###### Санкт-Петербург-2002

###### *заочное отделение*

#### **КУРСОВАЯ РАБОТА**

по Социальной статистике

Статистика здоровья населения, статистический анализ основных показателей

##### СОДЕРЖАНИЕ

|  |  |
| --- | --- |
| Введение1. Основные показатели здоровья населения.
2. Источники информации.
3. Статистический анализ основных показателей.
	1. Методика анализа состояния и тенденций уровня смертности.
	2. Уровень средней ожидаемой продолжительности жизни и его динамика.
	3. Динамика показателей смертности населения РФ
	4. Динамика структуры уровня смертности по причинам смерти.
	5. Заболеваемость населения России.
4. Факторы уровня смертности и средней продолжительности жизни.

ЗаключениеСписок использованной литературыПриложение | 35781012161820232526 |

Введение

Сложная и многогранная по своей природе социальная жизнь общества представляет собой систему отношений разного свойства, разных уровней, разного качества. Будучи системой, эти отношения взаимосвязаны и взаимообусловлены. К числу наиболее значимых направлений исследования в социальной статистике относятся: социальная и демографическая структура населения и ее динамика, уровень жизни населения, уровень благосостояния, ***уровень здоровья населения***, культура и образование, моральная статистика, общественное мнение, политическая жизнь. Применительно к каждой области исследования разрабатывается система показателей, определяются источники информации и существуют специфические подходы к использованию статистических материалов в целях регулирования социальной обстановки в стране и регионах.

Статистический анализ явлений и процессов, происходящих в социальной жизни общества, осуществляется с помощью специфических для статистики методов – методов обобщающих показателей, дающих числовое измерение количественных и качественных характеристик объекта, связей между ними, тенденций их изменения. Эти показатели отражают социальную жизнь общества, выступающую как предмет исследования социальной статистики.

***Санитарную статистику*** можно назвать одним из важнейших разделов социальной статистики, позволяющем сделать заключение о главном факторе развития страны – о здоровье населения, о безопасности среды обитания для здоровья человека.

В Статистическом словаре дается следующее определение санитарной статистики: «Отрасль социальной статистики, изучающая количественные характеристики состояния здоровья населения, развития системы здравоохранения, определяет степень интенсивности влияния на них социально-экономических факторов, а также занимается приложением статистических методов к обработке и анализу результатов клинических и лабораторных исследований».

Санитарная статистика начала формироваться в России в последней четверти XIX в. прежде всего с помощью трудов П.И. Куркина (1858-1934 гг.), Ф.Ф. Эрисмана (1842-1915 гг.), О.А. Квиткина (1874-1939 гг.), В.Г. Михайловского (1871-1926 гг.), Ф.Д. Маркузона (1884-1967 гг.) и др.

В настоящее время в состав санитарной статистики входят показатели здоровья населения, здравоохранения, клинической статистики, состояния окружающей среды, характеризующие степень ее безопасности и позволяющие измерить ее влияние на здоровье человека.

В задачи санитарной статистики входят: своевременное получение и разработка данных о заболеваемости, смертности, инвалидности, физическом развитии населения в целом и его отдельных групп, о размещении, состоянии, оснащении, медицинских кадрах учреждений здравоохранения, клинических и лабораторных исследованиях».

Санитарная статистика необходима для: подготовки федеральных и региональных программ медицинского обслуживания населения, страхования, развития социальной инфраструктуры (строительства и реконструкции жилья, магазинов, клубов, стадионов, спортивных площадок и т. д.); программ по охране труда, жилищной программы, оказания социальной помощи и других социальных программ; популяризации здорового образа жизни; проведения мероприятий по обеспечению безопасности окружающей среды для здоровья человека и т. д.

Сложившаяся к настоящему времени в России социально-экономическая ситуация привела к резкому возрастанию проявлений психоэмоционального стресса населения. Основными причинами нарастания стрессорных нагрузок явились неуверенность людей в правильности проводимых реформ, обнищание значительной части населения, рост преступности, социальная незащищенность, промышленные и экологические катастрофы, военные и этнические конфликты и др. В свою очередь, стресс в общественных популяциях усугубляет социальные конфликты.

Стрессогенная ситуация в России явилась ведущей причиной кризиса здоровья населения. Материалы исследований, проведенных ведущими российскими научными центрами в 1994-1998 гг., показали, что неблагоприятная динамика здоровья населения в России представляет уже реальную угрозу национальной безопасности, предопределяет снижение современного и будущего трудового и оборонного потенциала общества. Деградирует Среда обитания и жизнедеятельности населения, подрываются механизмы воспроизводства здорового потомства.

1. Основные показатели здоровья населения.

Показатели здоровья населения включают: демографические, заболеваемости и самооценку здоровья населением.

Основными из них для измерения уровня здоровья являются демографические показатели, такие, как: **средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении** (всего, в том числе для мужчин и женщин); **коэффициенты общей, повозрастной, в том числе младенческой, смертности** (всего, в том числе для мужчин и женщин); **показатели смертности, ее причины** (всего и по половозрастным группам).

Средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении – это число лет, которое проживает один человек в среднем из данного поколения родившихся при условии, что на всем протяжении жизни этого поколения смертность в каждой возрастной группе будет оставаться неизменной на уровне расчетного периода.

 , где - число человеко-лет, которое предстоит прожить данному поколению родившихся; - первоначальная численность населения, т. е. число родившихся.

**1)Общий коэффициент смертности**:

Общий коэффициент смертности – самый простой из показателей. Однако он имеет недостаток, проистекающий из самой его природы, который состоит в неоднородной структуре их знаменателя.

, где *Y* - количество умерших, – среднегодовая численность населения.

Вследствие неоднородности состава населения в знаменателе дроби при расчете коэффициента их величина оказывается зависимой не только от уровня процесса, который он призван отражать, но и от особенностей структуры населения, прежде всего половозрастной. Вероятность смерти сильно различается в зависимости от возраста. Следовательно, при изменении возрастной структуры (и половой также, поскольку смертность женского пола ниже, чем мужского во всех возрастных группах) величина общего коэффициента смертности будет меняться, в то время как интенсивность смертности в каждой возрастной группе может оставаться неизменной или даже изменяться в направлении противоположном тому, в котором изменяется величина коэффициента смертности.

**2) Возрастные коэффициенты смертности**.

Возрастные коэффициенты смертности рассчитываются раздельно для мужского и женского полов и являются наилучшими для анализа состояния и тенденций уровня смертности. Они рассчитываются по однолетним или пятилетним возрастным группам. Но, во-первых, пользоваться однолетними показателями смертности затруднительно, потому что их очень много (обычно их ограничивают возрастами до 85 лет). Во-вторых, при использовании однолетних коэффициентов в дело вмешивается возрастная аккумуляция.

где - возрастной коэффициент смертности; - число умерших в возрасте «x» в календарный период (за год); - численность населения в возрасте «x» в середине расчетного периода (среднегодовая).

**3) Коэффициент детской смертности (до 1 года)**:

 где - число детей умерших до года, - среднее число детей, родившихся в этом году.

**4) Коэффициент детской смертности** :

Этот коэффициент отражает здоровье нации, состояние медицины.

