
УДК 316.3:314.4

ББК 60.56+60.7

Регион: экономика и социология, 2014, № 2 (82), с. 155–169

О ПОДХОДАХ К ИССЛЕДОВАНИЮ АФФЕКТИВНОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ОБЩЕСТВА

Я.А. Лещенко

Восточно-Сибирский научный центр экологии человека СО РАН

*Статья подготовлена при финансовой поддержке Российского
гуманитарного научного фонда (проект 11-06-00540)*

Аннотация

Рассмотрены практики оценки качества жизни на основе объективной, субъективной и комплексной моделей. Показаны принципиальные различия между понятиями «качество жизни индивида» и «качество жизни популяции (общества)». Отмечена проистекающая из этих различий недостаточная разработанность методологии оценки исследуемого феномена на популяционном уровне. Предложены подходы к дифференцированной оценке аффективной составляющей качества жизни региональных сообществ на основе применения специфических социально-демографических индикаторов и соответствующие критерии. Итогом такой оценки является определение уровней психосоциального (духовного) неблагополучия.

Ключевые слова: качество жизни общества, аффективная составляющая, духовное неблагополучие, социально-демографические индикаторы

Abstract

The paper considers approaches to the well-being assessment from the critical point of view based on the objective, subjective and complex patterns.

We indicate the principal differences between the following notions: individual well-being and population's (society's) well-being. Based on these differences, the assessment methodology for the phenomenon is insufficiently developed on the population level. We suggest approaches of differential assessment for an affective component of well-being in regional societies using specific socio-demographic indicators and corresponding criteria. As a result of this assessment it is possible to find the levels of psychosocial (spiritual) ill-being.

Keywords: society's living standards, affective component, spiritual ill-being, socio-demographic indicators

Долгое время считалось, что главным условием жизненного благополучия является материальный достаток. Для описания социально-экономического статуса человека, характеризуемого материальным достатком и обеспечиваемыми им благами, в научный лексикон была введена экономическая категория «уровень жизни», однако со временем становилась все более очевидной ограниченность данной категории. Поэтому наряду с сугубо экономической категорией «уровень жизни» появилась и стала получать все большее распространение системная категория «качество жизни», которую стали рассматривать как многоаспектную характеристику жизненного статуса индивида, социальной группы и, наконец, общества в целом.

Сущность категории «качество жизни» в процессе социогенеза и сопряженного с ним научного познания закономерностей общественного развития уточняется и дифференцируется при отнесении ее к различным субъектам, а также в зависимости от сфер приложения. К показателям качества жизни стали относить обеспеченность доходами, жильем и продуктами питания, занятость и условия трудовой деятельности, здоровую физическую и социальную среду, возможность вести здоровый образ жизни, общественную и личную безопасность, доступность и качество медицинской помощи, возможности получения образования, социального и культурного развития.

Сложная, многоаспектная и неоднозначно понимаемая категория качества жизни обычно применяется на индивидуальном, реже – на групповом уровне. Так, по определению ВОЗ, восприятие индивидом своего положения в культурном и ценностном контекстах его жизни

и в связи с целями, потребностями, стандартами и интересами этого индивида характеризует качество его жизни [1].

Большое значение имеет научная разработка категории «качество жизни» применительно к этносу или, что более правильно, к обществу, поскольку данную категорию необходимо обязательно рассматривать в контексте конкретного этапа социального развития.

Применительно к индивиду и обществу имеется принципиальное различие в оценке, например, такой важнейшей категории, как «благополучие» (физическое, психическое, социальное, репродуктивное и др.). Так, если в организме отдельного человека поражается (заболевает, травмируется) какой-нибудь орган или часть тела, то он, даже если все остальные органы целы и здоровы, испытывает общее неблагополучие, т.е. он весь неблагополучен и совершенно четко это осознает. Другое дело – общество, этнос. Какая-то его часть может испытывать удовлетворение по всем параметрам своего бытия (качества жизни), т.е. находиться в состоянии полного благополучия, в то время как состояние других частей будет характеризоваться той или иной степенью неблагополучия. При этом неблагополучным может оказаться, и даже в значительной мере, общество в целом. Для того же, чтобы выявить, оценить и доказать факт такого неблагополучия, его масштабы и последствия, нужны соответствующие показатели (индикаторы) и методология их оценки.

