

1

005003679

Сухоеева Анна Борисовна

**ТЕРРИТОРИАЛЬНАЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИЯ  
УРОВНЯ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ ДАЛЬНЕГО ВОСТОКА  
В ПЕРИОД СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ РЕФОРМ**

Специальность 25.00.24 – экономическая, социальная, политическая и  
рекреационная география

Автореферат  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата географических наук

**24 НОЯ 2011**

Иркутск - 2011

Работа выполнена в Учреждении Российской академии наук  
Институт комплексного анализа региональных проблем  
Дальневосточного отделения РАН

Научный руководитель: кандидат географических наук, доцент  
**Комарова Татьяна Михайловна**

Официальные оппоненты: доктор географических наук, профессор  
**Рященко Сергей Вячеславович**  
кандидат географических наук  
**Зеленюк Юлия Михайловна**

Ведущая организация: Учреждение Российской академии наук  
Тихоокеанский институт географии  
Дальневосточного отделения РАН  
(г. Владивосток)

Защита состоится «26» декабря 2011 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д 003.010.01 на защите докторских диссертаций при Учреждении Российской академии наук Институт географии им. В.Б. Сочавы Сибирского отделения РАН по адресу: 664033, г. Иркутск, ул. Улан-Баторская, 1.

Факс: 8 (3952) 42-27-17

E-mail: postman@irigs.irk.ru

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Института географии им. В.Б. Сочавы СО РАН

Автореферат разослан «9» ноября 2011 г.

Ученый секретарь  
диссертационного совета,  
доктор географических наук



Рагулина М.В.

### **Общая характеристика работы**

**Актуальность темы исследования.** Здоровье населения является приоритетным качественным параметром социально-экономического развития общества. Глубокие экономические реформы 90-х гг. XX века в России, имеющие цивилизованный и в целом, безусловно, прогрессивный характер, осуществлялись без предварительной оценки их социальных последствий. В результате возникли острейшие социальные проблемы: почти одномоментное существенное падение оплаты труда и доходов населения, приведшее к увеличению масштабов бедности; трудности адаптации к условиям рынка и как следствие - безработица; поляризация доходов и резкое ухудшение здоровья населения. Характеризуя медико-демографическую ситуацию в России в период социально-экономических преобразований, важно указать на повсеместное ухудшение здоровья населения, проявившееся в значительном снижении ожидаемой продолжительности жизни, увеличении показателей смертности и заболеваемости.

Несмотря на то, что экономический кризис охватил всю территорию страны, среди отдельных макрорегионов и субъектов Российской Федерации его влияние не было однообразным в связи с природно-климатическими особенностями и своеобразием отраслевой структуры хозяйства. За годы реформ на Дальнем Востоке России резко возросли заболеваемость и смертность населения. Одновременно с социально-экономической дифференциацией усиливалась и территориальная дифференциация здоровья населения.

В связи с этим, исследование изменения показателей здоровья населения в условиях трансформации социально-экономической среды под действием политических и экономических преобразований 90-х гг. XX века на разных территориальных уровнях Дальнего Востока России является актуальной проблемой.

**Целью исследования** является выявление территориальной дифференциации уровня здоровья населения Дальнего Востока, обусловленного в период реформ влиянием социальных и экономических факторов на разных таксономических уровнях.

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Изучить теоретико-методологические основы и методические подходы к анализу и оценке факторов, влияющих на формирование здоровья населения.

2. Обосновать выбор статистических показателей для интегральной оценки уровня здоровья и социально-экономического положения исследуемых территорий.

3. На основе интегральных индексов социально-экономического положения



и уровня здоровья населения провести типизацию регионов Дальнего Востока.

4. Проанализировать динамику и выявить территориальные различия социально-экономических условий формирования здоровья населения Еврейской автономной области, исследовать порайонные различия;

5. На муниципальном уровне провести социологические исследования с целью изучения влияния социально-экономических факторов на самооценку населением своего здоровья с учетом изменений в уровне, качестве и образе жизни.

**Объектом** диссертационного исследования является население Дальнего Востока.

**Предметом** – территориальная дифференциация уровня здоровья под влиянием социально-экономических факторов с учетом региональных особенностей жизнедеятельности населения.

**Степень разработанности проблемы.** Проблема исследования здоровья населения и выявления его территориальных различий в силу многоаспектности имеет междисциплинарный характер. Теоретической и методологической основами послужили фундаментальные и прикладные исследования отечественных и зарубежных ученых: в области медицинской географии, социальной географии и экологии человека - В.П. Алексеева, В.М. Булаева, Н.В. Зубаревич, Е.И. Игнатьева, В.П. Казначеева, А.А. Келлера, А.Б. Косолапова, А.Д. Лебедева, В.С. Преображенского, Б.Б. Прохорова, Е.Л. Райх, С.В. Рященко, А.А. Шошина и др.; демографии - М.С. Бедного, А.Г. Вишневого, В.М. Школьникова и др.; социологии - И.В. Журавлевой, Т.И. Заславской, И.Б. Назаровой, Н.М. Римашевской, Cockerham W., Mylesb J. и др.

Основой исследования в области оценки социально-экономических факторов и их категорий «качества», «уровень» и «образ» жизни послужили работы С.А. Айвазяна, И.В. Гукаловой, К.Н. Мисевича, С.Б. Найдановой, А.О. Плынева, В.С. Тикунова, М.В. Черковец, Н.А. Щитовой и др.

Для решения поставленных задач в работе использованы следующие **методы**: сравнительно-географический, описательный, ретроспективный, картографический, типологии, группировки, ранжирования, математико-статистический (линейного масштабирования, корреляционный анализ), метод социологического опроса. Обработка данных осуществлялась с помощью пакета программ Microsoft Excel, SPSS. STATISTICA. 17.0. и GIMP 2.6.8.

**Информационной базой** послужили данные Государственного комитета статистики Российской Федерации, Еврстата по Еврейской автономной области и Областного бюро медицинской статистики Управления здравоохранения

Правительства Еврейской автономной области за 1990-2008 гг., научные публикации и источники сети Интернет, результаты экспедиционных исследований.

