деятельности матери), подготовку к профессиональной деятельности.

Между тем в России нет структурной основы для проведения последовательных мероприятий по достижению демографических целей, обозначенных в Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года [13].

Избирательные циклы и циклы демографической политики не совпадают, и потому у политиков нет непосредственных стимулов для ее проведения. Обычно они склонны отдавать предпочтение политике, которая дает результат в более короткие сроки [119]. Учитывая, что изменения демографических процессов могут быть зафиксированы (и достигнуты) в период, равный длине поколения, отметим, что в данной области необходима разработка программы (концепции) демографической политики на 25–30 лет вперед.

Структура механизмов демографической политики России свидетельствует о ее материальной направленности (приложение 2). Это обусловлено наличием значимой положительной связи между уровнем рождаемости и экономическим развитием страны: коэффициент корреляции между общим коэффициентом рождаемости и ВВП составляет 0,81, тогда как с численностью женщин в активном репродуктивном возрасте – лишь 0,4. Период спада в экономике и политическая нестабильность в начале 1990-х гг. сопровождалась снижением уровня рождаемости населения, минимальные значения которой отмечались в кризисные 1998–1999 годы. Периоды стагнации рождаемости населения (1995–1998 гг., 2002–2006 гг., 2009–2010 гг.) обусловлены инерционностью репродуктивных установок, реакции на происходящие изменения (рис. 4).

В социологическом измерении политико-экономическая обстановка и ее значимость для репродуктивных планов выражается тем, что «уверенность в завтрашнем дне» как фактор их реализации занимает второе место в рейтинге (после стабильности материальных условий).



Рис. 4. Динамика валового внутреннего продукта, численности женщин в активном репродуктивном возрасте и общего коэффициента рождаемости населения

Источник: данные World Bank. – URL: <http://www.worldbank.org>

Вместе с тем государственные расходы на поддержку семей с детьми в России в 2 раза меньше, чем в развитых странах, и составляют 1,5% ВВП (включая «материнский капитал»), тогда как в странах Западной Европы – 3–4% ВВП.

Оценке эффективности демографической политики, реализуемой в России и за рубежом, посвящено довольно большое количество работ. Анализ эффективности системы социальных трансфертов в России был проведен авторским коллективом Независимого института социальной политики.

Основной вывод исследования заключается в том, что прямая финансовая поддержка в существующем виде, во-первых, не оказывает решающего влияния на репродуктивное поведение (вследствие незначительности их вклада в семейный бюджет), во-вторых, механизм распределения социальных трансфертов не учитывает нуждаемость в них. В результате низкого уровня адресности отдельных видов пособий и выплат система социальной защиты в целом не направлена на бедные и низкодоходные домохозяйства [37, с. 79].

Судя по динамике смены репродуктивных намерений в 2007 г. по сравнению с 2004 г., активный всплеск рождаемости, который наблюдался в 2008 г., обусловлен в основном намерениями по рождению первого

ребенка, и во вновь образуемых семьях смены тенденции на двухдетность, хотя бы в прожективных намерениях, не произошло [37, с. 162].

Вместе с тем В.Н. Архангельским и Н.В. Зверевой были получены выводы о том, что 78% роста показателей рождаемости в период с 2006 по 2009 г. обусловлено такими «новыми» мерами демографической политики, как увеличение пособий по беременности и родам, изменение системы расчета пособия по уходу за ребенком – ранее до 1,5 года, введение материнского капитала [49, с. 82]. Однако это не значит, что собственно репродуктивные установки повысились.

Согласно расчетам Независимого института социальной политики, повышение пособия на детей из бедных семей до уровня 0,5 прожиточного минимума (это соответствует минимальным расходам на обеспечение питанием и самой дешевой одеждой), а также до уровня 0,75 прожиточного минимума одиноким матерям, не имеющим алиментов и зарегистрированным в качестве безработных, сокращает существующий дефицит дохода на 30%. В связи с этим приоритетным направлением государственной политики в области социальной защиты населения должно стать развитие системы пособий для бедных семей с детьми с учетом контроля доходов на основе принципов социального контракта. Расходы на программу составляют 400% от базового уровня: в ценах 2009 г. – 160 млрд. руб., при ежегодном увеличении расходов на 15% [37].

Ресурсы на увеличение указанного пособия предлагается высвободить за счет модернизации категориальных льгот путем ужесточения правил входа в систему для вновь вступающих и работающих. Предварительные расчеты показывают, что если категориальные выплаты ветеранам труда предоставлять только при условии, что их индивидуальные доходы не превышают двух прожиточных минимумов, то бюджетные расходы по данному направлению уменьшатся на 10 млрд. руб., а если схожие условия получения социальной помощи применить также к другим группам категориальных льготников, то можно выйти на общее сокращение бюджетных расходов на 15 млрд. руб. в год. Второй источник финансирования пособий – увеличение налоговых поступлений в связи с повышением заработной платы [37, 116]. Исследование стимулирования рождаемости в России, проведенное под руководством В.В. Елизарова, свидетельствует о том, что «через несколько лет структурные факторы, которые нам подарили небольшой подъем рождаемости, себя

исчерпают, и неизбежно начнется следующая фаза падения рождаемости (снижение ежегодных чисел рождений). Развивая и совершенствуя демографическую политику на федеральном и региональном уровне, нам нужно успеть за 3–4 года подготовиться к качественному улучшению политики за пределами 2012–2014 гг., не ограничиваясь только индексацией пособий. Если мы этого не сделаем, нас будет ожидать еще один спад рождаемости, более глубокий, чем в конце 1990-х» [44, с. 123-151].

Таким образом, демографическая политика России в области повышения рождаемости имеет три существенных недостатка: превалирование экономических механизмов (до 80%³), их недостаточная эффективность, отсутствие координирующего органа власти, отвечающего за демографическое развитие страны, и в частности за тенденции рождаемости населения.

1.3. Методологические подходы к исследованию репродуктивного поведения

Теоретические основы репродуктивного поведения разработаны достаточно основательно как с биологической, медицинской, так и с социологической и демографической позиций. В связи с этим современные исследования сосредоточиваются в основном на изучении факторов репродуктивного поведения, а также его особенностей у конкретных групп населения. Среди направлений современных исследований можно выделить:

1. Медико-социальные аспекты репродуктивного поведения (Е.Б. Бреева, И.И. Гребешева, И.П. Каткова, Р.В. Нифантова, Н.М. Римашевская, Н.Е. Русанова, А.А. Шабунова, В.А. Шапкайтц).

2. Гендерные аспекты репродуктивного поведения (Е.А. Баллаева, С.П. Ермаков, С.В. Захаров, Л.Г. Луныкова, Н.М. Римашевская и др.).

3. Исследования институтов брака и семьи как фактора репродуктивного поведения (А.И. Антонов, Е.Б. Бреева, Т.А. Гурко, А.Б. Синельников и др.).

³ В Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года для решения задачи по повышению уровня рождаемости отсутствуют пропагандистские механизмы, 80% предполагаемых мероприятий относятся к экономическим (в 62% – с закреплением в нормативно-правовой базе), 20% – исключительно административно-правовые.

4. Исследования репродуктивного поведения отдельных социально-демографических групп населения, например студенческой молодежи (Т.А. Долбик-Воробей, А.И. Кузьмин и др.), многодетных семей (А.И. Антонов, О.Л. Лебедь и др.) и др.

5. Исследования этнокультурных особенностей репродуктивного поведения и взаимодействия с миграционными процессами (А.И. Антонов, В.Н. Архангельский, А.И. Кузьмин, Л.Л. Рыбаковский, О.Л. Рыбаковский, А.Б. Синельников, К.А. Шестаков и др.).

6. Исследования влияния занятости на репродуктивное поведение (А.П. Багирова, Н.В. Зверева, А.М. Илышев, И.В. Лаврентьева, Е.А. Мосакова и др.).

7. Исследования уровня жизни (в том числе отдельно доходов, жилищных условий и пр.) как фактора репродуктивного поведения (Е.М. Аврамова, А.И. Антонов, В.Н. Архангельский, В.И. Гришанов, А.К. Гузанова, В.Г. Доброхлеб, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева, Л.Ю. Иванова, А.И. Кузьмин, Н.М. Римашевская, Л.Л. Рыбаковский, А.Ю. Шевяков и др.).

8. Исследования возможностей регулирования репродуктивного поведения с целью повышения рождаемости (В.Н. Архангельский, В.Э. Багдасарян, В.В. Елизаров, В.М. Жеребин, Н.В. Зверева, О.А. Кислицина, М.А. Клупт, Л.А. Мигранова, Л.Н. Овчарова, Г.В. Осипов, В.В. Пациорковский, С.В. Рязанцев, О.В. Синявская, С.С. Сулакшин, А.И. Татаркин др.).

9. Этико-правовые вопросы репродуктивного поведения населения (репродуктивные права) (Е.Б. Бодрова, О.Г. Исупова, Н.Е. Русанова и др.).

10. Исследования репродуктивного здоровья и системы здравоохранения как условий репродуктивного поведения (О.Г. Исупова, И.П. Каткова, Р.В. Нифантова, Н.М. Римашевская, Н.Е. Русанова, М.Ю. Сурмач, А.А. Шабунова, В.А. Шапкайц и др.).

Отличительной чертой нашего исследования является использование наряду с данными статистики социологического мониторинга, проведенного с участием авторов. Его данные позволяют отслеживать динамику изменений репродуктивного поведения, выявлять значимость экономических, социальных, психологических факторов этих изменений, определять группы населения, в которых иницируются негативные формы (в контексте целей демографической политики), трансформации репродуктивного поведения.

Кроме того, авторами проведено стандартизованное интервью пар, принявших решение о создании семьи, с целью выявления особенностей формирования репродуктивных установок не на личностно-индивиду-

альном, а на партнерско-семейном уровне. На этапе создания брачной пары репродуктивные установки партнеров согласуются, корректируются; наблюдается увеличение разности между желаемым и планируемым числами детей.

Осуществленное в 2010 г. групповое анкетирование студенческой молодежи подтвердило гипотезу о том, что данная группа населения является наиболее восприимчивой к информационным способам воздействия на формирование репродуктивных установок.

В целом методы, использованные в исследовании, можно разделить на два блока (табл. 4).

Таблица 4. **Методологические подходы, использованные в исследовании**

Анализ результатов, факторов и социально-экономических последствий репродуктивного поведения по официальным статистическим данным	Анализ тенденций, результатов, факторов репродуктивного поведения по субъективным оценкам населения Вологодской области
1. Анализ статистических показателей различных аспектов репродуктивного поведения; оценка деятельности государственных органов власти с целью воздействия на репродуктивное поведение; анализ статистических показателей, характеризующих факторы репродуктивного поведения.	1. Мониторинг репродуктивного поведения населения Вологодской области.
2. Расчет гипотетического минимума естественной рождаемости (ГМЕР).	2. Мониторинг репродуктивного здоровья женщин Вологодской области.
3. Расчет упущенной экономической выгоды вследствие репродуктивных потерь.	3. Социологическое исследование репродуктивных установок студенческой молодежи.
4. Оценка индексным методом вклада структурных и поведенческих факторов в изменение общего коэффициента рождаемости в период введения «новых» мер стимулирования рождаемости населения (2006–2011 гг.).	4. Социологическое исследование репродуктивных установок пар, принявших решение о заключении брака.

Информационную базу исследования составили:

1. Данные Всемирной организации здравоохранения, Worldbank (данные, использованные при сравнении России с другими странами).

2. Материалы Всероссийских переписей населения 2002 г. (распределение населения Вологодской области по полу, возрасту, брачному состоянию, детности).

3. Статистические данные Федеральной службы государственной статистики и Территориального органа ФСГС по Вологодской области (официальные данные, характеризующие социально-экономическую ситуацию, демографическое развитие, результаты репродуктивного поведения населения на федеральном и региональном уровне).

4. Данные медицинского информационно-аналитического центра Вологодской области (абсолютные значения показателей репродуктивных потерь).

Поскольку репродуктивное поведение населения во многом зависит от субъективно оцениваемых условий, данные официальной статистики не могут в полной мере отразить факторы его формирования. Поэтому анализ тенденций, перспектив и факторов репродуктивного поведения по официальным статистическим данным был дополнен данными социологических исследований, проведенных с участием авторов.

5. Мониторинг репродуктивного потенциала. Вологодская область состоит из 26 административных районов и двух крупных городов (Вологда и Череповец). В нашей выборке участвуют гг. Вологда, Череповец и 8 муниципальных районов: Бабаевский, Великоустюгский, Вожегодский, Грязовецкий, Кирилловский, Никольский, Тарногский и Шекснинский. В выборке представлены районы всех групп, выделенных по социально-экономическому развитию (приложение 3).

Опрос проводится с 2005 г. Форма опроса – раздаточное анкетирование. Сбор эмпирических данных производится методом поквартирного опроса с шагом 5–8 квартир. Объем выборки – 1500 респондентов в репродуктивном возрасте. Выборка целенаправленная, квотная.

Репрезентативность выборки обеспечена соблюдением следующих условий:

- пропорций между городским и сельским населением;
- пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские поселения, малые и средние города);
- пропорций половозрастной структуры населения области;

Величина случайной ошибки выборки не превышает 3% при доверительном интервале 4–5%. Техническая обработка информации произведена в программах SPSS и Excel.

Вопросы анкеты соответствуют пяти исследовательским блокам:

- Анализ собственно репродуктивного поведения: установки детности, представления об оптимальной длительности прото- и интергенетических интервалов, предпочтения пола детей.
- Анализ abortивного поведения: наличие и кратность аборта, представления о его допустимости.
- Анализ контрацептивного поведения: регулярность и мотивы использования контрацепции, неудовлетворенная потребность в планировании семьи, ее причины.

- Анализ факторов репродуктивного поведения: система жизненных ценностей, брачные установки, семейное положение, детность родительской семьи, репродуктивное здоровье, медико-гигиеническая грамотность, материальное и жилищное положение, образование, род занятий, место проживания, оценка государственных мер регулирования репродуктивного поведения, пол, возраст.

Разработанная анкета позволяет исследовать репродуктивное поведение населения, выявляя потребность в детях, репродуктивные установки, мотивы, результаты решений и действий, а также установить взаимосвязи репродуктивного поведения с социально-экономическими характеристиками населения, выявить его факторы и условия формирования (приложение 4).

6. Мониторинг репродуктивного здоровья женщин Вологодской области. Обследование женщин репродуктивного возраста осуществлялось совместно с Институтом здоровья семьи в рамках проекта «Мать и дитя» в 2006 и 2009 гг. Тип выборки – районирование с пропорциональным размещением единиц наблюдения; квотирование по возрасту в соответствии с генеральной совокупностью. Объем выборочной совокупности составляет 1600 человек в точках опроса, используемых в мониторинге репродуктивного потенциала. Дополнительно опрашивается население четырех «пилотных» районов (по 400 человек в каждом из районов: Вожегодском, Шекснинском, Кадуйском и Нюксенском).

Основные направления исследования следующие:

- оценка уровня информированности и грамотности в вопросах контрацепции и репродуктивного здоровья;
- анализ контрацептивного поведения женщин;
- оценка роли консультирования медицинским работником по вопросам применения контрацепции и репродуктивного здоровья;
- охват женщин медико-гигиеническим консультированием и его эффективность;
- социально-демографические характеристики респонденток.

7. В 2010 г. исследование репродуктивного поведения продолжено специальным обследованием студенческой молодежи, как наиболее лабильной социальной группы населения в активном репродуктивном возрасте. Было проведено групповое анкетирование студентов пяти высших учебных заведений гг. Вологды и Череповца.

Инструментарий аналогичен инструментарию мониторинга репродуктивного поведения, скорректирован с учетом возрастной группы, анкеты разработаны отдельно для юношей и девушек.

8. Социологическое исследование репродуктивных установок пар, принявших решение о создании семьи, проведено методом стандартизованного интервью в 2007 г. В ходе опроса респонденты вначале индивидуально заполняли вопросники, затем совместно отвечали на вопросы интервьюера. Исследование выявило установки детности и предпочитаемую длительность прото- и интергенетических интервалов, причины создания семьи / регистрации брака, матримониальные установки, жилищные условия, отношение к демографической политике, бездетности.

Социологические исследования осуществлены на базе Института социально-экономического развития территорий Российской академии наук. Общая характеристика проведенных исследований представлена в таблице 5 [56].

Таблица 5. **Характеристика социологического исследования репродуктивного поведения населения Вологодской области**

Параметр	Год обследования							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2014
Характеристики респондентов (население в репродуктивном возрасте)	Мужчины и женщины	Женщины	Мужчины и женщины / брачующиеся пары	Мужчины и женщины	Женщины	Студенческая молодежь	Мужчины и женщины	
Объем выборки, чел.	1586	3137	1461/ 324	1536	3200	494	1371	1500
Метод	Раздаточное анкетирование		Раздаточное анкетирование / стандартизованное интервью	Раздаточное анкетирование		Групповое анкетирование	Раздаточное анкетирование	

При доработке вопросников учитывались итоги опроса беременных женщин Вологодской области в 2004 г., населения репродуктивного возраста в 2005 г., женщин репродуктивного возраста в 2006 г. Были также проанализированы данные обследований женского населения с целью выявления уровня социально-гигиенической грамотности, особенностей абортивно-контрацептивного поведения – «Репродуктивное

здоровье российских женщин» (1996, 1999 гг., ВЦИОМ, USAID⁴), «Мать и дитя» (Институт здоровья семьи [56], USAID); регулярных опросов различных демографических групп населения, проведенных кафедрой социологии семьи социологического факультета МГУ, а именно: «Религия, семья, дети» (2003–2005 гг.) [118]; обследований ценностных ориентаций учащейся молодежи на образ жизни, социальные установки к здоровью, браку и семье (2004 г.), «Семейный образ жизни в сельской России» (2005–2006 гг.), «Семья с несколькими детьми» (2006–2007 гг.) [62]; опросов населения репродуктивного возраста в Новгородской области [6]. В анализ вошли анкетные опросы студенческой молодежи, осуществленные Т.А. Долбик-Воробей [42] в период с ноября 2001 по апрель 2002 года в ряде московских вузов, А.И. Кузьминым – на территории Свердловской области и Ханты-Мансийского автономного округа в 2003 г. [68, 137]; исследования Независимого института социальной политики в рамках панъевропейской программы «Поколение и гендер» в период с 2004 по 2007 г. («Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» – 2004, 2006 гг.)⁵.

Полных аналогов разработанного авторами инструментария нет, материалы указанных выше источников были проанализированы и частично использованы. Разработанные вопросники отвечают всем направлениям выполненного исследования. Обследования целевых групп (брачующихся пар и студентов) подготовлены и проведены на территории г. Вологды авторами.

Для оценки биологического потенциала рождаемости и степени его реализации был применен метод В.А. Борисова – расчет гипотетического минимума естественной рождаемости (далее сокращенно – ГМЕР) [20].

В отличие от зарубежных работ, в которых делаются попытки определить максимум естественной рождаемости, в методе, разработанном В.А. Борисовым в 1971 г., определяется гипотетический минимум естественной рождаемости, т.е. такой уровень рождаемости, ниже которого она не может опуститься без влияния каких-либо обстоятельств негативного свойства (пониженная плодовитость значительной части населения страны, высокая доля супругов, живущих раздельно долгое время и т.п.).

⁴ Агентство США по международному развитию. См.: Бодрова В.В. Репродуктивное здоровье российских женщин в конце XX столетия // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2001. – № 1 (51). – С. 55-59.

⁵ URL: <http://www.socpol.ru/gender/RIDMIZ.shtml> (дата обращения: 05.10.2010).

На основе специально разработанной математической модели и данных о параметрах человеческой плодовитости В.А. Борисовым были определены минимальные коэффициенты брачной естественной рождаемости (табл. 6), которые затем использовались при расчетах конкретных показателей ГМЕР для любого реального населения и конкретного времени. Эти коэффициенты очерчивают границу, ниже которой уровень брачной рождаемости может опуститься под влиянием только четырех факторов:

- 1) недоучета числа родившихся;
- 2) высокой доли бесплодных браков;
- 3) высокой доли раздельно живущих супругов;
- 4) намеренного ограничения рождаемости в браке.

Уже одно это, т.е. сведение огромного количества факторов, воздействующих на рождаемость, всего к четырем, делает метод полезным.

Таблица 6. **Минимальные коэффициенты брачной естественной рождаемости, принятые в модели ГМЕР за стандарт, промилле (‰)**

	Возрастные группы (лет)					
	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49
Коэффициенты	400	377	349	279	155	31

Возрастная группа 15–19 лет в таблице отсутствует. В этой возрастной группе однолетние возрастные коэффициенты рождаемости увеличиваются очень резко по мере взросления женщин и вступления их в брак (в пределах данного возрастного интервала). Поэтому средняя величина показателя для пятилетнего возрастного интервала оказывается слишком неустойчивой, слишком зависимой от внутригрупповой структуры, непригодной для включения в модель.

То же самое относится и к возрастам старше 50 лет, в которых также случаются рождения, тем более в условиях естественной рождаемости. Поэтому В.А. Борисов объединяет всю рождаемость в крайних возрастных группах женщин в одном поправочном коэффициенте, который вводится к рассчитанному гипотетическому числу родившихся в условиях естественной рождаемости. Обобщив удельный вес детей, родившихся у женщин в возрастах моложе 15 лет и старше 50-ти в 35 странах мира, публикующих необходимую для данного расчета статистику, автор вывел усредненный поправочный индекс – 1,06.

Для расчета общего коэффициента ГМЕР достаточно располагать лишь данными о распределении замужних женщин по пятилетним возрастным группам. Такие данные имеются в итогах переписи населения любой страны. Более точный расчет можно сделать, если располагать возрастными коэффициентами брачной рождаемости, но такие показатели рассчитываются и публикуются пока в очень немногих странах. Для нашей страны приходится пользоваться данными переписей населения и, соответственно, расчет приурочивается к критическому моменту переписи.

Для расчета общего коэффициента ГМЕР достаточно перемножить численности замужних женщин по пятилетним возрастным группам и соответствующие минимальные возрастные коэффициенты естественной брачной рождаемости из таблицы 5 и к полученной гипотетической сумме родившихся у женщин в возрасте 20–49 лет добавить число родившихся у женщин моложе 15 и старше 50 лет. Это делается путем умножения гипотетического числа родившихся на поправочный индекс 1,06. В итоге общее гипотетическое число родившихся (для условий естественной рождаемости) остается лишь разделить на соответствующую ему среднюю численность населения и получить общий коэффициент ГМЕР.

Способ расчета можно представить в виде формулы, где все условные обозначения ясны из предыдущего текста:

$$n^{змер} = \frac{1,06 \times \sum_{20}^{49} {}^m W_x \times F_x^0}{P} .$$

Важным последствием репродуктивного поведения являются потери населения из-за нереализованных рождений, материнской и перинатальной смертности. Экономический ущерб в таком случае представляет собой недопроизводство валового продукта, который мог бы быть произведен этой группой населения в случае жизни.

Существует несколько методов экономического анализа. Это анализ минимизации затрат, методы «затраты – эффективность», «затраты – полезность», «затраты – выгода», «затраты – последствия» и стоимостной анализ [148, с. 31-38, 69-76]. Все они направлены на оценку социально-экономических затрат в связи с заболеваемостью и/или смертностью населения.

Для оценки потерь населения вследствие репродуктивного поведения и репродуктивного здоровья наиболее подходит оценка косвенных затрат в стоимостном анализе [27, с. 125] или на основе расчета потерянных лет потенциальной жизни по методу «затраты – эффективность» [45, с. 96], однако с коррективами.

Расчет упущенной экономической выгоды вследствие репродуктивных потерь осуществлен по методике оценки потерь трудового потенциала И.П. Катковой [79, с. 77-78]. Она основана на идее потенциальной демографии, критерием потерь в которой является не число преждевременных смертей, а число потерянных лет жизни (потенциал жизнелюбности) или лет трудовой деятельности (потенциал трудоспособности), потерянных в данном году от всех смертей, которые произошли в предыдущие годы.

Использованный метод расчета потерь позволяет количественно оценить эти упущенные жизни и выразить их в человеко-годах трудовой деятельности, потерянных для общества лет в определенном году вследствие сложившихся уровней смертности (характеризующих риск смертности в годы, предшествующие рассматриваемому).

Упущенная экономическая выгода (величина недопроизведенного валового продукта, внутреннего или регионального) от указанных причин определяется как произведение количества несостоявшихся лет трудовой деятельности и показателя ВРП/ ВВП:

$$P_i = [MP \cdot T_g + УН \cdot T_g + МС \cdot T_o] \cdot ВРП,$$

где P_i – экономические потери в i году (рубли);

MP – количество мертворожденных (чел.);

$УН$ – количество умерших новорожденных в раннем неонатальном периоде (чел.);

$МС$ – материнская смертность (чел.);

T_g – весь трудоспособный период (лет);

T_o – оставшийся трудоспособный период ($T_o = 55 - h$, h – количество прожитых лет);

$ВРП$ – валовой региональный продукт на душу населения в сопоставимых ценах (руб.).

С помощью индексного метода можно установить степень влияния на изменение уровня рождаемости за календарный период таких факторов, как:

- изменение половозрастной структуры населения за рассматриваемый период (за счет изменения доли женщин репродуктивного возраста);

- изменение возрастной структуры женщин в репродуктивном возрасте (за счет только изменений возрастной структуры женщин в репродуктивном возрасте при условии, что возрастные коэффициенты останутся неизменными);

- изменение возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. изменения поведенческого характера (за счет изменения специального коэффициента рождаемости без учета изменений возрастной структуры женщин 15–49 лет).

Это позволит оценить результативность государственного регулирования репродуктивного поведения.

Индекс изменения общего коэффициента рождаемости (n) равен отношению его значения в конце периода к значению в начале:

$$J_n = n_1 \div n_0 . \tag{1}$$

Для установления связи между общими, возрастными коэффициентами рождаемости и возрастной структурой населения строится система индексов:

$$J_n = [dW_{cp}^{15-49} \div dW_{cp0}^{15-49}] \times [\sum F_{x1} \times w_{x0}] \div [\sum F_{x0} \times w_0] \times [\sum F_{x1} \times w_{x1}] \div [\sum F_{x1} \times w_{x0}], \tag{2}$$

где n – общий коэффициент рождаемости;

dW_{cp}^{15-49} – доля женщин в репродуктивном возрасте;

F_x – возрастные коэффициенты рождаемости;

w_x – доля женщин возрастной группы x в численности женщин 15–49 лет.

Индексом «0» отмечены значения на начало периода, индексом «1» – на конец исследуемого периода.

Иначе данное выражение можно представить в виде равенства индекса изменения общего коэффициента рождаемости за период времени от 0 до 1 произведению трех индексов, отражающих влияние структурного и поведенческого факторов на данное изменение:

$$J_n = JdW_{cp}^{15-49} \times J_{Fx} \times J_{wx} , \tag{3}$$

где JdW_{cp}^{15-49} – показывает изменение общего коэффициента за счет изменения только возрастной структуры женщин (индекс переменного состава);

J_{Fx} – индекс постоянного состава показывает изменение общего коэффициента за счет изменения возрастных коэффициентов рождаемости, т.е. собственно уровня рождаемости;

J_{wx} – показывает изменение общего коэффициента за счет изменения доли женщин в возрасте x в численности женщин 15–49 лет.

В заключение отметим, что демографические процессы и тенденции репродуктивного поведения в Вологодской области аналогичны протекающим в ряде регионов России, что позволяет применять полученные в ходе исследования выводы при разработке региональной демографической политики.

Изучение репродуктивного поведения требует междисциплинарного подхода в силу специфики предмета, предполагающего применение разнообразных методов. Исследование репродуктивного поведения населения было осуществлено с применением общенаучных и специальных методов (статистических, социологических, картографических, графоаналитических, потенциальной демографии). Особенно широко использовались социологические, позволяющие наиболее полно и глубоко изучить явления и процессы поведенческой природы.

Таким образом, репродуктивное поведение населения, являясь условием рождаемости, требует поиска научно обоснованных механизмов управления демографическим развитием, обуславливая актуальность, научную и практическую значимость проведенного исследования.

ГЛАВА 2

ДЕМОГРАФИЧЕСКОЕ РАЗВИТИЕ ТЕРРИТОРИИ И РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ

2.1. Демографическое развитие в контексте трансформации репродуктивного поведения

Снижение темпов роста населения мира (табл. 7) связано с сокращением уровня рождаемости, т.к. динамика смертности населения мира во второй половине XX – начале XXI в. характеризуется снижением ее общего коэффициента – с 19,5 до 8,6‰ [162]. При этом сохраняется региональная дифференциация: от 12,5‰ в Африканском регионе до 6‰ в Латинской Америке в 2010 г.

Таблица 7. Численность населения (млн. человек) и темпы роста, %

Мир, регион	Численность, млн. чел.							Темпы роста, %				
	1960	1970	1980	1990	2000	2010	2012	1970/ 1960	1980/ 1970	1990/ 1980	2000/ 1990	2010/ 2000
Весь мир	3032	3699	4451	5295	6124	6987	7052	122,0	120,3	119,0	115,7	114,1
Европа	605	657	693	721	729	738	740	108,6	105,5	104,0	101,1	101,2
Африка	282	364	480	637	821	1051	1070	129,1	131,9	132,7	128,9	128,0
Азия	1704	2139	2636	3181	3705	4216	4250	125,5	123,2	120,7	116,5	113,8
Латинская Америка	220	288	364	444	523	596	603	130,9	126,4	122	117,8	114,0
Северная Америка	204	232	256	284	316	346	351	113,7	110,3	110,9	111,3	109,5
Австралия и Океания	16	20	23	27	31	37	38	125	115	117,4	114,8	119,4
<i>Справочно: Россия</i>	<i>119</i>	<i>130</i>	<i>138</i>	<i>138</i>	<i>146</i>	<i>143</i>	<i>143</i>	<i>109,2</i>	<i>106,2</i>	<i>100</i>	<i>105,8</i>	<i>97,9</i>

Источники: Europe in figures – Eurostat yearbook 2009. – P. 130. – URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu> (дата обращения: 25.10.2010); Демографический ежегодник России. – 2001. – С. 19; 2011 World Population Data Sheet. The World at 7 billion. – Population Reference Bureau. – P. 6-9.

Значение коэффициента рождаемости в целом по миру сократилось с 37,2‰ в середине XX века до 19,0‰ в 2012 г. Наиболее существенное снижение рождаемости за этот период зафиксировано в Европейском (с 21,5 до 10,5‰), Азиатском (с 42,3 до 19‰) регионах и в Австралии (с 23,0 до 12,9‰).

Формирование численности населения Российской Федерации находится под двойным «прессом»: высокая смертность и низкая рождаемость, естественное движение (убыль) не восполняется механическим (табл. 8).

Таблица 8. Демографическая ситуация в России в сравнении с некоторыми странами мира в отношении первого типа воспроизводства населения

Страны «группы восьми»	Суммарный коэффициент рождаемости, ед.		Число родившихся		Число умерших		Естественный прирост / убыль населения		Миграцион- ный прирост / убыль населения		Ожидаемая продолжительность жизни		Разность ОПЖ женщин и мужчин		
			(на 1000 чел. населения)											лет	
			2000	2010	2000	2010*	2000	2010*	2000	2010	2000	2010		2000	2010*
Германия	1,4	1,4	9,3	8,1	10,2	10,4	-0,9	-2,2	2,0	2,0	77,9	79,8	5,2		
Италия	1,3	1,4	9,5	9,5	9,8	9,8	-0,3	-0,4	3,1	6,0	79,4	81,4	5,2		
Канада	1,5	1,7	10,7	11,2	7,1	7,4	3,6	3,8*	6,5	7,0	79,2	80,7	3,6		
Россия	1,2	1,6	8,7	12,5**	15,3	14,2**	-6,6	-1,7	2,5	1,0	65,3	68,6	11,9		
Велико- британия	1,6	2,0	11,5	12,8	10,3	9,1	1,2	3,9	2,5	2,0	77,7	80,1	4,0		
США	2,1	2,0	14,4	13,8	8,5	8,4	5,9	5,4*	4,6	3,0	76,6	78,1	4,9		
Франция	1,9	2,0	13,1	12,8	9,1	8,5	4,0	2,0	1,2	1,0	79,0	81,1	6,7		
Япония	1,4	1,4	9,4	8,5	7,6	9,1	1,8	-0,6*	0,3	0,0	81,1	82,9	6,8		

* 2009 г. ** 2010 г.
 Источники: World Development Indicators / World Bank, 2006, 2011. – URL: <http://www.worldbank.org>; European Commission. Eurostat. – URL: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>, 2011; World Population Data Sheet. The World at 7 billion. – Population Reference Bureau. – P. 6-9.

В результате в период с 2000 по 2014 г. население России сократилось на 3% (со 146 до 143 млн. человек, табл. 9). Снижение численности населения Северо-Западного федерального округа и Вологодской области было более значительным, чем в среднем по России, и составило 4 и 8% соответственно, несмотря на то, что Северо-Западный федеральный округ в 2012 г. являлся вторым по миграционной привлекательности округом страны после Центрального (коэффициент миграционного прироста – 62 и 58 на 10 000 чел. населения соответственно).

Уровень смертности в России в первой половине 1990-х годов был столь значительным, что ученые и политики стали говорить о массовом вымирании населения страны, демографической катастрофе и даже о геноциде русского народа [25, 48, 128]. Лишь со второй половины третьего тысячелетия зафиксировано снижение общего коэффициента смертности населения.

Таблица 9. Численность постоянного населения на 1 января, тыс. человек

Территориальное образование	Год							2014 к 2000, %
	2000	2005	2010	2011	2012	2013	2014	
Российская Федерация	146 890	143 801	142 834	142 865	143 056	143 347	143 667	97,8
Центральный федеральный округ	38 228	38 044	38 335	38 446	38 538	38 679	38 820	101,5
Северо-Западный федеральный округ	14 324	13 793	13 604	13 626	13 660	13 718	13 801	96,3
Республика Карелия	735	690	649	643	640	637	634	86,3
Республика Коми	1058	983	912	899	890	881	872	82,4
Архангельская область	1390	1299	1237	1225	1214	1202	1192	85,7
Вологодская область	1300	1246	1208	1201	1199	1196	1193	91,8
Калининградская область	959	942	939	942	947	955	963	100,5
Ленинградская область	1687	1681	1705	1719	1734	1751	1764	104,6
Мурманская область	941	857	800	794	788	780	771	81,9
Новгородская область	719	675	640	633	630	626	622	86,6
Псковская область	793	735	682	671	667	662	657	82,8
г. Санкт-Петербург	4742	4686	4833	4899	4953	5028	5132	108,2
Южный федеральный округ	н.д.	13 871	13 854	13 851	13 884	13 910	13 964	100,7
Северо-Кавказский федеральный округ	н.д.	8995	9353	9439	9493	9541	9590	106,6
Приволжский федеральный округ	31 703	30 679	29 993	29 880	29 811	29 772	29 739	93,8
Уральский федеральный округ	12 515	12 205	12 088	12 087	12 143	12 198	12 234	97,8
Сибирский федеральный округ	20 464	19 677	19 287	19 252	19 261	19 278	19 293	94,3
Дальневосточный федеральный округ	6913	6538	6320	6285	6266	6251	6227	90,1

Источник: Единая межведомственная информационно-статистическая система. – URL: <http://www.fedstat.ru/>

С 2000 г. в стране наметилась тенденция увеличения общего коэффициента рождаемости (рис. 5).

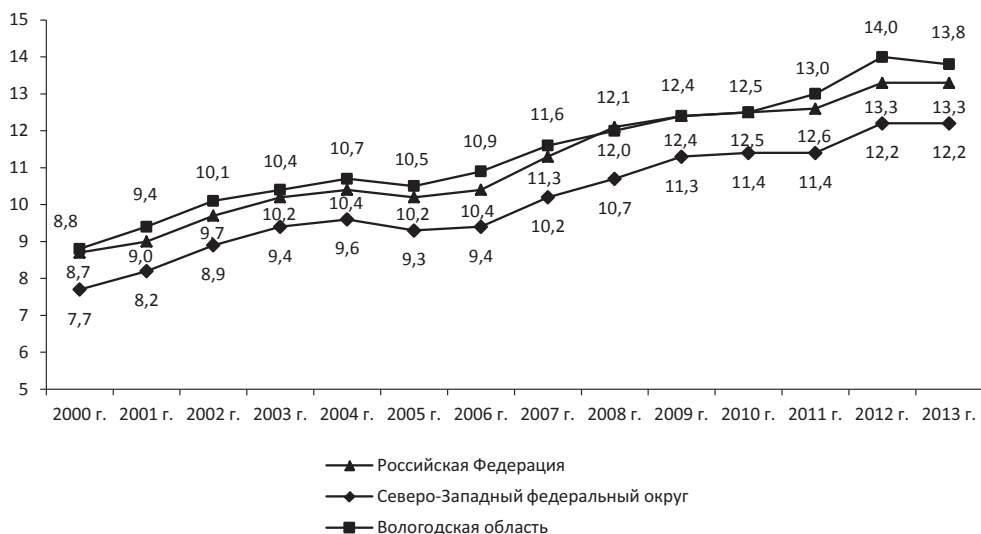


Рис. 5. **Общий коэффициент рождаемости (на 1000 чел. населения)**

Источники: Регионы России, 2008, 2013: стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – URL: www.gks.ru; Демографический ежегодник Вологодской области: стат. сб. / Вологдастат, 2009, 2013.

Но этот результат в значительной степени обусловлен эффектом «популяционных волн» – вступило в репродуктивный возраст относительно многочисленное поколение 1980-х годов рождения.

Уровень рождаемости населения в Вологодской области соответствует среднероссийскому. В период с 2000 до 2010 г. общий коэффициент рождаемости увеличился с 8,7 до 12,5‰ (см. рис. 5). В среднем с начала столетия в Вологодской области значение общего коэффициента рождаемости не опускалось ниже 9,7‰ (в Белозерском районе); максимальное значение – 12,5‰ – зафиксировано в Верховажском районе (рис. 6). Большинство (15 из 28) муниципальных образований области за рассмотренный период сохраняло среднее многолетнее значение показателя выше среднеобластного уровня.

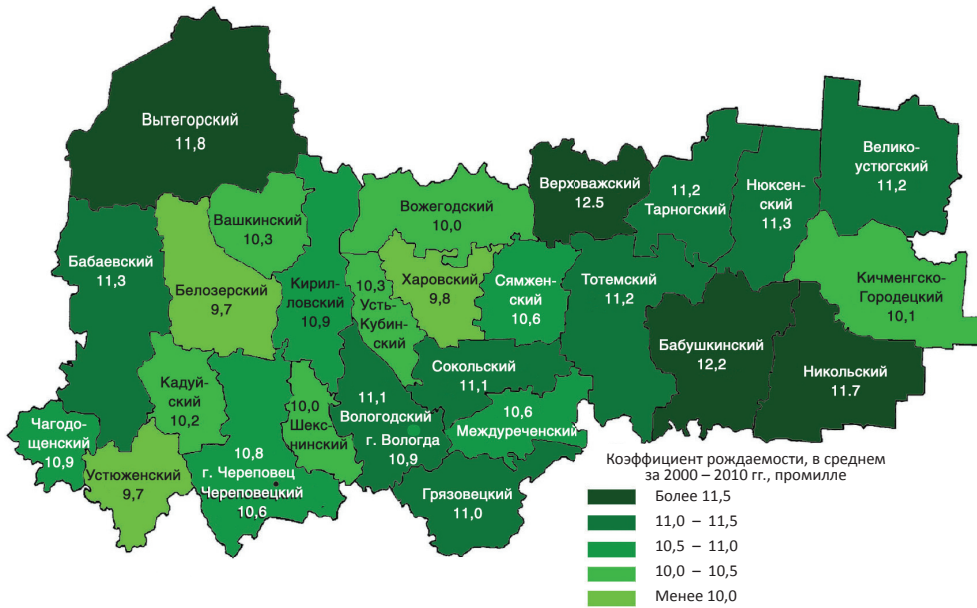


Рис. 6. **Общий коэффициент рождаемости населения Вологодской области** (в среднем за 2000–2010 гг.), промилле

Предположение о том, что увеличение рождаемости во многом обусловлено демографической структурой населения, подтверждают изменения суммарного коэффициента рождаемости. Этот показатель дает более точное представление о детности и отражает средние репродуктивные установки населения. В период с 2000 по 2012 г. в России суммарный коэффициент рождаемости увеличился с 1,2 до 1,7, достигнув уровня нулевого естественного прироста⁶ (рис. 7).

В Вологодской области к 2000 г. суммарный коэффициент рождаемости, повторяя общероссийскую тенденцию, снижался до 1,2, затем до 2004 г. отмечался некоторый рост показателя (с 1,2 до 1,4); в 2005 г. – вновь снижение до 1,3, после чего к 2012 г. значение суммарного коэффициента рождаемости увеличилось до 1,84 (см. рис. 7). Несмотря на такое значение показателя, уровень нулевого естественного прироста не достигнут ввиду высокой смертности населения в регионе.

⁶ Уровень нулевого естественного прироста рассчитан по методике В.Н. Архангельского, описанной В.А. Борисовым: Борисов В.А. Демография. – М.: Издательский дом NOTABENE, 2001. – С. 164.

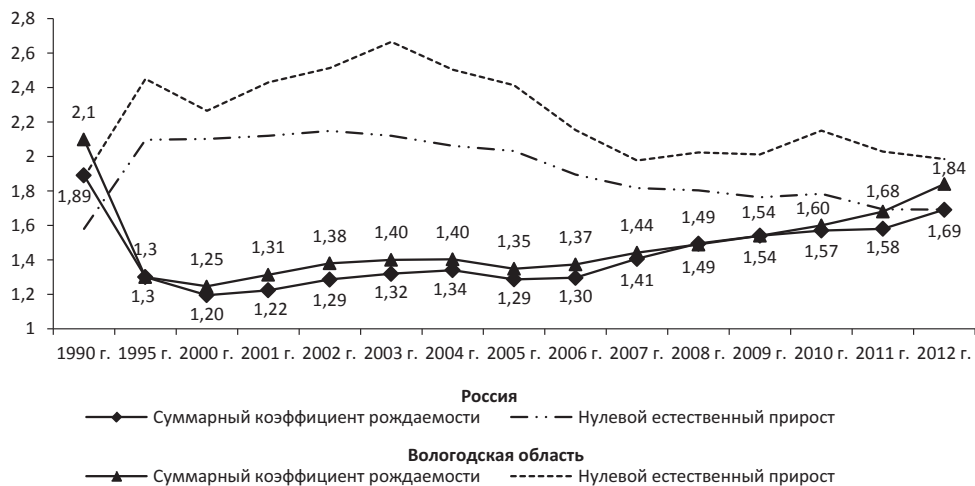


Рис. 7. Суммарный коэффициент рождаемости

Источник: ЦБСД / Федеральная служба государственной статистики. – URL: www.gks.ru; расчеты авторов.

В 2012 г. Вологодская область занимала второе место среди регионов Северо-Западного федерального округа по данному показателю (после Республики Коми, где суммарный коэффициент рождаемости достиг значения 1,88). При этом сохраняется территориальная дифференциация суммарного коэффициента рождаемости: население сельских территорий демонстрирует и более высокие значения, и более значительный его прирост в 2012 г. к 2000 г. (приложение 5). Этот факт свидетельствует о влиянии образа/уклада жизни на репродуктивное поведение населения.

Одной из важных причин снижения уровня рождаемости в ретроспективе стала трансформация репродуктивного поведения населения, вызванного особенностями социально-экономической жизни общества, в частности привлечением женщин к участию в производстве, повышением их экономической активности в целом.

Еще в начале 1990-х гг. европейские исследователи отмечали увеличение стремления женщин к самореализации в профессии, повлекшей удлинение периода обучения, увеличение возраста вступления в брак и откладывание рождений, что в свою очередь, привело к тому, что первый ребенок оставался единственным [165, с. 37, 133]. Это подкреплялось ухудшением здоровья матерей и населения в целом [115, с. 72-77].

В конце 1970-х гг. «самым здоровым» считался возраст 25 лет, к концу восьмидесятых он снизился до 16 лет, а в конце девяностых человек оставался с тем потенциалом здоровья, который он получил при рождении и который, с этого момента, «шел вниз» [104, 105].

Современная Россия также демонстрирует аналогичные процессы (рис. 8). «Пик» рождаемости в 1992 г. приходился на женщин в возрасте 20–24 лет, в 2012 г. он фиксируется в группе 25–29-летних женщин. Кроме того, параллельно произошло снижение числа рождений в группе моложе 20 лет (с 74 в 1992 г. до 27 на 1000 женщин соответствующего возраста в 2012 г.) и увеличение числа рождений в старших возрастных группах (30–34 лет, 35–39 и 40–44 лет). По сравнению с 2000 г. в 2012 г. наблюдается повышение интенсивности рождений в возрастных группах от 25 и старше.

Изменение возрастной модели рождаемости наблюдалось как в регионах Северо-Западного федерального округа, так и в других федеральных округах страны (приложение 6).

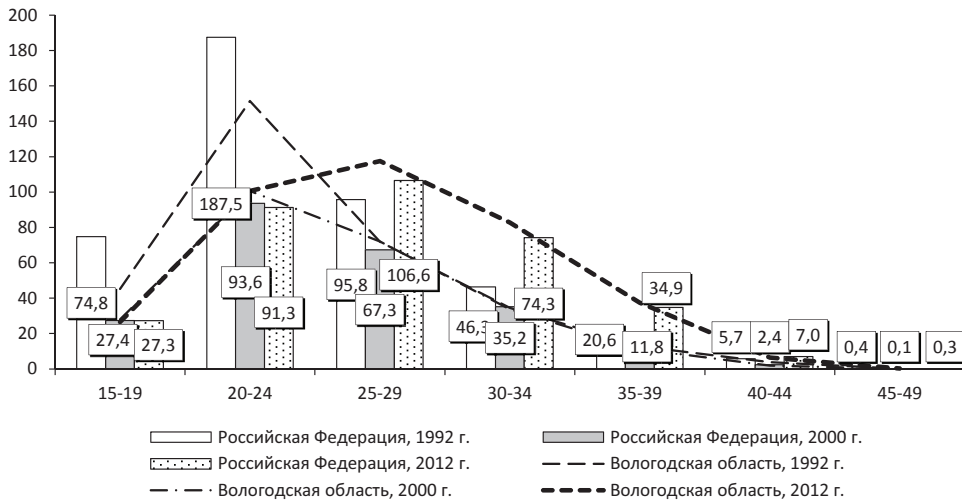


Рис. 8. **Возрастные коэффициенты рождаемости**, число родившихся за год на 1000 женщин в возрасте, лет

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: gks.ru

Следует учитывать и состояние половозрастной структуры населения, которая, наряду с репродуктивным поведением, определяет уровень рождаемости.

Распределение населения России по основным возрастным группам свидетельствует об очень высоком уровне демографической старости населения (в соответствии со шкалой Ж. Божё-Гарнье-Э. Россета) и имеет тенденцию увеличения доли лиц в возрасте 60 лет и старше (рис. 9).

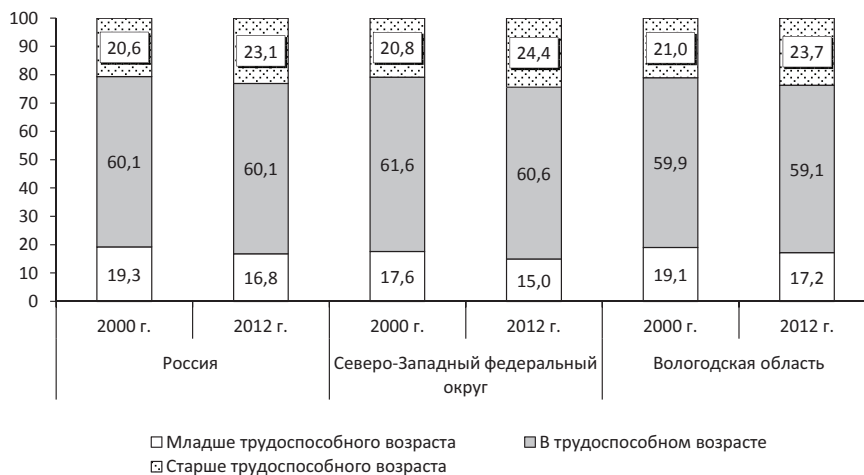


Рис. 9. Изменение возрастной структуры населения, %

Источник: данные Федеральной службы государственной статистики. – URL: gks.ru

Причем старение идет «снизу» – за счет снижения рождаемости, а не за счет увеличения продолжительности жизни (как, например, в Японии). Т.е. замещение трудоспособной части населения не обеспечено, в случае сохранения тенденций репродуктивного поведения населения демографическая нагрузка будет расти без перспективы снижения.

В период с 2000 по 2012 г. общая демографическая нагрузка практически не изменилась, нагрузка детьми снизилась на 18%, пенсионерами – увеличилась на 13%. Направленность изменения показателя демографической нагрузки населением в возрасте старше трудоспособного в сторону снижения зафиксирована в 3 регионах страны, в пределах Северо-Кавказского федерального округа (приложение 7). В остальных регионах в 2012 г. по сравнению с 2000 г. данный показатель увеличился. Демографическая нагрузка лицами в возрасте младше трудоспособного снизилась во всех регионах, кроме Республики Алтай [40]. Хотя уровень демографической нагрузки в России незначительно превышает таковой в странах Европейского союза [29], проблема состоит в том, что эконо-

мическая активность лиц в возрасте старше трудоспособного ниже [39], состояние здоровья хуже и требует значительных социальных трансфертов.

Особенности демографической структуры населения, сдвиг коэффициентов рождаемости на старший возраст наряду с ухудшением репродуктивного здоровья женщин являются факторами риска снижения не только количественных, но и качественных параметров воспроизводства населения [145, с. 46-55].

Рассмотрим прогнозные оценки демографических процессов с целью выявления структурных резервов увеличения рождаемости населения. По последним оценкам Росстата, численность населения России составит в среднем к 2030 г. 139 041,8 тысячи человек, что по сравнению с численностью 2009 г. ниже на 2% (табл. 10).

По данным Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, в 2020 г. численность женщин репродуктивного возраста по сравнению с 2009 г. сократится на 4,1 млн. человек, или на 10,7% [76]. Причем все это сокращение придется на самый активный период: женщин в возрасте 20–29 лет будет меньше на 4,6 млн. человек, или на 38%. После 2010 г. в активный репродуктивный возраст (20–29 лет) начнут входить малочисленные контингенты родившихся в 1990-е годы. Доля 20–29-летних женщин в общей численности населения сократится с 8,6% в 2009 году до 7,2% к началу 2015 г., до 5,2% – к началу 2020 г., до 4,8% – к началу 2025 г.

Таблица 10. Изменение численности населения России по вариантам прогноза, тысяч человек

Год	Низкий вариант прогноза	Средний вариант прогноза	Высокий вариант прогноза
2015	139639,9	142168,6	143848,9
2020	136231,9	141770,7	145623,2
2025	131778,0	140643,3	146862,0
2030	126916,9	139041,8	147772,3

Источник: Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 г.: стат. бюллетень / Росстат. – М., 2010. – URL: <http://www.gks.ru>

Наиболее значительное сокращение этого показателя будет происходить в период с 2012 по 2021 г. Для прекращения естественной убыли населения (при сохранении нынешнего уровня смертности) потребуются высокие показатели рождаемости: 2015 г. – 2,14, 2020 г. – 2,55, 2025 г. – 2,91 [85].

Прогноз численности и состава населения Вологодской области на среднесрочную перспективу [141] (до 2020 г.) позволил оценить последствия сложившейся демографической обстановки и наиболее вероятные траектории ее изменения. При построении модели авторами был сделан ряд предположений о динамике демографических процессов. В первую очередь учитывались возможные изменения основных демографических компонент – рождаемости, смертности и миграции. Брачность и разводимость населения, а также социально-экономические факторы (например, доходы населения, уровень образования, жилищная обеспеченность и др.) в явном виде не рассматривались. Можно считать, что их влияние отражено в количестве рождений и смертей населения области.

Расчеты выполнены в четырех гипотетических вариантах демографического развития методом передвижки возрастов. Согласно каждому из данных вариантов развития демографической ситуации, численность населения области к 2020 г. уменьшится относительно показателя 2007 г. (рис. 10).

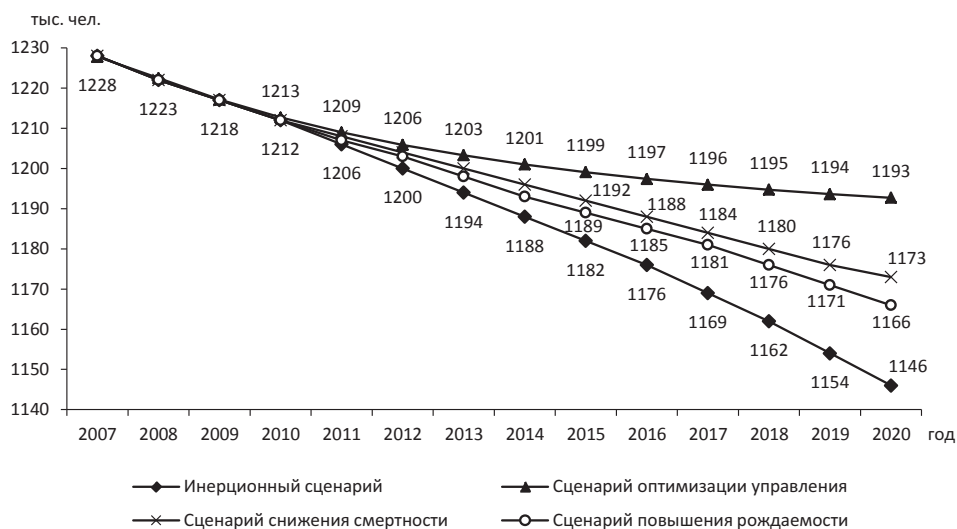


Рис. 10. Прогноз численности населения Вологодской области по четырем различным сценариям, тыс. человек [141]

«Нижней» оценкой в данном прогнозе является значение 1146 тыс. чел. к 2020 г. (по инерционному сценарию развития событий), а «верхней» – 1193 тыс. чел. (сценарий оптимизации управления). В границах этого интервала лежат прогнозные значения численности населения,

полученные по сценарию снижения смертности и сценарию увеличения рождаемости. Это подтверждает преимущественную роль комплексных мер по улучшению ситуации перед однонаправленными.

Сопоставление различных сценариев (см. рис. 10, табл. 11) показывает, что, даже при наличии поддержки со стороны государства, значимое отклонение в лучшую сторону возможно лишь через несколько лет подобной практики (на графике расхождение прогнозных значений сценариев начинается с 2010 г.).

Таблица 11. **Вариативный демографический прогноз для Вологодской области** [141]

Сценарии	Численность населения, тыс. чел.			Удельный вес трудоспособного населения, %			Демографическая нагрузка, чел. нетрудоспособного возраста на 100 чел. трудоспособного		
	2007	2012	2020	2007	2012	2020	2007	2012	2020
Инерционный	1228	1200	1146	63	61	55	58	65	81
Оптимизации управления		1206	1193		60	53		65	87
Снижения смертности		1204	1173		60	54		65	84
Повышения рождаемости		1203	1166		61	54		65	84

К 2020 г. увеличится до 23% удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше (при значении 17% в базовый год прогноза). В период с 2008 по 2020 г. продолжится старение населения области, последствия которого будут значимы для демографической («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.

В 2010–2020 гг. ожидается дальнейший рост диспропорции полов, согласно которому к началу 2020 г. в Вологодской области на 100 женщин будет приходиться 82 мужчины (в 2007 г. – 85). Количество женщин репродуктивного возраста в области будет сокращаться с каждым годом – в среднем на 17% за весь период прогнозирования.

Вариативный демографический прогноз изменения численности населения Вологодской области до 2020 г., как и России в целом, свидетельствует о сохранении депопуляции даже при планируемом увеличении рождаемости. Уменьшение числа женщин репродуктивного возраста

в будущем ставит задачу увеличения детности семей, актуализируя исследования особенностей репродуктивного поведения населения.

Таким образом, демографическая ситуация в России и Вологодской области в настоящем и в прогнозируемом будущем такова, что уровень рождаемости может быть повышен лишь за счет корректировки репродуктивного поведения в сторону повышения детности.

2.2. Тенденции репродуктивного поведения населения

По данным проведенного в Вологодской области исследования около половины семей бездетны, примерно четверть имеют одного ребенка и 20% – двух детей, трех и более детей имеют около 5% семей. В 2006 г. на момент опроса среднее число детей в семье было 1,66, в 2007 г. – 1,0, в 2008 г. – 0,83, 2009 г. – 1,63, в 2011 г. – 1,13, в 2014 г. – 0,99 [58, 60].

Хотя в реальной жизни ожидаемое (планируемое) число детей не всегда совпадает с фактическим, тем не менее рождаемость в значительной степени (до 50% [67, 102]) определяется репродуктивными планами семьи и личности, которые являются, по мнению многих ученых, довольно устойчивыми на протяжении репродуктивного периода жизни [17, с. 11; 90, с. 26-35; 131]. Репродуктивные установки жителей области соответствуют малодетности (табл. 12).

Таблица 12. **Желаемое и планируемое число детей у жителей Вологодской области**

Год	Территория					
	г. Вологда и г. Череповец		Районы		Область	
	Желаемое	Ожидаемое	Желаемое	Ожидаемое	Желаемое	Ожидаемое
2005	2,13	1,77	2,22	1,78	2,20	1,77
2008	2,00	1,86	2,02	1,86	2,01	1,86
2011	1,99	1,70	2,17	2,02	2,08	1,86
2014	2,05	1,84	1,97	1,77	2,02	1,81

Источник. Здесь и далее, если не указано иное: Данные опроса изучения репродуктивного потенциала населения Вологодской области.

Среднее желаемое число детей в семье в 2014 г. составляло 2,02 ребенка. Однако оно не реализуется полностью: ожидаемое число детей в регионе в 2014 году составило 1,81, а суммарный коэффициент рождаемости еще меньше – 1,84 (в 2012 г.). То есть появление планируемого числа детей детерминировано рядом условий. Жители районов традиционно имели более высокие значения предпочитаемой детности, чем жители крупных городов, однако в 2014 г. впервые зафиксировано обратное.

Это может быть связано со стремлением сельских жителей приблизить уровень и образ жизни к городскому. После повышения желаемого числа детей, зафиксированного в 2011 г., в 2014 г. наметилось его снижение, и оно по-прежнему ниже, чем в 2005 г., до введения новых мер демографической политики (родовой сертификат, семейный капитал). Это свидетельствует о закреплении тенденции снижения потребности в детях.

Гендерный аспект предпочтений в области детности характеризуется сохранением тенденций, выявленных ранее. Рост предпочитаемых чисел детей был более заметным у женщин, чем у мужчин (табл. 13).

Таблица 13. **Желаемое и планируемое число детей, гендерный разрез**

Пол	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	2005	2008	2011	2014	2005	2008	2011	2014
Мужчины	2,16	2,00	2,04	2,02	1,77	1,88	1,83	1,83
Женщины	2,14	2,01	2,10	2,02	1,70	1,83	1,87	1,80
<i>В среднем</i>	<i>2,15</i>	<i>2,01</i>	<i>2,08</i>	<i>2,02</i>	<i>1,73</i>	<i>1,86</i>	<i>1,86</i>	<i>1,81</i>

Результаты, полученные в ходе выборочного обследования «Семья и рождаемость»⁷, показывают более низкие репродуктивные намерения женщин по сравнению с мужчинами. Желаемое число детей у женщин составило 2,28, у мужчин – 2,30; планируемое число детей одинаково – 1,92. По сравнению с замером 2009 г. желаемое число детей у мужчин несколько снизилось (2,38 в 2009 г.), у женщин увеличилось ожидаемое число детей (1,72 в 2009 г.)⁸. В Вологодской области аналогичная ситуация была зафиксирована в 2005, 2008, 2014 гг., только в 2011 г. женщины продемонстрировали более высокие значения желаемой и планируемой детности по сравнению с мужчинами (см. табл. 13).

Городские мужчины демонстрируют более высокие значения желаемого числа детей, чем сельские, но планируемые числа детей практически одинаковы (табл. 14). В 2014 г. в сельской местности впервые за период исследования репродуктивные установки женщин ниже, чем у мужчин.

⁷ Обследование проведено в 30 субъектах Российской Федерации в 2012 г. Объем выборки составил 10 054 респондента. См.: Аналитический отчет по итогам выборочного наблюдения репродуктивных планов населения в 2012 году [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/2012/demo/orp.doc

⁸ Обследование проведено в 30 субъектах Российской Федерации в 2009 г. Объем выборки составил 2000 респондентов. См.: Дети в России. 2009: стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: Статистика России, 2009. – С. 20.

Таблица 14. **Гендерные различия репродуктивных установок сельских и городских жителей Вологодской области**

Среднее число детей	Город								Село							
	Мужчины				Женщины				Мужчины				Женщины			
	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
Желаемое	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,0	2,1	2,0	2,3	1,9	1,9	2,0	2,2	2,1	2,1	2,0
Планируемое	1,8	1,9	1,8	1,8	1,7	1,8	1,9	1,8	1,6	1,7	1,8	1,8	1,7	1,9	1,9	1,7

При сопоставлении предпочитаемых чисел детей у молодых людей до 18 лет («детей») и возрастной категории 30–39 лет и старше («родителей») обнаруживается существенное различие. По данным обследования населения Новгородской области [6, с. 53, 51] значения желаемого числа составляли у «матерей» 2,55, у «дочерей» 1,91; у «отцов» 2,59, у «сыновей» 1,99; планируемого – соответственно 1,94 и 1,53, 2,09 и 1,75. Поколение «детей» «желало» и «собиралось иметь» на 0,62 и 0,38 «ребенка» меньше, чем поколение «родителей». Еще большее снижение репродуктивных ориентаций юношества в сравнении с родительскими установками было выявлено при собственно посемейном анализе, проведенном под руководством проф. А.И. Антонова. Идеальное число детей у матерей равнялось в среднем 2,77, у их дочерей – 1,92 (-0,58); у отцов и сыновей – 2,44 и 2,09 (-0,35); желаемое число у матерей и дочерей – 2,64 и 2,05 (-0,59); у отцов и сыновей – 2,47 и 2,04 (-0,43); планируемое число детей у матерей и дочерей – 2,32 и 1,77 (-0,55), отцов и сыновей – 2,28 и 1,85 (-0,43) [3, с. 64].

Аналогичная тенденция была выявлена авторами и для населения Вологодской области: желаемое число детей у матерей и дочерей в 2008 г. составило 1,88 и 1,87, планируемое – 1,82 и 1,75 соответственно. У «отцов» и «сыновей» желаемое – 2,09 и 1,9, планируемое – 1,91 и 1,8 (табл. 15).

Кроме того, динамика показателей говорит о происшедшем за период исследования сближении межпоколенных установок относительно желаемой детности у женщин. Это значит, что малодетность закрепляется в сознании женщин как норма, ослабляется потребность в детях, вернее, в их числе, большем, чем предписывают «стандарты», признанные оптимальными, социально одобряемые.

Рост планируемого числа детей косвенно свидетельствует об улучшении самооценок условий для деторождения, однако только в пределах желаемой детности. При этом превышение у «детей» планируемой

Таблица 15. **Желаемое и планируемое число детей в различных возрастных группах**

Год	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	<i>В среднем</i>	Младше 18	30 и старше	Разность	<i>В среднем</i>	Младше 18	30 и старше	Разность
Мужчины								
2005	2,15	2,06	2,28	-0,22	1,77	1,82	1,77	0,06
2007	1,91	1,93	1,88	0,04	1,75	1,82	1,67	0,15
2008	2,00	1,90	2,09	-0,19	1,88	1,80	1,91	-0,11
2011	2,04	1,89	2,07	-0,18	1,83	1,91	1,77	0,14
2014	2,02	1,83	2,00	-0,17	1,83	1,70	1,78	0,08
Женщины								
2005	2,13	1,96	2,26	-0,30	1,70	1,64	1,70	-0,07
2007	1,94	1,86	1,97	-0,11	1,79	1,73	1,76	-0,03
2008	2,01	1,87	1,88	-0,01	1,84	1,75	1,82	-0,07
2011	2,10	2,00	2,18	-0,18	1,87	1,98	1,87	0,11
2014	2,02	2,08	2,02	0,06	1,80	2,09	1,69	0,40

детности по сравнению с «родителями» в отдельные годы исследования подтверждает лишь то, что они относительно более высоко оценивают меры, принимаемые государством для реализации желаемых рождений, что, отчасти, может объясняться неопытностью и оптимизмом, присущими молодежи.

Репродуктивные установки мужчин, даже в аспекте желаемой детности, более сильно зависят от внешних условий. Это показывает положительная разность их значений у «сыновей» и «отцов» в 2007 г, когда были введены «новые» меры демографической политики. Причем изменить свое мнение о будущей детности под влиянием супруга готовы 34% населения: среди женщин – 31%, среди мужчин – 36% (в 2011 г.). Полное совпадение желаемого и планируемого чисел детей продемонстрировали в 2005 г. 56% населения региона, в 2008 г. – 69%, в 2011 г. – 68%, в 2014 г. 66% (табл. 16).

Таблица 16. **Таблица сопряженности планируемого и желаемого чисел детей,**
в % от числа опрошенных (100% в строке)

Желаемое число детей	Планируемое число детей						
	Ни одного	1 ребенок	2 детей	3 детей	4 детей	Затрудняюсь ответить	%
Ни одного	73,8	14,3	4,8	0,0	0,0	7,1	100
1 ребенок	9,7	79,2	2,9	0,0	0,0	8,2	100
2 детей	3,4	7,1	80,1	0,5	0,0	8,9	100
3 детей	4,6	3,4	19,0	64,6	1,3	7,2	100
4 детей	3,2	3,2	16,1	16,1	58,1	3,2	100
Затрудняюсь ответить	8,7	7,7	7,2	4,1	1,0	71,3	100

Несоответствие планируемого и желаемого чисел детей чаще наблюдается в сторону сокращения репродуктивных ожиданий. Почти 9% жителей региона планируют меньшую детность, чем хотели бы, обратное соотношение отмечается лишь у 1% населения. Наличие детей, соотнесенное с репродуктивными планами, отражает степень реализации последних: 2% бездетных граждан полагают остаться бездетными; почти 66% однодетных семей еще не удовлетворили потребность в детях. Лишь 12% двухдетных семей ориентированы на среднететность, а среди трехдетных 7% хотели бы еще иметь детей (рис. 11). Следовательно, существует определенный резерв рождений, не реализованных под влиянием ряда внешних и внутренних факторов.

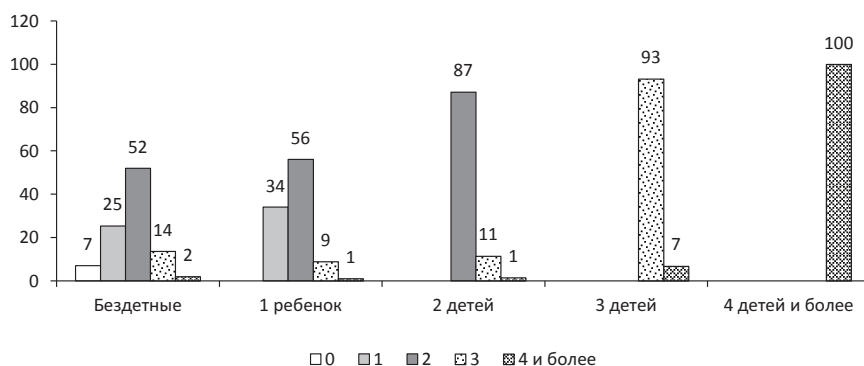


Рис. 11. Репродуктивные планы населения с различным показателем детности, в % от числа опрошенных в каждой группе, 2014 г.

Репродуктивная мотивация соответствует историческим типам и типам детности. Граждане, которые хотели бы иметь трех и более детей, чаще всего объясняют свое желание любовью к детям, для трети представителей этой группы высокие репродуктивные планы – семейная традиция (рис. 12).

Экономическая составляющая мотивации репродуктивных установок на многодетность отразилась в оценке роли детей. Дети в семьях, ориентированных на многодетность, чаще воспринимаются как помощь в ведении хозяйства (26% против 14% в малодетных семьях) и помощь в старости (46% против 32%, рис. 13).

Малодетные репродуктивные планы жители области объясняют материальными причинами (рис. 14).

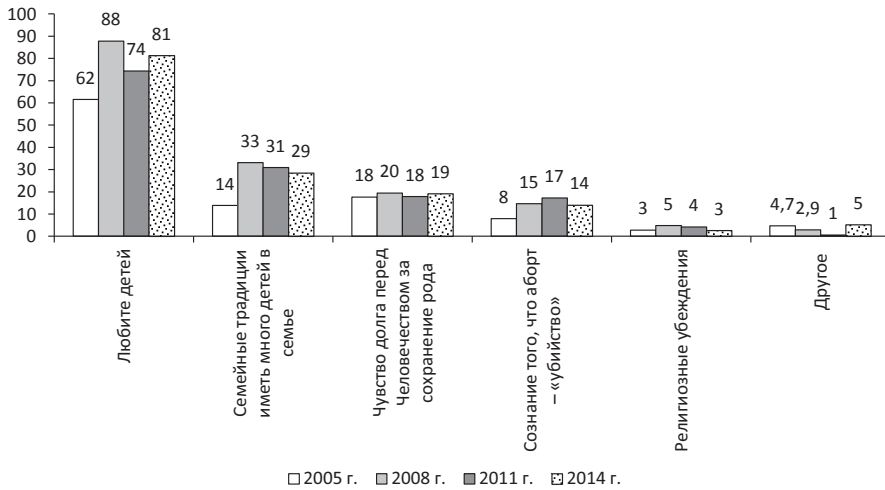


Рис. 12. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины этого?» (в % от числа опрошенных, ориентированных на многодетность*)

* Используется в формулировке Проекта ФЗ № 98035393-2 «О государственной поддержке многодетных семей», согласно которой многодетной считается семья, имеющая трех и более детей.

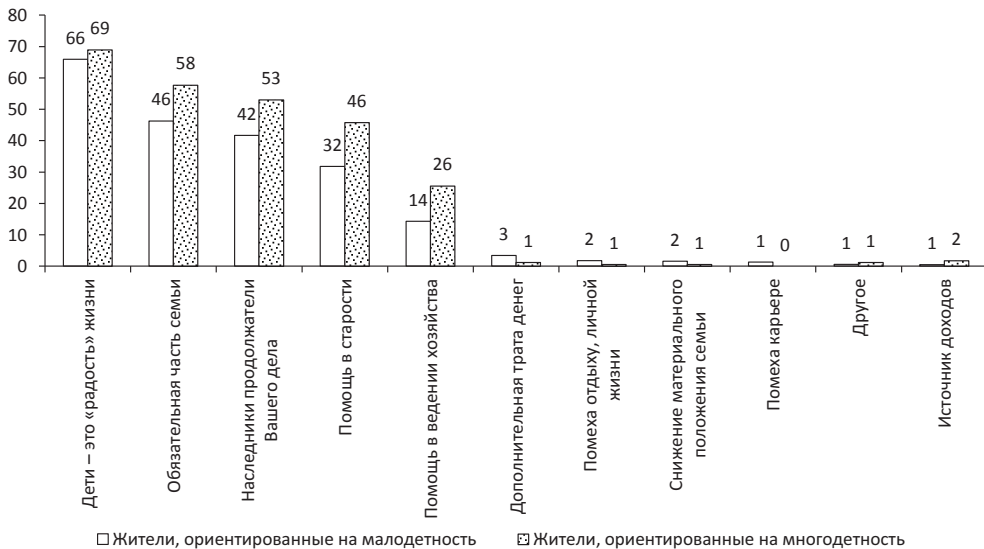


Рис. 13. Распределение ответов на вопрос: «Для вас дети – это...» (в % от числа опрошенных с разными репродуктивными планами, 2011 г.)

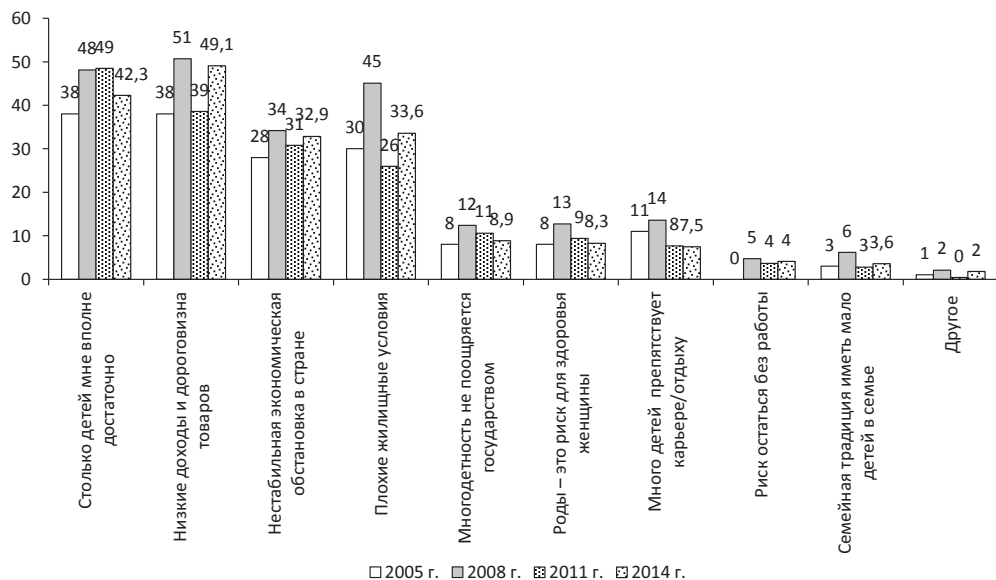


Рис. 14. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше» (в % от числа опрошенных, ориентированных на малодетность)

Вместе с тем значительное распространение традиции иметь мало детей в семье и представлений о «достаточности» небольшого количества детей отражает существенный вклад социальной и психологической составляющей в репродуктивную мотивацию сегодняшней малодетности. Вероятнее всего, потребность в детях конкурирует с другими потребностями семьи (самих родителей и имеющих/планируемых детей), возможность удовлетворения которых будет тем выше, чем меньше число детей.

В 2010 г. в связке с вопросом о желаемом числе детей студентам был предложен полуоткрытый вопрос: «Почему Вы хотите иметь именно столько детей?» При анализе ответов открытого типа методом контент-анализа было выявлено, что экономические мотивы деторождения «называли» молодые люди с наименьшими значениями предпочитаемых чисел детей, наибольшие идеальное, желаемое и планируемые числа детей – в группе определивших социальные мотивы деторождения (табл. 17).

Таблица 17. **Средние значения предпочитаемых чисел детей в зависимости от мотивов деторождения***, человек

Группы мотивов	Доля ответов*, %	Идеальное	Желаемое	Планируемое
Экономические	9	1,92	1,85	1,77
Социальные	24	2,50	2,79	2,29
Психологические	67	2,26	2,34	2,04
<i>В среднем</i>	<i>100</i>	<i>2,27</i>	<i>2,37</i>	<i>2,06</i>

* Расчет только по ответам открытой части вопроса, в пересчете на 100%.
 Источник: данные опроса студенческой молодежи, 2010 г., n = 494.

Таким образом, для собственно репродуктивного поведения населения характерны: малодетность, возрастная (межпоколенная), территориальная и гендерная дифференциация репродуктивных установок, их снижение и сближение, особенно у женщин. В структуре репродуктивной мотивации ведущее положение занимают психологические мотивы деторождения, далее следуют социальные и экономические.

Абортивное поведение населения. За первые одиннадцать лет третьего тысячелетия Россия потеряла 18361,4 тыс. возможных жизней в результате абортивного выбора, что составляет 110% общей численности рожденных за этот период детей. В 2000 г. на 100 родов приходилось 169 абортов, в 2012 г. – 56; на 1000 женщин репродуктивного возраста – 54 и 34 аборта, в 2000 и 2009 гг. соответственно (см. рис. 15, 16). По экспертной оценке, при такой интенсивности производства абортов в России одна женщина к концу репродуктивного периода будет иметь в среднем 1,8–2,5 аборта [113]. Подобный уровень прерываний беременности не зафиксирован ни в одной стране мира [43]. При этом внутри-страновые различия показателей абортивного поведения весьма значительны: от 14 абортов на 100 родов в Республике Чечня (Южный федеральный округ) до 134 в Магаданской области (Дальневосточный федеральный округ). Наиболее приближены к среднероссийским показатели абортивного поведения населения Северо-Западного, Приволжского и Центрального федеральных округов.

Несмотря на значительное снижение после 2005 г., уровень абортов в Вологодской области превышает аналогичный показатель Российской Федерации, Северо-Западного федерального округа в среднем и всех его регионов (рис. 15; приложение 8).

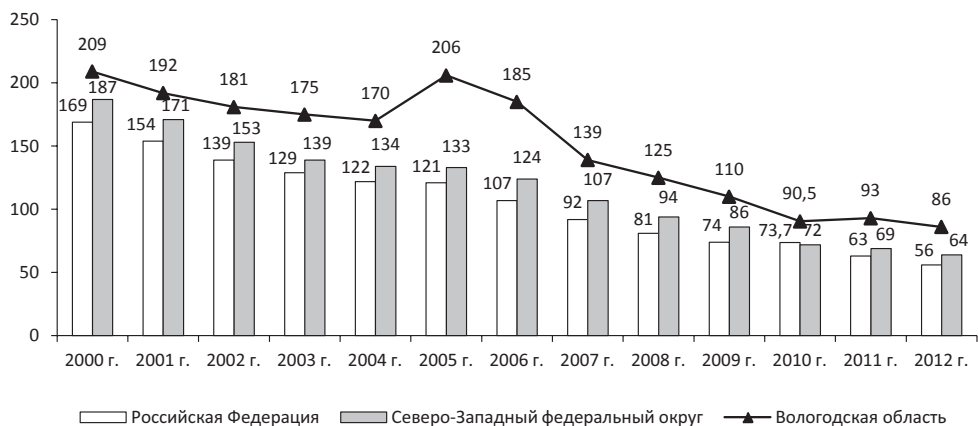


Рис. 15. Число абортов на 100 родов

Источники: Регионы России, 2008: стат. сб. / Росстат. – URL: www.gks.ru; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010 г. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007, 2009, 2010 гг.; Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2007.

При рассмотрении динамики числа абортов на 1000 женщин репродуктивного возраста также наблюдается снижение (приложение 8). В соответствии с классификацией ООН⁹, всего в одном муниципальном образовании страны уровень частоты абортов на 1000 женщин фертильного возраста определяется как очень низкий, в 5 – низкий, в 60 – средний и в 14 – высокий. Вологодская область до 2009 г. включительно относилась к последней группе, в 2010 г. благодаря тенденции снижения данного показателя абортивного поведения, переместилась в группу со средним уровнем абортов (прил. 8; рис. 16).

Территориальный анализ абортивного поведения позволил выделить группы районов, различные по уровню числа абортов в расчете на 100 родов (рис. 17).

Наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Вашкинском районе, где вопрос стоит крайне остро: за рассмотренный период на 100 родов приходилось более 500 абортов (475 в 2010 г.). По данным социологического исследования, с возрастом увеличивается и доля женщин с абортом в анамнезе, и кратность абортивного вмешательства (см. табл. 18, 19). В среднем треть женщин Вологодской области прибегали к искусственному прерыванию беременности.

⁹ Уровни частоты абортов на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10–19, средний – 20–49, высокий – 50 и более.

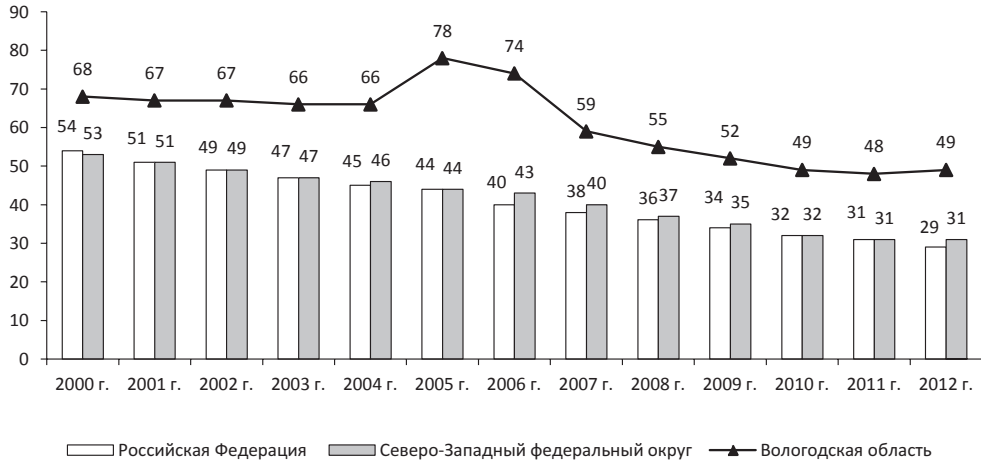


Рис. 16. Число аборт на 1000 женщин репродуктивного возраста (15–49 лет)

Источник: Регионы России, 2008: стат. сб. / Росстат. – URL: www.gks.ru; Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2010 г. – Вологда: Департамент здравоохранения области, 2010.

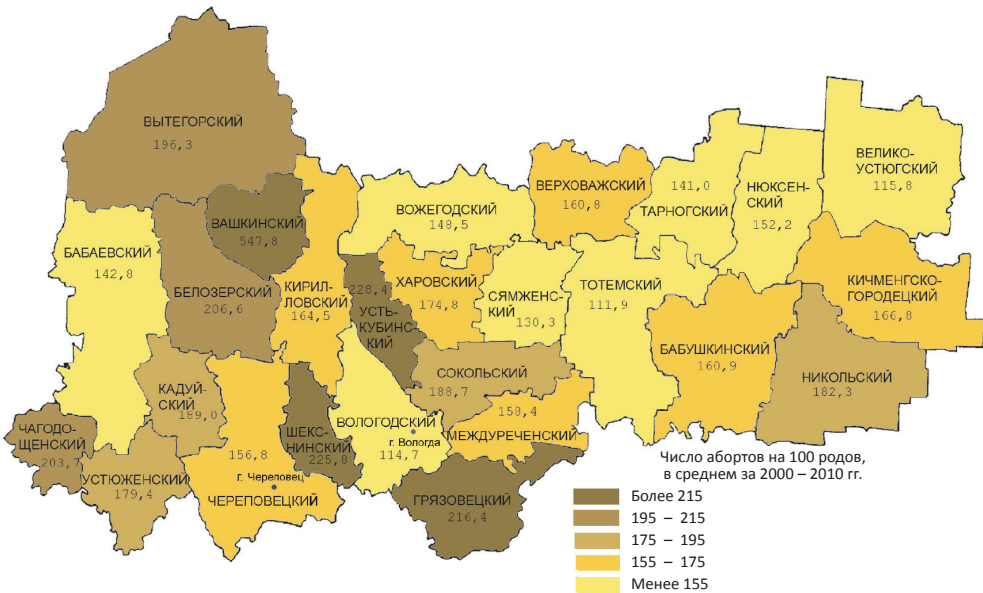


Рис. 17. Число аборт на 100 родов (в среднем за 2000–2010 гг.)

Таблица 18. Доля женщин, утвердительно ответивших на вопрос: «Делали ли Вы когда-нибудь аборт для прерывания беременности?», %

Возрастная группа, лет	2007 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
От 15 до 25	9,2	4,4	1,5	6,1
От 25 до 30	13,0	6,3	8,4	18,3
От 30 до 35	22,3	32,9	31,6	28,4
Старше 35	55,5	56,3	58,5	50,6
В среднем	31,7	32,3	20,1	32,0

После снижения в 2011 г. доли женщин, прибегавших к искусственному прерыванию беременности, двукратного сокращения доли девушек в возрасте до 30 лет, прервавших беременность абортom, в 2014 г. зафиксирована негативная динамика данных показателей. По-прежнему увеличение доли делавших абортomы наблюдается в группах женщин старше 30 лет. Это обусловлено кумулятивным эффектом (с возрастом

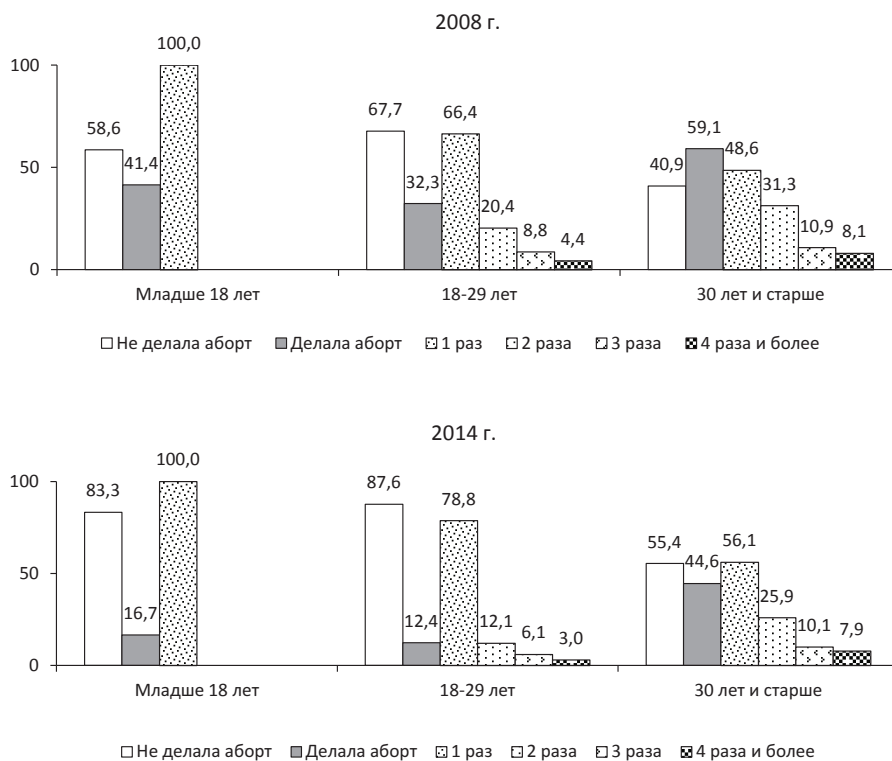


Рис. 18. Наличие и кратность прерываний беременности (в % от числа опрошенных женщин, ответивших на вопрос)

увеличивается длительность половой жизни, повышая вероятность и кратность абортного выбора; кроме того, в случае наступления незапланированной беременности женщины в возрасте старше 35 лет, как правило, прибегают к данному способу регулирования детности поскольку репродуктивные планы у большинства выполнены, а контрацептивное поведение характеризуется широким распространением естественных методов).