 где - число детей, умерших до 1 года на родившихся в данном году; ***Р*** – число родившихся в данном и прошлом году.

**5) Коэффициент материнской смертности.**

Важным индикатором уровня развития страны и здоровья населения выступает материнская смертность. Коэффициент материнской смертности рассчитывается как число умерших беременных женщин и рожениц на 100 тыс. живорожденных детей.

Все показатели должны рассматриваться в динамике за длительный промежуток времени, чтобы можно было уловить изменение тенденций, выявить устойчивые характеристики динамики последних лет, выбрать период прогноза и метод расчета показателей.

**Изучение структуры уровня смертности по причинам смерти** – необходимое условие в исследовании факторов смертности. Причины смерти связаны с условиями жизни и труда людей, с их образом жизни. Изучая структуру смертности по причинам смерти можно установить роль тех или иных природных и социальных факторов, объективных и субъективных, зависящих и не зависящих от воли отдельного человека.

Все болезни подразделяются на следующие классы: инфекционные и паразитарные болезни; новообразования, в том числе злокачественные; болезни эндокринной системы; расстройства питания, нарушения обмена веществ и иммунитета; болезни крови и кроветворных тканей; психические расстройства; болезни нервной системы и органов чувств; болезни системы кровообращения; цереброваскулярные болезни с гипертонической болезнью; цереброваскулярные болезни без упоминания о гипертонической болезни; эндертериит, тромбангиит, облетирующие; болезни органов дыхания; болезни органов пищеварения; болезни мочеполовой системы; осложнения беременности, родов, послеродового периода; болезни кожи и подкожной клетчатки; болезни костно-мышечной системы и соединительных тканей; врожденные аномалии (пороки развития); отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде; симптомы и неточно обозначенные состояния; травмы и отравления. Данные о заболеваемости в соответствии с приведенной классификацией используются в ведомственной статистике. В государственной статистике принята более агрегированная группировка болезней.

Различия между развитыми и развивающимися странами фиксируются прежде всего по распространенности инфекционных и паразитарных болезней, осложнений беременности, родов и послеродового периода, а также травм и отравлений.

Территориальные сравнения уровней заболеваемости по видам (классам) болезней должны проводиться при стандартизации структуры населения по полу и возрасту. Заболеваемость инфекционными болезнями (активным туберкулезом, венерическими заболеваниями и др.) ставит перед обществом проблему своевременной бытовой изоляции больного, создания ему особых условий жизни.

Объективные показатели здоровья населения могут быть дополнены субъективными – полученными в результате опросов населения самооценками состояния здоровья. В настоящее время субъективные оценки привлекаются сравнительно редко, тогда как их использование в сочетании с данными государственной статистики позволяет повысить доказательность выводов.

2. Источники информации.

Источниками данных санитарной статистики являются: первичная учетная медицинская документация, которая ежедневно ведется в учреждениях здравоохранения; статистическая отчетность; единовременные учеты; лабораторные и клинические выборочные и специальные обследования. Отдел статистики входит в структуру практически каждого лечебно-профилактического учреждения.

Государственная отчетность по здравоохранению позволяет количественно охарактеризовать состояние и изменение здоровья населения. Годовая отчетность лечебных и лечебно-профилактических организаций независимо от организационно-правовой формы и формы собственности предоставляет данные об определенных категориях лиц, получающих медицинскую помощь, а также о работе учреждений системы здравоохранения и их обеспеченности кадрами. Кроме того, существует годовая отчетность, нацеленная на сбор данных по территориальным единицам. Например, "«Отчет о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебного учреждения"» (форма №12); "«Отчет о санитарном состоянии района, города, области, края, республики"» (форма №18); "«Отчет о сети и деятельности медицинских учреждений» (форма №47). Последние две формы отчетности составляются территориальными органами управления здравоохранения.

Из периодической месячной отчетности следует выделить «Отчет об инфекционных и паразитических заболеваниях» (форма №1) и «Отчет о результатах исследования крови на СПИД» (форма №4).

Статистическая отчетность не постоянна – она изменяется: вводятся новые формы, какие-то формы отменяются. Однако эти изменения не затрагивают основной объем информации и ее содержание. Обеспечиваются преемственность собираемых данных и тем самым возможность анализа их изменений во времени.

Получая информацию через статистическую отчетность, территориальные органы Министерства здравоохранения России и службы государственной статистики обобщают данные по населенным пунктам, городам, территориям – субъектам федерации, рассчитывают сводные показатели, анализируют их изменения. Показатели включаются в статистические сборники и публикуются Госкомстатом России, региональными органами государственной статистики.

Основными источниками информации международной статистики здравоохранения являются ежегодные публикации Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) – «World Health Statistics», ООН – «UN Development Programme: Human Development Report» и Мирового банка – «World Development Report». Осуществляются и ежемесячные издания, отражающие прежде всего эпидемиологическую обстановку в мире.

Основным источником информации о демографических показателях уровня здоровья являются: 1)переписи населения, проводимые регулярно, обычно раз в 10 лет; 2)текущий статистический учет демографических событий (рождений, смертей, браков, разводов), осуществляемый непрерывно; 3)текущие регистры (списки, картотеки) населения, также функционирующие непрерывно; 4)выборочные и специальные обследования. Например, микропереписи, проводимые на середине межпереписного периода. Первая такая работа была осуществлена в 1985 г., вторая - в феврале 1994г.

При переписях различают категории людей, в зависимости от характера их проживания на данной территории наличное и постоянное население.

ПН=НН+ВО-ВП

НН=ПН+ВП-ВО

В РФ правовой базой для проведения переписей населения служат постановления правительства, специально принимаемые по представлению статистических органов за некоторое время перед каждой переписью, иногда за несколько лет, иногда – месяцев.

1. **Статистический анализ основных показателей здоровья населения.**

3.1 Методика анализа состояния и тенденций уровня смертности.

Вероятностные таблицы смертности – это самый совершенный инструмент для анализа состояния и тенденций уровня смертности.

**Таблицы смертности** - это числовые модели смертности. Представляют собой систему взаимосвязанных, упорядоченных по возрасту рядов чисел, описывающих процесс вымирания некоторого теоретического поколения с фиксированной начальной численностью населения.

Различают полные и краткие таблицы смертности. В полных таблицах смертности возраст принимает все целые значения от 0 до 100 лет с шагом изменения возраста - 1 год. В кратких таблицах смертности возраст меняется с шагом 5 лет, реже 10 лет, часто с выделением первого года жизни. В мировой практике распространена такая шкала возрастов: 0, 1, 5, 10, ..., 80, 85 лет. Полные таблицы необходимы для демографического прогноза.

Таблицы смертности строятся, как правило, раздельно по полу, но могут быть и для обоих полов.

В состав таблиц смертности включены следующие ряды показателей:

Числа доживающих до возраста *х* лет () - численность доживающих до данного возраста в теоретическом поколении таблицы. Начальная численность, или корень таблицы (), обычно принимается за 100 000 (реже за 1, 1000 или 10 000). При =1 величина - вероятность для новорожденного дожить до точного возраста *х* лет. Числа доживающих представляют собой значения функции дожития для возрастов, входящих в таблицу смертности. Числа доживающих представляют собой значения функции дожития для возрастов, входящих в таблицу смертности. Это монотонно убывающая функция.