**Научная новизна** диссертационной работы состоит в следующем:

1. На основе географического подхода проведено комплексное изучение влияния социально-экономических факторов на здоровье населения территорий разного таксономического уровня Дальнего Востока России (макрорегионального, регионального, муниципального).

2. Предложены авторские трактовки определений: «социально-экономические факторы формирования здоровья населения» и «уровень здоровья населения».

3. Разработаны типологии регионов Дальнего Востока и муниципальных образований Еврейской автономной области по социально-экономическому положению и уровню здоровья населения.

4. На муниципальном уровне исследовано значение уровня и образа жизни при самооценке населением влияния социально-экономических факторов на здоровье, определены варианты адаптивного поведения разных групп населения в новых социально-экономических условиях.

**Практическая значимость** исследования состоит в том, что содержащиеся в ней положения, собранный материал и выводы могут быть использованы при разработке и проведении региональных и муниципальных программ, стратегий в сфере социально-экономического развития, а также при планировании и проведении комплекса профилактических и лечебных мероприятий учреждениями здравоохранения.

Полученные в процессе исследования результаты были использованы в отчетах по грантам РГНФ: «Экономико-географические факторы заболеваемости и смертности населения юга Дальнего Востока (на примере Еврейской автономной области)» проект №10-02-00749 н/Мл и «Анализ факторов социально-демографической безопасности приграничного региона и моделирования сценариев его развития (на примере Еврейской автономной области)» проект №09-02-88201 а/Т.

Материалы исследования о состоянии здоровья населения Еврейской автономной области легли в основу отчета «Анализ демографического развития Еврейской автономной области» для Управления по демографии и молодежной политике Правительства Еврейской автономной области, что подтверждено отзывом о практическом использовании материалов.

**Апробация работы.** Основные положения и результаты исследования

докладывались и обсуждались на конференциях и научных форумах различных уровней. *Международные*: научная конференция «Экология и рациональное природопользование» (Хургада, Египет, 2008), научно-практическая конференция «Здоровье как ресурс» (Нижний Новгород, 2009), II Молодежный экономический форум «Экономика российских регионов» (Петрозаводск, 2009), II и III научно-практические конференции «Современные проблемы регионального развития» (Биробиджан, 2008, 2010). *Всероссийские*: II научная конференция «Социальная география регионов России и сопредельных территорий: фундаментальные и прикладные исследования» (Иркутск, 2008). *Региональные*: XIII и XIV научные совещания географов Сибири и Дальнего Востока (Иркутск, 2007; Владивосток, 2011), VII конференция-конкурс молодых ученых «Географические и геоэкологические исследования на Дальнем Востоке» (Владивосток, 2008).

**Публикации.** Основные положения и результаты работы изложены в 25 публикациях по теме данной работы, в том числе - двух статьях, опубликованных в рецензируемых журналах из перечня, рекомендуемого ВАК.

**Структура и объем работы.** Работа состоит из введения, 4 глав основного текста, заключения, списка используемой литературы, приложений. Содержание работы изложено на 194 страницах компьютерного текста и включает 43 рисунка, 42 таблицы, 7 приложений. Список литературы состоит из 147 наименований.

## **ОСНОВНЫЕ НАУЧНЫЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ВЫНОСИМЫЕ НА ЗАЩИТУ**

**1. Территориальная дифференциация уровня здоровья населения характеризуется разнообразием природно-климатических, социально-демографических, социально-экономических, экологических условий жизни. В период глубоких экономических, социальных и политических преобразований на постсоветском пространстве пространственно-временные изменения уровня здоровья населения определяются преимущественно социально-экономическими факторами.**

В современных условиях социально-экономического состояния России на передний план исследований экономической и социальной географии выходят социальные проблемы, связанные со здоровьем, качеством, уровнем и образом жизни населения, а также вопросы их территориальной дифференциации.

Здоровье – достаточно широкое междисциплинарное понятие, и для его изучения типичны исследования, проводимые на стыке наук. Насчитывается более ста определений понятия «здоровье», каждое из которых отражает концепцию автора, но до настоящего времени нет общепринятого определения. По определению Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), здоровье есть

состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов.

Уровень здоровья населения представляет собой универсальный признак населения, рассматриваемого в процессе общественного воспроизводства, находящегося в определенном взаимодействии с окружающей средой, обладающего динамическими тенденциями, структурой, спецификой размещения и территориальной организацией (Общественное ..., 2007). С учетом имеющихся в отечественной литературе определений в работе уровень здоровья населения определяется как *социально-экономическая категория, указывающая на способность населения, живущего на определенной территории, выполнять репродуктивные, социальные и экономические функции.*

Изучив существующие определения понятия «социально-экономические факторы» в соответствии с темой исследования и поставленными задачами в работе это понятие уточняется: «социально-экономические факторы формирования здоровья населения» - *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.*

Влияние социально-экономических факторов на показатели здоровья населения на разных таксономических уровнях целесообразно рассматривать с учетом изменяющейся социально-экономической ситуации, что подтверждается выделенными Б.Б. Прохоровым этапами изменения уровня общественного здоровья в России за период 1992-2005 гг. с учетом процессов социальной адаптации и дезадаптации (Здоровье для..., 2001; Общественное ..., 2007):

1992-1994 гг. - социально-психологический шок (социальная дезадаптация населения), сопровождавшийся снижением уровня общественного здоровья;

1995-1997 гг. - начальная стадия социальной адаптации населения к новым условиям с некоторым улучшением показателей здоровья населения;

1998-2002 гг. - повторный социальный шок после кризиса 1998 г. с заметным снижением качества общественного здоровья;

2003-2005 гг. - появление признаков социального оптимизма у некоторой части населения и улучшение показателей здоровья населения.

Особенно важно это в условиях России, где за сравнительно короткий срок (90-е гг. XX в. – начало XXI в.) кардинально менялась социально-политическая обстановка, сказавшаяся на социальной и экономической нестабильности в обществе, сопровождавшаяся изменениями в уровне, качестве и образе

жизни населения.

Одними из главных системных индикаторов, четко прослеживающих пространственно-временную динамику общественного здоровья, качества жизни, социально-экономического развития территории, являются показатели ожидаемой продолжительности жизни и общей смертности населения, динамика которых полностью повторяет выделенные Б.Б. Прохоровым этапы изменения уровня здоровья (рис. 1, 2).