Следует отметить, что, судя по результатам нашего исследования, еще в 2008 г. более 40% девушек в возрасте до 18 лет однократно использовали данный метод планирования семьи. С возрастом кратность перенесенных операций увеличивается (рис. 18). В 2014 г. отмечается улучшение ситуации: в анамнезе у молодых девушек отсутствуют аборты, снизилась доля женщин, более двух раз прерывавших беременность.

По данным исследования 2014 г., из всех женщин, имеющих хирургическое прерывание беременности в анамнезе, 60% прибегали к нему однократно, 24% – двукратно, 9% имеют 3 аборта и 7% – 4 и более (табл. 19).

Таблица 19. Распределение женщин по числу абортов в анамнезе в различных возрастных группах, %

Число операций	Возрастная группа, лет				Всего по выборке
	15–25	25–30	30–35	Старше 35	
2007 год					
1 раз	77,3	58,1	43,4	52,3	59,4
2 раза	18,2	16,1	30,2	29,5	25,1
3 раза	4,5	12,9	17,0	12,1	9,4
4 и более раз	0,0	12,9	9,4	6,1	6,2
2008 год					
1 раз	90,9	75,0	54,2	43,0	50,8
2 раза	0,0	6,3	28,9	31,0	27,4
3 раза	9,1	12,5	7,2	16,9	13,1
4 и более раз	0,0	6,3	9,6	9,2	8,7
2011 год					
1 раз	100,0	60,9	55,2	45,3	50,5
2 раза	0,0	26,1	27,6	31,7	29,5
3 раза	0,0	8,7	10,3	13,0	11,6
4 и более раз	0,0	4,3	6,9	9,9	8,4
2014 год					
1 раз	87,5	76,9	78,8	51,3	59,6
2 раза	12,5	11,5	15,2	28,2	23,8
3 раза	0,0	7,7	0,0	12,2	9,4
4 и более раз	0,0	3,8	6,1	8,3	7,2

Данные обследования женщин, проведенного в 2009 году¹⁰, подтверждают выявленный масштаб распространенности аборт: 32,4% респонденток прибегали к данной операции, из них 55% – однократно, 26% – дважды, 9% – трижды, примерно 11% женщин – 4-9 раз, единично встречались значения 10, 11, 12, 15, 17, 23 раза повторных прерываний.

Корреляционный анализ кратности аборта в анамнезе и репродуктивных планов (табл. 20) позволил установить, что планируемое число детей очень слабо положительно ($r = 0,09$) связано с числом прерванных беременностей. Это говорит о том, что аборт сохраняет свою значимость в качестве способа регулирования тайминга рождений. Вполне логична прямая связь кратности аборт с возрастом женщины – накапливается «стаж» половой жизни, что дополняется выявленной взаимосвязью с возрастом сексуального дебюта: чем раньше девушки начинают половую жизнь, тем указанный «стаж» больше, тем больше и число прерываний беременности. Отметим, что средний возраст сексуального дебюта составляет 17,07 года. Минимальное значение – 11 лет, максимальное – 23, мода – 16 лет (41% респонденток начали половую жизнь в 16–17 лет). При этом, чем выше уровень образования, тем в более старшем возрасте состоялся сексуальный дебют, что свидетельствует о роли общей образованности и социально-гигиенической грамотности в формировании репродуктивного поведения женщин.

Таблица 20. Матрица парных коэффициентов корреляции^о

Критерий	Кратность аборт	Самооценка репродуктивного здоровья (*)	Планируемое число детей	Возраст сексуального дебюта	Возраст	Уровень образования (*)
Кратность аборт	1,00	-0,05	0,09(*)	-0,26	0,19	-0,04
Самооценка репродуктивного здоровья (*)	-0,05	1,00	0,04	0,00	0,35	0,05
Планируемое число детей	0,09	0,04	1,00	-0,02	0,12	0,04
Возраст сексуального дебюта	-0,26	0,00	-0,02	1,00	0,36	0,26
Возраст	0,19	0,35	0,12	0,36	1,00	0,29
Образование (*)	-0,04	0,05	0,04	0,26	0,29	1,00

^о Корреляция является значимой на уровне 0.01.
^{*} Наилучшей оценке репродуктивного здоровья присвоено первое место, высшему уровню образования – пятое.

¹⁰ Анкета, предложенная для опроса Институтом здоровья семьи, была дополнена авторами.

Взаимосвязь с возрастом, однако, можно оценить и более критично. Накапливая опыт, в том числе негативный, некоторая часть женщин продолжает вести половую жизнь по-прежнему: либо не используя контрацепцию, либо используя неэффективные методы и средства, либо неправильно применяя эффективные. Тот факт что 20% женщин прибегали к аборту более двух раз, позволяет косвенно оценить масштабы численности данной группы.

Уровень абортот представляет результат не только грамотности населения в вопросах планирования семьи, но и применения этих знаний на практике. Решение о прерывании беременности абортом зависит от принципиального признания или непризнания его допустимости. Категорически не приемлют аборт 36% жителей области (38% мужчин и 34% женщин), остальные считают его допустимым (21%) или допустимым при определенных обстоятельствах (42%). Следует отметить, что молодые люди негативнее относятся к прерыванию беременности (46% населения в возрасте 15–18 лет относятся к аборту, как к недопустимому поступку). Высокие показатели абортотивного поведения говорят о сохранении роли хирургического прерывания беременности и его новых медикаментозных форм как равноценных способов регулирования детности. При этом абортотивные установки населения характеризуются высокой долей ориентированных на сохранение незапланированной беременности: так полагают поступить около 40% вологодских женщин, но 10% еще до ее наступления уверены в том, что ее прервут.

В зависимости от того, насколько реализованы репродуктивные планы семьи в отношении числа детей, различаются и абортотивные установки. Если планируемое число детей еще не достигнуто, регулятором выступает желательная длительность прото- или интергенетического интервала, пренебречь которой и сохранить жизнь ребенка готовы от 46 до 50% женщин в разные годы исследования (табл. 21).

Таблица 21. **Абортотивные установки женщин в зависимости от реализованности репродуктивных планов, %**

Ответы на вопрос: «Как Вы поступите в случае незапланированной беременности?»	Фактическое число детей меньше планируемого числа			Фактическое число детей равно планируемому числу			Фактическое число детей больше планируемого числа		
	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
Сделаю аборт	14,5	6,3	4,6	26,4	15,6	12,1	41,2	7,8	15,5
Буду рожать	45,5	50,2	58,0	28,6	22,6	26,7	23,5	25,5	25,0
Затрудняюсь ответить	40,0	43,4	37,3	45,0	61,9	61,2	35,3	66,7	59,5

Если репродуктивный план «выполнен», т.е. имеющееся число детей равно планируемому, превысить его готовы 15–29%, а если незапланированные рождения уже имели место, вновь рожать настроены только 14–26%. Комплекс мер, направленных на повышение рождаемости и снижение уровня аборт, с одной стороны, принес положительный результат: в 2011 г. доля женщин, ориентированных на аборт в случае незапланированной беременности, снизилась в разы по сравнению с обследованием 2007–2008 гг., но вместе с тем доля уверенных в сохранении беременности возросла незначительно.

Ответственность за принятие решения о прерывании беременности чаще несут женщины – почти в половине случаев; в 35% случаев решение принимается совместно с партнером; по рекомендации врача было осуществлено 10% прерываний беременности (табл. 22). В то же время, по данным Департамента здравоохранения Вологодской области, доля аборт по медицинским показаниям за последние 5 лет не превышала 2,5%. Это косвенно свидетельствует о том, что гинекологическая служба еще не вполне переориентирована на приоритетность сохранения беременности.

Таблица 22. **Распределение ответов на вопрос: «Инициатором аборта были...», гендерный разрез, %**

Вариант ответа	Год	Женщины	Мужчины	<i>В среднем</i>
Я	2008	48,7	20,1	36,8
	2011	49,0	18,2	44,3
	2014	46,2	15,4	35,6
Партнер(ша)	2008	4,2	16,9	9,5
	2011	3,3	6,8	3,8
	2014	10,3	33,3	18,2
Совместное решение	2008	29,1	42,9	34,8
	2011	33,7	40,9	34,8
	2014	31,8	32,5	32,1
Родственники	2008	3,8	1,6	2,9
	2011	3,7	4,5	3,8
	2014	4,0	2,6	3,5
Врач	2008	9,8	3,2	7,0
	2011	9,1	15,9	10,1
	2014	5,4	8,5	6,5
Другое	2008	4,5	15,3	9,0
	2011	1,2	13,6	3,1
	2014	0,4	0,9	0,6

В 2008 г. в цикл вопросов о прерывании беременности был включен следующий: «Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?» Почти 20% женщин ответили на него утвердительно. Наряду с доабортным консультированием, это еще один механизм предотвращения аборта, а значит, еще одна сохраненная жизнь и избегание риска ухудшения репродуктивного здоровья женщины. На фоне снижения числа абортов наиболее значимыми обстоятельствами, при которых хирургическое прерывание беременности допустимо, являются медицинские причины, зачатие в результате изнасилования и материальные трудности семьи (табл. 23).

Таблица 23. **Распределение ответов на вопрос: «При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым прерывание беременности абортom?»** (в % от числа считающих допустимым искусственное прерывание беременности)

Вариант ответа	Год опроса			
	2005	2008	2011	2014
Беременность представляет угрозу для жизни женщины	51,9	71,9	49,1	71,7
Плод имеет порок в развитии	43,3	68,2	39,3	66,2
Беременность – результат изнасилования	40,3	53,4	22,5	35,1
Беременность может повредить здоровью женщины	21,8	41,1	18,0	25,2
Материальные трудности семьи	12,3	29,9	14,8	24,3
Женщина не замужем	7,3	10,2	6,1	6,6
По настоянию родителей, родственников, молодого человека	4,0	11,8	3,6	4,3
Другое	1,6	1,6	0,1	1,1

Таким образом, в регионе сохраняется приемлемость аборта как способ регулирования детности, решение о прерывании беременности и ответственность за него чаще всего самостоятельно несут женщины. Основными факторами abortивного выбора выступают реализованность репродуктивных планов и нравственно-этическая позиция по отношению к аборту. Велика территориальная дифференциация: среднегодовые значения числа абортов на 100 родов колеблются от 111,9 в Тотемском районе до 547,8 в Вашкинском (в 2010 г. – от 46,2 в Междуреченском районе до 666,7 в Усть-Кубинском районе области).

Контрацептивное поведение как часть репродуктивного поведения в целом тесно связано с abortивным поведением и рождаемостью. Если беременность планируется заранее, есть возможность своевременно вылечить заболевания, которые могут повлиять на внутриутробное развитие ребенка или даже сказаться на его здоровье в течение жизни.

Следует учесть, что методы контрацепции включают в себя применение средств контрацепции и использование биологических (естественных) методов планирования семьи. Степень эффективности метода контрацепции оценивают с помощью индекса Пирла (Pearl index), показывающего, сколько женщин из ста забеременели, используя тот или иной метод контрацепции на протяжении одного года. Выделяют естественные, барьерные, гормональные, химические и хирургические методы контрацепции (приложение 9).

Контрацептивное поведение населения объективно характеризуется статистически фиксируемым использованием медицинских средств контрацепции. Косвенно данные об использовании тех или иных средств можно оценить по объемам их реализации через аптечные сети. Однако наиболее полную оценку использования средств и методов контрацепции можно получить лишь с помощью выборочных обследований и данных социологических опросов, в ходе которых определяется уровень грамотности населения в вопросах репродукции, цели, адекватность и частота применения методов, причины рискованного сексуального поведения и другие факторы, влияющие на формирование контрацептивных установок.

В период с 2000 по 2012 г. в России отмечалось снижение использования ВМС и стерилизации женщин и увеличение использования гормональной контрацепции (табл. 24), однако в странах Европейского союза уровень использования женщинами гормональных средств почти в 7 раз выше.

Таблица 24. **Использование средств контрацепции**

Год	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<i>Численность женщин, применявших внутриматочные спирали (на конец года)</i>									
Всего, тыс. человек	6323	5399	5269	5144	5007	4822	4749	4487	4544
На 100 женщин в возрасте 15–49 лет	16,0	13,8	13,4	13,3	13,1	12,7	12,8	12,3	12,6
<i>Численность женщин, применявших гормональную контрацепцию (на конец года)</i>									
Всего, тыс. человек	2829	3711	3878	4012	4120	4200	4658	4378	4506
На 100 женщин в возрасте 15–49 лет	7,2	9,5	9,9	10,4	10,8	11,0	12,5	12,0	12,5
<i>Проведено операций по поводу стерилизации женщин</i>									
Всего, тыс. человек	18,5	16,6	17,1	14,3	14,7	13,9	12,5	11,6	11,6
На 100 000 женщин в возрасте 15–49 лет	47,0	42,3	43,6	36,8	38,4	36,5	33,4	31,6	32,1
Источники: Здравоохранение в России. 2005: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.; Здравоохранение в России. 2007: стат. сб. / Росстат. – URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm ; Здравоохранение в России. 2009: стат. сб. / Росстат. – URL: www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm									

Распространенность в Вологодской области контрацептивных практик выше среднего значения по всем странам мира (с 2000 по 2006 г. она составила в среднем 63,3%) [77]: о том, что хотя бы иногда используют какой-либо метод контрацепции, заявили 84% населения области, живущего половой жизнью. Абортивно-контрацептивное поведение и планирование семьи в целом базируется на информированности в данных вопросах населения, которая в разной степени реализуется в поведенческих решениях.

Авторами проведена оценка уровня социально-гигиенической грамотности населения по двум параметрам: социально-гигиеническая информированность и рациональность контрацептивного поведения. Была проанализирована информированность населения в вопросах контрацепции, инфекций, передающихся половым путем, о последствиях аборта, о родах. Рассмотрены особенности контрацептивного поведения населения: распространенность и структура применяемых средств и методов, их адекватность репродуктивным планам, взаимосвязь с информированностью, наличием аборта в анамнезе, социально-демографическими характеристиками респондентов и др.

За период исследования, с 2005 по 2014 г., самооценка информированности населения в вопросах репродукции увеличилась (табл. 25).

Таблица 25. **Самооценка информированности населения в вопросах репродукции** (средний балл по 5-балльной шкале, где 1 – плохо информирован, 5 – очень хорошо информирован)

2005 г.			2008 г.			2011 г.			2014 г.		
В среднем	Женщины	Мужчины	В среднем	Женщины	Мужчины	В среднем	Женщины	Мужчины	В среднем	Женщины	Мужчины
<i>О путях заражения ВИЧ/СПИДом</i>											
3,6	3,7	3,6	4,1	4,2	4,0	3,9	3,9	3,8	4,0	4,1	3,9
<i>О первых признаках венерических заболеваний</i>											
3,2	3,1	3,2	3,7	3,7	3,7	3,5	3,5	3,5	3,6	3,7	3,6
<i>О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)</i>											
3,6	3,6	3,6	4,1	4,1	4,0	3,9	3,9	3,8	4,0	4,2	3,9
<i>О средствах предохранения от нежелательной беременности</i>											
3,8	3,9	3,6	4,2	4,3	4,0	3,9	4,0	3,8	4,1	4,2	3,9
<i>О последствиях аборта</i>											
3,4	3,6	3,1	3,7	4,1	3,4	3,7	4,0	3,4	3,8	4,1	3,4
<i>О родах</i>											
3,2	3,6	2,8	3,6	4,0	3,1	3,6	3,9	3,2	3,7	4,1	3,2

Гендерные различия при этом сохраняются: женщины по-прежнему более осведомлены в данной сфере. Наименее информировано население о первых признаках венерических заболеваний (3,6 балла), о родах (3,7 балла), особенно мужчины – 3,2 балла в сравнении с 4,1 балла у женщин; о последствиях аборта (3,7 балла). Осведомленность населения в вопросах репродукции очень слабо коррелирует с возрастом и уровнем образования, что, вероятно, обусловлено спецификой информации, получение которой должно быть лично мотивировано. Лучшая осведомленность населения отмечается по вопросам, касающимся методов контрацепции (как в целях предохранения от нежелательной беременности, так и инфекций, передающихся половым путем).

По данным исследования, проведенного в 2008 г., вообще не пользуются контрацептивными средствами 16% населения, живущего половой жизнью¹¹. Причем такой выбор характерен для бездетных граждан (60%). Из тех, кто не пользуется контрацептивами, 31% состоят в браке, 40% находятся в возрасте от 15 до 25 лет. В течение трёх ближайших лет планируют рождение ребенка лишь 18% представителей данной группы; 32% – отметили, что (более) не хотят иметь детей. Для тех, кто планирует рождение детей, пусть в средне- или долгосрочной перспективе, отказ от контрацепции может быть обусловлен отсутствием четких временных интервалов рождения детей. Те, кто рождение детей не планирует, в случае необходимости считают возможным прибегнуть к аборту.

Наиболее значимая корреляция наблюдается между самооценкой информированности о средствах предохранения от нежелательной беременности и применением эффективных¹² контрацептивов, предполагающих постоянное использование (рис. 19).

Это внутриматочная спираль (ВМС) и гормональные таблетированные препараты (коэффициент корреляции составляет 0,1). Данные средства контрацепции помогает подобрать и назначает, а в случае выбора ВМС и устанавливает квалифицированный специалист. При этом, как правило, предварительно проводится консультирование пациентки о возможных вариантах средств, принципе их действия, возможных последствиях применения и т.д. Вероятно, поэтому и само-

¹¹ По данным обследования РидМиЖ, проведенного в 2007 г., не пользовались контрацепцией 19,7% населения, живущего половой жизнью.

¹² Индекс Пирла, показывающий, сколько женщин из ста забеременели, используя тот или иной метод контрацепции на протяжении одного года, для комбинированных оральных контрацептивов составляет 0,05-0,2%, ВМС – 0,2-3,0%.

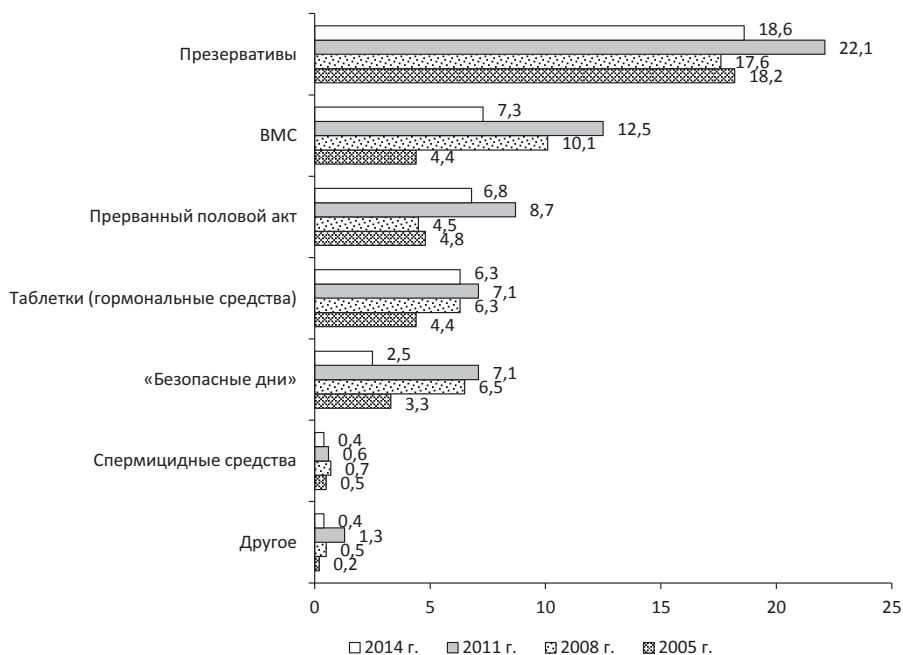


Рис. 19. **Использование методов предупреждения беременности (вариант ответа «всегда использую»)**, в % от числа живущих половой жизнью

оценки информированности у людей, использующих их, более высоки, чем у тех, кто применяет другие контрацептивы. Среди средств контрацепции наиболее распространенным остается презерватив, на втором и третьем местах – естественные методы контрацепции, несмотря на крайне низкую эффективность последних: индекс Пирла для прерванного полового акта составляет 4,0–18,0 беременностей на 100 женщин в год, календарного метода – от 14,0 до 50,0 (табл. 26).

В группе населения, очень часто или всегда делающего выбор в пользу низкоэффективных естественных методов контрацепции, основную долю составляют: горожане (89%), лица, не состоящие в браке (53%); люди со средним специальным образованием (48%); жители области, находящиеся в активном репродуктивном возрасте от 20 до 35 лет (60%). Из них 35% – бездетны, при этом беременность в течение 1 года планируют лишь 5%, в течение 2–3 лет – еще 19%, а треть вообще больше не хотят иметь детей. Таким образом, беременность, вероятность возникновения которой весьма велика, будет незапланированной, а для 30% – нежелательной.

Таблица 26. **Распределение ответов на вопрос: «Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете» (средний балл по 4-балльной шкале)**

Средство/метод	Женщины					Мужчины				
	2005	2007	2008	2011	2014	2005	2007	2008	2011	2014
<i>Естественные методы планирования семьи</i>										
Прерванный половой акт	1,8	1,8	1,8	1,9	2	1,7	1,8	1,8	1,9	1,9
«Безопасные дни»	1,6	1,5	1,7	1,7	1,4	1,5	1,5	1,6	1,5	1,4
<i>Медицинские средства планирования семьи</i>										
Презервативы	2,2	2,2	2,2	2,2	2,2	2,6	2,3	2,5	2,5	2,5
Таблетки (гормональные средства)	1,6	1,6	1,7	1,6	1,6	1,6	1,5	1,5	1,4	1,5
ВМС (внутриматочная спираль)	1,4	1,5	1,6	1,6	1,6	1,3	1,5	1,5	1,3	1,4
Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1	1,1	1,2	1,1	1,1	1,1
Другое	1,1	1,1	1,1	1,1	1,1	1,7	1,2	1,1	1,1	1,1

Использование естественных методов контрацепции женщинами, имеющими в анамнезе аборт (а это 41% партнерш, применяющих данные методы), свидетельствует о невысокой ответственности за свое здоровье и о неправильном нравственно-этическом отношении к аборту, как к обыденному способу регулирования детности.

В совокупности с теми, кто вообще не использует контрацепцию, данная часть населения составляет группу риска по незапланированным беременностям и абортам (14 и 16% соответственно уверены, что прибегнут к операции в случае неожиданного зачатия), осложнениям беременности и родов, рождению ослабленных или больных детей [60].

Применение знаний в области репродукции ограничивается субъективным нежеланием использовать средства предохранения от нежелательной беременности и ИППП (рис. 20). В результате аборт остается одним из распространенных способов планирования семьи.

Отсутствие четкой зависимости между количеством перенесенных женщиной операций по прерыванию беременности и осведомленностью о средствах предохранения от нежелательной беременности (табл. 27) может свидетельствовать, во-первых, о недостаточной эффективности постабортного консультирования. Среди женщин, готовых в случае незапланированной беременности прибегнуть к аборту, 35% уже имеют его в анамнезе, из них 42% – один раз, 31% – два раза, 12% – трижды, остальные 15% – более трех раз. При этом 78% абортированных женщин обсуждали методы предохранения с врачом, а 56% отметили, что были проконсультированы в данном вопросе во время последнего аборта¹³.

¹³ По данным исследования 2009 г.

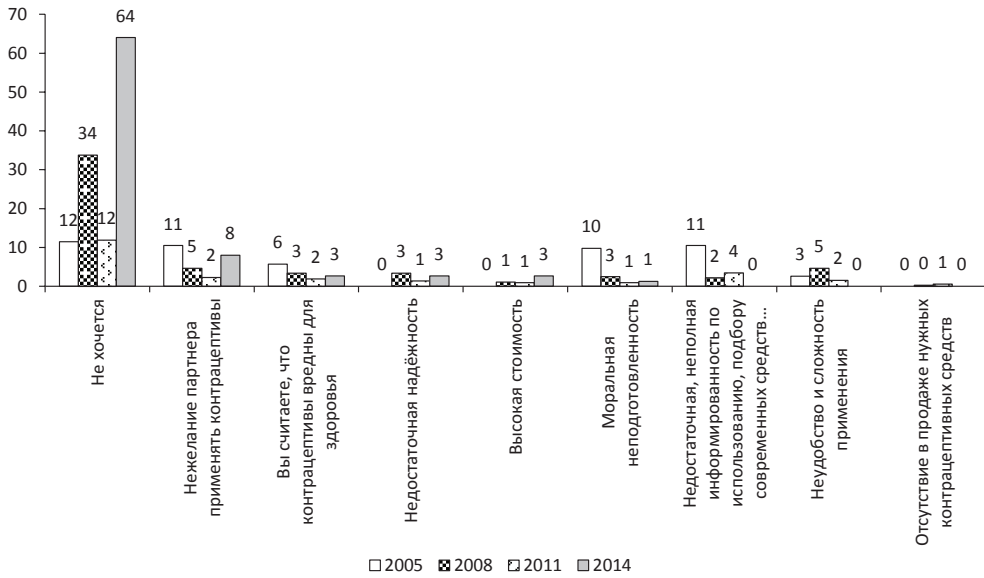


Рис. 20. Распределение ответов на вопрос: «Если Вы не пользуетесь ни одним средством контрацепции, то укажите, пожалуйста, почему?» (в % от числа опрошенных)

Во-вторых, это свидетельство того, что абортивный выбор определяется не только уровнем грамотности в вопросах репродукции, но и жизненными обстоятельствами.

Таблица 27. Информированность в вопросах контрацепции в зависимости от количества перенесенных операций по прерыванию беременности (средний балл по 5-балльной шкале)

Информированность в вопросах контрацепции (средний балл по 5-балльной шкале)	Число прерываний беременности в анамнезе				
	0	1	2	3	4 и более
О средствах предохранения от нежелательной беременности	4,17	4,27	4,09	4,23	4,07
О последствиях аборта	3,79	3,83	3,89	4,02	3,93

Таким образом, оценивая социально-гигиеническую грамотность населения региона, следует отметить в целом хорошую (по самооценкам) информированность населения в вопросах репродукции. Однако адекватно применяют данные знания далеко не все. Для части населения характерно легкомысленно-безответственное отношение к половой жизни: сознательный отказ от использования контрацепции, не связанный с планированием зачатия, широкое распространение низкоэффективных методов контрацепции, абортов.

Группы риска составляют: а) граждане, использующие низкоэффективные средства и методы контрацепции – молодые люди со средним специальным образованием, получившие информацию о данных методах не от квалифицированных работников, т.е. подбор средств произведен самостоятельно; б) граждане старше 35 лет, не использующие контрацепцию. Кроме того, необходимо учесть, что мужчины имеют более низкую информированность в вопросах репродукции, планирования семьи. Все это требует повышения сексуальной культуры населения, формирования активной жизненной позиции и в целом здоровьесберегающего поведения [60].

2.3. Условия и факторы формирования репродуктивного выбора

В качестве индикатора физической возможности деторождения (фертильности населения) используется показатель бесплодия. Приводятся различные данные о масштабах бесплодия в России. «Частота бесплодных браков в России превышает 15%, что по данным ВОЗ является критическим уровнем...» [76]. Источниками данных от 15 до 25% бесплодных пар в большей части являются сайты медицинских учреждений, оказывающих услуги по лечению гинекологических и андрологических заболеваний, в том числе с помощью вспомогательных репродуктивных технологий. В целом, разброс мнений экспертов находится в интервале 8–20% [104, 106].

Статистика свидетельствует о том, что в России и в Вологодской области с начала XXI в. существенно возросла заболеваемость женским бесплодием (табл. 28). Столь высокие значения данного показателя, их рост свидетельствуют о наличии проблем с зачатием вообще: как у женщин, не имевших беременностей (первичное бесплодие), так и у женщин, беременность у которых наступала, в том числе благополучно завершилась родами (вторичное бесплодие). Показатель мужского бесплодия в 2008 г. почти в 4 раза превысил уровень 2000 г., однако он на два порядка ниже, чем у женщин [145, с. 46].

Однако следует учесть, что медицинский диагноз «бесплодие» подразумевает отсутствие беременности в течение одного-двух лет (из разных источников) при регулярной половой жизни без использования контрацепции, что не предполагает абсолютной невозможности иметь детей.

Таблица 28. **Заболеваемость бесплодием в Вологодской области и Российской Федерации** (на 100 тыс. чел.)

Бесплодие	2000 г.		2007 г.		2008 г.		2010 г.		2011 г.		2012 г.		2012 г. к 2000 г., %	
	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ	ВО	РФ
Мужское	0,3	н.д.	1,2	н.д.	1,1	н.д.	9,5	н.д.	8,9	н.д.	0,5	н.д.	167	н.д.
Женское	72,2	138,4	91,8	183	98,2	191,6	85	196,2	204,9	224,2	40,5	227,7	56	164

Источники: Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 2002, 2004, 2006, 2008, 2010, 2012 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2003, 2005, 2007, 2008, 2010, 2012; данные Росстата. – URL: gks.ru

Оценка масштабов бесплодия косвенно проводится в ходе специальных обследований. По результатам обследования «Родители и дети, мужчины и женщины в семье и обществе» 11,8% женщин ответили, что определенно не могут иметь детей. Подавляющее большинство из них (78%) принадлежат к старшей возрастной группе от 40 до 49 лет. Большая часть этих женщин вообще низко оценивают состояние своего здоровья, 92% их числа уже имеют детей, в том числе 60% – двоих и более, и 88% не хотят рожать (еще одного) ребенка. Физическая неспособность родить ребенка не является для последних проблемой [113]. По данным обследования «Мать и дитя» в 2009 г. на территории Вологодской области, 5% женщин указали, что больны бесплодием (диагноз, установленный врачом). Из них 18% в возрасте старше 40 лет, 30% имеют детей.

Бесплодие становится серьезной проблемой, снижая репродуктивные возможности демографического развития, что отражается на уровне рождаемости и формирует социальный заказ на развитие вспомогательных репродуктивных технологий [110, 111]. Следует отметить, что снижение потенциала здоровья населения служит значимым ограничивающим фактором репродуктивного поведения и рождаемости [22, 143, 144].

Согласно результатам исследования, проведенного авторами, наиболее значимыми условиями реализации имеющихся репродуктивных планов являются: материальное положение, состав семьи (брачное состояние), жилищные условия, а также доступность и качество медицинских и образовательных услуг (табл. 29).

Вышеперечисленные условия с помощью процедуры факторного анализа были объединены в два фактора. В первый вошли позиции, относящиеся к «внешним» условиям среды, в первую очередь характеристики инфраструктуры воспроизводства, во второй – позиции, касающиеся воспитания детей (посещение образовательных семинаров для родителей, помощь старшего поколения в воспитании детей, организация

присмотра за детьми, не посещающими детский сад). Первый фактор объясняет порядка 60% суммарной дисперсии, второй – 13%.

Таблица 29. **Значимость различных факторов для реализации репродуктивных планов населения (средний балл по 5-балльной шкале)**

Что необходимо Вам для рождения желаемого числа детей?	Планируемое число детей					Среднее
	Ни одного	Один ребенок	Двое детей	Трое детей	Четверо детей и более	
Стабильность материального благополучия	4,10	4,49	4,53	4,61	4,57	4,50
Наличие/возможность приобретения жилья и его удовлетворительное состояние	4,11	4,48	4,49	4,59	4,61	4,47
Уверенность в завтрашнем дне	4,00	4,47	4,48	4,56	4,57	4,45
Возможность обеспечить своим детям качественное образование	4,07	4,30	4,33	4,59	4,35	4,34
Полная семья	3,90	4,12	4,39	4,55	4,57	4,32
Доступность качественной медицинской помощи	4,01	4,26	4,22	4,48	4,43	4,25
Помощь родителей	3,27	3,35	3,60	3,73	3,83	3,54
Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад	3,37	3,12	3,26	3,50	3,43	3,28
Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	3,07	3,07	3,16	3,33	3,48	3,16

В зависимости от установок детности иерархия факторов несколько различается. Рассмотрим, какие факторы являются определяющими в принятии решения о рождении (или отказе от него) для граждан с различными репродуктивными установками.

Вначале отметим наличие определенной группы населения, не планирующей рождение детей вообще. Доля бездетных граждан, не желающих и не планирующих иметь детей, составляет 1%. Это люди, нацеленные на карьерный рост и «зарабатывание денег» (69% представителей данной группы выбрали эти варианты жизненных ценностей), для чего дети являются помехой (так ответили 46% представителей данной группы). Кроме того, 77% людей, сознательно выбирающих бездетность, назвали детей помехой личной жизни и отдыху. Однако в случае незапланированной беременности 38% этой небольшой части населения все же предполагают ее сохранить. Лишь 15% представителей данной группы отдают предпочтение зарегистрированному браку. О том, что решение остаться бездетными вполне сознательное, говорят данные о возрасте – 77% населения данной группы старше 30 лет.

Для людей, имеющих репродуктивные планы на малодетность (1–2 ребенка, 80% населения), основным условием их реализации является уверенность в завтрашнем дне и стабильность материального благополучия (см. табл. 29).

Семья (наличие супруга) в списке условий для реализации малодетных репродуктивных планов занимает лишь 5–6 место. Неуверенность в стабильности брака стимулирует снижение репродуктивных установок и ограничивает реализацию имеющихся. Женщины, ориентированные на рождение одного-двух детей, полагают, что смогут справиться с их воспитанием и без помощи супруга. Мужчины, также осознавая это, чувствуют себя менее обязанными прилагать все усилия для сохранения семьи [59].

Самостоятельность, финансовая независимость женщин порождает, с одной стороны, эмоциональную и материальную свободу и равноправие, но с другой – меньшую терпимость в межличностных взаимоотношениях и ослабление прочности семейного союза. Это подтверждается статистическими данными об уровнях брачности и разводимости населения, их соотношении.

Проблема нестабильности брачных союзов, несмотря на положительные тенденции изменения уровня брачности и снижения разводимости населения в России (рис. 21; приложение 10), сохраняется.



Рис. 21. **Общие коэффициенты брачности и разводимости в Российской Федерации**

Источник: данные Росстата. – URL: www.gks.ru

Уровень разводимости в России остается одним из самых высоких в мире (приложение 10, табл. 1). Около 50% браков заканчивается разводами (в 2012 г. на 1000 браков в Российской Федерации приходился 531 развод, в Северо-Западном федеральном округе – 535, в Вологодской области – 528 разводов). В 2012 г. наименьшее число разводов на 1000 браков – 346 – отмечалось в Северо-Кавказском федеральном округе, наибольшее – 587 – в Дальневосточном федеральном округе (рис. 22; приложение 10, табл. 2).



Рис. 22. Общие коэффициенты брачности и разводимости в Вологодской области, на 1000 человек населения

Источник: данные Росстата. – URL: www.gks.ru

На высоком уровне сохраняется доля внебрачных рождений: порядка трети детей рождается у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке. Характерно, что в сельской местности значение данного показателя выше, чем в городской.

В Вологодской области доля внебрачных рождений с начала столетия увеличивалась в течение 5 лет (с 31 до 37%), лишь с 2006 г., параллельно с активизацией демографической политики, наметилось некоторое ее снижение – до 32% (табл. 30). Такая ситуация в сфере брачно-семейных отношений объясняется не только сознательной ориентацией части женщин на одинокое материнство, но и повысившейся приемлемостью альтернативных форм матримониального поведения. Как показывает социологическое исследование, предпочтение совместному прожива-

нию без регистрации в ЗАГСе отдают 14% мужчин и 8% женщин. В 2014 году по сравнению с 2007 г. популярность сожительства снизилась почти в 2 раза (в 2007 г. данной форме отношений отдавали предпочтение 23% мужчин и 15% женщин).

Таблица 30. **Родившиеся живыми у женщин, не состоящих в зарегистрированном браке**
(доля в общем числе родившихся, %)

Год	Российская Федерация			Северо-Западный федеральный округ			Вологодская область		
	Всё население	Городское население	Сельское население	Всё население	Городское население	Сельское население	Всё население	Городское население	Сельское население
2000	28,0	27,2	29,8	30,9	29,6	36,9	31,4	31,0	32,7
2001	28,8	27,8	31,0	31,7	30,3	38,0	33,0	32,7	33,8
2002	29,5	28,4	32,0	32,4	30,8	39,6	34,5	33,2	37,7
2003	29,7	28,6	32,6	32,5	30,8	40,5	35,8	34,4	39,3
2004	29,8	28,3	33,4	32,6	30,6	41,6	35,8	34,0	39,9
2005	30,0	28,4	34,0	32,9	30,9	41,9	37,0	35,3	40,5
2006	29,2	27,5	33,2	32,1	30,0	41,1	36,0	33,9	40,7
2007	28,0	26,6	31,3	31,1	29,0	39,3	35,4	33,9	38,7
2008	26,9	25,5	29,9	30,1	28,0	39,3	34,0	31,8	38,6
2009	26,1	24,6	29,5	28,5	26,4	37,9	32,3	30,3	36,8
2010	24,9	23,3	28,6	26,7	24,9	35,5	31,1	29,1	35,7
2011	24,6	23,1	28,2	26,2	24,4	35,2	30,1	27,8	35,4
2012	23,8	22,2	27,8	25,0	23,2	34,1	28,1	25,5	34,1

Источник: Демографический ежегодник России. – URL: www.gks.ru

Роль семейного положения и отношение к браку в целом весьма существенно влияют на уровень репродуктивных установок населения. Жители области, отдающие предпочтение легитимному союзу, демонстрируют более высокие значения желаемой и планируемой детности (табл. 31).

Та же тенденция наблюдается и при дифференциации населения по отношению к возможности воспитания ребенка вне брака. У тех, кто считает вступление в брак обязательным для воспитания ребенка, желаемое и планируемое число детей выше, чем у тех, для кого это условие не обязательно.

Значимость семьи в формировании репродуктивных установок населения нельзя недооценивать: существует весомая положительная корреляция между детностью родительской семьи и репродуктивными ожиданиями людей, более ярко выраженная среди молодежи (табл. 32).

Таблица 31. **Репродуктивные установки жителей области в зависимости от предпочитаемой формы брака и оценки его роли в воспитании детей**

Вопрос и варианты ответа	Желаемое число детей				Планируемое число детей			
	Год исследования							
	2005	2008	2011	2014	2005	2008	2011	2014
<i>Какому браку* Вы отдаете предпочтение?</i>								
Зарегистрированному браку	2,22	2,10	2,17	2,11	1,81	1,95	1,93	1,90
Совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе	2,04	1,75	1,77	1,76	1,58	1,63	1,61	1,56
<i>Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?</i>								
Да	2,23	2,10	2,19	2,11	1,77	1,96	1,94	1,86
Нет	2,04	1,87	1,98	1,94	1,70	1,67	1,80	1,74
Не думал/не думала об этом	2,06	1,75	1,86	1,84	1,74	1,70	1,68	1,72
* Формулировка вопроса учитывает тот факт, что в обществе бытует понятие «гражданский» брак, трактуемое как совместное проживание без регистрации в органах ЗАГС, что в действительности является сожительством.								

Таблица 32. **Коэффициенты корреляции числа детей в родительской семье и репродуктивных ожиданий населения***

Год исследования	Идеальное число детей	Желаемое число детей	Планируемое число детей
2005 г.	0,165	0,174	0,156
2008 г.	-	0,173	0,147
2010 г.	0,266	0,168	0,200
2011 г.	0,167	0,152	0,150
* Корреляция является значимой на уровне 0,01, в 2014 г. вопрос не задавался.			

Полная семья находится на первом месте в оценке условий, необходимых для реализации многодетных репродуктивных планов. Вполне логично, что велико значение жилищных условий. А вот уверенность в завтрашнем дне высоко оценивается всеми, что говорит о чуткости населения к социально-экономическим изменениям в жизни общества.

Среди ведущих факторов, необходимых, по мнению жителей области, для распространения многодетности, первое место занимает решение жилищной проблемы; существенно усилилась значимость уровня жизни; повысились требования к медицинскому обслуживанию, материальной поддержке от государства. О наличии ценностных трансформаций, а также об осознании их людьми, свидетельствует тот факт, что 20% респондентов в 2008 г. против 11% в 2005 г. выбрали ответ: «Изменение установок общества относительно числа детей в семье (мода на многодетность)» (рис. 23).

Это подтверждает значимость информационных механизмов формирования репродуктивных установок. Снижение выраженности ответов в 2011, 2014 гг., вероятно, связано со снижением эффекта новизны «новых» мер демографической политики (материнского капитала, увеличения пособий, введения родовых сертификатов).

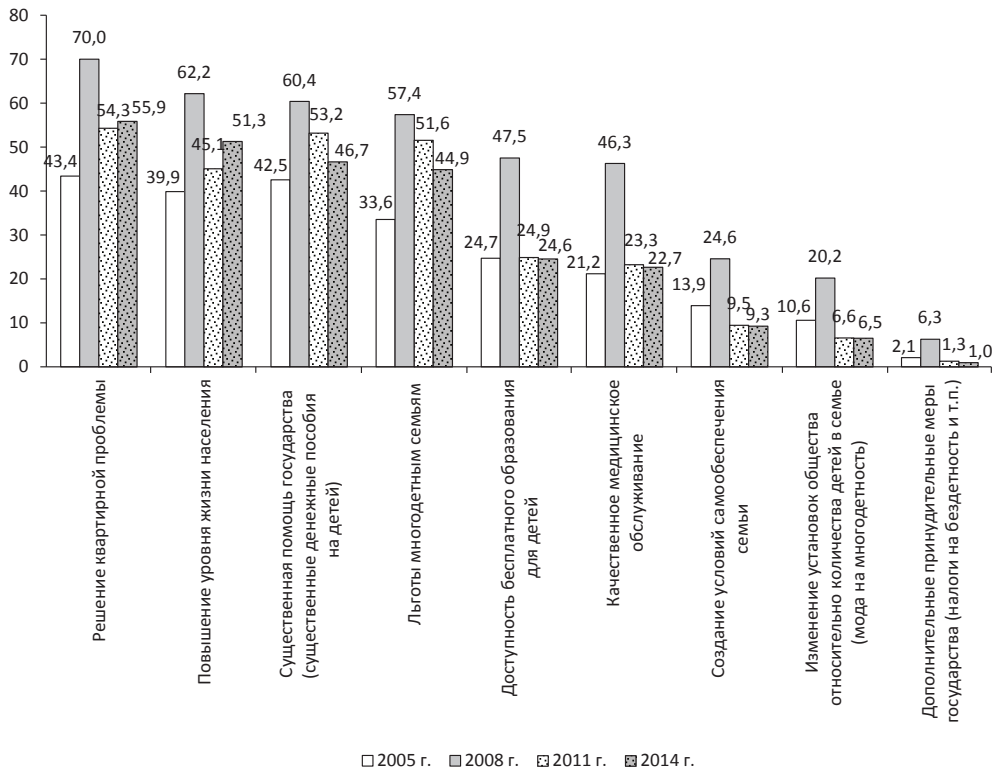


Рис. 23. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, какие условия необходимы для распространения многодетности?» (в % от числа опрошенных)

Рассматривая существующую модель репродуктивного поведения населения как фактора воспроизводства, можно выделить следующие негативные параметры: раннее начало сексуальной жизни, допустимость добрачных половых отношений, смены партнеров вне брака, неадекватное контрацептивное поведение большей части населения; распространение малодетности, недореализация желаемых рождений в связи с объективными и субъективными факторами. К ним относятся: репродуктивное здоровье, отсутствие партнера, неудовлетворенность инфраструктурой воспроизводства, жилищными условиями и матери-

альным положением, неуверенность в завтрашнем дне и социально-экономической стабильности в стране, высокая ценность карьеры, дети для которой воспринимаются как помеха.

В идеале, репродуктивные установки должны соответствовать средне- и многодетности, рождению первенца в первые два года после вступления в брак, интервалу между рождениями 2–4 года (табл. 33).

Половая жизнь должна начинаться в период психофизиологического созревания – примерно в 18–20 лет, с одним постоянным партнером, в браке. Отношение к сожительству – негативное. Зачатие планируется, в случае откладывания беременности применяется высокоэффективная контрацепция, подобранная с помощью специалиста. В случае контрацептивной осечки, при отсутствии противопоказаний, беременность сохраняется.

Таблица 33. Соответствие фактической модели репродуктивного поведения идеальной, необходимой для обеспечения расширенного воспроизводства населения

Критерий	Характеристика критерия	
	Эталон ¹⁾	Факт ²⁾
<i>Предпочитаемые числа детей</i>		
Идеальное	Трое и более	Двое (43%)
Желаемое		
Планируемое		
<i>Планирование семьи</i>		
Тип создания семьи*	В браке	В браке (72%)
Рождение детей	В браке	В браке (55%)
Протогенетический интервал	В первые 2 года брака	В первые 2 года брака (38%)
Интергенетический интервал	2-4 года	2-3 года (39%)
Обсуждение числа, сроков рождения детей*	Да	Да (59%)
Отношение к сожительству*	Отрицательное	Нейтральное (65%)
<i>Половая жизнь*</i>		
Сексуальный дебют	В браке, 18-20 лет	16-18 лет (64%)
Применение контрацепции	Высокоэффективная, в соответствии с планированием рождения детей	Низкоэффективная (26-29%)
Приемлемость аборта	Нет	Да; да, при определенных обстоятельствах (64%)
¹⁾ Идеальная репродуктивная установка (эталон) представлена по: Руководство по охране репродуктивного здоровья / под ред. В.И. Кулакова. – М.: Триада-Х, 2001. – 568 с., дополнено авторами. ²⁾ Данные по каждому критерию приведены исходя из наибольшей доли респондентов. * Критерий, дополненный авторами.		

При сопоставлении идеальной модели с существующей видны ее «недостатки». Это более низкие установки детности, допустимость аборт, распространение низкоэффективной контрацепции, либеральность по отношению к доброчным связям и смене партнеров (см. табл. 33).

Таким образом, демографические процессы в большинстве регионов Российской Федерации имеют депопуляционный характер. Уровень рождаемости определяет суженный режим воспроизводства населения. Демографическая структура характеризуется старением населения, диспропорцией полов (в возрасте от 30 лет и старше). Прогноз развития демографической ситуации свидетельствует о сохранении негативных тенденций. Это говорит о необходимости регулирования репродуктивного поведения населения, так как структурные резервы не достаточны для обеспечения даже простого воспроизводства населения.

Вместе с тем репродуктивное поведение населения характеризуется фактической малодетностью, высоким уровнем абортов и распространением практики низкоэффективной контрацепции. Формирование репродуктивных установок происходит за счет «присваивания» социальных норм детности. Ведущая роль в репродуктивной мотивации принадлежит психологическим мотивам, для удовлетворения потребности в детях в данном случае достаточно 1–2 детей. Репродуктивные установки реализуются не в полной мере, что обусловлено девальвацией брака и неудовлетворенностью населения условиями жизни, которые рассматриваются как неблагоприятные. В первую очередь, это комплекс условий для воспитания детей: жилищные, материальные условия, услуги медицины и образования.

Результатом активизации демографической политики (увеличение пособий, связанных с рождением детей, введение «материнского капитала») стало некоторое улучшение показателей рождаемости. Однако экономическое стимулирование может лишь благоприятствовать реализации имеющихся репродуктивных планов населения, которые на сегодняшний день ограничиваются малодетностью. Следовательно, для воспроизводства населения важно обеспечить условия для реализации желаемого числа рождений той частью населения, которая ориентирована на много- и среднетность, учесть социальную и психологическую репродуктивную мотивацию с целью повышения потребности в детях. Несомненно, столь масштабные задачи потребуют системной скоординированной работы на всех уровнях управления от муниципального до федерального.

ГЛАВА 3

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕХАНИЗМОВ РЕГУЛИРОВАНИЯ РЕПРОДУКТИВНОГО ПОВЕДЕНИЯ

3.1. Возможности регулирования репродуктивного поведения

Необходимость воздействия на репродуктивное поведение обусловлена во-первых, наличием резервов повышения рождаемости, во-вторых, потерями, которые несет общество в результате нерационального контрацептивного поведения.

Оценку резервов рождаемости в России и Вологодской области проведем с помощью методики В.А. Борисова [2]. Расчет индекса гипотетического минимума естественной рождаемости (ГМЕР) в России и в Вологодской области свидетельствует о наличии ее значительных резервов (табл. 34).

В рассмотренный период индекс ГМЕР снижается, говорит об ухудшении возрастной и брачной структуры населения. Причем снижается не только сам индекс ГМЕР, но и степень его реализации. В 2010 г. гипотетический минимум естественной рождаемости в Вологодской области реализовывался на 33%. То есть распространяется практика контроля рождаемости на фоне убывания потребности в детях (либо снижается биологический потенциал в результате ухудшения репродуктивного здоровья населения).

Для оценки потерь населения вследствие репродуктивных причин был осуществлен расчет ущерба от материнской и младенческой смертности. В приложении 11, согласно данным медицинской статистики России и Вологодской области, приведены показатели репродуктивных потерь.

Таблица 34. **Общие коэффициенты рождаемости, гипотетический минимум естественной рождаемости и степень реализации ГМЕР**

Год	Россия			Вологодская область *		
	Общий коэффициент рождаемости	Гипотетический минимум естественной рождаемости	Реализация ГМЕР, %	Общий коэффициент рождаемости	Гипотетический минимум естественной рождаемости	Реализация ГМЕР, %
	в промилле			в промилле		
1897	49,9	47,7	104,7	-	-	-
1927	46,0	50,2	91,6	-	45,2	-
1939	37,0	51,4	72,0	-	42,8	-
1959	23,9	49,2	48,6	-	46,1	-
1970	14,4	47,2	30,6	12,8	43,1	29,7
1979	15,9	47,6	33,4	16,2	42,8	37,8
1989	15,3	48,7	31,5	14,9	47,7	31,2
2002**	9,7	39,3	24,7	10,1	38,2	26,5
2010**	12,5	38,6	32,4	12,5	37,9	33,0

* Рассчитано авторами по данным Вологдастата.
** Рассчитано авторами по данным Всероссийских переписей населения 2002 г., 2010 г.
“-“ – нет данных.
Источники: Антонов А.И., Борисов В.А. Лекции по демографии, 2011. – С. 204, авторские расчеты.

В приложении 12, табл. 1 представлены оценки недополученного трудового потенциала в результате репродуктивных потерь населения России и Вологодской области в результате младенческой и материнской смертности, а также аборт. По проведенным расчетам, в 2009 г. величина недопроизведенного ВВП от младенческой смертности в раннем неонатальном периоде составила более 49 млрд. руб., от мертворожденных – 75 млрд. руб., от материнской смертности – 2 млрд. руб. (табл. 35; приложение 12, табл. 2).

Исходя из того, что в течение года операция по прерыванию беременности может быть проведена неоднократно, и из специфики обстоятельств возникновения абортивного случая, опираясь на различные данные¹⁴, мы учли 20% всех произведенных абортов как потенциально

¹⁴ На вопрос: «Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?» 20% респонденток ответили утвердительно (ИСЭРТ РАН, n=1536, 2008 г.). По экспертному мнению начальника отдела охраны материнства, детства Департамента здравоохранения Вологодской области к.мед.н. Е.Л. Вологиной, при правильном подходе можно сократить репродуктивные потери на 60–70%. Как показали работы Красноярского филиала Центра Национальной славы в рамках Всероссийской программы «Святость материнства», число абортов можно сократить на 18% (URL: <http://kfcnsr.ru/>).

предотвратимые с помощью доабортного консультирования и/или предоставления социальных гарантий (социальная и психологическая помощь, гарантированное пособие при рождении ребенка и др.). Понижая условность расчета, а также невозможность учета всех экономических альтернатив абортивного выбора, авторы не настаивают на включении рассчитанной величины потерь от аборт в общую сумму экономического ущерба.

Таблица 35. **Величина недопроизведенного валового продукта вследствие репродуктивных потерь**

Вид потерь	2000 г.	2002 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
Российская Федерация (млн. руб., в сопоставимых ценах)							
Мертворожденные	25 609,3	35 479,2	55 996,9	62 106,7	77 593,7	87 847,1	75 757,7
<i>В % от ВВП</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>
Умершие новорожденные	25 072,7	31 492,8	44 230,1	49 347,2	54 663,4	58 193,3	49 342,0
<i>В % от ВВП</i>	<i>0,4</i>	<i>0,4</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>
Материнская смертность	947,8	1155,8	1554,9	1722,1	1993,5	2261,6	2192,3
<i>В % от ВВП</i>	<i>0,02</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>	<i>0,01</i>
Аборты	1 289 693	1 533 435	2 253 460	2 477 378	2 665 142	2 832 695	2 336 736
<i>В % от ВВП</i>	<i>22,4</i>	<i>17,5</i>	<i>12,5</i>	<i>11,0</i>	<i>9,5</i>	<i>8,3</i>	<i>7,3</i>
Вологодская область (млн. руб., в сопоставимых ценах)							
Мертворожденные	238,8	321,9	605,7	768,4	775,0	973,1	721,1
<i>В % от ВРП</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>	<i>0,3</i>
Умершие новорожденные	300,1	268,8	410,7	321,3	395,6	302,3	266,1
<i>В % от ВРП</i>	<i>0,4</i>	<i>0,3</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,2</i>	<i>0,1</i>	<i>0,1</i>
Материнская смертность	7,7	16,6	4,4	8,7	15,1	5,9	8,8
<i>В % от ВРП</i>	<i>0,01</i>	<i>0,02</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>	<i>0,01</i>	<i>0,00</i>	<i>0,00</i>
Аборты	13 988,4	14 761,0	29 180,6	27 523,1	29 484,7	31 370,1	21 221,2
<i>В % от ВРП</i>	<i>20,2</i>	<i>18,3</i>	<i>15,0</i>	<i>13,6</i>	<i>12,1</i>	<i>10,5</i>	<i>10,0</i>

В целом с начала столетия экономический ущерб от репродуктивных потерь снижается, что обусловлено значительной ролью реализации программ и проектов по укреплению репродуктивного здоровья, охране материнства и детства в России и ее регионах.

Вместе с тем для формирования средне- и многодетных репродуктивных установок и реализации желаемых рождений требуется создание целого комплекса социально-экономических условий. В 2006–2011 гг. отмечается активизация государственного стимулирования рождаемости. В этот период пересмотрены схемы начисления пособий на детей,

реализуется выплата «семейного капитала». Общий коэффициент рождаемости, по официальным статистическим данным, в 2006 г. составлял 10,9‰, в 2011 г. – 13,0‰. Определим вклад репродуктивного поведения в данное увеличение с помощью индексного метода. Индекс изменения общего коэффициента рождаемости (J_n) равен:

$$13,0 : 10,9 = 1,1927.$$

Умножив результат на 100, получим увеличение общего коэффициента рождаемости за указанный период на 19,27%. Вычислим значения индексов.

1. Индекс изменения доли женщин 15–49 лет ($J_{dW_{cp}}^{15-49}$) рассчитывается как отношение указанных долей в 2011 и 2006 г.:

$$25,2 : 26,5 = 0,9521.$$

Вычитаем из 1, умножаем на 100%, получаем снижение на 4,78 %.

2. Индекс изменения специального коэффициента рождаемости без изменений возрастной структуры женщин 15–49 лет (J_{Fx}) является результатом отношения специального коэффициента рождаемости в 2011 к его значению в 2006 г.:

$$51,4 : 41,1 = 1,2497.$$

Учитывая допущенное округление значений общих коэффициентов рождаемости, уточним значение индекса изменения общего коэффициента рождаемости за период с 2006 по 2011 г. Поскольку указанный индекс по определению равен произведению индекса изменения доли женщин репродуктивного возраста в общей численности населения и индекса изменения специального коэффициента рождаемости:

$$0,9521 \times 1,2497 = 1,1898.$$

3. Индекс изменения за счет трансформации возрастной структуры женщин репродуктивного возраста при неизменных возрастных коэффициентах (J_{ix}).

Для его расчета вначале определим гипотетический суммарный коэффициент рождаемости, который мог бы быть в 2011 г. при возрастной структуре женщин репродуктивного возраста, которая сложилась в 2006 г. (табл. 36).

Таблица 36. Расчет условного показателя суммарного коэффициента рождаемости

Возрастная группа	Возрастные коэффициенты, 2011 г.	Возрастная структура женщин 15-49 в 2006 г., в долях единицы	Условный показатель СКР
15-19	25,4	0,1535	3,8978
20-24	91,4	0,1571	14,3577
25-29	107,6	0,1383	14,8798
30-34	72,6	0,1235	8,9603
35-39	33,5	0,1140	3,8136
40-44	5,0	0,1453	0,7283
45-49	0,2	0,1683	0,0315
Итого		1,0000	46,6690

Теперь соотнесем реальный специальный коэффициент рождаемости и полученную величину условного суммарного коэффициента:

$$51,4 : 46,7 = 1,1005.$$

За счет изменения структуры женщин репродуктивного возраста коэффициент рождаемости увеличился на 10,05% $((1 - 1,1005) \times 100\%)$.

Таким образом, увеличение за счет изменения интенсивности рождений составило $24,97 - 10,05 = 14,92\%$.

Возвращаясь к равенству индексов, получаем:

$$18,98\% = -4,79\% + 10,05\% + 14,92\%.$$

Поскольку правая и левая части равенства не равны, вычислим отклонение, поделив 18,98 на полученную в правой части сумму (20,18), значение равняется 0,94. Затем все индексы правой части умножим на полученное отклонение:

$$18,98 = (14,92 \times 0,94) + (10,05 \times 0,94) - (4,79 \times 0,94) = 14,03 + 9,45 - 4,50.$$

Согласно результатам, полученным в ходе индексного метода оценки факторов рождаемости, увеличение общего коэффициента рождаемости населения в период с 2006 по 2011 г. на 19,27% было достигнуто:

- за счет действительного увеличения рождаемости, т.е. за счет увеличения возрастных коэффициентов рождаемости – на 14,03%,
- некоторого улучшения структуры женщин внутри репродуктивного возраста – на 9,45%;
- снижения доли женщин репродуктивного возраста в общей численности населения – на -4,5%, при сохранении доли женщин репродуктивного возраста, общий коэффициент рождаемости мог бы увеличиться на 22%.

Таким образом, зафиксированный рост рождаемости в период активизации демографической политики в Вологодской области, действительно, большей частью (на 74%) обусловлен увеличением интенсивности рождений.

Население региона в целом положительно оценило предпринятые правительством меры: 39% жителей региона в 2007 г. и 50% в 2008 г. сочли указанные нововведения способными увеличить рождаемость в России (рис. 24). Характерно, что сельские жители были менее оптимистичны, чем горожане.

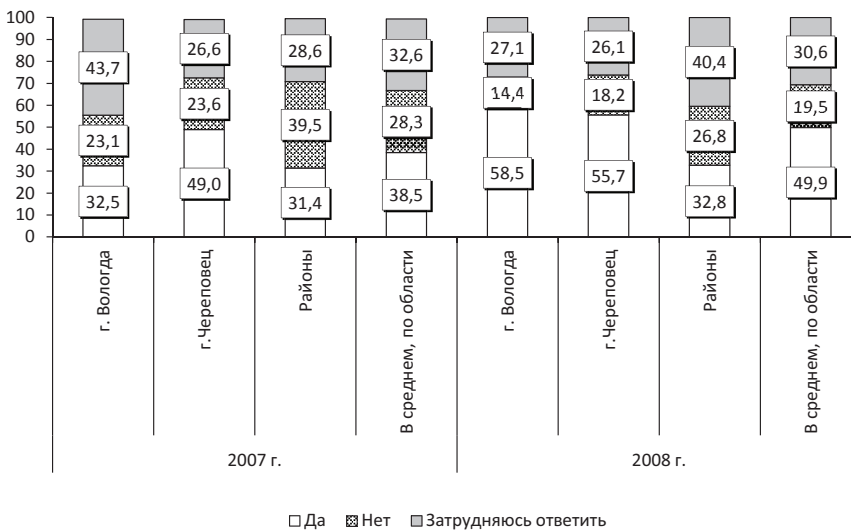


Рис. 24. **Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка способны увеличить рождаемость в нашей стране?»** (в % от числа опрошенных, территориальный разрез)

Женщины продемонстрировали большую уверенность в действенности нововведений, чем мужчины, особенно в 2008 г. (52% женщин против 48% мужчин; рис. 25). Кроме того, женщин, не сформировавших мнение по данному вопросу, стало меньше на 5%, чем в 2007 г. и чем мужчин. Вероятно, больший оптимизм женщин обусловил введение «материнского капитала» (хотя его могут получать и отцы), т.к. его средства могут использоваться для формирования накопительной части пенсии (хотя в данном качестве он мог бы иметь значение для ограниченного числа женщин [8]).

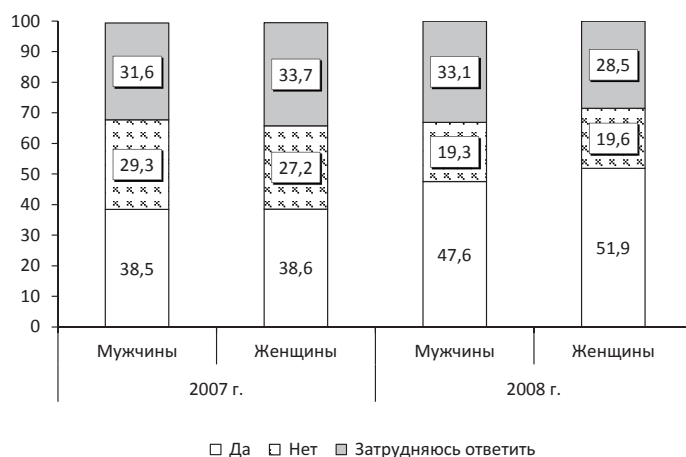


Рис. 25. Распределение ответов на вопрос: «Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка способны увеличить рождаемость в нашей стране?» (в % от числа опрошенных, гендерный разрез)

Новая система расчета пособия по уходу за ребенком, значительно повысившая репродуктивные намерения образованных женщин с высоким уровнем дохода [37, с. 142], несколько сгладила остроту данного периода, когда вклад женщины в доходы семьи снижается, а иждивенческая нагрузка увеличивается. Это еще раз подтвердило важность проблемы совмещения занятости женщин и репродуктивного поведения [80].

Несмотря на принятые в сфере демографической политики меры и в целом положительное к ним отношение, респонденты не планируют в связи с ними изменения личных репродуктивных планов (рис. 26).

Наименее восприимчивыми к материальному стимулированию оказались семьи с двумя и более детьми, в то время как бездетные и однопотные респонденты, пока еще не удовлетворившие потребность в детях, более склонны учесть в планировании числа детей принятые государством меры.

В целом для РФ респонденты оценивают эффективность мер демографической политики положительно, однако учитывать их в своих репродуктивных планах намерены немногие: 9% ответили, что в связи с их введением увеличат число детей в своей семье (на 1–2 детей). Это 8% бездетных респондентов/семей, 13% – однопотных, 2% – с двумя и более детьми (см. рис. 27).

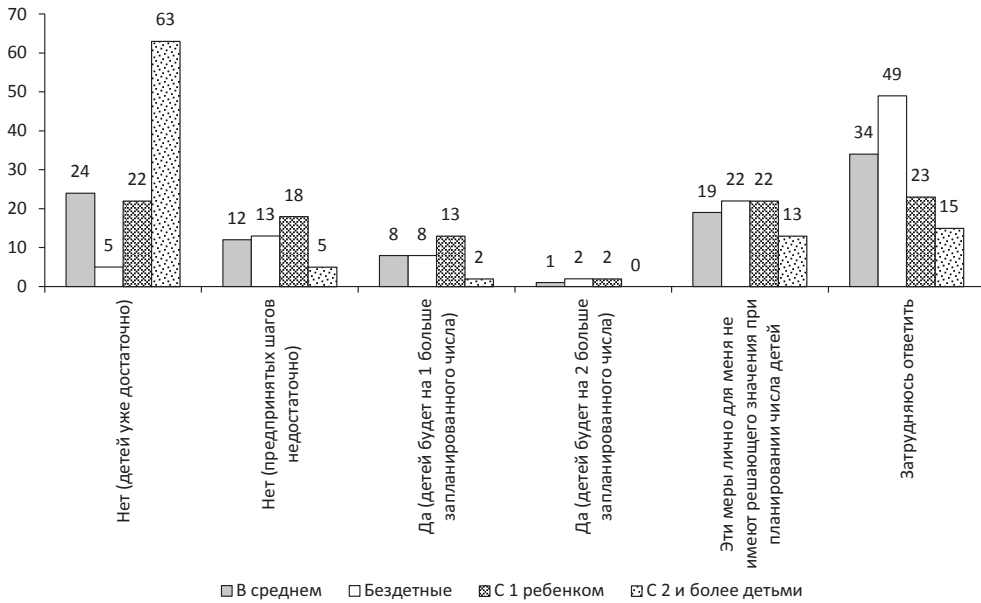


Рис. 26. **Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?»** (в % от числа опрошенных в 2007 г.)

Эффект влияния за год несколько снизился: на 2% уменьшилась в 2008 г. доля планирующих увеличить число детей в своей семье с учетом предпринятых мер поддержки родительства по сравнению с 2007 г. и почти на 3% увеличилась доля тех, кто считает принятые меры недостаточными для реализации своих репродуктивных планов. На 5% увеличилась доля тех, для кого эти меры не имеют решающего значения при планировании числа детей, на 4% снизилась доля затруднившихся ответить (рис. 27, 28).

В отличие от общих оценок, чуть больше женщин, чем мужчин, считают данные меры недостаточными для корректировки личных репродуктивных планов, особенно в связи с тем, что «детей уже достаточно» (приложение 13).

При оценке материальных мер демографической политики население области разделилось на 3 группы:

1. Группа респондентов, положительно оценивших принятые меры.
2. Группа, для которой принятые меры не имели никакого эффекта.
3. Группа респондентов, не определившихся в своих репродуктивных планах (установках).

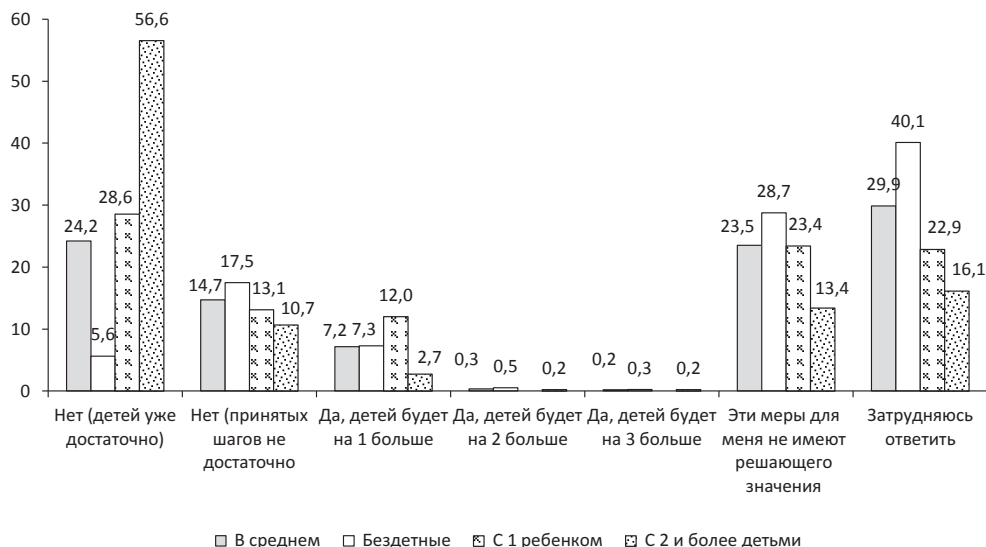


Рис. 27. Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?» (в % от числа опрошенных в 2008 г.)

Первая группа респондентов, составляющая 10% выборки, максимально представлена в возрастном интервале от 15 до 20 лет (рис. 28).

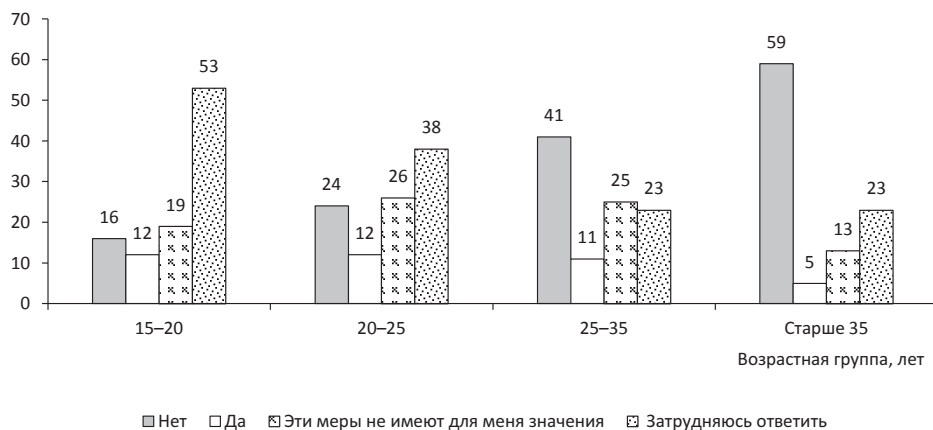


Рис. 28. Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?» (в % от числа опрошенных)

Чаще всего это бездетные или одноплетные респонденты с высокой установкой детности: желаемое и планируемое число детей – три и более. Уровень доходов – средний, образование – незаконченное среднее и среднее техническое. Четкой корреляции по полу не выявлено (из планирующих увеличение числа детей в семье 52% мужчин и 48% женщин). Для данной категории населения эффективность материального стимулирования рождаемости обусловлена высокими репродуктивными установками и нереализованностью репродуктивных планов в силу молодости и семейного положения. Вторая группа (56%) почти наполовину представлена респондентами возрастной группы старше 35 лет, потребность в детях у которых уже удовлетворена. Для них характерны невысокие значения желаемого и планируемого числа детей, высшее и среднее техническое образование. В данной категории населения существенный эффект принесут пропагандистские меры, направленные на повышение репродуктивных установок, изменение отношения к семье и ценностных ориентаций.

Третья группа (34%) – респонденты, затруднившиеся ответить на вопросы о репродуктивных планах в связи с принятыми государством мерами, представляют собой резерв повышения репродуктивных установок под влиянием продуманной мотивационно-стимулирующей демографической политики. К этой группе относятся мужчины и женщины в возрасте: от 15 до 20 лет – 44%, в группах 20–25 и 25–35 лет – по 18%, в старшей возрастной группе – 21%; со средним уровнем доходов по самооценке. Чаще всего это бездетные (более 60%) и малолетные респонденты с высокими репродуктивными установками (желаемое число детей – 2–4, планируемое число детей – 2–3), со средним техническим и незаконченным средним образованием. Из затруднившихся оценить влияние материальных мер демографической политики на собственные репродуктивные планы 52% – респонденты мужского пола.

Таким образом, материальное стимулирование создает предпосылки для реализации имеющихся репродуктивных установок относительно числа детности путем повышения оценок условий для желаемого деторождения. Однако в том виде, в каком существует система пособий, шансы на появление детей «сверх планируемого числа» не более 10%.

В целом же большая часть населения (49%) Вологодской области полагает, что государство должно проводить политику поддержки семьи в реализации имеющихся планов. О том, что государство должно

стимулировать семьи иметь больше детей, заявили 40% жителей области, 11% считают, что государство не должно вмешиваться в репродуктивную жизнь семьи.

Среди препятствий увеличения рождаемости традиционно первые места отдаются материальным и жилищным условиям, факторам экономического благополучия. Хотя достоверность подобных ответов относительна [7], примечательно, что значительный прирост выраженности за период исследования отмечается у фактора ценностной трансформации: в 2011 г. 14% населения области считали, что рождаемость ограничивается приоритетом карьеры, стремлением «пожить для себя» против 8% в 2005 г. (табл. 37). Об этом же говорит вышедшая на 4 место позиция «заботы, связанные с уходом за детьми».

На 97% увеличилась частота выбора такого фактора, как «риск остаться без работы», что подчеркивает актуальность проблемы занятости женщин, совмещения трудовой деятельности и репродуктивной.

Таблица 37. **Распределение ответов на вопрос: «Что, на Ваш взгляд, препятствует увеличению рождаемости в нашей стране?»** (в % от числа опрошенных)

Факторы	Год				2014 г. к 2005 г., %	Ранг			
	2005	2008	2011	2014		2005 г.	2008 г.	2011 г.	2014 г.
Плохие жилищные и материальные условия большинства семей	68,3	80,4	70,0	70,7	103,5	1	1	1	1
Нестабильное экономическое положение	43,5	51,8	45,8	46,3	106,4	2	2	2	2
Риск остаться без работы	15,5	36,1	30,5	33,7	217,4	3	3	3	3
Приоритет карьеры, стремление «пожить для себя»	8,3	27,1	13,6	16,1	194,0	6	4	5	4
Заботы, связанные с уходом за детьми	12,2	25,8	15,1	12,7	104,1	5	5	4	6
Рождение неполноценного ребенка	12,5	23,5	13,4	13,3	106,4	4	6	6	5
Другое	0,6	1,3	0,5	0,4	66,7	7	7	7	7

Таким образом, эффект превалирующей в демографической политике материальной поддержки рождаемости проявляется в реализации имеющихся репродуктивных планов и, вероятно, будет непродолжительным, так как репродуктивные установки большей части населения соответствуют малодетности, имея тенденцию снижения от поколения к поколению.

Учитывая особенности репродуктивной мотивации населения [26, с. 64-65] и тот факт, что улучшение внешних условий, как правило, влияет на степень реализации имеющихся представлений о будущей детности, необходимо воздействовать и на формирование репродуктивных установок. Для этого следует расширять информационно-воспитательные механизмы стимулирования рождаемости [3, с. 66; 49, с. 83].

Опыт целевого социального воздействия применяется сравнительно недавно и изучен на локальных выборах, однако имеющиеся результаты свидетельствуют о результативности информационного влияния на репродуктивные установки. В работах Г.А. Сунгатуллиной, например, увеличение доли молодежи (студентов), ориентированной на средне- и многодетность, после специализированной беседы на демографическую тему составило 10% [129].

В Вологодской области в контексте решения проблемы высокого уровня аборт в рамках проекта «Мать и Дитя», региональной целевой программы «Безопасное материнство» было проведено исследование социально-гигиенической грамотности населения в вопросах репродукции, показавшее, что информированность населения о планировании семьи невысока (табл. 38).

Таблица 38. **Информированность населения в вопросах репродукции** (самооценка, средний балл по 5-балльной шкале, где 1 – очень плохо информирован (а), 5 – очень хорошо информирован (а))

Информированность	Возрастная группа								В среднем по выборке	
	От 15 до 25		От 25 до 30		От 30 до 35		Старше 35		2005	2011
	2005	2011	2005	2011	2005	2011	2005	2011		
О путях заражения ВИЧ/СПИД	3,7	3,63	3,53	3,86	3,61	3,85	3,6	3,85	3,64	3,79
О первых признаках венерических заболеваний	3,07	3,2	3,26	3,53	3,32	3,56	3,24	3,6	3,17	3,47
О средствах предохранения от ИППП	3,74	3,68	3,61	3,85	3,61	3,88	3,47	3,81	3,64	3,79
О средствах предохранения от беременности	3,86	3,71	3,83	3,95	3,67	3,98	3,6	3,85	3,76	3,85
О последствиях аборта	3,31	3,36	3,38	3,76	3,27	3,69	3,46	3,74	3,35	3,63
О родах	3	3,04	3,29	3,62	3,31	3,69	3,44	3,72	3,19	3,5

В 2005 г. доля населения, показавшего очень плохую осведомленность в данных вопросах, составляла от 3 до 13% (в разных аспектах): менее всего население было информировано о первых признаках венерических заболеваний, родах и последствиях аборта. На основании полученных результатов в регионе внедрено обязательное до- и постабортное

консультирование женщин, ведется лекционная работа в образовательных учреждениях в целях профилактики абортивного поведения у молодых девушек, проводится антиабортная кампания с использованием социальной рекламы, привлечением средств массовой информации, общественных организаций. В результате в 2011 г. отмечается повышение общей осведомленности населения. Лишь 2–7% респондентов очень плохо информированы о каком-либо из предложенных вопросов, причем наименьшие баллы имеет информированность по тем же вопросам, что и в 2005 г.

В 2009 г. была начата консультативно-лекционная деятельность в профессиональных учебных заведениях в рамках межведомственной целевой программы «Охрана репродуктивного здоровья населения г. Вологды и Вологодской области», в результате доля молодых девушек, прерывавших беременность абортom, сократилась в 4 раза по сравнению с 2007 г. и составила лишь 2% (табл. 39).

Снизилась у них и кратность абортom: в 2011 г. не выявлено повторных абортom (в 2007 г. 23% девушек в возрасте от 15 до 25 лет прерывали беременность до трёх раз). Удельный вес женщин, прибегавших к искусственному прерыванию беременности, выше в старших возрастах, что объясняется кумулятивным эффектом, а также тем, что в возрасте после 35 лет незапланированные беременности вероятнее всего заканчиваются абортom.

Основой изменений абортивного поведения (и не менее значимым результатом деятельности) стало изменение репродуктивных, в частности абортивных, установок: категорически неприемлемым считали аборт в 2005 г. 11% жителей области, в 2011 г. их доля увеличилась в 3 раза (до 36%); увеличилось планируемое число детей (с 1,77 в 2005 до 1,86 в 2011 г.).

Снижение уровня абортom обусловлено, с одной стороны, реализацией рождений в связи с улучшением оценок внешних условий среды под воздействием материального стимулирования рождаемости. С другой – масштабной работой, инициированной проведенным исследованием по повышению медико-гигиенической грамотности населения в вопросах репродукции.

В период с 2011 по 2014 г. отмечается ухудшение рассмотренных показателей. Отчасти это обусловлено снижением финансирования, прекращением пролонгации ряда целевых программ и отменой информационного воздействия на репродуктивные установки населения.

Таблица 39. Изменение параметров abortивного поведения в результате реализации целевых программ

Критерий	2005 г.	Действующие программы	2007 г.	Действующие программы	2011 г.	Действующие программы	2014 г.
Доля женщин с абортм в анамнезе, %	32	1. Проект «Мать и дитя» 2. Программа «Безопасное материнство» 3. Программа «Здоровый ребенок»	32	1. Цикл социальной рекламы «Демография – судьба народа» 2. Проект «Ты не одна» 3. Межведомственная программа «Охрана репродуктивного здоровья населения г. Вологды и Вологодской области» 4. Проект «Мать и дитя» 5. Программа «Безопасное материнство» 6. Программа «Здоровый ребенок»	20	Программа модернизации здравоохранения	35
Доля жителей, считающих аборт недопустимым, %	11		11		36		34
Информированность о последствиях аборта, балл	3,3		3,6		3,6		3,8
Среднее планируемое число детей	1,73		1,77		1,86		1,81

Полученные результаты свидетельствуют о возможности воздействия на репродуктивные установки и поведение населения информационных механизмов демографической политики.

Авторы отдают себе отчет в том, что информационное поле – это инструмент формирования в первую очередь установок населения. Его цель – повышение конкурентоспособности семьи и родительства, средне- и многодетности «на рынке личностных потребностей». Однако без изменения реальных материальных, социальных, а особенно жилищных условий полной реализации репродуктивных планов ожидать не следует.

3.2. Направления повышения эффективности экономического стимулирования рождаемости

Регулирование репродуктивного поведения населения требует значительной комплексной работы по созданию условий для реализации желаемых рождений, по формированию репродуктивных установок на средне- и многодетность, адекватное контрацептивное поведение.

Обратная взаимосвязь между экономическим уровнем жизни и рождаемостью населения развитых стран выявлена давно и неоднократно подтверждена в современных российских исследованиях [63, 106, 146].

Особенности репродуктивной мотивации, характеризующейся превалированием психологических мотивов, определяют высокую эмоциональную и интеллектуальную насыщенность, времяемкость и энергозатратность воспитания ребенка.

С одной стороны, семье достаточно одного-двух детей для удовлетворения потребности в детях, с другой – семья не может себе позволить больше детей, так как слишком высоки требования самой семьи к процессу взаимодействия с ребенком и к качеству собственной жизнедеятельности. Как следствие, возникает несовпадение приоритетов семьи и государства [92].

Хотя сегодня в структуре демографической политики преобладают экономические механизмы, их эффективность не высока. Главные недостатки мер материального стимулирования рождаемости обусловлены такими обстоятельствами, как:

1. *Отсутствие достаточной информационной поддержки.* О недостаточной правовой грамотности женщин в вопросах полагающихся им видов поддержки и способов их получения свидетельствуют социологические данные [139, с. 32-33]. Широкое распространение данной информации – один из путей повышения эффекта материальных (также иных) мер.

2. *Неспособность привести к реальным изменениям положения семей с детьми.* Вклад социальных трансфертов в доход среднестатистического домохозяйства слишком мал [106] и не покрывает расходы семьи на детей. Поэтому социальная поддержка не имеет решающего значения для репродуктивных планов. Доля материнских и семейных пособий в денежных доходах домохозяйств составляла в 2010 г. 0,8%, к объему ВВП – 0,6% (табл. 40).

3. *Эпизодичность.* Определенный срок действия какой-либо меры поддержки приводит к стремлению успеть воспользоваться ею. Например, Федеральный закон «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ, действует в период с 1 января 2007 по 31 декабря 2016 года. Концепции демографического развития и политики рассчитываются сроком на 10–12 лет, встречаются региональные программы демографического развития на срок 1–2 года. С учетом демографической природы регулируемых процессов подобные программы должны реализовываться за период, не менее длины поколения (25–27 лет), только в этом случае можно ожидать их результативности.

Таблица 40. Расходы на выплату семейных и материнских пособий

Показатель	1995	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Расходы на семейные и материнские пособия – всего, млн. руб. (1995 г. – млрд. руб.)	11 982	27 042	46 736	57 811	120 828	178 786	225 475	256 307	293 590	322 738
из них:										
по беременности и родам*	920	3675	14 403	19 109	29 410	44 222	57 039	66 948	75 632	86 636
при рождении ребенка*	343	1533	8192	11 047	12 246	14 158	16 878	13 686	21 311	23 350
по уходу за ребенком до 1,5 года*	579	1757	5632	7607	54 306	75 210	97 067	119 544	139 802	152 059
ежемесячное пособие на ребенка**	10 124	19 936	18 135	19 624	24 090	32 611	40 898	43 081	938	1159
по уходу за детьми-инвалидами*	16	141	374	424	776	912	680	760	45 228	48 846
прочие семейные и материнские пособия	...	...	...	...	...	11 673	12 913	12 288	10 679	10 688
Доля семейных и материнских пособий, в %:										
к ВВП	0,8	0,4	0,2	0,2	0,4	0,4	0,6	0,6	0,5	0,5
к объему денежных доходов населения	1,3	0,7	0,3	0,3	0,6	0,7	0,8	0,8	0,8	0,8
* По данным Фонда социального страхования Российской Федерации. ** По данным Минздравсоцразвития России. Источники: Российский статистический ежегодник 2011. – М., 2011, Российский статистический ежегодник 2013. – М., 2013.										

В данном контексте в рамках цикла воспроизводства населения целесообразно использовать принцип *цикличности* в формировании демографической политики государства. На рис. 29 в упрощенном виде представлена поддержка семьи и деторождения на разных этапах, учтены также период получения профессии (18–24 года) и начала профессиональной деятельности (22–24 года).

Два последних момента включены из соображений «замкнутости» цикла и в силу того, что данные периоды жизни [детей] весьма значимы по оценкам «родителей», обеспечение образования детей – один из факторов реализации репродуктивных планов. Была рассмотрена поддержка консультативной и медицинской, материальной направленности (на рисунке стрелки с цветной заливкой и белым фоном соответственно). Стрелки, очерченные сплошной линией, свидетельствуют о наличии довольно стабильной помощи, охватывающей в той или иной степени все население. Пунктирная линия означает, что получение определенной помощи ограничено, затруднено или требует активной деятельности субъекта поддержки.

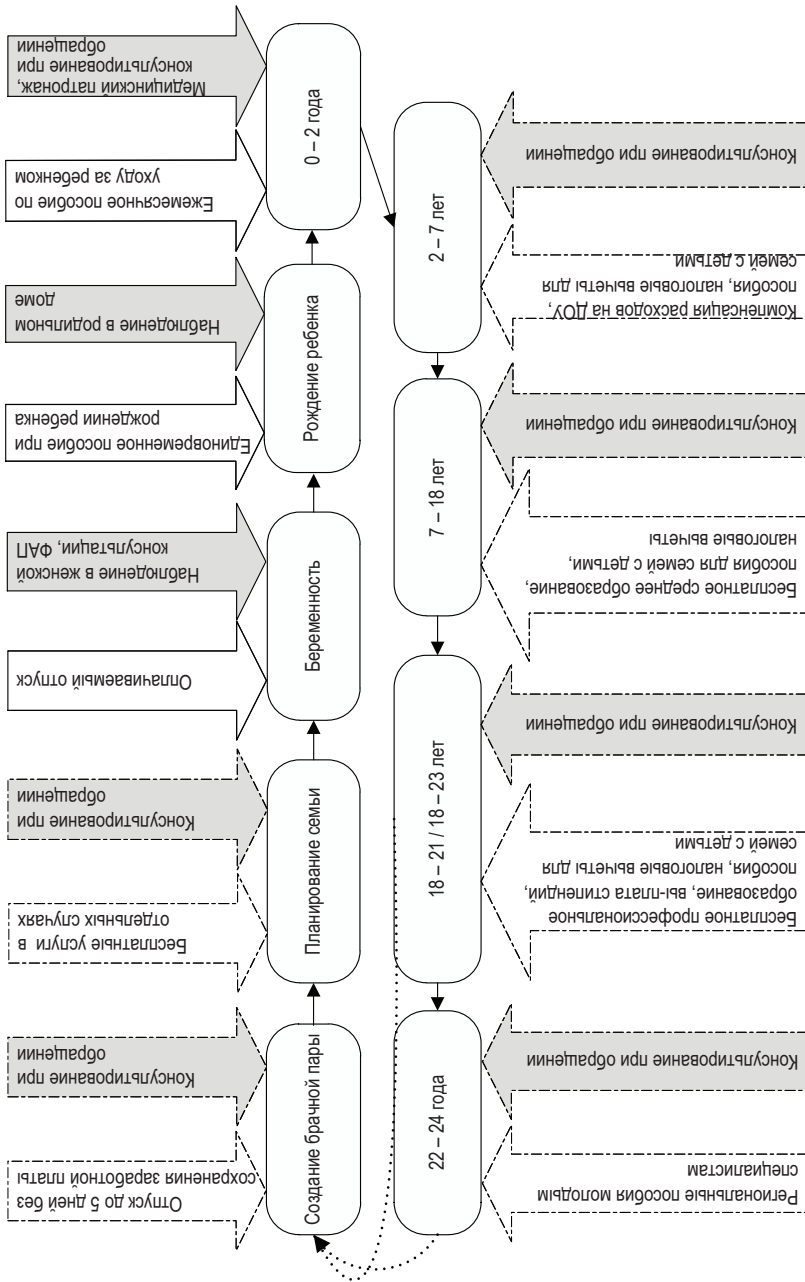


Рис. 29. Государственная поддержка на ключевых этапах цикла воспроизводства населения

Анализ системы пособий (приложение 2; табл. 41) свидетельствует о том, что наибольшую поддержку государство оказывает в период беременности, родов и ухода за ребенком, до посещения им детского дошкольного учреждения. Поддержка имеет и материальный, и консультативный характер, причем консультирование присутствует обязательно.