Числа умирающих (*dx*) - численность умерших в интервале возрастов от *х* до *х+1*; *dx=*.

Вероятность смерти в течение предстоящего одного года жизни, т.е. вероятность умереть в интервале возраста от *х* до *х+1* года, не достигнув следующего года жизни (); =. Величину обычно называют ***коэффициентом младенческой смертности***.

Вероятность дожития до следующего возраста *х+*1 всем, кто достиг возраста *х* лет, обозначается; =1-.

Вероятности смерти и вероятности дожития - самые важные показатели таблиц смертности как характеристики сложившегося типа смертности и распределения ее уровня по отдельным возрастам. Число человеко-лет жизни в интервале возраста от *х* до *х+1* (чаще именуется числом живущих в интервале возраста от *х* до *х+1*) обычно обозначается; вычисляется по формуле: =

Число человеко-лет жизни в возрасте от *х* лет и старше () или - общее число человеко-лет, которое проживет еще совокупность живущих, достигшая *х* лет, начиная от возраста *х* до *w*. Оно вычисляется по формуле =+ +...+, где *w* - последний возраст, для которого проведены вычисления.

Ожидаемая продолжительность жизни в возрасте *х* лет () (или средняя продолжительность предстоящей жизни населения, достигшего *х* лет). Вычисляется по формуле: =/. При анализе этого показателя определяется закономерность: с увеличением возраста средняя продолжительность жизни убывает. Однако в ряде случаев это правило не имеет силы для ранних детских возрастов.
Наиболее распространенный - ожидаемая продолжительность жизни при рождении (или средняя продолжительность жизни новорожденного) как обобщающая характеристика смертности, не зависимая от возрастного состава населения.

Таблицы смертности описывают последовательность и скорость вымирания поколения.

3.2 Уровень средней продолжительности жизни в России и его динамика.

Средняя продолжительность жизни нашего населения остается относительно низкой по сравнению с большинством экономически развитых стран и даже ряда развивающихся (приложение 1).

В 1995 г. из 196 стран, по которым ООН рассчитывает среднюю продолжительность жизни (или получает данные из стран), Россия занимала 140-е место по продолжительности жизни мужчин и 100-е место – по продолжительности жизни женщин. Такое отставание нельзя оправдать никакими «объективными» причинами.

**Ожидаемая продолжительность жизни населения России 1959-1999[[1]](#footnote-1), лет**

 *Таблица 1*.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Год** | **мужчины** | **женщины** | **Разница между мужчинами и женщинами** |
| **Город.****Насел.** | **Сельск. насел.** | **Все насел.** | **Город. Насел.** | **Сельское насел.** | **Все насел.** | **Город. Насел.** | **Сельск. насел.** | **Все насел.** |
| 1959 | 63.00 | 62.90 | 63.00 | 71.50 | 71.30 | 71.50 | 8.50 | 8.40 | 8.50 |
| 1969 | 63.95 | 62.01 | 63.46 | 73.23 | 73.58 | 73.50 | 9.28 | 11.57 | 10.04 |
| 1974 | 64.08 | 60.62 | 63.16 | 73.67 | 73.07 | 73.58 | 9.59 | 12.45 | 10.42 |
| 1979 | 62.46 | 59.62 | 61.66 | 73.17 | 72.61 | 73.11 | 10.71 | 12.99 | 11.45 |
| 1984 | 62.87 | 59.41 | 62.00 | 73.38 | 72.70 | 73.31 | 10.51 | 13.29 | 11.31 |
| 1989 | 64.80 | 62.60 | 64.20 | 74.50 | 74.20 | 74.50 | 9.70 | 11.60 | 10.30 |
| 1990 | 64.40 | 62.04 | 63.79 | 74.45 | 74.21 | 74.27 | 10.05 | 12.17 | 10.48 |
| 1991 | 64.10 | 61.70 | 63.46 | 74.20 | 73.90 | 74.27 | 10.10 | 12.20 | 10.81 |
| 1992 | 62.50 | 60.70 | 62.02 | 73.80 | 73.50 | 73.75 | 11.30 | 12.80 | 11.73 |
| 1993 | 59.30 | 57.90 | 58.90 | 72.00 | 71.50 | 71.90 | 12.70 | 13.60 | 13.00 |
| 1994 | 57.70 | 56.90 | 57.30 | 71.00 | 70.90 | 71.10 | 13.30 | 14.00 | 13.80 |
| 1995 | 58.39 | 57.79 | 58.25 | 71.67 | 71.55 | 71.66 | 13.28 | 13.76 | 13.42 |
| 1996 | 60.16 | 58.56 | 59.73 | 72.68 | 71.91 | 72.49 | 12.51 | 13.35 | 12.76 |
| 1997 | 61.56 | 59.12 | 60.90 | 73.16 | 71.95 | 72.86 | 11.60 | 12.82 | 11.96 |
| 1998 | 61.85 | 59.95 | 61.34 | 73.41 | 72.58 | 73.21 | 11.55 | 12.63 | 11.87 |
| 1999 | 60.36 | 58.66 | 59.90 | 72.63 | 71.80 | 72.43 | 12.27 | 13.14 | 12.53 |

По данным Госкомстата России, средняя продолжительность жизни в стране в 1999 г. составила у мужчин 59,90 года, у женщин – 72,43 года. После резкого падения этого показателя в первой половине 90-х гг. – у мужчин почти на 6,2 года, у женщин – на 3,1 года, - в 1995-1998 гг. продолжительность жизни начала увеличиваться, и довольно быстро. За указанный период она увеличилась на 3,9 года у мужчин и на 1,6 года у женщин.

В итоге, показатели продолжительности жизни в России в 1998 г. почти совпала со значениями, наблюдавшимися в 1984 г. непосредственно перед началом в 1985 "перестройки" и сопровождавшей ее антиалкогольной кампании. Именно в 1985 г. долговременная тенденция медленного снижения продолжительности жизни мужчин и стагнации продолжительности жизни женщин была нарушена резким колебанием: сначала кратковременным взлетом ожидаемой продолжительности жизни во время действия мер антиалкогольной политики в 1985-1987 гг., а затем ее падением до крайне низких значений в 1992-1994 гг. У большинства специалистов уже нет сомнений, что антиалкогольная кампания была ведущей причиной резкого снижения интенсивных показателей смертности в 1985-1987 гг., в результате чего ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) для новорожденных выросла у мужчин более чем на 4 года (с 61,7 в 1984 г. до 65,0 лет в 1987 г.), а у женщин - на 1,5 года (с 73,0 до 74,6 лет). Дальнейшие исследования, позволили показать, что принципиальное изменение ситуации на алкогольном рынке после 1991 г. также сыграло роль решающего обстоятельства обвального увеличения смертности в 1992-1994 гг. (ОПЖ у мужчин опустилась до 57,4 лет, у женщин - до 71,0 лет.)

