

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ  
«НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ»  
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК**

---

На правах рукописи

**ФЕДОТКИНА  
СВЕТЛАНА АЛЕКСАНДРОВНА**

**КОМПЛЕКСНОЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ  
САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЕЖИ  
РОССИИ**

**14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**ДИССЕРТАЦИЯ  
на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Научные консультанты:**

**доктор медицинских наук, профессор,  
Заслуженный врач РФ  
МОДЕСТОВ Арсений Арсеньевич**

**доктор медицинских наук,  
НЕФЕДОВСКАЯ Лилия Вазыховна**

**Москва – 2014**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
ВВЕДЕНИЕ	4
ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЕЖИ РОССИИ	15
1.1. Факторы формирования здоровья молодежи	15
1.2. Поведенческие факторы риска здоровья молодежи	21
1.3. Здоровьесберегающее поведение молодежи – вызов 21 века	29
1.4. Инновационные технологии формирования здоровья молодежи	35
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ	46
2.1. Понятийный аппарат исследования	47
2.2. Базы исследования	53
2.3. Дизайн исследования	58
2.4. Статистический анализ данных исследования	66
ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОДЕЖИ	69
3.1. Особенности заболеваемости в условиях стабильной трехлетней ситуации	69
3.2. Особенности заболеваемости в условиях снижения показателей в трехлетнем период	77
3.3. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения	84
ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ МОЛОДЕЖИ	95
4.1. Особенности смертности российской молодежи	95
4.2. Смертность молодежи Красноярского края в 1990-2000-е годы	99
4.3. Травмы и отравления, как ведущие причины смерти	101

молодежи	
4.4. Смертность молодежи Красноярского края от соматических патологий	117
4.5. Реконструкция реальных потерь от некоторых социально значимых причин смерти молодежи.	130
ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ВЛИЯЮЩЕЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРВЬЕ-СБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ	145
5.1. Оценка изменений в самосохранительном поведении молодежи России	145
5.2. Ценности здоровья у молодежи Красноярского края	150
5.3. Самосохранительное поведение молодежи Красноярского края	162
5.4. Самооценка образа жизни различными группами молодежи и готовность его изменить	174
ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЛАТФОРМЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ	193
6.1. Формирование инновационной профилактической среды	194
6.2. Проблемные зоны и возможности мониторинга здоровья молодежи	202
6.3. Создание инструментария управления инновационными процессами	215
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	234
ВЫВОДЫ	249
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	252
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	254
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	255

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Актуальность**

Одним из приоритетов государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи [59;101].

В этой связи здоровье молодежи имеет большое медико-социальное и общественное значение, как мощная сила, определяющая перспективу устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации [8; 22; 67; 79; 153;227].

Согласно определению ВОЗ, здоровье – это «не только отсутствие болезней и физических дефектов», но и «состояние полного физического, душевного и социального благополучия». Концепция эта многомерная. Благополучие и здоровье суть понятия взаимодействующие, и у них есть некоторые общие детерминанты, такие как система здравоохранения [71]. Однако более чем за 60 лет своего существования ВОЗ не проводила оценки благополучия и не представляла информации об этом, а все внимание в своих докладах и отчетах уделяла смерти, болезни и инвалидности.

В условиях существенного социального расслоения населения, дифференциации уровня жизни и доходов, кризиса мировоззренческих ценностей от молодых людей требуется значительная мобилизация сил для адаптации к новым условиям жизни, обучения, формирования межличностных отношений, к высоким умственным и физическим нагрузкам. Это возможно при оптимальном уровне здоровья, которое имеет немаловажное значение для успешного обучения и дальнейшей трудовой деятельности [3;36; 57;139].

Модели поведения молодежи являются одной из основных причин нарушений здоровья, связанных с их образом жизни [84 114; 140]. Все большее значение приобретают такие факторы риска, как курение, алкоголь, употребление токсических и психоактивных веществ, низкая двигательная активность, нарушение питания, нарушения репродуктивного здоровья и другие составляющие «нездорового образа жизни» [16; 23; 63;45; 51;76;86; 99;137;325].

Комплексные социально-гигиенические исследования свидетельствуют о том, что на модель поведения молодежи в отношении здоровья существенно влияют экономические, экологические социальные, этно-культурные детерминанты [214; 241; 229]

В этой связи приоритетное значение имеют не только разработка профилактических программ и поиск наиболее адекватных путей и методов охраны здоровья молодежи, но и формирование мониторинга здоровья, его информационное обеспечение, критерии эффективности программ, направленных на формирование самосохранительного поведения молодежной популяции, как основы глобального профилактического пространства.

Современный этап развития России нельзя охарактеризовать однозначно.

С одной стороны имеют место негативные последствия затянувшегося кризиса: проблемная среда обитания и экология, изменение социально-экономической формации и связанного с этим образа жизни нового поколения, массовое распространение среди подростков и молодежи вредных привычек, асоциальные проявления, что оказывает негативное воздействие на здоровье [8; 20; 21; 107; 230].

С другой стороны, в России формируется законодательная и нормативная база здравоохранной стратегии, направленная на сохранение и развитие человеческого капитала, включающего образование, здоровье и мотивацию к труду, осуществляется модернизация здравоохранения [26; 204; 208; 209; 210].

Около одной трети юношей призывного возраста ежегодно освобождаются от военной службы по состоянию здоровья [20; 90]. Негативные тенденции в состоянии здоровья молодежи усугубляют и без того сложную демографическую ситуацию в стране [8; 27; 165; 189].

Модели их поведения и здоровья связаны с образом жизни [84; 114; 334]. Установлено, что все большее значение приобретают такие факторы риска, как курение, алкоголь, употребление токсических и психоактивных веществ, низкая двигательная активность, нарушение питания, информационные стратегии и др., т.е. составляющих «здорового образа жизни» [115; 116; 226; 247; 248; 264; 267].

Комплексные социально-гигиенические исследования свидетельствуют о том, что на модель поведения молодежи в отношении здоровья существенно влияют экономические, экологические социальные, этно-культурные детерминант [142; 165; 184; 227; 251].

В этой связи приоритетное значение имеют не только разработка профилактических программ и поиск наиболее адекватных путей и методов охраны здоровья молодежи, но и статистическая база мониторинга здоровья, его информационное обеспечение, критерии эффективности программ, направленных на формирование самосохранительного поведения молодежной популяции, как основы глобального профилактического пространства. Вышеизложенное определило цель и задачи исследования.

**Цель исследования:** научное обоснование и разработка профилактической платформы здоровьесберегающего поведения молодежи на основе углубленного изучения социально-гигиенических и демографических детерминант здоровья на примере Красноярского края.

Задачи исследования:

1. Разработать методологию комплексного социально-гигиенического исследования здоровья и самосохранительного поведения молодежи как основу для обоснования и разработки профилактической платформы.
2. Выявить особенности заболеваемости молодежи Красноярского края в контексте взаимосвязи со здоровьесберегающим поведением.
3. Установить закономерности смертности российской молодежи и особенности ее формирования в Красноярском крае
4. Оценить резервы преждевременной смертности, предотвратимой стратегиями профилактики.
5. Выявить социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющие на формирование здоровья молодежи.
6. Провести анализ программ профилактики субъектов Российской Федерации и выявить их проблемные зоны и возможности.

7. Разработать профилактическую платформу здоровьесберегающего поведения молодежи, инструменты ее реализации и оценки результативности.

### **Научная новизна.**

Разработана методология комплексного социально-гигиенического исследования здоровья молодежи, которая основана на концепции предотвратимых потерь здоровья путем формирования здоровьесберегающего поведения молодежи, и включает разработку профилактической платформы, инструменты ее реализации и оценку результативности в виде мониторинга здоровья.

Уточнено понятие «молодежь» и критерии его определения в соответствии с целью исследования. В соответствии с авторским определением, к молодежи относят лиц с общими проблемами здоровья (доминирование в структуре потерь травм и отравлений), едиными детерминантами, их формирующими (особенности самосохранительного поведения и уровня жизни) и, следовательно, сходными стратегиями популяционной и групповой профилактики.

Впервые на основе анализа полицевых данных обращаемости за медицинской помощью выявлены особенности первичной заболеваемости молодежи, возрастные, гендерные и нозологические закономерности которой существенно зависят от структуры прикрепленного населения и масштабов его обращаемости в ЛПУ.

Выявлены закономерности смертности российской молодежи в сравнении с их европейскими сверстниками, которые характеризуются: более высоким уровнем потерь накануне социально-экономических преобразований; более негативными тенденциями в процессе социально-экономической трансформации; существенной региональной вариацией.