В период реформ в структуре факторов, влияющих на территориальную дифференциацию уровня здоровья населения, доминирующее значение приобретают социально-экономические факторы. Социально-экономические преобразования обусловили изменения в образе жизни людей, потребовали адаптации к новым условиям, переменам в обществе. Трансформация социально-экономического пространства, перестановки приоритетов в жизни общества не могли не повлиять на социальные процессы, что в целом и сказалось на здоровье населения.

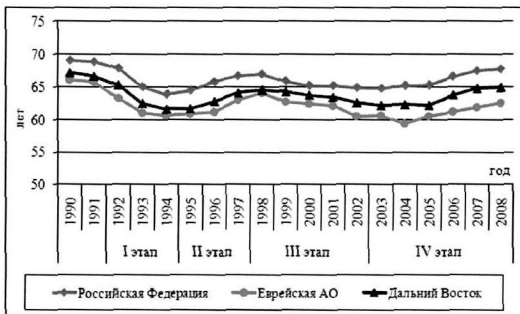


Рисунок 1 - Ожидаемая продолжительность жизни населения регионов России за период 1990-2008 гг., лет

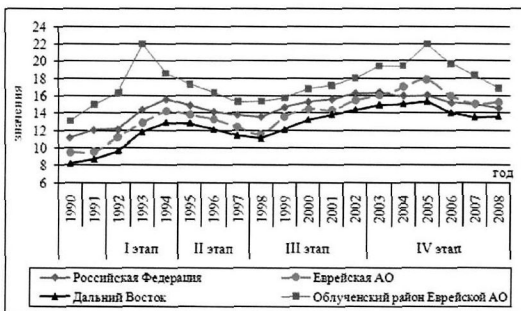


Рисунок 2 - Коэффициент общей смертности населения регионов России за период 1990-2008 гг., умерших на 1000 нас.



Территориальная дифференциация показателей здоровья обусловлена совокупностью факторов и процессов, исследуемых в медико-географических, антропоэкологических, социально-демографических, социально-экологических исследованиях (Рященко, 2000; Прохоров, 2001; Прохоров, Тикунов, 2005; и др.). Картографирование населенных территорий с оценкой уровня здоровья населения сопровождается работы по медицинской географии, географическим аспектам экологии человека, атласному картографированию.

Изучение здоровья населения на разных таксономических уровнях (макрорегиональном, региональном, муниципальном) требует разработки для каждого уровня системы показателей, отражающих особенности изучаемого процесса на данном уровне (табл. 1).

Таблица 1 - Система показателей для территориального анализа социально-экономической обусловленности здоровья населения

	Социально-экономические показатели	Показатели здоровья населения
Макроуровень (регионы Дальнего Востока с оценкой контрастности регионов по комфортности природно-климатических условий)	Валовой региональный продукт на душу населения; оборот розничной торговли; объем платных услуг; густота автомобильных дорог с твердым покрытием (км дорог на 1000 кв. км); среднедушевые денежные доходы нас.; соотношение средних размеров пенсии и заработной платы к размерам прожиточного минимума соответственно пенсионеров и трудоспособного населения; 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 соответствующего возраста); выпуск специалистов высшими учебными заведениями; обеспеченность врачебными амбулаторно-поликлиническими учреждениями и врачами (на 10 тыс. нас.).	Ожидаемая продолжительность жизни (мужчины, женщины, село, город), младенческая смертность.
Региональный уровень (ЕАО)	Среднемесячная начисленная заработная плата; среднемесячная начисленная пенсия; мощность амбулаторно-поликлинических учреждений (на 10 тыс. нас.); обеспеченность населения врачами (на 10 тыс. нас.); обеспеченность населения средним медицинским персоналом (на 10 тыс. нас.); обеспеченность больничными койками (на 10 тыс. нас.); показатели благоустройства жилья.	1) Смертность от болезней системы кровообращения и самоубийств; заболеваемость по 14 классам болезней. 2) Общая смертность; младенческая смертность; общая заболеваемость; смертность от болезней системы кровообращения; смертность от самоубийств; число преступлений; средний размер заработной платы; средний размер пенсии.

Продолжение таблицы 1

	Социально-экономические показатели	Показатели здоровья населения
Муниципальный уровень (Биробиджанский, Облученский районы и г. Биробиджан) по результатам социологического опроса	Изменение материального положения у респондентов за 90-е годы XX века; 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; оценка изменений в состоянии здоровья в период социально-экономического кризиса; самоопределение частоты и тяжести заболеваний; социальная самоидентификация; отношение к здоровому образу жизни.

Изучение выбранных показателей на разных территориальных уровнях при рассмотрении от высшего таксономического ранга к более низшему, позволяет глубже понять процессы, проследить динамику, выявить зависимость между состоянием здоровья населения и социально-экономическим развитием данных территорий, происходящих на низшем территориальном уровне.

## **2. Социально-экономическая типология регионов является основой для оценки уровня здоровья населения и выявления его территориальных различий на макрорегиональном уровне.**

Социально-экономическая типология - установление качественных взаимосвязей между регионами с близкими значениями социально-экономических показателей, характеризующих наиболее важные стороны современного развития региона: качество и уровень жизни. Именно социально-экономическая типология позволяет в границах административных территорий выявить территориальные различия в уровне здоровья населения, используя официальную статистическую информацию и количественные методы исследования.

Особенностью современного социально-экономического развития регионов Дальнего Востока является глубокая территориальная дифференциация экономики и социальной сферы. Сложившиеся резкие различия между регионами по уровню накопленного экономического потенциала, масштабам и интенсивности хозяйственной деятельности, а также степени фактического благосостояния населения обуславливают процессы прогрессирующей территориальной поляризации, в том числе на уровне субъектов округа.

Для изучения социально-экономической ситуации и выявления территориальных различий нами было выделено четыре системных блока, являющихся основными компонентами данной оценки и в наиболее полной мере характеризующих уровень развития и социально-экономическое положение

регионов Дальнего Востока. Они включают сравнительную оценку общего уровня развития субъектов округа, уровня и дифференциации доходов населения, занятости и состояния рынка труда регионов, состояния важнейших отраслей социальной сферы. Во всех блоках использовано одинаковое число ключевых (наиболее репрезентативных) показателей (по четыре).