Таким образом, быстрое снижение смертности в последние годы, скорее всего, имело во многом компенсаторный характер и должно было постепенно сойти на нет. В пользу этого предположения говорят как уже отмеченное замедление роста продолжительности жизни после 1996 г., так и данные о смертности в 1999 г. Общий уровень смертности населения России в 1999 г. был выше, а ожидаемая продолжительность жизни существенно ниже, чем в 1998 г. Не исключено, что ожидаемая продолжительность жизни мужчин в 2000 снова опустилась ниже 60 лет (для проведения окончательных расчетов пока еще нет необходимых данных).

Вопрос о природе колебания смертности в 1985-1995 годах все еще остается дискуссионным. Рассмотрение только одной ветви этого колебания - подъема смертности в начале 90-х годов - приводит и к одностороннему истолкованию этого подъема. И в отечественной, и в зарубежной литературе много писалось о катастрофическом характере роста смертности и сокращения продолжительности жизни, "небывалого в мирное время". В докладе Программы развития ООН, посвященном странам Восточной Европы и странам-преемникам СССР утверждается, что главной составляющей "человеческой цены" реформ "несомненно были потери жизней, выразившиеся в снижении ожидаемой продолжительности жизни в ряде главных стран этого региона, в особенности в Российской Федерации и затронувшие прежде всего мужчин молодых и средних возрастов".

Особенно неблагополучно положение со ***смертностью мужчин***. Хотя разрыв в ожидаемой продолжительности жизни между мужчинами и женщинами в России сократился в 1998 г. до 11,8 года (максимум, равный 13,6 года, был зарегистрирован в 1994 г.), он остается, тем не менее, самым большим среди стран мира, публикующих статистику смертности.

В 1998 г. сохранялась характерная для последних лет тенденция к росту разницы в ожидаемой продолжительности жизни между ***городским и сельским населением***, в которой тоже проявляется постепенное приближение к ситуации, характерной для начала 80-х годов. После сокращения в середине 80-х годов и, особенно, необычного сокращения в 1993-1995 гг., эта разница выросла до 2 лет у мужчин и уже второй год составляет 1,1 года у женщин - высокий для России показатель.

Мы имеем ту продолжительность жизни, которая адекватна нашему уровню жизни. Иными словами, какова цена человека, таково и здоровье.

3.3Динамика показателей смертности в России.

Динамика общего коэффициента смертности за ряд лет позволяет судить об изменении общего уровня смертности.

*Таблица 2.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Год** | Число умерших | **Общий коэффициент смертности** |
| **мужчины** | **женщины** | **Все население** | **мужчины** | **женщины** | **Все население** |
| **1959** | 450 011 | 470 214 | 920 225 | 7,65 | 7,21 | 7.78 |
| **1964** | 437 197 | 464 554 | 901 751 | 7,64 | 6,72 | 7.17 |
| **1969** | 545 535 | 561 105 | 1 106 640 | 9,27 | 7,96 | 8.53 |
| **1974** | 603 817 | 618 678 | 1 222 495 | 9,29 | 8,57 | 9.17 |
| **1979** | 742 554 | 747 503 | 1 490 057 | 11,12 | 10,07 | 10.80 |
| **1984** | 809 664 | 841 202 | 1 650 866 | 11,82 | 11,06 | 11.60 |
| **1989** | 762 273 | 821 470 | 1 583 743 | 10,73 | 10,49 | 10.72 |
| **1990** | 802 400 | 853 593 | 1 655 993 | 11,23 | 10,85 | 11.17 |
| **1991** | 827 988 | 862 669 | 1 690 657 | 11,56 | 11,05 | 11.38 |
| **1992** | 911 001 | 896 440 | 1 807 441 | 12,70 | 11,38 | 12.16 |
| **1993** | 1 112 689 | 1 016 650 | 2 129 339 | 15,51 | 12,92 | 14.34 |
| **1994** | 1 226 467 | 1 074 899 | 2 301 366 | 17,13 | 13,69 | 15.51 |
| **1995** | 1 167 628 | 1 036 183 | 2 203 811 | 16,32 | 13,21 | 14.88 |
| **1996** | 1 083 621 | 998 628 | 2 082 249 | 15,20 | 12,75 | 14.09 |
| **1997** | 1 028 551 | 987 228 | 2 015 779 | 14,49 | 12,64 | 13.76 |
| **1998** | 1 013 744 | 975 000 | 1 988 744 | 14,32 | 12,51 | 13.61 |
| **1999** | 1 112 521 | 1 031 795 | 2 144 316 | 16,22 | 13,28 | 14.66 |

Динамика общего коэффициента смертности зависит от изменений возрастной и половой структуры населения. Так, рост этого показателя может быть связан с процессом старения населения, а также со сдвигами в уровнях смертности по полу и возрасту. Чем больше в населении лиц старших возрастов, тем может быть общее число умерших даже при неизменных повозрастных показателях смертности.

О недостатках общего коэффициента смертности говорилось в главе 1. При необходимости анализа именно с помощью этого показателя, можно устранить или уменьшить влияние на его величину структурных факторов с помощью ***индексного метода***. Индексный метод можно применить, если известны все структурные элементы сравниваемых совокупностей, т. е. возрастные коэффициенты смертности и возрастные структуры сравниваемых населений (удельный вес возрастных групп в общей численности населения).

Последнее десятилетие ознаменовано большими социальными потрясениями в жизни российского общества. Осознание необходимости реформ и первые шаги по демократизации, резкое начало и противоречивое протекание реформ во всех сферах общественной жизни и изменений во всех сторонах каждодневной деятельности людей - все переплелось в непрерывном потоке событий и обстоятельств, среди которых бывает непросто выделить то главное, что имеет непосредственное отношение к динамике смертности населения. Между тем с середины 80-х годов Россия переживает невиданное ранее в цивилизованном мире колебание смертности, заслуженно приковавшее к себе внимание специалистов, политиков, средств массовой информации во всем мире. Достаточно сказать, что уровень смертности по отдельным возрастным группам в России колебался не на несколько процентов, как это нередко бывает в других странах в обычной ситуации, а на несколько десятков процентов. Благодаря целенаправленным усилиям ряда международных коллективов, в том числе и с участием российских специалистов, уже известно многое о внутренних механизмах столь значительных изменений. Череда резких перепадов уровня смертности - снижение смертности в 1985-1987 гг., повышение в 1988-1994 гг. и вновь снижение с 1995 г. по 1998 г.

 Основной составляющей повышения смертности в первой половине 90-х годов был ее компенсаторный рост после необычного снижения во второй половине 80-х годов. Сравнения с некоторыми странами бывшего СССР показывает, что соотношение между спасенными в 1985-1990 гг. жизнями и избыточными смертями в 1992-1994 гг. могло быть более благоприятным, чем в России, однако, в любом случае, говорить о росте смертности как о главной составляющей "человеческой цены реформ" нет оснований.