Впервые установлены масштабы предотвратимой смертности, обусловленные поведенческими факторами риска, составляющие пятую часть всех случаев смерти молодых людей Красноярского края 15-29 лет, прямо (отравления) или косвенно (соматическая патология) обусловленных алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или их сочетанием.

Определены социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющие на формирование здоровьесберегающего поведения, важнейшими из которых являются:

-более негативные тренды саморазрушительных форм поведения у женщин, свидетельствующие об ускоренном освоении ими мужских ролей и соответствующих форм поведения;

- недооценка роли полноценного отдыха, как фактора восстановления сил и здоровья, особенно лицами, имеющими семью и детей;

-стирание различий по масштабам потребления алкоголя и курения в зависимости от уровня образования, свидетельствующее об утрате мощного фактора самосохранительного поведения.

Разработана профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи, представляющая собой методологию управления инновационными процессами профилактики, и включающая: программно-целевое планирование мер профилактики, мониторинг здоровья, ориентированный на различные медико-демографические группы молодежи, индикаторы эффективности и информационно-методическое обеспечение здравоохранной стратегии субъекта Федерации.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы

Теоретическая значимость работы определяется разработанной методологией комплексного социально-гигиенического исследования здоровья молодежи, в основу которой положена концепция предотвратимых потерь здоровья путем формирования здоровьесберегающего поведения; комплекс современных методов, включающий контент-анализ региональных программ профилактики, SWOT-анализ деятельности ЦЗ, анализ накопленной заболеваемости с использованием разработанной авторской программы «SOCPEDIATRIA-3», оценку предотвратимой смертности и масштабов ее вероятного недоучета от насильственных причин; метод социологического опроса по специально разработанной анкете. Все это позволило получить новые научные результаты в отношении здоровья и самосохранительного поведения молодежи, и на этой основе



разработать профилактическую платформу ее здоровьесберегающего поведения.

#### Научно-практическая значимость

Впервые проведен анализ массива -100 тысяч причин обращений молодежи в структуре XXI класса МКБ-10 (Z - класс - «потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами»). Анализ выявил единичные обращения по вопросам питания, прекращения курения и потребления алкоголя, переутомления, физической активности, отсутствием работы или угрозой ее потерять, с неблагоприятными условиями труда, жилищными условиями, низкими доходами, с факторами социального окружения, с семейными взаимоотношениями или отсутствием семьи. Таким образом, увеличение числа обращений молодых людей, зашифрованных в структуре «Z» -класса может быть использовано в качестве объективного критерия качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

Впервые дана экспертная оценка содержания 57 целевых программ «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения», представленных в МЗ РФ субъектами РФ. Выявлены нарушения логики программно-целевого планирования и обоснованы индикаторы, отражающие приоритетные направления профилактики в соответствии с особенностями здоровья и условий жизни детей на уровне субъекта Федерации, дифференцированные по факторам риска, действиям и результатам.

Основные результаты работы обобщены в виде монографий, программ для ЭВМ (изучение накопленной и исчерпанной заболеваемости по обращаемости), публикаций и могут быть использованы органами здравоохранения различного уровня, руководителями образовательных учреждений, организациями, занимающимися вопросами молодежной политики, а также специалистами медицинских учреждений для формирования здравоохранной стратегии, направленной на сбережение здоровья молодежи.

**Внедрение результатов исследования.** Материалы исследования использованы при подготовке монографий: Смертность молодёжи Красноярского края в контексте её самосохранительного поведения (2012); Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения. (2012); Демографическое настоящее и будущее России (2012).

Основные положения и выводы диссертации внедрены:

- в методических материалах ЦНИИОИЗ МЗ РФ;
- в рекомендациях по формированию здоровьесберегающего поведения и здорового образа жизни молодежи ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ;
- работе отдела постдипломного профессионального образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр здоровья детей» РАМН;
- в Федеральном государственном бюджетном военном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

Используются в учебном процессе при разработке циклов лекций и практических занятий для преподавания в системе последипломного образования в ФГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский медицинский университет, ГОУ ВПО «Рязанский государственный университет им. академика И.П. Павлова» Минздрава России, на кафедре поликлинической и социальной педиатрии ГБОУ ВПО «Российский национально-исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава Ф, Нижегородской и Тверской медицинских академиях.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования.**

Достоверность результатов и выводов обеспечена достаточным объемом выборки, адекватными методами статистической обработки данных, использованием стандартного лицензионного программного продукта «MS Office – 2001»: «MS Word», «MS Access», «MS Excel».

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на: -третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции развития образования взрослых». Красноярск, 16-17 июня 2008г.;

-международной научно-практической конференции «Проблемы и перспективы интегрированного, инклюзивного обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья». Красноярск, 28-31 октября 2009 г.

-I-ой Международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития образования взрослых». Красноярск, 9-10 декабря 2009 г.

-II Всероссийской научно-практической дистанционной интернет-конференции «Окружающая среда и здоровье населения», посвящённая 75-летию КГМУ. Курск: 2010 г.;

-Всероссийской научно-практической конференции «Демографические перспективы России и задачи демографической политики». Москва 6-8 апреля 2010 г.;

-Всероссийском обучающем семинаре «Технологии инклюзивного образования лиц с ограниченными возможностями здоровья: европейский и отечественный опыт». Красноярск, 25 октября 2010 г.;

-Третьей Международной телеконференции «Проблемы и перспективы современной медицины, биологии и экологии», Томск, 25 октября - 6 ноября 2010 г.;

-Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы современной науки и образования. Безопасность жизнедеятельности», Сибай, февраль 2010 г.;

-Всероссийская научно-практической конференции «Медико-социально-педагогическое сопровождение детей-инвалидов и их семей». Красноярск, 1-3-декабря 2010 г.;

-Международном форуме «III Тысячелетие – новый мир» Москва, 7-10 декабря 2010 г.;

-III Общероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные исследования социальных проблем». Красноярск, декабрь 2010 г.;

-Четвёртой Международной телеконференции «Проблемы и перспективы современной медицины, биологии и экологии», Томск, 22 февраля - 4 марта 2011 г.;

-Международной электронной научной конференции «Физическое воспитание, спорт, физическая реабилитация и рекреация в высших учебных заведениях: проблемы и перспективы развития», Красноярск, 24-26 апреля 2011 г.;

-IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Красноярск, 30 апреля 2011 г.;

-Всероссийской научно-практической конференции «Демографическое развитие России: задачи демографической политики и усиления социальной поддержки населения». Москва. 2011 г.;

- V Всероссийской с международным участием научно-практической конференции «Здоровье населения – основа процветания России», Анапа, 26 - 28 апреля 2011г.;

- IV Всероссийской научно-практической конференции «Научное творчество XXI века» с международным участием. Г. Красноярск, апрель 2011 г.;

-VII Международной научной конференции «Образование и социализация личности в современном обществе». Красноярск, июнь 2012.

-Всероссийская научно-практическая конференция «Фармакотерапия и диетология в педиатрии г. Москва, 27-29 сентября 2013 г.

По теме диссертации опубликовано 39 печатных работ, в том числе 3 монографии, 4 учебных пособия и 16 статей в журналах, рекомендуемых ВАК.

**Личный вклад автора.** Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора, как на этапе постановки цели и задач, разработки методологии исследования, так и сборе первичных данных, проведении исследований, статистической обработке, анализе и обобщении получен-

ных результатов для написания и оформления рукописи, подготовлены публикации по материалам исследования.

**Структура и объем и диссертации.** Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа изложена на 292-х страницах машинописного текста, иллюстрирована 42 таблицами и 34 рисунками. Библиографический указатель содержит 363 источника, из них 231 отечественных и 132 иностранных авторов.

## ГЛАВА 1. ЗДОРОВЬЕ МОЛОЖИ РОССИИ

### 1.1. Факторы формирования здоровья молодежи

С 90-х годов XX века Россия вступила в полосу демографического кризиса, который характеризуется ростом естественной убыли населения, низкой продолжительностью жизни, высокими показателями общей смертности [165;187]. Проблема сокращения численности и ухудшения здоровья населения в России приняла угрожающий характер для ее безопасности. В итоге Российская Федерация занимает 6-е место в мире по темпам сокращения численности населения. В этой связи сохранение и укрепление здоровья молодежи имеет большое медико-социальное и общественное значение, как мощная сила, определяющая перспективу развития цивилизации [54, 216].

В условиях снижения уровня жизни, кризиса нравственных ценностей, неуверенности в будущем от молодых людей требуется значительная мобилизация сил для адаптации к новым условиям проживания, обучения, формирования межличностных отношений, к высоким умственным и физическим нагрузкам. Это возможно при оптимальном уровне здоровья, которое имеет немаловажное значение для успешного обучения и дальнейшей трудовой деятельности [8; 20; 21;57; 107;139; 230; 231].