Интегральная оценка социально-экономического положения регионов Дальнего Востока проводилась за 2003-2008 гг. по 16 показателям, характеризующим социально-экономическую ситуацию с помощью методики расчета интегральных характеристик регионального развития на базе метода безинтервального, пофакторного ранжирования регионов по взаимосвязке с методом бальной оценки (Полынев, 2003). Исходя из полученных оценок проведена типология субъектов ДВФО по индексу социально-экономического положения (рис. 3а). Выделено три типа регионов с дифференциацией по благоприятности социально-экономического положения от «ниже среднего» до «выше среднего». Наибольшее число регионов имеет «среднее» социально-экономическое положение (Чукотский АО, Приморский и Камчатский края, Магаданская и Сахалинская области).

Медико-демографическая ситуация на Дальнем Востоке складывалась под воздействием кризиса экономики и снижения уровня жизни, трансформации социально-экономической системы. С 1993 г. характер демографического развития округа становился все более кризисным: население региона уменьшалось не только из-за миграционного оттока, но и за счет естественной убыли. Темпы роста смертности в округе превосходят среднероссийские показатели: за исследуемый период в России смертность увеличилась на 30,3 %, в Дальневосточном федеральном округе – на 65,8 %. Для Дальнего Востока характерно возникновение с относительно благополучными регионами обширных депрессивных зон с крайне высоким уровнем бедности и низкими показателями здоровья населения.

Анализ выявления зависимости между показателями ожидаемой продолжительности жизни, общей заболеваемости и смертности населения и некоторыми социально-экономическими индикаторами показал, что повышение показателей общественного здоровья населения округа, в первую очередь, зависит от среднедушевых денежных доходов, заработной платы, пенсии ( $r=+0,65+0,86$ ), показателя ВРП ( $r=+0,67+0,90$ ), численности безработных ( $r=-0,77-0,93$ ), расходов на покупку продуктов питания ( $r=-0,70-0,92$ ), средней обеспеченности населения ДВФО жильем ( $r=+0,83$ ).

Территориальные различия регионов округа и интегральная оценка

здоровья населения проводились на основе индекса здоровья за 2003-2008 гг. по четырем показателям ожидаемой продолжительности жизни (мужчины, женщины, город, село) и младенческой смертности, рассчитанного с помощью метода линейного масштабирования (Зубаревич, 2003; Прохоров, Тикунов, 2005). В качестве референтных точек при расчете интегрального индекса здоровья для показателя ожидаемой продолжительности жизни и младенческой смертности взяты лучшие (худшие) показатели по Российской Федерации.

На основе полученных индексов дана типология регионов Дальнего Востока по уровню здоровья населения. Выделено два типа регионов округа с дифференциацией по состоянию здоровья (рис. 3б). Большинство субъектов округа (Хабаровский, Приморский и Камчатский края, Республика Саха (Якутия), Магаданская и Сахалинская области), имеют «средний» уровень здоровья населения (83 % населения округа).

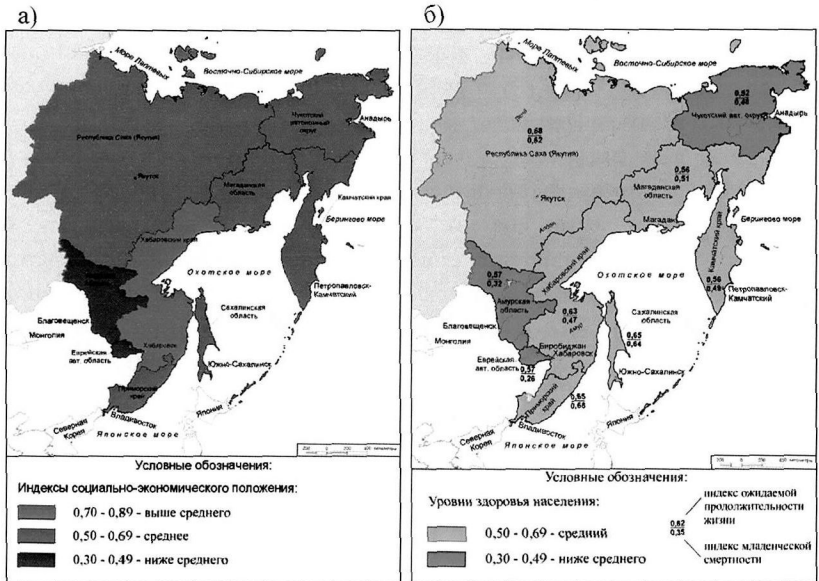


Рисунок 3 - Типы регионов Дальнего Востока по социально-экономическому положению (а) и уровню здоровья населения (б) за период 2003-2008 гг.

Предложенные типологии социально-экономического положения и уровня здоровья населения округа легли в основу группировки регионов Дальнего Востока по их соотношению. Выделено три группы регионов (табл. 2).

Таблица 2 - Группировка регионов Дальнего Востока по соотношению социально-экономического положения и здоровья населения

Уровень здоровья / Социально-экономическое положение	Средний	Ниже среднего
Выше среднего	Хабаровский край	-
Среднее	Республика Саха, Камчатский, Чукотский АО, Магаданская, Сахалинская, Приморский	-
Ниже среднего	-	Амурская, Еврейская

В результате проведенного исследования территориальных различий в состоянии здоровья населения в связи с социально-экономическим положением субъектов Дальнего Востока за исследуемый период времени выявлено:

- «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 и качества жизни населения, обеспеченности и благоустройством жилищного фонда и социальной сферы;

- «ниже среднего» уровень здоровья выявлен у населения, проживающего в регионах с уровнем социально-экономического развития «ниже среднего» – в Амурской и Еврейской автономной областях, для которых характерны относительно низкие значения уровня и качества жизни, экономического развития и социальной сферы.