Таблица 41. **Размеры пособий и расходы бюджета на их выплату в 2010 г. (Российская Федерация)**

Этап цикла воспроизводства	Размер семейных и материнских пособий, руб в мес.	Расходы бюджета, млн руб	
		Прямые выплаты	Содержание инфраструктуры
Создание брачной пары	–	–	н.д.
Планирование семьи	–	–	н.д.
Беременность	Не более, чем 34583 руб.	66948	16947*
Рождение ребенка	10 988,85 руб.	13686	
от 0 до 1,5 лет	Максимум для работающих матерей 13833,33 руб. (В среднем 6255,5 руб.) Минимум для неработающих матерей 2060,41 руб.	119544	
От 2 до 7 лет	От 100 до 500 руб.	43081	293930,0**
От 7 до 18 лет			614461,0
От 18 до 21/23 лет	–	–	55010,4** 105591,3 301884,4

* Расходы ФСС на оплату медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовом периоде, а также диспансерного наблюдения ребенка в течение первого года жизни.
** Объем бюджетного финансирования дошкольных образовательных учреждений, учреждений среднего общего, начального, среднего и высшего профессионального образования.

Далее, в период посещения ребенком дошкольного учреждения и школы, материальной поддержкой охватываются лишь некоторые социально не защищенные группы населения, в первую очередь малоимущие. Консультирование может быть обеспечено педагогами (психологами, логопедами, медицинскими работниками ДООУ и учреждений общего образования), но требует заинтересованности и конкретных действий для его получения со стороны родителей.

Ситуация при получении профессионального образования аналогична, за тем исключением, что отдельный специалист, который должен работать в детском саду и школе, здесь отсутствует и для получения какой-либо консультации потребуется обращение в другое учреждение.

В начале профессиональной деятельности молодые специалисты могут рассчитывать на государственную поддержку в соответствии с региональным законодательством, которое определяет профиль специалистов и размер подъемного пособия.

На этапе создания семьи (брачной пары) кроме неоплачиваемого отпуска длительностью до 5 дней, который должен предоставляться брачующимся согласно части второй ст. 128 ТК РФ, никаких специальных видов поддержки по формированию репродуктивных планов не предусмотрено. Между тем в период образования брачной пары корректируются репродуктивные установки партнеров, предпочитаемое идеальное и желаемое число детей, разность между «желаемой» и «планируемой» детностью выше, чем средние показатели для всего населения области, т.е. материальная поддержка будет эффективна. Выплаты молодоженам практикуются во многих европейских странах (Швеция, Франция, Португалия, Греция, Люксембург, Испания и др.). В российских реалиях они могут быть предоставлены в виде целевых сертификатов. Аналогично «материнскому капиталу», «стартовый родительский капитал» было бы целесообразно направить на улучшение жилищных условий, образование и лечение детей любой очередности.

Отдельно хочется отметить планирование семьи, материальная поддержка которого выражается в возможности бесплатных аборт, в том числе по собственному желанию женщины, обеспечении контрацептивами малоимущих женщин, что направлено на ограничение рождаемости. Ряд стран, прежде всего в Европе (Австрия, Дания, Италия, Франция и Швейцария), сократили государственную поддержку распространения средств контрацепции (субсидии и свободный доступ) [150].

Направлением «со знаком плюс» является финансирование вспомогательных репродуктивных технологий для пар, испытывающих трудности с зачатием и рождением детей. Это в первую очередь программа обеспечения экстракорпорального оплодотворения.

Большая часть работ по планированию семьи сводится к решению уже возникших проблем. Консультационный потенциал в лице медицинских кадров представлен достаточно широко, но должен быть переориентирован на превентивные меры.

Учет необходимости государственной поддержки на протяжении всего воспроизводственного цикла ставит вопрос о разработке долгосрочных программ стимулирования рождаемости (или данного направления в программе демографического развития).

Направления работ, которые предполагает подобная программа, определены ведущими условиями реализации репродуктивных планов населения: жилищными условиями, семейным положением, медициной и образованием. В связи с этим, а также с выявленными недостатками применяемых механизмов было бы целесообразно принять следующие меры.

В целях улучшения жилищных условий семей с детьми:

1. Частичное погашение жилищных/ипотечных кредитов семьям при рождении очередного ребенка.

Условия жилищного кредитования требуют от молодой семьи а) первоначального взноса от 10% стоимости приобретаемого жилья, б) уровня стабильных доходов, позволяющего выплачивать кредит. При этом кредит сопровождается залогом, обязательным страхованием жизни заемщика и/или приобретаемого имущества.

Анализ кредитного рынка [127, 136] показал, что молодая семья с одним ребенком и средним для Вологодской области уровнем заработной платы для приобретения квартиры необходимой минимальной площади¹⁵ ($18 \times 3 = 54$ кв. м) должна иметь доход, позволяющий выплачивать ежемесячно примерно 29 тыс. руб. в течение 25 лет. В то же время среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работников в Вологодской области составляла 18 536 руб. На двоих работающих членов семьи – 37 072 руб. в месяц, прожиточный минимум [95] в сумме на 3 человек (2 трудоспособных и 1 ребенок) составил 18 437 руб. Остаток денежных средств делает невозможным получение и/или погашение кредита, а следовательно, и приобретение жилья для большинства молодых семей, даже с учетом предоставления субсидии в качестве первоначального взноса. «Семейный капитал» тоже не решит проблему, так как рождение ребенка повлечет за собой снижение дохода матери на период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком и необходимость дальнейшего расширения жилплощади.

Разработка и реализация механизма, позволяющего снизить кредитное бремя при рождении очередных детей, могли бы существенно улучшить условия реализации репродуктивных планов населения. Например, в Омской области существует практика выделения субсидии

¹⁵ Стандарты социальной нормы площади жилого помещения. (Постановление Правительства Вологодской области от 19.09.2005 № 1019 «О реализации закона области от 1 июня 2005 года № 1285-03 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан»).

в размере 200 тыс. руб. при рождении второго ребенка на погашение ипотечного/жилищного кредита [1]. В Республике Татарстан с 2005 г. реализуется Социальная ипотека с более мягкими условиями (7% ставка, возможность кредитования без первоначального взноса) [123].

2. Разработка законодательных актов, регулирующих выделение средств семьям с детьми на оплату съёмного жилья.

Число семей, состоящих на учете на получение жилья, за период с 2000 по 2010 г. снизилось с 69 до 33 тысяч, однако до 2010 г. доля получивших жилье и улучшивших жилищные условия не превышала 6% (в 2000 г. – 11%). Вместе с тем более 80% семей нуждаются в жилье и должны самостоятельно решать эту проблему, в том числе путем найма жилых помещений. Подобные выплаты существуют во Франции, где право на них имеют беременные женщины к началу отпуска по беременности и родам.

3. Субсидирование малоэтажного частного строительства.

Предпочитаемые числа детей у сельских жителей выше, чем у горожан. Одной из причин этого является более высокая обеспеченность жильем на душу населения. Т.е. жилплощадь в меньшей степени является ограничением желаемой детности. В связи с высокой стоимостью инфраструктурных элементов, коммуникаций их обеспечение должны взять на себя муниципалитеты в рамках целевых программ (с разработкой соответствующей федеральной целевой программы или иного механизма стимулирования и поддержки инициативы регионов).

4. Разработка нового вида пособия, назначаемого при заключении брака, целью которого будет улучшение жилищных условий молодой семьи. Это позволит повысить «стартовые» репродуктивные планы молодоженов и их реализацию.

В целях повышения удовлетворенности населения качеством и доступностью медицинского обслуживания. В рамках модернизации здравоохранения:

1. Полное финансирование Программы государственных гарантий по бесплатному медицинскому обслуживанию и предоставлению медикаментов.

2. Информатизация здравоохранения.

По данным мониторинга общественного мнения населения Северо-Западного федерального округа, 53% населения Вологодской области не удовлетворены качеством и доступностью медицинской помощи. Основными причинами этого являются очереди, невозможность попасть на

прием в удобное время (58 и 43% соответственно [142, с. 189-190]). Введение электронных терминалов самозаписи, наряду с другими направлениями модернизации здравоохранения, позволит повысить удовлетворенность населения медицинскими услугами.

С учетом значимости образования детей для родителей:

1. Сохранение всеобщего бесплатного общего и профессионального образования.

2. Финансирование материально-технической базы образовательных учреждений.

Таким образом, экономические механизмы демографической политики следует пересмотреть с учетом выявленных недостатков. Во-первых, учесть необходимость поддержки полных семей с детьми через систему налогообложения: в зависимости от числа детей увеличить значимость налоговых вычетов в бюджете домохозяйств.

Во-вторых, учесть необходимость социальной поддержки населения на всех этапах воспроизводственного цикла. Это позволит сформировать у родителей уверенность в будущем своих детей и повысить «стартовые» репродуктивные планы молодоженов.

В-третьих, решить проблему совмещения трудовой деятельности и материнства (наряду с муниципальными детскими учреждениями, поддержка частных детских садов, садов на дому, внедрение практики государственных аккредитованных нянь, компенсации расходов на их услуги; внедрение гибких форм занятости; приложение 14).

3.3. Организационно-управленческий механизм формирования репродуктивного поведения населения

Согласно проведенному исследованию можно выделить два основных направления корректировки репродуктивного и в целом демографического поведения населения. Во-первых, это повышение благоприятности среды для наиболее полной реализации имеющихся репродуктивных намерений путем повышения эффективности экономических мер демографической политики. Во-вторых, формирование соответствующих целям демографического курса страны собственно репродуктивных и абортивно-контрацептивных установок, что потребует создания информационного поля – базы для данного процесса.

Регулирование репродуктивного поведения будет эффективным при условии учета выявленных проблем демографической политики.

Необходимо, в частности, дальнейшее экономическое стимулирование рождаемости, более широкое использование информационных механизмов, создание структуры органов власти, которые должны отвечать за демографическое развитие и в задачи которых войдёт следующее:

- улучшение системы сбора демографической информации и организация демографического мониторинга;
- демографическая экспертиза подготавливаемых и принимаемых решений, оценка последствий их реализации для воспроизводства населения и демографического развития;
- учет демографических факторов в разработке среднесрочных и долгосрочных стратегий социально-экономического развития страны;
- разработка концепций демографического развития, программ улучшения демографической ситуации и планов конкретных мер по их реализации (сбалансированных по целям, задачам, ресурсам, срокам и исполнителям);
- координация работы по научному обеспечению демографической политики и подготовке (переподготовке) специалистов для системы управления [44].

В контексте выявленных проблем репродуктивного поведения – малодетности, невысокой контрацептивной культуры, высокой частоты abortивного выбора, комплекса факторов, его определяющих (экономических, социальных, психологических), и недостатков существующей демографической политики предложена структура органов власти, которая может способствовать формированию и реализации средне- и многодетных репродуктивных установок, осуществляя комплексный демографический мониторинг ситуации и эффективности реализуемых мер.

Необходимость межведомственного взаимодействия для решения задач демографической политики предполагает создание координирующего органа, основной задачей которого будет организация и контроль результатов деятельности всех занятых в данной работе структур. Таким органом на федеральном уровне может стать Совет при Президенте по демографическому развитию, на региональном – координационный совет по демографическому развитию во главе с первым лицом (губернатором, президентом) субъекта Федерации.

Цель Совета при Президенте – координация деятельности ведомств и структур для повышения рождаемости. Две главные задачи:

- создание благоприятных условий для наиболее полной реализации репродуктивных намерений населения;
- создание информационного поля, способствующего формированию репродуктивных установок, соответствующих целям демографической политики России. В составе данного Совета целесообразно присутствие представителей таких органов власти, как департаменты здравоохранения, труда и занятости, социального развития, образования и культуры, а также научных учреждений, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации.

Главный инструмент оценки осуществляемой работы – мониторинг демографической ситуации. Он должен фиксировать тенденции демографических процессов: рождаемости, брачности, разводимости, смертности, изменения демографической структуры и т.д. Медико-социологический мониторинг отслеживает тенденции состояния здоровья населения, репродуктивного поведения и факторов, его определяющих, сензитивность населения к стимулирующему воздействию.

На рис. 30 представлена организационная схема регулирования репродуктивного (как части демографического) поведения населения на примере Вологодской области.

На региональном уровне в Совет по демографическому развитию (соответственно, при главе субъекта федерации) должны быть включены представители: органов власти (департаментов здравоохранения, труда и занятости, социального развития, образования и культуры), научных учреждений, общественных организаций (Центр общественных инициатив, Областная общественная палата, профсоюзы), региональных СМИ, религиозных организаций. Значимость деятельности на региональном уровне обусловлена тем, что они обладают полномочиями в проведении собственной политики с учетом специфики региона [15; 18, с. 12].

Для формирования репродуктивных установок выделено два смысловых блока работ:

- повышение контрацептивной культуры, регулирование abortивного поведения;
- закрепление ценности родительства, многодетности, укрепление институтов брака и семьи, профилактика раннего начала половой жизни.

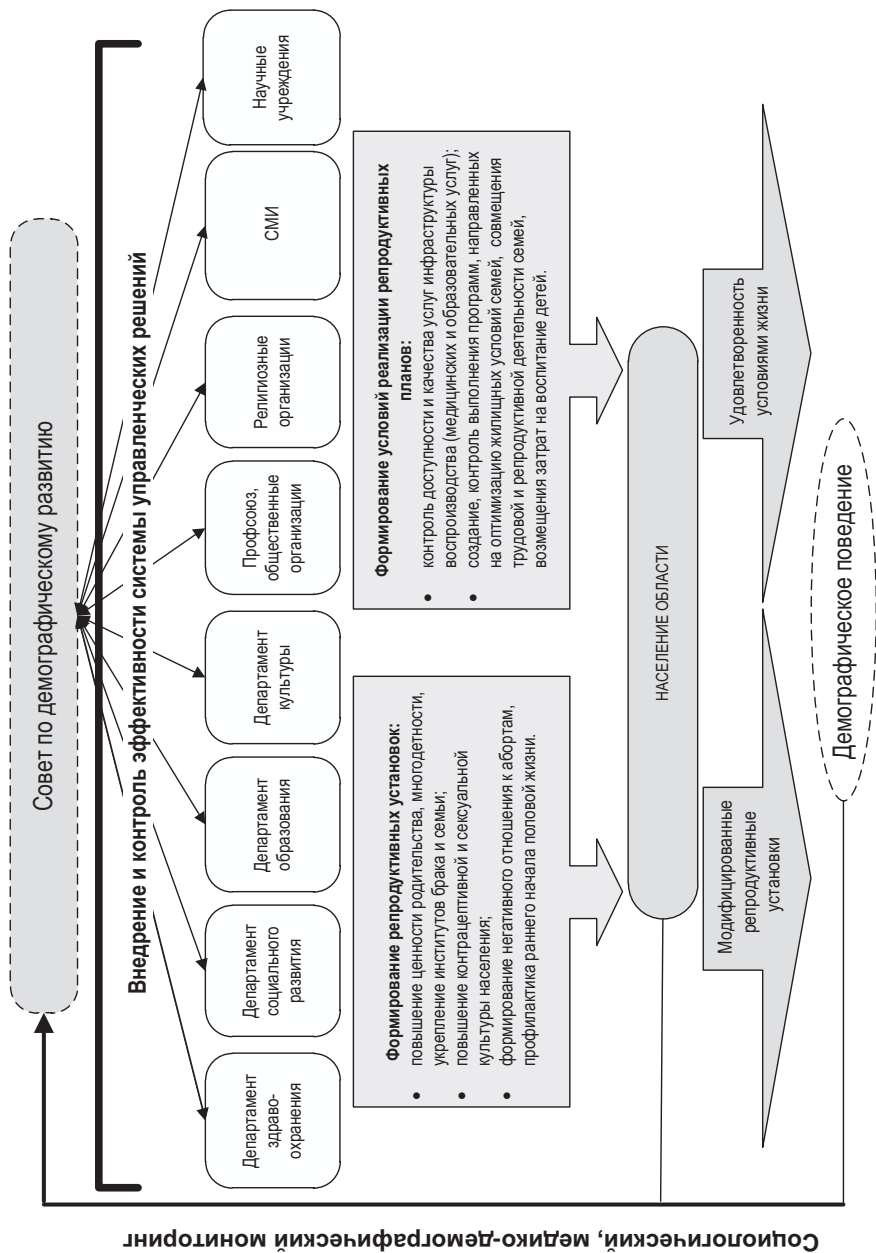


Рис. 30. Организационная схема регулирования репродуктивного поведения населения (на региональном уровне)

Для этого необходимо задействовать все учреждения здравоохранения, образования, культуры, социальной защиты, трудовых отношений, средства массовой информации. Состав, основные функции и индикаторы эффективности деятельности Совета представлены в табл. 42.

Таблица 42. Структура, функции и индикаторы деятельности Координационного совета по демографическому развитию

Состав	Представители	Функции в рамках КС по демографическому развитию	Индикаторы эффективности деятельности
Органы власти	Департамент здравоохранения	Оказание медицинской помощи Профилактика заболеваний Распространение знаний и навыков здорового образа жизни	Заболеваемость населения, смертность от предотвратимых причин, младенческая, материнская смертность, число абортотв
	Департамент социальной защиты	Оказание всех видов социальной помощи семьям с детьми в достаточном объеме.	Число семей, находящихся в трудном положении, охват консультационными услугами
	Департамент образования	Формирование представлений о семье, здоровом образе жизни Обеспечение детей местами в образовательных учреждениях	Число детей, ожидающих место в ДОУ, доля детей, употребляющих алкоголь, курящих, занимающихся в спортивных и других секциях
	Департамент культуры и охраны объектов культурного наследия	Формирование представлений о семье, здоровом образе жизни	Уровень брачности, разводимости населения. Охват населения работой с постоянным участием (семейные клубы, кружки и т.д.)
	Департамент труда и занятости	Разработка механизмов по обеспечению занятости граждан, имеющих детей в возрасте до 3 лет, молодежи	Организация альтернативных форм присмотра за детьми. Уровень безработицы в данных группах
	Департамент финансов	Выделение средств, достаточных для проведения мер повышения рождаемости населения	Исполнение бюджета
Общественные организации	Общественная палата, Центр общественных инициатив	Демографическая экспертиза законопроектов и программ, принимаемых в регионе	Доля законопроектов, программ и пр., прошедших демографическую экспертизу
Региональные СМИ	Рен ТВ-Вологда, ВГТРК Русский Север	Формирование информационного поля Информационное сопровождение мероприятий	Информированность населения по вопросам, касающимся демографического развития региона
Религиозная организация	Епархия	Формирование представлений о семье, семейном образе жизни, воспитании детей	Уровень брачности, разводимости населения. Доля воцерковленного населения

Анализ существующего информационного потока, проведенный методом контент-анализа СМИ и Интернет разными исследователями [12, 64, 98], в том числе и автором, позволил сделать следующий вывод в контексте исследования: информационное поле характеризуется бессистемностью, отсутствием контроля и противоречивостью транслируемых норм и ценностей, в целом не способствует формированию высоких репродуктивных ожиданий.

Организованный информационный поток, контролируемый органами власти в форме координационного совета по демографическому развитию, даст возможность формировать среду для актуализации просемейных ценностей, с одной стороны, а с другой – осуществлять независимую экспертизу репродуктивно значимых услуг на всех этапах воспроизводства населения, оптимизировать условия реализации репродуктивных планов.

1. Повышение контрацептивной культуры, регулирование abortивного поведения.

Первое направление работ будет касаться, в первую очередь, организации деятельности учреждений здравоохранения. Огромная работа по формированию системы консультирования женщин уже проведена в Вологодской области Департаментом здравоохранения и дала заметные результаты: снизилась доля молодых женщин (в возрасте 15–25 лет), прибегавших к искусственному прерыванию беременности, – с 9% в 2007 г. до 2% в 2014 г.; произошло общее снижение доли женщин, имеющих аборт в анамнезе, – с 32 до 20%. Вместе с тем уровень абортов в регионе, согласно классификации ООН¹⁶, в 2010 г. впервые определялся как средний (ранее область по числу абортов на 1000 женщин фертильного возраста стабильно попадала в группу регионов с высоким уровнем абортов).

Улучшение ситуации связано и с успехами демографической политики, простимулировавшей семьи реализовать планируемые и отложенные рождения.

В плане повышения эффективности до- и постабортного консультирования формированию контрацептивной культуры населения целесообразно повсеместно принять к исполнению приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях» № 389 от 1 июня 2007 года.

¹⁶ Уровни частоты абортов на 1 тыс. женщин репродуктивного возраста: очень низкий – менее 10, низкий – 10–19, средний – 20–49, высокий – 50 и более.

Основными функциями кабинета медико-социальной помощи являются:

- медико-социальный патронаж беременных, находящихся в трудной жизненной ситуации и нуждающихся в медико-социальной защите и поддержке, выявление факторов социального риска у женщин для благополучного завершения беременности;
- оказание медико-психологической помощи женщинам и членам их семей на основе индивидуального подхода с учетом особенностей личности;
- осуществление мероприятий по предупреждению аборт, проведение консультаций по вопросам социальной защиты женщин, обращающихся по поводу прерывания нежеланной беременности, формирование у женщины сознания необходимости вынашивания беременности и дальнейшая поддержка в период беременности;
- социально-психологическая помощь несовершеннолетним, направленная на сохранение и укрепление репродуктивного здоровья, подготовка к семейной жизни, ориентация на здоровую семью;
- медико-психологическая и социальная помощь женщинам-инвалидам, особенно в части формирования репродуктивного поведения;
- социальная помощь бездетным супружеским парам;
- профилактика насилия в семье: консультативно-психологическая и медико-социальная помощь женщинам, пострадавшим от сексуального насилия.

В то же время результаты исследования, проведенного на территории Вологодской области в 2009 г. ГУП «Центр социально-экономических исследований», свидетельствуют о низкой правовой грамотности населения в вопросах социальной защиты материнства и детства, поддержки семей с детьми [139]. Поэтому целесообразно наладить не только медико-социальное, но и юридическое консультирование женщин, что будет способствовать повышению процента сохраненных жизней. Для принятия женщиной более взвешенного решения в указанный период она должна получить направление к психологу, репродуктологу или социальному работнику для медико-психологического консультирования, информирования о возможных формах поддержки и способах ее получения в том случае, если беременность будет сохранена. Организационный механизм данного комплексного консультирования представлен на рис. 31.

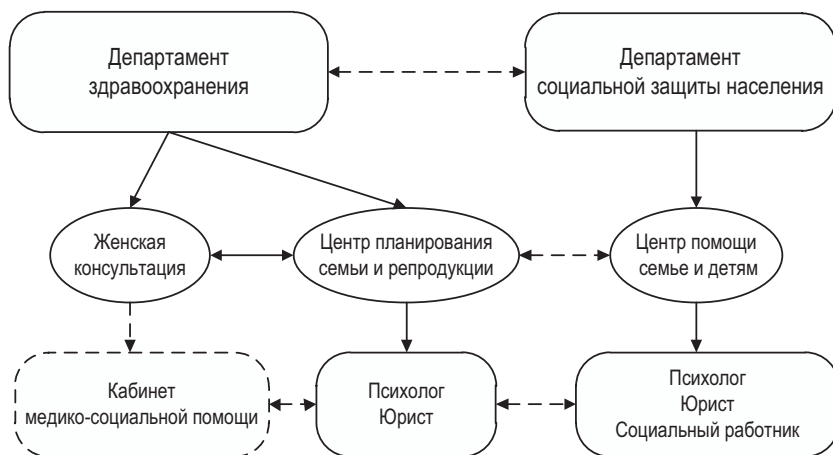


Рис. 31. **Схема взаимодействия субъектов профилактики и предотвращения абортного выбора**

В Вологодской области, кроме представленных на схеме учреждений, существует общественная организация «Центр общественных инициатив»¹⁷, которая совместно с «Центром Национальной Славы» и Благотворительным фондом «Семья и Детство» активно работает в направлении профилактики абортов в молодежной среде и расширения практики и эффективности доабортного консультирования. Сотрудниками подготовлены цикл роликов с социальной рекламой против абортов и пропагандой семейных ценностей, а также брошюры, наружная реклама по этой тематике.

Следует отметить, что скоординированная деятельность субъектов данной подсистемы по оказанию медико-социальной, юридической помощи была бы более эффективной.

Данная схема взаимодействия учреждений будет способствовать и решению проблемы бесплодия. В ситуации затрудненности зачатия женщины и их партнеры нуждаются в психологической, юридической и материальной помощи, поскольку лечение бесплодия затратно, а о репродуктивных правах население осведомлено слабо [17].

В рамках программы модернизации здравоохранения РФ предполагается создание информационной системы, целью которой является управление качеством в сфере организации охраны здоровья граждан

¹⁷ Официальный сайт. – URL: <http://www.coi.su/>

и обеспечение открытости системы здравоохранения [86], что, несомненно, станет большим шагом в повышении качества предоставляемых услуг.

II. В таких направлениях, как повышение ценности родительства, многодетности, укрепление институтов брака и семьи, профилактика раннего начала половой жизни, целесообразны следующие меры:

1. Внесение корректив в законодательную базу, регулирующую вступление в брак и его расторжение. Для принятия более взвешенного решения желательно увеличить период ожидания регистрации как браков, так и разводов до 3 месяцев.

2. Расширение практики заключения брачного контракта.

При подаче заявления было бы желательно разъяснить будущим супругам преимущества заключения брачного контракта, направить к специалисту в данной области. Оптимальным вариантом стало бы открытие кабинета юриста при органах ЗАГС (или сотрудничество на договорной основе).

3. Расширение практики психологической помощи гармонизации внутрисемейных отношений. Использовать все возможные механизмы информирования населения о предоставляемых услугах.

4. Включение в образовательные программы курсы «Этика и психология семейной жизни», «Семьеведение» и пр. (на выбор школ) в программу общего образования за счет регионального компонента. Раздельно преподавать отдельные дисциплины, такие как «Технология» (домоводство и труд) и «Физическая культура» и т.д.

5. Увеличение временной квоты на социальную рекламу просемейной тематики, опирающейся на «вечные» ценности любви, добра, целомудрия, родительства и семейных связей. Создание серии роликов социальной рекламы просемейной тематики, разработка механизмов поощрения создания телевизионной продукции, содержащей положительный образ полной среднететной семьи.

6. Принять закон о регулировании торговли продукцией эротического содержания (возрастной ценз, продажа в непрозрачной упаковке).

Резюмируя вышесказанное, отметим, что демографический мониторинг будет фиксировать тенденции демографических процессов: рождаемости, брачности, разводимости, смертности, изменения демографической структуры и т.д., медико-социологический – тенденции состояния здоровья населения, репродуктивного поведения и факторов, его определяющих, удовлетворенность населения доступностью и качеством

репродуктивно значимых услуг, оценку благоприятности других социально-экономических, политических условий для деторождения и чувствительность населения к стимулирующему воздействию. Перечень показателей и ответственных за их получение представлен в приложении 15.

На наш взгляд, весь массив информации следует концентрировать в независимом научном учреждении, которое будет ежегодно готовить научный отчет о полученных результатах в тесном взаимодействии с остальными ответственными за сбор данных. Отчет представляется всем структурам, входящим в Координационный совет. Объективная оценка происходящих изменений обеспечит своевременную обратную связь, что существенно расширит возможности для корректировки предпринимаемых мер.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В монографии представлены результаты анализа репродуктивного поведения населения как главного ресурса повышения рождаемости и преодоления депопуляционных тенденций. Рассмотрены динамика, особенности и факторы формирования и реализации репродуктивных установок, являющихся определяющим условием детности семей. Показано, что при системном подходе к демографической политике возможно обеспечить воспроизводство населения и устойчивое социально-экономическое развитие.

При проведении исследования был использован комплексный подход, что обусловлено междисциплинарным характером предмета. Репродуктивное поведение населения рассмотрено с точки зрения демографии (количественные и качественные характеристики населения), экономики (экономическая оценка репродуктивных потерь), социологии (социологический опрос как один из применяемых методов исследования), психологии (репродуктивная мотивация) и медицины (репродуктивное здоровье).

Основные результаты исследования состоят в следующем.

1. Комплексный анализ репродуктивного поведения требует комбинированного подхода к его пониманию, что позволяет учитывать многоаспектность, единство психологической, биологической, экономической, социальной, демографической и медицинской природы данной категории.

2. Корректировка репродуктивного поведения населения – единственный ресурс повышения рождаемости, так как, по данным прогноза, численность женщин репродуктивного возраста будет снижаться

(структурный ресурс исчерпан). В связи с тем что репродуктивное поведение – многоаспектная категория, для его корректировки требуется системный межведомственный подход.

3. Экономическая оценка недопроизведенного ВВП страны в связи с младенческой и материнской смертностью, прерываниями беременности абортom ежегодно составляет примерно 8%. Доля абортom в них составляет примерно 90%. В Вологодской области экономический ущерб вследствие более высокого уровня абортom составил 10% ВРП в 2009 г. За последние 10 лет наблюдается снижение репродуктивных потерь, связанное с развитием консультирования населения по вопросам репродукции, планирования семьи (Вологодская область с 2003 г. участвует в проекте «Мать и Дитя»), улучшением материально-технической базы здравоохранения (в рамках региональных программ, Национального проекта «Здоровье»). Полученные позитивные результаты свидетельствуют об управляемости репродуктивного поведения при осуществлении системного подхода и использовании адекватных природе проблемы механизмов воздействия.

4. При сопоставлении идеальной модели репродуктивного поведения с существующей выявлены ее «недостатки». Это более низкие установки детности (43% населения ориентированы на 2 детей); допустимость абортom (64% респондентов считают аборт допустимым); распространение низкоэффективной контрацепции (26–29% населения, живущего половой жизнью, регулярно используют методы контрацепции с индексом Пирла до 50%); либеральность по отношению к добрачным связям и смене партнеров (64% респондентов нейтрально и положительно относятся к сожителству).

5. Поскольку планируемая детность зависит на 50% от представлений о желаемом числе детей, необходимо активировать работу по формированию средне- и многодетных репродуктивных установок. Для этого необходимо расширить просветительско-воспитательные (информационные) механизмы демографической политики.

6. Основными внешними факторами, влияющими на реализацию желаемых рождений, являются материальные и жилищные условия населения, оценка их благоприятности.

Проведенный анализ репродуктивных установок населения показал, что, с одной стороны, потребность в детях конкурирует с другими потребностями индивида и/или семьи; с другой стороны, растут требования к качеству воспитания детей, что увеличивает его затратность.

Превалирование репродуктивных мотивов психологической группы снижает количественный показатель детности до 1–2 детей, в крайнем случае, полностью замещается бездетностью – «Child free».

Потребность семьи в детях вступает в конфликт с потребностью государства в человеческих ресурсах. Репродуктивные планы реализуются не в полной мере (желаемое число детей в период исследования стабильно превышает планируемое), что позволяет сделать предположение о недостаточной эффективности демографической политики, и в первую очередь ее материальных механизмов. Государство неизбежно должно компенсировать семье затраченные ресурсы на воспроизводство, обеспечить наиболее благоприятные условия жизнедеятельности средне- и многодетных семей.

7. Выполненный анализ демографической политики в области рождаемости позволил выявить причины, снижающие ее эффективность, и определить перспективные направления ее оптимизации.

Демографическая политика России в области повышения рождаемости имеет три существенных недостатка: а) низкая эффективность экономических механизмов; б) их превалирование (80%); в) отсутствие координирующего органа власти на федеральном уровне, отвечающего за демографическое развитие страны и реализацию механизмов, направленных на снижение рождаемости (распространение и доступность средств регулирования детности, в том числе бесплатно, для населения, и высокая экономическая активность женщин).

Государственная поддержка осуществляется не на всех этапах воспроизводственного цикла населения, о чем свидетельствует тот факт, что в период создания брачной пары наблюдается значительный разрыв между идеальной, желаемой и планируемой детностью. Охват всех репродуктивно значимых событий (от зачатия до начала профессиональной деятельности) будет давать уверенность в завтрашнем дне, способствовать более полной реализации имеющихся репродуктивных планов в среднесрочной перспективе и формированию более высоких репродуктивных установок в долгосрочной.

Необходимость комплексного подхода к регулированию репродуктивного поведения и разработке долгосрочной целевой программы демографического развития требует создания координирующего органа, обеспечивающего межведомственное взаимодействие и контроль эффективности включенных в данную деятельность структур.

Главным инструментом оценки ситуации должен стать регулярный мониторинг демографического поведения, репродуктивного здоровья населения.

Для смягчения конкуренции трудовой и репродуктивной деятельности семьи возможно использование таких двух механизмов, как широкое внедрение гибких форм занятости (частичная, неполная занятость и т.д.) и признание репродуктивного труда, позволяющих обеспечить семьям с детьми уровень дохода, сопоставимый с получаемым занятыми в экономике.

Решение проблемы аборт необходимо осуществлять в комплексе с работой по формированию репродуктивных установок на семейную жизнь, ответственное родительство, в целях профилактики раннего начала половой жизни и формирования сексуальной культуры.

Изменение репродуктивного поведения невозможно без изменения репродуктивных установок, для чего нужно формировать просемейную систему ценностей. Благоприятные условия жизнедеятельности семей с детьми будут способствовать и формированию репродуктивных планов, и их более полной реализации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Аналитический Центр по ипотечному кредитованию и секьюритизации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.rusipoteka.ru/lenta/market/kompensacii_pogasheniyu_ipotechnogo_kredita/
2. Андрущенко, Я.В. Влияние материальных условий жизни на рождаемость и проблемы демографической политики [Электронный ресурс] / Я.В. Андрущенко // Демографические исследования. – 2010. – № 6. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=788.
3. Антонов, А.И. Динамика населения России в XXI веке и приоритеты демографической политики [Текст] / А.И. Антонов, В.А. Борисов. – М. : Ключ-С, 2006. – 192 с.
4. Антонов, А.И. Социология рождаемости [Текст] / А.И. Антонов. – М., 1980. – 161 с.
5. Антонов, А.И. Социология семьи [Текст] / А.И. Антонов, В.М. Медков. – М. : Изд-во Международного университета бизнеса и управления, 1996. – 304 с.
6. Архангельский, В.Н. Демографическое поведение и его детерминация [Текст] / В.Н. Архангельский, В.В. Елизаров, Н.В. Зверева, Л.Ю. Иванова. – М. : ТЕИС, 2005.
7. Архангельский, В.Н. Мнения о «помехах» к рождению детей в семье и о действительных трудностях реализации желаемого числа детей [Электронный ресурс] / В.Н. Архангельский // Демографические исследования. – 2010. – № 3. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=320#_ftnref5.
8. Бабкин, А.С. Влияние рождения второго ребенка на объемы пенсионных накоплений матерей [Текст] / А.С. Бабкин // SPERO. – 2008. – № 9. – С. 105-124.
9. Багирова, А.П. Продуктивный и репродуктивный труд: сравнительный анализ [Текст] / А.П. Багирова // Человек и труд. – 2008. – № 12. – С. 30-32.
10. Багирова, А.П. Репродуктивный труд: генезис научных представлений [Текст] / А.П. Багирова, М. Абилова // Человек и труд. – 2010. – № 3. – С. 56-58.

11. Барбасов, А.А. Жилищные условия как фактор репродуктивного поведения [Текст]: автореферат дис. ... канд. социол. наук / А.А. Барбасов. – М., 2008.
12. Белобородов, И.И. Изображение семьи и родительства в телерекламе [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=833.
13. Белобородов, И.И. По материалам доклада «О состоянии институционально-организационной базы и ресурсном обеспечении демографической политики в Российской Федерации» на форуме «Святость материнства» (27–28 ноября 2010 г.) [Электронный ресурс] / И.И. Белобородов. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1825#_ftn5.
14. Белова, В.А. Планирование семьи: вчера, сегодня, завтра [Электронный ресурс] / В.А. Белова. – Режим доступа: <http://www.manada.ru/med/a-14/180/index.shtml>.
15. Белова, В.А. Статистика мнений в изучении рождаемости. [Текст] / В.А. Белова, Л.Е. Дарский. – М. : Статистика, 1972. – 144 с.
16. Бодрова, В.В. Репродуктивное здоровье российских женщин в конце XX столетия [Текст] / В.В. Бодрова // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. – 2001. – № 1 (51). – С. 55-59.
17. Бодрова, В.В. Репродуктивное поведение и репродуктивные права населения России в переходный период [Текст] / В.В. Бодрова // Народонаселение. – 1999. – № 2. – С. 11.
18. Бойко, Ю.П. Региональная демографическая политика в контексте национальной безопасности России [Текст] / Ю.П. Бойко, Э.Л. Садыкова // Народонаселение. – 2010. – № 1. – С. 11-18.
19. Борисов, В.А. Демографическая ситуация в современной России / В.А. Борисов // Интернет-журнал «Демографические исследования». – № 1. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_n/index.html?idR=13&idArt=131.
20. Борисов, В.А. Демография [Текст] / В.А. Борисов. – М.: Издательский дом NOTABENE, 2001. – 272 с.
21. Борисов, В.А. Демография и социальная психология [Текст] / В.А. Борисов. – М., 1970. – С. 8.
22. Веселкова, И.Н. Как сохранить нацию [Текст] / И.Н. Веселкова, Ю.М. Комаров. – М. : Академкнига, 2002. – 429 с.
23. Вишневский, А.Г. Избранные демографические труды [Электронный ресурс] / А.Г. Вишневский. – М. : Наука, 2005. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/knigi/vishnevskij/tom1.pdf>
24. Вишневский, А.Г. Цивилизация, культура и демография [Текст] / А.Г. Вишневский // Общественные науки и современность. – 2011. – № 2. – С. 57-76.
25. Глазьев, С.Ю. Геноцид [Текст] / С.Ю. Глазьев. – М. : Терра, 1998. – 319 с.
26. Государственная политика вывода России из демографического кризиса [Текст] / под ред. С.С. Сулакшина. – М., 2007. – 888 с.

27. Гурович, И.Я. Фармакоэпидемиология и фармакоэкономика в психиатрии [Текст] / И.Я. Гурович, Е.Б. Любов. – М. : Медпрактика-М, 2003. – С. 264.
28. Демографическая модернизация России: 1900–2000 [Текст] / под ред. А.Г. Вишневого. – М. : Новое издательство, 2006. – 601 с.
29. Демографическая нагрузка: последние годы благоприятной динамики: аналитический материал [Электронный ресурс] / Е.М. Андреев, А.Г. Вишневский, Е.А. Кваша, Т.Л. Харькова. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0215/tema04.php>
30. Демографический ежегодник Вологодской области [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2009. – 407 с.
31. Демографический ежегодник России. 2010 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
32. Демографический ежегодник России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2005. – 595 с.
33. Демографический ежегодник России. 2007 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2007. – 551 с.
34. Демографический ежегодник России. 2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
35. Демографический ежегодник России. 2009 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 525 с.
36. Демографический понятийный словарь [Текст] / под ред. проф. Л.Л. Рыбаковского. – М. : ЦСП, 2003. – 352 с.
37. Детерминанты репродуктивного поведения населения и факторы семейного неблагополучия: результаты панельных исследований [Текст] / авторский коллектив: Л.Н. Овчарова (отв. редактор), М.А. Малкова, Л.И. Ниворожкина, А.И. Пишняк, Д.О. Попова, О.В. Синявская, А.С. Сухова, А.О. Тындик, К.Г. Абазиева. – М. : Московский общественный научный фонд; Независимый институт социальной политики, 2010. – 247 с.
38. Дети в России. 2009 [Текст]: стат. сб. / ЮНИСЕФ; Росстат. – М. : Статистика России, 2009. – С. 122.
39. Доброхлеб, В.Г. Возрастные и гендерные стереотипы в контексте демографического старения [Текст] / В.Г. Доброхлеб // Материалы международной научной конференции «Население, семья, уровень жизни». – М. : М-Студио, 2008. – С. 38-44.
40. Доброхлеб, В.Г. Динамика и структура населения России в будущем [Текст] / В.Г. Доброхлеб // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда, 2010. – № 12. – С. 62-70.
41. Доклад международной конференции по народонаселению и развитию (Каир, 5–13 сентября 1994 года) [Текст]. – Нью-Йорк : ООН, 1995. – С. 42-43.
42. Долбик-Воробей, Т.А. Студенческая молодежь о проблемах брака и рождаемости [Текст] / Т.А. Долбик-Воробей // Социс. – 2003. – № 11.
43. Европейское региональное бюро ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int>

44. Елизаров, В.В. Стимулирование рождаемости и поддержка семей с детьми в современной России [Текст] // Рождаемость и планирование семьи в России: История и перспективы / под ред. И.А. Троицкой, А.А. Авдеева. – М., 2011. – 177 с.
45. Ермаков, С.П. Финансовый макроанализ в здравоохранении (рекомендации по использованию на региональном и муниципальном уровнях) [Текст] / С.П. Ермаков, М.Д. Дуганов, А.Н. Макеев, А.А. Колинко. – М., 2000. – 96 с.
46. Женщины и мужчины Вологодской области. Цифры и факты [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2008. – 108 с.
47. Женщины и мужчины России – 2008 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>
48. Захаров, С.В. Когортный анализ смертности населения России [Электронный ресурс] / С.В. Захаров. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/center/zacharov/zachar_rus.html
49. Зверева, Н.В. Предварительные итоги и перспективы современной политики в области рождаемости в России [Текст] / Н.В. Зверева, В.Н. Архангельский // Федерализм. – 2010. – № 2 (58). – С. 69-84.
50. Здравоохранение в России. 2005 [Текст]: стат. сб. / Росстат. – М., 2006. – 390 с.
51. Здравоохранение в России. 2007 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: http://www.gks.ru/bgd/regl/B07_34/IssWWW.exe/Stg/d01/02-47.htm
52. Здравоохранение в России. 2009 [Электронный ресурс]: стат. сб. / Росстат. – Режим доступа: www.gks.ru/bgd/regl/b09_34/Main.htm
53. Зорина, З.А. Зоопсихология. Элементарное мышление животных [Текст] / З.А. Зорина, И.И. Полетаева. – М.: Аспект Пресс, 2001. – 320 с.
54. Зубченко, Л.А. Семейная политика Франции [Электронный ресурс] / Л.А. Зубченко // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество», 2011. – № 449-450. – Режим доступа: http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0449/analit03.php#_FN_6
55. Илышев, А.М. Стратегия включения репродуктивного труда в экономику России [Текст]: монография / А.М. Илышев, И.В. Лаврентьева. – М.: Финансы и кредит, 2005. – 368 с.
56. Институт здоровья семьи [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ifhealth.ru/>
57. Калачикова, О.Н. Методологические аспекты исследования репродуктивного поведения [Электронный ресурс] / О.Н. Калачикова // Социологические методы в современной исследовательской практике: сб. статей. – М.: НИУ ВШЭ, 2011. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM). – С. 416-419.
58. Калачикова, О.Н. Особенности репродуктивного поведения населения, лимитирующие уровень рождаемости (на примере Вологодской области) [Текст] / О.Н. Калачикова // VI Всероссийская научная конференция «Сорокинские чтения – 2010»: сб. тез. – М.: МАКС Пресс, 2010. – 1884 с.

59. Калачикова, О.Н. Репродуктивные планы семьи: факторы реализации [Электронный ресурс] / О.Н. Калачикова // Мат-лы Междунар. молодежн. научн. форума «ЛОМОНОСОВ-2010». – М.: МАКС Пресс, 2010. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

60. Калачикова, О.Н. Социально-гигиеническая грамотность в системе условий формирования репродуктивного поведения населения [Текст] / О.Н. Калачикова // Проблемы развития территории. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2011. – № 2 (54) – С. 64-71.

61. Капица, С.П. Модель роста населения Земли и экономическое развитие человечества [Текст] / С.П. Капица // Вопросы экономики. – 2000. – № 12. – С. 85.

62. Кафедра социологии семьи Социологического факультета МГУ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.socio.msu.ru/?s=main&p=chair-i>

63. Кирута, А.Я. Неравенство, экономический рост и демография: неисследованные взаимосвязи [Текст] / А.Я. Кирута, А.Ю. Шевяков. — М. : М-Студио, 2009. – 188 с.

64. Клупт, М.А. Формирование демографической политики в современной России: социологический анализ [Текст] / М.А. Клупт // Социс. – 2003. – № 12.

65. Концепция демографического развития Российской Федерации на период до 2015 года: одобрена распоряжением Правительством Российской Федерации от 24.09.2001 № 1270-р. [Электронный ресурс] // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

66. Концепция демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года: утверждена Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 № 1351 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://text.document.kremlin.ru>

67. Копейкина, М.А. Экономико-математическое моделирование репродуктивного поведения населения региона [Текст] / М.А. Копейкина // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – Вологда, 2006. – № 32. – С. 55-63.

68. Кузьмин, А.И. Жизненные стратегии как регуляторы демографического поведения семьи и населения [Текст] / А.И. Кузьмин, Т.В. Примаков, А.А. Кузьмина // Экономика региона. – 2011. – № 3. – С. 63-69.

69. Кузьмин, А.И. Основы демографии [Электронный ресурс] / А.И. Кузьмин // Система федеральных образовательных порталов. Социально-гуманитарное и политическое образование. – Режим доступа: <http://www.humanities.edu.ru/db/msg/47066>

70. Лаврентьева, И.В. О механизме регулирования репродукционного процесса в регионе [Текст] / И.В. Лаврентьева // Проблемы теории и практики управления. – 2003. – № 6. – С. 63-69.

71. Лебедь, О.Л. Социальные последствия депопуляции в России [Электронный ресурс] / О.Л. Лебедь // Демографические исследования. – 2010. – № 7. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=5&idArt=1089

72. Лысюк, Е.В. Факторы, влияющие на рождаемость и среднее число детей [Электронный ресурс] / Е.В. Лысюк // Ломоносовские чтения. – 2002. – Т. 1. – Режим доступа: <http://lib.socio.msu.ru/l/library?e=d-000-00---0lomon--00-0-0-0prompt-10---4-----0-11--1-ru-50---20-about---00031-001-1-0windowsZz-1251-00&a=d&cl=CL1&d=HASH01fda9916c94337b0e2aee21.2.11>
73. Максаковский, В.П. Географическая картина мира [Текст] / В.П. Максаковский. – М. : Дрофа, 2008. – Кн. 1. – 495 с.
74. Мак-Фарленд, Д. Поведение животных. Психобиология, этология и эволюция [Текст] / Д. Мак-Фарленд. – М. : Мир, 1988. – 520 с.
75. Медков, В. М. Демография [Текст] : учебное пособие / В.М. Медков. – М.: ИНФРА-М, 2009. – 683 с.
76. Министерство здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/child/45>
77. Мировая статистика здравоохранения – 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.who.int/statistics>
78. Мировые демографические тенденции [Текст] : доклад Генерального секретаря ООН Пан Ги Муна на 42 сессии Комиссии по народонаселению и развитию. – Нью-Йорк, 2009. – 28 с.
79. Младенческая смертность в г. Москве / под ред. И.П. Катковой: приложение к журналу «Народонаселение». – М. : ИСЭПН, 2000. – С. 77-78.
80. Мосакова, Е.А. Занятость и репродуктивное поведение женщин в современной России [Текст]: автореферат дис. ... канд. экон. наук / Е.А. Мосакова. – М., 2009.
81. Народонаселение: энциклопедический словарь [Текст]. – М., 1994. – 640 с.
82. Население России 2008 [Текст] : Шестнадцатый ежегодный демографический доклад / отв. ред. А.Г. Вишневский ; Гос. ун-т – Высшая школа экономики. – М.: Изд. дом Гос. ун-та – Высшей школы экономики, 2010. – 352 с.
83. Национальная ассоциация обучения воздержанию США (National Abstinence Education Association) : официальный сайт. – Режим доступа: <http://www.abstinenceassociation.org>
84. Нобелевская премия по экономике 1992 г. Гэри Беккер. [Электронный ресурс] // Нобелевские лауреаты по литературе, медицине, химии, физике, экономике и мира с 1901 по 2009 год. – Режим доступа: Nobeliat.ru
85. О выполнении в 2007–2009 годах мероприятий плана реализации Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, направленных на улучшение состояния здоровья женщин, детей и подростков [Электронный ресурс] : доклад Т. Голиковой на заседании Совета при Президенте РФ по реализации приоритетных нацпроектов и демографической политике 19 января 2010 г. – Режим доступа: <http://www.minzdravsoc.ru/health/prior/52>
86. О приоритетных направлениях информатизации в рамках региональных программ модернизации здравоохранения и перспективах реализации проекта

по созданию информационной системы в здравоохранении в 2010–2012 гг. [Электронный ресурс]: доклад директора Департамента информатизации Минздрава России О.В. Симакова 18 августа 2010 г. – Режим доступа: <http://www.myshared.ru/slide/217495/>

87. Образование в Вологодской области в 2005–2009 гг.: стат. сб. [Текст] / Вологдастат. – 2010. – С. 12.

88. Осипов, Г.В. Стратегия выхода России из демографического кризиса [Текст] / Г.В. Осипов, С.В. Рязанцев // Демографические перспективы России. – М. : Экон-Информ, 2008. – С. 364.

89. Основные показатели деятельности учреждений здравоохранения Вологодской области за 1999, 2001, 2003, 2005, 2007, 2009, 2010 гг. – Вологда: Департамент здравоохранения Вологодской области, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008, 2007, 2009, 2010.

90. Пальцева, Т.В. Формирование репродуктивной установки [Текст] / Т.В. Пальцева // Семья в России. – 2004. – № 4. – С. 26-35.

91. Пасовец, Ю.М. Репродуктивные установки населения региона [Электронный ресурс] / Ю.М. Пасовец // Мат-лы VIII Междунар. науч. конф., г. Москва, 18–19 декабря 2009 г. – Режим доступа: <http://demografia.viperson.ru/wind.php?ID=425429>.

92. Плющ, И.В. Эволюция репродуктивной мотивации семьи [Текст] / И.В. Плющ // Психическое здоровье. – 2006. – № 12. – С. 3-9.

93. Послание Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 10.05.2006 // Интернет-версия системы Консультант-Плюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

94. Постановление Правительства Вологодской области от 19 сентября 2005 г. № 1019 «О реализации закона области от 1 июня 2005 года № 1285-03 «О мерах социальной поддержки отдельных категорий граждан» // Интернет-версия системы Консультант-Плюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

95. Постановление Правительства РФ от 24.03.2011 № 197 «Об установлении величины прожиточного минимума на душу населения и по основным социально-демографическим группам населения в целом по Российской Федерации за IV квартал 2010 г. // Интернет-версия системы Консультант-Плюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>

96. Предварительные итоги переписи населения России в 2010 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.perepis-2010.ru/results_of_the_census/results-inform.php

97. Предположительная численность населения Российской Федерации до 2030 г. [Электронный ресурс]: стат. бюллетень / Росстат. – 2009. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>.

98. Проневская, И. Проблемы демографии и кризиса семьи в средствах массовой информации (опыт контент-анализа) [Электронный ресурс] / И. Проневская // Демографические исследования. – 2006. – № 3. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=321

99. Прохор, М.Ф. Статистическое исследование и прогнозирование постарения населения в г. Москва [Текст]: дис. ... канд. эконом. наук / М.Ф. Прохор. – М., 2003. – 150 с.

100. Путин, В.В. Выступление на VI заседании общественной организации «Всероссийское педагогическое собрание» 31 мая, НИТУ «МИСиС» [Электронный ресурс] / В.В. Путин. – Режим доступа: <http://www.misis.ru>

101. Регионы России. Социально-экономические показатели – 2009 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

102. Репродуктивный потенциал населения региона: состояние, тенденции, перспективы [Текст] / коллектив авторов под рук. д.э.н., проф. В.А. Ильина. – Вологда : ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2005. – 208 с.

103. Римашевская, Н.М. Социально-экономические и демографические проблемы современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Экономика Северо-Запада: проблемы и перспективы развития. – 2004. – № 2. – С. 134-140.

104. Римашевская, Н.М. Детство как потенциал социально-демографического развития России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – 2011. – № 2. – С. 4-11.

105. Римашевская, Н.М. Здоровье человека – здоровье нации [Текст] / Н.М. Римашевская // Экономические стратегии. – 2006. – № 1. – С. 36-41.

106. Римашевская, Н.М. Риски бедности в современной России [Текст] / Н.М. Римашевская // Народонаселение. – М., 2010. – № 2 (48). – С. 7.

107. Россия и страны мира – 2008 г. [Электронный ресурс] : стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

108. Россия и страны мира – 2010 г. [Электронный ресурс] : стат. сб. / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

109. Руководство по охране репродуктивного здоровья [Текст] / под ред. В.И. Кулакова. – М. : Триада-Х, 2001. – 568 с.

110. Русанова, Н.Е. Вспомогательные репродуктивные технологии – фактор повышения рождаемости и компонент инновационного развития [Электронный ресурс] / Н.Е. Русанова, О.Г. Исупова // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – 2010. – № 409–410. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2010/0409/analit04.php>

111. Русанова, Н.Е. Репродуктивное здоровье как фактор демографического развития [Текст] / Н.Е. Русанова // Российское общество и социология в XXI веке: социальные вызовы и альтернативы: сб. тез. II Всерос. социолог. конгресса. – М., 2003. – С. 35-36.

112. Рыбаковский, Л.Л. Региональная дифференциация расходов на проведение демографической политики и возможности оценки ее эффективности [Текст] / Л.Л. Рыбаковский // Народонаселение. – 2010. – № 4. – С. 51-59.

113. Сакевич, В.И. Аборт или контрацепция: что выбирают российские женщины? [Электронный ресурс] / В.И. Сакевич. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2003/0123/tema01.php>

114. Сакевич, В.И. Рождаемость и бесплодие: все ли тут ясно? [Электронный ресурс] / В.И. Сакевич // Демоскоп. – 2005. – № 219-220. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2005/0219/reprod01.php#2>

115. Сбережение народа [Текст]: монография / под ред. Н.М. Римашевской. – М. : Наука, 2007. – 326 с.

116. Семейные стратегии, поведение на рынке труда и рождаемость в современной России : финальный отчет по гранту № R04-9161 [Текст] / О.В. Синявская, С.В. Захаров, Д.Х. Ибрагимов, М.А. Карцева; под рук. О.В. Синявской. – М., 2007. – 57 с.

117. Семья и рождаемость [Электронный ресурс]: результаты пилотного обследования населения в 2009 г. – Режим доступа: http://www.gks.ru/free_doc/2010/family.htm

118. Синельников, А.Б. Семейная жизнь и религиозность [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=247#_ednref1

119. Смирнов, А. Низкая рождаемость и старение населения: причины, последствия, варианты политики [Электронный ресурс] / А. Смирнов // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – 2005. – № 215-216. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0215/analit01.php>

120. Современная демографическая политика: Россия и зарубежный опыт // Аналитический вестник Совета Федерации ФС РФ. – 2005. – № 25 (277). – 80 с.

121. Современная демографическая ситуация в Российской Федерации [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/#>

122. Современная демография / под ред. А.Я. Кваши, В.А. Ионцева. – М., 1995. – С. 219.

123. Социальная ипотека в Татарстане [Электронный ресурс] // Инвест-профит. – Режим доступа: <http://www.invest-profit.ru/nedvizhimost/ipoteka/1168-socialnaya-ipoteka-v-tatarstane.html>

124. Социальное и демографическое развитие России. Каирская программа действий: 15 лет спустя [Текст] / под рук. Т.М. Малеевой, О.В. Синявской. – М., 2010. – 172 с.

125. Социально-экономическое положение субъектов Российской Федерации, находящихся в пределах Северо-Западного федерального округа [Текст]: стат. сб. – Вологда, 2007. – 104 с.

126. Социология: словарь-справочник [Текст]. – М., 1991. – Т. 3. – С. 141-142.

127. Сравнение ипотечных кредитов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://uslugi.yandex.ru/banki/ipoteka/index.xml?region=21>

128. Стратегия демографического развития России [Текст] / под ред. В.Н. Кузнецова, Л.Л. Рыбаковского. – М. : ИСПИ РАН, 2005. – 208 с.

129. Сугнатуллина, Г.А. Ценностные ориентации подростков и молодежи, приобретающих опыт социально значимой деятельности [Текст] / Г.А. Сугнатуллина // Вестник МГУ. – Серия 18. Социология и политология. – 2002. – № 3. – С. 158-163.
130. Тинберген, Н. Социальное поведение животных [Текст] / Н. Тинберген. – М., 1993. – 149с.
131. Уварова, Е.В. Комбинированные оральные контрацептивы в аспекте сохранения репродуктивного здоровья сексуально активных подростков и молодежи [Электронный ресурс] / Е.В. Уварова, И.С. Савельева // Русский медицинский журнал. – Режим доступа: http://www.rmj.ru/articles_3555.htm
132. Факторы рождаемости [Текст] / под ред. А.Г. Волкова. – М. : Статистика, 1971. – 88 с.
133. Федеральный закон Российской Федерации «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей» от 19 мая 1995 г. № 81-ФЗ // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
134. Федеральный закон «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» от 29 декабря 2006 г. № 255-ФЗ // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
135. Федеральный закон Российской Федерации «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей» от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ // Интернет-версия системы КонсультантПлюс. – Режим доступа: <http://www.consultant.ru>
136. Фонд развития ипотечного жилищного кредитования Вологодской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ipoteka.vologda.ru/>
137. Ценностные и репродуктивные ориентации молодежи. Результаты исследования [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.demographia.ru/articles_N/index.html?idR=20&idArt=246#_Тoc126567705
138. Центральная база статистических данных (ЦБСД) [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru
139. Цикл социальных роликов «Демография – судьба народа». Влияние социальной рекламы на формирование репродуктивных установок: отчет об исследовательской работе [Текст] / исп.: А.В. Патралов, Е.А. Удалова, Э.А. Зверева, М.В. Мезенева. – Вологда : ГУП ЦСЭИ, 2009. – 52 с.
140. Цыцарова, Т.Е. Демография [Текст] / Т.Е. Цыцарова. – Ульяновск : УлГТУ, 2009. – 100 с.
141. Шабунова, А.А. Вологодская область: перспективы демографического развития территории [Текст] / А.А. Шабунова, А.О. Богатырев // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2009. – № 11. – С. 51-61.
142. Шабунова, А.А. Общественное здоровье и здравоохранение территорий [Текст] / А.А. Шабунова, К.Н. Калашников, О.Н. Калачикова; под рук. А.А. Шабуновой. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2010. – 284 с.

143. Шабунова, А.А. Общественное и индивидуальное здоровье в современной России: состояние и динамика [Текст]: автореферат дис. ... докт. эконом. наук. – М., 2011.

144. Шабунова, А.А. Репродуктивное здоровье как фактор качества воспроизводства населения [Текст] / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2009. – № 3 (7). – С. 73-81.

145. Шабунова, А.А. Рождаемость и воспроизводство населения территории [Текст]: монография / А.А. Шабунова, О.Н. Калачикова. – Вологда : ИСЭРТ РАН, 2011. – 148 с.

146. Шевяков, А.Ю. Неравенство доходов как фактор экономической и демографической динамики [Текст]: монография / А.Ю. Шевяков. – М. : ИСЭПН РАН, 2010. – 43 с.

147. Шестаков, К.А. Аксиологический фактор репродуктивного поведения россиян [Текст]: автореферат дис. ... канд. социол. наук / К.А. Шестаков. – М., 2010.

148. Шматова, Ю.Е. Общественное психическое здоровье: тенденции и проблемы [Текст] / Ю.Е. Шматова, О.И. Фалалеева, К.А. Гулин. – Вологда : ВНКЦ ЦЭМИ РАН, 2006. – 186 с.

149. Щербакова, Е. Доля стран, удовлетворенных сложившимся уровнем рождаемости, снизилась с 53% в 1976 году до 35% в 2007 году [Электронный ресурс] / Е. Щербакова // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – 2008. – № 333–334. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php>

150. Щербакова, Е. Обзор политики стран мира в области народонаселения [Электронный ресурс] / Е. Щербакова // Бюллетень Института демографии ВШЭ «Население и общество». – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0333/barom05.php>

151. Энциклопедический социологический словарь [Текст] / под ред. Г.В. Осипова. – М., 1995. – 940 с.

152. Юрьев, Е. Нужны ли России многодетные семьи [Электронный ресурс] / Е. Юрьев. – Режим доступа: <http://rusk.ru/st.php?idar=113116>

153. Ядов, В.А. Культура труда и трудовых отношений: что мы можем сказать и сделать? [Текст] / В.А. Ядов // Социальные проблемы труда в условиях перехода к инновационному развитию общества: материалы Всероссийской научно-практической конференции. – СПб., 2008. – С. 42.

154. Becker, G. A Theory of Allocation of Time [Text] / G. Becker // Economic Journal. –1965 (September). – P. 493-517.

155. Becker, G. Interaction between quantity and quality of children [Text] / G. Becker, G.H. Lewis, T.W. Schultz(ed)// Economics of the family: marriage, children and human capital. – Chicago , 1973. – P. 81-90.

156. Europe in figures – Eurostat yearbook 2009 [Электронный ресурс]. – P. 130. – Режим доступа: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>

157. European Commission. Eurostat [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu>
158. Heinsohn, G. Söhne und Weltmacht: Terror im Aufstieg und Fall der Nationen [Text] / G. Heinsohn. – 2003. – 189 p.
159. Murphy, R. Son Preference in Rural China Patrilineal Families and Socio-economic Change [Text] / R. Murphy, R. Tao, X. Lu // Population and Development Review. – 2011. – Vol. 37. – № 4. – P. 665-690.
160. Notestein, F.W. Population: the long view. Food for the World [Text] / F.W. Notestein, W. Schultz. – Chicago, 1945. – P. 103-112.
161. Pollak, R.A. Cultural and Economic Approaches to Fertility: Proper Marriage or Mesalliance? [Text] / R.A. Pollak, S.C. Watkins // Population and Development Review. – 1993. – Vol. 19. – №. 3. – P. 467-496.
162. Population Division of the Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat, World Population Prospects: The 2008 Revision [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://esa.un.org/unpp>
163. Smith, A. Wealth of Nations. E. Canning(ed). M. Library Edition [Text] / A. Smith. – New York, 1856. – P. 58.
164. Svenska Palmen [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.sweden4rus.nu/rus/info/radio/news.asp?id=1031>
165. Werner, F. Praktische Personalarbeit als Aufgabe: Grundlagen, Konzepte, Checklisten [Text] / F. Werner. – Wiesbaden: Gabler, 1991. – S. 37.
166. World Development Indicators // World Bank, 2006, 2011. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.worldbank.org>
167. World Population Data Sheet 2011. The World at 7 billion [Text]. – Population Reference Bureau. – P. 6-9.
168. World population policies 2007 [Text]. – United Nations. – New York, 2008. – 583 p.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Таблица 1. Динамика общего коэффициента рождаемости (%) в некоторых странах Европейского региона

Страна	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Исландия	15,4	14,4	14,1	14,3	14,5	14,5	14,5	14,6	15,1	15,8	15,4	14,08	14,13
Швеция	10,2	10,3	10,7	11,1	11,2	11,2	11,7	11,7	11,9	12,0	12,3	11,83	11,89
Венгрия	9,6	9,5	9,5	9,3	9,4	9,7	9,9	9,7	9,9	9,6	9,6	8,83	9,1
Польша	9,9	9,6	9,3	9,2	9,3	9,6	9,8	10,2	10,9	11,0	10,8	10,08	10,02
Франция	13,1	13,0	12,7	12,6	12,7	12,7	12,9	12,7	12,8	12,8	12,8	12,54	12,36
Германия	9,3	8,9	8,7	8,6	8,6	8,3	8,2	8,3	8,3	8,1	8,3	8,1	8,22
Испания	9,9	10,0	10,1	10,5	10,7	10,8	11,0	11,0	11,4	10,8	10,4	10,2	9,7
Греция	9,5	9,3	9,4	9,5	9,6	9,7	10,1	10,0	10,5	10,5	10,2	9,42	9,05
Италия	9,5	9,4	9,4	9,4	9,7	9,5	9,5	9,5	9,6	9,5	9,3	9,11	8,84
Россия, справочно	8,7	9,0	9,7	10,2	10,4	10,2	10,4	11,3	12,1	12,4	12,5	12,6	13,3

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>,
 URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>

Таблица 2. Динамика суммарного коэффициента рождаемости в некоторых странах Европейского региона

Страна	2000 г.	2001 г.	2002 г.	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Исландия	2,10	1,95	1,93	1,99	2,03	2,05	2,07	2,09	2,14	2,22	2,2	2,02	2,04
Швеция	1,55	1,57	1,65	1,72	1,76	1,77	1,85	1,88	1,91	1,94	1,98	1,9	1,91
Венгрия	1,33	1,31	1,30	1,27	1,28	1,32	1,35	1,32	1,35	1,33	1,26	1,24	1,34
Польша	1,37	1,29	1,24	1,22	1,23	1,24	1,27	1,31	1,39	1,40	1,38	1,3	1,3
Франция	1,89	1,89	1,88	1,89	1,90	1,92	1,98	1,98	2,00	2,00	2,00	2,00	2,00
Германия	1,38	1,35	1,34	1,34	1,36	1,34	1,33	1,37	1,38	1,36	1,39	1,36	1,38
Испания	1,23	1,26	1,27	1,30	1,33	1,35	1,38	1,40	1,46	1,39	1,37	1,34	1,32
Греция	1,32	1,25	1,27	1,28	1,31	1,34	1,41	1,42	1,51	1,52	1,51	1,4	1,34
Италия	1,26	1,26	1,26	1,28	1,33	1,32	1,35	1,37	1,41	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.
Россия, справочно	1,20	1,22	1,29	1,32	1,34	1,29	1,30	1,41	1,49	1,54	1,57	1,58	1,69

Источники: Европейская база данных «Здоровье для всех» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://data.euro.who.int/hfad/index.php?lang=ru>,
 URL: <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/>

Поддержка семей с детьми в России, закрепленная законодательными актами

Вид	Суть	Размер, ограничения	Законодательная основа
Оплачиваемые отпуска по беременности и родам, по уходу за ребенком, единовременные выплаты в связи с беременностью и рождением детей			
Пособие по беременности и родам на период отпуска по беременности и родам (70 дней (в случае многоплодной беременности – 84 до родов) и 70 (в случае осложненных родов – 86, при рождении двух или более детей – 110) дней после родов)	Оплата отпуска составляет 100% средней заработной платы за два календарных года, предшествующих году наступления отпуска по беременности и родам	Минимальный размер 25 563,6 руб., максимальный – 207 123 руб. Если стаж будущей мамы составляет менее шести месяцев, пособие будет выплачиваться из расчета минимального размера оплаты труда	Федеральный закон №255-ФЗ от 29.12.2006 г. «Об обязательном социальном страховании на случай временной нетрудоспособности и в связи с материнством» (в редакции Федерального закона от 08.12.2010 г. №343-ФЗ),
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком (до 1,5 лет)	Составляет 40% средней заработной платы матери за вышеуказанный период	Минимум – 2576,63 руб. за первого ребенка, 5153,24 руб. за второго и последующего. Максимум – 17990 руб.	Федеральный закон от 19.05.1995 года №81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей».
Единовременное пособие женщинам, вставшим на учет в медицинских учреждениях в ранние сроки беременности	Женщины, вставшие на учет в мед. учреждениях на сроке беременности до 12 недель, имеют право на получение единовременной выплаты	515,33 руб	Федеральный закон о бюджете Фонда социального страхования (ФСС) Российской Федерации на очередной финансовый год
Единовременное пособие при рождении ребенка	При рождении ребенка назначается единовременная выплата	13 741,99 руб + РК	
Единовременное пособие беременной жене военнослужащего по призыву	Срок беременности женщины более 180 дней, муж находится на срочной военной службе в армии	21 761,25 руб.	
Ежемесячное пособие по уходу за ребенком жене военнослужащего по призыву	Лицу, ухаживающему за ребенком до 3-х лет в период службы отца	9 326 руб.	
Материнский капитал	За рождение / усыновление ребенка второй или последующих очередностей выплачивается фиксированная сумма	Размер закреплен законодательно и составляет 250 тыс. руб., ежегодно индексируется с учетом инфляции В 2014 г. – 429 408 руб.	Федеральный закон от 29 декабря 2006 г. № 256-ФЗ «О дополнительных мерах государственной поддержки семей, имеющих детей», действует в период с 1.01.2007 по 31.12.2016 г.

Продолжение приложения 2

<p>Ежемесячное пособие на детей до 16(18) лет из бедных семей</p>	<p>Адресное пособие для поддержки бедных семей с детьми</p>	<p>Различно в разных регионах (от 70 до 500 руб.)</p>	<p>Федеральный закон № 122 от 01.01.2005 г. «О внесении изменений в законодательные акты Российской Федерации и признании утратившими силу некоторых законодательных актов Российской Федерации в связи с принятием федеральных законов «О внесении изменений и дополнений в Федеральный закон «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» и «Об общих принципах организации местного самоуправления в Российской Федерации»</p>
<p>Стандартный налоговый вычет на каждого ребенка в возрасте до 18 лет</p>	<p>Сумма стандартного налогового вычета по подоходному налогу для родителей составляет 1000 руб на каждого ребенка (2000 руб на детей одиноких родителей и вдовцов)</p>	<p>Полагается, пока годовой доход не превысит 280 000 руб., до 18 лет / 24 лет, если ребенок является учащимся дневной формы обучения</p>	<p>П/п 4 п.1 ст. 218 НК РФ</p>
<p>Социальный налоговый вычет на расходы, связанные с обучением ребенка Социальный налоговый вычет на все расходы, связанные с лечением детей</p>	<p>Из налоговой базы вычитаются суммы, уплаченные в течение года налогоплательщиком-родителем (опекуном / попечителем) за обучение родных детей в возрасте до 24 лет или опекаемых детей в возрасте до 18 лет на дневной форме обучения, и/или лечение детей до 18 лет в размере фактически произведенных расходов.</p>	<p>Не более 50 000 руб. Перечень услуг и лекарств, утвержденный Правительством РФ, максимум – 100 000 рублей</p>	<p>Ст. 219 НК РФ</p>

Окончание приложения 2

Другие виды поддержки	
Компенсация расходов на дошкольное воспитание	<p>Родителям компенсируется часть расходов на дошкольное воспитание</p> <p>Размер компенсации для первого ребенка в семье составляет 20% от среднего уровня расходов на содержание одного ребенка, для второго – 50%, для третьего и последующих – 70%.</p> <p>Ст. 52.1 Закона РФ «Об образовании» (в редакции Федерального закона № 207-ФЗ от 05.12.2006 г.)</p>
Компенсация проезда	<p>Приобретение льготных проездных билетов, оплата проезда к месту лечения</p> <p>Федеральный закон от 19.05.1995 года №81-ФЗ «О государственных пособиях гражданам, имеющим детей»</p>
Бесплатное питание для школьников	<p>Для детей из многодетных, малообеспеченных семей</p> <p>Региональные законодательные акты</p>
Посещение театра, музея	<p>Для многодетных, 1 раз в месяц</p>

Стандартизированные коэффициенты социально-экономического развития муниципальных районов Вологодской области (2009 г.)

	Среднемесячная начисленная заработная плата, руб.	Уровень зарегистрированной безработицы, %	Инвестиции в основной капитал, тыс. руб.	Объем промышленной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Объем сельскохозяйственной продукции в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Бюджетная обеспеченность 1 жителя, руб.	Обеспеченность населения врачами (количество врачей на 1000 жителей), ед.	Объем розничной торговли в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Объем платных услуг в расчете на 1 жителя, тыс. руб.	Жилищная обеспеченность (площадь в расчете на 1 жителя), кв. м	Интегральный коэффициент
Кадуйский	1,000	0,538	0,082	0,884	0,108	0,876	0,514	0,752	0,933	1,000	2,503
Шекснинский	0,908	1,000	1,000	0,569	0,499	1,000	0,489	0,611	0,765	0,658	2,389
Чагодощенский	0,827	0,429	0,134	1,000	0,143	0,857	0,623	0,596	0,875	0,847	2,269
Великоустюгский	0,770	0,396	0,321	0,153	0,124	0,779	1,000	0,884	1,000	0,75	2,245
Вологодский	0,889	0,700	0,309	0,074	1,000	0,614	0,507	0,579	0,968	0,653	2,203
Баявский	0,986	0,750	0,023	0,026	0,119	0,686	0,739	0,708	0,693	0,923	2,187
Кирилловский	0,842	0,636	0,080	0,040	0,210	0,812	0,581	1,000	0,844	0,899	2,186
Череповецкий	0,809	0,600	0,276	0,141	0,782	0,732	0,461	0,672	0,994	0,832	2,161
Средний уровень											
Тотемский	0,892	0,656	0,133	0,133	0,237	0,823	0,613	0,852	0,763	0,76	2,111
Грязовецкий	0,920	0,356	0,199	0,134	0,405	0,805	0,415	0,873	0,665	0,758	2,093
Нюхненский	0,980	0,724	0,074	0,004	0,149	0,685	0,479	0,657	0,520	0,828	2,000
Сокольский	0,791	0,375	0,096	0,454	0,133	0,581	0,817	0,707	0,779	0,791	1,996
Харовский	0,759	0,677	0,274	0,204	0,127	0,553	0,630	0,852	0,744	0,931	1,973
Вытегорский	0,841	0,600	0,702	0,100	0,054	0,590	0,472	0,788	0,539	0,691	1,916
Сямженский	0,838	0,538	0,042	0,023	0,163	0,615	0,609	0,725	0,377	0,898	1,857

Окончание приложения 3

		Низкий уровень													
Усть-Кубинский	0,744	0,840	0,144	0,033	0,324	0,610	0,479	0,549	0,589	0,972	1,783				
Устюженский	0,756	0,618	0,084	0,059	0,319	0,474	0,570	0,565	0,632	0,945	1,780				
Белозерский	0,769	0,488	0,035	0,135	0,116	0,578	0,535	0,613	0,540	0,887	1,746				
Междуреченский	0,749	0,477	0,060	0,033	0,309	0,623	0,500	0,600	0,473	0,870	1,719				
Вожегодский	0,731	0,600	0,064	0,035	0,157	0,421	0,493	0,773	0,543	0,851	1,699				
Бабушкинский	0,666	0,778	0,022	0,011	0,207	0,553	0,472	0,732	0,410	0,907	1,655				
Тарногский	0,686	0,840	0,056	0,016	0,250	0,466	0,641	0,646	0,251	0,899	1,635				
Никольский	0,698	0,913	0,027	0,01	0,223	0,449	0,345	0,766	0,423	0,766	1,564				
Вашкинский	0,691	0,583	0,021	0,02	0,129	0,465	0,504	0,57	0,395	0,835	1,54				
Кичм.-Городецкий	0,653	0,636	0,023	0,008	0,203	0,453	0,525	0,775	0,222	0,728	1,52				
Верховажский	0,685	0,583	0,063	0,051	0,299	0,44	0,475	0,576	0,227	0,765	1,475				

**Анкета для изучения репродуктивного потенциала населения
в возрасте от 15 до 49 лет**

Населенный пункт: _____

Добрый день!

Настоящая анкета призвана выявить Ваши приоритеты и установки по вопросам репродуктивного здоровья, репродуктивного поведения и планирования семьи. Надеемся на Ваше искреннее участие и содействие в предлагаемом опросе.

Материалы исследования будут использоваться только в обобщенном виде. Мы гарантируем сохранение конфиденциальности полученных данных. Ваши откровенные ответы позволят определить необходимые медико-социальные мероприятия для обеспечения возможности получения качественных услуг по планированию семьи, охране репродуктивного здоровья.

Как заполнять вопросник

Внимательно прочитайте вопросы и предложенные варианты ответов. Выберите те из них, которые соответствуют Вашему мнению, и обведите кружком вариант подходящего ответа или впишите недостающую информацию.

Благодарим за помощь и сотрудничество!

Вологда

1 РАЗДЕЛ. СЕМЬЯ, ПЛАНИРОВАНИЕ СЕМЬИ

1. Какому браку Вы отдаете предпочтение? (отметьте только один вариант)

1. Зарегистрированному браку
2. Совместному проживанию без регистрации в ЗАГСе
3. Затрудняюсь ответить
4. Другое _____

2. Что, на Ваш взгляд, составляет основу брака? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любовь
2. Уважение друг к другу
3. Финансовое состояние
4. Физическое и психическое здоровье партнеров
5. Хорошее положение в обществе
6. Религиозные убеждения
7. «Здоровый» расчет
8. Другое _____
9. Затрудняюсь ответить

3. Считаете ли Вы вступление в брак обязательным условием для воспитания детей?

1. Да
2. Нет
3. Не думал об этом
4. Затрудняюсь ответить

4. Выберите наиболее важные для Вас жизненные ценности (не более 3-х вариантов):

1. Счастливая и дружная семья
2. Материнство/отцовство
3. Здоровье
4. Деньги, карьера
5. Любимая профессия
6. Образование
7. Общественное признание, популярность

5. Сколько у Вас детей? _____

6. Скольких детей еще Вы планируете завести? _____

7. Когда Вы хотели бы иметь ребенка (если уже есть, то следующего)?

1. Я больше не хочу иметь детей
2. В течение 1 года
3. В течение 2-3 лет
4. В течение 3-4 лет
5. Более чем через 4 года
6. Затрудняюсь ответить

8. Каково, на Ваш взгляд, идеальное число детей в семье?

1. Ни одного
2. Один ребенок
3. Двое детей
4. Трое детей
5. Четверо детей и более
6. Затрудняюсь ответить

9. Сколько всего детей (включая имеющихся) Вы хотели бы иметь в своей семье, если бы у Вас были все необходимые условия?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей
5. Четырех детей и более
6. Затрудняюсь ответить

10. Сколько всего детей (включая имеющихся) Вы планируете иметь в своей семье?

1. Ни одного
2. Одного ребенка
3. Двух детей
4. Трех детей
5. Четырех детей и более
6. Затрудняюсь ответить

11. Если Вы планируете иметь менее трех детей, укажите причины, по которым Вы не хотите иметь больше (отметьте все, что считаете нужным):

1. Нестабильная экономическая обстановка в стране
2. Низкие доходы населения и дороговизна товаров
3. Плохие жилищные условия
4. Много детей в семье препятствует карьере (отдыху)
5. Семейная традиция иметь мало детей

6. Многодетность никак не поощряется государством
7. Роды – это риск для здоровья женщины
8. Столько детей мне вполне достаточно
9. Риск остаться без работы
10. Другое _____

12. Если Вы планируете иметь трех и более детей, то каковы причины для этого? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Любовь к детям
2. Семейные традиции иметь много детей
3. Чувство долга перед человечеством за сохранение рода
4. Религиозные убеждения
5. Сознание того, что аборт – «убийство»
6. Другое _____

13. Что необходимо Вам для рождения желаемого числа детей? (оцените по 5-балльной шкале значимость каждого фактора)

ФАКТОР	Шкала (1б – совсем незначимо, 5б – очень значимо)				
	1	2	3	4	5
1. Полная семья	1	2	3	4	5
2. Доступность качественной медицинской помощи	1	2	3	4	5
3. Возможность обеспечить своим детям качественное образование	1	2	3	4	5
4. Наличие/возможность приобретения жилья и его удовлетворительное состояние	1	2	3	4	5
5. Стабильность материального благополучия	1	2	3	4	5
6. Возможность посещения образовательных курсов (семинаров, тренингов) для родителей	1	2	3	4	5
7. Возможность организации присмотра за ребенком, не посещающим детсад (служба «няня на час», детские игровые комнаты и т. п.)	1	2	3	4	5
8. Уверенность в завтрашнем дне	1	2	3	4	5

14. Как Вы считаете, следует ли заранее обсуждать в семье сроки появления детей, планировать их количество?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

15. При возможности выбора варианта воспитания ребенка дошкольного возраста (1,5 – 6 лет), какой из них Вы предпочтете?

1. Детский сад
2. Детский сад на неполный день
3. Домашнее воспитание
4. Домашнее воспитание с выплатой пособия
5. Другое _____

16. Какой размер дополнительного пособия Вы считаете минимально необходимым для домашнего воспитания ребенка?

1. 1-2 тыс. руб.
2. 3-4 тыс. руб.
3. 5 тыс. руб.
4. Свой вариант _____

17. Для Вас дети – это... (отметьте все, что считаете нужным)

1. Помощь в ведении хозяйства
2. Помощь в старости
3. «Радость» жизни
4. Снижение материального положения семьи
5. Дополнительная трата денег
6. Помеха карьере
7. Помеха отдыху, личной жизни
8. Источник доходов (пособие по беременности и родам, детские пособия)
9. Наследники, продолжатели вашего дела
10. Обязательная часть семьи
11. Другое _____

18. Как Вы считаете, какие условия необходимы для распространения многодетности? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Льготы многодетным семьям
2. Помощь государства (существенные денежные пособия на детей)
3. Повышение уровня жизни населения
4. Решение квартирной проблемы
5. Изменение установок общества относительно количества детей в семье (мода на многодетность)
6. Качественное медицинское обслуживание
7. Доступность бесплатного образования для детей
8. Создание условий для самообеспечения семьи
9. Дополнительные принудительные меры государства (налоги на бездетность и т. п.)
10. Другое _____

19. Что, на Ваш взгляд, препятствует увеличению рождаемости в нашей стране? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Риск остаться без работы
2. Плохие жилищные и материальные условия большинства семей
3. Нестабильное экономическое положение
4. Риск рождения неполноценного ребенка
5. Заботы, связанные с уходом за детьми
6. Приоритет карьеры, стремление «пожить для себя»
7. Неуверенность в завтрашнем дне
8. Другое _____

20. Как Вы считаете, увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб.¹ за рождение 2-го или последующего ребенка будут способствовать увеличению рождаемости в нашей стране?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

21. Учитывая принятие мер, описанных выше (увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), лично Вы увеличите число детей в своей семье?

1. Нет (детей уже достаточно)
2. Нет (принятых шагов недостаточно)
3. Да, детей не планировали (сомневались), но теперь приняли решение о рождении ребенка
4. Да (детей будет на 1 больше запланированного числа)
5. Да (детей будет на 2 больше запланированного числа)
6. Да (детей будет на 3 и более больше запланированного числа)
7. Эти меры для меня не имеют решающего значения при планировании числа детей
8. Затрудняюсь ответить

22. Лично Вы с учетом льготных условий ипотечного кредитования (5% ставка на 20 лет (для сравнения: 11,5% в 2007 году), частичное погашение долга с рождением 2-го и полное погашение долга с рождением 3-го ребенка) увеличите число детей до 3-х в своей семье?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

¹ Величина пособия, приведенная здесь, актуальна на год исследования – 2008-й.

2 РАЗДЕЛ. РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ

23. Оцените по 5-балльной шкале степень Вашей информированности по перечисленным проблемам (от 1 – плохо информирован до 5 – очень хорошо информирован):

ИНФОРМАЦИЯ	Шкала (1б – плохо информирован, 5б – очень хорошо информирован)				
	1	2	3	4	5
1. О путях заражения ВИЧ/СПИДом	1	2	3	4	5
2. О первых признаках венерических заболеваний	1	2	3	4	5
3. О средствах предохранения от инфекций, передающихся половым путем (ИППП)	1	2	3	4	5
4. О средствах предохранения от нежелательной беременности	1	2	3	4	5
5. О последствиях аборта	1	2	3	4	5
6. О родах	1	2	3	4	5

24. Знаете ли Вы о влиянии воспалительных заболеваний и инфекций, передающихся половым путем, на репродуктивное здоровье (Ваше и будущих детей)?

1. Ничего не знаю
2. Что-то слышал
3. Знаю, но недостаточно хорошо
4. Знаю достаточно хорошо

25. Если знаете, укажите источники полученной Вами информации:

1. Медицинские работники
2. Учителя
3. Специальная литература, телевизионные передачи
4. Родители
5. Друзья
6. Другое _____

26. Считаете ли Вы допустимым искусственное прерывание беременности?

1. Да
2. Нет (переходите к вопросу № 28)
3. Да, при определенных обстоятельствах

27. При каких обстоятельствах Вы считаете допустимым прерывание беременности абортom? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Беременность представляет угрозу для жизни женщины
2. Плод имеет порок в развитии
3. Беременность – результат изнасилования
4. Беременность может повредить здоровью женщины
5. Женщина не замужем
6. Материальные трудности семьи
7. По настоянию родителей, родственников, молодого человека
8. Другое _____

28. Если Вы против аборта, то почему? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Аборт недопустим, так как он опасен для здоровья женщины
2. Аборт увеличивает риск возникновения бесплодия
3. Аборт – это аморальное действие
4. Аборт – это убийство будущего ребенка
5. Религиозный запрет
6. Другое _____

29. Как Вы поступите в случае неожиданной беременности/беременности Вашей партнерши?

1. Сделаю аборт/посоветую сделать аборт
2. Буду рожать/посоветую рожать
3. Затрудняюсь ответить

30. Гарантия получения минимального денежного пособия и продуктового набора в период декретного отпуска и отпуска по уходу за ребенком могла бы Вам помочь отказаться от аборта в случае незапланированной беременности?

1. Да
2. Нет
3. Свой вариант _____
4. Затрудняюсь ответить

3 РАЗДЕЛ. СЕКСУАЛЬНАЯ АКТИВНОСТЬ

31. Каков, на Ваш взгляд, оптимальный возраст для начала сексуальных отношений?

1. 17 лет и ранее
2. 18–19 лет
3. 20–24 года
5. 30 лет и старше
4. 25–29 лет
6. Затрудняюсь ответить

32. С какого возраста Вы живете половой жизнью?

1. До 15 лет
2. С 15 лет
3. С 16 лет
4. С 17 лет
5. С 18 лет и старше
6. Не живу половой жизнью (*переходите к вопросу № 39*)

33. Использовали ли Вы (или партнер) какой-либо метод предупреждения беременности при первом половом контакте?

1. Нет
2. Да (ниже отметьте, что именно)
 - а) Презервативы
 - б) Прерванный половой акт
 - в) Таблетки (гормональные средства)
 - г) «Безопасные дни»
 - д) ВМС (внутриматочную спираль)
 - е) Спермицидные средства (пена, крем, гель)
 - ж) Другое

34. Каков характер Ваших отношений с партнером?

