

УДК 911.3 (571.6)

А. Б. СУХОВЕЕВА

Институт комплексного анализа региональных проблем ДВО РАН, г. Биробиджан

ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕВОСТОЧНЫХ РЕГИОНОВ В УСЛОВИЯХ ТРАНСФОРМАЦИИ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ СРЕДЫ

На основе комплексного социально-географического подхода рассматривается территориальная дифференциация показателей здоровья населения в социально-экономических условиях дальневосточных регионов. Анализируются особенности влияния социально-экономических факторов на показатели общественного здоровья на макро-, мезо- и микроуровнях.

Ключевые слова: общественное здоровье, социально-экономические факторы, региональный уровень исследований, территориальная дифференциация, Дальний Восток.

Use has been made of a comprehensive sociogeographical approach in examining the territorial differentiation of human health indices under the socioeconomic conditions of the Far-Eastern regions. This study analyzes the distinctive features of the influence of the socioeconomic factors upon the public health indices at the macro-, meso- and microlevels.

Keywords: public health, socioeconomic factors, regional level of research, territorial differentiation, Far East.

Территориальное разнообразие природных и социально-экономических условий жизни, историко-культурные особенности формирования населения регионов России и происходящие в нашем обществе глубокие перемены диктуют необходимость изучения роли географической составляющей процессов, влияющих на здоровье населения. Эти обстоятельства определили новую парадигму географических исследований — сопряженное изучение пространственно-временной дифференциации статистически измеряемых характеристик здоровья населения и факторов географической среды обитания, влияющих на их формирование. Территориальность становится основным фактором в понимании роли качества среды (природной, экономической, социальной, экологической) в жизнедеятельности населения — одного из важнейших вопросов в достижении социальных целей развития территории [1].

Следует обратить особое внимание на изменения показателей здоровья населения в условиях трансформации социально-экономической среды под действием политических и экономических преобразований 90-х гг. XX в. За годы реформ в Дальневосточном федеральном округе (ДФФО), несмотря на его более молодую структуру населения, резко возросли заболеваемость и смертность, причем среди отдельных субъектов региона наиболее резкое ухудшение состояния здоровья отмечалось в национальных автономиях, в частности в Еврейской автономной области (ЕАО).

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ В РЕГИОНАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЯХ

Для характеристики здоровья населения, проживающего на какой-либо территории, используется понятие «общественное здоровье», «региональное здоровье» (или популяционное здоровье) [2]. Общественное здоровье рассматривается как социально-экономическая категория, указывающая на способность населения, живущего на определенной территории, в определенных природно-климатических и социально-экономических условиях, выполнять репродуктивные, социальные и экономические функции.

В настоящее время понятие «общественное здоровье» наиболее широко используется в медико-географических, региональных антропологических и социально-географических исследованиях [3–6]. Изучение территориальной дифференциации показателей общественного здоровья в системе индикаторов регионального развития основывается на представлении об их пространственно-временной детерминации под влиянием специфической для региона совокупности факторов, характеризующих разные стороны жизнедеятельности населения [7].

Изменение качества популяционного здоровья представляет собой процесс, тесно связанный с общими этапами общественного развития. Анализ изменения общественного здоровья и его класси-

фикация представлены в монографии Б. Б. Прохорова «Общественное здоровье и экономика» [8], в которой показано, что состояние здоровья существенно варьирует во времени и пространстве.

Ю. П. Лисицын [9] характеризует общественное здоровье, с одной стороны, как здоровье групп (половых, возрастных, профессиональных, социальных) населения, проживающих на определенной территории в различных странах и регионах, с другой — как результат социально-опосредованных действий, проявляющихся через образ жизни человека, групп людей.

Переходя к вопросу об измерении здоровья, отметим, что до сих пор не существует единого, общепризнанного «измерителя» здоровья, хотя имеется множество подходов к построению интегрального индекса здоровья в зависимости от направления исследований.

Одним из главных системных индикаторов, используемых для оценки здоровья, является «ожидаемая продолжительность жизни» (ОПЖ). Другим важнейшим демографическим показателем здоровья населения является младенческая смертность. Данный показатель, так же как и показатель ОПЖ, рекомендован Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в качестве интегральной характеристики состояния общественного здоровья. Таким образом, по уровню младенческой смертности в странах и регионах судят об уровне социально-экономического развития территории [10].