Другое дело, что за годы реформ не удалось преодолеть затяжной кризис смертности, который длится в России уже несколько десятилетий. Справиться с ним намного сложнее, чем с резким ухудшением показателей начала 90-х годов, которое, в основном, уже само сошло на нет. Снижаясь после 1994 г., смертность лишь возвратилась к своему старому, очень высокому уровню, существовавшему до колебания, начавшегося в 1985 г. Огромное отставание России от большинства экономически развитых стран по ожидаемой продолжительности жизни существовало уже тогда, за последние 10 лет эти страны ушли еще дальше, и сейчас отставание России от них составляет 13-15 лет для мужчин и 7-9 лет для женщин. К этому надо добавить, что положение со смертностью в России было всегда и остается теперь хуже, чем в любой другой бывшей европейской республике СССР.

Медленное снижение продолжительности жизни в 1965-1984 гг. было связано, главным образом, с растущей смертностью в трудоспособных возрастах. В таблице 3 представлено, что резкие изменения ожидаемой продолжительности жизни в 90-е годы (падение в 1992-1994 гг. и подъем в 1995-1998 гг.) были также обусловлены изменениями коэффициентов смертности в возрастных группах от 15 до 65 лет у мужчин и от 30 до 75 лет у женщин.

**Вклад различных возрастных групп в изменения ожидаемой продолжительности жизни в России, 1992–1998, в годах**

*Таблица 3.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Возраст** | **1992** | **1993** | **1994** | **1995** | **1996** | **1997** | **1998** |
| ***Мужчины*** |
| 0–14 | 0,09 | -0,11 | 0,01 | 0,03 | 0,11 | 0,03 | 0,06 |
| 15–29 | -0,24 | -0,35 | -0,14 | -0,1 | 0,16 | 0,19 | -0,05 |
| 30–44 | -0,55 | -0,91 | -0,42 | 0,21 | 0,45 | 0,4 | 0,11 |
| 45–59 | -0,53 | -1,04 | -0,69 | 0,3 | 0,52 | 0,51 | 0,17 |
| 60–74 | -0,26 | -0,54 | -0,26 | 0,19 | 0,2 | 0,13 | 0,14 |
| 75 и более | 0 | -0,12 | -0,01 | 0,08 | 0,06 | 0,01 | 0,07 |
| **Всего** | -1,48 | -3,06 | -1,49 | 0,71 | 1,5 | 1,27 | 0,51 |
| ***Женщины*** |  |  |  |  |  |  |  |
| 0–14 | 0,07 | -0,18 | 0,05 | 0,01 | 0,11 | 0,01 | 0,04 |
| 15–29 | -0,06 | -0,1 | -0,04 | -0,02 | 0,04 | 0,03 | -0,02 |
| 30–44 | -0,15 | -0,3 | -0,16 | 0,07 | 0,17 | 0,12 | 0,04 |
| 45–59 | -0,19 | -0,52 | -0,37 | 0,17 | 0,26 | 0,2 | 0,08 |
| 60–74 | -0,18 | -0,42 | -0,24 | 0,17 | 0,15 | 0,07 | 0,12 |
| 75 и более | -0,02 | -0,29 | -0,06 | 0,13 | 0,08 | -0,01 | 0,08 |
| **Всего** | -0,53 | -1,81 | -0,83 | 0,53 | 0,81 | 0,44 | 0,34 |

Коэффициенты смертности детей и лиц самого старшего возраста менялись менее значительно и оказывали на величину ожидаемой продолжительности жизни лишь очень небольшое воздействие.

Наряду со средней ожидаемой продолжительностью жизни общепринятыми индикаторами здоровья населения являются ***показатели детской смертности*** (в возрасте до 14 лет) и особенно ***младенческой смертности*** (до одного года). Последние были несравнимы с показателями других стран, поскольку у нас до 1993 г. действовало отличающееся от принятого ВОЗ определение «живорожденный», согласно которому живорожденным считался ребенок, родившийся при сроке беременности 28 недель и более и после рождения начавший дышать. Согласно определению ВОЗ живорожденным считается всякий ребенок, проявивший не только дыхание, но и любые другие признаки жизни. С 1993 г. Россия перешла на рекомендованные ВОЗ критерии живорождения и мертворождения, что не могло не отразиться на цифровых данных, прежде всего на данных ведомственной статистики.

**Изменение уровня младенческой смертности в России за период 1989-1997 гг.** (Числа - средние значения для количества смертей на 1000 родившихся.)

Таким образом, сегодня для смертности в России характерны следующие особенности:

* сверхсмертность мужчин. В 1999 г. продолжительность их жизни составила 59.9 лет (в 1997-м – 60.9 лет, в 1998-м – 61.34 года), что на 12.53 года меньше, чем у женщин, и на 3.56 года меньше, чем в 1991 г.
* падение средней продолжительности жизни мужчин в возрасте 35 лет и старше: на селе она ниже, чем была 100 лет назад, в городе - ниже, чем 40 лет назад;
* возросшие темпы роста смертности в трудоспособных возрастах, в результате чего мы интенсивно теряем трудовой потенциал. В большей мере вымирает трудоспособная часть населения, что противоречит биологическим закономерностям;
* чрезвычайно высокая в сравнении с другими развитыми странами младенческая смертность. Начиная с 1990 г. этот показатель возрастал: в 1991-м он достиг 17.4%, в 1992-м - 18.0%, в 1993-м - почти 20%. Затем начал медленно снижаться, составив в 1997 г. 16.9%

3.4 Динамика показателей смертности по причинам смерти.

Для характеристики уровня смертности по причинам смерти используются два основных типа показателей: общие и возрастные коэффициенты. Общий коэффициент смертности по причинам смерти рассчитывается как отношение числа умерших от определенной причины смерти к средней для данного периода времени (обычно год) численности населения.

Основной вклад в медленное снижение ожидаемой продолжительности жизни на протяжении 70-х и начала 80-х годов вносил рост смертности от ряда хронических заболеваний, ведущую роль среди которых играли болезни системы кровообращения (ишемическая болезнь сердца и болезни сосудов головного мозга) и рак легкого, а также, в несколько меньшей степени, от внешних причин смерти (несчастные случаи, отравления, травмы и насильственные причины). Резкие колебания ожидаемой продолжительности жизни в 1985-1994 гг., особенно, ее чрезвычайное падение в 1992-1994 гг., были также связаны с изменениями смертности от болезней системы кровообращения и от внешних причин, однако на этот раз именно негативное воздействие последних было наиболее сильным.