В последние десятилетия в социологии сложилось два подхода к оценке качества жизни: посредством измерения объективных показателей условий жизни и посредством измерения субъективных оценок условий жизни. В рамках этих подходов применяют две концептуальные модели качества жизни, которые в литературе обозначаются как «объективная» и «субъективная».

Согласно *объективной модели* качество жизни определяется по совокупности различных статистических показателей: природно-географических параметров, уровня загрязнения окружающей среды, характеристик социально-экономического развития и т.д. Эта модель позволяет получить статистическую оценку состояния физических, социально-экономических (материальных) факторов окружающей среды и условий жизнедеятельности в соответствии с существующи-

ми на данный момент критериями (экономическими, экологическими, демографическими, научными нормативами человеческих потребностей и степени их удовлетворения) [2, 3].

Согласно *субъективной модели* истинная сущность качества жизни отражается в субъективных ощущениях индивидов, сознательных и подсознательных психофизиологических и поведенческих реакциях. Субъективные индикаторы качества жизни подразделяют на две составляющие: когнитивную (рациональную) и аффективную (эмоциональную).

Когнитивная составляющая включает оценку общей удовлетворенности жизнью и оценки удовлетворенности различными сферами жизнедеятельности (здоровье, безопасность, доходы, жилье, образование, трудовая деятельность, брак и семейная жизнь, другие сферы).

Аффективная составляющая отражает совокупность (соотношение) позитивного и негативного аффектов. Позитивные аффекты на уровне индивида характеризуются соответствующими биологическим нормам показателями психофизиологического и психоэмоционального статуса, свидетельствующими о благоприятных условиях жизнедеятельности. Негативные аффекты выражаются в явлениях депрессии, тревожности и стресса (основные факторы стресса – негативные жизненные обстоятельства, неясность ролевых функций, социальные конфликты).

Стремление учесть множество факторов в комплексном анализе явления сопряжено с определенными трудностями вследствие сложного характера взаимосвязей между объективными показателями и субъективными оценками качества жизни. Здесь нельзя обойти вниманием семантический парадокс, содержащийся в используемой терминологии. Даже авторы, проводящие исследования на основе объективной модели, нередко отмечают, что применяемые при этом методы и подходы (отбор показателей, установление весовых коэффициентов, способ агрегирования информации и др.) оказываются в большей или меньшей степени субъективными, поскольку несут на себе отпечаток пристрастий, предпочтений и методических установок исследователя [2, 4]. Накопленный к настоящему времени опыт

эмпирических наблюдений показывает, что методически корректные исследования на основе субъективной модели дают более точную, т.е. более объективную, оценку качества жизни. Именно поэтому построение индекса качества жизни на основе субъективной самооценки человека в теории и практике исследования данной проблемы считается, как правило, более адекватным реальности. Предполагается, что определение самим индивидом своего жизненного положения, степени удовлетворенности своих потребностей дает наиболее достоверную картину.

Более сложной задачей является оценка качества жизни общества, т.е. оценка, осуществляемая на уровне популяции или субпопуляции (например, региональной). В этом случае можно также исходить из вышеприведенной посылки о большей точности оценок, получаемых на основе субъективной модели. Но здесь исследователь сталкивается с серьезными организационно-методическими трудностями, обусловленными сложностью прямого измерения психосоциального (психоземotionalного и психологического) благополучия (неблагополучия) применительно к обществу в целом, так как для этого необходимо проводить весьма трудозатратные и дорогостоящие массовые социологические, психофизиологические и психодиагностические обследования населения. По этой причине широко практикуемая в науке разработка процедур оценки качества жизни на основе объективной модели – итог неизбежного признания невозможности рассчитывать индекс на основе субъективных оценок в силу трудностей сбора этих субъективных оценок у населения.

Имеются и другие трудности при проведении массовых социологических и психодиагностических исследований. Например, когнитивная составляющая сильно зависит от формирующихся в обществе и различных его слоях представлений о личных потребностях (рациональных, нерациональных). В немалой степени зависит она и от уровня притязаний разных социальных групп на достижение считающегося престижным образа жизни [5], что, в свою очередь, обуславливается масштабами социального диспаритета, а также декларируемыми СМИ приоритетными (по меркам общества потребления) социальными ценностями и критериями жизненного успеха. Под влиянием

этого могут существенно изменяться оценки, получаемые при социологических опросах.

