

**Государственный научно-исследовательский
испытательный институт военной медицины**

В.И. Евдокимов, И.Б. Ушаков

Качество жизни специалистов экстремальных профессий

**Библиографический реферативный
указатель, 1993–2003 гг.**

Серия «Полезная библиография» ; выпуск 3

**Воронеж
2004**

УДК 016: [36 : 61]
ББК 66.3 (2 Рос)3
Е-155

Евдокимов В.И. Качество жизни специалистов экстремальных профессий : библиографический реферативный указатель, 1993–2003 гг. / В.И. Евдокимов, И.Б. Ушаков ; Гос. науч.-исслед. испытат. ин-т военной медицины. – Воронеж : Истоки, 2004. – 207 с. – (Полезная библиография ; вып. 3)

Библиографический реферативный указатель подготовлен доктором медицинских наук Владимиром Ивановичем Евдокимовым и членом-корреспондентом РАН и РАМН, доктором медицинских наук профессором Игорем Борисовичем Ушаковым.

В книге представлены рефераты отечественных работ, посвященных изучению качества жизни населения России за период 1993–2003 гг. Под качеством жизни понимается медико-психологическая категория, имеющая социальные, экономические и даже политические грани.

Первый раздел указателя содержит рефераты (кн., журн. ст., тез. докл. конф., 108 назв.), раскрывающих методологию категории качества жизни населения. Второй раздел сборника (реф. 175 назв.) посвящен вопросам качества жизни специалистов экстремальных профессий (летный состав, оперативный персонал АЭС, ликвидаторы последствий чрезвычайных ситуаций, военнослужащие, пожарные и т.д.).

Библиографическое описание рефератов в каждом разделе располагается в алфавитном порядке по ГОСТ 7.1-2003. Реферативный указатель представляет интерес работникам библиотек и лицам, занимающимся изучением проблем качества жизни и профессиональной надежности специалистов экстремальных профессий.

ISBN 5-88242-398-X

© Евдокимов В.И., 2004
© Ушаков И.Б., 2004
© Истоки, 2004

Содержание

| | Стр. |
|---|------|
| Список сокращений | 3 |
| От качества жизни общества к качеству жизни специалистов экстремальных профессий | 4 |
| 1. Методологические вопросы категории качества жизни | 43 |
| 2. Качество жизни специалистов экстремальных профессий | 99 |
| Алфавитный указатель | 199 |
| Перечень периодических и продолжающихся изданий . | 204 |

Список сокращений

АЭС – атомная электростанция
ВВП – валовой внутренний продукт
ВВС – Военно-Воздушные силы
ВЛЭ – врачебно-летная экспертиза
ВМС – военно-морские силы
ВМФ – Военно-морской флот
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ВРП – валовой региональный продукт
ВС – Вооруженные силы
ВЦУЖ – Всероссийский центр уровня жизни
ГА – гражданская авиация
ГПС – государственная противопожарная служба
ИБС – ишемическая болезнь сердца
ИТР – инженерно-технические работники
ИРЧП – индекс развития человеческого потенциала
КЖ – качество жизни
ЛС – летный состав
НИОКР – научно-исследовательская и опытно-конструкторская
работа
НЦД – нейроциркуляторная дистония
ОВД – отдел внутренних дел
ПЗ – профессиональное здоровье
ПС – покупательная способность
РФ – Российская Федерация
ФА – фронтовая авиация
ЧАЭС – Чернобыльская атомная электростанция

ОТ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА К КАЧЕСТВУ ЖИЗНИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

Проявившееся в последние годы внимание к качеству жизни охватило различные слои общества. Об этом свидетельствуют упоминания о необходимости улучшения качества жизни у населения страны в выступлениях Президента России и др. Оценка качества жизни, изучение его сущности, накопление о нем необходимой научной информации стала проблемой, имеющей высокую общественную и государственную актуальность.

Проблема качества жизни и, в частности качества жизни специалистов экстремальных профессий, приобретает высокую научно-практическую значимость. Связано это, во-первых, с тем, что эти специалисты поддерживают работу дорогостоящих объектов и нарушения в технологической эксплуатации этими объектами грозят серьезными техногенными катастрофами, во-вторых, напряженность и экстремальность профессиональной деятельности оказывают неблагоприятное влияние на психофизиологическое состояние и значительно ухудшают здоровье у этих специалистов.

Хотя и декларируется государственная социальная защищенность специалистов экстремальных профессий (более ранние сроки ухода на пенсию, расширенный перечень медико-социальных услуг и др.), однако в настоящее время должного внимания не уделяется даже объективным условиям жизни (материальное положение, жилищные условия и др.), а при оценке качества жизни специалистов экстремальных ус-

ловий очень важно учитывать сложность взаимосвязей не только объективных, но и субъективных компонентов качества жизни, в том числе удовлетворенность жизнью, социальным положением, профессиональными и семейными отношениями и др.

В современной научной литературе под **качеством жизни** понимается система жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение научно-обоснованных потребностей и развитие человека (групп населения, общества), удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой.

Категория «качество жизни» объединяет категории «уровень жизни» и «образ жизни», которые до некоторого времени по определенным идеологическим соображениям в нашей стране подменяли категорию качество жизни. Да и система плановой распределительной и закрытой экономики основное внимание уделяла росту производительных сил, экономических показателей в ущерб личному потреблению и, тем более, показателей благосостояния и уровня жизни общества.

Советские исследователи, изучая концепции качества жизни зарубежных ученых, ошибочно отмечали, что «они не представляли собой отдельного направления в буржуазной идеологии» В отечественной литературе использовались понятия «благосостояние народа», «уровень жизни», за которыми скрывались ложные гуманистические определения

В доступной научной литературе 1980-х гг. нами были найдены единичные работы, в которых указывалось влияние материально-бытовых условий жизни, характера семейных отношений на надежность и эффективность профессиональной деятельности специалистов экстремальных профессий. Изучать эти аспекты жизнедеятельности у летчиков, моряков, подводников, пожарных, операторов АЭС и др. было непрестижно и невозможно. Стоит указать и на такой факт, что вопросы социальной защищенности этих профессионалов в то время находились на достаточно высоком уровне.

В конце 80-х начале 90-х гг. XX в. произошли серьезные социально-экономические преобразования постсоветского пространства и вместе с образованием новых государств возникли и новые до сих пор неизвестные для России про-

блемы: безработица, резкое уменьшение уровня жизни, огромная дифференциация доходов у слоев населения, преобладание смертности над рождаемостью, снижение продолжительности жизни, нравственный кризис общества и т.д.

Можно полагать, что указанные проблемы и другие стратегические риски стали причиной значительного роста техногенных аварий и катастроф (см. реф. 1.4, 1.25, 2.1). Все это в какой-то степени обусловило более серьезное отношение к методологии и методике изучения качества жизни общества в целом и качества жизни специалистов экстремальных профессий.

Измерение качества жизни исторически проводилось двумя способами: определением объективных условий жизни и изучением субъективных оценок качества жизни. Указанное определило формирование двух концептуальных моделей качества жизни: объективной и субъективной (психологической).

Представители объективной модели определяли качество жизни результатами статистических показателей (заработная плата, рождаемость, безработица, экологическое неблагополучие и т.д.). Приверженцы второй модели (психологической) характеризовали значение качества жизни в субъективных оценках индивида и считали, что их формирование происходит на основе жизненного опыта и что они связаны с восприятием, психическими состояниями и др. Эта сторона качества жизни у специалистов экстремальных профессий исследована пока в меньшей мере.

К сожалению, следует отметить, что в современной научной литературе, хотя и констатируется необходимость учитывать сложность взаимосвязей как объективных, так субъективных показателей качества жизни, однако в работах очень часто отмечается преобладание одних показателей в ущерб других.

Например, достаточно часто показатели качества жизни определенных профессионально-популяционных групп ограничивается данными уровня жизни и, наоборот, в методологических статьях обширно дискутируются вопросы о современных проблемах и определениях качества жизни, падении нравственности и ни слова не говорится об уровне жизни.

Не претендуя на полноту изложения, в данной вступительной статье нами будут указаны основные определения и показатели уровня жизни, образа жизни и качества жизни специалистов экстремальных профессий. При необходимости более подробного изучения предмета исследований даются ссылки к определенным рефератам.

Уровень жизни – это уровень потребления материальных и духовных благ в сопоставлении с исторически обусловленными социальными нормативами потребления. В документах ООН отмечается, что уровень жизни определяется как уровень удовлетворения потребностей населения, обеспеченной массой товаров и услуг, используемых в единицу времени [26].

Для измерения уровня жизни во Всероссийском центре уровня жизни (ВЦУЖ) разработан интегральный показатель, используемый в отдельных регионах страны для практических целей.

Системообразующим фактором уровня жизни являются человеческие потребности, возникающие и реализующиеся в сфере потребления (экономические, интеллектуальные, социальные, физические и др. интересы). Более подробно структура профессиональных потребностей представлена в реф. 1.14.

Уровень жизни, с одной стороны, обуславливается степенью развития самих потребностей, а, с другой – количеством и качеством жизненных благ и услуг, используемых для их удовлетворения.

Потребление населения определяется ресурсами (доходами и имуществом), поэтому чаще всего уровень жизни рассматривается в экономической системе «ресурсы–потребление». Для измерения и проведения сравнительных оценок уровня жизни населения стран и отдельных групп могут быть использованы социальные параметры (рис. 1).

Под социальными параметрами в статистической практике и хозяйственном обиходе понимаются показатели, характеризующие социальную сферу, ее структуру, отношения между людьми, их потребности и интересы, формы и методы их удовлетворения, показатели измеряющие и оценивающие

уровень и динамику доходов, потребления населения, их дифференциацию, определяющие их факторы [26].

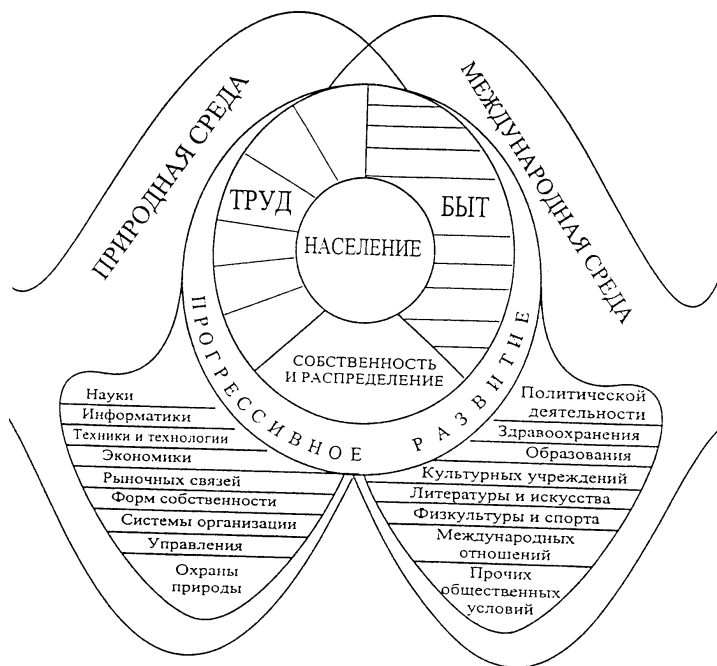


Рис. 1. Социальная сфера в структуре общественного производства (по Мстиславскому П.С., 2003).

Социальные параметры – это существенные показатели, которые выступают измерителями степени достижения целей общественного развития (достойного уровня и качества жизни) (Мстиславский П.С., 2003). Ядро этой системы образует население и демографические показатели, раскрывающие рождаемость, смертность населения, уровень здоровья, долгожительство, уровень образования, миграцию и др.

Параметры, освещающие жизнь населения, сгруппированы в три сферы:

- трудовая (оплата труда, продолжительность рабочего дня, безопасность труда, занятость, безработица и др.);

- распределительная (уровень и структура доходов, их дифференциация, налоговая система и др.);
- бытовая (личное потребление: питание, обеспеченность жильем, здравоохранение, образование, культура и др. социальные услуги).

Дополняют эти параметры показатели качества окружающей среды, которые отражают природные условия и международные отношения.

Обобщение социальных параметров создает группу макросоциальных параметров. К макросоциальным параметрам могут быть отнесены: численность населения, плотность населения, продолжительность жизни, образованность людей, валовой внутренний (национальный) продукт (ВВП) на душу населения, индекс развития человеческого потенциала (ИРЧП), личное потребление по доле в ВВП и по среднедушевому уровню в сопоставимых данных, государственное потребление, дифференциация доходов и др.

Уровень жизни населения – это отношение доходов к стоимости жизни. Основные показатели уровня жизни населения России см. в реф. 1.15. Стоимость жизни может обобщенно учитываться с помощью потребительских бюджетов или фиксированной потребительской корзины, определяемых индексами стоимости жизни.

Можно полагать, что удобным простым показателем уровня жизни (U), отвечающим данному определению, является соотношение среднедушевого дохода (D) и усредненного прожиточного минимума (Min) [5]:

$$U = \frac{D}{Min}. \quad (1)$$

Денежные доходы специалистов экстремальных профессий определяются выплаченной заработной платой (начисленной заработной платой, скорректированной с учетом возможной просроченной задолженности), социальными выплатами (пенсии, пособия, стипендии, страховые возмещения и прочие выплаты в денежной форме), доходами от собственности в виде процентов по вкладам, ценных бумаг, дивидендами и другими доходами.

Денежные доходы за вычетом обязательных платежей и взносов составляют собой располагаемые денежные доходы.

На рис. 2 представлена среднемесячная номинальная начисленная зарплата работников организаций по отраслям экономики и величина прожиточного минимума у населения РФ в 2001 г. [27].

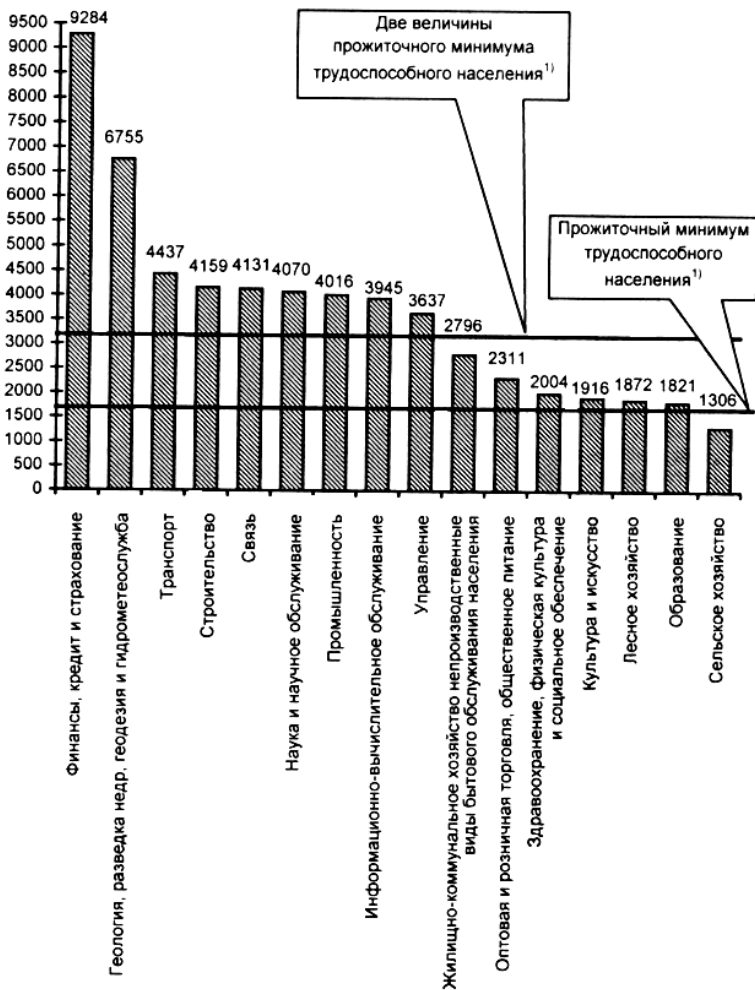


Рис. 2. Зарплата в отраслях экономики и величина прожиточного минимума у населения РФ.

Скрытая (официально не учтенная) заработная плата – это часть заработной платы, выплачиваемая в формах, не подлежащих налогообложению: из денежной выручки без оформления платежной ведомости, в виде денежной помощи, кредитов, выплат через систему страхования, с депозитных счетов в банках, в натуральной форме путем покупки работникам недвижимости, предметов длительного пользования и т.п.

Наличие скрытой заработной платы стало общепризнанным и бесспорным явлением. На вопрос о том, получают ли работники заработную плату по основному месту работы, ответили 39,4–43,2 % опрошенных лиц (Федченко А.А., 2001). Следует заметить, что специалисты экстремальных профессий, работая на государственных предприятиях, менее всех категорий работающих имеют возможность получить скрытую заработную плату.

В России удельный вес зарплаты в ВВП составляет 25 %, а с учетом отчислений в социальные фонды – 33 %. Это почти в 2 раза меньше, чем в экономически развитых странах. Почему это так – причин много. Можно полагать, что россиянам просто недоплачивают (Починок А.П., 2001; реф. 1,81). Но одна из причин данного явления: наличие скрытой заработной платы, которая также и уменьшает производительность труда

Например, отношение темпов роста производительности труда (ВВП на одного трудящегося) к зарплате в РФ в 1998 г. было 1,63. Для сравнения: в период 1991–1997 гг. в США оно было ниже 1,05, а во Франции в период 1994–1988 гг. – около 1,01 (Смирнов М.А., 2000; реф. 1.89).

Условия и факторы, определяющие доход работников представлены на рис. 3.

Денежные расходы специалистов экстремальных профессий определяются расходами на покупку товаров и оплату услуг, обязательными платежами и разнообразными взносами (налоги и сборы, платежи по страхованию, взносы в общественные и кооперативные организации, проценты за кредиты и др.), сбережениями, расходами на покупку иностранной валюты.

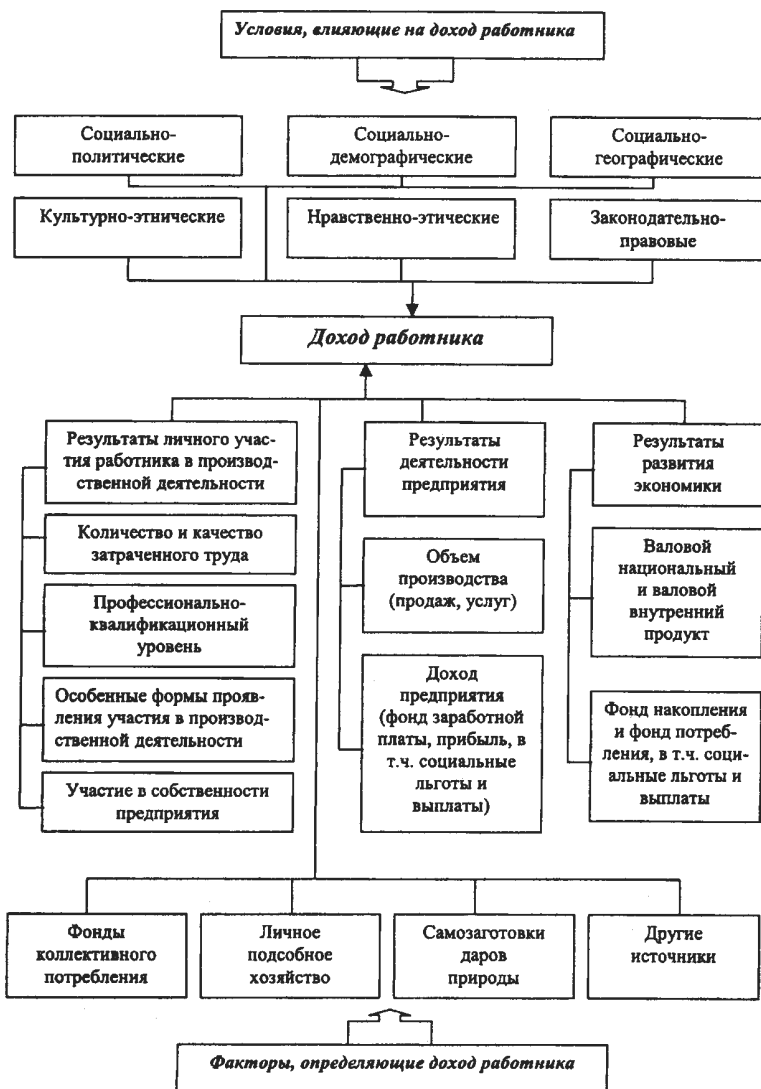


Рис. 3. Условия и факторы, определяющие доход работника (по Федченко А.А., 2001).

Проведенный мониторинг покупательной способности населения показал, что в период 1994–2000 гг. в распределении населения по уровню покупательской способности значительная часть населения сконцентрировалась в интервалах с его низкими значениями (Литвинов В.А., 2002; реф. 1.60).

При определении уровня жизни отдельной критериально-профессиональной группы населения или общества в целом фактическое потребление необходимо сравнивать с социальными нормативами потребления и, таким образом, выявляя степень удовлетворения потребностей. Важную роль среди социальных нормативов придается потребительским бюджетам.

Потребительские бюджеты представляют свод конкретных доходов и расходов специалистов в натуральном и денежном измерении.

Соотношение фактического текущего потребления с потребительскими бюджетами определяет уровень и структуру текущего потребления и позволяет формировать потребительские стандарты различных социальных групп и их потребительское поведение.

Выделяются потребительские бюджеты:

-прожиточный минимум (ПМ) – уровень бедности, малоимущности;

-минимальный потребительский бюджет (МПБ) – воспроизводственное потребление, социально-приемлемый достаток;

-бюджет высокого достатка (БВД) – достаточно высокий уровень потребления, рассчитанный на расширенное воспроизводство и удовлетворение разумных потребностей, уровень достатка.

В табл. 1 представлено распределение населения РФ по величине прожиточного минимума [27]. Расчет произведен на основе методических рекомендаций Минтруда России от 10.11.1992 г. в соответствии с Указом Президента РФ от 2.03.1992 г. № 210 «О системе минимальных потребительских бюджетов населения Российской Федерации».

Система потребительских бюджетов выявляет слои населения. Например, могут выделяться слои с различным уровнем материального достатка (табл. 2):

Таблица 1

Величина прожиточного минимума в 1992–2001 гг.
(в среднем на душу населения; руб. в месяц; до 1998 г. – тыс. руб.)

| Год | Все население | В том числе по социально-демографическим группам | | | Отношение среднедушевых денежных доходов населения к величине прожиточного минимума, % |
|------|---------------|--|------------|--------|--|
| | | трудоспособное население | пенсионеры | дети | |
| 1992 | 1,9 | 2,1 | 1,3 | 1,8 | 210 |
| 1993 | 20,6 | 23,1 | 14,4 | 20,7 | 220 |
| 1994 | 86,6 | 97,4 | 61,0 | 87,4 | 238 |
| 1995 | 264,1 | 297,2 | 186,2 | 268,6 | 195 |
| 1996 | 369,4 | 415,6 | 260,5 | 373,2 | 208 |
| 1997 | 411,2 | 462,4 | 289,9 | 415,1 | 229 |
| 1998 | 493,3 | 554,7 | 347,9 | 498,2 | 205 |
| 1999 | 907,8 | 1002,8 | 639,9 | 901,7 | 183 |
| 2000 | 1210,0 | 1320,0 | 909,0 | 1208,0 | 189 |
| 2001 | 1500,0 | 1629,0 | 1144,0 | 1499,0 | 204 |

1) бедные (с доходами ниже прожиточного минимума);

2) низкообеспеченные (с денежными доходами выше прожиточного минимума, но ниже минимального потребительского бюджета);

3) средние (относительно-обеспеченные) (с доходами выше минимального потребительского бюджета, но ниже бюджета высокого достатка);

4) богатые (потребление и доходы выше бюджета высокого достатка).

Проведенный нами анализ уровня жизни специалистов экстремальных профессий показал неравномерность материальной обеспеченности в данной популяционно-профессиональной группе. Например, обследование оперативного персонала Нововоронежской АЭС выявило достаточно удовлетворительную степень их социальной защищенности, а группа обследованных военнослужащих (летный состав ВВС) относилась к бедным слоям населения (см. реф. 2.31, 2.33, 2.38, 2.132, 2.134).

Таблица 2

**Распределение населения России по уровню
материального достатка [Ур. и кач. на рубеж. веков]**

| Слой населения | Доходы | Численность населения, % | |
|-------------------------------------|--|--------------------------|---------|
| | | 2000 г. | 2001 г. |
| Бедные | До прожиточного минимума (ПМ) | 48,3 | 42,7 |
| Низко-обеспеченные | От ПМ до минимального потребительского бюджета (МПБ) | 27,2 | 27,5 |
| Относительно обеспеченные (средние) | От МПБ до бюджета высокого достатка (БВД) | 19,7 | 24,9 |
| Состоятельные и богатые | Свыше БВД | 4,8 | 4,9 |

Более подробно методологические и методические аспекты начисления заработной платы и определения доходов населения представлены в рефератах данного издания: 1.12, 1.15, 1.22, 1.60, 1.71, 1.81, 1,84, 1.89, 1.93, 1.97, 1.101, 1.102, 1,107, 2.129, 2.134.

Образ жизни – философско-социологическая категория, характеризующая совокупность типичных видов жизнедеятельности индивида, социальной группы, общества в целом на определенном этапе развития в единстве с условиями жизни.

Образ жизни – определенный, исторически обусловленный тип, вид жизнедеятельности или определенный способ деятельности в материальной и нематериальной (духовной) сфере жизнедеятельности людей (Лисицын Ю.П., 1985).

Составные части образа жизни отдельного человека – это сменяющиеся во времени формы жизнедеятельности, основными из которых являются: труд (время работы, учебы); быт, природно-географические условия, пассивная форма жизнедеятельности (физический отдых, сон) и деятельность в свободное время, в том числе социальная активность (общественно-политическая, деятельность по совершенствованию образования, культуры, семейно-бытовая жизнедеятельность, досуг, обычаи, привычки). Анализ различных аспектов образа жизни является важной предпосылкой разработки программ социально-экономического развития.

Образ жизни – повседневная реализация человеком основных жизненных ценностей. Понятие образа жизни позволяет выявить ценностные ориентации людей и причины их поведения (стиля жизни), обусловленные укладом (социально-экономическим строем) и уровнем жизни (материальным благосостоянием).

Образ жизни может быть отнесен к воздействиям, непосредственно обуславливающим общественное и индивидуальное здоровье. Однако управляемая модель «образ жизни –здоровье» в отличие от модели «качество жизни–здоровье» не имеет обратной связи, обусловленной оценкой человеком его жизни на основе принципа саноцентричности. Для образа жизни реальны его качественные характеристики, к нему не приложимы термины «высокий», «низкий» и т. п.

Уровень жизни, уклад жизни, качество жизни представляются как условия жизни, а образ жизни – как стиль жизни. Под стилем жизни подразумевают индивидуально усваиваемый личностью способ поведения, обладающий определенной автономностью (Карсаевская Т.В., 1991).

Понятие **«качество жизни»** традиционно рассматривается в различных аспектах – философском, физическом, медико-экологическом, экономическом и социологическом. Мы будем трактовать его прежде всего в медико-экологическом смысле, не отрицая наличия определенных «переходных зон» с другими областями.

Д.Ж. Марковичем (1997) справедливо указывается, что в сущности основная трудность в формулировке понятия «качество жизни» заключается в его специфике. Качество жизни подразумевает использование большего числа факторов по сравнению с каким-либо другим показателем, который применялся до настоящего времени.

Это понятие предполагает наличие определенных индивидуальных характеристик: потребности, ценности, характерные особенности, жизненная философия, семейные отношения др. Следовательно, речь идет о специфическом и комплексном многофакторном понятии, учитывающем N-мерную комбинацию различных внешних и внутренних факторов.

Не вызывает сомнений, что проблему качества жизни невозможно изучать отдельно от экологических проблем со-

временности, так как любая модель типа «качество жизни–здоровье» будет серьезно модифицироваться глобальными государственными, политическими и экологическими решениями. Сильное влияние могут также иметь исторические акценты.

Качество жизни – это одновременно и цель, и результат деятельности, осуществляемой человеческим обществом (Методика ..., 2000). По мнению западных социологов и экономистов, обществу необходимо сделать разумный выбор: либо количество – рост заработной платы и производства товаров потребления, увеличивающееся удовлетворение материальных запросов, жилье и т.д., либо качество жизни – здравоохранение, экология, образование, культура, информационное обеспечение и т.д. Упомянутые понятия, особенно «здравоохранение» и «экология» (т.н. качество окружающей среды) так или иначе входят во все определения качества жизни.

Качество жизни является изменчивой категорией и не предполагает существования его постоянного определения. Следует учитывать, что «качество жизни по-разному понимается в отдельных странах. А именно, в бедных обществах экономический рост является условием развития социального благосостояния и развития качества жизни, а в промышленно развитых странах качество жизни становится условием дальнейшего экономического роста, а значит, условием дальнейшего накопления, распространения и использования знаний» (Рус В., 1985).

Невзирая на то что его наиболее характерной чертой является жизненный уровень населения, многие исследования показали, что повышение материального благосостояния людей не ведет автоматически к росту качества жизни. Напротив, в условиях экологического кризиса становится сомнительным рост качества жизни в промышленно развитых странах. Поэтому в целях сохранения и повышения качества жизни необходимо принимать во внимание то, что резкий рост производительных сил ведет не только к созидательным, но и разрушительным последствиям (Кокбућ, 1989).

Жизнь человека, включая духовную, производственную, игровую, творческую и т.д., сопровождается истощением биологических, психофизиологических, социальных резервов

организма и личности, что создает период нарушения адаптации (предболезни). Вот почему идеал медицины – профилактика – при всех ее положительных чертах пока не стала комплексной наукой и в полной мере включила в свою структуру знания социологии, гигиены, физиологии, психологии, так как ориентирована на болезнь, а не на здоровье. Отсюда традиционные показатели – койки, лекарства, больницы, бюллетени по нетрудоспособности, являющиеся главным предметом анализа состояния здоровья.

Исследование же качества жизни должно включать как чисто медицинский компонент, так и социальный. В ряде случаев (это наглядно показала авария на Чернобыльской АЭС) социальный аспект более весом с позиции целенаправленной коррекции условий жизнедеятельности людей через социальные механизмы поддержания гомеостаза.

Переход к широкомасштабным исследованиям качества жизни населения невозможен без определения медико-биологических критериев, создания адекватных алгоритмов исследования и разработки обобщенных информативных показателей. Именно поэтому понятие «качество жизни» совершенно справедливо внесено в ряд Законов РФ, однако конкретные критерии и методы оценки качества жизни еще только предстоит разработать.

Итак, проблема взаимодействия трех чрезвычайно сложных аспектов: качества жизни, здоровья (в том числе профессионального) и устойчивости человека экстремальных профессий к факторам внешней среды (экологической резистентности) крайне сложна и на сегодняшний день не может быть решена однозначно для всех регионов и на все времена. Проблема очень динамична, и различные ее аспекты в разные периоды истории имеют разные акценты.

Качество жизни во многом зависит от потребления продуктов производства, а уровень производства во многом определяется профессиональным здоровьем и трудоспособностью населения. Неизлечимые болезни, трудовые потери по состоянию здоровья увеличивают стоимость продукции, что в свою очередь приводит к ограничению затрат на утилизацию отходов производства, экологию. Такое ограничение влияет на здоровье населения, в том числе на профессиональное. Круг замкнулся.

Качество жизни не может быть глобальным усредненным понятием. Глобализация понятия качества жизни применительно к Чернобыльской проблеме, «уход» от главного экологического фактора приводят к его иррациональности, не намечают эффективный путь исследования и определения критериев. Качество жизни различно для разных социальных когорт, стран, регионов. Точнее говорить о качестве жизни как для конкретного индивида, так и для социального слоя, однако, крайне осторожно следует переносить данное понятие на более крупные популяции.

Основными показателями качества жизни специалистов экстремальных профессий являются: социально-экономические (потребление в связи с геоэкологией и гигиеной производства и уровень риска жизни); медико-биологические (продолжительность жизни, заболеваемость, смертность, характеристики потомства и семьи); и, наконец, медико-социальные (уровень развития здравоохранения, информационное обеспечение население: радио, печать, общение) (см. реф. 2.1, 2.132, 2.140–2.159, 2.166, 2.173).

Основополагающим фактором качества жизни специалистов экстремальных профессий является состояние здоровья (индивидуальное, профессиональное, семейное, общественное). Здоровье населения в профилактической медицине рассматривается как показатель благополучия нации, как фактор, отражающий непосредственное влияние на производительность труда и в целом на экономический потенциал страны.

Высокий риск ухудшения психофизиологического состояния в процессе профессиональной деятельности и нарушений в состоянии здоровья у специалистов экстремальных профессий способствовал развитию концепции профессионального здоровья – здоровья здорового работающего человека экстремальных профессий (Пономаренко В.А., 1990; Бугров С.А. и др., 1993) (см. реф. 2.1, 2.97, 2.99, 2.101, 2.115).

Проведенные исследования показали, что уже на этапе разработки и эксплуатации летательных аппаратов отмечается значительное превышение санитарно-гигиенических норм обитания (табл. 3).

Безусловно, эти и другие факторы экстремальной деятельности снижали функциональные резервы организма, на-

дежность и эффективность деятельности, приводили к расстройствам состояния здоровья и уменьшали профессиональное долголетие.

Таблица 3

Некоторые профессиональные вредности труда и заболеваемость у авиационных специалистов

| Вид вредностей труда | Превышение санитарной нормы | | Заболеваемость | |
|---------------------------|----------------------------------|--|---|---|
| | летный состав | технический состав | летный состав | технический состав |
| Шум | В 1,5–2 раза | В 2–3 раза | Снижение слуха до 35–56 % | Снижение слуха до 86 % |
| Вибрация | Вертолетная авиация в 1,2–2 раза | – | Симптомы вибрационной болезни у 26–78 % | – |
| Горюче-смазочные средства | – | Периодическое превышение на рабочем месте в 5–10 раз | | Заболеваемость кожи в 6 раз, трахеобронхит выше в 2,5 раз |

Статистические данные показывают, что в РФ в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, в 2001 г. в промышленности работали 27,5 % мужчин и 15,5 % женщин, были заняты в строительстве соответственно 11,2 и 6,3 %. Работали в промышленности под воздействием повышенного (ной): уровня шума, ультра- и инфразвукового воздействия 11,0 %; уровня вибрации 2,2 %; запыленности воздуха рабочей зоны 6,7 %; загазованности воздуха рабочей зоны 6,0 % трудящихся. Удельный вес трудящихся, занятых во вредных условиях труда, представлен нами в табл. 4–6 и рис. 4 [27].

Профессиональное здоровье – это «состояние и процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и социального благополучия, обеспечивающих высокую надежность профессиональной деятельности, профессиональное долголетие и максимальную продолжительность жизни» (Пономаренко В.А., 1991).

Концепция профессионального здоровья специалистов экстремальных профессий объединяет следующие характеристики:

1) оценку состояния здоровья, влияние на нее профессиональной деятельности, острых, кумулятивных и отдаленных последствий влияния профессиональной деятельности;

2) оценку надежности профессиональной деятельности;

3) изучение уровня мотивационной сферы, духовного и социального благополучия.

Интегральная оценка профессионального здоровья должна представлять собой совокупность результатов по всем направлениям и не может быть удовлетворительной при неблагоприятии даже одной из позиций, приведенных в определении профессионального здоровья.

Таблица 4

Удельный вес мужчин (м) и женщин (ж), занятых во вредных и опасных условиях труда в 2001 г.

(% от общей численности работников соответствующего пола и отрасли)

| Отрасль экономики | Промышленность | | Строительство | | Транспорт | | Связь | |
|---|----------------|------|---------------|-----|-----------|-----|-------|-----|
| | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| Работали в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам | 27,5 | 15,5 | 11,2 | 6,3 | 16,9 | 7,4 | 3,7 | 1,7 |
| Работали в условиях повышенного (ной): | | | | | | | | |
| ●уровня шума, ультра- и инфразвукового воздействия | 13,7 | 7,5 | 3,1 | 1,0 | 8,0 | 3,2 | 3,2 | 0,9 |
| ●уровня вибрации | 3,3 | 0,7 | 1,7 | 0,3 | 3,4 | 1,3 | 0,1 | 0,0 |
| ●запыленность воздуха рабочей зоны | 8,7 | 4,1 | 2,7 | 2,0 | 1,8 | 0,6 | 0,3 | 0,0 |
| ●загазованности воздуха рабочей зоны | 7,4 | 3,9 | 4,2 | 2,2 | 3,2 | 1,1 | 1,3 | 0,1 |
| ●уровня неионизирующего излучения | 0,9 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,3 | 0,1 |
| ●уровня ионизирующего излучения | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,0 |
| Заняты тяжелым физическим трудом | 5,2 | 1,2 | 4,6 | 3,0 | 4,9 | 1,1 | 0,4 | 0,1 |
| Работали на оборудовании, не отвечающем требованиям безопасности | 0,6 | 0,2 | 0,1 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |

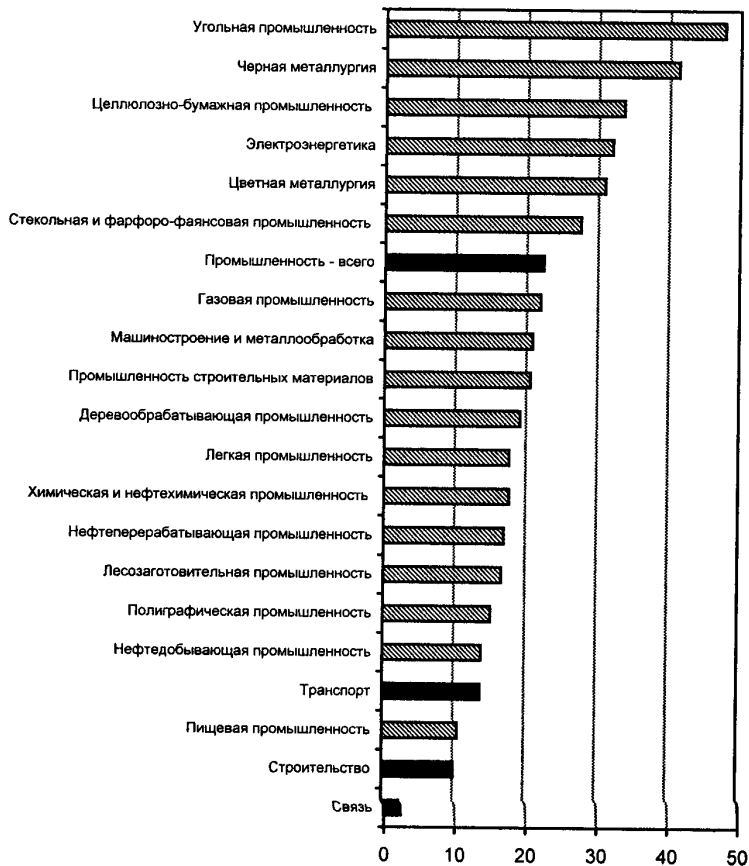


Рис. 4. Удельный вес численности работников, занятых во вредных условиях труда по отраслям экономики в 2001 г.
 (% от общей численности работников соответствующей отрасли).

Таблица 5

Распределение численности работников, занятых во вредных условиях труда, по видам воздействующих производственных факторов в 2001 г.
(% от общей численности работников соответствующей отрасли)

| Отрасль экономики | Работали под воздействием повышенного (ной): | | | |
|--|--|-----------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| | уровня шума, ультра- и инф-развукowego воздействия | уровня вибрации | запыленности воздуха рабочей зоны | загазованности воздуха рабочей зоны |
| Промышленность | 11,0 | 2,2 | 6,7 | 6,0 |
| Электроэнергетика | 17,4 | 4,2 | 7,9 | 6,9 |
| Топливная промышленность: | 11,9 | 4,4 | 9,3 | 4,9 |
| ●нефтедобывающая | 6,7 | 2,1 | 0,9 | 3,6 |
| ●нефтеперерабатывающая | 9,3 | 0,8 | 0,5 | 2,7 |
| ●газовая | 8,4 | 1,4 | 1,3 | 10,0 |
| ●угольная | 21,5 | 10,2 | 27,9 | 5,8 |
| Черная металлургия | 14,1 | 3,3 | 18,9 | 7,8 |
| Цветная металлургия | 12,3 | 4,0 | 11,5 | 11,6 |
| Химическая и нефтехимическая | 7,6 | 0,5 | 3,5 | 5,9 |
| Машиностроение и металлообработка | 10,3 | 1,9 | 5,6 | 7,5 |
| Лесозаготовительная | 6,6 | 4,7 | 1,8 | 2,2 |
| Деревообрабатывающая | 9,2 | 1,1 | 4,2 | 5,1 |
| Целлюлозно-бумажная | 17,8 | 2,1 | 7,1 | 10,0 |
| Промышленность строительных материалов | 8,0 | 2,1 | 9,4 | 2,6 |
| Стекольная и фарфоро-фаянсовая | 11,3 | 1,4 | 9,9 | 5,2 |
| Легкая | 11,5 | 0,2 | 4,4 | 1,9 |
| Пищевая | 4,7 | 0,9 | 1,8 | 1,9 |
| Полиграфическая | 11,1 | 0,1 | 1,5 | 1,4 |
| Строительство | 2,6 | 1,4 | 2,5 | 3,8 |
| Транспорт | 6,5 | 2,7 | 1,4 | 2,5 |
| Связь | 0,8 | 0,0 | 0,2 | 0,5 |

Таблица 6

**Распределение численности мужчин (м) и женщин (ж), занятых
во вредных условиях труда, по видам воздействующих
производственных факторов в 2001 г.**

(% от общей численности мужчин и женщин соответствующей отрасли)

| Отрасль экономики | Работали под воздействием повышенного (ной): | | | | | | | |
|---|--|------|--------------------|-----|--|------|--|-----|
| | уровня шума, ультра- инфра- звукового воздействия | | уровня вибрации | | запылен- ности воз- духа рабо- чей зоны | | загазован- ности воз- духа рабо- чей зоны | |
| | м | ж | м | ж | м | ж | м | ж |
| Промышленность | 13,7 | 7,5 | 3,3 | 0,7 | 8,7 | 4,1 | 7,4 | 3,9 |
| Электроэнергетика | 20,8 | 9,8 | 5,3 | 1,8 | 9,6 | 3,9 | 8,1 | 4,3 |
| Топливная промышлен- ность: | 13,8 | 6,6 | 5,6 | 0,9 | 11,5 | 3,3 | 5,7 | 2,5 |
| •нефтедобывающая | 7,7 | 3,6 | 2,6 | 0,4 | 1,0 | 0,4 | 4,2 | 1,8 |
| •нефтеперерабаты- вающая | 12,2 | 4,8 | 1,2 | 0,1 | 0,7 | 0,2 | 3,2 | 1,8 |
| •газовая | 9,8 | 5,0 | 1,9 | 0,1 | 1,7 | 0,3 | 12,4 | 4,2 |
| •угольная | 24,4 | 2,5 | 12,7 | 2,5 | 33,5 | 10,6 | 6,7 | 3,3 |
| Черная металлургия | 29,3 | 14,7 | 4,3 | 1,6 | 22,9 | 11,8 | 9,7 | 4,4 |
| Цветная металлургия | 15,5 | 5,5 | 5,6 | 0,5 | 14,6 | 5,0 | 14,4 | 5,8 |
| Химическая и нефтехимическая | 8,5 | 6,5 | 0,7 | 0,1 | 4,1 | 2,8 | 6,8 | 4,7 |
| Машиностроение и металлообработка | 12,9 | 6,9 | 2,8 | 0,7 | 7,2 | 3,6 | 9,0 | 5,6 |
| Лесозаготовительная | 7,8 | 3,0 | 6,0 | 0,3 | 1,9 | 1,6 | 2,6 | 1,0 |
| Деревообрабатывающая | 9,0 | 9,5 | 1,5 | 0,6 | 4,1 | 4,4 | 4,4 | 6,3 |
| Целлюлозно-бумажная | 20,5 | 14,2 | 2,8 | 1,1 | 8,1 | 5,8 | 11,8 | 7,7 |
| Промышленность строи- тельных материалов | 8,7 | 6,4 | 2,8 | 0,8 | 9,9 | 8,4 | 3,4 | 1,7 |
| Стекольная и фарфоро- фаянсовая | 14,6 | 7,9 | 1,3 | 1,6 | 12,2 | 7,5 | 7,6 | 2,7 |
| Легкая | 11,3 | 11,6 | 0,2 | 0,1 | 4,8 | 4,2 | 3,6 | 1,2 |
| Пищевая | 5,8 | 3,8 | 1,8 | 0,2 | 2,0 | 1,3 | 3,0 | 1,0 |
| Полиграфическая | 15,0 | 8,5 | 0,1 | 0,1 | 1,5 | 1,6 | 1,5 | 1,3 |
| Строительство | 3,1 | 1,0 | 1,7 | 0,3 | 2,7 | 2,0 | 4,2 | 2,2 |
| Транспорт | 8,0 | 3,2 | 3,4 | 1,3 | 1,8 | 0,6 | 3,2 | 1,1 |
| Связь | 0,6 | 0,1 | 0,1 | 0,0 | 0,3 | 0,1 | 1,3 | 0,1 |

На рис. 5 профессиональное здоровье представлено в виде системы, основными структурными компонентами которой являются клинический, психический и физический статус, обуславливающие уровень функционального состояния, психических и физических качеств, устойчивость специалистов к факторам экстремального труда и надежность их деятельности (Бугров С.А. и др., 1993).



Рис. 5. Схема взаимоотношений структурных элементов профессионального здоровья и долголетия специалистов экстремальных профессий (адаптировано по Бугрову С.А. и др., 1993).

Биологический возраст – базовая составляющая системы здоровья военнослужащего – имеет тесную связь с клиническим статусом и профессиональным долголетием (см. рис. 5). Количественным выражением динамики биологического возраста служат функциональные резервы организма человека.

В понятии биологического возраста возрастные изменения физиологических систем конкретного организма сопоставляется со средними популяционными данными. Биологический возраст человека не всегда может совпадать с хронологическим (или паспортным) возрастом, определяемым от рождения до момента регистрации.

Концепция биологического возраста имеет определенные ограничения прогностических возможностей, но на ее основе определяется стратегия предупреждения и восстановления наиболее вероятностных или уже наступивших изменений в организме военнослужащих (Пономаренко В.А., Ступаков Г.П., Тихончук В.С. и др., 1991).

Высокая интенсификация профессиональной деятельности и биологическая агрессивность внешних факторов приводят к более раннему биологическому старению специалистов экстремальных профессий, например лиц летного состава ВВС, на 5–7 лет. Период активной деятельности летчика с 1960–1990 г. сократился на 10–12 лет. Причина – ослабленное здоровье.

На рис. 6 представлена номограмма соотношения у лиц летного состава хронологического и биологического возраста. В сороколетнем возрасте летчик по своим резервным и психофизиологическим возможностям соответствует 50-летнему человеку. Если принять продолжительность жизни мужчин равной 75 годам, то расчетная средняя продолжительность жизни летчика окажется в пределах 56 лет (Пономаренко В.А., 1997).

Проведенные широкомасштабные ретроспективные исследования лиц летного состава различных родов авиации в возрасте от 22 до 43 лет по номограммам для определения биологического возраста, разработанными сотрудниками ГосНИИИ военной медицины МО РФ, показали, что за последние 20 лет средняя величина потери физиологических резервов по критерию индекса физического состояния находится в пределах от 1,2 до 2,0 % в год (Пономаренко В.А., Ступаков Г.П., Сытник С.И. и др., 1992).

Профессиональное здоровье – это здоровье в условиях трудовой деятельности. Уровень профессионального здоровья четко коррелирует с биологическим возрастом (здоровьем) только у профессий, требующих высокой физической и

умственной деятельности (летчики, космонавты, подводники, операторы АЭС, пожарные и т. д.). В других профессиях профессиональное здоровье не что иное, как просто здоровье.

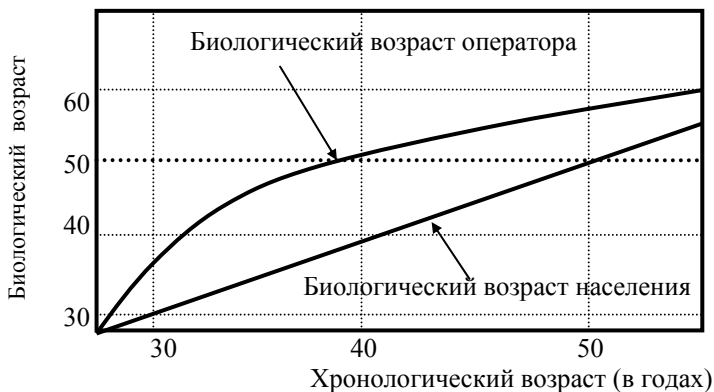


Рис. 6. Расчетная номограмма соотношения биологического и хронологического возраста у операторов сложных систем управления (по Пономаренко В.А и др., 1991).

Даже неполный инвалид может быть неплохим профессионалом в определенных профессиях. Поэтому для слоев населения, участвующих в широком спектре профессий, целесообразнее говорить не о профессиональном здоровье, а о здоровье населения республики, области, региона, отдельной когорты.

Под функциональной надежностью понимают динамический компонент функциональной системы, отражающий устойчивость и резервные возможности человека по обеспечению высокой профессиональной работоспособности (эффективности и безопасности деятельности) в любых (в том числе экстремальных) профессиональных условиях.

Соответственно функциональными резервами специалиста экстремальных профессий, определяющими основу функционального состояния, является функциональная система, объединяющая психофизиологические резервы, резервы вегетативных функций и резервные возможности регуляторных систем организма.

Для диагностики и прогнозирования уровня и объема функциональных резервов И.Б. Ушаков и П.М. Шалимов (1996) применяют принцип оценки уровня и «ширины» диапазона возможных изменений (минимально–максимальных) вегетативных, психофизиологических и регуляторных показателей под воздействием стандартных и профессиональных нагрузок (рис. 7).

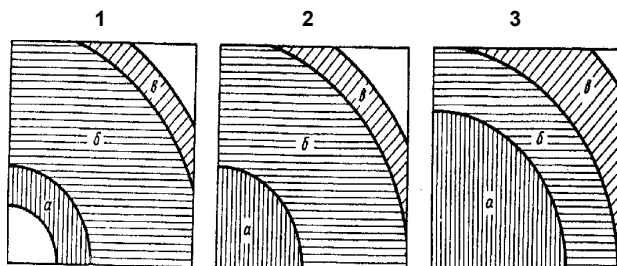


Рис. 7. Структурно-динамические характеристики функциональных резервов (по Ушакову И.Б. и Шалимову П.М., 1996).

Примечание: 1 – оптимум, 2 – напряжение, 3 – истощение;
 а) регуляция функций, б) вегетативное обеспечение,
 в) психофизиологические резервы.

Проведенные исследования позволили выявить у специалистов экстремальных профессий три основных вида функциональных состояний: оптимальное состояние; состояние напряжения; состояние истощения резервных возможностей. Эти градации представляют собой и попытку классификации и прогнозирования функциональной надежности.

Структурно-динамическая оценка функциональных резервов показывает, что высокая функциональная надежность обуславливается узким диапазоном изменений психофизиологических показателей и широким диапазоном резервов вегетативного обеспечения (см. рис. 7).

Низкая оценка функциональной надежности характеризуется возрастанием диапазона изменений психофизиологических показателей и физиологических функций, а также сужением возможностей вегетативного обеспечения.

Объем, степень и скорость расходования функциональных резервов, зависят от индивидуальных особенностей, физической подготовленности, возраста, состояния здоровья. Например, у молодых специалистов интенсивность расходования функциональных резервов в процессе профессиональной деятельности выше, чем у опытных.

У специалистов экстремальных профессий возрастных групп (40–45 лет); у лиц, имеющих отклонения в состоянии здоровья; а также у лиц, с недостаточным уровнем физической подготовленности, исходный уровень функциональных резервов низок, а степень их расходования высокая.

Например, проведенные исследования показали, что снижение функциональных резервов в процессе летных смен происходило у 73,7 % летчиков, в течение недельных и месячных циклов работы – у 40 % , в динамике годовых циклов летной работы – у 66,7 %. По объему уровень функциональных резервов у летчиков снижался в процессе летных смен на 28,3 %, недельных циклов – на 19,3 %, годовых – на 26,8 % (Мельник С.Г., Шакула А.В., Ключк А.Д., 1993; Шакула А.В., 2000).

Установлено также, что переучивание на новый вид деятельности способствовало снижению интегральной оценки функциональной надежности на 25 %, перемена места работы из зоны умеренного климата в жаркие климатические условия – до 18 %, условия боевых дежурств – до 15 % .

Используя для наглядности понятие «светофор функционального состояния», А.В. Мартенс и соавт. (2003) выделили три класса (зеленый, желтый и красный цвет светофора), аналогичные группам, представленным на рис. 7.

Количественная оценка компонентов профессионального здоровья оперативного персонала Балаковской АЭС показала, что 32 % операторов обладали высоким уровнем профессионального здоровья; 41 % – средним и 27 % низким. Составляющие профессионального здоровья представлены на рис. 8.

Биологическая агрессивность воздействующих внешних факторов приводит к более раннему биологическому старению специалистов экстремальных профессий, уменьшению психофизиологических резервов организма, ускоренному воз-

никновению профессионально обусловленных заболеваний [реф. 2.109].

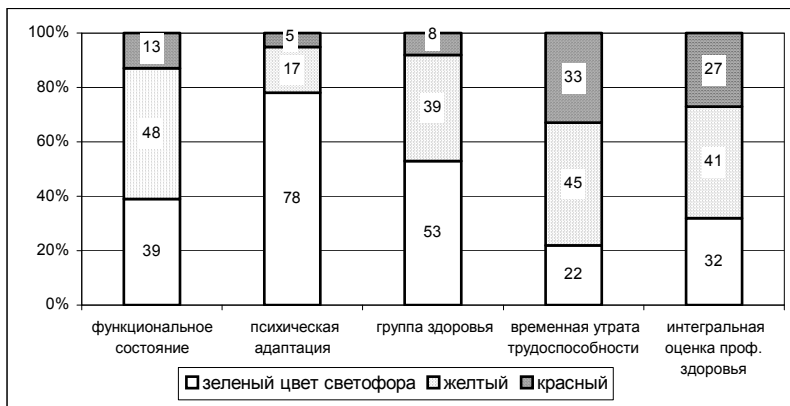


Рис. 8. Составляющие и уровни (%) профессионального здоровья у оперативного персонала Балаковской АЭС.

Акцентируем внимание на то, что в данном случае речь идет о заболеваниях, для которых экстремальный характер труда является условием. Их значительно больше, чем профессиональных, для которых профессиональный фактор – причина.

Показатель профзаболеваемости в 2001 г. в РФ составил 2,22 на 10 тыс. работающих (табл. 7). У мужчин профессиональные заболевания выявляются почти в 3 раза чаще, чем у женщин (соответственно 3,50 и 1,11 на 10 тыс. работающих). Наиболее высокий уровень профессиональной заболеваемости регистрировался в угольной промышленности (91,8 на 10 тыс. работающих), тяжелом (16,6), энергетическом (11,6), строительно-дорожном машиностроении, цветной (8,9) и черной металлургии (8,7) [7].

Качество жизни – это векторное понятие, для него реально исследуются и разрабатываются количественные индексы, показатели, коэффициенты позиций риска применительно к определенным показателям здоровья.