1. Состоим в зарегистрированном браке
2. Живем вместе, но в браке не состоим
3. Часто встречаемся
4. Контакты непостоянные, случайные

35. Укажите, пожалуйста, пользуетесь ли Вы (Ваш партнер/ша) средствами контрацепции и как часто Вы их применяете?

Средство	Частота применения			
	Вообще не пользуюсь	Иногда	Очень часто	Всегда
1. Презервативы	1	2	3	4
2. Прерванный половой акт	1	2	3	4

3. Таблетки (гормональные средства)	1	2	3	4
4. «Безопасные дни»	1	2	3	4
5. ВМС (внутриматочную спираль)	1	2	3	4
6. Спермицидные средства (пена, крем, гель)	1	2	3	4
7. Другое (укажите)	1	2	3	4

36. С какой целью Вы их используете? (отметьте все, что считаете нужным)

1. Предохранение от нежелательной беременности
2. Профилактика заболеваний, передающихся половым путем
3. По причине имеющихся у Вас заболеваний
4. Максимальная защита своего здоровья

37. Если Вы не пользуетесь ни одним средством, то укажите, пожалуйста, почему? (отметьте все, что Вас касается)

1. Не хочется
2. Недостаточная, неполная информированность по использованию, подбору современных средств контрацепции
3. Моральная неподготовленность
4. Нежелание партнера применять контрацептивы
5. Высокая стоимость
6. Отсутствие в продаже нужных контрацептивных средств
7. Контрацептивы вредны для здоровья
8. Недостаточная надежность
9. Неудобство и сложность применения
10. Другое (напишите) _____

38. Делали ли Вы (Ваша партнерша) когда-нибудь аборт для прерывания беременности?

1. Нет
2. Да (1 раз)
3. Да (2 раза)
4. Да (3 раза)
5. Да (4 раза и более)
6. Не знаю (для мужчин)

39. Инициатором аборта были:

1. Вы
2. Партнер(ша)
3. Родственники
4. Вы и партнер(ша)
5. Врач
6. Другое _____

4 РАЗДЕЛ. СООБЩИТЕ, ПОЖАЛУЙСТА, О СЕБЕ

40. Ваш пол

1. Мужской
2. Женский

41. Возраст _____

42. Сколько детей в семье, в которой Вы выросли? _____

43. Ваше образование:

1. Незаконченное среднее, среднее
2. ПТУ
3. Техникум
4. Незаконченное высшее
5. Высшее

44. Верующий ли Вы человек?

1. Да
2. Нет
3. Затрудняюсь ответить

45. Род занятий:

1. Студент (учащийся)
2. Рабочий, крестьянин (сельскохозяйственный работник)
3. Служащий
4. Интеллигент (учитель, врач, научный работник, журналист и т. д.)
5. Руководитель государственного предприятия, коммерческой структуры
6. Предприниматель, имеющий свое дело
7. Военнослужащий, сотрудник органов охраны общественного порядка
8. Безработный (официально зарегистрированный)
9. Неработающий
10. Домохозяйка
11. Другое _____

46. Если Вы работаете, укажите Ваш должностной статус:

1. Молодой специалист
2. Специалист с опытом работы
3. Руководитель низшего звена
4. Руководитель среднего звена
5. Руководитель высшего звена

47. Какая из приведенных ниже оценок наиболее точно характеризует денежные доходы Вашей семьи?

1. Денег вполне достаточно, чтобы ни в чем себе не отказывать
2. Покупка большинства товаров длительного пользования (холодильник, телевизор) не вызывает у нас трудностей, однако покупка автомашины сейчас недоступна
3. Денег достаточно для приобретения необходимых продуктов и одежды, однако более крупные покупки приходится откладывать «на потом» (до лучших времен)
4. Денег хватает только на приобретение продуктов питания
5. Денег не хватает даже на приобретение продуктов питания, приходится влезать в долги

Спасибо за помощь!

Суммарный коэффициент рождаемости, единица

	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2012 г. к 2000 г., %
Российская Федерация						
Все население	1,2	1,29	1,57	1,58	1,69	141
Городское	1,09	1,21	1,44	1,44	1,54	141
Сельское	1,55	1,58	1,98	2,06	2,21	143
Центральный федеральный округ						
Все население	1,07	1,16	1,37	1,38	1,47	137
Городское	1,03	1,13	1,32	1,32	1,41	137
Сельское	1,29	1,31	1,58	1,64	1,79	139
Северо-Западный федеральный округ						
Все население	1,08	1,2	1,44	1,46	1,56	144
Городское	1,03	1,14	1,38	1,39	1,49	145
Сельское	1,34	1,49	1,82	1,92	2,14	160
Республика Карелия						
Все население	1,18	1,3	1,58	1,6	1,71	145
Городское	1,09	1,19	1,42	1,43	1,5	138
Сельское	1,57	1,85	2,46	2,7	3,21	204
Республика Коми						
Все население	1,22	1,36	1,63	1,7	1,88	154
Городское	1,15	1,29	1,45	1,46	1,56	136
Сельское	1,53	1,68	2,49	3,15	4,16	272
Архангельская область						
Все население	1,21	1,36	1,63	1,63	1,76	145
Городское	1,11	1,26	1,45	1,42	1,51	136
Сельское	1,65	1,75	2,45	2,83	3,47	210
Вологодская область						
Все население	1,25	1,36	1,6	1,68	1,84	147
Городское	1,17	1,23	1,46	1,5	1,64	140
Сельское	1,52	1,74	2,04	2,29	2,6	171
Калининградская область						
Все население	1,11	1,16	1,46	1,52	1,63	147
Городское	1,03	1,09	1,35	1,42	1,51	147
Сельское	1,38	1,41	1,82	1,86	2,01	146
Ленинградская область						
Все население	1	1,02	1,17	1,16	1,22	122
Городское	1,01	1,02	1,18	1,19	1,26	125
Сельское	0,97	1,04	1,14	1,08	1,15	119
Мурманская область						
Все население	1,14	1,25	1,49	1,49	1,57	138
Городское	1,14	1,23	1,46	1,46	1,55	136
Сельское	1,2	1,6	1,91	2,05	1,95	163

Окончание приложения 5

Новгородская область						
Все население	1,12	1,28	1,55	1,55	1,7	152
Городское	1,07	1,21	1,46	1,48	1,57	147
Сельское	1,28	1,52	1,8	1,79	2,12	166
Псковская область						
Все население	1,15	1,28	1,51	1,54	1,66	144
Городское	1,11	1,17	1,37	1,38	1,49	134
Сельское	1,26	1,64	1,98	2,09	2,28	181
г. Санкт-Петербург						
Городское	0,93	1,08	1,38	1,38	1,48	15
Южный федеральный округ						
Все население	1,33	1,413	1,51	1,52	1,63	123
Городское	1,15	1,273	1,39	1,41	1,52	132
Сельское	1,62	1,63	1,75	1,73	1,86	115
Северо-Кавказский федеральный округ						
Все население	н.д.	1,64	1,99	2,01	2	122
Городское	н.д.	1,51	1,71	1,65	1,67	111
Сельское	н.д.	1,79	2,29	2,39	2,37	132
Приволжский федеральный округ						
Все население	1,23	1,28	1,58	1,59	1,72	140
Городское	1,1	1,19	1,44	1,45	1,56	142
Сельское	1,63	1,59	2	2,06	2,27	139
Уральский федеральный округ						
Все население	1,22	1,36	1,71	1,75	1,88	154
Городское	1,14	1,3	1,6	1,63	1,76	154
Сельское	1,59	1,66	2,25	2,34	2,55	160
Сибирский федеральный округ						
Все население	1,26	1,37	1,7	1,72	1,86	148
Городское	1,12	1,26	1,52	1,52	1,62	145
Сельское	1,67	1,72	2,31	2,47	2,78	166
Дальневосточный федеральный округ						
Все население	1,26	1,42	1,63	1,66	1,78	141
Городское	1,14	1,32	1,49	1,49	1,61	141
Сельское	1,69	1,79	2,1	2,28	2,49	147
Источник: Центральная база статистических данных (ЦБСД) [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru						

**Возрастные коэффициенты рождаемости, родившиеся живыми
на 1000 женщин в возрасте, лет**

Регион / Год	Возрастной интервал							
	15–19	20–24	25–29	30–34	35–39	40–44	45–49	15–49
Российская Федерация								
2000	28,1	95,3	68,7	36,0	12,0	2,4	0,1	32,6
2012	27,3	91,3	106,6	74,3	34,9	7,0	0,3	52,4
Центральный федеральный округ								
2000	25,4	89,3	64,6	32,9	11	2,2	0,1	29,4
2012	20,7	73,3	96,1	68,1	32,1	6,6	0,3	45,4
Северо-Западный федеральный округ								
2000	22	81,7	63,8	33	10,8	1,9	0,1	27,8
2012	21,3	75,2	102,3	75,0	35,2	7,0	0,3	48,8
Республика Карелия								
2000	23	86,6	67,7	34,9	10,6	1,5	0,1	30,1
2012	24,0	91,8	108,9	77,2	35,4	6,5	0,2	51,3
Республика Коми								
2000	28,2	88,6	63,8	34,9	11,7	1,8	0,1	31
2012	34,8	107,8	112,8	77,5	36,9	6,6	0,2	54,9
Архангельская область								
2000	24,9	90,7	66,1	34,2	10,8	1,4	0,1	30,9
2012	26,8	104,3	106,5	76,0	33,9	5,9	0,3	53,1
Вологодская область								
2000	27,4	98,1	70,9	34,4	11,3	1,9	0,1	32,4
2012	26,6	100,6	117,5	82,7	37,5	6,5	0,2	57,2
Калининградская область								
2000	27	92,5	61	32,9	10,4	1,9	0	29,9
2012	24,0	85,9	103,6	74,5	33,3	6,3	0,4	49,9
Ленинградская область								
2000	24,6	77,8	53,7	26	8,8	1,7	0,1	24,9
2012	21,4	68,4	74,0	51,5	25,8	5,0	0,2	37,5
Мурманская область								
2000	23	81,6	67,7	33,4	9,7	1,6	0,1	27,7
2012	21,5	87,9	100,0	71,4	28,5	5,0	0,2	46,7
Новгородская область								
2000	24,7	90,3	60,5	29,3	10,3	1,8	0,1	28,3
2012	30,3	95,4	106,1	72,2	32,3	5,9	0,4	51,2
Псковская область								
2000	25,1	89	62	29,9	9,2	2,6	0,1	28,4
2012	28,6	94,1	103,1	70,1	31,0	6,1	0,5	48,3
г. Санкт-Петербург								
2000	13,7	67,4	64,6	35	11,7	2,3	0,1	25
2012	12,3	52,8	104,4	81,6	40,2	8,9	0,4	48,1

Окончание приложения 6

Южный федеральный округ								
2000	32,3	108	78,9	42,8	15,4	3,4	0,2	38,8
2012	29,0	91,7	103,3	68,7	30,7	5,8	0,3	50,4
Северо-Кавказский федеральный округ								
2000	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.
2012	35,6	118,7	117,2	78,9	41,9	10,0	0,7	63,8
Приволжский федеральный округ								
2000	26,1	97,3	69,3	36,5	11,7	2,2	0,1	32,7
2012	23,6	94,0	111,7	76,0	35,2	6,7	0,2	52,9
Уральский федеральный округ								
2000	36,1	107,1	71,2	34	9,9	2	0,1	35,3
2012	31,3	102,3	117,2	83,2	38,7	7,5	0,3	58,8
Сибирский федеральный округ								
2000	33	99,6	67,9	35,3	11,6	2,4	0,1	34,4
2012	35,7	103,3	112,6	79,3	36,7	7,3	0,2	58,5
Дальневосточный федеральный округ								
2000	31,4	91,1	68	37,6	14	2,8	0,2	33,7
2012	34,2	101,3	106,1	74,4	35,4	7,0	0,2	54,6
Источники: Демографический ежегодник России. – 2001; Демографический ежегодник России [Электронный ресурс]. – 2013. – Режим доступа: http://www.gks.ru								

Коэффициенты демографической нагрузки

Территория	На 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов																		
	Всего									Моложе трудоспособного возраста									Старше трудоспособного возраста
	2000	2005	2010	2011	2012	2000	2005	2010	2011	2012	2000	2005	2010	2011	2012	2000	2005	2010	2011	2012
Российская Федерация	662	589	626	643	664	100,3	323	263	264	271	280	86,7	339	326	362	372	384	113,3	
Центральный	670	601	631	647	665	99,3	276	226	227	232	240	87,0	394	375	404	415	425	107,9	
Северо-Западный	624	565	613	630	650	104,2	286	229	232	238	247	86,4	338	336	381	392	403	119,2	
Республика Карелия	618	557	638	663	690	111,7	313	248	263	272	283	90,4	305	309	375	391	407	133,4	
Республика Коми	540	482	550	574	602	111,5	325	263	276	285	297	91,4	215	219	274	289	305	141,9	
Архангельская область	616	551	630	656	686	111,4	322	256	273	283	295	91,6	294	295	357	373	391	133,0	
Вологодская область	685	588	640	663	691	100,9	325	256	268	277	290	89,2	360	332	372	386	401	111,4	
Калининградская область	606	555	601	621	642	105,9	296	244	247	254	263	88,9	310	311	354	367	379	122,3	
Ленинградская область	659	576	624	638	653	99,1	283	217	223	226	230	81,3	376	359	401	412	423	112,5	
Мурманская область	473	456	532	551	574	121,4	278	235	249	257	267	96,0	195	221	283	294	307	157,4	
Новгородская область	730	642	695	718	748	102,5	308	243	254	262	274	89,0	422	399	441	456	474	112,3	
Псковская область	744	652	690	711	736	98,9	302	242	242	249	259	85,8	442	410	448	462	477	107,9	
г. Санкт-Петербург	622	577	602	613	626	100,6	247	201	194	199	207	83,8	375	376	408	414	419	111,7	
Южный	706	631	658	671	691	97,9	329	271	267	271	279	84,8	377	360	391	400	412	109,3	
Северо-Кавказский	748	648	639	647	659	88,1	477	409	391	393	398	83,4	271	239	248	254	261	96,3	
Приволжский	686	597	634	653	677	98,7	337	265	264	271	281	83,4	349	332	370	382	396	113,5	
Уральский	618	547	604	624	648	104,9	327	265	277	287	299	91,4	291	282	327	337	349	119,9	
Сибирский	636	564	617	638	663	104,2	341	277	287	296	308	90,3	295	287	330	261	355	120,3	
Дальневосточный	557	522	577	595	616	110,6	327	274	275	281	291	89,0	230	248	302	212	325	141,3	

Источник: Регионы России – 2013 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

Прерывание беременности

	На 1000 женщин 15-49 лет										На 100 родов									
	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2000	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012				
Российская Федерация	54	43	38	36	34	32	31	29	169	117	92	81	74	67	63	56				
Центральный федеральный округ	46	34	29	27	25	24	23	22	164	105	83	73	64	58	56	50				
Белгородская область	53	31	26	24	22	19	19	17	174	94	68	58	52	46	44	37				
Брянская область	61	47	41	41	42	37	36	34	200	138	105	99	97	89	84	73				
Владимирская область	48	46	39	39	36	34	34	34	166	134	100	93	85	79	77	71				
Воронежская область	54	48	41	32	29	26	26	25	180	151	119	86	74	63	63	56				
Ивановская область	53	40	39	36	37	36	35	31	190	120	102	89	89	88	83	68				
Калужская область	56	42	37	36	34	32	31	28	198	127	97	91	83	73	70	58				
Костромская область	65	49	52	52	45	40	41	37	206	134	124	116	95	82	80	68				
Курская область	54	42	38	41	34	30	34	32	168	126	97	96	78	68	72	66				
Липецкая область	60	42	36	35	34	31	30	26	200	120	93	85	80	71	70	54				
Московская область ¹⁾	40	33	29	26	26	25	24	24	147	101	83	68	64	60	55	52				
Орловская область	60	45	40	43	38	35	35	33	197	136	106	105	91	79	83	72				
Рязанская область	49	46	35	31	26	26	26	26	174	138	94	78	63	62	61	58				
Смоленская область	59	42	38	37	35	33	30	30	219	132	108	98	85	81	71	69				
Тамбовская область	59	41	36	34	31	30	28	27	186	123	103	94	85	77	73	67				
Тверская область	51	42	44	44	42	41	39	38	171	117	110	104	95	92	85	76				
Тульская область	52	40	36	34	33	31	30	27	191	132	109	95	85	81	75	64				
Ярославская область	63	54	47	47	40	36	37	35	227	152	122	114	91	80	82	72				
г. Москва ¹⁾	32	17	14	13	11	11	11	11	121	57	43	37	30	29	29	26				
Северо-Западный федеральный округ	53	44	40	37	35	32	31	31	187	133	107	94	82	72	69	64				
Республика Карелия	63	56	47	46	43	41	40	41	201	154	116	105	94	87	83	79				
Республика Коми	63	52	56	42	41	38	38	38	193	136	130	95	86	80	77	69				

Продолжение приложения 8

Архангельская область	64	60	57	55	53	48	45	46	199	153	127	120	110	96	92	87
Вологодская область	68	79	60	57	53	49	48	49	209	206	139	125	110	99	93	86
Калининградская область	63	46	40	39	37	35	34	35	213	141	99	92	84	79	73	71
Ленинградская область	48	42	34	31	31	27	26	25	191	148	112	97	88	78	76	67
Мурманская область	49	39	34	31	30	26	26	23	166	112	89	76	71	58	59	51
Новгородская область	58	48	52	49	48	45	42	41	201	135	126	119	107	99	89	80
Псковская область	63	55	50	48	47	45	44	46	214	159	128	118	109	104	97	96
г. Санкт-Петербург	39	28	26	25	22	20	20	20	159	91	79	69	55	46	46	42
Южный федеральный округ	31	39	35	33	30	27	25	24	155	105	84	75	67	59	54	48
Республика Адыгея	39	33	31	31	28	23	20	22	111	85	69	64	58	46	40	42
Республика Калмыкия	49	37	31	30	34	24	22	19	120	82	62	56	64	42	41	33
Краснодарский край	57	40	36	33	29	24	22	23	168	104	84	71	61	52	46	44
Астраханская область	50	42	29	28	27	26	24	24	136	95	58	53	51	48	44	40
Волгоградская область	54	49	46	45	42	38	37	34	175	141	116	105	96	87	85	73
Ростовская область	42	31	29	29	26	24	22	20	138	91	76	71	64	57	53	43
Северо-Кавказский федеральный округ	29	25	21	19	18	17	17	16	66	44	38	31	31	28	27	25
Республика Дагестан	18	16	14	12	12	12	11	10	31	31	25	20	20	19	18	15
Республика Ингушетия	11	8	8	10	11	13	13	10	14	15	13	13	15	15	14	14
Кабардино-Балкарская Республика	26	26	17	16	14	14	12	12	71	74	37	34	29	27	23	20
Караево-Черкесская Республика	28	20	34	17	15	13	17	17	72	49	77	37	32	28	37	34
Республика Северная Осетия - Алания	33	27	24	24	24	22	22	21	83	65	49	46	46	41	41	35
Чеченская Республика	...	...	13	14	16	13	12	11	...	...	13	13	14	12	11	11
Ставропольский край	44	36	33	29	29	28	28	25	131	100	81	67	67	62	63	53
Приволжский федеральный округ	61	45	41	39	37	34	33	31	166	127	99	89	81	72	67	59
Республика Башкортостан	62	39	34	30	28	26	24	23	165	102	75	62	56	50	46	41
Республика Марий Эл	66	45	44	43	41	41	40	44	197	123	103	95	86	86	78	77
Республика Мордовия	51	42	37	38	37	34	34	31	172	135	112	105	101	92	92	79
Республика Татарстан	64	44	37	34	33	30	30	29	186	126	94	80	73	63	60	52

Продолжение приложения 8

Удмуртская Республика	76	54	46	46	42	38	35	34	210	138	100	95	82	72	63	56
Чувашская Республика	70	50	47	43	38	35	34	31	205	136	110	99	80	73	68	56
Пермский край	69	55	51	49	48	42	40	39	194	140	112	101	93	78	73	67
Кировская область	67	58	54	55	54	52	51	50	218	164	130	123	116	110	103	91
Нижегородская область	49	44	39	38	35	30	31	27	188	132	105	95	83	69	70	57
Оренбургская область	76	64	60	59	58	54	53	50	211	167	131	121	111	100	97	85
Пензенская область	57	44	40	40	38	34	30	27	199	140	111	102	96	84	73	60
Самарская область	46	36	30	30	28	26	24	25	161	102	79	71	65	59	54	53
Саратовская область	54	34	36	34	33	30	28	27	177	102	95	85	80	73	67	59
Ульяновская область	63	39	33	32	31	30	30	25	208	125	96	84	78	72	70	54
Уральский федеральный округ	64	53	50	48	44	42	41	40	195	134	111	98	89	82	77	69
Курганская область	72	55	54	56	50	47	51	48	198	139	117	112	104	96	96	81
Свердловская область	64	52	55	51	48	46	46	45	210	137	127	109	100	93	88	79
Тюменская область	60	51	46	44	41	38	37	38	172	119	95	87	77	70	66	61
Челябинская область	65	55	47	46	41	38	37	36	199	147	107	95	86	77	71	63
Сибирский федеральный округ	61	52	49	46	45	43	41	39	174	129	105	92	86	80	75	66
Республика Алтай	53	65	62	60	61	58	58	45	102	107	86	76	79	75	65	51
Республика Бурятия	50	52	48	47	43	46	45	44	120	107	85	77	68	73	69	64
Республика Тыва	59	55	50	50	53	52	57	55	104	85	61	58	58	56	59	57
Республика Хакасия	61	47	46	43	42	43	43	42	169	117	92	80	76	76	74	68
Алтайский край	47	37	36	35	33	33	32	27	140	96	83	73	68	66	63	49
Забайкальский край	61	48	44	43	42	40	40	40	142	99	82	74	71	68	67	63
Красноярский край	71	60	55	51	47	45	42	41	214	158	128	110	97	91	83	75
Иркутская область	63	55	54	51	49	45	45	42	165	128	108	91	85	79	78	68
Кемеровская область	55	48	49	47	47	44	43	43	169	124	109	97	92	88	87	78
Новосибирская область	69	65	59	58	58	53	48	44	225	171	142	125	119	105	94	81
Омская область	62	45	38	32	31	28	26	25	203	123	89	70	64	56	50	43
Томская область	59	53	47	49	47	43	38	36	180	143	109	107	98	90	79	70

Окончание приложения 8

Дальневосточный федеральный округ	68	62	52	49	48	46	44	42	196	148	114	104	97	92	86	78
Республика Саха (Якутия)	75	61	53	50	46	48	45	44	158	124	95	89	78	80	72	66
Камчатский край	60	64	57	54	53	47	41	40	180	157	133	119	113	103	85	78
Приморский край	59	48	36	36	37	34	33	33	186	125	87	85	81	74	71	65
Хабаровский край	73	62	58	54	52	50	47	46	239	156	135	116	109	103	96	88
Амурская область	77	88	63	60	58	55	55	50	211	201	133	123	114	106	104	90
Магаданская область	74	61	59	59	60	55	51	58	228	158	151	148	134	129	116	120
Сахалинская область	64	67	66	58	56	54	50	48	196	162	148	124	119	115	106	94
Еврейская автономная область	73	66	63	58	53	53	56	52	206	153	126	108	102	102	101	93
Чукотский автономный округ	57	64	50	47	43	40	42	42	141	122	95	92	89	75	86	81

¹⁾ Данные за 2012 год по Москве и Московской области приведены с учетом изменения их границ с 1 июля 2012 г.

Источник: Регионы России - 2013 г.; стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

Классификация методов контрацепции

Вид	Метод/средство	Индекс Пирла, %
<p>Естественные методы <i>Суть: определяется период, благоприятный для зачатия, в течение которого следует воздержаться от половых контактов или использовать другой метод контрацепции.</i></p>	Температурный метод	0,8–3,0
	Цервикальный метод (метод Биллинга)	5,0
	Симптомтермальный метод, календарный метод	14,0–50,0
	Прерванный половой акт	4,0–18,0
	Метод лактационной аменореи	2,0–3,0
<p>Барьерные методы <i>Механизм действия барьерных контрацептивов основан на недопущении встречи яйцеклетки и сперматозоида.</i></p>	Мужской презерватив	2,0–12,5 (20,0)
	Женский презерватив	5,0–25,0
	Диафрагма	6,0–20,0
	Маточный колпачок	9,0–20,0
<p>Гормональные средства <i>Гормональные препараты действуют по-разному в зависимости от их состава: подавляют овуляцию (то есть препятствуют созреванию и выходу яйцеклетки), сгущают цервикальную слизь, делая тем самым шейку матки непроходимой для сперматозоидов, а также изменяют слизистую оболочку матки таким образом, что оплодотворенная яйцеклетка не может к ней прикрепиться.</i></p>	Комбинированные оральные контрацептивы	0,05–0,2
	Мини-пили	0,3–9,6
	Гормональные инъекции (Норплант), гормональное кольцо (НоваРинг), гормональный пластырь (Евра)	0,06
	Гормональная внутриматочная спираль (например, Мирена)	0,2
	Посткоитальная контрацепция (например, Постинор)	1,0–5,0
<p>Химические средства <i>Действие химических препаратов заключается в создании барьера для сперматозоидов (изменение цервикальной слизи или создание пены во влагалище) или разрушении сперматозоидов в течение нескольких секунд и/или посредством высвобождения кислот в уменьшении двигательной способности сперматозоидов. Медь действует разрушающе на сперматозоиды и препятствует имплантации эмбриона.</i></p>	Спермициды (крем, гель, свечи и др.)	3,0–11,0
	Медесодержащая ВМС	1,0–3,0
<p>Хирургические методы <i>Лишение способности к деторождению путем хирургической операции (нарушение проходимости фаллопиевых труб у женщин, семявыводящего протока у мужчин).</i></p>	Женская стерилизация	Случаев беременности: 1 из 10 000
	Мужская стерилизация (вазэктомия)	Случаев беременности: 1 из 400
<p>Источники: Составлено по: URL: http://medportal.ru, http://www.doktorvisus.ru/medarticle/articles/20819.htm; URL: http://medportal.net.ua (дата обращения 05.05.2010).</p>		

Таблица 1. **Коэффициент брачности (1)** (число зарегистрированных браков на 1000 человек населения), **Коэффициент разводимости (2)** (число зарегистрированных разводов на 1000 человек населения) **в некоторых странах мира**

Страна	1995 г.		2000 г.		2005 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.	
	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2	1	2
Австрия	5,3	2,3	4,9	2,4	4,8	2,4	4,2	2,4	4,2	2,2	4,5	2,1
Армения	4,2	0,7	2,9	0,4	5,2	0,8	5,7	0,9	5,8	0,9	5,5	0,9
Беларусь	7,6	4,1	6,2	4,3	7,5	3,1	8,0	3,8	8,3	3,7	8,1	3,9
Германия	5,3	2,1	5,1	2,4	4,7	2,5	4,6	2,3	4,6	2,3	4,7	2,3
Греция	6,1	1,1	5,7	1,0	5,5	1,2	4,8	...	5,3	...	...	...
Казахстан	7,4	2,5	6,1	1,8	8,1	2,1	8,6	2,3	8,8	2,5	9	2,6
Китай	...	...	6,7	1,0	6,3	1,4	...	...	...	...	...	...
Латвия	4,4	3,1	3,9	2,6	5,5	2,8	5,7	2,7	4,4	2,3	4,2	2,2
Мексика	7,3	0,4	7,0	0,5	5,7	0,7	5,6	0,7	5,2	0,8	7	...
Нидерланды	5,3	2,2	5,5	2,2	4,4	2,0	4,5	2,0	4,4	1,9	...	...
Россия	7,3	4,5	6,2	4,3	7,5	4,2	8,3	5,0	8,4	4,9	8,5	4,5
Румыния	6,8	1,5	6,1	1,4	6,6	1,5	7,0	1,7	6,3	1,5	5,4	1,5
Словения	4,1	0,8	3,6	1,1	2,9	1,3	3,3	1,1	3,2	1,1	3,2	1,2
Турция	7,6	0,5	6,8	0,5	9,1	1,3	9,0	1,4	8,2	1,6	7,9	1,6
Украина	8,4	3,8	5,6	4,0	7,1	3,9	7,0	3,6	6,9	3,2	6,7	2,7
Франция	4,4	2,1	5,1	1,9	4,5	2,5	4,2	...	3,9	...	3,9	...
Швеция			4,5	2,4	4,9	2,2	5,5	2,3	5,1	2,4	5,4	2,5

Источники: Россия и страны мира – 2008 г.: стат. сб., Россия и страны мира – 2010 г.: стат. сб. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Режим доступа: <http://www.gks.ru>

Таблица 2. **Соотношение браков и разводов** (число разводов на 1000 браков)

Территория	1990	2000	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Центральный федеральный округ	465	703	576	582	547	619	595	545	514	540
Северо-Западный федеральный округ	483	787	608	622	598	630	602	550	526	535
Республика Карелия	396	777	612	591	584	603	589	532	532	535
Республика Коми	457	852	599	625	594	683	642	568	510	602
Архангельская область	368	719	538	573	550	650	606	531	529	603
Вологодская область	341	646	649	669	642	685	576	511	469	528
Калининградская область	470	743	559	573	556	586	658	584	597	571
Ленинградская область	563	803	664	730	689	725	718	731	725	736
Мурманская область	568	907	776	778	724	800	782	677	645	661
Новгородская область	446	667	555	563	553	580	612	519	490	531
Псковская область	432	714	517	533	527	614	599	540	525	559
г. Санкт-Петербург	534	827	597	599	580	575	535	501	473	450
Южный федеральный округ	424	633	470	460	437	481	488	550	521	535
Северокавказский федеральный округ	338	408	301	298	287	296	319	313	318	346
Приволжский федеральный округ	339	664	558	572	526	588	579	511	487	514
Уральский федеральный округ	415	739	597	608	597	658	637	562	546	578
Сибирский федеральный округ	409	694	601	618	581	617	602	533	538	554
Дальневосточный федеральный округ	498	799	627	647	629	651	650	583	587	587
Российская Федерация	424	700	567	575	543	597	583	526	509	531

Репродуктивные потери за 2000–2009 гг.

Показатели	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Россия</i>										
Мертворожденные (чел.)	8494	8711	8998	9043	8745	8328	7934	8612	8594	8380
Умершие новорожденные (чел.)	8316	8192	7987	7712	7292	6578	6304	6067	5693	5458
Материнская смертность (чел.)	503	479	469	463	352	370	352	354	354	н.д.
Число абортот	2 138 800	2 014 700	1 944 500	1 864 600	1 797 600	1 675 700	1 582 400	1 47 900	1 385 600	1 292 400
<i>Вологодская область</i>										
Год	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Мертворожденные (чел.)	78	100	97	80	90	87	110	96	103	103
Умершие новорожденные (чел.)	98	92	81	74	66	59	46	49	32	38
Материнская смертность (чел.)	4	6	8	4	6	1	2	3	1	2
Число абортот	22 841	22 285	22 240	21 993	21 707	20 958	19 700	18 261	16 602	15 155

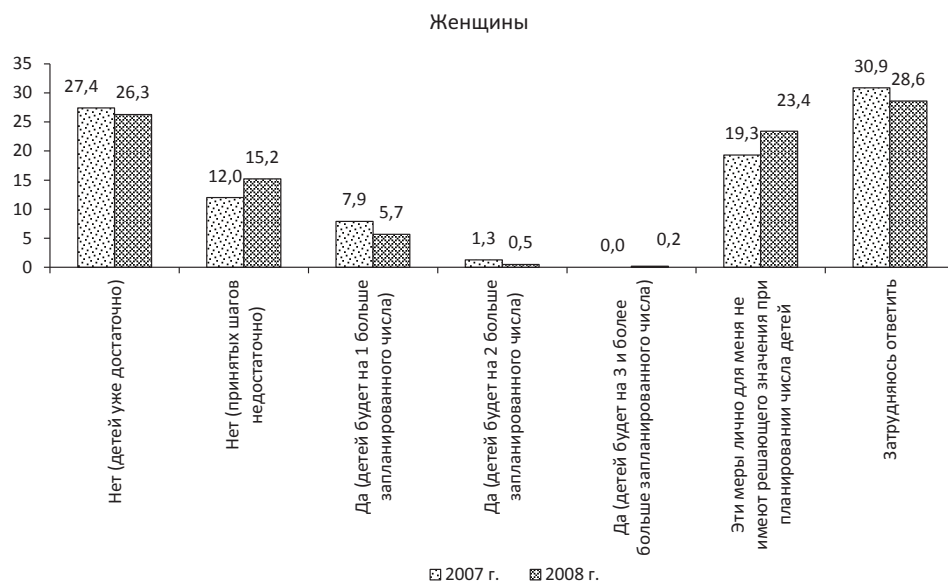
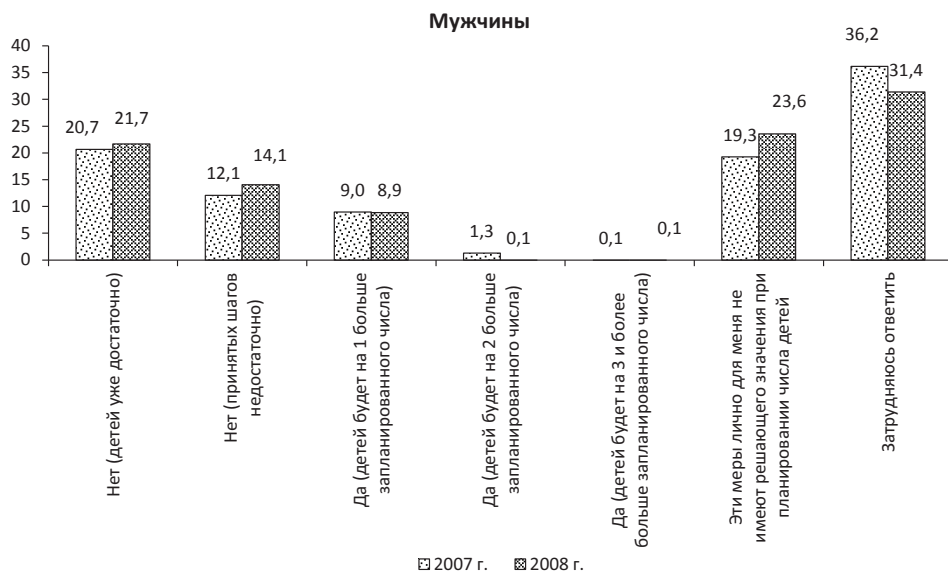
Таблица 1. Потерянные годы трудовой жизни (человеко-лет)

Показатель	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	<i>Россия, тысяч лет</i>									
Мертворожденные	339,76	348,44	359,92	361,72	349,80	333,12	317,36	344,48	343,76	335,20
Умершие новорожденные	332,64	327,68	319,48	308,48	291,68	263,12	252,16	242,68	227,72	218,32
Материнская смертность	12,575	11,975	11,725	11,575	8,800	9,250	8,800	8,850	8,850	9,700
Аборты	17 110	16 117	15 556	14 916	14 380	13 405	12 659	11 832	11 085	10 339
Все причины	17 795	16 806	16 247	15 599	15 031	14 011	13 238	12 428	11 665	10 902
	<i>Вологодская область, лет</i>									
Мертворожденные	3120	4000	3880	3200	3600	3480	4400	3840	4120	4120
Умершие новорожденные	3920	3680	3240	2960	2640	2360	1840	1960	1280	1520
Материнская смертность	100	150	200	100	150	25	50	75	25	50
Аборты	182 728	178 280	177 920	175 944	173 656	167 664	157 600	146 088	132 816	121 240
Все причины	189 868	186 110	185 240	182 204	180 046	173 529	163 890	151 963	138 241	126 930

Таблица 2. Величина недопроизведенного валового продукта вследствие репродуктивных потерь

Вид потерь	Год									
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	Россия (млн. руб., в сопоставимых ценах)									
Мертворожденные	25 609,3	29 718,8	35 479,2	41 756,8	49 045,0	55 996,9	62 106,7	77 593,7	87 847,1	75 757,7
В % от ВВП	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,3	0,2
Умершие новорожденные	25 072,7	27 948,1	31 492,8	35 610,8	40 896,1	44 230,1	49 347,2	54 663,4	58 193,3	49 342,0
В % от ВВП	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Материнская смертность	947,8	1021,4	1155,8	1336,2	1233,8	1554,9	1722,1	1993,5	2261,6	2192,3
В % от ВВП	0,02	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01	0,01
Аборты	1 289 693,2	1 374 685,9	1 533 435,2	1 721 990,1	2 016 313,3	2 253 460,3	2 477 378,6	2 665 142,8	2 832 695,4	2 336 736,7
В % от ВВП	22,4	19,2	17,5	16,0	14,4	12,5	11,0	9,5	8,3	7,3
Все причины	1 341 323,1	1 433 374,2	1 601 563,0	1 800 693,9	2 107 486,2	2 355 242,2	2 590 554,6	2 799 393,3	2 980 997,4	2 464 028,7
В % от ВВП	23,3	20,0	18,3	16,8	15,1	13,1	11,5	10,0	8,7	7,7
	Вологодская область (млн. руб., в сопоставимых ценах)									
Мертворожденные	238,8	271,5	321,9	348,2	566,7	605,7	768,4	775,0	973,1	721,1
В % от ВРП	0,3	0,4	0,4	0,3	0,4	0,3	0,4	0,3	0,3	0,3
Умершие новорожденные	300,1	249,8	268,8	322,1	415,6	410,7	321,3	395,6	302,3	266,1
В % от ВРП	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,2	0,2	0,2	0,1	0,1
Материнская смертность	7,7	10,2	16,6	10,9	23,6	4,4	8,7	15,1	5,9	8,8
В % от ВРП	0,01	0,02	0,02	0,01	0,01	0,00	0,00	0,01	0,00	0,00
Аборты	13 988,4	12 102,1	14 761,0	19 143,8	27 337,9	29 180,6	27 523,1	29 484,7	31 370,1	21 221,2
В % от ВРП	20,2	18,5	18,3	17,8	16,9	15,0	13,6	12,1	10,5	10,0
Все причины	14 535,0	12 633,6	15 368,3	19 824,9	28 343,8	30 201,4	28 621,6	30 670,4	32 651,4	22 217,1
В % от ВРП	21,0	19,3	19,0	18,4	17,6	15,6	14,2	12,6	11,0	10,4

Приложение 13



Распределение ответов на вопрос: «Учитывая меры, описанные выше

(увеличение размера детских пособий, пособия по беременности и родам, выплата 250 тыс. руб. за рождение 2-го или последующего ребенка), **лично Вы увеличите число детей в своей семье?** (в % от числа опрошенных, гендерный разрез)

Управленческая матрица по направлению «Регулирование репродуктивного поведения населения»

Задача	Механизмы		
	Пропагандистско-воспитательные	Административно-правовые	Экономические
Повышение контрацептивной культуры, профилактика аборт	<ol style="list-style-type: none"> 1. Комплексное консультирование населения в вопросах репродукции. 2. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы против абортов, направленной на пробуждение материнского инстинкта. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Исполнение приказа Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 389 от 1 июня 2007 года «О мерах по совершенствованию организации медико-социальной помощи в женских консультациях». 2. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе». 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Взимание платы за проведение хирургического прерывания беременности по личному желанию пациентки при отсутствии медицинских и социальных показаний. 2. Обеспечение контрацептивами женских консультаций (для бесплатной аборта).
Формирование гендерной, национальной, религиозной, самодентичности детей и молодежи, профилактика раннего начала половой жизни	<ol style="list-style-type: none"> 1. Ограничение распространения продукции, демонстрирующей жестокость, насилие, порнографию, асоциальное поведение 2. Внедрение в образовательный процесс курсов «Этика и психология семейной жизни», «Истоки», «Основы религиозных культур и светской этики» и др. 3. Раздельное преподавание таких дисциплин, как «Технология» (домоводство и труд) и «Физическая культура». 4. Активизация работы учреждений культуры (акции, мероприятия, кружки). 5. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы соответствующей тематики для данной группы населения. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Внесение поправок в ФЗ РФ «О средствах массовой информации». 2. Принятие закона об ограничении торговли продукцией эротического содержания (повышение цен, продажа в непрозрачной упаковке). 3. Разработка соответствующих административно-правовых актов. 4. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе». 	
Повышение статуса полной семьи с детьми, укрепление институтов брака и семьи	<ol style="list-style-type: none"> 1. Расширение форм работы с семьей в сфере дополнительного образования, культурно-досуговой, спортивно-оздоровительной сферах. 2. Формирование групп помощи родителям в воспитании детей и распространение информации об их работе. 3. Расширение практики создания и трансляции социальной рекламы, направленной на популяризацию семейного образа жизни, постоянства, родительства. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Усиление процедуры развода (увеличение «периода ожидания», присутствие супругов). 2. Разработка нормативно-правового акта, легитимизирующего сожитительство. 3. Внесение поправок в ФЗ РФ «О рекламе». 4. Внесение поправок в ТК РФ для расширения возможностей трудовой деятельности матерей (гибкий график работы, неполная занятость, надомная работа). 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Компенсация оплаты услуг дополнительного образования, спортивно-оздоровительных учреждений семьям с детьми или предоставление «семейных абонементов». 2. Корректировка системы социальных трансфертов, предоставляемых семьям с детьми, молодым семьями.

Направления мониторинга репродуктивного поведения населения

Показатель	Единица измерения	Источник (ответственные)
Репродуктивное здоровье населения		
Заболываемость болезнями репродуктивной системы	На 100 000 человек населения	Официальная статистика (Департамент здравоохранения, Медицинский информационно-аналитический центр)
Заболываемость бесплодием	На 100 000 человек населения	
Заболываемость беременными	Доля болевших среди беременных, %; структура заболеваемости по нозологическим формам, %	
Здоровье новорожденных	Доля детей, родившихся больными, %	
Здоровье детей и молодежи 0 до 2, от 2 до 7, от 7 до 18, от 18 до 21/24 лет	Заболываемость	
Результаты репродуктивного поведения		
Общий коэффициент рождаемости	На 1000 человек населения	Официальная статистика, социологический мониторинг (Департамент здравоохранения, Региональный орган ФСГС, научное учреждение (ИСЭРТ РАН))
Коэффициент фертильности	Среднее число рождений на 1 женщину за репродуктивный период, ед.	
Детность семей	Доля семей разной детности в общей численности семей, %	
Уровень абортов	Число абортов на 100 родов, на 1000 женщин репродуктивного возраста	
Кратность абортов	Доля женщин с разным числом абортов в анамнезе, %	
Распространенность контрацептивных практик	Доля замужних женщин, применяющих контрацепцию, %	
Структура применяемых средств и методов контрацепции	Доля женщин репродуктивного возраста, живущих половой жизнью, %	
Возраст сексуального дебюта	В среднем, лет; доля в возрастных группах, %	

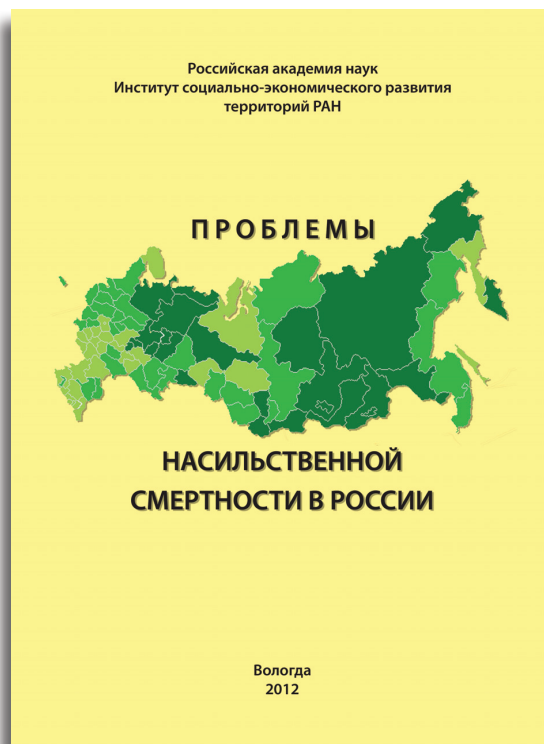
Продолжение приложения 15

Репродуктивные установки		Социологический мониторинг
Идеальное число детей	Число детей, человек	Социологический мониторинг (научное учреждение (ИСЭРТ РАН))
Ожидаемое / планируемое число детей		
Желаемое число детей		
Предпочитаемая длительность протго- и интергенетического интервала	Месяцев /лет	Социологический мониторинг (научное учреждение (ИСЭРТ РАН))
Предпочтения пола ребенка	Распространенность наличия / отсутствия предпочтений определенного пола	
Медико-социальная грамотность	Доля женщин, имеющих правильные знания о средствах и методах контрацепции	
	Доля женщин, имеющих правильные знания о последствиях аборта, о родах	
	Доля женщин, имеющих правильные знания об ИППП, ВИЧ/СПИД	
Допустимость аборта, структура причин допустимости	Доля населения, считающего аборт допустимым, структура причин, %	
Причины отказа от использования контрацепции	Структура, %	
Матримониальные установки	Доля населения, отдающего предпочтение легитимному союзу, %	
	Доля населения, считающего брак обязательным для воспитания детей, %	
Место родительства в системе жизненных ценностей	Ранг	
	Представления о роли детей	
Условия реализации желаемых рождений		
Социально-психологический блок		
Удовлетворенность населения:		Социологический мониторинг (научное учреждение)
услугами здравоохранения	Доля (не)удовлетворенного населения, %	
услугами образования		
инфраструктурой		
жилищными, материальными условиями		
отношениями с партнером		
органами власти	Протестные настроения, индекс	
Уровень брачности и разводимости	На 1000 человек населения	
	Официальная статистика (РО ФСГС)	

Продолжение приложения 15

Экономический блок		Официальная статистика, специальные обследования населения (РО ФСТС)
Уровень жизни семей с детьми	Доля бедных семей в общей численности семей с детьми, %	
Доля социальных трансфертов в доходах домохозяйств	% к денежным доходам домохозяйств	
Расходы семей на воспитание ребенка от 0 до 2, от 2 до 7, от 7 до 18, от 18 до 21/24 лет	Рублей, % к денежным доходам домохозяйств	
Стоимость «детского пакета» для разных типов семей, его соотношение с расходами семьи на воспитание детей	Рублей, %	
Доля социальных трансфертов семьям с детьми 1) в расходах на социальную сферу; 2) в ВВП	Реальный объем, руб.; % к ВВП	
Обеспеченность жильем семей с детьми	Площадь, приходящаяся на 1 члена семьи, кв. м. (по типам семей)	
Возможность совмещения репродуктивной и трудовой деятельности	Доля матерей, вернувшихся к трудовой деятельности до достижения ребенком возраста 1,5 лет, % от женщин, находящихся в отпуске по уходу за ребенком в год	
	Доля матерей, использующих право на сокращенный рабочий день, % от числа работающих матерей	
	Доля частично занятых матерей с ребенком до 3-х лет, % от данной группы	
	Доля больничных листов по уходу за ребенком, закрытых отцами и иными родственниками, % в общем числе больничных листов по уходу за ребенком	
Сензитивность к стимулированию		
Представления об эффективности тех или иных мер	Доля населения, считающего те или иные принятые меры (не) способными изменить ситуацию, %	Социологический мониторинг
	Доля населения, (не)учитывающего те или иные принятые меры в своих репродуктивных планах, %	
Представления населения о причинах, повышающих детность семей	Доля населения, %	Социологический мониторинг (научное учреждение (ИСЭРТ РАН))
	Доля населения, %	
Представления населения о причинах, которые будут способствовать полной реализации их репродуктивных планов	Доля населения, %	
	Доля населения, %	

ПРОБЛЕМЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ



ВВЕДЕНИЕ

Социальное благополучие, согласно определению Всемирной организации здравоохранения, наряду с физическим и психическим, является одним из трёх главных компонентов общественного здоровья. Его сущностными характеристиками выступают механизмы социальной защищенности граждан и права людей на свободное, активное проявление своих биологических и социальных возможностей, их реальное воплощение в действительность¹.

Социальное здоровье можно трактовать как состояние индивидуума, группы, общества, соответствующее норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического)². Из этого определения следует, что социальное здоровье состоит из ряда компонентов, которые тесно взаимосвязаны друг с другом и, соответственно, требуют комплексного подхода в своем изучении.

Характеризуя уровень социального благополучия российского общества в 1990-х гг., член-корр. РАН Н.М. Римашевская отметила: «Социальное нездоровье населения проявляется в катастрофическом росте аномалий и асоциального поведения: алкоголизме; наркомании, особенно среди молодёжи; криминализации социальной среды; резком увеличении числа самоубийств»³. По данным Всемирной организации здравоохранения, насилие является третьей по распространенности причиной

¹ Анисимов А.И. Проблема социально-психологического исследования профессионального здоровья личности // информационный образовательный портал Института прикладных социальных технологий. – Реж. дост.: <http://socioonom.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no1-13-2010/problema-socialno-psikhologicheskogo-issledovaniya-professionalnogo-zdorovja-lichnosti/>

² Киреева Н.Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://socioonom.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no2-14-2010/mezhdisciplinarnoe-issledovanie-socialnogo-zdorovja-cheloveka/>

³ Римашевская Н.М. Русский крест // Природа. – 1999. – № 6. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06_99/RUSSDEMO.HTM

смертности среди лиц в возрасте от 10 до 29 лет. Российская Федерация возглавляет список европейских стран с максимальным уровнем смертности от насильственных причин в этом возрасте.

Кроме того, Россия входит в пятерку стран – лидеров по количеству совершенных убийств и самоубийств. При этом следует отметить, что смертность от этих причин представляет собой лишь «верхушку айсберга». Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «n» завершенных самоубийств приходится 10 – 20n парасуицидов, 8n близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100n людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, в целом в проблему суицидального поведения может быть включено до 4,2 млн. человек, что составляет 2,9% населения страны.

В сферу проблем, связанных с преступностью, входят не только люди, нарушающие закон, но и жертвы преступлений, а также лица, отбывающие наказание. Все они, так или иначе, оказываются «выключенными» из полноценной жизни общества. Численность осужденных в России за период с 1990 по 2009 г. увеличилась на 66% (с 537,6 до 892,2 тыс. человек), при этом их возрастной состав практически не менялся: более половины из них (54%) относятся к возрастной группе от 14 до 30 лет.

Таким образом, высокая смертность населения, прежде всего от внешних причин, в число которых входят убийства, самоубийства, отравления, травмы, дорожно-транспортные происшествия и другие несчастные случаи, для современного российского общества является одной из наиболее актуальных проблем. Большие потери в результате их распространения стали особенностью нашей статистики, они приобрели длительный и устойчивый характер в большинстве регионов страны⁴.

Важно подчеркнуть, что этот факт обуславливает необходимость проведения региональных исследований проблем насильственной смертности. Субъекты Российской Федерации неоднородны по своим социально-демографическим, историческим, национальным и иным признакам, поэтому профилактика социальных патологий должна учитывать их специфику, что требует научно обоснованного подхода к ее организации.

⁴ Валиахметов Р. М. Опыт социологического исследования проблемы суицида // Вестник общественного мнения: Данные. Анализ. Дискуссии / Аналитический центр Юрия Левады (Левада-Центр). Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр). – 2010. – № 1(103). – С. 65-89.

С 2010 г. коллективом ИСЭРТ РАН под научным руководством доктора экономических наук, профессора В.А. Ильина проводится исследование социального здоровья. Оно является продолжением долгосрочного мониторинга психологического климата и психического здоровья населения, который осуществляется с 2000 г. Смена направленности исследования была связана с тем, что различные отклонения психики от нормы, так же как и формы девиантного поведения, рассматриваются как следствие социального нездоровья общества, то есть с 2010 г. негативные процессы и явления, происходящие в социуме, начали изучаться более углубленно в связи с изменением объекта и предмета исследования.

Целью исследования, результаты которого представлены в данной монографии, стал комплексный анализ проблем суицидального поведения и преступности как наиболее ярких форм девиантного поведения и насильственных причин смертности населения, что обеспечивает их репрезентативность в качестве индикатора социального здоровья общества.

Кроме сравнительного анализа основных тенденций преступности и суицидального поведения в регионах Российской Федерации в работе представлены результаты научных исследований по выявлению факторов риска убийств и самоубийств; вычислению латентного уровня преступности и определению фактического числа совершенных правонарушений; определению социальных характеристик населения, чаще всего становящегося жертвами правонарушений; оценке социально-экономического бремени суицидов и убийств.

В монографии содержится также анализ отечественного и зарубежного опыта организации системы профилактики насильственных причин смертности. На его основе выявлены основные проблемы отечественной системы превенции социальных патологий, приведены практические рекомендации по их устранению.

Таким образом, материалы научных исследований, публикуемые в данной монографии, представляют собой попытку осмысления и оценки современных тенденций социального здоровья, наблюдаемых как на региональном уровне, так и на территории Российской Федерации в целом; научное обоснование и выработку управленческих решений, направленных на снижение распространенности социальных патологий в обществе.

ГЛАВА 1

ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ИССЛЕДОВАНИЮ СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

1.1. Эволюция теоретических подходов к пониманию социального здоровья и методов его измерения

Сложность человека как биосоциального и духовного существа требует рассмотрения здоровья как единства морфологических, психоэмоциональных, социально-психологических и духовно-нравственных показателей. Всемирная организация здравоохранения определяет здоровье как «не просто отсутствие болезней, а объективное состояние и субъективное чувство полного физического, психического и социального благополучия». В более широком смысле здоровье можно рассматривать как феномен культуры и мировоззренческую ценность, определяющую стиль и образ жизни человека.

Социальное здоровье выступает важной характеристикой как индивидуального здоровья личности, так и здоровья социума. На уровне социума – это сущностная характеристика жизнеспособности всего общества как социального организма, его возможности гармоничного развития в экономической, политической, духовной сферах, способности всей общности и каждого ее члена в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции.

На индивидуальном уровне социальное здоровье является интегральной характеристикой полноценности физического, психического, социального и духовного функционирования личности, зрелости механизмов личностной саморегуляции, способности человека эффективно взаимодействовать с другими людьми и выступать активным субъектом своей жизни.

Социальное здоровье первоначально рассматривалось в рамках медицинской социологии – науки, использующей социологические данные для объяснения демографических и биологических проблем общества. Экономисты, политологи и социологи (Т. Мальтус, К. Маркс, Э. Фромм, Э. Дюркгейм), характеризую социальное здоровье общества, оперировали медицинскими терминами. При этом рассматривали не все общество в целом, а отдельные его компоненты – социальные группы, процессы и явления.

Основатель теории «человеческих отношений» Э. Мэйо утверждал, что главная проблема современности – установление мира в промышленности, преодоление опасной социальной болезни – конфликтности. По его мнению, социальное здоровье – это «социальное равновесие», «состояние сотрудничества». К нему и нужно всячески стремиться, используя не только экономические, но и психологические методы, в частности формирование благоприятного психологического климата в производственных коллективах, чувства удовлетворенности трудом, демократического стиля руководства.

В начале XX века начинает разрабатываться понятие о социальных болезнях, к которым были отнесены туберкулез, венерические болезни, алкоголизм, некоторые виды психозов. В середине XX века сама медицина стала объектом социологии. Появилась новая наука – социология медицины, чему способствовали работы Т. Парсонса, Р. Штрауса. Таким образом, сменился вектор изучения проблемы социального здоровья, однако данная категория по-прежнему рассматривалась в рамках медицины и биологии.

Традиция рассмотрения здоровья в социальном аспекте была заложена во второй половине XX в., когда на первые места в структуре заболеваемости и смертности вышли болезни, вызванные не внешними, а внутренними (поведенческими) причинами. Социологические исследования стали уделять все больше внимания проблемам качества жизни. У истоков теоретической разработки проблем здоровья в социальном аспекте стоят американские исследователи Д. Мездок и Е. Френдсон, которые перенесли социальные закономерности на медицину, рассматривая состояние здоровья как определенную форму поведения индивида.

Одно из первых определений социологии здоровья в 80-е годы дали В.Н. Иванов и В.М. Лупандин, которые считали, что данная научная дисциплина исследует «закономерности формирования и сохранения здоровья человека функционирования разнообразных условий и факторов, влияющих на здоровье различных социально-демографических

и профессиональных групп населения, а также деятельности по охране здоровья людей». По мнению специалистов, основными в предмете социологии здоровья являются категории «образ жизни» и «качество здоровья», «право на здоровье» и другие.

В 80-е годы XX столетия вводится также новый показатель уровня социального развития – индекс развития человеческого капитала. Появление этого критерия означало, что на смену экономическим теориям, в основе которых был валовой национальный продукт, пришла новая концепция, ориентированная на повышение социального здоровья человека, поскольку, кроме роста доходов, существуют и другие цели развития индивида: образование, долголетие, участие в общественной жизни и т.д. В этом контексте формируются новые направления в изучении социального здоровья: во-первых, исследование механизмов улучшения социального здоровья; во-вторых, анализ природы и сущности социального здоровья; в-третьих, разработка проблемы управления социальным здоровьем, которая, в частности, включает управление качеством труда, технологий, образования, окружающей среды, культуры и науки, социальных и экологических систем; в-четвертых, выделение основных сегментов анализа социального здоровья, среди которых наиболее подробную разработку получили следующие аспекты:

- социально-экономический аспект, предполагающий анализ экономического развития, целью которого является создание условий для развития цивилизации по таким индикаторам, как уровень потребления продуктов питания, уровень и качество потребления услуг, уровень и качество здоровья, образования, безопасности личности, социального обеспечения и др.;

- экологический аспект, предполагающий анализ существующей экологической политики, направленной на сбалансированное развитие природы и общества, и выделение таких индикаторов, как уровень развития антропогенных и экологических систем, состояние окружающей среды, состояние расширенного воспроизводства возобновляемых природных ресурсов и др.;

- демографический аспект, предусматривающий анализ качества населения и выделение таких показателей, как суммарный коэффициент рождаемости, условный коэффициент депопуляции, ожидаемая продолжительность жизни при рождении, младенческая смертность, заболеваемость населения, материнская смертность и др.;

- духовно-культурологический аспект, направленный на анализ развития культуры, и выделение таких индикаторов, как уровень духовных

потребностей личности, удовлетворенность состоянием культурно-досуговой сферы, ее доступностью, состояние этнокультурного разнообразия.

Научно-исследовательская традиция в отечественной социально-философской литературе, посвященной изучению проблем здоровья, имеет свои особенности. Исследование ценностей и смысла жизни, соотношения индивидуального и общественного является центральным вопросом в философии всеединства Н.А. Бердяева, В.С. Соловьева и П.А. Флоренского. Состояние здоровья рассматривается как комплексное явление, включающее в себя экономические условия развития общества, качество окружающей среды, условия, созданные обществом для реализации возможностей личности, а также оценку этих условий самой личностью (А.С. Акопян, Г.Н. Голухов, Ю.В. Шиленко, В.А. Бояджян, В.Ю. Семенов, Б.Г. Юдин, А.Ж. Демин). В названном контексте здоровье представляет скорее «социальное явление, а не физическую сущность или характеристику индивидов, поскольку низкий уровень здоровья, высокая склонность к заболеваниям нарушают эффективное выполнение социальных ролей, поэтому здоровье, прежде всего, ценный социальный ресурс для индивидуальных достижений и стабильного функционирования общества» (А.В. Александрова, Н.А. Зоркая, Н.М. Мартынова).

Основы социологического подхода к пониманию социального здоровья лежат в теоретических концепциях здоровья Т. Парсонса и Э. Фромма⁵.

Концепция Т. Парсонса основывается на представлении о болезни как специфическом типе социальной девиации, которая изменяет социальный статус индивида, выполнение привычных ролевых функций, влияет на отношения с окружающими. Болезнь формирует у личности определенные социальные ожидания в отношении ближайшего окружения и общества в целом. Парсонс рассматривает заболевание или отклонение от привычной нормы как динамичный процесс, характеризующийся развитием и сменой качественно отличных друг от друга этапов, выработкой оптимальных типов поведения на основе принимаемых решений.

Концепция Э. Фромма основывается на положении о том, что здоровье личности зависит в первую очередь не от нее самой, а от структуры данного общества. При этом общество оказывает как развивающее, так и деформирующее влияние на человека.

⁵ Комплексное социально-психологическое исследование «Социальное здоровье подростка» / Ханты-Мансийское региональное отделение Академии социальных технологий и местного самоуправления [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://www.astmsu.ru/project/project_54.html?part=1

Таким образом, следуя социологическому пониманию социального здоровья, можно сказать, что в самом общем виде оно представляет собой сложный социальный феномен, возникающий в процессе взаимодействия индивида с социальной средой и отражающий уровень этого взаимодействия. Социальное здоровье обуславливается, с одной стороны, статусно-ролевыми и аксиологическими характеристиками самой личности, а с другой – специфическим влиянием ближайшего окружения и общества в целом (детерминированного существующим социальным укладом).

Категория «социальное здоровье» имеет немаловажное значение в теории социального и человеческого капитала. Здоровье и все его виды сами по себе являются капиталом, который человек использует для достижения своих жизненных целей, руководствуясь определенными ценностными установками. В связи с этим социальное здоровье служит необходимым условием сохранения и развития социального и в конечном счете человеческого капитала.

Основоположники теории социального капитала (П. Бурдье, Д. Коулман, Р. Патнэм) с различных позиций рассматривали возможности наиболее эффективного социального устройства общества.

Пьер Бурдье, использовавший марксистский подход, выделял три формы капитала: экономический, культурный и социальный. Он считал, что обладание социальным капиталом вовсе не обязательно приводит к обладанию экономическим капиталом, однако является атрибутом элит, средством удержания власти и привилегий. Джеймс Коулман, изучив опыт неэлитарных групп, полагал, что маргинальные сообщества или рабочий класс также могут получать пользу от обладания социальным капиталом. Роберт Патнэм, рассматривая социальный капитал с точки зрения политологии, пришел к выводу о его огромном значении для благосостояния людей.

Несмотря на различия в подходах основоположников социального капитала, социальное здоровье в их теориях выступает критерием общественного развития, поскольку является качественной характеристикой социальных связей, возникающих между социальными группами, слоями, индивидами. Так, например, сообщества с высоким социальным капиталом меньше страдают от преступности и других социальных девиаций, лучше развиваются экономически.

В настоящее время в социологической науке наиболее известны два принципиальных подхода к исследованию социального здоровья⁶:

⁶ Там же.

1. Первый подход – плюралистический. В его русле социальное здоровье рассматривается как отражение не только физического (физиологического) и психического статусов человека, но и его социального статуса, детерминированного, в том числе, определенным ценностным мировосприятием. То есть физический и психический статусы человека выступают, наряду с его социальным статусом, основными показателями социального здоровья, охватывая в своем единстве всю совокупность его существенных параметров. Таким образом, плюралистический подход обосновывает в самом широком смысле необходимость изучения социального здоровья с таких трех основных позиций, как физическое, психическое и собственно социальное здоровье человека.

2. Гносеологический подход (более узкий), напротив, опирается на положение о том, что социальное здоровье представляет собой интегративный показатель совокупности определенных объективных и субъективных социальных характеристик личности. Физические и психические характеристики рассматриваются вне структуры социального здоровья в системе его личностных факторов. Такая исследовательская логика основывается на признании опосредованности влияния психических и физических параметров человека на общий показатель его социального здоровья. Механизм этого влияния состоит в непрерывном формировании в социальной структуре личности под воздействием изменяющихся состояний психики и организма социальных новообразований, обуславливающих изменение социальных показателей и в конечном счете общее состояние социального здоровья индивида.

В основе такой точки зрения лежит понимание социального здоровья как «продукта» социальных взаимодействий индивида в обществе, а также приоритет статусных и поведенческих характеристик личности, ценностной природы ее жизнедеятельности. Соответственно базовым процессом, определяющим параметры социального здоровья человека, необходимо рассматривать процесс его социализации. Гносеологический подход позволяет сосредоточиться на социальных показателях социального здоровья, выявить их многогранность, функциональную специфику, меру влияния и уровень взаимосвязи и взаимозависимости.

Таким образом, анализ различных теоретико-методологических подходов к пониманию сущности социального здоровья дает возможность сделать вывод о том, что современное, мультидисциплинарное понимание социального здоровья сложилось относительно недавно. Одни ученые по-прежнему рассматривают социальное здоровье в

русле «медицинской теории» (Г.Л. Волков, Н.И. Уткин, К.Н. Хабибуллин). Другие сводят анализ социального здоровья к поиску корреляционных связей между состоянием физического здоровья и социальными характеристиками (доходы, общественный статус и т.д.). Вместе с тем изучение социального здоровья общества как целостной системы, состоящей из отдельных подсистем и обеспечивающей длительное и благополучное состояние общества, находится на стадии формирования и систематизации комплекса знаний, накопленных в рамках различных научных дисциплин.

Теоретические подходы к трактовке понятия «социальное здоровье» можно представить в виде следующей таблицы (табл. 1).

Таблица 1. Подходы к трактовке понятия «социальное здоровье»

Автор	Определение
Э. Мэйо	Социальное здоровье – это «социальное равновесие», «состояние сотрудничества». К нему и нужно всячески стремиться, используя не только экономические, но и психологические методы, в частности формирование благоприятного психологического климата в производственных коллективах, чувства удовлетворенности трудом, демократического стиля руководства и т.п. [2].
В.И. Кирпичев	Социальное здоровье отражает меру социальной активности, деятельного отношения человека к миру, его социальной востребованности [107].
Л.С. Товстоногов	В самом общем виде социальное здоровье можно определить как способность людей быть субъектами познавательной деятельности. Речь идет об осознании ими своих потребностей, сочетании собственных интересов с интересами других, учете объективных условий, о способности осуществлять соответствующую деятельность и постоянно вносить в нее необходимые коррективы [14].
Н.М. Борщева	Социальное здоровье выступает важной характеристикой индивидуального здоровья личности и здоровья социума. На уровне социума социальное здоровье – это сущностная характеристика жизнеспособности всего общества как социального организма, возможности его гармоничного развития в экономической, политической, духовной сферах, способности всей общности и каждого ее члена в конкретных условиях наиболее эффективно осуществлять свои социальные и биологические функции [1].
Г.С. Никифоров	Понятие «социальное здоровье» трактуется как оценка биологического состояния определенной части или всей человеческой популяции на основе интегрированных статистических показателей, составляющих так называемую социальную статистику [90].
Э. Дюркгейм	Социальное здоровье заключается в нормальном развитии жизненных сил индивида, коллектива и общества, в их способности адаптироваться к условиям природной и социальной среды и использовать ее для своего развития [28].
А.Г. Комков	Социальное здоровье понимается как система ценностей, установок и мотивов поведения в социальной среде [5].
Т.Б. Сергеева	Сущностным моментом социального здоровья является наличие социальных контактов, а важнейшим признаком – организация гармоничного взаимодействия личности с социумом [102].

Продолжение табл. 1

Социологическое определение (О.А. Рагимова)	Социальное здоровье трактуется как состояние индивидуума, группы, общества, соответствующее норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического) [91].
О.А. Рагимова	Это ресурс, социальный капитал, необходимый как молодежи, так и взрослым людям для успешной социализации и социальной адаптации в новых общественно-экономических условиях, а также в условиях модернизации российского общества [91].
Е.В. Дмитриева	Социальное здоровье – это состояние человека, несводимое к клиническим проявлениям организма, а выражающееся в удовлетворенности условиями труда, социально-экономическим положением и семейно-бытовыми условиями [27].
М.А. Болдина	Социальное здоровье индивидуума – это устойчивое состояние благополучия, обеспечивающее успешность функционирования, развития и самореализации личности в условиях современного общества [9].
Р.А. Зобов О.А. Келасьев	Социальное здоровье – это комфортное состояние человека в рамках той или иной социальной системы. Оно может рассматриваться как некоторая интегральная характеристика развития личности (группы, общества в целом), взятая в единстве социальных и биологических показателей и выражающаяся в совокупности критериев жизненной удовлетворенности, соматического и психического здоровья и социальной активности [34].
Н.А. Чентемирова	Социальное здоровье выражается в умении адаптироваться в жизни и социуме и обладать социально-ролевой саморегуляцией. Оно определяется социальной активностью человека, его профессиональными достижениями, высокой коммуникативностью, широким кругом общения, наличием взаимопонимания, социально-психологической поддержки. Социальное здоровье обуславливается, с одной стороны, статусно-ролевыми и аксиологическими характеристиками самой личности, а с другой — специфическим влиянием ближайшего окружения и общества в целом (детерминированного существующим социальным укладом) [111].
И.В. Кузнецова	Социальное здоровье представляет собой определенный уровень развития, сформированности и совершенства форм способов взаимодействия индивида с внешней средой (приспособление, уравнивание, регуляция); определенный уровень психического и личностного развития, позволяющий успешно реализовывать это взаимодействие [46].
О.М. Бландинская	Социальное здоровье – это состояние благополучия, удовлетворенности социальными отношениями, адекватное восприятие социальной действительности, принятие и выполнение социальных норм общества [7].
Л.А. Байкова	Социальное здоровье представляет собой состояние гармонии взаимоотношений человека с другими людьми, обществом, культурой, – гармонии, которая способствует не только эффективному развитию и самоактуализации личности, но и благотворному влиянию, которое активная личность оказывает на других людей, общество и культуру в целом [107].
Г.С. Никифоров	Социальное здоровье определяется как количество и качество межличностных связей индивидуума и степень его участия в жизни общества. Сущностной характеристикой социального здоровья является полноценное выполнение человеком своих социальных функций [90].
Медицинское определение	Социальное здоровье – это оптимальные, адекватные условия социальной среды, препятствующие возникновению социально-обусловленных заболеваний, социальной дезадаптации и определяющие состояние социального иммунитета, гармоничное развитие личности в социальной структуре общества [3].
Педагогическое определение	Социальное здоровье – это моральное самообладание, адекватная оценка своего «Я», самоопределение личности в оптимальных социальных условиях микро- и макросреды (в семье, школе, социальной группе) [3].

Окончание табл. 1

Социально-психологическое определение (Л.В. Колпина)	Социальное здоровье – это взаимоотношение социального субъекта с социальной средой, детерминируемое его индивидуальными особенностями и социальной ситуацией. Это взаимоотношение выражается в субъективной и объективной достаточности социального статуса человека для реализации своих потребностей, целей и ценностей в процессе социального взаимодействия в соответствии с общественными ожиданиями* [41].
Педагогическое определение (Е.Н. Пристupa)	Социальное здоровье личности – это такое состояние человека, при котором его биопсихические возможности способствуют установлению равновесия с социальной средой путем адаптации и конструктивной активизации в ней, следуя нравственным социальным нормам. Это состояние, которое напрямую связано с особенностями личностного и психического развития» [82].
* Экспектация – набор индивидуальных ожиданий человека, обусловленный свойственным ему типом социального поведения, его социальным статусом, а также характеристиками современного ему общества.	

По нашему мнению, к изучению социального здоровья следует подходить с социологической точки зрения (Т. Парсонс, Э. Фромм), трактующей его как сложный социальный феномен, возникающий в процессе взаимодействия индивида с социальной средой и отражающий уровень этого взаимодействия. В данном аспекте личность и общество рассматриваются в комплексе, что, на наш взгляд, является необходимым условием анализа социального здоровья.

1.2. Методологические подходы к оценке социального здоровья

В ряду дискуссионных вопросов исследования социального здоровья находится его измерение и оценка. Эта проблема была поднята еще одним из основоположников социологии как самостоятельной науки Эмилем Дюркгеймом (1858 – 1917). В труде «Метод социологии» он ставит задачу найти объективный критерий, позволяющий «научно различать здоровье от болезни в разных разрядах социальных явлений»⁷. Трудность оценивания социального здоровья состоит в отсутствии общепринятых критериев, позволяющих отличать больное общество от здорового. Тем более что нет показателей для сравнения социального здоровья населения России с социальным здоровьем населения других стран. Например, хотя Росстат и НИИ МВД предоставляют данные о потреблении алкоголя в России, не существует показателя, который определял бы, какие именно объемы потребления свидетельствуют об алкоголизме как о социальной болезни российского населения⁸.

⁷ Дюркгейм Э. Метод социологии. – Киев, 1899. – С. 55.

⁸ Рывкина И.В. Социальное нездоровье современной России как предмет изучения социальной науки [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0351/nauka02.php>

Специалистами ООН была предложена система социальных индикаторов, которая используется в настоящее время на международном уровне. Она содержит 186 показателей, которые распределены по 11 социально значимым областям. На основе анализа различных подходов к классификации индикаторов социального здоровья могут быть выделены следующие основные виды социальных индикаторов: объективные и субъективные; социальной и природной среды; внешние и внутренние, количественные и качественные.

Объективные индикаторы подразделяются на индикаторы *природной среды*, к которой относятся экономико-географическое положение, природно-климатические условия, природно-ресурсный потенциал; и *социальной среды*, к которой относятся демографические, экономические, правовые, культурные, здравоохранительные, образовательные и другие сферы жизнедеятельности общества.

Субъективные индикаторы – это оценка самим человеком условий жизнедеятельности, зависящая от мировоззрения, индивидуально-психологических особенностей личности и отражающая мнение индивида о своем самочувствии и благосостоянии (доходы и потребление; расходы; накопленное имущество и жилищные условия; соотношение уровня доходов и стоимости жизни; социальная дифференциация; состояние социальной сферы).

К количественным индикаторам относятся: уровень дохода и его распределение в обществе, степень потребления различных материальных благ и услуг по классам товаров, занятость населения. К качественным индикаторам – показатели условий труда, быта и досуга, материального благосостояния, показатели уровня образования и культуры, системы здравоохранения.

Социальное здоровье в определенной степени зависит и от такого индикатора, как «социальный ресурс», или «социальный капитал», личности. Компоненты социального ресурса, определяющего социальное здоровье, таковы: социальное происхождение, условия первичной социализации, возраст, образование, квалификация, уровень материального благополучия, этнокультурная и религиозная принадлежность, жилищные условия, питание, наличие санитарно-гигиенической информации, навыков и умений в сфере здоровья и др.

Кроме таких важных параметров, как качество и уровень жизни, социальное здоровье характеризуют динамика изменений уровня преступности, средней продолжительности жизни, уровня смертности и рождаемости, соблюдение принципов социальной справедливости.

Круг параметров здоровья может быть значительно расширен на основе концепции социального здоровья и понятия социальной безопасности. К примеру, в концепции В.Н. Ярской⁹ возможность расширения понятия социального здоровья до уровня категории связана с сопутствующими понятиями социального благополучия, социального комфорта, социальной безопасности, устойчивости социального статуса. При этом система статусных характеристик социальной группы или отдельно взятого индивида охватывает параметры экономического, этнического, профессионального, образовательного, семейного, интеллектуального, культурного и психологического укоренения человека в социуме. Понятие статуса в таком понимании созвучно по смыслу понятию статуса здоровья. Интегральными направлениями статуса социального здоровья выступают показатели младенческой смертности, плохого обращения с детьми, нищеты, самоубийства, наркомании и т.д.

Обобщая отечественный и зарубежный опыт исследования социального здоровья, необходимо отметить его комплексный характер. С учетом этого структуру социального здоровья можно представить в виде следующей схемы (рис. 1).

На первых этапах нашего исследования основным объектом будет выступать общественный уровень социального здоровья, и в частности его демографический, социально-экономический и духовно-культурный аспекты, которые мы рассмотрим через призму смертности населения от убийств и самоубийств.

Мы акцентируем внимание именно на этих компонентах социального здоровья и причинах смертности населения, поскольку социальные патологии наиболее объективно отражают состояние социального здоровья на определенной территории. Социальное здоровье – характеристика такого здорового общества, где минимален уровень социальных болезней¹⁰. Увеличение числа случаев асоциального поведения, в частности алкоголизма, наркомании, криминализации социальной среды, и резкий рост числа самоубийств, по словам Н.М. Римашевской, служат теми критериями, которые свидетельствуют об актуальности проблемы социального нездоровья российского общества¹¹.

⁹ Ярская В.Н. – д.ф.н., проф., научный руководитель Социологического центра СГТУ, эксперт РФФИ по социальным наукам, заслуженный деятель науки Российской Федерации, почетный работник высшего профессионального образования Российской Федерации.

¹⁰ Психология здоровья: учебник для вузов / под ред. Г. С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – С. 143.

¹¹ Римашевская Н.М. Русский крест // Природа. – 1999. – № 6 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://vivovoco.rsl.ru/VV/JOURNAL/NATURE/06_99/RUSSDEMO.HTM

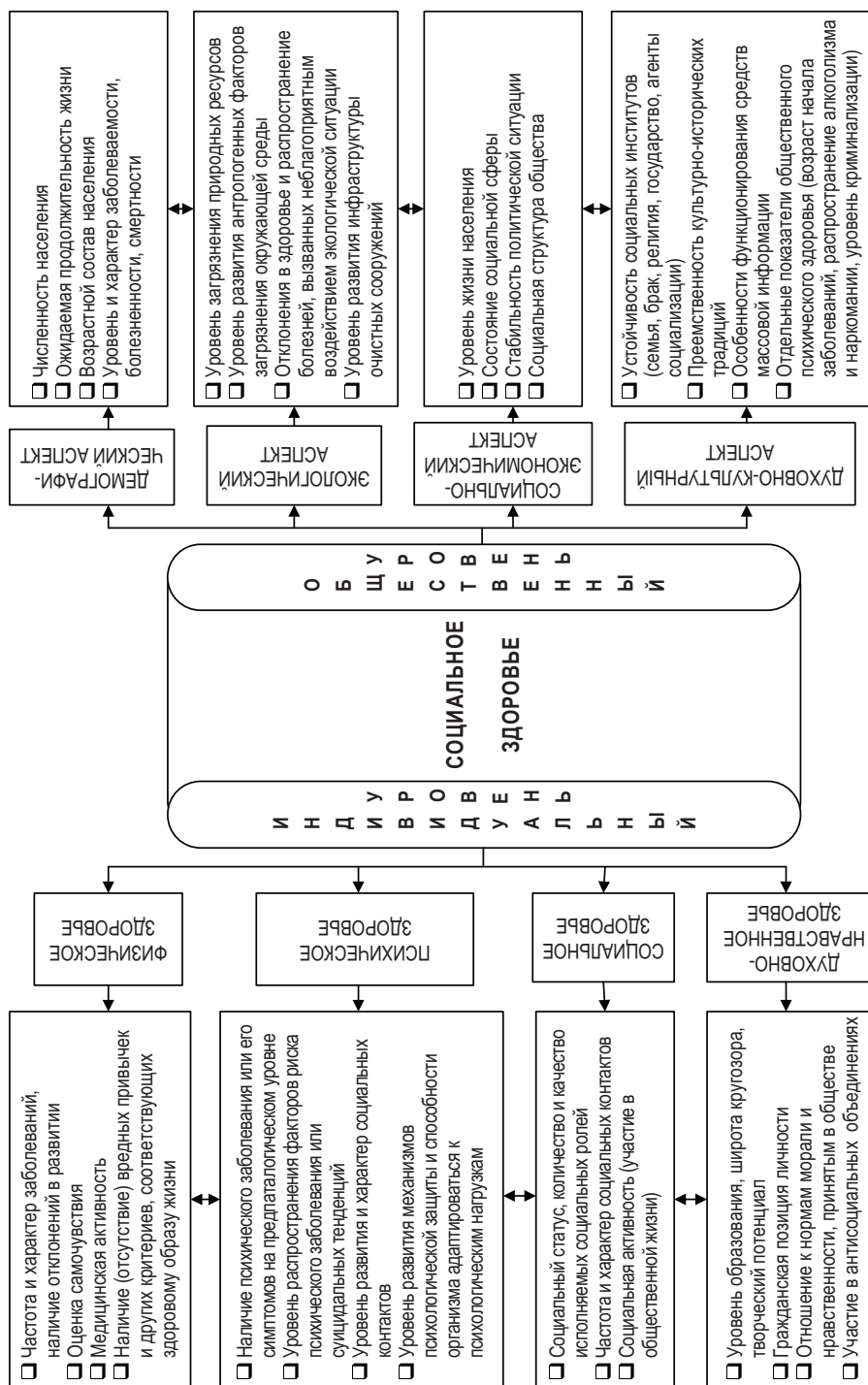


Рис. 1. Структура социального здоровья населения

Убийства и самоубийства – это критические и поэтому наиболее яркие проявления социального нездоровья общества. При этом первые в большей степени отражают внешние признаки (уровень и качество жизни, социальную структуру населения), вторые – внутренние (отношения в микросоциуме, состояние психологического климата). Кроме того, убийства и самоубийства, как виды девиантного поведения, представляют собой формы протеста и агрессии, направленные на окружающих (в первом случае) и на себя (во втором случае). Таким образом, динамика распространения этих социальных патологий косвенно свидетельствует, с одной стороны, об отношении людей друг к другу, с другой стороны, о психологическом восприятии индивидом своего места в социуме.

В ходе исследования перед нами стояла задача не только поиска факторов и причин распространения убийств и суицидов, но и характеристики этих социальных патологий как актуальных демографических и экономических проблем современного российского общества.

Информационной базой исследования выступили Европейская база данных Всемирной организации здравоохранения «Здоровье для всех», материалы ежегодных отчетов и докладов ВОЗ, база данных Федеральной службы государственной статистики РФ, статистические ежегодники и информационные бюллетени ФСГС (в том числе по Вологодской области), а также результаты отечественных и зарубежных исследований по проблемам преступности, виктимизации (от латинского слова *victim* – жертва) и суицидального поведения.

Кроме того, с целью углубления и получения более достоверных результатов исследования был выполнен анализ данных социологических мониторингов, проводимых научным коллективом Института социально-экономического развития территорий РАН¹². Это позволило добавить информацию, которая в настоящее время не учитывается официальной статистикой.

В общем виде перечень методов, примененных в данном исследовании, можно представить в виде следующей таблицы (табл. 2).

¹² Данные мониторинга общественного мнения Института социально-экономического развития территорий РАН. – Вологда: ИСЭРТ РАН, 2012 – 2011. Мониторинг осуществляется методом анкетирования по месту жительства. С периодичностью 6 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях Вологодской области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы, а также г. Вологда и г. Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации производится в программах SPSS и Excel.

Таблица 2. **Характеристика методов, использованных в данном исследовании**

Метод	Показатели	Цель применения метода
Анализ статистических данных	Уровень смертности населения от убийств и самоубийств (на 100 тыс. нас.) Индекс безопасности территории	Оценка положения России на международном уровне Сравнительный анализ распространения убийств и самоубийств в регионах Российской Федерации Оценка влияния убийств и суицидов на демографическую ситуацию в стране Анализ динамики рассматриваемых социальных патологий за период с 1990 по 2010 г. Выявление групп населения с повышенным уровнем распространения убийств и суицидов
Методика расчета индекса ПППЖ (потерянные годы потенциальной жизни)	Количество убийств и самоубийств в различных возрастных группах (абс.) Валовой региональный продукт (руб.) Затраты системы здравоохранения на лечение отдельных классов заболеваний (руб.)	Оценка экономического ущерба вследствие смертности населения от убийств и самоубийств Сравнительный анализ экономического бремени убийств и суицидов с наиболее распространенными причинами смертности в Российской Федерации и ее регионах Определение категорий населения, в которых смертность от убийств и самоубийств приносит наибольшие социально-экономические потери
Мониторинг общественного мнения	Результаты социологических опросов (в % от числа опрошенных)	Определение доли населения, проявляющего признаки социальной дезинтеграции, тревоги, депрессии и невроза Оценка уровня виктимизации общества, определение наиболее виктимных категорий населения, оценка их численности
Корреляционно-регрессионный анализ факторов распространения убийств и самоубийств	Данные Федеральной службы государственной статистики	Выявление факторов риска распространения убийств и самоубийств Оценка уровня распространенности факторов риска убийств и самоубийств на территории Российской Федерации
Анализ литературных источников	Уровень самоубийств в странах мира (на 100 тыс. населения) Данные официальных сайтов служб психиатрической помощи населению, информационно-новостных ресурсов, региональных концепций и программ профилактики психических заболеваний	Анализ отечественного и зарубежного опыта организации системы профилактики суицидального поведения. Выявление основных направлений профилактики социальных патологий на основе систематизации зарубежного опыта Оценка эффективности систем профилактики суицидального поведения в зарубежных странах Выявление ключевых проблем отечественной системы профилактики суицидального поведения и разработка рекомендаций по ее совершенствованию

Некоторые из методологических подходов и конкретных методик, представленных в исследовании, требуют конкретизации:

➤ *Оценка уровня латентной преступности.* Для расчета уровня латентной преступности по регионам Российской Федерации использована методика Д.А. Ли, основанная на модульной теории социума,

которую предложил социолог А.А. Давыдов. Научная гипотеза теории такова: мир является живой, взаимосогласованной гармонической системой.

В ней человек, общество и природа, как равноправные части, образуют неделимое целое. В целостных социальных системах одновременно присутствуют все пропорции, однако численность каждой пропорции может варьироваться. Незначительная дисгармония присутствует в любой системе, выполняя функцию необходимого разнообразия, выступая необходимым условием самоорганизации. В настоящее время в естествознании накоплен значительный эмпирический материал, который позволяет предположить, что константа необходимой дисгармонии в природных системах составляет около 6%¹³.

По мнению Д.А. Ли, количество преступников в конкретном обществе должно составлять 5,6% от общего числа населения, выполняя, таким образом, функцию сохранения его целостности как системы и поддержания необходимого разнообразия, что служит необходимым условием самоорганизации системы. Это означает, что хотя латентная преступность и существует, однако она не превышает сложившейся в мире нормы, иначе говоря, той цифры, что признана за средний показатель отклонения от нормы. Таким образом, уровень латентной преступности можно вычислить по формуле:

$$\text{ЛП} = \frac{\text{Число совершённых преступлений}}{\text{Число зарегистрированных преступлений}},$$

где ЛП – уровень латентной преступности;

число совершённых преступлений – 5,6% от общей численности населения.

➤ *Оценка социально-экономического ущерба вследствие смертности населения от убийств и самоубийств.* Для расчета бремени убийств и самоубийств нами была использована концепция глобального бремени болезней (ГББ; Global Burden of Disease Study), предложенная Мюррэем (Murray) и Лопесом (Lopez) и впервые реализованная в одноименном проекте в 1992 г. Всемирной организацией здравоохранения по инициативе Всемирного банка¹⁴.

По результатам исследования, проведенного в 90-х гг. специалистами ВОЗ, был сделан вывод о том, что данная методика «выявила истинную

¹³ Давыдов А.А. Модульный анализ и конструирование социума. – М., 1996.

¹⁴ Пряткина О.П. Современные индикаторы здоровья населения // Медицинские новости. – 2000. – №10 [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>

значимость длительного недооцененного воздействия проблем психического здоровья вследствие нетрудоспособности»¹⁵. В настоящее время расчеты глобального бремени болезней проводятся ежегодно.