Для преодоления демографического кризиса в России формируется законодательная и нормативная база здравоохранной стратегии, направленная на сохранение и развитие человеческого капитала, включающего образование, здоровье и мотивацию к труду, осуществляется модернизация здравоохранения [149, 150, 151, 155, 162, 209, 210].

Возрастает доступность и качество медико-социальных услуг, ведется целенаправленная работа по повышению квалификации медицинского персонала. Значительное финансирование отрасли здравоохранения в виде национального приоритетного проекта «Здоровье»-2006 г и последовавшей за ней модернизацией здравоохранения позволили стабилизировать, а по ряду показателей и улучшить ситуацию, связанную с состоянием здоровья и репродуктивной функцией детей и молодежи.

Реализация этой беспрецедентной по своему масштабу программы направлена на реализацию следующих приоритетов: профилактика болезней и здоровый образ жизни, качество и доступность медицинской помощи, инновационные технологии и сохранение кадров в муниципальных и государственных учреждениях здравоохранения. В целом, только за 2011-2012 гг. предусмотрено финансирование региональных программ в объеме 633 млрд. рублей, из которых 390 – средства Федерального Фонда обязательного медицинского страхования; 112,8 млрд. руб. – бюджеты субъектов; 130 млрд. руб. – бюджеты территориальных фондов медицинского страхования [174].

В этой ситуации возрастает роль медицинского менеджмента, основными задачами которого являются установление приоритетов и планирование деятельности медицинских учреждений всех уровней, ориентированных на доступность и качество медицинской помощи населению, под которой понимаются [70]:

- отсутствие каких-либо географических и финансовых барьеров для всего населения к услугам первичной помощи, ее организация, включая получение помощи в неурочное время;

- дистанционное консультирование, посещение пациентов на дому;

- соблюдение принципа преемственности в оказании помощи от одного врачебного посещения до следующего;

- межличностная непрерывность, определяемая, как непрерывные индивидуальные отношения между пациентом и медицинским работником;

- отсутствие проблем в управлении потоков пациентов.

Следует отметить, что по каждому из вышеуказанных требований в медицинских учреждениях имеют место ограничения, связанные с концепцией оказания первичной медицинской помощи, традиционно ориентированной на болезнь и ее лечение, а не на нужды населения в отношении здоровья.

Одновременно была принята стратегия демографического развития страны, направленная, в том числе, и на социальную поддержку молодой семьи, развитие физической культуры и спорта.

Результатом предпринятых мер можно считать увеличение количества браков с 6,2 на 1000 населения в 2000 г. до 8,5 в 2012 г. При этом в 2000 году распадались 2 брака из трех -4.3, а в 2012 г. только каждый второй брак. Увеличилась рождаемость и сократилась смертность населения. Этому способствовало создание трехэтапная система оказания медицинской помощи беременным, родильницам и детям (в 2011 г. младенческая смертность в РФ составила 7,3‰)

Особенностью законодательной и нормативной базы здравоохраненной стратегии в России, является ее интеграция в мировое сообщество, отвечающее глобальным мировым вызовам, нашедшим отражение в целях развития тысячелетия ООН. Их адаптация актуальна для российской действительности и в первую очередь, в части здоровья детей и молодежи. Хотя за последние годы в России наблюдался рост ВВП, но все же по уровню ВВП на душу населения и, что еще важнее, по Индексу развития человеческого потенциала, отражающему социальный аспект такого роста, Россия по-прежнему среди стран со средним уровнем развития. К особенностям российской бедности относится то, что почти половину численности бедных составляют так называемые «работающие бедные»; что самому высокому риску оказаться среди наиболее бедных подвергаются молодые люди и семьи с детьми. При этом проблема недоедания (и качества питания) все еще остается актуальной для России [107;215].

Известно, что на здоровье человека оказывает влияние комплекс факторов — биологических, социальных, политических, экономических, педагогических, культурных, психологических, однако, первостепенная роль в сохранении и формировании здоровья принадлежит самому человеку, его образу жизни, ценностям, установкам, степени гармонизации внутреннего мира и отношений с окружением [37;115; 116; 224; 304; 310].

В последние два десятилетия многочисленные работы были посвящены, изучению различных аспектов здоровья учащейся молодежи [1; 42; 64; 66; 84; 133; 139 и др.]. Авторы отмечают ухудшение состояния здоровья учащихся ВУЗов и обращают внимание на то, что одна из причин заключается в том, что учиться в высшие и средне-специальные учебные заведения молодые люди по-



ступают с проблемами в сфере здоровья. Это подтверждается как исследованиями, установившим, что 40% негативных влияний, ухудшающих здоровье детей школьного возраста, связано со школой, так и данными Минздравсоцразвития РФ, о том, что только половина российских детей может считаться здоровой [81; 82; 128]. До 80% юношей призывного возраста по медицинским критериям не готовы к службе в Вооруженных силах [6; 28].

В школьном периоде одной из основных проблем здоровья и развития детей является их питание [97; 300; 310; 325; 339]. Подростки в большей мере проявляют свои предпочтения в еде, формируются неправильные привычки питания, сохраняющиеся в течение всей последующей жизни [266; 294; 298].

Фактор питания в этой возрастной группе сохраняет свою актуальность [242; 246; 247; 261; 360]. Нарушения режима принятия пищи, нерациональное, однообразное питание – основные проблемы в подростковом возрасте [362]. В школе процент охвата горячим питанием снижается с увеличением возраста детей – до 55% у старшеклассников (в среднем по России), доходя в некоторых регионах до 12%. Большинство старшеклассников предпочитают пользоваться буфетной продукцией. Тревогу вызывает увлечение фаст-фудом, высококалорийными газированными напитками, способствующими росту распространенности избыточного веса [122; 263; 274; 281; 289; 292; 330].

В зарубежной литературе очень большое число работ посвящено вопросам питания и физической активности в целях профилактики ожирения, которое в настоящее время является одной из главных проблем молодежи [236; 260; 266; 276; 283; 288; 316; 319; 320; 324; 337; 358; 359; 362]. На долю лишнего веса и ожирения приходится 5% от общего числа случаев смерти в мире [277; 306].

В 2004 г. Всемирная ассамблея здравоохранения одобрила резолюцию WHA57.17: Глобальная стратегия по питанию, физической активности и здоровью (DPAS) и рекомендовала государствам-членам разработать национальные планы действий по физической активности и политики по повышению уровней физической активности среди населения [271; 317; 328; 329; 341; 347; 355; 359].

Следует обратить внимание на то, что в условиях образовательных школ формируется адаптивно-развивающая образовательная среда, представленная в моделях здоровьесберегающей деятельности, которые предусматривают [219]:

- контроль за соблюдением законодательных и нормативных актов, регламентирующих работу образовательных учреждений различного типа и вида в сфере сохранения здоровья учащихся и педагогов;

- оптимизация качества воспитания и образования дошкольников, учащихся школ на основе учета их индивидуальных способностей, склонностей, выбора педагогических программ и профиля обучения;

- улучшения материально-технической базы образовательных учреждений, служащей для формирования здоровья участников образовательного процесса;

- осуществление медико-физиологического, психолого-педагогического мониторинга и диагностики состояния здоровья обучающихся образовательных учреждений и педагогов;

- создание информационного банка данных о состоянии здоровья учащихся и воспитанников образовательных учреждений;

- научно-методическое, организационное, правовое обеспечение программы «Образование и здоровье»;

- построение непрерывной системы образования педагогов, психологов, специалистов центра психолого-педагогической реабилитации и коррекции, направленной на сохранение и укрепление здоровья обучающихся.

Особого внимания требуют и интересы детей, находящихся в трудной жизненной ситуации и сирот, в т.ч. социальных; молодых инвалидов; лиц, обучающихся в специализированных учреждениях: суворовские и нахимовские училища, кадетские корпуса и т.п. [90; 201; 212; 21; 3218].

Многочисленными исследованиями доказано, что образ жизни родителей влияет на формирование здоровьесберегающего поведения. В этом возрасте формируются стереотипы физической активности, проведения досуга, отношение к вредным привычкам [23; 172; 318].

Одним из критических этапов в жизни человека является подростковый возраст. В силу анатомо-физиологических особенностей в этом возрасте организм является наиболее незащищенным и уязвимым к воздействию различных средовых факторов. Кроме того, «реализация» наследственной предрасположенности к патологическим отклонениям также чаще происходит в данном возрастном диапазоне [229; 304; 306; 312; 314; 332;336; 340].

Негативные изменения в состоянии здоровья подростков, отмечаемые в последние годы, вызывают обоснованное беспокойство врачей, педагогов, родителей и общества в целом, так как они неизбежно приводят к ухудшению качества трудового и интеллектуального потенциала страны, ограничению пригодности к службе в армии, а также сказываются на формировании и реализации репродуктивного здоровья [78; 80; 165; 221;238; 239; 251; 259].