Таблица 7

Профессиональные заболевания (отравления) [27]

| Показатель | Год | | | | | |
|--|-------|-------|------|------|------|-------|
| | 1990 | 1997 | 1998 | 1999 | 2000 | 2001 |
| Численность лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), человек | 11525 | 12489 | 9564 | 9055 | 9280 | 11224 |
| • мужчины | | 9642 | 7234 | 6801 | 6955 | 8403 |
| • женщины | | 2847 | 2330 | 2254 | 2325 | 2821 |
| Численность лиц с впервые установленным профессиональным заболеванием (отравлением), на 10 тыс. работающих | 1,96 | 2,31 | 1,86 | 1,77 | 1,81 | 2,22 |
| • мужчины | | 3,40 | 2,69 | 2,80 | 2,86 | 3,50 |
| • женщины | | 1,11 | 0,95 | 0,84 | 0,86 | 1,11 |

Поскольку большинство специалистов признает, что риск техногенного происхождения (по крайней мере на нынешнем этапе развития цивилизации) не устраним, необходимо его всесторонне изучать. Ситуация в этой области близка к парадоксальной:

-с одной стороны, усилиями специалистов непрерывно увеличивается надежность каждого агрегата, вводятся новые технологические и организационные средства защиты человека и окружающей среды;

-с другой – при некотором улучшении отдельных показателей безопасности труда, например уменьшении числа аварий на 1000 работающих или единицу стоимости выпускаемой продукции, абсолютное количество техногенных происшествий растет. Так, в США с 1950 по 1980 г. количество аварийных ситуаций при нефтепереработке увеличилось в 2,6 раза, количество жертв – в 6 раз, экономический ущерб возрос в 11 раз.

Риск в жизни человека – неотъемлемая суть его существования (рис. 9). Он эволюционно обусловлен и вытекает из основных закономерностей всего живого: рождения и смерти как высшей категории риска. Для какого-то гипотетического человека он равен нулю только тогда, когда человека еще

нет, когда нет слияния «разнополюй» генетической информации; вероятность смертельного исхода становится больше нуля только после этого слияния (Давыдов Б.И. и др., 1996).

| Уровень риска | Условия риска | |
|---------------|---|---|
| 10^{-4} | Спортивные гонки, экипажи вертолетов (при экстремальных условиях) | 1 |
| 10^{-5} | Профессиональный бокс, летчики-испытатели, альпинизм, летики высокоманевренных самолетов | 2 |
| 10^{-6} | Мотоспорт, верхолазы, автомобиль, курение, экипажи реактивных бомбардировщиков | 3 |
| 10^{-7} | Самолеты гражданской авиации, автомобиль, велосипед, охота, шахтеры, железнодорожные рабочие | 4 |
| 10^{-8} | Врачи-рентгенологи, общественный и железнодорожный транспорт, предприятия атомной промышленности | 5 |
| 10^{-9} | Текстильная и бумажная промышленность, огнестрельное оружие, катастрофы в искусственной среде обитания (смог, выбросы ТЭЦ и т.п.) | 6 |
| 10^{-10} | Землетрясения, наводнения, цунами, выхлопные газы автомобилей, медицинские процедуры с использованием излучений | 7 |
| 10^{-11} | Грозы (поражение молнией) | 8 |
| 10^{-12} | Естественная среда обитания (отдельные незапланированные события, ураганы, радиоактивное загрязнение среды АЭС (при дозе 1–5 мбэр за год на границе зоны) | 9 |

Рис. 9. Масштабы риска смерти (чел. / ч) в различных условиях.

Используя общие главные положения теории риска современного человека, установлено, что риск смерти человека от различных профессий варьирует в довольно широком диапазоне: от 10^{-10} до 10^{-2} на человека в час. Условия работы, которые имеют диапазон риска смерти в час менее 10^{-7} – 10^{-6} , относятся к безопасным; у которых риск смерти – 10^{-6} – 10^{-5} , относятся к относительно безопасным; при риске 10^{-4} – 10^{-3} являются опасными; при риске более 10^{-3} – 10^{-2} – относятся к особо опасным (см. рис. 9).

Искусственная среда обитания дает наибольший риск для человека. Например, риск смерти в мотоспорте такой же, как в возрастной группе 70–79 лет, и составляет примерно $5 \cdot 10^{-6}$ чел./ч. Риск смерти у альпинистов соответствует смертности от болезней человека в возрасте старше 85 лет.

Риск смерти $< 5 \cdot 10^{-4}$ на человека в год (соответственно: $< 1 \cdot 10^{-6}$ человека в час; $< 1 \cdot 10^{-2}$ человека за период профессиональной деятельности) рассматривается как социально приемлемый риск, который обусловливается профессиональной деятельностью и соответствует риску смерти от болезни в возрасте 30 лет, когда он минимален.

В виду того что психологические возможности человека небеспретельны, а в современных системах управления не во всем может быть достигнута оптимальность средств, ошибочные действия специалистов экстремальных профессий в большинстве случаев закономерны. Составляющие риска у них представлены на рис. 10.

Даже при полной оптимизации внутренних (психическое и физическое благополучие специалиста) и внешних факторов (включая и социальные) всегда сохраняется риск, детерминированный природной организацией человека. По величине он минимален и представляет высший уровень надежности. Фактический риск всегда выше детерминированного.

Установлено, что риск инцидентов у специалистов экстремальных профессий превышает максимальный уровень безопасности профессиональной деятельности в 14 раз. Величина разницы между ними указывает на резервы и пути оптимизации системы «человек–техника–среда» за счет повышения надежности оператора и техники и представляет собой потенциально устранимый риск.

Причины профессиональных инцидентов сведены в три группы (см. рис. 10). Первую группу образуют особенности профессиональной подготовки специалистов экстремальных профессий и лиц руководства. Сюда же входят и социальные факторы. В структуре аварийности эта группа представляет 50 %. Вторую группу составляют эргономические недостатки техники. По этой причине происходит около 25–30 % профессиональных инцидентов.

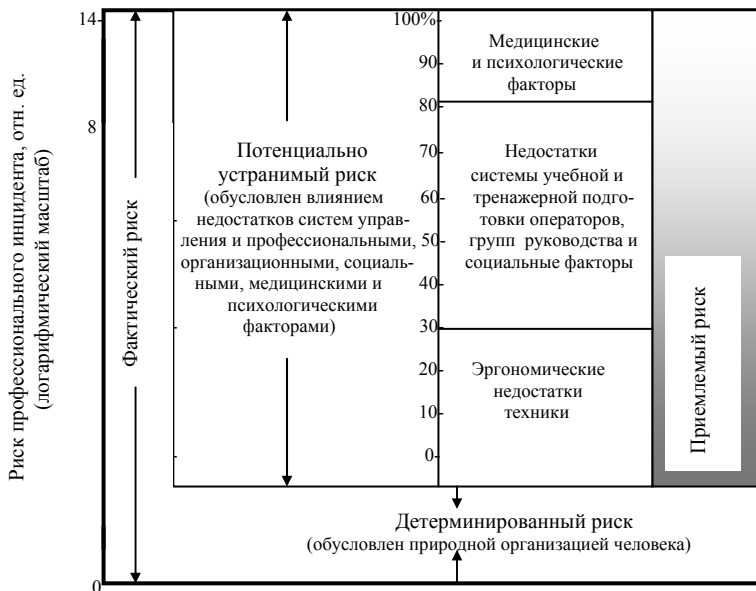


Рис. 10. Составляющие риска профессиональных инцидентов у специалистов экстремальных профессий и их причины (по Пономаренко В.А. и др., 1990).

Третья группа содержит медицинские и психологические факторы, под которыми в антропоэкологии понимается не только отсутствие у специалистов экстремальных профессий определенного заболевания, но и уровень его функциональных резервов. Доля этого фактора в структуре профессиональных инцидентов составляет 20–25 %.

Категория «потенциально устранимый риск» свидетельствует о возможности снижения профессиональных инцидентов. Анализ в категории «риск – польза», где под пользой (кроме снижения потерь у специалистов экстремальных профессий понимается и экономия материальных средств, позволяет найти нужные решения.

Результат анализа сводится к приоритетности осуществления материальных затрат в интересах подготовки специалиста. Из рис. 11 следует, что при подготовке современного специалиста экстремальных профессий и низких затратах

(точка «а») отмечаются высокая аварийность (точка «б») и еще более высокая цена общих затрат (точка «в»).

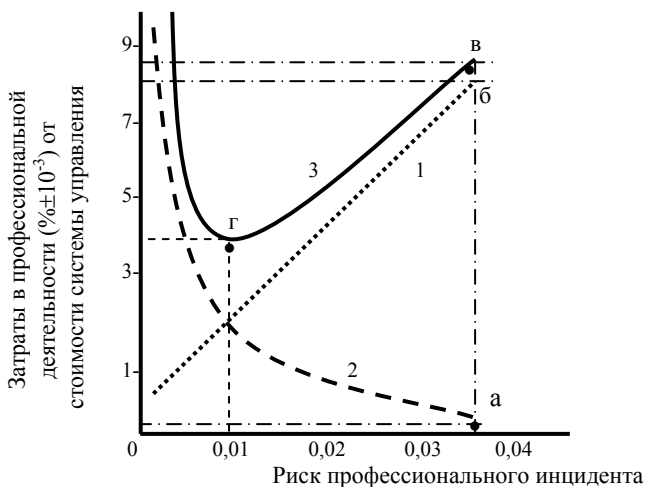


Рис. 11. Анализ соотношения «риск профессионального инцидента – затраты».

- Примечание: а – затраты на подготовку специалиста;
 б – затраты на ликвидацию профессионального инцидента;
 в – общие затраты; г – оптимальные затраты.
 1 – стоимость системы управления;
 2 – стоимость подготовки специалиста;
 3 – суммарные затраты.

При увеличении расходов на подготовку специалистов экстремальных профессий до значения, которое обуславливает риск профессионального инцидента величиной около 0,01, уровень профессиональных инцидентов снизится в несколько раз, а оптимальные затраты будут ниже существующих в настоящее время примерно в 2 раза (точка «г»). «Риск – категория экономическая, его степень – величина управляемая» [24, с. 31].

В понятие «подготовка специалистов экстремальных профессий» входит обширный диапазон мер: социальных (обеспечение благоустроенным жильем, работой членов семьи, детскими учреждениями и т.д.); организационных (регламен-

тация режима труда, отдыха и питания; упорядочение рабочей недели и др.); эффективной методической и тренажерной подготовки; создание спортивной базы, комплекса психопрофилактики и профессиональной реабилитации и др. То есть с высокой долей вероятности можно утверждать, что надежность профессиональной деятельности в значительной степени определяется качеством жизни.

При увеличении финансового обеспечения специалистов экстремальных профессий примерно в 5 раз (фактическое увеличение денежных доплат за риск: сокращение рабочего дня, уменьшение пенсионного возраста, качественная реабилитация и др.) аварийность должна снизиться примерно в 3 раза, а реальные общие затраты уменьшатся более чем в 2 раза [24, 28].

В 1995 году группой исследователей под руководством И.Б.Ушакова и А.А. Вороны было проведено комплексное исследование летного состава ВВС, эксплуатирующего сверхзвуковой самолет Су-27. Системный экспертный анализ установил основные факторы, которые оказывают влияние на безопасность их профессиональной деятельности: мотивация, профессиональное здоровье, функциональные резервы, уровень специальной подготовки и условия профессиональной деятельности, качество жизни (см. реф. 2.132).

В результате проведенных организационных, социальных и гигиенических мероприятий удалось перевести риск опасного ошибочного действия летного состава из области высокого риска (0,22) в область приемлемого риска (0,15 ошибочного действия за 1 ч работы) (рис. 12).

Следует также заметить, что ошибочные действия – это неотъемлемая часть труда специалистов экстремальных профессий, даже при гипотетически абсолютной надежности техники. Величина их риска обусловлена как природной организацией человека, так и множеством внешних факторов, о чем нами упоминается ранее. Очень часто причиной профессионального инцидента является не человек, а условия, в которых работает специалист.

Большие сложности представляют социально-медицинская и экономическая оценка экологического риска. Сегодня эта проблема не имеет однозначного решения не только из-за наложения политических аспектов (неадекватное восприя-

тие риска – только один из параметров), но из-за отсутствия четкого представления о тех допустимых границах дозового благополучия (неблагополучия), которыми следует руководствоваться.

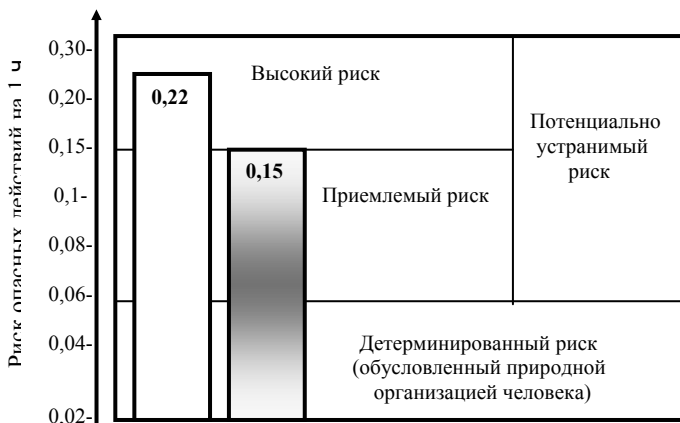




Рис. 12. Результативность профилактического комплекса средств повышения устойчивости и улучшения переносимости неблагоприятных факторов.

Примечание:  – до проведения профилактического комплекса;  – после проведения комплекса.

Специалисты, работающие в области технологических рисков, пытаются выразить в денежном эквиваленте стоимость среднестатистической жизни. Приводимые экспертами США и Великобритании данные (подробная табл. приведена в работе: Давыдов Б.И. и др., 1966) за 1967–1981 гг. имеют весьма широкий диапазон оценок: от 250 тыс. до 15 млн. долларов США (в ценах 1990 года).

Эти расчеты весьма сложны и основаны прежде всего на валовом национальном доходе на душу населения. Поскольку этот доход, так же как и стоимость ущерба вследствие соматических и генетических эффектов и ущерба психосоциального характера в разных странах различны, очевидно, что при оценке стоимости вреда здоровью при облучении необ-

ходимо принимать во внимание особенности страны, для населения которой оценивается этот вред.

Существуют и другие концепции оценивания жизни (Ваганов П.А., 2000), причем ни одна из них не претендует на истину в последней инстанции:

1) оценивание жизни с позиций теории человеческого капитала;

2) косвенное оценивание, с учетом немонетарных общественных затрат;

3) оценивание по готовности физических лиц платить за устранение риска смерти;

4) оценивание на основе определения страховых премий и компенсаций по суду;

5) оценивание по инвестициям общества, направленным на снижение риска преждевременной смерти отдельного индивидуума.

Отечественные исследователи также считают, что в принципе, зная величину риска и его возможные последствия, можно установить соответствующую «плату» за риск. Учитывая, с одной стороны, денежные доплаты и некоторые другие льготы, а с другой – получаемые дозы облучения у специалистов экстремальных профессий, «приемлемая стоимость» 1 бэра (0,01 Зв) будет в пределах 200–1000 рублей (в ценах 1990 года) (Беляев С.Т. и др., 1992). Близкие величины приводятся другими авторами – 50–200–1000 фунтов стерлингов (Robb J., Webb G., 1993; Shrimpton P. et al, 1993).

В такого рода оценке ущерба не учтен ряд таких параметров, как ограничение общественной активности, физические и психические страдания, распад семьи и другие показатели, определяющие качество человеческой жизни, которые трудно поддаются стоимостной оценке профессионального вреда. На эту оценку влияют не только экономические (инфляция, спад производства и т.д.), но и социально-психологические факторы.

Установлено, что позиция ученых не всегда совпадает (а чаще не совпадает) с мнением общественности о значимости того или иного риска для человека. Например, оперативный персонал АЭС, члены их семей и отрасли экономики видят в АЭС благо, а большая часть населения вред. Так, выборочный опрос 3,6 млн. потребителей электроэнергии в США по-

казал, что опрошенные группы лиц готовы заплатить 48 млн. долларов в год (13,3 долларов каждый), чтобы избежать строительства АЭС вблизи места их проживания. Они также готовы заплатить 46 млн. долларов за отказ от сооружения ТЭС и 20 млн. долларов – за отказ от новой ГЭС.

Денежную оценку риска можно выразить следующей формулой (Чухин С.Г., 1991):

$$Y = L \cdot R / r_{\partial} = (L : r_{\partial}) \cdot R, \quad (2)$$

где $R = 1$ (один фатальный исход); $Y (R = 1) = L : r_{\partial}$.

Y – ущерб, вред; L – стоимость единицы коллективной дозы;

R – коллективный риск; r_{∂} – индуцированный риск.

Если принять $L = 200$ дол./чел.бэр и $r_{\partial} = 1,25 \cdot 10^{-4}$ чел. (согласно публ. 26 МКРЗ), то $Y = 200 / 1,25 \cdot 10^{-4} = 1,6$ млн. долларов.

Представляется, что эта проблематика входит в так называемую область экономики человека, в соответствии с принципами которой осуществляется синтез социально-демографических и экономических представлений относительно эволюционно-экологических возможностей человека, их преобразования в соответствии с социально-историческими типами хозяйствования (Казначеев В.П., 1991; Казначеев В.П., Спирин Е.А., 1991).

В заключение следует отметить, что проблема «экологический риск–здоровье–качество жизни» относится к разряду труднорешаемых. В основе этого, на наш взгляд, лежат следующие основные причины:

1. Риск, в том числе и экологический (профессиональный), практически не устраним в жизни человека (общества). В связи с этим одной из важных медико-психологических задач является смягчение соматических последствий, радиационного, химического, электромагнитного и других видов риска путем улучшения качества жизни специалистов экстремальных профессий.

2. Улучшение жизненных стандартов (качества жизни) создает новые риски. В дальнейшем на человека могут оказывать влияние факторы научно-технического прогресса, го-

раздо более значимые, чем радиационный (химический, информационный и т.п.) риск.

Человек должен быть готов в жизни к любому риску. Однако это удел немногих. Если летчики, космонавты, подводники, горняки и др. специалисты экстремальных профессий сильно мотивированы на риск, то население в целом к нему не готово.

Человек постоянно адаптируется к меняющимся условиям жизни и экологическому состоянию среды, в определенной мере человек в состоянии приспособиться к загрязнению окружающей среды, избыточным раздражителям, утомительной атмосфере общества, основанного на конкуренции, к ритму жизни, совершенно чуждому естественным биологическим ритмам.

Однако все изменяется настолько быстро, что механизмы биологической и социальной адаптации приближаются к крайним пределам, которые способен выдержать человек. Не случайно, по данным ВОЗ, в последние годы наблюдается увеличение психогенно обусловленных расстройств и социальных патологий.

3. Философский подход к проблеме «качество жизни– здоровье–риск» позволяет рассмотреть ее еще шире. Природа–человек–цивилизация: противоречия и (или) согласие? Так ли уж нужен природе человек, так ли уж нужна человеку цивилизация? Создавая новые технологии (т.е. двигаясь вверх по ступеням цивилизации), человек истощает природные ресурсы и ухудшает окружающую среду, создавая себе временное благополучие, временно улучшая качество жизни.

Человек, думая об улучшении своего бытия, должен знать, что резервы природы и энергоресурсов не беспредельны. Это одно из главных взаимоотношений человека и природы, природы и цивилизации. Согласие с природой (экологической средой) может быть достигнуто только при разумных потребностях.

В природе, к сожалению, нет социальной справедливости: сильный выживает, слабый погибает, но общий экологический баланс не нарушается. Вклинивание человека в эту хорошо работающую систему нарушает баланс природных взаимоотношений. Человек как индивидуум обращает мало внимания на природную и экологическую среду, так как его

основная забота – продление биологического вида. Между тем, организованное общество, государство должны думать об экологии, снижать уровень профессионального риска, чтобы до предела не ухудшить качество жизни населения.

Литература

1. Беляев С.Т. Концепция минимизации ущерба здоровью и благополучию населения в результате аварии на Чернобыльской АЭС : 54 вопроса и ответа / С.Т. Беляев, В.Ф. Делин, В.А. Книжников // Мед. радиология. – 1992. – № 1. – С. 20–35.
2. Букановић М. Уколошки изазови / М. Букановић. – Београд : Елит, 1991. – С. 278–279.
3. Ваганов П.А. Об измерении цены жизни в анализе риска / П.А. Ваганов // Оценка и управление природными рисками. – М. : АНКИЛ, 2000. – С. 141–145.
4. Евдокимов В.И. Качество жизни оперативного персонала особо сложных систем управления: на примере Нововоронежской атомной электростанции / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин. – Воронеж : Кварта, 2003. – 152 с.
5. Жеребин В.М. Уровень жизни населения : основные категории, характеристики и методы оценки / В.М. Жеребин, А.Н. Романов. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2002. – 592 с.
6. Здоровье летчика – проблема функциональных резервов здорового человека / В.А. Пономаренко, Г.П. Ступаков, С.И. Сытник [и др.] // Медицинские и психологические проблемы оптимизации функционального состояния летчика – М. : МО СССР, 1992. – С. 4–9.
7. Измеров Н.Ф. Социально-гигиенический мониторинг и риск в медицине труда / Н.Ф. Измеров, Г.А. Суворов, Э.И. Денисов // Экологический риск и здоровье человека : проблемы взаимодействия. – М.; Воронеж : Изд-во ВГУ, 2002. – С. 50–53.
8. Казначеев В.П. Космопланетарный феномен человека / В.П. Казначеев, Е.А. Спирин // Проблемы космического изучения. – Новосибирск : Наука, 1991. – 303 с.
9. Казначеев В.П. Экономика человека как комплексная оценка затрат социокультурных и естественно-природных ресурсов в воспроизводстве жизни / В.П. Казначеев // Квалиметрия жизни : проблемы измерения качества жизни и направления их решения : материалы семинара. – Л., 1991. – С. 17–23.

10. Карсаевская Т.В. Интегративный характер категории «качество жизни» / Т.В. Карсаевская // Квалиметрия жизни : проблемы измерения качества жизни и направления их решения : материалы семинара. – Л., 1991. – С. 24–28.
11. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования / В.И. Денисов, Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский [и др.]; ВНИИ техн. эстетики. – М., 2000. – 124 с.
12. Лисицын Ю.П. На пути к санологии (некоторые теоретические аспекты Государственной программы укрепления здоровья и усиления профилактики заболеваний) / Ю.П. Лисицын // Вестн. АМН. – 1985. – № 12. – С. 23–29.
13. Маркович Д.Ж. Социальная экология / Д.Ж. Маркович. – М. : Изд-во РУДН, 1997. – 436 с.
14. Мельник С.Г. Годовая динамика работоспособности летного состава / С.Г. Мельник, А.В. Шакула, А.Д. Клюнк // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 3. – С. 60–63.
15. Мстиславский П.С. Социальные параметры России в сопоставлении с европейскими странами / П.С. Мстиславский // Уровень жизни населения регионов России. – М. : ВЦУЖ, 2003. – № 2. – С. 6–52.
16. Номограммы для определения некоторых интегральных показателей биологического возраста и профессионального здоровья / В.А. Пономаренко, Г.П. Ступаков, В.С. Тихончук [и др.]. – М. : ВЦ АН СССР, 1991. – 51 с.
17. Пономаренко В.А. Категория здоровья как теоретическая проблема в авиационной медицине / В.А. Пономаренко // Косм. биология и авиакосм. медицина. – 1990. – № 3. – С. 17–23.
18. Пономаренко В.А. Авиационная медицина и социальная защита авиаторов / В.А. Пономаренко // Медицина и авиация. – М., 1997. – № 1. – С. 59–69.
19. Принципы и методология оценки радиационного риска: медицинские и социально-экологические противоречия / Б.И. Давыдов, И.Б. Ушаков, С.К. Солдатов, В.Г. Зуев // Авиакосм. и эколог. медицина. – 1996. – № 3. – С. 8–16.
20. Проблема профессионального здоровья в авиационной медицине / С.А. Бугров, Э.В. Лапаев, В.А. Пономаренко, Г.П. Ступаков // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 1. – С. 61–64.
21. Профессиональная надежность персонала АЭС. Концепция и технология количественной оценки. Практика управления / П.Л. Ипатов, В.К. Мартенс, А.В. Сорокин [и др.]. – Саратов : Изд-во СГУ, 2003. – 232 с.
22. Радиационный риск, здоровье, качество жизни : медико-психологические и социально-экологические аспекты / Б.И. Давыдов, В.А. Пономаренко, О.Т. Балуев, И.Б. Ушаков // Авиакосм. и эколог. медицина. – 1993. – № 2. – С. 4–12.

23. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека (основы восстановительной медицины) / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов. – М. : Медицина, 1996. – 416 с.
24. Риск – категория экономическая / В.А. Пономаренко, Г.П. Ступаков, Л.П. Драч, В.Н. Карпов // *Авиация и космонавтика*. – 1990. – № 1. – С. 30–31.
25. Рус В. Друштвени развој и квалитет живото / В. Рус // *Социологија*. – Београд, 1985. – № 1-2. – С. 82.
26. Социальная политика, уровень и качество жизни : словарь / под общ. ред. В.Н. Бобкова, А.П. Починка. – М. : Гном и Д, 2001. – 287 с.
27. Социальное положение и уровень жизни населения России, 2002 : статистический сборник / под общ. ред. А.Е. Суринова ; Госкомстат РФ. – М., 2002. – 453 с.
28. Ушаков И.Б. Комбинированные воздействия в экологии человека и экстремальной медицине / И.Б. Ушаков. – М. : ИЦП «Издательство», 2003. – 442 с.
29. Ушаков И.Б. Функциональная надежность и функциональные резервы летчика / И.Б. Ушаков, П.М. Шалимов // *Вестн. РАМН*. – 1996. – № 7. – С. 26–31.
30. Федченко А.А. Доходы работников: сущность и регулирование / А.А. Федченко. – Воронеж : ВГУ, 2001. – 206 с.
31. Чухин С.Г. Социально-экономические критерии приемлемости радиационного риска новых радиационных технологий / С.Г. Чухин. – М. : Энергоатомиздат, 1991. – 64 с.
32. Шакула А.В. Система восстановления профессионального здоровья летного состава / А.В. Шакула // *Воен.-мед. журн.* – 2000. – № 1. – С. 71–74.
33. Robb J.D. Values of unif collective dose for use in the 1990 s. / J.D. Robb, G.A.V. Webb // *Doc. NRPB*. – 1993. – Vol. 4, N 2. – С. 79–80.
34. Shrimpton P.S. Medical exposure : guidance on the 1990 Recommendations of ICRP / P.S. Shrimpton, B.F. Wall, I.R. Croft, G.A.M. Webb // *Doc. NRPB*. – 1993. – Vol. 4, N 2. – P. 3–74.

Чтобы правильно и хорошо сделать какое-нибудь дело, нужно уметь сделать его. Это понимает всякий. Так же точно для того, чтобы правильно и хорошо жить, нужно уметь и хотеть жить правильно и хорошо

Эпиктет

1. МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ КАТЕГОРИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

1.1. Аганбегян А.Г. Социально-экономическое развитие России / А.Г. Аганбегян ; Акад. нар. хоз-ва. – М. : Дело, 2003. – 270 с.

ISBN 5-7749-0337-0. Тираж 1200 экз.

Табл., библиогр. в подстроч. прим.

1.2. Айвазян С.А. Интегральные индикаторы качества жизни населения: их построение и использование в социально-экономическом управлении и межрегиональных сопоставлениях / С.А. Айвазян ; Центр. экон.-мат. ин-т РАН. – М. : ЦЭМИ, 2000. – 117 с.

Библиогр.: с. 89–91 (31 назв.).

ISBN 5-8211-0022-4. Тираж 150 экз.

Издание содержит базовые концептуальные положения, методологию и описание информационного обеспечения, необходимые для построения и практического использования интегральных индикаторов КЖ населения региона, страны.

Приводятся примеры экспериментальной апробации предложенной методологии на межстрановом и межрегиональном уровнях. Методология использует идеи факторного анализа (в условиях отсутствия «обучающих выборок») и так называемую «экспертно-статистическую модель регрессии» (в условиях наличия «обучающих выборок») и включает в себя предварительную специальную унификацию шкал для исходных показателей и частных критериев КЖ.

Вычислительная реализация и эконометрический анализ экспертно-статистической модели регрессии осуществляется как в рамках классической линейной схемы, так и с использованием нейросетевого подхода. При анализе КЖ населения в окрестности критических

пороговых значений отдельных частных критериев предлагается использовать принцип Парето-классификации.

В Управлении статистики уровня жизни Госстатагенства РФ изложенный в работе подход используется при создании официальной методики оценки интегральных индикаторов КЖ населения субъектов РФ.

1.3. Айвазян С.А. Межстрановой анализ интегральных категорий качества жизни населения : (эконометрический подход) / С.А. Айвазян ; Центр. экон.-мат. ин-т РАН. – М. : ЦЭМИ, 2000. – 61 с.

Библиогр.: с. 59–60. ISBN 5-8211-0177-8. Тираж 150 экз.

1.4. Акимов В.А. Риски в современной России и качество жизни населения / В.А. Акимов, В.В. Лесных // Качество жизни : критерии, оценки : сб. докл. междунар. науч. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003. – С. 84–95.

Табл. 7, библиогр.: 2 назв.

Стратегический риск – это такие сочетания вероятностей возникновения соответствующих кризисных явлений, процессов катастрофических ситуаций и возможных последствий, реализация которых приводит к существенному снижению уровня защищенности жизненно важных интересов личности, общества и государства.

По оценке Института социально-политических исследований РАН, современный этап развития России следует характеризовать как системных кризис, т.к. все основные социально-экономические показатели находятся в области критических значений (табл.).

Таблица
Некоторые стратегические показатели России (2000 г.)

| Индикатор | Значение | | Последствия |
|--|-------------|-------------|--|
| | фактическое | критическое | |
| 1 | 2 | 3 | 4 |
| Уровень доверия населения к органам власти (%) | 15 | 25 | Кризис власти |
| Неравномерность социально-экономического развития регионов (соотношение доходов на душу населения) | 20 : 1 | 5 : 1 | Дезинтеграция страны |
| Уровень падения производства (%) | 47 | 30 | Деиндустриализация страны, переход страны в разряд слаборазвитых стран |

**Таблица
(продолжение)**

| 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|--------|--------|--|
| Поставка продовольствия из-за рубежа (% потребления) | 30 | 25 | Снижение продовольственной безопасности, зависимость от других стран |
| Доля высокотехнологичной продукции (%) | 1 | 15 | Технологическое отставание, снижение уровня жизни |
| Доля ВПП ассигнований на науку (%) | 0,4 | 2 | Разрушение научного потенциала, технологичное отставание |
| Соотношение доходов граждан | 20 : 1 | 10 : 1 | Социальный кризис |
| Доля населения за чертой бедности (%) | 30 | 10 | Люмпенизация населения, социальный кризис |
| Уровень потребления алкоголя (л/чел. • год) | 15,5 | 8 | Деградация населения |
| Условный коэф. депопуляции | 1,65 | 1,0 | Вымирание нации |
| Средняя ожидаемая продолжительность жизни (лет) | 65,9 | 75 | Снижение жизнеспособности страны |
| Доля риска в преждевременной смерти в риске смерти от всех причин | 0,85 | 0,5 | Снижение безопасности жизнедеятельности |
| Экономические потери в результате опасных процессов и явлений (% к ВПП) | 15 | 5 | Снижение уровня жизни населения |

В рамках работы, выполненной в Центре стратегических исследований МЧС РФ совместно с Международным институтом исследования риска (МИИР), разработан методический аппарат для прогноза относительной значимости стратегических рисков, разделенных по сферам возникновения. Значимость стратегических рисков России представлена в таблицах.

1.5. Анимца Е.Г. Качество жизни населения крупнейшего города / Е.Г. Анимца, А.М. Елохов, В.А. Сухих. – Екатеринбург : Урал. гос. экон. ун-т, 2000. – Ч. 1. – 408 с.; Ч. 2. – 262 с.

Ил. ISBN 5-230-14717-2. Тираж 200 экз.

Монография посвящена проблемам КЖ населения в крупнейших городах России на современном этапе. Наряду с теоретическими положениями представлены статистические данные о КЖ населения, практический опыт его регулирования на муниципальном уровне.

1.6. Антология русского качества / под ред. Б.В. Бойцова, Ю.В. Крянева. – 3-е изд., испр. и доп. – М. : Стандарты и качество, 2000. – 432 с.

Ил. ISBN 5-230-901397-06-1. Тираж 500 экз.

Сост.: Б.В. Бойцов, Ю.В. Крянев, М.А. Кузнецов, В.Н. Азаров, Т.Л. Павлова, В.О. Крянев. В издании представлены фрагменты наиболее значительных работ русских мыслителей, в которых рассматриваются проблемы качества под рубриками «Образ качества», «Социальное качество», «Качество жизни», «Качество хозяйства». В «Антологии русского качества» включены работы Н.А. Бердяева, В.В. Бойцова, С.Н. Булгакова, В.И. Вернадского, А.К. Гастева, А.М. Горького, Ф.М. Достоевского, И.А. Ильина, А.П. Карсавина, Н.А. Кондратьева, П.А. Кропоткина, АФ. Лосева, Н.О. Лосского, А.И. Менделеева, И.И. Мечникова, Н.К. и Е.И. Рерихов, В.С. Соловьева, П.А. Сорокина, П.Б. Струве, Л.Н. Толстого, М.И. Туган-Барановского, П.А. Флоренского, С.Л. Франка, А.В. Чаянова, А.А. Чижевского, П.А. Юркевича. Практически все опубликованные здесь работы не использовались в научных исследованиях современными специалистами в области теории качества.

1.7. Баженов С.А. Качество жизни населения и практика. (По результатам исследования качества жизни населения г. Белгорода) / С.А. Баженов, Н.С. Маликов // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 10. – С. 10–53.

Табл.

1.8. Бахметьева Ю.М. Жилье как показатель качества жизни населения / Ю.М. Бахметьева // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 7. – С. 47–51.

1.9. Белов В.Б. Уровень образования и самооценка здоровья населения / В.Б. Белов // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. – 2003. – № 1. – С. 14–19.

Табл. 6, библиогр.: 7 назв.

Объект исследования составили 2199 человек в пяти городах России. Сложившимся материальным положением и уровнем жизни на момент исследования не были удовлетворены 80 % обследованных лиц. Лица с высшим образованием были больше удовлетворены уровнем жизни (15,7 %), чем лица со средним образованием (11,6 %). Среди первых безработных было в 1,5–2,0 раза меньше.

В ходе исследования не получено однозначных результатов, позволяющих считать образование основополагающим фактором в формировании социального благополучия или наличия большего

здоровья у населения. В тоже время высокий уровень образования был связан с более выраженным стремлением к успеху, благосостоянию, с большей занятостью в экономической сфере государства. У лиц с высшим образованием отмечались более высокая самооценка здоровья и сниженное количество отдельных видов хронических заболеваний.

1.10. Бестужев-Лада И.В. Социальное прогнозирование : курс лекций / И.В. Бестужев-Лада, Г.А. Наместникова. – М. : Пед. об-во России, 2001. – 386 с. – (XXI век).

Библиогр.: с. 385–386. ISBN 5-93134-152-8. Тираж 1000 экз.

1.11. Бобков В.Н. Пути стабилизации и повышения уровня жизни населения / В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2001. – № 9. – С. 40–49.

Описываются основные подходы к решению социальной проблемы уровня и КЖ населения РФ, представлен макроэкономический анализ современности. За годы современных реформ у 60 % населения уровень жизни упал, у 25–30 % изменился незначительно и лишь у 15–20 % он вырос, в т.ч. у 3–5 % этот рост оказался значительным. ВВП за 1990–1998 гг. снизился на 40 %, реальные денежные доходы уменьшились в семьях более, чем на 30 %. Фонд оплаты труда составил всего 37 % к уровню 1990 г. Калорийность питания сократилась на 10 %, а потребление белков – на 20 %. Объем платных услуг уменьшился на 75 %, общая численность безработных составила примерно 14 % экономически активного населения. Отмечается снижение ожидаемой продолжительности жизни с 69 до 65 лет.

В результате изложенных фактов на рубеже нового тысячелетия сформировался крайне низкий уровень жизни людей. В среднем в 2000 г. на личные денежные доходы можно было купить менее двух наборов товаров и услуг, входящих в прожиточный минимум, что значительно ниже 1991 г. Тогда средняя покупательная способность составляла около четырех наборов прожиточного минимума.

Показаны пути устранения деформации в структуре распределения доходов и стабилизации уровня жизни населения.

1.12. Бобков В.Н. Опыт разработки научных основ организации заработной платы в переходной экономике России / В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 8. – С. 5–8.

Табл., библиогр.: 23 назв.

1.13. **Бобков В.Н. Региональные особенности уровня жизни в федеральных округах Российской Федерации (1998–2002 гг.) / В.Н. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2003. – № 6. – С. 3–62.**

Прил. 3. Глоссарий основных терминов с. 40.

1.14. **Бобков В.Н. Качество жизни : вопросы теории и практики / В.Н. Бобков, П.С. Масловский-Мстиславский, Н.С. Маликов. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2000. – 32 с.**

Табл. 5, библиогр.: с. 27–31 (86 назв.). Тираж 150 экз.

По мнению авторов, КЖ в самом сжатом определении следует трактовать как уровень развития и степень удовлетворения комплекса высокоразвитых потребностей и интересов людей. Такое определение не противоречит многочисленным концепциям, имеющимся в литературе, ибо и счастье, и свобода, равенство, возможность и способность людей и т.д. – все это является потребностями и интересами людей. Можно полагать, что данное определение обобщает множество разных концепций.

Характеризуя сущность КЖ как социально-экономическую категорию, необходимо подчеркнуть ряд ее особенностей. *Во-первых*, КЖ чрезвычайно широкое, многоаспектное, многогранное понятие, несравнимо более широкое, чем «уровень жизни». Данная категория, далеко выходит за пределы экономики. Прежде всего, это социологическая категория, охватывающая все сферы общества, поскольку все они заключают в себе жизнь людей и ее качество. Соответственно – это предмет внимания всех, кто соприкасается с жизнью людей.

Во-вторых, КЖ имеет две стороны: объективную и субъективную. Критерием объективной оценки КЖ служат научные нормативы потребностей и интересов людей, по соотношению с которыми можно объективно судить о степени удовлетворения этих потребностей и интересов.

С другой стороны, потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Они не фиксируются какими-либо статистическими величинами и практически существуют лишь в сознании людей, и, соответственно, в их личных мнениях и оценках. Таким образом, оценка КЖ выступает в двух формах: 1) степень удовлетворения научно-обоснованных потребностей и интересов; 2) удовлетворенность качеством жизни самих людей.

В-третьих, КЖ не является категорией, отделенной от других социально-экономических категорий, а объединяет многие из них и включает в себя в их качественном аспекте. Так, компонентами КЖ является и образ жизни, и уровень жизни, и окружающая среда, обогащенные качественными оценками.

Например, характеризуя КЖ нельзя ограничиться оценкой питания по его питательной ценности (калорийность, содержание в граммах белков, жиров). Нельзя обойти таких качеств питания как его регулярность, разнообразие, вкусовые качества.

Характеризуя качество трудовой жизни, нельзя ограничиться (как при анализе уровня жизни) показателями занятости, безработицы, продолжительности рабочего дня, недели, года, уровня производственного травматизма, но необходимы оценки соответствия интересов работников содержанию и характеру труда, его интенсивности, взаимоотношениям внутри трудового коллектива и др.

В соответствии с сущностью КЖ исходной методологической основой его анализа выступает комплекс потребностей и интересов людей, который включает все стороны жизни населения и может быть классифицирован по типу (характеру) потребностей и интересов. Авторы считают, что все потребности и интересы следует сгруппировать по пяти категориям: 1) экономические; 2) физические; 3) интеллектуальные; 4) социальные; 5) антисоциальные.

Для практических целей и методологически весьма важно оценить КЖ не только в целом, но и по каждой из ее основных сфер. К таким сферам относятся: 1) трудовая жизнь; 2) сфера развития способностей людей; 3) семейная жизнь; 4) быт и поддержание здоровья; 5) жизнь нетрудоспособных; 6) досуг; 7) окружающая среда и др.

Каждая из этих сфер имеет свои специфические составные элементы, требующие качественной оценки. Если свести их в единую систему, то получается весьма сложная и обширная структура оценок КЖ. Сфера трудовой жизни представлена в табл.

Так, например, переход к рыночной экономике изменил качество труда, поскольку для основной массы экономически активного населения он стал наемным, зависящим от соотношения спроса и предложения, от хозяйственной конъюнктуры.

Для значительной части населения открылись возможности проявить свои предпринимательские способности. Позитивность социально-экономических преобразований выражается в том, что работники получили большую свободу в выборе места работы, а конкуренция на рынке труда стала дополнительным стимулом развития личных способностей и их применения.

Вместе с тем, рыночные отношения сопряжены с риском неудач, периодически возникающими кризисными ситуациями, что сопровождается вынужденными перемещениями работников, ухудшением условий трудовых договоров и соглашений по поводу оплаты, производственных условий, режимов труда, занятости и т.д.

Структура качества жизни в аспекте трудовой сферы

| Трудовая жизнь | Слагаемые качества труда | |
|------------------------------------|--------------------------|--|
| <i>А. Наемный труд</i> | 1. | Тип труда (физический, преимущественно-физический, преимущественно-умственный, умственный) |
| <i>Б. Самостоятельный труд</i> | 2. | Тяжесть труда (легкий, средней тяжести, тяжелый) |
| -в своем хозяйстве | 3. | Уровень квалификации (требуемое обучение, лет) |
| (сельское хозяйство, | 4. | Характер труда (монотонный, с элементами творчества, творческий) |
| строительство, ремонт, | 5. | Самостоятельность труда. Степень ответственности |
| кустарное производство) | 6. | Возможность продвижения по работе |
| -творческий труд | 7. | Возможность разнообразия в работе и перехода на другую работу |
| (литературный, | 8. | Техническая вооруженность труда. Степень механизации и автоматизации. Новизна техники. |
| научный, | 9. | Производительность труда |
| изобретательство, | 10. | Качество продукции |
| моделирование) | 11. | Получаемое вознаграждение в соотношении со стоимостью жизни и производительностью Обеспечиваемый |
| -торговля | 12. | общий доход |
| <i>В. Домашний труд</i> | 13. | Безопасность труда. Уровень охраны труда и техники |
| <i>Г. Общественная работа</i> | 14. | безопасности |
| (собрания, встречи, | 15. | Здоровые условия труда (вентиляция, освещение, уровень шума и т.д.) |
| благотворительность, | 16. | Микроклимат труда в коллективе, дружеские отношения |
| суботники, | 17. | Исключения, дискриминация по каким-либо признакам |
| общественные | 18. | Моральные поощрения |
| поручения) | 19. | Юридические гарантии условий труда (законы, коллективные и индивидуальные договоры) Соответствие |
| <i>Д. Вспомогательные процессы</i> | 20. | труда и его условий в частности и в целом личным интересам трудящихся |
| (ходьба и езда на | 21. | Степень использования способностей и возможностей трудящихся |
| работу, хождение | | Удовлетворенность обслуживанием в сфере услуг |
| в торговые и | | |
| обслуживающие | | |
| учреждения, | | |
| в управленческие | | |
| органы и т.д.) | | |

Авторы выделяют следующие основные позиции, свидетельствующие об ухудшении общих условий труда россиян:

1) резко возросли перемещения работников и текучесть рабочей силы, что помимо экономического ущерба сопровождается негативными переживаниями людей, и чаще всего не соответствует их интересам. В 1992–1997 г. ежегодно увольнялось более четверти всех работников, а на крупных предприятиях промышленности и строительства, в торговле, жилищно-коммунальном хозяйстве и на предприятиях бытового обслуживания эта доля превышала 30 %;

2) прием работников, как правило, был меньше выбытия (за исключением жилищно-коммунального хозяйства, финансовых учреждений и аппарата органов управления), что означало нарастание безработицы, хотя в значительной части и скрытой.

Если исходить из расчетной потребности в работниках при значительном снижении объемов производства в 1997 г. (почти вдвое

по сравнению с уровнем 1990 г.), то масштабы скрытой безработицы очевидны. Она проявляется в работе с недозагруженностью, в низкой производительности труда, неритмичности, простоях, вынужденных отпусках и фактическом сокращении рабочего дня до 7 ч;

3) произошло падение реальной заработной платы примерно в 2,3 раза. К тому же и выплачивается она нерегулярно. Доля оплаты труда в денежных доходах населения уменьшилась вдвое, а это значит, что заработная плата перестала быть главным источником доходов семьи;

4) ухудшились условия труда непосредственно на рабочих местах. Доля занятых в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим требованиям, увеличилась в промышленности с 17,8 % в 1991 г. до 21,6 % в 1997 г., на транспорте с 7,8 до 11,4 %.

Это лишь один срез изменения качества трудовой жизни. Аналогичные характеристики необходимо давать другим слагаемым КЖ во всех ее основных сферах.

Развитие человеческого потенциала в регионах России имеет ключевое значение для настоящего и будущего страны. Отечественная и мировая практика убедительно показывают, что социальная переориентация экономики, ее направленность на социальную сферу, на повышение уровня и КЖ людей, на развитие собственно человеческого потенциала становится определяющим фактором экономического роста.

1.15. **Бобков В.Н. Уровень жизни населения России в 2002 г. / В.Н. Бобков, В.А. Литвинов, А.А. Гюлюгина // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2003. – № 3. – С. 29–36.**

Табл. 8, ил.

Таблица
Основные показатели жизненного уровня населения России в 2002 г.

| Показатель | Год | |
|---|-------|-------|
| | 2001 | 2002 |
| 1 | 2 | 3 |
| 1. Потребительские цены | | |
| -индекс потребительских цен к предыдущему периоду, % | 118,6 | 115,1 |
| -индекс цен по набору товаров и услуг прожиточного минимума (ПМ) к предыдущему периоду, % | 124,0 | 120,5 |
| 2. Прожиточный минимум на душу населения, руб. | | |
| -на душу населения | 1500 | 1808 |
| -трудоспособное население | 1629 | 1967 |
| -пенсионеры | 1144 | 1373 |

**Таблица
(продолжение)**

| 1 | 2 | 3 |
|--|------|------|
| 3. Денежные доходы (ДД), руб | | |
| -среднедушевые денежные доходы | 3061 | 3887 |
| -среднемесячная зарплата номинальная, начисленная (вкл. организации малого предпринимательства) | 3061 | 4414 |
| -среднемесячная пенсия (2001 г. с учетом компенсации) | 1024 | 1379 |
| 4. Доля потребительских расходов в денежных доходах, % | 74,4 | 72,8 |
| 5. Покупательная способность (ПС), кол-во ПМ | | |
| -ПС среднедушевых денежных доходов | 2,04 | 2,15 |
| -ПС среднемесячной зарплаты | 2,43 | 2,24 |
| -ПС среднемесячной пенсии | 0,90 | 1,00 |

1.16. **Бойцов Б.В. Системная целостность качества жизни / Б.В. Бойцов, Ю.В. Крянев, М.А. Кузнецов // Стандарты и качество. – 1999. – № 5. – С. 19–23.**

Библиогр.: 10 назв.

Авторы предлагают рассматривать содержание проблем КЖ в трех взаимосвязанных аспектах.

1. Выражение новой системы понятий для целей цивилизованного развития (новая парадигма). Paradigma (греч.) – образец, теория, взятая в качестве образца для решения исследовательских задач.

В прошлое отступают ориентиры, направленные не только на научно-технический прогресс, но и на создание определенных моделей индустриального развития. Все больше осознается, что только КЖ может в наибольшей степени определять основные устремления мирового сообщества.

2. Выявление системно-целостной природы качества. Формы выражения КЖ могут быть различными: это и множественность, и конгломеративность, и суммативность, однако наиболее существенным способом его реализации является системность (рис.).

Системность КЖ рассматривается как иерархическая целостность, в которой имеются отношения определяющего (системообразующий фактор) и определяемого. В 1960–1970-е гг. многие исследователи пытались измерить КЖ через уровень материального благополучия, хотя это лишь определяемая сторона жизни, обуславливаемая духовным наполнением. «*Не хлебом единым жив человек!*». Духовность следует рассматривать как определяющее условие жизни человека и человечества.

Системная природа КЖ выражается через сложную структуру взаимосвязей, ее составляющих: качество природной среды, качество здоровья населения, качество образования, духовность и др.

Современные исследования КЖ и его проблем имеют богатейший методологический аппарат, который представлен философскими и научными обобщениями. Это повышает возможности синтетического рассмотрения природы КЖ и выявления системообразующих взаимосвязей.

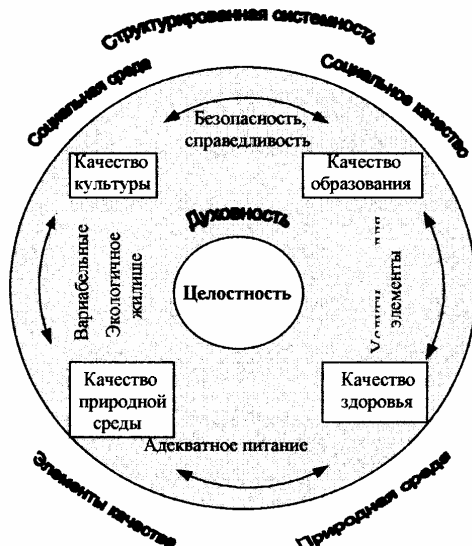


Рис. Системная целостность КЖ.

Например, если рассматривать качество природной среды, то можно найти целую систему взаимосвязей между природой и экономикой, природой и образованием, экологическим состоянием и целями общественного развития.

Такого рода взаимосвязи имеются и между другими составляющими КЖ. Качество образования влияет на решение проблем качества товаров и услуг, качества природной среды, которые в свою очередь улучшают состояние общественного здоровья. В свою очередь, достигнутый уровень качества обслуживания и состояния природной среды стимулирует улучшение качества образования и т.д.

3. Основа саморазвития человечества определяется через социальное качество. Методологическая значимость КЖ заключается и в том, что оно позволяет найти решение проблем саморазвития человечества через социальное качество.

Человечество, преобразуя природные и социальные условия бытия, стремится выразить качество своей жизни. При этом политика, экономика, техника, медицина и т.п. выступают как средства этого выражения.

На определенных этапах истории эти средства имеют определяющее значение в соответствии со зрелостью человечества, иначе говоря, насколько и как КЖ становится определяющим фактором развития.

Таким образом, категория КЖ имеет огромный методологический и аксиологический потенциал, позволяющий по новому, с позиций системности и целостности подойти к осмыслению проблем жизни и деятельности современного человека.

1.17. Бойцов Б.В. Качество жизни / Б.В. Бойцов, Ю.В. Крынев, М.А. Кузнецов // Стандарты и качество. – 1997. – № 9. – 38–42.

Библиогр.: 6 назв.

Духовность является глубинным выражением человеческой сущности и основным условием взаимоотношений людей. В религиозном мировоззрении дух определяется как средство общения Бога и человека. На основе духовности люди постигали смысл своего бытия и всего мироздания. Формирование единого планетарного организма и этносов происходит на духовной основе.

Духовность как качество состоит из совокупности способностей, состояний и ценностных ориентаций. Духовные способности определяют индивидуальность человека, делают его личностью, проводят цензуру эгоизма и прагматизма обыденной жизни. Они обуславливают свободу индивида, его независимость от давления жизненных ситуаций. Схема духовных ценностей человека представлена на рис.

Духовные способности служат основой духовного состояния человека, которое определяет внутреннее равновесие, гармонизирует личность, качественно влияет на сознание и интеллект.

Духовное состояние способствует расширению сознания, в результате чего исследуемая ситуация познается как целостное качество и имеет мотивационный характер.

Духовные ценности выражают направленность духовных усилий человека, их глубину и напряженность, оказывают регуляторное влияние на формирование мотивов поведения и поступков.

На этапах развития категории КЖ преобладали только определенные стороны качественной целостности жизни общества. Свое выражение они нашли в ряде положений:

- образ жизни – фиксировал формы жизнедеятельности людей, типичные для определенных социальных отношений;
- стиль жизни – конкретизировал содержание образа жизни, раскрывал особенности общения и поведения людей;



Рис. Схема духовных ценностей человека.

•уровень жизни – определял основное внимание жизнеобеспеченности, оценивая количественную сторону жизни, степень удовлетворения материальных и культурных потребностей.

1.18. **Васильев А.Л. Управление качеством жизни методами стандартизации / А.Л. Васильев // Стандарты и качество. – 2001. – № 9. – С. 6–9.**

1.19. **Васильев А.Л. Россия в XXI веке : качество жизни и стандартизация / А.Л. Васильев. – М. : Стандарты и качество, 2003. – 438 с. – (Дом качества ; вып. 12).**

Табл., ил., прил. 4, библиогр.: в конце каждого разд.
ISBN 5-94938-008-8. Тираж 2000 экз.

В книге излагаются проблемы выживания населения РФ в условиях политических и социальных проблем XXI века. Основные разделы книги: «С чем мы пришли к XXI веку», «Качество жизни», «Качество среды обитания», «Качество организации и управления обществом», «Качество населения», «Качество человека», «Безопасность жизнедеятельности», «Управление качеством жизни».

Автор рассматривает стандартизацию как систему национальных и планетарных действий, которые обеспечивают выживание человечества на основе норм (стандартов) поведения. На рис. представлена обобщенная схема КЖ.

1.20. **Величковский Б.Т. Реформы и здоровье населения страны (пути преодоления негативных последствий) / Б.Т. Величковский. – М. ; Воронеж : Истоки, 2002. – 64 с.**

Табл. 3, ил., библиогр.: с. 62–63 (24 назв.)

ISBN 5-88242-193-4. Тираж 1000 экз.

Представлен анализ отрицательного влияния «шоковой» стратегии реформ на «динамический стереотип» высшей нервной деятельности у подавляющего большинства россиян. После финансового кризиса 1998 г. ведущей причиной негативных медико-демографических процессов стала бедность, оказавшая особо негативное воздействие на здоровье детей.

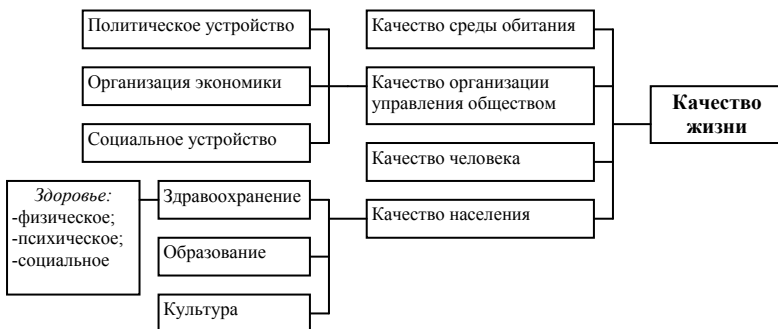


Рис. Обобщенная структура понятия КЖ (по Васильеву А.Л.)

1.21. Величковский Б.Т. Главнейшая задача экологии человека в России / Б.Т. Величковский // Гигиена и санитария. – 2003. – № 3. – С. 6–9.

Библиогр.: 7 назв.

1.22. Генкин Б.С. Эффективность труда и качество жизни : учеб. пособие / Б.С. Генкин ; С.-Петербург. гос. инж.-экон. акад. – СПб., 1998. – 112 с.

Библиогр.: с. 105–110. ISBN 5-88996-060-1. Тираж 3000 экз.

1.23. Гневашева В.А. Применение методов прогнозирования на рынке труда : возможности, проблемы и перспективы / В.А. Гневашева // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2003. – № 4. – С. 61–63.

Библиогр.: 9 назв.

1.24. Гундаров И.А. Почему умирают в России, как нам жить? Духовное неблагополучие как причина демографической катастрофы / И.А. Гундаров. – М. : Медиа Сфера, 1995. – 100 с.

Библиогр.: с. 95–100 (128 назв.). Тираж 5000 экз.

1.25. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России : причины, механизмы, пути преодоления / И.А. Гундаров. – М. : Эдиториал УРСС, 2001. – 206 с.