Методика предполагает вычисление индекса DALY. Он представляет собой меру потерь здоровья, которая состоит из суммы двух величин: лет жизни населения, проживающего на рассматриваемой территории, потерянных вследствие преждевременной смертности (YLL); и лет жизни населения, потерянных вследствие нарушений здоровья, не приводящих к смертельному исходу (YLD).

$$DALY = YLL + YLD$$

Психические заболевания в сравнении с серьезными медицинскими заболеваниями занимают высокое место в перечне DALYs потому, что возникают в начале жизни и не приводят к ранней смертности, поэтому число лет, прожитых с расстройством, довольно велико и приводит к большому количеству DALYs¹⁶.

Для расчета потерь продуктивных лет жизни нами использовался показатель YLL (Years of Life Lost, потерянные годы жизни из-за преждевременной смертности)¹⁷. При этом в отсутствие информации о точном возрасте человека на момент совершения суицида было сделано статистическое допущение, что на данный момент он имел средний возраст в группе (12 лет в группе от 10 до 14 лет, 17 лет в группе от 15 до 19 лет и т.д.).

$$YLL = N \times L$$

где N – число смертельных случаев,

L – средняя продолжительность жизни в возрасте смерти (в годах). В нашем случае за этот показатель был принят возраст выхода на пенсию (54 полных года до выхода на пенсию для женщин и 59 лет – для мужчин).

➤ *Коэффициент специальной (избирательной) виктимности.* Данный коэффициент рассчитан по методике, которая была предложена Д.В. Ривманом¹⁸, согласно которой коэффициент массовой виктимности

¹⁵ Priebe S., Badesconyi A., Fioritti A. et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123-6.

¹⁶ Weissman M.M. Функциональное ухудшение может иметь разные значения // *Всемирная психиатрия*. – 2009. – Т.8. – №2. – Июнь. – С. 125.

¹⁷ Методика измерения DALY на сайте ВОЗ. – Реж. дост.: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/

¹⁸ Ривман Давид Вениаминович (05.11.1929 – 17.02.2007) – адвокат, учёный криминолог, социолог, доктор юридических наук, профессор, заслуженный юрист РФ, заслуженный работник МВД СССР.

(то есть уровень потерпевших от всех видов правонарушений) исчисляется из количества жертв преступлений за определенный период времени на той или иной территории и общего количества населения в расчете на тысячу, десять тысяч, сто тысяч человек. Этот показатель выражается только в относительных цифрах. Расчет производится по формуле:

$$K_{\text{вл}} = \frac{\Pi}{H} \times 1000,$$

где $K_{\text{вл}}$ – коэффициент виктимности по лицам,
 Π – количество потерпевших от преступлений,
 H – все население региона независимо от возраста.

Аналогичным образом коэффициент избирательной виктимности (то есть уровень потерпевших от какого-либо определенного вида правонарушений) рассчитывается по формуле:

$$K_{\text{свл}} = \frac{\Pi_{\text{с}}}{H} \times 1000,$$

где $K_{\text{свл}}$ – коэффициент специальной виктимности по лицам, то есть виктимности вследствие определенных видов преступлений,
 $\Pi_{\text{с}}$ – количество потерпевших от определенных видов преступлений,
 H – все население региона независимо от возраста.

➤ *Данные мониторинга общественного мнения.* Результаты социологических исследований использовались нами для решения двух задач: 1) вычисление доли жителей Вологодской области, имеющих признаки социальной дезинтеграции и психических расстройств; 2) уточнение официальных статистических данных, характеризующих уровень виктимности общества (доля людей, ставших жертвами или свидетелями правонарушения). Мы исходили из данных, полученных в ходе опросов, проводимых в рамках научно-исследовательских работ «Мониторинг психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и пути их улучшения» и «Мониторинг общественного мнения по проблеме личной безопасности и оценки деятельности милиции» научным коллективом Института социально-экономического развития территорий РАН с 2001 и 1995 гг. соответственно.

Опросы проводятся Институтом ежегодно (1 раз в год – по изучению психологического климата, 2 раза в год – по оценке деятельности органов милиции) в городах Вологде и Череповце и восьми районах области

(Бабаевском, Великоустюгском, Вожегодском, Грязовецком, Кирилловском, Никольском, Тарногском и Шекснинском). Объем выборочной совокупности составляет 1500 человек в возрасте 18 лет и старше. Репрезентативность выборки обеспечивается соблюдением следующих условий:

- пропорций между городским и сельским населением;
- пропорций между жителями населенных пунктов различных типов (сельские населенные пункты, малые и средние города);
- половозрастной структуры взрослого населения области.

Метод опроса – анкетирование по месту жительства респондентов. Ошибка выборки не превышает 3%.

Кроме того, с целью выявления факторов риска распространения социальных патологий, в 2007 г. в рамках НИР «Мониторинг психологического климата и психического здоровья населения Вологодской области и пути их улучшения» было проведено исследование суицидальных попыток. Оно заключалось в анализе больничных карт пациентов Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ), проходящих лечение в связи с попыткой суицида (объем выборки составил 98 человек). Результаты данного исследования позволили выявить социально-экономические условия, в которых чаще всего находятся суициденты, а также типичные для данной категории населения характеристики социального портрета.

➤ *Корреляционно-регрессионный анализ факторов риска.* Для того чтобы выяснить причины, влияющие на рост числа убийств и самоубийств, необходим комплексный анализ факторов риска распространения социальных патологий. Он должен учитывать особенности демографической ситуации, уровень и качество жизни населения, степень развития социальной и культурной сферы и многие другие аспекты. Нами был выполнен пробный вариант такого анализа, заключавшийся в установлении корреляционно-регрессионной связи различных факторов социальной среды с уровнем убийств и самоубийств (планируется углубить данное исследование в 2012 г. за счет внедрения дополнительных показателей, кластеризации регионов/муниципальных образований и увеличения динамических рядов данных).

Факторы выбирались исходя из анализа отечественного и зарубежного опыта исследования суицидального поведения. Расчеты проводились для 89 субъектов Российской Федерации за 2009 г., причем рассматриваемые факторы были разделены на четыре группы:

1. *Социально-демографические характеристики территорий:* удельный вес городского населения в общей численности населения (%); коэффициент демографической нагрузки (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов); общие коэффициенты рождаемости (на 1 тыс. чел.).

2. *Социально-экономические факторы:* уровень экономической активности населения (в %); среднедушевые денежные доходы населения (руб.); уровень безработицы (в %); уровень зарегистрированной безработицы (в %); коэффициент фондов (раз); коэффициент Джини; численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения); удельный вес ветхого и аварийного жилья в общей площади жилищного фонда (в %).

3. *Состояние системы здравоохранения:* мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.); численность врачей (на 10 тыс. чел.); численность среднего медицинского персонала (на 10 тыс. чел.).

4. *Образ жизни населения:* потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов); объем продажи водки и ликеро-водочных изделий (литров на душу населения).

Таким образом, для решения поставленных задач мы использовали социологические, математические и экономические методы исследования, при этом уделяя особое внимание не только данным официальной статистики, но и субъективным оценкам населения, что соответствует принципу комплексности и позволяет с различных точек зрения взглянуть на проблему сохранения и укрепления социального здоровья общества.

ГЛАВА 2

НАСИЛЬСТВЕННАЯ СМЕРТНОСТЬ КАК ИНДИКАТОР СОЦИАЛЬНОГО ЗДОРОВЬЯ ОБЩЕСТВА

2.1. Убийства и самоубийства в контексте социального здоровья

Чтобы ответить на вопрос о том, можно ли считать насильственную смертность индикатором социального здоровья, необходимо в первую очередь определить ее место в структуре общей смертности населения.

Причины смерти разделяются на естественные и неестественные. *Естественная смерть* – это исход, который обусловлен физиологическими причинами, делающими невозможным существование целостного живого организма из-за наступающего в глубокой старости полного исчерпания физиологических ресурсов организма, из-за недостатка физиологических ресурсов молодого живого организма вследствие глубокой недоношенности (незрелости) плода и несовместимых с жизнью пороков развития организма.

Неестественная смерть – это исход жизни, наступивший ранее физиологического предела. Причиной такого исхода могут быть болезни и повреждения. *Ненасильственная смерть* – это смерть, при которой не нарушаются какие-либо правовые нормы. Это бывает в случаях смерти от заболеваний или при естественной (физиологической) смерти. *Насильственной* называют смерть, наступившую в результате убийства, самоубийства и случая¹⁹.

Таким образом, ключевым отличием ненасильственной смертности от насильственной является то, что последняя предполагает нарушение правовых норм, и это, на наш взгляд, дает основание трактовать ее как показатель, свидетельствующий об уровне социального здоровья общества.

¹⁹ Попов В.Л. Судебная медицина. – С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2006. – С. 97.

Кроме того, термин «криминальное насилие» обозначает ряд запрещенных законом физических или психических действий, совершаемых в отношении других лиц вопреки их воле и желанию, причиняющих им физический вред и моральный ущерб²⁰. Из этого определения следует, что в случае насильственной смерти нарушается не только юридическая сторона закона, но и морально-нравственные принципы. Статистика смертности от насильственных причин свидетельствует об уровне и характере отношений в обществе, а также о том, насколько значима в данном обществе такая ценность, как человеческая жизнь.

Насильственные причины смертности входят в состав XIX («Травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин») и XX («Внешние причины заболеваемости и смертности») классов Международной классификации болезней, травм и причин смерти (МКБ)²¹.

Следует отметить, что смертность от насильственных и внешних причин не являются идентичными понятиями. Для характеристики социального здоровья не является информативной смертность от таких причин, как случайное утопление или поражение электрическим током, поскольку в данном случае не идет речь об осознанных активных действиях человека, повлекших за собой смерть. Насильственные причины смертности связаны с агрессией и аутоагрессией, что также является основанием для рассмотрения их в качестве индикатора социального здоровья общества.

Агрессия – это мотивированное деструктивное поведение, противоречащее нормам (правилам) сосуществования людей в обществе, наносящее вред объектам нападения (одушевленным и неодушевленным), приносящее физический ущерб людям или вызывающее у них психологический дискомфорт (отрицательные переживания, состояние напряженности, страха, подавленности и т. п.)²². Аутоагрессия – форма агрессивного поведения, направленного на самого себя.

В статистике смертности прямым и самым ярким проявлением агрессии выступает убийство. Наиболее распространенной формой

²⁰ Прикладная юридическая психология: учеб. пособие для вузов / под ред. проф. А.М. Столяренко. – М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2001. – С. 97.

²¹ МКБ – система группировки болезней и патологических состояний, отражающая современный этап развития медицинской науки. Является нормативным документом, определяющим правила систематизации наблюдений при изучении заболеваемости, причин смерти и деятельности учреждений здравоохранения.

²² Словарь-справочник для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями / под ред. Л.Г. Гусляковой, С.Г. Чудовой. – М.: Просвещение, 1996; Национальная психологическая энциклопедия [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://vocabulary.ru/dictionary/34/word/agresija>

аутоагрессии можно считать суицид, который также имеет открытый характер, в отличие, например, от смертности в результате потребления алкоголя, наркотиков или табачной продукции. Репрезентативность убийств и самоубийств как наиболее ярких представителей насильственной смертности и индикаторов социального здоровья состоит в том, что последствия суицидальных попыток или покушений на убийство носят одномоментный характер, они зависят непосредственно от воли и деструктивной активности человека на данный момент времени.

Проблема суицидального поведения и смертности населения от насильственных причин является актуальной не только в России, но и во всем мире. Суицид представляет собой глобальную проблему для мирового здравоохранения. По статистике, в результате самоубийств в мире умирает больше людей, чем в результате войн и насильственных убийств, вместе взятых. По данным ВОЗ, общее количество смертей от суицида приближается к миллиону в год. Тенденции таковы, что к 2020 году число самоубийств, по всей видимости, возрастет в полтора раза²³. Оценивая актуальность данной проблемы в России, Всемирная организация здравоохранения признала нашу страну находящейся в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации²⁴.

Российская Федерация является также одной из стран-лидеров по уровню преступности. По данным Института экономики и мира, индекс безопасности в Российской Федерации равен 3,5, что соответствует таким странам, как Филиппины, Пакистан, Эфиопия, Нигерия, Турция, Азербайджан, Грузия. Более высоким значением индекса (что соответствует более напряженной ситуации) обладают только Индия, Мьянма и Республика Конго (по 5 соответственно)²⁵. Для сравнения: в развитых странах величина индекса безопасности ниже: во Франции, Италии, Испании, Дании, Норвегии, Великобритании, США – по 2,5; в Германии, Австрии, Бельгии, Финляндии, Греции, Канаде, Швейцарии, Швеции – по 1,5. В годы экономического кризиса многие из показателей, учитываемых при расчете данного индекса, резко выросли, что свидетельствовало о снижении безопасности в мире. Так, в докладе Института экономики и мира отмечается увеличение на 5% уровня убийств, рост протестных выступлений, приводящих к кровопролитным столкновениям, и, как итог, страх населения перед преступностью.

²³ Портал поддержки международного научного, культурного и делового сотрудничества «Вся Россия». – Реж. дост.: <http://www.allru.org/SD/SDShow.asp?SdID=7706>

²⁴ Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://vocabulary.ru/>

²⁵ В индексе, рассчитанном по 149 странам мира, учитывались уровень преступности, затраты на вооружения, интенсивность вооруженных конфликтов, а также нарушения прав человека.

Убийства и покушения на них, как наименее латентный вид преступлений, находят объективно точное отражение в статистических показателях. Поэтому данный вид является своеобразным индикатором общей криминальной ситуации в стране.

По данным ВОЗ, Российская Федерация на протяжении последних 20 лет ежегодно входит в пятерку стран, имеющих наиболее высокий уровень смертности населения от самоубийств (в 1990 г. Россия занимала 6 место). Из 53 государств, данные о которых доступны в Европейской базе «Здоровье для всех», за период с 1998 по 2008 г. Российская Федерация ежегодно демонстрировала наиболее высокий уровень смертности от убийств. В среднем за 1998 – 2009 гг. он составил 23,5 случая на 100 тыс. нас. (табл. 3).

Таблица 3. Ранжирование стран – лидеров по уровню смертности от убийств и самоубийств (число умерших на 100 тыс. населения; объем выборки – 53 страны)

1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.
<i>Самоубийства</i>				
1. Венгрия (38,1)	1. Литва (47,9)	1. Литва (46,7)	1. Литва (37,0)	1. Литва (31,5)
2. Финляндия (29,1)	2. Россия (41,6)	2. Россия (37,8)	2. Россия (29,8)	2. Казахстан (24,5)
3. Словения (28,0)	3. Эстония (40,9)	3. Беларусь (34,2)	3. Беларусь (29,0)	3. Россия (24,1)
4. Эстония (27,6)	4. Латвия (40,7)	4. Казахстан (32,7)	4. Казахстан (26,8)	4. Венгрия (21,8)
5. Литва (27,2)	5. Казахстан (33,3)	5. Латвия (30,7)	5. Венгрия (23,2)	5. Латвия (20,7)
<i>Убийства и умышленные травмы (в возрасте до 64 лет)</i>				
1. Кыргызстан (18,0)	1. Россия (31,3)	1. Россия (28,0)	1. Россия (23,5)	1. Россия (14,2)
2. Россия (14,8)	2. Эстония (24,3)	2. Казахстан (17,9)	2. Казахстан (14,8)	2. Казахстан (10,0)
3. Казахстан (13,3)	3. Казахстан (22,4)	3. Эстония (13,4)	3. Латвия (10,4)	3. Кыргызстан (8,0)
4. Эстония (11,4)	4. Латвия (18,7)	4. Латвия (12,8)	4. Украина (9,0)	4. Украина (6,3)
5. Республика Молдова (9,9)	5. Республика Молдова (17,6)	5. Республика Молдова (12,3)	5. Литва (8,9)	5. Республика Молдова (6,0)
Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех» [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://data.euro.who.int/hfadb/shell_ru.html				

Россия возглавляет также список европейских стран с максимальным уровнем смертности от насильственных причин среди молодежи в возрасте от 10 до 29 лет. По данным ВОЗ, ежедневно в Европе в результате насилия погибают примерно 40 молодых людей в возрасте от 10 до 29 лет или более 15 тыс. человек в год²⁶. Насилие является третьей по значению причиной смертности в этой возрастной группе. При этом

²⁶ Европейский доклад о предотвращении насилия и преступности среди молодежи (European report on preventing violence and knife crime among young people) World Health Organization, 2010.

в странах Западной Европы уровень смертности лиц в возрасте от 10 до 29 лет несоизмеримо меньше, чем в России (например, в Германии, Австрии – по 0,5 случая на 100 тыс. нас., в России – 15,9).

Динамика убийств и самоубийств в Российской Федерации имеет схожие тенденции и тесно связана с социально-экономическими процессами, происходящими в стране. Рост уровня смертности от данных причин наблюдался в те периоды, когда в России имели место экономические кризисы (1991, 1998 гг.). Отражение социально-экономических катаклизмов на уровне смертности от убийств и самоубийств продолжалось в течение 4 – 5 лет, после чего наблюдался период снижения смертности, связанного с постепенной адаптацией населения к изменившимся социально-экономическим условиям.

Стабилизация социально-экономической и политической ситуации, которая была достигнута в начале 2000-х гг., привела к тому, что ауто-деструктивная активность населения стала снижаться. Мировой финансовый кризис 2008 г. незначительно отразился на уровне смертности от суицидов, однако в целом не повлиял на позитивные тенденции снижения смертности. Во многом это произошло благодаря уже накопленному опыту преодоления кризисов, который в 90-х гг. приобрели как органы государственной власти, так и широкие слои населения.

Вместе с тем следует отметить, что уровень смертности от самоубийств в Российской Федерации ежегодно превышает смертность от убийств. На протяжении всего периода с 1990 по 2010 г. он также был выше предельно-критического значения, установленного Всемирной организацией здравоохранения (20 случаев на 100 тыс. населения; рис. 2). Для сравнения: в странах Европейского региона среднее число случаев самоубийств составляет 11,9 на 100 тыс. населения, убийств – 1,5 случая²⁷.

Убийство – это один из тех видов преступлений, которые обладают наименьшей степенью латентности, то есть наиболее четко регистрируются официальной статистикой. Однако показатель смертности от убийств нельзя рассматривать в отрыве от общей криминальной ситуации.

Зарегистрированная преступность, включающая в себя те правонарушения, которые приняты на учет в органах милиции, прокуратуры и в суде, является первоначальным статистическим показателем уголовной

²⁷ Европейская база данных ЗДВ (HFA-DB) // Официальный сайт Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения. – Реж. дост.: http://data.euro.who.int/hfaddb/shell_ru.html

статистики. Однако определенная часть преступлений не учитывается в текущей официальной отчетности и составляет латентный уровень. В связи с этим фиксируемые статистические данные дают общее представление о криминальной ситуации, но не содержат полной информации о ней.

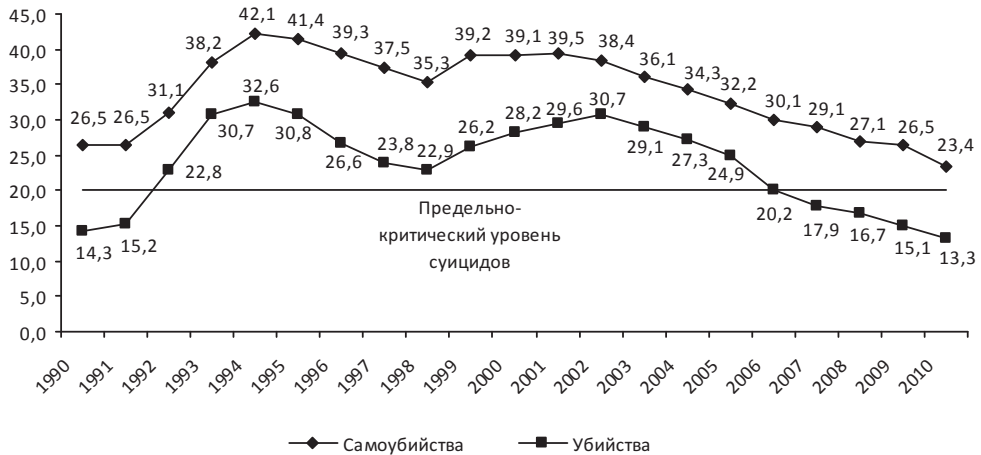


Рис. 2. Соотношение уровня убийств и самоубийств в Российской Федерации (умерших на 100 тыс. нас.)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

Латентную (скрытую) преступность образуют случаи, не выявленные системой уголовной юстиции и потому не повлекшие применения мер ни государственного, ни общественного принуждения²⁸. Установить ее уровень крайне сложно, поскольку он зависит от ряда факторов, поддающихся лишь косвенному статистическому анализу (например, выявление правонарушений, о которых не было заявлено в органы УВД, по результатам социологического опроса). По различным оценкам латентная преступность составляет от двух третей общего числа зарегистрированных преступлений до значения, превосходящего официальную статистику правонарушений в 8 – 10 раз.

По данным ФСГС, уровень общей преступности в стране имеет тенденцию к снижению. Она характерна для всех федеральных округов, в том числе для наиболее неблагоприятных из них – Сибирского, Уральского и Дальневосточного (табл. 4). Однако, по мнению криминологов, в Российской Федерации совершается преступлений в 10–12 раз больше,

²⁸ Кудрявцев В. Эффективность системы уголовной юстиции // Соц. законность. – 1971. – № 7. – С. 14.

чем регистрируется. Иными словами, латентная преступность намного превышает зарегистрированную²⁹. На одно зарегистрированное преступление приходится четыре незарегистрированных. Ежегодно в России рассматривается свыше 22 млн. заявлений и только по 10% из них принимается решение о возбуждении уголовного дела³⁰.

Таблица 4. **Уровень преступности в федеральных округах России** (число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. нас. в возрасте от 14 до 60 лет)

Территория	1990 г.	1995 г.	1998 г.	1999 г.	2000 г.	2003 г.	2005 г.	2008 г.	2009 г.	2010 г.
<i>Российская Федерация</i>	1949,9	2888,3	2657,3	3083,4	3032,0	2806,1	3573,3	3220,2	3021,2	2667,0
Сибирский федеральный округ	2288,4	3505,9	3288,5	3744,2	3596,4	3316,8	4098,0	3976,8	3736,2	3335,8
Уральский федеральный округ	2225,9	3618,2	3221,0	3930,2	3792,0	3448,6	4752,1	3807,0	3574,9	3297,2
Дальневосточный федеральный округ	2501,8	3884,2	3268,1	3734,0	3620,9	3300,7	3991,9	4087,9	3588,3	3110,1
Приволжский федеральный округ	1758,0	2594,4	2367,0	2894,7	2815,0	2633,4	3835,0	3275,4	3032,5	2648,9
Северо-Западный федеральный округ	1993,7	3324,0	3053,2	3535,9	3352,7	2628,6	3365,0	2946,6	2808,7	2479,0
Центральный федеральный округ	1388,5	2267,2	2016,6	2285,5	2368,2	2520,8	3020,0	2682,3	2607,2	2355,7
Южный федеральный округ	1841,6	2057,6	2126,6	2356,6	2345,8	1915,5	2149,7	2133,1	1978,9	2189,6
Северо-Кавказский федеральный округ	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	1182,7
* Ранжировано по значению показателя в 2010 г. Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики.										

Согласно проведенным расчетам уровень латентной преступности в России в 2,65 раза выше, чем официально зарегистрированное число правонарушений³¹. В некоторых регионах (Рязанская область, Республика Адыгея, Карачаево-Черкесская Республика) этот показатель доходит до 5 раз (прил. 4). Максимальное превышение латентной преступности над официальной наблюдается в Республике Ингушетия (21,8 раза) и Чеченской Республике (14,9 раза). В Вологодской области он составляет 2,47 раза (7 место среди регионов СЗФО), что ниже, чем в среднем по стране и Северо-Западу (прил. 5).

²⁹ Антонян Ю.М. Криминология. Избранные лекции. – М.: Логос, 2004. – С. 258.

³⁰ Материалы международной конференции по латентной преступности [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.crimpravo.ru/blog/prestupnost/463.html>

³¹ Рассчитано авторами по методике члена Союза криминалистов и кримиологов Д.А. Ли (источник: Д.А. Ли. Преступность в России: системный анализ. – М.: Гелва, 1997. – С. 20).

Вклад убийств и самоубийств в общую структуру смертности населения весьма значителен. На долю этих причин приходится 24% всех смертей, относящихся к классу «Несчастные случаи, травмы и отравления», который по распространенности устойчиво занимает третье место, уступая только смертности от болезней системы кровообращения и новообразований (табл. 5). Как уже отмечалось, сверхвысокий уровень смертности от внешних причин является не только особенностью российской смертности, но и проблемой, влекущей за собой существенные социально-экономические и демографические последствия.

Таблица 5. Структура смертности населения Российской Федерации в 2010 г.

Класс причин смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. нас.	в % от всех причин смертности
<i>Структура общей смертности</i>			
Все причины	2 028 516	1422	100
Болезни системы кровообращения	1 151 917	798	56,8
Новообразования	293 171	205	14,5
Внешние причины	216 867	144	10,7
Болезни органов пищеварения	91 995	64	4,5
Болезни органов дыхания	74 808	52	3,7
Некоторые инфекционные и паразитарные болезни	33 609	23	1,7
<i>Структура смертности от внешних причин воздействия</i>			
Причины смертности	Число случаев		
	умерло чел.	на 100 тыс. нас.	в % от внешних причин
Внешние причины	216 867	144	100
Самоубийства	33 480	23	15,4
Все виды транспортных несчастных случаев	28 558	20	13,2
Убийства	18 951	13	8,7
Случайные отравления алкоголем	19 132	10	8,8
* Ранжировано по значению показателя в %.			
Источник: Данные Федеральной службы государственной статистики.			

Соотношение регионов по уровню суицидальной активности населения достаточно стабильно: к благоприятным территориям можно отнести субъекты Северо-Кавказского, Центрального и Южного федеральных округов, к неблагоприятным – Сибирского, Уральского и Дальневосточного (рис. 3). Регионы Северо-Западного и Приволжского федеральных округов относятся к группе территорий со средним уровнем самоубийств, входящих тем не менее в группу риска.



Уровень смертности от самоубийств, 2010 г.
(умерших на 100 тыс. населения)

- менее 20
- от 20 до 30
- более 30

Менее 20 случаев	От 20 до 30 случаев	Более 30 случаев
<i>1990 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (10,1)	Южный федеральный округ (20,0) Центральный федеральный округ (23,2) Северо-Западный федеральный округ (26,3) Приволжский федеральный округ (28,3)	Дальневосточный федеральный округ (30,2) Сибирский федеральный округ (31,5) Уральский федеральный округ (31,8)
<i>2000 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (11,5)	Южный федеральный округ (24,1) Центральный федеральный округ (27,6)	Северо-Западный федеральный округ (39,5) Приволжский федеральный округ (48,6) Уральский федеральный округ (48,7) Дальневосточный федеральный округ (49,9) Сибирский федеральный округ (52,3)
<i>2010 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (6,4) Центральный федеральный округ (14,5) Южный федеральный округ (17,7)	Северо-Западный федеральный округ (21,6)	Уральский федеральный округ (30,2) Приволжский федеральный округ (30,4) Дальневосточный федеральный округ (34,0) Сибирский федеральный округ (36,5)

Рис. 3. Уровень смертности населения от самоубийств на территории Российской Федерации (число умерших на 100 тыс. нас.)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

В 59 субъектах Российской Федерации уровень смертности населения от самоубийств превышает предельно-критическое значение, установленное Всемирной организацией здравоохранения (прил. 1). По данным на 2010 г. наибольший уровень суицидальной активности населения имеют территории Сибирского федерального округа: республики Тыва и Алтай, Забайкальский край и Республика Бурятия (прил. 1). Повышенный уровень самоубийств в этих субъектах связан с более низким уровнем социально-экономического развития, а также с этнокультуральными особенностями населения, проживающего на данных территориях³².

Сибирский и Дальневосточный федеральные округа ежегодно входят в число территорий, характеризующихся наиболее высоким уровнем смертности населения от убийств (рис. 4). Кроме того, за период с 1990 по 2010 г. в их регионах (в частности, в Республике Саха, Хабаровском крае и Чукотском автономном округе) в первую очередь был отмечен рост данного показателя (прил. 2).

Такое территориальное распределение убийств связано с численностью населения. Так, по данным Е.М. Щербаковой³³, уровень преступности выше в относительно малолюдных регионах Сибири и Дальнего Востока и ниже в более плотно заселенных регионах центральной и южной части Европейского Центра³⁴.

По данным на 2009 г. наиболее суицидально активной возрастной категорией являются люди 20 – 39 лет (34 случая на 100 тыс. нас.), в группе от 40 до 59 лет уровень самоубийств составляет 31 случай на 100 тыс. нас., среди людей старше 60 лет – 29 случаев, в возрасте 5 – 19 лет – 9 случаев.

Среди лиц в возрасте от 10 до 14 лет частота суицидов колеблется в пределах от 3 до 4 случаев на 100 тысяч, а среди подростков 15-19 лет – 19-20 случаев. В мире же средний показатель по этой возрастной категории в 2,7 раза ниже, чем в России³⁵.

³² Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран (материалы интервью с Б.С. Положим) // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 мар. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>

³³ Щербакова Екатерина Михайловна – старший научный сотрудник Института демографии ГУ-ВШЭ, кандидат экономических наук, доцент.

³⁴ Щербакова Е.М. Демоскоп Weekly №313 – 314 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>

³⁵ Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран (материалы интервью с Б.С. Положим) // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 мар. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>



Уровень смертности от убийств, 2010 г.
(умерших на 100 тыс. населения)

- менее 10
- от 10 до 20
- более 20

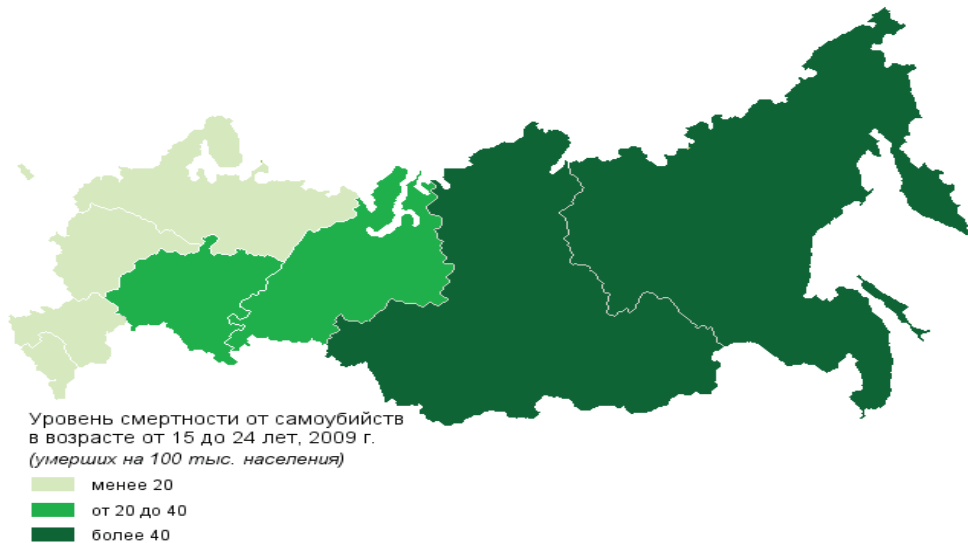
Менее 10 случаев	От 10 до 20 случаев	Более 20 случаев
<i>1990 год</i>		
Северо-Кавказский федеральный округ (8,0)	Центральный федеральный округ (10,5) Южный федеральный округ (11,2) Приволжский федеральный округ (11,7) Северо-Западный федеральный округ (12,1) Уральский федеральный округ (18,5)	Дальневосточный федеральный округ (22,9) Сибирский федеральный округ (23,9)
<i>2000 год</i>		
	Северо-Кавказский федеральный округ (14,0) Южный федеральный округ (18,4)	Центральный федеральный округ (21,7) Приволжский федеральный округ (25,6) Северо-Западный федеральный округ (26,6) Уральский федеральный округ (36,9) Сибирский федеральный округ (45,1) Дальневосточный федеральный округ (45,2)
<i>2010 год</i>		
Южный федеральный округ (8,3) Северо-Кавказский федеральный округ (8,3) Центральный федеральный округ (9,3)	Северо-Западный федеральный округ (12,4) Приволжский федеральный округ (12,6) Уральский федеральный округ (16,0)	Сибирский федеральный округ (23,1) Дальневосточный федеральный округ (25,6)

Рис. 4. Уровень смертности населения от убийств на территории Российской Федерации (число умерших на 100 тыс. нас.)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

Таким образом, суицидальное поведение широко распространено среди лиц трудоспособного возраста. В молодежной среде, к которой по определению ЮНИСЕФ относятся люди от 15 до 24 лет³⁶, средний уровень суицидов по стране составил 25,1 случая на 100 тыс. населения, при этом в Дальневосточном и Сибирском федеральных округах этот показатель почти в 2 раза выше (40 и 48 случаев на 100 тыс. нас. соответственно; рис. 5).

В целом по Российской Федерации уровень суицидов среди представителей данной возрастной группы выше предельно-критического значения, установленного ВОЗ, в 48 регионах (прил. 3).



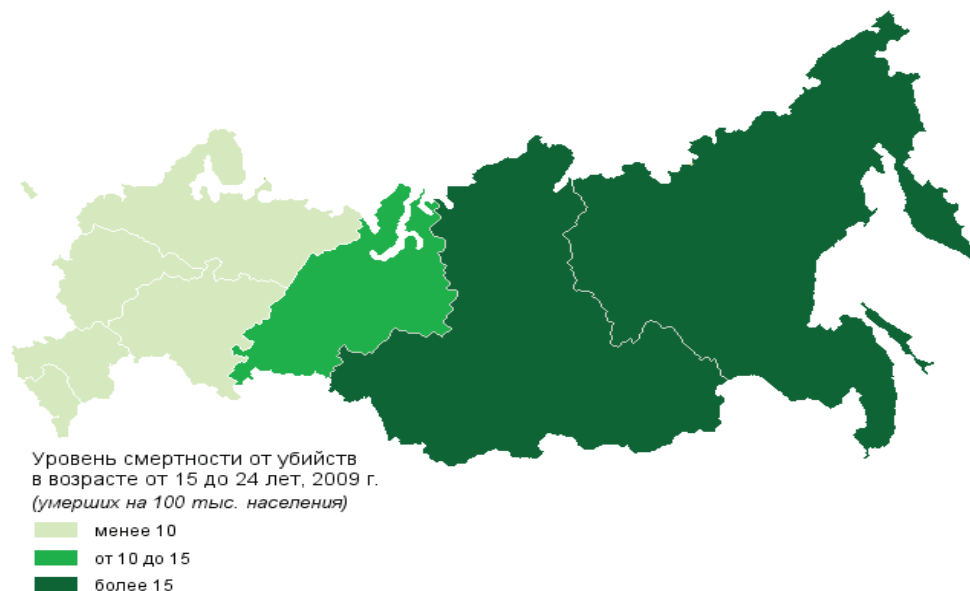
Менее 20 случаев	От 20 до 40 случаев	Более 40 случаев
Южный федеральный округ (11) Центральный федеральный округ (13) Северо-Западный федеральный округ (20)	Приволжский федеральный округ (30) Уральский федеральный округ (33)	Дальневосточный федеральный округ (40) Сибирский федеральный округ (48)

Рис. 5. Уровень смертности от самоубийств среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет на территории Российской Федерации
(число умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)

Уровень смертности от убийств среди молодежи по данным на 2009 г. составил 9,2 случая на 100 тыс. населения. Лидерами по данному показателю являются территории Сибирского и Дальневосточного

³⁶ Здоровье молодежи – необходимость перемен: Руководство ЮНИСЕФ по разработке программ в области охраны здоровья и развития молодых людей. – Женева, 1997. – 126 с.

федеральных округов (рис. 6). В 35 регионах уровень убийств в молодежной среде выше среднероссийского, в первую очередь это касается Республики Тыва (76,4 случая на 100 тыс. нас.) и Чукотского автономного округа (64,6; прил. 3).



Менее 10 случаев	От 10 до 15 случаев	Более 15 случаев
Южный федеральный округ (4,8) Центральный федеральный округ (6,7) Северо-Западный федеральный округ (7,6) Приволжский федеральный округ (7,9)	Уральский федеральный округ (11,7)	Сибирский федеральный округ (17,7) Дальневосточный федеральный округ (18,8)

Рис. 6. **Уровень смертности от убийств среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет на территории Российской Федерации** (число умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)

Как уже отмечалось, преждевременная смертность населения является одним из самых важных факторов ухудшения демографической ситуации в России. Согласно статистике значительную роль в этом играет распространение социальных патологий: убийства, самоубийства, дорожно-транспортные происшествия и алкогольные отравления чаще всего становятся причиной смертности среди мужчин, лиц в возрасте от 20 до 60 лет, жителей сельских территорий (табл. 6).

В Северо-Западном федеральном округе наиболее низкий уровень суицидов отмечается в г. Санкт-Петербурге (10,8 на 100 тыс. нас.) и Мурманской области (13,8), при том, что эти территории имеют

самую стабильную динамику его снижения (прил. 1). В остальных субъектах СЗФО смертность от самоубийств превышает предельно-критический уровень, установленный ВОЗ, причем в некоторых регионах почти в 2 раза (Архангельская область, Республика Коми; рис. 7).

Таблица 6. **Сравнительный анализ внешних причин смертности в России в различных социальных категориях** (умерших на 100 тыс. нас., 2009 г.)

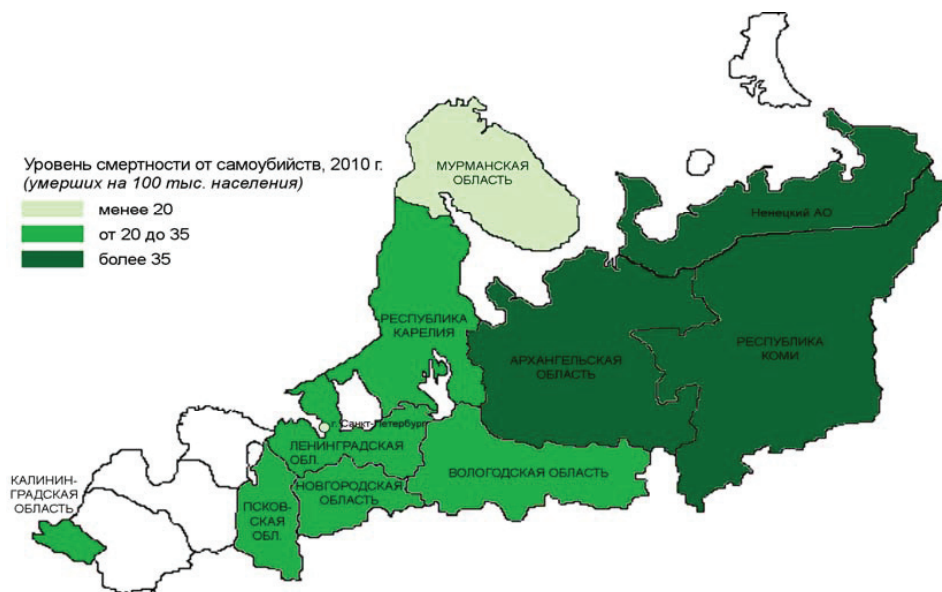
Категории населения	Самоубийства	Убийства	ДТП	Алкогольные отравления
Мужчины	47,3	24,4	33,6	25,0
Женщины	8,5	7,0	10,6	6,5
5 – 19 лет	8,8	2,9	10,2	0,1
20 – 39 лет	34,0	19,2	29,3	11,0
40 – 59 лет	31,0	21,2	22,3	30,3
60 лет и старше	28,9	11,1	19,2	13,9
Городское	20,9	13,9	18,7	13,5
Сельское	41,6	18,3	28,1	19,3

* Выделены категории населения с наиболее высоким уровнем смертности от убийств и самоубийств.

По уровню убийств Вологодская область занимает 36 место среди всех регионов России и 5 место на Северо-Западе (прил. 2). В целом основная доля убийств в Северо-Западном федеральном округе сосредоточена в тех же регионах, что и самоубийств (Архангельская область, Новгородская область, Республика Коми, Ненецкий автономный округ; рис. 8). Это свидетельствует об общем негативном фоне социального здоровья на данных территориях.

В разрезе муниципальных образований Вологодской области позитивные изменения в отношении распространенности самоубийств коснулись 16 территорий (по сравнению с 2009 г.; рис. 9). Прежде всего, существенно снизился уровень смертности от суицидов в Бабаевском, Усть-Кубинском и Никольском районах. Негативные изменения затронули в первую очередь Тотемский и Харовский районы (прил. 6).

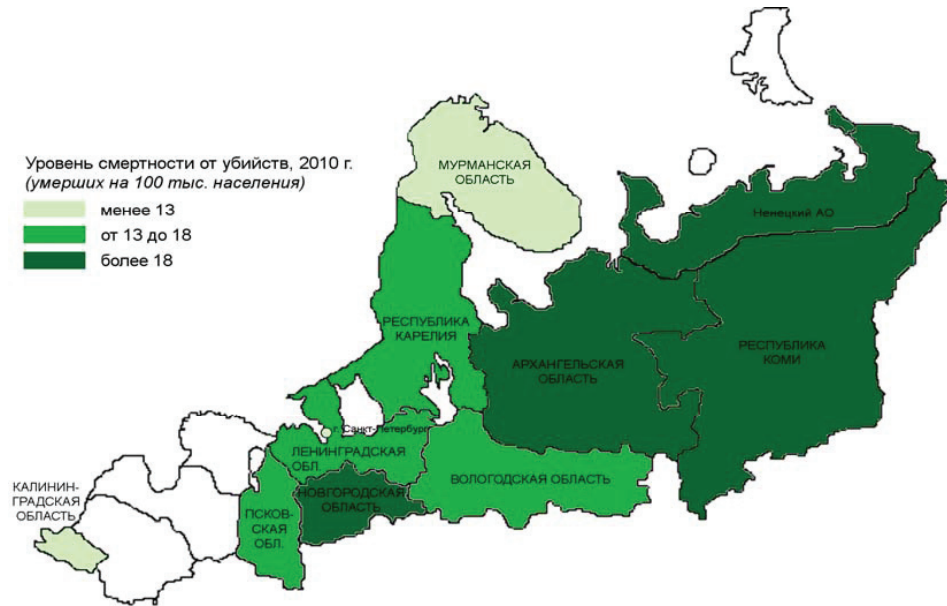
В 9 районах Вологодской области за период с 2003 по 2010 г. возрос уровень смертности от убийств. По данным на 2010 г. наиболее неблагоприятными в этом отношении территориями являются Усть-Кубинский, Верховажский, Белозерский, Междуреченский, Сямженский и Шекснинский районы (рис. 10). Низкие показатели смертности от убийств с 2008 г. отмечаются в Бабушкинском, Кирилловском, Тарногском районах, а также в городах Вологде и Череповце (прил. 7).



Менее 20 случаев	От 20 до 35 случаев	Более 35 случаев
<i>1990 год</i>		
г. Санкт-Петербург (18,5) Мурманская область (19,7)	Ленинградская область (29,4) Архангельская область (30,5) Вологодская область (31,1) Республика Карелия (31,1) Республика Коми (31,3) Калининградская область (32,1) Псковская область (34,3)	Новгородская область (35,2)
<i>2000 год</i>		
г. Санкт-Петербург (18,4)		Мурманская область (38,0) Ленинградская область (40,2) Калининградская область (46,2) Республика Коми (48,8) Новгородская область (49,3) Республика Карелия (55,0) Псковская область (55,0) Вологодская область (57,3) Архангельская область (61,6)
<i>2010 год</i>		
г. Санкт-Петербург (10,8) Мурманская область (13,8)	Ленинградская область (22,7) Калининградская область (23,5) Вологодская область (25,7) Псковская область (26,0) Республика Карелия (27,1) Новгородская область (29,1)	Архангельская область (39,1) Республика Коми (40,5)

Рис. 7. Уровень смертности от самоубийств на территории Северо-Западного федерального округа (умерших на 100 тыс. населения)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru



Менее 13 случаев	От 13 до 18 случаев	Более 18 случаев
<i>1990 год</i>		
Мурманская область (7,0) г. Санкт-Петербург (8,2) Калининградская область (9,8) Ленинградская область (12,4) Псковская область (12,9)	Республика Карелия (14,7) Архангельская область (14,8) Вологодская область (14,8) Новгородская область (17,4)	Республика Коми (22,3)
<i>2000 год</i>		
		г. Санкт-Петербург (19,4) Мурманская область (23,1) Калининградская область (23,6) Вологодская область (26,6) Республика Карелия (28,3) Псковская область (28,7) Ленинградская область (29,6) Новгородская область (32,1) Архангельская область (33,7) Республика Коми (44,7)
<i>2010 год</i>		
г. Санкт-Петербург (7,5) Калининградская область (10,2) Мурманская область (10,4)	Республика Карелия (13,3) Псковская область (13,8) Ленинградская область (13,9) Вологодская область (14,0) Архангельская область (18,6) Новгородская область (19,4)	Республика Коми (23,5)

Рис. 8. **Уровень смертности от убийств на территории Северо-Западного федерального округа** (умерших на 100 тыс. населения)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru



1 группа (менее 40 умерших на 100 тыс. нас.)	2 группа (от 40 до 70 умерших на 100 тыс. нас.)	3 группа (более 70 умерших на 100 тыс. нас.)
<i>2010 год</i>		
Сокольский р-н (34,7) Нюксенский р-н (30,2) Белозерский р-н (28,5) Бабаевский р-н (18,0) г. Вологда (16,9) Устюженский р-н (15,8) Шекснинский р-н (6,0) Череповецкий р-н (2,4) г. Череповец (2,2) Кадуйский р-н (0,0)	Грязовецкий р-н (66,4) Сямженский р-н (66,2) Харовский р-н (65,6) Великоустюгский р-н (58,6) Чагодощенский р-н (56,9) Кирилловский р-н (56,2) Вытегорский р-н (54,7) Бабушкинский р-н (52,1) Усть-Кубинский р-н (49,0) Вашкинский р-н (48,8) Междуреченский р-н (48,7) Никольский р-н (48,5) Кичменгско-Городецкий (47,9) Вожегодский р-н (47,0) Тарногский р-н (46,0) Вологодский р-н (43,6)	Тотемский р-н (87,3) Верховажский р-н (85,2)
<i>2005 год</i>		
Вологодский (39,8) Кадуйский (38,9) Устюженский (38,8) Бабаевский (37,7) г. Вологда (27,8) Шекснинский (22,7) г. Череповец (19,8)	Белозерский (68,6) К. Городецкий (65,7) Сокольский (64,7) Вашкинский (62,5) Кирилловский (60,8) В. Устюгский (56,3) Бабушкинский (56,3) Грязовецкий (50,6) Сямженский (49,0) Череповецкий (45,2) Нюксенский (43,5) Харовский (41,5) Чагодощенский (40,5) Тарногский (40,5)	Междуреченский (95,9) Верховажский (93,8) У. Кубинский (87,0) Никольский (86,3) Вытегорский (85,5) Тотемский (73,6) Вожегодский (71,4)

Окончание рис. 9

2000 год		
г. Вологда (39,1)	Кадуйский (68,0)	Верховажский (148,8)
У. Кубинский (28,5)	Вологодский (65,5)	Кирилловский (103,0)
Вашкинский (27,5)	Сокольский (65,1)	Вожегодский (102,4)
	Междуреченский (61,7)	Шекснинский (96,2)
	К. Городецкий (57,3)	Вытегорский (92,7)
	Нюксенский (53,8)	Сямженский (86,9)
	Харовский (53,5)	Грязовецкий (86,7)
	Тарногский (50,3)	Никольский (84,5)
	Белозерский (49,5)	Бабушкинский (82,2)
	В. Устюгский (45,5)	Тотемский (79,1)
	г. Череповец (40,5)	Бабаевский (75,7)
		Устюженский (73,7)
		Чагодощенский (72,7)
		Череповецкий (71,9)

Рис. 9. **Уровень смертности от самоубийств на территории Вологодской области**
(умерших на 100 тыс. населения)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru



Окончание рис. 10

1 группа (менее 15 умерших на 100 тыс. нас.)	2 группа (от 15 до 25 умерших на 100 тыс. нас.)	3 группа (более 25 умерших на 100 тыс. нас.)
<i>2010 год</i>		
Вашкинский р-н (0,0) Нюксенский р-н (0,0) г. Вологда (6,1) Кирилловский р-н (6,3) Бабушкинский р-н (7,5) Тарногский р-н (7,7) г. Череповец (8,0) Кичменгско-Городецкий р-н (10,8) Грязовецкий р-н (11,1) Кадуйский р-н (11,7)	Тотемский р-н (16,7) Вожегодский р-н (17,8) Вологодский р-н (19,8) Устюженский р-н (21,3) Вытегорский р-н (22,0) Никольский р-н (22,2) Великоустюгский р-н (22,4) Харовский р-н (24,2) Череповецкий р-н (24,3)	Сокольский р-н (27,2) Бабаевский р-н (27,3) Чагодощенский р-н (28,7) Междуреченский р-н (32,8) Шекснинский р-н (33,0) Сямженский р-н (33,5) Белозерский р-н (34,6) Верховажский р-н (35,8) Усть-Кубинский р-н (37,0)
<i>2005 год</i>		
Бабушкинский (7,0) Вашкинский (0,0) В. Устюгский (12,6) Кадуйский (11,1) Кирилловский (11,0) Сокольский (9,0) Устюженский (14,5) Шекснинский (8,5)	Верховажский (18,6) Никольский (23,4) Нюксенский (17,3) Тарногский (20,1) Череповецкий (20,0) г. Вологда (16,6) г. Череповец (16,5)	Бабаевский (45,7) Белозерский (39,0) Вожегодский (32,6) Вологодский (29,9) Вытегорский (52,3) Грязовецкий (27,6) К. Городецкий (42,0) Междуреченский (40,8) Сямженский (29,4) Тотемский (34,6) У. Кубинский (32,6) Харовский (46,1) Чагодощенский (26,9)
<i>2003 год</i>		
Бабаевский (12,1) Вашкинский (0,0) В. Устюгский (10,8) Вологодский (11,9) Сокольский (3,5) Сямженский (9,7) Тарногский (6,6) У. Кубинский (0,0) Чагодощенский (13,0)	Бабушкинский (20,3) Грязовецкий (19,5) К. Городецкий (18,2) Нюксенский (17,1) Шекснинский (25,2) г. Вологда (16,0) г. Череповец (23,8)	Белозерский (33,0) Верховажский (30,8) Вожегодский (31,8) Вытегорский (66,8) Кадуйский (49,0) Кирилловский (27,1) Междуреченский (39,7) Тотемский (38,0) Устюженский (46,7) Харовский (59,2) Череповецкий (44,4)

Рис. 10. **Уровень смертности от убийств на территории Вологодской области**
(умерших на 100 тыс. населения)

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

Итак, Российская Федерация характеризуется повышенным уровнем убийств и самоубийств, которые являются наиболее яркими представителями насильственных причин смертности с точки зрения оценки

социального здоровья общества. Следует также отметить, что, несмотря на свою репрезентативность, эти индикаторы представляют собой лишь «верхушку айсберга». Согласно формуле экспертов ВОЗ, на «п» завершенных самоубийств приходится 10 – 20п парасуицидов, 8п близких и родственников суицидента (которые входят в группу повышенного суицидального риска), 100п людей, помышляющих о самоубийстве или осуществляющих аутодеструктивные действия на подсознательном уровне. Таким образом, на 33 480 самоубийств, официально зарегистрированных в Российской Федерации в 2010 г., приходится, по расчетам, 0,4% жителей, пытавшихся покончить жизнь самоубийством, 0,2% населения из числа ближайшего окружения суицидента и 2,4% лиц, имеющих «внутренний суицидальный дискурс». В целом же в проблему суицидального поведения может быть включено до 4,2 млн. человек, что составляет 2,9% населения страны.

В сферу проблем, связанных с преступностью, состояние которой отражается уровнем смертности от убийств, входят не только люди, нарушающие закон, но и жертвы преступлений, а также лица, отбывающие наказание. Все они, так или иначе, оказываются «выключенными» из полноценной жизни общества. Оценка численности этих категорий населения показала, что преступниками являются преимущественно мужчины (722,7 чел. на 100 тыс. нас.), лица от 30 до 49 лет (337,3 на 100 тыс. нас.), без постоянного источника дохода (553,6 на 100 тыс. нас.). Численность осужденных в России за период с 1990 по 2009 г. увеличилась на 66% (с 537,6 до 892,2 тыс. человек), из них к лишению свободы ежегодно приговаривается от 32 до 35%. Возрастной состав осужденных в течение данного периода практически не менялся: более половины из них (54%) относятся к возрастной группе от 14 до 30 лет. Пострадавшими от преступлений, по результатам исследования, проведенного на территории Вологодской области, чаще всего становятся мужчины (747 чел. на 100 тыс. нас.), представители возрастных групп до 30 и от 30 до 55 лет (по результатам опроса – 41 и 47% соответственно), жители городской местности (85%).

Проведенный анализ позволяет оценить не только масштабы, но и территориальную специфику распространения социальных патологий: наиболее благоприятная ситуация наблюдается в Центральном, Северо-Кавказском и Южном федеральных округах, неблагоприятная – в Сибирском и Дальневосточном. При этом следует отметить, что на всех территориях Российской Федерации состояние социального

здоровья населения значительно ухудшилось к 2000 г., что стало следствием нестабильности социально-экономической и политической ситуации в конце 1990-х годов.

2.2. Влияние социальной дезинтеграции на распространение насильственных причин смертности

Учитывая тот факт, что убийства и самоубийства представляют собой формы деструктивного и аутодеструктивного поведения, следует отметить, что основной причиной их является социальная дезинтеграция; снижение эффективности нравственно-правовых регуляторов поведения личности; социальная изоляция индивидов, которая ведет к недостатку социальной поддержки; дефекты нравственно-правовой социализации личности; форсированный рост социальной мобильности, включая процессы массовой миграции; резкий рост преступности, в первую очередь организованной, в условиях ослабления рычагов государственного воздействия на общество³⁷.

Социальная дезинтеграция понимается как процесс и состояние распада общественного целого на части, разъединение элементов, некогда бывших объединенными, то есть процесс, противоположный социальной интеграции. Наиболее частые формы дезинтеграции – распад или исчезновение общих социальных ценностей, общей социальной организации, институтов, норм и чувства общих интересов. Этим понятием часто обозначается и отступление от норм организации и эффективности, то есть принятого институционального поведения то ли со стороны индивида, то ли со стороны социальных групп и акторов, стремящихся к переменам³⁸.

Социальная дезинтеграция, с одной стороны, лежит в основе депрессивного состояния, которое является движущим механизмом суицидальных тенденций, с другой стороны, она влечет за собой определенный тип поведения, который создает риск того, что человек может стать жертвой преступления.

На личностном уровне социальная дезинтеграция проявляется в таких чертах психологического портрета, как неуверенность в себе, тревожность, внушаемость, эмоциональная неустойчивость, пессимизм.

³⁷ Вишневецкий К.В. Криминогенная виктимизация социальных групп в современном обществе: автореф. дис. ... д.ю.н. – М., 2007; Саратовский Центр по исследованию проблем организованной преступности и коррупции [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://sartraccs.ru/i.php?oper=read_file&filename=Disser/vishnevecky.htm

³⁸ Голенкова З.Т., Игитханян Е.Д. Процессы интеграции и дезинтеграции в социальной структуре российского общества // Социс. – 1999. – № 9. – С. 22-33.

На территории Вологодской области, согласно результатам исследования, подобные черты отмечают в себе от 10 до 40% населения (табл. 7)³⁹.

Таблица 7. **Доля жителей Вологодской области, которые имеют психологические черты, свидетельствующие о социальной дезинтеграции**
(в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2009 г.
Ощущаю усталость, апатию	41,3
Испытываю чувство одиночества	37,6
Употребляю алкоголь исключительно для снятия нервного напряжения	37,4
Испытываю внутреннее напряжение	36,7
Недостаточно уверен в себе	31,7
Доля людей, проявляющих симптомы тревоги*	30,7
Испытываю напряжение, раздражение, страх, тоску	29,5
Считаю себя пессимистом	19,7
У меня часто меняется настроение в зависимости от серьезной причины или без нее	10,1
* Для оценки численности населения, проявляющего симптомы тревоги, использовалась госпитальная шкала тревоги и депрессии. Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья населения Вологодской области.	

При длительном нахождении в состоянии социальной дезинтеграции, в случае отсутствия своевременного вмешательства, негативные психологические черты личности могут трансформироваться в особенности поведения, то есть проявиться на «внешнем», видимом уровне. Такое поведение сопровождается различными проявлениями социальной дезадаптации, вплоть до крайней ее степени – полной изоляции личности. Оно характеризуется частой сменой настроения, пассивностью в трудных ситуациях, склонностью к социальной изоляции. Личности, обладающие подобными чертами, либо часто попадают в конфликтные ситуации, склонны к алкоголизму и нарушению принятых в обществе норм, либо характеризуются высокой степенью конформности, то есть стараются избегать ситуаций принятия решения и ничем не выделяться из привычной для них социальной группы.

Как показали результаты исследования, подобные черты отмечаются у 10 – 30% населения Вологодской области (табл. 8).

³⁹ Мониторинг общественного психического здоровья населения Вологодской области проводится ИСЭРТ РАН с 2001 г. С периодичностью 1 раз в год опрашивается 1500 человек в 10 муниципальных образованиях области (Кирилловский, Вожегодский, Шекснинский, Грязовецкий, Никольский, Бабаевский, Тарногский, Великоустюгский районы, а также г. Вологда и г. Череповец). Выборка целенаправленная, квотная. Ошибка выборки не превышает 3%. Техническая обработка информации производится в программах SPSS и Excel.

Таблица 8. Доля жителей Вологодской области, которые проявляют черты поведения, свидетельствующие о социальной дезинтеграции (в % от числа опрошенных)

Вариант ответа	2009 г.
Испытываю затруднения при знакомстве с незнакомыми людьми	29,7
Часто совершаю поступки, в которых приходится раскаиваться	27,2
Не желаю заводить новые социальные контакты, расширять круг общения	24,3
Мне трудно поддерживать разговор при знакомстве	22,3
Мои отношения на работе можно охарактеризовать как конфликтные	21,9
Часто попадаю в конфликтные ситуации	20,1
Употребляю алкогольные напитки 1 – 2 раза в неделю и чаще	19,1
Оцениваю свои семейные взаимоотношения как напряженные, конфликтные	19,1
Неудовлетворен отношениями с супругом	13,1
Неудовлетворен отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми	9,8
Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья населения Вологодской области.	

По результатам различных исследований практически во всех случаях завершеного самоубийства или его попытки у суицидентов было отмечены симптомы депрессивного расстройства. Это повлияло на то, что депрессию называют «движущим механизмом» самоубийства. В Вологодской области признаки депрессии проявляет около трети населения региона (31 – 32%), причем этот показатель остается стабильным на протяжении периода с 2001 по 2009 г. (рис. 11). Результаты проведенного исследования показали, что люди, которым присущи социально дезинтегрированные черты личности или поведения, склонны к проявлению признаков депрессии примерно в два раза чаще, чем остальное население (прил. 10).

Таким образом, изучение процессов и проявлений социальной дезинтеграции имеет важное значение с точки зрения мониторинга суицидальных тенденций и профилактики самоубийств среди населения. Аналогичным образом социальная дезинтеграция лежит в основе виктимного поведения, то есть выступает фактором преступности как общественного явления.

Виктимологические исследования за рубежом имеют высокий статус как источник информации, который дает более точные и полные сведения о криминальной ситуации, чем официальная статистика. Преимуществом подобного анализа является то, что он позволяет учесть латентные процессы преступности, а также носит профилактическую направленность (результаты виктимологического исследования

состоят в выявлении социально-экономических, демографических и иных характеристик лиц, составляющих группу риска в плане того, что они могут стать жертвами преступных посягательств).

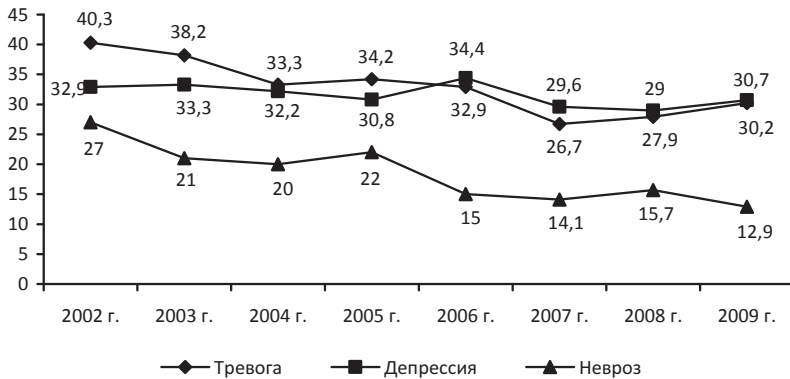


Рис. 11. Динамика распространения симптомов тревоги, депрессии и невроза (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного психического здоровья ИСЭРТ РАН.

Следует также отметить, что если лица, совершающие преступления, в большей степени принадлежат к маргинальным слоям населения или «выключены» из общественной жизни по причине отбывания наказания, то их жертвы – это остальные люди, то есть именно они составляют основу человеческого потенциала территории.

Разработка и запуск системы регионального мониторинга виктимологической ситуации является перспективной задачей для предупреждения криминальных ситуаций на ранних стадиях развития, в настоящее же время мы можем судить об уровне виктимогенности общества по данным официальной статистики и результатам социологических исследований.

Виктимные качества граждан зависят от их возраста, пола, жизненного опыта, подготовленности к действиям в опасных ситуациях, личностных особенностей. Так, например, виктимность детей определяется их недостаточным опытом и знанием жизни, повышенной внушаемостью, а старых людей и инвалидов – ограниченными возможностями в быстрой ориентировке в пространстве и передвижении.

Условия социализации, существующие в обществе, также обладают определенной степенью виктимности. К ним относятся неблагоприятные факторы социализации, способствующие формированию социально-психологической предрасположенности личности к поведению

жертвы. Например, в сфере семейных отношений повышенную виктимность имеет поведение какого-либо из членов семьи, характеризующееся безнравственностью, асоциальностью, склонностью к оскорблению и притеснению других членов семьи, созданию психотравмирующей обстановки.

В периоды социальных новаций и перемен, сопровождающихся хаотическим развитием общественных отношений, убыстрением социальной дифференциации, социальной мобильности, понижением порога индивидуальной и общественной безопасности, возрастает число случаев, когда человек проявляет те или иные формы виктимного поведения. Снижение адаптации людей в связи с быстро меняющимися условиями жизни и психологические стрессы являются ведущими факторами виктимизации населения⁴⁰.

Уровень виктимизации современного российского общества существенно выше, чем в европейских странах⁴¹. В течение последних 10 лет на территории Российской Федерации ежегодно увеличивалось число потерпевших. Если в 1997 г. было зарегистрировано 1704,2 тыс. жертв преступлений, то в 2009 г. их число достигло 2675,1 тыс. Наиболее объективно показывает состояние защищенности в обществе динамика числа лиц, пострадавших от тяжких насильственных преступлений. За 11 месяцев 2009 г. тяжкий вред здоровью был причинен 51 тыс. человек, от преступных посягательств погибло 41,5 тыс. человек. По подсчетам специалистов, количество потерпевших с учетом латентности, близких родственников пострадавших и их иждивенцев ежегодно составляет более 10 миллионов человек⁴².

Доля преступлений, сопряженных с насильственными действиями в отношении потерпевших, остается стабильной с 2004 г. и составляет 17 – 18% от общего числа совершенных правонарушений. По данным на 2009 г. наиболее напряженная ситуация наблюдается в Уральском, Сибирском и Приволжском федеральных округах (табл. 9).

В 42 регионах этот показатель выше среднего по стране. Его максимальные значения наблюдаются в Республике Тыва (33,3%), Курганской области (28,4%), Республике Коми и Республике Саха (по 26,2%; прил. 9).

⁴⁰ Волкова В.В. Феномен виктимного поведения в условиях современного мегаполиса [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://socioonom.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no2-14-2010/fenomen-viktimnogo-povedenija-v-uslovijakh-sovremennogo-megapolisa/>

⁴¹ Задорожный В.И. Виктимологическая безопасность и её обеспечение мерами виктимологической профилактики. – Тамбов, 2005. – С. 38.

⁴² Ившин В.Г., Идрисова С.Ф., Татьяна Л.Г. Виктимология: учеб. пос. – М., 2011. – С. 11.

Таблица 9. Число преступлений, сопряженных с насильственными действиями в отношении потерпевших

Территория	2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.	
	тыс. ед.	в %	тыс. ед.	в %	тыс. ед.	в %	тыс. ед.	в %	тыс. ед.	в %	тыс. ед.	в %
Российская Федерация	518,6	17,9	658,8	18,5	684,3	17,7	618,3	17,3	570,6	17,8	531,0	17,7
Уральский федеральный округ	65,1	19,8	80,7	19,5	77,8	17,8	71,2	18,3	72,3	21,7	66,8	21,4
Сибирский федеральный округ	92,7	19,8	118,6	20,8	119,9	19,5	113,0	19,0	110,1	19,9	101,9	19,7
Приволжский федеральный округ	120,1	20,0	156,9	19,3	174,5	19,3	155,4	19,6	135,7	19,5	122,6	19,2
Северо-Западный федеральный округ	55,0	20,1	68,2	20,9	68,7	19,8	60,6	18,7	53,2	18,8	49,7	18,6
Дальневосточный федеральный округ	27,3	17,5	35,8	18,7	45,4	19,0	39,3	17,9	33,9	17,5	29,5	17,6
Центральный федеральный округ	108,4	16,4	141,5	18,1	138,5	17,1	123,5	16,2	114,5	16,5	110,8	16,6
Южный федеральный округ	44,9	15,5	50,1	15,2	52,2	14,1	49,0	13,4	46,2	13,8	45,6	14,7

* Ранжировано по значению показателя в 2009 г. (в %).
 Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

По данным Министерства регионального развития Российской Федерации, в 2007 году каждый седьмой житель России лично подвергался преступным посягательствам, в 67 субъектах Российской Федерации более половины населения полагает, что проживает в регионах с высоким уровнем криминогенности⁴³.

Пострадавшими чаще всего становятся лица 25 – 30 лет, по роду занятий – индивидуальные предприниматели, люди с высшим образованием, жители городской местности. Граждане со средними доходами в целом реже оказываются жертвами криминальных посягательств, чем наименее состоятельные граждане и люди с относительно высокими доходами⁴⁴.

В 2009 г. в целом по России от преступных посягательств пострадало 2,3 млн. человек (1623 на 100 тыс. населения). В четырех из 8 федеральных округов данный показатель выше, чем в среднем по стране, что обусловлено более высоким уровнем преступности (в Приволжском федеральном округе – 3033 на 100 тыс. нас., Сибирском – 3736, Уральском – 3575, Дальневосточном – 3588, в среднем по России – 3021; рис. 12).

⁴³ Материалы международной конференции по проблемам латентной преступности (Эдинбург, 5-7 окт. 2010 г.) [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://www.crimpravo.ru/blog/prestupnost/463.html>

⁴⁴ Там же.

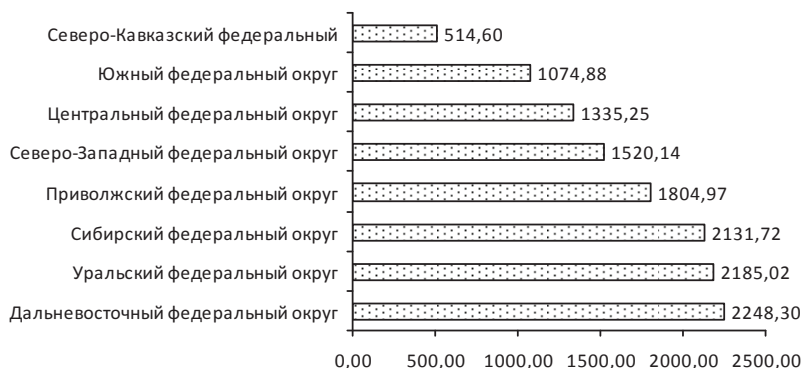


Рис. 12. Число лиц, потерпевших от преступных посягательств (2009 г., на 100 тыс. нас.)

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России в 2010 г.: стат. сб. / Росстат.

В Вологодской области численность потерпевших составляет 2007,9 на 100 тыс. человек (рис. 13). Это выше, чем в среднем по России и СЗФО. Всего за 2009 г. от преступных посягательств пострадало 24,4 тыс. жителей региона, что составляет 12% от общего числа потерпевших на территории Северо-Западного федерального округа. По данному показателю Вологодская область уступает только Санкт-Петербургу (28%).

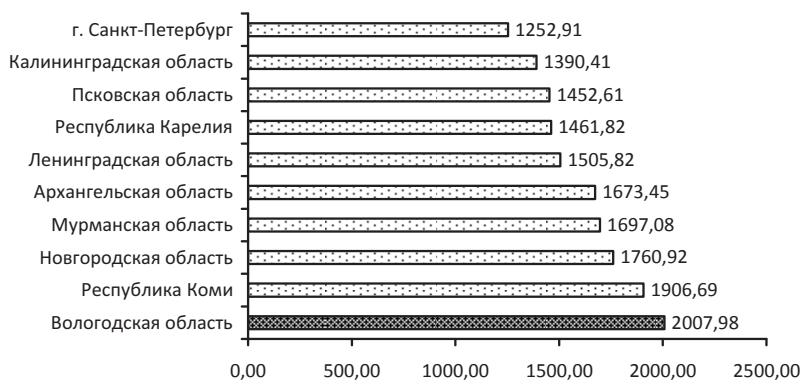


Рис. 13. Число лиц, потерпевших от преступных посягательств (2009 г., на 100 тыс. нас.)

Источник: Социальное положение и уровень жизни населения России в 2010 г.: стат. сб. / Росстат.

По данным опроса, проведенного на территории Вологодской области, доля ее жителей, пострадавших от преступлений и хулиганских действий, снижается на протяжении периода с 2002 по 2010 г. (рис. 14).

Мужчины и женщины одинаково часто становятся жертвами правонарушений (7 и 5% соответственно), при этом наиболее виктимной возрастной категорией являются люди, не достигшие 30 лет (10%), а также жители городских территорий (7%).



Рис. 14. Доля пострадавших и свидетелей преступлений и хулиганских действий на территории Вологодской области (в % от числа опрошенных)

Источник: данные мониторинга общественного мнения ИСЭРТ РАН об изменении условий жизни населения Вологодской области.

Согласно данным официальной статистики, преступления против собственности (кражи, грабежи, мошенничество) совершаются значительно чаще, чем такие виды правонарушений, как убийство или умышленное причинение тяжкого вреда здоровью. Тем не менее, именно по данным видам насчитывается наибольшее количество потерпевших.

За период с 2003 по 2009 г. доля убийств в структуре преступности сократилась почти в 2 раза (с 1,1 до 0,6%), однако коэффициент виктимности по данному виду правонарушений увеличился с 9358,2 до 9558,3 на 10 тыс. населения (табл. 10). Это означает, что в каждом конкретном случае убийства или покушения на него увеличивается число пострадавших, то есть происходит ужесточение криминальной субкультуры.

К наиболее виктимным группам населения относятся те граждане, которые в силу половозрастных характеристик (например, несовершеннолетние, женщины, пожилые люди), профессии (сотрудники правоохранительных органов, инкассаторы и т.д.) либо в силу собственного поведения или образа жизни (лица, злоупотребляющие алкоголем, ведущие асоциальный образ жизни) имеют большую по сравнению с другими людьми вероятность стать жертвой преступлений.

Таблица 10. **Коэффициент специальной (избирательной) виктимности по видам преступлений в Российской Федерации** (число преступлений, в которых имелись потерпевшие, на 10 тыс. преступлений данного вида)*

Виды преступлений	2003 г.	2004 г.	2005 г.	2006 г.	2007 г.	2008 г.	2009 г.
<i>Всего</i>	<i>6702,6</i>	<i>6854,3</i>	<i>7136,1</i>	<i>7056,6</i>	<i>6877,0</i>	<i>6704,3</i>	<i>6786,7</i>
Умышленное причинение тяжкого вреда здоровью	9739,5	9746,8	9729,9	9761,0	9778,7	9816,0	9858,0
Убийство и покушение на убийство	9358,2	9412,7	9465,5	9467,6	9493,0	9523,3	9558,3
Грабеж	9372,0	9541,3	9630,1	9652,9	9587,5	9518,1	9484,9
Разбой	9163,2	9306,0	9407,7	9487,5	9466,4	9387,5	9340,2
Хулиганство	8960,8	8432,1	8458,4	9429,2	9341,8	9139,7	9098,6
Неправомерное завладение автомобилем или иным транспортным средством без цели хищения (угон)	8345,5	8074,4	8309,5	8930,2	8976,1	8884,4	8945,5
Кража	7600,1	7861,3	8104,3	8186,1	8088,9	8018,3	8321,7
Мошенничество	6367,8	6648,3	6928,3	6572,7	6181,5	5896,4	6189,0
* Ранжировано по значению показателя в 2009 г. Источник: рассчитано по данным стат. сборника «Регионы России: социально-экономические показатели» / Росстат. – М., 2010. – 996 с.							

Дети и молодежь в силу своего возраста не имеют жизненного опыта, обладают повышенной внушаемостью и одновременно любознательностью, склонностью пробовать новые формы поведения. Кроме того, по своему социальному статусу дети и подростки зависимы от родителей и не имеют возможности принимать самостоятельные решения.

За период с 2001 по 2010 г. тенденция снижения смертности от убийств и самоубийств наблюдается во всех возрастных группах населения Вологодской области (табл. 11). Следует отметить, что во всех категориях уровень суицидов существенно превосходит уровень смертности от убийств (особенно ярко это проявляется среди людей от 10 до 19 и старше 60 лет).

Повышенный уровень суицидов среди молодежи отмечается и в других российских исследованиях. Например, по данным А.Ю. Мягкова⁴⁵ и С.В. Ерофеева⁴⁶, которые провели анализ ситуации в Ивановской области, «самой уязвимой в суицидальном отношении является молодежная когорта от 14 до 29 лет. При очень высоком уровне самоубийств здесь наблюдается и весьма устойчивая отрицательная динамика.

⁴⁵ Мягков Александр Юрьевич – д.с.н., профессор, заведующий кафедрой социологии Ивановского государственного энергетического университета.

⁴⁶ Ерофеев Сергей Владимирович – д.м.н., зав. кафедрой судебной медицины, медицинского права и биоэтики Ивановской государственной медицинской академии, начальник бюро судебно-медицинской экспертизы Ивановской области.

Индекс суицидальности среди молодежи сегодня превышает общегородской показатель более чем в 2 раза, при этом за последние шесть лет он увеличился на 19%»⁴⁷.

Риск суицида среди детей и подростков связан с тем, что они, имея повышенный уровень лабильности психики, в то же время не обладают жизненным опытом, достаточным для конструктивного реагирования на психотравмирующие ситуации. В пожилом возрасте повышенный риск самоубийства связан с ухудшением физического здоровья и одновременным выходом на пенсию, то есть с потерей принадлежности к социальной группе (трудовой коллектив) и необходимостью смены привычного образа жизни (профессиональная занятость). Кроме того, к старшему поколению относится большинство собственников крупных состояний, что повышает риск стать жертвой преступления.

Таблица 11. **Возрастная структура смертности населения Вологодской области от убийств и самоубийств (абс.)**

Возрастная группа	Год										2010 г. в % к 2001 г.	2010 г. в % к 2009 г.
	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010		
<i>Самоубийства</i>												
0 – 9 лет	0,0	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
10– 19 лет	12,0	15,2	12,1	9,1	11,9	9,1	11,9	7,2	7,0	9,7	46,2	133,3
20 – 39 лет	56,4	57,0	61,7	55,6	40,9	42,9	37,5	25,3	33,7	27,8	50,5	82,7
40 – 59 лет	80,6	74,7	75,9	64,3	58,2	56,0	46,7	37,8	38,7	33,8	43,8	86,6
60 и более лет	68,6	63,4	59,5	60,2	46,7	58,0	47,3	36,7	36,9	31,9	39,7	87,3
<i>Убийства</i>												
0 – 9 лет	0,0	0,0	0,0	0,9	0,9	0,9	0,8	4,0	0,8	3,8	0,0	500,0
10– 19 лет	5,1	1,0	9,1	3,2	3,4	4,9	5,9	5,7	5,4	0,0	0,0	0,0
20 – 39 лет	33,4	24,5	28,7	31,5	27,0	25,6	22,2	17,5	17,0	16,1	49,6	95,3
40 – 59 лет	49,0	47,6	43,3	29,4	39,4	25,1	26,2	22,3	22,0	20,6	43,9	92,6
60 и более лет	23,3	22,9	15,4	16,1	15,4	9,8	6,1	8,0	12,1	13,4	49,2	111,5

Источник: рассчитано по данным стат. сборников «Демографический ежегодник Вологодской области за 2000 – 2010 гг.» и «Половозрастной состав населения Вологодской области за 2000 – 2010 гг.».

На территории Российской Федерации с 2000 по 2009 г. число лиц несовершеннолетнего возраста (до 17 лет включительно), ставших жертвами преступления, увеличилось со 104,1 до 108,7 тыс. человек. За этот же период среди остальной части населения данный показатель снизился с 1991,4 до 1844,5 тыс. чел. Таким образом, уровень виктимизации среди несовершеннолетних в среднем за 2000 – 2009 гг. составил

⁴⁷ Мягков А.Ю., Ерофеев С.В. Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов // Социологический журнал. – 2007. – №2. – С. 47.

434 человека на 100 тыс. населения. Однако криминальная активность в возрасте до 14 лет крайне низка и поэтому корректнее рассматривать возрастную группу от 14 до 17 лет, в которой данный показатель в 3 раза выше (рис. 15).

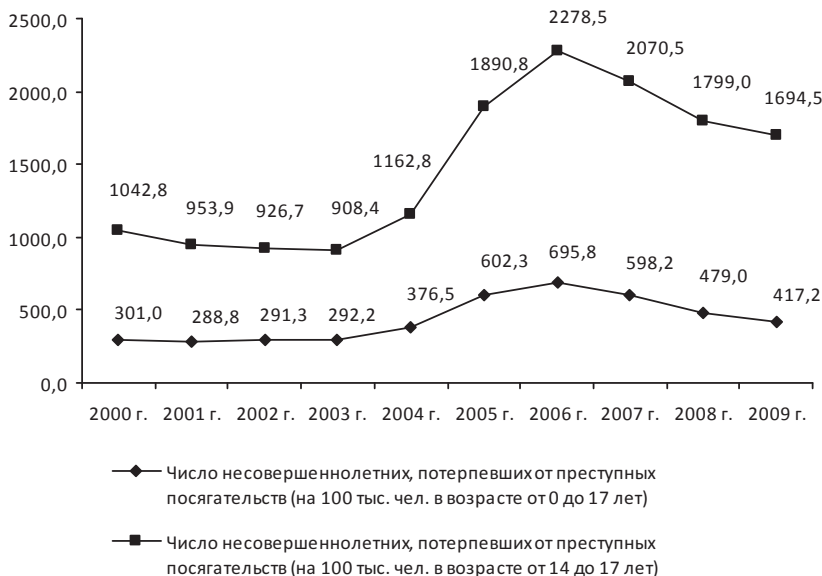


Рис. 15. **Уровень виктимизации среди лиц несовершеннолетнего возраста на территории Российской Федерации**

Источник: Молодежь в России. – 2010: стат. сб. / ЮНИСЕФ, Росстат. – М.: Статистика России, 2010. – 166 с.

Уровень смертности от убийств и самоубийств в 5 – 6 раз выше среди мужчин, чем среди женщин. Данное соотношение остается стабильным на протяжении 2000 – 2009 гг. как в Вологодской области, так и в среднем по стране (табл. 12).

Повышенный уровень самоубийств среди мужчин отмечается во многих и классических (П. Сорокин, Э. Дюркгейм), и современных (Д. Вассерман⁴⁸, Г.В. Старшенбаум⁴⁹) исследованиях. Ученые сходятся во мнении, что главным фактором суицидального поведения являются недостаток социальной интеграции, психологическое ощущение

⁴⁸ Данута Вассерман (Danuta Wasserman) – доктор медицины и философии, профессор психиатрии и суицидологии Национального института психосоциальной медицины Каролинского института Стокгольма, директор Шведского национального центра исследования суицидов и профилактики психических заболеваний.

⁴⁹ Старшенбаум Геннадий Владимирович – психиатр-психотерапевт высшей категории, кандидат медицинских наук, доцент Высшей школы психологии при Институте психологии РАН и Института психоанализа при МГУ.

одинокости, душевная боль. С этим связан, например, тот факт, что чаще всего суициды совершают мужчины 45 – 50 лет. В этом возрасте у них возникают проблемы со здоровьем, ощущение старости; на фоне этого они перестают чувствовать поддержку супруги, которая в этот период максимально востребована детьми или внуками. Кроме того, мужчины болезненнее реагируют на потерю работы, являющейся основным источником дохода в семье, и трудового коллектива, выступающего одной из наиболее важных для них социальных групп.

Таблица 12. **Уровень смертности от убийств и самоубийств среди мужчин и женщин** (на 100 тыс. нас.)

Категории населения		2000 г.	2003 г.	2005 г.	2007 г.	2009 г.	2009 к 2000 г., в %	2009 к 2005 г., в %
<i>Вологодская область *</i>								
Мужчины	Самоубийства	101,2	98,2	71,3	65,8	52,8	52,2	74,1
	Убийства	61,3	54,5	49,8	40,1	32,7	53,3	65,7
Женщины	Самоубийства	18,9	12,5	11,8	9,2	9,6	50,8	81,4
	Убийства	11,8	14,9	12,8	6,6	5,6	47,5	43,8
<i>Российская Федерация</i>								
Мужчины	Самоубийства	70,3	64,9	58,1	51,6	47,3	67,3	81,4
	Убийства	45,2	47,2	40,4	29,2	24,4	54,0	60,4
Женщины	Самоубийства	11,8	11,0	9,8	9,6	8,5	72,0	86,7
	Убийства	13,3	13,4	11,5	8,1	7,0	52,6	60,9
<p>* Данные об уровне смертности от убийств на территории Вологодской области – для населения трудоспособного возраста. Источники: Демографический ежегодник Вологодской области за 2000 – 2010 гг.; Демографический ежегодник Российской Федерации за 2000 – 2010 гг.</p>								

Численность лиц, потерпевших от преступных посягательств, среди мужчин ежегодно выше, чем среди женщин (рис. 16). Это связано с различиями в условиях социализации, а также большей вовлеченностью мужчин во внедомашние виды деятельности⁵⁰.

Тенденции преступности в обеих рассматриваемых категориях населения в целом идентичны: снижение числа потерпевших в результате преступных посягательств в период с 2002 по 2004 г. обусловлено принятием новой редакции Уголовно-процессуального кодекса в июле 2002 г., согласно которому многие деяния, ранее считавшиеся тяжкими преступлениями, перешли в категорию преступлений средней тяжести, в то время как число зарегистрированных фактов таких преступлений

⁵⁰ Гидденс Э. Социология: учебник. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – С. 116.

фактически не изменилось⁵¹. Уменьшение количества потерпевших от преступлений с 2006 г. является общемировой тенденцией (в странах Евросоюза она наблюдается с 2004 г.)⁵².

Следует также отметить, что за 2000 – 2009 гг. соотношение численности потерпевших от преступлений среди мужчин и женщин в целом по стране существенно сократилось (в 2000 г. оно составляло 2,5 раза, в 2009 г. – 1,4 раза), что, вероятно, является косвенным результатом процесса эмансипации. Так, еще в XIX веке криминалисты предсказывали, что уравнивание полов либо уменьшит, либо устранил полностью различия в криминальной деятельности мужчин и женщин, но пока эти различия остаются⁵³.

На региональном уровне тенденция «сближения» уровня виктимизации среди мужчин и женщин проявляется еще более отчетливо. Судя по данным опросов, проведенных на территории Вологодской области, доля лиц, ставших жертвами правонарушений или хулиганских действий, среди мужчин и женщин практически одинакова (по данным на 2009 г. – 50,9 и 49,1% соответственно).

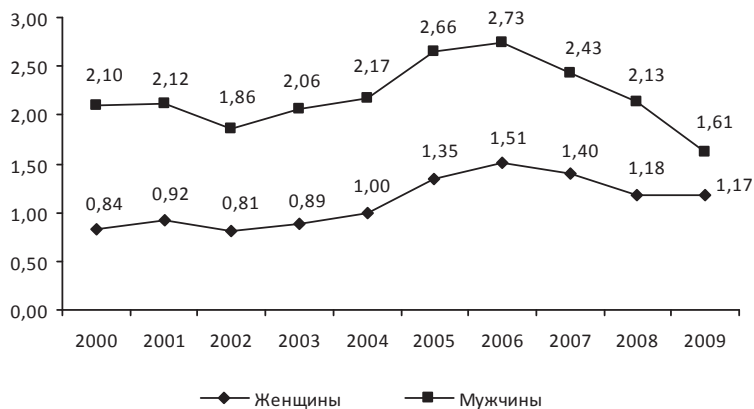


Рис. 16. Доля мужчин и женщин, потерпевших от преступных посягательств (в % от численности населения каждого пола)

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 813 с.

Ситуация с соотношением суицидов и убийств на городских и сельских территориях в Вологодской области также схожа с общероссийской: сельские жители примерно в 1,5 – 2 раза чаще умирают от убийств или

⁵¹ Щербакова Е. Демоскоп Weekly [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>

⁵² Там же.

⁵³ Гидденс Э. Социология: учебник. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – С. 109.

самоубийств, чем городское население (табл. 13). Причина этого, на наш взгляд, состоит в более тяжелых социально-экономических условиях жизни в сельской местности. Так, в 2010 г. на городских и сельских территориях денежный доход населения составил соответственно 12 921 и 9234 руб. в месяц, общее количество располагаемых ресурсов – 14 309 и 10 912 руб. в месяц. Из них расходы на покупку алкогольных напитков было равно 1,8 и 2,5% от общих расходов соответственно (в 2009 г. – 1,8 и 2,9%). Количество безработных среди городских и сельских жителей в 2010 г. составило 6,5 и 11,2% от общей численности экономически активного населения (в 2009 г. – 6,9 и 10,4%).

Таблица 13. **Уровень смертности от убийств и самоубийств на городских и сельских территориях** (на 100 тыс. нас.)