**3. Внутрирегиональная дифференциация показателей здоровья населения определяется особенностями социально-экономического положения отдельных районов, социальной и экономической стратификацией населения, спецификой демографических процессов.**

Динамика изменений в социально-экономической сфере и состоянии здоровья населения Еврейской автономной области (ЕАО) в 90-е гг. XX века отображает схожие черты с общей ситуацией по России, но проявилась в более глубоких негативных тенденциях в ухудшении здоровья.

Среди регионов Дальнего Востока в настоящее время ЕАО относится к отсталым. В годы реформ область испытала самый большой экономический спад (в целом по России падение промышленного производства составило 60-70 %, в ЕАО - около 90 %).

Проведенный анализ медико-демографической ситуации в области показал ряд негативных тенденций, свидетельствующих о демографическом кризисе и

ухудшении здоровья населения: сокращение численности населения; отрицательная динамика естественного движения; значительная миграционная убыль; изменение половозрастного состава населения; ухудшение показателей здоровья населения.

Установлено, что показатели, характеризующие здоровье населения ЕАО, полностью повторяют выделенные Б.Б. Прохоровым этапы изменения динамики социально-экономических и медико-демографических показателей России. Выявлено, что улучшение показателей здоровья у населения области после повторного кризиса 1998 г. происходило на два года медленнее, чем в целом по России, что свидетельствует о более сложной социально-экономической ситуации в регионе.

В результате проведенного корреляционного анализа выявлены значимые связи между показателями смертности от болезней системы кровообращения и внешних причин, общей заболеваемости и ОПЖ населения ЕАО с факторами социально-экономического характера. Установлено, что повышение показателей общественного здоровья населения области, в первую очередь, зависит от улучшения уровня материального благополучия людей ( $r=+0,84+0,94$ ), качества питания ( $r=-0,78-0,95$ ), а также условий и качества жизни ( $r=+0,81+0,95$ ).

Типология внутрирегиональных различий социально-экономического положения муниципальных образований ЕАО проводилась на основе интегральных индексов в материальном благосостоянии (среднемесячной начисленной заработной платы и среднемесячной пенсии) и обеспеченности населения услугами системы здравоохранения (мощность амбулаторно-поликлинических учреждений, обеспеченность населения врачами, средним медицинским персоналом и больничными койками на 10 тыс. нас.), а также анализа показателей благоустройства жилья за 2000-2008 гг. с помощью метода линейного масштабирования. В результате выделено три типа муниципальных образований: с «благоприятным», «относительно благоприятным» и «неблагоприятным» социально-экономическим положением (рис. 4).

К типу с «благоприятным» социально-экономическим положением относятся промышленно развитые муниципальные образования – г. Биробиджан и Облученский район, с относительно «средним» уровнем благосостояния населения и «выше среднего» уровнем медицинского обслуживания.

К типу с «относительно благоприятным» уровнем социально-экономического развития относится Смидовичский муниципальный район с «ниже среднего» уровнями материального благосостояния и обеспеченности населения услугами системы здравоохранения, при этом благоустройство жилого фонда выше

среднеобластных показателей.

«Неблагоприятное» социально-экономическое положение выявлено в Биробиджанском, Ленинском, Октябрьском муниципальных образованиях с сельским населением и сельскохозяйственной специализацией.

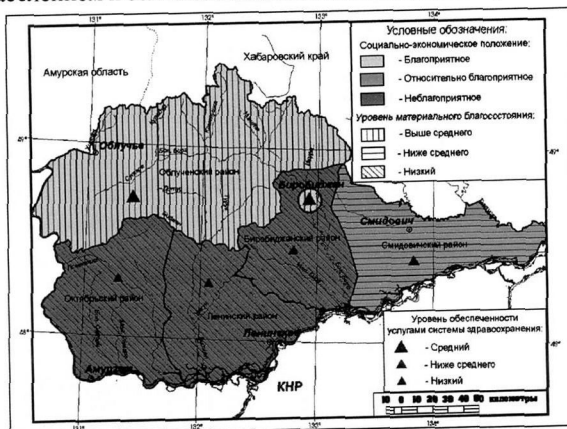


Рисунок 4 - Типы муниципальных образований Еврейской автономной области по уровню социально-экономического положения за период 2000-2008 гг.

Оценка здоровья населения и выявления территориальных межрайонных различий проводились на основе интегрального индекса здоровья населения, рассчитанного с помощью метода линейного масштабирования по 16 показателям (индикаторы общей заболеваемости по 14 важнейшим классам болезней (на 1000 нас.) и два показателя смертности от болезней системы кровообращения и самоубийств (на 100 тыс. нас.)). Показатели заболеваемости формируются на основе данных об обращении за помощью в медицинские учреждения и могут не показывать реальной ситуации, особенно в сельских районах, в связи с особенностями размещения сельских врачебных амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов. Проведена типология муниципальных образований области по интегральному показателю, за период 2000-2008 гг. Выделено четыре типа муниципальных образований по уровню здоровья населения - от «низкого» до «выше среднего» (рис. 5).

«Выше среднего» уровень здоровья определен в Биробиджанском районе (7,4 % населения области), для жителей которого характерны самые низкие показатели заболеваемости и смертности населения. По нашему мнению, одной из причин высокого уровня здоровья населения является низкая обращаемость жителей в учреждения здравоохранения района в случае болезни, в связи с высоким уровнем безработицы и низким уровнем денежных доходов населения.

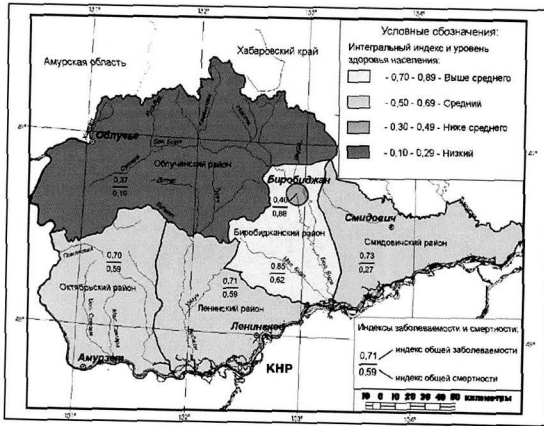


Рисунок 5 - Типы муниципальных образований Еврейской автономной области по уровню здоровья населения за период 2000-2008 гг.

