

ТЕРЕНТЬЕВ ЛЕОНИД АФАНАСЬЕВИЧ

ИНФОРМАЦИОННО - АНАЛИТИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРОЦЕССА
УПРАВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕМ И КАЧЕСТВОМ ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ
РЕГИОНА

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

доктора медицинских наук

Работа выполнена в ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия Росздрава» и ГОУ ВПО филиал Российского государственного социального университета в г. Анапе Краснодарского края

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
Сердюков Анатолий Гаврилович

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор
Линденбратен Александр Леонидович

доктор медицинских наук, профессор
Галанова Галина Ивановна

доктор медицинских наук, профессор
Какорина Екатерина Петровна

Ведущая организация: ГОУ ВПО «Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова» Росздрава

Защита диссертации состоится «17» сентября 2010 г. в 10 часов на заседании диссертационного совета Д 208.110.01 в ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Росздрава» по адресу: 127254, Москва, ул. Добролюбова, 11

Автореферат разослан « » 2010г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук

К.Г. Пучков

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность

За последние десятилетия интерес ученых к исследованию проблем здоровья и качества жизни населения существенно возрос как в России, так и за рубежом.

Развернувшийся в России политический и социально-экономический кризис на рубеже начала 90-х годов послужил своего рода эксцессом, приведшим к резкому ухудшению эволюционного течения популяционных процессов, вызвав ряд новых негативных проявлений в состоянии здоровья населения и обострив существовавшие ранее (Е.П. Какорина, 1999; Т.М. Максимова с соавторами, 2001, 2004; Ю.П. Лисицын, 2003; Б.А. Войцехович, 2003; В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, А.Е. Иванова, 2003; О.П. Щепин, 2006; О.П. Щепин с соавторами, 2007). По выражению Н.М. Римашевской (1999), «шоковая терапия обострила демографическую ситуацию до предела, обнаружив, что естественный потенциал России давно исчерпан».

Здоровье населения и экономика страны с развитием общества становятся все более обусловленными и неотделимыми в своем влиянии на численность и качество народонаселения (О.П.Щепин, В.К.Овчаров, 2003, 2004; В.А.Медик, В.К.Юрьев, 2003; Ю.В.Михайлова, И.М.Сон, С.А.Леонов, 2006). При этом отсутствуют объективные критерии оценки общественного здоровья и механизмы выработки политических, экономических приоритетов по его улучшению (В.А.Медик, 2001), отмечается недостаточность и несовершенство правового обеспечения охраны здоровья (А.И.Вялков с соавторами, 2002; Н.Ф.Герасименко, О.Ю.Александрова, 2005). Общеизвестно, что нуждаются в развитии методологические подходы к оценкам общественного и группового здоровья, на основе которых можно было бы сформировать позитивные критерии целевой функции по охране здоровья (В.П. Корчагин, 1997; А.Г.Сердюков, 2000; Е.А.Тишук, 2002, 2003; В.О.Щепин, 2003).

В разрабатываемых в настоящее время планах социально-экономического развития территорий, как правило, не в полном объеме учитывается региональный компонент формирования медико-демографических процессов, уровень урбанизации поселений, нет должной «адресности» планируемых к реализации мероприятий. В большей степени эти проблемы коснулись сельских жителей. Вместе с тем, сельское население испытывает на себе влияние совокупности специфических факторов риска. Для Российской Федерации, Краснодарского края, где доля сельского населения достаточно велика, исследования, касающиеся здоровья и качества жизни сельских жителей, носили фрагментарный характер.

В настоящее время интерес к проблемам качества жизни можно наблюдать со стороны различных наук: экономики и социологии, философии и медицины, географии и экологии (С.А. Айвазян, 2000-2005; В.Н. Бобков, 1993-2007; Ю.В. Кирьянова 2004; В.П. Кадидов, Т.В.Малышева, 2009; А.Т.Петрова, 2006 ; П.Савченко, Т.А. Салимова, 2006 - 2008; А.Н. Ткачев, 2004; В.Н. Иванов, А.Г.Тюриков, В.И. Патрушев, и др. 2003; Л.А. Кривоносова, 2001, 2005; Гавриловой, 2005; Н.А. Агаджанян, 1996; И.А. Гундаров, 2001; А.А.Новик, 1999,2007; В.И. Петров, Н.Н. Седова, 2001; Г.И. Симонова, С.Н. Богатырев, О.Г. Горбунов, Л.В. Щербаков, 2006; И.Б.Ушаков, 2005; Ю.Л.Шевченко 2000; А.О. Каракотова, 2002; В. И. Жуков, 2009; А.И. Татаркин, А.А. Куклин 2009; В.А. Черешнев, А.И. Татаркин 2009).

На сегодняшний день в отечественной и зарубежной научной литературе можно найти несколько десятков дефиниций понятия «качество жизни». Такое разнообразие точек зрения, с одной стороны, свидетельствует о большом интересе к проблеме и актуальности ее разработки, с другой – о сложности проблемы, и, как следствие, слабой разработанности методических положений теории качества жизни.

Автор придерживается точки зрения, что качество жизни – междисциплинарная категория, характеризующая эффективность всех сторон жизнедеятельности человека, фактический уровень удовлетворения

материальных, духовных и социальных потребностей человека, уровень его интеллектуального, культурного и физического развития, степень обеспечения комплексной безопасности жизни с учетом субъективной оценки индивида различных сторон жизни.

Повышение качества жизни населения имеет особенно важное значение на местном (муниципальном) уровне. Во-первых, большая часть потребностей людей удовлетворяется на муниципальном уровне. Во-вторых, качество жизни населения постепенно становится главным критерием оценки эффективности местного самоуправления.

Понятие «качество жизни» в современных условиях трактуется как интегральное явление, зависящее от многих факторов, в том числе: здоровья человека, социально-экономических, экологических, культурных и других условий его жизнедеятельности, а также от субъективного отношения индивида к различным сторонам своей жизни.

Несмотря на большое число работ, посвященных медико-социальным аспектам здоровья населения Краснодарского края (Б.А. Войцехович, 1994; Э.В. Кондракова, 2003; А.Н. Редько, 1994, 2006; Е.Д. Терзиева, 2008; С.Н. Алексеенко, 2008; О.Е. Петручук с соавторами, 2008; И. Т. Рубцова, 2008; М. М. Трубилина, 2008; А. Г. Шевченко, 2008.; Е.О. Бойко, 2009), остаются не изученными вопросы информационно-аналитического обеспечения управления здоровьем и качеством жизни населения на региональном и муниципальном уровнях.

Все вышесказанное обусловило актуальность настоящей диссертационной работы, определило цель и задачи исследования.

Цель - научное обоснование организационно-функциональной модели информационно-аналитического обеспечения процесса управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях.

Задачи:

- проанализировать концептуальные подходы к исследованию здоровья и качества жизни населения, уточнить понятие «качество жизни»;

- обосновать систему показателей, позволяющую осуществлять мониторинг здоровья и качества жизни населения Краснодарского края;
- выявить региональные особенности медико-демографической ситуации в Краснодарском крае;
- выявить основные тенденции динамики здоровья и качества жизни населения Краснодарского края;
- выявить особенности субъективно оцениваемого уровня здоровья и качества жизни сельских жителей;
- разработать организационно-функциональную модель информационно-аналитического обеспечения процесса управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях.

Научная новизна

Работа является комплексным, многоплановым исследованием и посвящена впервые проведенному на территории Краснодарского края многостороннему исследованию состояния здоровья и качества жизни населения, в том числе сельского.

Обоснована система показателей, позволяющая осуществлять мониторинг здоровья и качества жизни населения Краснодарского края.

Разработана методология комплексной оценки качества жизни и здоровья населения с использованием агрегированных показателей, позволяющих создать современную единую информационно-аналитическую модель социально-экономического и социально-гигиенического мониторинга на региональном и муниципальном уровнях.

Впервые для Краснодарского края разработан программный комплекс обеспечения процесса управления качеством жизни и здоровьем населения Краснодарского края как инструмент социально-экономического и социально-гигиенического мониторинга на региональном и муниципальном уровнях.

Разработана на основе информационно-аналитической системы методология многомерной классификации районов и городов Краснодарского

края по нормированным, агрегированным и интегральным показателям с целью анализа и прогнозирования показателей качества жизни и здоровья населения.

На основе мониторинга качества жизни впервые для Краснодарского края осуществлена компьютерная картографическая визуализация в виде «Электронного атласа здоровья и качества жизни населения Краснодарского края».

Научно-практическая значимость работы

На основе проведенного анализа нормированных и агрегированных показателей, характеризующих здоровье и качество жизни населения Краснодарского края за период 1990-2007г.г., разработана региональная система информационно-аналитического обеспечения управления здоровьем и качеством жизни населения.

Общие принципы построения и функционирования предложенной модели социально-экономического и социально-гигиенического мониторинга на региональном и муниципальном уровнях можно прогнозировать на другие территории и социальные группы, а также возрастные группы населения, т.е. таким образом, можно говорить о сочетании принципов региональной и муниципальной ориентированности и универсальности разработанной модели.

В процессе функционирования разработанной системы мониторинга проведена углубленная комплексная оценка здоровья и качества жизни населения крупного региона Юга России, получены новые знания о факторах, формирующих основные потери здоровья жителей края, о величинах и динамике жизненных и социально-экономических потенциалов населения региона.

Разработанные автором и апробированные на практике новые подходы к информационно-аналитическому обеспечению процесса управления здоровьем и качеством жизни населения могут быть использованы для решения аналогичных задач на других территориях субъектов Российской Федерации.

Апробация и внедрение результатов исследования

Работа прошла апробацию на межкафедральной конференции ГОУ ВПО «Астраханская государственная медицинская академия» Росздрава.

Основные положения работы доложены и обсуждены на III Международном симпозиуме врачей «Адаптация организма при стрессовых ситуациях» (Анапа, 1995г.), научно-практической республиканской конференции с участием членов международной программы СИНДИ (Оренбург, 1998г.), VI Всероссийской научно-практической конференции по квантовой терапии (Москва, 2000г.), IV Международной конференции "Современные технологии восстановительной медицины" (Сочи, 2001г.), V Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины» (Сочи, 2002г.), VI Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины» (Сочи, 2003г.), VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины» (Сочи, 2004г.), Всероссийской научно-практической конференции «Физическая культура и спорт как один из факторов национальной безопасности в условиях Северного Кавказа» (Нальчик, 2004г.), IV Международном социальном конгрессе (Москва, 2004г.), на третьих Демидовских чтениях «Российская молодежь: сегодня и завтра» (Москва, 2004г.), VI Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 2005г.), Международной научно-практической конференции «Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: История и современность» (Пенза, 2005г.), Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья молодежи сибирского региона» (Иркутск, 2006г.), III Международном конгрессе «Экология и дети» (Анапа, 2006г.), VII Международном социальном конгрессе «Глобализация: настоящее и будущее России» (Москва, 2006г.), VII Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 2006г.) научно-практическом конгрессе II Всероссийского форума «Здоровье нации - основа процветания России» (Москва, 2006г.), III

Международном конгрессе «Российская семья» (Москва, 2006г.), научно-практическом конгрессе III Всероссийского форума «Здоровье нации - основа процветания России» (Москва, 2007г.), Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье населения - основа процветания России» (Анапа, 2007г.), II Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье населения - основа процветания России» (Анапа, 2008г.), научно-практическом конгрессе IV Всероссийского форума «Здоровье нации - основа процветания России» (Москва, 2008г.), IX Международной научно-практической конференции «Здоровье и Образование в XXI веке» (Москва, 2008г.), III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России» (Анапа, 2009г.), IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России» (Анапа, 2010г.).

Материалы исследования были использованы при подготовке экспертного заключения по итогам научно-практического конгресса «Психологическая практика – здоровью нации» на IV Всероссийском форуме «Здоровье нации – основа процветания России» - 19.09.2008 г. (г. Москва).

Результаты диссертации, представленные в виде «Программного комплекса информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровне» и электронного атласа «Здоровье и качество жизни населения Краснодарского края» используются в работе ФГУ «Южный окружной медицинский центр федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию».

Материалы исследования применяются в деятельности органов управления здравоохранением муниципальных образований Краснодарского края и Южного федерального округа.

В рамках соглашения о сотрудничестве между администрацией города-курорта Анапа и филиалом РГСУ в городе Анапе при непосредственном участии автора подготовлен проект «Концепции охраны здоровья населения города – курорта Анапа на 2007 – 2014 годы». Материалы исследования

применяются при подготовке аналитических справок и докладов о состоянии здоровья населения города Анапа.

Материалы диссертационного исследования внедрены в учебный процесс на кафедре общественного здоровья и здравоохранения с курсом информатики, истории медицины и культурологии Астраханской государственной медицинской академии. Материалы диссертационного исследования используются в лекционных курсах и проведении практических занятий на факультете психологии и социальной работы «Института экономики и управления в медицине и социальной сфере» (г. Краснодар) и профильных кафедрах филиала Российского государственного социального университета в г. Анапе. Разработаны и утверждены методические рекомендации для студентов, подготовленные в рамках настоящего исследования.