Территория		1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2010 г.	2010 к 1990 г. (в %)	2010 к 2005 г. (в %)
<i>Вологодская область</i>								
Город	Самоубийства	26,3	49,8	47,3	29	16,6	63,1	57,2
	Убийства	13,9	25,8	26,1	21,1	9,8	70,5	46,4
Село	Самоубийства	40,2	71,1	79,3	60,9	47,5	118,2	78,0
	Убийства	16,4	20,1	27,9	26,8	24,0	146,3	89,6
<i>Российская Федерация</i>								
Город	Самоубийства	24,2	37,8	33,8	26,4	18,1	74,8	68,6
	Убийства	13,9	32,3	28,7	24,2	12,0	86,3	49,6
Село	Самоубийства	32,7	51,5	53,9	47,9	38,2	116,8	79,7
	Убийства	15,4	26,5	27	26,9	16,8	109,1	62,5

Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru

Повышенный уровень убийств и самоубийств на сельских территориях характерен не только для Вологодской области, но и для остальных регионов СЗФО (табл. 14). Следует также отметить, что по актуальности этих проблем на сельских территориях Вологодская область занимает четвертое место на Северо-Западе.

Представителями группы риска являются и различного рода социальные меньшинства (иммигранты, беженцы, вынужденные переселенцы), что связано с их адаптацией и ассимиляцией в новом обществе.

Повышенная виктимность перечисленных категорий населения обусловлена сильной зависимостью от состояния социального здоровья общества. Например, женщины, дети, пожилые люди зависят от устойчивости семьи как социального института. В то же время численность иммигрантов, лиц, злоупотребляющих алкоголем, и других категорий является прямым следствием социальных процессов, степени адаптации населения к изменяющимся условиям социальной среды.

Таблица 14. **Уровень самоубийств в городской и сельской местности по регионам СЗФО** (умерших на 100 тыс. нас., 2010 г.)*

Территория	Городские территории		Сельские территории	
	Самоубийства	Убийства	Самоубийства	Убийства
<i>Российская Федерация</i>	18,1	12,0	38,2	16,8
<i>СЗФО</i>	17,1	10,6	44,6	21,8
Республика Карелия	22,0 (4)	12,5 (5)	45,2 (5)	16,2 (6)
Республика Коми	28,0 (2)	17,7 (1)	82,1 (1)	42,7 (1)
Архангельская область	31,3 (1)	16,0 (2)	63,2 (2)	26,6 (3)
Вологодская область	16,6 (7)	9,8 (8)	47,5 (4)	24,0 (4)
Калининградская область	21,3 (5)	9,6 (9)	31,0 (7)	12,2 (8)
Ленинградская область	20,8 (6)	13,2 (4)	26,5 (8)	15,2 (7)
Мурманская область	13,9 (9)	10,5 (7)	12,2 (9)	8,7 (9)
Новгородская область	22,7 (3)	15,1 (3)	44,5 (6)	29,5 (2)
Псковская область	16,2 (8)	11,4 (6)	49,0 (3)	19,3 (5)
г.Санкт-Петербург	10,8 (10)	7,5 (10)	0,0 (10)	0,0 (10)
* В скобках указано место региона в СЗФО. Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru				

Виктимный образ жизни характеризуется сознательным или неосознанным, свободным или сделанным под влиянием жизненных обстоятельств выбором индивидом типа поведения, повышающего степень криминальной опасности и возможности стать жертвой насилия. Повышенной виктимностью обладает образ жизни маргинальных слоев населения (лиц без определенного места жительства, беспризорных детей, нищих и др.), беженцев, вынужденных переселенцев, иммигрантов, а также тех категорий населения, которые сталкиваются с объективными трудностями социализации (такими как низкий уровень дохода, отсутствие занятости). Численность населения, относящегося к категориям с повышенной виктимностью, представлена в таблице 15.

Таким образом, социальная ситуация формирует на территории страны определенный уровень виктимности, то есть создает слой общества, представители которого по своим личностным качествам и поведенческим стереотипам обладают повышенной степенью вероятности совершения против них правонарушений. Численность данной категории зависит от уровня и качества жизни населения, политической и экономической стабильности, эффективности функционирования социальных институтов. На территории Российской Федерации вслед за снижением уровня преступности с 2005 г. уменьшается и число жертв правонарушений. Тем не менее актуальность проблемы виктимизации сохраняется, поскольку значительной остается доля населения, попадающего в группу риска.

Таблица 15. Социальные группы с повышенным уровнем виктимности

Категория населения	Российская Федерация			Северо-Западный федеральный округ			Вологодская область		
	2000 г.	2005 г.	2009 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.
Численность безработных (на 10 тыс. чел.)	525,3	367,8	449,1	497,9	304,1	400,0	424,7	274,1	427,7
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности нас.)	29,0	17,7	13,2	33,2	17,3	14,3	25,5	18,3	18,4
Численность беженцев и вынужденных переселенцев (на 100 тыс. чел.)	40,4	6,2	2,9	28,0	1,1	0,5	18,6	0,1	0,0
Число прибывших мигрантов (на 10 тыс. чел.)	181,6	145,9	140,1	170,3	130,8	133,2	146,2	101,9	93,4
Число людей, заболевших алкоголизмом и алкогольными психозами (на 100 тыс. нас.)	130,6	146,2	112,5	131,1	141,9	106,6	98,8	150,2	104,2
Число людей, заболевших наркоманией (на 100 тыс. нас.)	50,7	17,0	17,8	35,6	17,7	18,2	28,6	11,6	10,2

Источник: Российский статистический ежегодник. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – 813 с.

Исследование, проведенное на территории Вологодской области, показало, что каждый третий ее житель проявляет симптомы депрессии и испытывает такие негативные эмоции, как страх, тоска, апатия, раздражение. От 20 до 30% жителей области социально пассивны, часто попадают в конфликтные ситуации и испытывают проблемы с общением.

Наличие значительной доли населения, обладающего характеристиками социальной дезинтеграции, не означает, что все эти люди совершат попытку суицида или станут жертвами преступлений. Однако они составляют группу риска и увеличение их численности является фактором, обуславливающим актуальность проблем преступности и суицидального поведения как социальных явлений и как индикаторов социального здоровья общества. Это вызывает необходимость более глубокого изучения круга проблем, связанных с характеристиками социальной дезинтеграции населения, и проведения специальных исследований на данную тему, а также принятия мер по нивелированию факторов риска социальной среды, способствующих превращению человека в жертву преступности и суицида.

Согласно полученным результатам большинство рассматриваемых факторов показали слабую ($r = 0,20 - 0,29$) или очень слабую ($r < 0,19$) степень связи с уровнем убийств и самоубийств (табл. 16, прил. 11). Это

объясняется тем, что социальные патологии не вызываются напрямую каким-либо из перечисленных факторов, а формируются под влиянием их комплекса в течение длительного времени.

Таблица 16. **Факторы, оказывающие влияние на уровень смертности населения от самоубийств на территории Российской Федерации (2009 г.)**

Факторы		Коэффициент корреляции (r) с уровнем смертности от самоубийств
Социально-демографические характеристики	Удельный вес городского населения в общей численности населения (%)	-0,168
	Коэффициент демографической нагрузки (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов)	-0,171
	Общие коэффициенты разводимости (на 1 тыс. чел.)	0,191
	Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	-0,414**
Социально-экономические характеристики	Уровень экономической активности населения (в %)	0,005
	Среднедушевые денежные доходы населения (руб.)	-0,041
	Уровень безработицы (в %)	-0,155
	Уровень зарегистрированной безработицы (в %)	-0,194
	Коэффициент фондов (раз)	-0,132
	Коэффициент Джини	-0,109
	Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	0,312*
	Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	0,168
	Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на социально-культурные мероприятия в 2009 г. (млн. руб.)	-0,209
	Расходы субъектов Российской Федерации на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан (тыс. руб.)	-0,090
Состояние системы здравоохранения	Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.)	0,430**
	Численность врачей (на 10 тыс. чел.)	0,082
	Численность среднего мед. персонала (на 10 тыс. чел.)	0,413**
Образ жизни	Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	0,413**
	Объемы продажи водки и ликеро-водочных изделий (литров на душу населения)	0,308*
	Число спортивных учреждений (стадионы с трибунами на 1500 мест и более, плоскостные спортивные сооружения, спортивные залы, плавательные бассейны)	-0,031
	Численность людей, посещающих учреждения культуры (библиотеки, музеи, театры; тыс. чел.)	-0,060
<p>* Уровень значимости $p < 0,05$. ** Уровень значимости $p < 0,01$. Источники: рассчитано по данным стат. сборников: Российский статистический ежегодник. 2010 / Росстат. – М., 2010. – 813 с.); Регионы России: социально-экономические показатели / Росстат. – М., 2010. – 996 с.; базы данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru.</p>		

Тем не менее ряд показателей находятся в умеренной зависимости ($r=0,30 - 0,49$), что позволяет трактовать их как значимые факторы распространения убийств и самоубийств. Социальные патологии находятся в прямой связи с численностью населения, имеющего доходы ниже прожиточного минимума ($r_{\text{самоубийств}} = 0,312$; $r_{\text{убийств}} = 0,307$) и в обратной связи с коэффициентом миграционного прироста ($r_{\text{самоубийств}} = - 0,414$; $r_{\text{убийств}} = - 0,445$).

Кроме того, распространение суицидов связано с уровнем развития системы здравоохранения, в частности такими показателями, как мощность амбулаторно-поликлинических учреждений ($r = 0,430$) и обеспеченность населения средним медицинским персоналом ($r = 0,413$). Результаты проведенного анализа свидетельствуют о влиянии на уровень смертности населения от самоубийств объемов продажи ($r = 0,308$) и потребления ($r = 0,413$) алкогольных напитков.

На распространение убийств, наряду с уровнем доходов населения ($r = 0,307$) и объемами продажи алкогольной продукции ($r = 0,382$), влияют также условия проживания населения (табл. 17). Об этом свидетельствует корреляционная связь уровня смертности от насильственных причин с удельным весом ветхого и аварийного жилищного фонда ($r = 0,498$).

Если рассматривать ситуацию в динамике, то можно констатировать, что наиболее значимое влияние на распространение убийств и самоубийств оказывают уровень миграционного прироста, индикаторы развития системы здравоохранения, расходы населения на алкогольную и табачную продукцию, условия жилищного фонда (табл. 18).

В этом списке требует дополнительных разъяснений фактор миграционного прироста, поскольку зарубежные и отечественные исследования, в том числе классиков суицидологии, свидетельствуют о прямой зависимости между интенсивностью миграционных процессов и уровнем самоубийств. Миграция чаще всего происходит в результате объективных причин (поиск работы, улучшение жилищных условий и т.д.). Другими словами, человек не по собственной воле мигрирует в другую страну (или регион), а вынужден это делать под давлением каких-либо социальных обстоятельств. При этом возникают проблемы социальной, экономической, профессиональной и культурной адаптации мигранта к новой для него социальной среде. Следствием этого становится повышенный риск развития у него девиантных форм поведения, включая суицидальное.

Таблица 17. **Факторы, оказывающие влияние на уровень смертности населения от убийств и самоубийств на территории Российской Федерации (2009 г.)**

Факторы		Коэффициент корреляции (r) с уровнем смертности от убийств
Социально-демографические характеристики	Удельный вес городского населения в общей численности населения (%)	-0,047
	Коэффициент демографической нагрузки (на 1000 человек трудоспособного возраста приходится лиц нетрудоспособных возрастов)	-0,204
	Общие коэффициенты разводимости (на 1 тыс. чел.)	0,073
	Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	-0,445**
Социально-экономические характеристики	Уровень экономической активности населения (в %)	-0,033
	Среднедушевые денежные доходы населения (руб.)	0,076
	Уровень безработицы (в %)	0,093
	Уровень зарегистрированной безработицы (в %)	-0,061
	Коэффициент фондов (раз)	-0,046
	Коэффициент Джини	-0,022
	Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	0,307*
	Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	0,498**
Образ жизни	Расходы консолидированных бюджетов субъектов РФ на социально-культурные мероприятия в 2009 г. (млн. руб.)	-0,134
	Расходы субъектов Российской Федерации на реализацию мер социальной поддержки отдельных категорий граждан (тыс. руб.)	-0,064
	Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	0,161
	Объемы продажи водки и ликеро-водочных изделий (литров на душу населения)	0,382**
Число спортивных учреждений (стадионы с трибунами на 1500 мест и более / плоскостные спортивные сооружения, спортивные залы, плавательные бассейны)	-0,031	
Численность людей, посещающих учреждения культуры (библиотеки, музеи, театры; тыс. чел.)	-0,053	

* Уровень значимости $p < 0,05$.
 ** Уровень значимости $p < 0,01$.
 Источники: рассчитано по данным стат. сборников: Российский статистический ежегодник. 2010. / Росстат. – М., 2010. – 813 с.; Регионы России: социально-экономические показатели / Росстат. – М., 2010. – 996 с.; базы данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru.

Таблица 18. Динамика наиболее значимых факторов риска убийств и самоубийств

Факторы	1995 г.	2000 г.	2002 г.	2005 г.	2009 г.	2010 г.
<i>Самоубийства</i>						
Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	-0,345	-0,356	-0,336	-0,222	-0,414	-0,442
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	-0,126 (<i>p</i> = 0,278)	0,077 (<i>p</i> = 0,497)	-0,028 (<i>p</i> = 0,804)	0,109 (<i>p</i> = 0,332)	0,312	0,305
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.)	0,234	0,280	0,303	0,360	0,430	0,515
Численность среднего мед. персонала (на 10 тыс. чел.)	0,388	0,366	0,370	0,365	0,413	0,466
Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	Н.д.	Н.д.	0,459	0,354	0,413	0,301
Объемы продажи водки и ликероводочных изделий (литров на душу населения)	Н.д.	0,116 (<i>p</i> = 0,304)	0,168 (<i>p</i> = 0,132)	0,052 (<i>p</i> = 0,645)	0,308	0,453
<i>Убийства</i>						
Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	-0,251	-0,232	-0,334	-0,331	-0,445	-0,411
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	0,136 (<i>p</i> = 0,243)	0,127 (<i>p</i> = 0,260)	0,023 (<i>p</i> = 0,842)	0,175 (<i>p</i> = 0,118)	0,307	0,380
Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	Н.д.	Н.д.	0,258	0,381	0,498	0,598
Объемы продажи водки и ликероводочных изделий (литров на душу населения)	Н.д.	0,102 (<i>p</i> = 0,366)	0,169 (<i>p</i> = 0,129)	0,183 (<i>p</i> = 0,099)	0,382	0,399

Тем не менее наши исследования показали, что уровень миграционного прироста имеет обратную связь с уровнем развития социальных патологий, причем эта зависимость наблюдается на протяжении всего периода с 1995 по 2010 г. На наш взгляд, это может быть вызвано тремя причинами:

1. Миграционная политика оказывает положительное влияние на общий уровень социально-экономического развития территории, что косвенно отражается и на психологическом самочувствии людей, ее населяющих. Как отмечает член Совета при Президенте России по содействию развитию институтов гражданского общества и правам человека

С.А. Ганнушкина, «в России сейчас стало принято утверждать, что приток мигрантов приводит к напряженности в обществе, культурные отличия мигрантов от местного населения так велики, что почти непреодолимы. Суждение о повышенной криминогенности мигрантской среды не соответствует действительности: процент преступлений, совершенных иностранными гражданами, не высок – он колеблется вокруг 3%. При этом в трети случаев правонарушений мигранты обвиняются в подделке документов»⁵⁴. Таким образом, снижение уровня распространенности социальных патологий при повышении коэффициента миграционного прироста может свидетельствовать об эффективности миграционной политики и мер, принимаемых для наиболее эффективной адаптации мигрантов к новым социальным условиям.

2. Потенциальную базу для развития криминальной среды или суицидального поведения представляют не все мигранты, а только неучтенные, нелегальные. Так, по словам научного сотрудника Института макроэкономических исследований (ГУ ИМЭИ) при Минэкономразвития М.Л. Лифшица, «объем возможной иммиграции не опасен для России, особенно при его естественных потенциальных ограничениях. Негативные последствия имеет лишь теневая составляющая иммиграции. Это и потери бюджета от неуплаты налогов, и потери в зарплате отечественной низкоквалифицированной рабочей силы. Особенно опасна криминализация мигрантов. Поэтому усилия следует сосредоточить на переводе нелегальной миграции в правовое поле»⁵⁵.

3. На территории страны преобладает внутрорегиональная миграция. По данным Росстата, в 2009 г. общее число мигрантов составило 1 987 598 человек. Из них 86% являлись гражданами России (причем 47% из них мигрировали в пределах одного региона) и лишь 14% – зарубежных стран. Аналогичное соотношение наблюдалось и раньше: в 2000 г. – 87 и 13%, в 1990 г. – 82 и 18% соответственно⁵⁶. Для мигрантов из бывших стран СССР процесс адаптации (например, культурной) протекает с наименьшими потерями. Это связано и с отсутствием языкового барьера, и с наличием родственно-дружеских связей.

⁵⁴ Проблемы миграции и аспекты сотрудничества РФ и США в решении миграционных проблем: материалы заседания рабочей группы «Гражданское общество» в рамках Российско-Американской президентской комиссии по развитию сотрудничества от 27.05.2010 г. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.memo.ru/2010/06/01/dg.htm>

⁵⁵ Материалы заседания Экспертного совета по подготовке проекта программы партии «Правое дело» от 29.06.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://pravoeдело1.livejournal.com/210062.html>

⁵⁶ Демографический ежегодник России. 2010: стат. сб. / Росстат. – М., 2010. – С. 402.

Некоторые из полученных зависимостей можно подтвердить результатами других исследований. Например, исследование Д.Д. Богоявленского⁵⁷ показывает, что уровень самоубийств тесно связан с полом, возрастом, семейным положением, но при прочих равных условиях роковую роль играет алкоголизм. Распространенность самоубийств на 8 – 15% (в среднем на 12%) зависит от заболеваемости населения хроническим алкоголизмом. Не менее чем у 30% самоубийц (а максимально – у трех четвертей мужчин и у трети женщин) в крови обнаружен алкоголь⁵⁸.

Роль первичного амбулаторного звена системы здравоохранения в предотвращении суицидальных тенденций на ранних стадиях развития состоит в диагностике депрессии. По данным Ф.И. Белялова⁵⁹, ссылающегося также и на зарубежные исследования разных лет (Ustin T.B., Sartorius N., 1995; Lyketsos C.G., et al., 1999; Ayuso-Mateos J.L., et al., 2001; Strine T.W., et al., 2008), «признаки депрессии выявляются у 9–20% населения, а среди пациентов амбулаторных или стационарных лечебных учреждений частота достигает 10–33%»⁶⁰. По данным Э. Гроллмана⁶¹, «3/4 тех, кто совершает самоубийства, посещают своих врачей до этого по какому-либо поводу в течение ближайших месяцев»⁶².

Динамику факторов риска социальных патологий нельзя однозначно оценивать как позитивную. С одной стороны, с 2000 г. стабильно снижается численность населения с доходами ниже прожиточного минимума, с 1990 г. увеличивается мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, с 2005 г. снижается уровень потребительских расходов населения на алкогольную продукцию и табачные изделия (табл. 19). С другой стороны, в 2009 г., по сравнению с 1990 г. почти в 2 раза увеличился удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда, снизилась обеспеченность населения средним медицинским персоналом.

⁵⁷ Богоявленский Дмитрий Дмитриевич – старший научный сотрудник Центра демографии и экологии человека Института народнохозяйственного прогнозирования РАН.

⁵⁸ Богоявленский Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы // Социс. – 2002. – №5. – С. 6.

⁵⁹ Белялов Фарид Исмагильевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры геронтологии и гериатрии Иркутского государственного института усовершенствования врачей (ИГИУВ), г. Иркутск.

⁶⁰ Белялов Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта. – Изд. 5, перераб. и доп. – Иркутск, 2011. – С. 12.

⁶¹ Эрл Гроллман – американский психолог-суицидолог.

⁶² Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 270 – 352.

Таблица 19. Динамика распространенности факторов риска социальных патологий на территории Российской Федерации

Показатели	1990	1995	1998	2000	2005	2008	2009	2009 г. к 1990 г., в %	2009 г. к 2000 г., в %
Коэффициент миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)	19	44	19	25	9	18	18	94,7	72,0
Численность населения с доходами ниже величины прожиточного минимума (в % от общей численности населения)	23,4	24,8	23,4	29,0	17,7	13,4	13,2	56,4	45,5
Удельный вес ветхого и аварийного жилищного фонда в общей площади жилищного фонда (в %)	1,3	1,4	н.д.	2,4	3,2	3,2	3,1	238,5	129,2
Мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. чел.)	217,3	235,1	239,3	243,2	256,9	257,3	257,7	118,6	106,0
Численность среднего мед. персонала (на 10 тыс. чел.)	124,4	110,8	111,4	107,6	108,0	106,5	106,9	85,9	99,3
Потребительские расходы на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)	4,9	2,5	2,5	2,5	2,7	2,3	2,4	49,0	96,0
Объемы продажи водки и ликероводочных изделий (литров на душу населения)	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	Н.д.	12,5	11,7	Н.д.	Н.д.
Источник: база данных Федеральной службы государственной статистики. – Режим доступа: www.gks.ru									

В целом по Российской Федерации факторы риска социальных патологий распространены достаточно широко. Судя по материалам исследований зарубежных компаний и организаций (Gallup, Global Wealth 2011, Grant Thornton International, Sophos, March of Dimes, Ernst & Young, comScore, Legatum Institute, Institute for Economics and Peace, IMD)⁶³, Россия занимает первое место в мире по числу разводов; количеству сирот и детей, брошенных родителями; объему потребления героина (21% всего производимого в мире героина) и табака (в том числе среди детей); по уровню потребления алкоголя среди лиц в возрасте от 11 до 18 лет.

Россия находится на втором месте по количеству заключенных (на первом – США, третьем и четвертом – Казахстан и Белоруссия) и численности мигрантов (первое место – США, далее следуют Герма-

⁶³ Интернет-проект газеты «Мой район» (г. Санкт-Петербург). – Вып. от 10.06.2011. – Реж. дост.: http://www.mr7.ru/news/society/story_43146.html

ния, Саудовская Аравия, Канада, Франция). Третье место принадлежит Российской Федерации по количеству людей, страдающих ожирением (первое – США, второе – Мексика). Четвертое – по числу поданных гражданами просьб о предоставлении убежища за рубежом (после Ирака, Афганистана и Сомали), а также по употреблению алкоголя (после Молдавии, Чехии и Венгрии). При этом Россия является лидером по числу зарегистрированных больных алкоголизмом.

Вследствие широкого распространения факторов социальных патологий, по данным этого же исследования, Россия занимает 1 место по числу психических заболеваний и суицидов, 5 место по количеству убийств, 127 место по показателям здоровья населения (при этом по расходам на здравоохранение – 75-е), 175 место – по уровню физической безопасности граждан.

По данным Федеральной службы государственной статистики, в Россию ежегодно прибывает около 2 млн. мигрантов. На 1 января 2010 г. зарегистрировано 58 тыс. беженцев и вынужденных переселенцев. По данным на 2009 г. около 18,8 млн. человек в стране имели доходы ниже величины прожиточного минимума. Из них 19% составляют дети в возрасте до 16 лет, причем с 2007 г. их численность увеличивается (в 2007 г. – 17,2%, в 2008 г. – 18,7%).

В 2009 г. в России было зафиксировано 695,4 тыс. разводов (в 2007 г. – 682,1; в 2008 г. – 709,8). Около 13 – 14 тыс. детей ежегодно остается без попечения родителей (в 2008 г. – 13,1 тыс., в 2010 г. – 14,1). Примерно 2,8 млн. семей состоят на учете на приобретение жилья, при этом получают новое жилье или улучшают свои жилищные условия лишь около 180 тыс. семей.

От алкогольных отравлений ежегодно умирает около 20 тысяч россиян. Численность людей, у которых впервые был установлен диагноз «алкоголизм и алкогольные психозы», в 2010 г. составила 152,8 тыс. чел., в 2009 г. – 159,7, в 2008 г. – 173,7 тыс. чел.. При этом следует отметить, что постановке официального медицинского диагноза предшествует длительный период злоупотребления алкоголем и лишь проявление соматических симптомов заболевания дает основания для регистрации патологии. Таким образом, реальное число людей, составляющих группу риска по фактору злоупотребления алкоголем, значительно выше, чем то, которое регистрируется официальной статистикой. Судя по данным социологических опросов, в 2010 г. 41% населения Вологодской области или 494 тысячи человек употребляли алкоголь несколько раз в неделю (в 2009 г. – 44%).

Подчеркнем, что факторы социальных патологий тесно взаимосвязаны и имеют комплексный характер. Например, низкий уровень дохода часто сопровождается злоупотреблением алкогольными напитками и неудовлетворительными условиями проживания. Социальное «дно», которое формируется в результате маргинализации населения и является «естественным ресурсом уголовного мира», составляют в основном люди, не имеющие стабильного дохода и постоянного места проживания⁶⁴.

Таким образом, полученные в ходе корреляционного анализа данные свидетельствуют о влиянии на уровень распространения убийств и самоубийств показателей, отражающих уровень и образ жизни населения. В то же время следует отметить, что это только предварительные данные. В перспективе они требуют дополнительного и более развернутого анализа, поскольку некоторые из них играют двойственную роль в формировании социальных патологий. Например, отечественными специалистами (А.Г. Амбрумова⁶⁵, Я.И. Гилинский⁶⁶, С.В. Бородин⁶⁷) подчеркивается важность роли семьи в формировании суицидальных тенденций. Результаты исследований специалистов ВОЗ свидетельствуют о том, что самый высокий уровень самоубийств отмечается среди разошедшихся или разведенных людей⁶⁸.

В 2007 г. нами было проведено исследование суицидальных попыток, которое также подтвердило значимость семейного фактора в формировании склонности к самоубийству (каждый четвертый парасуицидент родился и воспитывался в неполной семье, в каждом втором случае попытка самоубийства была связана с острой конфликтной ситуацией в семье)⁶⁹.

В то же время нельзя не отметить, что семья часто является гарантом психологического дискомфорта для индивида. В случае длительных конфликтных отношений или напряженной психологической

⁶⁴ Римашевская Н.М. Бедность и маргинализация населения (социальное дно) // Социологические исследования. – 2004. – № 4. – С. 33 – 44.

⁶⁵ Амбрумова Айна Григорьевна – ведущий российский суицидолог, доктор медицинских наук, основатель и руководитель Всесоюзного суицидологического центра, заслуженный деятель науки РСФСР.

⁶⁶ Гилинский Яков Ильич – доктор юридических наук, профессор, профессор Санкт-Петербургского юридического института, член Нью-Йоркской академии наук.

⁶⁷ Бородин Станислав Владимирович (18.09.1924 – 16.09.2005) – специалист по уголовному праву, уголовному процессу, криминологии, судоустройству, д.ю.н., профессор, заслуженный юрист РФ.

⁶⁸ Насилие и его влияние на здоровье: доклад о ситуации в мире / ВОЗ (Женева). – М.: Весь мир. – С. 201.

⁶⁹ Исследование проведено на базе Вологодской областной психиатрической больницы (ВОПБ) в 2007 г. Было проанализировано 98 больничных карт пациентов ВОПБ, совершивших попытку суицида в 2006 – I кв. 2007 г.

атмосферы (когда открытых скандалов в семье нет, но взаимодействие между супругами носит «холодный», безразличный характер) развод может стать одним из барьеров, препятствующих развитию суицидальных тенденций. В некоторых случаях прекращение семейных взаимоотношений является наиболее эффективным вариантом выхода из психотравмирующей ситуации.

Дополнительной проверки требует и установленная обратная связь социальных патологий с уровнем миграции. Так, по мнению Э. Гроллмана, «с повышением темпов урбанизации и миграции населения семьи, друзья и сообщества людей становятся все более и более разобщенными, а те социальные структуры и роли, которые придавали смысл жизни личности, подвергаются болезненному исчезновению. Если люди теряют свои жизненные корни из-за ослабления социальных связей, то уровень суицидов, естественно, возрастает»⁷⁰.

Широкий спектр факторов распространения социальных патологий, присутствие в популяции (регионе, стране) стабильной группы риска, а также значительные масштабы социально-экономического ущерба от убийств и самоубийств – все это обуславливает актуальность данных проблем и диктует необходимость организации системы их профилактики. Направленность этой системы должна иметь не столько психологический, сколько социальный характер, потому что именно социальные причины, как показали результаты корреляционного анализа, лежат в основе этих явлений.

Широкое распространение убийств и самоубийств среди лиц трудоспособного возраста и более ранних возрастных категорий обуславливает существенные социально-экономические потери общества вследствие преждевременной смертности населения. Это заставляет обратить внимание на социальные патологии не только как на индикаторы социального здоровья общества, но и как на проблемы экономического характера.

2.3. Оценка социально-экономического ущерба от убийств и самоубийств

Смертность от убийств и самоубийств является и демографической, и в то же время социально-экономической проблемой, поскольку большинство смертей по данной причине происходят среди лиц трудоспособного возраста.

⁷⁰ Гроллман Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 270 – 352.

Определение и расчет экономических потерь, вызываемых снижением количественных и качественных показателей образовательного и трудового потенциала в результате заболеваемости, инвалидности, преждевременной смертности, имеют важное значение как для разработки политики в области здравоохранения, так и для определения ресурсов, необходимых для снижения этих потерь⁷¹.

По данным на 2009 г. почти половина (46%) всех самоубийств в России было совершено людьми в возрасте до 40 лет, при этом максимальное число суицидов приходилось на возрастную группу 25 – 29 лет (4231 ед.). Уровень смертности от убийств в целом ниже, однако большая его доля также приходится на ранние возрастные группы (на людей до 40 лет приходится 54% всех случаев смертности от убийств). Таким образом, рассматриваемые социальные патологии широко распространены среди наиболее молодых, трудоспособных категорий населения, что вызывает необходимость анализа и оценки их психологического и демографического аспектов как фактора, обуславливающего существенный социально-экономический ущерб из-за потерь продуктивных лет жизни.

Согласно полученным данным совокупные потери ВРП вследствие смертности населения от убийств и самоубийств значительно превышают ущерб не только от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления», но и от таких распространенных причин смерти, как злокачественные новообразования и ишемическая болезнь сердца (табл. 20; прил. 8).

По потерям ВРП вследствие суицидов лидирующие места в стране занимают Сибирский и Приволжский федеральные округа (рис. 17). Особенно неблагоприятная ситуация наблюдается в Чукотском автономном округе (2,7%), Республике Алтай и Забайкальском крае (по 1,6%; прил. 8).

Максимальные потери ВРП от убийств отмечены в Сибирском федеральном округе (рис. 18). Наиболее неблагоприятными в этом отношении субъектами Российской Федерации являются Республика Тыва (1,8%), Чукотский автономный округ (1,4%), Забайкальский край (0,9%), республики Бурятия (0,8%) и Саха (0,7%; прил. 8).

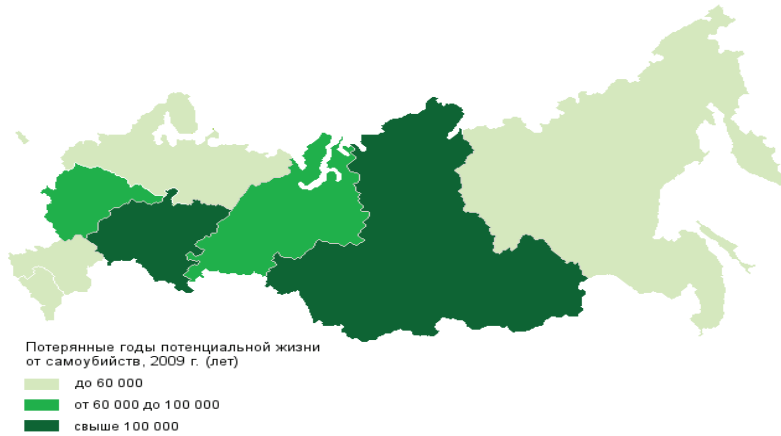
В сравнении с другими причинами смертности самоубийства показывают максимальный уровень ПППЖ в ранних возрастных категориях (20 – 29 лет). В целом на данную группу приходится до 37% всех

⁷¹ Карцевский А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области): дис. ... канд. экон. наук: 08.00.05.– Н.Новгород, 1996. – С. 13.

потерянных лет потенциальной жизни. Аналогичная ситуация наблюдается только в отношении транспортных несчастных случаев (табл. 21). Наибольшие потери от убийств происходят в группе от 25 до 35 лет, от алкогольных отравлений – 30 – 39 лет, от новообразований и ишемической болезни сердца – 45 – 55 лет.

Таблица 20. Социально-экономический ущерб в федеральных округах РФ вследствие ПГПЖ (2009 г.)

Территория	Ишемическая болезнь сердца		Злокачественные новообразования		Случайные отравления алкоголем		Транспортные несчастные случаи		Убийства		Самоубийства	
	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП	ПГПЖ (лет)	в % к ВРП
Россия	675 369	0,476	640 249	0,451	229 896	0,162	580 350	0,409	350 586	0,247	645 061	0,455
ЦФО	187 113	0,504	168 050	0,453	61 539	0,166	152 162	0,410	65 648	0,177	91 481	0,246
СЗФО	74 434	0,553	61 369	0,456	25 733	0,191	50 081	0,372	30 551	0,227	52 146	0,388
ЮФО	79 529	0,580	96 143	0,701	9947	0,073	92 461	0,674	32 822	0,239	56 146	0,409
ПФО	138 840	0,461	133 546	0,443	59 304	0,197	126 396	0,419	66 308	0,220	178 842	0,593
УФО	45 753	0,373	54 493	0,444	17 131	0,140	44 651	0,364	37 306	0,304	71 078	0,579
СФО	101 681	0,520	95 556	0,489	46 761	0,239	89 008	0,455	85 959	0,440	150 431	0,769
ДФО	48 019	0,744	31 092	0,482	9481	0,147	25 591	0,397	31 992	0,496	46 047	0,714



До 60 тыс. лет	От 60 до 100 тыс. лет	Свыше 100 тыс. лет
Дальневосточный федеральный округ (46 047) Северо-Западный федеральный округ (52 146) Южный федеральный округ (56 146)	Уральский федеральный округ (71 078) Центральный федеральный округ (91 481)	Сибирский федеральный округ (150 431) Приволжский федеральный округ (178 842)

Рис. 17. Распределение регионов Российской Федерации по уровню ПГПЖ вследствие самоубийств (2009 г.)

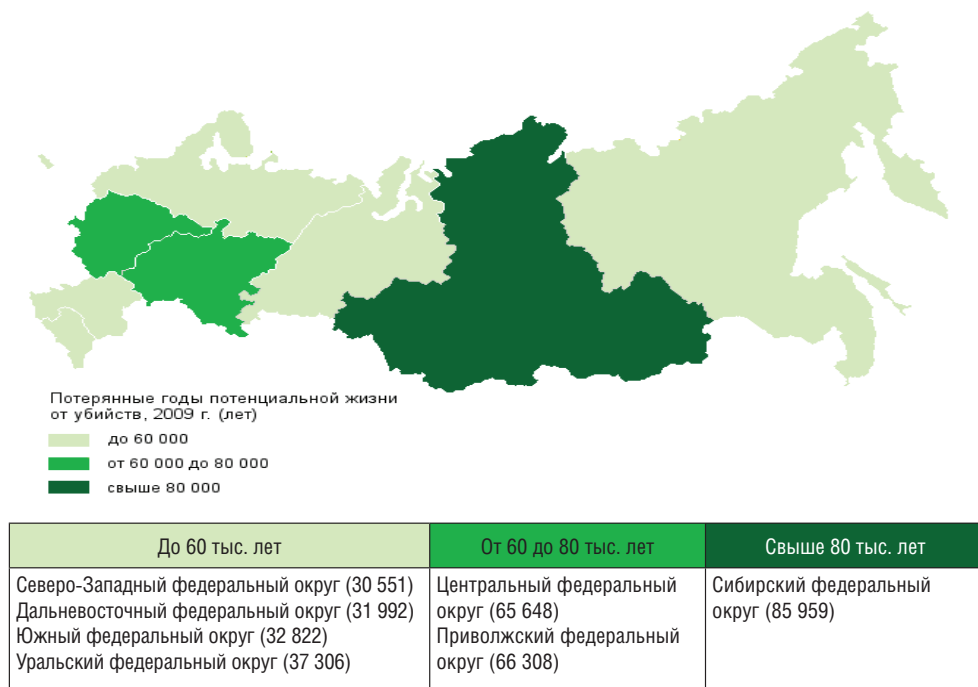


Рис. 18. Распределение регионов Российской Федерации по уровню ПГПЖ вследствие убийств (2009 г.)

Таблица 21. Распределение ПГПЖ в различных возрастных группах населения Российской Федерации

Причина смерти	Возрастная группа (лет)										
	5 – 9	10 – 14	15 – 19	20 – 24	25 – 29	30 – 34	35 – 39	40 – 44	45 – 49	50 – 54	55 – 59
Ишемическая болезнь сердца	47	42	3146	10 276	25 922	48 541	72 757	109 537	175 137	169 830	60 134
Злокачественные новообразования	12 715	10 881	20 656	28 413	40 380	53 263	63 737	84 667	132 767	125 041	44 832
Случайные отравления алкоголем	0	136	2077	12 534	29 580	42 136	42 833	36 123	37 503	21 740	4758
Транспортные несчастные случаи	13 342	16 119	68 327	138 348	113 427	82 378	52 997	37 639	29 036	13 881	2634
Убийства	2631	2408	21 944	53 928	64 600	65 788	52 168	35 366	28 861	13 749	2578
Самоубийства	515	10 613	71 571	135 401	133 027	105 111	71 107	48 737	41 590	22 823	4566

Среди молодежи (возрастная группа от 15 до 24 лет) совокупный размер ПГПЖ от убийств и самоубийств составляет 282 844 года, что выше, чем потери вследствие всех рассматриваемых причин смертности (рис. 19).



Рис. 19. ПГПЖ в возрастной группе от 15 до 24 лет, лет

На детей и подростков (до 24 лет) приходится 34% ПГПЖ от самоубийств и 33% – от убийств. Для сравнения: величина ПГПЖ от ишемической болезни сердца составляет 2%, от новообразований – 15%, от алкогольных отравлений – 7%. Таким образом, самоубийства и убийства являются теми причинами смертности, которые несут наибольший социально-экономический ущерб вследствие широкого распространения среди людей молодого возраста.

Таблица 22. ПГПЖ и потери ВРП среди мужчин и женщин на территории Российской Федерации (2009 г.)

Причина смерти	Мужчины			Женщины		
	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)	ПГПЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)
Ишемическая болезнь	608 686	137,568	0,429	66 683	15,071	0,047
Злокачественные новообразования	416 882	94,218	0,294	223 367	50,483	0,157
Случайные отравления алкоголем	198 411	44,842	0,140	31 485	7,116	0,022
Транспортные несчастные случаи	468 194	105,815	0,330	112 156	25,348	0,079
Убийства	285 510	64,527	0,201	65 076	14,708	0,046
Самоубийства	571 575	129,180	0,403	73 486	16,608	0,052

Самоубийства среди мужчин уступают по ПГПЖ только ишемической болезни сердца, что связано прежде всего с высокой смертностью

от сердечно-сосудистых заболеваний. Суициды среди женского населения, несмотря на значительно меньшую распространенность, приносят наиболее существенные социально-экономические потери по сравнению с другими причинами смертности (табл. 22).

В отношении убийств наблюдается более благоприятная ситуация: как среди мужчин, так и среди женщин показатель ПГПЖ превышает только уровень потерь от случайных алкогольных отравлений.

Причина более высокого уровня ПГПЖ от убийств и самоубийств среди мужчин обусловлена двумя факторами:

1. В силу своего характера и типа поведения мужчины традиционно чаще, чем женщины, прибегают к такому поступку, как суицид. Эта особенность, проявляющаяся во всех возрастных группах, отмечается в различных исследованиях, проведенных в разное время. К примеру, мужчины реже, чем женщины, обращаются за помощью к специалистам в случае возникновения проблем психологического характера; в случае попытки суицида избирают способ с максимальной вероятностью летального исхода (повешенье, самострел).

2. Высокий уровень потерь продолжительности продуктивной жизни вследствие убийств и самоубийств среди мужской части населения связан с резким ростом их числа в молодом возрасте (от 10 до 29 лет). На долю только этой возрастной категории приходится более половины (54%) бремени суицидов и 41% потерь от убийств среди мужчин.

В территориальном разрезе лидирующие места по уровню ПГПЖ от самоубийств как среди мужчин, так и среди женщин занимают Приволжский и Сибирский федеральные округа (табл. 23). Это происходит за счет Республики Башкортостан, Республики Татарстан, Пермского края (в Приволжском федеральном округе) и Красноярского края, Иркутской и Кемеровской областей (в Сибирском федеральном округе). Наиболее высокий уровень ПГПЖ от убийств отмечен в Дальневосточном, Сибирском и Уральском федеральных округах.

В Вологодской области социально-экономические потери от суицидов существенно выше, чем от других причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» (рис. 20). По данному показателю самоубийства можно сравнить с ишемической болезнью сердца и злокачественными новообразованиями, число которых выше в 16 и 7 раз соответственно. Уровень ущерба от убийств почти в два раза меньше, чем от суицидов (0,236 и 0,438% ВРП соответственно).

Таблица 23. **Территориальное распределение ПППЖ и потерь ВРП среди мужчин и женщин (2009 г.)**

Территория	Мужчины			Женщины		
	ПППЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)	ПППЖ (в годах)	Ущерб ВРП (млрд. руб.)	Ущерб ВРП (в %)
<i>Самоубийства</i>						
Российская Федерация	571 575	129,180	0,403	73 486	16,608	0,052
ЦФО	81 448	25,113	0,219	10 033	3,093	0,027
СЗФО	45 138	11,430	0,336	7008	1,775	0,052
ЮФО	49 652	7,200	0,362	6494	0,942	0,047
ПФО	161 155	26,312	0,535	17 687	2,888	0,059
УФО	63 412	22,726	0,517	7666	2,747	0,062
СФО	130 878	22,692	0,669	19 553	3,390	0,100
ДФО	39 892	10,705	0,618	6155	1,652	0,095
<i>Убийства</i>						
Российская Федерация	285 510	64,527	0,201	65 076	14,708	0,046
ЦФО	53 325	16,442	0,144	12 323	3,800	0,033
СЗФО	25 187	6,378	0,187	5364	1,358	0,040
ЮФО	27 401	3,973	0,200	5421	0,786	0,040
ПФО	52 201	8,523	0,173	14 107	2,303	0,047
УФО	30 084	10,782	0,245	7222	2,588	0,059
СФО	70 715	12,261	0,362	15 244	2,643	0,078
ДФО	26 597	7,137	0,412	5395	1,448	0,084

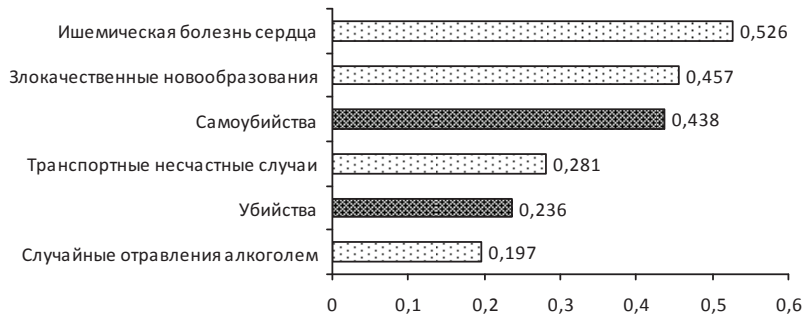


Рис. 20. Потери ВРП вследствие ПППЖ от некоторых причин класса «Несчастные случаи, травмы и отравления» в сравнении с наиболее распространенными причинами смертности на территории Вологодской области в 2009 г., в %

По количеству потерянных лет потенциальной жизни вследствие самоубийств Вологодская область занимает 5 место на Северо-Западе (5382 года), при этом регион является лидером по значению данного показателя среди детей и подростков (1532 года). Максимальный уровень потерь ПППЖ отмечается в Архангельской области и г. Санкт-Петербурге (8268 и 8081 год соответственно; рис. 21; прил. 8).

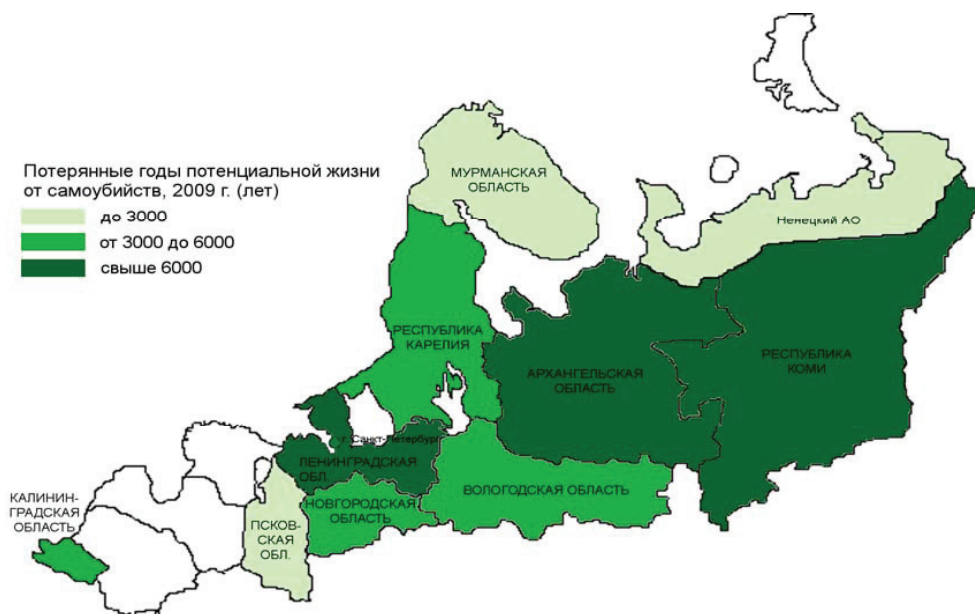


Рис. 21. Распределение регионов Северо-Западного федерального округа по уровню ПГПЖ вследствие самоубийств (2009 г.)

Также 5 место в округе Вологодская область занимает по уровню ПГПЖ от убийств (2869 лет). Максимальный уровень потерь отмечается в г. Санкт-Петербурге (6529 лет), Ленинградской области (4122 года) и Республике Коми (4075 лет; рис. 22; прил. 8).

На примере Вологодской области мы имеем возможность сравнить экономические затраты системы здравоохранения на лечение классов заболеваний, соответствующих рассматриваемым причинам смертности. Затраты системы здравоохранения на лечение болезней системы кровообращения и психических расстройств в 2009 г. были примерно одинаковы (1,04 и 1,06 млрд. руб., или 11,5 и 11,7% от общего уровня затрат соответственно; рис. 23). В то же время индекс ПГПЖ только по одним самоубийствам в Вологодской области в 2009 г. составил 1532, что в 13 раз больше, чем по ишемической болезни сердца (116 лет). При этом следует учесть, что хотя часть убийств, алкогольных отравлений и дорожно-транспортных происшествий также происходит под влиянием суицидального импульса, однако по различным причинам не регистрируется как самоубийство.

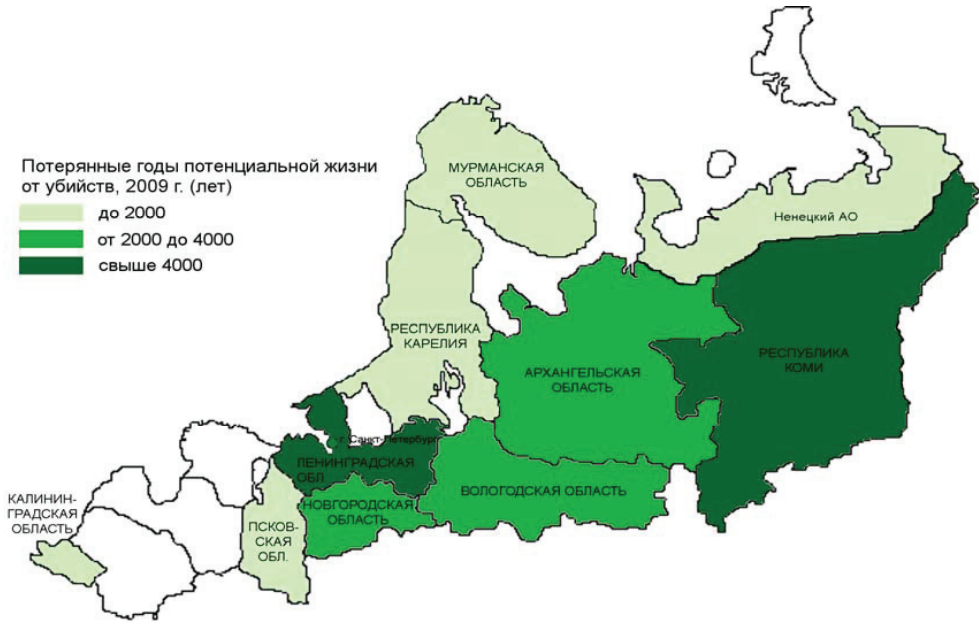


Рис. 22. Распределение регионов Северо-Западного федерального округа по уровню ПГПЖ вследствие убийств (2009 г.)

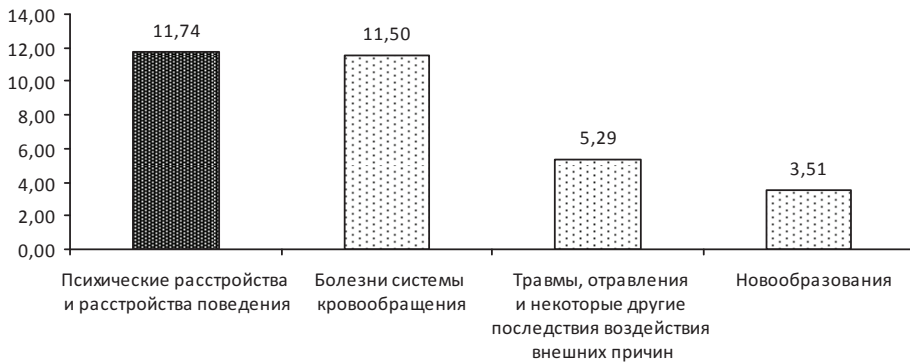


Рис. 23. Затраты системы здравоохранения Вологодской области на лечение отдельных классов заболеваний (в % от общего уровня затрат; 2009 г.)

Таким образом, убийства и самоубийства влекут за собой существенный социально-экономический ущерб. В первую очередь это происходит за счет суицидов и их распространения в ранних возрастных категориях.

Вместе с тем заметим, что если убийства имеют низкий уровень латентности и их основная часть фиксируется официальной статистикой, то реальные масштабы социально-экономического ущерба, связанного с проблемой суицидального поведения, значительно шире, поскольку включают в себя затраты на лечение и реабилитацию парасуицидентов, а также экономические потери, связанные с оценкой «бремени семьи» суицидента. Кроме того, результатом суицидальных тенденций является часть дорожно-транспортных происшествий, алкогольных и прочих отравлений, повреждений с неопределенными намерениями. Такие случаи не отражаются официальной статистикой, поэтому установить их долю невозможно, однако очевидно, что они вносят свои коррективы и в структуру экономических потерь.

Актуальность смертности населения от убийств и самоубийств как демографической и экономической проблемы диктует необходимость анализа зарубежных и отечественных подходов к их профилактике.

ГЛАВА 3

ЗАРУБЕЖНЫЙ И ОТЕЧЕСТВЕННЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ ПРОФИЛАКТИКИ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ

3.1. Профилактика суицидального поведения

В мировом сообществе осознание проблемы суицидального поведения как фактора, имеющего негативные последствия для экономики и демографической ситуации в стране, способствует повышению внимания со стороны общественности и органов власти к решению данного вопроса. Создание и реализация национальных стратегий превенции суицидов с 1989 г. отнесена Всемирной организацией здравоохранения к числу приоритетных направлений в сфере общественного здоровья⁷². В дальнейшем эта инициатива неоднократно обсуждалась на различных конференциях, организованных ВОЗ (в 1999, 2004, 2007 гг.). Ежегодно проводится Европейский симпозиум по проблемам самоубийства и суицидального поведения.

В 2001 г. Всемирная организация здравоохранения опубликовала стратегию по повышению осознания масштабов проблемы самоубийств властями, лицами, принимающими решения. Оценивая показатели в России, ВОЗ признала, что страна находится в состоянии чрезвычайной ситуации.

Во многих странах Европы, даже с низким уровнем самоубийств, существуют государственные программы по профилактике суицидов⁷³. Наибольших успехов в организации помощи суицидентам, их близким и родственникам достигли США, Япония, Швеция, Финляндия, Великобритания. В этих странах наряду с общественными и религиозными

⁷² Материалы конференции «Социальная реабилитация и поддержка инвалидов в Германии», г. Кельн, 26 – 30 января 2010 г. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: www.dorogavmir.ru/text/Materialy_konferencii.doc

⁷³ Войцех В.Ф. Что мы знаем о суициде / под ред. проф. В.С. Ястребова. – М., 2007. – С. 20.

организациями, занимающимися профилактикой суицидального поведения, существуют национальные ассоциации и научные институты, которые финансируются государством и разрабатывают программные документы рекомендательного характера. Кроме того, подобные организации образуют единое информационное пространство (в том числе за счет сети Интернет) по борьбе с суицидом, являясь участниками различных международных симпозиумов и конгрессов.

Наиболее известной на территории Российской Федерации организацией, занимающейся проблемой суицидального поведения, является Суицидологический федеральный научно-методический центр при НИИ психиатрии. Однако, в отличие от зарубежных аналогов, деятельность центра не поддерживается государством, поскольку в России отсутствует единая федеральная стратегия профилактики суицидального поведения, а региональные программы не скоординированы. В связи с этим представляется интересным с научной и практической точек зрения опыт зарубежных государств по организации системы помощи суицидентам.

США

Система профилактики суицидального поведения в США выделяется широко развитой сетью общественных организаций, работающих на добровольных началах. К таким организациям относятся The Samaritans of New York (специализируется на помощи людям в кризисной ситуации), Mental Health Association in New York State (обеспечивает взаимодействие суицидентов, их семей, профессионалов, сторонников движения).

Общенациональные службы помощи суицидентам представлены в таблице 24.

Таким образом, в США государство принимает активное участие в деле оказания помощи суицидентам. Широкая сеть общественных и национальных организаций позволяет одновременно работать по различным аспектам проблемы суицидального поведения. Американская ассоциация суицидологии (AAS), основанная в 1968 г. Э. Шнейдманом⁷⁴, является одним из мировых центров превенции суицидов. Она разработала и внедрила национальную программу по изучению и предупреждению самоубийств, главной идеей которой является повышение осведомленности населения о суицидальном поведении и возможностях превенции самоубийств.

⁷⁴ Эдвин Шнейдман (Edwin Shneidman, 13.05.1918 – 15.05.2009) – ведущий американский суицидолог, основатель и руководитель ряда центров исследований и профилактики самоубийств в США, основатель Американской ассоциации суицидологии.

Таблица 24. **Общенациональные службы помощи суицидентам в США**

Организация	Специфика деятельности
The National Suicide Prevention Lifeline	Финансируемая федеральным правительством сеть местных кризисных центров, предпринимающих меры по предупреждению самоубийств и предлагающих услуги служб интервенции.
National Suicide Hotlines	Общенациональная сеть «горячих линий» каждого штата по предотвращению самоубийств.
Girls & Boys Town National Hotline	Круглосуточная кризисная линия, представляющая необходимую информацию и выдающая направления суицидентам в специальные службы. Линия аккредитована национальной ассоциацией суицидологии и в своем штате содержит профессионально обученных консультантов.
Covenant House	Самое крупное агентство, специализирующееся на оказании помощи детям. Один из основных видов услуг состоит в предоставлении жилья молодым людям, сбежавшим из дома.
American Association of Suicidology (AAS)	Общенациональный центр по сбору и распространению информации, касающейся проблемы суицидального поведения. Организует программы обучения для профессионалов и добровольцев, занимается поддержкой научно-исследовательских, информационных и образовательных программ.
Suicide Prevention Resource Center (SPRC)	Занимается подготовкой суицидологов и распространением информационных материалов, используя в своей деятельности передовые достижения науки и помощь высококвалифицированных специалистов.
National Strategy for Suicide Prevention (NSSP)	Общенациональное объединение сторонников движения по предотвращению самоубийств (клинические врачи, ученые, а также люди, чьи близкие покончили жизнь самоубийством). Функция организации состоит в разработке основных принципов деятельности по предотвращению самоубийств и координации деятельности различных суицидологических служб.
The American Foundation for Suicide Prevention	Организация, специализирующаяся на вопросах депрессии и ее лечения (оказывает поддержку научным исследованиям, разрабатывает информационные и образовательные материалы, содействует развитию профессионального обучения в области распознавания и лечения людей, страдающих депрессией и проявляющих склонность к самоубийству, оказывает поддержку программам помощи лицам, чьи близкие покончили с собой).
The Suicide Prevention Action Network USA (SPAN-USA)	Некоммерческая общенациональная организация, связывающая деятельность людей, которые потеряли близких в результате самоубийства или которых затронуло самоубийство, с работой ведущих экспертов в области науки, здравоохранения, бизнеса, а также государственных и общественных служб.
Suicidal Awareness Voices of Education (SAVE)	Организация осуществляет просветительскую деятельность с целью снижения уровня стигматизации суицидентов и выработки толерантного отношения в обществе к людям, испытывающим психологические проблемы.
American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP)	Американская академия детской и подростковой психиатрии. Распространяет информацию для семей, с тем чтобы предоставить им конкретную и актуальную информацию по вопросам, касающимся проблем детей и подростков.
National Mental Health Association (NMHA)	Самая крупная некоммерческая организация, деятельность которой посвящена всем аспектам психического состояния здоровья и психических заболеваний. Занимается защитой прав пациентов, проводит просветительскую и научно-исследовательскую работу.

Источник: Информация отдела охраны психического здоровья г. Нью-Йорк [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://www.omh.state.ny.us/omhweb/russian/speak/state_and_national_resources.html

ЯПОНИЯ

Япония является одной из развитых стран с повышенным уровнем суицидальной активности населения, что обусловлено особенностями национальной культуры.

Характерная черта японской системы профилактики суицидального поведения – повышенное внимание к качеству статистической информации по данной проблеме. Национальное полицейское управление ведет мониторинг суицидальных тенденций с 1978 г., при этом полученные данные используются и правительством, и неправительственными организациями, публикуются в средствах массовой информации, то есть доступны широкому кругу людей.

Достоверная и полная статистика позволяет координировать деятельность государства и общественных организаций. Так, по инициативе последних в 2006 г. был пересмотрен базовый закон Японии о самоубийствах (принято решение к 2016 г. обеспечить снижение уровня самоубийств на 20%, а также усилить детализацию статистики о причинах суицидального поведения)⁷⁵.

Сбором статистической информации (в том числе и по проблеме суицидального поведения) занимаются все правительственные органы страны, координирующим органом является Департамент статистических обследований Министерства общих дел. Данные публикуются в сборнике «Статистический ежегодник Японии», который ведется с 1882 г.

В 2009 г. по инициативе Правительства Японии был подсчитан экономический ущерб от самоубийств и депрессий, составивший 31,8 млрд. долларов. При подсчетах были учтены медицинские выплаты гражданам, находящимся в депрессии, потерянный доход самоубийц и их семей, а также ряд других факторов. В 2009 г. недополученный доход вследствие смертности трудоспособного населения (в возрасте от 15 до 69 лет) от самоубийств составил 22,5 млрд. долларов⁷⁶.

Министерством здравоохранения, труда и благосостояния Японии было выделено 15,8 млрд. иен на проекты по предотвращению самоубийств. При правительстве был организован штаб по предупреждению суицидов, создан специальный сайт, посвященный профилактике суицидального поведения (целевой аудиторией являются не

⁷⁵ Тебин П.Н. Японская статистика как средство борьбы с суицидом и многими другими бедами // Независимая газета. – 2008. – 16 окт. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://www.ng.ru/style/2008-10-16/8_japan.html

⁷⁶ Информационный портал Zakon. – Реж. дост.: <http://auto.zakon.kz/183720-japonija-podschitala-stoimost.html>

только сами суициденты, но и люди, испытывающие психологические проблемы, их близкие и родственники); проведены дополнительные социологические исследования; установлены специальные заграждения в местах повышенного риска (железнодорожные пути и т.д.).

Отдельное внимание в профилактике суицидального поведения в Японии уделяется таким его причинам, как затруднения в профессиональной деятельности (переутомление, конфликты) и деятельность интернет-сайтов, занимающихся пропагандой суицида («сетевое самоубийство»). Так, на сайте, посвященном профилактике самоубийств, размещен обучающий курс по улучшению атмосферы на рабочем месте и поддержке психологического здоровья. Активистами общественных организаций проводятся акции по пропаганде среди населения методов диагностики депрессивного состояния членов семьи. Полиция обязывает владельцев сайтов, спекулирующих на суициде, информировать правоохранительные органы об их посетителях с целью установления контроля за ними (в Австралии аналогичную проблему пытаются решить за счет введения закона, полностью запрещающего подобные интернет-ресурсы на территории страны).

СКАНДИНАВСКИЕ СТРАНЫ

Шведская национальная программа превенции суицидов имеет три направления:

1. Общая суицидальная превенция (меры психологического, образовательного и социального характера, направленные на улучшение состояния здоровья населения и профилактику травматизма в целом).

2. Непрямая суицидальная превенция (выявление и лечение болезней и социальных проблем в группах и в ситуациях риска; снижение доступности средств самоубийства).

3. Прямая суицидальная превенция (направлена непосредственно на лиц, переживающих суицидальные мысли и проявляющих суицидальные тенденции).

Общенациональную программу суицидальной превенции координирует Национальный центр исследования суицидов и профилактики психических заболеваний, основанный в 1993 г. Д. Вассерман. Центр проводит наблюдение за этой работой в регионах. Региональные усилия системы помощи приспособлены к местным традициям и условиям, включают на добровольной основе профессионалов и непрофессионалов⁷⁷.

⁷⁷ Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 224.

Центр работает по четырем направлениям: создание и разработка новых методов превенции самоубийств; эпидемиологические исследования; мониторинг; информационная и обучающая деятельность.

Самыми приоритетными являются проекты, направленные на внедрение новых мер превенции самоубийств среди молодежи. Так, по заявлению министра здравоохранения Швеции М. Юханссон, акцент делается преимущественно на ситуации в школах: «Роль школы невозможно переоценить. Именно там можно рано заметить суицидальные тенденции и именно в школе можно успеть что-то предпринять»⁷⁸.

В Финляндии проблемой самоубийств занимается сеть кризисных центров, каждый из которых предназначен для работы со специфическим контингентом, например⁷⁹:

1. Ассоциация Monika-Naisten liitto ry (женщины и дети из иммигрантской среды, которые подверглись насилию).

2. Центр SOS (SOS-keskus/Ulkomaalaisten kriisipalvelu) оказывает помощь иммигрантам и их семьям, проживающим в Финляндии.

3. Центр реабилитации лиц, подвергшихся пыткам (Kidutettujen Kuntoutuskeskus): беженцев и лиц, просящих убежища, ставших у себя на родине жертвами пыток.

4. Nimettömät alkoholistit – общество анонимных алкоголиков.

5. Gamblers Anonymous – группа поддержки людей, страдающих от игровой зависимости.

6. Myrkytystietokeskus – Центр информационной помощи при отравлениях.

7. Miesten keskus, Naisten Linja – специальные горячие линии для людей, пострадавших от насильственных действий (для мужчин и женщин соответственно).

Крупнейшей из перечисленных организаций является кризисный центр SOS, функционирующий с 1970 г. при Финляндском обществе психического здоровья. Он анонимно и конфиденциально осуществляет как срочную помощь суицидентам, так и услуги по их реабилитации. На базе Центра создан общенациональный «кризисный» телефон и дежурная служба для жертв криминальных преступлений.

Центр SOS имеет 19 филиалов по всей стране, десять из которых образуют виртуальную сеть помощи суицидентам (Tukinet-palvelu), четыре – предоставляют «кризисное» жилье.

⁷⁸ Материалы «Радио Швеция» [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rurik.se/index.php?id=145>

⁷⁹ Сайт Финляндского общества психического здоровья. – Реж. дост.: <http://www.e-mielenterveys.fi/ru/kriisikeskusverkosto/>

ШОТЛАНДИЯ

Предотвращение суицидов является одной из стратегических целей, обозначенных в Национальной программе охраны психического здоровья, разработанной Правительством Шотландии. В 2009 г. были разработаны критерии психического здоровья для взрослого населения (для детского разрабатываются в настоящее время).

С целью укрепления психического здоровья в раннем возрасте при Правительстве Шотландии был создан специальный орган, занимающийся вопросами физического, социального, психического и эмоционального благополучия детей в школах (Scottish Health Promoting Schools Unit). Разрабатываемые им рекомендации включены в базовую школьную программу, а также реализуются во внеклассной работе.

В 2003 г. была разработана Программа по оценке потребностей Шотландии (Scottish Needs Assessment Programme), реализация которой доказала необходимость улучшения психического здоровья населения. На ее основе Правительством был профинансирован национальный проект по психическому здоровью детей и молодежи, названный «Выше голову, Шотландия» (HeadsUpScotland).

Кроме того, правительство осуществляет финансирование добровольной помощи суицидентам и лицам, испытывающим психологические проблемы. Например, оно поддерживает добровольческий форум «Молодая Шотландия», который выступает площадкой для взаимодействия добровольческих общественных организаций с государством.

В 2010 г. была подготовлена национальная стратегия (и план действий) по профилактике суицидов, рассчитанная на 10 лет. Она получила название «Выбери жизнь». Для лиц, страдающих депрессией или испытывающих кризисное состояние, действует бесплатная конфиденциальная телефонная служба «Место, где можно дышать».

В целом на территории *Великобритании* (Шотландия, Англия, Ирландия, Уэльс) действует адаптированная австралийская программа «Первая психиатрическая помощь», целью которой является обучение населения методам распознавания признаков психического заболевания и оказания первичной психиатрической помощи. Аналогичная программа, касающаяся работы непосредственно с суицидентами, заимствована в Канаде и носит название «Обучающая инициатива» («ASIST Training»). Она ориентирована на все слои населения, и прежде всего на работников специфических сфер (образовательные учреждения, правоохранительные органы и т.д.).

С целью повышения эффективности борьбы с депрессией шотландским правительством были опубликованы и внедрены в систему здравоохранения Стандарты интегрированных методов ухода за больными депрессией. Основным направлением работы является сокращение уровня потребления антидепрессантов за счет увеличения числа сеансов психотерапии. Кроме того, было опубликовано специальное руководство по социальной работе, включающее перечень контактов всех служб, оказывающих немедическую поддержку больным, страдающим депрессией. Ежегодно для поддержки людей с тревожными состояниями и служб, занимающихся их проблемами, выделяется сумма в размере 3 млн. долларов.

В Шотландии учреждены 2 государственные награды: the Healthy Working Lives Award, которая присуждается компаниям за создание условий для сохранения здоровья и безопасности на рабочем месте, и Commendation Award (за достижения в сфере улучшения психического здоровья).

Специально для людей пожилого возраста разработана программа психического здоровья и благополучия в поздние годы жизни (Mental Health and Wellbeing in Later Life). Помимо прочих она включает вопросы стигматизации пожилых людей (в частности, содержит руководство о специальном оформлении помещений первичного приема), обучения волонтеров для осуществления ухода на дому.

Для снижения стигматизации и социальной изоляции людей, испытывающих психологические проблемы, шотландское правительство финансирует национальную программу «Заметь меня». Она направлена на работу со средствами массовой информации и региональными общественными организациями, самой крупной из которых является Шотландская сеть выздоравливающих (The Scottish Recovery Network).

Таким образом, во многих развитых странах профилактика суицидального поведения организована при непосредственной поддержке государства. Помимо перечисленных государств национальные стратегии превенции суицида существуют и в других странах Западной Европы:

1. В Венгрии, Польше, Болгарии стратегия реализуется в двух направлениях: подход, ориентированный на систему здравоохранения, и подход, ориентированный на повышение уровня общественного здоровья в целом. Первый подход предусматривает раннюю диагностику

психических расстройств, прежде всего таких, как депрессия, психозы, алкоголизм, наркомания; специальную подготовку работников лечебных учреждений; лечение и реабилитацию лиц, совершивших суицидальные попытки. Вторым подходом реализуется через мероприятия по улучшению социального обеспечения. Мероприятия включают также повышение уровня знаний в обществе о вопросах профилактики самоубийств, контроль доступности средств суицида, контроль за освещением суицидальных фактов в средствах массовой информации.

2. В Германии вопросами, связанными с профилактикой суицидального поведения, занимается организация «Программа национальной профилактики суицида». В 2004 г. ее специалистами было подсчитано, что стоимость затрат на срочную медицинскую помощь, лечение в больницах и работу полиции составляет 178 млн. евро, а если учесть выплаты больничных, то сумма возрастет до 300 млн. евро⁸⁰.

3. В Великобритании государство, при поддержке благотворительных обществ (например, Parugus), активно ведет борьбу с интернет-ресурсами, пропагандирующими суицидальные действия, ужесточив меры наказания в законе «О самоубийствах», принятом еще в 1961 г.

Национальные стратегии предотвращения самоубийств действуют также в Норвегии, Австралии, Новой Зеландии, Нидерландах, Франции, Эстонии и многих других странах. Поскольку стратегии создавались в соответствии с рекомендациями Всемирной организации здравоохранения, они имеют общие черты и в целом «направлены на улучшение социальных условий, проведение просветительной работы среди населения (улучшение навыков жизнедеятельности и способности справляться с жизненными проблемами, работа со средствами массовой информации и реализация программ обучения общественности), уменьшение доступности средств самоубийства и их способности приводить к летальному исходу. Мероприятия включают обучение и подготовку специалистов в области предоставления медико-санитарной помощи и помощи другим, имеющих отношение к этой сфере деятельности работников; предоставление соответствующих услуг по проведению мероприятий, таких как координация и сотрудничество на местном уровне, работа центров по предотвращению самоубийств и услуг на базе стационаров. Мероприятия после неудавшихся попыток самоубийства включают оказание поддержки родственникам, реализацию программы поддержки выжившим

⁸⁰ Новости немецкой общественно-правовой медиакомпании Deutsche Welle [Эл. перс.]. – Реж. дост.: <http://www.orthomed.ru/news.php?id=6637>

после попытки самоубийства и проведение «психологического вскрытия» с воссозданием обстоятельств, способствовавших осуществлению самоубийства»⁸¹.

Кроме того, государства, целенаправленно занимающиеся профилактикой суицидального поведения, создают международные проекты. Одним из последних является совместная инициатива Англии, Ирландии, США и Норвегии по использованию социальной сети Facebook (разработана специальная форма, по которой любой человек может сообщить о потенциальном самоубийце, и эта информация будет передана в полицию и благотворительные организации)⁸².

Таким образом, наличие программы действий на федеральном уровне позволяет скоординировать усилия местных организаций, что способствует эффективному решению данной проблемы.

Вопросом о создании комплексной программы профилактики суицидального поведения обеспокоены страны не только дальнего, но и ближнего зарубежья. Так, в феврале 2011 г. Министерством образования и науки Республики Казахстан (МОН РК) совместно с министерствами внутренних дел, здравоохранения, связи и информации, культуры, туризма и спорта был разработан и утвержден План мероприятий по профилактике и предупреждению суицидального поведения среди несовершеннолетних на 2011 г. Согласно данному проекту в республике планируется разработка методических рекомендаций по измерению базовых уровней показателей стресса и выявлению групп повышенного риска среди учащихся средних, профессиональных и технических организаций образования, вузов. В каждой области разработаны планы мероприятий с комплексом профилактических мер, утвержденные заместителями акимов областей. Созданы рабочие группы по изучению каждого случая суицида. Проводится работа по информированию населения о деятельности «телефонов доверия». Во всех регионах организуются семинары для педагогов, психологов, руководителей организаций образования в рамках курсов повышения квалификации.

В июне 2011 г. в Казахстане состоялось заседание Коллегии генеральной прокуратуры, по итогам которой было указано на необходимость

⁸¹ Доклад Всемирной организации здравоохранения «Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных?» (июль 2004 г.). – С. 10. [Эл. пец.]. – Реж. дост.: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74693/E83583r.pdf

⁸² Новости журнала «Смена» от 10.03.2011 [Эл. пец.]. – Реж. дост.: <http://smena-online.ru/news/facebook-protiv-samoubiistv>

разработки и принятия государственной программы по профилактике суицида среди детей, предусматривающей новые методы профилактики суицидального поведения среди несовершеннолетних, проведение комплекса превентивных мер, активизацию взаимодействия между полномочными органами и общественностью. Перед МОН РК Коллегией были поставлены задачи по привлечению квалифицированных специалистов-психологов, активизации внешкольного воспитания и досуга учащихся, формированию у них способности к критической оценке существующей действительности, умения противостоять отрицательному давлению. Министерству связи и информации было рекомендовано рассмотреть вопрос об ограничении деятельности интернет-ресурсов, пропагандирующих суицидальные действия, о блокировке доступа к ним определенной возрастной категории детей или об установлении особого порядка предоставления услуг. Министерству здравоохранения было предложено решить вопрос об открытии в регионах специализированных суицидологических служб, призванных оказывать помощь лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением⁸³.

В Республике Беларусь в 2009 г. был разработан Комплексный план профилактики суицидального поведения до 2012 г. В его реализации принимают участие 25 различных ведомств и организаций. В соответствии с Планом создаются межведомственные комиссии по профилактике суицидов (например, в Минской области, Борисовском районе). В 2007 г. межведомственной рабочей группой, в которую входили представители различных министерств и ведомств, религиозных и общественных организаций, разрабатывалась общенациональная программа профилактики суицидов, однако она так и не была принята. По мнению директора Республиканского научно-практического центра психического здоровья проф. С. А. Игумнова⁸⁴, «такая программа нужна, если она не будет профанацией. Если будут определены ответственные за ее выполнение и выделены средства на ее реализацию. В Беларуси нужна качественная программа профилактики суицидов, представляющая собой многоступенчатую стратегию профилактики, однако в нынешних экономических условиях ее принятие маловероятно»⁸⁵.

⁸³ Новости Агентства международной информации «Новости – Казахстан» от 16.06.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.newskaz.ru/society/20110616/1595200.html>

⁸⁴ Игумнов Сергей Александрович – доктор медицинских наук, профессор, зав. кафедрой судебной медицины Белорусского государственного медицинского университета (г. Минск).

⁸⁵ Интервью С.А. Игумнова газете «Белорусские новости» от 08.05.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic_articles_116_173531/

В Украине, по данным д.м.н., проф. Г.Я. Пилягиной⁸⁶, разработка национальной программы профилактики суицидального поведения и формирование национальной суицидологической службы ведутся с 1999 г. Проводится работа по реализации нормативно-правовой и научно-методологической базы формирования государственной суицидологической службы, по разработке стандартов диагностики и терапии при суицидальном поведении и его эквивалентных формах, по внедрению курсов обучения по суицидологии в медицинских институтах и академиях последипломного медицинского образования, а также по оказанию непосредственной суицидологической помощи населению. Тем не менее сама программа на государственном уровне до сих пор не принята, и в качестве одной из главных причин этого исследователь называет отсутствие финансирования: «Реальная ситуация процесса реализации Национальной программы усложняется недостаточным уровнем финансирования здравоохранения в Украине и особенно психиатрии. При этом суицидология как область охраны психического здоровья отдельно не финансируется вообще»⁸⁷.

Попытка создать единую систему профилактики суицидов на территории *Российской Федерации* была предпринята еще в 1996 – 1998 гг. Был подписан приказ о создании суицидологической службы в России, однако, по заявлению В. Войцеха⁸⁸, который в настоящее время возглавляет Федеральный центр суицидологии, «после всех преобразований в системе здравоохранения все было разрушено»⁸⁹.

Национальная программа превенции суицидов в России отсутствует, несмотря на то, что «совершенствование методов профилактики психических расстройств и суицидов» заявлено как одна из основных целей подпрограммы «Психические расстройства» в федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)»⁹⁰.

⁸⁶ Пилягина Галина Яковлевна – доктор медицинских наук, профессор кафедры детской, социальной и судебной психиатрии КМАПО им. П.Л. Шупика, зав. сектором агрессологии Украинского НИИ социальной и судебной психиатрии и наркологии МОЗ Украины.

⁸⁷ Пилягина Г.Я. Создание национальной программы предотвращения роста саморазрушающего поведения и профилактики самоубийств в Украине // Информационный сайт «Новости украинской психиатрии». – Реж. дост.: <http://www.psychiatry.ua/brief/paper098.htm>

⁸⁸ Войцех Владимир Федорович – доктор медицинских наук, профессор, директор Федерального центра суицидологии (г. Москва).

⁸⁹ Седова Ю. Доктор, спасите меня от меня самого!: Интервью с В.Ф. Войцехом // Научная среда. – 2001. – № 31-32 – 14 авг. [Эл. pec.]. – Реж. дост.: http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lgz31-322001/Tetrad/art8.htm

⁹⁰ Постановление Правительства РФ «О федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально-значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)» от 10 мая 2007 г. № 280 // Информационно-правовой портал «Гарант» [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://base.garant.ru/4184672/>

В целом по стране проблемой суицидального поведения занимаются две организации:

1. *Федеральный научно-методический суицидологический центр при НИИ психиатрии*. Основными направлениями деятельности Центра являются⁹¹:

- выявление критериев прогноза повторных суицидальных действий;
- разработка принципов профилактики повторных суицидов;
- мультифакторный и многоаспектный анализ состояний дезадаптации, ведущих к формированию суицидального поведения;
- разработка принципов ранней диагностики и профилактики состояний дезадаптации.

2. *Государственный научный центр социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского*. Проводит работу по изучению суицидов и разработке мер их профилактики. С середины 1990-х гг. разрабатывает соответствующие рекомендации для территорий с наиболее высоким уровнем смертности от самоубийств (республики Коми, Удмуртия, Татарстан, Хабаровский край)⁹².

В отдельных субъектах разрабатываются проекты региональных программ, однако в большинстве случаев на сегодняшний день они не утверждены.

В Пермской области Управление здравоохранения создает межведомственную целевую программу по снижению числа самоубийств среди трудоспособного населения. В настоящее время работу с суицидентами ведут Кризисный центр и служба «Телефон доверия», однако, по словам заместителя министра здравоохранения Пермского края Ш. Биктаева, для профилактики суицидального поведения и снижения числа суицидов помощь должна быть комплексной, с участием образования, здравоохранения, социальных служб, правоохранительных органов, общественности⁹³.

Министерством по делам молодежи, спорта и туризма Архангельской области финансируется региональная программа «Жизнь прекрасна», направленная на профилактику суицидального поведения среди населения⁹⁴.

⁹¹ Сайт Московского научно-исследовательского Института психиатрии (МНИИП). – Реж. дост.: <http://www.mniip.org/departaments/suicidology.php>

⁹² Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 г. [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>

⁹³ Российская газета от 13.07.2011 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.rg.ru/2011/07/13/reg-permkraу/suicidy-anons.html>

⁹⁴ Молодежный информационный портал Архангельской области. – Реж. дост.: <http://www.molarh.ru/?page=40>

С 2010 г. в Архангельске начали проводиться регулярные заседания рабочей группы по созданию российско-норвежского проекта «Регистр смертности Архангельской области», а также тренинговые занятия для специалистов первичного звена медико-санитарной помощи, психологов и психиатров с привлечением специалистов из Великобритании и Норвегии (данный проект финансируется Департаментом здравоохранения Норвегии).

В 2011 г. на заседании межведомственной комиссии по охране здоровья граждан при губернаторе Архангельской области было принято решение при формировании бюджета на 2012 год предусмотреть выделение средств на создание областного организационно-методического центра по профилактике суицидов в Архангельском областном психоневрологическом диспансере. В состав Центра должны войти антикризисный кабинет, патопсихологическая лаборатория, реабилитационный центр и полипрофессиональные бригады медработников⁹⁵.

В Оренбургской области в 2010 г. прошло межведомственное совещание по вопросам совершенствования системы профилактики суицидального поведения среди детей и подростков, после чего под особый контроль была взята деятельность в этом направлении комиссии по делам несовершеннолетних⁹⁶.

В Кемеровской области в 2008 г. распоряжением Администрации Таштагольского района была принята комплексная межведомственная программа по профилактике суицидов и оказанию помощи лицам, совершившим суицидальные попытки, однако в этом же году она была отменена⁹⁷.

В Свердловской области на совместном заседании областной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и межведомственного координационного Совета по профилактике насилия над детьми при Правительстве Свердловской области было принято решение о том, чтобы рекомендовать Министерству здравоохранения «разработать и распространить методы оказания комплексной суицидологической помощи, включающей меры первичной и вторичной профилактики; создать межведомственную службу социально-психологической помощи

⁹⁵ Официальный сайт Правительства Архангельской области. – Реж. дост.: <http://www.dvinaland.ru/prcenter/release/18444/>

⁹⁶ Новости Оренбурга и области от 24.08.2010 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://www.oren.ru/news/2522299/>

⁹⁷ Распоряжение Администрации Таштагольского района от 25.08.2008 № 1021-р и от 01.11.2008 № 50-р.

детям, находящимся в критических ситуациях, и их семьям; организовать обучение педагогов, родителей распознаванию суицидальных тенденций и поведения у детей и подростков»⁹⁸.

В Республике Тыва в 2008 г. был утвержден план мероприятий по предупреждению суицида среди населения на 2008 – 2009 гг.

Проект предусматривал такие мероприятия, как мониторинг семей, находящихся в кризисном состоянии, открытие на базе республиканской психиатрической больницы «телефона доверия», внедрение комплексной реабилитационной программы по семейной терапии, обучение среднего медицинского персонала методам диагностики суицидальных тенденций, введение в образовательные курсы основ суицидологии, повышение квалификации работников образовательных учреждений в области диагностики и реагирования в кризисных ситуациях⁹⁹.

Таким образом, в отдельных регионах Российской Федерации вопрос о необходимости совершенствования системы профилактики суицидального поведения регулярно обсуждается на научно-практических конференциях и заседаниях межведомственных комиссий. В некоторых субъектах предпринимаются конкретные практические шаги в данном направлении. Аналогичные приведенным примерам решения имели место в Иркутской области, Республике Бурятия и ряде других субъектов.

В Вологодской области в 2011 г. была принята ведомственная целевая программа «Психическое здоровье населения региона, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы»¹⁰⁰. На ее реализацию правительством области выделено 12 млн. 650 тыс. руб. Аналогичный проект, находившийся на рассмотрении в правительстве в 2006 г., не был поддержан по причине высокой затратности (для реализации программы требовалось 150 млн. руб.).

Мероприятия, указанные в данной программе, касаются таких вопросов, как совершенствование методов профилактики психических

⁹⁸ Решение совместного заседания областной комиссии по делам несовершеннолетних и защите их прав и межведомственного координационного Совета по профилактике насилия над детьми в Свердловской области «О мерах, принимаемых в Свердловской области по профилактике суицидных попыток несовершеннолетних. О практике и опыте работы с несовершеннолетними, нуждающимися в психосоциальной поддержке» [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://kdnzp.midural.ru/files/reshenie_10_2010.pdf

⁹⁹ Постановление Правительства Республики Тыва «Об утверждении плана мероприятий по предупреждению суицида среди населения Республики Тыва на 2008 – 2009 годы» от 04.10.2008 № 581 // Тувинская правда. Спецвыпуск. – 2008. – № 133. – 30 окт.

¹⁰⁰ Ведомственная целевая программа «Психическое здоровье населения Вологодской области, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы»: утв. приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 13 января 2011 г. № 6.

расстройств, повышение квалификации работников психиатрических служб, развитие материально-технической базы специализированных медицинских учреждений, реализация обучающих программ для населения по вопросам охраны психического здоровья и профилактики суицидов. Все эти меры, безусловно, будут способствовать снижению суицидальной активности населения, однако, как следует отметить, ни в списке запланированных мероприятий, ни в перечне стратегических целей данного документа проблема суицидального поведения не выделена. Аналогично в рамках Программы модернизации здравоохранения, в которой планируется совершенствование форм и методов помощи для больных алкоголизмом, наркоманией и психическими расстройствами, также не отмечена категория суицидентов¹⁰¹.

Таким образом, система профилактики суицидального поведения в настоящее время создается в некоторых регионах Российской Федерации (Архангельская область, Кемеровская область, Республика Тыва). Вместе с тем для ее эффективного функционирования требуется разработка соответствующей концепции на федеральном уровне.

Проведенный анализ позволяет сделать вывод о том, что организация помощи суицидентам в развитых зарубежных странах имеет ряд общих черт, которые целесообразно реализовывать и на территории Российской Федерации. К ним относятся следующие:

1. Активное участие государства в деле охраны психического здоровья и предотвращения самоубийств. Оно заключается в поддержке вневедомственных организаций и служб, в разработке нормативных документов законодательного и рекомендательного характера, финансировании целевых программ.

2. Широко развитая сеть вневедомственных учреждений и служб, занимающихся проблемами суицидентов. Это позволяет одновременно охватывать различные аспекты проблемы суицидального поведения (помощь в ситуации острого психологического кризиса, предоставление жилья, посредничество во взаимодействии суицидента со специализированными учреждениями, защита прав и т.д.). Кроме того, развитая сеть служб суицидологического профиля повышает доступность соответствующих услуг для населения.

3. Сочетание мер профилактики специализированного и общесоциального характера. То есть одновременная работа с представителями группы риска и людьми, нуждающимися в психологической поддержке,

¹⁰¹ Программа модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 гг.: утв. Постановлением Правительства области от 4 марта 2011 г. № 183.

а также с широкими категориями населения (пенсионеры, молодежь) с целью формирования толерантности к психическим нагрузкам и предотвращения суицидальных тенденций на ранних стадиях развития.

4. Повышенное внимание к информации, как наиболее регулируемому фактору предотвращения самоубийств. Имеется в виду два аспекта деятельности: а) жесткая цензура всех СМИ на предмет использования сведений о суициде и мерах психического воздействия; б) четкая система ведения статистической информации о самоубийствах с тенденцией к детализации социальных параметров по каждому зарегистрированному случаю.