Ил. 42, табл. 9, прил. 21, библиогр.: с. 196–203 (106 назв.).

ISBN 5-8360-0214-2. Тираж 2500 экз.

В монографии проведен комплексный анализ динамики демографической ситуации и влияющих на нее факторов в странах СНГ, Прибалтики и Восточной Европы. Изучено влияние уровня жизни (экономических, экологических и др. параметров) и КЖ (нравственно-эмоционального состояния) на смертность и рождаемость.

Например, если принять смертность в России в 1985–1988 гг. за нормативные данные, то за 1990–2000 гг. население России уменьшилось на 5 млн. человек (рис. 1).

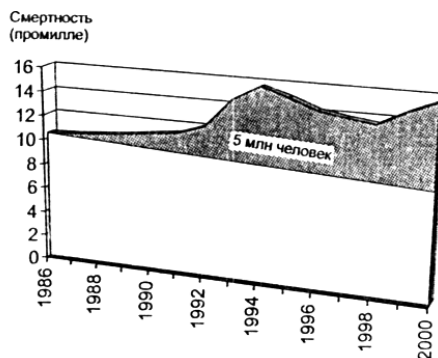


Рис. 1. Демографические потери от сверхсмертности в России за 1992–2000 гг.

По критериям медицинской науки такая смертность может квалифицироваться как эпидемия. В зависимости от природы фактора, эпидемии бывают инфекционными (чума, холера, грипп) и неинфекционными (духовное неблагополучие, вспышка самоубийств и т.д.).

Основными показателями негативной духовности, доступными для международной сравнительной оценки, могут служить самоубийства, отражающие безысходность, потерю смысла жизни, и убийства, которые обуславливаются агрессивностью, озлобленностью. Суммарную величину духовного неблагополучия характеризует общая преступность. С 1986 г. по 1995 г. уровень самоубийств в России возрос на 79 %, убийств – в 4 раза, грабежей и разбоев – в 6 раз, суммарной преступности – в 2,2 раза. Только в 1999 г. число лиц, совершивших преступления, составило 1 млн. 717 тыс. чел.

Для изучения роли перечисленных параметров как факторов риска смерти было проведено исследование на материале российской статистики за 24 года (1976–2000 гг.). Степень сцепленности

траекторий нравственного и физического благополучия достигала 85 %. Всякое повышение (снижение) преступности сопровождалось повышением (снижением) смертности (рис. 2).



Рис. 2. Динамика преступности и смертности.

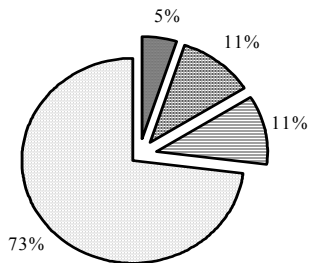
Подобная по характеру связь обнаружена между динамикой самоубийств и смертности. В обоих случаях каждая из сторон не могла служить причиной другой. Значит, существовал какой-то скрытый агент, который формировал единую предрасположенность к преступлениям, самоубийствам и болезням. Ни один из известных медицинских, экологических, геофизических, космологических параметров не повторял представленной траектории. Автором было выдвинуто предположение, что в роли «серого кардинала» выступало нравственно-эмоциональное состояние общества.

Для исследования процессов жизнестойкости методом пошаговой линейной регрессии было использовано 25 социально-экономических показателей. Как и в предыдущем исследовании, динамика смертности определялась в наибольшей мере динамикой духовных параметров: озлобленности, агрессивности (73 % зависимости) и безысходности, потери смысла жизни (11 % зависимости). Вклад остальных факторов составил 16 %. Т.е. процессы жизненной устойчивости на 84 % зависели от духовного состояния общества (КЖ) и на 16 % от материальных условий (уровень жизни) (рис. 3).

Автор отмечает, что с 1992 г. с началом «либерализации общества» возникла вспышка техногенных аварий и катастроф. На авиатранспорте их возросло в 4,5 раза, на железнодорожном транспорте – в 2,7 раза, на атомных реакторах – в 2,3 раза, нефте- и газопроводах – в 2,2 раза, в угольной промышленности – в 2,7 раза. Такие тенденции сохранялись и последующие 2 года.

Рис. 3. Вклад факторов в динамику смертности в странах СНГ за 1990–1996 гг.

Условные обозначения:
 73 % – социальная агрессия и гнев;
 11 % – безисходность и потеря смысла жизни;
 11 % – обнищание;
 5 % – прочие



Проверка гипотезы была осуществлена и при детальном исследовании авиакатастроф за период 1983–1998 гг. Использовался индекс погибших на 1 млн. перевезенных пассажиров (рис. 4).

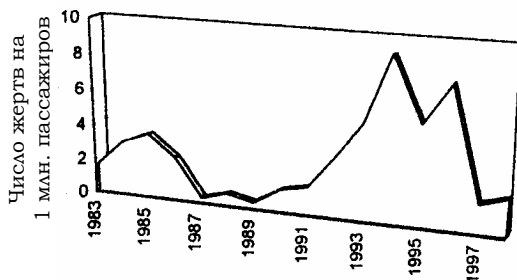


Рис. 4. Число пострадавших в авиакатастрофах на 1 млн. перевезенных пассажиров.

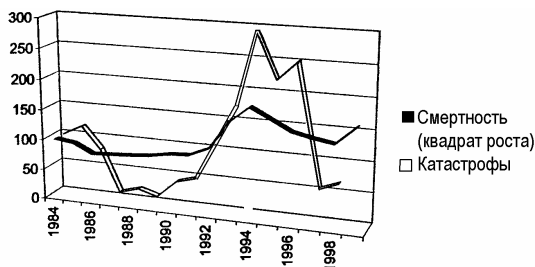
Нравственно-эмоциональный подъем начала перестройки характеризовался созидательным эффектом. Указанное привело к 10-кратному снижению интенсивности авиакатастроф за 1997–1998 гг. Улучшение нравственно-эмоционального состояния оказало благотворное влияние на психофизиологические процессы популяции.

Стабилизация экономической напряженности после 1994 г. привела к нормализации психической атмосферы общества и снижению авиакатастроф. Однако дефолт 1998 г. способствовал эмоциональному стрессу у всего населения страны. Результат – очередное ухудшение аварийной обстановки (см. рис. 4).

Доказательством зависимости техногенных катастроф от психологической атмосферы и здоровья населения служат высокие корреляционные связи аварийности со смертностью ($r = 0,70$), само-

убийствами ($r = 0,50$) и убийствами ($r = 0,60$). На рис. 5 представлена значимая зависимость аварийности с показателями смертности населения.

Рис. 5. Динамика авиакатастроф и смертности в СССР-СНГ.



Выявлены оптимальные комбинации социально-экономических моделей и политических режимов, обеспечивающих наилучшие показатели уровня жизни, КЖ и здоровья. Разработана концепция «постлиберальных реформ» как «лекарства» от депопуляции.

1.26. Гундаров И.А. Преображение: пути преодоления демографической катастрофы в России / И.А. Гундаров ; Фонд нац. междунар. безопасности. – М. : Центр творчества и Беломорье, 2001. – 351 с.

Табл. 11, ил. 57, прил. 26, библиогр.: с. 335–349 (153 назв.) ISBN 5-93454-024-6. Тираж 2500 экз.

1.27. Давыдова Е.В. Измерение качества жизни / Е.В. Давыдова, А.А. Давыдов. – М. : Ин-т социологии РАН, 1993. – 52 с.

Табл. 10, ил. 5, библиогр.: с. 49–51 (39 назв.). Тираж 150 экз.

В методическом пособии изложены определение КЖ, его структура и закономерности, надежные методики и результаты измерения КЖ.

Измерение КЖ исторически проводилось двумя способами: измерение объективных условий жизни и измерением субъективных оценок жизни. Различные варианты сочетаемости объективных условий жизни и их субъективных оценок дают четыре основных уровня КЖ (табл.).

Анализ большинства городского населения западноевропейских стран имеет сочетание «хорошо – хорошо» и относится к группе населения имеющего высокий уровень КЖ. Группа «депривация» представляет классическое поле деятельности для проведения политики социальной защиты и работы общественных фондов. Группа

«диссонанс» является источником протеста и социальных изменений. Группа «адаптация» часто представляет в реальности бессилие и социальное отступление.

Таблица

Уровни качества жизни

| Объективные жизненные условия | Восприятие и оценка | |
|-------------------------------------|--------------------------------|------------|
| | хорошо | плохо |
| хорошие | высокий уровень качества жизни | диссонанс |
| плохие | адаптация | депривация |

Авторы формулируют следующие рекомендации по измерению КЖ начинающим исследователям:

- не следует акцентировать внимание только на объективных или субъективных индикаторах, необходимо измерять их одновременно, стараясь сохранить целостность КЖ;

- при изучении КЖ, когда еще нет опыта его измерения, не следует учитывать большое количество микропоказателей. Более целесообразно начинать измерения с небольшого количества макропоказателей;

- рекомендуется вначале максимально упрощать измерения и не пользоваться «весами» по каждому индикатору. Пусть сначала результат будет менее точным, но зато предохранит от грубых ошибок при вычислении его «веса»;

- при измерении объективных индикаторов следует предварительно проверять их достоверность, а при измерении субъективных индикаторов – обоснованность шкал;

- при интерпретации полученных результатов следует помнить, что используемый в исследованиях подход к измерению является одним из возможных, который может не учесть влияния неизмеренных факторов.

1.28. **Денисов Н.А. Качество жизни населения различных регионов России / Н.А. Денисов // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 2. – С. 23–35.**

Табл.

1.29. **Елизаров В.В. Семейная политика и экономическая поддержка семьи в современной России / В.В. Елизаров // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 6. – С. 4–16.**

1.30. Зараковский Г.М. Качество жизни и качество населения / Г.М. Зараковский // Качество жизни – главный критерий социально-экономического развития России : сб. докл. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2002. – С. 26–37.

Ил. 3, табл. 2, библиогр.: 9 назв.

Представлена взаимосвязь КЖ и качества населения. *Жизнедеятельность* – совокупность всех присущих человеку процессов от физиологических функций, необходимых для жизни и развития человека как биологического объекта, до процессов созидательной деятельности, рефлексии, др. видов активности, свойственных человеку как субъекту, духовному существу. Функциональная схема жизнедеятельности представлена на рис. 1.

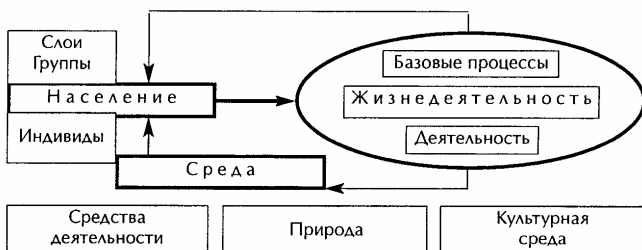


Рис. 1. Функциональная схема жизнедеятельности.

Качество жизни – интегральная характеристика жизнедеятельности людей, определяющая соответствие параметров жизненных процессов и деятельности, их результатов позитивным потребностям индивидов или населения (общества).

Качество населения – интегральная характеристика населения, создающая возможность осуществлять продуктивную жизнедеятельность. Качество населения складывается из его базового и духовно-деятельностного потенциалов (рис. 2).

Среда – комплекс внешних по отношению к человеку (населению) факторов, от которых зависит возможность жизнедеятельности и ее характер:

- средства, обеспечивающие базовые жизненные процессы (продукты питания, воздух, вода, одежда и др.);
- средства деятельности (технические, технологические, информационные, социально-организационные);
- культурная среда (материальная и духовная);
- природная среда (в т.ч. животный мир);
- ресурсы (финансовые, энергетические, сырьевые);

-социальная среда (социальные институты, демографическая структура населения и т.д.).

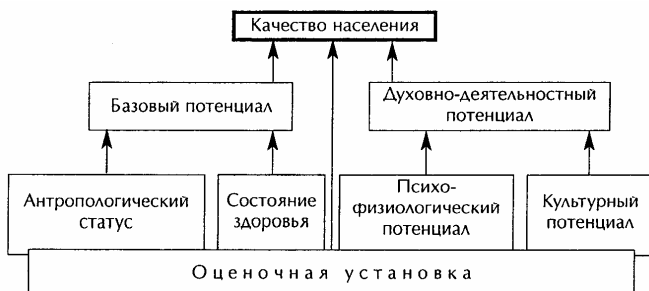


Рис. 2. Структура качества населения.

Качество среды – обобщающее свойство компонентов среды, создающих условия осуществления жизнедеятельности. В общем виде взаимосвязи между качеством населения, КЖ и качеством среды представлены на рис. 3.

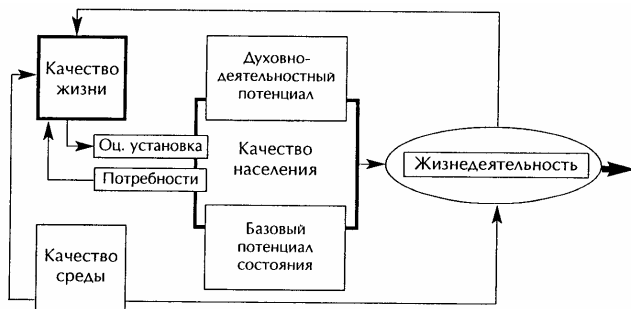


Рис. 3. Взаимосвязь КЖ, качества населения и качества среды в системе жизнедеятельности.

1.31. Зараковский Г.М. Социально-личностное благополучие в структуре качества жизни общества: показатели и критерии / Г.М. Зараковский // *Качество жизни: критерии, оценки* : сб. докл. междунар. семинара. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003. – С. 19–32.

Табл. 11, библиогр.: 9 назв.

В 1999–2001 гг. во ВНИИТЭ разработана концепция КЖ и вытекающая из нее структура характеристик КЖ. В дополнение к ней

разработан блок, названный социально-личностным благополучием (табл. 1). Этот блок отражает те стороны КЖ, которые обуславливаются состоянием и активностью отдельного человека или общностью людей.

Таблица 1

Структура блока «Социально-личностное благополучие общества»

| 1-й уровень показателей | 2-й уровень показателей |
|--|--|
| Социально-демографический потенциал | Демографический потенциал Психологический потенциал Культурный потенциал Социально-политический потенциал |
| Социальное благополучие | Безопасность Настроение |
| Самореализация в разных областях жизни | Семейная жизнь Трудовая деятельность Общественная деятельность Нерегламентированные виды деятельности |

Социально-демографический потенциал – совокупность свойств общества, определяющих его способность к продуктивной жизнедеятельности в направлении повышения КЖ всех его членов и собственной устойчивости в расширяющихся границах внутренних и внешних (средовых) условий.

Социальное самочувствие – системное свойство общества, возникающее на базе агрегации самочувствия образующих это общество людей. Оно включает две группы свойств: чувство безопасности (самочувствие, обусловленное уровнем защищенности от природных, техногенных и социальных угроз) и настроение (самочувствие, обусловленное другими факторами).

Самореализация членов общества в различных видах жизнедеятельности – это системное свойство общества, возникающее на базе агрегации реализации людей в личной и семейной жизни, в труде, в общественной деятельности и в различных видах нерегламентированной деятельности (хобби, досуг, религия и др.).

Для оценки результатов опроса населения и для оценки комплексных относительных показателей разработана лингвистическая шкала с семью градациями (табл. 2).

Представлен состав показателей и значения оценок по каждому из представленных компонентов в табл. 2. По ориентировочным данным сотрудников ВНИИТЭ в целом КЖ России в аспекте социально-личностного благополучия можно считать приемлемым (оценка 0,46), в основном за счет социального самочувствия (0,55). Социально-демографический потенциал (0,40) и самореализация гражд

дан в разных сферах жизнедеятельности (0,40) находятся в зоне нежелательного качества.

Таблица 2

**Перевод относительных показателей
в критериальную оценочную шкалу**

| Диапазон численных значений | Лингвические критерии оценки |
|-----------------------------|------------------------------|
| 1,00 – 0,86 | Отличное качество |
| 0,85 – 0,72 | Хорошее качество |
| 0,71 – 0,58 | Удовлетворительное качество |
| 0,57 – 0,42 | Примлемое качество |
| 0,41 – 0,29 | Нежелательное качество |
| 0,28 – 0,14 | Плохое качество |
| 0,13 – 0 | Недопустимо низкое качество |

В структуре социально-демографического потенциала российского общества наиболее низкую оценку получил социально-политический потенциал (0,23) и демографический потенциал (0,30). Психологический и культурный компоненты достаточно высоки (соответственно 0,46 и 0,54).

Уровень самореализации граждан наибольший в трудовой деятельности (0,47), семейной жизни (0,42) и наименьший в сфере нерегламентированной (хобби, развлечения) деятельности (0,24).

1.32. Зараковский Г.М. Формирование здорового образа жизни молодежи – условие повышения качества жизни населения России / Г.М. Зараковский // Качество жизни и здоровье нации : тр. ВНИИ техн. эстетики. – М., 2003. – С. 39–51. – (Качество жизни ; вып. 7).

Табл. 2, ил. 2, библиогр.: с. 50–51 (15 назв.)

Обследованы 1600 человек в 32 регионах РФ (совместно с ВЦИОМ) и 78 студентов и учащихся старших классов школы. Установлено, что структура достижений у молодых людей существенно отличается от таковой структуры населения (табл.). Например, здоровье, как ценность, для населения в целом занимает второе место, а у молодежи – только четвертое. Важными ценностями для молодежи являются: получение образования, овладение профессией и карьерный рост. В тоже время ее маргинальная часть пристрастилась к наркотикам (около 2 млн.), 2,9 % молодежи являются правонарушителями.

На рис. представлена диаграмма, показывающая зависимость психологического потенциала от возраста трех поколений. Из рис.

видно, что по всем позитивным параметрам молодежь дает более оптимистические оценки.

Таблица
Обобщенные показатели активности молодежи и населения

| Показатель | Достигли | | | | Стремятся достигнуть | | | |
|--|-----------|------|----------|------|----------------------|------|----------|------|
| | население | | молодежь | | население | | молодежь | |
| | % | ранг | % | ранг | % | ранг | % | ранг |
| 1. Достижения в области формирования социально-психологического потенциала | | | | | | | | |
| духовное развитие | 18,5 | 2 | 32,0 | 3 | 9,6 | 5 | 23,6 | 5 |
| образование | 12,5 | 5 | 49,4 | 1 | 6,9 | 7 | 30,5 | 2 |
| 2. Достижения в области здоровья, благосостояния | | | | | | | | |
| здоровье, физ. развитие | 14,3 | 4 | 33,0 | 2 | 19,2 | 2 | 27,4 | 4 |
| материальный достаток | 9,1 | 7 | 14,0 | 6 | 29,9 | 1 | 37,4 | 1 |
| 3. Достижения в разных сферах жизни | | | | | | | | |
| любовь, семья | 38,1 | 1 | 12,0 | 7 | 10,2 | 4 | 14,6 | 6 |
| профессионализм, карьера | 14,5 | 3 | 6,7 | 8 | 11,3 | 3 | 30,0 | 3 |
| предпринимательство | 3,0 | 9 | 0 | 10 | 3,6 | 9 | 8,4 | 9 |
| организаторская, общественно-политическая | 2,0 | 10 | 5,5 | 9 | 1,0 | 10 | 3,4 | 10 |
| творчество | 7,1 | 8 | 20,4 | 5 | 5,4 | 8 | 12,7 | 8 |
| досуг, развлечения | 9,6 | 6 | 31,8 | 4 | 8,3 | 6 | 13,7 | 7 |

Ядром разработанной концепции КЖ в ВНИИТЭ является самоэффективность общества, которую характеризует социально-демографический потенциал. Чем он выше, тем выше уверенность общества в своих силах и больше имеется возможности повышения качества жизни.

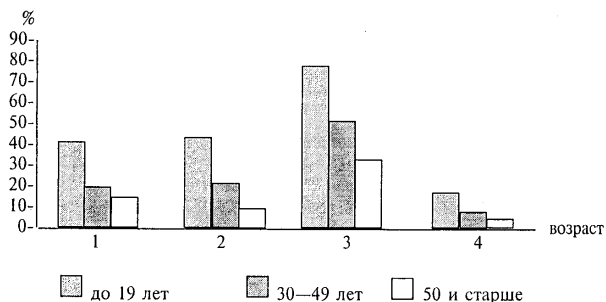


Рис. Зависимость удовлетворенности (1), надежды (2), хорошего настроения (3) и реальных достижений (4) от возраста.

Автором высказывается мнение, что при формировании здорового образа жизни не стоит надеяться только на высокий психологический потенциал молодежи, необходимы радикальные и энергичные меры со стороны государственных структур и общественных организаций.

1.33. **Зотов И.В. Политика доходов и уровень жизни пенсионеров России / И.В. Зотов // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 4. – С. 41–46.**

Табл. 6, ил. 2.

1.34. **Жеребин В.М. Уровень жизни населения: основные категории, характеристики и методы оценки / В.М. Жеребин, А.Н. Романов. – М. : Юнити, 2002. – 592 с.**

Ил., библиогр.: с. 583–589. ISBN 5-238-00318-8. Тираж 10000 экз.

1.35. **Казанцев В.П. Этюды интегральной медицины и валеологии : основы теории и практики медицины XXI века / В.П. Казанцев, В.П. Петленко, С.В. Петленко ; Междунар. ин-т валеологии и космического сознания – СПб., 1997. – 516 с.**

ISBN 5-7997-0015-5. Тираж 120 экз.

1.36. **Карлина Е.П. Социально-экономическое развитие региона: теория и практика / Е.П. Карлина, Т.Н. Максимова. – Астрахань : ГИП ИПК «Волга», 2003. – Ч. 1. – 108 с.**

Табл. 36, ил. 4, библиогр.: с. 100–102 (38 назв.). Тираж 500 экз.

В монографии представлены теоретические основы региональной экономики, ее содержание, направление анализа. Основное внимание уделено практическим аспектам функционирования экономики Астраханской обл.

1.37. **Качество жизни в психоневрологии : тез. докл. конф. / Ред. Ю.В. Попов ; С.-Петербур. науч.-исслед. психоневрол. ин-т им. В.М. Бехтерева. – 2000. – 145 с.**

1.38. **Качество жизни – главный критерий социально-экономического развития России : сб. докл. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2002. – 228 с.**

Тираж 100 экз.

Сборник содержит изложение основных докладов II Всерос. конф. «Качество жизни: Россия XXI века». Рассматриваются теоретико-методические и прикладные вопросы формирования и повышения КЖ населения России.

1.39. Качество жизни : государственное регулирование и социальное партнерство : тез. IV Всерос. науч.-практ. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003. – 115 с.

Тираж 100 экз.

1.40. Качество жизни, здоровье нации и безопасность России : V съезд Петровской акад. наук и искусств / ред. кол.: Л.А. Майборода [и др.]. – СПб., 2002. – Ч. 1. – 201 с.

1.41. Качество жизни и российское предпринимательство : тез. III Всерос. науч.-практ. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2001. – 206 с.

Тираж 200 экз.

1.42. Качество жизни и российское предпринимательство : тр. ВНИИ техн. эстетики / Б.В. Бойцов, Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский [и др.]. – М., 2002. – 69 с. – (Качество жизни ; вып. 1).

Ил., библиогр. в конце статей. Тираж 100 экз.

Авт. кол.: Б.В. Бойцов, Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский, Т.К. Кашкина, Ю.В. Крянев, В.Б. Лидова, В.И. Рышков, Л.Д. Чайнова, М.Г. Чопорова.

В сборник включены отдельные доклады специалистов, сделанные на III Всерос. науч.-практ. конф. «Качество жизни и российское предпринимательство» (Москва, 22–23.10.2001 г.).

1.43. Качество жизни и экономика : тр. ВНИИ техн. эстетики / В.И. Пузанов. – М., 2002. – 49 с. – (Качество жизни ; вып. 2).

Табл., библиогр.: с. 47–48 (32 назв.). Тираж 100 экз.

1.44. Качество жизни и культурно-образовательный туризм: тр. ВНИИ техн. эстетики / Т.Г. Богатырева, В.Ю. Воскресенский. – М., 2002. – 45 с. – (Качество жизни ; вып. 3).

Ил., библиогр. – подстрочн. прим. Тираж 100 экз.

1.45. Качество жизни и духовная культура : тр. ВНИИ техн. эстетики / Г.М. Зараковский, Л.И. Конча, Ю.А. Крючков – М., 2002. – 60 с. – (Качество жизни ; вып. 4).

Сб. статей. Ил., библиогр. в конце ст. Тираж 100 экз.

1.46. Качество жизни и формирование толерантного поведения : тр. ВНИИ техн. эстетики / Е.Е. Задесенец, Ю.М. Крючков, М.Г. Чопорова. – М., 2003. – 56 с. – (Качество жизни ; вып. 5).

Ил. 13, табл., библиогр.: с. 35 (30 назв.). Тираж 100 экз.

1.47. Качество жизни и экология : тр. ВНИИ техн. эстетики / Л.М. Яо, Д.А. Андрианова, И.А. Сосунова [и др.]. – М., 2003. – 44 с. – (Качество жизни ; вып. 6).

Ил. 3, библиогр. в конце разд. Тираж 100 экз.

Авт. кол.: Л.М. Яо, Д.А. Андрианова, И.А. Сосунова, С.М. Алексеев, М.В. Федоров, Л.И. Конча.

1.48. Качество жизни и здоровье нации : тр. ВНИИ техн. эстетики / В.Н. Крутько, Т.М. Смирнова, И.А. Гундаров [и др.]. – М., 2003. – 52 с. – (Качество жизни ; вып. 7).

Табл. 3, ил. 4, библиогр. в конце разд. Тираж 100 экз.

Авт. кол.: В.Н. Крутько, Т.М. Смирнова, И.А. Гундаров, Г.М. Зараковский, Л.И. Конча.

Проанализирована динамика КЖ по критериям продолжительности жизни и смертности. Предлагается одно из направлений повышения КЖ – формирование здорового образа жизни молодежи.

1.49. Качество жизни и социально-психологическое состояние населения : тр. ВНИИ техн. эстетики / Г.М. Зараковский, В.А. Хащенко, Н.Н. Хащенко, А.В. Баранова. – М., 2003. – 40 с. – (Качество жизни ; вып. 8).

1.50. Качество жизни: критерии, оценки : сб. докл. междунар. науч. семинара / ред. кол.: М.С. Илюхин, Г.М. Зараковский, Л.Д. Чайнова [и др.]. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003. – 133 с.

Табл., ил., библиогр. в конце ст. Тираж 100 экз.

Сборник содержит основные доклады, представленные на семинаре «Качество жизни: критерии, оценки. Отечественный и зарубежный опыт» (Москва, 2002 г.).

1.51. Качество жизни медицинских работников / В.Ю. Альбицкий, М.Э. Гурылева, М.Л. Добровольская, Л.В. Хузиева // Здравоохран. Рос. Федерации. – 2003. – № 3. – С. 35–38.

Библиогр.: 16 назв.

С помощью опросника ВОЗ КЖ-100 обследовано 97 сотрудников поликлиники г. Казани, находящихся на рабочих местах в феврале-мае 2002 г. Контрольная группа состояла из 71 чел. Анализируются различия КЖ у выделенных групп.

1.52. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования / В.И. Денисов, Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский [и др.]. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2000. – 124 с.

Табл. 25, ил. 47, библиогр.: с. 121–123 (113 назв.). Тираж 300 экз.

Авт. кол.: В.И. Денисов, Е.Е. Задесенец, Г.М. Зараковский, Л.И. Конча, Ю.А. Крючков, Л.А. Кузьмичев, В.А. Пересторонин, Б.Л. Соловьев, Т.А. Сулова, М.В. Федоров, М.Г. Чопорова, Е.И. Шипилов.

Монография подготовлена по заданию Министерства промышленности, науки и технологий РФ в рамках выполнения научно-исследовательского проекта «Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования».

В ней излагаются результаты исследований проблемы КЖ, его сущности и структуры, методологии оценки показателей КЖ, принципов и способов формирования КЖ на основе выбора социальных приоритетов и использования социальных технологий. На рис. представлена объемная модель КЖ.

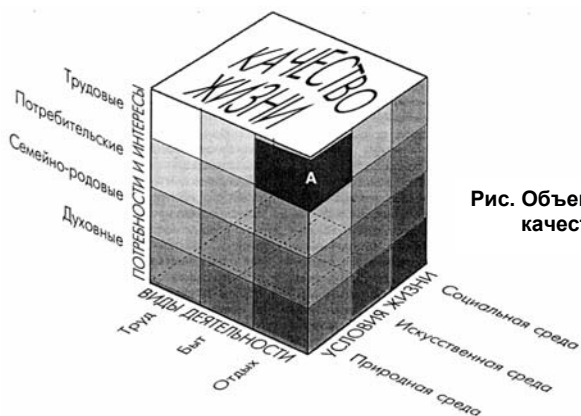


Рис. Объемная структура качества жизни.

Предложены три универсальные (типовые) системы укрупненных показателей, относящихся к КЖ человека (табл. 1), жителей региона (табл. 2) и населения страны.

В общем виде система показателей КЖ представляет собой совокупность комплексных и единичных показателей, на верхних ее уровнях находятся обобщенные (комплексные) показатели, характеризующие целостные факторы или условия жизни человека, на нижних уровнях – частные показатели, отражающие содержание этих условий и факторов жизни.

Общим для всех трех типовых систем КЖ является то, что рассматриваются объективные и субъективные аспекты КЖ в единстве и взаимосвязи. На первом уровне располагаются показатели удовлетворенности общества и человека различными сторонами своей жизни, использование субъективных методов оценки, выявляющих

личное отношение человека к жизни, и включает минимально необходимый набор показателей.

Таблица 1
Показатели качества жизни человека (семьи, группы людей)

| 1-й уровень | 2-й уровень | 3-й уровень |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| Созидательная жизнь | Трудовая деятельность | Удовлетворенность трудом Производительность труда |
| | Квалификация труда | Уровень квалификации Условия труда |
| Потребительская жизнь | Потребление благ и услуг | Расходы на потребление благ и услуг Сбережения населения (отложенный спрос) |
| | Потребность населения в жилье | Обеспеченность жильем Обеспеченность благоустроенным жильем |
| | Качество товаров и услуг | Удовлетворение потребностей в товарах Удовлетворение потребностей в услугах |
| Семейно-родовая жизнь | Здоровье | Состояние здоровья Заболеваемость Ожидаемая продолжительность жизни Травматизм |
| | Семья | Прочность брака Продолжение рода |
| | Экология | Экология природной среды Защищенность жилища от чрезвычайных ситуаций |
| Духовная (гражданская) жизнь | Гражданские право и свободы | Соблюдение конституционных прав Уровень уголовных правонарушений |
| | Образование | Общая грамотность Обучение в начальной школе Обучение в средней школе Обучение в вузах |
| | Культура и духовное общение | Социокультурное общение Доступность информации и средств коммуникации Удовлетворенность духовной жизнью Сохранение культурного наследия |

На втором уровне располагаются показатели жизнедеятельности человека, определяющие особенности его взаимодействия со всем окружающим миром.

На третьем уровне располагаются показатели жизнеобеспечения, характеризующие условия и факторы, от которых зависит успешное протекание процессов жизнедеятельности человека.

Предложена стратегия социально-экономического развития России, основанная на использовании имеющихся потенциальных ре-

сурсов (научно-технических, интеллектуальных, природно-сырьевых и др.) и обеспечивающая высокие темпы роста экономики и КЖ населения страны.

Таблица 2
Показатели качества жизни населения (поселка, города, региона)

| 1-й уровень | 2-й уровень | 3-й уровень |
|------------------------------|-------------------------------|--|
| Созидательная жизнь | Трудовая деятельность | Удовлетворенность трудом Занятость населения в сфере услуг Производительность труда |
| | Кадровое обеспечение | Уровень квалификации работников Уровень занятости населения |
| Потребительская жизнь | Потребление благ и услуг | Расходы населения на потребление благ и услуг Сбережения населения (отложенный спрос) |
| | Потребность населения в жилье | Обеспеченность населения жильем Обеспеченность населения благоустроенным жильем |
| | Качество товаров и услуг | Удовлетворение потребностей населения в товарах Удовлетворение потребностей населения в услугах |
| Семейно-родовая жизнь | Здоровье | Состояние здоровья населения по возрастным группам Заболеваемость Ожидаемая продолжительность жизни Травматизм |
| | Рост населения | Устойчивость семейных отношений Удовлетворенность семейной жизнью Прирост населения |
| | Экология | Экология природной среды Защищенность региона от возникновения чрезвычайных ситуаций |
| Духовная (гражданская) жизнь | Гражданские право и свободы | Соблюдение конституционных прав Уровень уголовных правонарушений Общая грамотность |
| | Образование | Охват обучением в начальной школе Охват обучением в средней школе Охват обучением в вузах |
| | Культура и духовное общение | Социокультурное, духовное и религиозное общение Доступность информации и средств коммуникации Удовлетворенность духовной жизнью Сохранение культурного наследия |

Специальное внимание уделено выявлению роли дизайна и эргономики в решении вопросов улучшения КЖ. Выдвинуты предложения о создании целевой научно-технической программы «Социальные приоритеты и технологии формирования качества жизни».

1.53. Качество жизни : Россия XXI века : тез. Всерос. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2000. – 126 с.

Тираж 200 экз.

В первом разделе сборника содержатся сведения о КЖ, как социально-экономического понятия, второй раздел посвящен практическим проблемам повышения КЖ, третий раздел раскрывает вопросы формирования КЖ в сфере здравоохранения.

1.54. Качество жизни населения и социальная политика в регионах : материалы Всерос. науч.-практ. конф. / под ред. А.В. Дмитриева, В.В. Маркина. – Пенза : Приволж. дом знаний, 2002. – 174 с.

ISBN 5-8356-019-2. Тираж 70 экз.

1.55. Качество жизни : теория и практика социальной эргономики : сб. докл. междунар. науч.-практ. конф. / отв. ред. Ю.Ю. Вейнгольд, Л.Г. Галкин. – Белгород : БелГТАСМ, 2002. – Ч. 1. – 196 с.; Ч. 2. – 166 с.

ISBN 5-7414-0066-3. Тираж 100 экз.

1.56. Качество жизни: факты и тенденции / редкол.: Л.А. Иванова (отв. ред.) [и др.]. – Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2002. – 56 с.

ISBN 5-7103-0772-6. Тираж 300 экз.

В сборнике представлен анализ основных показателей КЖ населения в Республике Мордовия в схемах, табл. и рис. за 1995–2001 гг., используется материал Госкомстата Республики Мордовия.

1.57. Кривоносова Л.А. Качество жизни населения : технологии оценки и механизмы использования в системе муниципального управления / Л.А. Кривоносова. – Хабаровск : Изд-во ДГВАГС, 2003. – 148 с.

Табл. 20, ил. 25, библиогр.: с. 142–147 (113 назв.).

ISBN S-94456-007-X. Тираж 500 экз.

В монографии представлен теоретический и структурный анализ категории КЖ, обоснованы принципы построения системы показателей КЖ населения. По мнению автора, концептуальная модель КЖ представляет собой многофакторную конструкцию, состоящую из двух постоянно учитываемых частей субъективной и объективной (рис.).

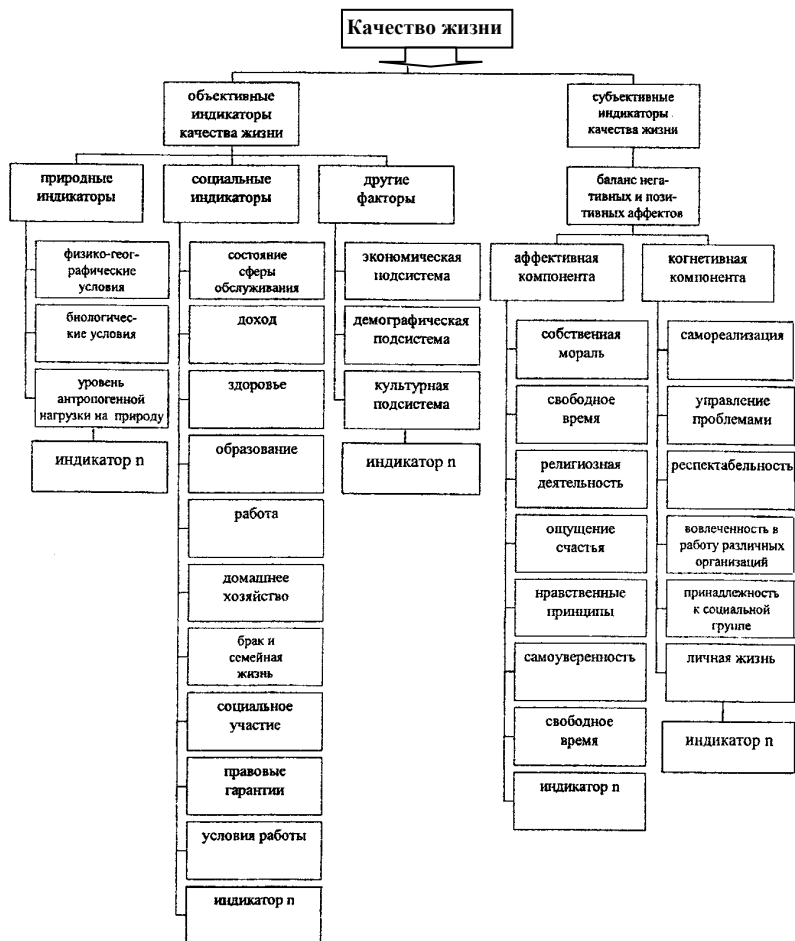


Рис. Структурная модель качества жизни населения.

Анализируются предпосылки и возможности построения мониторинга КЖ населения на муниципальном уровне, технологии использования показателей КЖ в разработке и реализации социальной политики.

1.58. Крутько В.Н. Анализ тенденций смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века / В.Н. Крутько, Т.М. Смирнова. – М. : Едиториал УРСС, 2002. – 48 с.

Ил. 13, табл. 11, библиогр.: с. 47 (18 назв.).

ISBN 5-354-00165-X. Тираж 300 экз.

В монографии анализируется динамика смертности и продолжительности жизни населения России в конце XX века. На рис. представлена возрастная-половая структура населения РФ на 1.01.2000 г.

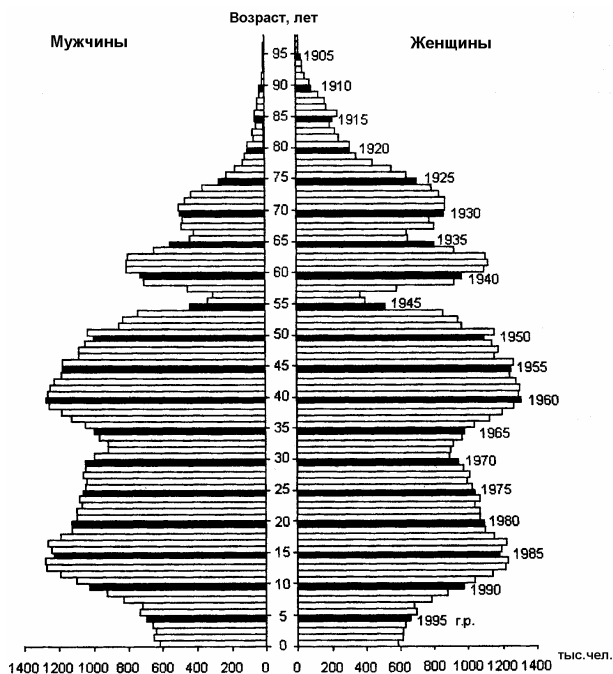


Рис. Возрастно-половая структура населения РФ на 1.01.2000 г.

Рассматриваются достоинства и недостатки различных математических методов описания тенденций смертности. Обсуждаются гипотезы объяснений причин сверхсмертности, наблюдаемой с начала 1990-х годов. Для исходных данных анализа использованы материалы официальных изданий Госкомстата РФ.

1.59. Лисицын Ю.П. **Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М. : ГОЭТАР-МЕД, 2002. – 517 с. – (XXI век).**

ISBN 5-9231-0252-8. Тираж 2000 экз.

Руководство включает новейшие сведения о реформировании здравоохранения в новых экономических условиях, статистические, информационные материалы, основные сведения об изучении и оценке общественного здоровья, организации здравоохранения, его системах, формах, управлении-менеджменте, маркетинге, страховой медицине, планировании, экономике здравоохранения, теоретических концепциях в медицине.

В табл. представлены составляющие факторов риска при некоторых заболеваниях.

Таблица
Распределение факторов риска при заболеваниях и травмах

| Заболевания | Неблагоприятные факторы образа жизни | Генетический риск | Загрязнение внешней среды | Недостатки здравоохранения |
|------------------------------|--------------------------------------|-------------------|---------------------------|----------------------------|
| Ишемическая болезнь сердца | 60 | 18 | 12 | 10 |
| Сосудистые поражения мозга | 65 | 17 | 13 | 5 |
| Др. сердечно-сосудистые заб. | 40 | 35 | 17 | 8 |
| Рак | 45 | 26 | 19 | 10 |
| Сахарный диабет | 35 | 53 | 2 | 10 |
| Пневмония | 19 | 18 | 43 | 20 |
| Эмфизема легких | 35 | 15 | 40 | 10 |
| Цирроз печени | 70 | 18 | 9 | 3 |
| Транспортный травматизм | 65 | 3 | 27 | 5 |
| Прочие несчастные случаи | 55 | 5 | 30 | 10 |
| Самоубийства | 55 | 25 | 15 | 5 |

Акцентируется внимание на факте, что состояние здоровья обусловливается на 50 % образом жизни, по 20 % наследственными факторами и экологическими условиями жизни и только на 10 % работой органов здравоохранения. При нездоровье эти факторы выступают как факторы риска здоровья.

1.60. Литвинов В.А. **Мониторинг доходов и уровня жизни населения: истоки, методология, перспективы / В.А. Литвинов // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 12. – С. 7–16.**

Табл. 3, ил. 4.

В 2003 г. исполнилось 10 лет начала работ по мониторингу доходов и уровня жизни населения РФ. За это время обобщено и выпущено более 30 специализированных ежеквартальных выпусков «Мониторинг доходы и уровень жизни населения».

Особое значение в мониторинге уделяется совершенствованию методологии исследования региональной асимметрии и покупательной способности (ПС) населения. На рис. видно, что в рассматриваемый период (1994–2000 гг.) в распределении населения по уровню его ПС отмечается гораздо большая скошенность левой половины графиков. Т.е. значительная часть населения сконцентрировалась в интервалах с низкими значениями ПС. Особенно это видно в 1998 г. по сравнению с 1994 г. В 2000 г. отмечается рост ПС населения (смещение графика вправо).



Рис. Распределение населения РФ по покупательной способности (среднестатистический ее уровень принят за единицу).

В статье представлены предистория вопроса, методологические аспекты мониторинга, намечены пути его совершенствования.

1.61. **Максимова Т.М. Медицинское обеспечение населения в условиях социальной дифференциации в обществе / Т.М. Максимова, О.Н. Ганенко // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. – 2001. – № 3. – С. 10–14.**

Табл. 5, библиогр.: 11 назв.

Современный кризис, предопределенный социально-экономическими переменами в стране, сказался, в частности, и на государственной системе здравоохранения. Расходы государства на здравоохранение, включая бюджетные ассигнования и взносы на обязательное медицинское страхование, сократились на 33 % за период 1991–1998 гг.

По уровню финансирования здравоохранения – 2,2 % валового внутреннего продукта (ВВП) при рекомендуемом ВОЗ минимуме 5 % ВВП – Россия занимает одно из последних мест в мире. Для сравнения: в Германии на здравоохранение выделяется 8,2 % ВВП, в

США – 13 %, Великобритании – 5,9 %. Кроме того, соотношение расходов государства и населения в РФ составило в 1998 г. 41 : 59, а в странах Организации экономического сотрудничества и развития – 76 : 24. Таким образом, население России вынуждено за счет личных средств компенсировать сокращение расходов государства на здравоохранение.

Отрицательные тенденции привели к повышению смертности населения России по сравнению с другими развитыми странами, росту заболеваемости, эпидемическому распространению социально значимых болезней.

При социологическом опросе 4417 жителей трудоспособного возраста различных регионов страны, проведенном в 1999 году, оказалось, что почти половина респондентов вообще не имела средств на лечение (табл. 1).

Таблица 1

**Сумма, которую больные могут потратить на лечение
в течение одного года**

| Сумма (руб.) | % опрошенных |
|--------------|--------------|
| Отсутствует | 49,7 |
| До 1 000 | 31,9 |
| 1 000–3 000 | 10,1 |
| 3 000–5000 | 3,8 |
| 5 000–10000 | 2,4 |
| 10000–15 000 | 0,7 |
| Более 15 000 | 1,4 |
| Всего | 100,0 |

В рамках проведенного исследования была изучена стратификация респондентов по уровню жизни: только 2,8 %, кто ответил на вопросы и имел какое-либо заболевание, оценили свой жизненный уровень выше среднего. 27 % причисляют себя в группе со средним достатком. 30,1 % занимают промежуточное положение между средним и низким уровнем жизни. 40 % характеризуют свой жизненный уровень как низкий. Т.е. 70,1 % респондентов относят себя к малообеспеченным слоям населения.

В табл. 2 представлены материальные затраты, которые больные с различными заболеваниями могут тратить на лечение в течение 1 года.

По мере ухудшения КЖ увеличивается количество лиц, страдающих различными заболеваниями, если при низком уровне жизни заболевания имелись у 78,2 % респондентов, то при высоком – только у 35,5 % (табл. 3).

Таблица 2

Сумма, которую больные разными заболеваниями могут тратить на лечение в течение одного года

| Сумма, руб. | % опрошенных больных | | | |
|--------------|-------------------------------|----------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| | с ишемической болезнью сердца | с гипертонической болезнью | с заболеваниями сосудов мозга | с хроническим бронхитом |
| Отсутствует | 67,4 | 64,0 | 65,4 | 61,7 |
| До 1 000 | 21,3 | 22,5 | 22,8 | 26,8 |
| 1 000–3 000 | 5,9 | 6,9 | 6,7 | 6,3 |
| 3 000–5 000 | 3,8 | 4,3 | 3,0 | 2,7 |
| 5 000–10 000 | 1,3 | 1,7 | 1,6 | 1,9 |
| 10000–15 000 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,4 |
| Более 15 000 | 0,1 | 1,3 | 0,2 | 0,3 |
| Всего | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Таблица 3

Распространенность заболеваний (в %) среди опрошенных лиц с разным уровнем жизни

| Заболевания | Уровень жизни | | | | |
|-------------------------------------|---------------|---------------|---------|---------------|--------|
| | высокий | выше среднего | средний | ниже среднего | низкий |
| Все заболевания | 35,0 | 43,8 | 54,0 | 62,8 | 78,2 |
| В том числе: | | | | | |
| заболевания сосудов головного мозга | 11,8 | 7,4 | 12,0 | 10,8 | 26,6 |
| гипертоническая болезнь | 21,2 | 15,9 | 19,8 | 20,9 | 37,8 |
| хронический бронхит | 5,9 | 13,0 | 17,9 | 15,8 | 26,0 |
| болезни почек | 5,9 | 26,3 | 18,8 | 18,2 | 27,1 |
| гастрит | 17,6 | 21,7 | 30,5 | 32,7 | 37,3 |

Имущественный ценз больного стал определять его возможности в реализации прав и получения необходимого объема и уровня медицинской помощи. Авторы высказывают необходимость проведения срочных государственных социальных реформ.

1.62. **Максимова Т.М. Здоровье населения и социально-экономические проблемы общества / Т.М. Максимова, О.Н. Ганенко // Прол. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. – 2003. – № 1. – С. 3–7.**

Табл. 8.

Произошла дифференциация населения страны на слои с различными материальными возможностями. Субъективные оценки своего уровня жизни показали, что около 40 % семей имеют уровень жизни низкий или даже ниже среднего, 50 % – средний уровень и только 5

% семей оценивают свои материальные возможности выше среднего. Данные табл. 1 показывают зависимость удовлетворенности своим здоровьем и показателей уровня жизни.

Таблица 1
Удовлетворенность здоровьем лиц с различным уровнем жизни, %

| Удовлетворенность здоровьем | Уровень жизни | | | |
|-----------------------------|---------------|---------|---------------|--------|
| | выше среднего | средний | ниже среднего | низкий |
| Удовлетворены | 71,0 | 51,4 | 38,5 | 20,4 |
| Не удовлетворены | 28,5 | 31,1 | 37,9 | 80,6 |
| Всего | 100 | 100 | 100 | 100 |

Более половины семей (56 %) тратят весь свой семейный бюджет на питание. В табл. 2 представлена распространенность хронических заболеваний, качество питания населения и уровня жизни.

Таблица 2
Распространенность хронических заболеваний и качество питания в зависимости от уровня жизни, %

| Уровень жизни | Процент опрошенных | |
|---------------|---------------------------------|------------------------|
| | имеющих хронические заболевания | имеющих плохое питание |
| Выше среднего | 39,0 | 2,0 |
| Средний | 54,1 | 4,3 |
| Ниже среднего | 62,7 | 14,8 |
| Низкий | 78,2 | 57,0 |

Из табл. 2 видно, что предотвратить болезнь или переход ее в хроническую форму можно не только медицинскими, но и социальными мерами, а именно – повысив степень доступности продуктов питания для массового потребителя.

Проблемы снижения смертности и заболеваемости населения должны решаться на основе знания социально-экономической структуры населения с учетом дифференциации общества.

1.63. Маликов Н.С. К вопросу о содержании понятия качества жизни и его измерению / Н.С. Маликов // *Уровень жизни населения регионов России*. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 2. – С. 17–23.

1.64. Маликов Н.С. Качество и уровень жизни населения России: тенденция динамики / Н.С. Маликов // *Уровень жизни населения регионов России*. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 11. – С. 41–50.

Табл. 8.

В статье рассматривается КЖ как социально-экономическое понятие, «полем» которого выступает социально-трудовая сфера общества. КЖ определяется как комплексная характеристика степени удовлетворения материальных и культурных потребностей и интересов людей, сложившихся условий жизнедеятельности и свободного развития отдельного человека, социальных общностей и общества в целом.

Содержание КЖ включает в себя показатели уровня благосостояния, доступности образования и культуры, эффективности сферы медицинского обслуживания, комфорта и безопасности существования, стабильности среды обитания и жилища и др.

Индекс развития человеческого потенциала (ИЧПР) состоит из трех компонентов: ожидаемой продолжительности жизни при рождении; уровня образования и уровня дохода, измеряемого ООН по величине продукта на душу населения.

Каждый из этих компонентов показывает результат множества взаимодействующих показателей социально-экономического развития: индекс валового продукта – экономическую результативность деятельности людей; индекс продолжительности жизни – состояние физического, социального и психического здоровья населения; индекс образования – социокультурный и профессиональный ресурс населения.

В зависимости от величины ИЧПР ООН разделяет государства мира на три группы: с высоким уровнем развития (выше 0,800); со средним (0,799–0,500) и низким уровнем развития (0,499 и ниже). Среди всех стран в 2000 г. первое место по индексу ИЧПР занимала Норвегия. ИЧПР России в этом году составил 0,781. Россия по соотношению с 1998 г. переместилась с 62 на 60 место среди 173 стран мира. Рейтинг РФ по ИЧПР находился между Белизом и Доминиканской республикой.

Таблица

Индекс развития человеческого потенциала

| Год | Россия | Норвегия | США | Китай | Индия |
|------|--------|----------|-------|-------|-------|
| 1990 | 0,824 | 0,901 | 0,914 | 0,625 | 0,511 |
| 1995 | 0,779 | 0,925 | 0,925 | 0,681 | 0,545 |
| 2000 | 0,781 | 0,942 | 0,939 | 0,726 | 0,577 |

Изменение рейтинга России произошло в результате роста ВВП с 0,700 до 0,740, сохранения места индекса образования на прежнем уровне (0,920) и понижения индекса продолжительности жизни с 0,690 до 0,680 за счет уменьшения продолжительности жизни за

эти два года с 66,7 до 66,1 лет.

Анализируются оценки качества и уровня жизни россиян на основе оперативной комплексной системы показателей (в т.ч. и специально разработанных ВЦУЖ). Качество и уровень жизни населения РФ начали медленно расти.

1.65. Маркович Д.Ж. Социальная экология и качество жизни : конспект лекций / Д.Ж. Маркович ; Междунар. независимый экологич. политол. ун-т. – М. : Изд-во МНЭПУ, 1998. – 68 с.

Библиогр.: с. 67–68 (38 назв.). Тираж 100 экз.

Работа посвящена основным проблемам КЖ в аспекте предмета социальной экологии. Даны основные понятия и закономерности этой науки. Рассмотрены процесс развития общества в современном мире, концепция устойчивого развития. Показаны компоненты КЖ и их связь с глобальными проблемами человечества. Подчеркивается взаимосвязь технологических рисков с научно-технической революцией, необходимость управления этими рисками для обеспечения КЖ человека.

Кроме того, большое внимание уделено совершенствованию образования населения в связи с необходимостью обеспечения безопасности условий жизнедеятельности человека в окружающей и рабочей среде и установления экологического равновесия в природе как факторов КЖ.

1.66. Материалы I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», Москва, 19–21 нояб. 2002 г. – М. : Златогор, 2002. – 736 с.

ISBN 5-93086-005-X. Тираж 2000 экз.

Материалы сборника разделены на шесть разделов: профессия и здоровье – теория и методология; медицина труда: гигиенические аспекты; профпатология; социальные экономические и юридические проблемы; информационные и телекоммуникационные технологии; общие и частные вопросы работающего населения.

1.67. Медико-психологические и педагогические проблемы качества жизни : материалы науч.-практ. конф. – Липецк : Липец. гос. пед. ун-т, 2003. – 165 с.

Тираж 150 экз.

Материалы включают пять научных направлений: медико-биологические проблемы здоровья различных групп населения и пути его укрепления; психолого-педагогические аспекты формирования личности в условиях образовательных учреждений; физиологические аспекты адаптации организма к неблагоприятным воздействиям среды; возможности функциональных методов укрепления здоровья

лиц молодого возраста; социально-педагогические проблемы КЖ в образовательном процессе.

1.68. Методология стратегического анализа качества региональных социальных и медицинских систем / В.С. Гайворонский, Д.Н. Верзилин, Г.К. Максимов [и др.]. – СПб. : Изд-во С.-Петербург. гос. ун-та экон. и финансов, 2002. – 111 с.

Библиогр.: с. 101–109 (110 назв.).

ISBN 5-7310-1556-2. Тираж 300 экз.

В монографии осуществляется многоаспектная трактовка качества систем, характеризующаяся доступностью ресурсов, эффективностью их использования и степенью удовлетворения потребностей населения.

Главной особенностью предложенной в книге методологии стратегического анализа качества социальных и медицинских систем является системный подход к оцениванию человеческого потенциала регионов по показателю результативности их функционирования. Рассмотрены различные аспекты человеческого потенциала и макросреды, описываемой социально-экономическими, климатогеографическими и другими показателями.

Установлено, что потребности населения в уровне развития и качестве социальных и медицинских систем не могут быть непосредственно определены на основе имеющихся статистических данных. Стандартные показатели статистической отчетности, такие как общая и первичная заболеваемость, количество госпитализаций и др., в большей степени зависят от имеющихся ресурсов социальных и медицинских систем, чем от истинных потребностей в этих ресурсах.

Отсутствие прямых оценок истинных потребностей населения в медицинской помощи компенсируется построением типологии регионов и сравнительным анализом конъюнктуры здравоохранения в регионах с похожими характеристиками макросреды.

1.69. Мстиславский П.С. Вопросы теории и методологии анализа качества жизни / П.С. Мстиславский // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 2. – С. 5–17.

Табл. 6.