Личный вклад автора

Автором самостоятельно разработана программа и план комплексного изучения состояния здоровья и качества жизни населения Краснодарского края, проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы по изучаемой проблеме, разработан методический инструментарий для проведения опросов населения (анкеты, инструкции). Автор непосредственно участвовал в сборе первичного материала, составлении программы обработки данных, осуществил обобщение и математико-статистический анализ результатов исследования.

Положения, выносимые на защиту

Качество жизни определяется как единство показателей, которые характеризуют уровень реализации материальных и духовных потребностей человека, степень его удовлетворенности в осуществлении своих жизненных планов.

Многолетнее комплексное изучение медико-демографических процессов, состояния здоровья и качества жизни населения Краснодарского края позволяет выявить региональные закономерности как основы использования

исходной информации для осуществления эффективной демографической политики в регионе.

Комплексная оценка качества жизни представляется в виде немногочисленных агрегированных и интегральных показателей, которые позволяют оценить условия жизнедеятельности населения на максимально обобщенном уровне. Это, в свою очередь, предполагает построение процедуры агрегирования, (сворачивания) многих первичных признаков к показателям, характеризующим качество жизни как некоторое целостное явление.

Система показателей качества жизни строится с учетом объективных и субъективных составляющих, среди которых особое внимание уделяется индикаторам, характеризующим уровень удовлетворенности людей своим социальным самочувствием. При исследовании субъективной составляющей качества жизни населения региона необходимо учитывать сложную совокупность многочисленных экономических, социальных, территориальных, медицинских, демографических, политических и др. факторов.

Разработанная методология комплексной оценки здоровья и качества жизни населения с использованием нормированных, агрегированных и интегрального показателей, позволяет создать модель информационно-аналитической системы обеспечения управления здоровьем и качеством жизни населения на региональном и муниципальном уровнях.

Управление процессами повышения качества жизни населения осуществляется посредством нескольких групп методов: экономических, финансовых, нормативно-правовых, организационных, информационных и социальных. Современные информационные технологии мониторинга состояния здоровья и качества жизни населения необходимо рассматривать как инструмент оптимизации управленческой деятельности на региональном и муниципальном уровнях.

Публикации

По материалам исследования опубликовано 63 научных работы, из них 9 - в ведущих рецензируемых журналах РФ.

Получено свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009612296 «Программный комплекс информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровне».

Объем и структура работы

Диссертация изложена на 300 страницах машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов и приложения; включает в себя 35 таблиц, 92 рисунка и 4 схемы. Указатель литературы содержит 440 источников (382 отечественных и 58 зарубежных).

Диссертация выполнена в соответствии с планом научно-исследовательской работы Астраханской государственной медицинской академии, номер государственной регистрации 5517.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Введение содержит формулировку проблемы, обоснование ее актуальности, формулировку цели и задач собственного исследования, характеристику новизны и практической значимости результатов.

Первая глава «Информационно-коммуникационные технологии в процессе управления здоровьем и качеством жизни»

В главе рассматриваются современные работы отечественных и зарубежных авторов по проблеме диссертации, ее отдельным аспектам.

Вторая глава «Организация и методика исследования»

Представлена программа, методы, объект и объем исследования.

Программа комплексного медико-демографического исследования, а также разработки организационно-функциональной модели информационно-аналитического обеспечения процесса управления качеством жизни и здоровьем населения региона составлена в соответствии с целями и задачами диссертации. Программой предусматривалось проведение исследования по 6 разделам: 1)аналитическое изучение и оценка состояния проблемы; 2)проектирование информационно-аналитической модели мониторинга

здоровья и качества жизни населения; 3) анализ и оценка медико-демографических процессов и состояния здоровья населения Краснодарского края; 4) оценка качества жизни населения Краснодарского края (по результатам официальной статистики); 5) оценка состояния здоровья и качества жизни населения Краснодарского края (по результатам социологического исследования); 6) разработка программного комплекса информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на региональном и муниципальном уровнях.

Многообразие задач, поставленных для достижения цели исследования, сделало необходимым применение комплексной методологии, включающей различные методы исследования.

Для реализации исследования работа проводилась в несколько этапов. Программа, методы исследования, источники и способы сбора информации приведены на схеме. В главе дана подробная характеристика каждого этапа исследования. Исследование проводилось в четыре этапа (схема 1.).

I этап исследования включал разработку концептуальных подходов к обоснованию и формированию информационно-аналитической модели. На этом же этапе проводились следующие виды работ:

1) формирование банка данных для динамического мониторинга здоровья и качества жизни населения административно-территориальных единиц Краснодарского края;

2) систематизация первичной информации и преобразование данных из государственных отраслевых регистров;

3) формирование таблиц по первичным (базовым) показателям в муниципальных образованиях Краснодарского края;

4) расчёт первичных (базовых) показателей по блокам модели. Сбор информации об основных медико-демографических процессах производился из соответствующих форм государственной статистической отчётности.

II этап исследования включал разработку и расчёт интегральных показателей здоровья и качества жизни населения. На этом этапе были

Цель исследования

Научное обоснование организационно-функциональной модели информационно-аналитического обеспечения процесса управления здоровьем и качеством жизни населения на региональном и муниципальном уровнях

Задачи исследования

Проанализировать концептуальные подходы к исследованию здоровья и качества жизни населения, уточнить понятие «качество жизни»	Обосновать систему показателей, позволяющую осуществлять мониторинг здоровья и качества жизни населения Краснодарского края	Выявить региональные особенности медико-демографической ситуации в Краснодарском крае	Выявить основные тенденции в динамике здоровья и качества жизни населения Краснодарского края	Выявить особенности субъективно оцениваемого уровня здоровья и качества жизни сельских жителей	Разработать организационно-функциональную модель информационно-аналитического обеспечения процесса управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях
---	---	---	---	--	---

Объект исследования

Здоровье и качество жизни населения Краснодарского края

Предмет исследования

Управление процессами улучшения здоровья и повышения качества жизни населения на региональном и муниципальном уровнях

Этапы исследования			
I этап	II этап	III этап	IV этап
Разработка концептуальных подходов к обоснованию и формированию информационно-аналитической модели	Расчёт интегральных показателей здоровья и качества жизни населения. Разработка методики оценки здоровья и качества жизни населения Картографическая визуализация в виде электронного «Атласа здоровья населения Краснодарского края»	Анализ и оценка медико-демографической ситуации, состояния здоровья и качества жизни населения Краснодарского края	Разработка информационно-аналитической системы обеспечения процесса управления здоровьем и качеством жизни населения
Источники информации и объем исследования			
Отечественные и зарубежные источники по теме исследования, законодательные акты федерального и регионального уровней -300 источников, Статистические материалы Госкомстата РФ и Краснодарского края, Федерального государственного учреждения «Главное бюро медико-социальной экспертизы по Краснодарскому краю», департамента здравоохранения Краснодарского края и департамента социальной защиты Краснодарского края (за 1990-2007 гг.). Учетно-отчетная документация ЛПУ (за 1990-2007 гг.). Данные социологических исследований (анкеты для населения – 4500). Материалы и результаты проведенного диссертационного исследования			
Методы исследования и анализа			
Аналитический Контент-анализ	Статистический Социологический	Системный анализ Статистический Социологический Аналитический	Кластерный Метод экспертной оценки Аналитический

Схема 1. Программа, этапы, информационная база и методы исследования

разработаны методики оценки здоровья и качества жизни населения в МО Краснодарского края, проведена картографическая визуализация полученных данных в виде электронного «Атласа здоровья населения Краснодарского края».

На III этапе был выполнен анализ медико-демографических процессов и состояния здоровья населения Краснодарского края, а также оценка качества жизни населения края (по результатам официальной статистики и данным социологического исследования).

На данном этапе разработана иерархическая система построения показателей качества жизни населения (КЖН), представленная на схеме 2, где определена структура качества жизни следующими категориями: 1) качество населения; 2) состояние здоровья населения; 3) качество социальной сферы; 4) уровень жизни населения; 5) безопасность жизни населения; 6) качество окружающей среды.

Оценка показателей КЖН проводилась на 3-х уровнях: первый – уровень интегрального показателя качества жизни населения (ИПКЖН), второй – уровень агрегированных показателей (категории качества жизни) и третий – уровень нормированных показателей, составляющих каждую из представленных категорий качества жизни.

Перед тем, как переходить к процедуре анализа первичных (базовых) показателей, необходимо было привести все имеющиеся статистические данные к «общему нормированию», т.е. применить к каждому из них такое преобразование, в результате которого все они будут измеряться в едином диапазоне от нуля до единицы. При этом нулевое значение преобразованного показателя будет соответствовать самому низкому качеству, а максимальное – самому высокому. Значение соответствующей нормированной переменной подсчитывается по формуле линейного масштабирования.

По нормированным показателям вычислялись агрегированные показатели категорий качества жизни. Далее определялся интегральный показатель качества жизни населения (ИПКЖН).

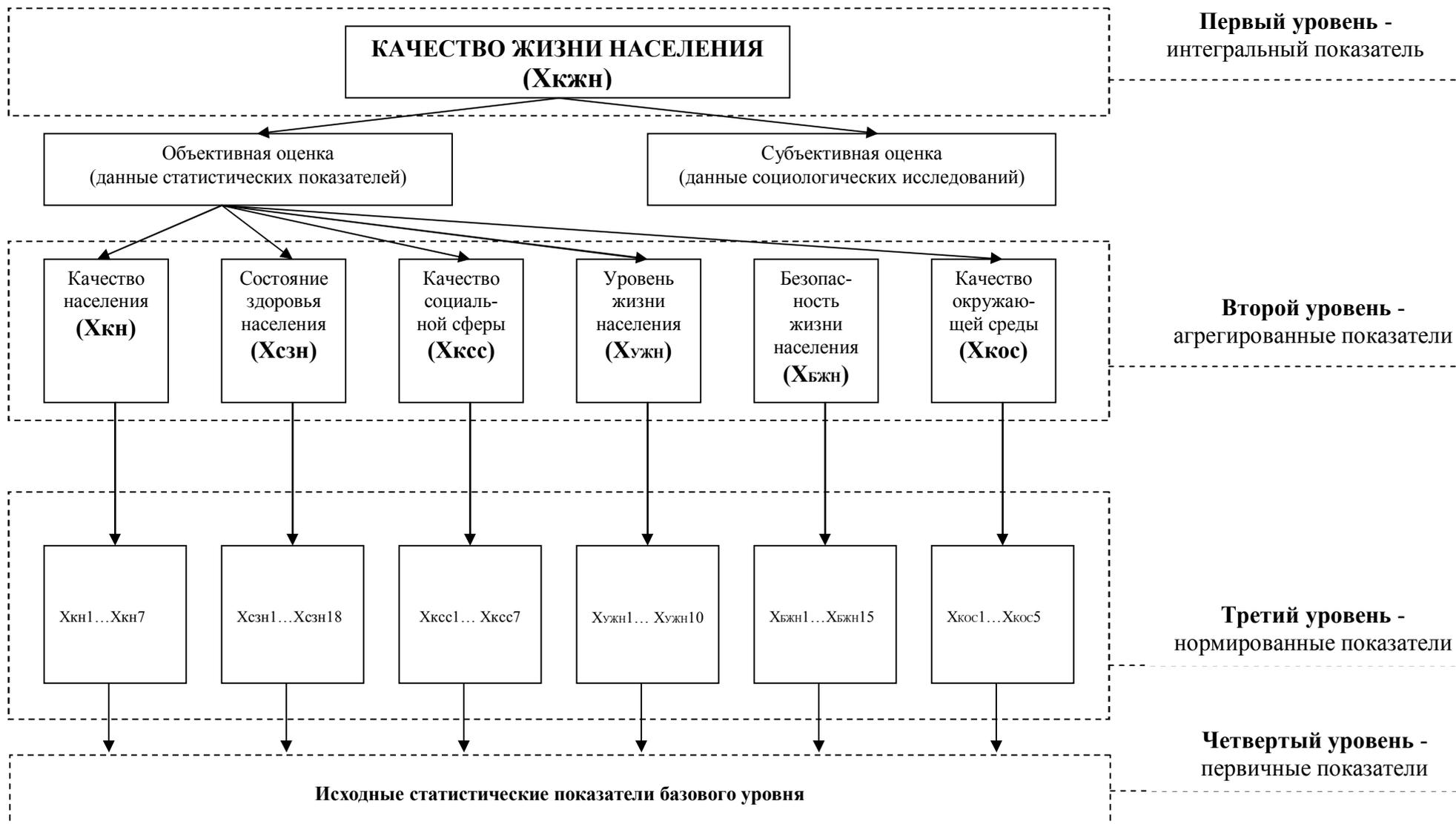


Схема 2. Иерархическая система построения показателей качества жизни населения

В работе данные, основанные на оценках населением своего здоровья, качества жизни, удовлетворенности медицинскими и социальными услугами, были получены путем проведения социологических исследований. В этих целях были использованы опросник оценки КЖ SF-36 и социодемографический и медико-социологический модуль, разработанный в рамках данной работы и апробированный в ходе пилотного исследования.

На IV этапе исследования осуществлено создание и разработка программного комплекса информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях.