Таблица 25. **Основные направления профилактики суицидального поведения в странах мира**

Страны	Действия, направленные на снижение суицидальной активности
США	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитая сеть некоммерческих общественных организаций. 2. Активная, в том числе финансовая, поддержка общественных организаций государством. 3. Национальная программа изучения и предупреждения самоубийств, разработанная Американской ассоциацией суицидологии.
Япония	<ol style="list-style-type: none"> 1. Повышенное внимание к качеству статистической информации по проблеме суицидального поведения. 2. Долгосрочный мониторинг суицидальных тенденций на государственном уровне. 3. Специальный орган при Правительстве Японии, занимающийся вопросами изучения и профилактики суицидов. 4. Законодательный запрет интернет-сайтов, пропагандирующих суицид.
Швеция Финляндия Норвегия	<ol style="list-style-type: none"> 1. Развитая инфраструктура учреждений и служб, занимающихся профилактикой суицидального поведения, включающая первичный уровень системы здравоохранения. 2. Приоритетным объектом системы профилактики являются дети и подростки. 3. Профилактика суицидальных тенденций и психических расстройств путем реализации целевых программ в социальной сфере. 4. Жесткая антиалкогольная политика государства.
Шотландия Англия Ирландия Уэльс	<ol style="list-style-type: none"> 1. Включение мер по улучшению психического здоровья в базовую школьную программу. 2. Государственная поддержка добровольческих движений, оказывающих помощь лицам с психическими отклонениями и суицидентам. 3. Обучение населения методам распознавания признаков психического заболевания и оказания первичной психиатрической помощи. 4. Внедрение в систему здравоохранения стандартов ухода за больными депрессией. 5. Государственное стимулирование деятельности работодателей по профилактике суицидального поведения. 6. Финансирование национальной программы по снижению уровня стигматизации суицидентов.

На наш взгляд, именно эти общие для развитых стран черты позволяют эффективно решать проблему смертности населения от самоубийств и, следовательно, от неестественных причин в целом. Сеть ведомственных и общественных организаций, занимающихся в этих странах данной проблемой, хорошо развита благодаря координации их усилий, и все это обеспечивается государством или специально организованной

для этих целей суицидологической службой федерального значения. Основные особенности системы профилактики суицидального поведения в зарубежных странах представлены в таблице 25.

Следствием эффективной организации системы профилактики самоубийств является низкий уровень суицидальной активности населения. В государствах Западной Европы он соответствует предельно-критическому уровню, установленному ВОЗ, и, кроме того, существенно ниже, чем в странах ближнего зарубежья (табл. 26). Следует также отметить, что динамика смертности от самоубийств в государствах, решающих данную проблему на национальном уровне, имеет тенденцию к снижению.

Таблица 26. Уровень смертности населения от самоубийств в государствах, имеющих национальную программу профилактики суицидального поведения (умерших на 100 тыс. нас.)*

Государства	1990 г.	1995 г.	2000 г.	2005 г.	2009 г.	2009 к 1990 г., в %
Великобритания	7,8	7,2	7,2	6,4	6,6	84,6
Нидерланды	9,3	9,2	8,9	9,0	8,5	91,4
Норвегия	15,1	12,2	11,9	11,3	11,6	76,8
Швеция	15,9	14,2	11,6	12,4	12,3	77,4
Франция	19,0	18,7	16,8	15,9	15,0**	78,9
Финляндия	29,1	26,1	21,5	17,6	18,3	62,9
<i>Для сравнения:</i>						
<i>Украина</i>	<i>20,5</i>	<i>28,1</i>	<i>28,2</i>	<i>20,8</i>	<i>19,0</i>	<i>92,7</i>
<i>Казахстан</i>	<i>22,9</i>	<i>33,3</i>	<i>32,7</i>	<i>26,8</i>	<i>24,5</i>	<i>107,0</i>
<i>Республика Беларусь</i>	<i>21,3</i>	<i>32,3</i>	<i>34,2</i>	<i>29,0</i>	<i>25,3***</i>	<i>118,8</i>
<i>Российская Федерация</i>	<i>27,0</i>	<i>41,6</i>	<i>37,8</i>	<i>29,8</i>	<i>24,2</i>	<i>89,6</i>

* Ранжировано по среднему уровню смертности населения от самоубийств за период 1990 – 2009 гг. Источник: Европейская база данных ВОЗ «Здоровье для всех». – Реж. дост.: http://data.euro.who.int/hfadshell_ru.html
 ** Данные 2008 г.
 *** Данные 2007 г.

Наибольших успехов в снижении уровня смертности от самоубийств добилась Финляндия, где общенациональная программа превенции суицидов дополнена комплексом профилактических мероприятий социального характера (например, программа рабочих мест, которая направлена на поддержку безработных и заключается в комбинировании базовых навыков, опыта с одновременным повышением мотивации к оплачиваемому труду¹⁰²). Кроме того, Правительство активно

¹⁰² Профилактика психических и поведенческих расстройств: рекомендации для политики и практики [Эл. рес.] // World Psychiatry. – 2006. – Vol. 5, 1. – Pp. 5–10. – Реж. дост.: <http://www.psyosbor.org/1998/27/2-1.html>

проводит антиалкогольную политику, которая включает в себя законы, определяющие ценовую политику, временный и возрастной ценз на покупку алкоголя; ограничения на рекламу алкогольной продукции; государственную помощь больным алкоголизмом в решении социальных проблем; создание системы клиник с анонимными и эффективными методами лечения; санитарное просвещение среди детей и подростков. Научно-исследовательские вопросы, связанные с антиалкогольной политикой, осуществляет государственная компания «Алко», которая имеет отделы, контролирующие использование этилового спирта (лицензирование и контроль торговых точек), лаборатории, занимающиеся изучением качества продукции. На основе этой деятельности разрабатываются рекомендации для Министерства социального развития и здравоохранения, включающие в себя перечень норм и ограничений потребления алкоголя для различных социально-демографических групп населения¹⁰³.

Для России разработка национальной концепции профилактики суицидального поведения особенно актуальна в связи с повышенным уровнем смертности населения от самоубийств и вызванными этим существенными социально-экономическими потерями. Инициативы регионов по созданию программ превенции суицидов станут более эффективными, если будут поддержаны и скоординированы на федеральном уровне. Как отмечает Б.С. Положий¹⁰⁴, «в целом для России, учитывая ситуацию, требуется государственная программа профилактики. Это должна быть комплексная программа, которая должна курироваться на самых высоких уровнях власти. Только тогда она будет реально выполняться. Она предполагает участие не только медиков и психиатров, но и педагогических организаций, разнообразных социальных служб, Минобороны и Министерства внутренних дел, а также участие здравоохранения в самом широком смысле слова»¹⁰⁵.

¹⁰³ Информационный ресурс «Вся Финляндия». – Реж. дост.: <http://da.fi/115.html>

¹⁰⁴ Положий Борис Сергеевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры клинической и судебной психологии факультета юридической психологии Московского городского психолого-педагогического университета (МГППУ), руководитель отдела экологических и социальных проблем психического здоровья Государственного научного центра социальной и судебной психиатрии им. В.П. Сербского, профессор кафедры социальной и судебной психиатрии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова.

¹⁰⁵ Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>

3.2. Профилактика преступности и смертности населения от убийств

Превенция убийств, как и профилактика правонарушений в целом, во всех странах построена по следующему принципу: «Предупреждение не может быть эффективным, если оно не организовано на систематической и скоординированной основе и не включает мероприятий по улучшению жизни населения, совершенствованию уголовного правосудия и пенитенциарной системы»¹⁰⁶. Исходя из этого принципа, в отличие от профилактики суицидального поведения, основным субъектом превенции преступности является государство.

Основные стратегические направления профилактики преступности за рубежом были сформулированы в начале 1980-х гг. Это такие направления, как¹⁰⁷:

- общесоциальные меры по сокращению социально-экономической дифференциации, безработицы, улучшению городской экологии и т. д.;
- программы поддержки семьи и детей;
- программы поддержки и помощи тем, кто злоупотребляет алкоголем и наркотиками, освобожден из мест лишения свободы, а также жертвам преступлений;
- соседская взаимопомощь («соседский контроль»);
- максимальное сокращение тюремного «населения»;
- улучшение «техники безопасности» (освещение улиц, дворов, скверов, лестниц, охранная сигнализация, патрулирование территорий местной полицией, электронные средства безопасности и т. п.).

В США и странах Западной Европы с 1960-х гг. система профилактики преступлений ориентирована на тесное сотрудничество сотрудников полиции с населением. Например, в Великобритании данное направление нашло свое отражение в программе «Наблюдение за домом соседа», в США – в системе «соседского надзора». В сущности это постоянное наблюдение, которое ведется самими жителями за всеми преступными проявлениями в районе их проживания. Кроме того, в США осуществляется также программа «Block Watch» (наблюдение с целью предупреждения опасных ситуаций и преступности), согласно которой граждане должны сообщать полиции обо всем, что может ассоциироваться с преступностью.

¹⁰⁶ Криминология: учебник для вузов / под ред. проф. В.Д. Малкова. – М.: Юстицинформ, 2006. – С. 145.

¹⁰⁷ Грэхэм Д., Беннет Т. Стратегии предупреждения преступности в Европе и Северной Америке / Европейский институт по предупреждению преступности и борьбе с ней. – Хельсинки: HEUNI, 1995. – С. 40.

С 1984 г. в США реализуется «Национальная программа ночного бодрствования» (NNO), осуществляемая Национальной ассоциацией городской стражи. Ее целью является объединение служащих полиции и рядовых граждан в борьбе с преступностью. Взаимодействие полиции с гражданами проходит также в виде привлечения их к учебе в народных полицейских академиях. Эта идея впервые была реализована в 1977 г. в Англии в форме создания Полицейской вечерней школы, однако с середины 1980-х гг. активно практикуется и в США. Ее целью является информирование населения о задачах, формах и методах деятельности полиции, формирование положительного отношения к органам правопорядка.

Аналогичные цели преследуются во взаимодействии полиции со средствами массовой информации. Оно реализуется в рамках специальной программы, которую поддерживает Федеральное Правительство США посредством выделения специальных субсидий на ее проведение. В рамках данного направления в печати публикуются специально разработанные обращения к населению, в которых даются практические рекомендации по организации охраны собственного жилища от преступных посягательств, проведению патрулирования силами жителей, по применению самообороны, использованию специальных замков и сигнализации и т.д. В прессе проводятся также опросы населения с целью выяснения, насколько соответствует деятельность полиции нуждам граждан. Специальные издания, радио и телевидение для детей и подростков осуществляют пропаганду правовых знаний, направленную на предотвращение совершения подростками противоправных деяний. Регулярно до сведения населения доводятся данные о состоянии преступности, численности личного состава полиции, ее организации, технической и боевой оснащенности, бюджете. Каждый полицейский департамент имеет в своем штате сотрудника, отвечающего за распространение общественной информации и контакты с представителями прессы.

Немаловажная роль в американской системе профилактики преступности отводится работе с детьми и молодежью, причем с 7 – 8-летнего возраста. Для этой цели в рамках школьной программы реализуется специальный учебный курс, который разделен на три части в соответствии с возрастом учащихся. Соответственно, тематика данного курса имеет возрастную специфику. Так, в начальных классах детей обучают основам личной безопасности, осознанию смысла понятий «закон» и «преступность» и т.д.; в старших классах основными темами являются

знакомство с существующей в обществе системой ценностей, основами уголовного права и обязанностями гражданина¹⁰⁸.

Большое внимание превенции преступности уделяют Скандинавские страны. В Швеции в 1974 г. был образован Национальный совет по предупреждению преступлений (The National Swedish Council for Crime Prevention) как государственное учреждение в системе Министерства юстиции. Советом руководит коллегия в составе 20 представителей государственных и коммунальных учреждений. Совет регулярно выпускает доклады о результатах криминологических исследований. Аналогичные советы образованы в Норвегии и Финляндии. Совместно со Скандинавским криминологическим исследовательским советом (The Scandinavian Research Council for Criminology) они выпускают с 2000 г. специализированный журнал «Journal of Scandinavian Studies in Criminology and Crime Prevention».

В Германии и Австрии система профилактики правонарушений основана на идее, получившей название «коммунальная превенция». В рамках данного подхода реализуются такие программы, как «Безопасный город», «Роль граждан в обеспечении собственной безопасности», «Взаимодействие полиции и населения».

В информационной системе управления уголовной полиции Германии сформирован специальный массив сведений о правонарушениях, совершенных несовершеннолетними. На основе входящих в него данных проводится анализ причин и характерных особенностей развития преступности среди подростков. Результаты этих исследований используются при обучении, подготовке и переподготовке сотрудников полиции. Во всех крупных управлениях полиции созданы специальные комиссариаты по расследованию преступлений, связанных с наркотиками, а также сексуальных преступлений, дел о пропавших без вести лицах, правонарушений, совершенных несовершеннолетними. В крупных подразделениях полиции организованы отделы по делам несовершеннолетних (в остальных службах для этих целей введена специальная должность). В некоторых землях (Бремен, Гамбург) работа с несовершеннолетними разделена на два направления: профилактическую функцию осуществляет охранная полиция, расследование преступлений – уголовная полиция.

В Японии существуют такие системы предупреждения преступности, как:

¹⁰⁸ Гусейнов А.Б. Профилактика правонарушений несовершеннолетних за рубежом // Теория и практика общественного развития : электрон. науч. журн. – 2010. – № 3. – Реж. дост.: <http://www.teoria-practica.ru/index.php/3-2010/229-yurist/541-4>

1. Система предупреждения преступности в широком смысле, охватывающая чуть ли не все области социальной жизни.

2. Система предупреждения преступности в узком смысле, т.е. совокупность специфических целенаправленных государственных мер.

3. Система институализированного контроля на государственном и муниципальном уровне и неформального контроля (поскольку меры неформального контроля объективно складываются в систему).

4. Система раннего предупреждения и предупреждения повторной преступности¹⁰⁹.

Кроме того, в 1978 г. в стране было создано 548 центров по делам несовершеннолетних в городах, населенных пунктах и деревнях. С 1980 г. функционирует семь центров по делам несовершеннолетних, находящихся в ведении главного полицейского управления. Аналогичные центры создаются также под эгидой полицейских органов префектур и муниципалитетов¹¹⁰.

Интересным является опыт Японии с точки зрения роли научно-исследовательской работы в области профилактики правонарушений. Для этого созданы такие учреждения, как Комплексный юридический НИИ Министерства юстиции и НИИ полиции при Главном полицейском управлении. Их цель состоит в постановке всей полицейской деятельности на научную основу. Одновременно с исследованиями, проводимыми в целях совершенствования профилактики преступлений, повышения качества работы с несовершеннолетними, улучшения борьбы с дорожно-транспортными происшествиями и развития научно-технических методов раскрытия преступлений, научно-исследовательскими институтами изучается психологический аспект преступной личности, вырабатываются оценки криминогенной ситуации и прогнозы ее изменений. Вместе с тем научная работа ведется на юридических факультетах государственных, муниципальных и частных университетов.

В 1997 г. Межрегиональным институтом ООН по исследованию преступности и юстиции (UNICRI) на основе изучения наиболее эффективных программ превенции правонарушений в ряде западных стран были сформулированы 7 элементов стратегии профилактики преступности¹¹¹:

¹⁰⁹ Михеев Р.И., Морозов Н.А., Коидзуми Е. Международное сотрудничество России и стран АТР в сфере уголовной политики, борьбы с преступностью и её предупреждения // Мат. межд. науч.-практ. конф., г. Владивосток, 23.04.1997 г.

¹¹⁰ Бакаев А.А., Остапенко Н.И. Система профилактики правонарушений несовершеннолетних. – М. – 2003. – С. 131 – 134.

¹¹¹ Alvazzi del Frate A. Preventing Crime: Citizen's Experience Across the World. – Roma: UNICRI, 1997. – P. 16.

1. Содействие населения при участии правоохранительных органов и уголовной юстиции активной политике предупреждения преступности, основывающейся на международном опыте, получаемом через эффективные проекты, развиваемые Организацией Объединенных Наций и другими соответствующими международными организациями.

2. Развитие долговременного планирования, равно как и быстрое реагирование на факты преступности согласно запросам общественного мнения.

3. Улучшение координации профилактической деятельности на национальном, региональном и местном уровнях.

4. Вовлечение населения в профилактику преступлений посредством усиления доверия к полиции со стороны общества.

5. Содействие населения правоохранительным органам и уголовной юстиции в сфере охраны и безопасности граждан и их собственности.

6. Обхождение с жертвами преступлений с уважением и пониманием их нужд и обеспечение быстрой помощи и информирования об их правах.

7. Регулярный мониторинг превентивных программ, основанный на надежной информации, анализе и публичных дискуссиях со всеми партиями.

В Российской Федерации главенствующая роль государства с ориентацией на активное взаимодействие с населением также является основой борьбы с преступностью. В 2007 г. на заседании Государственного Совета в Ростове-на-Дону Президентом РФ были определены четыре основных направления в работе по профилактике правонарушений¹¹²:

1. Совершенствование правовой базы. В нормативных документах должна быть четко определена компетенция и ответственность каждой структуры, входящей в единую систему профилактики, что позволит повысить общую координацию работы, сконцентрировать, объединить усилия органов власти и общественных организаций на наиболее значимых направлениях.

2. Профилактическая работа с молодежью. Изжитие формализма и значительное повышение качества и содержания профилактической и воспитательной работы с молодежью в школах, вузах, спортивных обществах; тщательный подбор кадров системы профилактики, состоящих из подготовленных и ответственных профессионалов.

¹¹² Официальный сайт Правительства Рязанской области. – Реж. дост.: <http://www.ryazanreg.ru/sec/prof/sistprof/>

3. Социальная адаптация людей, освободившихся из мест лишения свободы, а также лиц без определенного места жительства и рода занятий. Содействие представителям данной категории в решении жилищных проблем, оказание медицинской и правовой помощи с целью предупреждения повторной преступности.

4. Привлечение к охране правопорядка граждан и общественных организаций.

Система профилактики правонарушений на региональном уровне развивается в соответствии с перечисленными направлениями. Например, в **Новосибирской области** с 2010 г. основным направлением профилактики является тесное взаимодействие полиции с населением, что повысило эффективность выявления подозрительных лиц и мест концентрации правонарушителей, на основе проведенной работы были созданы специальные базы данных. Одним из эффективных методов профилактики правонарушений в Новосибирской области стала установка видеокамер наблюдения на административных зданиях, жилых домах и дворовых территориях. С их помощью было раскрыто каждое 50-е преступление¹¹³.

В **Рязанской области** для координации деятельности всех субъектов профилактики правонарушений (исполнительные органы государственной власти, правоохранительные органы, органы местного самоуправления, организации, предприятия, учреждения различных форм собственности, политические партии и движения, общественные организации) была создана межведомственная комиссия при Правительстве области. Ее задачами являются определение приоритетных направлений, целей и задач профилактики правонарушений; подготовка предложений по разработке нормативных правовых актов, направленных на профилактику правонарушений; участие в разработке и реализации программ профилактики правонарушений; подготовка предложений по материальному, финансовому, кадровому обеспечению деятельности по профилактике правонарушений; организация обмена опытом профилактической работы¹¹⁴.

На уровне муниципальных образований Рязанской области с 2009 г. функционируют общественные комиссии по профилактике правонарушений, которые не являются юридическими лицами, а работают на

¹¹³ Главное управление Министерства внутренних дел Российской Федерации по Новосибирской области [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://nov-mvd.ru/press/Press-relizi?blogs2_id=562

¹¹⁴ Официальный сайт Правительства Рязанской области. – Реж. дост.: <http://www.ryazanreg.ru/sec/prof/sistprof/>

общественных началах. Цель их деятельности – взаимодействие с межведомственной комиссией для достижения единого государственного подхода в решении проблем профилактики правонарушений. Общественными комиссиями осуществляется подготовка и проведение сходов граждан по вопросам безопасности и правопорядка; рассмотрение на заседаниях Комиссии персональных вопросов правонарушителей; проведение подворовых обходов; анализ работы участкового уполномоченного милиции; обеспечение деятельности народной дружины поселения; взаимодействие с общественными объединениями и другими организациями правоохранительной направленности, действующими на территории поселения.

Для участия в оперативно-профилактических мероприятиях при общественных комиссиях создаются народные дружины, которые патрулируют закрепленные за ними территории, участвуют в выявлении семей и лиц, находящихся в социально опасном положении, ведут индивидуальную профилактическую работу с населением¹¹⁵.

В **Липецкой области** законодательная база по профилактике преступлений и иных правонарушений представлена комплексом документов, нормативно-правовых актов, наиболее важной среди них является «Областная целевая программа по профилактике правонарушений в Липецкой области на 2009 – 2012 годы»¹¹⁶.

Повышенное внимание уделяется вопросу формирования и принятия законодательных актов, нормативных документов, направленных на улучшение материально-технического обеспечения и дальнейшего развития службы участковых уполномоченных. Так, в рамках реализации закона «О материальном стимулировании сотрудников органов внутренних дел по Липецкой области, состоящих на должностях службы участковых уполномоченных милиции» проводятся мероприятия по премированию и улучшению жилищных условий сотрудников УВД, капитальному ремонту пунктов полиции, комплектованию служебного автотранспорта¹¹⁷.

В условиях роста социально-политической напряженности, сокращения рабочих мест большое внимание в области уделяется работе

¹¹⁵ Там же.

¹¹⁶ Программа утверждена постановлением администрации Липецкой области от 24.09.2008 года № 248.

¹¹⁷ Постановление Липецкого областного Совета депутатов от 04.10.2007 № 419-пс «О материальном стимулировании сотрудников органов внутренних дел по Липецкой области, состоящих на должностях службы участковых уполномоченных милиции».

по социальной реабилитации лиц, освободившихся из мест лишения свободы, не имеющих определенного места жительства и рода занятий. В соответствии с Законом Липецкой области «О квотировании рабочих мест для лиц, особо нуждающихся в социальной защите» от 14 сентября 2000 г. № 104 для представителей данной категории устанавливается квота в размере 3% от общего числа рабочих мест в организациях с численностью персонала свыше 100 человек¹¹⁸.

Ранее судимые лица, освободившиеся из мест лишения свободы, ставятся на учет в горрайорганы, органами УВД осуществляется контроль за их поведением, бытовым и трудовым устройством. В системе социальной защиты для данной категории лиц предусмотрены 12 действующих стационарных учреждений, 2 дома-интерната общего типа и геронтологический центр. В соответствии с постановлением главы администрации Липецкой области от 16.09.1992 № 328 в областном центре функционирует некоммерческая организация «Липецкий дом ночного пребывания для лиц без определенного места жительства».

С 2008 г. на базе УВД по Липецкой области функционирует Центр управления нарядами (ЦУН), имеющий электронную карту города с выведенными на нее маршрутами движения патрульных автомобилей. В целях организации канала экстренной связи жителей с органами внутренних дел для получения информации о чрезвычайных ситуациях, правонарушениях и преступлениях были приобретены кнопки экстренной связи «гражданин – милиция». В настоящее время на территории области функционирует 355 общественных объединений правоохранительной направленности, в т.ч. 306 народных и 3 казачьих дружины¹¹⁹.

В рамках закона «О профилактике безнадзорности и правонарушений в Липецкой области» осуществляется ежегодный анализ положения детей и выработка на его основе мер, направленных на улучшение ситуации; ведение единого банка данных о семьях и детях, находящихся в социально опасном положении; составление и реализация индивидуальных программ реабилитации и адаптации¹²⁰.

¹¹⁸ Закон Липецкой области от 14.09.2000 № 104-03 «О квотировании рабочих мест для лиц, особо нуждающихся в социальной защите»: принят пост. Липецкого областного Совета депутатов от 07.09.2000 № 490-пс.

¹¹⁹ Официальный сайт УМВД России по Липецкой области. – Реж. дост.: <http://www.uvd-lipetsk.ru/profilaktika/problem>

¹²⁰ Закон Липецкой области «О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Липецкой области» от 22.08.2007 № 87-03: принят постановлением Липецкого областного Совета депутатов от 16.08.2007 № 366-пс.

Кроме того, в Липецкой области сделаны первые шаги по внедрению элементов системы ювенальной юстиции. С 2008 г. по данной системе работают все судебные органы области, создан Координационный совет по развитию ювенальных технологий, основной задачей которого является их внедрение.

При Правительстве **Пензенской области** для обеспечения единого организационного и методологического подхода к решению проблем предупреждения правонарушений создано управление по профилактике правонарушений и взаимодействию с правоохранительными органами и коллегиальный совещательный орган – межведомственная комиссия по профилактике правонарушений. В администрациях муниципальных районов и городских округов введены должности помощников глав администраций по профилактике правонарушений¹²¹.

В образовательных учреждениях Пензенской области созданы советы родственников с целью объединения усилий администрации учебного заведения, семей для устранения причин и условий совершения преступлений учащимися. В образовательных учреждениях создаются также добровольные объединения учащихся, отряды содействия правоохранительным органам с целью распространения правовых знаний среди несовершеннолетних, привлечения их к участию в профилактике правонарушений среди подростков, в пропаганде безопасного поведения на дорогах и улицах.

В регионе функционирует Оперативный молодежный отряд дружинников (ОМОД) – общественная организация, созданная в соответствии с Федеральным законом «Об общественных объединениях»¹²² и Законом Пензенской области «Об участии граждан РФ в охране общественного порядка на территории Пензенской области»¹²³. Другой формой взаимодействия правоохранительных органов с общественностью области являются советы общественности по профилактике правонарушений. Они формируются из граждан, занимающих активную жизненную позицию, способных оказать реальную практическую помощь сотрудникам правоохранительных органов. На заседания советов общественности

¹²¹ Официальный портал Правительства Пензенской области. – Реж. дост.:]http://www.penza.ru/offense/offense_info

¹²² Федеральный закон «Об общественных объединениях» от 19.05.1995 № 82: принят ГД ФС РФ 14.04.1995.

¹²³ Закон Пензенской области «Об участии граждан РФ в охране общественного порядка на территории Пензенской области»: принят Законодательным Собранием Пензенской области 23 июня 2006 г.

приглашаются для отчета должностные лица, совместно вырабатываются меры по улучшению криминогенной ситуации. В целях координации деятельности советов создан отдельный координирующий орган при губернаторе Пензенской области.

Опыт **Вологодской области** по организации системы профилактики правонарушений за период с 2005 по 2011 г. неоднократно отмечался с положительной стороны руководством страны и МВД России¹²⁴. В области реализуется целевая программа «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы»¹²⁵.

В регионе созданы 15 территориальных управлений и отделов внутренних дел, 13 отделений полиции. В 2011 г. финансирование органов внутренних дел области составило 4,1 млрд. рублей, из них 2,5 млрд. рублей выделено на денежное довольствие сотрудников. Для повышения эффективности кадровой политики под руководством начальника УМВД России по Вологодской области были созданы специальные комиссии, осуществляющие тестирование сотрудников полиции.

Как и в других регионах, повышенное внимание в системе профилактики правонарушений уделяется укреплению взаимодействия органов УВД «со всеми институтами власти и гражданского общества, повышению открытости, развитию всестороннего конструктивного сотрудничества»¹²⁶. С этой целью развиваются контакты с представителями образовательных учреждений, национально-культурных автономий, студенческих объединений, общественных и некоммерческих организаций, религиозных конфессий.

Участковые уполномоченные полиции ежеквартально отчитываются о своей деятельности на собраниях граждан, проживающих на обслуживаемом административном участке. Ежемесячно проводится прямая телефонная линия и прием граждан, в том числе в Приемной Президента РФ и Общественной приемной партии «Единая Россия». Прием граждан ежемесячно осуществляют также общественные советы, созданные при каждом территориальном органе внутренних дел области. С целью укрепления доверия населения работа полиции корректируется с учетом

¹²⁴ Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления Министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Реж. дост.: uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc

¹²⁵ Программа утверждена постановлением Правительства Вологодской области от 9 сентября 2008 г. № 1714.

¹²⁶ Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Реж. дост.: uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc

общественного мнения, для чего налажено взаимодействие с научными институтами (Институт социально-экономического развития территорий, Центр гуманитарных исследований и консультирования «Развитие»), осуществляющими мониторинг общественного мнения.

По направлению профилактики подростковой преступности сотрудниками полиции во взаимодействии с заинтересованными органами в дни школьных каникул проводятся декады по предупреждению правонарушений среди молодежи, принимаются меры по реализации федерального и областного законодательства, ограничивающего реализацию алкогольной продукции (Закон Вологодской области №2399 «Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции на территории Вологодской области»¹²⁷). В соответствии с ФЗ РФ №120-1999 г. «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»¹²⁸ к административной ответственности привлекаются родители, чьи несовершеннолетние дети находились без присмотра на улицах в вечернее и ночное время, реализуется мониторинг и учет семей, в которых имело место жестокое обращение с детьми.

Профилактика повторной преступности на территории Вологодской области реализуется в соответствии с Федеральным законом №64 «Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы»¹²⁹. Тем не менее, по данным на 2011 г., уровень повторной преступности в регионе возрос с 42 до 52% от общего числа преступлений, что во многом связано с социально-бытовой дезадаптацией бывших заключенных (около 74% правонарушителей, совершающих преступление повторно, профессионально не трудоустроены и не имеют постоянного источника дохода)¹³⁰.

¹²⁷ Закон Вологодской области № 2399 «Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции на территории Вологодской области»: принят постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 27 октября 2010 г. № 647.

¹²⁸ Федеральный закон № 120 «Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних»: принят Государственной Думой 21 мая 1999 г.; одобрен Советом Федерации 9 июня 1999 г.

¹²⁹ Федеральный закон Российской Федерации «Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы» от 6 апреля 2011 г. № 64: принят Государственной Думой 25 марта 2011 г.; одобрен Советом Федерации 30 марта 2011 г. Впервые опубликован в федеральном выпуске «Российской газеты» 8 апреля 2011 г.

¹³⁰ Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления Министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Реж. дост.: uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc

С 2010 г. в Вологодской области внедряются сегменты аппаратно-программного комплекса «Безопасный город», устанавливаются камеры видеонаблюдения, проводится работа по оснащению патрульного автотранспорта комплексами удаленного доступа к ведомственным базам данных. Для реализации этих мероприятий в 2011 г. были внесены изменения в программу «Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы», предусматривающие увеличение финансирования с 58 759,5 до 63 759,5 тыс. руб.

Таким образом, профилактика правонарушений, в том числе убийств, в России и зарубежных странах имеет общие черты, которые заключаются в главенствующей роли государства, при этом основными направлениями деятельности являются сотрудничество с населением и различными общественными институтами, ориентация на предупреждение криминальных тенденций в молодежной среде, специальная работа с категориями групп риска. Соответственно можно выделить три уровня системы профилактики:

1. Общесоциальный (состоит в повышении благосостояния граждан, преодолении имущественного расслоения, стабилизации политической обстановки, ослаблении влияния на преступность межэтнических конфликтов, упорядочении миграционных процессов, в работе со средствами массовой информации, борьбе с алкоголизацией и наркотизацией общества, усилении работы по предупреждению незаконного оборота огнестрельного оружия, привлечении к сотрудничеству общественности и т. д.).

2. Специальный (заключается в учете и адресном подходе в работе с такими категориями, как лица, вышедшие из мест лишения свободы, «трудные» подростки, люди, страдающие алкогольной и наркотической зависимостью, гастарбайтеры, бездомные, семьи, в которых были зафиксированы факты жестокого обращения и т.д.).

3. Индивидуальный (состоит в работе с отдельными лицами по нивелированию их агрессивных установок, в воспрепятствовании их проявлению в жестоких и преступных формах, а также в ослаблении корыстных мотивов, реализуемых через насилие).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, насильственные причины смертности, наиболее важными из которых являются убийство и самоубийство, представляют социальные патологии, свидетельствующие о социальном нездоровье общества и влекущие за собой целый комплекс проблем демографического и экономического характера. В данной монографии приведен анализ лишь некоторых последствий ухудшения социального здоровья населения. При этом убийства и самоубийства, на наш взгляд, следует рассматривать не только как причины смертности, но и как индикаторы психологического самочувствия людей, а также как показатели их межличностного взаимодействия, степени толерантности по отношению друг к другу.

Анализ показал, что в совокупности убийства и самоубийства выступают наиболее распространенными неестественными причинами смертности среди населения Российской Федерации. Актуальность данной проблемы среди категорий населения в трудоспособном возрасте обуславливает существенный уровень социально-экономического ущерба и потерь трудового потенциала, влияет на структуру демографической ситуации в целом. Здесь уместно напомнить, что сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста от неестественных причин является отличительной чертой Российской Федерации на международном уровне, однако система профилактики социальных болезней в стране далека от идеальной и в некоторых (прежде всего организационных) аспектах существенно уступает зарубежным аналогам.

Выявленные в ходе исследования факторы распространения социальных патологий убедительно доказывают, что сохранение и укрепление социального здоровья не может быть достигнуто только за счет улучшения экономической ситуации и повышения качества жизни населения. Решение этой задачи во многом зависит от уровня развития системы здравоохранения и социальной сферы в целом, а также от образа жизни самих людей, что повышает роль и информационно-просветительского аспекта профилактики социального здоровья. В целом это говорит о необходимости комплексного подхода, реализация которого возможна только при условии решения данных вопросов на федеральном уровне.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акутаев, Р.М. К вопросу о методах измерения латентной преступности [Текст] / Р.М. Акутаев // Государство и право. – 1998. – № 7. – С. 57-60.
2. Андроникова, О.О. Методика исследования склонности к виктимному поведению [Электронный ресурс] / О.О. Андроникова // Материалы III межрегиональной науч.-практ. конф. Новосибирского гос. педагогического ун-та, 17 – 18 дек. 2003 г. – Режим доступа: <http://spsi.narod.ru/5.htm>
3. Анисимов, А.И. Проблема социально-психологического исследования профессионального здоровья личности [Электронный ресурс] / А.И. Анисимов // Информационный образовательный портал Института прикладных социальных технологий. – Режим доступа: <http://socionom.ru>
4. Антонян, Ю.М. Криминология. Избранные лекции [Текст] / Ю.М. Антонян. – М.: Логос, 2004. – 448 с.
5. Бакаев, А.А. Система профилактики правонарушений несовершеннолетних / А.А. Бакаев, Н.И. Остапенко. – М., 2003. – С. 131–134.
6. Беялов, Ф.И. Психические расстройства в практике терапевта [Текст]: монография. – 5-е изд, перераб. и доп. / Ф.И. Беялов. – Иркутск: РИО ИГИУВа, 2011. – С. 12.
7. Бландинская, О.М. Социально-психологические особенности мотивации сохранения и укрепления здоровья у старшеклассников [Текст]: автореф. дис. на соиск. уч. ст. канд. психол. наук: 19.00.05 / О.М. Бландинская. – Ярославль, 2002. – 26 с.
8. Богоявленский, Д.Д. Российские самоубийства и российские реформы [Текст] / Д.Д. Богоявленский // Социс. – 2002. – №5. – С. 6.
9. Болдина, М.А. Социальное здоровье семьи [Текст] / М.А. Болдина // Социальное здоровье: теоретические подходы, модели, технологии развития: материалы Междунар. науч.-практ. конф., г. Тамбов, 18 ноября 2008 года. – Тамбов: ТГУ, 2008. – С. 11 – 17.
10. Валиахметов, Р.М. Опыт социологического исследования проблемы суицида [Текст] / Р.М. Валиахметов // Вестник общественного мнения. Данные. Анализ. Дискуссии / Аналитический центр Юрия Левады (Левада-Центр); Междисциплинарный академический центр социальных наук (Интерцентр). – 2010. – № 1(103). – С. 65-89.
11. Вишневецкий, К.В. Криминогенная виктимизация социальных групп в современном обществе [Электронный ресурс]: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра юр. наук: 12.00.03 / К.В. Вишневецкий. – М., 2007 [Саратовский Центр по исследованию проблем организованной преступности и коррупции]. – Режим доступа: http://sartracc.ru/i.php?oper=read_file&filename=Disser/vishnevecky.htm

12. Войцех, В.Ф. Что мы знаем о суициде [Текст] / В.Ф. Войцех; под ред. В.С. Ястребова. – М., 2007. – С. 20.

13. Волкова, В.В. Феномен виктимного поведения в условиях современного мегаполиса [Электронный ресурс] / В.В. Волкова. – Режим доступа: <http://socionom.ru>.

14. Вся Россия: портал поддержки международного научного, культурного и делового сотрудничества. – Режим доступа: <http://www.allru.org/SD/SDShow.asp?SdID=7706>

15. Выступление Б.С. Положего на online-конференции «Самоубийства: как предотвратить беду?» 10.09.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://ria.ru/online/20110910/434380661.html>

16. Гаврилов, Б.Я. Роль уголовной статистики в формировании уголовной политики [Электронный ресурс] / Б.Я. Гаврилов // Труды Академии управления МВД России. – 2009. – №2. – Режим доступа: <http://jurnal.amvd.ru/indviewst.php?stt=247&SID=>

17. Гидденс, Э. Социология [Текст]: учебник / Э. Гидденс. – М.: Едиториал УРСС, 2005. – 632 с.

18. Гишинский, Я. Демография заключенности [Электронный ресурс] / Я. Гишинский // Демоскоп Weekly. – 2009. – № 361. – Режим доступа: http://demoscope.ru/weekly/2009/0361/s_map.php#1

19. Голенкова, З.Т. Процессы интеграции и дезинтеграции в социальной структуре российского общества [Текст] / З.Т. Голенкова, Е.Д. Игитханян // Социс. – 1999. – № 9. – С. 22 – 33.

20. Гроллман, Э. Суицид: превенция, интервенция, поственция [Текст] / Э. Гроллман // Суицидология: прошлое и настоящее. – М., 2001. – С. 270 – 352.

21. Грошева, И.А. Тенденции женской преступности в Тюменском регионе [Текст] / И.А. Грошева // Социологические исследования. – 2002. – № 11. – С. 146-148.

22. Грэхэм Д. Стратегии предупреждения преступности в Европе и Северной Америке [Текст] / Д.Грэхэм, Т.Беннетт // Европейский институт по предупреждению преступности и борьбе с ней. – Хельсинки: HEUNI, 1995. – 114 с.

23. Гулин, К.А. Проблемы психического здоровья населения [Текст] / К.А. Гулин, О.И. Фалалеева, Ю.Е. Ослопова. – Вологда: Вологодский научно-координационный центр ЦЭМИ РАН, 2003. – 71 с.

24. Гусейнов, А.Б. Профилактика правонарушений несовершеннолетних за рубежом / А.Б. Гусейнов // Теория и практика общественного развития: электрон. науч. журн. – 2010. – № 3. – Режим доступа: <http://www.teoriapRACTICA.ru/index.php/3-2010/229-yurist/541-4>

25. Давыдов, А.А. Модульный анализ и конструирование социума [Текст] / А.А. Давыдов. – М., 1996.

26. Демографический ежегодник Вологодской области. 2005–2010 [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2011. – 68 с.

27. Дмитриева, Е. В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья [Текст]: дис. на соиск. уч. степ. д-ра социол. наук: спец. 22.00.01 / Е.В. Дмитриева [Мос. гос. ун-т]. – М.: РГБ, 2005. – 423 с.
28. Дюркгейм, Э. Метод социологии [Текст] / Э. Дюркгейм. – Киев, 1899. С. 55.
29. Европейский доклад о предотвращении насилия и преступности среди молодежи [Электронный ресурс] / World Health Organization 2010. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0012/121314/E94277.pdf
30. Задорожный, В.И. Виктимологическая безопасность и её обеспечение мерами виктимологической профилактики [Текст]: монография / В.И. Задорожный. – Тамбов, 2005. – С. 38.
31. Здоровье для всех [Электронный ресурс] // Европейская база данных ВОЗ. – Режим доступа: http://data.euro.who.int/hfad/shell_ru.html
32. Здоровье молодежи – необходимость перемен [Текст]: руководство ЮНИСЕФ по разработке программ в области охраны здоровья и развития молодых людей. – Женева, 1997. – 126 с.
33. Здоровье-21: основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ [Электронный ресурс] // Европейская серия по достижению здоровья для всех. – 1999. – № 6. – 314 с. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/what-we-publish/abstracts/health21-the-health-for-all-policy-framework-for-the-who-european-region>
34. Зобов, Р.А. Социальное здоровье и социализация человека [Текст]: учебное пособие для вузов / Р.А. Зобов, В.Н. Келасьев; фак. социологии СПбГУ. – СПб.: Химиздат, 2005. – 166 с.
35. Ившин, В.Г. Виктимология [Текст]: учебное пособие / В.Г. Ившин, С.Ф. Идрисова, Л.Г. Татьяна. – М.: Вольтерс Клувер, 2011. – 265 с.
36. Иншаков, С.М. Исследование криминальной латентности и парадоксы социального отрицания преступности [Текст] / С.М. Иншаков // Общие проблемы борьбы с преступностью. – 2008. – №4 (6). – С. 5 – 10.
37. Какие стратегии предупреждения самоубийств можно считать эффективными на основе имеющихся фактических данных? [Электронный ресурс]: доклад Всемирной организации здравоохранения, июль 2004 г. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0011/74693/E83583r.pdf
38. Карцевский, А.В. Формирование региональной системы управления здравоохранением в условиях рынка (на примере Нижегородской области) [Текст]: дис. на соиск. уч. ст. канд. экон. наук: 08.00.05 / А.В. Карцевский. – Н. Новгород, 1996. – С. 13.
39. Киреева, Н.Н. Междисциплинарное исследование социального здоровья человека [Электронный ресурс] / Н.Н. Киреева. – Режим доступа: <http://socionom.ru/baza-znaniy/polnotekstovye-versii-zhurnalov/uchenye-zapiski-sankt-peterburgskogo-gosudarstvennogo-instituta-psikhologii-i-socialnoi-raboty/vypusk-no2-14-2010/mezhdisciplinarnoe-issledovanie-socialnogo-zdorovja-cheloveka/>

40. Ковалкин, А.А. Латентная преступность и методика ее выявления [Текст] / А.А. Ковалкин // Труды ВНИИ МВД СССР. – 1973. – № 24. – С. 81.
41. Колпина, Л.В. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья личности [Текст] / Л.В. Колпина. – М.: СГУ, 2009. – 179 с.
42. Комплексные меры по профилактике правонарушений на территории Ульяновской области на 2011 – 2012 годы: областная целевая программа (проект) // Официальный сайт Губернатора и Правительства Ульяновской области. – Режим доступа: <http://www.ulgov.ru/notice/4c96fb39cf09e.html>
43. Криминология: учебник для вузов [Текст] / под ред. А.И. Долговой. – М., 2007. – С. 163.
44. Криминология: учебник для вузов [Текст] / под ред. проф. В.Д. Малкова. – 27-е изд., перераб. и доп. – М.: ЗАО «Юстицинформ», 2006. – 528 с.
45. Кудрявцев, В. Эффективность системы уголовной юстиции [Текст] / В. Кудрявцев // Соц. законность. – 1971. – № 7. – С. 14.
46. Кузнецова, И.В. Психологические основания реализации здоровьесберегающих технологий в образовательных учреждениях [Текст]: автореф. дис. на соиск. уч. степ. д-ра психол. наук / И.В. Кузнецова. – М., 2003. – 58 с.
47. Ли, Д.А. Преступность в России: системный анализ [Текст]: монография / Д.А. Ли. – М.: Гелва, 1997. – С. 20.
48. Лунеев, В.В. Проблемы отечественной преступности: статистика и реалии [Электронный ресурс] / В.В. Лунеев, И.М. Мацкевич, Д.К. Нечевин // Евразийский юридический журнал. – 2010. – № 1 (32). – Режим доступа: http://www.eurasialaw.ru/index.php?option=com_jcontentplus&view=article&id=1815:2011-02-03-08-53-11&catid=101:2010-06-03-10-59-29&Itemid=196
49. Лунеев, В.В. Юридическая статистика [Электронный ресурс] / В.В. Лунеев. – Режим доступа: <http://www.vuzlib.net/beta3/html/1/19309/19359/>
50. Материалы заседания Экспертного совета по подготовке проекта программы партии «Правое дело» от 29.06.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://pravoedelo1.livejournal.com/210062.html>
51. Материалы интервью И. Орлова агентству «Интерфакс – Поволжье» от 17.12.2008 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.guardinfo.ru/events/interviews/interviews_8162.html
52. Материалы интервью С.А. Игумнова газете «Белорусские новости» от 08.05.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://naviny.by/rubrics/society/2011/05/08/ic_articles_116_173531/
53. Материалы интервью с Президентом Общероссийской общественной организации «Объединение частных детективов России» А. Алистратовым для политической экспертной сети «Кремль.org» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.kreml.org/interview/128144140>
54. Материалы международной конференции по латентной преступности [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.crimpravo.ru/blog/prestupnost.html>

55. Материалы пресс-службы УВД по Курганской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.uvd45.ru/news/show/218/>
56. Методика измерения DALY на сайте ВОЗ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/metrics_daly/en/
57. Михеев, Р.И. Международное сотрудничество России и стран АТР в сфере уголовной политики, борьбы с преступностью и её предупреждения [Текст] / Р.И. Михеев, Н.А. Морозов, Е. Коидзуми // Материалы междунар. науч.-практ. конф., г. Владивосток, 23.04.1997 г. – Изд-во Дальневост. ун-та, 1997. – Кн. первая. – С. 63 – 65.
58. Морев, М.В. Социально-экономические аспекты нравственного состояния общества [Текст] / М.В. Морев, В.И. Попова // Экономическое возрождение России. – 2010. – № 2 (24). – С. 120-128.
59. Мягков, А.Ю. Самоубийства в Ивановской области: анализ временных трендов [Текст] / А.Ю. Мягков, С.В. Ерофеев // Социологический журнал. – 2007. – №2. – С. 47.
60. Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств [Текст] / под ред. Д. Вассерман. – М.: Смысл, 2005. – С. 224.
61. Национальная психолого-психиатрическая энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/>
62. Наши подростки сводят счеты с жизнью в три раза чаще сверстников из других стран [Электронный ресурс] : материалы интервью с Б.С. Положим // Российская газета. – 2011. – №5430 (54). – 16 марта. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/03/15/suicid-poln.html>
63. Об административном надзоре за лицами, освобожденными из мест лишения свободы [Текст]: Федеральный закон Российской Федерации от 6 апреля 2011 г. № 64: принят Государственной Думой 25 марта 2011 г.: [одобрен Советом Федерации 30 марта 2011 г.] // Российская газета. – 2011. – Федер. вып. – 8 апр.
64. Областная целевая комплексная программа по профилактике правонарушений в Липецкой области на 2009 – 2012 годы: утверждена постановлением администрации Липецкой области от 24.09.2008 года № 248.
65. Об ограничении времени розничной продажи алкогольной продукции с содержанием этилового спирта более 15% объема готовой продукции на территории Вологодской области [Текст]: Закон Вологодской области № 2399: [принят постановлением Законодательного Собрания Вологодской области от 27 октября 2010 г. № 647].
66. Об основах системы профилактики безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних [Текст]: Федеральный закон № 120: принят Государственной Думой 21 мая 1999 г.: [одобрен Советом Федерации 9 июня 1999 г.].
67. Об участии граждан РФ в охране общественного порядка на территории Пензенской области [Текст]: Закон Пензенской области: [принят Законодательным Собранием Пензенской области 23 июня 2006 г.].

68. Общественно-политическая газета «Нижегородская правда» от 14 июля 2011 г. – №5. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.pravda-nn.ru/archive/number:609/article:9623/>

69. О квотировании рабочих мест для лиц, особо нуждающихся в социальной защите [Текст]: Закон Липецкой области от 14.09.2000 № 104-ОЗ: [принят постановлением Липецкого областного Совета депутатов от 07.09.2000 № 490-пс].

70. О материальном стимулировании сотрудников органов внутренних дел по Липецкой области, состоящих на должностях службы участковых уполномоченных милиции [Текст]: постановление Липецкого областного Совета депутатов от 04.10.2007 n 419-пс.

71. О профилактике безнадзорности и правонарушений несовершеннолетних в Липецкой области [Текст]: Закон Липецкой области от 22.08.2007 № 87-ОЗ: [принят постановлением Липецкого областного Совета депутатов от 16.08.2007 № 366-пс].

72. Основные показатели развития регионов Северо-Западного федерального округа [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 105 с.

73. Отчет начальника УМВД России по Вологодской области на сессии Законодательного Собрания Вологодской области 28.03.2012 г. // Официальный сайт Управления министерства внутренних дел РФ по Вологодской области. – Режим доступа: uvd35.ru/img/news/2012/03/otchet-zso.doc

74. О Федеральной целевой программе «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 – 2012 годы)» [Электронный ресурс]: Постановление Правительства Российской Федерации от 10 мая 2007 г. № 280 // Гарант: информ.-правовой портал. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/4184672/>

75. Охрана психического здоровья: проблемы и пути их решения [Электронный ресурс]: отчет о Европейской конференции ВОЗ на уровне министров / Документационный центр ВОЗ. – Режим доступа: <http://whodc.mednet.ru/ru/psihicheskoe-zdorove-i-psihicheskie-rasstroystva/>

76. Пермский край: высокие технологии, профилактика, поощрение милиции в борьбе с преступностью [Электронный ресурс] : материалы интервью с министром общественной безопасности Пермского края И. Орловым. – Режим доступа: http://www.guardinfo.ru/events/interviews/interviews_8162.html

77. Перспективы развития и применения зарубежных криминологических теорий [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://evcprpk.ru/page/216/>

78. Пилягина, Г.Я. Создание национальной программы предотвращения роста саморазрушающего поведения и профилактики самоубийств в Украине / Г.Я. Пилягина // Новости украинской психиатрии: информ. сайт. – Режим доступа: <http://www.psychiatry.ua/brief/paper098.htm>

79. Половозрастной состав населения Вологодской области в 2000 – 2009 гг. [Текст]: стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 80 с.

80. Попов, В.Л. Судебная медицина [Текст] / В.Л. Попов. – С.-Пб.: Юрид. центр Пресс, 2006. – 622 с.
81. Прикладная юридическая психология [Текст]: учеб. пособие для вузов / под ред. А.М. Столяренко. — М.: ЮНИТИ-ДАНА, 2(К)1. – 639 с.
82. Приступа, Е. Н. Междисциплинарное теоретическое обоснование понятия «социальное здоровье» личности ребенка [Текст] / Е. Н. Приступа // Социальная политика и социология. – 2007. – № 2. – С. 117 – 125.
83. Проблемы миграции и аспекты сотрудничества РФ и США в решении миграционных проблем [Электронный ресурс]: материалы заседания рабочей группы «Гражданское общество» в рамках Российско-Американской президентской комиссии по развитию сотрудничества от 27.05.2010 г. – Режим доступа <http://www.memo.ru/2010/06/01/dg.htm>
84. Программа модернизации здравоохранения Вологодской области на 2011 – 2012 гг. [Текст]: утв. Постановлением Правительства области от 4 марта 2011 г. № 183. – Вологда, 2011.
85. Профилактика правонарушений в городе Мурманске на 2010 – 2012 гг. [Текст]: долгосрочная целевая программа: областная целевая программа: утв. постановлением Администрации г. Мурманска от 12 октября 2009 г. № 1061. – Мурманск, 2009.
86. Профилактика преступлений и иных правонарушений в Вологодской области на 2009 – 2012 годы [Текст]: долгосрочная целевая программа: утверждена постановлением Правительства Вологодской области от 9 сентября 2008 г. № 1714.
87. Профилактика преступлений и иных правонарушений в городе Вологде на 2010 – 2012 годы [Текст]: городская целевая программа: утв. постановлением Главы города Вологды от 23 декабря 2009 года № 6995. – Вологда, 2010.
88. Пряткина, О.П. Современные индикаторы здоровья населения [Электронный ресурс] / О.П. Пряткина // Медицинские новости. – 2000. – № 10. – Режим доступа: <http://www.mednovosti.by/journal.aspx?article=3054>
89. Психическое здоровье населения Вологодской области, развитие психиатрической помощи населению на 2011 – 2013 годы [Текст]: ведомственная целевая программа: утв. приказом Департамента здравоохранения Вологодской области от 13 января 2011 г. № 6. – Вологда, 2011.
90. Психология здоровья [Текст]: учебник для вузов / под ред. Г.С. Никифорова. – СПб.: Питер, 2006. – 607 с.
91. Рагимова, О. А. Социальное здоровье младших школьников в условиях трансформации российского общества [Текст] / О.А. Рагимова. – Саратов: СГУ, 2004. – 228 с.
92. Районы и города Вологодской области 2000 – 2009 [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 336 с.
93. Рак, И.П. Уголовная статистика [Текст] / И.П. Рак, Д.В. Образцов, А.В. Селезнев. – ТГТУ, 2009. – С. 32.

94. Регионы России. Социально-экономические показатели 2010 [Текст] : стат. сб. / Росстат. – М., 2000. – 996 с.

95. Римашевская, Н.М. Русский крест [Электронный ресурс] / Н.М. Римашевская // Природа. – 1999. – №6. – Режим доступа: <http://vivovoco.rsl.ru>

96. Римашевская, Н.М. Бедность и маргинализация населения (социальное дно) [Текст] / Н.М. Римашевская // Социологические исследования. – 2004. – № 4. – С. 33 – 44.

97. Розничная продажа алкогольной продукции в 2009 году [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 47 с.

98. Российская газета от 13.07.2011 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.rg.ru/2011/07/13/reg-permkray/suicidy-anons.html>

99. Российский статистический ежегодник 2009 г. [Текст] : стат. сб. / Росстат. – М., 2009. – 795 с.

100. Рывкина, И.В. Социальное нездоровье современной России как предмет изучения социальной науки [Электронный ресурс] / И.В. Рывкина. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2008/0351/nauka02.php>

101. Седова, Ю. Доктор, спасите меня от меня самого! [Электронный ресурс]: интервью с В.Ф. Войцехом / Ю. Седова // Научная среда. – 2001. – № 31 – 32. – 8 – 14 авг. – Режим доступа: http://www.lgz.ru/archives/html_arch/lg31-322001/Tetrad/art8.htm

102. Сергеева, Т. Б. Социальное здоровье человека: философский аспект [Текст]: учеб. пособие / Т.Б. Сергеева. – Ставрополь: СГМА, 2003. – 29 с.

103. Словарь-справочник для родителей, имеющих детей с ограниченными возможностями [Электронный ресурс] / под ред. Л.Г. Гусляковой, С.Г. Чудовой. – М.: Просвещение, 1996. // Национальная психологическая энциклопедия – Режим доступа: <http://vocabulary.ru/dictionary/34/word/agresija>

104. Социальная реабилитация и поддержка инвалидов в Германии [Электронный ресурс]: материалы конференции, г. Кёльн, 26 – 30 января 2010 года. – Режим доступа: www.dorogavmir.ru/text/Materialy_konferencii.doc

105. Социальное здоровье подростка [Электронный ресурс]: комплексное социально-психологическое исследование / Ханты-Мансийское региональное отделение Академии социальных технологий и местного самоуправления. – Режим доступа: http://www.astmsu.ru/project/project_54.html?part=1

106. Степанчикова, С.А. Криминология [Электронный ресурс] / С.А. Степанчикова. – Режим доступа: http://www.e-college.ru/xbooks/xbook110/book/index/index.html?go=part-004*page.htm

107. Теория и методика изучения психологических особенностей работников производства в системе профилактики техногенных катастроф [Текст]: монография / под ред. Л.А. Байковой. – Рязань: Рязанский гос. ун-т, 2008. – 172 с.

108. Туляков, В.А. Закономерности виктимизации [Электронный ресурс] / В.А. Туляков. – Режим доступа: http://www.pravo.vuzlib.net/book_z2166_page_20.html

109. Федеральная целевая Программа по усилению борьбы с преступностью на 1996 – 1997 годы [Текст]: утв. Постановлением Правительства Российской Федерации от 17.05.1996 г. № 600 // Российская газета. – 1996. – 24 июля.
110. Храмов, С.М. Криминогенная ситуация в Республике Беларусь с учетом латентной преступности [Электронный ресурс] / С.М. Храмов; Национальный центр законодательства и правовых исследований Республики Беларусь. – Режим доступа: <http://latence.narod.ru/alternativa.html>
111. Чентемирова, Н. А. Социология здоровья в российских условиях рынка медицинских услуг [Текст] / Н.А. Чентемирова. – М.: МАКС Пресс, 2006. – 256 с.
112. Число умерших по причинам смерти, по полу и возрасту по Вологодской области [Текст] : стат. сб. / Вологдастат. – Вологда, 2010. – 146 с.
113. Шульга, В.И. Уголовная статистика и преступность [Электронный ресурс] / В.И. Шульга. – Режим доступа: <http://www.crime.vl.ru/index.php?p=2094&more=1&c=1&tb=1&pb=1>
114. Щербакова, Е.М. Демоскоп Weekly [Электронный ресурс] / Е.М. Щербакова. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2007/0313/barom01.php>
115. Электронная газета «Информ-полис» от 09.10.2009. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.infpol.ru>
116. Юревич, А.В. Социопсихологическое состояние современного российского общества [Текст] / А.В. Юревич, И.П. Цапенко // Вестник РАН. – 2007. – № 5. – С. 387.
117. Alvazzi del Frate A. Preventing Crime: Citizen's Experience Across the World. Roma: UNICRI, 1997. P. 16.
118. Atlas of headache disorders and resources in the world 2011 / World Health Organization. – 2011. – P. 72.
119. Reinstitutionalisation in mentalhealth care: comparison of data onservice provision from six Europeancountries / S. Priebe, A. Badesconyi, A. Fioritti etal.. – BMJ 2005;330: 123-6.
120. Weissman, М.М. Функциональное ухудшение может иметь разные значения / М.М. Weissman // Всемирная психиатрия. – 2009. – Том 8. – №2. – Июнь. – С. 125.

ГЛОССАРИЙ

1. **Виктимизация** – процесс превращения лица в жертву преступления и результат этого процесса как на массовом, так и на единичном уровне, то есть процесс реализации потенциальной виктимности в физический, моральный или материальный ущерб¹.

2. **Виктимность** – повышенная способность человека в силу некоторых качеств (духовных, физических и профессиональных) становиться при определенных обстоятельствах объектом преступления. Под виктимизацией следует также понимать определенный результат совершенных преступлений, характеризующийся качественными и количественными показателями совокупности членов общества, пострадавших от преступлений, преступности в целом².

3. **Виктимогенная обстановка** (ситуация) – обстоятельства и условия, порождающие более благоприятную возможность причинения вреда потенциальной жертве³.

4. **Виктимологический анализ** (виктимологическое исследование) – исследование, имеющее своей целью выявление причин и условий, при которых человек оказывается жертвой преступления. Общетеоретическое виктимологическое исследование, будучи подотраслью социологии, представляет собой процесс выработки системы новых научных знаний о жертвах социально опасных проявлений, определения понятий, аксиом (постулатов, законов), разработки языка теории, формирования методологии и методики научного анализа на основании определения и обобщения типовых закономерностей взаимодействия жертв и социально опасных феноменов, наблюдаемых и измеряемых теориями среднего уровня.

¹ Андроникова О.О. Виктимология и ее основные категории и понятия в отечественной и зарубежной науке [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://www.obrazovanie9.ru/articles/345-victimology.htm>

² Юридический энциклопедический словарь. – 2000. [Эл. pec.]. – Реж. дост.: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/lower/13644>

³ Ившин В.Г., Идрисова С.Ф., Татьяна Л.Г. Виктимология: учебное пособие. – М.: Вольтерс Клувер, 2011. – С. 15.

5. **Криминогенная ситуация** – обстановка, характеризующаяся распространённостью преступных деяний, порождающая преступления, способствующая усилению преступности⁴.

6. **Преступность зарегистрированная** – совокупность преступлений, информация о которых поступила в органы уголовного преследования и которые зафиксированы в соответствии с установленными правилами⁵.

7. **Преступность латентная** – та часть преступности, которая по тем или иным причинам не получает отражения в уголовной судебной статистике и не становится предметом уголовного судопроизводства. Латентную преступность образуют преступления, оставшиеся неизвестными органам, имеющим право возбуждать уголовные дела, из-за сокрытия преступниками своих действий или из-за нежелания потерпевших и очевидцев обратиться в указанные органы с заявлениями; а также преступления, ставшие известными должностным лицам компетентных органов, но в силу недостатков системы учета преступлений или в результате служебных упущений оставшиеся незарегистрированными⁶.

8. **Преступность фактическая** – совокупность преступлений, совершенных за определенное время на определенной территории⁷.

9. **Социальная патология** – человеческие действия, поступки, типы поведения, которые общество расценивает как вредные, подрывающие правопорядок и общественную мораль: преступность, хулиганство, алкоголизм, наркомания и т.д.⁸

10. **Социальное здоровье** –

- состояние индивидуума, группы, общества, соответствующее норме с точки зрения всех статусных параметров (психологического, семейного, социального, культурного, экономического, этнического)⁹;

- ресурс, социальный капитал, необходимый как молодежи, так и взрослым людям для успешной социализации и социальной адаптации в новых общественно-экономических условиях, а также в условиях модернизации российского общества¹⁰;

⁴ Энциклопедия правового сайта «Правотека.ру». – Реж. дост.: <http://www.pravoteka.ru/enc/2987.html>

⁵ Лунеев В.В. Преступность XX века: мировые, региональные и российские тенденции. – М., 1997. – С. 126.

⁶ Большая советская энциклопедия. — М.: Советская энциклопедия, 1969 – 1978 [Эл. рес.]. – Реж. дост.: <http://dic.academic.ru/dic.nsf/bse/102330/Латентная>

⁷ Там же.

⁸ Служба тематических толковых словарей [Эл. рес.]. – Реж. дост.: http://www.glossary.ru/cgi-bin/gl_sch2.cgi?RRu.ogr;tg9lvgyurujo9

⁹ Рагимова О.А. Социальное здоровье младших школьников в условиях трансформации российского общества / Пед. ин-т Сарат. гос. ун-та им. Н.Г.Чернышевского. – Саратов: СГУ, 2004. – С. 20.

¹⁰ Там же. – С. 5.

- состояние человека, не сводимое к клиническим проявлениям организма, а выражающееся в удовлетворенности условиями труда, социально-экономическим положением и семейно-бытовыми условиями¹¹;
- устойчивое состояние благополучия, обеспечивающее успешность функционирования, развития и самореализации личности в условиях современного общества¹²;
- в феномене социального здоровья отражается отношение общества к человеку; факторами, определяющими социальное здоровье, являются такие макропроцессы, как глобализация общества, состояние окружающей среды, социальные катастрофы (войны, национально-этнические конфликты), экстремальные ситуации, техногенные катастрофы; важную роль играют процессы, идущие на уровне общества: социальная мобильность, государственная политика в области здоровья и социальная политика в целом, состояние здравоохранения и других социальных институтов, поддерживающих здоровье¹³ [20];
- интегральная характеристика развития личности (группы, общества в целом), взятая в единстве социальных и биологических показателей и выражающаяся в совокупности критериев жизненной удовлетворенности, соматического и психического здоровья и социальной активности¹⁴;
- отражение отношения общества к человеку, которое реализуется через включение (и исключение) человека в разнообразные социальные структуры и может рассматриваться как результат такого включения; под включением человека в среду понимается «процесс целенаправленного изменения, в ходе которого человек вырабатывает свойства, требуемые конкретной средой, что позволяет ему развиваться и удовлетворять свои потребности»¹⁵;
- степень комфортности человека в окружении, включая эмоционально-чувственную сферу и духовно-нравственное здоровье; к содержательным компонентам социального здоровья относятся способность

¹¹ Дмитриева Е.В. Теоретико-методологические и методические основы социологии здоровья: дис. ... д-ра социол. наук: спец. 22.00.01 [Мос. гос. ун-т]. – М.: РГБ, 2005. – С. 162.

¹² Болдина М.А. Социальное здоровье семьи // Социальное здоровье: теоретические подходы, модели, технологии развития: мат. Межд. науч.-практ. конф., 18 ноября 2008 г. – Тамбов: ТГУ, 2008. – С. 12.

¹³ Сошнев А.Н. Программа курса «Социальное здоровье общества: методология анализа». – СПб.: СПбГУ, 2001. – С. 5.

¹⁴ Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Социальное здоровье и социализация человека: уч. пос. для вузов / фак. социологии СПбГУ. – СПб.: Химиздат, 2005. – С. 291.

¹⁵ Зобов Р.А., Келасьев В.Н. Человекознание: самореализация человека: уч. для студ. ун-тов, обучающихся по направлениям подготовки и специальностям «Социальная работа», «Социология» / СПбГУ. – СПб.: СПбГУ, 2008. – С. 447.

личности активно выполнять свои социальные функции в обществе, адекватно отражать окружающую среду и себя в этой среде и в сознании других людей, адекватно отражать в своем сознании свои цели и способность их реализовать¹⁶;

- рассматривать и изучать социальное здоровье можно с позиции общества (степень, в которой индивид вовлечен в социальные отношения) и индивида (удовлетворенность этими отношениями), соответственно, есть два критерия социального здоровья: объективный – характеристики включенности личности в социальные связи и отношения и субъективный – самооценка этих связей и отношений¹⁷;

- взаимоотношение социального субъекта с социальной средой, детерминируемое его индивидуальными особенностями и социальной ситуацией. Это взаимоотношение выражается в субъективной и объективной достаточности социального статуса человека для реализации своих потребностей, целей и ценностей в процессе социального взаимодействия в соответствии с общественными ожиданиями; социальное здоровье – это «способность к конструктивному взаимодействию личности с социальными субъектами различных уровней»¹⁸.

¹⁶ Соколова Т.Б. Социальное здоровье в социологическом измерении: моногр. / М-во трансп. РФ, Федер. агентство ж.-д. трансп.; Дальневост. гос. ун-т путей сообщ. – Хабаровск: ДВГУПС, 2009. – С. 20.

¹⁷ Там же. – С. 18.

¹⁸ Колпина Л.В. Теоретико-методологические основы исследования социального здоровья личности [Соврем. гуманитар. акад.]. – М.: СГУ, 2009. – С. 102.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Уровень смертности от самоубийств в регионах Российской Федерации*
(число умерших на 100 тыс. нас.)

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009	2010
Российская Федерация	26,5	41,4	35,3	39,2	39,1	36,1	32,2	27,1	26,5	23,4
<i>Сибирский федеральный округ</i>	31,5	53,7	46,9	52,3	52,3	50,0	46,0	41,5	40,2	36,5
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	30,2	49,9	43,7	45,5	49,9	45,4	42,7	38,2	35,4	34,0
<i>Приволжский федеральный округ</i>	28,3	48,4	43,0	48,5	48,6	45,5	41,3	35,4	34,8	30,4
<i>Уральский федеральный округ</i>	31,8	56,0	46,3	49,6	48,7	45,3	41,1	32,1	32,5	30,2
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	26,3	45,3	36,3	41,2	39,5	36,3	30,9	24,6	23,5	21,6
<i>Южный федеральный округ</i>	20,0	23,7	21,2	23,4	24,1	20,8	17,9	14,4	15,1	17,7
<i>Центральный федеральный округ</i>	23,2	30,7	25,1	28,0	27,6	25,1	21,9	17,7	17,1	14,5
<i>Северо-Кавказский федеральный округ</i>	–	–	–	–	–	–	–	–	–	6,4
Чукотский авт. округ	18,7	66,6	76,1	35,8	62,1	76,5	86,9	82,2	91,7	88,7
Республика Тыва	34,4	59,8	58,5	65,0	64,4	66,7	51,6	59,5	57,7	71,1
Еврейская автономная область	37,0	72,9	51,9	63,4	79,8	65,7	63,4	56,6	61,5	66,7
Республика Алтай	40,1	81,3	98,5	73,7	95,2	101,9	87,2	73,0	68,6	65,6
Забайкальский край	35,9	80,4	65,9	81,9	81,7	77,2	72,2	70,0	71,8	65,3
Республика Бурятия	38,9	73,9	69,6	83,5	83,8	87,6	77,4	73,3	67,1	64,7
Амурская область	32,6	66,6	54,0	60,9	67,8	63,0	59,5	56,2	55,3	50,5
Удмуртская Республика	40,2	77,8	62,5	70,6	70,8	66,6	63,7	56,6	53,0	49,2
Республика Марий Эл	37,2	63,8	55,7	75,0	71,2	71,7	64,8	46,3	50,5	47,9
Чувашская Республика	30,7	35,1	37,3	59,6	54,8	52,8	47,2	44,2	45,8	45,1
Пермский край	30,9	59,9	51,8	59,1	60,7	56,5	52,1	45,1	45,5	43,3
Курганская область	34,4	54,5	53,9	57,6	61,1	60,5	53,4	50,5	50,2	43,2
Иркутская область	37,4	64,9	55,8	63,0	60,6	58,0	55,2	46,9	44,6	43,1
Кировская область	38,8	68,7	59,8	69,6	66,1	61,4	57,0	52,2	49,0	40,9
Республика Саха (Якутия)	24,2	35,1	40,4	39,9	48,4	48,8	48,3	48,5	46,9	40,8
Республика Коми	31,3	58,2	46,7	50,7	48,8	55,3	44,6	41,8	40,0	40,5
Республика Башкортостан	36,2	64,1	61,0	62,7	61,4	66,0	57,6	48,9	48,3	40,0
Республика Калмыкия	28,8	50,1	53,0	51,1	61,4	50,5	47,0	39,7	47,3	39,7
Архангельская обл.	30,5	68,0	57,2	61,8	61,6	54,6	51,9	44,8	37,5	39,1
Республика Хакасия	30,4	53,1	53,1	56,7	60,1	60,1	50,4	38,5	39,2	38,9
Алтайский край	30,2	49,8	42,7	50,4	44,7	46,9	43,8	41,8	41,7	37,6
Кемеровская область	34,9	56,8	49,3	52,5	56,3	50,6	46,2	40,8	41,6	36,6
Челябинская область	33,4	59,0	47,6	54,3	52,8	50,3	45,0	36,6	36,6	34,9
Оренбургская обл.	24,1	47,6	49,9	51,8	52,6	51,2	45,9	42,2	40,4	34,0
Хабаровский край	31,1	46,6	43,8	48,4	48,5	49,5	47,3	40,9	32,4	32,4
Новгородская обл.	35,2	51,3	39,4	55,7	49,3	42,2	38,8	39,1	35,9	29,1
Тверская область	31,9	52,5	47,7	52,9	47,6	47,6	36,9	30,3	33,0	28,8
Республика Татарстан	24,6	43,9	41,1	41,7	40,9	37,6	36,8	31,2	30,0	28,7
Свердловская обл.	34,7	60,8	51,8	53,0	50,2	45,5	40,3	29,9	30,8	28,2
Новосибирская обл.	26,9	40,5	31,4	37,0	39,2	37,4	35,4	34,7	32,2	27,6
Ивановская область	34,3	59,1	51,1	57,0	58,2	45,6	37,0	33,0	30,9	27,5

Продолжение прил. 1

Приморский край	30,6	47,3	42,1	45,3	46,7	39,2	36,0	28,8	27,4	27,4
Республика Карелия	31,1	69,1	54,6	56,0	55,0	51,1	40,6	34,0	29,2	27,1
Камчатский край	31,8	44,7	34,3	34,0	40,9	39,9	25,9	35,7	32,7	27,0
Владимирская обл.	26,1	46,1	41,3	45,2	47,4	42,5	37,2	28,6	29,7	26,7
Псковская область	34,3	61,1	48,3	54,3	55,0	47,0	40,0	32,5	29,0	26,0
Омская область	26,8	45,1	38,2	43,6	43,9	38,2	33,1	32,1	31,9	25,9
Астраханская область	27,5	39,3	35,7	38,4	44,3	39,8	36,2	32,1	31,7	25,9
Вологодская область	31,1	56,7	52,5	62,2	57,3	52,2	39,2	26,5	29,4	25,7
Саратовская область	25,1	39,9	36,3	40,4	39,5	34,5	26,7	27,2	28,8	25,5
Красноярский край	28,2	46,3	42,5	42,6	41,0	37,4	36,6	29,9	29,1	25,1
Пензенская область	25,1	34,7	34,5	39,5	38,9	38,5	36,0	27,3	29,6	24,9
Тюменская область	24,5	46,0	34,4	36,5	38,2	34,9	34,3	25,3	25,6	24,3
Республика Мордовия	21,6	32,9	30,9	35,1	37,7	29,1	31,2	27,1	26,4	24,1
Смоленская область	26,0	37,6	36,8	44,4	41,0	41,2	38,1	25,9	28,9	23,8
Костромская область	35,8	49,9	45,4	52,5	53,7	48,8	38,8	28,5	30,0	23,6
Калининградская обл.	32,1	49,3	43,6	45,8	46,2	34,5	33,4	24,0	26,0	23,5
Ленинградская обл.	29,4	46,8	35,8	42,8	40,2	38,2	32,5	26,1	26,5	22,7
Магаданская область	23,7	50,1	34,7	34,3	46,5	24,4	23,1	17,6	19,1	22,2
Республика Адыгея	24,1	25,5	28,0	26,7	23,0	24,2	26,8	18,8	22,3	22,0
Краснодарский край	27,4	34,6	30,2	32,0	32,7	31,4	27,7	23,6	23,3	21,8
Калужская область	24,3	33,2	33,1	35,9	39,5	30,2	26,8	21,9	22,8	21,0
Ярославская область	29,8	47,0	26,8	39,7	41,0	36,3	31,0	23,5	22,5	20,0
Нижегородская обл.	22,9	39,8	29,8	38,7	37,9	35,4	32,5	24,8	25,3	19,2
Брянская область	22,7	24,0	20,9	28,9	33,8	28,4	31,3	21,5	21,1	18,9
Томская область	25,7	40,6	38,8	41,2	43,4	42,0	36,2	26,2	20,7	18,6
Тульская область	31,4	39,7	29,6	34,3	34,1	30,9	29,6	20,7	20,5	18,6
Ямало-Ненецкий авт. округ	–	40,2	23,5	25,5	33,6	28,5	30,2	14,5	17,6	17,8
Белгородская область	20,6	26,2	27,0	30,4	29,3	29,0	23,4	21,0	18,8	17,4
Волгоградская обл.	26,8	35,7	31,1	33,8	31,4	27,0	26,1	21,0	21,5	17,3
Московская область	23,3	32,3	26,5	29,0	28,4	25,1	23,5	20,7	18,8	16,8
Липецкая область	20,1	28,8	28,9	29,0	26,0	25,7	25,1	19,9	20,1	16,4
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	–	44,4	30,6	35,8	33,0	29,5	26,6	16,4	17,1	16,3
Орловская область	24,0	37,1	27,9	31,1	29,0	22,8	19,2	14,6	14,9	15,5
Сахалинская область	35,4	58,5	41,0	29,9	34,0	23,5	24,4	15,5	12,1	15,4
Воронежская область	17,7	12,8	11,7	12,0	12,0	21,5	22,2	18,3	19,5	15,2
Ульяновская область	21,0	31,9	15,0	11,7	30,3	18,8	18,8	14,0	16,8	15,1
Тамбовская область	23,9	36,0	34,2	34,3	33,1	30,5	17,8	14,2	13,3	14,4
Мурманская область	19,7	46,6	35,2	38,7	38,0	35,0	28,2	12,3	9,9	13,8
Ставропольский край	20,4	17,1	14,9	21,4	24,2	21,7	19,3	15,8	15,8	12,2
Кабардино-Балкарская Республика	13,5	11,4	11,6	11,0	11,4	14,3	13,5	13,2	13,1	11,3
г. Санкт-Петербург	18,5	23,2	16,8	19,6	18,4	17,8	15,2	12,0	12,1	10,8
Курская область	22,3	29,9	28,0	29,2	26,1	27,7	24,4	18,2	16,4	10,4
Самарская область	24,4	36,5	32,0	37,5	35,8	28,0	23,2	19,3	13,8	9,8
Ростовская область	19,9	20,1	18,4	19,7	20,2	14,6	11,2	8,1	10,3	9,1

Окончание прил. 1

Карачаево-Черкесская Республика	5,7	2,3	3,2	6,8	13,9	11,2	11,1	5,9	6,8	7,9
Рязанская область	25,0	35,7	25,8	26,8	23,3	16,0	12,5	11,4	8,5	7,2
г. Москва	17,0	16,8	11,1	12,1	12,3	11,0	9,3	8,0	7,2	5,5
Республика Северная Осетия-Алания	10,6	5,6	6,3	11,8	13,3	4,8	5,5	2,1	4,1	4,9
Республика Дагестан	4,2	5,3	5,2	6,3	5,0	3,2	4,7	3,3	3,7	3,2
Чеченская Республика	6,4	–	–	–	–	–	1,4	0,4	0,1	0,2
Республика Ингушетия	–	1,8	0,0	0,6	1,3	1,1	0,0	0,0	0,4	0,0

* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2010 г.

Приложение 2

Уровень смертности от убийств в регионах Российской Федерации*
(число умерших на 100 тыс. нас.)

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009	2010
Российская Федерация	14,3	30,8	22,9	26,2	28,2	29,1	24,9	16,7	15,1	13,3
<i>Дальневосточный Федеральный округ</i>	22,9	44,6	35,2	39,6	45,2	45,3	44,0	31,5	28,4	25,6
<i>Сибирский Федеральный округ</i>	23,9	48,4	35,1	39,7	45,1	49,8	43,3	29,2	25,3	23,0
<i>Уральский Федеральный округ</i>	18,5	41,0	29,2	33,3	36,9	36,9	30,7	19,7	18,4	15,9
<i>Приволжский Федеральный округ</i>	11,7	27,2	20,4	23,9	25,6	26,7	22,8	15,3	14,3	12,6
<i>Северо-Западный Федеральный округ</i>	12,1	29,9	23,0	25,0	26,6	28,4	23,8	14,7	14,4	12,4
<i>Центральный Федеральный округ</i>	10,5	25,5	17,9	21,2	21,7	22,8	19,1	13,2	11,2	9,3
<i>Южный Федеральный округ</i>	11,2	17,8	16,0	17,7	18,4	15,8	13,4	9,0	8,4	8,3
Республика Тыва	76,5	137,1	94,9	110,7	130,4	142,5	119,5	84,7	85,3	81,2
Забайкальский край	30,7	62,7	44,0	56,5	53,1	64,1	64,5	52,8	48,0	44,3
Чукотский авт. округ	6,2	24,4	31,6	26,4	50,4	42,1	59,3	30,1	51,0	39,4
Республика Бурятия	24,3	50,8	38,8	52,1	58,6	82,7	68,8	45,6	40,8	35,6
Республика Саха (Якутия)	26,5	26,1	25,4	34,5	52,8	50,7	52,8	39,1	33,5	34,3
Хабаровский край	26,6	55,9	53,9	57,7	61,9	57,2	51,4	38,6	32,0	30,2
Кемеровская область	33,4	69,3	47,3	51,7	56,9	58,7	50,5	35,7	30,9	29,8
Республика Алтай	40,6	60,2	40,8	41,6	47,4	43,8	44,1	25,9	25,7	29,2
Амурская область	23,7	38,3	33,3	33,2	35,8	44,7	45,0	30,8	28,2	28,4
Иркутская область	32,5	67,0	49,3	61,7	73,3	91,8	72,7	37,4	31,0	28,2
Пермский край	19,1	42,6	32,5	44,7	49,7	53,8	47,5	29,2	30,4	26,5
Ненецкий авт. округ		31,9	19,2	14,5	41,4	50,3	33,4	23,8	16,6	23,5
Республика Коми	22,3	46,1	36,0	38,1	44,7	49,7	46,9	25,8	25,7	23,5
Курганская область	15,0	33,8	29,4	34,2	36,7	38,7	36,8	22,8	23,2	23,3
Еврейская автономная область	20,6	50,9	35,9	42,6	61,3	56,3	52,8	38,3	21,6	22,6
Магаданская область	21,7	68,2	40,7	46,9	55,6	44,4	39,3	33,5	24,1	22,2
Сахалинская область	16,2	52,9	34,5	44,3	43,9	45,2	39,9	33,1	29,3	21,6
Красноярский край	20,6	42,1	35,5	35,4	43,9	40,1	35,7	23,8	21,1	20,3
Республика Ингушетия		14,7	19,4	19,6	14,3	8,0	9,5	12,9	18,9	19,8

Продолжение прил. 2

Приморский край	23,4	45,3	29,9	32,4	35,4	37,1	37,6	23,1	24,8	19,4
Новгородская область	17,4	33,1	27,2	27,1	32,1	35,2	24,6	21,7	26,6	19,3
Республика Марий Эл	15,8	40,9	24,4	37,0	32,8	32,6	34,3	25,7	18,6	19,1
Архангельская область	14,8	35,5	29,3	31,8	33,7	37,9	38,4	18,9	19,6	18,6
Камчатский край	14,7	33,1	19,8	28,2	26,0	28,1	26,8	24,7	21,9	17,7
Тверская область	14,5	33,1	30,7	38,2	39,0	39,7	34,7	23,1	19,6	17,2
Челябинская область	14,7	40,5	29,0	33,0	37,4	38,9	29,5	20,1	18,7	16,8
Свердловская область	20,8	44,9	32,2	39,0	41,7	41,6	35,1	21,5	19,8	16,5
Республика Калмыкия	17,5	31,4	24,4	29,1	31,8	28,5	24,5	14,4	19,7	16,2
Алтайский край	16,4	36,3	24,9	27,7	28,7	33,1	31,8	23,9	18,9	16,0
Удмуртская Республика	16,9	38,8	29,3	27,8	28,4	31,2	28,6	22,4	16,1	15,6
Оренбургская область	14,9	34,8	26,8	33,2	33,6	31,7	25,2	18,6	17,8	15,4
Новосибирская область	15,4	27,5	19,8	20,7	22,6	26,9	25,1	19,1	17,5	15,3
Московская область	11,1	38,2	24,5	29,1	30,9	32,3	29,3	22,0	18,0	15,1
Республика Хакасия	22,4	40,1	22,4	26,8	40,8	43,8	24,8	21,6	19,9	14,7
Ивановская область	13,3	28,5	26,4	32,3	31,4	32,9	32,1	18,5	18,5	14,4
Вологодская область	14,8	23,9	21,5	26,7	26,6	25,1	22,9	14,4	14,7	14,0
Ленинградская область	12,4	34,1	23,9	29,8	29,6	33,5	27,7	19,5	16,6	13,9
Кировская область	11,3	25,9	20,4	23,6	24,5	25,0	23,2	17,1	14,9	13,8
Псковская область	12,9	24,4	22,1	25,4	28,7	26,0	29,4	15,3	14,4	13,8
Республика Карелия	14,7	39,6	25,2	26,8	28,3	28,2	24,3	15,5	13,0	13,3
Владимирская область	10,6	23,3	23,0	24,2	26,7	39,9	31,8	17,4	15,8	12,7
Смоленская область	21,2	21,9	26,9	30,4	33,6	34,2	27,4	19,9	16,6	12,6
Тюменская область	20,9	38,2	25,2	25,1	29,5	27,6	24,2	16,2	14,9	12,4
Тульская область	16,9	32,0	23,6	25,1	32,3	30,9	24,7	16,2	15,7	12,0
Республика Башкортостан	10,4	20,7	17,6	17,2	17,9	21,2	17,4	12,3	12,4	12,0
Республика Дагестан	4,6	8,3	10,8	11,0	8,5	7,0	7,0	6,4	7,9	11,7
Калужская область	11,3	19,9	20,1	22,4	25,3	14,4	18,1	11,9	12,7	11,6
Брянская область	9,2	14,0	14,1	15,9	15,0	19,5	19,6	13,4	11,8	11,5
Ямало-Ненецкий авт.округ		32,1	15,4	17,3	20,1	18,6	15,2	14,2	10,5	11,3
Омская область	13,3	31,1	22,0	25,9	28,1	25,6	25,7	16,4	13,5	11,2
Самарская область	10,7	21,8	17,8	18,9	21,8	24,3	20,2	13,7	12,8	11,0
Нижегородская область	10,3	22,0	17,6	20,3	21,8	24,0	22,0	14,6	13,8	10,9
Томская область	20,0	35,8	29,2	26,2	33,9	27,9	22,0	18,0	11,7	10,8
Мурманская область	7,0	25,1	21,0	17,8	23,1	27,6	20,5	10,3	11,9	10,4
Калининградская область	9,8	18,9	18,0	20,7	23,6	25,4	17,2	14,0	13,5	10,2
Волгоградская область	12,9	22,1	20,8	22,9	23,9	22,1	20,2	12,9	11,9	10,2
Чувашская Республика	10,5	15,4	13,3	21,9	25,6	24,8	20,4	14,1	11,4	10,1
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра		39,1	24,2	24,5	29,0	23,8	23,0	13,0	13,7	9,6
Липецкая область	11,0	16,8	16,2	17,4	19,5	20,7	18,4	12,3	11,6	9,6
Саратовская область	11,7	28,5	19,8	27,5	29,2	27,0	21,4	14,6	12,1	9,6
Республика Адыгея	12,9	21,1	15,1	16,9	20,1	17,7	13,8	12,2	12,9	9,3
Ярославская область	13,6	30,1	14,5	21,9	28,0	29,1	23,3	15,9	11,3	9,3
Краснодарский край	13,9	25,1	18,5	19,6	22,9	18,3	17,3	10,7	9,6	9,2

Окончание прил. 2

Пензенская область	9,4	16,7	16,5	20,6	22,2	20,2	18,6	8,5	11,1	9,1
Костромская область	11,4	23,0	24,7	30,9	22,6	26,7	18,2	13,2	11,3	9,1
Республика Татарстан	7,8	30,9	20,5	20,8	19,5	20,1	16,2	10,5	9,0	9,0
Астраханская область	13,9	14,0	15,9	19,9	20,7	17,4	17,4	10,5	8,9	8,7
Ставропольский край	10,9	18,8	16,2	17,9	18,0	20,7	14,2	10,9	8,5	8,4
Ульяновская область	9,0	22,6	11,8	10,0	22,3	22,1	16,7	9,0	9,9	8,4
Карачаево-Черкесская Республика	7,8	11,2	11,8	17,9	19,8	15,5	14,1	8,0	10,8	7,5
г. Санкт-Петербург	8,2	26,6	18,8	19,7	19,4	20,5	14,4	9,4	8,9	7,5
Тамбовская область	10,9	25,5	22,5	30,7	35,6	27,2	13,7	9,7	10,2	7,2
Курская область	10,1	17,2	13,7	16,7	10,9	11,2	12,6	11,7	7,9	7,2
Орловская область	11,4	18,1	16,3	13,7	14,0	13,0	10,6	8,9	4,1	6,6
Белгородская область	8,9	14,3	11,2	15,5	17,8	16,4	12,0	8,4	7,9	6,3
Республика Мордовия	8,0	23,4	13,4	12,8	10,4	9,9	9,3	7,6	9,5	6,1
Кабардино-Балкарская Республика	6,2	6,6	10,1	8,6	5,6	4,1	7,5	4,3	4,4	5,8
Ростовская область	11,1	14,8	13,3	15,5	17,0	12,8	8,7	6,0	5,7	5,4
г. Москва	7,5	25,7	12,7	14,5	11,9	12,9	9,4	7,8	6,5	5,2
Рязанская область	12,1	29,4	17,7	20,4	19,6	18,7	17,1	5,7	5,5	4,5
Воронежская область	2,9	5,6	3,6	7,5	9,3	17,6	14,6	7,0	5,3	4,4
Республика Северная Осетия-Алания	10,0	9,9	17,6	21,2	17,7	15,7	8,5	9,1	4,8	4,2
Чеченская Республика	8,5						13,2	3,5	1,0	0,9

* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2010 г.