Здоровье подростков отражает целостную систему материальных и духовных отношений, существующих в обществе, и во многом зависит от качества среды обитания, уровня развития образования, условий обучения, воспитания, материальной обеспеченности, быта, организации медицинского обслуживания и многих других факторов [7;8; 21; 24; 38; 43; 105;170].

Дополнительный вклад в ухудшение здоровья подростков, вносит профессиональное образование: совмещение общей и профессиональной подготовки сопровождающееся увеличением общего объема учебной нагрузки, ухудшением психоэмоционального состояния, утомлением, повышенной заболеваемостью [333; 341; 342; 349; 350]. Дополнительными негативными факторами у этого контингента являются: высокое распространение внеучебной трудовой деятельности (до 50% учащихся), вредных привычек, появлением профессиональных вредностей [92; 118; 122126].

Рядом негативных моментов сопровождается и ранняя трудовая занятость, влияющая на здоровье подростков: условия труда, высокое психоэмоциональное напряжение, сокращение свободного времени, распространенность поведенческих факторов риска (вредных привычек) [1]. Нередко отмеча-

ются запрещенные для этого возраста виды деятельности, опасные работы, приводящие в некоторых случаях к смертельному исходу [8].

В последние годы все большую распространенность среди старшеклассников получает выраженная гиподинамия – до 75 – 85%. Именно с этим фактором связано снижение не только физической работоспособности и резервных возможностей, но и ухудшение формирования растущего организма, увеличение риска развития хронических заболеваний [129; 330]. Около половины подростков нерегулярно посещают уроки физкультуры в школе, а в спортивных секциях занимаются не более четверти подростков [35; 40; 50; 54, 196].

В структуре досуга современных подростков лидирующую позицию занимают компьютерные игры, распространенность которых растет тревожными темпами. Особому воздействию компьютера подвергаются так называемые «геймеры» - часто и длительно играющие, имеющие ту или иную степень компьютерной зависимости. Этих подростков считают группой риска по нарушению здоровья [245].

Таким образом, экономические и социальные детерминанты, определяющие здоровье молодежи, регулируются как мерами государственного характера, так и образом жизни семьи и индивидуума.

## **1.2. Поведенческие факторы риска здоровья молодежи**

Внимание исследователей в последнем десятилетии занимают проблемы, связанные с социальными детерминантами здоровья молодежи [18; 79, 107; 233; 301].

Особую актуальность в этой связи приобретает распространенность поведенческих факторов риска для здоровья [51; 55; 59; 253; 256; 280; 286; 295; 313; 327; 331]. Несмотря на очевидное отрицательное влияние вредных привычек на здоровье, их распространенность в молодежной среде не только не уменьшается, но и имеет устойчивую тенденцию к росту [1;33; 34; 39; 133; 165;168; 222; 353; 357].

Так, алкоголизм формируется у подростков в среднем через 1-3 года после начала систематического употребления спиртных напитков, т.е. в 3-4 раза быстрее, чем у взрослых и имеет прогрессирующее течение [120;213;227;].

Результаты анкетирования старшеклассников показали, что 94% пробовали алкоголь, а у 30% выявлено регулярное его употребление [9; 121; 186;213]. На учете в лечебно-профилактических учреждениях с диагнозом алкоголизм стоит 2,54 тыс. подростков, а в связи с вредными последствиями алкоголя – 64,4 тыс. подростков. Стали регистрироваться случаи алкогольных психозов у подростков. В последние годы все актуальней становится проблема пивного алкоголизма.

С употреблением алкоголя тесно связана проблема табакокурения [45;109; 325; 337]. Являясь мощным психоактивным веществом, по мнению экспертов ВОЗ, табак вызывает у человека более сильную зависимость, чем даже героин, кокаин или марихуана.

Среди подростков, не употребляющих спиртные напитки или употребляющих их редко, больше некурящих. Специальные исследования показали, что пробовали курить 64% подростков, в устойчивую привычку курение вошло, по разным данным, от 30% до 50% подростков 15-17 лет [114]. Установлено, что число курящих родственников в семье достоверно связано с курением школьников: в семьях, где нет курящих, курит 18% мальчиков и 6% девочек, в семьях, где имеется 3 курящих родственника, курит более 57,4% мальчиков и 32,5% девочек. Выраженную никотиновую зависимость имеют 6% подростков.

Особенно острую проблему представляет наркотизация молодежи [58; 65; 79; 75; 121; 134;160; 227]. Распространенность наркомании среди детей – 0,44 на 100 000 детей, среди подростков – 23,7 на 100 000 населения соответствующего возраста. На профилактическом учете в связи с употреблением с вредными последствиями наркотических веществ состоит 0,9 тыс. детей и 7,75 тыс. подростков.

Многочисленные исследования посвящены проблеме репродуктивного поведения молодежи [7; 34; 61]. Установлено, что характерными особенностями

ми сексуального поведения современных подростков являются: раннее начало половой жизни (средний возраст 16 лет), частая смена половых партнеров (только 60-65% подростков имеют постоянного сексуального партнера), низкий уровень знаний о безопасном сексе. Это приводит к негативным последствиям для здоровья:

- высоким цифрам подростковых аборт (в 15-17 лет – 46,4 на 1000 подростков), уровень которых выше, чем у женщин в возрасте 40 лет и старше [78];

- юному материнству;

- высоким показателям заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (в 2010 году сифилис впервые был установлен у 1,3 тыс. подростков 15-17 лет, гонорея – у 1,7 тыс.).

Важнейшей медико-социальной проблемой является широкое распространение ИППП [91, 107; 200; 201; 337]. При этом уровень реальной заболеваемости гораздо выше регистрируемого.

По данным А.А. Панченко [137], среди нозологических форм ИППП у детей подростков преобладают трихомониаз и хламидиоз (49,0%), сифилис и гонорея (32,8%), аногенитальные бородавки и урогенитальный герпес (18,2%). Более 75% пациентов детско-подросткового контингента не знают о последствиях ИППП и не обращаются своевременно к врачу, около половины (43,3%) используют методы самолечения. В 32,5% случаев источником информации о самолечении ИППП является интернет. Данные обстоятельства по мнению второго, способствуют переходу заболеваний в хронические формы с негативными последствиями для репродуктивных функций в ближайшем и отдаленном будущем.

Все более острой проблемой становится распространение ВИЧ. В России ежегодно регистрируется более 7,5 тыс. ВИЧ-инфицированных подростков [94]. Отмечается рост ВИЧ-инфицированных детей в возрасте до 14 лет с 2,8 до в 2005 г до 3,4 в 2011 в расчете на 100 тыс. населения с впервые установленным диагнозом. Несколько лучше ситуация у подростков в возрасте 15-лет: показатель снизился почти вдвое – с 10,6 в 2005 г. до 5,4 в 2011 г. При этом, число де-

тей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей составило в 2011 г. – 11445, а число новорожденных, от которых отказались родственники- 671 ребенок [181].

Данная группа заболеваний помимо социально-экономического ущерба для общества в настоящий момент, несет с собой отсроченную опасность, которая может проявиться спустя годы в виде рождения физически и умственно неполноценного потомства, тяжелых поражений нервной системы и внутренних органов. Изучение заболеваемости ИППП среди лиц молодого трудоспособного возраста показало, что основную долю в их структуре занимает трихомониаз [334]. В России на долю трихомониаза приходится 40%, второе-третье место принадлежат гонорее и сифилису (24,1% и 18,6% соответственно [138].

Социальная значимость проблемы ИППП не снижается. Осложнения приводят к значительным социально-экономическим издержкам, составляя существенную статью расходов как национальных бюджетов здравоохранения, так и семейных расходов, они неблагоприятно влияют на репродуктивное здоровье молодого поколения, приводя к снижению рождаемости, ухудшению демографической ситуации, что еще более усугубляет процессы депопуляции в России [44; 55;78;87;94].

Важным социальным индикатором репродуктивного здоровья девушек могут служить показатели динамики абортот [181] Так, при абсолютном сокращении численности абортот у девочек в возрасте до 14 лет включительно с 828 в 2008 г до 543 в 2011 г. стабильной остается доля самопроизвольных абортот –соответственно 6,5% и 6,6% и абортот по медицинским показаниям -65,7% и 58,7%. При снижении численности абортот у девушек 15-19 лет в расчете на 100 тыс. соответствующего населения с 2548 в 2005 г до 1391,4 в 2011 г., доля самопроизвольных абортот увеличилась за этот период с 11,2% до 17,7%, а доля медицинских легальных абортот не изменилась- 74,9% в 2005 году и 74,2 % в 2011 г.