Статистическая обработка исходных данных осуществлялась с использованием стандартных пакетов прикладных программ Microsoft Office XP, «Statgraphics», а также с применением комплекса современных математико-статистических методов: дисперсионного, корреляционного, факторного анализа. Полученные результаты интерпретированы различными видами графиков. Все полученные статистические материалы обработаны как с использованием стандартных, так и специально разработанных методов.

Третья глава «Медико-демографические процессы и состояние здоровья населения в Краснодарском крае»

Численность населения Краснодарского края на 01.01.2008 г. составляла 5121,8 тыс. человек (3,6 % населения России), в т.ч. городского населения – 2691,9 тыс. человек и сельского – 2429,9 тысяч человек. Край по численности населения занимает третье место в Российской Федерации после г. Москвы и Московской области.

За период 1990 – 2007 годы численность населения увеличилась на 483,7 тысяч. Увеличение численности населения за данный период произошло за счет миграционного прироста, который составил 810,3тыс. человек. При анализе динамики изменений миграционного прироста было установлено, что за период 1990 – 1994 гг. рост составил 437,9 тыс. человек, 1995 -1999 гг. - 205,5 , 2000 –

2004 гг. - 80,1 и 2005 – 2007 гг. - 86,9 тыс. человек. Миграционный приток населения в крае остается самым высоким в стране.

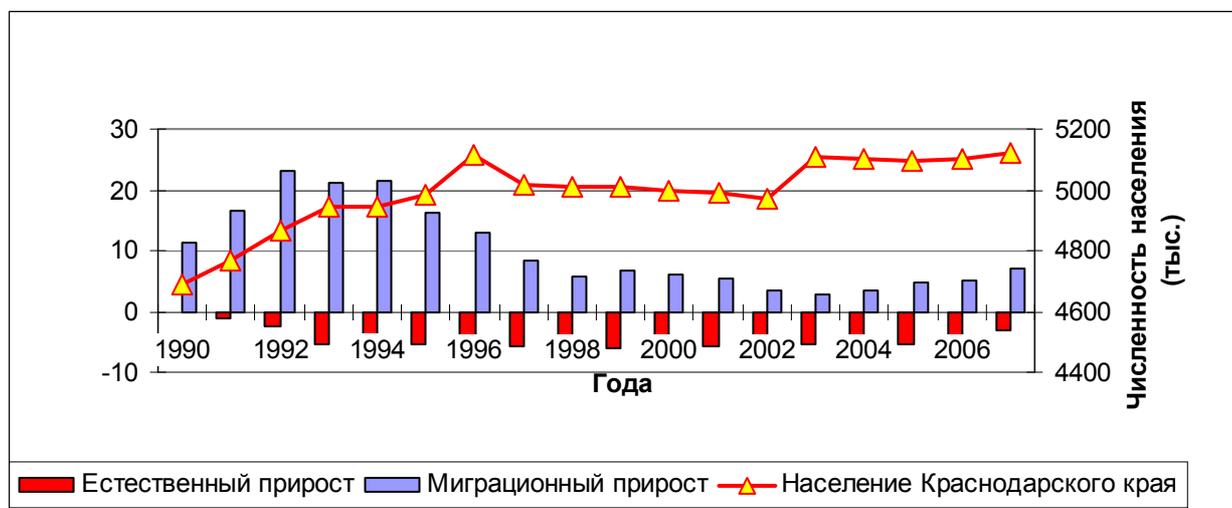


Рис.1. Динамика изменения численности населения Краснодарского края за период 1990-2007гг.

За период с 1990 по 2007гг. в Краснодарском крае сложился регрессирующий тип развития населения в сторону его “постарения“. Низкая рождаемость последнего десятилетия обусловила значительное снижение доли лиц моложе трудоспособного возраста с 23,5% в 1990г. до 16,0% в 2007году. Доля лиц старше трудоспособного возраста в 2007 г. составила 22,8%(в1990г.- 21,9%). Вместе с тем удельный вес населения трудоспособного возраста в 2007 году увеличился до 61,2% (54,6% в1990 г.), что объясняется вступлением в трудоспособный возраст относительно многочисленного поколения 80-х годов.

Показатель демографической нагрузки, хотя и остается одним из самых высоких в РФ, снизился с 828,6 в 1990 г. до 634,3 человек в 2007 г. на 1000 трудоспособного населения.

Однако, несмотря на более благоприятную демографическую ситуацию в Краснодарском крае, чем в целом по России, положение остается сложным. С 1990г. на Кубани, как и в целом по России, началась депопуляция – социально-демографический процесс, характеризующийся прежде всего сокращением рождаемости, которое не компенсирует имеющийся уровень смертности.

В Краснодарском крае уровень рождаемости в 2008г. составил на 1000 человек населения – 12,2, что характеризуется как низкий. По сравнению с 1990 г. (13,2) рождаемость сократилась на 7,6%. За период с 1990 по 1999 гг. динамика показателя рождаемости характеризовалась выраженной тенденцией снижения. Однако с 2000г. отмечается тенденция роста показателя (8,9; 9,4; 9,9; 10,4; 10,8; 10,3; 10,4; 11,3).

Наиболее существенным проявлением неблагополучия в демографическом развитии является высокий уровень смертности. Уровень смертности зависит от социально-экономического развития, благосостояния населения, качества и доступности медицинской помощи и т.д. За период 1990-2008гг. смертность возросла на 6,4% (14,2 на 1000 населения в 2008г.), наиболее высоким показатель был в 1994 и 2002гг. – 15,9. Что касается структуры общей смертности, то в целом за 1990 -2007 гг. значительно преобладают болезни системы кровообращения – 57,3%, новообразования – 14,7%, травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин – 10,95%. Последующие места занимают болезни органов дыхания – 4,65%, болезни органов пищеварения – 3,48%, некоторые инфекционные и паразитарные болезни – 1,62%. Основными причинами смертности населения Краснодарского края, как и в целом по Российской Федерации в 2008г. по-прежнему остаются болезни системы кровообращения, которые составляют 840,9 на 100000 населения, новообразования 221,8 на 100000 населения. Внешние причины смерти составляют 129,8 на 100000. В структуре смертности населения от внешних причин преобладают в 2008 году транспортные травмы (всех видов) 28,6 на 100000 населения, самоубийства – 23,6 и убийства 10,7 на 100000 населения.

Следует отметить, что за период 1990-2007 гг., смертность населения трудоспособного возраста по региону была существенно ниже, чем в целом по Российской Федерации.

За последние годы младенческая смертность в крае снизилась в 2,1 раза и составила в 2008г. 7,35 на 1000 родившихся живыми, в 1991 году показатель младенческой смертности был равен 17,3.

Естественный прирост является производной величиной от рождаемости и смертности и представляет одну из важнейших характеристик процесса воспроизводства населения. В Краснодарском крае уровень естественного прироста в 2008г. составил на 1000 человек населения (-2,0), в 1990г. (-0,1). За период с 1990 по 2000 гг. динамика показателя характеризовалась выраженной тенденцией снижения, в 1999 и 2000 гг. показатель составлял (-6,2) и (-6,3). Однако с 2001г. (-5,7) отмечается тенденция роста показателя, в 2006 и 2007 гг. показатель составлял (-4,4) и (-3,1). За период с 1990 по 2007 годы в результате естественной убыли население Краснодарского края сократилось на 418,8 тыс. человек. При анализе динамики изменений естественного прироста установлено, что за период 1990 – 1994 гг. убыль населения составила 71,7 тыс. человек, 1995-1999 гг. – 140,4 , 2000-2004 гг. – 141,3 и 2005-2007 гг. – 65,5 тыс. человек. Но, учитывая, что миграционный приток населения в крае остается самым высоким в стране этот процесс с 1990 года компенсировался высокой миграцией с увеличением общего прироста в 2007 году более, чем на 20,7 тыс. человек.

В Краснодарском крае ежегодно регистрируется более 5 млн. случаев заболеваний населения острыми и хроническими болезнями. Динамика общей заболеваемости всего населения края является результатом взаимодействия ряда факторов, в т.ч. она зависит от доступности и качества медицинской помощи, медицинской активности населения.

За период 1999-2007 гг. показатели первичной заболеваемости во все годы были выше среди детского населения, чем среди подростков и взрослых, а среди подростков – выше, чем среди взрослых.

Практически для всех территорий Российской Федерации в 90-е годы была характерна единая тенденция – стремительный рост значимости социально обусловленной патологии населения. Вместе с тем, к началу

нового века регионы России подошли с ситуацией разной степени остроты. Это определяет приоритетность проблем социально значимой патологии в региональных программах охраны здоровья населения.

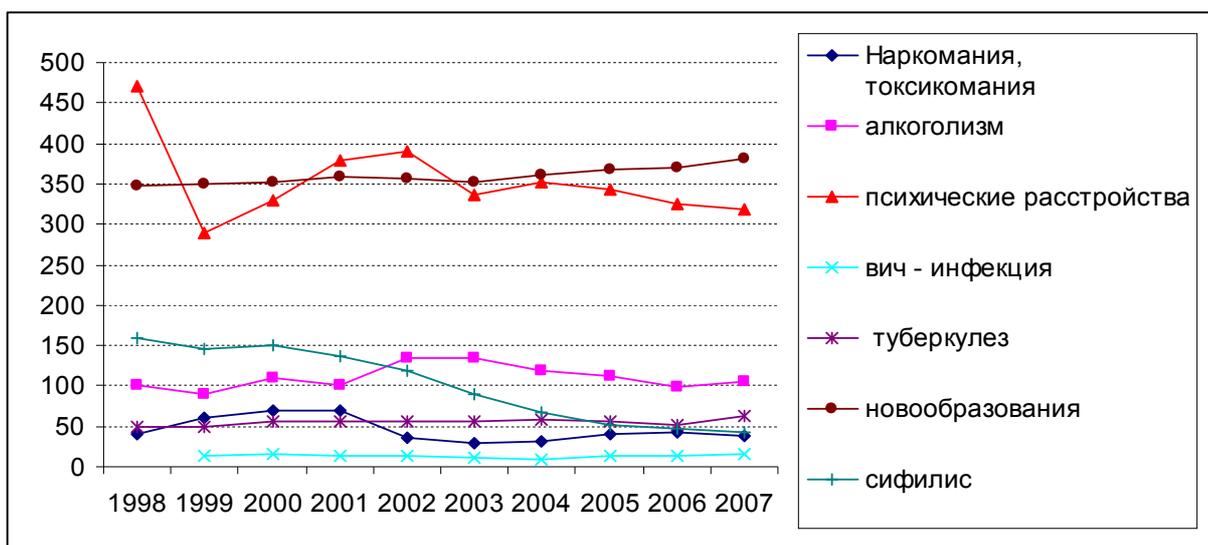


Рис.2. Динамика первичной заболеваемости социально- обусловленной патологии населения Краснодарского края за период 1998 - 2007 гг.

Первичная инвалидность является основным показателем здоровья населения. Показатель выхода на инвалидность взрослого и детского населения края в последние три года постепенно снижается.

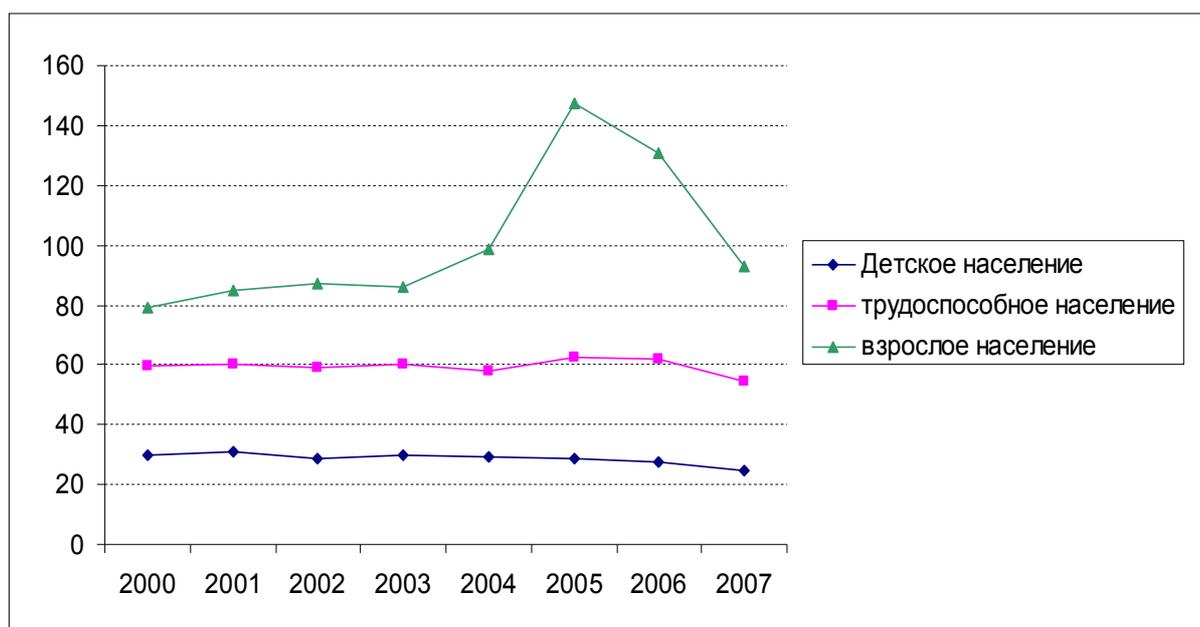


Рис.3. Динамика первичной инвалидности населения Краснодарского края в 2000 - 2007гг.