«Средний» уровень здоровья характерен для жителей Смидовичского, Ленинского и Октябрьского районов. Для населения данных районов (33,7 % жителей области) характерны относительно низкие показатели заболеваемости по большинству исследуемых причин болезни и средние значения показателей смертности населения. Причиной этого служит низкая обращаемость, прежде всего, сельского населения в учреждения здравоохранения в случае заболевания в связи с отсутствием во многих сельских населенных пунктах амбулаторий и с отдаленностью районных и областных специализированных медицинских центров.

«Ниже среднего» уровень здоровья определен у населения г. Биробиджана (40,7 % населения области), для которого характерны высокие показатели заболеваемости населения и средние значения показателей смертности. Высокую заболеваемость населения города можно объяснить частой обращаемостью населения за медицинской помощью в связи с доступностью медицинских учреждений, высокой и ранней выявляемостью сложных заболеваний.

«Низкий» уровень здоровья выявлен у населения Облученского района (18,1 % населения автономии), для которого характерны относительно высокие показатели смертности от болезней системы кровообращения, самоубийств и заболеваемости по большинству исследуемых нозоформ (на 1000 населения).

Полученные количественные показатели оценки межрайонных уровней здоровья при их сопоставлении с картосхемой дифференциации ЕАО по социально-экономическому положению оказались в противоречии с гипотезой о доминирующем значении социально-экономических факторов в территориальной



дифференциации показателей уровня здоровья. В связи с этим сделана попытка рассчитать интегральные индексы на основе большего числа показателей, включив в число анализируемых показатели социального здоровья и материального благополучия населения. С учетом доступной статистики в разрезе муниципальных образований области для расчета агрегированного индекса здоровья были взяты следующие показатели: общая смертность, младенческая смертность, общая заболеваемость, смертность от самоубийств, смертность от болезней системы кровообращения, число преступлений, средний размер заработной платы, средний размер пенсии. Уровень преступности отражает здоровье социума, а включение экономических показателей позволило оценить доступность для населения приобретения медицинских услуг и услуг, связанных с профилактикой болезней, оздоровительным отдыхом.

На основе полученных интегральных индексов выделены типы муниципальных образований ЕАО по уровню общественного здоровья (рис. 6).

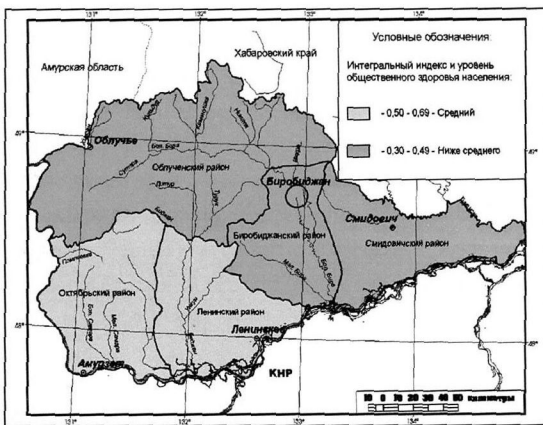


Рисунок 6 – Типы муниципальных образований Еврейской автономной области по уровню общественного здоровья населения за период 2000-2008 гг.

«Средний» уровень общественного здоровья определен в Ленинском и Октябрьском муниципальных образованиях.

«Ниже среднего» уровень здоровья выявлен в г. Биробиджане, Облученском, Смидовичском и Биробиджанском районах.

Но и в этом случае контрастность районов по выбранному показателю крайне низкая, а в соотношении с типами социально-экономического положения также не дает представления о связи с ним показателей уровня здоровья населения. Группировка муниципальных образований ЕАО по соотношению социально-экономического положения и уровню общественного здоровья населения

позволила выявить четыре группы (табл. 3).

Таблица 3 – Группировка муниципальных образований по соотношению социально-экономического положения и уровню общественного здоровья населения

Социально-экономическое положение \ Уровень общественного здоровья	Средний	Ниже среднего
Благоприятное	-	Г. Биробиджан Облученский район
Относительно благоприятное	-	Смидовичский район
Неблагоприятное	Ленинский район Октябрьский район	Биробиджанский район

Подобное распределение и соотношение показателей социально-экономического положения можно объяснить, на наш взгляд, рядом причин.

1. Область относится к депрессивным (отсталым) субъектам РФ, а отдельные муниципальные образования автономии по своему социально-экономическому положению имеют еще более низкие показатели.

2. Более высокий уровень экономического развития в Облученском и Смидовичском районах области достигается не за счет развития здесь производства, а за счет высокой численности населения, занятого на транспорте. Это объясняет и более высокие доходы населения этих муниципальных образований, по сравнению с сельскими районами.

3. В г. Биробиджане проживает более 40 % населения области. Здесь же размещены все основные медицинские учреждения, включая областную поликлинику, обслуживающую как городских, так и сельских жителей. Поскольку в расчетах использовалась статистика обращаемости по областной поликлинике, то очевидно, что полученные оценки уровня здоровья населения по г. Биробиджану («ниже среднего уровня») следует распространить на весь контингент обслуживаемого городского и сельского населения. С учетом того, что для основной массы сельского населения области уровень здоровья оценивается «ниже среднего», можно предположить, что в случае выделения статистики обращаемости за медицинской помощью только по населению г. Биробиджана, оценка уровня его здоровья будет более высокой, чем в других муниципальных образованиях, т.е. приблизится к «среднему уровню».

**4. На муниципальном уровне влияние социально-экономических факторов на здоровье населения необходимо анализировать с учетом их социальных и экономических различий в образе жизни городского и сельского населения, с выделением групп населения по активности адаптации к новым социально-экономическим условиям.**

Географическая оценка здоровья, изменения в уровне, качестве и образе

жизни населения в новых социально-экономических условиях на микроуровне, помимо объективных показателей, дополняются введением субъективной составляющей, отражающей реальную ситуацию в состоянии здоровья населения в разрезе муниципальных образований.

Изучение здоровья населения на микроуровне (внутрирегиональном уровне) проводилось с помощью социологического исследования, в форме анкетирования. Опрос был проведен в мае-июле 2009 г. в трех муниципальных образованиях: г. Биробиджане, Биробиджанском и Облученском районах. Выборочная совокупность составила 343 человека в возрасте 30 лет и старше. Все опрашиваемое население было разбито на две макрокогорты: 30-54 лет и 55 лет и старше.