Особую тревогу вызывает рост нарушений психического здоровья у молодежи [120], которые приводят к ограничению возможности получения пол-

ноценного образования, снижению готовности юношей к военной службе, девиантному поведению.)

Обзор литературы по изучению глобального бремени психических болезней и стратегий в поддержании систем психического здоровья населения представлен Трущепевым С.А.[204]. Автором установлено, что глобальное бремя психических болезней нарастает и для преодоления этой проблемы ВОЗ рекомендует учитывать в стратегических документах государства и планах национального здравоохранения вопросы, связанные с развитием систем поддержки психического здоровья.

Важным фактором в снижении бремени психических расстройств будет ориентация на развитие служб психического здоровья и их интеграция в первичную медико-санитарную помощь населению.

Глобализация оказывает непосредственное влияние на приоритеты здравоохранения, к которым относится организация первичной и специализированной медико-санитарной помощи, включая детские психоневрологические учреждения и кабинеты. Здесь организационная компонента [41; 83] зависит от выбора управленческой модели деятельности медицинской организации. Авторы описывают три типа организационной компоненты:

- глобальные стратегии (минимизации издержек, фокусирование, дифференциация, инновации);

- портфельные стратегии: (диверсификация, реструктуризация, выживание);

- функциональные (наступательные, оборонительные, вертикальная интеграция, повышение качества).

Особенности процесса глобализации требуют новых, нестандартных решений в организации психиатрической помощи молодежи. Однако, она по-прежнему строится исходя из концепции реабилитации, которая характеризуется следующими особенностями:

- воздействует на следствие, а не на факторы риска возникновения патологических расстройств;



-преимущественно базируется на возможностях учреждений здравоохранения, образования и социальной защиты населения [112];

-в работе с психически больными отдает приоритет государственным учреждениям независимо от возможностей семьи ребенка [102];

-не использует в полной мере возможности государственной политики в части охраны здоровья детей [26];

-не включает в число современных научно-обоснованных индикаторов, характеризующих эффективность деятельности детских амбулаторно-поликлинических учреждений, критерии Европейской стратегии «Здоровье и развитие детей и подростков» (2005), что затрудняет определение факторов риска предотвратимых потерь психического здоровья детей [74];

- характеризуется, в основном, качественными показателями;

-при определении приоритетов работы детских психоневрологических учреждений не используют маркетинговую стратегию, основанную на SWOT-анализе сильных и слабых сторон организации, возможностях и угрозах [174];

- не моделирует вероятные сценарии заболеваемости и ее исходов, связанные с реализацией различных программ профилактики психических расстройств [120].

Прямым следствием нарушений психического здоровья является рост суицидов среди подростков [16; 46; 218].

По статистике, ежедневно в мире добровольно уходят из жизни около 3 тыс. человек, ежегодно - примерно 1 млн., что составляет 1,5% всех смертельных случаев. Суициды входят в 10 ведущих причин смерти населения во всех странах, а для молодежи в возрасте 15-34 лет – в тройку [193]. По оценке ВОЗ, сделанной на рубеже веков, прогнозируется, что к 2020 году количество самоубийств в мире вырастет до 1,5 млн. в год, самоубийства станут глобальной проблемой, так как суицид выйдет на второе место в мире как причина смерти, обойдя рак и уступая только сердечно-сосудистым заболеваниям [80, 180;193].

Созданная Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) база данных о смертности позволила определить, что средний для 90 стран показатель само-

убийств подростков в возрасте 15-19 лет в 2003 году составлял 7,4 на 100 тысяч соответствующего населения (10,5 среди юношей и 4,1 среди девушек) [354].

ВОЗ делит все страны по показателю суицида на три группы с низким уровнем самоубийств (до 10 человек в год на 100 тыс. населения), средним (от 10 до 20 человек на 100 тыс. населения) и высоким (свыше 20 человек на 100 тыс. населения).

В конце прошлого столетия среди населения России наблюдалась настоящая эпидемия суицидов: ежегодно совершали самоубийство, по разным данным, от сорока до шестидесяти тысяч человек [212]. При этом наблюдаемая во всем мире тенденция к “омоложению” суицида в России, и особенно в Москве и Санкт-Петербурге, проявилась гораздо значительнее. Оценивая показатели в нашей стране, ВОЗ признала, что Россия находится в состоянии чрезвычайной ситуации, поскольку в течение длительного периода показатель самоубийств в нашей стране существенно превышает установленный «критический уровень»— 20 случаев на 100000 населения в год [36].

В начале нового века по уровню самоубийств первое место занимала Литва – 44,1 суицида на 100 тыс. жителей, второе - Российская Федерация (39,4), третье - Беларусь (34,9). [218].

Особенностью суицидального поведения населения России является сравнительно низкий суицидальный риск среди жителей столичных городов и его возрастание для жителей «периферийных» городов и сельской местности [36;56;218].

Отсутствие в настоящее время значимых факторов преодоления дезорганизации общества, высокого суицидального риска, алкогольной детерминанты суицидов и проблемной ситуации в системе воспитания подрастающего поколения требуют углубленного анализа ситуации и разработки действенных мер по профилактике суицидов в каждом субъекте Российской Федерации с учетом региональных особенностей [2; 33; 220].

Так доказано, что 30% смертей можно предупредить профилактическими мерами, контроль за детьми на дорогах мог бы предотвратить 17% смертей [89;188; 200].

Здоровье учащихся образовательных учреждений различного уровня остаются предметом внимания исследователей, многие из которых отмечают ухудшение состояния здоровья молодежи [1; 16; 84; 127]. Так, уровень распространенности заболеваний по данным обращаемости у студентов средних специальных образовательных учреждений в возрасте 15-21 года составляет более 1445‰.

В структуре заболеваемости ведущее место занимают неинфекционные заболевания: первое место - болезни органов дыхания, второе – органов пищеварения, третье – нервной системы. Выявлена тенденция роста заболеваемости к старшим курсам. К четвертому курсу обращаемость по поводу болезней системы кровообращения увеличивается в 2,4 раза, болезней нервной системы в 2,0 раза, болезней органов пищеварения в 1,8 раза, болезней уха и сосцевидного отростка в 1,5 раза [140]. Каждый третий студент имеет сочетание функциональной и хронической патологии, а 18% - сочетание нескольких хронических заболеваний [1].

Основными причинами ухудшения здоровья студентов ВУЗов наряду с нерациональным режимом дня, большой учебной нагрузкой, напряженностью экзаменационной сессии, являются такие поведенческие факторы, как нерациональное питание, вредные привычки, недостаточная двигательная активность.

Недостаточная физическая активность считается одним из важнейших факторов риска, которые являются причинами смерти в глобальном масштабе. Во многих странах растет физическая инертность (недостаточная физическая активность), что приводит к развитию неинфекционных заболеваний (НИЗ) и ухудшению здоровья населения в мире в целом [54]. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья прежде всего ориентированы на профилактику неинфекционных заболеваний с помощью пропаганды физической активности среди населения.

Борьба с неинфекционными болезнями, нарушениями психического здоровья, недостаточностью питания, насилием и травмами одно из направлений глобальной стратегии ВОЗ на 2008-2013 гг. и РФ [52;54; 12; 191].

В современных условиях поведение молодёжи в повседневной деятельности формируется, прежде всего, под влиянием западных ценностей, стереотипов поведения, внушаемых средствами массовой информации, молодёжным окружением. Самосохранение не является жизненной целью большинства представителей российской молодёжи [1;9; 31; 32; 59; 76; 86; 93; 98; 226].

Среди факторов, влияющих на выработку самосохранительных поведенческих стратегий молодыми людьми, выделяют факторы гендера, возраста, типа учебного заведения, производственного коллектива.

Установлено, что девушки значительно больше ориентированы на самосохранение по сравнению с юношами [33; 46; 93;202].

Таким образом, все более очевидной становится необходимость формирования у молодежи самосохранительного поведения, как важнейшей способности противостоять отрицательным факторам, разрушающим здоровье.

### **1.3. Здоровьесберегающее поведение молодежи - вызов 21 века**

Согласно современной модели здоровья человека здоровьесберегающее поведение представляет собой категорию, в значительной степени связанную с благополучием, с состоянием гармонии [140]. При этом выделяют следующие его аспекты: соматическое и физическое, психическое и нравственное.

Достижение благополучия, гармонии в этих сферах дает возможность ощущать себя здоровым.

В научных работах по педагогике, психологии, медицине, социологии, философии и экономике, занимающихся различными аспектами здоровьесберегающего поведения, под ним понимается, главным образом, система действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни [1; 172; 225]. Анализ исследований социального поведения, а также современных моделей здоровья позволил несколько уточнить данное определение. Так, российские исследователи опре-

деляют социальное поведение как «особую форму существования активности человека в обществе, социальных группах, направленную на поддержание и развитие этого общества, групп и самой личности» [30]. Его структура включает в себя: поведенческий акт, действие, поступок, деяние.