Уровень первичной инвалидности всего взрослого населения в Краснодарском крае традиционно ниже показателей в целом по Российской Федерации.

Причем, если в показателях населения трудоспособного возраста различие незначительное, то показатель первичной инвалидности населения пенсионного возраста в Краснодарском крае ниже аналогичного показателя в целом по стране в 1,3 раза. Уровень первичной инвалидности населения в возрасте до 18 лет соответствует аналогичному показателю по Российской Федерации.

Таким образом, в 1990-2007 гг. в Краснодарском крае сложилась неблагоприятная медико-демографическая ситуация, которая выражалась в уменьшении численности детей, увеличении числа лиц пенсионного возраста, снижении рождаемости и росте смертности. Анализ показателей первичной заболеваемости по обращаемости показал, что во все исследуемые годы они были выше среди детского населения, чем среди подростков и взрослых. Анализ показателей заболеваемости социально-значимых болезней выявил тенденции роста. Эти тенденции носят угрожающий характер по темпам роста и уровням распространения.

Первичная инвалидность взрослого населения в Краснодарском крае за период 2000-2007 гг. характеризовалась увеличением числа инвалидов, ростом интенсивного показателя на 10 тысяч взрослого населения, преобладанием в структуре инвалидности болезней системы кровообращения, злокачественных новообразований, болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани, травм и психических расстройств. Первичная инвалидность детского населения в Краснодарском крае за 2000-2007 гг. характеризовалась уменьшением первичного выхода на инвалидность детей.

Мероприятия по укреплению здоровья и улучшению демографической ситуации, проведенные в 2006-2007 гг., привели к некоторому улучшению демографических показателей.

Четвертая глава «Основные результаты оценки состояния и динамики качества жизни населения Краснодарского края (по данным статистики)»

В данной главе рассматривается состояние и динамика качества жизни населения Краснодарского края за период 1990 -2007 годы.

Из имеющихся в статистической отчетности данных для характеристики здоровья и качества жизни населения региона Краснодарского края были отобраны показатели по 5 категориям.

Представлены результаты качества жизни населения по определенным показателям и индексированному показателю КЖН.

В категорию качество населения (КН) были включены следующие показатели: 1)коэффициент рождаемости; 2)коэффициент смертности; 3)коэффициент естественного прироста; 4)коэффициент младенческой смертности; 5)коэффициент миграционного прироста; 6)коэффициент разводимости; 7)коэффициент брачности.

Средний уровень агрегированного показателя качества населения (АПКН) по всем муниципальным образованиям за период 1995 по 2007г. составил 0,5 (2007 – 0,59).

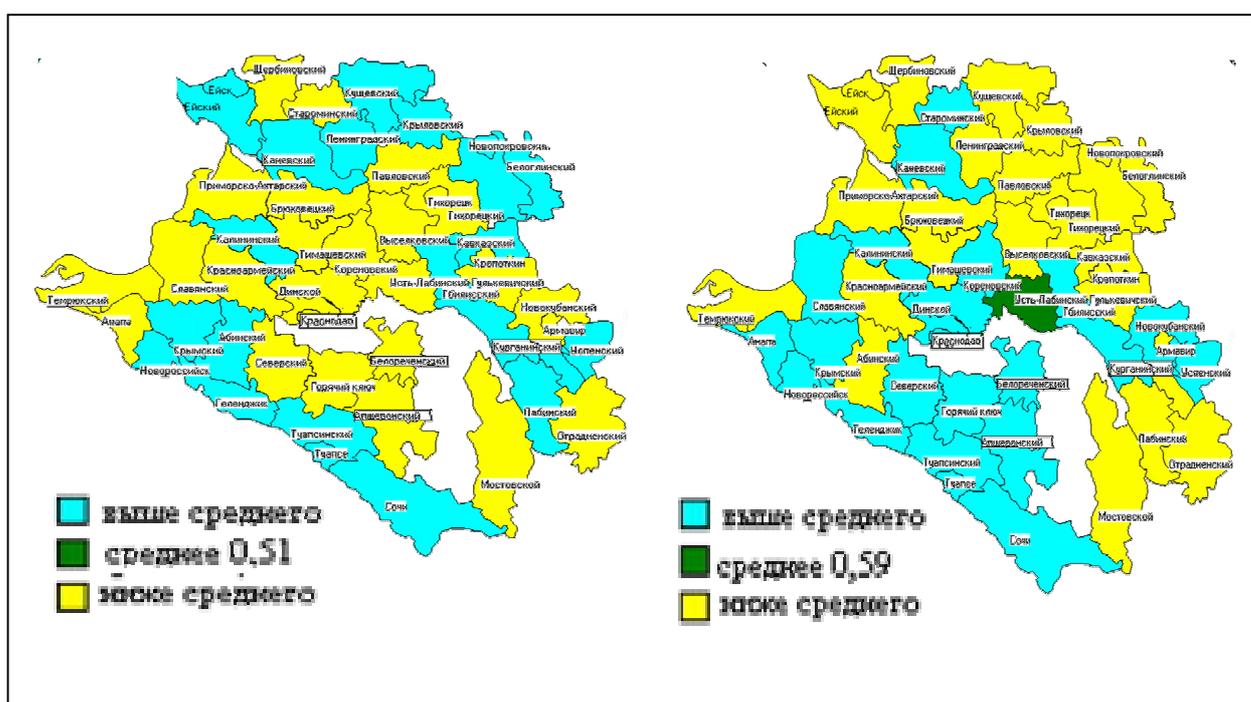


Рис.4. Динамика изменений агрегированного показателя (АПКН) по Краснодарскому краю

За данный период динамика АПКН по Краснодарскому краю характеризовалась тенденцией к повышению.

Наиболее высокие уровни АПКН в 2007г. зарегистрированы в г. Сочи – 0,74 (1995 – 0,55), г. Геленджике – 0,69 (1995 – 0,56), г. Горячем ключе – 0,71 (1995 – 0,46), Калининском районе – 0,62 (1995 – 0,61), Динском районе – 0,69 (1995 – 0,49), Каневском районе – 0,63 (1995 – 0,63), Успенском районе – 0,6 (1995 – 0,63).

Наиболее низкие уровни АПКН в 2007 наблюдались г. Кропоткине - 0,55 (1995 – 0,47), в Абинском районе – 0,56 (1995 – 0,51), Выселковском районе – 0,55 (1995 – 0,37), Гулькевичском районе – 0,55 (1995 – 0,42), Кавказском районе – 0,52 (1995 – 0,56), Лабинском районе – 0,49 (1995 – 0,52), Приморско-Ахтарском районе – 0,53 (1995 – 0,45), Тихорецком районе – 0,46 (1995 – 0,42), Щербиновском районе – 0,42 (1995 – 0,50).

Результаты оценки качества жизни населения по агрегированному показателю: состояние здоровья населения (СЗН). В категорию СЗН были включены следующие показатели: 1)первичная заболеваемость детского населения; 2)первичная заболеваемость подросткового населения; 3)первичная заболеваемость взрослого населения; 4)первичная инвалидность среди детей; 5)первичная инвалидность среди трудоспособного населения; 6)первичная инвалидность среди взрослого населения; 7)смертность мужчин и женщин в трудоспособном возрасте; 8)смертность мужчин в трудоспособном возрасте; 9)смертность женщин в трудоспособном возрасте; 10)смертность населения от транспортных травм всех видов; 11)смертность населения от инфекционных и паразитарных болезней; 12)смертность населения от несчастных случаев, отравлений и травм; 13)смертность от болезней органов пищеварения; 14)смертность населения от болезней органов дыхания; 15)смертность населения от онкологических заболеваний; 16)смертность населения от болезней системы кровообращения; 17)младенческая смертность от инфекционных и паразитарных болезней; 18)младенческая смертность от несчастных случаев, отравлений и травм.

Средний уровень агрегированного показателя состояния здоровья населения (АПСЗН) по всем муниципальным образованиям за период 1995 по 2007г. составил 0,61 (2007 – 0,65). За данный период динамика АПСЗН по Краснодарскому краю характеризовалась тенденцией к повышению. Наиболее высокие уровни АПСЗН в 2007г. зарегистрированы в г. Сочи – 0,67 (1995 – 0,72), г. Краснодаре – 0,71 (1995 – 0,64), г. Геленджике – 0,63 (1995 -0,69), г.Новороссийске – 0,73 (1995 – 0,59), Калининском районе – 0,72 (1995 – 0,74), Крыловском районе – 0,69 (1995 – 0,52) Староминском районе – 0,70 (1995 – 0,73),Тбилисском районе – 0,68 (1995 – 0,69).

Наиболее низкие уровни АПСЗН в 2007 наблюдались в Абинском районе – 0,53 (1995 – 0,56), Апшеронском районе – 0,69 (1995 – 0,45), Белореченском районе – 0,64 (1995 – 0,56), Брюховецком районе – 0,60 (1995 – 0,58), Выселковском районе – 0,65 (1995 – 0,39), Кавказском районе – 0,57 (1995 – 0,64), Кореновском районе – 0,0,67 (1995 – 0,48), Красноармейском районе – 0,65 (1995 – 0,59), Ленинградском районе – 0,53 (1995 – 0,54), Отрадненском районе – 0,62 (1995 – 0,58), Тихорецком районе – 0,54 (1995 – 0,58), Усть-Лабинском районе – 0,65 (1995 – 0,54).

Результаты оценки качества жизни населения по агрегированному показателю: качество социальной сферы (КСС). В категорию КСС были включены следующие показатели: 1) обеспеченность врачами; 2) обеспеченность средним медицинским персоналом; 3) обеспеченность больничными койками; 4) библиотечный фонд общедоступных библиотек; 5) годовые расходы на здравоохранение.

Средний уровень агрегированного показателя качества социальной сферы (АПКСС) по всем муниципальным образованиям за период 1995 по 2007г. составил 0,34 (2007 – 0,34). За данный период динамика АПКСС по Краснодарскому краю характеризовалась тенденцией к повышению. Наиболее высокие уровни АПКСС в 2007г. зарегистрированы в г. Сочи – 0,40 (1995 – 0,54), г. Краснодаре – 0,56 (1995 – 0,52), г. Геленджике – 0,38 (1995 – 0,55), г.Кропоткине – 0,38 (1995 – 0,58), Белоглинском районе – 0,54 (1995 – 0,63),

Кавказском районе – 0,43 (1995 – 0,48), Новопокровском районе – 0,44 (1995 – 0,57), Тихорецком районе – 0,42 (1995 – 0,46).

Наиболее низкие уровни АПКСС в 2007 наблюдались в Абинском районе – 0,024 (1995 – 0,25), Динском районе – 0,19 (1995 – 0,22), Красноармейском районе – 0,22 (1995 – 0,33), Крымском районе -0,22 (1995 – 0,25), Курганинском районе – 0,22 (1995 – 0,31), Северском районе – 0,22 (1995 – 0,27), Славянском районе – 0,25 (1995 – 0,29), Темрюкском районе – 0,19 (1995 – 0,2), Тимашевском районе – 0,23 (1995 – 0,24), Усть-Лабинском районе – 0,25 (1995 – 0,36).

Результаты оценки качества жизни населения по агрегированному показателю: уровень жизни населения (УЖН). В категорию УЖН были включены следующие показатели: 1) уровень зарегистрированной безработицы; 2) среднемесячная номинальная начисленная заработная плата работающих в экономике; 3) средний размер назначенных месячных пенсий всех пенсионеров; 4) площадь жилищ, приходящаяся в среднем на одного жителя; 5) обеспеченность населения собственным легковым автомобилем; 6) обеспеченность населения квартирными телефонными аппаратами; 7) оборот розничной торговли, в расчете на душу населения; 8) объем платных услуг населению, в расчете на душу населения; 9) уровень покупательной способности населения; 10) доля населения с доходами ниже прожиточного минимума.

Средний уровень агрегированного показателя уровня жизни населения (АПУЖН) по всем муниципальным образованиям за период 1995 по 2007г. составил 0,36 (2007 – 0,55). За данный период динамика ИПУЖН по Краснодарскому краю характеризовалась тенденцией к повышению. Наиболее высокие уровни АПУЖН в 2007 г. зарегистрированы в г. Сочи – 0,80 (1995 – 0,22), г. Краснодаре – 0,92 (1995 – 0,23), г. Геленджике – 0,84 (1995 – 0,22), г. Новороссийске – 0,66 (1995 – 0,18), г. Таупсе – 0,64 (1995 – 0,30), г. Анапе – 0,76 (1995 – 0,21), г. Горячий ключ – 0,62 (1995 – 0,09), Брюховецком районе – 0,58 (1995 – 0,22), Кореновском районе – 0,57 (1995 – 0,16).