Результаты опроса свидетельствуют о том, что важнейшими проявлениями негативных процессов стало ограничение материальных возможностей для сохранения и восстановления здоровья, рост стрессовых ситуаций, неудовлетворенность различными аспектами жизни и т.д.

В структуре распределения семей по шкале «бедные-богатые» произошел резкий сдвиг из категории «богатых» в сторону «среднеобеспеченных» (рис. 7).

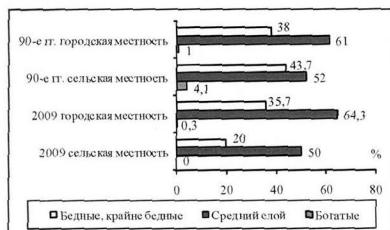


Рисунок 7 - Самооценка респондентов по шкале «богатые - бедные» в 2009 г. по сравнению с 90-ми гг. XX века, % от опрошенных

Выявлено снижение в два раза оценок по шкале «отличное - очень плохое» уровня удовлетворенности жителей области своим здоровьем (рис. 8). Независимо от типа местности и района проживания около 50 % респондентов считают свое здоровье как «удовлетворительное».

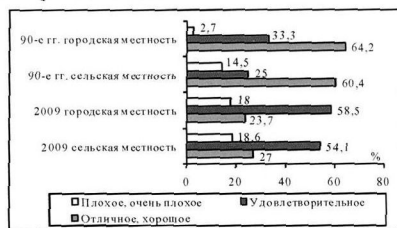


Рисунок 8 - Оценка состояния собственного здоровья респондентами, % от опрошенных

Структура самооценок здоровья населением ЕАО соответствует общероссийской («хорошее» и «очень хорошее» здоровье - 32 % нас. РФ, «удовлетворительное» - 50 % нас., «плохое» и «очень плохое» – 18 % нас. (Цит по: Проблемы сохранения ..., 2006, с. 48)).

43 % респондентов считают, что на их здоровье неблагоприятное влияние оказали реформы 90-х годов XX в. Доля жителей, считающих, что реформы на их здоровье не повлияли составило более четверти (рис. 9).

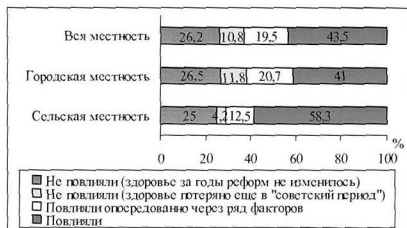


Рисунок 9 - Степень влияния социально-экономических реформ 90-х гг. XX века на здоровье населения Еврейской автономной области, % от опрошенных

Установлено, что при используемом в наличии объеме выборки, равном 343, уровень материального благосостояния, характеризующийся показателями, определяющими уровень и качество жизни респондентов (самооценка по шкале «бедные-богатые», частота ограничения в денежных средствах на покупку продуктов питания, качество питания в настоящее время и в 90-е годы XX в.), находится в сильной зависимости от удовлетворенности респондентов своим здоровьем ( $r=+0,34+0,46$ ).

Выделено три типа адаптивного поведения у населения области, которые характеризуются разной степенью успешного принятия решений, обеспечивающих жизнедеятельность в новых социально-экономических условиях:

- активный - предпринимали одно или несколько из «активных» действий (поменяли место работы, стали работать в нескольких местах, поменяли жилье на более дешевое или съехались с родственниками), «пассивных» действий не предпринимали;
- инертный – ничего не предпринимали, изменений не происходило;
- пассивный – предпринимали одно или несколько из «пассивных» действий (экономили на отдыхе, лечении, лекарствах, питании, одежде и обуви), «активных» действий не предпринимали.

Анализ социально-демографических характеристик населения с разными типами адаптивного поведения в отношении изменений в образе жизни в связи с

адаптацией к новым социально-экономическим условиям по результатам социологического исследования показал, что для каждого из них характерна повышенная доля отдельных групп по полу, возрасту, образованию, уровню материального положения, здоровью и подходам к его сохранению и восстановлению (табл. 4).

Таблица 4 - Характеристика групп населения с разными типами адаптивного поведения в условиях социально-экономического кризиса (по результатам социологического исследования)

Социально-демографическая характеристика	Варианты адаптивного поведения		
	Активный	Инертный	Пассивный
Пол	Женщины	Мужчины	Женщины
Возраст	30-54	Нет преобладающей группы	30-54
Тип местности	Нет преобладающей группы	Сельская	Городская
Образование	Среднее специальное, высшее	Среднее общее, среднее специальное	Среднее специальное
Занятость	Служащий, рабочий на предприятии	Безработный, пенсионер	Служащий
Уровень благосостояния семьи	Средний слой	Средний слой	Средний слой, бедные
Удовлетворенность здоровьем	Удовлетворен	Хорошее, неудовлетворен	Удовлетворен
Частота негативных эмоций	Достаточно часто	Редко	Достаточно часто
Причины негативных эмоций	Недостаток средств к существованию	Проблемы, связанные с работой, недостаток средств к существованию	Проблемы, связанные с работой, недостаток средств к существованию
Активность в поддержании здоровья	Активное поведение в сочетании с элементами пассивного	Пассивное поведение с элементами активного	Пассивное поведение

Выявлено, что большинство респондентов, независимо от удовлетворенности своим здоровьем и принадлежности к поведенческому типу, считают, что социально-экономические преобразования 90-х гг. XX века повлияли на их здоровье. Реформы на здоровье повлияли, считают около 12,6 % респондентов, ведущих активные и пассивные (основанные на жесткой экономии) действия с «плохим» здоровьем, против 6,7 % респондентов, не предпринимających никаких действий (инертный тип).

## ОСНОВНЫЕ ВЫВОДЫ ПО РАБОТЕ

1. На основании анализов подходов и обобщения понятий «социально-экономические факторы» и «здоровье населения», существующих в отечественной и зарубежной литературе, были предложены трактовки определений: «социально-экономические факторы формирования здоровья населения» и «уровень здоровья населения».