Даже при массовых опросах вследствие организационных трудностей из поля зрения исследователей обычно выпадают маргинальные и близкие к ним слои населения (нищие, бездомные, социопатические семьи, дети и подростки, оставшиеся без попечения родителей, асоциальные и криминальные элементы и т.п.). А между тем, по нашему мнению, численность этих слоев, их доля в популяции играют очень важную, нередко определяющую роль при оценке качества жизни общества как целостного социального организма. Ведь именно за счет указанных групп главным образом распространяются социальная патология, различные формы девиантного и делинквентного поведения, противоправные действия, т.е. все те явления, по которым судят об уровне благополучия (неблагополучия) общества.

Возникает вопрос: можно ли оценивать качество жизни общества на основе субъективной модели, преодолев проблему проведения массовых социологических и психодиагностических исследований? На наш взгляд, это возможно, если подойти к решению не с позиций измерения и обобщения индивидуальных социологических, психологических и психоэмоциональных показателей, а с позиций рассмотрения некоторых специфических социально- и медико-демографических данных, имеющих в демографической статистике и характеризующих в той или иной степени когнитивную и аффективную составляющие качества жизни общества.

Исследованию когнитивной составляющей качества жизни посвящено большое число работ, сутью и целевой установкой которых является диагностика социального самочувствия населения. Под социальным самочувствием многие авторы понимают ощущение индивидом комфортности/дискомфортности своего бытия в социуме (см., например, [6, 7]). Социальное самочувствие человека определяется степенью удовлетворения его социальных потребностей, которые, в свою очередь, являются производными от существующей в обществе системы социальных благ, от их производства и распределения: чем больше человек ощущает нехватку социальных благ, тем хуже его социальное самочувствие [8]. Следует заметить, что в этом весьма разум-

ном подходе ощутим заметный крен в сторону презумпции благосостояния (которая, по существу, утверждает примат системы социальных благ, т.е. фактора экономической природы). Такой подход, возможно, вполне приемлем по отношению к обществам, не находящимся в состоянии цивилизационного кризиса. В России же при переходе от прежней социально-экономической модели к нынешней самое сильное негативное влияние на социальное самочувствие общества (большей его части) оказали радикальные изменения в социокультурной среде, системе жизненных ценностей и координат традиционного российского общества, которые, судя по вызванным этими изменениями последствиям, имеют явно деструктивный характер.

Для измерения и оценки социального самочувствия предложено множество подходов, однако все они основываются на материалах социологических опросов, без которых, по-видимому, невозможно обойтись и в тех случаях, когда объектом исследования являются большие этносоциальные общности (например, региональные популяции). В настоящей статье мы не будем касаться этой сложной проблемы, заслуживающей специального рассмотрения.

По нашему мнению, подход, базирующийся на данных медико-демографической статистики, на популяционном уровне применим в большей степени к исследованию аффективной составляющей качества жизни, так как последняя формируется главным образом в подсознании психофизиологическими, психосоматическими и психоэмоциональными механизмами. Следовательно, она не подвержена, как рассудочные (когнитивные) оценки, флуктуациям и искажениям, возникающим под воздействием информационной среды, и поэтому более точно и объективно характеризует интегральное психофизическое отражение субъектами всего спектра факторов и явлений, детерминирующих качество их жизни.

Применяя указанный подход, необходимо определиться с понятием *аффекта на популяционном уровне*. В психологии и психиатрии аффектами называются сильные и кратковременные эмоциональные переживания, наступившие в результате воздействия определенных раздражителей. Следует подчеркнуть, что понятие «аффект» всегда использовалось применительно к индивиду, и в этом случае

аффект, как и любое другое эмоциональное проявление, представляет собой психофизиологический процесс внутренней регуляции деятельности, отражающий бессознательную субъективную оценку текущей ситуации.

Мы не встретили в литературе определения понятия «аффект» применительно к обществу, поэтому считаем возможным рассматривать в качестве аффекта на уровне общества наиболее выраженные проявления *психосоциального неблагополучия*. При этом очевидно сходство причин психосоциального неблагополучия общества и причин индивидуального аффекта: таковыми являются противоречие между разными потребностями или стремлениями человека, а также противоречие между требованиями, которые предъявляются к нему, и его возможностями выполнить их, конфликт с другими людьми. Можно лишь уточнить, что применительно к психосоциальному неблагополучию популяции речь должна идти о конфликте с существующей социально-экономической системой (ее государственными и/или негосударственными структурами).

По нашему мнению, психосоциальное неблагополучие населения России в 1990–2000-е годы складывалось из двух крупных составляющих: психосоциального стресса (обуславливает развитие психоэмоционального напряжения) и нарушений психологического (духовного) здоровья (обуславливают психологическое, духовное неблагополучие).