*Таблица 4.*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Причины смерти** | **Мужчины** |  |  |  | **Женщины** |  |  |  |
| **1984** | **1998** | **1998-1984** | **1998/1984** | **1984** | **1998** | **1998-1984** | **1998/1984** |
| Все причины | 1874,43 | 1847,02 | -27,41 | 0,985 | 973,78 | 957,41 | -16,37 | 0,983 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Инфекционные болезни | 31,97 | 34,49 | 2,52 | 1,079 | 9,88 | 7,3 | -2,58 | 0,739 |
| в том числе: |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Т у б е р к у л е з | 22,48 | 30,29 | 7,81 | 1,348 | 2,7 | 3,61 | 0,92 | 1,341 |
| Новообразования | 299,84 | 301,78 | 1,94 | 1,006 | 137,77 | 146,4 | 8,64 | 1,063 |
| Болезни системы кровообращения | 975,27 | 958,34 | -16,93 | 0,983 | 636,36 | 617,21 | -19,15 | 0,97 |
| Болезни органов дыхания | 159,72 | 109,63 | -50,09 | 0,686 | 56,05 | 30,25 | -25,8 | 0,54 |
| Болезни органов пищевар. | 53,8 | 54,53 | 0,73 | 1,014 | 22,64 | 26,12 | 3,49 | 1,154 |
| Сахарный диабет | 3,37 | 6,83 | 3,46 | 2,027 | 3,84 | 10,21 | 6,37 | 2,66 |
| Внешние причины | 284,33 | 316,25 | 31,92 | 1,112 | 67,31 | 78,76 | 11,45 | 1,17 |
| Дорожно-транспортные происшествия | 31,73 | 31,17 | -0,56 | 0,982 | 7,15 | 10,35 | 3,2 | 1,448 |
| Случ. отравл. алкоголем | 53,36 | 30,4 | -22,96 | 0,57 | 13,74 | 7,77 | -5,97 | 0,565 |
| Случайные падения | 10,86 | 7,17 | -3,69 | 0,66 | 2,98 | 2,39 | -0,59 | 0,803 |
| Случайные утопления | 21,65 | 18,81 | -2,84 | 0,869 | 3,1 | 3,77 | 0,67 | 1,215 |
| Самоубийства | 70,31 | 64,5 | -5,81 | 0,917 | 14,07 | 11,03 | -3,04 | 0,784 |
| Убийства | 16,63 | 35,83 | 19,2 | 2,155 | 6,63 | 10,85 | 4,22 | 1,636 |
| Неуточн. насильств смерти | 17,23 | 48,01 | 30,78 | 2,786 | 4,07 | 11,73 | 7,66 | 2,881 |
| Другие внешние причины | 62,56 | 80,37 | 17,81 | 1,285 | 15,57 | 20,88 | 5,31 | 1,341 |
| Остальные причины | 66,13 | 65,17 | -0,96 | 0,985 | 39,93 | 41,16 | 1,23 | 1,031 |

Суммируя эти многообразные изменения, можно отметить, что получили продолжение некоторые как позитивные так и негативные тенденции прошлого. Среди благоприятных и обнадеживающих тенденций - снижение смертности от рака желудка и от болезней органов дыхания в детском возрасте, некоторое снижение смертности от ишемической болезни сердца и замедление роста смертности от рака легкого. С другой стороны - увеличение смертности от рака груди у женщин и рака многих других локализаций у мужчин и женщин, обострение проблем, связанных с насильственной смертностью. У женщин, видимо в связи с определенными сдвигами в стандартах поведения, необычно увеличилась смертность от дорожно-транспортных происшествий и цирроза печени.

Сравним теперь 1998 и 1984 годы с точки зрения некоторого набора ведущих причин смерти. С целью такого сравнения выбраны важнейшие причины или группы причин смерти, для каждой из которых были рассчитаны стандартизованные по возрасту коэффициенты смертности в 1984 и 1998 гг. для мужчин и женщин (табл. 4). Оказывается, что в 1998 г. смертность от всех причин была даже несколько ниже, чем в 1984 г. Напомним, что, если судить по величине ожидаемой продолжительности жизни, ситуация была несколько иной, и смертность в 1998 г. в целом была все же несколько выше, чем в 1984. Ожидаемая продолжительность жизни - более строгий показатель, так как стандартизованные показатели смертности все же испытывают влияние избранного стандарта возрастной структуры (нами применялся европейский стандарт, используемый ВОЗ). Но расхождения между двумя оценками очень невелики, и та, и другая говорят об очень небольшом различии показателей 1984 и 1998 гг. Ожидаемая продолжительность жизни в 1998 г. у женщин была такой же, как в 1994, у мужчин - на 0,3% ниже (соответственно, смертность - выше). Стандартизованные же коэффициенты смертности от всех причин у женщин в 1998 г. оказались на 1,7%, а у мужчин - на 1,5% ниже, чем в 1984. Наибольший позитивный вклад в абсолютное изменение стандартизованного коэффициента смертности от всех причин (столбец "1998-1984" в табл. 4) и у мужчин, и у женщин внесло снижение смертности от болезней органов дыхания (особенно в детских возрастах) и болезней системы кровообращения. Другие крупные классы причин (кроме инфекционных болезней у женщин) в целом ответственны за повышением смертности, хотя внутри них есть отдельные причины, смертность от которых имела явную положительную динамику. Особенно заметно снижение смертности от случайных отравлений алкоголем, но нельзя не обратить внимание также на снижение смертности от самоубийств.

Наибольший негативный вклад внесло повышение смертности от так называемых "внешних причин" (несчастные случаи, отравления, травмы) - в основном за счет убийств и не уточненных насильственных причин смерти, за которыми, возможно, также часто стоят убийства). У мужчин на фоне этого класса причин даже заметный рост смертности от инфекционных болезней, а также от новообразований и болезней органов пищеварения кажется не очень большим. У женщин же рост смертности от новообразований и болезней органов пищеварения обеспечил примерно такой же негативный вклад в изменения смертности между и 1984 и 1998 гг., что и внешние причины. Впрочем, если обратиться к более детализированному списку причин внутри их крупных классов, то следует отметить значительный негативный вклад многих локализаций рака (особенно рака груди у женщин и рака простаты у мужчин), "прочих" болезней сердца у мужчин и нарушений мозгового кровообращения у женщин, туберкулеза, хронического бронхита, астмы и эмфиземы у мужчин и некоторых других менее значительных причин.

Оценивая показатели самоубийств, Всемирная организация здравоохранения признала, что наша страна находится в состоянии вялотекущей чрезвычайной ситуации. В 1995 г. уровень самоубийств достиг 41.4 случаев на 100 тыс. чел. Аналогичны масштабы смертности и от причин, связанных с алкоголем. В нашей стране потребляется 14-15 л чистого алкоголя в год на душу населения.[[2]](#footnote-2)

Хотя неблагоприятные сдвиги в структуре смертности по причинам как будто нейтрализованы положительными изменениями, благоприятная динамика очень слаба, и общее впечатление от всех изменений смертности в самое последнее время - это впечатление отсутствия сколько-нибудь серьезного прогресса, возвращения к топтанию на месте, к которому страна привыкла в период между серединой 60-х и серединой 80-х годов.

3. 5 Заболеваемость населения России.

Оценки физического здоровья показывают, что заболеваемость за последнее пятилетие возросла по большинству типов болезней, а среди причин нездоровья особо острыми стали: социальные стрессы, ухудшение условий жизни и питания, кризис системы здравоохранения.

Пристального внимания в развитии заболеваний заслуживают три момента, имеющие остро социальный характер.