1.70. Мстиславский П.С. Социальные параметры России в сопоставлении с европейскими странами / П.С. Мстиславский // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2003. – № 2. – С. 6–12.

1.71. Мстиславский П.С. Доходы и уровень жизни населения

России в сопоставлении со странами СНГ и Восточной Европы / П.С. Мстиславский, А.Н. Лавриненко // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2001. – № 12. – С. 21–39.

Табл. 23.

1.72. Найданова С.Б. Качество жизни населения Республики Бурятия в условиях реформ / С.Б. Найданова ; Байк. ин-т природопользования СО РАН. – Улан-Удэ : Изд-во Бурят. науч. центра СО РАН, 1999. – 184 с.

Библиогр.: с. 158–161 (59 назв.).

ISBN 5-7925-0039-8. Тираж 300 экз.

В период реформ социально-экономическое положение республики ухудшается. Объем выпуска продукции Республики Бурятия к уровню докризисного 1989 г. по многим отраслям составлял от 40 до 80 %. Падение объемов производства и валового регионального продукта (ВРП) превысило прогнозные оценки. В 1996 г. объем ВРП в сопоставимых ценах составил 100,1 % к уровню 1990 г., промышленного производства соответственно – 49,9 %, продукции сельского хозяйства – 58,8 %. В 1992–1996 гг. производство товаров народного потребления сократилось на 60 %, инвестиции в основной капитал – на 30 %, платные услуги – на 62 %, экспорт – на 80 %, импорт – на 64 %. К началу 1998 г. республика находилась в состоянии некоторой стабилизации основных макроэкономических показателей.

1.73. Население и кризисы : общие и региональные проблемы депопуляции в России и прогнозная оценка в первую половину XXI века / под ред. Б.С. Хорева, Л.В. Иванковой ; МГУ им. М.В. Ломоносова. – М. : МАСК-пресс, 2002. – Вып. 8. – 144 с.

Ил., библиогр. в конце ст.

ISBN 5-317-00545-0. Тираж 200 экз.

В сборнике статей представлены демографические перспективы России. Даны концепции повышения рождаемости и основные демографические итоги 2001 г. Показаны общие и региональные особенности народонаселения и возрастно-половой структуры населения России.

1.74. Население : уровень жизни и здоровье / сост.: В.К. Бочкарева [и др.]. – М. : Изд-во Ин-та соц.-экон. проблем народонаселения, 2001. – 181 с.

1.75. Новик А.А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова. – СПб. : Нева ; М. : ОЛМА-ПРЕСС : Звездный мир, 2002. – 320 с.

Табл. 39, ил. 79, библиогр.: с. 295–314 (217 назв.).
ISBN 5-7654-2112-1; ISBN 5-94850-095-0. Тираж 2000 экз.

Книга является руководством по методологии исследования КЖ в медицине. В издании рассмотрены возможности применения метода оценки КЖ в клинических исследованиях и клинической практике и даны основы методологии исследования КЖ в медицине.

В работе над руководством принимали участие сотрудники Межнационального центра исследования КЖ (г. Санкт-Петербург): С.А. Калядина, А.В. Киштович, Т.П. Никитина, А.А. Цепкова, Л.В. Челомбит, В.А. Шуваев.

Представлены результаты первого в России популяционного исследования КЖ населения г. Санкт-Петербурга. В руководстве обобщен международный опыт применения метода оценки КЖ, а также представлены собственные результаты изучения КЖ в различных разделах медицины: кардиологии, пульмонологии, гастроэнтерологии, ревматологии, онкологии, трансплантологии, педиатрии и паллиативной медицине. Рассмотрено применение метода оценки КЖ в фармакоэкономическом анализе.

Дана информация о программах и протоколах исследования КЖ Межнационального центра исследования КЖ, созданного в 1999 году и объединяющего врачей, научных работников, психологов из различных городов России. В книге также рассмотрены перспективы внедрения и развития концепции и методологии исследования КЖ в медицине.

1.76. Отношение населения к здоровью / И.В. Журавлева, Л.С. Шилова, Н.В. Лакомова [и др.] ; РАН, Ин-т социологии. – М., 1993. – 178 с.

Табл. 22, библиогр. в подстроч. прим. Тираж 200 экз.

1.77. Паллиативная медицина и качество жизни : материалы междунар. конф. / Междунар. центр исслед. качества жизни. – СПб., 2001. – 104 с.

1.78. Петропалова Г.П. Управление качеством жизни населения региона / Г.П. Петропалова. – Ростов н/Д : Изд-во Ростов. гос. ун-та, 2003. – 220 с.

Табл. 11, ил. 60, библиогр.: с. 192–199 (142 назв.).

ISBN 5-9275-0023-4. Тираж 500 экз.

На основе теоретического осмысления категории КЖ предлагается комплексный механизм обеспечения повышения уровня жизни населения региона.

1.79. Петренко В.Ф. Психосемантический анализ динамики качества жизни россиян (период 1917–1995 гг.) / В.Ф. Петренко, О.В. Митина // Психол. журн. – 1995. – № 6. – С. 17–31.

Табл. 1, ил. 5, библиогр.: 34 назв.

Целью исследования явилась реконструкция системы категорий, через призму которых население РФ воспринимает жизнь общества и оценивает правительство в различные периоды новейшей истории. Метод исследования – построение субъективных семантических пространств на базе оценки КЖ. В исследовании приняли участие 553 человека в возрасте от 17 до 70 лет. Анализируется влияние возраста и политической ориентации респондентов на их оценку прошлого и настоящего.

1.80. Пономарева Г.А. Удовлетворенность трудом и здоровьем // 50 лет университета : научные итоги и перспективы / Г.А. Пономарева ; Рязан. гос. мед. ун-т. – Рязань, 2000. – С. 64–65.

В рамках социально-гигиенического анализа проведено анкетирование 1207 рабочих промышленных предприятий, 249 ИТР и 298 врачей. Удовлетворенность работой отмечалась соответственно у 65,7, 54,4 и 64,4 %. Отношение к работе чаще связывалось не с ее содержанием, а с санитарно-гигиеническими условиями, отношением в коллективе, организацией труда, удаленностью от места проживания и др.

1.81. Починок А.П. Может ли зарплата быть справедливой? / А.П. Починок // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2001. – № 8. – С. 1–3.

Табл. 2.

В России удельный вес зарплаты в ВВП составляет 25 %, а с учетом отчислений в социальные фонды – 33 %. Для сравнения доля труда в развитых странах: США – 60 %, Великобритании – 54, Германии – 53, Франции – 52, Швеции – 58, Японии – 55 %. Выходит, что большинству россиян просто недоплачивают.

По инициативе горно-металлургического профсоюза РФ специалисты ВЦУЖ изучили и определили минимальные стандарты оплаты труда для металлургических предприятий. В табл. представлены зарплата вальцовщика 5 разряда и социальный стандарт по расчетам ВЦУЖ (август 2000 г.) для некоторых предприятий.

До проводимого исследования ВЦУЖ, многие директора предприятий гордились высокими заработками рабочих, а на деле оказалось, что до минимального стандарта они не достигают. Проведение исследований позволили профсоюзам на переговорах с администрацией четко отстаивать свои позиции.

Таблица
Средняя зарплата и социальный стандарт по расчетам ВЦУЖ (руб.)

| Предприятие | Факт. зарплата | Расчет ВЦУЖ | Отставание зарплаты |
|--|----------------|-------------|---------------------|
| Нижне-Тагильский металлургический комбинат | 4462 | 7679 | -3217 |
| «Северсталь» | 5568 | 7065 | -1495 |
| Ново-Липецкий комбинат | 5215 | 6374 | -1159 |
| Магнитогорский комбинат | 6058 | 7602 | -1544 |
| Западно-Сибирский комбинат | 5285 | 7756 | -2471 |

Показывается необходимость государственной стандартизации условий и оплаты труда.

1.81а. Проблемы качества жизни народов России / Н.А. Медведев, Г.С. Вечканов, И.И. Сигов [и др.] ; науч. ред. Л.М. Чистов ; Петров. акад. наук и искусств, Междунар. фонд истории науки [и др.] . – СПб. : МФИН, 2002. – 321 с.

Библиогр. в конце гл. ISBN 5-86050-146-3. Тираж 150 экз.

В книге излагаются результаты исследований по проблемам КЖ народов России. КЖ рассматривается во взаимосвязи с экономическими законами (и в первую очередь – основным экономическим законом) – методологической основой теории эффективного управления производственными образованиями как социально-экономическими системами.

Уточняются понятия: «качество человеческой жизни», «качество и потенциал личности и населения». Рост качества человека рассматривается как основа развития и гармонизации потенциала личности. Излагаются методы измерения и комплексного анализа изменения потенциала личности в зависимости от экстенсивных и интенсивных факторов, а также – методы измерения уровня гармонизации потенциала личности. Приводятся мероприятия по повышению КЖ человека и общества, развитию и гармонизации потенциала личности в сложившихся условиях российской действительности.

1.82. Провинция : качество жизни и здоровье студентов / И.Б. Ушаков, Н.В. Соколова, А.Н. Корденко [и др.] . – М. ; Воронеж : Истоки, 2002. – 151 с.

Табл. 33, ил. 11, библиогр.: с. 105–124 (203 назв.).

ISBN 5-88242-211-6. Тираж 1000 экз.

Авт. кол.: И.Б. Ушаков, Н.В. Соколова, А.Н. Корденко, Б.Н. Ушаков, И.Э. Есауленко, В.И. Попов. Книга предназначена для ознакомления с основными параметрами КЖ студентов. Содержит сведения о ряде факторов, оказывающих воздействие на основные показате-

ли КЖ. Дана оценка состояния здоровья студентов. Представлены последние данные о зависимости состояния здоровья студентов от условий обучения, питания и проживания. Приводится анкета – опросник для выявления субъективной оценки КЖ у студентов.

1.83. Пушкарев А.Л. Качество жизни: структура понятия и перспективы использования его в лечении и реабилитации / А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, Н.Е. Крылова // Проблемы реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 32–37.

Библиогр.: 64 назв.

1.84. Разумов А.А. Работающие бедные в России / А.А. Разумов. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – 257 с.

Табл., ил., прил. 7, библиогр.: с. 214–235.

ISBN 5-87227-015-1. Тираж 500 экз.

Монография является итогом 10-летних исследований автора. Основное внимание уделяется изучению проблемы бедности как результата экономического неравенства трудоспособного населения на рынке труда, т.е. с позиций изучения взаимосвязи «занятость – бедность». Социально-экономическая дифференциация труда населения определяет его дифференциацию в уровне жизни.

В рамках исследования существенное место отводится факторам, определяющим стабильную и защищенную занятость и достойный уровень оплаты труда населения страны.

1.85. Разумов А.Н. Здоровье как спасательная доктрина профилактической медицины XXI века / А.Н. Разумов // Мед. катастроф. – 2000. – № 1. – С. 17–20.

1.86. Савченко Т.Н. Экология человека : теоретическое и экспериментальное исследование качества жизни / Т.Н. Савченко, Г.М. Головина. – М. : Ин-т психологии РАН, 1996. – 55 с.

Библиогр.: с. 54 (8 назв.). ISBN 5-201-02217-0. Тираж 100 экз.

Основной задачей исследования явился анализ социально-психологических ситуаций вблизи опасных промышленных объектов с целью разработки экспертного заключения о возможных социальных последствиях, связанных с экологическим состоянием. Работа проводилась в районах расположения промышленных объектов. Обследовано в г. Москве 500 чел., г. Минске – 570 чел. и в г. Киеве – 410 чел. Использовалось социально-психологическое тестирование.

В качестве выводов указывается, что у большинства тестируемых отмечается повышенный уровень ситуативной тревожности в совокупности с нормальной личностной тревожностью и экстрапунитивной реакцией (в идеале) можно рассматривать как существова-

ние скрытого конфликта и возможность перехода его к открытому конфликту. Восприятие экологической обстановки положительно коррелирует с ситуативной тревожностью и зависит от субъективного восприятия (информация воспринимается по-разному в зависимости от установок, ценностей, мотивов и ситуации).

Исследование показало, что субъективное восприятие КЖ определяют социальную ситуацию в большей степени, чем объективное состояние дел.

1.87. Сарайкин Ю.В. Основные тенденции в изменении уровня заболеваемости населения России / Ю.В. Сарайкин, Е.В. Барабанова // Экономическое развитие современной России: проблемы и перспективы : (сб. тр. молодых ученых). – Саранск : Ковальск. тип., 2002. – Вып. II. – Ч. 2. – С. 167–170.

Представлен анализ состояния здоровья населения России за десятилетие 1990–2000 г. Анализируются социально-экономические факторы, приводящие к росту заболеваемости трудоспособного населения страны.

1.88. Семенов М.Ю. Типология материально удовлетворенных и материально неудовлетворенных людей / М.Ю. Семенов // Омск. науч. вестн. – 2001. – № 15. – С. 142–145.

Библиогр.: 12 назв.

Изложены психологические стили поведения материально удовлетворенных и материально неудовлетворенных людей. Представлены описания 5 типов материально удовлетворенных: «нищий», «религиозный», «обеспеченный для души», «обеспеченный бизнесмен», «самоактуализирующийся» и 4 типа материально неудовлетворенных: «бедный», «ненасытный», «обеспеченный-неудовлетворенный», «хиппи».

Дана шкала материальной удовлетворенности, которая позволяет эмпирически оценивать уровень материальной удовлетворенности человека.

1.89. Смирнов М.А. Минимальная оплата труда и государственное нормирование заработной платы / М.А. Смирнов // Уровень жизни населения регионов России / Всерос. центр уровня жизни. – М., 2000. – № 2-3. – С. 4–26.

Табл. 6.

Рассмотрена необходимость государственного регулирования в оплате труда и способы повышения ее уровня. Отмечается заметное опережение динамики производительности труда против роста уровня заработной платы (табл.).

Таблица

**Производительность труда и реальная начисленная
зарплата в 1998 г. (в %, 1990 г. – 100 %)**

| Отрасль | Производительность труда | Зарботная плата | Производительность (% на 1 ед. зарплаты) |
|---------------------|---------------------------------|------------------------|---|
| Экономика (в целом) | 67,3 | 40,9 | 164,3 |
| Промышленность | 74,8 | 46,4 | 161,1 |
| Строительство | 50,8 | 41,3 | 123,1 |
| Сельское хозяйство | 68,0 | 19,1 | 355,4 |
| Торговля, общепит | 56,5 | 38,3 | 147,9 |

Из табл. видно, очевидное резкое снижение уровня зарплаты по сравнению с производительностью труда, что свидетельствует об экономической необъективности. Соотношение темпов роста производительности труда (ВВП на одного трудящегося) к зарплате в РФ 1,64. Заметим, что в 1991–1997 гг. в США оно было ниже 1,05, а во Франции в период 1994–1988 гг. – около 1,01.

Рассматриваются прогнозные оценки изменений уровня средней месячной зарплаты трудящихся лиц.

1.90. Смирнов М.А. Сравнительный анализ макроэкономических доходов населения России и США (структурный аспект) / М.А. Смирнов, В.А. Неврозов. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – 104 с.

Табл. 27, библиогр. в подстрочн. прим.

ISBN 5-87227-011-9. Тираж 500 экз.

Представлены основные методологические особенности формирования и практические возможности сравнительного анализа макроэкономических и некоторых статистических показателей уровня жизни населения. Представлены результаты конкретных сравнительных оценок за последние 10–11 лет.

1.91. Старков Р.Ф. Уровень жизни: методология, измерение и анализ / Р.Ф. Старков. – Иркутск : Изд.-во Иркут. гос. ун-та, 1994. – 169 с.

Табл. 39, библиогр.: с. 162–163 (83 назв.). Тираж 300 экз.

Исследуются проблемы уровня жизни населения РФ с учетом региональных особенностей. Разработана методика построения индексов – регуляторов константной полезности.

1.92. Социальная политика, уровень и качество жизни : словарь / Всерос. центр уровня жизни при м-ве труда и соц. развития РФ ; под общ. ред. В.Н. Бобкова, А.П. Починка. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2001. – 287 с.

Указ. терминов слов: с. 269–287.

ISBN 5-87227-005-4. Тираж 3000 экз.

1.93. Социальное положение и уровень жизни населения России, 2002 : статистический сборник / ред. кол.: А.Е. Суринов, В.Н. Бобков, В.Э. Бойков [и др.] ; Госкомстат России. – М., 2002. – 436 с.

В статистическом сборнике представлены основные показатели, характеризующие социально-экономическое развитие и уровень жизни населения РФ. Информация публикуется по РФ в целом, по федеральным округам, субъектам РФ в основном за 1990, 1997–2000 гг. с учетом сопоставимости показателей.

1.94. Стимулирование производства общественной полезности – основа повышения качества жизни : материалы науч.-практ. конф. / отв. ред. В.А. Сибирцев ; Новосиб. гос. акад. экономики и упр. – Новосибирск. : НГАЭИУ, 2000. – 121 с.

Тираж 200 экз.

1.95. Субетто А.И. Капиталократия. Мифы либерализма и судьба России / А.И. Субетто ; Петровская акад. наук и искусств [и др.]. – 2-е изд. – СПб, 2002. – 349 с.

ISBN 5-7591-0228-1; 5-7591-0438-1. Тираж 500 экз.

1.96. Субетто А.И. Квалиметрия / А.И. Субетто. – СПб. : Асте-рион, 2002. – 287 с.

Ил., библиогр.: в конце гл., подстроч. прим., с. 286–287 (29 назв.). ISBN 5-94856-009-0. Тираж 500 экз.

1.97. Суринов А.Е. Уровень жизни населения России : 1992–2002 гг. : (по материалам официальных статистических наблюдений) / под общ. ред. А.Е. Суринова. – М. : ИИЦ «Статистика России», 2003. – 279 с.

Табл. 104, ил. 8, библиогр.: с. 275–277.

ISBN 5-902339-01-4. Тираж 2000 экз.

В монографии проанализированы статистические данные, характеризующие основные показатели уровня жизни населения России. Исследовано влияние реформ на формирование доходов населения, социальное расслоение его поведения на потребительском рынке и рынке труда. Описывается воздействие изменений макроэкономических условий на демографические процессы.

1.98. Титаренко Л.Г. Качество жизни: субъектный подход : (по материалам белорусских исследований) / Л.Г. Титаренко // Качество жизни: критерии, оценки : сб. докл. междунар. семинара. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003. – С. 71–83.

Табл. 2, библиогр.: 9 назв.

Многие авторы справедливо определяют КЖ как духовную характеристику и уровень жизни как его материальные показатели. Исходная исследовательская позиция автора состоит в понимании КЖ не только от достигнутого уровня обладания материальными благами, а, прежде всего, какая субъектная (субъективная) оценка дается индивидом (группой, обществом в целом) благам и условиям, необходимым для удовлетворения потребностей.

Важными моментами исследования субъективного подхода КЖ являются:

-КЖ определяется субъектом не напрямую, а исходя из некоего идеального образца, при сравнении своей жизни с жизнью референтных групп. Например, белоруссы чаще свою жизнь сравнивают с российской жизнью. Это естественно, иначе всякие сравнения с западными образцами были бы заведомо проигрышными;

-приоритет при оценке КЖ принадлежит ее субъективной составляющей. Если материальная составляющая (уровень жизни) будет довольно высокой, а субъективная – низкой, то их несоответствие, в конечном счете, сведет результирующий показатель к более низкому исходному уровню. Замечено этот показатель определяется не как средняя арифметическая сумма, а более сложными нелинейными закономерностями;

-в любой математической формуле возникает необходимость определения ключевой характеристики КЖ, что наиболее полно дает представление о КЖ страны, определенной группы или отдельного человека. Автор утверждает, что пока еще не создано даже обобщающего показателя или даже группы показателей, которые бы корректно измеряли разные стороны КЖ и позволяли их сравнивать с аналогичными показателями в разных странах.

Автором проанализированы показатели оценки субъективной стороны КЖ:

-гармоничное психическое состояние личности, определяемое на основе числа самоубийств, убийств, отношение к пожилым и детям в обществе и т.д. (И.А. Гундаров, 2001);

-личностные свойства и структуры ценностей личности (Т.Н. Савченко, 2002);

-субъективные ощущения индивида, формирующиеся на основе интеллектуального и эмоционального развития, а также жизненного опыта (Е.В. Давыдова, А.А. Давыдов, 1993);

-социальное самочувствие, подразделяемое на чувство безопасности и настроения (Г.М. Зарковский, 2002).

Исходя из анализа, автор делает вывод, что главным критерием КЖ может стать самооценка удовлетворенности жизнью в каждый определенный момент жизни. Этот показатель легко измеряем, не

требует сложных расчетов и может быть сравним с другими (демографическими, материальными, социальными и др.).

Проведенные исследования показали, что люди, которые чувствуют себя счастливыми, испытывают большую удовлетворенность жизнью и наоборот. Коэффициент корреляции по Спирмену равен 0,47. Эта зависимость сильнее проявляется у женщин, чем у мужчин. Данные представлены в табл. 1.

Таблица 1

Связь оценок удовлетворенности жизнью и ощущением счастья, %

| Показатель | Счастливы | Несчастливы | Всего |
|---|------------------|--------------------|--------------|
| Полностью удовлетворены жизнью (8–10 баллов) | 96,8 | 3,2 | 100 |
| Более или менее удовлетворены жизнью (7–4 баллов) | 79,0 | 21,0 | 100 |
| Совсем не удовлетворены жизнью (1–3 балла) | 37,7 | 62,3 | 100 |
| Всего | 69,0 | 31,0 | 100 |

По данным сходных опросов среди респондентов 68,5 % белорусов считают себя скорее счастливыми, против 49,5 % россиян. Однако средние значения оценок удовлетворенностью жизнью, рассчитанные по 10-балльной системе оценок, у белорусов и россиян практически не различались (соответственно 4,81 и 4,74 балла). Указывается также, при сравнении этих данных с европейскими странами россияне и белорусы находятся среди аутсайдеров. Только жители Украины оценили КЖ по шкале удовлетворенности еще ниже.

Установлено в целом, что ни господствующий политический режим, ни уровень «продвинутой» политических и экономических реформ не являются определяющим фактором КЖ. Так, например, группа удовлетворенных и группа неудовлетворенных КЖ людей практически не отличалась своими политическими пристрастиями.

Религия оказывала существенное влияние на позитивную оценку у лиц в группах с высокой и с низкой степенью удовлетворенности КЖ. По-видимому, первая группа (удовлетворенные) имели более высокие духовные, в том числе, религиозные потребности, а для второй – религия помогла преодолеть социальную фрустрацию, смириться со своим бедственным положением. «Срединная» группа состояла из лиц, для которых новые ценности, включая религию, по-прежнему являлись далекими и неприемлемыми (в силу старых убеждений, стереотипов и т.д.).

Более важными факторами, оказывающими воздействие на удовлетворенность жизнью, являются образование, пол и возраст. Например, среди лиц с высшим образованием намного меньше процент неудовлетворенных жизнью людей (разница в 2–3 раза), более молодые респонденты составляют большинство удовлетворенных жизнью: средние оценки у лиц 18–29 лет составляют 5,47 баллов, а у лиц старше 60 лет – 4,65 баллов.

Была получена прямая, хотя и слабая связь между оценками удовлетворенности жизнью и необходимостью существенных жизненных перемен. Среди полностью удовлетворенных жизнью людей в два раза меньше людей негативно относящихся к жизненным изменениям (табл. 2).

Оценки удовлетворенностью жизнью у граждан Белоруссии обусловливались оценкой необходимости иметь друзей ($r = 0,17$); удовлетворенностью работой ($r = 0,37$); характером взаимоотношений в трудовом коллективе ($r = 0,12$); профессиональной мотивацией ($r = 0,13$); творческим характером труда ($r = 0,12$); свободой принятия решений на работе ($r = 0,32$).

Таблица 2
Показатели удовлетворенности жизнью и необходимости
жизненных перемен, %

| Показатель | Жизненные достижения | | | Всего |
|--------------------------------------|----------------------|---------|--------------------------------|-------|
| | необходимы | среднее | не приводят ни к чему хорошему | |
| Полностью удовлетворены жизнью | 46,5 | 43,0 | 10,5 | 100 |
| Более или менее удовлетворены жизнью | 33,1 | 57,0 | 9,9 | 100 |
| Совсем не удовлетворены жизнью | 31,0 | 49,3 | 19,7 | 100 |
| Всего | 34,3 | 52,9 | 12,8 | 100 |

1.99. Тишук Е.А. Преждевременная смертность и ее предотвратимость / Е.А. Тишук, В.О. Щепин // Пробл. соц. гиг., здравоохран. и истории мед. – 2001. – № 3. – С. 14–18.

Табл. 6, библиогр.: 9 назв.

Развернувшийся в стране социально-экономический кризис привел к резкому нарастанию темпов смертности прежде всего трудоспособного населения страны. Динамика смертности трудоспособных лиц и всего населения России представлена в табл.

Анализ «управляемости» отдельными причинами смертности трудоспособного населения показывает значимость сравнительно легко устранимых, не требующих больших материальных затрат, социальных, а не медицинских мероприятий.

Удельный вес реально предотвратимых случаев смерти от травм

и отравлений достигает огромных значений: В России смертность населения в возрасте 45–54 лет выше, чем в Великобритании, в 55,7 раза у мужчин и в 36,7 раз у женщин. Такие же данные для смертности от убийств.

Таблица

**Структура смертности населения России в целом
и трудоспособного населения (% к итогу)**

| Причины смерти | Все население | | | Трудоспособное население | | |
|--|---------------|------|------|--------------------------|------|------|
| | 1991 | 1994 | 1997 | 1991 | 1994 | 1997 |
| Класс VII: Болезни системы кровообращения | 54,5 | 53,4 | 54,6 | 27,6 | 29,1 | 27,8 |
| Класс II: Новообразования | 17,4 | 13,2 | 14,7 | 20,5 | 12,4 | 14,7 |
| Класс XVII: Травмы и отравления | 12,5 | 16,0 | 13,7 | 36,6 | 39,1 | 37,8 |
| Класс IX: Болезни системы пищеварения | 2,5 | 2,8 | 2,8 | 3,1 | 4,1 | 4,3 |
| Класс VIII: Болезни органов дыхания | 4,9 | 5,2 | 4,65 | 3,6 | 4,9 | 4,2 |
| Класс I: Инфекционные и паразитарные болезни | 1,05 | 1,27 | 1,5 | 2,4 | 2,8 | 4,1 |

Основные акценты для предотвращения смертности трудоспособного населения России должны быть смещены в сторону реальной предотвратимости преждевременной смертности, обусловленной стрессогенным влиянием развившегося в стране социально-экономического кризиса.

1.100. Уровень жизни и доходы населения в России и за рубежом : библиографический указатель литературы, 1998–2000 гг. / сост. Н.М. Соколова ; Сиб. гос. технол. ун-т. – Красноярск : СибГТУ, 2002. – 45 с.

Библиографический указатель включает материалы на русском языке, опубликованные в 1998–2001 гг.: монографии, авторефераты диссертаций, брошюры, статистические сборники и статьи из периодических изданий (220 назв.).

Материал расположен по следующим направлениям:

1) уровень жизни и доходы населения в России (в т.ч. в различных регионах);

2) уровень жизни и доходы населения в Сибири и на Дальнем Востоке (в т.ч. в Красноярском крае);

3) уровень жизни и доходы населения в зарубежных странах

Имеется именной указатель и список использованных источников информации. Библиографические описания включенных документов выполнены в соответствии с ГОСТами 7.1-84, 7.12-93, 7.80-2000. Отбор литературы закончен в январе 2002 г.

1.101. **Уровень и качество жизни россиян на рубеже веков : итоги научной деятельности ВЦУЖ за 2001 г. / науч. ред. Н.В. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2002. – № 5. – С. 2–65.**

Табл. 25, ил. 13, прил.

1.102. **Уровень и качество жизни россиян начале XXI век : итоги научной деятельности ВЦУЖ за 2002 г. / науч. ред. Н.В. Бобков // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2003. – № 5. – С. –77.**

Табл. 29, ил. 12.

1.103. **Устинов Н.Н. Социально-экономические особенности оценки качества жизни и проведения досуга населением Российской Федерации / Н.Н. Устинов. – М. : Экон, 2000. – 15 с.**

Табл. 8. ISBN 5-8039-0026-5. Тираж 250 экз.

В публикации представлена аналитическая информация, характеризующая оценку населением РФ факторов организации проведения досуга, а, следовательно, и общего уровня КЖ.

Результаты обследования 1750 респондентов, проживающих во всех регионах страны, позволили выявить не только качественную составляющую организации досуга населения в существующих реалиях, но и, что не менее важно, позволили составить представление о ее количественной оценке в денежном эквиваленте (табл.).

Таблица

Средние расходы на проведение досуга в течение последних 10 лет

| Виды расходов | Кол-во руб. |
|---|--------------------|
| Приобретение книжной продукции | 216 |
| Посещение зрелищных мероприятий (кино, театры, музеи, выставки и др.) | 625 |
| Проведение отпуска, отдых | 1422 |
| Приобретение аудио-, видео- и компьютерной техники, включая кассеты | 973 |
| Увлечения (филателия, нумизматика, антиквариат и произведения искусств) | 64 |

Расходы на проведение отпуска составляют 43 % среднего бюджета досуга. Второе место (около 29 %) респонденты отводят приобретению аудио- видео или компьютерной техники, включая расходные материалы. Третье место (19 %) занимают посещение зрелищных мероприятий: просмотр кино, посещение театров, музеев, выставок. На приобретение книжной продукции отводится около 6 % бюджета досуга.

1.104. Управление качеством жизни, образования, продукции и окружающей среды в регионах России : материалы науч.-практ. конф. / редкол.: В.Г. Садков [и др.] ; Орлов. гос. техн. ун-т. – Орел : ОрелГТУ, 2001. – 168 с.

Тираж 250 экз.

1.105. Фиглин Л.А. Социальный потенциал качества управления и развития / Л.А. Фиглин. – Саратов : Научная книга, 2003. – 266 с.

Табл. 11, ил. 24, библиогр.: с. 248–265 (340 назв.).

ISBN 5-93888-223-0. Тираж 500 экз.

1.106. Человеческий потенциал России : интеллектуальное, социальное, культурное измерения : сб. ст. / под ред. Б.Г. Юдина. – М. : Ин-т человека, 2002. – 265 с.

Ил. ISBN 5-201-02088-7. Тираж 500 экз.

Сборник посвящен развитию концепции человеческого потенциала, разрабатываемой в Институте человека РАН. Методологическая и методическая основа сборника – комплексный междисциплинарный подход к исследованию человека. Представлены историко-культурный, психологический и социокультуральный аспекты изучения человеческого потенциала, отражены его социально-демографические измерения.

1.107. Шевяков А.Ю. Экономическое неравенство, уровень жизни и бедность населения России: методы измерения и анализ причинных зависимостей / А.Ю. Шевяков, А.Я. Кирута – М. : Рос. программа экон. исслед, 2001. – 84 с.

Табл. 13, ил. 18, библиогр.: с. 82–84 (38 назв.), Тираж 500 экз.

Научный доклад К/09. Рыночные реформы в России сопровождаются значительным расширением экономического неравенства и бедности, снижением уровня жизни и расслоением регионов по КЖ и масштабам неравенства и бедности.

Анализ распределения общего неравенства на нормальное (при исключении бедности) и избыточное (обусловленное бедностью) позволил объяснить причины расслоения регионов РФ по характеристикам социально-экономического положения и выявить закономерность воздействия макроэкономических факторов неравенства и бедности.

1.108. Шмельков К.С. Основные приоритеты мотивации трудовой деятельности в современных условиях / К.С. Шмельков // Уровень жизни населения регионов России. – М. : Всерос. центр уровня жизни, 2003. – № 1. – С. 50–55.

Кто должен жить для других, не вправе
пренебрегать собственной жизнью
Франсуа Пьер Гийом Гизо

2. КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ

2.1. Агаджанян Н.А. Общественное и профессиональное здоровье и промышленная экология / Н.А. Агаджанян, П.С. Турзин, И.Б. Ушаков // Медицина труда и пром. экология. – 1999. – № 1. – С. 1–9.

Ил. 1, библиогр.: 21 назв.

На примере схемы радиостойчивости и КЖ обсуждаются мероприятия по устранению экологических стрессов.

Указывается, что значительное повышение экологической безопасности населения достигается за счет эколого-эргономической оптимизации средств и условий профессиональной деятельности, сохранения профессионального здоровья и долголетия как одной из составляющих качества жизни в современной техногенной среде. На рис. представлена концептуальная схема радиостойчивости и КЖ.

Разработанные предложения по профилактике экологических стрессов, создание информационных технологий медико-экологического мониторинга и банка данных по экологии человека показали эффективность и позволяют достичь определенной оптимизации медико-экологических позиций общественного и профессионального здоровья населения в направлении приближения к современным стандартам развитых стран.

2.2. Анализ эффективности амбулаторной медицинской помощи трудящимся АЭС и населению прилегающей территории / Н.А. Куралесин, Я.Е. Львович, Г.Н. Ролдугин, О.Н. Чопоров // Медицина труда и пром. экология. – 2002. – № 7. – С. 35–38.

Табл. 3, библиогр.: 3 назв.

Анализируются результаты деятельности и прогноза амбулаторной медицинской помощи государственно-муниципального лечебно-профилактического учреждения, получающего многоканальное финансирование. Представлены основные особенности обеспечения лечебно-профилактической помощью сотрудников Нововоронежской АЭС.



Рис. Концептуальная схема радиоустойчивости и КЖ (по Агаджаняну Н.А. и др., 1999).

2.3. Архиповский В.Л. О медицинском освидетельствовании плавсостава Северного бассейна / В.Л. Архиповский, Л.В. Пуканова, Л.В. Лукьянова // Морская медицина в новом тысячелетии : сб. тез. междунар. конф. – Архангельск, 2002. – С. 35–37.

2.4. Атасян Т.М. О реализации социальных гарантий по обеспечению военнослужащих жильем [интервью начальника Управления расквартирования и строительства Департамента тыла ФПС России М.И. Федорова] / Т.М. Атасян // Воен.-экон. вестн. – 2003. – № 1. – С. 42–56.

2.5. Безопасность жизнедеятельности : энциклопедический словарь / под ред. О.Н. Прусака ; Междунар. акад. наук экологии и безопасности жизнедеятельности. – СПб. : Лик, 2003. – 504 с.

Тираж 1000 экз.

2.6. Белинский А.В. Современные подходы к медицинской реабилитации военнослужащих с пограничными психическими расстройствами / А.В. Белинский // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 8. – С. 25–34.

Табл. 2, ил. 2, библиогр.: 18 назв.

2.7. Белинский А.В. Особенности диагностики и медицинской реабилитации при пограничных нервно-психических расстройствах у летного состава / А.В. Белинский, О.Э. Чернов, А.В. Шакула // Воен.-мед. журн. – 1998. – № 2. – С. 51–56.

Табл. 4, библиогр.: 12 назв.

Основным психопатологическим синдромом у лиц летного состава с пограничными нервно-психическими расстройствами является астенический симптомокомплекс. Показана необходимость своевременной диагностики и адекватного лечения пограничной психической патологии в рамках единых психогигиенических, психопрофилактических и реабилитационных мероприятий.

2.8. Бобровницкий И.П. Рациональное планирование ресурсов восстановительной медицины на основе нейросетевых технологий / И.П. Бобровницкий, А.В. Богомолов, В.М. Усов // Нейрокомпьютеры и их применение : тез. докл. V Всерос. конф. – М. : Радио и связь, 1999. – С. 300–302.

Представлена новая постановка задачи рационального планирования ресурсов практического здравоохранения. Она предполагает анализ экспертно-обусловленных выборок наблюдений по результатам скрининга для формирования групп риска различных заболеваний.

Адаптивная модель «настройки» ресурсов здравоохранения на потенциально возможное нарушение состояний здоровья у лиц из групп повышенного риска может быть положена в основу прогнозных моделей страховой медицины.

Обсуждаются условия успешного решения задач прогноза средствами нейросетевых технологий. Сделан вывод о перспективности применения нейросетевых вычислений для решения данного класса задач планирования ресурсов общественного здравоохранения, как важной компоненты КЖ населения.

2.9. Боринец А.А. Опыт организации медицинской реабилитации в условиях высшего военного учебного заведения / А.А. Боринец, Д.Н. Мухин // Актуальные проблемы медицинской реабилитации : сб. науч. тр. / 6-й Центр. воен. клинич. госп. МО РФ. – М., 1998. – Т. 3. – С. 59–60.

Установлено, что ежегодно на вступительных экзаменах в Военно-Воздушную академию им. Ю.А. Гагарина у 40–50 % абитуриентов уровень физической подготовки оценивается как «удовлетворительно», а при диспансерном обслуживании выявляются новые заболевания у 2,4 % слушателей и у 8,2 % профессорско-преподавательского состава.

В 1990 г. медицинская служба академии совместно с кафедрой физподготовки провели научно-исследовательскую работу по выявлению эффективности специально направленных средств физической подготовки в процессе реабилитации слушателей, имеющих отклонения в состоянии здоровья.

Разработана программа комплексной реабилитации. Залогом ее успешности является комплексность, преемственность и регулярность.

2.10. Бушманов А.Ю. Современные подходы к профессиональной реабилитации работников атомной отрасли / А.Ю. Бушманов, В.А. Рогожников // Вестн. восстанов. медицины. – 2002. – № 2. – С. 24–25.

2.11. Васильков А.М. Ценностно-смысловые основания саморегуляции поведения моряков, проходящих военную службу по призыву / А.М. Васильков, А.Г. Зайцев, В.В. Ткачук // Воен.-мед. журн. – 2003. – № 10. – С. 58–62.

Табл. 3, библиогр.: 3 назв.

Обследовано 79 моряков отряда учебного подводного плавания, проходящих службу по призыву. Для изучения ценностно-смысловой сферы использована методика «Уровень соотношения ценности и доступности в различных жизненных сферах».

2.12. Величко А.Д. Особенности применения в авиационном госпитале технологий ведения регистров групп риска и эпидемиологического анализа заболеваемости при мониторинге здоровья летчиков / А.Д. Величко, В.М. Усов // Вестн. Междунар. акад. человека в аэрокосм. системах. – 1999. – № 1. – С. 39–45.

Рассмотрены задачи выявления и постановки на учет лиц с прогрессирующим снижением функциональных резервов и формирования на этой основе групп повышенного риска летной дисквалификации по медицинским показаниям.

Для решения этих задач предложены новые информационно-технологические приемы и средства поддержания в актуализированном состоянии больших объемов фактического материала и обоснован выбор математического инструментария, который должен обеспечивать поддержку принятия решений на основе трех взаимосвязанных процессов:

- мониторинга здоровья летчиков;
- построения и ведения регистров групп риска для летного состава;

- ретроспективного анализа заболеваемости и построения прогнозных моделей для оценки боеготовности и анализа перспектив сохранения летного долголетия в наблюдаемом контингенте.

Сделаны выводы о том, что современные информационные системы медицинского назначения, позволяют обеспечить выполнение функции повседневной деятельности лечебно-профилактического учреждения и специфические, которые определяются задачами врачебно-летной экспертизы летного состава, мониторинга профессионального здоровья летчиков и прогноза летного долголетия для различных возрастных групп и видов профессиональной занятости.

2.13. Вильк М.Ф. Медицинское обеспечение безопасности движения поездов / М.Ф. Вильк, А.З. Цфасман. – 2-е изд. – М. : Изд.-во РАПС, 2002. – 294 с.

Ил., библиогр.: с. 293–294. ISBN 5-94057-078-X. Тираж 500 экз.

2.14. Власов В.В. К оценке влияния летной деятельности на состояние здоровья пенсионеров / В.В. Власов, С.М. Стариков, С.И. Ромасюк // Достижения и перспективы медицинской реабилитации : сб. науч. тр., посв. 65-летию воен. санатория «Чемтоквадже». – М. : Ин-т реабилитологии и восстанов. медицины РАЕН, 1999. – С. 73–74.

С целью изучения возможных отдаленных последствий влияния летной деятельности на здоровье были проанализированы данные, о состоянии здоровья авиаторов завершивших летную работу (ЛР) и вышедших на пенсию, а также данные об особенностях их предшествующей профессиональной деятельности.

При сопоставлении показателей, характеризующих интенсивность и условия профессиональной деятельности летного состава (выслуга, налет), статистически значимых связей, подтверждающих влияние факторов летной деятельности на самооценку здоровья на пенсии, не выявлено.

Однако, значимыми являются прямые связи между выслугой, общим налетом и возрастом развития на пенсии заболеваний, а также количеством заболеваний, диагностируемых после прекращения летной работы ($r = 0,46$, $P < 0,05$), что может свидетельствовать

об отдаленных последствиях воздействия неблагоприятных факторов ЛР на состояние здоровья летного состава.

При сравнении показателей, характеризующих здоровье пенсионеров (самооценка здоровья, возраст развития и количество заболеваний на пенсии) у лиц летного состава, дисквалифицированных по состоянию здоровья, и лиц, прекративших летную работу по другим причинам, значимых связей, подтверждающих влияние факта дисквалификации на последующее состояние здоровья, не выявлено.

Таким образом, среди множества факторов, влияющих на состояние здоровья авиаторов на пенсии, немаловажное значение занимают факторы, связанные с предшествующей профессиональной деятельностью. Несмотря на отсутствие видимого влияния интенсивности и продолжительности летной работы на субъективную оценку здоровья, отдаленные последствия проявляются в более раннем развитии заболеваний на пенсии и увеличении их общего количества.

2.15. Власов В.В. Структура заболеваемости авиаторов на пенсии / В.В. Власов, С.М. Стариков // Достижения и перспективы медицинской реабилитации : сб. науч. тр., посв. 65-летию воен. санатория «Чемитоквадже». – М. : Ин-т реабилитологии и восстанов. медицины РАЕН, 1999. – С. 76.

С целью изучения заболеваемости пенсионеров-авиаторов проводился ретроспективный анализ их жизнедеятельности. Всего обследовано 264 пенсионера из числа летного состава ВС, проживающего в средней полосе России, в том числе 203 летчика и 61 штурман.

Наиболее частыми заболеваниями летного состава (ЛС) после выхода на пенсию являются заболевания сердечно-сосудистой системы (36,0 %), на втором месте – болезни позвоночника (26,1 %), а на третьем – заболевания желудочно-кишечного тракта (14,4 %). Среди отдельной нозологии ведущее место занимают вертеброгенные корешковые расстройства (20, 4 %), артериальная гипертензия (12,9 %) и связанные с пресбиопией аномалии рефракции (10,2 %). Большинство заболеваний, впервые диагностируемых в период службы и являющиеся причинами дисквалификации, имеет тенденцию к дальнейшему прогрессированию после выхода на пенсию, что подтверждается наличием статистически значимого согласия ($P < 0,05$) между этими распределениями.

В целом структура заболеваемости ЛС на пенсии хорошо сопоставима с заболеваемостью мужчин пенсионного возраста. Также как и для всех пенсионеров, для авиаторов характерно увеличение количества заболеваний с возрастом. В возрастной группе до 50 лет доля пенсионеров имеющих в анамнезе 3 и более хронических за-

болевания не превышает 20 %, а среди лиц старше 60 лет она составляет более половины (65,5 %) обследованных.

2.16. Влияние качества жизни на возникновение отдаленных последствий в состоянии здоровья населения, проживающего в контролируемых районах России / И.Б. Ушаков, С.К. Солдатов, В.Г. Зуев, М.А. Пронин // Чернобыльский след. Медико-психологические последствия радиационного воздействия : сб. науч. тр. – М. : МГП «Вотум-1», 1992. – Ч. 2. – С. 81–107.

2.17. Влияние профессиональной деятельности на состояние здоровья стюардесс / Ю.В. Цвелев, А.А.Боченков, В.В. Пешков, А.А. Голубев // Журн. акушерства и женских болезней. – 1999. – № 4. – С. 12–17.

Табл. 2, библиогр.: 28 назв.

Условия производственной сферы стюардесс характеризуются комбинированным влиянием экстремальных факторов, подвергающих их организм различным стрессорным воздействиям. Объект исследования составили 419 стюардесс (г. Санкт-Петербург) в возрасте от 20 до 46 лет, со стажем работы по специальности 1–20 лет. Проводился анализ документов медицинского учета и отчетности, выполнялись специальные клинико-физиологические и медико-социальные исследования.

Результаты исследования показали повышенную соматическую и акушерско-гинекологическую заболеваемость у стюардесс в сравнении с трудящимися женщинами Европейской части РФ. Например, у изучаемого контингента были выше: уровень первичной заболеваемости в 1,2 раза, уровень обращаемости по инфекционным заболеваниям в 2,6 раза, по болезням эндокринной системы, нарушения обмена веществ и иммунитета в 7,4 раза, болезни крови и кровеносных органов в 5,7 раз.

Приведенный материал также свидетельствует о необходимости расширения медико-социальных исследований, направленных на выявление производственных факторов риска профессиональной заболеваемости стюардесс, ее профилактики, а также в системе медицинского контроля за состоянием их здоровья.

2.18. Военнослужащие-женщины на флоте – парадокс или реальность? / С.А. Цуциев, Ю.В. Лизунов, Л.П. Терентьев, М.Г. Цуциева // Журн. акушерства и женских болезней. – 2001. – № 4. – С. 96–99.

2.19. Возможности рационального использования ресурсов восстановительного центра при использовании новых информационных технологий / В.М. Усов, М.А. Горбунов, О.И. Горба-

чев [и др.] // Актуальные проблемы медицинской реабилитации : тез. докл. науч. конф. / 6-й Центр. воен. клин. госп. – М., 1999. – С. 22–24.

Авт. кол.: В.М. Усов, М.А. Горбунов, О.И. Горбачев, Ф.П. Ступин, К.В. Пономаренко. Разработан методический подход и проведено макетирование системы, позволяющей заранее спланировать на ПЭВМ рациональную схему медицинского обслуживания пациентов с использованием типовых «маршрутов» прохождения кабинетов врачей для принятия процедур диагностического и лечебно-восстановительного характера, а в течение рабочего дня в полном объеме выполнять диспетчерские функции: контроль прибытия пациентов; прохождения ими в предписанном порядке врачебных мероприятий; заполнение медперсоналом листов назначений и отпуска процедур; переназначения времени и места обслуживания при появлении «узких мест».

При этом имеется возможность наглядного представления текущего состояния процесса медицинского обслуживания потока: свободные и занятые кабинеты; готовность к работе персонала и оборудования; объем уже выполненных процедур и причины невыполнения и т.д. Имеется возможность обобщения результатов работы за отчетные календарные сроки и составление типовых форм медицинской документации.

2.20. Ворона А.А. Методические основы концепции здоровья человека / А.А. Ворона, В.М. Усов // Современные технологии восстановительной медицины : тез. докл. междунар. конф. «Диагностика, реабилитация и оздоровление – 98», Сочи. – М. : САНТЭ, 1998 – С. 5–8.

Рассмотрены возможности конверсии программных продуктов, предназначенных для динамического контроля профессионального здоровья авиационных специалистов, в область восстановительной и профилактической медицины в условиях российского здравоохранения, в частности, для мониторинга здоровья и КЖ населения региона и применения адекватных средств коррекции нарушений состояния здоровья.

Данная цель может достигаться посредством рассмотрения совокупности объективных предпосылок для практической реализации такого подхода, главной из которых является понимание здоровья как одной из ключевых социально-экономических категорий.

Объектом исследования служит «профессиональное здоровье» (ПЗ), которое в контексте конверсионных медико-технологических задач дополняет клинический и эпидемиологический взгляд на проблему оценки уровня здоровья населения и КЖ.

Разработаны критерии, относящиеся к категории ПЗ, которые определяют методологию восстановительной медицины и система-

тизированы применяемые методы количественного определения показателей ПЗ, реализованные в составе соответствующих автоматизированных систем.

Сделаны выводы о высокой социальной ценности налаженной системы диагностики здоровья и его мониторинга, как базиса для ускоренного внедрения в практику профилактической и восстановительной медицины новейших медицинских технологий.

2.21. Гатвинский Е.Н. Профессиональная адаптация военнослужащих, уволенных в запас / Е.Н. Гатвинский, Е.В. Слабина. – Саратов, 2000. – 33 с.

Прил. 2, библиогр.: 6 назв.

2.22. Голота А.С. Семейный и образовательный статус военнослужащих с разным уровнем психического здоровья / А.С. Голота, Ю.В. Лизунов // Актуальные вопросы военной психиатрии. К 275-летию отечест. психиатрии : тез. науч.-практ. конф. / Гл. воен. клин. госп. им. Н.Н. Бурденко. – М., 1998. – С. 81–82.

Объект исследования составили 300 военнослужащих срочной службы. С помощью методики «Адаптивность», теста Спилбергера-Ханина, анкеты субъективного самочувствия выделены группы с хорошими (I группа), удовлетворительными (II группа) и неудовлетворительными (III группа) адаптационными способностями. Способностями.

Изучение семейного статуса показало, что социальное неблагополучие (воспитание до 16 лет в неполных семьях, пьянство, алкоголизм, судимость, суициды родителей и др.) наблюдалось у 17,7 % обследуемых. Социальное неблагополучие наблюдалось у лиц I группы в 12,4 %, у лиц II гр. – 15,7, у лиц III гр. – 28,0 %. Различия по показателю социального неблагополучия у лиц I группы по сравнению со II группой ($P < 0,05$), I и III ($P < 0,01$), II и III ($P < 0,05$).

Образование ниже 9 классов имеют 30,5 % обследуемых. Из них лиц I группы было 14,7 %, II и III – по 15,8 %.

Полученные данные свидетельствуют о наличии определенной зависимости показателей адаптационных способностей от семейного и образовательного статуса.

2.23. Гончаров С.Ф. Новые подходы к профессиональной и медицинской реабилитации участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций / С.Ф. Гончаров, В.Н. Преображенский // Мед. катастроф. – 2000. – № 1. – С. 5–8.

Ил. 1, библиогр.: 2 назв.

Представлена современная система профессиональной реабилитации ликвидаторов чрезвычайных происшествий. Показана эффективность 3-этапного цикла построения и проведения индивиду-

альных реабилитационных программ: 1) клинико-функциональные исследования; 2) коррекция функциональных изменений; 3) функционально-тренировочные воздействия.

Важное место в этой системе принадлежит психофизиологической реабилитации, которая основана на принципах оптимального и раннего воздействия и коррекции выявленных нарушений.

2.24. Гончаров С.Ф. Перспективы развития восстановительной медицины у лиц опасных профессий / С.Ф. Гончаров, Е.М. Михеев, В.Н. Преображенский // Вестн. восстанов. медицины. – 2002. – № 2. – С. 5–6.

2.25. Гимранова Г.Г. Оценка состояний здоровья нефтеперерабатывающей отрасли и вопросы первичной профилактики / Г.Г. Гимранова // Медицина труда и пром. экология. – 2002. – № 5. – С. 13–16.

Проведено медицинское обследование 1400 рабочих основных отраслей нефтегазодобывающих установок в возрасте 20–58 лет со стажем работы 5–30 лет. Здоровыми были признаны только 22,5 % рабочих. Изменения со стороны пояснично-крестцового нервного сплетения отмечались у 32,7 % обследованных лиц, НЦД гипертонического типа – у 38,7 %, заболевания желудочно-кишечного тракта – у 29,7 %, заболевания кожи – у 26,9 %, слуха – у 12,4 %. На клинико-экспертной комиссии трудоспособными без ограничения признано 34,3 % рабочих, 40,4 % трудящимся было разрешено продолжить работу под динамическим наблюдением врачей.

По совокупности выявленных заболеваний, 20,2 % обследованным нефтяникам даны противопоказания к продолжению работы по своей специальности и рекомендовано переучивание с рациональным трудоустройством. С целью сохранения здоровья нефтяников необходим комплекс мероприятий по первичной профилактике заболеваний.

2.26. Даутов Р.Р. Психофизиологические особенности развития утомления у сотрудниц органов внутренних дел в процессе труда / Р.Р. Даутов, Н.И. Симонова // Медицина труда и пром. экология. – 2002. – № 5. – С. 24–29.

Табл. 2, библиогр.: 4 назв.

Высокие интеллектуальные нагрузки, постоянное нахождение в условиях эмоционально отрицательной информации, риск для собственной жизни и ответственность за безопасность других людей являются ведущими и специфическими факторами профессиональной деятельности работников органов внутренних дел.

В наибольшей степени они выражены у сотрудников уголовного розыска, следственных отделов и дежурных частей, наименьшая

напряженность труда определена у сотрудников патрульно-постовой службы. Через несколько лет службы среди личного состава отмечается большая частота хронических заболеваний, которые становятся одной из причин увольнения.

Субъективное чувство усталости в течение смены работы изучено при помощи анкет у 640 сотрудников милиции. Объективная оценка развивающегося утомления и его степени определялась при помощи психофизиологического обследования (320 человек). Заболеваемость с временной утратой трудоспособности анализировали на основании записей журналов в течение трех лет в поликлинике.

Между уровнем заболеваемости с временной утратой трудоспособности, степенью напряженности труда, субъективной и объективной оценками утомления получена статистически значимая прямая корреляционная связь ($r = 0,6-0,9$; $P < 0,05$), что позволяет использовать эти критерии для разработки профилактических и реабилитационных мероприятий сотрудникам ОВД.

2.27. Даровская Н.Д. Индивидуальные особенности психической адаптации личности в опасных профессиях (на примере деятельности инкассаторов) / Н.Д. Даровская // Пограничная психиатрия : сб. науч. тр. / Гос. науч. центр соц. и суд. психиатрии. – М., 2001. – С. 25–36.

Библиогр.: 14 назв.

Исследован комплекс психической адаптации (дезадаптации) у 200 инкассаторов в возрасте 20–46 лет. Из них 95 человек были практически здоровыми, 36 имели предболезненные состояния, 69 – клинически выраженные пограничные психические расстройства.

Выделено 5 ведущих факторов риска ранней дезадаптации: постоянная угроза для жизни; межличностные отношения в семье; общий страх работы более 20 лет; страх потери оружия, боеприпасов и материальных ценностей; межличностные отношения в бригаде.

Эффективность деятельности инкассаторов как представителей опасной профессии определяется не только параметрами наполнения должностных обязанностей, но и показателями КЖ и способностью инкассатора использовать внутренние резервы организма.

2.28. Домрачев А.А. Особенности функционального профиля организма сотрудников государственной противопожарной службы / А.А. Домрачев, Ю.И. Савченко, Я.А. Михайлова // Воен.-мед. журн. – 2003. – № 5. – С. 10–12

Табл. 4, ил.

Предпринята попытка разработки экспресс-диагностики утомления лиц экстремальных профессий в условиях боевого дежурства. Объект исследования составили 77 сотрудников противопожарной службы г. Красноярска.

2.29. Дорощев В.Г. Системный подход к здоровью летного состава в XXI веке / В.Г. Дорощев. – М. : Паритет Граф, 2000. – 368 с.

Табл. 39, ил. 36, библиогр.: 329–361 (516 назв.).

ISBN 5-7852-0025-2. Тираж 1000 экз.

В монографии рассматриваются системные проявления саморегуляции перестройки функции сердечно-сосудистой системы летного состава на повседневные факторы летного труда и экстремальные нагрузки на основе обобщения и анализа многочисленных исследований. Специальное внимание уделено методическим вопросам определения индивидуальной и групповой нормы показателей кровообращения, способам оценки и прогноза функциональных резервов кардиореспираторной системы

По данным ВЛЭК по состоянию на декабрь 1995 г. летный состав авиакомпаний по возрасту распределялся следующим образом: лица до 30 лет – 2 %; старше 30 лет – 14 %; старше 35 лет – 16 %; старше 40 лет – 13 %; старше 45 лет – 11 %; старше 50 лет – 25 %; старше 55 лет – 19 %. В целом по группе летного состава в возрасте до 50 лет составляло 56 %, старше 50 лет – 44 %.