Механизм влияния психосоциального стресса на здоровье популяции (заболеваемость, смертность) включает психосоматический и психогенный компоненты. *Психосоматический* компонент представляет собой патофизиологическую реакцию, когда чрезмерный и затяжной стресс снижает сопротивляемость организма и может вызвать развитие характерных патологических изменений, психосоматических болезней (сосудистые заболевания сердца и мозга, эндокринопатии и др.). *Психогенное* воздействие на популяцию выражается в основном в изменении образа жизни с широким разбросом поведенческих реакций: от простого безразличного отношения к своему здоровью, игнорирования болезней и необращения за медицинской помощью до разрушающего здоровье поведения (алкоголизм, наркома-

ния и т.п.). Этот механизм ведет к увеличению заболеваемости и смертности от экзогенных причин.

Остановимся на нарушениях психологического (духовного) здоровья (духовном неблагополучии). Этот фактор стал оказывать выраженное влияние на психосоциальный статус общества, особенно контингентов молодого возраста, вследствие получивших распространение таких явлений, как потеря жизненных ориентиров в условиях ценностно-мотивационного хаоса, десоциализация, вызвавших увеличение распространенности аномалий личности и, соответственно, случаев девиантного и разрушающего здоровье поведения. Эти факторы также ведут (особенно в молодежных контингентах) к росту распространенности социальных болезней, увеличению смертности от внешних (неестественных) причин.

Итак, психосоциальный статус (неблагополучие) общества можно оценивать по показателям заболеваемости и смертности. В настоящей работе мы ограничимся рассмотрением показателей смертности, поскольку эта медико-биологическая характеристика считается одной из наиболее полно учитываемых и точных в мировой санитарной статистике (при всех недостатках учета и регистрации), что позволяет проводить межстрановые и межрегиональные сравнения, а также на основании обобщения эмпирических данных формировать критерии оценки.

При изучении структуры смертности в качестве социально-демографических индикаторов воздействия фактора психологического (духовного) неблагополучия используются показатели смертности от насильственных причин (убийств) и показатели частоты самоубийств. Для оценки уровня психологического (духовного) неблагополучия по показателям смертности предлагаем подходы, основанные на применении эмпирически установленных и принятых в мировой санитарной статистике социально-демографических критериев.

Первый критерий – *критический уровень самоубийств*: 20 случаев на 100 тыс. чел. населения обоего пола (критерий ВОЗ). По-видимому, критический уровень самоубийств в Сибири и регионах Крайнего Севера несколько выше, так как, согласно наблюдениям психиатров, население, проживающее в суровых климатикогеографических условиях, более подвержено суицидальному поведению [9].

Мы предлагаем оценивать уровень психологического (духовного) неблагополучия по степени отклонения от критического уровня (в сторону повышения) фактических показателей самоубийств (табл. 1). Для примера оценим с помощью предложенных критериев уровень самоубийств и уровень психологического неблагополучия населения Иркутской области в период 1990–2011 гг. (табл. 2).

В качестве второго социально-демографического индикатора духовного неблагополучия считаем возможным использовать **соотношение общих показателей самоубийств и убийств**. По данным мировой санитарной статистики, в социально благополучных странах показатель смертности от насильственных причин (убийств) в 5–10 и более раз ниже показателя самоубийств [10]. На этом основании предлагаем критерии оценки уровня духовного (психологического) неблагополучия (табл. 3). Для примера оценим с помощью предло-

Таблица 1

Критерии оценки уровня психологического (духовного) неблагополучия по показателю самоубийств

Показатель самоубийств, на 100 тыс. чел. населения	Уровень психологического неблагополучия
Менее 20,0 (для РФ в целом и регионов европейской части страны)	Фоновый уровень (условное благополучие)
Менее 25,0 (для регионов Сибири и Крайнего Севера)	
20,0–29,9 (для РФ в целом и регионов европейской части страны)	Умеренно повышенный уровень неблагополучия
25,0–29,9 (для Сибири и регионов Крайнего Севера)	
30,0–39,9	Повышенный
40,0–49,9	Высокий
50,0–59,9	Очень высокий
60,0 и более	Чрезвычайно высокий