**Рост заболеваний сифилисом в России за период 1992-1997 гг. (по данным ГВЦ Минздрава РФ).** *Числа - количество больных на 100 тыс. чел. (средние значения).*

Во-первых, рост туберкулеза и смертности от него. По этим показателям Россия вернулась к уровню, который развитые страны преодолели 30-40 лет назад, а мы - примерно на рубеже 70-х годов. Во-вторых, угрожающее "наступление" венерических болезней, в частности сифилиса. С 1990 по 1995 г. число заболевших возросло в 33 раза, а среди подростков - в 51 раз. Уже фиксируются случаи врожденного сифилиса. В-третьих, ускорение роста заболеваний СПИДом. По заключению Минздрава, последние полтора года рассматриваются как начало эпидемии. За этот период число зафиксированных случаев ВИЧ-инфекции в 2.5 раза выше, чем за предшествующие 10 лет, а численность реально заболевших на самом деле в 10 раз больше той, что зафиксирована. По утверждению экспертов, 70% населения России живет в состоянии затяжного психо-эмоционального и социального стрессов, вызывающих рост депрессий, реактивных психозов, тяжелых неврозов и психосоматических расстройств. По данным Института мозга человека РАН, проблемы с психическим здоровьем имеют 15% детей, 25% подростков и до 40% призывников.[[3]](#footnote-3)

Рост числа зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекции за период 1987-1998 гг*.* ***(данные за 1987-1997 гг. получены из Госкомстата РФ; за 1998 г. - из Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом без учета анонимно обследованных).***

Проведенное исследование показало, что уровень индивидуального стресса, измеренного по тесту Райдера, повысился в период с 1989 по 1993 г. со 145 до 163. Основные источники стресса - падение доходов, дефицит личной безопасности, преступность, страх перед будущим, конфликты на работе и семейные неурядицы. Ученые пришли к выводу: чтобы противостоять стрессу, каждый третий взрослый нуждается в психологической поддержке.

Социальное нездоровье населения проявляется в катастрофическом росте аномалий и асоциального поведения: алкоголизме; наркомании, особенно среди молодежи; криминализации социальной среды; резком увеличении числа самоубийств. По сравнению с 1990 г. наркоманов стало больше в 6.5 раза, а больных алкогольными психозами - в 4.2 раза.

Отмечается ухудшение материнского и особенно детского здоровья. Исследования показывают, что складывается парадоксальная ситуация, когда проблемы здоровья перемещаются с группы престарелого населения в группы детей и молодежи, что, разумеется, противоречит естественным процессам развития человека, когда потери здоровья происходят постепенно, с наступлением старших возрастов. Кроме того, замечено, что происходит ухудшение здоровья каждого последующего поколения. Лишь один из трех призывников годен для службы в армии.

Известна строгая корреляция между снижением здоровья женщин, прежде всего беременных, и увеличением вероятности рождения уже больных детей. В 1996 г. более трети беременных (35.8%) страдало анемией и почти треть (31.3%) детей родились уже больными. За период с 1990 по 1996 г. доля рожениц, страдающих анемией, увеличилась в 2.2 раза (всего за шесть лет), а доля детей, родившихся больными, - в 1.8 раза. Кроме того, выявлено, что главная причина младенческой смертности - это пренатальное, т.е. предшествующее рождению, состояние, которое в значительной мере связано со здоровьем матери.

Возникает своего рода социальная воронка, когда *больные рожают больных*, а бедные воспроизводят бедных. Из этой воронки быстро не выберешься, потребуется смена не одного поколения. Ухудшение здоровья детей и молодежи чревато падением качества человеческого потенциала всей нации на длительную перспективу. Ведь больное поколение не может воспроизводить здоровых.

Отмечается постоянный рост количества инвалидов. С 1985 по 1997 г. их число увеличилось почти на 3.5 млн чел. и в 1998 г. составило 7.5 млн. Особенно сильно возрастает число детей-инвалидов. С 1980 г. по 1996 г. общая численность детей-инвалидов возросла в 3.3 раза, а в расчете на 10 тыс. детей - в 3.7 раза.

1. Факторы уровня смертности и средней продолжительности жизни.

Все основные факторы объединяют в четыре группы: 1) уровень жизни народа; 2) эффективность служб здравоохранения; 3) санитарная культура общества; 4) экологическая среда.

1. **Уровень жизни народа**. Уровень жизни – главный фактор улучшения здоровья населения, потому что именно он создает условия (пространство) для развития всех остальных факторов роста общей и санитарной культуры, заботы о здоровье, для улучшения окружающей среды и т. д. Бедность этому никак не способствует. Подавляющее большинство нашего населения – бедное по современным («западным») стандартам уровня жизни. Советская социальная статистика для измерения уровня жизни абсолютна не пригодна, лжива и была почти полностью засекречена. Однако по многим фрагментарным данным все же можно составить некоторое представление о том, что уровень жизни в нашей стране на протяжении десятков лет был крайне низким, на грани лишь простого воспроизводства личности человека и его рабочей силы или даже ниже. Развитие же личности происходило во многом за счет отказа от самого необходимого, в том числе от отдыха, от приобретения эффективных медикаментов и платных услуг здравоохранения, от качественного питания и проч.

Одним из наиболее совершенных комплексных показателей, с помощью которого оценивается на международном уровне уровень и качество жизни, является так называемый «индекс развития человеческого потенциала» (или «индекс человеческого развития»), который представляет собой среднюю арифметическую величину из показателя валового внутреннего продукта на душу населения, уровня образования населения и средней продолжительности предстоящей жизни. Что касается душевого валового внутреннего продукта, то этот показатель может давать неправильное представление об уровне жизни, если не раскрываются статьи его расходов.

1. **Эффективность здравоохранения.** Развитие нашего здравоохранения во все годы советской власти характеризовалось в основном показателями численности врачей и больничных коек, а также распределением их по специальностям и назначению. Относительно низкий уровень и неблагоприятная динамика средней продолжительности жизни свидетельствуют о неэффективности здравоохранения. К 1990 г. в большинстве экономически развитых стран расходы на здравоохранение превышали 8% от валового внутреннего продукта. В России же в это время они составляли всего 3,3%.

Составной частью проблемы низкого финансирования здравоохранения является очень низкая заработная плата занятых в этой отрасли. Ниже, чем в здравоохранении, заработная плата лишь у занятых в образовании, культуре и искусстве.[[4]](#footnote-4)

Не меньшее значение, чем финансовое обеспечение здравоохранения, имеют его взаимоотношения с пациентом. Организация нашего здравоохранения носит безличностный характер, т. е. врач в лечебном процессе не учитывает индивидуальности пациента, особенностей его личности, рассматривает его как неодушевленный организм. В постпереходный период, когда в структуре смертности по причинам смерти происходят кардинальные изменения, когда начинают преобладать хронические, в значительной степени индивидуализированные заболевания, медицина, вернее, здравоохранение также должно меняться в сторону большого учета характера пациента и особенностей его уникальной судьбы. Требуется установление более долговременных, более личностных взаимоотношений между врачом и пациентом. Введенная в нашей стране несколько лет назад система обязательного медицинского страхования, казалось бы, вполне может обеспечить возможность подобного выбора, а заодно и объективной оценки врачебной квалификации. Но такой функции эта система не выполняет. Она являет собой бюрократическую процедуру.

1. **Санитарная культура**. Одним из важнейших социальных последствий изменения структуры смертности по причинам смерти является растущее значение санитарной культуры как одного из важнейших факторов поддержания здоровья и роста продолжительности жизни населения.