Для сравнения в американской ассоциации линейных пилотов (ААЛП) на летный состав в возрасте 25–50 лет приходится 79 %, а на возраст старше 50 лет – только 21 %. Из этих данных следует, что в американских авиакомпаниях работает молодой и более здоровый летный состав, чем в России (рис. 1).

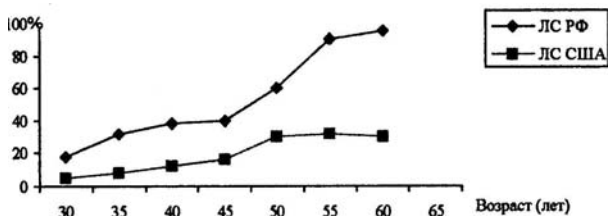


Рис. 1. Динамика возрастной патологии у летного состава ГА.

Для американских пилотов значительный прирост динамики возрастной патологии наблюдается после 45-летнего возраста, то для летного состава России после 35 лет (см. рис. 1). Эти данные подтверждаются динамикой возрастной патологии сердечно-сосудистых болезней (рис. 2).

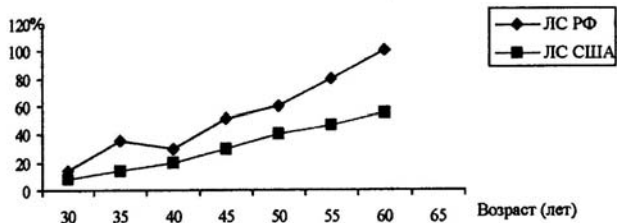


Рис. 2. Заболевания сердечно-сосудистой системы.

Столь значительные различия в состоянии здоровья между пилотами России и Америки обусловлены тем, что в последние 15 лет авиакомпании открыли сеть реабилитационных центров и санаториев для летного состава, что позволило снизить заболеваемость и, в частности, сердечно-сосудистой системы на 72 %.

Впервые представлена развернутая система основных компонентов концепции профессионального здоровья летного состава и прикладные аспекты ее практической реализации, имеющие принципиальное значение для разработки проблем адаптации организма к экстремальным нагрузкам лиц опасных профессий.

Комплексная характеристика профессионального здоровья, описывающая множество физиологических, психических, клиничко-биохимических структур следует рассматривать как основной контур регулирования, где роль первичного заданного контура выполняет человек, а вторичный контур составляет система, осуществляющая контроль за функциональным состоянием человека. Формализация этих положений видится в построении концептуальной модели оценки и прогноза профессионального здоровья.

Данная модель по своей сути является алгоритмом последовательной оценки функциональных структур, характеризующих изменения биологического и социального гомеостаза во взаимодействии организма со средой, степень компенсации хронической неспецифической патологии, с целью выбора наиболее оптимального уровня функционирования организма в целом.

Определение компенсаторно-приспособительных возможностей на основе взаимосвязи функционального состояния организма и работоспособности летного состава становится ключевым вопросом, решение которого предопределяет своевременность и надежность оценки и прогноза профессионального здоровья.

Указанное требует перестройки всей деятельности службы авиационной медицины, с переносом центра тяжести «прокурорской» экспертизы на профилактическую работу, прежде всего авиационных врачей, специалистов экспортно-реабилитационного отделения

и организации отделения профилактики и восстановления профессионального здоровья, а также превентивной работы не только на основной базе, но и во всех представительствах авиации.

2.30. Евдокимов В.И. Социально-психологическая оптимизация процесса обучения курсантов летных вузов / В.И. Евдокимов. – М. ; Кировоград : Междунар. акад. человека в аэрокосм. системах, 1999. – 80 с.

Табл. 15, ил. 12, библиогр.: с. 78–79 (34 назв.). Тираж 250 экз.

В методических рекомендациях обобщен опыт применения социально-психологического аспекта профессионального отбора курсантов летных вузов. Объект исследования составили 210 курсантов. В начале обучения по результатам углубленного социально-психологического исследования они были разделены на две группы: нормативная группа и курсанты с факторами риска условий формирования личности.

Анализ результатов анамнестического опросника показал, что относительно большое количество поступающих в летные училища было из так называемых неблагополучных семей. У 18,9 % (30 человек) абитуриентов родители не проживали вместе и 10,7 % абитуриентов (17 человек) охарактеризовали отношения между своими родителями как плохие, их семьи находились на стадии распада. Отметим также неблагоприятный «алкогольный фон» у более 25 % семей абитуриентов. Стремление избавиться от неблагоприятных семейно-бытовых отношений нередко входило в структуру мотивации абитуриента к обучению в военном летном вузе.

За выделенными группами курсантов было установлено активное наблюдение в течение всего периода обучения. Проведенные исследования показали, что низкое КЖ родителей (неблагоприятные социально-бытовые условия, пьянство родителей, проживание в распадающихся семьях и др.) способствовали формированию у абитуриентов черт характера, которые в экстремальных условиях способствовали дезадаптации личности.

Например, у курсантов с отсутствием факторов риска для формирования личности средний балл практического летного обучения был 5,3 (по 9-балльной системе оценок). Наиболее низкую летную успеваемость показывали те курсанты, которые росли в конфликтующих семьях и родители которых злоупотребляли алкоголем (ср. балл 4,1). Из этой группы было отчислено 47,1 % курсантов. В нормативной группе курсантов отчисленных было в 2 раза меньше ($P < 0,01$).

Проведенные исследования показали, что социально-психологические особенности личности абитуриента не только способству-

ют летному обучению, но и определяют характер дальнейшей профессиональной летной деятельности.

2.31. Евдокимов В.И. Качество жизни и профессиональная успешность летного состава / В.И. Евдокимов ; под ред. И.Б. Ушакова, В.М. Усова. – М. : Междунар. акад. проблем человека в авиации и космонавтике, 2001. – 104 с.

Табл. 12, ил. 22, библиогр.: с. 100–103 (79 назв.). Тираж 800 экз.

В изданиях, посвященных КЖ, в основном, рассматриваются влияние на здоровье населения последствий серьезных экологических потрясений. Данная работа, является одной из немногочисленных, в которой раскрывается влияние составляющих КЖ на профессиональное здоровье летного состава, надежность профессиональной деятельности, характер семейных отношений, условия формирования личности абитуриентов авиационных вузов.

Корреляционный анализ экспертных оценок профессиональной успешности с результатами анкетного тестирования позволил выявить значимые корреляционные связи. Оказалось, что на профессиональную успешность лиц летного состава (в данном исследовании) положительно влияние оказывают прочность семейных отношений (по продолжительности брака), понимание и помощь семьи в реализации профессиональных отношений, профессиональная мотивация, характер взаимоотношений с командирами, условия отдыха перед полетами и др. Результаты представлены на рис.

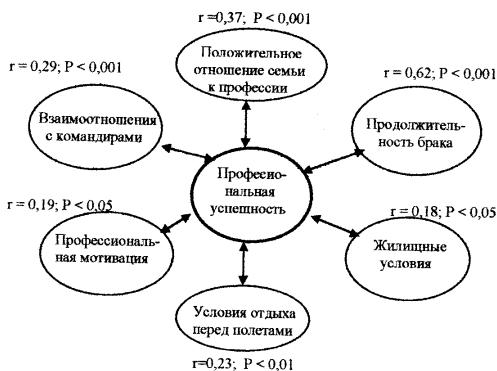


Рис. Корреляционные связи характеристик КЖ и экспертных оценок профессиональной летной успешности.

Проведенная множественная регрессия позволила установить модель профессиональной эффективности летного состава. При высокой информационной способности ($R^2 = 86,6 \%$) и статистической значимости критерия Фишера ($F = 23,3; P < 0,001$) уравнение выглядело следующим образом:

$$Y = -0,33 + 0,69x_1 + 0,03x_2 + 0,09x_3 + 0,12x_4 + 0,07x_5 - 0,06x_6 + 0,21x_7 - 0,16x_8,$$

где: y – профессиональная эффективность, x_1 – социальный статус, x_2 – прочность брака, x_3 – образ жизни, x_4 – жилищные условия, x_5 – профессиональная мотивация, x_6 – перспективы профессионального роста; x_7 – влияние семейных отношений на состояние здоровья, x_8 – участие пилота в домашних и семейных делах.

Показаны методические и методологические приемы исследования КЖ авиационных специалистов, семейных отношений и условий формирования личности абитуриентов летных вузов.

2.32. Евдокимов В.И. Семейные отношения летного состава как фактор профессиональной надежности / В.И. Евдокимов // Военная медицина на рубеже XXI века: реалии и перспективы : тез докл. науч-практ. конф. / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины. – М., 2000. – С. 130–131.

Задачей исследования явилось изучение психологического здоровья семей летного состава как фактора профессиональной надежности и безопасности полетов. Объект настоящего исследования составили 121 летчик ВВС и ГА. Семейно-бытовые отношения изучались при помощи теста «Шкала семейного окружения» и разработанного анамнестического опросника.

Результаты теста показали практически одинаковый профиль по тесту семейной структуры у летчиков ВВС и пилотов ГА. По сравнению с нормативной группой для семей летного состава были характерны высокая сплоченность, выраженный коллективизм, высокая экспрессивность при низкой конфликтности, повышенный уровень достижений «жизненных» планов, возможность самореализации каждого члена семьи во вне семейной сфере. В семьях со значительным «стажем» семейной жизни больше выражено уважение моральным и нравственным ценностям.

В целом можно заключить, что в структуре факторов, определяющих безопасность полетов, важное место занимают социально-бытовые условия и характер семейных отношений.

2.33. Евдокимов В.И. Вопросы качества жизни летного состава Украины / В.И. Евдокимов. – Кировоград : Гос. летн. акад. Украины, 2002. – 112 с.

Ил. 40, табл. 35, библиогр.: с. 107–111 (103 назв.). Тираж 120 экз.

Материалы издания содержат сведения о некоторых индикаторах КЖ Украины и авиационной отрасли. Проанализированы данные исследования влияния материально-бытовых, семейных и др. составляющих КЖ летного состава ВВС, пилотов и курсантов Государственной летной академии Украины (ГЛАУ) на профессиональную надежность летного состава Украины (рис.)

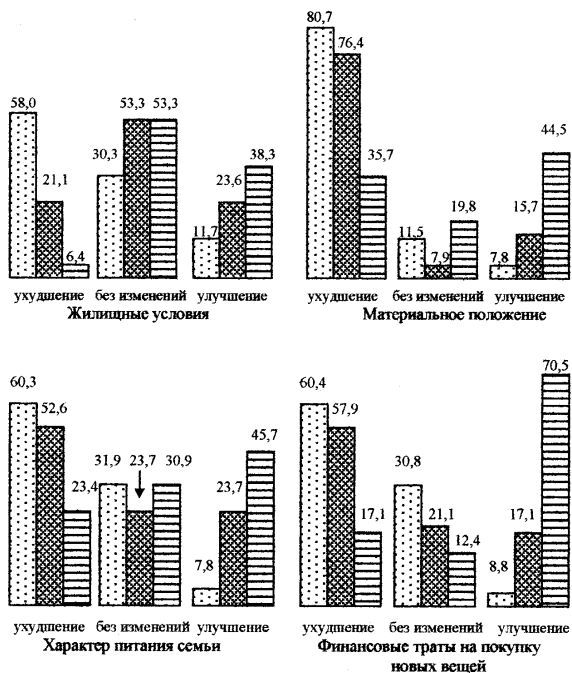


Рис. Частотный анализ некоторых составляющих качества жизни летного состава Украины (%).

Примечания: – летчики ВВС; – пилоты ГЛАУ; – курсанты ГЛАУ.

Установлено, что самые низкие показатели КЖ имели авиаспециалисты с психогенно обусловленными расстройствами здоровья и члены их семей. Данные статистически достоверны (табл.).

Таблица

Средние данные качества жизни здоровых пилотов (1) и имеющих отклонения в состоянии здоровья (2), в 7-балльной системе оценок

| № | Экспертная оценка состояния здоровья | Оценка уровня жизни | Материальное положение | Траты на приобретение новых вещей |
|----|--------------------------------------|------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| 1. | 4,10 ± 0,10 | 3,53 ± 0,33 | 2,77 ± 0,35 | 3,33 ± 0,30 |
| 2. | 2,50 ± 0,19 | 1,50 ± 0,19 | 1,00 ± 0,01 | 1,50 ± 0,38 |
| t | 9,78; P < 0,001 | 5,33; P < 0,001 | 5,06; P < 0,001 | 3,78; P < 0,001 |
| № | Характер питания | Профессиональные перспективы | Социальная активность | Состояние самочувствия |
| 1. | 3,53 ± 0,27 | 3,03 ± 0,34 | 4,97 ± 0,23 | 4,03 ± 0,19 |
| 2. | 1,75 ± 0,37 | 2,00 ± 0,46 | 2,75 ± 0,37 | 2,88 ± 0,30 |
| t | 3,89; P < 0,001 | 1,80; P > 0,05 | 5,10; P < 0,001 | 3,32; P < 0,01 |

2.34. Евдокимов В.И. Изучение качества жизни операторов особо сложных систем управления / В.И. Евдокимов // Вестн. Междунар. акад. проблем человека в авиации и космонавтике. – 2003. – № 2 (11). – С. 66–72.

Табл. 4., ил. 5, библиогр.: 10 назв.

2.35. Евдокимов В.И. Некоторые аспекты психологического здоровья семьи летчика / В.И. Евдокимов, Р.Н. Макаров, А.О. Масалитин // Вестн. Междунар. акад. проблем человека в авиации и космонавтике. – 2002. – № 2 (9). – С. 40–45.

Табл. 2., ил., библиогр.: 8 назв.

При помощи теста «Шкала семейных отношений», содержащего 90 вопросов, объединенных в 10 шкал, проанализированы семейные отношения лиц летного состава ВВС, пилотов и курсантов Государственной летной академии Украины (223 человека). Данные сведены в табл.

В результате проведенного исследования можно заключить, что в основе модели прочности семьи, входящей в структуру психологического здоровья семьи лиц летного состава, находятся факторы, определяющие: сплоченность семьи, низкую конфликтность, ориентацию членов семьи на достижение поставленных целей (в т.ч. профессиональных), заботу семьи о политической, социальной и культурной деятельности, направленность членов семьи на активный отдых, активизацию досуга и совместного проведения свободного времени.

Для определения модели прочности семейных отношений, входящей в структуру психологического здоровья семьи летчика, нами был проведен регрессионный анализ результатов шкалы семейного

окружения с данными «стажа» семейной жизни (прочности семейных взаимоотношений).

Таблица

Средние данные ($M \pm m$) обследования тестом «Шкала семейного окружения» летного состава ВВС (1), пилотов ГЛАУ (2), курсантов ГЛАУ (3) и нормативной группы (4) в 7-балльной системе оценок

| № | Шкалы теста | | | | |
|---|---|------------------------------------|---|---|---|
| | 1-я (сплоченность) | 2-я (экспрессивность) | 3-я (конфликт) | 4-я (независимость) | 5-я (ориентация на достижение) |
| 1 | 6,45 ± 0,14 | 6,18 ± 0,12 | 3,20 ± 0,16 | 4,35 ± 0,12 | 5,46 ± 0,14 |
| 2 | 6,69 ± 0,26 | 6,38 ± 0,28 | 2,11 ± 0,42 | 4,08 ± 0,36 | 6,69 ± 0,29 |
| 3 | 6,37 ± 0,22 | 6,21 ± 0,24 | 2,29 ± 0,36 | 4,18 ± 0,25 | 6,60 ± 0,24 |
| 4 | 6,77 ± 0,14 | 6,12 ± 0,17 | 1,59 ± 0,17 | 4,60 ± 0,16 | 6,59 ± 0,17 |
| t | | | $\frac{1}{2}=2,45; P < 0,05$ $\frac{1}{3}=2,31; P < 0,05$ $\frac{1}{4}=6,91; P < 0,001$ | | $\frac{1}{2}=3,82; P < 0,001$ $\frac{1}{3}=4,10; P < 0,001$ $\frac{1}{4}=5,14; P < 0,001$ |
| | 6-я (интеллектуальная ориентация) | 7-я (ориентация на активный отдых) | 8-я (морально-нравственные аспекты) | 9-я (организация) | 10-я (контроль) |
| 1 | 6,08 ± 0,14 | 4,37 ± 0,15 | 5,72 ± 0,11 | 5,13 ± 0,17 | 3,93 ± 0,13 |
| 2 | 4,73 ± 0,36 | 4,65 ± 0,42 | 5,15 ± 0,37 | 7,38 ± 0,28 | 2,65 ± 0,29 |
| 3 | 4,71 ± 0,33 | 4,42 ± 0,35 | 5,68 ± 0,27 | 6,50 ± 0,30 | 3,32 ± 0,29 |
| 4 | 4,82 ± 0,20 | 4,80 ± 0,23 | 4,94 ± 0,16 | 6,70 ± 0,18 | 2,98 ± 0,19 |
| t | $\frac{1}{2}=3,50; P < 0,001$ $\frac{1}{3}=3,83; P < 0,001$ $\frac{1}{4}=5,16; P < 0,001$ | | $\frac{1}{4}=4,02; P < 0,001$ | $\frac{1}{2}=6,86; P < 0,001$ $\frac{1}{3}=3,97; P < 0,001$ $\frac{1}{4}=6,33; P < 0,001$ $\frac{2}{3}=2,14; P < 0,05$ $\frac{2}{4}=2,04; P < 0,05$ | $\frac{1}{2}=4,13; P < 0,001$ $\frac{1}{3}=1,92; P < 0,05$ $\frac{1}{4}=4,03; P < 0,001$ |

При прогностичности модели (коэффициент детерминации $R^2 = 64\%$) и достоверной информационной способности по критерию Фишера ($F = 4,81; P < 0,001$) модель показала приоритетность факторов шкалы семейного окружения, характеризующих прочность брака (по критерию продолжительности семейной жизни). По приоритетности факторы распределились следующим образом:

$$Y = -21,48 + 2,39x_1 + 0,67x_2 + 0,72x_3 - 0,15x_4 + 2,20x_5 + 2,90x_6 - 1,70x_7 + 0,03x_8 - 0,92x_9 + 0,99x_{10}$$

где: y – стаж семейной жизни, x_1 – шкалы теста семейного окружения: x_1 – 1-я (сплоченность) ($P < 0,05$), x_2 – 2-я (экспрессивность), x_3 – 3-я (конфликт), x_4 – 4-я (независимость), x_5 – 5-я (ориентация на достижение) ($P < 0,02$), x_6 – 6-я (интеллектуально-культурная ориентация) ($P < 0,001$), x_7 – 7-я (ориентация на активный отдых) ($P < 0,02$), x_8 – 8-я (морально-нравственные аспекты), x_9 – 9-я (организация), x_{10} – 10-я (контроль).

2.36. Евдокимов В.И. Роль семейно-бытовых отношений в психопрофилактике психогенно обусловленных расстройств летного состава / В.И. Евдокимов, В.К. Мягер // Вестн. психотерапии. – 2000. – № 7 (12). – С. 121–128.

Ил. 4, библиогр.: 6 назв.

Для определения влияния некоторых аспектов семейно-бытовых отношений на состоянии здоровья и эффективность профессиональной деятельности с помощью теста «Шкала семейного окружения» и специально разработанных анкет обследовано 54 летчика ВВС, 67 пилотов и 102 курсанта Государственной летной академии Украины (ГЛАУ). Результаты исследования показали высокую прогностичность теста.

Анкетный опрос позволил уточнить данные шкалы семейного окружения и определить некоторые социально-бытовые условия жизни. Частотный анализ ответов на вопросы анкеты выявил, что у 75 % семей лиц летного состава заметно снизилось материальное положение, у 60 % – ухудшился характер питания, около 60 % семей стали меньше иметь денег для приобретения одежды и новых вещей.

Оказалось, что семейные конфликты в 54 % случаев у летчиков ВВС и в 90 % случаев у пилотов ГЛАУ оказывают значительное отрицательное воздействие на успешность профессиональной деятельности. Почти в 60 % случаев они влияют на самочувствие и состояние здоровья лиц летного состава. Частотный анализ представлен на рис.

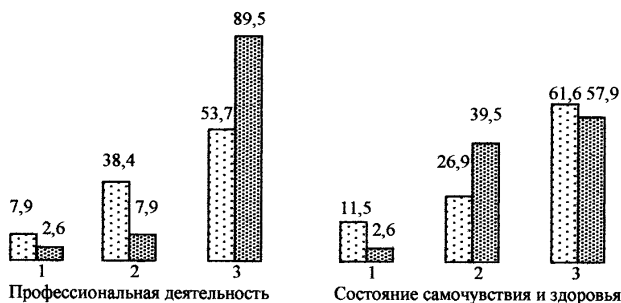




Рис. Анализ влияния семейных конфликтов на профессиональную деятельность и состояние здоровья у лиц летного состава (%).

Примечание:  – летчики ВВС,  – пилоты ГЛАУ,
1 – практически не оказывают никакого влияния, 2 – оказывают среднее отрицательное влияние, 3 – оказывают значительное отрицательное влияние.

Выявлено, что у 16 % семей летного состава имелись неадекватные психологические отношения, которые требовали неотложно-

го проведения психопрофилактических и психотерапевтических мероприятий. Данные обследования социально-бытовых условий свидетельствуют о значительном ухудшении основных показателей жизнедеятельности семей летчиков, что нередко становилось причиной социальной и личностной дезадаптации лиц летного состава и не отвечало задачам обеспечения безопасности полетов.

2.37. Евдокимов В.И. К вопросу о качестве жизни курсантов военного института физической культуры / В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук, О.А. Чурганов // Медико-биологические проблемы физической культуры и спорта : материалы науч.-практ. конф. – СПб. : Воен. ин-т физ. культуры, 2002. – С. 68–72.

Объект исследования составили 165 курсантов Военного института физической культуры (г. Санкт-Петербург). КЖ изучалось при помощи специально разработанной анкеты. Проведенные исследования показали, что субъективная оценка уровня жизни формировалась у курсантов в качественном наполнении показателей жизни в семье, а затем прослеживалась в процессе обучения, определяя адаптивность и характер значимых отношений.

2.38. Евдокимов В.И. Качество жизни оперативного персонала особо сложных систем управления (на примере Нововоронежской атомной электростанции) / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин. – Воронеж : Кварта, 2003. – 152 с. – (Системы и коммуникации / Кварта ; ред. Ю.Л. Полевой).

Табл. 54, ил. 39, библиогр.: с. 143–151 (167 назв.).

ISBN 5-89609-031-5. Тираж 500 экз.

Издание посвящено изучению влияния составляющих КЖ операторов особо сложных систем управления на их профессиональное здоровье и надежность профессиональной деятельности. В написании монографии принимали участие В.И. Орлов (гл. 1) и Н.В. Суслина (гл. 4).

В первых разделах изложены основные технические характеристики работы Нововоронежской АЭС (НВАЭС), показаны психофизиологические составляющие безопасности деятельности оперативного персонала.

В последующих разделах показаны современная концепция КЖ и ее системообразующий фактор, изучены взаимоотношения показателей КЖ, здоровья и профессиональной эффективности у 119 респондентов НВАЭС по специально разработанной анкете. Анализ данных исследования проводился в 7-балльной системе оценок: 7 баллов – высшая оценка, 1 – наименьшая.

Данные взаимосвязей уровня жизни и некоторых показателей КЖ представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Корреляционные связи самооценок уровня жизни
и некоторых показателей качества жизни**

| Показатели качества жизни | К-корреляции | P |
|-----------------------------------|---------------------|----------|
| Стаж работы на НВАЭС | -0,21 | 0,05 |
| Материальное положение | 0,67 | 0,001 |
| Роль подсобного хозяйства | 0,26 | 0,01 |
| Жилищные условия | 0,34 | 0,001 |
| Характер питания | 0,65 | 0,001 |
| Профессиональная направленность | 0,44 | 0,001 |
| Профессиональные перспективы | 0,42 | 0,001 |
| Отношения с руководителями | 0,19 | 0,05 |
| Условия отдыха перед работой | 0,42 | 0,001 |
| Обобщенная оценка здоровья семьи | 0,29 | 0,01 |
| Медицинское обеспечение семьи | 0,27 | 0,01 |
| Медицинское обеспечение оператора | 0,25 | 0,01 |
| Оценка самочувствия | 0,21 | 0,05 |

Из табл. 1 видно, что обследуемые лица включили в понятие уровня жизни основные параметры КЖ, что полностью соответствует определению данной категории.

Регрессионный анализ данных исследования показал при коэффициенте детерминации $R^2 = 0,78$ и достоверной информационной способности по критерию Фишера ($F = 28,08$; $P < 0,001$) приоритетность составляющих уровня жизни сотрудников НВАЭС:

$$Y = -0,34 + 0,36x_1 + 0,13x_2 + 0,25x_3 + 0,15x_4 + 0,11x_5,$$

где: y – уровень жизни; x_1 – материальное положение; x_2 – роль подсобного хозяйства в материальном обеспечении; x_3 – характер питания; x_4 – профессиональная направленность; x_5 – условия для отдыха перед работой.

По группам диспансерного наблюдения сотрудники НВАЭС распределились следующим образом: 1-я группа (здоровые) – 21 %, 2-я группа (практически здоровые) – 59,2 %; 3-я группа (лица, имеющие серьезные отклонения в состоянии здоровья) – 19 %.

Состояние здоровья сотрудников НВАЭС (по экспертным оценкам цеховых врачей МСЧ-33) зависит от возраста ($r = -0,34$; $P < 0,001$), стажа работы на НВАЭС ($r = -0,42$; $P < 0,001$), образования (у лиц с высшим образованием оно лучше – $r = 0,31$; $P < 0,001$) и др. показателей КЖ (рис. 1).

Оценка самочувствия работников НВАЭС зависела от многих показателей, наиболее значимыми были производственные и семейные отношения и уровень медицинского обеспечения. Показатели материального положения имели коэффициенты корреляции на порядок ниже (табл. 2).

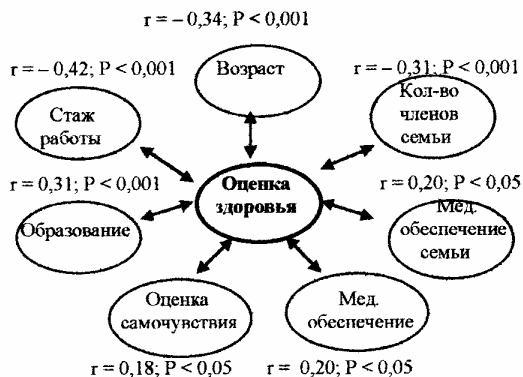


Рис. 1. Некоторые показатели корреляционных связей качества жизни и экспертных оценок состояния здоровья у персонала НВАЭС.

Таблица 2

Корреляционные связи оценок самочувствия и других показателей качества жизни

| Показатели качества жизни | К-корреляции | Р |
|--|--------------|-------|
| Уровень жизни | 0,21 | 0,05 |
| Материальное положение | 0,19 | 0,05 |
| Профессиональная мотивация | 0,35 | 0,001 |
| Взаимоотношения в трудовом коллективе | 0,20 | 0,05 |
| Взаимоотношения с руководителями | 0,37 | 0,001 |
| Организация производственного процесса | 0,44 | 0,001 |
| Роль оператора в семейных отношениях | 0,32 | 0,001 |
| Степень участия оператора в семейных делах | 0,38 | 0,001 |
| Понимание и участие членов семьи в решении профес. задач | 0,25 | 0,01 |
| Обобщенная оценка здоровья семьи | 0,37 | 0,001 |
| Социальная общительность семьи | 0,24 | 0,05 |
| Медицинское обеспечение семьи | 0,22 | 0,05 |
| Медицинское обеспечение оператора | 0,47 | 0,001 |
| Количество употребляемого оператором алкоголя | -0,19 | 0,05 |
| Экологическое состояние на НВАЭС | 0,19 | 0,05 |
| Экспертная оценка здоровья оператора | 0,18 | 0,05 |

Регрессионный анализ данных исследования показал при прогностичности модели ($R^2 = 62\%$) и достоверной информационной способности по критерию Фишера ($F = 11,38; P < 0,001$) приоритетность составляющих оценок самочувствия операторов НВАЭС:

$$Y = 0,16 + 0,21x_1 + 0,22x_2 + 0,24x_3 + 0,19x_4 + 0,17x_5,$$

где: у – оценка самочувствия; x_1 – профессиональная мотивация; x_2 – организация производственного процесса; x_3 – роль оператора в системе семейных отношений; x_4 – обобщенная оценка состояния здоровья членов семьи; x_5 – организация медицинского обеспечения оператора.

Профессиональная мотивация сотрудников АЭС обуславливалась характером взаимоотношений в трудовом коллективе, профессиональными перспективами, уровнем жизни, материальным благополучием, оценкой самочувствия (табл. 3).

Таблица 3

Корреляционные зависимости профессиональной мотивации и показателей качества жизни

| Показатели качества жизни | К-корреляции | Р |
|--|--------------|-------|
| Уровень жизни | 0,45 | 0,001 |
| Материальное состояние | 0,38 | 0,001 |
| Характер питания | 0,30 | 0,001 |
| Профессиональные перспективы | 0,42 | 0,001 |
| Взаимоотношения в трудовом коллективе | 0,45 | 0,001 |
| Взаимоотношения с руководителями | 0,30 | 0,001 |
| Организация производственного процесса | 0,29 | 0,01 |
| Обобщенная оценка здоровья семьи | 0,23 | 0,05 |
| Оценка самочувствия | 0,35 | 0,001 |
| Экологическое состояние на НВАЭС | 0,31 | 0,001 |
| Эквивалентная поглощенная доза радиации (мЗв) | 0,29 | 0,01 |

Операторы понимали сложность и опасность своего труда. Корреляционная связь между поглощенной дозой радиации, экологическим состоянием и профессиональной мотивацией положительная.

Обследуемые лица характеризовали свои семейные отношения положительно. Оценка по группе была $5,28 \pm 0,14$ баллов, что на 1,28 баллов было выше средних данных по тесту. Характер семейных отношений в большей степени определялся духовностью, партнерскими отношениями членов семьи, пониманием и участием членов семьи в разрешении профессиональных задач мужа (жены), состоянием здоровья. Показатели социально-бытовых условий имели низкие коэффициенты корреляции (рис. 2).

Результаты анализа ответов на вопросы, которые предполагали наличие у работников НВАЭС вредных привычек, выявили, что оперативный состав по сравнению с другими работниками курит реже и меньше употребляет спиртных напитков. Различия статистически достоверны (соответственно $t = 2,34$; $P < 0,05$ и $t = 2,07$; $P < 0,05$).

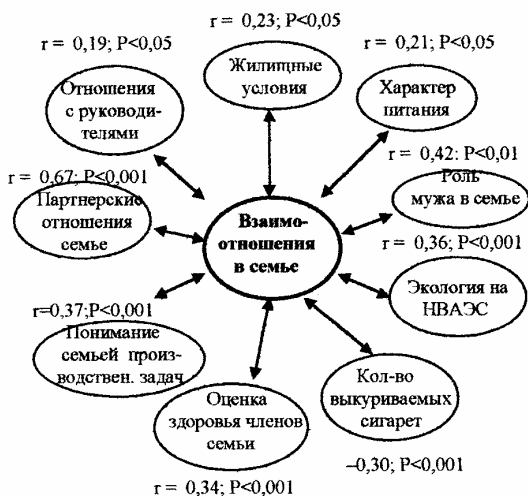


Рис. 2. Корреляционные связи семейных взаимоотношений персонала НВАЭС.

Сотрудники НВАЭС положительно оценили экологическую обстановку на станции. Средняя оценка по общей группе составила $4,76 \pm 0,13$. Корреляционный анализ данных исследования выявил, что оценка экологического благополучия во многом определялась профессиональными отношениями. Кроме того эта оценка зависела от стажа работы персонала, понимания и участия семьи в разрешении профессиональных задач, которые стоят перед мужем, оценка состояния здоровья членов семьи (табл. 4).

Таблица 4
Корреляционные связи оценок экологического состояния на НВАЭС

| Показатели качества жизни | К-корреляции | P |
|---|--------------|-------|
| Стаж работы на НВАЭС | 0,28 | 0,01 |
| Профессиональная мотивация | 0,32 | 0,001 |
| Взаимоотношения в трудовом коллективе | 0,45 | 0,001 |
| Организация производственного процесса | 0,43 | 0,001 |
| Понимание и участие членов семьи в решении производственных задач | 0,33 | 0,001 |
| Степень участия оператора в семейных делах | 0,42 | 0,001 |
| Обобщенная оценка здоровья семьи | 0,26 | 0,01 |

Проведенное анкетирование показало, что оперативный персонал и в целом сотрудники НВАЭС по сравнению с населением страны имеют достаточно высокий уровень социальной защищенности.

Системообразующим фактором КЖ, главной своей ценностью работники НВАЭС определили состояние здоровья всех членов семьи.

Выявлено также, что составляющие КЖ можно рассматривать только в системном их единстве. Например, профессиональные отношения очень часто определяли характер семейных отношений и, наоборот, моральный климат в семье обуславливал эффективность и надежность производственной деятельности.

Представлены некоторые итоги работы МСЧ-33 (г. Нововоронеж) по медико-санитарному обеспечению НВАЭС и населения в 30-км зоне АЭС.

2.39. Евдокимов В.И. Качество жизни как показатель профессиональной успешности лиц экстремальных профессий / В.И. Евдокимов, Л.В. Марищук // Адаптация к профессиональной деятельности как психопедагогическая проблема : методологические основания, пути и способы решения : материалы II междунар. науч.-практ. конф. – Барановичи : БГВПК, 2003. – С. 72–78.

2.40. Евдокимов В.И. Некоторые показатели качества жизни оперативного персонала АЭС / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин // Экология человека. – 2003. – № 5. – С. 10–13.

Табл. 3, ил. 3, библиогр.: 11 назв.

2.41. Евдокимов В.И. Изучение качества жизни оперативного персонала Нововоронежской АЭС / В.И. Евдокимов, Г.Н. Ролдугин // Качество жизни : государственное регулирование и социальное партнерство : тез. IV Всерос. науч.-практ. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики. 2003. – С. 30–31.

2.42. Евдокимов В.И. Система психопрофилактики психогенно обусловленных расстройств адаптации у летного состава / В.И. Евдокимов, И.Б. Ушаков // Авиакосм. и эколог. медицина, – 2003. – № 6. – С. 16–20.

Ил. 2., библиогр.: 9 назв.

2.43. Жолус Б.И. Продолжительность жизни кадровых военнослужащих / Б.И. Жолус, В.Н. Алфимов, Л.А. Максимов [и др.]. // Воен.-мед. журн. – 1992. – № 7. – С. 55–57.

Табл. 3.

Авт. кол.: Б.И. Жолус, В.Н. Алфимов, Л.А. Максимов, Г.А. Нерода, И.К. Романович. Установлено, что средняя продолжительность жизни офицеров армии ($66,0 \pm 0,3$) превышает на 2,4 года продолжительность жизни офицеров флота ($P < 0,001$). В свою очередь средняя продолжительность жизни офицеров флота ($63 \pm 0,3$) меньше

российской величины на 1,5 года. Продолжительность жизни военных пенсионеров в зависимости от званий представлены в табл.

Таблица
Средняя продолжительность жизни пенсионеров армии и флота в зависимости от воинского звания

| Звание, категория | Продолжительность жизни | |
|--------------------------------|-------------------------|------------|
| | ВМФ | Армия |
| Капитан I ранга, полковник | 66,0 ± 0,4 | 69,3 ± 0,8 |
| Капитан II ранга, подполковник | 63,0 ± 0,5 | 67,5 ± 0,8 |
| Капитан III ранга, майор | 61,1 ± 0,8 | 64,7 ± 0,7 |
| Младший офицер | 61,2 ± 1,1 | 64,3 ± 1,4 |
| Мичманы, прапорщики | 64,3 ± 0,4 | 66,6 ± 0,7 |

Как видно из табл., средняя продолжительность жизни офицеров армии во всех группах превышает продолжительность жизни офицеров флота. Установлено, что средние сроки жизни офицеров армии и флота статистически достоверно увеличиваются по мере повышения воинского звания.

2.44. Заболевания сердечно-сосудистой системы у летчиков : (клинические особенности, ранняя диагностика, экспертиза) / В.И. Синопальников, А.Л. Раков, И.Б. Ушаков, С.Н. Пасечный. – М. ; Воронеж : ВГУ, 2002. – 123 с.

Табл. 31, ил. 10, библиогр.: с. 101–119 (268 назв.).

ISBN 5-9273-0155x. Тираж 1000.

Монография посвящена одной из актуальных проблем авиационной медицины – изучению и оценке возможностей современных клиничко-физиологических подходов к ранней диагностике сердечно-сосудистой патологии у летного состава и обоснованию методологических основ системы диагностико-экспертного реабилитационного обеспечения летного долголетия.

2.45. Здоровье как социальная ценность и как предмет анализа ценностных ориентаций индивида при квалиметрии качества жизни / И.Б. Ушаков, И.А. Беляева, Н.В. Соколова, Ж.А. Анохина // Медико-психологические и педагогические проблемы качества жизни : материалы науч.-практ. конф. / Липецк. гос. пед. ун-т. – Липецк, 2003. – С. 149–150.

При комплексной оценке КЖ, рассматривая здоровье как базовую социальную ценность, необходимо привлекать аппарат психологического анализа ценностных ориентаций индивида для определения того, что он реально достиг:

а) достаточной степени приспособленности к условиям хронического социального стресса, сопровождающим эпохальные социальные перемены в обществе;

б) соответствия имеющейся у него системы индивидуальных ценностей вновь формируемых категорий общественной системы ценностей;

в) способности регулировать состояние своего психического здоровья и находить рациональные формы адаптивного поведения, способствующие сохранению психического потенциала в случае появления нарушений в системе отношений личности.

Осознание индивидом собственного предназначения, мотивированность на профессию, духовный фактор могут оказать решающее влияние на его психическое здоровье, что необходимо отражать в компонентах КЖ, связанных с профессиональным и социальным самоопределением.

2.46. Здоровье, работоспособность, безопасность космических экипажей / ред. И.Д. Пестов, А.Ф. Дитлайн. – М. : Наука ; Вашингтон : ААИА, 2001. – 501 с. – (Космическая биология и медицина ; т. 4).

ISBN 5-02-004524-1. Тираж 760 экз.

2.47. Землин А.И. К вопросу о правовом регулировании денежного довольствия и реальных доходах военнослужащих / А.И. Землин // Право в Вооруженных Силах. – 2003. – Ч. 1. – № 8. – С. 2–6; Ч. 2 – № 9. – С. 9–14.

2.48. Зуев В.Г. Экологические компоненты качества жизни персонала, работающего в условиях воздействия электромагнитных полей / В.Г. Зуев, Р.В. Афанасьев // Качество жизни : государственное регулирование и социальное партнерство : тез. VI Всерос. науч.-практ. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики. 2003. – С. 42–43.

Объект исследования составили 131 чел., профессиональная деятельность которых была связана с работой на электрораспределительных комплексах сверхвысокого напряжения и электроразрядных установках.

Делается вывод о необходимости создания комплекса мероприятий по защите персонала, который должен включать нормативно-правовую, организационные и инженерно-технические средства защиты. Рациональное нормирование должно строиться с позиций категории риска с учетом параметров воздействия и длительности профессионального стажа.

2.49. **Иванов В.Н. Дифференцированный подход к организации центров медицинской реабилитации / В.Н. Иванов, Ю.С. Голлов, А.В. Белинский // Актуальные проблемы медицинской реабилитации : сб. науч. тр. / 6-й Центр. воен. клин. госп. МО РФ. – М., 1998. – Т. 3. – С. 26–30.**

В целях оптимизации процесса медико-психологической и военно-профессиональной реабилитации, направленной на повышение эффективности восстановления функционального состояния военнослужащих, офицеров запаса и членов их семей, сокращения сроков госпитализации, рациональное использование медицинских, финансовых и материально-технических ресурсов, необходим дифференцированный подход.

В структуре системы медицинской реабилитации на позднем госпитальном периоде целесообразно выделение трех типов центров медицинской реабилитации: 1) клинического; 2) медико-профессионального; 3) медико-социального.

2.50. **Измеров Н.Ф. Профессиональная заболеваемость / Н.Ф. Измеров, Н.В. Лебедева. – М. : Медицина, 1993. – 224 с.**

Табл. 69, библиогр.: с. 221–223 (59 назв.).

ISBN 5-225-02636-2. Тираж 7000 экз.

2.51. **Измеров Н.Ф. Охрана здоровья рабочих и профилактика профессиональных заболеваний на современном этапе / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и пром. экология. – 2002. – № 1. – С. 1–7.**

По данным ООН 45 % населения мира, т.е. почти 3 млрд. человек составляют рабочую силу, которая поддерживает материальную и экономическую основу планетарного общества.

В России трудится около 70 млн. рабочих. По данным Роскомстата в 2002 г. в РФ каждый шестой рабочий трудился в условиях, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, из них: в промышленности – 17,2 %; в строительстве – 6,5; в лесном и сельском хозяйстве – 10,5; в текстильной промышленности – 28,4; рыбной промышленности – 25,0; цветной металлургии – 30,4; электроэнергетике 31,5; авиации – 32,5; водном транспорте – 24,0; угольной отрасли – 45,3 (при добыче угля подземным способом – 57,6); цветной металлургии – 40,7 %.

В 2000 г. получили травмы на производстве 151,8 тыс. чел. (из них 35 тыс. женщин и 570 чел. в возрасте 18 лет). В результате травм погибло 4 тыс. человек.

По данным Минздрава РФ в 2000 г. было зарегистрировано 9280 случаев с впервые выявленным диагнозом профессиональных заболеваний. Показатель профзаболеваемости в 1999 г. был 1,77 на 10 тыс. работающих. Наиболее высокие показатели профессио-

нальной заболеваемости были в: угольной промышленности – 29,4; нефтеперерабатывающей промышленности – 7,2; энергетической и машиностроительной промышленности – 10,7; строительной-дорожной – 10,3; транспортном машиностроении – 7,2; черной металлургии – 6,7; цветной – 8,2 на 100 тыс. работающих лиц.

Замечено, что вредные условия труда являются причинами не только профессиональных заболеваний, но и могут быть патогенетическим механизмом развития других расстройств здоровья.

Представлены основные мероприятия по социальной защите работающих, в том числе и вредных производств. Разработан прогноз развития научных исследований по проблемам медицины труда промышленной экологии до 2010 г.

2.52. Изучение показателя качества жизни военнослужащих, страдающих ишемической болезнью сердца / В.Ю. Мурылев, А.П. Ребров, А.И. Бизенков, Т.В. Рождественская // Воен.-мед. журн. – 2003. – № 7. – С. 12–13.

Обследовано 108 военнослужащих в возрасте 37–60 лет, страдающих ишемической болезнью сердца (ИБС) и лечившихся в условиях кардиологических стационаров и поликлиник Саратовского мед. ун-та и Воен.-мед. ин-та. Контроль составили 48 здоровых военнослужащих. За основу оценки КЖ принят Миннесотский опросник «Качество жизни больных с хронической сердечной недостаточностью» (MLHFQ).

Установлено отрицательное влияние ИБС на КЖ у всех пациентов. КЖ по оценкам больных коррелирует с данными клинического обследования и может быть использовано для критерия лечебно-реабилитационных мероприятий.

2.53. Итоги 40-летнего медицинского наблюдения за моряками атомного ледокольного флота и работниками центра атомного судостроения и ремонта / В.М. Баранова, Р.Ю. Аббасов, В.В. Довгуша [и др.] // Морская медицина в новом тысячелетии : сб. тез. междунар. конф. – Архангельск, 2002. – С. 11–15.

Авт. кол.: В.М. Баранова, Р.Ю. Аббасов, В.В. Довгуша, В.П. Лебедев, В.М. Василец, И.Г. Бовт.

2.54. Калачев С.М. Особенности психоэмоциональных изменений у моряков при длительной работе в Баренцевом море / С.М. Калачев, И.В. Руденко, М.В. Котенева // Успехи теор. и клин. мед. – 2001. – № 4. – С. 113–115.

2.55. Квалиметрия жизни и отдаленные радиационные последствия Чернобыльской экологической катастрофы / И.Б.

Ушаков, С.И. Гусев, Б.И. Давыдов [и др.]. – М. : ВЦ РАН, 1999. – 122 с.

Табл. 11, ил. 20, библиогр.: с. 117–121 (75 назв.). Тираж 120 экз.

Авт. кол.: И.Б. Ушаков, С.И. Гусев, Б.И. Давыдов, В.Г. Зуев, Д.Г. Лаптева, М.А. Пронин, С.К. Солдатов, Н.П. Тучкова, В.М. Усов.

Монография посвящена новому направлению медицинской информатики – квалиметрии жизни. Излагаются вопросы количественной оценки КЖ, основные методологические принципы сосуществования биологического и социального во взаимоотношениях человека и окружающей среды.

Под КЖ подразумевается оценка совокупности условий умственного и социального благополучия, как они понимаются отдельным индивидуумом и отдельной группой, включая понимание таких состояний, как счастье, удовлетворение, удовольствие, ответственность перед Природой за экологическое состояние окружающей среды.

КЖ – социально-медицинское понятие. С одной стороны, оно может рассматриваться как система потребностей для оптимальной жизни человека. С другой стороны, человек является элементом этой системы. Действительно, например, болезнь, инвалидность, резко ухудшают КЖ.

Например, постоянно присутствующий радиационный фактор оказывает влияние не только на соматику, но и на психику, создавая страх, ухудшая тем самым КЖ. Поэтому на сегодняшний день проблема восприятия радиационного риска является одной из важнейших проблем, широко обсуждается учеными, особенно после аварии на Чернобыльской АЭС.

Таким образом, КЖ представляет собой понятие, охватывающее психофизиологическое и соматическое здоровье человека, его духовные и культурные ценности (жизненные ценности), уровень цивилизованности общества и его экономическое развитие.

КЖ – это оценка удовлетворения системы потребностей для оптимальной жизни человека, включая понятие счастья. В социальном смысле КЖ выражает такие стороны, как степень социальной и духовной свободы, специфику жизненных ценностей, политические отношения, характер собственности, особенности экономики, идеологии, отношение индивида к труду и др.

Систематизирующим фактором КЖ специалистов экстремальных профессий является состояние здоровья (индивидуальное, профессиональное, семейное, общественное). По мнению авторов, КЖ определяется шестью основными составляющими, представленными на рис. 1.

Потребление и здравоохранение являются социально-экономическими показателями; продолжительность жизни и потомство –

биологическими; риск и информационное обеспечение – социально-биологическими. Схема оценки КЖ представлена на рис. 2



Рис. 1. Системообразующий фактор качества жизни и составляющие качества жизни лиц опасных профессий.



Рис. 2. Схема оценки качества жизни и удовлетворенности жизнью.

В монографии обсуждаются вопросы экологии, социальной защиты и сохранения здоровья ликвидаторов и населения применительно к региону Чернобыльской АЭС. Анализируются наиболее значимые характеристики зависимости здоровья от КЖ. В монографии содержатся номограммы для определения интегральных показателей состояния здоровья на основе ряда клинико-лабораторных исследований.

2.56. Капцов В.А. Производственно-профессиональный риск железнодорожников / В.А. Капцов, А.П. Мезенцев, В.Б. Панкова ; Всерос. науч.-исслед. ин-т ж.д. гигиены МПС РФ. – М., 2002. – 350 с.

Табл. 89, ил. 36, библиогр.: с. 338–345 (83 назв.).

ISBN 5-94944-002-1. Тираж 500 экз.

В монографии представлены научно-методические основы оценки и прогноза производственно-профессионального риска у работников железнодорожного транспорта, работающих в условиях производственных вредностей с учетом травмобезопасности.

Несмотря на снижение показателей производственного травматизма в 2000 г. по сравнению с 1997 г. на 20 %, и в том числе, со смертельным исходом на 19 %, общее количество травмированных железнодорожников составило 1400 человек, из них со смертельным исходом – 159.

По результатам гигиенической аттестации, проведенной в 1999 г., число рабочих мест, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормативам, составило 25,4 %. Число профессиональных заболеваний колеблется в пределах 150–200 первичных случаев в год, однако они заканчиваются инвалидизацией работника и потерей профессиональной трудоспособности. Структура профессиональной заболеваемости представлена на рис.

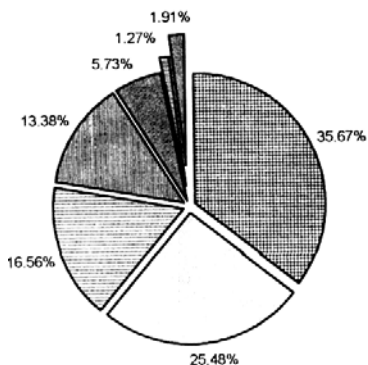


Рис. Структура профессиональных заболеваний в 2000 г.:

35,67 % – заболевания пылевой этиологии;
25,48 % – нейросенсорная тугоухость;
16,56 % – вибрационная болезнь;
13,38 % – заболевания ЦНС и опорно-двигательного аппарата;
5,73 % – аллергические заболевания;
1,27 % – острые химические интоксикации;
1,91 % – прочие.

Показатели временной утраты трудоспособности среди труженников отрасли в 2000 г. составило 85,5 случаев и 1117,3 днях нетрудоспособности на 100 работающих.

Даны направления технических, организационных и медицинских мер профилактики неблагоприятного воздействия вредных и опасных условий труда на состояние здоровья работников и профилактики производственного травматизма.

2.57. Ключарев Н.Н. Религия в духовной жизни российского офицера (социологическое исследование) / Н.Н. Ключарев // *Военная мысль.* – 1994. – № 1. – С. 56–59.

2.58. Книга В.В. Особенности заболеваемости, трудовпотерь, медицинской дисквалификации летного состава и совершенствование врачебно-летной экспертизы на современном этапе / В.В. Книга, С.Г. Пицык // *Авиакосм. и эколог. медицина.* – 2003. – № 3. – С. 42–48. Ил. 3.

Изучена и проанализирована динамика заболеваемости трудоспособного мужского населения страны (рис. 1). Несмотря на небольшое снижение (на 15 %) обращаемости за помощью в мед. учреждения и сокращения трудовпотерь на 27 % в 2000 г. по сравнению с 1991 г. установлены увеличение инвалидизации на 44 %, рост больничной летальности на 35 % и преждевременной смертности среди трудоспособного населения страны в 2,5 раза, увеличение продолжительности временной нетрудоспособности на 15–20 %, а общей заболеваемости на 15 % (см. рис. 1).

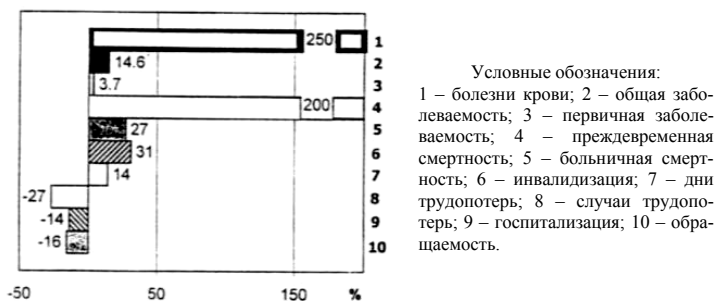


Рис. 1. Показатели состояния здоровья мужского трудоспособного населения РФ в 2000 г. (изменения в % к 1991 г.).

Динамика относительных уровней первичной заболеваемости летного и наземного состава как в целом, так и по отдельным клас-

сам заболеваний за период 1991–2000 гг. обнаружила стабильность, за исключением достоверного прироста по заболеваниям органов дыхания и пищеварения в 2000 г. в обеих группах (больше у летного состава) и болезням костно-мышечной системы, травмам и отравлениям (1998–2000 гг.) только у летного состава.

При анализе структурных показателей первичной заболеваемости и трудопотерь у летного состава выявлен опережающий прирост первичной заболеваемости по болезням органов пищеварения, травмам и отравлениям (рис. 2).

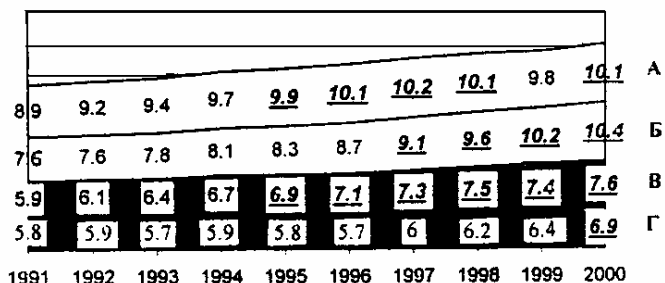


Рис. 2. Динамика структурных показателей первичной заболеваемости летного состава в 1991–2000 гг.

Примечания: А – травмы; Б – болезни костно-мышечной системы; В – болезни органов пищеварения; Г – болезни нервной системы.

В структуре медицинской дисквалификации летчиков авиации ВС РФ подтверждена ведущая роль дегенеративно-дистрофических заболеваний позвоночника, которая сохранялась примерно на уровне 25 %. Высокий удельный вес в структуре дисквалификации летного состава авиации ВС РФ сердечно-сосудистых заболеваний оставался стабильным за весь обследованный период. Однако при этом наблюдался увеличивающийся рост удельного веса язвенной болезни в динамике медицинской дисквалификации более чем в 2 раза в 2000 г. с выходом на один уровень с заболеваниями миокарда. Подобное нарастание отмечено и по удельному весу редко встречающихся болезней ЛОР-органов (в 2,2 раза) и мочекаменной болезни (в 3,3 раза).

По результатам проведенных исследований и анализа состояния врачебно-летной экспертизы (ВЛЭ) в ВС РФ были разработаны организационные принципы и внедрены научно-практические рекомендации по совершенствованию ВЛЭ на современном этапе реформирования авиации ВС РФ.

2.59. Козлов В.В. Концепция опасных факторов – современный этап в развитии творческого наследия А.Г. Шишова / В.В. Козлов, И.И. Мединцев // Человеческий фактор : новые подходы в профилактике авиационной аварийности : материалы юбил. науч. конф., посвящ. 90-летию А.Г. Шишова / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины. – М., 2000. – С. 72–80.

Важнейшим теоретическим и практическим выводом, вытекающим из творческого наследия А.Г. Шишова, является необходимость рассматривать профессиональную надежность летчика, через призму авиационной системы и каждого ее компонента.

Отмечается, что условия жизни и деятельности летного состава в последние 7–8 лет значительно ухудшились: уже в 1992 г. по сравнению с 1991 г. поставки топлива уменьшились в 2 раза; общий налет в период с 1990–1997 гг. сократился в 7 раз; налет на одного летчика ФА уменьшились со 100 ч. в 1990 г. до 13 ч. в 1995 г.

Период реформирования ВВС сопровождаются возникновением ряда опасных факторов:

- сокращение общего налета и налета на одного летчика;
- увеличение перерывов между летными сменами;
- нарушение ритмичности производства полетов;
- ухудшение финансирования;
- нарушение регулярности выплаты денежного довольствия.

Например, в семьях летного состава доход на одного человека составляет 406,8 руб., что в 1,5–2,0 раза меньше прожиточного минимума (600–800 руб.) Уровень своего материального положения (по 5-балльной шкале) летный состав оценивает ниже двух (1,6 баллов). При этом многие из летчиков (64,6 %) испытывают неудовлетворенность жилищными условиями, имея в среднем 2,8 смены места службы. Ухудшение материального положения привело к тому, что 42,4 % семей летчиков, испытывая желание, не могут себе позволить родить второго ребенка.

Резкое ухудшение материального положения породило в летной среде новый вид деятельности, не свойственный ранее военным служащим и не связанный с основной профессией, который направлен на зарабатывание дополнительных средств к существованию. Побочной деятельностью (или деятельностью по обеспечению выживания) в авиационных полках занимается (в зависимости от дислокации) до 70–80 % лиц летного состава.