ФАКТОРЫ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ТЕРРИТОРИАЛЬНУЮ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЮ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ

Всемирная организация здравоохранения выделяет четыре основных блока факторов воздействия на здоровье населения и приблизительно определяет их вклады: 1) социальный, или образ жизни — 50 %; 2) биологический — 20 %; 3) антропогенный — 20 %; 4) медицинское обслуживание — 10 % [11]. В отечественной науке встречаются различные классификации факторов, влияющих на здоровье индивида и общественное здоровье. В комплексных социально-географических исследованиях особое значение придается группе факторов социального блока (образ жизни, социально-экономическое благополучие населения) [9, 11, 12].

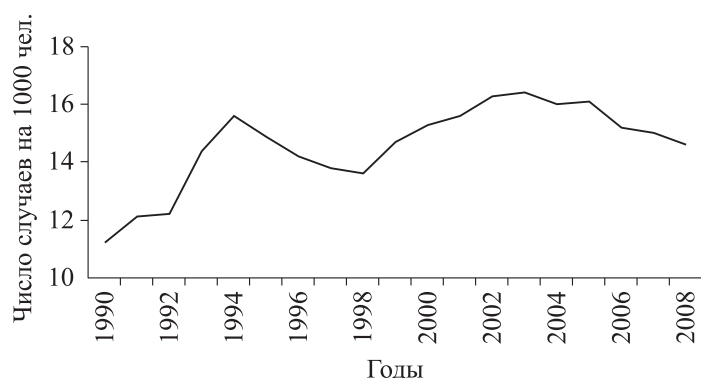
Обзор отечественных [4, 5, 10] и зарубежных [13–15] материалов позволил определить систему социально-экономических факторов формирования здоровья населения как совокупность экономических, политических и социальных факторов, оказывающих прямое и косвенное влияние на формирование здоровья населения в конкретных природно-географических условиях с учетом различий в образе жизни разных групп населения, активности их адаптации к изменяющейся социально-экономической ситуации в обществе.

Для понимания проблемы влияния социально-экономических факторов на здоровье населения какого-либо субъекта РФ ее необходимо рассматривать в комплексе с характеристикой социально-политической ситуации в целом по стране. Социально-экономические преобразования в России в 90-е гг. XX в. привели к изменениям в образе жизни людей, заставили их адаптироваться к новым условиям, переменам в обществе.

Отражением процессов, получивших у социологов название «социально-психологический стресс», стало сокращение к 1994 г. ожидаемой продолжительности жизни у мужчин на 7,3 года, у женщин — на 4,3 года относительно этих показателей 1986 г. Наличие социального стресса подтверждают негативные изменения показателей здоровья населения в этот период [4, 8].

Динамика смертности (см. рисунок) достаточно четко фиксирует совпадение показателей высокой смертности с наиболее трудными годами проводимых реформ (1992–1994, 2002–2004 гг.). Причины смертности и некоторые показатели здоровья населения России в период реформ отражены в монографии «Неравенство и смертность в России» [19], где демонстрируется зависимость причин смертности от демографических, экономических и поведенческих характеристик населения.

Разные природные и социально-экономические условия жизни населения России обуславливают различные показатели смертности населения по регионам страны [20].



Кривая смертности населения России в 1990–2008 гг., по [16–18].

По мнению авторов этой работы, северо-восточный градиент смертности в России ассоциируется с общим уровнем социально-экономического развития и освоенности территории, а также с большей или меньшей благоприятностью природных условий для проживания. Существенным фактором различий в показателях смертности между регионами является уровень потребления спиртных напитков.

МЕТОДИКА ТЕРРИТОРИАЛЬНОЙ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЙ

Сопряженный анализ социально-экономического развития территории и состояния здоровья населения на уровне регионов ДВФО и отдельных муниципальных образований ЕАО позволил разработать систему показателей для интегральной оценки и типологии исследуемых территорий разных иерархических уровней.