Таким образом, под здоровьесберегающим поведением понимаются акты, действия, поступки и деяния, позволяющие человеку жить в гармонии с собой, с окружающим, не нарушая общечеловеческих норм и правил поведения, полноценно развиваться и функционировать его органам и системам. При выполнении любой деятельности индивид должен отбирать и выполнять те из них, которые бы учитывали необходимость укрепления и сохранения здоровья (либо восстанавливающие его, либо имеющие профилактическую направленность).

Исходя из того, что основным источником поведения являются различные потребности, можно говорить о том, что в контексте здоровьесберегающего поведения, им является наличие желания в его сохранении и укреплении [84; 186]. Авторы развивают маркетинговую идею Ф.Котлера [104] относительно разницы в потребностях и мотивах поведения. Здесь базовым понятием выступает нужда быть здоровым, которая существует объективно.

Потребность по Ф. Котлеру — это состояние индивида, создаваемое испытываемой им нуждой в объектах, необходимых для его существования и развития, и выступающее источником его активности. Мотивы - побуждение человека в связи с возникшей нуждой. Связь мотива и потребности заключается в том, что последние реализуются в поведении посредством мотивов.

Таким образом, потребность в сохранении и укреплении здоровья реализуется в различных видах деятельности по заботе о здоровье, выбор которых индивид осуществляет под влиянием сформировавшихся мотивов. Потребность в сохранении и укреплении своего здоровья возникает у человека при условии формирования, в процессе социализации, осознания его ценности, адекватных самооценки и неудовлетворенности его состоянием [62;88; 118; 133; 258;269; 284; 284;286].

Выбор в пользу определенного мотива зависит от имеющихся у личности социальных установок. Специально проведенное исследование валеоустановки, проведенное, показало, что в нее входят интегрирующие структуры психики, которые отвечают за состояние здоровья и предназначены для поддержания внутренней согласованности индивида, гармонизации его отношений с окружающим миром, для обеспечения условий личностного роста [117]. В структурном плане валеоустановка идентична структуре аттитюда (осознание информации, определенное отношение к ней и намерение поступать тем или иным образом).

Ряд исследований позволяет также говорить о необходимости развития у человека для полноценного функционирования здоровьесберегающего поведения так называемых персональных ресурсов, которые позволяют преодолевать отрицательное воздействие факторов на здоровье [282;351].

Детальный анализ проблемы их формирования в молодежной среде был проведен ВОЗ и нашел отражение в документе «Навыки, необходимые для здоровья»[126]. В документах ВОЗ они рассматриваются как способности к адаптации и практике безопасного поведения, компетенции, позволяющие людям эффективно решать самые разнообразные проблемы и преодолевать трудности повседневной жизни, что дает возможность сохранять и укреплять здоровье [73; 76; 93; 111; 135, 234; 260; 291]. Они увязываются с конкретным поведенческим выбором в отношении охраны здоровья, например, отказ от табакокурения, выбор здоровой диеты или информированный выбор в отношении безопасных взаимоотношений [119; 297; 315; 346; 361]. Установлено, что независимо от того, в какой стране проживает человек, у него важно развитие трех групп жизненных навыков: коммуникации и межличностного общения, принятия решений и критического мышления, а также навыков самоуправления и решения проблем [111; 321; 323]. Перечисленные жизненные навыки составляют основу здорового образа жизни (ЗОЖ), под которым понимается возможность реализации человеком основных формах жизнедеятельности: трудовой, общественной, семейно-бытовой, досуговой, что обеспечивает развитие и

укрепление здоровья, повышение работоспособности [110; 208; 244; 273; 275; 307; 345].

В целом проблема формирования ЗОЖ, как и проблема здоровья является междисциплинарной и включает в себя социальные, медицинские, психологические, педагогические и другие аспекты; это составная часть государственной идеологии [32; 84; 105; 173; 178].

Следует особо отметить, что существующие на федеральном и муниципальном уровне модели и программы формирования ЗОЖ молодежи слабо ориентированы на использование в этом процессе социально-педагогической компоненты. Приемлемых моделей социально-педагогической деятельности образовательно-оздоровительных учреждений, функционирование которых обеспечивает системное педагогическое сопровождение формирования у детей и подростков положительной мотивации ведения ЗОЖ также нет [84; 140].

Формирование здоровьесберегающего поведения происходит в ходе социализации [30]. На ход его развития оказывают влияние такие институты общества как семья, образовательные учреждения, средства массовой информации, государство и ряд служб (здравоохранения, психологической помощи и др.) [19; 144; 176; 198]. Для выделения основных направлений данной деятельности важно понимать, что представляет собой рассматриваемое поведение, его структуру [182].

На протяжении многих десятилетий социальной системе исключительная роль здорового образа жизни в жизнедеятельности человека не утверждалась, и в сознании населения основным фактором обеспечения здоровья выступало медицинское обеспечение. Отсутствие приоритета здоровья в жизни и сознании людей привело к тому, что и образовательный процесс в учебных заведениях был и остается лишь в незначительной степени ориентированным на воспитание осознанного отношения обучающегося к своему здоровью [127; 128; 201; 322]. В учебных планах и учебных программах вопрос здоровья недостаточно теоретически и практически обоснован. При организации учебного процесса и

выборе методик обучения, зачастую, не учитывается их влияние на организм ребенка.

Изучение состояния проблемы формирования здорового образа жизни в педагогической науке свидетельствует, что большинство современных научных исследований посвящено формированию здорового образа жизни разных возрастных групп населения [12; 96; 98]. Однако, до настоящего времени не разработаны научно обоснованные методические рекомендации для педагогов по проблеме воспитания здорового образа жизни с учетом принципа преемственности [165; 166; 199].

В настоящее время в сфере образования все более актуальной становится проблема подготовки педагогических кадров [18; 92; 192; 224; 310], которые могли бы решать задачи:

- воспитания у детей стойкой ценностной ориентации на здоровый образ жизни;
- обучения детей средствам и методам использования функциональных возможностей организма для поддержания своего здоровья;
- умения организовать и корректировать учебно-воспитательный процесс в образовательном учреждении с точки зрения охраны здоровья детей;
- моделирования работы с родителями в целях обеспечения благоприятных условий для здоровья ребенка.

Изменение системы образования на основе принципов сохранения, укрепления здоровья детей невозможно без формирования их здорового образа жизни на всех ступенях воспитания и обучения [ 214]. Повышению эффективности этого процесса, при переходе из одного звена образовательной системы в другое и способствует реализация преемственных связей в целях, задачах, содержании, средствах, формах и методах валеологического воспитания [106; 222].

Анализ работ, посвященных медико-социальным проблемам здоровья учащейся молодежи, показал, что существует ряд проблем как стратегического характера (здоровый образ жизни не рассматривается как условие и как резуль-



тат успешной социализации личности), так и организационного плана ( нет общегосударственной стратегии формирования здоровьесберегающего поведения, культуры здоровья, повышения мотивации к его сохранению) [98; 201]. В связи с этим стали разрабатываться Концепции и модели формирования здоровьесберегающего поведения молодежи [12; 17; 61; 92; 96; 133; 140; 222].

Заслуживает внимания единая программа формирования самосохранительного поведения школьников и учащейся молодёжи [59;140]. Структурные элементы программы включают блоки организационно-диагностических, информационно-профилактических, лечебно-коррекционных мероприятий и оценки их эффективности. Следует отметить, что предлагаемый алгоритм программы может быть реализован на уровне отдельного образовательного учреждения в виде Региональной программы "Здоровье учащейся молодежи" с последующим ее включением как составной части в Государственную программу "Молодежь России".

Немаловажным аспектом формирования здоровьесберегающего поведения является врачебно-профессиональное консультирование. Консультирование молодых людей непосредственно перед выбором направления обучения или специальности способствует формированию активной жизненной позиции в отношении собственного здоровья, так как обеспечивает возможность самостоятельно принимать решения касательного своего будущего с учетом индивидуального уровня здоровья и склонностей.

В вышеизложенном контексте особе место отводится мониторингу состояния здоровья молодежи по основным компонентам здоровья [217]. В последнее время в различных международных документах [80; 126;158] и научных разработках [1; 76; 93] подчеркивается, что овладение знаниями и умениями в области здоровья часто не приводит к их использованию в жизни. Гораздо более высокие результаты можно получить при формировании у человека поведения, позволяющего сохранять и укреплять свое здоровье. Кроме того, анализ данных по основным причинам ухудшения здоровья и смерти населения во

всем мире показывает, что в большей степени они обусловлены неправильным, непродуманным поведением по отношению к нему.