Эта деятельность, как показал опрос, имеет самые разные формы: выращивание овощей и фруктов специально для реализации на рынке; ночные дежурства по охране объектов; разгрузка вагонов; частный извоз; бригадное или индивидуальное строительство и т.п.

Существенно сократилось время, уделяемое служебным вопросам. Установлено, что, если в 80-е гг. летчики нередко использовали свободное время для своего профессионального роста, то в на-

стоящий момент даже служебное время летчики используют для решения социальных проблем.

Находясь на службе, летчики уделяют решению задач, связанных с профессиональной деятельностью, только треть этого времени (36,1 %), а остальное время их мысли заняты заботами о семье (45,7 %) и другими вопросами (18,2 %). Полученные данные свидетельствуют о том, что в современных условиях профессиональная деятельность летного состава стала «побочной», неприоритетной, поскольку не отвечает главному требованию – не обеспечивает семью материальными средствами к существованию.

На смену чувствам, испытываемым летным составом в 80-е гг., таким как уверенность в завтрашнем дне, необходимость в своей профессии, гордость, пришли полярные чувства: постоянной озабоченности социальными проблемами, неуверенности в завтрашнем дне, ненужности своей профессии и др.

Произошла смена источников душевного успокоения. Если раньше подавляющее большинство летчиков (64,7 %) находили успокоение и радость в работе, то сейчас – в основном в семье (66,7 %) и лишь 6,9 % – в работе.

Отмечается, что и семья не всегда в современных условиях способна выполнить эту функцию, поскольку из-за социальных потрясений, как показали исследования, в семьях участились конфликты (отметили 67,5 % опрошенных). Установлено, что 54,9 % летчиков испытывают претензии к себе. Выявлена категория летчиков (7,8 %), которая не находит душевного успокоения ни в чем. Это свидетельствует о деморализации личности. Важно подчеркнуть, что в сложившихся условиях стали значительно реже использоваться способы неформального общения как в авиационном полку в целом, так и между семьями летчиков. Принцип «каждый выживает в одиночку» вошел в жизнь.

Произошедшие изменения в жизни, профессиональной деятельности и внутреннем мире летного состава стали причиной потери (а точнее утраты) интереса к службе в ВС и даже снижения мотивации на летную работу. В 1997 г. желание служить у летного состава уменьшилось (по сравнению 1988 г.) на 1,9–3,0 баллов, а желание летать – на 1,4–1,7 баллов.

Изменились причины снижения мотивации у летного состава. В 1997 г. по сравнению с прошлыми годами основными причинами снижения мотивации на службу в ВС и летную работу стали: 1) недостаточное денежное довольствие (отметили 94,1 % опрошенных); 2) ощущение ненужности своей профессии (62,7 %); 3) ограничение жизненных потребностей (32,4 %). Произошла ревизия взглядов на социальную значимость своей профессии. Практически весь летный состав (91,6 %) потерял интерес к своей профессии военного летчика и не желает, чтобы дети повторили их путь.

Представлены периоды изменений образа жизни и профессиональной деятельности летного состава. Систематизированы опасные факторы современного этапа развития авиации ВС.

2.60. Козлов В.В. Использование методологических подходов кризисологии для медико-психологической реабилитации участников боевых действий / В.В. Козлов, Ю.А. Бубеев // Боевой стресс и посттравматическая адаптация участников боевых действий : сб. науч. тр. / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины. – М., 2003. – С. 103–109.

2.61. Козлов В.И. Качество жизни как важный показатель здоровья военнослужащих в экстремальных условиях / В.И. Козлов, С.М. Кузнецов // Терапевтическая помощь в экстремальных ситуациях : материалы науч.-практ. конф. – СПб. : ВМедА, 2003. – С. 239–240.

КЖ военнослужащих самым существенным образом отличается от КЖ гражданского населения. Воинские обязанности выполняются в условиях комбинированного воздействия неблагоприятных факторов, которые вызывают хроническое психоэмоциональное напряжение и приводят к состояниям дезадаптации.

Особенно выраженное воздействие на организм военнослужащих оказывают особенности службы в период ведения боевых действий. В первую очередь к ним относятся:

- стрессоры витальной угрозы, воздействие которых складываются не только из непосредственной угрозы жизни и здоровью, но и из постоянного ожидания ее реализации;

- чрезмерное физическое и психическое напряжение, нарушение режимов сна и отдыха, питания, водопотребления; неблагоприятные климато-географические особенности театра военных действий и факторы среды военно-профессиональной обитаемости;

- межличностные факторы (взаимоотношения в воинском коллективе, качество руководства и др.);

- общественно-политические условия в стране, отношение общества к войне и к участникам боевых действий.

Изучение КЖ военнослужащих, в том числе, принимавших участие в боевых действиях может стать основой для оценки состояния здоровья ветеранов и его мониторинга на протяжении всей жизни.

2.62. Козлов В.И. Уровень смертности личного состава в качестве показателя безопасности военной службы / В.И. Козлов, С.М. Кузнецов // Терапевтическая помощь в экстремальных ситуациях : материалы науч.-практ. конф. – СПб. : ВМедА, 2003. – С. 240–241.

С целью изучения состояния безопасности служебно-боевой деятельности пограничников был проведен анализ смертности военнослужащих пограничного объединения в период с 1982 по 1999 гг. Полученные данные свидетельствовали о том, что среднегодовой показатель смертности среди пограничников, проходящих службу по призыву, находится практически на одном уровне с аналогичным показателем в соответствующей группе военнослужащих ВС России.

Среди офицеров-пограничников показатель общей смертности в 1,7 раза превышает смертность офицеров армии России. Особенно значительная разница в показателях летальности установлена для болевой системы кровообращения (в 3,2 раза). По остальным группам причин показатели смертности офицеров-пограничников и офицеров ВС достаточно близки. Одновременно установлено, что в сравнении с показателями в соответствующих возрастных группах мужской части гражданского населения нашей страны, уровень смертности среди пограничников во много раз ниже.

2.63. Копейкин Н.Ф. Условия труда и заболеваемость сотрудников органов внутренних дел / Н.Ф. Копейкин, В.М. Белянский // Гигиена и санитария. – 2003. – № 2. – С. 26–27.

Библиогр.: 5 назв.

2.64. Компьютерная методика оценивания риска нарушения функционального состояния человека / В.М. Усов, Ю.А. Кукушкин, А.В. Богомолов [и др.] // Актуальные проблемы интегральной медицины : тр. науч.-практ. конф. – М. ; Воронеж : Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2001. – С. 45–49.

Авт. кол.: В.М. Усов, Ю.А. Кукушкин, А.В. Богомолов, Д.В. Гусев, А.В.Миронов. Представлены результаты анализа комплекса условий жизнедеятельности и состояния здоровья человека в интересах выявления факторов риска – особенностей организма или внешних воздействий, приводящих к нарушению функционального состояния (ФС).

Разработана методология получения информативных показателей. Предлагаемый подход позволяет сделать процедуру получения количественных оценок риска нарушений ФС понятной врачам и адаптировать вопросники под различные контингенты.

2.65. Компьютерные технологии для построения прогностических моделей уровня профессионального здоровья летчиков в условиях действия факторов профессиональной деятельности / И.Б. Ушаков, Г.П. Ступаков, Ю.А. Кукушкин, В.М. Усов // Методические вопросы изучения и прогнозирования здоровья на-

селения : тез. докл. науч. конф. / НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко РАМН. – М., 1999. – С. 78–79.

Современные подходы к оценке уровня здоровья лиц сложных и опасных профессий представлены каскадной концепцией повышения устойчивости организма к воздействию факторов летного труда, концепциями профессионального здоровья и гомеостатического потенциала, на основе которых к настоящему времени построен ряд прогностических моделей здоровья авиационных специалистов.

Представлены результаты анализа применения разработанных автоматизированных экспертно-консультативных систем медико-психологического обеспечения летной деятельности, которые могут быть использованы для оценки динамики изменений морфофункциональных резервов организма человека вследствие действия на него неблагоприятных факторов летной профессии.

Показано, что основой для автоматизации процедур оценки результатов медицинского контроля летного состава являются базы данных по ведущим направлениям медицинского контроля и соответствующие базы знаний, составными компонентами которых являются разработанные модели оценки и прогноза функциональной надежности.

2.66. Коновалов М.Я. О социальном обеспечении военных пенсионеров / М.Я. Коновалов // Воен.-экон. вестн. – 2003. – № 1. – С. 68–73.

2.67. Кореньяк Р.Ю. Приоритеты законодательной деятельности по проблемам развития военной медицины, медико-социального обеспечения и реабилитации военнослужащих / Р.Ю. Кореньяк // Боевой стресс и посттравматическая адаптация участников боевых действий : сб. науч. тр. / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины МО РФ. – М., 2003. – С. 77–82.

2.68. Коршевер Н.Г. Оптимизация военно-профессиональной подготовки морских пехотинцев / Н.Г. Коршевер, И.А. Шевчук, Л.Б. Шевчук // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 2. – С. 61.

С периодичностью 3–6 мес. проанализированы показатели профессиональной деятельности, физической подготовленности, заболеваемости, ряда социально-психологических и физиологических характеристик у 422 морских пехотинцев. Разработаны направления оптимизации военно-профессиональной адаптации на базе персональной ЭВМ.

2.69. Корякин В.М. Актуальные проблемы расформирования системы льгот, гарантий и компенсаций, представляемых во-

еннослужащим и членам их семей / В.М. Корякин // Право в Вооруженных Силах. – 2003. – № 8. – С. 11–19.

Табл. 2, ил., библиогр. в подстрочн. прим.

Вопрос реформирования системы социальных льгот, установленных для военнослужащих, является одной из ключевых проблем современной военно-социальной политики. На табл. представлены расчетные данные стоимости льгот и компенсаций для среднестатистического военнослужащего, проходящего службу по контракту в 2000–2002 гг.

Приведенные данные в табл. показывают, что денежная компенсация у военнослужащих с 2000 г. до 2001 г. выросла с 1618 до 2020 руб., в тоже время после 1.07.2002 г. наблюдалось ее уменьшение с 2515 до 1630 руб. в месяц.

Приведенные в табл. данные убедительно свидетельствуют о том, что простая отмена льгот без адекватной замены приводят к снижению уровня доходов семей военнослужащих. В связи с этим при расчете суммы компенсаций взамен льгот военнослужащих следует учитывать, что их денежное выражение вполне соизмеримо с денежным довольствием (рис.).

Таблица

Льготы и компенсации, приходящиеся ежемесячно на одного военнослужащего (руб.)*

| Основные льготы для среднестатистического военнослужащего, проходящего службу по контракту, предусмотренные ФЗ “О статусе военнослужащего” | Ежемесячная стоимость (руб.) | | | |
|--|------------------------------|---------------|-------------|-------------|
| | 2002 г. | | 2001 г. | 2000 г. |
| | 1-е полугодие | 2-е полугодие | | |
| Денежная компенсация продовольственного пайка | 600 | 600 | 600 | 600 |
| Стоимость услуг по оплате услуг ЖКХ и телефона | 480 | – | 480 | 128 |
| Денежная компенсация за санаторно-курортное лечение | 120 | 120 | 100 | 80 |
| Денежная компенсация за неиспользованное вещевое имущество | 110 | 110 | 100 | 80 |
| Стоимость льгот по проезду в общественном транспорте | 500 | 500 | 100 | 80 |
| Стоимость ежегодного проезда в отпуск и обратно семье | 300 | 300 | 250 | 245 |
| Стоимость льготы по освобождению уплаты от подоходного дохода | 405 | – | 380 | 375 |
| Итого: | 2515 | 1630 | 2020 | 1618 |

*Без учета стоимости льгот по медицинскому обслуживанию

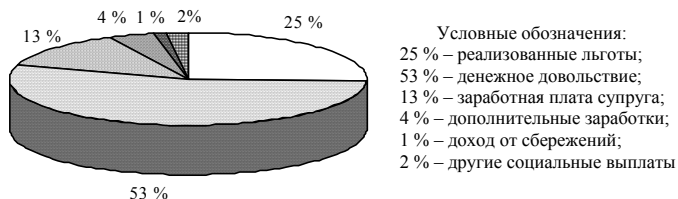


Рис. Структура реального текущего совокупного дохода семьи военнослужащего, проходящего службу по контракту (2002 г.)

Особое внимание автор уделяет описанию реализации льгот, предусмотренных законодательством для граждан, уволенных с военной службы, которые приобрели, как правило, декларативный характер. Приводятся сведения о принятых в 2000–2002 гг. решениях, которые ухудшают социальное положение военнослужащих и граждан, уволенных с военной службы, и членов их семей.

2.70. Корякин В.М. Некоторые статистические данные работы с обращениями граждан и приема посетителей в Вооруженных Силах Российской Федерации в 2001–2002 гг. / В.М. Корякин // Юридическая энциклопедия военнослужащего. – 2003. – № 11-12. – С. 7–10. – (Прил. к журн. «Право в Вооруженных Силах»; 2003, № 11).

Табл. 3, ил. 2.

Обращения граждан, поступающие в высшие органы государственной власти, свидетельствуют о росте общественно-политической активности населения. В 2002 г. в органы военного управления, должностными лицами получено 197535 письменных и 129992 устных обращений (всего 327527), что на 9,5 % больше, чем в 2001 г. Отмечается увеличение случаев анонимных обращений – 10244, что составляет 5,2 % от общего количества. В 2001 г. было только 451 таких обращений (0,3 %).

Основные проблемы, поднимаемые в обращениях: обеспечение жильем, предоставление льгот, гарантий и компенсаций, установленных законодательством, вопросы, связанные с прохождением военной службы (увольнение, переводы и т.д.).

Некоторые количественные и качественные показатели работы с обращениями граждан представлены на рис. Из рис. видно, что более всего заявителей в 2002 г. беспокоили социальные проблемы (51,8 % от общего числа). Среди социальных проблем на 1-м месте стоит вопрос обеспечения жильем (18,9 %), далее идут вопросы пенсионного обеспечения (16,7 %), проблемы оказания медицинской

помощи, обеспечения путевками в санаторно-курортные учреждения (7,8 %), 12,2 % вопросов связано с проблемами прохождения военной службы.



Рис. Структура и сравнительный анализ обращений граждан, поступивших в органы военного управления в 2001–2002 гг.

В 78,4 % на обращения, рассмотренные в органах военного управления, принято положительное решение. По сравнению с 2001 г. количество положительных решений возросло на 3 %. 11,2 % заявлений находится на стадии разрешения. Вместе с тем в удовлетворении отказано 10,4 % жалоб, просьб и ходатайств заявителей.

Увеличение количества обращений граждан, с одной стороны, свидетельствует о растущем доверии и признании способности военного руководства эффективно откликаться на нужды граждан и защищать их конституционные права. С другой стороны, предметная критика свидетельствует о наличии серьезных упущений в работе органов военного управления, воинских должностных лиц по реализации прав, свобод и законных интересов военнослужащих и членов их семей.

Анализируются основные недостатки в работе с обращениями граждан и предлагаются мероприятия по повышению эффективности работы.

2.71. К оценке возрастных органичений деятельности водолазов-глубоководников / А.И. Дмитрук, С.А. Гулярь, В.Н. Ильин, И.П. Крамар // Воен.-мед. журн. – 1999. – № 9. – С. 66–69.

Табл. 1, ил 2, библиогр.: 15 назв.

Обследовано 61 водолаза-подводника в период 1984–1993 гг. в возрасте 22–50 лет, совершающих погружения на глубину 300 м. Установлено, что биологический возраст (БВ) водолазов значительно опережает календарный (КВ) (рис. 1).

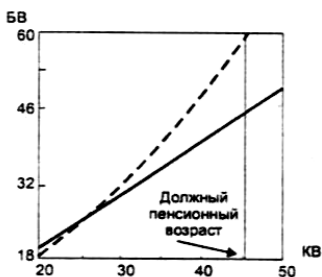


Рис. 1. Зависимость биологического возраста (БВ) от календарного возраста (КВ) у водолазов-глубоководников.

Из рис. 1 видно, что опуская перпендикуляр (сплошная линия) при значении БВ равном 60 лет, можно найти должный пенсионный возраст водолаза-глубоководника в точке пересечения перпендикуляра с осью КВ (он равен 45 лет). С помощью методов нелинейного регрессионного анализа получена формула зависимости биологического возраста от календарного возраста:

$$\text{БВ} = 29,4 [\exp (0,0244 \times \text{КВ}) - 1].$$

На основании формул индекса функциональной готовности (ИФГ), который свидетельствует о соответствии норме уровня здоровья и функциональной готовности водолаза, установлено, что у большинства из них ИФГ достигает нижней границы нормы (– 7 %) приблизительно на десять лет (рис. 2).

Авторы предлагают считать полученные данные минимальным рабочим стажем глубоководных работ, дающим право на пенсионное обеспечение с 45 лет.

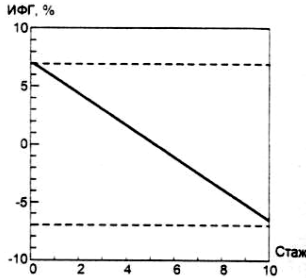


Рис. 2. Зависимость индекса функциональной готовности (ИФГ) от стажа работы профессиональной деятельности (пунктиром отмечены высокие (+ 7 %) и низкие (– 7 %) уровни ИФГ.

2.72. Краснов В.Н. Современные подходы к психиатрической помощи и реабилитации лиц опасных профессий, нуждающихся в психолого-психиатрической поддержке / В.Н. Краснов, В.П. Коханов, И.В. Щербинин // Вестн. восстанов. медицины. – 2002. – № 2. – С. 9–13.

2.73. Кудашкин А.В. Мониторинг социально-экономического и правового положения военнослужащих свидетельствует о кризисе военной службы / А.В. Кудашкин, К.В. Фадеев, С.С. Харитонов // Право в Вооруженных Силах. – 2003. – № 8. – С. 22–23.

Отчет составлен на основании результатов анкеты-опроса, опубликованного в № 3 журнала. Выборка опроса офицеров, проходящих военную службу в пяти военных округах, Северного и Балтийского флотов, составила 930 чел. Отношение опрошенных офицеров к видам обеспечения сведены в табл.

Таблица
Удовлетворенность офицеров основными видами обеспечения (%)

| Вид обеспечения | Совсем не удовлетворены | Скорее не удовлетворены, чем удовлетворены | Вполне удовлетворены | Полностью удовлетворены |
|--------------------------------|-------------------------|--|----------------------|-------------------------|
| Денежное довольствие | 51,6 | 43,0 | – | 5,4 |
| Продовольственное обеспечение | 90,3 | 8,6 | – | 1,1 |
| Медицинское обеспечение | 32,2 | 48,8 | 18,3 | 1,1 |
| Обеспечение вещевым имуществом | 12,9 | 49,5 | 34,4 | 3,2 |

Средний душевой доход на одного члена семьи военнослужащего, срок службы которого до 10 календарных лет, составляет 2259 руб.; от 10 до 20 лет – 2504; более 20 лет – 2118 руб. На оплату жи-

ля в среднем уходит 25,2 % семейного бюджета. Исходя из этого, на одного члена семьи в месяц приходится около 1735 руб., что является ниже среднепрожиточного минимума по стране.

По результатам опроса 32 % членов семей военнослужащих не работают совсем; 8 % имеют временную работу. К числу причин низкого процента занятости жен относятся высокая мобильность семей военнослужащих, удаленность военных городков от промышленных и торговых центров. Только 7,5 % военнослужащих могут найти дополнительный заработок в свободное от службы время.

Из всех офицеров, участвующих в мониторинге, 52 % за время службы ни разу не были в санаториях и домах отдыха МО РФ, 34 % воспользовались этой возможностью не более 2 раз.

По мнению 39 % опрошенных лиц, закон в армии исполняется не всегда, а 27 % – считают, что исполняется не закон, а воля командира. 8,6 % офицеров отмечают, что в армии наиболее удачно решаются проблемы боевой подготовки; 2,1 % – правового обеспечения; 5,4 % – физической закалки военнослужащих; 89,9 % – все проблемы решаются плохо.

Как следствие только 9 % проинтервьюированных офицеров готовы заключить контракт о прохождении военной службы при существующих условиях, остальные опрошенные считают существующие условия неприемлемыми для заключения контракта. 30 % из них в числе обязательных условий указывают на необходимость сохранения социальных льгот военнослужащим и членам их семей. 4 % офицеров не хотят заключать контракт ни при каких условиях.

2.74. Куделькина Н.А. Оптимизация профилактической направленности системы здравоохранения железнодорожного транспорта / Н.А. Куделькина, А.Н. Щетинин, М.Л. Фомичева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2003. – № 1. – С. 18–20.

Библиогр.: 11 назв.

2.75. Кукушкин Ю.А. Методика автоматизированного оценивания риска нарушения функционального состояния человека на основе компьютерных опросников / Ю.А. Кукушкин, А.В. Богомолов, В.М. Усов // Биомедицинские технологии и радиозлектроника. – 2002. – № 5-6. – С. 114–120.

Приведена постановка задачи разработки компьютерных вопросников для оценивания риска нарушения функциональных состояний человека и методика ее решения, позволяющая сделать процедуру получения количественных оценок риска «логически прозрачной», а адаптацию вопросников для обследования различных контингентов населения доступной конечным пользователям.

2.76. Куликов В.В. Роль Военно-врачебной экспертизы в сохранении психического здоровья военнослужащих / В.В. Куликов, А.С. Фадеев // Воен.-мед. журн. – 1999. – № 9. – С. 9–13.

Ил., библиогр.: 8 назв.

Представлены статистические данные распространенности некоторых психических расстройств у призывников и военнослужащих, стадии психической адаптации у военнослужащих, проходящих службу по призыву, рассматриваются причины, поводы и условия, приводящие к дезадаптации.

2.77. Куликов В.В. Итоги и перспективы деятельности органов военно-врачебной экспертизы в Вооруженных Силах Российской Федерации / В.В. Куликов // Воен.-мед. журн. – 2002. – № 3. – С. 5–11.

2.78. Литвинцев С.В. Психологические факторы формирования и течения стрессогенных расстройств у участников афганской войны / С.В. Литвинцев, О.Н. Кузнецов // Вестн. психотерапии. – 1996. – № 3(8). – С. 46–59. Библиогр.: 17 назв.

2.79. Литвинцев С.В. Наркологическая ситуация в Вооруженных Силах Российской Федерации / С.В. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.А. Лытаев // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 6. – С. 4–10.

2.80. Лобанов Г.П. Социально-гигиеническая характеристика военнослужащих миротворческих сил в зоне грузино-абхазского вооруженного конфликта / Г.П. Лобанов, В.Н. Трегубов, А.В. Ипатов // Воен.-мед. журн. – 2002. – № 6. – С. 4–8.

2.81. Лютов В.В. Современные подходы к вопросам медико-психологической реабилитации летного состава / В.В. Лютов, Е.В. Шепелева // Рос. психиатр. журн. – 2001. – № 1. – С. 24–26.

Библиогр.: 7 назв.

Статья посвящена разработке проблемы медико-психологической реабилитации летного состава в Центре медицинской реабилитации 7-го Центр. воен. науч.-исслед. авиац. госпит. (7 ЦВНИАГ). Установлено, что основными причинами дисквалификации летчиков (ср. возраст 33 года) являются заболевания сердечно-сосудистой системы (33,2 %), неврозы и реактивные состояния – 15 %.

Выраженные эмоциональные сдвиги отмечались в 25 % случаев у лиц с нервно-психическими расстройствами, в 15 % у лиц с заболеваниями сердечно-сосудистой системы, в 22 % у лиц с заболеваниями желудочно-кишечного тракта.

Основными причинами снижения военно-профессиональной работоспособности летного состава являются: индивидуально-психо-

логические особенности личности, снижающие функциональные резервы; заболевания; неблагоприятное влияние факторов военного труда (особенно в условиях витальной угрозы).

Представлены современные подходы к вопросам реабилитации, позволяющие 93,7 % летчикам с сосудистыми нарушениями успешно выполнять летную работу, а 12,6 % из них повысить профессиональную классность.

2.82. Маклаков А.Г. Личностный адаптационный потенциал: его мобилизация и прогнозирование в экстремальных условиях / А.Г. Маклаков // Психол. журн. – 2001. – № 1. – С. 16–24.

2.83. Матюшин А.В. Травматизм сотрудников ГПС при исполнении служебных обязанностей и его профилактика / А.В. Матюшин, А.А. Порошин, И.Ю. Радионов // Пожар. безопас. – 2002. – № 2. – С. 78–83.

Приводятся данные о динамике травматизма сотрудников государственной противопожарной службы (ГПС) при исполнении служебных обязанностей, первичной инвалидности, общей смертности за период 1995–2000 г. Предложена схема предупреждения травматизма, базирующаяся на принципах первичной профилактики, формирования здорового образа жизни, взаимодействия управленческих структур, охраны здоровья и социальной защиты пожарных.

2.84. Махнев М.В. Медико-социальные аспекты адаптации военнослужащих / М.В. Махнев, А.В. Махнев // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 9. – С. 57–61.

Табл. 2, библиогр.: 16 назв.

2.85. Мозговая А.В. Качество жизни участников ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы : (по материалам социологического опроса) / А.В. Мозговая, Е.В. Шлыкова. – М. : Ин-т социологии РАН, 1994. – 77 с.

Табл. 8, ил. 6. Тираж 150 экз.

Анализируются социально-психологические проблемы качества жизни участников ликвидации последствий Чернобыльской катастрофы. Объект исследования составили 1,8 тыс. ликвидаторов, проживающих в г. Москве и обл., г. Владимире и обл., г. Брянске и обл. Возврат анкет составил 37,9 %. Ответы 655 анкет использованы для математической обработки.

Авторы намечают основные направления и механизмы реализации программы социальной реабилитации ликвидаторов последствий Чернобыльской катастрофы. В монографию включен анализ зарубежного опыта преодоления посткатастрофных стрессов среди контингента профессиональных спасателей.

2.86. Мозговая А.В. Технологический риск и экологическая составляющая качества жизни населения. Возможности социологического обследования / А.В. Мозговая. – М. : Диалог-МГУ, 1999. – 91.

Тираж 100 экз.

Объект исследования составили 302 чел., проживающие в городе с населением 16 тыс. человек. Градообразующим предприятием города является комбинат с вредными условиями работы.

Социологическое обследование населения города, проживающего в районе относительного экологического бедствия в результате работы комбината, и лиц, работающих на этом комбинате, показало различные взгляды на проблемы жизни сравниваемых групп.

Например, экологическим состоянием в городе недовольны 82,6 % населения и только 69,6 % лиц, работающих на комбинате (табл.). 52,2 % работников комбината в течение последних лет отмечают улучшение состояния окружающей среды, в то время как 50,0 % остального населения города указывают на ее ухудшение.

Таблица
Оценка влияния экологических проблем на здоровье лиц, работающих на комбинате и других производствах (%)

| Экологическая проблема | Влияние на здоровье | |
|--|---------------------|---------------------------|
| | работники комбината | работники других объектов |
| Плохое качество продуктов | 78 | 91 |
| Загрязнение, загазованность воздуха | 91 | 96 |
| Загрязнение питьевой воды | 83 | 87 |
| Пересыхание родников, ключей, обмеление рек, прудов и др. | 43 | 65 |
| Гибель зеленых насаждений в населенных пунктах и прилегающих лесах | 78 | 100 |
| Вырубка леса и зеленых насаждений | 78 | 91 |
| Замусоренность населенных пунктов | 52 | 65 |
| Расширение территорий свалок, оврагов, отвалов горных пород | 83 | 91 |
| Исчезновение в соседних лесах грибов, ягод, животных и птиц | 41 | 65 |
| Исчезновение рыбы в водоемах | 43 | 70 |
| Загрязнение сельскохозяйственных земель | 74 | 74 |
| Радиационная обстановка местности | 65 | 83 |
| Шум по месту жительства | 30 | 39 |

Нестабильность в трудовой сфере заставляют работающих на комбинате отказаться от участия в протестах по поводу экологических вредных производств, но реальная обеспокоенность респондентов

тов этой группы экологической обстановкой свидетельствуют об их желании мигрировать в другие регионы страны. Работающие на комбинате в отличие от другого населения города сознательно занижают оценки значимости экологических проблем и завышают самооценку здоровья из-за опасения потерять работу.

2.87. Научно-методические и организационные аспекты психофизиологического сопровождения военной службы на флоте / В.Г. Донченко, А.Д. Бучнов, А.И. Лупанов, Ю.А. Пастухов // Воен.-мед. журн. – 2001. – № 6. – С. 14–22.

Табл., ил. 3, библиогр.: 11 назв.

2.88. Нафиков Р.Г. Проблема хронического и острого стресса в условиях банковской деятельности / Р.Г. Нафиков, Н.И. Симонина // Медицина труда и пром. экология. – 2002. – № 5. – С. 45–48.

Проведен анализ вредных профессиональных факторов труда служащих в одном из банковских учреждений системы Центробанка РФ. Анализ состояния здоровья показал, что в среднем на каждого работника банка приходится более четырех хронических заболеваний. Ведущее место занимают болезни органов пищеварения – ими страдают 95,6 % мужчин и почти все женщины, причем у части женщин наблюдается два и более заболеваний этой системы одновременно.

Учитывая, что в структуре патологии органов пищеварения в 90 % составляют язвенная болезнь и эрозивные гастриты, следует утверждать, что основная роль в ее этиологии принадлежит нервно-эмоциональным факторам. Указанное подтверждается высокой распространенностью психических расстройств и заболеваний органов кровообращения.

В структуре хронической заболеваемости у мужчин на втором месте находятся болезни органов кровообращения (46,7 %), а у женщин – мочеполовой системы (69,2 %). На третьем месте у мужчин находятся психические расстройства и расстройства поведения (37,8 %), на четвертом месте – болезни костно-мышечной системы (35,6 %). У женщин заболевания костно-мышечной системы находятся на третьем месте (63,7 %), а на четвертом – психические расстройства (61 %), хотя и проявляются они у женщин в два раза чаще, чем у мужчин.

В этиологии заболеваемости у банковских работников особое значение занимает идентификация социально-психологической ситуации в трудовом коллективе. Например, несмотря на достаточно высокий уровень материального обеспечения абсолютное большинство работников банка было не удовлетворено своим трудом,

равно как и тем, как складывается их жизнь. Субъективно они воспринимали свою жизнь психосоциально неблагоприятной.

Реальной психосоциальной основой стресса в первичных банковских коллективах было противоречие между желанием работника сохранить достигнутый социальный, профессиональный и материальный уровень и достаточно высокая вероятность потерять данное место работы в связи с конкуренцией, болезнью, профессиональной несостоятельностью и другими причинами.

Как следствие указанного, отмечается высокий уровень замкнутости, недоверия и ощущения одиночества внутри коллектива для большинства сотрудников банка, что в совокупности с повышенным уровнем нервно-эмоционального напряжения самого профессионального труда формирует у большинства из них состояние хронического стресса.

2.89. Некоторые психофизиологические особенности профессиональной деятельности пожарных / А.К. Шерстенникова, Л.Г. Рувинова, Л.Г. Дерягина [и др.] // Экол. человека. – 1999. – № 2. – С. 9–11.

Библиогр.: 8 назв.

Авт. кол.: А.К. Шерстенникова, Л.Г. Рувинова, Л.Г. Дерягина М.Ф. Лукманов, Т.В. Цыганок.

2.90. Особенности социального поведения населения региона, пострадавшего от Чернобыльской катастрофы : сб. ст. / ред. А.В. Мозговая. – М. : РАН, Ин-т социологии. 1993. – 98 с. – (Социальные проблемы экологии ; вып. 7).

Тираж 150 экз.

Авт. кол.: А.В. Мозговая, И.Е. Ладыгина, Е.В. Шлыкова, А.Б. Синельников, Т.И. Борзунова, Т.З. Козлова, М.Ю. Елимова. Объект исследования составили 1112 проанкетированных жителей Брянской обл., подвергшихся воздействию последствий Чернобыльской катастрофы. Анализ анкет показал, что базовой ценностью для абсолютного большинства респондентов является стабильность. Они не готовы взять на себя решение своих жизненных проблем. Ответы носили в основном бытовой характер, идеология развития страны, общества для них была существенна с точки зрения гарантий стабильности.

Отмечается социальная пассивность многих респондентов. Они не ощущали себя в качестве субъектов экологической деятельности. Экологическая проблематика представлена узко и, в основном, сводится к загрязнению предприятиями окружающей среды. Чернобыльская тема вообще не представлена проблемно – только в виде решений. Большинство всех этих решений связано с получением

льгот от государства и, прежде всего, в форме материальной помощи.

Таким образом, в соответствии с результатами анализа ответов был сделан предварительный вывод, что проживание в загрязненной зоне не представляет собой проблему для большинства респондентов. Данному явлению авторы дают несколько объяснений:

1) на самом деле последствия аварии представляют проблему для респондентов, но они не говорят об этом, например, потому что считают бессмысленным: они разуверились в помощи государства т.к. большинство Постановлений и Указов, принимаемых до настоящего времени в отношении пострадавших от аварии на ЧАЭС не выполнялись;

2) проблема последствий аварии существует, но она не актуальна; она теряется на фоне нынешних социально-экономических проблем;

3) проблемы последствий аварии нет и не было: никаких осложнений жители Брянской обл. не испытывали и не испытывают от проживания в этой зоне. Очень часто ситуация искусственно нагнетается, а статус пострадавших приписан им государством (обществом).

Для государства и для исследователей существует целый конгломерат проблем ликвидации последствий аварии Чернобыльской катастрофы, решить которые можно только продолжив исследования.

2.91. Особенности супружеских отношений и состояние сексуального здоровья у ветеранов войны в Афганистане / В.А. Доморацкий, А.Л. Пушкарев, О.Н. Прилищ, И.В. Турбал // Пробл. реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 134–136.

Объект исследования составили 90 мужчин, участников военного конфликта в Афганистане. Возраст обследованных 32–55 лет. 42 человека проходили обследование стационарно. Сексуальные проблемы и супружеские дисгармонии имелись у 38,9 % лиц, в т.ч. у 23,3 % половые дисфункции требовали коррекции.

Успешная коррекция супружеских и сексуальных проблем у ветеранов вооруженных конфликтов является важным фактором, способствующим их более полной социально-психологической реабилитации.

2.92. Панов А.И. Офицерский корпус России : социально-профессиональная адаптация : учеб. пособие / А.И. Панов. – М., 2000. – 348 с.

Табл., ил., прил. (список учреждений и организаций, осуществляющих защиту граждан, уволенных из ВС), библиогр. в подстроч. прим.

ISBN 5-7301-0304-X. Тираж 1500 экз.

Исследуется влияние перестроечных и реформенных процессов 1990-х гг. на социально-экономическое и морально-психологическое состояние офицеров ВС. Динамика некоторых показателей по материалам исследований ГУ по воспитательной работе представлена в табл.

Таблица

Динамика показателей морально-психологического состояния офицеров ВС РФ (%)

| Основной показатель морально-психологического состояния | Год | | | |
|---|------|------|------|------|
| | 1995 | 1996 | 1997 | 1998 |
| Рассматривают военную профессию как ценность и интересную для себя дело | 34 | 35 | 44 | 45 |
| Привержены понятиям чести и достоинства | – | 26 | 26 | 29 |
| Желают служить в Вооруженных Силах РФ | 68 | 63 | 50 | 50 |
| Поддерживают курс реформ и преобразований | | | | |
| Уверены в том, что военное руководство сможет осуществить военную реформу | – | 7 | 10 | – |
| Положительно относятся к военной реформе | – | – | 12 | 17 |
| Не удовлетворены заботой государства о ВС | 85 | 97 | 95 | 95 |
| Считают, что престижа военной службы в российском обществе просто нет | – | 50 | 51 | 50 |
| Признают наличие конфликтов между различными категориями военнослужащих | 61 | 75 | 67 | 67 |
| Не удовлетворены взаимоотношениями в воинском коллективе | 15 | 22 | 27 | 26 |
| Не удовлетворены: | | | | |
| -материальным положением | 79 | 80 | 81 | 89 |
| -жилищными условиями | 49 | 55 | 57 | 75 |
| -условиями отдыха и досуга | 55 | 67 | 67 | 80 |

Раскрыты проблемы адаптации в условиях нестабильности общественно-политической системы, обобщается опыт работы системы профессиональной ориентации и переквалификации на гражданские специальности и трудоустройства граждан, уволенных с военной службы.

2.93. Пискунов А.А. О финансировании строительства и содержания Вооруженных Сил в 2002 году / А.А. Пискунов // Воен.-экон. вестн. – 2002. – № 4. – С. 5–12.

Автор статьи – аудитор Счетной палаты РФ указывает на снижение удельного веса расходов на оборону в общей сумме расходов федерального бюджета с 18 % в 2001 г. до 14,6 % в 2002 г., а уро-

вень ассигнований по отношению к ВВП составил соответственно 2,6 % и 2,77 %. Но расходы на строительство и содержание ВС утверждены в 2002 г. в сумме 263,9 млрд. руб., что на 29,9 % выше объема ассигнований на указанные цели в 2001 г.

Анализ структуры утвержденных расходов свидетельствует об их социальной направленности. Увеличивается сумма расходов на боевую подготовку и материально-техническое обеспечение войск, главным образом по оплате и хранению спецтоплива и квартирно-эксплуатационным расходам (22,8 млрд. руб.).

В настоящее время количество необеспеченных постоянным жильем военнослужащих по МО РФ составляет свыше 90 тыс. человек и более 40 тыс. военнослужащих нуждается в служебной площади. Только в 2002 г. из ВС планировалось уволить 21,8 тыс. бесквартирных военнослужащих.

Расходы на военную реформу предусмотрены в объеме 16,5 млрд. руб. В основном эти деньги должны быть направлены на обеспечение социальных гарантий. В тоже время следует отметить, что еще сохраняется дисбаланс между ассигнованиями на содержание и техническое оснащение. В бюджете 2002 г. это соотношение продолжает быть 70 : 30 %.

В целом анализ утвержденных расходов на 2002 г. свидетельствует о наметившихся положительных тенденциях в формировании расходов на строительство и содержание ВС, что позволяет снизить напряженность в обеспечении личного состава положенными видами довольствия и организации жизнедеятельности ВС РФ.

2.94. Пискунов А.А. Некоторые аспекты финансирования национальной обороны и расходования выделенных средств / А.А. Пискунов // Воен.-экон. вестн. – 2003. – № 6. – С. 5–11.

Ил. 2.

Учитывая темпы изменений ВВП, которые наблюдаются в последние 10 лет, рассчитывать на какой-то радикальный прирост расходов в бюджете страны на оборону и безопасность в ближайшем будущем не приходится.

В последнее время при распределении бюджета предпочтение отдается внутренней безопасности. Если в СССР соотношение на оборону и безопасность составляло 3 : 1, то в РФ сейчас это соотношение более чем 1 : 2.

Следует заметить, что в последние 10 лет практически ничего не закупали из вооружения для ВС РФ. Фактически в настоящее время финансируется не оснащение армии военной техникой, а проведение НИОКР, т.е. создание научно-технического задела. Насколько объем военного бюджета обеспечивает реалии ВС, наглядно представлено в финансировании расходов вещевого обеспечения. Ре-

альные поступления почти в 5 раз меньше от потребного уровня (рис.).

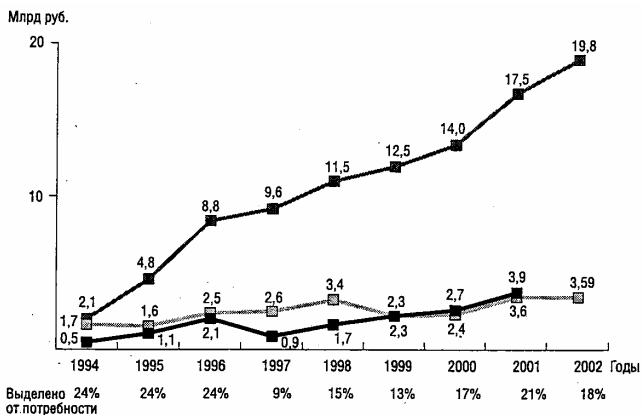


Рис. Финансирование вещевого довольствия ВС РФ.

■ Потребность □ Утверждено бюджетом ■ Выделено

Существует дисбаланс и в структуре ВС РФ. Несмотря на сокращение численности с 2,7 млн. до менее 1,2 млн. человек, сложилась парадоксальная ситуация, когда на одного командира приходится 1,2 солдата и 1,5 лиц гражданского персонала. Соотношение старших и младших офицеров почти сравнялось.

При избытке военных вузов (больше чем во всей Европе) и военных кафедр гражданских вузов имеется проблема с кадровыми младшими офицерами. В виду нерешенности жилищных проблем и низкого денежного довольствия молодых офицеров в последние несколько лет из ВС ежегодно уходят до 70 % выпускников военных учебных заведений, не прослужившие и 5 лет после выпуска.

Ежегодные потери государства на обучение составляют около 16 млрд руб. По расчетам за последние три года государство потеряло из-за утечки молодых офицеров столько денег, на которые можно было бы построить жилье для всех бесквартирных военнослужащих и членов их семей.

Ситуация, в которой находятся ВС, – это следствие и расплата за непринятие своевременных решений по их реформированию. У руководства нашей страны и ВС РФ еще есть время, что бы под «ядерным зонтиком» провести реформу сил общего назначения и страны в целом.

2.95. Покровский В.И. Современные проблемы экологически и профессионально обусловленных заболеваний / В.И Покровский // Медицина труда и пром. экология. – 2003. – № 1. – С. 2–6.

Доклад сделан на 1-м Всероссийском конгрессе «Профессия и здоровье» (19–21нояб. 2002 г.).

Согласно данным Госкомстата РФ в 2001 г. из 144,8 млн. жителей страны около 84,5 млн. находились в трудоспособных возрастах. Потери трудоспособного населения опережают потери численности населения страны в целом. Во вредных условиях производства, не отвечающих санитарно-гигиеническим нормам, работают 21,4 % работающих (т.е. каждый пятый).

В промышленности, строительстве, транспорте и связи работают более 3 млн. в условиях повышенной запыленности и загазованности воздуха рабочей зоны. 2 млн. 571 тыс. человек занято на работах, сопровождающихся повышенными уровнями шума, ультра- и инфразвука, 437 тыс. человек работали при воздействии повышенных уровней вибрации.

На транспорте (авиационном, ж.д., водном, автомобильном) занято более 4 млн. человек, у которых отмечается высокий уровень неврно-психического напряжения, провоцирующий хронический эмоциональный стресс и психогенно обусловленные заболевания.

В фомировании заболеваний у населения страны доля участия неблагоприятных экологических факторов составляет до 18–20 %.

К основным последствиям воздействия экологических и профессиональных факторов риска на организм человека следует отнести:

- изменение иммунологической реактивности;
- аллергизации организма;
- рост уровня и изменение патоморфоза общих и профессиональных заболеваний;
- появление новых форм заболеваний;
- изменение резистентности организма к лекарственным средствам;
- утрата социального комфорта и снижения КЖ.

2.96. Пономаренко В.А. Психология жизни и труда летчика / В.А. Пономаренко. – М. : Воениздат, 1992. – 224 с.

2.97. Пономаренко В.А. Авиационная медицина и социальная защита авиаторов / В.А. Пономаренко // Медицина и авиация, М., 1997. – С. 59–70.

Библиогр.: 2 назв.

Приводятся данные о структуре заболеваемости и дисквалификации летного состава по родам авиации. Исследуются причины ранней дисквалификации. На основании многостороннего клинико-эпидемиологического и психофизиологического обследования 1324

лиц летно-технического состава рассматриваются мероприятия, способные повысить уровень безопасности полетов и социальной защиты авиаторов.

2.98. Пономаренко В.А. Философия «лавочной авиации» – угроза безопасности полетов / В.А. Пономаренко // Вестн. Междунар. акад. человека в аэрокосм. системах. – 1998. – № 2. – С. 49–54.

Экономическое расчленение целостного организма авиации на дробные акционированные авиакомпании с ограниченными материальными возможностями привело к утрате масштабного влияния авиации на наукоемкое и экономическое развитие РФ.

Налет на одно летное происшествие с 1997 г. снизился со 100 тыс. ч. до 25–30 тыс. ч. В 1989–1997 гг. до 80 % всех летных инцидентов, в том числе связанных с гибелью пассажиров, произошли на чартерных рейсах по причине уголовно наказуемых решений работодателей, чьи действия выполнили «купленные» ими, наспех собранные экипажи. Если до 1996 г. ошибки принятия решений в 99 % были неумышленными, то в 1996–1998 гг. ошибки, приведшие к летным аварийным ситуациям, в 25–45 % случаев – это сознательно совершенное действие лицами летного состава с отрицательными чертами личности.

Представлены государственно-правовые мероприятия по снижению уровня рисков безопасности полетов.

2.99. Пономаренко В.А. Размышления о здоровье. (Круг чтения) / В.А. Пономаренко – М. : Изд. дом Магистр-пресс, 2001. – 432 с.

Табл. 15, ил. 8, библиогр.: с. 415–430 (234 назв.)
ISBN 5-89317-163-2. Тираж 1000 экз.

В монографии дается анализ состояния здоровья населения РФ, обосновываются инновационные принципы профилактической медицины, концепция общенациональной системы охраны здоровья, приведены проекты структурирования подразделений восстановительной медицины и построения системы охраны здоровья на рабочем месте, раскрыта сущность концепции «профессионального здоровья» в производственной деятельности и военно-медицинской методологии исследований человеческого фактора в системе «военный специалист – боевая техника».

Показано, что проблемы «земной жизни» находят отражения в небе за штурвалом летательного аппарата. Автор доказывает необходимость и обосновывает приоритетные идеи по охране здоровья, в том числе летных экипажей гражданской авиации, ВВС, дает рекомендации для оздоровительных учреждений.

2.100. Пономаренко В.А. Обоснование дифференцированной оценки психического здоровья лиц летного состава / В.А. Пономаренко, А.В. Белинский // Авиакосм. и эколог. медицина. – 1995. – № 4. – С. 12–18.

Табл., ил. 3, библиогр.: 14 назв.

Обосновываются квалификационные признаки и выделяются уровни психического здоровья лиц летного состава: 1-й уровень – «здоров», 2-й – «практически здоров», 3-й – «наличие неблагоприятных прогностических признаков», 4-й – «с признаками психической патологии». При обследовании в авиационной части лиц 1-го уровня психического здоровья было 18,8 %, 2-го – 43,5, 3-го – 37,2 и 4-го – 0,5 %. В госпитале лица летного состава по уровню психического здоровья распределились соответственно 1,3; 4,6; 66,4 и 27,7 %.

2.101. Пономаренко В.А. Новые концепции охраны и восстановления здоровья здорового человека в трудовой деятельности : лекции / В.А. Пономаренко, А.Н. Разумов. – М. : Междунар. ин-т восстанов. медицины, 1997. – 149 с.

Табл. 20, ил. 8, библиогр.: в конце кажд. разд.

ISBN 5-7724-0008-8. Тираж 500 экз.

На примере профессионального здоровья лиц летного состава показано, что, несмотря на один из самых высоких уровней риска (для вертолетной авиации $2,5 \cdot 10^{-2}$ и более в год), профессиональное здоровье четко коррелирует с уровнем КЖ страны (региона, популяции).

Установлено также, что профессиональное здоровье имеет корреляционную связь со здоровьем (биологическим возрастом) только в профессиях, требующих высокого физического и умственного напряжения (космонавты, летчики, авиадиспетчеры, операторы АЭС и др.).

2.102. Преображенский В.Н. Состояние системы профессиональной и медицинской реабилитации участников ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций : аналитический обзор / В.Н. Преображенский, К.В. Лядов. – М. : Всесоюз. центр мед. катастроф «Защита», 1999. – 27 с. – (Прил. к журн. «Мед. катастроф» ; 1999, № 8).

Табл. 8, ил. 5. Тираж 300 экз.

Медицинская реабилитация спасателей предполагает использование социальных форм и методов профилактики, диагностики и лечения, а также организованного отдыха (Пост. Правительства РФ от 31.10.96 г. № 1312).

Обследовано 24.850 участников штатных и внештатных аварийно-спасательных формирований субъектов РФ. Разработана и ап-

робирована система психофизиологического отбора и реабилитации спасателей.

2.103. Преображенский В.Н. Анализ показателей заболеваемости и дисквалификации участников аварийно-спасательных формирований водного транспорта / В.Н. Преображенский, Т.В. Пяткина, А.П. Маневский // Мед. катастроф. – 2001. – № 3. – С. 41–42.

Ил. 2, библиогр.: 2.

2.104. Преображенский В.Н. Профессиональная медицинская реабилитация лиц опасных профессий: Лекция / В.Н. Преображенский, З.П. Боранукова, А.Ю. Лапин // Мед. катастроф : реф. сб. – 2002. – Ч. 1. – № 2. – С. 1–14; Ч. 2 – № 3. – С. 1–11.

Табл. 2, ил. 2, библиогр.: 7 назв.

2.105. Принципы оценивания риска возникновения стрессогенных нарушений функционального состояния контингента лиц опасных профессий / В.А. Пономаренко, А.В. Богомолов, В.М. Усов, Ю.А. Кукушкин // Пробл. психологии и эргономики. – 1999. – № 2/1. – С. 86–87.

Описана методология прогноза возникновения стрессогенных нарушений у лиц, обучение и подготовка которых является дорогостоящим и длительным процессом, а «выпадение» которых из слоя социально активного населения чревато негативными последствиями для безопасности целых отраслей (энергетика, транспорт, высокие технологии).

Факторы риска, выявляемые средствами социологических опросов и эпидемиологического обследования, позволяют построить порядковые шкалы, в которых можно сравнить «профили» заболеваний, выявить структуру потерь и построить прогноз демографической ситуации региона (страны), имея ввиду, прежде всего, расчет доли здоровых людей трудоспособного возраста, которые являются системообразующим ресурсом экономики страны.

Показаны пути эффективного решения обратной задачи: по выявленному у конкретного лица показателям КЖ воссоздать картину риска, исходя из популяционного уровня на индивидуальном уровне.

2.106. Проблема профессионального здоровья в авиационной медицине / С.А. Бугров, Э.В. Лапаев, В.А. Пономаренко, Г.П. Ступаков // Воен.-мед. журн. – 1993. – № 1. – С. 61–64.

Ил.

2.107. Проблемы проведения психосоциальной реабилитации плавсостава в межрейсовый период / А.Л. Санников, В.В. Лупачев, М.Ю. Скляр, В.В. Попов // Вестн. психосоц. и коррекц.-реабилитац. работы. – 1999. – № 3. – С. 35–37.

Библиогр.: 10 назв.

Негативные факторы судовой деятельности, прежде всего, оказывают влияние на психозмоциональную сферу моряков. Возникают угнетенное состояние, повышенная тревожность, развиваются нервно-психические и психосоциальные расстройства, в том числе семейные и сексуальные проблемы в межрейсовый период.

Считается, что в реабилитационно-психологических мероприятиях нуждаются до 72 % плавсостава. Проведенное психологическое обследование 48 моряков показало, что после 6 мес. работы в море отдых в течение 1 мес. не восстанавливает полностью физиологические резервы организма и следующий длительный рейс после такого кратковременного отдыха нежелателен.

2.108. Профессиональная и медицинская реабилитация спасателей / С.Ф. Гончаров, И.Б. Ушаков, К.В. Лядов [и др.]. – М.: Паритет Граф, 1999. – 320 с.

Табл. 44, ил. 50, библиогр.: с. 276–316 (508 назв.)

ISBN 5-7852-0016-3. Тираж 5000 экз.

В монографии представлена стройная система профессиональной и медицинской реабилитации спасателей на основе концепции профессионального здоровья и донозологической диагностики нарушения функциональных резервов организма. Разработана система медицинской реабилитации на различных этапах.

2.109. Профессиональная надежность персонала АЭС : концепция и технология количественной оценки, практика управления / П.Л. Алпатов, В.К. Мартенс, А.В. Сорокин [и др.]. – Саратов : Изд-во Саратов. ун-та, 2003. – 232 с.

Табл. 17, ил. 72, библиогр.: с. 210–230 (301 назв.).

ISBN 5-292-02974-2. Тираж 500 экз.

Авт. кол.: П.Л. Алпатов, В.К. Мартенс, А.В. Сорокин, А.Ф. Бобров, В.И. Басов. В монографии представлены теоретические и практические аспекты проблемы профессиональной надежности персонала АЭС. Описываются оригинальные концептуальные модели профессиональной надежности и ее базовых компонентов: профессионального здоровья, профессиональной подготовленности и профессиональной успешности персонала АЭС. Приведена информационная технология разработки количественных критериев оценки профессиональной надежности и рисков ее снижения.

2.110. Психогигиена и психопрофилактика в Вооруженных Силах Российской Федерации : методические рекомендации командиру войскового подразделения / С.В. Литвинцев, Е.В. Снедков, В.К. Шамрей, С.В. Перстнев. – М. : НМЦ ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2000. – 32 с.

2.111. Психодиагностика и коррекция профессионального здоровья операторов особо сложных систем управления / Р.Н. Макаров, В.И. Евдокимов, Ю.В. Щербина [и др.]. – М. : Междунар. акад. проблем человека в аэрокосм. системах, 2000. – 237 с.

Ил. 46, табл. 18, библиогр.: с. 230–234 (60 назв.)

ISBN 966-35542-7-6. Тираж 1500 экз.

Авт. кол.: Р.Н. Макаров, В.И. Евдокимов, Ю.В. Щербина, Ж.К. Шишкин, О.Р. Макаров. Издание содержит обобщенные данные по психологической диагностике и коррекции профессионального здоровья и профессионального долголетия авиационных специалистов в течение реальной деятельности. Представлен анализ влияния составляющих КЖ на состояние адаптации пилотов и эффективность профессиональной деятельности.

2.112. Психологическая поддержка военнослужащих и граждан, уволенных с военной службы : учеб.-метод. пособие / И.А. Волошина, Л.Г. Жидунова, И.В. Кузнецова [и др.]. – М. : Логос, 2001. – 118 с.

Ил., библиогр.: с. 114–115. ISBN 5-88439-154-4.

Авт. кол.: И.А. Волошина, Л.Г. Жидунова, И.В. Кузнецова, И.П. Лотова, О.Н. Посысов, С.А. Пустовойт, С.В. Филина, Е.Н. Юрасова.

2.113. Психологическая характеристика ветеранов локальных войн (социально-психологические, медико-психологические и реабилитационные аспекты) / С.В. Литвинцев, В.М. Лыткин, В.В. Нечипоренко [и др.] // Пробл. реабилитации. – 2000. – № 1. – С. 43–53.

Библиогр.: 15 назв.

Авт. кол.: С.В. Литвинцев, В.М. Лыткин, В.В. Нечипоренко, Н.В. Короткова, Ю.К. Малахов. Объект исследования составили 144 военнослужащих-участников боевых действий в зоне локального конфликта в Чечне, из которых ранее воевали в Афганистане 39 человек. Контрольную группу составили 44 военнослужащих.

При сравнительном анализе показателей КЖ выявлено, что комбатанты считают свое материальное положение удовлетворительным на 12,5 % меньше, а совершенно неудовлетворительным на 12,7 % больше, чем в контрольной группе. В группе комбатантов считают свои жилищные условия удовлетворительными на 19 % меньше, а совершенно неудовлетворительными на 20 % больше,

чем в контрольной. Данные статистически достоверны. Представлены и другие аспекты КЖ исследуемых групп. В группе комбатантов полностью или частично удовлетворены жизнью 59,7 %, а в контрольной – 77,7 %.

В целом полученные результаты установили проблемы КЖ у комбатантов и пессимистические оценки реального существования наряду с надеждой на позитивную динамику развития социума в будущем.