Наиболее низкие уровни АПУЖН в 2007 наблюдались в Абинском районе – 0,51 (1995 – 0,05), Апшеронском районе – 0,46 (1995 – 0,12), Белореченском районе – 0,51 (1995 – 0,1), Гулькевичском районе -0,51 (1995 – 0,07), Кавказском районе – 0,47 (1995 – 0,07), Крыловском районе – 0,44 (1995 – 0,16), Лабинском районе – 0,50 (1995 – 0,13), Мостовском районе – 0,42 (1995 – 0,09), Отрадненском районе – 0,42 (1995 – 0,13), Тихорецком районе – 0,5 (1995 – 0,1), Успенском районе – 0,46 (1995 – 0,18).

Результаты оценки качества жизни населения по агрегированному показателю: безопасность жизни населения (БЖН). В категорию БЖН были включены следующие показатели: 1) заболеваемость населения сифилисом; 2) .заболеваемость населения туберкулезом; 3) заболеваемость населения ВИЧ – инфекцией; 4) заболеваемость населения наркоманией, токсикоманией; 5) общий травматизм; 6) заболеваемость населения психическими расстройствами; 7) заболеваемость населения злокачественными новообразованиями; 8) заболеваемость населения алкоголизмом; 9) смертность населения от случайных отравлений алкоголем; 10) смертность населения от самоубийств; 11) смертность населения от убийств; 12) число аборт; 13) число зарегистрированных преступлений.

Средний уровень агрегированного показателя безопасности жизни населения (АПБЖН) по всем муниципальным образованиям за период 1995 по 2007г. составил 0,67 (2007 – 0,72). За данный период динамика уровня АПБЖН по Краснодарскому краю характеризовалась тенденцией к повышению. Наиболее высокие уровни АПБЖН в 2007 г.зарегистрированы в Динском районе – 0,75 (1995 – 0,48), Калининском районе – 0,77 (1995 – 0,68), Кореновском районе – 0,76 (1995 – 0,54), Крымском районе -0,72 , (1995 – 0,66), Крыловском районе -0,84 (1995 – 0,71), Тбилисском районе – 0,76 (1995 – 0,68), Темрюкском районе – 0,80 (1995 – 0,56).

Наиболее низкие уровни АПБЖН в 2007 наблюдались в г.Краснодаре – 0,61 (1995 – 0,62), г. Геленджике – 0,63 (1995 – 0,62), г.Новороссийске – 0,72 (1995 – 0,59), г. Горячий ключ – 0,65 (1995 – 0,59), Абинском районе – 0,63

(1995 – 0,49), Лабинском районе – 0,71 , (1995 – 0,50), Ленинградском районе – 0,63 (1995 – 0,52), Славянском районе – 0,67 , (1995 – 0,58), Тимашевском районе – 0,70 (1995 – 0,50), Тихорецком районе – 0,64 (1995 – 0,62).

Результаты оценки качества жизни населения по интегральному показателю качества жизни населения (ИПКЖН).

Средний уровень ИПКЖН по всем муниципальным образованиям за период 1995 по 2007г. составил 0,5 (2007 – 0,57). За данный период динамика ИПКЖН по Краснодарскому краю характеризовалась тенденцией к повышению. Наиболее высокие уровни ИПКЖН в 2007г. зарегистрированы в г. Сочи – 0,66 (1995 – 0,54), г. Краснодаре – 0,58 (1995 – 0,50), г. Геленджике – 0,57 (1995 -0,52), г.Новороссийске – 0,54 (1995 – 0,51), г. Таупсе – 0,54 (1995 – 0,50), Калининском районе – 0,53 (1995 –0,52), Тбилисском районе – 0,53 (1995 – 0,51).

Наиболее низкие уровни ИПКЖН в 2007 наблюдались в Абинском районе – 0,49 (1995 – 0,49), Апшеронском районе – 0,46 (1995 – 0,38), Гулькевичском районе – 0,46 (1995 – 0,37), Лабинском районе – 0,45 (1995 – 0,44), Мостовском районе – 0,47 (1995 – (0,42), Новокубанском районе –0,47 (1995 – 0,39), Северском районе 1995 – 0,46 (1995 – 0,41), Темрюкском районе 1995 – 0,47 (1995 – 0,39), Тимашевском районе – 0,46 (1995 – 0,38), Тихорецком районе – 0,46 (1995 – 0,44), Усть-Лабинском районе – 0,45 (1995 – 0,44).

Анализируя результаты исследований, необходимо сделать вывод, что ИПКЖН в целом по Краснодарскому краю остается низким.

Проведенный в соответствии с предложенной нами в работе методикой анализ агрегированных показателей и интегрального показателя качества жизни населения позволил выявить территории лидеров и территории аутсайдеров, а также субъектов, демонстрирующих четкую позитивную или негативную динамику по этим показателям на отрезке времени с 1995 по 2007гг. В списке 10 лидеров представлены следующие муниципальные образования: г.Сочи, г. Краснодар, г.Геленджик, г.Новороссийск, г.Таупсе,

г.Анапа, Тбилисский район, Калининский район, Белоглинский и Крыловский районы.

В списке 10 аутсайдеров представлены районные муниципальные образования: Новокубанский, Темрюкский, Апшеронский, Гулькевичский, Северский, Тихорецкий, Тимашевский, Усть-Лабинский, Лабинский, Абинский.

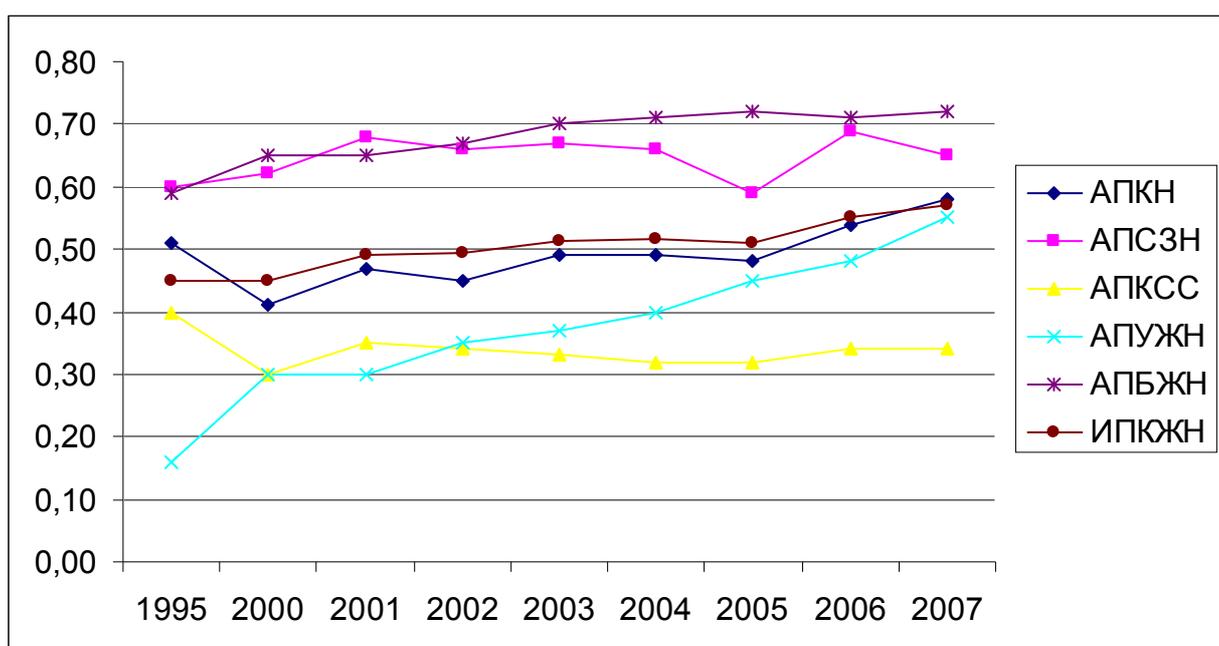


Рис. 5. Динамика изменений агрегированных показателей и интегрального показателя по Краснодарскому краю

Выявленная динамика (позитивная или негативная) категорий качества жизни населения (КЖН) для каждого из муниципальных образований является важной информацией в системе поддержки принятия управленческих решений для административных служб края и муниципальных образований.

Пятая глава «Качество жизни населения Краснодарского края (по данным социологического исследования)»

В главе рассматриваются результаты оценки КЖН населения Краснодарского края. На сегодняшний день наиболее перспективным методом при оценке качества жизни населения представляется социологический метод, позволяющий получить богатую информацию о социальной дифференциации качества жизни. В работе данные, полученные в

результате оценки населением своего здоровья, качества жизни, удовлетворенности медицинскими и социальными услугами были получены путем проведения социологических исследований. Исследования проводились в пяти муниципальных образованиях, всего опрошено более 4500 человек. Представлены результаты исследования в муниципальном образовании «Северский район».

Основная выборка включала 2608 жителей муниципального образования Северский район Краснодарского края в возрасте от 15 до 85 лет (распределенных на 12 возрастных групп респондентов с 5-летним шагом), из них 1187 мужчин и 1421 женщин. Выборка является репрезентативной по полу и возрасту.

В работе представлены результаты изучения уровней социальной фрустрированности и качества жизни населения. При изучении уровней социальной фрустрированности использовалась методика Л.И. Вассермана в модификации В.В. Бойко.

Сегодня здоровье – одно из обязательных условий полноценного выполнения человеком своих профессиональных, функций, а для этого необходимо вести здоровый образ жизни. Установка на здоровый образ жизни появляется не сама по себе, а формируется на протяжении жизни. Отношение к собственному здоровью и здоровому образу жизни – один из важных показателей качества жизни населения. Значим здоровый образ жизни для 47,4% населения МО Северский район, 45,8% лиц пожилого возраста, 41,9% молодежи.

Удовлетворенность сферой медицинского обслуживания населения определена как низкая. Сегодня общепринято говорить о недостатках и путях преодоления низкого качества обслуживания пациентов как в поликлиниках, так и в больницах. Эту тенденцию подтвердило и наше исследование, когда большинство респондентов из всех социальных и возрастных групп указали на неудовлетворенность медицинским обслуживанием по месту жительства.

Среди лиц пожилого возраста только 25% удовлетворены сферой медицинского обслуживания, 62,6% – не удовлетворены и 12,4% затруднились в ответе. На вопрос об изменении доступности медицинской помощи за последние 5 лет 51% опрошенных ответили, что медицинская помощь стала более доступной, 29% респондентов заявили, что помощь менее доступна и 20% затруднились ответить. На вопрос об изменении качества медицинской помощи, 46% ответили, что качество медицинской помощи улучшилось, 31% пожилых людей заявили, что качество помощи ухудшилось, и 23% респондентов затруднились с ответом.

Исследуя жилищно-бытовые условия респондентов, мы выяснили, что 39,6% удовлетворены условиями проживания, а 53,4% не удовлетворены; 7% затруднились ответить на данный вопрос, что так же указывает на наличие социальной фрустрированности у подавляющего большинства респондентов в отношении устройства своего быта и жилья.

Сфера услуг и бытового обслуживания в период реконструкции российского общества была полностью разрушена, а новая не формируется в должном темпе, что отражается непосредственно на потребителях, особенно таких, как пожилые лица и инвалиды. Опрос показал, что только 28,7% граждан пожилого возраста муниципального образования удовлетворены положением дел в сфере бытового обслуживания, а 59% пожилых граждан организацию услуг в этой сфере отметили как неудовлетворительную.

Эффективность и успешность адаптации человека в обществе непосредственно связана с обстановкой в обществе и социально-эмоциональной напряженностью в стране. При опросе граждан мы попытались установить, каким образом обстановка в российском обществе влияет на качество жизни различных социальных слоев граждан. Пожилые граждане и инвалиды обеспокоены данным вопросом и не доверяют ни обещаниям, ни гарантиям о достойной старости и гуманизации общественных взглядов в отношении инвалидов, о чем высказалось 58,7% инвалидов и 64,8% пожилых

людей. Более не удовлетворены обстановкой в обществе мужчины (69,4%), чем женщины (60,2%).

Своим образом жизни в целом удовлетворены 42,8%, в т.ч. женщины – 46,1%, мужчины – 39,4%. Не удовлетворены – 31,9% и затруднились в ответе – 25,3%.

Качество жизни граждан населения Краснодарского края исследовалось нами с помощью международного опросника SF-36. Физический суммарный компонент здоровья включает в себя следующие показатели: физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ), боль (Б), общее здоровье (ОЗ). Психический суммарный компонент здоровья определяет также ряд показателей: жизнеспособность (ЖС), социальное функционирование (СФ), ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ), психическое здоровье (ПЗ).

На рис.6 представлены результаты исследования качества жизни населения в целом и в социальных группах (пожилые люди, инвалиды, молодежь).