Таблица 2

**Оценка уровня психологического (духовного) неблагополучия населения
Иркутской области по показателю самоубийств**

Год	Показатель самоубийств, на 100 тыс. чел. нас.	Оценка уровня психологического неблагополучия
1987	30,5	Повышенный
1990	36,7	Повышенный
1991	37,3	Повышенный
1992	41,9	Высокий
1993	54,3	Очень высокий
1994	60,5	Чрезвычайно высокий
1995	63,5	Чрезвычайно высокий
1996	55,0	Очень высокий
1997	54,6	Очень высокий
1998	54,0	Очень высокий
1999	60,7	Чрезвычайно высокий
2000	58,2	Очень высокий
2001	61,4	Чрезвычайно высокий
2002	62,2	Чрезвычайно высокий
2003	57,8	Очень высокий
2004	56,7	Очень высокий
2005	55,0	Очень высокий
2006	49,8	Высокий
2007	50,7	Очень высокий
2008	46,9	Высокий
2009	44,6	Высокий
2010	43,1	Высокий
2011	43,9	Высокий

Критерии оценки уровня психологического (духовного) неблагополучия по соотношению показателей самоубийств и убийств

Отношение показателя самоубийств к показателю убийств	Кратность отношения показателя самоубийств к показателю убийств	Уровень духовного неблагополучия
1: (0,2 и менее)	5 и более	Фоновый (условное благополучие)
1: 0,21 – 1:0,7	4,8–1,42	Умеренно повышенный
1:0,71 – 1:1	1,41–1,0	Повышенный
1:1,01 – 1:1,24	0,99–0,81	Высокий
1:1,25 – 1:1,4	0,80–0,71	Очень высокий
1: (1,41 и более)	0,70 и менее	Чрезвычайно высокий

женных критериев уровень духовного (психологического) неблагополучия населения Иркутской области в период 1990–2011 гг. (табл. 4).

При комплексной оценке уровня духовного неблагополучия, т.е. с одновременным учетом обоих вышеуказанных критериев, в случае расхождения оценок по каждому из них на одну градацию предлагается окончательную оценку ставить по более «мягкому» показателю. Например, если по показателю самоубийств уровень духовного неблагополучия оценен как «очень высокий», а по соотношению показателей самоубийств и убийств как «чрезвычайно высокий», то комплексной (окончательной) оценкой будет «очень высокий». В случае расхождения оценок на две градации предлагается окончательную оценку ставить по промежуточной градации. Например, если по показателю самоубийств уровень духовного неблагополучия оценен как «высокий», а по соотношению показателей самоубийств и убийств – как «умеренно повышенный», то окончательной оценкой будет «повышенный».

Мы отдаем себе отчет в том, что установленные градации показателей смертности по причине суицидов и от насильственных причин достаточно условны. Например, эта условность в той или иной мере вызвана недостатками диагностики и регистрации причин смерти.

Таблица 4

Оценка уровня психологического (духовного) неблагополучия населения Иркутской области по соотношению показателей самоубийств и убийств

Год	Показатель самоубийств (ПС), на 100 тыс. чел. нас.	Показатель убийств (ПУ), на 100 тыс. чел. нас.	Кратность отношения ПС/ПУ	Уровень духовного неблагополучия
1987	30,5	17,6	1,73	Умеренно повышенный
1990	36,7	31,9	1,15	Повышенный
1991	37,3	36,9	1,01	Повышенный
1992	41,9	55,0	0,76	Очень высокий
1993	54,3	80,7	0,67	Чрезвычайно высокий
1994	60,5	81,0	0,75	Очень высокий
1995	63,5	65,5	0,97	Высокий
1996	55,0	55,4	0,99	Высокий
1997	54,6	49,3	1,11	Повышенный
1998	54,0	47,7	1,13	Повышенный
1999	60,7	59,5	1,02	Повышенный
2000	58,2	70,4	0,83	Высокий
2001	61,4	75,1	0,82	Высокий
2002	62,2	89,0	0,70	Чрезвычайно высокий
2003	57,8	91,5	0,63	Чрезвычайно высокий
2004	56,7	70,5	0,80	Очень высокий
2005	55,0	72,5	0,76	Очень высокий
2006	49,8	50,2	0,99	Высокий
2007	50,7	38,8	1,31	Повышенный
2008	46,9	37,4	1,25	Повышенный
2009	44,6	31,0	1,44	Умеренно повышенный
2010	43,1	28,2	1,53	Умеренно повышенный
2011	43,9	26,6	1,65	Умеренно повышенный

Причем в значительной мере указанные недостатки касаются именно класса внешних причин смертности. Так, в постсоветский период в структуре смертности от внешних причин существенно выросла доля умерших по причине повреждений с неопределенными намерениями. Их удельный вес увеличился в 1990–2000-е годы в 2 раза, и исследователи полагают, что здесь могут с большой вероятностью скрываться насильственные и суицидальные смерти [11, 12]. Резервуаром травматической смертности, ее латентной составляющей некоторые исследователи считают класс «симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» [13]. По нашим данным, этот класс вносил вклад в общую смертность трудоспособного населения Иркутской области, сопоставимый с вкладом классов болезней органов дыхания и пищеварения.