2.114. Психофизиологические обеспечение работоспособности сотрудников противопожарной службы : пособие / М.И. Марьин, И.Н. Ловчан, Е.Н. Ефанова, М.В. Леви. – М. : ВНИИПО, 1998. – 177 с.

2.115. Разумов А.Н. Здоровье здорового человека : (основы восстановительной медицины) / А.Н. Разумов, В.А. Пономаренко, В.А. Пискунов. – М. : Медицина, 1996. – 413 с.

Ил., библиогр.: в конце кажд. гл. ISBN 5-7386-0005-3.

Монография посвящена разработке проблем здоровья здорового работающего человека. Ее практической целью является создание методологических и практических основ формирования новых парадигм социальной защиты здорового населения в условиях рыночных отношений.

Раскрывается теоретическое содержание новой профилактической парадигмы «врач – здоровый человек – общество здоровых». Выделяется социальная сущность здоровой личности как элемента социальной системы, подчиняющей себе биологические формы поведения и развития (в том числе значение уклада, уровня, качества и образа жизни).

Обосновывается понятие «здоровье индивида», а также методология измерения количества здоровья. Указываются главные линии оригинальной стратегической программы воссоздания здоровья у здоровых, вплоть до возрастного рубежа естественной смерти человека.

Особое внимание уделяется построению системы и механизмов обеспечения профессионального здоровья трудового населения в условиях, когда вертикальная система социального управления уступает место горизонтальной модели свободно конкурирующих производителей.

Рассматриваются достижения и рекомендации по оригинальной оценке функционального резерва и апробированные методики надежного восстановления (воссоздания) здоровья. В этой связи предлагается новая концепция оздоровления здоровых в рамках общегосударственной социальной политики с приоритетной ролью работодателя.

2.116. Рискметрический подход к выявлению стрессогенных нарушений состояния человека по результатам скрининга на факторы риска / В.М. Усов, А.В. Богомолов, С.К. Солдатов, В.В. Братушка // Новое в экологии и безопасности жизнедеятельности : тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 1999. – С. 111–112.

Показано, что для мониторинга состояния здоровья населения, проживающего на экологически загрязненных территориях необходима автоматизация выполнения недорогих и оперативно осуществляемых скрининговых процедур, ориентированных на построение регистров лиц с прогнозируемыми медицинскими последствиями стрессогенных воздействий факторов профессиональной деятельности и среды обитания.

Предлагается инструментарий, позволяющий оценить информацию в форме субъективных оценок респондентов. Отмечается, что на ранних стадиях возникновения нарушений они в значительной степени обратимы, легче подвергаются коррекции, что экономит средства не только в будущем (имея в виду интенсивную лекарственную терапию), но и дает экономическую отдачу повышением работоспособности и социальной активности трудоспособного населения.

2.117. Руководство по морской медицине / ред. П.И. Сидоров. – Архангельск : Изд-во Арханг. гос. мед. акад., 1998. – 628 с. ISBN 5-86279-034-9. Тираж 3000 экз.

2.118. Саноцентрическая оценка качества жизни при прогнозировании медицинских последствий сложных экологических ситуаций на примере Чернобыльской аварии / И.Б. Ушаков, С.К. Солдатов, В.Г. Зуев [и др.] // Авиакосм. и эколог. медицина. – 1993. – № 5-6. – С. 33–42.

Авт. кол.: И.Б. Ушаков, С.К. Солдатов, В.Г. Зуев, Б.И. Давыдов, М.А. Пронин, С.А. Морозов, А.А. Мирошин.

2.119. Секач М.Ф. Психологический аспект военной карьеры женщин / М.Ф. Секач, Е.А. Каминер // Практ. психол. и психоанализ. – 2001. – № 2. – С. 46–56.

Библиогр.: 9 назв.

По данным кадровых органов МО РФ, в ВС около 100 тыс. женщин-военнослужащих. Из них 1100 чел. находится на офицерских должностях и более 20 тыс. на должностях прапорщиков.

Открыв двери женщинам для прохождения военной службы, ВС оказались в затруднительном положении. Трудности начинаются с момента обучения и подготовки женщин-военнослужащих. Разрабо-

танное авторами социально-психологическое сопровождение учебного процесса женщин-военнослужащих позволяет сокращать сроки военно-профессиональной адаптации и повышает устойчивость к особым условиям военной деятельности.

2.120. Симчук М.Н. Опыт организации комплексного психотерапевтического лечения в специализированном санатории для людей с повышенным профессиональным риском / М.Н. Симчук, О.Н. Кузнецов, В.М. Данилов // Вестн. психотерапии. – 1998. – № 5. – С. 72–78.

2.121. Сидоров П.И. Психическое здоровье ветеранов Афганской войны / П.И. Сидоров, С.В. Литвинцев, М.Ф. Лукманов. – Архангельск : Арханг. гос. мед. акад., 1999. – 390 с.

Библиогр.: в конце разд., в конце кн. и подстроч. прим.

Тираж 1000 экз.

2.122. Сквирская Г.П. Состояние и меры профилактики профессиональной заболеваемости в Российской Федерации / Г.П. Сквирская // Здоровоохранение : журнал для руководителя и главного бухгалтера. – 1999. – № 10. – С. 13–20.

2.123. Современная медико-социальная экспертиза и реабилитация при профессиональных заболеваниях / З.М. Борхеева, Н.В. Миньков, О.А. Иштерякова [и др.] // Казанский мед. журн. – 2003. – № 3. – С. 221–224.

Библиогр. 4 назв.

Авт. кол.: З.М. Борхеева, Н.В. Миньков, О.А. Иштерякова, И.Ю. Малышева, Н.И. Новикова, Л.В. Шакирова.

2.124. Современные подходы к медицине и реабилитации лиц опасных профессий / С.Ф. Гончаров, Н.М. Михеев В.Н. Преображенский, А.Ю. Лапин // Вестн. восстанов. медицины. – 2002. – № 1. – С. 11–15.

2.125. Современные подходы к ранней диагностике, профилактике и медицинской реабилитации тревожно-депрессивных расстройств у лиц опасных профессий : пособие для врачей / В.Н. Преображенский, К.В. Лядов, А.Ю. Лапин, З.П. Борандукова // Мед. катастроф. – 2002. – № 4. – С. 3–34. – (прилож. к журн.).

2.126. Сорокин О.Н. Социальные и медицинские проблемы охраны здоровья железнодорожников / О.Н. Сорокин // Медицина труда и пром. экология. – 2001. – № 4. – С. 1–7.

2.127. Социально-психологическая адаптация кадровых военнослужащих, уволенных в запас или отставку: теория и практика / Н.Г. Сухова, И.П. Лотова, А.Ф. Шадура [и др.]. – М. : Логос, 1999. – 135 с.

Табл. 2, ил. 4, прилож. 13. Словарь терминов с. 91–96.
ISBN 5-88439-023-8. Тираж 1000 экз.

2.128. Социально-психологические особенности инвалидов военной службы, не участвовавших в боевых действиях / Н.Б. Шабалина, И.И. Тарасова, С.Н. Пузин [и др.] // Перспективы оптимизации работы госпиталя (стационара) на основе стандартизации в здравоохранении : материалы докл. XXX науч.-практ. конф. / 5-й Центр. воен. клин. госп. ВВС. – Красногорск : РАМН, 2000. – С. 169–170.

Авт. кол.: Н.Б. Шабалина, И.И. Тарасова, С.Н. Пузин, Д.Л. Кикозашвили, С. Меметов, А.Н. Пищита. Обследование инвалидов военной службы, не участвовавших в боевых действиях, выявило следующие социально-психологические особенности: низкую удовлетворенность КЖ, досаду на плохое здоровье, недостаточную социальную защищенность, ожидание помощи от государства в виде высокой пенсии, ощущение ненужности, заброшенности, неоцененности, напряженность внутрисемейных отношений. Все это способствует формированию негативной оценки окружающей действительности и снижает уровень социально-психологической адаптации.

2.129. Социальное положение и уровень жизни населения России : статистический сборник / редкол.: А.Е.Суринов (пред.) [и др.] ; Госкомстат РФ. – М. : Госкомстат РФ, 2000. – 502 с.

ISBN 5-89479-058-5. Тираж 850 экз.

2.130. Стрелков Ю.К. О должностном переходе и его роли в профессиональном становлении пилота / Ю.К. Стрелков, А.А. Щеколдина // Вестн. МГУ. – 2001. – № 3. – С. 54–63. – (Серия 14 ; Психология).

Библиогр.: 7 назв.

Объект исследования составили 36 пилотов ГА, летающих на самолетах 1-го класса в возрасте 30–62 лет, со стажем работы 10–44 лет. Из них 18 были вторыми пилотами (ВП), 13 – командирами воздушных судов (КВС), 5 командирами авиаподразделений.

Исследована специфика перехода пилотов с должности ВП на должность КВС с помощью модели ролевого должностного перехода Н. Николсона (1990).

2.131. Стрессовые расстройства у пожарных и представителей других профессий: сравнительный анализ / М.В. Леви, И.О. Котенев, Д.М. Захарова, Н.В. Тарабрина // Научно-методическое обеспечение деятельности государственной противопожарной службы : сб. науч. тр. ВНИИ противопожар. обороны. – М. : ВНИИПО, 2001. – С. 172–185.

Раскрываются особенности течения стрессовых расстройств у 125 здоровых пожарных. Проводится сравнительный анализ аналогичных данных у сотрудников ОВД, спасателей, ликвидаторов ЧАЭС.

2.132. Ступаков Г.П. Авиационная антропозкология : (проблемы медицины авиационного труда) / Г.П. Ступаков, И.Б. Ушаков. – М. ; Воронеж : Истоки, 1999 – 480 с.

Табл. 29, ил. 120, библиогр.: с. 456–480 (343 назв.).

ISBN 5-88242-117-9. Тираж 250 экз.

Монография посвящена комплексному обоснованию необходимости объединения массива сведений из области авиационной медицины, психологии и эргономики в единую систему знаний – авиационную антропозкологию.

Рассмотрены основные концепции медицины авиационного труда на рубеже XXI в. – профессиональное здоровье и долголетие; профилактическая каскадная концепция устойчивости организма человека; биологический возраст, психофизиологические резервы и функциональные резервы: буферность биосистем, гомеостатический потенциал и персональный параметр человека; комбинированное влияние факторов; КЖ, риск и надежность, потенциальная ненадежность действий и профессионально важные психофизиологические качества; авиационная медицина катастроф.

Приводятся материалы комплексного обследования летного состава, летающего на самолетах Су-27, одного из авиаполков, проведенные коллективом исследователей под руководством И.Б. Ушакова и А.А. Вороны в 1995 г. Для решения задач был составлен план состоящий из трех этапов.

Первый этап предусматривал изучение состояния дел в полку и обследование летного состава с целью определения уровней мотивации к летной работе, профессионального здоровья, функциональных резервов, КЖ и профессиональной деятельности, а также уровня специальной подготовки.

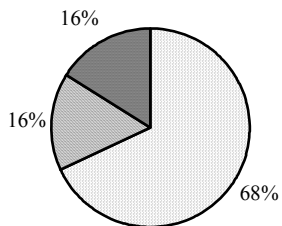
Содержанием второго этапа явилось проведение медико-психологических профилактических мероприятий, включающих инструктивно-методические занятия с руководящим составом полка; лекции по психофизиологическим особенностям летной деятельности на самолетах 4-го поколения с демонстрацией кинофильмов; медико-психологический анализ ошибочных действий летного состава с показательным разбором одного из них; обучение и трени-

ровку летчиков по выполнению защитных противоперегрузочных приемов и особенностям эксплуатации защитного снаряжения; тренировку летчиков в часы плановых занятий по физподготовке к перенесению больших перегрузок и повышению подвижности позвоночного столба для профилактики остеохондроза; восстановление работоспособности авиационных специалистов с использованием аппаратуры «Релакс» и функционального состояния позвоночника после воздействия пилотажных перегрузок методами мануальной терапии и с помощью аутогравитационной кушетки «Вико», а также состояния общей работоспособности в условиях профилактического отдыха в санатории. Кроме того, предусматривались рационализация питания летного состава за счет витаминизации пищи и оказание помощи в организации шумозащитных мероприятий с инженерно-техническим составом.

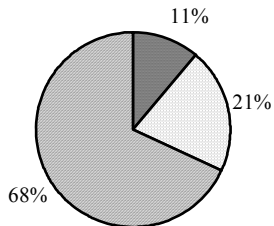
Выявлено, что более 1/3 летного состава ухудшило свое материальное положение. Наиболее весомым фактором ухудшения КЖ являются жилищные условия. Более 50 % стали жить хуже по сравнению с 1985 г. Сохранили стабильность только 42 %. Практически среди опрошенных нет лиц, которые бы стали жить лучше (рис. 1). С психологической точки зрения это служит грозным предзнаменованием утраты летчиками надежды на улучшение их жизни, что обязательно будет влиять на мотивацию к летной работе. Подтверждением этому служат данные о связи КЖ с выраженностью интересов к служебной деятельности: 42 % опрошенных не удовлетворены своей деятельностью, 32 % свое материальное положение оценивают как плохое, более 60 % не удовлетворены своей летной карьерой. В то же время только 25 % летного состава полностью утратили мотивацию к летной работе.

Более 30 % летчиков, принявших участие в эксперименте, считают, что условия КЖ и летной подготовки практически формируют ощущение своей ненужности и покинутости. Наиболее выраженным показателем нарушения духовности является отсутствие потребности в общении. Более 50 % семей не стремятся к общению между собой. У 5 % опрошенных нет никакого желания общественного контакта. Тем не менее, одна треть летчиков сохраняет «авиационный дух» в межсемейных отношениях.

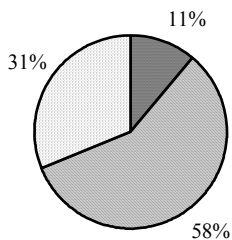
Третий этап заключался в проведении контрольного обследования в объеме 1-го этапа для проверки эффективности проведенных мероприятий. Системный экспертный анализ показал структуру влияния основных факторов на надежность летчика в полете (рис. 2). Оказалось, что вклад в безопасность полетов составляющих КЖ у летного состава составил 15 %.



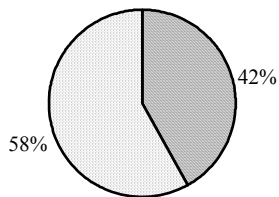
Материальные условия



Характер питания



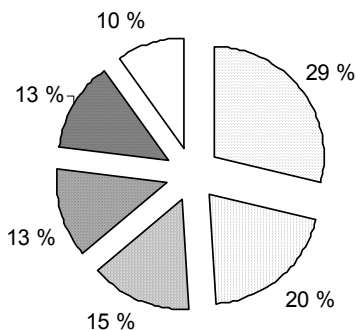
Одежда



Жилищные условия

Рис. 1. Изменение некоторых показателей качества жизни летного состава в 1995 г. по сравнению с 1985 г.

Условные обозначения: – стало лучше, – без изменений, – стало хуже.



Условные обозначения:
 29 % – интенсивность летной нагрузки;
 20 % – психологическая подготовка;
 15 % – качество жизни;
 13 % – профессиональное здоровье;
 13 % – функциональные резервы;
 10 % – профессиональная мотивация

Рис. 2. Рейтинг факторов, обуславливающих профессиональную надежность летного состава.

На фоне таких субъективных мнений «неожиданными» представляются объективные показатели психологического статуса, полученные путем обследования с помощью тестирования. Они свидетельствуют, что около 50 % летчиков сохраняют высокую работоспособность, мотив на достижение результативности своей работы, стремление к активности в общественной жизни. И только у чуть более 20 % летного состава отмечается низкая работоспособность, связанная с отсутствием мотива, неверием в улучшение КЖ, проявляются низкий контроль за поведением, социальная пассивность, трудности в общении.

Из всего контингента обследуемых более 70 % сохраняют высокий уровень психомоторных действий, интеллект и устойчивость к стрессу. Количество лиц летного состава, способных переносить пилотажные перегрузки на «хорошо», не превышает 70 %, на «удовлетворительно» – 30 %.

2.133. Суицидальное поведение военнослужащих, проходящих службу по контракту / В.С. Литвинцев, В.К. Шамрей, А.В. Рустанович, И.Г. Попик // Воен.-мед. журн. – 2002. – № 7. – С. 29–31.

2.134. Тарасов П.В. Ожидания военнослужащих и военных пенсионеров оправдываются / П.В.Тарасов // Воен.-экон. вестн. – 2002. – № 5. – С. 96–104.

Табл. 4, ил. 2.

Анализируются экономические показатели роста пенсий военных пенсионеров на основании Закона «О внесении изменений в некоторые законодательные акты Российской Федерации по вопросам денежного довольствия военнослужащих и предоставления им отдельных льгот».

На конкретных примерах представлены показатели пенсионного обеспечения после введения шкалы надбавки за выслугу лет (табл. 1 и 2).

Если же суммировать все надбавки и минусовать дополнительные затраты на оплату жилищно-коммунальных услуг, то командир полка – полковник с выслугой 25 лет, имеющий 3-комнатную квартиру, получит в июле 2002 г. на руки без учета единовременных выплат 7121 руб., а в январе 2003 г. – 7675 руб. Лейтенант – командир взвода, прослуживший четыре года, получит соответственно 4288 и 4565 руб. с учетом затрат на 1-комнатную квартиру.

Таблица 1

**Итоговые показатели реформирования системы денежного
довольствия военнослужащих (ст. 12 и 13 Закона РФ
«О статусе военнослужащих»)**

| Должность, военское звание | Размер начисляемого в 2001 г. денежного довольствия | Рост денежного довольствия (руб./раз) | | |
|--|---|---------------------------------------|-----------------|------------------------|
| | | с 1.01. 2002 г. | с 1.07. 2002 г. | При введении новых ОВЗ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Первый заместитель Министра обороны, генерал армии, выслуга – более 32 лет | 9306 | 381 1,04 | 6576 1,71 | 7424 1,80 |
| Заместитель Министра обороны, генерал армии, выслуга – более 32 лет | 8856 | 354 1,04 | 5868 1,55 | 6716 1,76 |
| Начальник главного управления, генерал-полковник, выслуга – более 32 лет | 8092 | 319 1,04 | 6043 1,75 | 6838 1,85 |
| Начальник управления в главном управлении, генерал-лейтенант, выслуга – более 32 лет | 7322 | 283 1,04 | 5420 1,74 | 6162 1,84 |
| Начальник отдела а главном управлении, полковник, выслуга 20 лет | 5352 | 256 1,04 | 5078 1,95 | 5696 2,06 |
| Старший офицер в главном управлении, полковник, выслуга – 20 лет | 4691 | 217 1,05 | 3869 1,82 | 4469 1,95 |
| Офицер в главном управлении, подполковник, выслуга – 15 лет | 3957 | 199 1,05 | 4043 2,02 | 4593 2,18 |
| Командующий войсками военного округа, генерал-полковник, выслуга – более 32 лет | 8093 | 319 1,04 | 6043 1,75 | 6838 1,84 |
| Командующий армией, генерал-лейтенант, выслуга – более 32 лет | 7322 | 283 1,04 | 5420 1,74 | 6162 1,84 |
| Командир дивизии, генерал-майор, выслуга - 32 года | 6333 | 234 1,04 | 3730 1,59 | 4419 1,70 |
| Командир полка, полковник, выслуга – 25 лет | 5029 | 700 1,14 | 3868 1,77 | 4504 1,90 |
| Командир батальона, подполковник, выслуга – 15 лет | 3520 | 623 1,18 | 3963 2,13 | 4513 2,28 |
| Командир роты, капитан, выслуга – 7 лет | 2917 | 555 1,19 | 3489 2,20 | 3912 2,34 |
| Командир взвода, лейтенант, выслуга – 4 года | 2369 | 433 1,18 | 2915 2,23 | 3233 2,36 |
| Старшина роты (IX тарифный разряд), старший прапорщик, выслуга – 25 лет | 2844 | 124 1,04 | 2094 1,74 | 2412 1,85 |
| Инструктор (V тарифный разряд), прапорщик, выслуга – 5 лет | 1872 | 112 1,06 | 1751 1,93 | 1975 2,05 |

Примечание. В табл. показаны результаты денежного довольствия с учетом единовременных денежных выплат.

Таблица 2

Расчет пенсий военнослужащих с учетом введения новой шкалы надбавки за выслугу лет и повышения должностных окладов (руб.)
(по Тарасову В.П.)

| Должность, воинское звание | Размер пенсии, начисленный в настоящее время (по старым окладам, с учетом пайка и действующей шкалы выслуги лет) | Размер пенсии, начисленный по новым окладам по воинской должности, с учетом новой шкалы выслуги лет | Абсолютный прирост пенсионных выплат | Рост относительно существующего уровня пенсионных выплат (разы) |
|--|--|---|--------------------------------------|---|
| При увольнении с должности начальника управления в главном управлении в воинском звании генерал лейтенант при наличии выслуги более 32 лет | 3199 | 5902 | 2703 | 1,84 |
| При увольнении с должности начальника отдела в главном управлении в воинском звании полковник при наличии выслуги 20 лет | 1656 | 2845 | 1189 | 1,72 |
| При увольнении с должности командира дивизии в воинском звании генерал-майор при наличии выслуги более 32 лет | 2839 | 4733 | 1894 | 1,67 |
| При увольнении с должности командира полка в воинском звании полковник при наличии выслуги 25 лет | 1957 | 3089 | 1132 | 1,58 |
| При увольнении с должности командира батальона в воинском звании подполковник при выслуге 25 лет | 1782 | 2766 | 984 | 1,55 |
| При увольнении с должности старшины (IX тарифный разряд) в воинском звании старший прапорщик при выслуге 25 лет | 1284 | 1882 | 598 | 1,47 |

2.135. Тизул А.Я. Диагностика и профилактика астеноневротического синдрома у космонавтов в длительных полетах / А.Я. Тизул // Авиакосм. и эколог. медицина. – 2000. – № 3. – С. 3–6.

Библиогр.: 10 назв.

На основании более чем 20-летнего опыта изучения нервно-психического состояния космонавтов изложены основные подходы к диагностике, профилактике и коррекции психических расстройств, которые могут возникнуть у членов экипажей во время длительных орбитальных экспедиций.

2.136. Трушелев С.А. О некоторых корреляциях качества жизни и военно-профессиональной деятельности лиц различных групп здоровья / С.А. Трушелев // Воен.-мед. журн. – 2002. – № 2. – С. 59–60.

Библиогр.: 2 назв.

С целью выявления взаимосвязей между показателями КЖ лиц с отдаленными последствиями легкой закрытой черепно-мозговой травмы (ЛЗЧМТ) и уровнем их военно-профессиональной деятельности (ВПД) проведен корреляционный анализ в двух группах военнослужащих, проходящих службу по призыву.

Первая группа (90 человек) – здоровые лица (военнослужащие без острых и хронических болезней, не имеющие в анамнезе черепно-мозговой травмы). Вторая группа (91 человек) – практически здоровые (лица с отдаленными последствиями ЛЗЧМТ в фазе ремиссии, выполняющие повседневные обязанности военной службы, находящиеся под диспансерно-динамическим наблюдением у врача-невролога гарнизонной военной поликлиники).

КЖ военнослужащих исследовалось с помощью международного опросника SF–36. Уровень ВПД определялся с использованием компьютерной системы на основе экспертной оценки.

Результаты исследования свидетельствуют о том, что показатели КЖ существенно выше у военнослужащих с большим сроком службы, как в первой, так и во второй группе. Это говорит о неблагоприятном влиянии на организм факторов начального периода военной службы. Замечено, что между показателями КЖ, уровнем ВПД и продолжительностью военной службы имеются некоторые корреляционные связи.

Параметры КЖ у лиц с отдаленными последствиями ЛЗЧМТ существенно снижаются первые 6 мес. службы. Это происходит не только из-за причин, связанных со здоровьем, но и вследствие увеличения роли повседневной физической нагрузки, что сказывается на военно-профессиональной адаптации военнослужащих.

2.137. Условия труда и состояние здоровья кассиров железнодорожных билетных касс / В.Б. Панкова, К.М. Копировский, В.А. Полякова [и др.] // Гигиена и санитария. – 2003. – № 4. – 23–27.

Табл. 4, библиогр.: 12 назв.

Авт. кол.: В.Б. Панкова, К.М. Копировский, В.А. Полякова, Е.К. Гипп, И.В. Андреева. Комплексные исследования позволяют отнести труд кассира к физически легким, но умственно и эмоционально напряженным, протекающим в гигиенически неблагоприятных условиях: наличие вынужденной рабочей позы; высокая степень голосоречевой нагрузки, бактериальная обсемененность рабочей зоны па-

тогенными формами микроорганизмов, независимо от времени года, превышает в 1,5–2,0 раза.

В профессиональной группе кассиров железнодорожных касс существует значительная распространенность общесоматической патологии нервной системы, гинекологических заболеваний (в том числе нейрогинекологических), заболеваний шейно-плечевой локализации, радикулитов и заболеваний верхних дыхательных путей.

2.138. Усов В.М. Повышение надежности профессиональной деятельности оператора в условиях замкнутой среды обитания на основе компьютерных технологий / В.М. Усов, Ю.А. Кукушкин, А.В. Богомолов // Организм и окружающая среда : жизнеобеспечение и защита человека в экстремальных условиях : сб. докл. междунар. науч.-практ. конф. – М. : Слово, 2002. – С. 84–86.

Разработанная концепция потенциальной ненадежности действий показывает особенности влияния на актуальное состояние человека-оператора (ЧО) физико-химического фактора с позиций деятельностного подхода, определяет круг характеристик, которые необходимо учитывать при оценке результата воздействия физико-химического фактора на ЧО, пути перехода от групповых оценок к индивидуальным.

Этот подход позволяет включить процедуры количественной оценки надежности ЧО в состав алгоритмического обеспечения программно-аппаратных комплексов, используемых в интересах решения задач проектирования динамических объектов, эргономического сопровождения их разработки, создания систем контроля, сигнализации и компенсации неблагоприятного воздействия на ЧО физико-химического фактора.

Кроме того, из содержания концепции проистекает целесообразность использования потенциальной ненадежности действий в качестве отклика моделей, отражающих связь профессиональной надежности человека с интенсивностью и продолжительностью воздействия физико-химических факторов на рабочем месте.

2.139. Ушаков И.Б. Общая структурная (каскадная) схема изменений профессионального здоровья // Авиакосм. и эколог. медицина – 1994. – № 5. – С. 4–8.

Для профилактики острых и отдаленных нарушений в состоянии здоровья людей в неблагоприятных условиях деятельности разработана концепция структурной каскадной схемы влияния эколого-производственных факторов на здоровье человека. Схема представлена на рис.

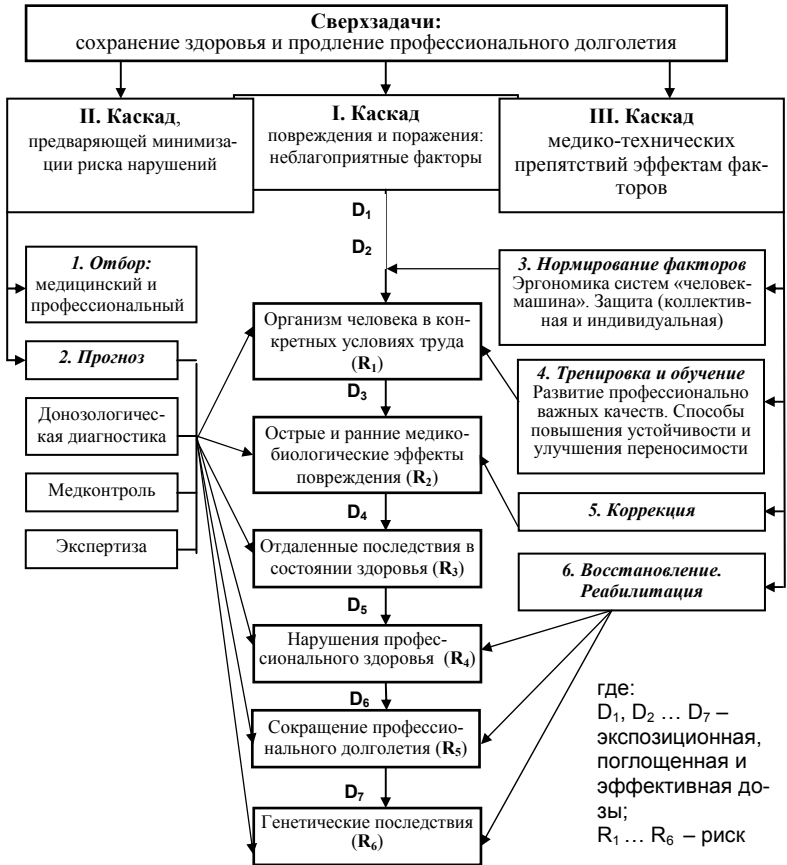


Рис. Каскадная схема повышения устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов.

Структурно схема включает три каскада. *Первый каскад* повреждений, вокруг которого выстраивается многоуровневая система мер противодействия экологическим и производственным факторам и их эффектам. Этот фактор отражает пространственно-временную последовательность вредных проявлений и включает фактор (факторы):

- конкретные производственные условия;
- острые и подострые психомедикобиологические повреждения;
- отдаленные последствия в состоянии здоровья;

- нарушения профессионального здоровья;
- сокращение профессионального долголетия;
- генетические последствия.

Этот каскад анализируется физиолого-гигиеническими дисциплинами. Гуманизация исследовательского процесса обуславливается исследованием большого количества звеньев, в том числе с оценкой генетической устойчивости и здоровья.

Второй каскад предваряет минимизацию риска неблагоприятных последствий путем априорных мероприятий. Он предназначен для профессионалов, проводящих: профессиональный отбор, прогнозирование устойчивости человека, динамический медицинский контроль, экспертизу и т.д.

Третий каскад представлен многоуровневой системой медико-биологических и психофизиологических «препятствий» каскаду повреждения у профессионалов и населения:

- нормирование факторов;
- эргономика систем «человек – машина»;
- разработка средств индивидуальной и коллективной защиты;
- специальные способы тренировки и обучения;
- различные методы повышения устойчивости к факторам;
- коррекция, восстановление, реабилитация и др.

Принципы функционирования каскада: риск нарушений в устойчивости и состоянии здоровья является дозой фактора, которая, в свою очередь, может быть определена как экспозиционная, поглощенная и как эффективная. На рис. они обозначены $D_1, D_2, D_3 \dots D_7$, причем $D_1 > D_2 > D_3 \dots > D_7$. Принцип действия каскада: $R_n = f(D_n)$. За счет включения звеньев второго и третьего каскадов происходит постепенное снижение эффективной дозы фактора и соответствующее снижение риска воздействия фактора или развития повреждающих эффектов, причем $R_1 > R_2 > R_3 \dots > R_6$.

Ясно, что чем больше подключено звеньев во втором и третьем каскадах, тем меньше вероятность развития и степень выраженности каждого из перечисленных звеньев первого каскада (повреждения). В этом плане задача исследователя состоит в том, чтобы количественно оценить вклад каждого звена второго и третьего каскадов в единицах снижения эффективной дозы или уменьшения риска неблагоприятных воздействий по принципу: «чего больше – затрат или пользы?».

Концепция каскадов носит общий характер и принципиально применима ко всем факторам, к некоторым она еще не адаптирована, многие звенья каскадов пока еще отсутствуют или разрабатываются.

2.140. Ушаков И.Б. Экология человека опасных профессий / И.Б. Ушаков. – М. ; Воронеж : Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2000. – 128 с.

Табл. 7, ил. 22, библиогр.: с. 123–127 (94 назв.).

ISBN 5-9273-0009-X. Тираж 1000 экз.

В книге представлен подробный текст доклада в отделении профилактической медицины Российской академии медицинских наук 5 октября 1999 г. Сформулирован ряд общих положений в данной области знаний, приведены научно-практические примеры из составляющих ее смежных частей дисциплин: военной, экстремальной, авиационно-космической медицины, медицины аварий и катастроф (рис.).



Рис. Взаимосвязь основных антропоэкологических проблем и концепций человека опасных профессий.

КЖ человека является фундаментальной эколого-гигиенической проблемой профилактической медицины. Системообразующий фактор КЖ человека опасных профессий является здоровье (индивидуальное, репродуктивное, семейное, общественное, профессиональное).

На основе указанного подхода автором совместно с Б.И. Давыдовым, С.К. Солдатовым, В.М. Усовым и М.А. Прониным разработана специальная автоматизированная информационная система «КВАВИФИТА» для персональных ЭВМ, оценивающая КЖ ликвидаторов и населения экологически неблагоприятных для проживания территорий. Данная автоматизированная информационная система предназначена для решения задач мониторинга здоровья. Отличительным ее признаком является ориентация на выявление скрытых (или латентных) факторов по комплексу показателей, позволяющая ранжировать индивидуумов по степени риска нарушения здоровья.

Система предназначена для обобщенной оценки неблагоприятных последствий и дает широкий набор эффективных процедур сбора, хранения, поиска в базе данных, табличного и графического анализа и документального учета. При наличии тенденции снижения КЖ и повышенного риска утраты здоровья система дает «расшифровку» причин и необходимые фактографические данные.

Система включает 17 групп показателей КЖ (всего 265 параметров) с точки зрения риска развития онкологических заболеваний. Наиболее важными из показателей КЖ являются: состав семьи и бытовые условия, питание, трудовая деятельность, факторы риска, анамнез и болезни – предвестники рака.

2.141. Ушаков И.Б. Манифест экологии человека опасных профессий: оценка риска и охрана здоровья / И.Б. Ушаков // Профилакт. забол. и укрепление здоровья. – 2000. – № 6. – С. 3–7.

Табл. 2, ил. 1, библиогр.: 31 назв.

Экология человека опасных профессий – новая область медицинских знаний, является преемницей гигиены и экологии человека. Характеризуется как комплексная дисциплина, изучающая медико-социальные проблемы охраны здоровья, эффективности и надежности деятельности лиц, подвергшихся в процессе выполнения своих социально значимых обязанностей повышенному индивидуальному риску для жизни и здоровья. Рабочий приемлемый синоним – экогигиена экстремальных условий жизнедеятельности.

2.142. Ушаков И.Б. Манифест экологии человека опасных профессий: оценка риска и охрана здоровья / И.Б. Ушаков // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. – 2000. – № 2(4). – С. 23–28.

Библиогр.: 31 назв.

2.143. Ушаков И.Б. Качество жизни человека опасных профессий: оценка риска и охрана здоровья / И.Б.Ушаков // Качество жизни и российское предпринимательство : тез. III Все-

рос. науч.-практ. конф. / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2001. – С. 118–119.

Разработка концепции повышения КЖ человека опасных профессий органично связана с необходимостью определения уровня риска и совершенствования системы профилактических и восстановительных мероприятий и средств, направленных на сохранение профессионального здоровья данной категории специалистов.

2.144. Ушаков И.Б. Экология человека опасных профессий / И.Б. Ушаков // Вестн. восстанов. медицины. – 2002. – № 2. – С. 6–7.

Раскрывается медико-социальный уровень экологии человека опасных профессий, представленный в концепции КЖ.

2.145. Ушаков И.Б. Комбинированные воздействия в экологии человека и экстремальной медицине / И.Б. Ушаков. – М. : Издательство, 2003. – 442 с.

Табл. 53, ил. 89, библиогр.: с. 392–436 (623 назв.).

ISBN 5-203-02770-9. Тираж 5000 экз.

В монографии, обобщающей итоги 30-летнего изучения автором проблемы, а также работы учителей и предшественников, рассмотрены общие принципы и уровни анализа комбинированных влияний факторов.

Приводятся конкретные примеры из области экологии человека, авиационно-космической и военной медицины, медицины труда и гигиены (радиационной и нерадиационной). Анализируются методы оценки профессиональной надежности человека при многофакторных влияниях.

Излагается эколого-гигиеническая концепция КЖ, как пример глобальной сложности проблемы комбинированных воздействий. Приводятся методологические основы категории КЖ, терминология, примерная структура автоматизированных систем оценки КЖ и восприятия риска.

Под КЖ в общем виде понимается совокупность жизненных ценностей, характеризующих созидательную деятельность, удовлетворение потребностей и развитие человека (групп населения, общества), удовлетворенность людей жизнью, социальными отношениями и окружающей средой, т. е. комплекс характеристик жизнедеятельности индивида (группы людей или населения в целом), обуславливающих ее оптимальное протекание в конкретное время в определенных условиях и месте и обеспечивающих адекватность ее (жизни) параметров основным видам деятельности и потребностям человека (биологическим, материальным, духовным и др.).

2.146. Ушаков И.Б. Человек в небе Чернобыля. Летчик и радиационная авария / И.Б. Ушаков, Б.И. Давыдов, С.К. Солдатов. – Ростов н/Д : Изд-во Ростов. гос. ун-та, 1994. – 170 с.

Табл. 38, ил. 27, библиогр.: с. 154–164 (212 назв.).

ISBN5-7507-0218-9. Тираж 1000 экз.

В монографии проанализированы данные о состоянии функциональных систем организма у летного и технического состава вертолетных подразделений, принимавших участие в ликвидации аварии Чернобыльской АЭС. Даются рекомендации по организации медицинского контроля, рассмотрены возможные отдаленные радиационно-индуцированные последствия аварии, представлены мероприятия социальной защиты.

2.147. Ушаков И.Б. Качество жизни и экологический риск / И.Б. Ушаков, Б.И. Давыдов, С.К. Солдатов // Экология человека. – 1996. – № 3. – С. 73–76.

В современном обществе возрастает потребность в перспективных технологиях и энергетическом обеспечении. Однако многие новейшие технологии, в том числе в ядерной энергетике, занимая важное место в повышении уровня жизни, одновременно порождают повышенный риск для здоровья человека, общественное и политическое противодействие. В связи с этим особую актуальность приобретает проблема «экологический риск – здоровье – КЖ». В статье намечены пути массовой реабилитации здоровья населения.

2.148. Ушаков И.Б. Социальная адаптация и состояние здоровья авиаторов после выхода на пенсию / И.Б. Ушаков, С.М. Стариков // Социол. исслед. – 1996. – № 9. – С. 37–41.

Табл. 3, библиогр.: 8 назв.

Изучены социальная адаптация и состояние здоровья 204 бывших военных летчиков-пенсионеров. Средний возраст выхода на пенсию обследованных лиц составил $40,1 \pm 7,2$ лет. В основном, прекращение трудовой деятельности происходило за счет дисквалификации по состоянию здоровья (65,5 %). Вероятность хронического заболевания у летчика в начале карьеры увеличивала вероятность ранней дисквалификации.

Большой удельный вес имеют и другие причины: увольнение по выслуге лет (20,6 %), переход на нелетную работу (6,4 %), возросло в последнее время количество увольняемых в результате сокращения штатов (7,3 %).

В качестве интегрального показателя, который отражал степень адаптации к новым условиям, использовалась самооценка пенсионером жизни, оцениваемая по 5-балльной шкале. Оказалось, что средняя величина этого показателя была достаточно высока – $3,88 \pm 0,7$ баллов, при этом 2,5 % были неудовлетворены своим положением

на пенсии, 23,8 % считают его удовлетворительным, 54,4 % оценивают свою пенсионную жизнь как хорошую и 17,3 % дают высшую оценку.

При проведении регрессионного анализа было выявлено, что самооценка состояния здоровья в пенсионном возрасте занимает первое место по значимости, а ее влияние на оценку пенсионной жизни составляет 26,5 %.

По оценке состояния здоровья на пенсии респонденты распределились следующим образом: 19,1 % дают отличную оценку; 44,6 % – хорошую; 32,9 % – удовлетворительную; 2,9 % – неудовлетворительную; 0,5 % – крайне плохую. По 5-балльной системе оценок пенсионеры-авиаторы оценили свое здоровье на уровне $3,88 \pm 0,8$. Анализ заболеваемости показал, что на первом месте стояли не биологические процессы старения организма, а прогресс заболеваний, приведший к профессиональной дисквалификации.

2.149. Ушаков И.Б. Качество жизни как важнейший критерий и модификатор степени отдаленных медико-психологических последствий / И.Б. Ушаков, С.К. Солдатов, В.М. Усов // Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-годы : темат. вып. – М., 1997. – Ч. 2.

Рассматриваются различные аспекты проблемы «экологический риск – здоровье – КЖ». Показано, что категорию КЖ определяют преимущественно шесть основных составляющих: заболеваемость и связанная с ней продолжительность жизни; потребление (с ним связаны экология и гигиена производства); риск как социально – биологическое явление, потомство (семья); медико-санитарное состояние (здравоохранение) и информационное обеспечение человека.

Конкретизированы методические подходы, алгоритмы и программные компоненты автоматизированной информационной системы на базе ПЭВМ, пригодные для оценки КЖ населения по критерию риска развития онкологических последствий контакта с радиационными факторами, проживающего на экологически неблагоприятных территориях. Сделаны выводы о том, что здоровье, в том числе и профессиональное, есть синтетический индикатор КЖ, обобщающий все многообразие этого понятия.

2.150. Ушаков И.Б. Разработка автоматизированной системы оценки качества жизни летчика для выявления значимых факторов риска / И.Б. Ушаков, В.М. Усов, С.К. Солдатов // Актуальные вопросы медицинского контроля за состоянием здоровья летчиков и космонавтов : материалы Всерос. науч. конф., посв. 200-летию Воен.-мед. акад. и 40-летию каф. авиац. и косм. медицины. – СПб. : ВмедА, 1998. – С. 47.

Обосновано применение процедур инженерии знаний к синтезу агрегативного (сводного) показателя КЖ. Это достигалось посредством структурирования и занесения в базу знаний информации о приоритетах значимости факторов риска утраты здоровья и о функциях принадлежности значений факторов в отношении к ближайшим и отдаленным сдвигам в состоянии здоровья, интерпретируемых экспертами как функции соответствующего риска.

Объект исследования – сконструированный агрегативный показатель. Разработан способ вычисления такого показателя при дефиците исходной информации с помощью характеристических функций, учитывающих во взвешенной численной оценке «доли» разных компонентов в совокупной оценке КЖ.

На этой алгоритмической основе создана автоматизированная система «Квавифита», которая позволяет получить как усредненные групповые оценки КЖ (для определенного контингента), так и оценки индивидуальные, и на этой основе сформировать прогноз ближайших и отдаленных последствий с учетом реальных условий существования, трудовой деятельности, воздействующих факторов и стрессов.

Сделан вывод о том, что осуществленная таким образом алгоритмическая и программно-информационная поддержка дает возможность преодолеть разрыв между общими медицинскими рекомендациями, условиями жизни и деятельности конкретного летчика войсковой авиационной части.

2.151. Ушаков И.Б. Биологический возраст и качество жизни пенсионеров-авиаторов / И.Б. Ушаков, С.М. Стариков // Достижения и перспективы медицинской реабилитации : сб. науч. тр., посв. 65-летию воен. санатория «Чемитоквадже». – М.: Ин-т реабилитологии и восстанов. медицины РАЕН, 1999. – С. 74–76.

В последние годы было показано, что наиболее интегральными показателями, характеризующими здоровье и жизнедеятельность людей являются их биологический возраст и КЖ. Настоящее исследование проводилось с целью изучения этих показателей у пенсионеров летного состава.

В ходе исследования выявлено, что у большинства обследованных пенсионеров ускорены процессы биологического старения, о чем свидетельствует наличие отчетливого скоса в распределении обследованных лиц по величине биологического возраста, по сравнению с их календарным возрастом (коэффициенты асимметрии = 0,16).

КЖ обследованных пенсионеров из числа летного состава ВС в целом, может быть оценено как хорошее. Этому способствуют относительная стабильность жизни авиаторов на пенсии, гарантированное пенсионное обеспечение, наличие у большинства отдельной

квартиры с удобствами и проживание их на территории благоустроенных военных городков или в городе.

По данным многофакторного дисперсионного анализа рассчитана степень влияния различных факторов на величину биологического возраста, составляющая в целом 60,5 %. Вес отдельных факторов составил: календарный возраст – 26,3 %, интегральный показатель КЖ – 14,3 %, самооценка здоровья – 11,3 %, общее количество диагностируемых заболеваний – 8,1 % и общий летный налет 0,5 %. При этом степень влияния взаимодействия календарного возраста и налета составляет 12,8 %.

При рассмотрении биологического возраста, как возрастного уровня здоровья индивида можно утверждать, что на скорость процессов биологического старения летного состава, прекратившего летную деятельность, наибольшее влияние имеет КЖ пенсионеров, а также взаимодействие календарного возраста и общего налета. Отдельного влияния факторов летной работы на величину биологического возраста авиаторов в результате данного исследования не доказано.

Таким образом, можно утверждать, что в целом показатели биологического возраста, характеризующие уровень здоровья пенсионеров из числа лиц летного состава, можно оценить, как удовлетворительные. Преждевременному старению и ухудшению здоровья авиаторов способствует недостаточная адаптация к условиям пенсионной жизни, видимо связанная с невозможностью адекватной реализации собственных возможностей после прекращения летной работы и выхода на пенсию.

2.152. Ушаков И.Б. Психолого-эргономические пути повышения качества жизни и сохранения профессионального здоровья в условиях техносферы третьего тысячелетия / И.Б. Ушаков, П.С. Турзин // Пробл. психологии и эргономики. – 1999. – № 2/1. – С. 110–112.

2.153. Ушаков И.Б. Построение регистров лиц групп риска нервно-психических расстройств из числа участников локальных вооруженных конфликтов / И.Б. Ушаков, В.М. Усов, А.В. Богомолов // Информатизация правоохранительных систем / Акад. управления МВД РФ – М., 1999. – С. 6–66.

Изложен методический подход и набор программно-информационных средств для выявления групп повышенного риска расстройств и нарушений состояния здоровья, обладающий достаточно широкими возможностями адаптации к конкретным постановкам медико-психологических задач.

Перечислены направления совершенствования медико-психологического обеспечения спецконтингента с применением современных информационных технологий.

2.154. Ушаков И.Б. Медицинские, социальные и реабилитационные аспекты труда ликвидаторов / И.Б. Ушаков, В.А. Пономаренко, С.К. Солдатов // Мед. катастроф. – 2000. – № 1. – С. 9–13.

Табл. 1, ил. 5, библиогр.: 16 назв.

Представлены уникальные данные обследования вертолетчиков-ликвидаторов, участников ликвидации последствий аварии на Чернобыльской АЭС за 10-летний период наблюдения. Объект исследования составили более 1 тыс. членов экипажей военной вертолетной авиации. Доказано, что данная категория характеризуется ранними признаками старения.

2.155. Ушаков И.Б. Медико-эргономические проблемы повышения качества жизни и сохранения профессионального здоровья лиц экстремальных профессий / И.Б. Ушаков, П.С. Турзин // Качество жизни : Россия XXI века : тез. Всерос. конф. / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2000. – С. 78–79.

Исходя из методологии системного подхода и антропозологии исследование закономерностей влияния природной, а в социотехнической системе и искусственной среды обитания и факторов деятельности на лиц экстремальных профессий (операторов) возможно на молекулярно-клеточном и тканевом, психофизиологическом и психологическом, индивидуальном организменном и медико-социальном уровнях.

Взаимодействие же «оператор – техника – среда» можно рассматривать с трех позиций разной приоритетности: «оператор – среда – техника», «техника – оператор – среда», «среда – оператор – техника». В первом случае приоритет отдается методам психологии, во втором – эргономики, в третьем – экологии. Комплексное решение проблем гуманизации процессов, средств деятельности и среды обитания в перспективных социотехнических системах, повышения работоспособности оператора неразрывно связано с необходимостью повышения КЖ и сохранения профессионального здоровья различных категорий трудоспособного населения.

2.156. Ушаков И.Б. Методика нечеткого взвешивания факторов риска в системах автоматизированного оценивания качества жизни / И.Б. Ушаков, В.М. Усов, А.В. Богомолов // Качество жизни : Россия XXI века : тез. Всерос. конф. / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2000. – С. 70.

Изложены методологические особенности синтеза оценок множества показателей, извлекаемых из компьютерных опросников и применяемых при оценивании КЖ населения на основе теории нечеткой логики.

Описана процедура интерактивного формирования опросника пользователем–экспертом по знаниям предметной области: этап формирования «дерева вопросов»; этап описания ответов и этап формирования экспертных суждений о степени взаимного влияния компонентов КЖ и расстановки приоритетов фактографических данных о социальной и профессиональной активности опрашиваемого индивида и условий его жизнедеятельности.

2.157. Ушаков И.Б. Медико-психологические аспекты рискометрической оценки категорий профессионального здоровья и качества жизни как системных медико-социальных образований / И.Б. Ушаков, В.М. Усов, В.И. Евдокимов // Качество жизни : Россия XXI века : тез. Всерос. конф. / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2000. – С. 72–73.

Практические вопросы разработки стандартов медицинского обслуживания и выбора адекватных средств медицинского обеспечения различных профессиональных групп населения обуславливает необходимость проведения мониторинга профессионального здоровья (ПЗ) и КЖ с применением систем поддержки принятия решений при постановке следующих задач:

- автоматизированной диагностики ранних проявлений и значимых факторов риска возникновения нарушений состояния здоровья под воздействием условий профессиональной деятельности и жизни индивида;

- исследования связи устойчивости к неблагоприятным факторам среды с уровнем профессиональной надежности (деятельностный аспект проблемы);

- проведения скрининга факторов риска с целью описания кумулятивных стрессирующих эффектов на организм человека, являющимися модификаторами острых и отдаленных медицинских последствий и существенно определяющих особенности индивидуального восприятия КЖ.

Сделан вывод о том, что ПЗ и КЖ представляют собой системные медико-социальные образования, которые охватывают не только психическое и соматическое здоровье человека, его духовные и культурные ценности, а также уровень цивилизованности общества, его экономическое развитие.

2.158. Ушаков И.Б. Системные взаимосвязи качества жизни, экологического риска и здоровья / И.Б. Ушаков, И.А. Беляева // Медико-психологические и педагогические проблемы качест-

ва жизни : материалы науч.-практ. конф. / Липецк. гос. пед. ун-т. – Липецк, 2003. – С. 113–114.

Исследования, выполненные на большом контингенте лиц экстраемальных и опасных профессий, позволили обосновать профилактическую концепцию КЖ, включающую в себя ряд взаимосвязанных методологических принципов:

-КЖ человека является фундаментальной эколого-гигиенической проблемой профилактической медицины;

-системообразующим фактором КЖ является здоровье человека (индивидуальное, репродуктивное, семейное, общественное, профессиональное);

-КЖ – векторное понятие, для которого необходимо разрабатывать количественные значения индексов и коэффициентов, ранжируя их применительно к тем или иным показателям здоровья;

-оценка КЖ контингентов населения должна включать анализ эколого-гигиенической ситуации их проживания, эргономических условий на рабочем месте, медико-социальных параметров и состояния здоровья; комплекс показателей КЖ обязательно включает, критерии оценки индивидуального физического, психического и социального благополучия, функциональной полноценности конкретных систем организма, а также субъективной оценки, отражающей все упомянутые понятия.

2.159. Ушаков И.Б. Актуальные пути повышения эколого-гигиенической безопасности среды обитания как элемента качества жизни / И.Б. Ушаков, П.С. Турзин // Качество жизни – главный критерий социально-экономического развития России : сб. докл. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2002. – С. 157–164.

Ил., библиогр.: 8 назв.

Эколого-гигиеническая безопасность – это отсутствие неблагоприятного влияния факторов среды обитания и деятельности на человека в условиях рационального использования природных ресурсов и минимизации негативного антропогенного воздействия на природу.

В статье дается определение КЖ и структурная организация КЖ специалистов опасных профессий. С целью сохранения здоровья, профилактики «экологических» болезней и продления профессионального долголетия рассматривается каскадная схема острых и отдаленных изменений в состоянии профессионального здоровья, развивающихся под воздействием экологических факторов.

2.160. Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в Вооруженных Силах РФ : материалы Всеарм. науч. конф. / под ред. В.С. Новикова ; Воен.-мед. акад. – СПб., 1999. – 122 с.

2.161. Харabet К.В. **Офицерская преступность как негативное криминалогическое явление : (состояние, причины, тенденции) / К.В. Харбет // Военное уголовное право. – 2002. – № 7-8. – С. 14–16. – (Прил. к журн. «Право в Вооруженных Силах»; 2002, № 8).**

2.162. **Цуциев С.А. Гигиенические проблемы военной службы женщин в Вооруженных Силах Российской Федерации : лекция / С.А. Цуциев ; Воен.-мед. акад. – СПб., 2002. – 38 с.**

Табл. 2, библиогр.: с. 36 (12 назв.).

По данным пресс-службы МО РФ количество женщин-военнослужащих в Армии и на Флоте в настоящее время превышает 10 % численности личного состава и составляет около 50 % всех военнослужащих-контрактников. Приводится историческая справка участия женщин в армиях государств, правовой статус женщин-военнослужащих, основные проблемы военной службы женщин в Вооруженных силах.

2.163. **Цуциев С.А. Женщины и военная служба / С.А. Цуциев, Л.П. Терентьев. – СПб. : НОУ «Экспресс», 2003. – 188 с.**

Табл. 43, ил. 11, библиогр.: с. 178–188 (244 с.). Тираж 300 экз.

Монография посвящена рассмотрению проблем военной службы женщин России на этапе реформирования силовых структур. Обсуждаются оценка военно-профессионального предназначения военнослужащих-женщин, раскрываются характер и условия их труда и обусловленные ими изменения состояния здоровья, трудо- и боеспособности этого контингента военнослужащих.

Приведены материалы авторских исследований условий и характера службы женщин в основных видах ВС РФ и родах войск в период с 1992–2000 гг.

2.164. **Цуциев С.А. Военная служба и ее влияние на состояние здоровья военнослужащих-женщин Вооруженных Сил / С.А. Цуциев, Л.П. Терентьев, С.М. Кузнецов // Терапевтическая помощь в экстремальных ситуациях : материалы конф. – СПб. : ВМедА, 2003. – С. 322.**

Изучена заболеваемость военнослужащих-женщин ВС РФ в период с 1994 по 2001 гг. по материалам годовых отчетов медицинской службы основных видов ВС и родов войск. Случаев профессиональных заболеваний не выявлено.

Установлено, что уровень и структура заболеваемости военнослужащих-женщин существенно отличаются от таковых не только у военнослужащих-мужчин, но и у женщин гражданских специальностей. Общий уровень среднегодовой заболеваемости военнослужа-

щих-женщин и уровень их среднегодовой заболеваемости по большинству классов болезней оказались достоверно выше, чем у военнослужащих-мужчин.

Наиболее актуальными для военнослужащих-женщин являются простудные заболевания (ОРЗ, ангины) и, так называемые, женские болезни, которые обуславливают около 45 % всего годового бюджета трудопотерь.

Высокая, по сравнению с мужчинами, заболеваемость военнослужащих-женщин обусловлена не только генетическими особенностями строения женского организма, но и спецификой их военно-профессионального предназначения в ВС РФ, а также низкими санитарно-бытовыми условиями на рабочих местах и трудностями адаптации к условиям тяжелой армейской жизни.

2.165. Чурганов О.А. Основные понятия качества жизни военнослужащих / О.А. Чурганов, В.И. Евдокимов, В.Л. Марищук. – СПб. : Воен. ин-т физ. культуры, 2003. – 131 с.

Табл. 18, ил. 37, библиогр.: с. 118–125 (159 назв.). Тираж 500 экз.

Объект исследования составили 165 курсантов Военного института физической культуры (г. Санкт-Петербург): курсантов 1-го курса было 46; 2-го курса – 33; 3-го курса – 71; 4-го курса – 15.

Составляющие КЖ изучались при помощи анкеты. Анкета содержала 27 вопросов, которые касались самооценки показателей КЖ родителей, характера питания, жилищных условий, организации процесса обучения в вузе, физической подготовленности, оценки самочувствия курсанта, его отношения к некоторым вредным привычкам и экологическому состоянию в г. Санкт-Петербурге.