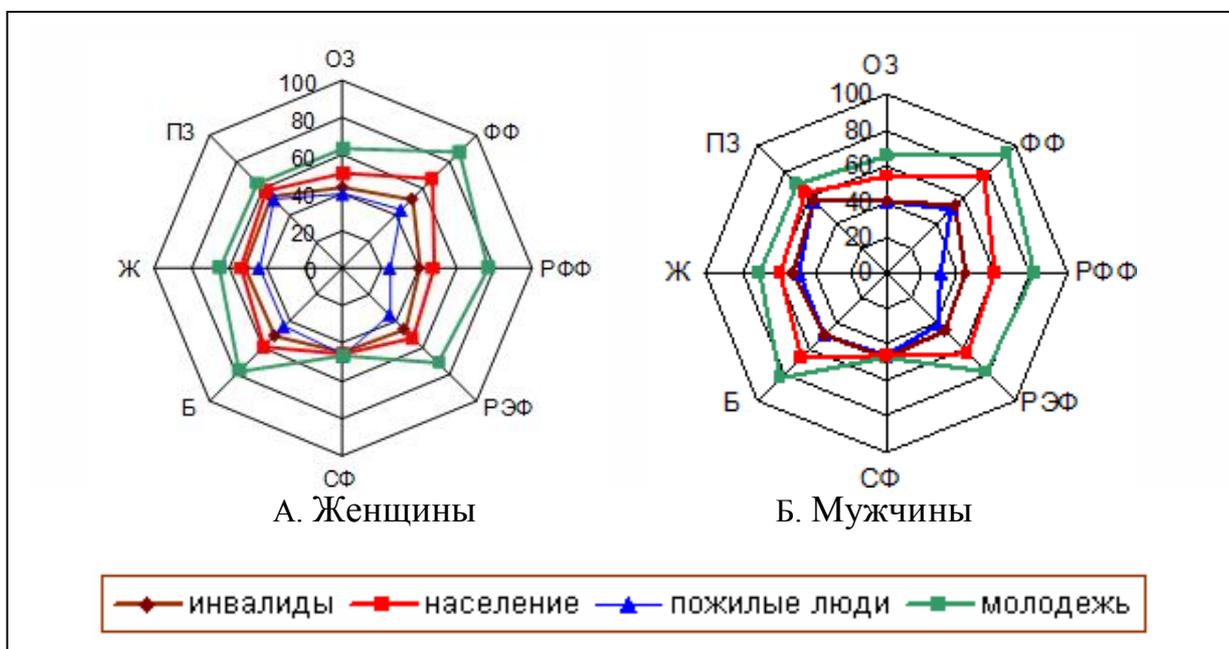


Рис.6. Показатели качества жизни населения

Как видно из графиков, показатели качества жизни граждан пожилого возраста достоверно ниже, чем у населения в целом. У пожилых людей в

первую очередь снижаются показатели общего здоровья, социального функционирования и психического здоровья.

Для изучения основных психологических характеристик психического здоровья и психического функционирования применялись: шкалы – Спилберга-Ханина для самооценки уровней реактивной и личностной тревожности, Цунга - для самооценки уровня депрессии; опросник Айзенка -для самооценки уровня невротизма.

При определении уровней реактивной и личностной тревожности установлено, что у женщин в целом они несколько выше, чем у мужчин. При анализе по возрастному признаку также обнаружено, что уровень тревожности у пожилых людей выше, чем у молодежи. Высокий уровень личностной и реактивной тревожности у пожилых людей наблюдались в 67%(женщины) и 60,2%(мужчины), у молодых людей – в 36% и 39,3%. Средний уровень личностной и реактивной тревожности у пожилых людей отмечен в 23,3%(мужчины) и 33,9%(женщины) опрошенных, у молодежи соответственно – в 37% и 36%.

При определении уровня депрессии (по шкале Цунга) установлено, что у мужчин она менее выражена, чем у женщин. При анализе по возрастному признаку обнаружено, что уровень депрессии у пожилых значительной выше, чем у молодежи. Высокий и средний уровни депрессии у пожилых людей наблюдались в 44,7% и 27,2% опрошенных, у молодежи соответственно – в 16,8% и 14,6%.

Анализ полученных данных позволяет сделать следующие выводы:

1. В популяции муниципального образования Краснодарского края показатели КЖ у мужчин во всех возрастных группах по всем шкалам выше, чем у женщин.

2. Показатели КЖ снижаются с возрастом как у мужчин, так и у женщин. У женщин возрастное снижение КЖ выражено больше, чем у мужчин.

3. Самые высокие показатели в популяции в Краснодарском крае отмечены по шкалам физического функционирования; самые низкие – по шкале социального функционирования.

4. Данные популяционных исследований показателей качества жизни можно использовать при разработке социально-экономических программ развития субъектов федерации, а также для сравнения межпопуляционных различий.

Шестая глава «Система информационно-аналитического обеспечения процесса управления здоровьем и качеством жизни населения региона (на примере Краснодарского края)»

В главе рассматриваются вопросы моделирования и разработки системы информационно-аналитического обеспечения процесса управления здоровьем и качеством жизни населения.

Современный уровень компьютеризации позволяет перейти к оптимизации процесса принятия управленческих решений путем использования информационно-коммуникационных технологий, что позволит повысить качество жизни и улучшить здоровье населения.

Для повышения эффективности процесса принятия управленческих решений в работе разработана и внедрена организационно-функциональная модель информационно-аналитического обеспечения процесса управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях (схема 3).

При разработке и внедрении модели были выполнены следующие задачи.

1. Сформулированы методики комплексной оценки качества жизни и здоровья населения, деятельности здравоохранения и условий среды обитания с использованием интегральных показателей, позволяющих создать единую информационно-аналитическую модель социально-гигиенического и социально-экономического мониторинга на региональном и муниципальном уровне.

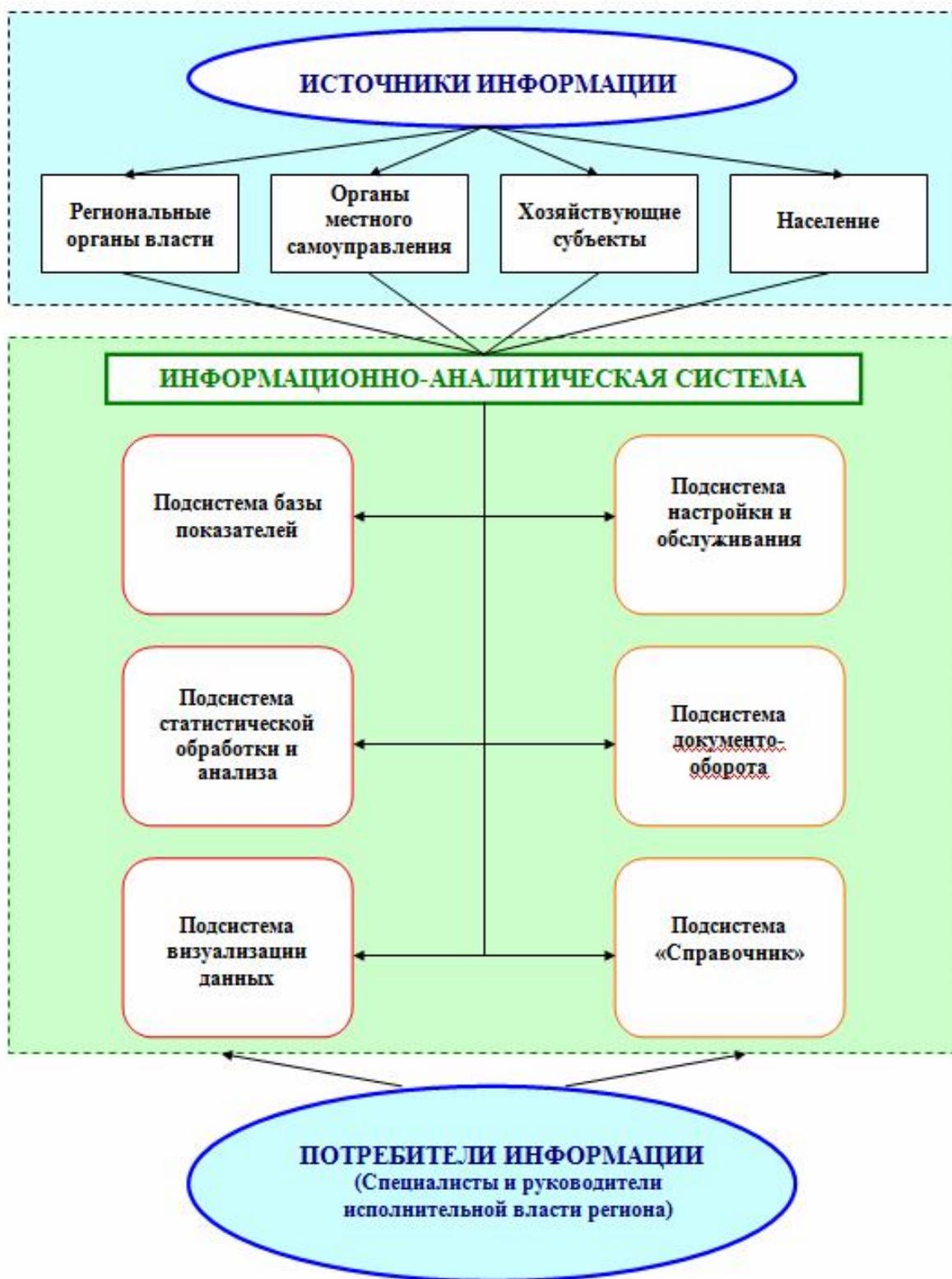


Схема 3. Организационно-функциональная модель информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях

2. Разработана информационно-аналитическая система «Качество жизни и здоровье населения Краснодарского края» как инструмент социально-гигиенического и социально-экономического мониторинга на региональном уровне в виде программного продукта.

3. Разработана на основе информационно-аналитической системы многомерная классификация районов и городов (муниципальных образований – МО) Краснодарского края по интегральным показателям с целью анализа и прогнозирования показателей качества жизни и здоровья населения.

По сравнению с разработанными системами предлагаемая система имеет следующие преимущества и особенности:

- работа является комплексным, многоплановым исследованием и посвящена впервые проведенному на территории Краснодарского края многостороннему исследованию состояния здоровья и качества жизни населения, в том числе сельского;

- выявлены новые закономерности и особенности медико-демографических процессов в Краснодарском крае в сравнении с РФ на основе углубленного исследования их состояния и динамики в период социально-экономических реформ (1990-2007гг).

При построении программного комплекса информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем (ПК ИАОУ КЖиЗ) населения на муниципальном и региональном уровне были реализованы следующие основные принципы:

- полнота отображения процессов, проходящих на территории Краснодарского края, что определяется достаточностью набора наблюдаемых показателей, характеризующих медико-демографические процессы, состояние здоровья населения и социально-экономическое положение;

- наличие оценок, характеризующих динамику изменения наблюдаемых показателей;

- своевременность, наглядность и информативность представляемых данных о состоянии здоровья и качестве жизни.

Функциями программного комплекса информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем (ПК ИАОУ КЖиЗ) населения на муниципальном и региональном уровне являются:

- автоматизация сбора и хранение первичной информации, характеризующей здоровье и качество жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- создание базы данных объективных и субъективных показателей здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- аналитическая обработка информации с целью оценки уровня здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- формирование и представление информационно-аналитических материалов по результатам мониторинга здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- обеспечение устойчивой и непрерывной обратной связи в контуре управления здоровьем и качеством жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- обеспечение информационного взаимодействия субъектов информационных отношений в системе мониторинга здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края.

Основные задачи, решаемые с помощью ПК ИАОУ КЖиЗ управленческими структурами на региональном и муниципальном уровне:

- сбор, предварительная обработка, верификация накоплений и хранение первичных данных, характеризующих уровень здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- прогнозирование значений показателей целевых ориентиров уровня здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

- оценка текущих и прогнозных значений показателей здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

– оценка динамики изменений значений показателей здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

– разработка и представление пользователям информационно-аналитических материалов по оценке достижения целевых ориентиров уровня здоровья и качества жизни населения муниципальных образований Краснодарского края;

– предоставление информации мониторинга должностным лицам исполнительных органов государственной власти Краснодарского края.

Программный комплекс информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем (ПК ИАОУ КЖиЗ) включает в себя шесть подсистем (схема 3):

1. Подсистема базы показателей предназначена для создания новых баз данных и редактирования уже существующих.

2. Подсистема статистической обработки и анализа реализует следующие методы обработки данных: корреляционный анализ, кластерный анализ, тренды.

3. Подсистема визуализации данных предназначена для представления данных в виде таблиц, графиков, диаграмм, картограмм (рис.7.).

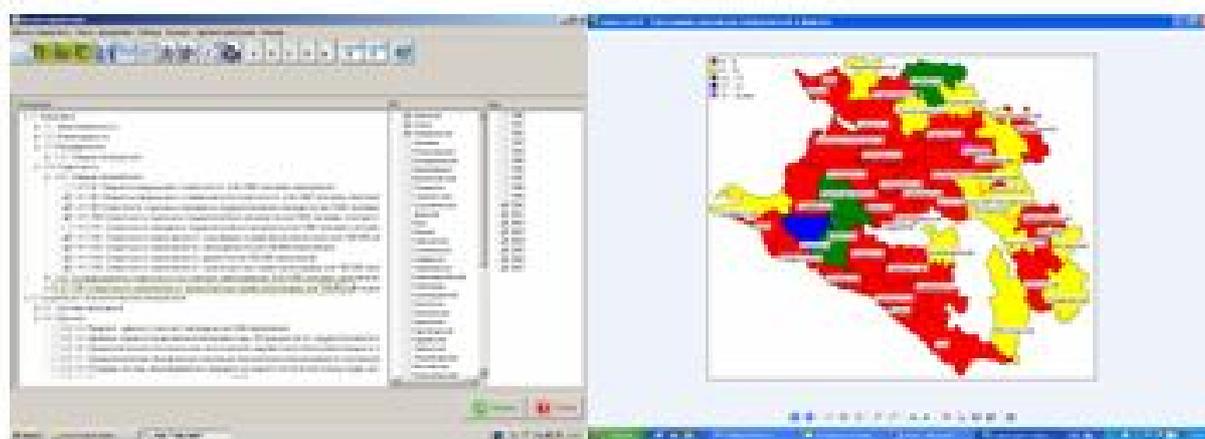
4. Подсистема настройки и обслуживания системы позволяет настроить параметры системы.