Коммунистический режим вопреки его внешне действительно прекрасным лозунгам оказался на деле антигуманным и бесчеловечным по отношению к большинству народа. От людей требовалась самоотверженность и самоотречение ради осуществления идеи, отказ от жизни сегодняшней во имя жизни для будущих поколений. Результатами были низкое качество продукции, высокий травматизм и поломки оборудования, гибель людей и утрата здоровья.

Низкая культура потребления алкоголя, массовое курение, в том числе распространенное среди женщин и подростков, огромное число искусственных абортов вместо современных средств контрацепции, пропаганда насилия и жестокости средствами массовой информации – все это важнейшие факторы, разрушающее здоровье нации и не способствующие росту средней продолжительности жизни (а также укреплению семьи и росту рождаемости).

**4. Качество окружающей среды.** Главные проблемы – следствие гипертрофированной военной экономики советского государства, в которой вопросам охраны окружающей среды уделялось мало внимания (как и здравоохранению, жизненному уровню народа и всем остальным жизненно важным аспектам). По данным сети мониторинга загрязнения воздуха в городах Российской Федерации, функционирующего уже около трех десятилетий, загрязнение атмосферы промышленными отходами наблюдается почти во всех крупнейших промышленных городах России (различается лишь степень загрязнения, которая, однако, всюду превышает предельно допустимые концентрации – ПДК). Концентрации вредных веществ в атмосфере превышают допустимые пределы в 5 раз в 150 городах России, в 10 раз – в 86 городах. По данным экологов, около половины населения России продолжают использовать для питья воду, не соответствующую гигиеническим требованиям по широкому спектру показателей качества воды. Почти все водоемы вблизи городов в той или иной степени загрязнены промышленными отходами в опасной для жизни и здоровья людей концентрации. Централизованным водоснабжением до сих пор пользуются лишь 68% сельских жителей России (47% населенных пунктов).

Заключение

Несомненно, что современная демографическая обстановка есть продолжение длительных неблагоприятных тенденций демографического развития 60-80-х годов. Но в 90-х годах ситуация усугубилась именно в результате воздействия на население социально-экономического и политического кризиса в России.

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. Современная демографическая обстановка связана и с ваучеризацией, принесшей не только разочарование большинству оказавшихся обманутыми, но апатию и пессимизм, а также с проводимой приватизацией государственной собственности, которая ведет к интенсивной концентрации богатства на фоне всеобщего обнищания.

Именно население, его демографическое развитие стали жертвой ошибок и просчетов реформирования общества.

Неотвратимым императивом сегодняшнего дня служит реализация социальной программы помощи и поддержки населения, которая предотвратит дальнейшие негативные изменения в состоянии генетического фонда страны. Разумеется, она имеет стратегическое содержание, обеспечивая в первую очередь повышение качественных характеристик и рост продолжительности жизни людей. Но в условиях системного кризиса российского общества возникает настоятельная необходимость реализовать неотложные мероприятия, среди которых сегодня очевидны по крайней мере адресная помощь бедным, чтобы обеспечить их физическое выживание, возведение активного заслона от падения здоровья подрастающего поколения, и в первую очередь новорожденных. В последнем случае речь должна идти об охране беременных женщин (включая обеспечение их полноценным питанием, препятствующим как минимум росту заболеваний анемией, которая вызывает болезненное состояние родившихся), а также - организации полноценного питания детей в возрасте до одного года.

Нуждаются в уточнении приоритеты в области здоровья и смертности. Конечно, среди них остается борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями, особенно с ишемической болезнью сердца и нарушениями мозгового кровообращения, служащими одной из главных причин избыточных смертей в возрастах до 70 лет, ибо, как показывает мировой опыт, они вполне могут быть оттеснены к более поздним возрастам. Но должно быть найдено и четко обозначено место и для борьбы с заболеваемостью, инвалидностью и смертностью от внешних причин – несчастных случаев, отравлений, травм и причин насильственного характера, особенно среди мужчин, у которых вызванная этими причинами избыточная смертность даже выше, чем от болезней системы кровообращения. К числу приоритетных следует отнести и меры, направленные на борьбу с выходящими из-под контроля инфекционными заболеваниями, такими, как туберкулез или сифилис, а также СПИД. С точки зрения смертности, влияние этих заболеваний пока невелико, однако их влияние на здоровье населения и их способность к быстрому распространению требуют безотлагательных и решительных мер. К числу главных приоритетов следует отнести разработку и реализацию комплекса мер по резкому улучшению здоровья и сохранению жизни рождающихся детей.

Список использованной литературы

1. Население России. 1999. Седьмой ежегодный демографический доклад, М., 2000.
2. Население и общество. Информационный бюллетень.1996, №10.
3. Борисов В.А. Демография, учебник, М.,1999.
4. Елисеева И.И. Социальная статистика, учебник, М., 1997.
5. Социальное положение и уровень жизни населения России. 1997.М., Госкомстат России, 1997.
6. Аргументы и факты, 1998, №47.

Приложение.

***Средняя ожидаемая продолжительность предстоящей жизни населения в России и отдельных странах мира в 1997 г.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Страны** | **Коэффициент****Младенческой смертности,****%** | **Средняя** **Продолжительность****Жизни** | **Разность (лет)** |
| мужчины | женщины |
| **Россия** | **17,2** | **60,89** | **72,75** | **11,86** |
| **Япония** | 4,1 | 76,80 | 83,16 | 6,36 |
| **Швеция** | 3,9 | 76,42 | 81,89 | 5,47 |
| **Израиль** | 8,3 | 76,34 | 80,18 | 3,84 |
| **Франция** | 5,8 | 74,44 | 82,53 | 8,09 |
| **Великобритания** | 6,0 | 74,40 | 79,78 | 6,68 |
| **Германия** | 5,3 | 73,64 | 80,16 | 6,52 |
| **Коста-Рика** | 13,3 | 73,41 | 78,36 | 4,95 |
| **Тайвань** | 6,7 | 73,28 | 79,30 | 6,02 |
| **Куба** | 8,0 | 73,17 | 77,97 | 4,80 |
| **США** | 6,6 | 72,25 | 79,49 | 6,74 |
| **Чили** | 10,8 | 71,69 | 78,22 | 6,53 |
| **Аргентина** | 19,7 | 70,67 | 78,12 | 7,45 |
| **Китай** | 47,6 | 68,07 | 70,64 | 2,57 |
| **Вьетнам** | 37,2 | 65,03 | 69,86 | 4,83 |
| **Индия** | 65,5 | 61,68 | 63,18 | 1,50 |

1. Получено из Интернета: http://dmo.econ.msu.ru [↑](#footnote-ref-1)
2. Немцов А. Потребление алкоголя и смертность в России // Население и общество. Информ. бюл. Центра демографии и экологии человека Ин-та народнохозяйственного прогнозирования РАН. 1996. № 10 [↑](#footnote-ref-2)
3. Аргументы и факты. 1998. №47, С.5. [↑](#footnote-ref-3)
4. Социальное положение и уровень жизни населения России. 1997.М., Госкомстат России, 1997. [↑](#footnote-ref-4)