Нами определены следующие основные требования к отбору исследуемых показателей:

- значимость рассматриваемого показателя для здоровья;
- количественное выражение и возможность адекватного измерения показателя;
- наличие отражающей его статистической информации;
- достоверность показателя;
- способность показателя отражать территориальные различия;
- способность показателя реагировать на изменяющиеся условия жизнедеятельности населения.

Исследуемые показатели группируются в соответствии с их значимостью на разных территориальных уровнях (межрегиональном, региональном, муниципальном) (табл. 1).

Таблица 1

Система показателей для территориального анализа социально-экономической обусловленности здоровья населения Дальневосточного федерального округа

| Территориальный уровень | Социально-экономические показатели | Показатели здоровья населения |
|---|--|--|
| Межрегиональный (регионы ДВФО) | Валовой региональный продукт на душу населения; оборот розничной торговли; объем платных услуг; густота автомобильных дорог с твердым покрытием (км дорог на 1000 км ²); среднедушевые денежные доходы населения; соотношение средних размеров пенсии и заработной платы работающих к размеру прожиточного минимума; доля населения с доходами ниже величины прожиточного минимума; уровень безработицы; численность занятых в экономике; потребность в работниках; напряженность на рынке труда, учитывающая удельный вес безработных, ищущих работу 12 месяцев и более; охват детей дошкольными учреждениями (в % от численности детей); выпуск специалистов высшими учебными заведениями; обеспеченность врачебными амбулаторно-поликлиническими учреждениями (на 10 тыс. населения); численность врачей (на 10 тыс. населения) | Ожидаемая продолжительность жизни (мужчины, женщины, село, город); младенческая смертность |
| Региональный (ЕАО) | Среднемесячная начисленная заработная плата; среднемесячная начисленная пенсия; мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. населения); обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. населения); обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. населения); обеспеченность больничными койками (на 10 тыс. населения); показатели благоустройства жилья | Смертность от болезней системы кровообращения и самоубийств; заболеваемость по 14 классам болезней. Общая смертность; младенческая смертность; средний размер заработной платы; средний размер пенсии; число преступлений |
| Муниципальный (Биробиджанский и Облученский районы, г. Биробиджан)* | Изменение материального положения у респондентов за 90-е гг. XX в.; обеспеченность средствами к существованию; самоопределение по шкале «бедные–богатые»; качество питания; жилищные условия; значение личного подсобного хозяйства; тип адаптивного поведения в период социально-экономических реформ | Самооценка своего здоровья по шкале «отличное–очень плохое»; самооценка изменений в состоянии здоровья в период реформ; самоопределение частоты и тяжести заболеваний; социальная самоидентификация; оценка изменений в состоянии здоровья в период реформ; отношение к здоровому образу жизни |

* По результатам социологического опроса.

Таблица 2

Распределение регионов Дальневосточного федерального округа и муниципальных образований ЕАО по соотношению социально-экономического положения и уровня здоровья населения

| Социально-экономическое положение | Уровень здоровья населения | |
|-----------------------------------|---|---|
| | средний | ниже среднего |
| Выше среднего | Хабаровский край | МО г. Биробиджан, МО Облученский район |
| Среднее | Республика Саха (Якутия), Магаданская область, Сахалинская область, Чукотский авт. округ, Камчатский край, Приморский край | МО Смидовичский район |
| Ниже среднего | МО Ленинский район, МО Октябрьский район | Амурская область, Еврейская авт. область, МО Биробиджанский район |

Интегральная оценка социально-экономического положения и выявление территориальных различий на межрегиональном уровне проведены за период 2003–2008 гг. с помощью методики расчета интегральных характеристик регионального развития на базе метода безынтервального, пофакторного ранжирования регионов с применением метода балльной оценки [21]. На внутрирегиональном уровне нормирование статистических показателей оценки социально-экономического положения осуществлялось с помощью метода линейного масштабирования [8, 10, 22]. Референтными значениями социально-экономических показателей на внутрирегиональном уровне для среднемесячной заработной платы и среднемесячной пенсии нами были выбраны величины одного и трех прожиточных минимумов для трудоспособного населения и пенсионеров; для показателей, характеризующих уровень обеспеченности услугами системы здравоохранения, максимальными референтными точками выбраны наибольшие значения данных показателей в РФ по каждому исследуемому году. За минимальные значения показателей принят ноль.