5. Подсистема документооборота позволяет создавать необходимые отчеты, производить вывод данных из таблиц, графиков, картограмм на печать.

6. Справочная подсистема предоставляет пользователю компетентную информацию по работе с системой.

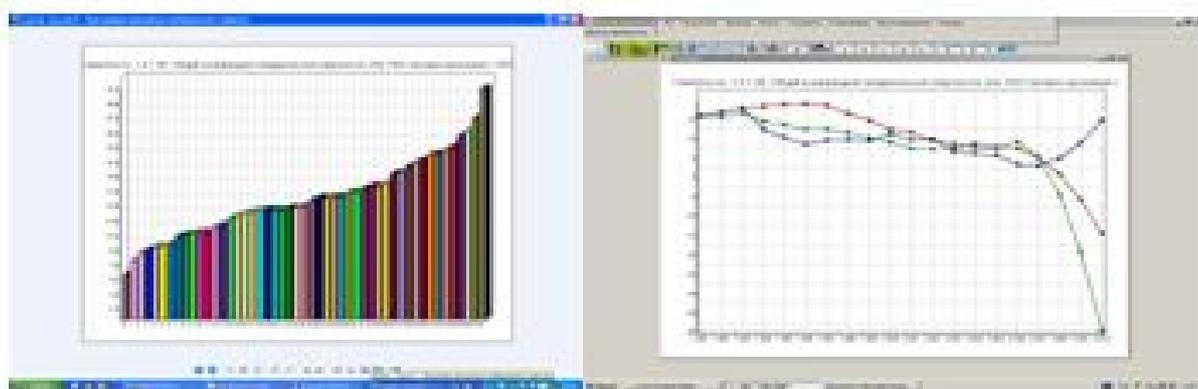
Эффективность разработанного программного комплекса и организационно-функциональных механизмов интеграции его результатов в деятельность управленческих структур на региональном и муниципальных уровнях, наряду с ее очевидными социально– экономическими и медицинскими составляющими и направленностью на улучшение здоровья и повышение качества жизни населения, имеет и определенный экономический эффект,

выражающийся в снижении финансовых затрат процесса подготовки и принятия управленческих решений.



а)

б)



в)

г)

Рис.7. Фрагменты интерфейсов подпрограмм:

- а) подсистема базы показателей: Меню выбора показателей;
- б) подсистема визуализации данных: окно «Картограмма»;
- в) подсистема визуализации данных: окно «Вертикальная диаграмма»;
- г) подсистема статистической обработки и анализа: окно «Тренды»

Таким образом, разработанный и научно- обоснованный программный комплекс информационно аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях позволит повысить эффективность организационно-функционального взаимодействия субъектов и объектов управления здоровьем и качеством жизни населения.

Выводы

1. Методология мониторинга состояния здоровья и качества жизни населения требует дальнейшего развития и совершенствования. Необходимо изменение подходов к изучению состояния здоровья и качества жизни населения, отличных от традиционного анализа, ограничивающегося рамками отраслевых статистических форм.

2. В Краснодарском крае сформировался и сохраняется регрессивный тип возрастной структуры населения. На фоне снижения доли населения моложе трудоспособного возраста в 2007 г. до 16 % (в 1990 г. – 23,5 %), доля населения старше трудоспособного возраста остается высокой и составляет по краю 22,8% (в 1990г. -21,9%). Особенно высок удельный вес населения старше трудоспособного возраста в сельской местности.

3. На основе комплексной оценки здоровья и качества жизни населения в Краснодарском крае показано, что медико-демографические процессы подвержены общим закономерностям, отмеченным для РФ в целом. Но, несмотря на более благоприятную демографическую ситуацию в Краснодарском крае, чем в целом по России, ситуация в крае остается сложной. С 1990 года на Кубани как и в целом по России началась депопуляция - социально-демографический процесс, характеризующийся прежде всего таким сокращением рождаемости, которое не компенсирует имеющийся уровень смертности.

4. В оценке качества жизни населения Краснодарского края использовались нормированные и агрегированные показатели, а также интегральный показатель. Это вызвано тем, что принцип единства, сопоставимости данных, заложенных в агрегированных и интегральном показателях, позволяет выполнить объемные, комплексные исследования, а полученная оценка является необходимым инструментом для принятия управленческих решений.

5. В результате проведенного исследования проблем агрегирования и интеграции в анализе качества жизни были разработаны алгоритм и модель

интегральной оценки качества жизни населения, лежащие в основе научно-методического подхода к унифицированной оценке, сравнению и ранжированию, а также выявлению асимметрии изучаемых городов и районов Краснодарского края по изучаемым показателям.

6. Анализ значений агрегированных показателей категорий качества жизни населения показал, что на протяжении всего периода исследования в Краснодарском крае имела место поляризация муниципальных образований по данному критерию. При этом во все годы состав полярных групп оставался практически неизменным (за исключением категории АПБЖН): в число «лидеров» устойчиво входили г. Краснодар и города Черноморского побережья, а в число «аутсайдеров» - подавляющее большинство районных муниципальных образований. Анализ значений агрегированного показателя безопасности жизни населения показал, что в число «лидеров» устойчиво входили подавляющее большинство районных муниципальных образований, а в число «аутсайдеров» - г. Краснодар и города Черноморского побережья.

7. Анализ значений интегрального показателя качества жизни населения показал, что на протяжении всего периода исследования в число «лидеров» устойчиво входили г. Краснодар и города Черноморского побережья, а в число «аутсайдеров» - подавляющее большинство районных муниципальных образований. Подобное положение дел вряд ли может быть оправданным.

8. Проведенный в соответствии с предложенной нами в работе методикой анализ агрегированных показателей и интегрального показателя качества жизни населения позволил выявить территории лидеров и территории аутсайдеров, а также субъектов, демонстрирующих четкую позитивную или негативную динамику по этим показателям на отрезке времени с 1995 по 2007гг. В списке 10 лидеров представлены следующие муниципальные образования: г.Сочи, г.Краснодар, г.Геленджик, г.Новороссийск, г.Туапсе, г.Анапа, Тбилисский район, Калининский район, Белоглинский и Крыловский районы. В списке 10 аутсайдеров представлены районные муниципальные образования: Новокубанский, Темрюкский, Апшеронский, Гулькевичский,

Северский, Тихорецкий, Тимашевский, Усть-Лабинский, Лабинский, Абинский. Выявленная динамика (позитивная или негативная) категорий качества жизни населения (КЖН) для каждого из муниципальных образований является важной информацией в системе поддержки принятия управленческих решений для административных служб края и муниципальных образований.

9. Выявлены особенности субъективной оценки уровня здоровья и качества жизни сельских жителей. К субъективным показателям отнесены: удовлетворенность образом жизни, материальное положение и условия проживания, образованность, наличие профессии и удовлетворенность содержанием своей работы; значимость карьерного роста; уровень медицинского обслуживания; здоровый образ жизни; семейное положение. Субъективная оценка показала, что в популяции муниципального образования Краснодарского края показатели КЖ у мужчин во всех возрастных группах по всем шкалам выше, чем у женщин. Показатели КЖ снижаются с возрастом как у мужчин, так и у женщин. У женщин возрастное снижение КЖ выражено больше, чем у мужчин. Самые высокие показатели в популяции в Краснодарском крае отмечены по шкале физическое функционирование; самые низкие – по шкале социальное функционирование.

10. Создана информационно-аналитическая модель мониторинга здоровья и качества жизни населения. Модель включает следующие блоки: информационный, информационно-аналитический; информационно-технологический. Разработанный и научно-обоснованный программный комплекс информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровнях позволит повысить эффективность организационно-функционального взаимодействия субъектов и объектов управления здоровьем и качеством жизни населения.

Предложения

1. Министерству здравоохранения и социального развития РФ:

1.1. Рассмотреть вопрос о целесообразности использования результатов настоящего исследования при разработке федеральных, региональных комплексных программ социально-экономического развития, программ повышения качества жизни, предусматривающих создание системы регионального и муниципального мониторинга социально-экономических показателей, здоровья и качества жизни населения в целях контроля за реализацией программ и осуществления социального индикативного планирования при формировании государственной политики в области обеспечения качества жизни населения

1.2. С целью совершенствования управления социальной сферой, повышения эффективности регулирования качества и уровня жизни населения рассмотреть вопрос о разработке социальных стандартов качества жизни населения.

1.3. Для оптимизации информационно-аналитического сопровождения программ по охране здоровья и улучшения качества жизни населения необходимо дальнейшее развитие мониторинга состояния здоровья и качества жизни на федеральном, региональном и муниципальном уровнях.

2. На региональном и муниципальном уровнях целесообразно использовать установленные в ходе исследования закономерности формирования здоровья и качества жизни населения для оптимизации медико-социального контроля за определенными контингентами, особый акцент должен быть направлен на отдельные социальные группы.

3. Концептуальные основы стратегии улучшения здоровья и качества жизни населения должны строиться на взаимодополнении мер экономического, социально-медицинского характера при взаимодействии всех ветвей органов государственного управления. Здоровье нации и качество жизни населения должны стать идейной платформой для объединения усилий органов власти и

общественных организаций. Особенно важно, чтобы этот процесс проходил на местах – на региональном и муниципальном уровнях.

4. Необходимо обеспечить функционирование системы дифференцированного контроля со стороны администрации края и ответственности глав муниципальных образований за состояние здоровья и качество жизни населения в каждом районе (городе) региона.

Список научных трудов опубликованных по теме диссертации Публикации в журналах, рекомендованных ВАК

1. Терентьев Л.А. Мониторинг безопасности здоровья и качества жизни. //Нижегородский медицинский журнал.- 2008.- №2.- вып.1.- С.83-88.

2.Терентьев Л.А. Кластерный анализ и прогнозирование демографических процессов в Краснодарском крае. Терентьев Л.А., Деркаченко В.Н., Зубков А.Ф //Нижегородский медицинский журнал.- 2008.- №2.- вып.1.- С.79-83.

3.Терентьев Л.А. Качество жизни граждан пожилого возраста, проживающих в сельской местности. //Успехи геронтологии.- 2008.- Т.21. -№2. - С. 330 – 334.

4. Терентьев Л.А. К вопросу мониторинга качества жизни населения на муниципальном уровне. //Общественное здоровье и здравоохранение.- 2008.- №2. - С.37 – 40.

5.Терентьев Л.А. Информационно-аналитическое обеспечение управления здоровьем и качеством жизни населения региона. Терентьев Л.А., Саакян Р.Р. //Вестник Российского университета дружбы народов.-2008.- №7.- С.549-553.

6. Терентьев Л.А. Формирование здоровьесберегающей среды в социальном вузе. //Вестник Российского университета дружбы народов.-2008.- №7. - С.554-559.

7. Терентьев Л.А. Анализ медико-демографических процессов в Краснодарском крае. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. №1.- С.-6-11.

8. Терентьев Л.А. Психическое здоровье и качество жизни граждан, проживающих в сельской местности. Терентьев Л.А., Селезнев С.Б., Зиновьева Э.Х. //Сибирский вестник психиатрии и наркологии, 2009.№1, С.-20-23.

9. Терентьев Л.А. Качество жизни населения региона (на примере Краснодарского края). //Вестник Санкт-Петербургского университет, серия медицина, вып.1.2009. С.- 176-183.

10.Терентьев Л.А. «Программный комплекс информационно-аналитического обеспечения управления качеством жизни и здоровьем населения на муниципальном и региональном уровне» Шпехт И.А., Терентьев Л.А., Саакян Р.Р. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009612296 Федеральной службы по интеллектуальной

собственности, патентам и товарным знаком. Зарегистрировано в Реестре программ для ЭВМ 6 мая 2009 г.

Публикации

11. Терентьев Л.А. О развитии здравоохранения Анапского района. Терентьев Л.А., Бабаев А.С., Тюняев Ю.К. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе. - 1998. - №2. С.19-21.

12. Терентьев Л.А. Программы интегрированной профилактики неинфекционных заболеваний и их роль в охране здоровья населения Федерального курорта Анапа. Терентьев Л.А., Захаров Н.И. /Тезисы докладов научно-практической республиканской конференции с участием членов международной программы СИНДИ. - Оренбург, 1998. С.17-18.

13. Терентьев Л.А. Медико-демографические показатели населения Анапы. Терентьев Л.А., Шеина О.Н. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе.- 1999. - №3. С.34-35.

14. Терентьев Л.А. Вопросы охраны здоровья матери и ребенка в Анапе. Терентьев Л.А., Сугоняк Н.Н. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе.-1999. - №3. С.35-38.