#### **1.4. Инновационные технологии формирования здоровья молодежи**

Исторически медицинская пропаганда осуществлялась через традиционные средства массовой информации (радио, печать, телевидение), однако в течение последних 5 лет наблюдается переход к цифровым технологиям. Активно развиваются группы он-лайн пациентов в социальных медиа, поисковый маркетинг, а также целевая баннер реклама [250]. Стратегическим направлением профилактики болезней и укрепления здоровья молодежи становится сокращению потерь здоровья которое должно включать использование новых источников информации, открывающих широкие аналитические возможности и базироваться на оценке таких индикаторов, как заболеваемость, инвалидность и смертность [178].

Возможность предупреждения заболевания зрелого возраста с детства — один из важнейших постулатов медицинской науки последних десятилетий [194].

Наибольшей сложностью для медицинского сообщества является формирование потребности молодежи в организации самосохранительного поведения. Действенность запретительных мер малоэффективна, если они не подкреплены положительными примерами: модой на здоровый образ жизни, ответственным воспитанием в семье, профилактическими образовательными инициативами, созданием особой культурно-творческой среды, которая может активизировать позицию студентов и работающей молодежи в отношении сохранения и развития своего здоровья [98].

Уровень знаний в области здоровья — один из первых и значимых факторов, от которого зависит активность населения в сохранении здоровья и изменении поведения (отказ от вредных привычек и формирование здорового образа жизни). Существуют доказательства, что только просвещение населения оказывает незначительное влияние на изменение поведения индивидуума, важно, чтобы образование населения проходило совместно с обучением навыкам,

оценкой отношения и поддерживалось политическими методами [191]. В настоящее время пришло понимание того, что некоторые заболевания имеют общественные явления, имеющие ярко выраженные социальные и поведенческие характеристики, в борьбе с которыми меры исключительно медицинского характера малоэффективны [25].

В этой связи перед специалистами поставлена непростая задача по созданию эффективно-действующей профилактической среды, включающей семью, юношей и девушек, а также специалистов образовательных и медицинских учреждений. Для этого необходим поиск инновационных методов дистанционной профилактической работы [125].

Семье, школе и обществу, в целом необходимо целенаправленно создавать представление о здоровом образе жизни [179; 229]. В ситуации такого рода востребованы организационные формы и методические подходы к медицинской профилактике, в том числе, постоянное воздействие на факторы риска основных хронических неинфекционных заболеваний, что и определяют важность разработки профилактических подходов, направленных не только на формирование здорового образа жизни, но и на «опережающее» профилактическое воздействие.

Применение современных информационных технологий в пространстве медицины приводит к появлению новых социальных институтов и моделей коммуникации, пересмотру традиционной системы ценностей, улучшению качества жизни человека [13;108] . Например, в рамках концепции Сети Школ здоровья в Европе говорится о необходимости создать скорее открытое сообщество с активным участием всех его членов, нежели закрытую иерархическую структуру. Это может быть усилено посредством применения новых возможностей Интернета (Вэб 2.0) [29].

В настоящее время уже сформировано поколение школьников и студентов, для которых более привычным является восприятие аудиовизуальной информации, нежели печатной, в англоязычной литературе его называют Generation Dot Com. Телевидение, видео, компьютер, Интернет и другие теле-

коммуникационные сети неумолимо изменяют аудиторию, постепенно превращая «читателей» в большей мере в «зрителей» [15;167].

Отмечается, что при проведении популяционных профилактических программ, охватывающих значительную часть населения, позволяющих информировать его о вопросах здоровья, успешно используется интернет. Целесообразно создание сайта, на котором посетители могут регистрироваться самостоятельно и получать консультацию по вопросам ЗОЖ [10; 52]

Результаты многочисленных исследований показали, что эффективными в получении грамотности населения в вопросах здоровья, вовлечении пациентов в процесс принятия решения по вопросам лечения и обучения являются: информация в интернете, другие электронные источники информации, персональная компьютерная информация и виртуальная поддержка [15]. Продолжает оставаться актуальным вопрос о том, какие профилактические вмешательства имеют максимальную эффективность.

В последнее время популярна технология интерактивных коммуникаций в сфере здоровья (Interactive Health Communication Application, ИНСАs), ориентированная на использование компьютеров (сети Интернет), информационных пакетов для пациентов, которые комбинируют информацию о здоровье одновременно, по меньшей мере, с одним видом социальной поддержки – в принятии решений или в изменении образа жизни.

Проведенные исследования эффективности данной технологии в отношении 3739 хронически больных пациентов показали значительный позитивный эффект: они стали более информированными, почувствовали социальную поддержку и продемонстрировали улучшение в образе жизни и клиническом течении заболевания по сравнению с пациентами, не участвовавшими в данной программе [312].

Благодаря появлению информационных технологий, качественных средств и методов оценки хронических отклонений в состоянии здоровья увеличивается доступность для населения со средним достатком эффективных методов профилактики [47].

Изучение опыта работы отделений организации медицинской помощи в образовательных учреждениях, сближение Европейских и Российских подходов в охране здоровья подростков и молодежи, связанных с распространенностью факторов риска, медицинской активностью и санитарной культурой семей, проживающих в городской и сельской местности [107], свидетельствует о том, что приоритетом в их работе должно стать гигиеническое обучение и воспитание школьников, их родителей, педагогического персонала, в том числе, с использованием интернет – ресурсов [102; 103; 125;197].

Организация массовых информационно-образовательных акций позволяет не только привлечь внимание общественности к проблемам здоровья, повысить уровень медицинской культуры населения (в том числе у молодежи), выявить начальные стадии заболеваний, но и определить приоритеты профилактической работы и направления для научного анализа [5; 206].

Отмечается, что важным инструментом воздействия на молодежь в последнее десятилетие стали современные массовые коммуникационные технологии [290]. Так например эффективность воздействия массовых коммуникаций на знания, установки и поведение целевой группы в области сексуального и репродуктивного здоровья, включая ВИЧ-инфекцию и инфекции, передаваемые половым путем, была показана на опыте осуществления трех кампаний в СМИ для молодежи 15-29 лет в 10 регионах России в 2005-2009 гг.[4]. Было доказано, что наиболее значимым источником получения молодежью информации о ВИЧ-СПИД является телевидение, особенно в сельских регионах и малых городах и для группы 15-17 лет, что говорит о важности его широкого использования для проведения профилактических программ, ориентированных на молодежь. Далее по степени убывания следуют плакаты, наклейки, брошюры, уличные щиты, пресса, Интернет и реклама в транспорте.

Необходимо отметить, что первые научные исследования по поводу разлагающего влияния некоторых кинофильмов и СМИ на молодежь в части потребления алкоголя начали проводиться в 30-х годах прошлого столетия в ответ на выражаемую населением тревогу.

Интересы и мотивация подростков 15-18 лет отличаются от таковых у молодежи в возрасте 20-25 лет – они являются более восприимчивыми к посланию массовых коммуникаций.

Результативность массовых информационных кампаний зависит от масштаба вовлечения и воздействия на целевую группу и от разнообразия и эффективности использованных каналов коммуникации [5].

Примером могут явиться также исследования о профилактической работе в кожно-венерологическом диспансере, где основными источниками об ИППП в 1/3 случаях являются интернет сайты, при этом знания об ИППП предпочли бы получать на специализированных интернет сайтах 40.8% опрошенных [196].

Развитие Интернет-медицины предоставляет уникальные ресурсы для улучшения качества жизни человека в плане состояния здоровья и болезни. Все больше граждан активно ищут информацию о здоровом образе жизни и своих заболеваниях, используя интернет-ресурсы, в частности медицинские сайты, он-лайн консультации врачей и т.д. Интернет медицина становится инструментом медико-социальной поддержки человека в отношении состоянии здоровья и болезни [15].

Таким образом, можно сделать вывод, что рекламно-агитационные кампании в средствах массовой информации [СМИ] являются важным элементом комплексных программ по пропаганде здорового образа жизни[49]. В 90-х годах, в нормативных документах отмечалось, что сложившаяся система пропаганды медико-гигиенических знаний не отвечает современным требованиям, так как не предусматривает вовлечение для этих целей заинтересованных организаций и учреждений, прежде всего образования, культуры, экологических служб, общественных и религиозных организаций, средств массовой информации. В стране не решены вопросы подготовки и повышения квалификации медицинских работников по вопросам профилактики заболеваний, гигиенического обучения и воспитания населения [150]. Информационные технологии становятся все более важной частью повседневной жизни в области здравоохране-

ния, медицинские инновации позволяют думать по-другому, рисковать, и стремиться к нечто гораздо большему [240].