Оценка анкеты проводилась в 7-балльной системе оценок, где 1 – наименьшая оценка, а 7 – наибольшая. Результаты показали, что у некоторой части курсантов 3 курса по соотношению с другими курсами определялись негативные семейные отношения, низкое материальное обеспечение и социальная защита семей. При сравнении с данными курсантов 1-го курса оценка у них была меньше на 0,92 балла ($t = 4,19$; $P < 0,001$); со 2-м курсом – на 0,31 балла ($t = 1,07$; $P > 0,05$); с 4-м курсом – на 0,81 балла ($t = 2,90$; $P < 0,01$).

На рис. 1 представлен частотный анализ семейных взаимоотношений у курсантов 1-го и 3-го курса. На рис. 1 видно, что у курсантов 1-го курса имеются только положительные оценки семейных взаимоотношений; у курсантов 3 курса преобладают положительные оценки, но у 15 % курсантов в семьях сложились негативные отношения.

Анализ ответов анкеты показал, что у курсантов 3-го курса оценка состояния здоровья своих родителей была хуже, чем у курсантов 1-го курса на 1,04 балла ($t = 4,08$; $P < 0,001$); курсантов 2-го курса –

на 0,83 балла ($t = 3,06$; $P < 0,01$) и курсантов 4-го курса – на 0,85 балла ($t = 2,24$; $P < 0,05$).

Можно полагать, что негативные семейные отношения, низкий уровень социальной защищенности семей курсантов способствовал формированию у них состояний личностной и социальной дезадаптации. Как следствие указанного, у них была низкая оценка своего уровня жизни, самочувствия, жилищных условий, характера питания, служебных перспектив.

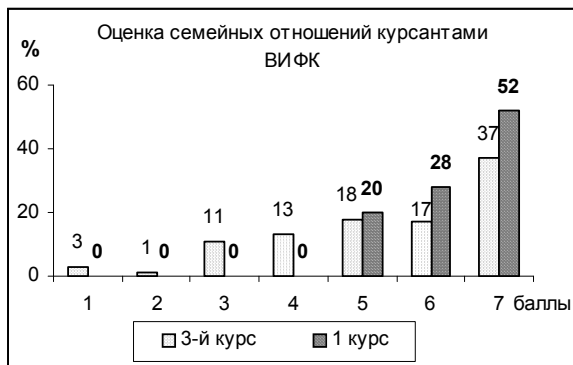


Рис. 1.

Например, практически все курсанты достаточно высоко оценивали свой обобщенный уровень жизни. Частотный анализ общей группы курсантов представлен на рис. 2. Как видно на рис. 2, в общей группе курсантов отмечается увеличение правой стороны гистограммы (позитивная оценка) обобщенного уровня жизни.



Рис. 2

У курсантов 3-го курса отмечается смещение частотного анализа влево (в сторону уменьшения самооценок) по сравнению с курсантами 2-го курса (рис. 3). Отрицательно свой уровень жизни оценили только 15 % курсантов 2-го курса и 23 % курсантов 3-го курса. Было также установлено, что у курсантов 2-го курса ($4,97 \pm 0,28$) имелись более высокие средние значения по группе, чем у курсантов 3-го курса ($4,21 \pm 0,18$) на 0,76 балла ($t = 2,28$; $P < 0,05$).

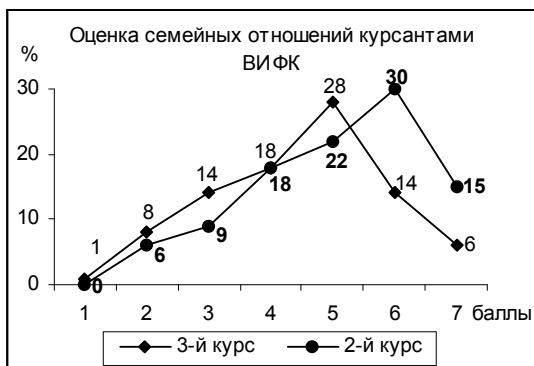


Рис. 3.

У курсантов 3-го курса, у которых отмечались проблемы качества жизни, имелась самая низкая оценка своего самочувствия. По сравнению с курсантами 1-го курса снижение составляет на 0,53 балла ($t = 2,02$; $P < 0,05$), а с курсантами 2-го курса – на 0,70 балла ($t = 2,36$; $P < 0,01$). Курсанты 3-го курса меньше времени уделяли мероприятиям оздоровления организма, и у них по сравнению со школьной порой в меньшей степени повысился уровень физподготовленности.

Мы попросили курсантов проранжировать некоторые стороны учебного процесса в ВВУЗе по мере их значимости. Данные представлены в табл. Это итог того, что оценивали курсанты в некоторых предыдущих утверждениях. Практически все результаты совпали. В какой-то степени, это указывает на надежность психодиагностической информации, получаемой анкетой о качестве образования.

Конечно, курсанты все «зло» в отрицательных сторонах обучения видели в недостаточном питании, в плохо организованных бытовых условиях и в низком денежном довольствии (табл.). Они также были недовольны отсутствием нормальной материальной базы, современного оборудования, которые в значительной степени оптимизировали бы процесс обучения в ВВУЗе.

Корреляционный анализ данных адаптации курсантов (в нашем случае экспертных оценок успеваемости и дисциплинированности) с

результатами анкетирования выявил, что с большой долей вероятности курсанты наполнили понятие уровня жизни состоянием самочувствия, материальным положением, уровнем жилищных условий, характером питания (рис. 4)

Таблица
Ранги влияния факторов на процесс обучения в ВВУЗе

| Фактор учебного процесса в ВВУЗе | Курс обучения | | | | Общая оценка |
|-------------------------------------|---------------|-----|-----|-----|--------------|
| | 1-й | 2-й | 3-й | 4-й | |
| Бытовые условия | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 |
| Характер питание | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Стипендия | 2 | 3 | 3 | 3 | 3 |
| Квалификация педагогов | 8 | 8 | 8 | 7 | 8 |
| Современность учебного оборудования | 4 | 4 | 4 | 5 | 4 |
| Организация обучения | 5 | 7 | 5 | 4 | 5 |
| Моральный климат в коллективе | 6 | 6 | 6 | 8 | 6 |
| Квалификация командиров | 7 | 5 | 7 | 6 | 7 |

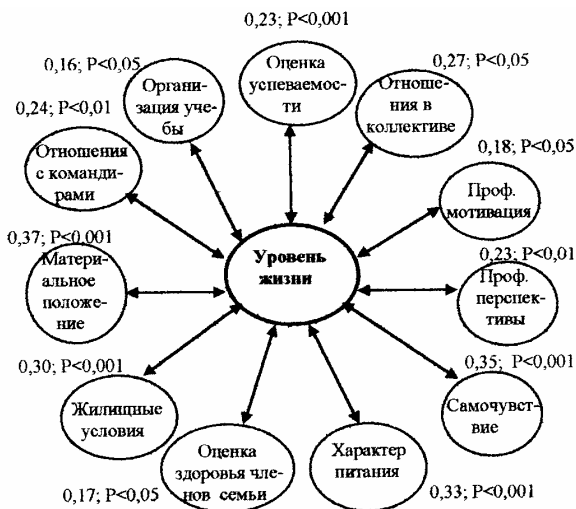


Рис. 4. Корреляционные зависимости обобщенных оценок уровня жизни и характеристик качества жизни курсантов ВВУЗ.

Следующий блок содержал значимые профессиональные отношения: профессиональную мотивацию, перспективы дальнейшей деятельности, отношения с преподавателями и командирами, оценки успеваемости и уровня физической подготовленности, оценки организации учебного процесса. Кроме этого, понятие включало оценку здоровья членов семьи (см. рис. 4). Указанное полностью совпало с определением уровня жизни и, в какой-то степени, характеризовало надежность и валидность нашего исследования.

Изложенный материал показывает, что составляющие КЖ определяют основные тенденции поведения военнослужащих, обуславливая их надежность и боеготовность к деятельности.

Большое значение имеют условия формирования личности. Проведенные исследования установили, что рискометрическими показателями в плане возникновения у военнослужащих состояний дезадаптации личности являются неблагоприятные социально-бытовые и семейные отношения.

Низкое материальное обеспечение, неустойчивые семейные отношения, плохое здоровье членов семей и недостаточная их социальная защита определяли в нашем исследовании ухудшение социальной адаптации курсантов военного вуза.

Важным показателем КЖ военнослужащих является их профессиональное здоровье, которое является не просто отсутствием болезни, а психофизиологическими резервами организма, обуславливающими профессиональную эффективность, формирование чувства удовлетворенности КЖ и максимальную продолжительность жизни.

2.166. Шакула А.В. Система восстановления профессионального здоровья летного состава / А.В. Шакула // Воен.-мед. журн. – 2000. – №. 1. – С. 71–74.

Табл., библиогр.: 8 назв.

2.167. Шакула А.В. Восстановительная медицина в системе повышения качества жизни и сохранения здоровья населения / А.В. Шакула // Медико-психологические и педагогические проблемы качества жизни : материалы науч.-практ. конф. / Липецк. гос. пед. ун-т. – Липецк, 2003. – С. 117–119.

Восстановительная медицина как наука, изучая закономерности сохранения и восстановления функциональных резервов человека путем динамической оценки и коррекция состояния здоровья на всех этапах профилактики, подчеркивает важность концепции профессионального здоровья человека опасных профессий.

2.168. Шалимов П.М. Особенности медико-психологического статуса у военнослужащих и членов их семей в процессе рас-

формирования авиационной части / П.М. Шалимов, А.В. Горбаченко, Д.В. Глухов // Воен.-мед. журн. – 2000. – № 9. – С. 65–69.

Ил. 3, библиогр.: 15 назв.

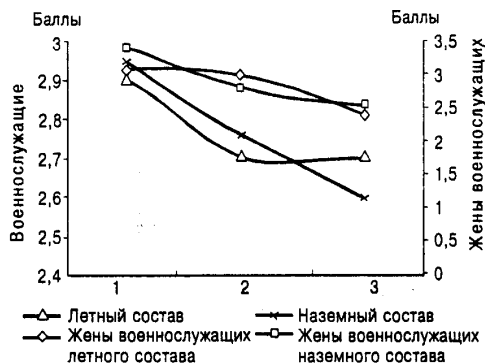
Сокращение армии и флота является актуальной проблемой реформирования Вооруженных Сил. Расформирование авиационных частей в значительной мере имеет социальный характер. Очень часто военнослужащие и члены их семей воспринимают это событие как личную трагедию, крушение жизненных устремлений, что ломает стереотип их поведения и дезорганизует психическую адаптацию.

Объект исследования составили 57 лиц летного состава и 52 человека инженерно-технического состава, а также их жены (соответственно 39 и 46).

Исследование психофизиологического статуса летчиков, инженерно-технического состава и их жен проведено в периоды расформирования авиационного полка: 1) *стабильного* (до появления информации об организационно-штатных мероприятиях); 2) *ожидания* (с момента получения этой информации до начала расформирования); 3) *расформирования* (с начала реализации организационно-штатных мероприятий).

Изменение социально-психологического статуса военнослужащих негативным образом отразилось на динамике показателей профессиональной надежности (рис. 1). Последние в процессе расформирования прогрессивно снижались как у летного, так и у наземного состава ($P < 0,001$).

Рис.1. Степень удовлетворения своей судьбой в периоды: стабильный (1), ожидания (2), расформирования (3).



При этом у многих респондентов ухудшалось самочувствие, появилась неврогенная симптоматика (среди жен военнослужащих в 2 раза чаще). Анализ заболеваемости выявил тесную связь с периодами расформирования части.

Напряжение механизмов адаптации отмечалось уже накануне у них общей заболеваемости ($P < 0,05$). В период расформирования заболеваемость достоверно снизилась как у военнослужащих так и у их жен ($P < 0,001$), что может объясняться о выходе организма на новый уровень функционирования.

У многих респондентов уменьшались психофизиологические резервы и отмечалась внутрисемейная взаимообусловленность расходования функциональных резервов организма, а также большая «цена» адаптации у жен военнослужащих. По сравнению с мужьями их характеризовали более выраженные эмоционально-депрессивные проявления и меньший уровень психической адаптации (рис. 2).

Наибольшие изменения в период ожидания, частично восстановившиеся в период расформирования части, отмечались у жен военнослужащих ($P < 0,001$). Физиологические резервы у военнослужащих снижались постепенно. При этом наибольшие изменения выявлены у лиц летного состава ($P < 0,01$ в период ожидания и $P < 0,001$ в период расформирования) (см. рис. 2).

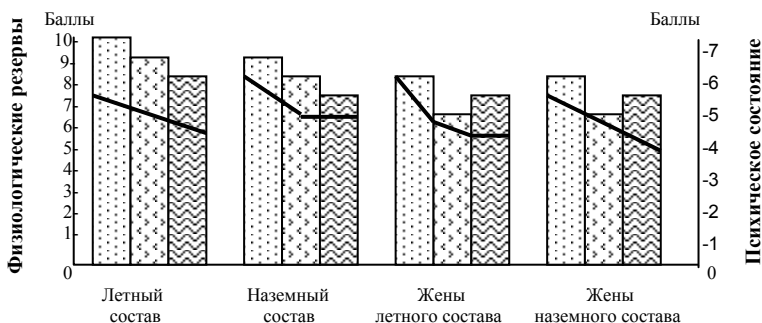


Рис. 2. Динамика физиологических резервов (столбики) и психического состояния (полужирная линия) в периоды расформирования части

Примечание: [точечный узор] — стабильный период; [кросс-узор] — период «ожидания» расформирования части; [волнистый узор] — период расформирования части.

Расформирование авиационной части является экстремальным фактором жизненной ситуации для военнослужащих и членов их семей. Проводимые мероприятия снижают уровень профессиональной надежности летного и инженерно-технического состава, а для 30 % лиц наземного состава и их жен характеризуются как неадекватные.

Рассматриваемые условия детерминируют у личного состава и членов семей полисистемный каскад компенсаторно-приспособи-

тельных реакций, выраженность и направленность которых существенно зависит от периода расформирования, исходных психофизиологических, профессиональных, социальных, индивидуально-личностных и половых характеристик.

Организационно-штатные мероприятия потенцируют развитие у обследуемых лиц высокого уровня социального и психоэмоционального напряжения, дестабилизацию психического статуса и мотивационной сферы, снижение физиологических резервов организма и неспецифической резистентности, повышение уровня заболеваемости.

Процесс расформирования авиационной части обуславливает нарушение закономерной последовательности компенсаторно-приспособительных реакций у летного и инженерно-технического состава под влиянием нового, достаточно стрессогенного фактора – адаптации к условиям жизнедеятельности на новом месте службы. Очередной этап расформирования (с момента окончания организационно-штатных мероприятий в части и прибытия на новое место службы) характеризуется повторным выраженным социально-психологическим напряжением.

2.169. Шаповалов К.А. Медицинские и социальные проблемы травматизма плавающего состава транспортного, речного и рыболовского флотов и организация неотложной травматологической помощи на судах / К.А. Шаповалов. – Сыктывкар : Коми кн. изд-во, 1997. – 226 с.

Табл. 40, библиогр. в конце кажд. парагр. и гл.
ISBN 5-7555-0621-3. Тираж 5500 экз.

2.170. Шафиркин А.В. Модель экологической опасности и социальной напряженности для описания риска ухудшения здоровья населения / А.В. Шафиркин // Авиакосм. и эколог. медицина. – 2003. – № 1. – С. 42–49.

Библиогр.: 17 назв.

2.171. Шафиркин А.В. Влияние хронического психоэмоционального стресса на здоровье населения / А.В. Шафиркин // Авиакосм. и эколог. медицина. – 2003. – № 3. – С. 31–38.

Табл. 1, ил. 4, библиогр.: 15 назв.

Рассмотрено влияние длительного психоэмоционального напряжения человека, связанного с экономическим и социальным положением в семье, а также с характером профессиональной работы, на его здоровье.

В основу количественного анализа положена модель, описывающая снижение во времени компенсаторных резервов организма человека при раздельном или сочетанном длительном воздействии

различных стрессорных факторов. На популяционном уровне это проявляется в закономерном увеличении коэффициентов смертности для различных возрастных групп населения и среднего значения коэффициента смертности для населения страны и отдельных регионов.

В работе проанализировано влияние величин доходов на душу населения при полной занятости трудоспособных членов семьи, уровня безработицы, некоторых стихийных бедствий, характера профессиональной деятельности на степень психозмоциональной напряженности и ухудшение показателей здоровья.

При рассмотрении продолжительности жизни в разных странах было отмечено заметное ее снижение при уменьшении среднегодовых доходов на душу населения ниже некоторого граничного предела (5000–6000 долларов в год). Автором также отмечено, что при значительном снижении доходов на душу населения с 1991 по 1994 гг. и с 1998 по 2000 гг. резко возросли коэффициенты смертности и снизилась средняя продолжительность жизни (использованы данные Госкомстата и Пенсионного фонда об уровнях зарплат и пенсий в России и величине инфляции в стране за указанные годы).

Анализ кратности ухудшения материального положения в семьях за эти периоды по отношению к 1990 г. и динамики коэффициентов смертности населения свидетельствует о непосредственной связи между этими показателями (рис.).

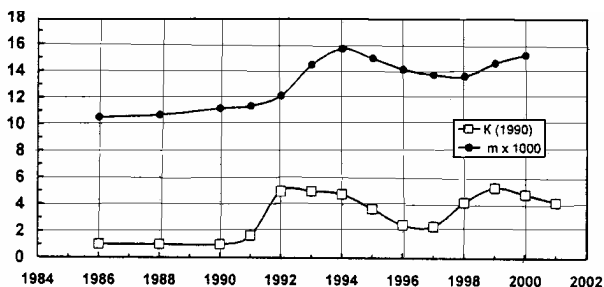


Рис. Сопоставление кратности (K) ухудшения материального положения в семьях по отношению к 1990 г. и изменения коэффициентов смертности на 1000 человек населения России.

Примечание. По оси абсцисс – календарный год, по оси ординат – коэффициенты смертности на 1000 чел. населения и кратность ухудшения по среднедушевым доходам, относительные единицы.

В условиях раздельного и сочетанного длительного действия радиации, химического загрязнения окружающей среды, измененных экономического и социального статусов человека, характера профессиональной деятельности сопоставляются степень ускорен-

ного старения организма человека и характер изменения значений коэффициентов смертности населения отдельных регионов.

В работе рассматривается уровень заболеваемости, оцениваются величины суммарного дополнительного риска смертности и ожидаемого сокращения продолжительности жизни в условиях комплексного воздействия вышеуказанных неблагоприятных факторов.

Как показывают результаты представленного исследования, первоочередными задачами по улучшению показателей здоровья населения являются улучшение экономического положения в большинстве семей и повышение реальных доходов в 2–3 раза для достижения прожиточного минимума, повышение КЖ населения, а также усиление природоохранных мероприятий для снижения уровней выбросов вредных веществ от транспорта и промышленных предприятий.

2.172. Шелепов А.М. Особенности медицинского обеспечения военнослужащих женщин в авиации / А.М. Шелепов, А.А. Боченков, В.В. Пешков // Воен.-мед. журн. – 2002. – № 12 – С. 50–54.

Библиогр.: 6 назв.

В связи с объединением войск противовоздушной обороны и ВВС в 1998 г. в общей сложности в них насчитывалось до 45 тыс. военнослужащих-женщин.

В некоторых странах в военной авиации широко используется труд женщин, где для них открыты от 96 % (ВВС Великобритании) до 99 % от числа всех должностей (ВВС США). В США женщины-пилоты используются в штурмовой и истребительной авиации, а также в качестве инструкторов в подразделениях межконтинентальных баллистических ракет (до 84 % личного состава). В ВМС США более 300 женщин летают на всех типах самолетов в качестве испытателей, пилотов оперативных эскадрилий и эскадрилий поддержки, около 200 обучаются в качестве курсантов летных военно-учебных заведений.

В настоящее время численность военнослужащих-женщин в ВВС США составляет до 13 %. Кроме того, в системе авиационной медицинской эвакуации используются бортовые медицинские сестры, осуществляющие сопровождение и оказание медицинской помощи при эвакуации раненых и больных воздушным транспортом.

В Великобритании женщины представлены в инженерно-авиационной службе (инженерно-технический состав). Имеются подразделения стюардесс. В ВМС Англии более 100 женщин входят в состав экипажей противолодочных вертолетов (пилоты, штурманы-операторы). Численный состав женщин в ВВС – 6,8 %.

В ВВС Франции женщины имеют право занимать офицерские должности (сейчас – около 100 человек) в экипажах самолетов и

вертолетов в качестве летчиков, штурманов, в основном военно-транспортной авиации. В авиации ВМФ офицерские должности выделяются для женщин в летных экипажах на транспортных самолетах и вертолетах связи.

Наибольшее количество военнослужащих-женщин проходит службу в ВВС Австралии (более 13 %), наименьшее – в Нидерландах (около 3 %).

В практике медицинского обеспечения женщин, поступивших на военную службу по контракту, необходимо учитывать их повышенную заболеваемость, в том числе акушерско-гинекологическую, связанную с воздействием неблагоприятных факторов полета (гипоксия, шум, вибрация, десинхроноз, повышенная физическая нагрузка). Для профилактики заболеваний у женщин в каждой войсковой части и учреждении рекомендуется создавать комнаты личной гигиены.

2.173. Экология, здоровье, качество жизни : (очерки системного синтеза) / Н.А. Агаджанян, Г.П. Ступаков, И.Б. Ушаков [и др.]. – М. ; Астрахань : Астрахан. гос. мед. акад., 1996. – 250 с.

Табл. 22, ил. 15, библиогр.: с. 228–232 (65 назв.). Тираж 750 экз. Авт. кол.: Н.А. Агаджанян, Г.П. Ступаков, И.Б. Ушаков, И.Н. Полуниин, В.Г. Зуев.

Монография посвящена подробному рассмотрению влияния на здоровье человека основных экологических факторов: ионизирующих и неионизирующих излучений, шумов, вибрации с позиций структурной профилактической каскадной концепции. На рис. представлена взаимосвязь характеристик КЖ и других параметров.

КЖ – это прежде всего медико-социальное понятие, имеющее экономические и даже политические грани. КЖ может рассматриваться как система потребностей для оптимальной жизни человека. Однако на человека как элемента этой системы влияет применение новейших технологий, в результате чего КЖ может не только улучшаться, но и ухудшаться. Например, профессиональные болезни, инвалидность, экономическая нестабильность являются следствиями высокотехнологического общества.

Составляющими КЖ специалистов экстремальных профессий могут быть: 1) потребление (с ним связаны геоэкология и гигиена производств); 2) продолжительность жизни (смертность) и связанная с ней заболеваемость; 3) риск как биологическое и социальное явление; 4) потомство (семья); 5) медико-санитарное состояние общества (здравоохранение); 6) информационное обеспечение человека (печать, радио, телевидение, общение).

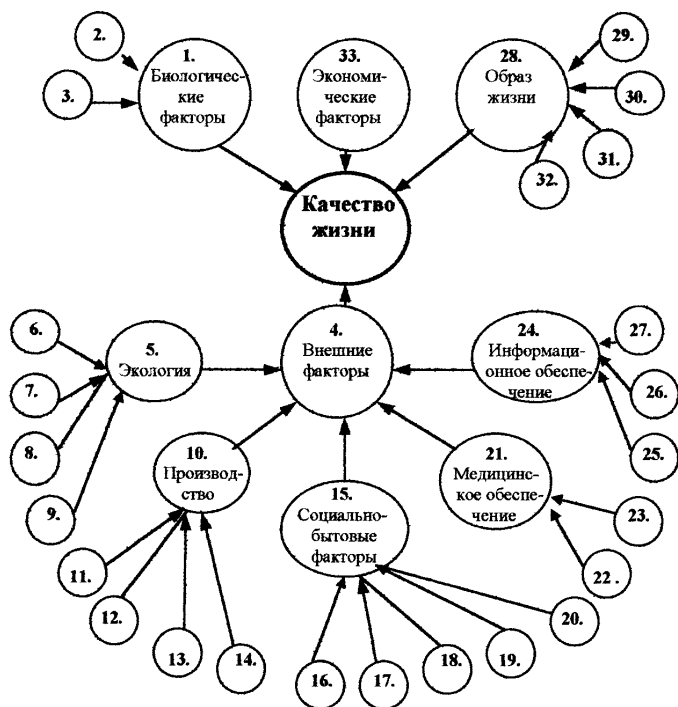


Рис. Общая структура взаимодействия качества жизни с другими параметрами и факторами.

Примечания: 1 – биологические факторы: 2 – генетические константы, 3 – возраст (биологический возраст); 4 – внешние факторы: 5 – экология: 6 – химические факторы, 7 – радиационные факторы, 8 – электромагнитная среда (РЛС, ЛЭП), 9 – гелиотропные; 10 – производство: 11 – химические факторы, 12 – радиационные факторы, 13 – электромагнитные факторы, 14 – шум, вибрация; 15 – бытовые факторы: 16 – питание, 17 – курение, 18 – алкоголь, 19 – наркотики, 20 – секс; 21 – медицинское обеспечение: 22 – лечение, 23 – профилактика; 24 – информационное обеспечение: 25 – телевидение, 26 – радио, 27 – пресса; 28 – образ жизни: 29 – производство, 30 – бытовые факторы, 31 – информационное обеспечение, 32 – идеология, обычаи, нравы религия; 33 – экономические факторы (ущерб здоровью, выраженный в единицах риска как экономического эквивалента).

Рассмотрены понятия КЖ, биологического возраста, гомеостатического потенциала, уровня риска человека опасных профессий.

2.174. Эффективность скрининговой диагностики в системе медицинской реабилитации участников ликвидации последствий чрезвычайной ситуации / В.Н. Преображенский, К.В. Лядов, Т.В. Пяткина, С.Е. Хатькова // Мед. катастроф. – 2001. – № 1. – С. 40–43.

Табл. 3., библиогр.: 2

2.175. Юрченко Ю. Безопасность военной службы в Вооруженных Силах Российской Федерации и ее значение в повседневной деятельности войск / Ю. Юрченко // Ориентир, 2002. – № 8. – С. 53–57. Ил. 2.

Обеспечение безопасности военной службы является актуальной военно-социальной проблемой ВС любого государства. Под *безопасностью военной службы* понимается состояние военной службы, обеспечивающее защищенность военнослужащих, местного населения и окружающей природной среды от угроз, возникающих при осуществлении деятельности ВС РФ.

Система работы по обеспечению безопасности военной службы – это деятельность командиров, штабов, органов по воспитательной работе и других должностных лиц, направленная на формирование и поддержание таких условий военной службы, при которых исключается (сводится к минимуму) влияние на военнослужащих опасных факторов. Структурно система безопасности военной службы представлена на рис. 1.

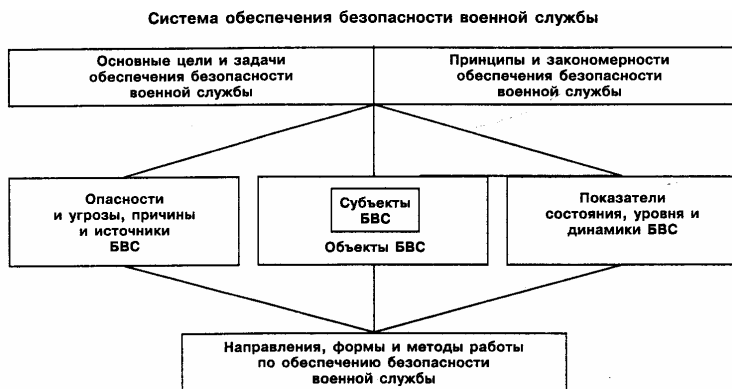


Рис. 1.

Под обеспечением безопасности военной службы понимается система правовых, социально-экономических, организационно-технических, морально-психологических, медицинских, экологических и

иных мероприятий, поддерживающая условия безопасности военной службы и обеспечивающая на этой основе реализацию жизненно-важных интересов военнослужащих, предотвращение причинения вреда жизни, здоровью, имуществу местного населения, окружающей природной среде при осуществлении повседневной деятельности ВС РФ. Направления обеспечения безопасности военной службы представлены на рис. 2.

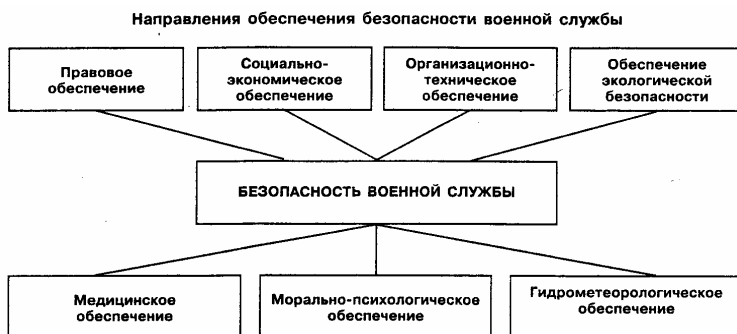


Рис. 2.

Алфавитный указатель

(1.1 – 1-й реферат 1-го раздела, 2.1– 1-й реферат 2-го раздела и т.д.)

- Аббасов Р.Ю. 2.53
Агаджанян Н.А. 2.1; 2.173
Аганбегян А.Г. 1.1
Азаров В.Н. 1.6
Айвазян С.А. 1.2; 1.3
Акимов В.А. 1.4
Алексеев С.М. 1.47
Алпатов П.Л. 2.109
Алфимов В.Н. 2.43
Альбицкий В.Ю. 1.51
Андреева И.В. 2.137
Андрианова Д.А. 1.48
Анимица Е.Г. 1.5
Анохина Ж.А. 2.45
Аринчина Н.Г. 1.83
Архиповский В.Л. 2.3
Атасян Т.М. 2.4
Афанасьев Р.В. 2.48
Баженов С.А. 1.7
Барабанова Е.В.
Баранова А.В. 1.49
Баранова В.М. 1.87; 2.53
Басов В.И. 2.109
Бахметьева Ю.М. 1.8
Белинский А.В. 2.6; 2.7; 2.49;
2.100
Белов В.Б. 1.9
Беляева И.А. 2.45; 2.158
Белянский В.М. 2.63
Бестужев-Лада И.В. 1.10
Бизенков А.И. 2.52
Бобков В.Н. 1.11; 1.112; 1.12;
1.13; 1.14; 1.15; 1.92; 1.93;
1.101; 1.102
Бобров А.Ф. 2.109
Бобровницкий И.П. 2.8
Бовт И.Г. 2.53
Богатырева Т.Г. 1.44
Богомоллов А.В. 2.8; 2.64; 2.75;
2.105; 2.116; 2.138; 2.153;
2.156
Бойков В.Э. 1.93
Бойцов Б.В. 1.6; 1.16; 1.17; 1.42
Борандукова З.П. 2.104; 2.125
Борзунова Т.И. 2.90
Боринец А.А. 2.9
Борхеева З.М. 2.123
Боченков А.А. 2.17; 2.172
Бочкарева В.К. 1.74
Братушка В.В. 2.116
Бубеев Ю.А. 2.60
Бугров С.А. 2.106
Бучнов А.Д. 2.87
Бушманов А.Ю. 2.10
Василец В.М. 2.53
Васильев А.Л. 1.18; 1.19
Васильков А.М. 2.11
Вейнгольд Ю.Ю. 1.52
Величко А.Д. 2.12
Величковский Б.Т. 1.20; 1.21
Верзилин Д.Н. 1.68
Вечканов Г.С. 1.81а
Вильк М.Ф. 2.13
Власов В.В. 2.14; 2.15
Волошина И.А. 2.112
Ворона А.А. 2.20
Воскресенский В.Ю. 1.44
Гайворонский В.С. 1.68
Галкин Л.Г. 1.55
Ганенко О.Н. 1.61; 1.62
Гатвинский Е.Н. 2.21
Генкин Б.С. 1.22
Гимранова Г.Г. 2.25
Гипп Е.К. 2.137
Глухов Д.В. 2.168
Гневашева В.А. 1.23
Голов Ю.С. 2.49
Головина Г.М. 1.86
Голота А.С. 2.22
Голубев А.А. 2.17
Гончаров С.Ф. 2.23; 2.24; 2.108;
2.124

Горбачев О.И. 2.19
 Горбаченко А.В. 2.168
 Горбунов М.А. 2.19
 Гуляр С.А. 2.71
 Гундаров И.А. 1.24; 1.25; 1.26;
 1.48
 Гурылева М.Э. 1.51
 Гусев Д.В. 2.64
 Гусев С.И. 2.55
 Гюлюгина А.А. 1.15
 Давыдов А.А. 1.27
 Давыдов Б.И. 2.55; 2.118; 2.146;
 2.147
 Давыдова Е.В. 1.27
 Данилов В.М. 2.120
 Даровская Н.Д. 2.27
 Даутов Р.Р. 2.26
 Денисов В.И. 1.52
 Денисов Н.А. 1.28
 Дерягина Л.Г. 2.89
 Дитлайн А.Ф. 2.46
 Дмитриев А.В. 1.54
 Дмитрук А.И. 2.71
 Добровольская М.Л. 1.51
 Довгуша В.В. 2.53
 Доморацкий В.А. 2.91
 Домрачев А.А. 2.28
 Донченко В.Г. 2.87
 Дорошев В.Г. 2.29
 Евдокимов В.И. 2.30; 2.31; 2.32
 2.33; 2.34; 2.35; 2.36; 2.37;
 2.38; 2.39; 2.40; 2.41; 2.42;
 2.111; 2.157; 2.165
 Елизаров В.В. 1.29
 Елимова М.Ю. 2.90
 Елохов А.М. 1.5
 Есауленко И.Э. 1.82
 Ефанова Е.Н. 2.114
 Жеребин В.М. 1.34
 Жидунова Л.Г. 2.112
 Жолус Б.И. 2.43
 Журавлева И.В. 1.76
 Задесенец Е.Е. 1.42; 1.52
 Зайцев А.Г. 2.11
 Зараковский Г.М. 1.30; 1.31;
 1.32; 1.42; 1.45; 1.46; 1.48;
 1.49; 1.50; 1.52
 Захарова Д.М. 2.131
 Землин А.И. 2.47
 Зотов И.В. 1.33
 Зуев В.Г. 2.16; 2.48; 2.55; 2.118;
 2.173
 Иванкова Л.В. 1.73
 Иванов В.Н. 2.49
 Иванова Л.А. 1.56
 Измеров Н.Ф. 2.50; 2.51
 Ильин В.Н. 2.71
 Илюхин М.С. 1.50
 Ионова Т.И. 1.75
 Ипатов А.В. 2.80
 Иштерякова О.А. 2.123
 Казанцев В.П. 1.35
 Калачев С.М. 2.54
 Каминер Е.А. 2.119
 Капцов В.А. 2.56
 Карлина Е.П. 1.36
 Кашкина Т.К. 1.42
 Кикозашвили Д.Л. 2.128
 Кирута А.Я. 1.107
 Ключарев Н.Н. 2.57
 Книга В.В. 2.58
 Козлов В.В. 2.59; 2.60
 Козлов В.И. 2.61; 2.62
 Козлова Т.З. 2.90
 Коновалов М.Я. 2.66
 Конча Л.И. 1.45; 1.47; 1.48; 1.52
 Копейкин Н.Ф. 2.63
 Копировский К.М. 2.137
 Корденко А.Н. 1.82
 Кореняк Р.Ю. 2.67
 Короткова Н.В. 2.113
 Коршевер Н.Г. 2.68
 Корякин В.М. 2.69; 2.70
 Котенев И.О. 2.131
 Котенева М.В. 2.54
 Коханов В.П. 2.72
 Крамар И.П. 2.71
 Краснов В.Н. 2.72

Кривоносова Л.А. 1.57
Крутько В.Н. 1.48; 1.58
Крылова Н.Е. 1.83
Крючков Ю.А. 1.45; 1.52
Крючков Ю.М. 1.46
Крянев В.О. 1.6
Крянев Ю.В. 1.6; 1.16; 1.17; 1.42
Кудашкин А.В. 2.73
Куделькина Н.А. 2.74
Кузнецов М.А. 1.6; 1.16; 1.17
Кузнецов О.Н. 2.78; 2.120
Кузнецов С.М. 2.61; 2.62; 2.164
Кузнецова И.В. 2.112
Кузьмичев Л.А. 1.52
Кукушкин Ю.А. 2.64; 2.65; 2.75;
2.105; 2.137
Куликов В.В. 2.76; 2.77
Куралесин Н.А. 2.2
Лавриненко А.Н. 1.74
Ладыгина И.Е. 2.90
Лакомова Н.В. 1.76
Лапаев Э.В. 2.106
Лапин А.Ю. 2.104; 2.124; 2.125
Лаптева Д.Г. 2.55
Лебедев В.П. 2.53
Лебедева Н.В. 2.50
Леви М.В. 2.114; 2.131
Лесных В.В. 1.4
Лидова В.Б. 1.42
Лизунов Ю.В. 2.18; 2.22
Лисицын Ю.П. 1.59
Литвинов В.А. 1.15; 1.60
Литвинцев С.В. 2.78; 2.79;
2.110; 2.113; 2.121; 2.133
Лобанов Г.П. 2.80
Ловчан И.Н. 2.114
Лотова И.П. 2.112; 2.127
Лукманов М.Ф. 2.89; 2.121
Лукьянова Л.В. 2.3
Лупанов А.И. 2.87
Лупачев В.В. 2.107
Лытаев А.А. 2.79
Лыткин В.М. 1.113
Львович Я.Е. 2.2
Лютов В.В. 2.81
Лядов К.В. 2.102; 2.108; 2.125;
2.174
Майборода Л.А. 1.40
Макаров О.Р. 2.111
Макаров Р.Н. 2.35; 2.111
Маклаков А.Г. 2.82
Максимов Г.К. 1.68
Максимов Л.А. 2.43
Максимова Т.М. 1.61; 1.62
Максимова Т.Н. 1.36
Малахов Ю.К. 2.113
Маликов Н.С. 1.7; 1.14; 1.63;
1.64
Малышева И.Ю. 2.123
Маневский А.П. 2.103
Марищук В.Л. 2.37
Марищук Л.В. 2.38; 2.165
Маркин В.В. 1.54
Маркович Д.Ж. 1.65
Мартенс В.К. 2.109
Марьин М.И. 2.114
Масалитин О.А. 2.35
Матюшин А.В. 2.83
Махнев А.В. 2.84
Махнев М.В. 2.84
Медведев Н.А. 1.81а
Мединцев И.И. 2.59
Мезенцев А.П. 2.56
Меметов С. 2.128
Миньков Н.В. 2.123
Миронов А.В. 2.64
Мирошин А.А. 2.118
Митина О.В. 1.79
Михайлова Я.А. 2.28
Михеев Е.М. 2.141; 2.124
Мозговая А.В. 2.85; 2.86; 2.90
Морозов С.А. 2.118
Мстиславский П.С. 1.114; 1.69;
1.70; 1.71
Мурылев В.Ю. 2.52
Мухин Д.Н. 2.9
Мягер В.К. 2.36
Найданова С.Б. 1.72

- Наместникова Г.А. 1.10
 Нафиков Р.Г. 2.88
 Невзоров В.А. 1.90
 Нерода Г.А. 2.43
 Нечипоренко В.В. 2.113
 Новик А.А. 1.75
 Новиков В.С. 2.160
 Новикова Н.И. 2.123
 Павлова Т.Л. 1.6
 Панкова В.Б. 2.56; 2.137
 Панов А.И. 2.92
 Пасечный С.Н. 2.44
 Пастухов Ю.А. 2.87
 Пересторонин В.А. 1.52
 Перстнев С.В. 2.110
 Пестов И.Д. 2.46
 Петленко В.П. 1.35
 Петленко С.В. 1.35
 Петренко В.Ф. 1.79
 Петропалова Г.П. 1.78
 Пешков В.В. 2.17; 2.172
 Пискунов А.А. 2.93; 2.94
 Пискунов В.А. 2.115
 Пищук С.Г. 2.58
 Пищита А.Н. 2.128
 Покровский В.И. 2.93
 Полунин И.Н. 2.173
 Полякова В.А. 2.137
 Пономарева Г.А. 1.80
 Пономаренко В.А. 2.19; 2.96;
 2.97; 2.98; 2.99; 2.100; 2.101;
 2.105; 2.106; 2.115; 2.154
 Пономаренко К.В.
 Попик И.Г. 2.133
 Попов В.В. 2.107
 Попов В.И. 1.82
 Попов Ю.В. 1.37
 Порошин А.А. 2.83
 Посысов О.Н. 2.112
 Починков А.П. 1.81; 1.92
 Преображенский В.Н. 2.23;
 2.24; 2.102; 2.103; 2.104;
 2.124; 2.25; 2.174
 Прилиц О.Н. 2.91
 Прусак О.Н. 2.5
 Пронин М.А. 2.16; 2.55; 2.118
 Пузанов В.И.
 Пузин С.Н. 2.128
 Пуканова Л.В. 2.3
 Пустовойт С.А. 2.112
 Пушкарев А.Л. 1.83; 2.91
 Пяткина Т.В. 2.103; 2.174
 Радионов И.Ю. 2.83
 Разумов А.А. 1.84; 2.104
 Разумов А.Н. 1.85; 2.115
 Раков А.Л. 2.44
 Ребров А.П. 2.52
 Рогожников В.А. 2.10
 Рождественская Т.В. 2.52
 Ролдугин Г.Н. 2.2; 2.38; 2.40;
 2.41
 Романов А.Н. 1.34
 Романович И.К. 2.43
 Ромасюк С.И. 2.14
 Рувинова Л.Г. 2.89
 Руденко И.В. 2.54
 Рустанович А.В. 2.133
 Рышков В.И. 1.42
 Савченко Т.Н. 1.86
 Савченко Ю.И. 2.28
 Садков В.Г. 1.104
 Санников А.Л. 2.107
 Сарайкин Ю.В. 1.87
 Секач М.Ф. 2.119
 Семенов М.Ю. 1.88
 Сибирцев В.А. 1.94
 Сигов И.И. 1.81а
 Сидоров П.И. 2.117; 2.121
 Симонова Н.И. 2.26; 2.88
 Симчук М.Н. 2.120
 Синельников А.Б. 2.90
 Синопальников В.И. 2.44
 Сквирская Г.П. 2.122
 Скляр М.Ю. 2.107
 Слабина Е.В. 2.21
 Смирнов М.А. 1.89; 1.90
 Смирнова Т.М. 1.48; 1.58
 Снедков Е.В. 2.110

Соколова Н.В. 1.82
 Соколова Н.М. 1.100; 2.45
 Солдатов С.К. 2.16; 2.55; 2.116;
 2.118; 2.146; 2.147; 2.149;
 2.150; 2.154
 Соловьев Б.Л. 1.52
 Сорокин А.В. 2.109
 Сорокин О.Н. 2.126
 Сосунова И.А. 1.47
 Стариков С.М. 2.14; 2.15; 2.148;
 2.151
 Старков Р.Ф. 1.91
 Стрелков Ю.К. 2.130
 Ступаков Г.П. 2.64; 2.106; 2.132;
 2.173
 Ступин Ф.П. 2.19
 Субетто А.И. 1.95; 1.96
 Суринов А.Е. 1.93; 1.97; 2.129
 Суслова Т.А. 1.52
 Сухих В.А. 1.5
 Сухова Н.Г. 2.127
 Тарабрина Н.В. 2.131
 Тарасов П.В. 2.134
 Тарасова И.И. 2.128
 Терентьев Л.П. 2.18; 2.163;
 2.164
 Тизул А.Я. 2.135
 Титаренко Л.Г. 1.98
 Тишук Е.А. 1.99
 Ткачук В.В. 2.11
 Трегубов В.Н. 2.80
 Трушелев С.А. 2.136
 Турбал И.В. 2.91
 Турзин П.С. 2.1; 2.152; 2.155;
 2.159
 Тучкова Н.П. 2.55
 Усов В.М. 2.8; 2.12; 2.19; 2.20;
 2.31; 2.55; 2.64; 2.65; 2.75;
 2.105; 2.116; 2.137; 2.149;
 2.150; 2.153; 2.156; 2.157
 Устинов Н.Н. 1.103
 Ушаков Б.Н. 1.82
 Ушаков И.Б. 1.82; 2.1; 2.16;
 2.31; 2.42; 2.44; 2.45; 2.55;
 2.65; 2.108; 2.118; 2.132;
 2.139; 2.140; 2.141; 2.142;
 2.143; 2.144; 2.145; 2.144;
 2.145; 2.146; 2.147; 2.148;
 2.149; 2.150; 2.151; 2.152;
 2.153; 2.154; 2.155; 2.156;
 2.157; 2.158; 2.159; 2.173
 Фадеев А.С. 2.76
 Фадеев К.В. 2.73
 Федоров М.В. 1.47; 1.52
 Фиглин Л.Б. 1.105
 Филина С.В. 2.112
 Фомичева М.Л. 2.74
 Харабет К.В. 2.161
 Харитонов С.С. 2.73
 Хатькова С.Е. 2.174
 Хашченко В.А. 1.49
 Хашченко Н.Н. 1.49
 Хорев Б.С. 1.73
 Хузиева Л.В. 1.51
 Цвелев Ю.В. 2.17
 Цуциев С.А. 2.18; 2.162; 2.163;
 2.164
 Цуциева М.Г. 2.18
 Цфасман А.З. 2.13
 Цыганок Т.В. 2.89
 Чайнова Л.Д. 1.42; 1.50
 Чернов О.Э. 2.7
 Чистов Л.М. 1.81
 Чопоров О.Н. 2.2
 Чопорова М.Г. 1.42; 1.46; 1.52
 Чурганов О.А. 2.37; 2.165
 Шабалина Н.Б. 2.128
 Шадура А.Ф. 2.127
 Шакирова Л.В. 2.123
 Шакула А.В. 2.7; 2.166; 2.167
 Шалимов П.М. 2.167
 Шамрей В.К. 2.79; 2.110; 2.133
 Шаповалов К.А. 2.169
 Шафиркин А.В. 2.170; 2.171
 Шевчук И.А. 2.68
 Шевчук Л.Б. 2.68

| | |
|-------------------------|--------------------|
| Шевяков А.Ю. 1.107 | Щепин В.О. 1.99 |
| Шелепов А.М. 2.172 | Щербина Ю.В. 2.111 |
| Шепелева Е.В. 2.81 | Щербинин И.В. 2.72 |
| Шерстенникова А.К. 2.89 | Щетинин А.Н. 2.74 |
| Шилова Л.С. 1.76 | Юдин Б.Г. 1.106 |
| Шипилов Е.И. 1.52 | Юрасова Е.Н. 2.112 |
| Шишкин Ж.К. 2.111 | Юрченко Ю. 2.175 |
| Шлыкова Е.В. 2.85; 2.90 | Яо Л.М. 1.47 |
| Шмельков К.С. 1.108 | |
| Щеколдина А.А. 2.130 | |

Перечень использованных периодических и продолжающихся изданий

Авиакосм. и эколог. медицина.

Актуальные вопросы военной психиатрии : к 275-летию отеч. психиатрии : тез. науч.-практ. конф. / Гл. воен. клин. госп. им. Н.Н. Бурденко. – М., 1998.

Актуальные вопросы медицинского контроля за состоянием здоровья летчиков и космонавтов : материалы Всерос. науч. конф., посв. 200-летию Воен.-мед. акад. и 40-летию каф. авиац. и космич. медицины. – СПб., 1998.

Актуальные проблемы интегральной медицины : тр. науч.-практ. конф. – М. ; Воронеж : Изд-во Воронеж. гос. ун-та, 2001.

Актуальные проблемы медицинской реабилитации : сб. науч. тр. / 6-й Центр. воен. клин. госп. МО РФ. – М., 1998.

Биомедицинские технологии и радиозлектроника.

Боевой стресс и посттравматическая адаптация участников боевых действий : сб. науч. тр. / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины МО РФ. – М., 2003.

Вестн. восстановительной медицины

Вестн. МГУ. – (Серия 14 ; психология).

Вестн. Междунар. акад. проблем человека в авиации и космонавтике (до 2000 г. Вестн. Междунар. акад. человека в аэрокосмич. системах).

Вестн. психосоц. и коррекц.-реабилитац. работы.

Вестн. психотерапии / Междунар. ин-т резервных возможностей человека. – СПб.

Вестн. Рос. Воен.-мед. акад.

Военная медицина на рубеже XXI века : реалии и перспективы : тез докл. науч.-практ. конф. / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины МО РФ. – М., 2000.

Военная мысль.

Воен.-мед. журн.

Воен.-экон. вестн.

Гигиена и санитария.

Достижения и перспективы медицинской реабилитации : сб. науч. тр., посв. 65-летию воен. санатория «Чемитоквадже». – М. : Ин-т реабилитологии и восстанов. медицины РАЕН, 1999.

Журн. акушерства и женских болезней.

Здравоохран. : журнал для руководителей и гл. бухгалтеров.

Здравоохран. Рос. Федерации.

Информатизация правоохранительных систем / Акад. управления МВД РФ – М., 1999.

Казанский мед. журн.

Качество жизни – главный критерий социально-экономического развития России : сб. докл. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2002.

Качество жизни в психоневрологии : тез. докл. конф. / С.-Петербург. науч.-исслед. психоневрол. ин-т. – СПб, 2000.

Качество жизни и российское предпринимательство : тез. III Всерос. науч.-практ. конф. / ВНИИ техн. эстетики. – М., 2001.

Качество жизни населения и социальная политика в регионах : материалы Всерос. науч.-практ. конф. – Пенза : Приволж. дом знаний, 2002.

Качество жизни, здоровье нации и безопасность России : V съезд Петровской акад. наук и искусств. – СПб., 2002.

Качество жизни : государственное регулирование и социальное партнерство : тез. IV Всерос. науч.-практ. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003.

Качество жизни: критерии, оценки : сб. докл. междунар. семинара. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2003.

Качество жизни: Россия XXI века : тез. Всерос. конф. – М. : ВНИИ техн. эстетики, 2000.

Качество жизни : теория и практика социальной экономики : сб. докл. междунар. науч.-практ. конф. – Белгород : БелГТАСМ, 2002.

Качество жизни : тр. ВНИИ техн. эстетики. – М., 2002–2003. – Вып. 1–9.

Качество жизни : факты и тенденции. – Саранск : Изд-во Мордов. ун-та, 2002.

Материал I Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье», – М. : Златогор, 2002.

Медико-биологические проблемы физической культуры и спорта : материалы науч.-практ. конф. – СПб. : Воен. ин-т физ. культуры, 2002.

Медико-психологические и педагогические проблемы качества жизни : материалы науч.-практ. конф. / Липец. гос. пед. ун-т. – Липецк, 2003.

Медико–социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-годы : темат. вып. – М., 1997.

Медицина : ежемес. реф. журн. / ВИНИТИ. – М.

Медицина и авиация / Ассоц. авиац. и косм. медицины РФ, М. – 1997.

Мед. катастроф.

Мед. катастроф. Служба мед. катастроф : ежекварт. реф. сб. / ВЦМК «Защита», ВИНИТИ. – М.

Медицина труда : ежемес. реф. сб. / ВИНИТИ. – М.

Медицина труда и пром. экология.

Методические вопросы изучения и прогнозирования здоровья населения : тез. докл. науч. конф. / НИИ СГЭУЗ им. Н.А. Семашко РАМН. – М., 1999.

Морская медицина в новом тысячелетии : сб. тез. междунар. конф. – Архангельск, 2002.

Нейрокомпьютеры и их применение : тез. докл. V Всерос. конф. – М. : Радио и связь, 1999.

Новое в экологии и безопасности жизнедеятельности : тез. докл. Всерос. науч.-практ. конф. – СПб., 1999.

Омск. науч. вестн.

Организм и окружающая среда : жизнеобеспечение и защита человека в экстремальных условиях : сб. докл. междунар. науч.-практ. конф. – М. : Слово, 2002.

Ориентир.

Паллиативная медицина и качество жизни : материалы междунар. конф. / Междунар. центр исслед. качества жизни. – СПб., 2001.

Перспективы оптимизации работы госпиталя (стационара) на основе стандартизации в здравоохранении : материалы докл. XXX науч.-практ. конф. / 5-й Центр. воен. клин. госп. ВВС. – Красногорск : РАМН, 2000.

Пограничная психиатрия : сб. науч. тр. / Гос. науч. центр соц. и суд. психиатрии. – М., 2001.

Пожар. безопасность.

Право в Вооруженных Силах.

Практ. психол. и психоанализ.

Пробл. реабилитации / Межгос. науч.-исслед. ин-т реабилитации участников войн. – СПб., 2000.

Пробл. психологии и эргономики.

Пробл. соц. гиг., здравоохр. и истории мед.

Профилактик. забол. и укрепление здоровья.

Психол. журн.

Психология : ежемес. реф. журн. / ВИНИТИ. – М.

50 лет университета : научные итоги и преспективы / Рязан. гос. мед. ун-т. – Рязань, 2000.

Рос. психиатр. журн.

Современные технологии восстановительной медицины : тез. докл. междунар. конф. «Диагностика, реабилитация и оздоровление – 98», Сочи. – М. : САНТЭ, 1998.

Социальные проблемы экологии.

Социол. исслед.

Стандарты и качество.

Стимулирование производства общественной полезности – основа повышения качества жизни : материалы науч.-практ. конф. / Новосиб. гос. акад. экономики и упр. – Новосибирск : НГАЭИУ, 2000.

Терапевтическая помощь в экстремальных ситуациях : материалы конф. – СПб. : ВМедА, 2003.

Управление качеством жизни, образования, продукции и окружающей среды в регионах России : материалы науч.-практ. конф. / Орлов. гос. техн. ун-т. – Орел : ОрелГТУ, 2001.

Уровень жизни и доходы населения в России и за рубежом : библиографический указатель литературы, 1998–2000 гг. / Сиб. гос. технол. ун-т. – Красноярск : СибГТУ, 2002.

Уровень жизни населения регионов России : ежемес. журн. / Всерос. центр уровня жизни. – М.

Успехи теор. и клин. мед.

Физиолого-гигиеническая оценка условий военной службы женщин в Вооруженных Силах РФ : материалы Всеарм. науч. конф. / Воен.-мед. акад. – СПб., 1999.

Человеческий фактор : новые подходы в профилактике авиационной аварийности : материалы юбил. науч. конф., посвящ. 90-летию А.Г. Шишова / Гос. науч.-исслед. испыт. ин-т воен. медицины. – М., 2000.

Чернобыльский след. Медико-психологические последствия радиационного воздействия : сб. науч. тр. – М. : МГП «Вотум-1», 1992.

Экология человека / Сиб. гос. мед. ун-т. – Архангельск.

Экономическое развитие современной России : проблемы и перспективы : (сб. тр. молодых ученых). – Саранск : Ковальск. тип., 2002.

Серия «Полезная библиография». Выпуск 3

**ЕВДОКИМОВ Владимир Иванович,
УШАКОВ Игорь Борисович**

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ СПЕЦИАЛИСТОВ
ЭКСТРЕМАЛЬНЫХ ПРОФЕССИЙ**

**БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ РЕФЕРАТИВНЫЙ
УКАЗАТЕЛЬ, 1993–2003 гг.**

Издательство «ИСТОКИ»
Лицензия на издательскую деятельность
ЛР №040229 от 29.11.1998 г.
394000, г. Воронеж, ул. Мичурина, 1
Телефон (0732) 53-77-28

Отпечатано в полном соответствии с качеством
предоставленного оригинал-макета
в типографии «ИСТОКИ»
394087, г. Воронеж, ул. Мичурина, 1

Подписано в печать *** 2004 г. Формат 60 x 80₁₆. Объем 10,5 п.л.
Печать офсетная. Заказ *** Тираж 500 экз