15. Терентьев Л.А. Состояние здоровья населения города-курорта Анапа. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе.- 2000.- №4. С.33-34.

16. Терентьев Л.А. Профилактика неинфекционных заболеваний у детей. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе.- 2000.- №4. С.34-35.

17. Терентьев Л.А. Здоровье населения Анапы и деятельность учреждений здравоохранения: Статистические материалы 1990-1999гг. – Анапа, 2000 – 64 с.

18. Терентьев Л.А. Основные проблемы состояния здоровья населения города-курорта Анапа. Терентьев Л.А., Сугоняк Н.Н., Малов В.А. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе.- 2001.- №5. С.43-45.

19. Терентьев Л.А. О состоянии здоровья населения города-курорта Анапа. Терентьев Л.А., Покровский В.Н., Кропачев В.Ю., Слободин С.А. /Труды V международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». - Сочи, 2002. С.49-54.

20. Терентьев Л.А. Состояние здоровья населения приморских курортов Краснодарского края. Терентьев Л.А., Кропачев В.Ю., Покровский В.Н. /Труды VI международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». - Сочи, 2003. С.388-390.

21. Терентьев Л. А. Основы социальной медицины: Учебно-методическое пособие. – Анапа: АФМГСУ, 2004. – 92 с.

22. Терентьев Л. А. К вопросу об организации мониторинга общественного здоровья на муниципальном уровне. /Труды VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». - Сочи, 2004. С. 246-250.

23. Терентьев Л.А. Здоровый образ жизни студентов и его формирование. /Труды VII Международной конференции «Современные технологии восстановительной медицины». - Сочи, 2004. С.687-691.

24. Терентьев Л.А. Здоровье и здоровый образ жизни: мнение студентов социального университета. Долматова Н.В., Терентьев Л.А. /Материалы всероссийской научно-практической конференции «Физическая культура и спорт как один из факторов национальной безопасности в условиях Северного Кавказа.- Нальчик, 2004. С.15-19.

25. Терентьев Л.А. К вопросу об организации социального мониторинга на муниципальном уровне. Терентьев Л.А., Долматова Н.В. /IV Международный социальный конгресс.- М., 2004. С. 255-257.

26. Терентьев Л.А. Здоровье населения Анапы и деятельность учреждений здравоохранения. – Анапа, АФ МГСУ, 2004 – 104 с.

27. Терентьев Л.А. Здоровье здорового человека: Учебно-методическое пособие. – М.; Анапа, 2006. – 132 с.

28. Терентьев Л.А. Здоровье и здоровый образ жизни студенчества (на примере социального университета Терентьев Л.А., Долматова Н.В. /Материалы конференции: Третьи Демидовские чтения «Российская молодежь сегодня и завтра».- М., 2004. С.202-206.

29. Терентьев Л.А. О факторах риска для здоровья молодежи. Терентьев Л.А., Зиновьева Э.Х., Радзивилова М.А., Елькова Л.С. /Материалы конференции Третьи Демидовские чтения «Российская молодежь сегодня и завтра».- М., 2004. С.197-201.

30. Терентьев Л.А. Проблемы создания здоровьесохраниющего пространства в вузе. Психологический аспект Зиновьева Э.Х., Терентьев Л.А., Радзивилова М.А., Елькова Л.С. /Материалы всероссийской научно-практической конференции «Физическая культура и спорт как один из факторов национальной безопасности в условиях Северного Кавказа.- Нальчик, 2004. С.3-5.

31. Терентьев Л.А. О некоторых факторах риска здоровья и организация мониторинга состояния здоровья подростков и студенческой молодежи на муниципальном уровне. Терентьев Л.А., Зиновьева Э.Х., Радзивилова М.А., Елькова Л.С. /Материалы всероссийской научно-практической конференции «Физическая культура и спорт как один из факторов национальной безопасности в условиях Северного Кавказа.- Нальчик, 2004. С.5-10.

32. Терентьев Л.А. Социальное и духовное здоровье человека: концептуальные подходы. Радзивилова М.А., Терентьев Л.А., Зиновьева Э.Х., Елькова Л.С. /Материалы всероссийской научно-практической конференции «Физическая культура и спорт как один из факторов национальной безопасности в условиях Северного Кавказа.- Нальчик, 2004. С.13-15.

33. Терентьев Л.А. Антинаркотическая профилактика в подростково-молодежной среде как медико-педагогическая проблема. Долматова Н.В., Терентьев Л.А. /Тезисы докладов XII годичного собрания Южного отделения РАО и XXIV психолого-педагогических чтений Юга России.- Часть IV. – Ростов н/Д: Изд-во РГПУ, 2005. С.86-88.

34. Терентьев Л.А. Мониторинг состояния здоровья подростков и студенческой молодежи. /Тезисы докладов XII годичного собрания Южного

отделения РАО и XXIV психолого-педагогических чтений Юга России. Часть IV. – Ростов н/Д: Изд-во РГПУ, 2005. С.150-153.

35. Терентьев Л.А. Социальное здоровье студенческой молодежи. Елькова Л.С., Терентьев Л.А., Радзивилова М.А., Зиновьева Э.Х. /Материалы VI Международной научно-практической конференции. – М.: Изд-во РУДН, 2005. С.168.

36. Терентьев Л.А. Личное здоровье в системе ценностных ориентаций студентов социального университета. Зиновьева Э.Х., Терентьев Л.А., Радзивилова М.А., Елькова Л.С. /Материалы VI Международной научно-практической конференции. – М.: Изд-во РУДН, 2005 С.185.

37. Терентьев Л.А. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи в условиях высшей школы. /Международная научно-практическая конференция «Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: История и современность. МНИЦ. - Пенза, 2005. С 205-209.

38. Терентьев Л.А. К вопросу об организации социального мониторинга качества уровня жизни на муниципальном уровне. /Межвузовский сборник научных трудов. «Научные концепции повышения жизненного уровня населения на современном этапе развития России. - Кисловодск, 2005. С 215-220.

39. Терентьев Л.А. Мониторинг состояния здоровья подростков и студенческой молодежи. /Межрегиональная научно-практическая конференция молодых ученых и студентов «Развитие социально-культурной сферы Северо-Кавказского региона».- Краснодар,2005. С 75-77.

40. Терентьев Л.А. К вопросу организации мониторинга здоровья подростков и студенческой молодежи. /Международная научно-практическая конференция «Актуальные проблемы сохранения и укрепления здоровья молодежи сибирского региона». - Иркутск, 2006. С 180-181.

41. Терентьев Л.А. Формирование здорового образа жизни студенческой молодежи в ВУЗЕ. /Материалы международной конференции Организация и методика учебного процесса, физкультурно-оздоровительной и спортивной работы» IX междуниверситетская научно-методическая конференция. – М., 2006. С-145-146.

42. Терентьев Л.А. Формирование здорового образа жизни у подрастающего поколения. /Материалы II всероссийского форума «Здоровье нации - основа процветания Росси.- М., 2006. С-114-115.

43. Терентьев Л.А. Мониторинг здоровья и качества жизни населения на муниципальном уровне. /Материалы 7 международного социального конгресса «Глобализация: настоящее и будущее России».- М., 2006. С.-111-112.

44. Терентьев Л.А. Мониторинг состояния здоровья молодежи. /Материалы VII Международной научно-практической конференции «Здоровье и образование в XXI веке». – М.: Изд-во РУДН, 2006. С.498-499.

45. Терентьев Л.А. Здоровье подрастающего поколения – основа процветания Кубани. /Материалы III Международного конгресса «Медико-экологические и социально-экономические проблемы, пути их решения».- Анапа, 2006. С.-67-69.

46. Терентьев Л.А. Состояние здоровья населения приморских городов Краснодарского края. /Материалы III Международного конгресса «Медико-экологические и социально-экономические проблемы, пути их решения».- Анапа, 2006.С.-98-100.

47. Терентьев Л.А. Мониторинг здоровья и качества жизни населения на региональном и муниципальном уровнях. /Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье населения - основа процветания России» 14-16 февраля 2007. – М.: Изд-во РГСУ, 2007 С. 213-217.

48. Терентьев Л.А. Социально-демографические процессы и сельская молодежь. /Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье населения - основа процветания России» 14-16 февраля 2007. – М.: Изд-во РГСУ, 2007. С. 217-221.

49. Терентьев Л.А. Канонический анализ показателей качества жизни населения. /Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье населения - основа процветания России» 14-16 февраля 2007. – М.: Изд-во РГСУ, 2007. С. 55-64.

50. Терентьев Л.А. Мониторинг безопасности здоровья и качества жизни населения на региональном и муниципальном уровнях. /Материалы научно-практических конгрессов III всероссийского форума (здоровье нации - основа процветания России). Том 2, часть 2.- М., 2007. С. 225-227.

51. Терентьев Л.А. Концепция охраны здоровья населения города – курорта Анапа на 2007-2014 годы. Терентьев Л.А., Журавлев О.Е., Севрюкова В.С., Ионов П.К. //Санаторно-курортное лечение и отдых в Анапе.- 2007. -№9. С.17-21.

52. Терентьев Л.А. Информационное сопровождение управления процессами повышения качества жизни в регионе. /Материалы Всероссийской научно-практической конференции «Здоровье населения - основа процветания России» 24-25 апреля 2008 года.- Анапа.: Изд-е филиала РГСУ в г.Анапа, 2008. С. 208-211.

53. Терентьев Л.А. Динамика и гендерные особенности смертности населения трудоспособного возраста региона. (по материалам Краснодарского края). Материалы научно – практических конгрессов IV Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Москва, 2008. Том 3. С. 69 – 71.

54.Терентьев Л.А. Анализ и прогнозирование показателей качества жизни населения на основе интеллектуализированной системы классификации муниципальных образований (на примере Краснодарского края). Саакян Р.Р., Терентьев Л.А., Шпехт И.А. //Таврический вестник информатики и математики. Симферополь: ТНУ, 2008.- Вып.2. С. 175-178.

55.Терентьев Л.А. Психическое здоровье и качество жизни граждан. Зиновьева Э.Х., Терентьев Л.А. Материалы научно – практических конгрессов IV Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Москва, 2008. Том 3. С. 290 – 292.

56. Терентьев Л.А. Качество жизни населения, проживающего в сельской местности. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием «Здоровье населения - основа процветания России» - 22-23 апреля 2009г.– Анапа: Изд-во филиала РГСУ в г.Анапе, 2009. С.199-203.

57. Терентьев Л.А. Социальное здоровье современной молодежи (на примере молодежи Северного Кавказа). Терентьев Л.А. , Елькова Л.С., Радзивилова М.А., Зиновьева Э.Х. Материалы III Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России» - 22-23 апреля 2009г.– Анапа: Изд-во филиала РГСУ в г.Анапе, 2009. С. 203-206.

58. Терентьев Л.А. Особенности медико-демографических тенденций в Краснодарском крае. Материалы научно – практических конгрессов V Всероссийского форума «Здоровье нации – основа процветания России». Москва, 2009. Том 2. С. 78 – 79.

59.Терентьев Л.А. Интеллектуальная система анализа и прогнозирования показателей качества жизни населения на примере Краснодарского края. Шпехт И.А., Терентьев Л.А., Саакян Р.Р. Материалы восьмой международной научно-практической конференции "Исследование, разработка и применение высоких технологий в промышленности" /Санкт - Петербург: 2009. – С. 239 -244

60. Терентьев Л.А. «Электронный атлас здоровья и качества жизни населения Краснодарского края». Терентьев Л.А., Сердюков А.Г., Шпехт И.А., Саакян Р.Р. / ФГУ «Южный окружной медицинский центр федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию». Анапа, 2010.

61.Терентьев Л.А.Разработка и реализация информационной аналитической системы технологического мониторинга сложных социально-экономических объектов. Саакян Р.Р., Терентьев Л.А., И. Соколик Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России», 21-22 апреля 2010 года. – Анапа: Изд-во филиала РГСУ в г. Анапе, 2010. С. 229-231

62.Терентьев Л.А. Информационно-аналитическая система динамического мониторинга социально-экономического состояния административно-территориальных единиц Краснодарского края для управления качеством жизни и здоровьем населения на региональном и муниципальном уровне. Саакян Р.Р., Терентьев Л.А., Шпехт И.А. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России», 21-22 апреля 2010 года. – Анапа: Изд-во филиала РГСУ в г. Анапе, 2010. С. 231-233.

63. Терентьев Л.А. К вопросу оценки качества жизни населения. Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Здоровье населения - основа процветания России», 21-22 апреля 2010 года. – Анапа: Изд-во филиала РГСУ в г. Анапе, 2010. С. 268-271

Список используемых сокращений

АПКН - агрегированный показатель качества населения

АПСЗН - агрегированный показатель состояния здоровья населения

АПКСС - агрегированный показатель качества социальной сферы

АПУЖН - агрегированный показатель уровня жизни населения

АПБЖН - агрегированный показатель безопасности жизни населения

ГОУ ВПО АГМА - Государственное образовательное учреждение Высшего профессионального образования «Астраханская государственная медицинская академия»

ГОУ ВПО РГСУ - Государственное образовательное учреждение Высшего профессионального образования «Российский государственный социальный университет»

ИПКЖН - интегральный показатель качества жизни населения

КЖ – качество жизни

МО – муниципальные образования