2. В зависимости от территориального уровня исследования для

характеристики социально-экономического положения и здоровья населения были применены различные методы анализа показателей. На межрегиональном и внутрирегиональном уровнях использованы методы нормирования показателей с вычислением интегральных оценок. На муниципальном уровне был применен социологический опрос населения, который дополнил объективную оценку субъективными показателями.

3. Предложены типологии регионов Дальнего Востока по социально-экономическому положению и здоровью населения, на основании которых дана группировка регионов по влиянию социально-экономического положения на состояние здоровья. У населения большинства регионов округа выявлен «средний» уровень здоровья. Выявлена зависимость между интегральными показателями состояния здоровья населения и социально-экономическими индикаторами ( $r=+0,83+0,65$ ).

4. На внутрирегиональном уровне выделены типы муниципальных образований на основе интегральных индексов социально-экономического положения и здоровья населения. Для выявления межрайонной дифференциации состояния здоровья использованы два подхода: расчет агрегированных индексов уровня здоровья и индексов общественного здоровья. Сделан вывод, что имеющиеся различия между районами по социально-экономическому положению не влияют на дифференциацию агрегированных индексов уровня здоровья и общественного здоровья. При этом, в целом, для автономии выявлена зависимость между показателями уровня здоровья населения области и социально-экономическим положением районов ( $r=+0,94+0,82$ ).

5. Результаты социологического опроса в трех муниципальных образованиях Еврейской автономной области отразили различия самооценок удовлетворенности своим здоровьем, а также дифференциацию полученных показателей по типу местности и типам поселений, различающихся по качеству и образу жизни населения. На муниципальном уровне главным фактором, влияющим на формирование здоровья, является образ жизни, способность к активным формам адаптации к новым социально-экономическим условиям. Выявлены различия в показателях здоровья населения с разными типами адаптивного поведения. Установлено, что как среди городских, так и среди сельских респондентов более 43 % опрошенных считают, что социально-экономические реформы 90-х гг. XX века привели к ухудшению их здоровья.

**СПИСОК ОСНОВНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ ПО ТЕМЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

1. Суховеева А.Б. Обеспеченность населения Российского Дальнего Востока услугами системы здравоохранения и их влияние на здоровье населения: региональные аспекты // Известия Самарского научного центра РАН. 2009. Т. 11 (27), № 1 (6). С. 1243-1247.

2. Суховеева А.Б., Комарова Т.М. Социально-экономические проблемы сохранения здоровья населения на территории Еврейской автономной области // Проблемы региональной экологии. 2009. № 6. С. 222-225.

3. Суховеева А.Б., Комарова Т.М., Неверова Г.П. Демографический кризис и моделирование демографического развития приграничных регионов юга Дальнего Востока России (на примере Еврейской автономной области) // Национальные проекты и сбережение нации. 2008. С. 19-24.

4. Суховеева А.Б., Комарова Т.М. Геоэкологические и геохимические особенности территории и их влияние на здоровье населения (на примере Еврейской автономной области) // Современные наукоемкие технологии. 2008. № 2. С. 93-95.

5. Sukhoveeva A.B. Territorial health differences in Russian Far East population // European journal of natural history. 2009. № 2, pp. 58-59.

6. Sukhoveeva A.B. Territorial differentiation of security of the population services of system the Russian Far East // European journal of natural history. 2009. № 5, pp. 52-53.

7. Суховеева А.Б., Минчакова М.Л. Оценка уровня здоровья населения муниципальных образований ЕАО // Региональные проблемы. 2010. Т. 13, № 2. С. 122-125.

8. Суховеева А.Б. Обеспеченность населения Еврейской автономной области услугами системы здравоохранения: территориальные различия // Региональные проблемы. 2011. Т. 14, № 1. С. 100-102.

9. Суховеева А.Б. Уровень жизни как фактор, влияющий на смертность населения Еврейской автономной области // Социальная география регионов России и сопредельных территорий: фундаментальные и прикладные исследования: науч. тр. II Всерос. конф., Иркутск, 8-10 октября 2008 г. – Иркутск: Изд-во Института географии им. В.Б. Сочавы СО РАН, 2008. С. 142-145.

10. Суховеева А.Б. Зависимость смертности населения Еврейской автономной области от некоторых социально-экономических факторов // Образ жизни различных групп населения, находящихся в трудной жизненной ситуации, в контексте сервиса: материалы V междунар. науч.-практич. конф., Москва, 17-18 ноября 2009 г. / под ред. П.Д. Павленко – М.: Изд-во МГОУ, 2009. Ч. I. С. 156-162.

## Содержание диссертации

### Введение

#### Глава 1. Теоретические и методологические основы изучения влияния социально-экономических факторов на здоровье населения

1.1. Факторы, влияющие на территориальную дифференциацию состояния здоровья населения

1.2. Методические подходы к анализу показателей здоровья населения, используемые в географических исследованиях

#### Глава 2. Территориальные различия социально-экономического положения и здоровья населения Дальнего Востока

2.1. Комфортность природно-климатических условий Дальнего Востока

2.2. Характеристика социально-экономического положения регионов Дальнего Востока и выявление территориальных различий

2.3. Территориальная дифференциация уровня здоровья населения Дальнего Востока

#### Глава 3. Территориальная дифференциация уровня здоровья населения Еврейской автономной области и социально-экономические факторы, ее определяющие

3.1. Социально-экономическая ситуация в Еврейской автономной области

3.2. Региональные особенности формирования здоровья населения Еврейской автономной области

3.3. Межрайонные различия в социально-экономической ситуации и состоянии здоровья населения области

#### Глава 4. Качественная оценка здоровья населения отдельных муниципальных образований Еврейской автономной области

4.1. Социально-экономическое положение муниципальных образований

4.2. Демографическая ситуация как фактор дифференциации состояния здоровья населения муниципальных образований

4.3. Результаты выборочных социологических исследований

### Заключение

### Список литературы

### Приложения

---

Подписано к печати 07.11.2011 г.

Формат 60\*84/16 Объем 1,0 п.л. Тираж 120 экз.

Отпечатано ООО «РеМаркит»

679000, г. Биробиджан, ул. Пионерская, 17, офис 3

тел.: (42622) 4-15-85