Выявление территориальных различий и интегральная оценка здоровья населения субъектов ДВФО и муниципальных образований ЕАО за 2003–2008 гг. проводились на основе индекса здоровья, рассчитанного также с помощью метода линейного масштабирования, довольно часто применяемого при вычислении индекса качества жизни [8, 10]. За референтные точки при расчете интегрального индекса здоровья на межрегиональном и внутрирегиональном уровнях приняты лучшие/худшие значения исследуемых показателей в РФ и ЕАО по каждому исследуемому году. В соответствии с полученными интегральными индексами проведена типизация регионов ДВФО и муниципальных образований ЕАО по уровню социально-экономического положения и уровню здоровья населения (табл. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведенные исследования показали, что различия в состоянии здоровья населения обусловлены социально-экономическим положением субъектов ДВФО. Так, средний уровень здоровья населения отмечается в Хабаровском, Камчатском, Приморском краях, Сахалинской, Магаданской областях, Республике Саха (Якутия), Чукотском АО, характеризующихся средними и выше среднего показателями социально-экономической ситуации, а именно средними значениями уровня качества жизни населения, обеспеченности и благоустройства жилищного фонда и социальной сферы. Уровень здоровья ниже среднего выявлен у населения, проживающего в регионах, где социально-экономическое развитие ниже среднего уровня. Это Амурская и Еврейская автономная области, для которых характерны относительно низкие значения уровня и качества жизни, экономического развития и социальной сферы.

Полученные результаты внутрирегиональной дифференциации муниципальных образований ЕАО по соотношению показателей уровня здоровья населения и социально-экономического положения, на наш взгляд, можно объяснить следующими причинами: область относится к депрессивным (отста-

лым) субъектам РФ, а отдельные муниципальные образования автономии по своему социально-экономическому положению имеют еще более низкие показатели. Более высокий уровень экономического развития в Облученском и Сидовичском районах достигается не за счет развития здесь производства, а за счет высокой численности населения, занятого на транспорте, что объясняет и более высокие доходы населения этих муниципальных образований по сравнению с сельскими районами.

Очевидно, что влияние социально-экономических факторов регионального и районного масштаба преломляется через исторически сложившийся образ жизни конкретных групп населения. В связи с этим нами проведены социологические опросы в трех муниципальных образованиях (десяти поселениях) ЕАО с целью изучения среди разных социальных групп населения самооценки влияния на их здоровье социально-экономических изменений. Выборочную группу респондентов составили 343 чел. в возрасте 30 лет и старше.

В целом проведенные исследования показали, что основными последствиями социально-экономических преобразований стали ограничения в выборе средств сохранения и укрепления здоровья в связи с ухудшением материального положения. Последствия кризиса больше проявились в сельской местности. Увеличилась дифференциация в материальном благосостоянии между сельскими и городскими жителями, а общий уровень благосостояния большинства респондентов ухудшился. Независимо от типа местности и самооценок здоровья, 43 % населения считают, что социально-экономические реформы 90-х гг. XX в. оказали значительное негативное влияние на состояние их здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Территориальная дифференциация показателей общественного здоровья в дальневосточных регионах обусловлена разнообразием социально-демографических, социально-экономических, природно-климатических и экологических условий жизни. В период глубоких экономических, социальных и политических преобразований пространственно-временные изменения уровня здоровья населения определяются преимущественно социально-экономическими факторами.

Общественное здоровье формируется под влиянием совокупности факторов, имеющих различную природу и специфику воздействия, но наиболее значимые из них — социально-экономические, влияние которых на здоровье населения преломляется через сложившиеся традиции, качество и образ жизни населения. На межрегиональном уровне показатели общественного здоровья изменяются в соответствии с общим уровнем социально-экономического развития регионов. Социально-экономическая типология регионов в этом случае является основой для оценки уровня здоровья населения и выявления его территориальных различий. Внутрирегиональная дифференциация показателей здоровья населения определяется особенностями социально-экономического положения отдельных районов, социальной и экономической стратификацией населения, спецификой демографических процессов. На муниципальном уровне влияние социально-экономических факторов на здоровье населения дифференцируется в зависимости от различий в образе жизни городского и сельского населения.