Приложение 3

Уровень смертности от убийств и самоубийств среди лиц в возрасте от 15 до 24 лет (2009 г.; число умерших на 100 тыс. нас.)*

Территория	Уровень самоубийств	Уровень убийств	Территория	Уровень самоубийств	Уровень убийств
Российская Федерация	25,1	9,3	Владимирская область	23,9	11,0
Центральный федеральный округ	12,5	6,7	Астраханская область	23,4	5,4
Сибирский федеральный округ	47,9	17,7	Саратовская область	23,3	8,2
Дальневосточный федеральный округ	39,8	18,8	Ленинградская область	22,9	7,2
Уральский федеральный округ	32,9	11,7	Приморский край	22,7	16,9
Приволжский федеральный округ	30,2	7,9	Калининградская область	22,5	11,9
Северо-Западный федеральный округ	20,1	7,6	Костромская область	22,2	7,9
Южный федеральный округ	10,6	4,8	Ханты-Мансийский авт. округ Югра	22,1	11,4
Чукотский автономный округ	284,2	64,6	Вологодская область	21,7	8,5

Окончание прил. 3

Республика Тыва	110,1	76,4	Республика Татарстан	21,1	5,4
Республика Алтай	98,2	13,3	Новгородская область	20,9	14,6
Республика Бурятия	97,9	31,3	Тульская область	19,1	10,5
Забайкальский край	92,1	33,0	Калужская область	18,7	7,6
Республика Саха (Якутия)	84,6	24,3	Республика Адыгея	18,7	8,6
Еврейская автономная область	59,1	11,8	Пензенская область	18,7	6,9
Республика Хакасия	57,3	14,9	Смоленская область	18,6	6,2
Иркутская область	57,3	22,2	Республика Мордовия	18,1	7,9
Республика Калмыкия	54,4	15,5	Ивановская область	16,2	6,5
Курганская область	52,2	8,6	Псковская область	15,5	12,6
Удмуртская Республика	50,3	6,4	Краснодарский край	15,2	4,2
Кемеровская область	47,5	19,1	Волгоградская область	15,0	6,6
Республика Башкортостан	46,0	5,2	Брянская область	13,4	7,0
Пермский край	45,4	12,3	Ульяновская область	13,2	3,9
Амурская область	42,9	26,5	Белгородская область	12,8	6,0
Республика Марий Эл	42,6	18,4	Московская область	12,8	8,5
Ненецкий авт. округ	42,1	14,0	Кабардино-Балкарская Республика	12,5	1,2
Алтайский край	40,0	9,8	Ярославская область	12,4	7,0
Республика Коми	40,0	11,0	Ставропольский край	12,4	4,4
Кировская область	38,0	9,4	Сахалинская область	12,3	19,7
Архангельская область	36,9	10,1	Липецкая область	11,8	5,3
Оренбургская область	36,2	15,2	Воронежская область	11,7	3,6
Челябинская область	34,8	13,5	Курская область	11,2	3,5
Тверская область	34,3	13,1	Мурманская область	10,6	2,8
Новосибирская область	31,7	12,9	Самарская область	10,5	7,2
Хабаровский край	31,2	14,1	г. Санкт-Петербург	9,0	4,5
Камчатский край	30,4	8,9	Тамбовская область	8,8	3,8
Омская область	30,0	7,3	Карачаево-Черкесская Республика	8,2	8,2
Тюменская область	29,8	11,4	Ростовская область	7,1	3,1
Свердловская область	29,7	11,0	Орловская область	5,9	4,2
Красноярский край	29,6	14,6	г. Москва	5,6	5,2
Чувашская Республика	27,6	2,8	Республика Северная Осетия-Алания	4,1	3,3
Республика Карелия	26,7	3,7	Рязанская область	3,7	3,7
Нижегородская область	25,2	8,3	Республика Дагестан	3,4	5,2
Томская область	25,0	8,5	Республика Ингушетия	0,0	17,7
Магаданская область	24,7	20,6	Чеченская Республика	0,0	0,8
Ямало-Ненецкий авт. округ	24,3	7,0			

* Ранжировано по уровню смертности от самоубийств.

Уровень преступности в федеральных округах России
(число зарегистрированных преступлений на 100 тыс. нас. в возрасте
от 14 до 60 лет)*

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009	2010
Российская Федерация	1949,9	2888,3	2657,3	3083,4	3032,0	2806,1	3573,3	3220,2	3021,2	2667,0
<i>Сибирский федеральный округ</i>	2288,4	3505,9	3288,5	3744,2	3596,4	3316,8	4098,0	3976,8	3736,2	3335,8
<i>Уральский федеральный округ</i>	2225,9	3618,2	3221,0	3930,2	3792,0	3448,6	4752,1	3807,0	3574,9	3297,2
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	2501,8	3884,2	3268,1	3734,0	3620,9	3300,7	3991,9	4087,9	3588,3	3110,1
<i>Приволжский федеральный округ</i>	1758,0	2594,4	2367,0	2894,7	2815,0	2633,4	3835,0	3275,4	3032,5	2648,9
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	1993,7	3324,0	3053,2	3535,9	3352,7	2628,6	3365,0	2946,6	2808,7	2479,0
<i>Центральный федеральный округ</i>	1388,5	2267,2	2016,6	2285,5	2368,2	2520,8	3020,0	2682,3	2607,2	2355,7
<i>Южный федеральный округ</i>	1841,6	2057,6	2126,6	2356,6	2345,8	1915,5	2149,7	2133,1	1978,9	2189,6
<i>Северо-Кавказский федеральный округ</i>	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	н.д.	1182,7
Ямало-Ненецкий авт. округ	0,0	2192,0	1989,2	2362,1	2312,6	2172,0	3310,0	2502,8	2375,1	8119,6
Республика Бурятия	2689,5	4101,5	4377,1	4667,9	4660,7	3367,4	4446,2	4932,3	4482,7	3950,6
Пермский край	2202,6	4198,5	4092,0	5159,4	4459,9	4549,9	6414,3	5096,6	4651,9	3909,9
Томская область	2503,6	4002,2	3481,8	3530,7	3447,0	3384,2	4275,6	4137,2	3802,9	3869,1
Иркутская область	2666,6	3610,5	3799,0	4476,5	4234,8	3857,7	4790,3	4928,7	4573,2	3770,2
Астраханская обл.	2066,1	3073,0	2420,2	2935,1	3199,2	3428,5	4106,9	4467,4	4270,9	3702,0
Забайкальский край	2346,1	4475,7	3462,4	4032,0	4046,9	3635,3	4153,6	3925,1	3866,7	3696,9
Курганская область	2603,8	4294,2	4749,5	6160,9	6188,0	4330,4	5685,1	4276,1	3820,4	3629,9
Приморский край	2950,2	4517,9	3267,4	3856,0	3798,5	3302,5	4208,1	4548,0	3944,3	3616,4
Новосибирская обл.	2466,4	4131,6	3475,5	4066,6	3721,9	3601,6	4776,0	4495,5	4126,8	3592,0
Республика Алтай	0,0	3638,2	3556,1	3829,6	4061,9	3508,9	3889,5	4264,5	4205,2	3551,9
Нижегородская обл.	2321,2	2812,9	2395,3	2880,2	3202,1	2686,7	4158,2	3778,9	3902,3	3540,6
Челябинская область	1719,1	3084,3	2821,7	3608,4	3407,8	2876,0	4007,7	3669,6	3502,8	3473,7
Красноярский край	2653,6	3640,2	3364,9	3852,9	3490,4	2997,1	3956,4	4041,4	3807,7	3438,3
Кемеровская область	2054,3	2422,9	2446,4	2716,2	2839,5	2306,8	2610,6	3434,6	3552,1	3336,0
Тверская область	1932,9	3524,5	2922,3	3223,5	3100,4	3047,0	4298,0	3831,3	3674,7	3275,6
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	0,0	3777,3	3379,6	3797,0	3228,6	3599,1	4637,7	3314,3	3190,5	3254,9
Хабаровский край	3081,3	4245,7	3957,7	4521,7	4373,5	4301,2	5032,9	5393,9	4340,6	3219,1
Тюменская область	2535,0	3616,7	3276,1	3836,3	3464,8	3727,6	4927,8	3666,6	3438,4	3216,5
Свердловская обл.	2322,0	3884,6	3150,8	3753,9	3808,1	3491,8	5000,5	3931,6	3693,3	3154,6
Смоленская область	1771,5	3396,5	3114,9	3434,1	3368,2	3091,4	4093,1	3356,9	3363,0	3120,3

Продолжение прил. 4

Республика Хакасия	0,0	3547,8	3128,5	3416,1	3624,7	4144,6	5060,8	3865,9	3790,8	3088,9
Самарская область	1714,1	2302,5	2393,5	2775,4	2744,7	2735,1	3671,7	4011,1	3576,8	3066,1
Еврейская автономная область	0,0	5040,4	4300,7	4595,4	4644,7	4588,4	4117,1	3575,2	3465,1	3051,6
Удмуртская Республика	1785,4	3019,6	2682,2	3062,0	2823,3	3062,5	4955,5	4114,9	3587,4	3050,7
Амурская область	1988,6	3165,5	2936,0	3561,7	3365,5	2789,2	3599,7	3436,2	3212,5	3019,8
Магаданская область	2820,7	4181,0	4217,8	4382,4	4143,2	2881,1	3451,4	3386,9	3336,4	2942,2
Сахалинская область	2326,7	5123,5	4093,2	3860,2	3584,5	3422,1	3682,9	3572,1	3445,0	2922,8
Вологодская обл.	1830,7	3273,0	3676,1	4177,1	4089,9	3597,5	4337,8	3483,2	3248,9	2902,2
Республика Карелия	2274,7	3648,2	3592,1	3875,2	3756,5	3279,3	3080,0	3172,5	3217,2	2839,2
Республика Коми	2028,0	2713,4	2638,1	3047,2	3184,6	3725,1	4217,8	3412,7	3331,3	2820,8
Архангельская обл.	2141,4	3742,1	3143,0	3707,5	2998,1	2523,5	3381,7	3369,7	2987,7	2819,5
Республика Тыва	5135,4	4465,7	3492,6	3851,5	4054,3	4444,9	4936,1	3430,9	3089,1	2801,4
Алтайский край	1939,9	2785,8	3141,6	3491,2	3209,9	3549,8	4218,8	3462,9	3095,7	2776,5
Новгородская обл.	2212,2	3940,5	3395,9	4016,6	3921,2	2902,8	3404,7	3310,9	3207,6	2703,6
Мурманская область	1478,8	1949,5	2021,5	2603,6	2435,5	2230,9	2751,9	2942,1	2583,9	2684,1
Брянская область	1726,4	3475,5	3274,8	3548,8	3336,0	2779,5	3456,1	2965,7	2870,4	2656,2
Псковская область	2681,6	4084,5	3692,1	4189,1	4141,3	3179,3	3765,6	3063,3	2783,1	2645,3
Владимирская обл.	1491,6	2806,3	2645,8	3129,6	3099,9	2880,0	3650,4	2870,7	2800,9	2636,4
Калужская область	1340,3	2567,8	2876,1	3429,9	3044,8	2652,7	3754,2	3068,3	2854,5	2624,9
Ивановская область	1638,1	3184,0	3028,6	3839,4	3650,7	3441,4	3507,5	2820,0	2663,9	2591,3
Республика Башкортостан	1121,9	1716,8	1515,7	1778,9	1830,8	2187,4	3203,8	2763,9	2678,4	2566,8
Волгоградская обл.	1887,5	2245,1	2388,3	2871,0	2936,1	2600,8	3000,5	2867,8	2793,3	2553,6
Республика Саха (Якутия)	2173,5	2196,6	2044,2	2484,6	2300,8	2178,0	2792,3	3020,1	2743,4	2530,7
Калининградская обл.	2074,0	3697,4	3362,7	3656,7	3370,7	3387,7	3363,7	2831,6	2949,9	2530,2
г. Москва	1041,8	1534,6	1048,0	1144,2	1579,9	2799,8	2913,9	2844,0	2864,7	2523,2
Республика Марий Эл	1901,9	3397,5	3034,1	3775,7	3789,5	2869,3	4366,4	4345,9	3555,6	2507,6
Ленинградская обл.	2534,6	3856,6	3364,3	4098,8	3895,1	2622,9	3132,4	2781,5	2802,7	2480,9
Орловская область	1332,9	2102,3	2176,8	2641,4	2733,5	2883,9	3337,0	2988,5	2692,2	2461,8
Московская область	1203,3	1789,6	1741,1	1927,2	1948,8	1883,5	2533,0	2592,6	2583,5	2438,8
Ярославская область	2207,3	3307,9	3176,3	4009,3	3892,0	3561,6	4961,0	3257,5	2967,0	2397,0
Омская область	1832,4	3556,7	2934,5	3580,2	3539,6	3221,5	3836,6	2996,2	2706,3	2351,1
Курская область	1203,0	2983,3	2528,2	2731,5	3098,5	2556,6	3296,9	2865,9	2606,2	2349,9
Оренбургская обл.	1513,8	2434,5	2347,4	3231,3	2860,1	2561,0	3450,0	2867,6	2695,5	2341,0
Чукотский авт. округ	0,0	1530,0	1983,7	2325,6	2403,8	1839,2	2165,2	2433,8	2379,4	2245,6
Республика Татарстан	1951,6	2507,2	2182,0	2951,3	2856,7	2338,5	3570,5	3082,4	2683,0	2235,2
Кировская область	1618,2	2872,8	2495,4	3038,9	2945,3	2783,2	3895,2	2627,1	2408,0	2226,1
Саратовская область	1957,1	2474,6	2163,7	2536,0	2586,0	2141,0	2993,4	2507,9	2362,6	2168,6
Камчатский край	2232,0	2772,7	2363,9	2781,5	3032,1	3057,3	3688,5	2408,1	2370,8	2146,4
Костромская область	1551,1	2676,1	2907,5	3791,8	3807,9	3330,5	3585,6	2318,5	2248,0	2101,3
Липецкая область	1296,9	2163,9	2127,7	2343,3	2343,7	1922,3	2321,8	2450,2	2237,5	2062,3
Ростовская область	2091,2	2317,1	2584,3	2782,2	2831,3	2335,6	2717,6	2960,7	2394,4	2045,4
Чувашская Республика	1492,3	2718,2	2496,4	2868,3	2660,1	2401,4	3791,2	2626,8	2408,6	2038,1
г. Санкт-Петербург	1739,5	3178,1	2790,8	3193,0	3040,9	1858,0	3095,4	2559,9	2427,3	2033,6

Окончание прил. 4

Республика Калмыкия	2125,1	2282,4	2457,3	2783,5	2675,6	2577,4	2726,7	2700,5	2296,0	2023,4
Ульяновская область	1531,2	1900,7	1952,8	2323,5	2563,3	2059,7	3015,5	2416,0	2290,2	1950,6
Ставропольский край	2270,0	2114,8	2547,1	2729,0	2702,1	2261,1	2606,1	2224,6	2232,0	1931,3
Краснодарский край	2181,6	2485,3	2483,2	2713,9	2428,4	1734,3	1856,4	2036,9	1945,3	1883,9
Тамбовская область	1604,1	2554,1	2290,7	2564,9	2570,2	2054,5	3027,0	2352,7	2160,3	1878,6
Пензенская область	1190,9	1778,0	1492,7	1665,1	1620,3	1740,9	2778,2	2316,7	2134,7	1805,5
Воронежская область	1454,8	2115,7	2396,6	2548,1	2533,5	2517,8	2828,4	2241,5	2025,3	1794,3
Белгородская область	1441,9	1832,5	1821,2	2189,2	2070,1	1924,9	2471,9	1820,6	1893,4	1595,1
Республика Адыгея	0,0	2165,9	2636,0	3400,8	3253,2	1814,6	2049,0	1580,8	1624,7	1563,1
Тульская область	1664,0	2823,2	2355,9	2676,7	2525,8	1714,5	1903,4	1718,5	1717,4	1541,5
Республика Северная Осетия-Алания	1855,9	1520,1	1547,9	1676,7	1701,2	1486,9	1471,2	1726,4	1797,4	1495,6
Карачаево-Черкесская Республика	0,0	1496,4	1965,3	2121,2	2126,4	1910,6	2172,0	1826,9	1619,0	1486,1
Республика Мордовия	1794,0	2864,2	2329,9	2756,8	2578,7	2256,3	2867,0	1796,1	1618,2	1475,1
Кабардино-Балкарская Республика	1678,3	1324,7	1220,2	1365,0	1342,7	1202,1	1500,8	1388,2	1393,6	1468,0
Рязанская область	1582,3	2359,6	1598,6	1862,5	1923,1	1579,8	2188,2	1721,8	1424,4	1375,6
Республика Дагестан	1187,8	1084,7	1000,2	1002,9	1044,3	733,3	782,5	662,0	664,2	614,0
Чеченская Республика	0,0	681,7	0,0	22,6	715,6	1039,4	933,8	582,8	587,3	561,5
Республика Ингушетия	0,0	699,0	582,4	849,9	847,0	529,1	531,7	669,3	656,8	536,0

* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2010 г.

Приложение 5

Соотношение латентной и зарегистрированной преступности (в размах)*

Территория	1990	1995	1998	1999	2000	2003	2005	2008	2009
Российская Федерация	4,50	3,02	3,20	2,75	2,78	2,94	2,25	2,48	2,65
<i>Южный федеральный округ</i>	4,93	4,37	4,13	3,71	3,71	4,44	3,87	3,83	4,13
<i>Центральный федеральный округ</i>	6,35	3,88	4,24	3,73	3,58	3,29	2,69	3,00	3,11
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	4,29	2,56	2,73	2,34	2,46	3,07	2,35	2,68	2,83
<i>Приволжский федеральный округ</i>	5,03	3,39	3,65	2,96	3,03	3,16	2,11	2,44	2,64
<i>Уральский федеральный округ</i>	3,91	2,36	2,59	2,11	2,18	2,33	1,66	2,05	2,20
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	3,32	2,08	2,43	2,12	2,18	2,36	1,92	1,88	2,16
<i>Сибирский федеральный округ</i>	3,83	2,46	2,56	2,23	2,31	2,45	1,94	1,98	2,12
Республика Ингушетия	н.д.	40,92	45,99	31,47	28,32	32,71	30,17	21,95	21,77
Чеченская Республика	н.д.	13,62	н.д.	402,29	12,25	8,67	9,48	14,99	14,93
Рязанская область	5,64	3,79	5,51	4,71	4,56	5,47	3,84	4,81	5,84
Республика Адыгея	н.д.	4,16	3,35	2,59	2,70	4,77	4,12	5,24	5,10
Карачаево-Черкесская Республика	н.д.	6,06	4,53	4,17	4,15	4,49	3,85	4,46	5,04
Республика Мордовия	4,98	3,10	3,72	3,12	3,32	3,70	2,83	4,41	4,91
Тульская область	5,32	3,18	3,72	3,27	3,46	5,01	4,41	4,80	4,82

Продолжение прил. 5

Республика Северная Осетия-Алания	4,80	5,90	5,74	5,32	5,23	5,82	5,76	4,82	4,64
Белгородская область	6,35	4,95	4,86	4,02	4,23	4,43	3,35	4,45	4,28
Краснодарский край	4,19	3,60	3,50	3,20	3,57	4,91	4,50	4,03	4,24
Воронежская область	6,20	4,30	3,72	3,48	3,49	3,43	2,97	3,67	4,06
Тамбовская область	5,65	3,56	3,88	3,44	3,43	4,22	2,78	3,50	3,82
Пензенская область	7,48	4,95	5,78	5,15	5,27	4,84	2,95	3,48	3,79
Липецкая область	6,82	4,11	4,10	3,70	3,69	4,42	3,57	3,33	3,65
Ставропольский край	4,01	4,26	3,43	3,18	3,19	3,73	3,16	3,63	3,63
Костромская область	5,82	3,37	3,03	2,31	2,29	2,55	2,29	3,49	3,61
Ульяновская область	5,77	4,62	4,38	3,66	3,30	4,00	2,66	3,27	3,46
Республика Калмыкия	4,23	3,91	3,54	3,10	3,21	3,23	2,97	2,92	3,44
Саратовская область	4,48	3,49	3,92	3,34	3,27	3,88	2,72	3,20	3,42
Ростовская область	4,23	3,79	3,32	3,07	3,01	3,59	3,02	2,73	3,39
г. Санкт-Петербург	4,87	2,67	2,97	2,59	2,71	4,34	2,56	3,13	3,33
Кировская область	5,54	3,11	3,49	2,84	2,91	2,99	2,07	3,02	3,32
Чувашская Республика	6,00	3,28	3,50	3,03	3,24	3,47	2,14	3,02	3,31
Курская область	7,53	3,06	3,52	3,25	2,85	3,38	2,55	2,86	3,15
Камчатский край	3,50	2,69	3,12	2,65	2,43	2,41	1,98	3,06	3,15
Московская область	7,10	4,78	4,82	4,35	4,30	4,40	3,19	3,09	3,12
Чукотский авт. округ	н.д.	4,62	3,60	3,07	2,99	3,89	3,33	2,98	3,08
Ивановская область	5,42	2,79	2,88	2,26	2,37	2,47	2,35	2,88	3,06
Ямало-Ненецкий авт. округ	н.д.	3,55	3,80	3,18	3,25	3,39	2,19	2,86	3,04
Орловская область	6,65	4,25	4,03	3,31	3,19	2,95	2,48	2,72	3,02
Республика Башкортостан	7,97	5,27	5,87	4,97	4,79	3,87	2,57	2,91	3,01
Республика Татарстан	4,53	3,54	4,00	2,94	3,02	3,59	2,29	2,60	2,99
Оренбургская обл.	5,91	3,63	3,68	2,66	2,99	3,25	2,35	2,77	2,97
Псковская область	3,39	2,23	2,41	2,11	2,12	2,70	2,21	2,67	2,95
Омская область	4,85	2,45	2,90	2,36	2,37	2,53	2,07	2,62	2,92
Владимирская обл.	5,87	3,13	3,25	2,74	2,76	2,92	2,25	2,83	2,91
Волгоградская обл.	4,70	3,92	3,60	2,98	2,90	3,22	2,73	2,82	2,91
Мурманская область	5,38	3,93	3,72	2,88	3,08	3,34	2,66	2,49	2,86
Калужская область	6,57	3,43	2,99	2,50	2,80	3,17	2,19	2,64	2,85
Брянская область	5,25	2,65	2,74	2,51	2,66	3,10	2,42	2,74	2,84
Республика Саха (Якутия)	3,89	3,78	4,00	3,28	3,55	3,66	2,80	2,57	2,84
Ленинградская обл.	3,46	2,26	2,53	2,07	2,16	3,14	2,56	2,84	2,83
г. Москва	8,32	5,54	7,80	7,11	5,13	2,82	2,68	2,77	2,78
Ярославская область	4,00	2,65	2,69	2,13	2,19	2,36	1,65	2,49	2,75
Республика Тыва	1,76	2,03	2,55	2,29	2,16	1,90	1,67	2,39	2,68
Калининградская область	4,05	2,29	2,47	2,25	2,43	2,37	2,33	2,75	2,66
Архангельская обл.	4,04	2,27	2,63	2,22	2,73	3,18	2,32	2,32	2,64
Алтайский край	4,61	3,14	2,70	2,42	2,61	2,31	1,89	2,28	2,58
Новгородская обл.	4,06	2,29	2,59	2,18	2,22	2,95	2,44	2,47	2,56
Вологодская область	4,92	2,74	2,36	2,06	2,09	2,32	1,87	2,30	2,47
Республика Карелия	3,76	2,33	2,32	2,14	2,20	2,45	2,55	2,46	2,44

Окончание прил. 5

Амурская область	4,33	2,65	2,77	2,27	2,40	2,84	2,16	2,25	2,43
Смоленская область	5,10	2,65	2,79	2,52	2,55	2,70	1,98	2,37	2,38
Республика Дагестан	0,84	1,09	1,20	1,24	1,40	2,17	1,99	2,30	2,31
Челябинская область	5,10	2,81	3,02	2,35	2,47	2,86	2,01	2,18	2,30
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра	н.д.	2,11	2,27	1,99	2,35	2,05	1,56	2,19	2,29
Республика Коми	4,06	2,97	3,00	2,58	2,47	2,06	1,79	2,19	2,26
Тверская область	4,71	2,60	3,05	2,75	2,85	2,84	1,95	2,16	2,26
Еврейская автономная область	н.д.	1,69	1,91	1,77	1,75	1,73	1,88	2,17	2,25
Кемеровская область	4,26	3,57	3,44	3,08	2,94	3,53	3,05	2,30	2,24
Самарская область	5,04	3,70	3,49	2,99	3,02	2,98	2,18	1,98	2,23
Сахалинская область	3,50	1,52	1,89	2,00	2,15	2,22	2,03	2,11	2,21
Удмуртская Республика	4,94	2,88	3,16	2,75	2,96	2,65	1,60	1,91	2,20
Республика Марий Эл	4,70	2,62	2,85	2,27	2,24	2,85	1,82	1,79	2,20
Магаданская область	2,75	1,72	1,72	1,65	1,75	2,51	2,08	2,13	2,20
Тюменская область	3,34	2,27	2,43	2,05	2,26	2,04	1,51	2,03	2,18
Свердловская обл.	3,76	2,22	2,68	2,23	2,19	2,34	1,60	2,02	2,16
Курганская область	3,44	2,07	1,83	1,40	1,39	1,95	1,44	1,90	2,13
Республика Хакасия	н.д.	2,46	2,70	2,46	2,30	1,96	1,57	2,03	2,08
Нижегородская обл.	3,81	3,15	3,64	3,02	2,70	3,14	1,97	2,14	2,08
Забайкальский край	3,79	1,94	2,44	2,08	2,07	2,24	1,92	2,01	2,05
Красноярский край	3,22	2,31	2,44	2,12	2,34	2,67	1,98	1,92	2,05
Томская область	3,45	2,11	2,36	2,30	2,33	2,31	1,80	1,85	2,03
Приморский край	2,83	1,80	2,43	2,06	2,08	2,37	1,84	1,70	1,98
Республика Алтай	н.д.	2,55	2,52	2,32	2,16	2,39	2,10	1,90	1,94
Новосибирская обл.	3,54	2,09	2,42	2,06	2,23	2,26	1,67	1,76	1,94
Астраханская обл.	4,29	2,86	3,53	2,90	2,65	2,41	1,96	1,78	1,87
Хабаровский край	2,71	1,91	2,01	1,75	1,80	1,81	1,52	1,42	1,78
Республика Бурятия	3,35	2,13	1,94	1,81	1,80	2,42	1,78	1,60	1,78
Иркутская область	3,25	2,36	2,20	1,86	1,96	2,11	1,66	1,60	1,74
Пермский край	3,98	2,07	2,08	1,64	1,88	1,80	1,25	1,56	1,72
Кабардино-Балкарская Республика	0,01	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2009 г.

Смертность среди населения Вологодской области от самоубийств в 2000–2010 гг.

Территория	2000 г.		2001 г.		2002 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 год		2010 год		2010 в % к...	
	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	2009 г.	2000 г.
Всего	742	56,4	691	52,9	666	51,3	486	39,0	504	41,0	431	35,2	323	26,5	357	29,4	309	25,6	41,6	86,6
Бабаевский	20	75,7	20	76,6	15	58,1	9	37,7	16	67,8	11	47,0	8	34,5	11	48,1	4	18,0	20,0	36,4
Бабушкинский	13	82,2	14	90,3	11	72,3	8	56,3	11	78,6	10	72,5	10	73,0	6	44,6	7	52,1	53,8	116,7
Белозерский	11	49,5	15	68,8	17	79,4	14	68,6	10	50,0	17	86,3	12	61,5	9	47,2	5	28,5	45,5	55,6
Вашкинский	3	27,5	6	56,0	7	66,0	6	62,5	6	63,2	10	107,5	6	64,5	7	76,8	4	48,8	133,3	57,1
В. Устюжский	32	45,5	46	65,9	56	80,8	12	56,3	27	129,2	30	148,5	29	142,2	36	59,2	34	58,6	106,3	94,4
Верховажский	25	148,8	18	107,7	17	102,4	15	93,8	19	119,5	22	139,2	5	31,8	11	70,7	12	85,2	48,0	109,1
Вожегодский	21	102,4	14	68,6	18	88,6	13	71,4	17	94,4	10	56,2	8	45,2	7	40,7	8	47,0	38,1	114,3
Вологодский	32	65,5	28	57,9	29	60,7	20	39,8	18	35,9	17	33,9	15	29,9	20	39,9	22	43,6	68,8	110,0
Вытегорский	32	92,7	35	102,3	29	85,5	26	85,5	22	73,3	23	77,4	16	54,1	16	55,1	15	54,7	46,9	93,8
Грязовецкий	38	86,7	34	78,7	31	72,9	20	50,6	30	76,7	20	51,4	18	46,5	19	49,7	24	66,4	63,2	126,3
Кадуцкий	13	68,0	3	15,9	11	59,4	7	38,9	8	44,7	2	11,2	-	-	1	5,6	0	0,0	0,0	0,0
Кирилловский	20	103,0	14	72,5	5	26,3	11	60,8	12	66,7	5	28,1	8	44,9	7	39,9	9	56,2	45,0	128,6
К. Городецкий	14	57,3	8	33,1	20	84,0	14	65,7	11	52,4	18	87,0	10	48,8	18	89,6	9	47,9	64,3	50,0
Междуреченский	5	61,7	5	62,5	3	37,9	7	95,9	3	41,1	2	27,8	3	41,7	4	56,7	3	48,7	60,0	75,0
Никольский	24	84,5	16	56,9	19	68,1	22	86,3	21	83,3	11	44,0	12	48,2	24	98,0	11	48,5	45,8	45,8
Нюксенский	7	53,8	5	38,4	9	69,2	5	43,5	11	96,5	4	35,4	10	89,3	3	27,2	3	30,2	42,9	100,0
Сокольский	39	65,1	37	62,9	33	56,9	9	64,7	17	125,0	16	129,6	15	112,8	11	20,6	18	34,7	46,2	163,6
Сямженский	10	86,9	5	43,4	8	70,1	5	49,0	4	39,2	4	39,6	6	60,0	9	91,5	6	66,2	60,0	66,7

Окончание прил. 6

Тарногский	8	50,3	8	50,6	14	89,7	6	40,5	9	61,6	8	55,2	10	69,4	12	84,0	6	46,0	75,0	50,0
Тотемский	22	79,1	25	90,2	17	61,8	19	73,6	18	69,8	22	85,6	15	58,8	15	59,4	21	87,3	95,5	140,0
У. Кубинский	3	28,5	5	47,6	5	47,6	8	87,0	7	76,9	6	66,7	5	55,6	13	147,3	4	49,0	133,3	30,8
Устюженский	16	73,7	8	37,3	17	80,9	8	38,8	9	44,1	8	39,6	7	34,8	6	30,4	3	15,8	18,8	50,0
Харовский	12	53,5	23	104,0	16	73,7	8	41,5	14	74,5	10	53,8	11	59,8	3	16,7	11	65,6	91,7	366,7
Чагодощенский	12	72,7	4	24,5	9	56,2	6	40,5	11	75,3	11	76,4	4	28,0	6	42,4	8	56,9	66,7	133,3
Череповецкий	31	71,9	25	58,2	23	54,1	18	45,2	20	50,6	15	38,3	3	7,7	0	0,0	1	2,4	3,2	—
Шекнинский	31	96,2	16	50,0	19	59,9	8	22,7	17	48,3	10	28,3	2	5,7	0	0,0	2	6,0	6,5	—
г. Вологда	117	39,1	126	42,3	117	38,4	82	27,8	79	26,9	72	24,5	66	22,5	73	24,9	52	16,9	44,4	71,2
г. Череповец	131	40,5	128	39,6	91	28,2	61	19,8	57	18,5	37	12,0	9	2,9	10	3,2	7	2,2	5,3	70,0

Источник: база данных территориального органа ФСГС по Вологодской области.

Смертность среди населения Вологодской области от убийств в 2003 – 2010 гг.

Территория	2003 г.		2004 г.		2005 г.		2006 г.		2007 г.		2008 г.		2009 г.		2010 г.		2010 в % к...	
	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	абс.	на 100 тыс. нас.	2003 г.	2009 г.
Всего	316	25,1	267	21,4	284	22,9	220	17,9	203	16,6	176	14,4	179	14,7	168	14,0	53,2	93,9
Бабавский	3	12,1	5	20,5	11	45,7	3	12,6	7	29,8	5	21,5	6	26,1	6	27,3	200,0	100,0
Бабушкинский	3	20,3	3	20,6	1	7,0	5	35,4	0	0,0	1	7,3	1	7,4	1	7,5	33,3	100,0
Белозерский	7	33,0	2	9,6	8	39,0	6	29,7	6	30,2	5	25,6	2	10,4	6	34,6	85,7	300,0
Вашкинский	0	0,0	3	30,5	0	0,0	3	31,4	2	21,2	3	32,2	0	0,0	0	0,0	—	—
В. Устюжский	7	10,8	7	10,9	8	12,6	16	25,5	11	17,7	15	24,4	17	27,8	13	22,4	185,7	76,5
Верховажский	5	30,8	2	12,3	3	18,6	6	37,6	4	25,3	4	25,5	1	6,4	5	35,8	100,0	500,0
Вожегодский	6	31,8	5	26,8	6	32,6	1	5,5	1	5,6	6	34,0	4	23,1	3	17,8	50,0	75,0
Вологодский	6	11,9	9	17,9	15	29,9	10	19,9	10	20,0	7	14,0	5	10,0	10	19,8	166,7	200,0
Вытегорский	21	66,8	9	29,0	16	52,3	10	33,1	8	26,8	7	23,7	8	27,4	6	22,0	28,6	75,0
Грязовецкий	8	19,5	13	32,1	11	27,6	15	38,2	13	33,3	14	36,2	8	20,8	4	11,1	50,0	50,0
Кадуйский	9	49,0	2	11,0	2	11,1	2	11,1	3	16,8	2	11,2	1	5,6	2	11,7	22,2	200,0
Кирилловский	5	27,1	2	10,9	2	11,0	4	22,1	4	22,3	1	5,6	2	11,3	1	6,3	20,0	50,0
К. Городецкий	4	18,2	4	18,4	9	42,0	6	28,4	7	33,6	1	4,9	6	29,6	2	10,8	50,0	33,3
Междуреченский	3	39,7	3	40,3	3	40,8	2	27,5	3	41,4	2	27,9	3	42,3	2	32,8	66,7	66,7
Никольский	12	45,8	5	19,3	6	23,4	6	23,7	8	31,9	5	20,1	3	12,2	5	22,2	41,7	166,7
Нюксенский	2	17,1	0	0,0	2	17,3	3	26,2	4	35,3	3	26,7	6	54,0	0	0,0	0,0	0,0
Сокольский	2	3,5	8	14,2	5	9,0	9	16,4	12	22,1	12	22,2	13	24,3	14	27,2	700,0	107,7
Сямженский	1	9,7	2	19,4	3	29,4	0	0,0	1	9,9	0	0,0	3	30,3	3	33,5	300,0	100,0

Окончание прил. 7

Тарногский	1	6,6	4	26,5	3	20,1	3	20,4	2	13,7	2	13,9	2	13,9	1	7,7	100,0	50,0
Тотемский	10	38,0	6	22,9	9	34,6	9	34,8	5	19,5	5	19,6	5	19,7	4	16,7	40,0	80,0
У. Кубинский	0	0,0	2	21,5	3	32,6	0	0,0	0	0,0	3	33,5	1	11,3	3	37,0	—	300,0
Устюженский	10	46,7	4	19,0	3	14,5	8	39,1	2	9,9	5	24,9	3	15,1	4	21,3	40,0	133,3
Харовский	12	59,2	12	60,2	9	46,1	6	31,4	3	16,1	6	32,7	1	5,5	4	24,2	33,3	400,0
Чагодощенский	2	13,0	3	19,9	4	26,9	7	47,7	8	55,1	1	7,0	3	21,1	4	28,7	200,0	133,3
Череповецкий	18	44,4	14	34,7	8	20,0	4	10,1	10	25,4	3	7,7	6	15,6	10	24,3	55,6	166,7
Шекнинский	9	25,2	3	8,4	3	8,5	6	17,0	3	8,5	6	17,0	0	0,0	11	33,0	122,2	—
г. Вологда	48	16,0	47	15,8	49	16,6	47	16,0	44	15,0	28	9,5	36	12,3	19	6,1	39,6	52,8
г. Череповец	74	23,8	51	16,4	51	16,5	23	7,5	22	7,1	24	7,8	33	10,7	25	8,0	33,8	75,8

Источник: база данных территориального органа ФСГС по Вологодской области.

Уровень ПГПЖ и потери ВРП вследствие смертности среди населения от различных причин

Территория	Ишемическая болезнь сердца		Новообразования		Отравления алкоголем		Транспортные несчастные случаи		Убийства		Самоубийства	
	ПГПЖ (лет)	в % ВРП	ПГПЖ (лет)	в % ВРП	ПГПЖ (лет)	в % ВРП	ПГПЖ (лет)	в % ВРП	ПГПЖ (лет)	в % ВРП	ПГПЖ (лет)	в % ВРП
Российская Федерация	675 369	0,476	640 249	0,451	229 896	0,162	580 350	0,409	350 586	0,247	645 061	0,455
Центральный федеральный округ	187 113	0,504	168 050	0,453	61 539	0,166	152 162	0,410	65 648	0,177	91 481	0,246
Белгородская обл.	11 379	0,745	6707	0,439	1595	0,104	5544	0,363	1954	0,128	4146	0,271
Брянская область	7237	0,558	5892	0,455	5913	0,456	5245	0,405	2157	0,166	4367	0,337
Владимирская обл.	11 176	0,779	7388	0,515	2970	0,207	7668	0,534	3617	0,252	6462	0,450
Воронежская обл.	15 531	0,685	11 088	0,489	4105	0,181	10 400	0,459	1693	0,075	6356	0,281
Ивановская обл.	3756	0,351	5254	0,491	3424	0,320	4274	0,400	3237	0,303	4653	0,435
Калужская область	7488	0,747	4631	0,462	3473	0,347	5269	0,526	2193	0,219	3435	0,343
Костромская обл.	2273	0,329	3044	0,441	1901	0,275	2639	0,382	1244	0,180	3284	0,476
Курская область	8912	0,774	5818	0,505	664	0,058	5752	0,499	1362	0,118	2516	0,218
Липецкая область	7207	0,621	5785	0,498	2367	0,204	5410	0,466	1679	0,145	3342	0,288
Московская обл.	32 443	0,482	30 814	0,458	10 073	0,150	35 533	0,528	17 859	0,265	17 884	0,266
Орловская область	5270	0,647	4294	0,527	2450	0,301	3942	0,484	610	0,075	1579	0,194
Рязанская область	5348	0,463	5830	0,505	1242	0,108	4362	0,378	942	0,082	1282	0,111
Смоленская обл.	9701	1,000	5030	0,519	3182	0,328	5072	0,523	2501	0,258	3831	0,395
Тамбовская обл.	5434	0,497	5939	0,544	2012	0,184	3390	0,310	1716	0,157	2161	0,198
Тверская область	8186	0,600	6583	0,482	5701	0,418	7503	0,550	4116	0,302	7025	0,515
Тульская область	11 136	0,720	7831	0,506	3816	0,247	7814	0,505	3738	0,242	4554	0,294
Ярославская обл.	7600	0,581	5399	0,413	4233	0,324	5355	0,409	2358	0,180	3994	0,305
г. Москва	27 036	0,257	40 723	0,387	2418	0,023	26 990	0,256	12 672	0,120	10 610	0,101
Северо-Западный федеральный округ	74 434	0,553	61 369	0,456	25 733	0,191	50 081	0,372	30 551	0,227	52 146	0,388
Республика Карелия	4926	0,718	3141	0,458	1452	0,212	2280	0,332	1638	0,239	3675	0,536
Республика Коми	7081	0,742	5014	0,525	3303	0,346	3595	0,376	4075	0,427	7111	0,745

Продолжение прил. 8

Архангельская обл.	8437	0,671	5687	0,452	4523	0,359	5391	0,428	3959	0,315	8268	0,657
Ненецкий авт. округ	321	0,000	162	0,000	163	0,000	141	0,000	114	0,000	306	0,000
Вологодская обл.	6391	0,526	5554	0,457	2391	0,197	4352	0,358	2869	0,236	5328	0,438
Калининградская область	3773	0,402	4271	0,456	3241	0,346	3638	0,388	1988	0,212	4304	0,459
Ленинградская обл.	9778	0,600	7386	0,453	4163	0,255	9590	0,588	4122	0,253	6635	0,407
Мурманская обл.	5305	0,632	3856	0,459	313	0,037	2236	0,266	1501	0,179	1570	0,187
Новгородская обл.	3781	0,588	3221	0,501	1929	0,300	4410	0,686	2245	0,349	3550	0,552
Псковская область	8076	1,166	3271	0,472	1048	0,151	3226	0,466	1625	0,235	2514	0,363
г. Санкт-Петербург	16 886	0,368	19 968	0,435	3370	0,073	11 363	0,248	6529	0,142	8081	0,176
Южный федеральный округ	79 529	0,580	96 143	0,701	9947	0,073	92 461	0,674	32 822	0,239	56 146	0,409
Республика Адыгея	1131	0,255	1942	0,438	915	0,207	2914	0,658	925	0,209	1616	0,365
Республика Дагестан	2187	0,080	8888	0,326	312	0,011	12 741	0,468	4493	0,165	2043	0,075
Республика Ингушетия	214	0,042	1101	0,215	0	0,000	1331	0,260	2311	0,451	39	0,008
Республика Чеченская	1916	0,215	3000	0,336	188	0,021	4967	0,556	701	0,078	2368	0,265
Кабардино-Балкарская Республика	1235	0,435	1068	0,377	213	0,075	1786	0,630	1019	0,359	2797	0,986
Республика Калмыкия	1231	0,288	1519	0,356	232	0,054	2876	0,673	944	0,221	533	0,125
Карачаево-Черкесская Республика	4008	0,571	2253	0,321	54	0,008	3341	0,476	708	0,101	378	0,054
Республика Северная Осетия-Алания	2205	0,176	4497	0,359	0	0,000	3915	0,312	272	0,022	42	0,003
Чеченская Республика	16 012	0,311	23 656	0,459	3877	0,075	26 176	0,508	7530	0,146	17 773	0,345
Краснодарский край	9661	0,357	12 388	0,457	822	0,030	9111	0,336	3774	0,139	7033	0,260
Ставропольский край	5433	0,540	5103	0,507	1360	0,135	3204	0,318	1656	0,165	5921	0,588
Астраханская обл.	15 830	0,610	11 112	0,428	907	0,035	10 039	0,387	4884	0,188	8657	0,334
Волгоградская обл.	18 466	0,436	19 616	0,463	1067	0,025	10 060	0,238	3605	0,085	6946	0,164
Ростовская область	138 840	0,461	133 546	0,443	59 304	0,197	126 396	0,419	66 308	0,220	178 842	0,593
Приволжский федеральный округ	26 779	0,659	16 905	0,416	3064	0,075	15 952	0,393	7657	0,189	36 508	0,899
Республика Башкортостан	4523	0,647	3243	0,464	2602	0,372	3092	0,442	2190	0,313	5729	0,819
Республика Марий Эл	3256	0,392	4507	0,543	784	0,094	4367	0,526	1289	0,155	3414	0,411
Республика Мордовия	16 995	0,450	14 525	0,385	2309	0,061	14 298	0,379	4928	0,131	18 104	0,480
Республика Татарстан												

Продолжение прил. 8

Удмуртская Республика	5275	0,345	5924	0,388	4122	0,270	7308	0,478	3627	0,237	14 702	0,963
Чувашская Республика	3327	0,260	5319	0,416	4026	0,315	6333	0,495	2289	0,179	9579	0,749
Пермский край	10 693	0,395	12 338	0,456	6811	0,252	12 623	0,467	12 694	0,469	23 612	0,873
Кировская область	8250	0,591	6089	0,436	4609	0,330	5111	0,366	2897	0,208	10 036	0,719
Нижегородская область	15 513	0,466	15 776	0,473	10 160	0,305	14 357	0,431	7304	0,219	14 252	0,428
Оренбургская обл.	10 110	0,479	9686	0,459	3231	0,153	9607	0,455	6541	0,310	15 339	0,726
Пензенская обл.	4197	0,305	5766	0,419	3671	0,267	6790	0,493	2208	0,160	5541	0,403
Самарская область	11 323	0,357	14 856	0,469	5336	0,168	11 942	0,377	5994	0,189	7136	0,225
Саратовская обл.	12 092	0,471	11 587	0,451	5435	0,212	8450	0,329	4788	0,186	11 334	0,441
Ульяновская обл.	6507	0,500	7025	0,540	3144	0,242	6166	0,474	1902	0,146	3556	0,273
Уральский федеральный округ	45 753	0,373	54 493	0,444	17 131	0,140	44 651	0,364	37 306	0,304	71 078	0,579
Курганская обл.	3538	0,372	5164	0,544	2438	0,257	4912	0,517	3362	0,354	8413	0,885
Свердловская обл.	15 704	0,357	19 239	0,438	6459	0,147	14 025	0,319	14 405	0,328	22 525	0,513
Тюменская область	13 693	0,401	14 421	0,422	2988	0,088	12 588	0,369	9178	0,269	17 428	0,510
Ханты-Мансийский авт. округ - Югра	5922	0,000	6545	0,000	1131	0,000	5194	0,000	4153	0,000	5582	0,000
Ямало-Ненецкий авт. округ	2414	0,000	2001	0,000	152	0,000	1286	0,000	990	0,000	2147	0,000
Челябинская обл.	12 818	0,365	15 669	0,447	5246	0,150	13 126	0,374	10 361	0,295	22 712	0,647
Сибирский федеральный округ	101 681	0,520	95 556	0,489	46 761	0,239	89 008	0,455	85 959	0,440	150 431	0,769
Республика Алтай	859	0,409	1222	0,582	851	0,405	1464	0,697	1028	0,490	3426	1,632
Республика Бурятия	4909	0,510	4788	0,498	3985	0,414	5993	0,623	7570	0,787	14 443	1,501
Республика Тыва	1154	0,366	1520	0,482	1377	0,436	3416	1,083	5800	1,838	4736	1,501
Республика Хакасия	2438	0,453	2542	0,472	1066	0,198	2258	0,419	1734	0,322	4435	0,823
Алтайский край	14 994	0,601	11 411	0,458	5058	0,203	9021	0,362	7454	0,299	17 883	0,717
Забайкальский край	7778	0,696	5717	0,512	3208	0,287	7816	0,700	9778	0,875	17 373	1,555
Красноярский край	15 755	0,545	14 044	0,486	7898	0,273	15 225	0,526	10 830	0,375	14 709	0,509
Иркутская область	15 765	0,630	12 514	0,500	4159	0,166	12 949	0,517	13 131	0,524	22 580	0,902
Кемеровская обл.	10 515	0,373	14 490	0,514	9079	0,322	9062	0,321	14 368	0,509	21 292	0,755
Новосибирская обл.	11 550	0,437	12 503	0,473	4255	0,161	9333	0,353	7753	0,293	14 261	0,539

Окончание прил. 8

Омская область	10 141	0,504	9645	0,479	5178	0,257	6371	0,316	4209	0,209	10 958	0,544
Томская область	5823	0,559	5160	0,496	647	0,062	6100	0,586	2304	0,221	4335	0,416
Дальневосточный федеральный округ	48 019	0,744	31 092	0,482	9481	0,147	25 591	0,397	31 992	0,496	46 047	0,714
Республика Саха (Якутия)	3146	0,331	3723	0,392	802	0,084	3278	0,345	6157	0,648	11 037	1,162
Камчатский край	2223	0,648	1445	0,421	241	0,070	998	0,291	1062	0,310	2106	0,614
Приморский край	20 235	1,019	9844	0,496	1864	0,094	7307	0,368	8547	0,431	9599	0,484
Хабаровский край	11 289	0,806	6362	0,454	761	0,054	5147	0,367	7355	0,525	8835	0,631
Амурская область	4683	0,543	4964	0,575	4291	0,497	3934	0,456	4587	0,532	9035	1,047
Магаданская обл.	937	0,578	813	0,502	401	0,247	646	0,398	736	0,454	651	0,402
Сахалинская обл.	3867	0,754	2826	0,551	644	0,126	3100	0,605	2148	0,419	1101	0,215
Ерейская автономная область	1317	0,711	825	0,445	383	0,207	1120	0,605	819	0,442	2349	1,268
Чукотский автономный округ	322	0,656	290	0,591	94	0,192	61	0,124	581	1,184	1334	2,719

**Доля преступлений, сопряженных с насильственными действиями
в отношении потерпевших (в % от общего числа преступлений)***

Территория	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Российская Федерация	17,9	18,5	17,7	17,3	17,8	17,7
<i>Уральский федеральный округ</i>	19,8	19,5	17,8	18,3	21,7	21,4
<i>Сибирский федеральный округ</i>	19,8	20,8	19,5	19,0	19,9	19,7
<i>Приволжский федеральный округ</i>	20,0	19,3	19,3	19,6	19,5	19,2
<i>Северо-Западный федеральный округ</i>	20,1	20,9	19,8	18,7	18,8	18,6
<i>Дальневосточный федеральный округ</i>	17,5	18,7	19,0	17,9	17,5	17,6
<i>Центральный федеральный округ</i>	16,4	18,1	17,1	16,2	16,5	16,6
<i>Южный федеральный округ</i>	15,5	15,2	14,1	13,4	13,8	14,7
Республика Тыва	33,2	37,0	33,8	34,7	35,6	33,3
Курганская область	19,7	20,0	20,8	23,0	25,3	28,4
Республика Саха (Якутия)	24,6	25,1	26,2	25,6	25,9	26,2
Республика Коми	18,0	18,9	21,8	23,4	21,7	26,2
Республика Алтай	22,9	24,8	24,6	24,3	24,5	25,6
Удмуртская Республика	22,3	22,4	20,9	23,9	26,2	25,4
Иркутская область	22,5	23,8	22,3	23,4	26,0	25,2
Чувашская Республика	29,8	29,7	26,1	26,5	27,1	25,2
Брянская область	18,7	19,3	20,3	20,6	21,4	24,8
Кировская область	43,0	22,3	21,8	24,3	24,7	24,6
Ульяновская область	28,7	30,1	26,1	27,6	26,2	23,9
Кемеровская область	28,5	29,6	29,2	28,3	25,6	23,8
Свердловская обл.	18,3	17,2	15,4	16,3	24,1	23,8
Чукотский авт. округ	22,1	25,1	26,3	26,5	22,2	22,7
Архангельская обл.	16,3	16,8	16,7	17,1	20,0	21,6
Республика Марий Эл	25,8	26,7	27,7	25,4	22,7	21,4
Оренбургская обл.	8,4	20,1	19,3	20,9	22,3	20,7
Челябинская область	23,7	24,2	21,2	20,6	21,4	20,3
Вологодская область	23,1	25,2	23,0	21,9	22,5	20,0
Омская область	19,5	20,3	18,0	18,7	18,6	19,5
Республика Башкортостан	6,5	6,6	17,2	19,3	19,2	19,5
Смоленская область	18,4	19,6	19,9	19,6	19,0	19,4
Республика Калмыкия	19,9	18,6	20,5	19,7	19,0	19,1
Костромская область	21,6	19,6	17,7	17,6	17,1	19,0
Амурская область	5,9	6,5	6,7	4,8	19,0	19,0
Астраханская обл.	16,6	19,0	20,1	19,5	20,3	18,8
Тамбовская область	18,0	17,4	16,8	18,3	18,0	18,8
Ямало-Ненецкий авт. округ	17,5	19,9	18,1	18,2	19,0	18,7
Волгоградская обл.	17,9	18,4	17,4	16,4	17,7	18,6
г. Санкт-Петербург	24,5	25,0	23,5	20,4	19,5	18,6
Республика Бурятия	21,2	23,2	21,1	20,5	19,8	18,5

Продолжение прил. 9

Забайкальский край	0,0	0,0	0,0	0,0	18,4	18,4
Тульская область	17,7	20,2	18,2	17,2	16,7	18,3
Пермский край	7,9	17,9	16,6	16,9	17,5	18,2
Республика Мордовия	23,8	24,1	23,0	22,3	18,8	18,1
Алтайский край	18,6	18,4	17,4	17,1	17,0	18,0
Хабаровский край	7,7	8,2	7,7	7,3	17,5	17,9
Томская область	20,9	20,2	17,8	18,9	17,5	17,8
Пензенская область	101,8	15,6	14,6	16,8	17,6	17,7
Новгородская обл.	18,7	18,0	18,2	16,7	17,2	17,6
Ленинградская обл.	18,4	19,2	19,0	17,6	18,4	17,5
Ярославская область	20,5	21,6	20,3	19,2	19,3	17,4
Калужская область	14,6	17,2	16,9	17,0	17,9	17,4
Тюменская область	18,2	18,4	17,0	17,5	17,7	17,4
Саратовская область	20,5	19,7	20,1	18,7	16,3	17,3
Красноярский край	16,6	17,3	16,3	12,3	16,1	17,3
Самарская область	20,2	20,1	18,9	17,7	17,5	17,3
Республика Татарстан	20,6	19,5	17,3	17,2	17,8	17,2
Московская область	16,4	17,0	15,8	15,5	15,9	17,1
Ивановская область	18,3	19,9	19,7	17,6	17,0	16,9
Ханты-Мансийский авт.округ - Югра	16,9	17,6	16,2	15,6	16,1	16,8
Нижегородская обл.	10,2	20,4	19,6	17,8	17,2	16,8
Белгородская область	17,5	18,7	18,3	18,2	18,6	16,7
Владимирская обл.	16,5	17,3	17,9	16,2	15,8	16,6
Орловская область	14,9	15,4	15,0	14,4	14,5	16,4
Курская область	15,3	15,2	13,7	13,6	14,9	16,2
Мурманская область	16,7	15,1	14,6	13,6	15,1	16,1
Псковская область	15,8	18,3	14,5	14,4	15,5	16,0
Магаданская область	13,5	14,9	12,5	13,2	14,6	16,0
Республика Адыгея	15,2	14,7	14,7	13,5	14,3	15,9
Республика Ингушетия	10,2	10,2	9,7	13,1	12,1	15,8
Еврейская автономная область	19,2	18,0	19,1	16,7	15,0	15,6
Республика Карелия	22,1	23,1	18,4	17,6	15,6	15,6
Приморский край	15,6	16,5	16,3	15,1	15,8	15,5
Республика Хакасия	17,2	16,4	16,3	16,5	14,1	15,3
Тверская область	17,4	18,9	18,0	16,2	16,0	15,3
Ставропольский край	16,3	14,8	13,9	14,0	13,5	15,3
Кабардино-Балкарская Республика	13,9	13,6	12,2	11,4	10,9	15,1
г. Москва	15,1	19,1	17,3	15,8	16,5	15,0
Новосибирская обл.	14,5	16,3	14,6	15,1	16,2	15,0
Рязанская область	18,2	17,1	17,0	15,5	13,4	14,9
Липецкая область	18,2	19,0	17,7	15,5	15,3	14,9
Воронежская область	12,0	12,0	12,3	11,3	12,9	14,5
Сахалинская область	13,9	15,0	15,9	15,2	14,2	14,1
Республика Дагестан	16,1	16,0	15,0	13,9	13,5	14,0

Окончание прил. 9

Калининградская обл.	15,6	14,6	13,7	15,2	15,6	12,8
Ростовская область	15,5	15,3	14,1	12,8	12,7	12,7
Камчатский край	96,5	111,0	117,5	145,0	13,9	12,7
Краснодарский край	12,5	11,7	10,5	10,3	11,4	12,6
Карачаево-Черкесская Республика	14,7	12,5	11,5	12,0	9,9	11,6
Чеченская Республика	25,3	19,6	14,5	12,1	10,4	11,2
Республика Северная Осетия-Алания	7,9	5,0	4,1	3,5	2,9	6,6
<i>* Федеральные округа и регионы России ранжированы отдельно, по значению показателя в 2009 г.</i>						

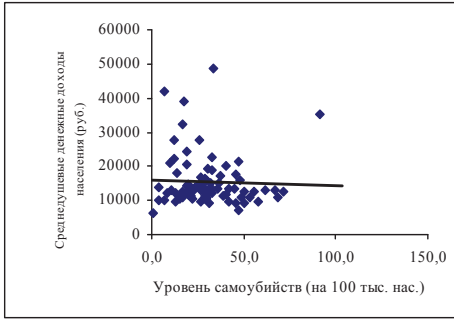
**Уровень распространения симптомов депрессии среди жителей
Вологодской области, имеющих признаки социальной дезадаптации личности**
(в % от числа опрошенных)

Показатели, характеризующие психологическое состояние личности	Симптомы депрессии	Симптомы депрессии отсутствуют
<i>Часто ли в последнее время Вы испытываете чувство усталости, апатии?</i>		
Да	55,5	44,5
Нет	81,4	18,6
<i>Испытываете ли Вы чувство одиночества?</i>		
Да, часто; да, иногда	59,2	40,8
Очень редко; никогда	76,8	23,2
<i>Употребляете ли Вы алкоголь исключительно для снятия нервного напряжения?</i>		
Да, часто; иногда	61,1	38,9
Очень редко; никогда	73,6	26,4
<i>Вы считаете, что внутренне напряжены</i>		
Да	52,3	47,7
Нет	80,2	19,8
<i>Вы недостаточно уверены в себе</i>		
Да	55,4	44,6
Нет	76,7	23,3
<i>Проявление симптомов тревоги</i>		
Нет тревоги	83,8	16,2
Наличие признаков тревоги	36,0	64,0
<i>Что бы Вы могли сказать о своём настроении в последние дни?</i>		
Прекрасное настроение; нормальное, ровное состояние	80,1	19,9
Испытываю напряжение, раздражение, страх, тоску	45,7	54,3
<i>Вы считаете себя оптимистом или пессимистом?</i>		
Скорее оптимистом	82,9	17,1
Скорее пессимистом	42,2	57,8
<i>Как часто меняется Ваше настроение?</i>		
Очень часто	52,6	47,4
Иногда; очень редко	71,2	28,8
<i>Вам трудно заговорить с незнакомыми людьми</i>		
Да	54,2	45,8
Нет	76,7	23,3
<i>Вы делаете много того, в чём приходится раскаиваться</i>		
Да	50,0	50,0
Нет	76,9	23,1
<i>Охотно ли Вы заводите новые социальные контакты, расширяете круг общения?</i>		
Стараюсь не упускать такой возможности	86,5	13,5
Охотно, но не всегда это получается	68,9	31,1
Хотелось бы расширить круг общения, но не имею такой возможности	63,5	36,5
Не возникает желания заводить новые знакомства	58,6	41,4

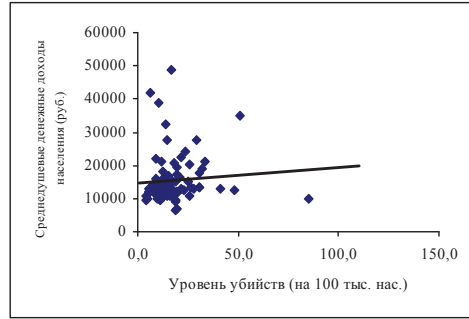
Окончание прил. 10

<i>Как бы Вы охарактеризовали свои отношения с коллегами по работе?</i>		
Вполне дружелюбные, открытые к сотрудничеству	81,8	18,2
Напряженные	39,4	60,6
Конфликтные	40,6	59,4
<i>Вам трудно поддерживать разговор при знакомстве</i>		
Да	53,4	46,6
Нет	75,5	24,5
<i>Скажите, пожалуйста, как часто Вы употребляете алкогольные напитки?</i>		
Почти ежедневно; 1 - 2 раза в неделю	59,8	40,2
1 – 2 раза в месяц	76,1	23,9
Только по праздникам	74,0	26,0
Не употребляю	63,6	36,4
<i>Оцените взаимоотношения между членами Вашей семьи</i>		
Дружные, без ссор; дружные с редкими ссорами	75,3	24,7
Напряжённые, без ссор; частые ссоры	47,9	52,1
<i>Насколько Вы удовлетворены отношениями с супругом (супругой)?</i>		
Удовлетворён	72,4	27,6
Не удовлетворён	49,2	50,8
<i>Насколько Вы удовлетворены отношениями с друзьями, ближайшими знакомыми?</i>		
Удовлетворён	72,6	27,4
Не удовлетворён	44,2	55,8

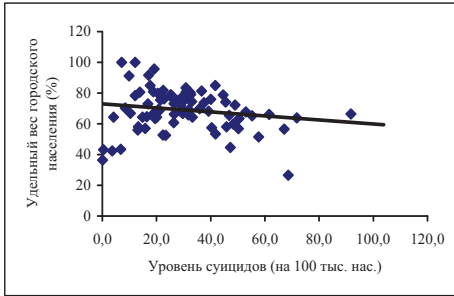
Корреляционный анализ факторов смертности среди населения от убийств и самоубийств на территории Российской Федерации



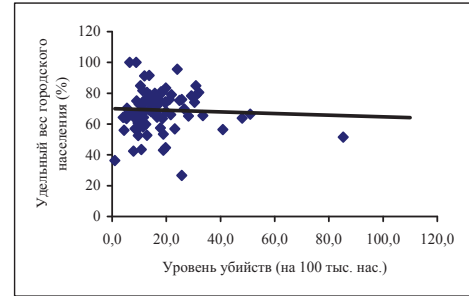
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и среднелюшевых денежных доходов населения (руб.) ($r = 0,076$)



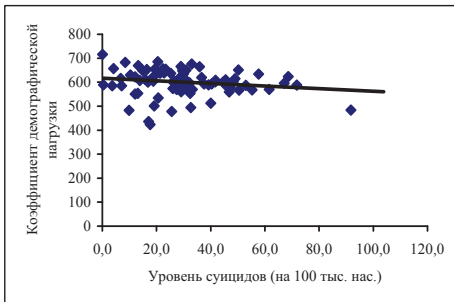
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и среднелюшевых денежных доходов населения (руб.) ($r = -0,041$)



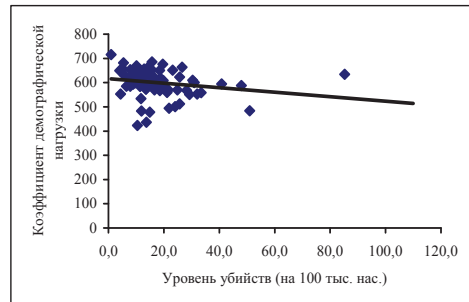
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса городского населения (%) ($r = -0,047$)



Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса городского населения (%) ($r = -0,168$)

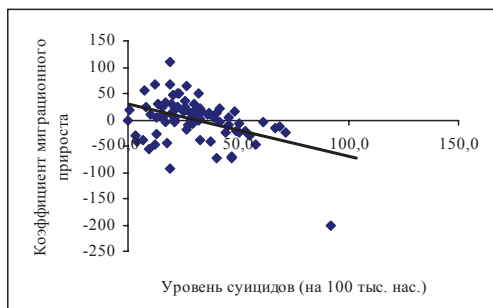


Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента демографической нагрузки ($r = -0,204$)

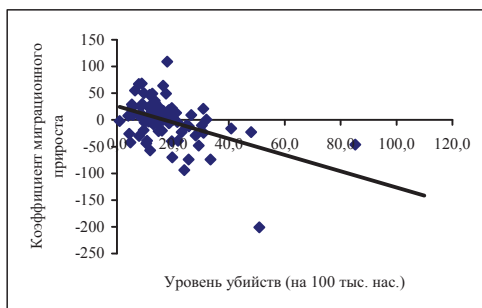


Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента демографической нагрузки ($r = -0,171$)

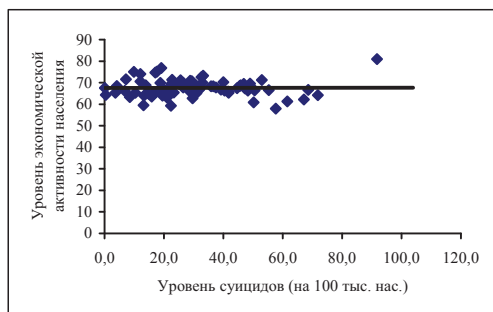
Продолжение прил. 11



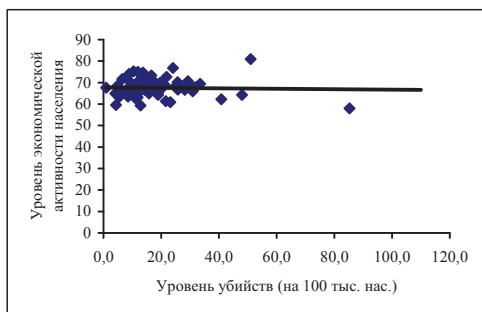
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)
($r = -0,445$; $p < 0,01$)



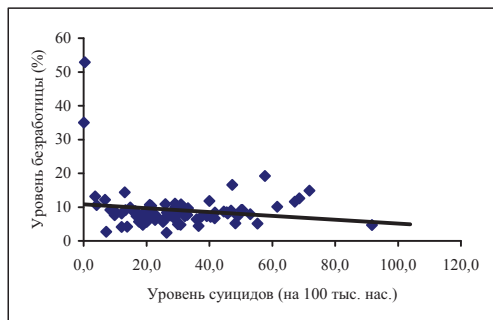
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента миграционного прироста (на 10 тыс. нас.)
($r = -0,414$; $p < 0,01$)



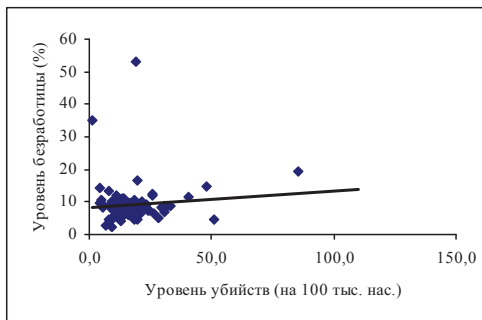
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня экономической активности населения (%)
($r = -0,033$)



Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня экономической активности населения (%)
($r = 0,005$)

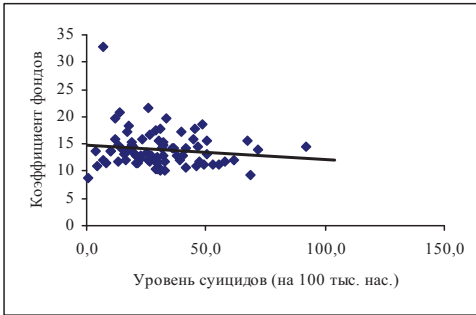


Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня безработицы (%)
($r = 0,093$)

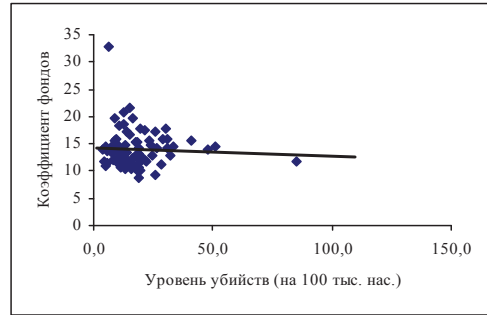


Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и уровня безработицы (%)
($r = -0,155$)

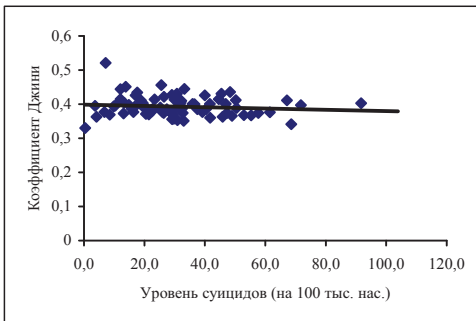
Продолжение прил. 11



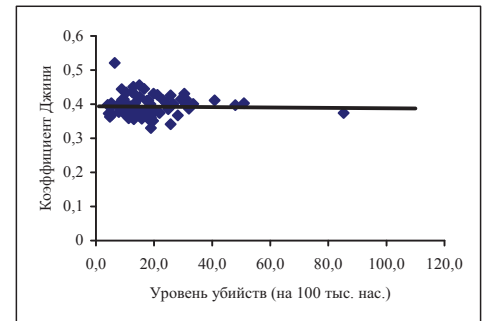
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента фондов (раз) ($r = -0,046$)



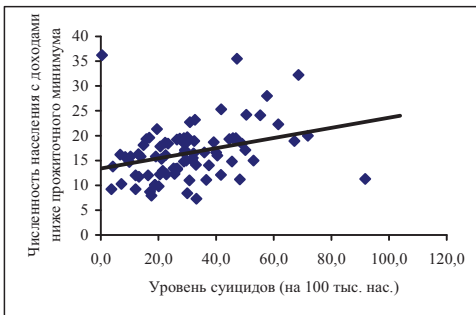
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента фондов (раз) ($r = -0,132$)



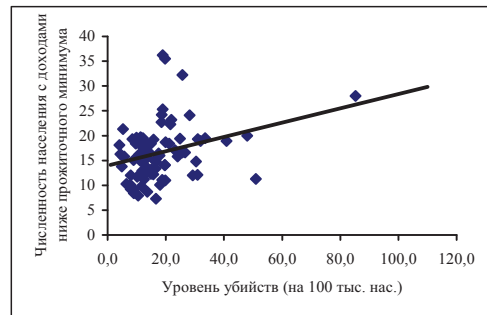
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента Джини ($r = -0,022$)



Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и коэффициента Джини ($r = -0,109$)

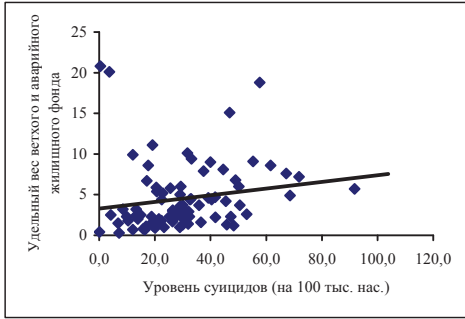


Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и численности населения с доходами ниже прожиточного минимума (%) ($r = 0,307$; $p < 0,005$)

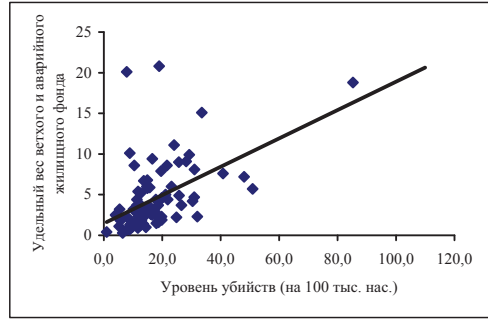


Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и численности населения с доходами ниже прожиточного минимума (%) ($r = 0,312$; $p < 0,005$)

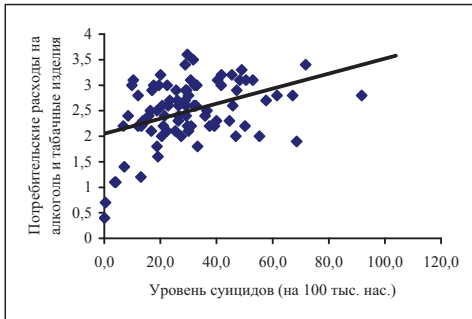
Продолжение прил. 11



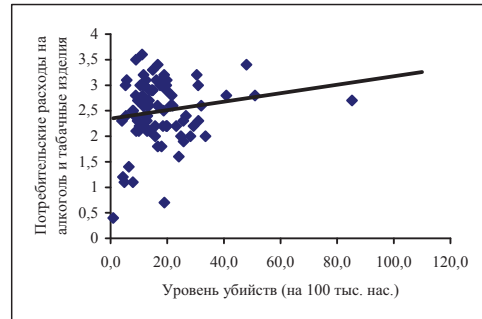
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса ветхого и аварийного жилищного фонда (%)
($r = 0,498$; $p < 0,001$)



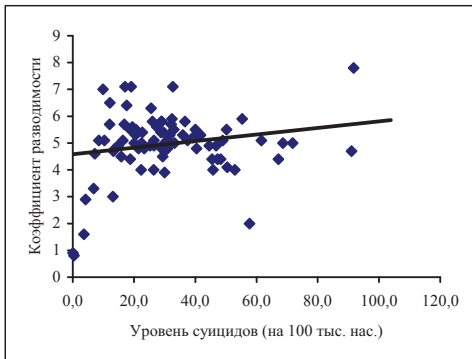
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и удельного веса ветхого и аварийного жилищного фонда (%)
($r = 0,168$)



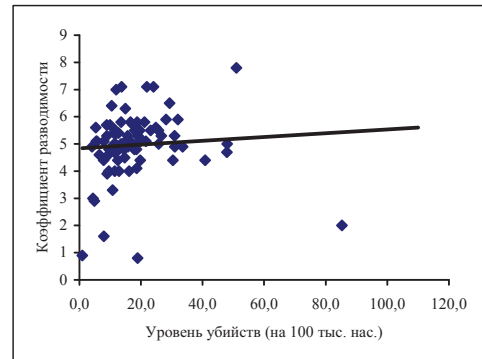
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и потребительских расходов на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)
($r = 0,161$)



Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и потребительских расходов на алкоголь и табачные изделия (в % от общего уровня расходов)
($r = 0,413$; $p < 0,001$)

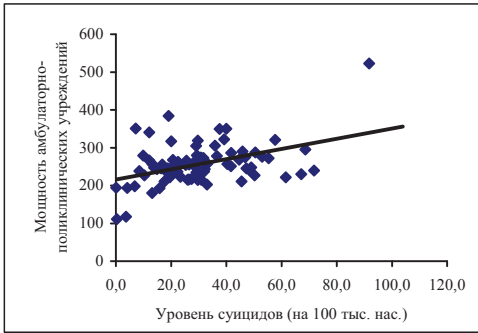


Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и общего коэффициента рождаемости (на 1 тыс. нас.)
($r = 0,073$)

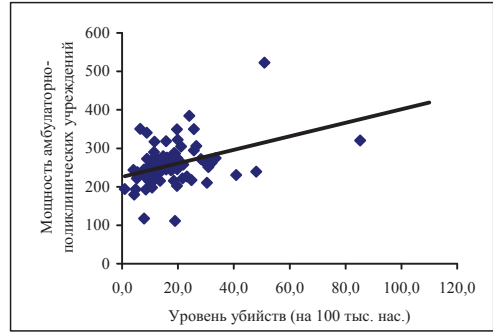


Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и общего коэффициента рождаемости (на 1 тыс. нас.)
($r = 0,191$)

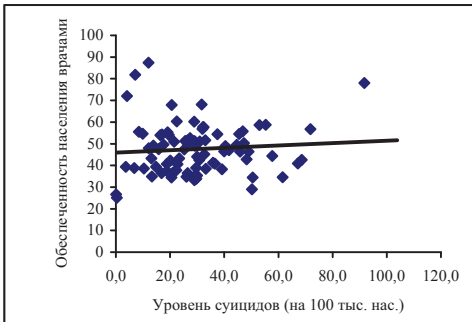
Продолжение прил. 11



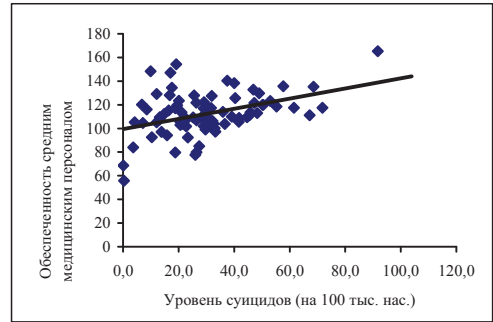
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и мощности амбулаторно поликлинических учреждений (на 10 тыс. нас.)
($r = 0,389$; $p < 0,001$)



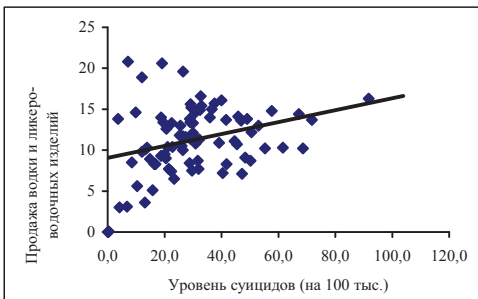
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и мощности амбулаторно поликлинических учреждений (на 10 тыс. нас.) ($r = 0,430$; $p < 0,001$)



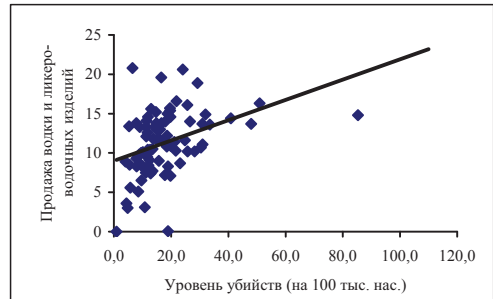
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и обеспеченности населения врачами (на 10 тыс. нас.)
($r = 0,081$)



Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и обеспеченности населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. нас.) ($r = 0,308$; $p < 0,001$)

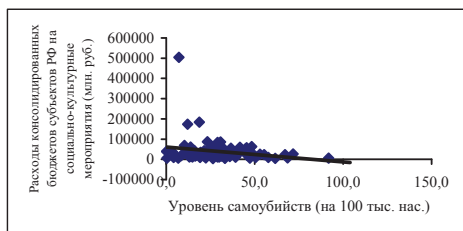


Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и продажи водки и ликеро-водочных изделий (л на душу населения) ($r = 0,382$; $p < 0,005$)

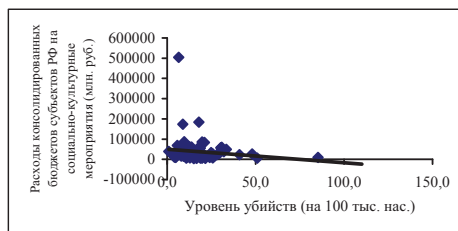


Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и продажи водки и ликеро-водочных изделий (л на душу населения) ($r = 0,308$; $p < 0,001$)

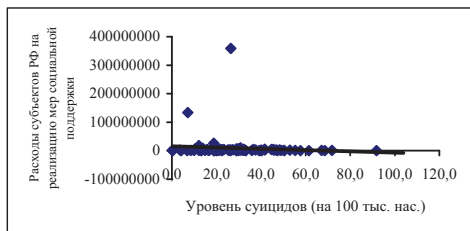
Окончание прил. 11



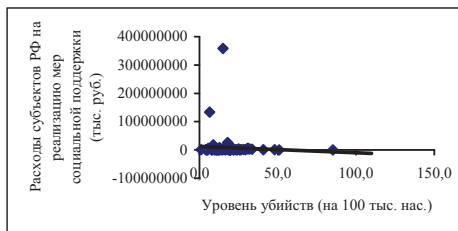
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на социальнокультурные мероприятия (млн. руб.) ($r = -0,209$; $p < 0,060$)



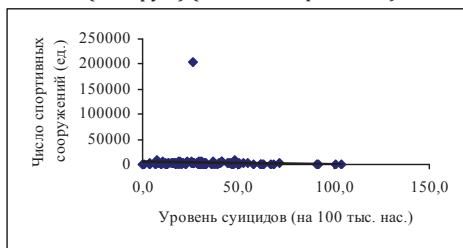
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов консолидированных бюджетов субъектов РФ на социальнокультурные мероприятия (млн. руб.) ($r = -0,134$; $p < 0,231$)



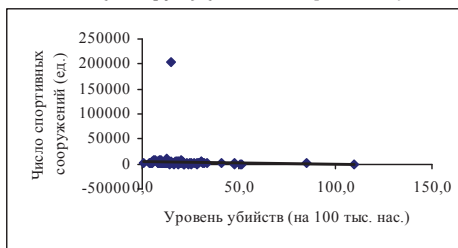
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов субъектов РФ на реализацию мер социальной поддержки (тыс. руб.) ($r = -0,090$; $p < 0,421$)



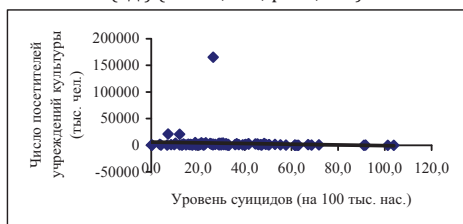
Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и расходов субъектов РФ на реализацию мер социальной поддержки (тыс. руб.) ($r = -0,064$; $p < 0,566$)



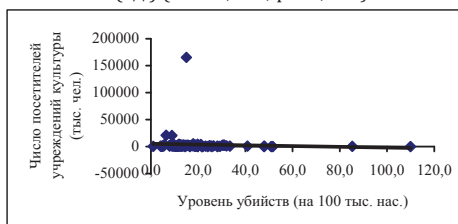
Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и числа спортивных сооружений (ед.) ($r = -0,031$; $p < 0,778$)



Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и числа спортивных сооружений (ед.) ($r = -0,041$; $p < 0,713$)



Взаимосвязь уровня суицидов (умерших на 100 тыс. нас.) и количества людей, посещающих учреждения культуры (ед.) ($r = -0,060$; $p < 0,589$)



Взаимосвязь уровня убийств (умерших на 100 тыс. нас.) и количества людей, посещающих учреждения культуры (ед.) ($r = -0,053$; $p < 0,634$)

АВТОРЫ ТОМА 5 НАУЧНЫХ ТРУДОВ



**Ильин
Владимир
Александрович**
директор ИСЭРТ РАН,
д.э.н., профессор,
заслуженный деятель
науки РФ



**Гулин
Константин
Анатолевич**
зам. директора
по научной работе
ИСЭРТ РАН,
д.э.н., доцент



**Шабунова
Александра
Анатолевна**
зам. директора
по научной работе
ИСЭРТ РАН,
д.э.н., доцент



**Калачикова
Ольга
Николаевна**
зав. лабораторией
ИСЭРТ РАН,
к.э.н.



**Кондакова
Наталья
Александровна**
м.н.с.
ИСЭРТ РАН



**Морев
Михаил
Владимирович**
зав. лабораторией
ИСЭРТ РАН,
к.э.н.



**Попова
Вера
Ивановна**
к.э.н.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Ильин В.А. Предисловие к изданию</i>	7
<i>Предисловие к тому 5</i>	13

ЗДОРОВЬЕ ДЕТЕЙ: ИТОГИ ПЯТНАДЦАТИЛЕТНЕГО МОНИТОРИНГА

<i>Римашевская Н.М. К читателям</i>	18
<i>Колинько А.А. Предисловие</i>	20
<i>Введение</i>	22

Глава 1. Социально-экономическое развитие Вологодской области

1.1. 20 лет изменений политической и экономической ситуации в стране	28
1.2. Развитие системы здравоохранения в 2000-е годы	34

Глава 2. Мониторинг условий формирования здорового поколения

2.1. Исследование NCDS	46
2.2. Опыт Великобритании в российских условиях	49

Глава 3. Основные результаты исследования

3.1. Изменение здоровья детей	56
3.2. Факторы, определяющие здоровье детей в младенчестве и раннем детстве	71
3.3. Формирование здоровья детей в дошкольном и школьном возрасте	89

<i>Заключение</i>	110
<i>Литература</i>	115
<i>Приложения</i>	120

**РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ
КАК ФАКТОР ВОСПРОИЗВОДСТВА НАСЕЛЕНИЯ:
ТЕНДЕНЦИИ И ПЕРСПЕКТИВЫ**

<i>Введение</i>	258
Глава 1. Теоретико-методологические основы исследования репродуктивного поведения населения	
1.1. Формирование понятия и опыт исследований репродуктивного поведения населения	260
1.2. Анализ государственной политики регулирования рождаемости	270
1.3. Методологические подходы к исследованию репродуктивного поведения	282
Глава 2. Демографическое развитие территории и репродуктивное поведение населения	
2.1. Демографическое развитие в контексте трансформации репродуктивного поведения	294
2.2. Тенденции репродуктивного поведения населения	305
2.3. Условия и факторы формирования репродуктивного выбора	327
Глава 3. Совершенствование механизмов регулирования репродуктивного поведения	
3.1. Возможности регулирования репродуктивного поведения	337
3.2. Направления повышения эффективности экономического стимулирования рождаемости	350
3.3. Организационно-управленческий механизм формирования репродуктивного поведения населения	358
<i>Заключение</i>	368
<i>Список использованных источников</i>	372
<i>Приложения</i>	384

ПРОБЛЕМЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТНОСТИ В РОССИИ

<i>Введение</i>	424
Глава 1. Теоретико-методологические подходы к исследованию социального здоровья населения	
1.1. Эволюция теоретических подходов к пониманию социального здоровья и методов его измерения	427
1.2. Методологические подходы к оценке социального здоровья	435
Глава 2. Насильственная смертность как индикатор социального здоровья общества	
2.1. Убийства и самоубийства в контексте социального здоровья	446
2.2. Влияние социальной дезинтеграции на распространение насильственных причин смертности	466
2.3. Оценка социально-экономического ущерба от убийств и самоубийств	491
Глава 3. Зарубежный и отечественный опыт организации системы профилактики насильственной смертности	
3.1. Профилактика суицидального поведения.....	501
3.2. Профилактика преступности и смертности населения от убийств.....	520
<i>Заключение</i>	532
<i>Литература</i>	533
<i>Глоссарий</i>	542
<i>Приложения</i>	546
Авторы тома 5 научных трудов	577

ДЛЯ ЗАМЕТОК

Научное издание

ТЕНДЕНЦИИ И ПРОБЛЕМЫ РАЗВИТИЯ ТЕРРИТОРИЙ

Научные труды 2011–2015 гг.

В 6 томах

Под научным руководством д.э.н., проф., засл. деят. науки РФ

В.А. Ильина

Том пятый

Социальный вектор развития территорий

Редакционная подготовка
Оригинал-макет
Корректор

Л.Н. Воронина
Т.В. Попова
Н.С. Киселева

Подписано в печать 01.10.2015.

Формат 70×108/16. Печать цифровая.

Усл. печ. л. 51,1. Тираж 500 экз. Заказ № 252.

Федеральное государственное бюджетное учреждение науки
Институт социально-экономического развития
территорий РАН (ИСЭРТ РАН)

160014, г. Вологда, ул. Горького, 56а
Телефон: 59-78-03, e-mail: common@vscc.ac.ru

ISBN 978-5-93299-307-1



ISBN 978-5-93299-312-5