Недостатки диагностики и регистрации причин смерти ведут к занижению фактических показателей смертности в связи с суицидами и особенно в связи с насильственными причинами, что, конечно, вносит определенную погрешность в оценку уровня психологического неблагополучия (скорее в сторону занижения этого уровня, чем наоборот).

Мы также выполнили с использованием предложенных критериев оценку уровня психосоциального неблагополучия общества по России в целом (за соответствующий период). Установлено, что негативные изменения среднероссийских значений показателей самоубийств и убийств, а также показателя их соотношения не были столь выраженными, как во многих сибирских регионах (Иркутская область является характерным примером). Так, ни в один из годов периода наблюдения уровень психологического неблагополучия, определяемый по показателю самоубийств, не оценивался по среднероссийским данным как очень высокий и чрезвычайно высокий, в то время как в Иркутской области такая ситуация наблюдалась в период 1993–2007 гг. (см. табл. 2). Из этого можно сделать вывод, что в сибирских регионах качество жизни населения снижалось в гораздо большей степени, чем в европейской части страны.

Экспертное сопоставление с опубликованными социологическими, демографическими, социально-экологическими и другими аналитическими материалами показывает хорошее логическое соответствие на-

ших оценок с междисциплинарными оценками изменения качества жизни населения страны и ее восточных регионов в 1990–2000-е годы.

Литература

1. **WHOQOL-HIV Instrument.** – URL: http://www.who.int/mental_health/media/en/613.pdf (дата обращения 23.03.2013).
2. **Исакин М.А.** Построение интегральных индикаторов качества жизни населения региона // Регион: экономика и социология. – 2005. – № 11. – С. 92–109.
3. **Шмуйло Т.П.** Исследование и использование методик оценки уровня и качества жизни // Теория и практика социально-экономических процессов в регионе / Тр. Института экономики КарНЦ РАН. – Вып. 10. – Петрозаводск: Изд-во КарНЦ РАН, 2006. – С. 36–42.
4. **Индекс качества жизни регионов России: методология и методика оценки.** – М.: Ин-т рег. информации МГУ, 2010. – 20 с.
5. **Антонов А.И., Медков В.М., Архангельский В.Н.** Демографические процессы в России XXI века. – М.: ИД «Грааль», 2002. – 168 с.
6. **Михайлова Л.И.** Социальное самочувствие и восприятие будущего россиянами // СОЦИС. – 2010. – № 3. – С. 45–49.
7. **Асланова О.А.** Социальное самочувствие: измерительный инструментарий, показатели и социальные критерии // Теория и практика общественного развития. – 2012. – № 2. – С. 59–63.
8. **Магун В.С.** Потребности и психология социальной деятельности личности. – Л.: Наука, 1983. – 176 с.
9. **Дмитриева Т., Положий Б.** Роль клинической суицидологии в системе мер по снижению преждевременной смертности и увеличению продолжительности жизни населения // Медицинская газета. – 2005. – 26 окт.
10. **Тишук Е.А.** Медицинские и медико-социальные аспекты рождаемости и смертности в современных условиях // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 1996. – № 2. – С. 11–16.
11. **Иванова А.Е., Семенова В.Г.** Новые явления российской смертности // Народонаселение. – 2004. – № 3. – С. 85–93.
12. **Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н.** Травмы и отравления в 2005–2008 годах: гендерные особенности, тенденции, приоритеты. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/151/30/lang.ru> (дата обращения 06.09.2012).
13. **Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н., Гаврилов Л.А. и др.** Социально-демографические потери, обусловленные смертностью населения России в период реформ (1989–2007 гг.). – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/103/30/lang.ru/> (дата обращения 06.09.2012).

Рукопись статьи поступила в редколлегию 03.02.2014 г.

© Лещенко Я.А., 2014