Работа выполнена при финансовой поддержке гранта ДВО РАН (12-III-B-09-196).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. **Качество** жизни в регионах России и Украины: общественно-географические исследования / И. В. Гукалова, С. В. Рященко, Л. Г. Руденко и др. — Иркутск; Киев: Изд-во Ин-та географии СО РАН, 2010. — 147 с.
2. **Общественное** здоровье и здравоохранение: Учеб. пособие / Под ред. В. С. Лучкевича, В. И. Полякова. — СПб., 2005. — 235 с.
3. **Бедный М. С.** Демографические факторы здоровья. — М.: Финансы и статистика, 1984. — 89 с.
4. **Прохоров Б. Б., Горшкова И. В., Тарасова Е. В.** Условия жизни населения и общественное здоровье // Пробл. прогнозирования. — 2003. — № 5. — С. 127–139.
5. **Черковец М. В.** Роль социально-экономических факторов в формировании здоровья населения Центральной России: Автореф. дис. ... канд. геогр. наук. — М., 2003. — 23 с.
6. **Рященко С. В.** Региональные диспропорции в качественных характеристиках населения Азиатской России // География и природ. ресурсы. — 2011. — № 1. — С. 20–25.
7. **Рященко С. В., Гукалова И. В.** Общественное здоровье в системе региональных индикаторов качества жизни в России и Украине // География и природ. ресурсы. — 2010. — № 1. — С. 23–30.
8. **Прохоров Б. Б., Горшкова И. В., Шмаков Д. И., Тарасова Е. В.** Общественное здоровье и экономика. — М.: МАКС Пресс, 2007. — 292 с.

9. **Лисицын Ю. П.** Общественное здоровье и здравоохранение. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. — 512 с.
10. **Зубаревич Н. В.** Социальное развитие регионов России: проблемы и тенденции переходного периода. Изд. 3-е. — М.: Изд-во ЛКИ, 2003. — 264 с.
11. **Здоровье** для всех в XXI столетии. Основы политики достижения здоровья для всех в Европейском регионе ВОЗ. — Копенгаген, 1998. — 188 с.
12. **Римашевская Н. М.** Радикальное изменение негативного тренда здоровья в России // *Народонаселение*. — 2010. — № 1 (47). — С. 4–10.
13. **Mulatu M. S., Schooler C.** Casual connection between socio-economic status and health: Reciprocal effects and mediating mechanisms // *Journ. of Health and Social Behavior*. — 2002. — Vol. 43, Iss. 1. — P. 22–41.
14. **Hogan P. M., Gray B. H.** Status inconsistency, mobility and coronary heart disease // *Journ. of Health and Social Behavior*. — 1974. — Vol. 15, N 4. — P. 300–405.
15. **Cockerham W. C.** The social determinants of the decline of life expectancy in Russia and Eastern Europe: A lifestyle explanation // *Journ. of Health and Social Behavior*. — 1997. — Vol. 38. — P. 117–130.
16. **Регионы России.** Социально-экономические показатели. 2001: Стат. сб. — М.: Росстат, 2001. — 946 с.
17. **Регионы России.** Социально-экономические показатели. 2004: Стат. сб. — М.: Росстат, 2004. — 966 с.
18. **Регионы России.** Социально-экономические показатели. 2009: Стат. сб. — М.: Росстат, 2009. — 972 с.
19. **Неравенство** и смертность в России / Под ред. В. Школьникова, Е. Андреева, Т. Малеевой. — М.: СигалЪ, 2000. — 98 с.
20. **Вишневыский А. Г., Школьников В. М.** Смертность в России: главные группы риска и приоритеты воздействия: Науч. докл. — М.: Моск. Центр Карнеги, 1997. — Вып. 19. — 84 с.
21. **Польнев А. О.** Межрегиональная экономическая дифференциация: методология анализа и государственного регулирования. — М.: Едиториал УРСС, 2003. — 208 с.
22. **Суховеева А. Б.** Территориальная дифференциация факторов и условий, формирующих качество жизни населения Еврейской автономной области // *Изв. Самар. науч. центра РАН*. — 2011. — Т. 13, № 1 (8). — С. 1948–1952.

Поступила в редакцию 17 сентября 2012 г.