В связи с этим все чаще, в научных исследования последних лет рассматривается использование социальных сетей интернета как метод распространения медицинской информации, направленного на профилактику заболеваемости среди подростков [356]. Так например разработана социальная сеть интернета <http://www.livewire.org.au>. Данный сайт социальной сети сосредоточен на молодых людях, которые живут с серьезными заболеваниями, хроническим состоянием здоровья или инвалидностью. Он предлагает безопасную среду для общения молодых людей, пострадавших от каких-то заболеваний, а также их братьев, сестер и родителей. Основной упор делается на идентификацию таких людей способных поделиться опытом жизни со своей болезнью (<https://www.livewire.org.au/>, 2013)<sup>1</sup>. Сайт SteadyHealth.com представляет связанные со здоровьем интернет сообщества, предназначен для самообразования пользователей по аспектам здоровья, дает возможность поделиться своим опытом и обменяться доступом к ценным ресурсам о здоровье (<http://www.steadyhealth.com/>, 2013)<sup>2</sup>.

В рамках приоритетного национального проекта здоровье для продвижения здорового образа жизни создан сайт <http://www.takzdorovo.ru/>, который является официальным ресурсом программы «Здоровая Россия». Материалы Takzdorovo.ru проходят проверку у ведущих специалистов российского здравоохранения и экспертов в области здорового образа жизни. Опубликованные на сайте сведения подтверждены исследованиями и содержат достоверную информацию. На сайте выкладываются справочные статьи, интересные новости, авторские колонки, комментарии экспертов и видео уроки. Разработаны инструменты, которые помогут улучшить качество жизни. Предоставлена возможность найти единомышленников и задать вопрос авторитетному специалисту [123]. Почти все сайты используют видео для взаимодействия с аудиторией,

---

<sup>1</sup> <https://www.livewire.org.au/> - 2013 (Дата обращения 03.07.2013).

<sup>2</sup> <http://www.steadyhealth.com/> - 2013 (Дата обращения 03.07.2013).

для поддержки другого контента или сообщений, а также позволяют пользователям принять участие в обмене опытом при помощи видео, так как установлено, видео является лучшим средством для сообщения.

Лучшим и известным в мире сайтом по обмену видео, является сайт YouTube - <http://www.youtube.com>, необходимо отметить, что данный сайт имеет огромную популярность в России (<http://www.youtube.com>)<sup>3</sup>. Существуют ряд других ресурсов направленных на сохранение здоровья. Например: <http://realtimehealth.com> - ресурс на котором сотни пациентов предлагают видео рассказы об уходе за больными<sup>4</sup> <http://raisingchildren.net.au/> - сеть предлагает широкий спектр коротких видеоклипов, для просвещения и поддержки молодых родителей о воспитании детей<sup>5</sup>, [www.abc.net.au/health/minutes/default](http://www.abc.net.au/health/minutes/default) короткие (около 1 минуты) видео с объяснениями некоторых новейших медицинских исследований и технологий<sup>6</sup>.

Не менее интересна технология подкаста. Подкастинг (англ. podcasting, от iPod и англ. broadcasting — повсеместное вещание, широковещание) - способ публикации звуковых передач (обычно в формате MP3) во всемирной сети, при котором слушатели могут подписываться и получать новые выпуски по мере их появления. Иногда применяется также к видео-передачам<sup>7</sup>. Так например Австралийская ассоциация грудного вскармливания проводит виртуальные локальные совещания по поддержке лактации и грудного вскармливания [299].

Социальные медиа являются мощнейшей интернет-коммуникационной площадкой, объединяющей миллионы людей. Так, по данным TNS, в 2011 году средняя суточная российская аудитория Facebook составляла 1,6 млн посетителей в сутки, тогда как у «ВКонтакте» в 8 раз больше - 13 млн человек [267]. Новый формат коммуникаций в социальных сетях порождает новые возможности для врачебного сообщества, например для активного продвижения здорового образа жизни, wellness-коучинга и коучинга по самоменеджменту хронических

---

<sup>3</sup> <http://www.youtube.com> (Дата обращения 03.07.2013).

<sup>4</sup> <http://realtimehealth.com> (Дата обращения 03.07.2013).

<sup>5</sup> <http://raisingchildren.net.au/> (Дата обращения 03.07.2013).

<sup>6</sup> <http://www.abc.net.au/health/minutes/default.htm> (Дата обращения 03.07.2013).

<sup>7</sup> <http://rpod.ru/about/> (Дата обращения 03.07.2013).



заболеваний, что способствует поддержанию и восстановлению здоровья и профилактике заболеваний среди населения.

За сравнительно небольшое время социальные сети из элемента молодежной субкультуры, служившего в основном для пересылки коротких сообщений и фотографий, превратились в мощный инструмент создания информации и обмена ею, формирования общественного мнения, а зачастую и манипулирования им. Очевидно значение, которое социальные сети приобрели для развития бизнеса и деятельности государственных структур; в стороне от этих явлений не осталось и здравоохранение. Массовый характер использования социальных сетей обусловил вовлечение в их деятельность всех участников процесса медицинского обслуживания – пациентов, врачей и лпу. Каждая из сторон входя в социальные сети разумеется, преследует свои собственные цели и было бы оправданным прежде всего идентифицировать эти устремления и определить, насколько реальные возможности социальных медиа им соответствуют [48]. По мнению ряда зарубежных ученых, применение новых интернет технологий в качестве канала коммуникации более привлекательны так как имеют ряд преимуществ.

- 1.Требуют меньшего финансирования на создание сервисов, контента, администрирование.

- 2.Сервис сети дает возможность получения рекомендаций об укреплении и поддержании здоровья в более индивидуализированной, динамичной, интерактивной, доступной, и в то же время более стандартизированной, удобной для пациента манере.

3. Появляется возможность использовать спектр технологий мультимедиа доступного в сети такие как: аудио, видео, опросы, графики, онлайн-игры и т.д. [278, 272].

До сих пор российскими исследователями не проводилось научных исследований особенностей, проблем и перспектив коммуникаций с целью продвижения здорового образа жизни и коучинга по самоменеджменту хронических заболеваний в русскоязычных социальных сетях Интернет.

Как российскими, так и зарубежными учеными, еще не разработаны теоретические модели интервенции медицинских профессионалов для изменения поведения и образа жизни молодежи в социальных сетях [197].

В то же время, известно, о появлении многочисленных работ западных ученых доказывающих положительное влияние продвижения идеи здорового образа жизни в социальных медиа [246; 356]. Так авторами отмечается, что благодаря продвижению здорового образа жизни в социальных медиа, появляется возможность преодолеть барьеры связанные с расстоянием, инвалидностью, стигмой пациентов [309]. Помимо социальных сетей интернета, существуют сообщения об эффективном использовании таких ресурсов как телемедицина, выделенные телефонные линии, смс рассылка.

Так отмечается, что в помощь в отказе от курения работают выделенные телефонные линии. Помощь в отказе от курения осуществляется специально подготовленными инструкторами путем консультаций для курильщиков по телефону, однако специальные исследования показывают, что эффективность таких телефонных служб, непосредственно в отказе от курения невелика, тем не менее, они, безусловно эффективны в плане просвещения, мотивации больших контингентов курильщиков на отказ от курения [109]. Кроме того в одном из недавних исследований было показано, что консультирование по телефону существенно увеличивает эффективность никотин заместительной терапии, когда курильщики приобретают соответствующие препараты самостоятельно без рекомендаций врача [302]. Телемедицина уже активно используется в дистанционном обучении врачей, мастер-классах, видеоконсилиумах больных [108; 223].

По результатам проведенных исследований отмечается положительный эффект при использовании рассылки коротких смс сообщений на состояние здоровья, и авторами исследования предлагается использовать данный метод в охране здоровья [254].

В тоже время, несмотря на очевидный успех отдельных федеральных телемедицинских проектов, массовое внедрение методов электронного здравоохранения в повседневную работу большинства учреждений здравоохранения

страны остается недостаточным. Отечественные исследования посвящены, в основном, вопросам оказания телемедицинских услуг в клинической практике. , в то время. Как оптимальное использование постоянно развивающихся электронных технологий предполагает организацию региональных систем по различным направлениям, в том числе и формировании здоровьесберегающего поведения молодежи [13,108].

Таким образом, очевидно, что информационные технологии имеют значительную роль, в охране здоровья и профилактике среди молодежи. Вопросы использования информационных технологий в здравоохранении России требуют более активного изучения и внедрения в медицинскую практику.

Подводя итог вышеизложенного, следует подчеркнуть, что в настоящее время проблема сохранения и укрепления здоровья молодежи Российской Федерации является чрезвычайно важной и приоритетной в решении задач государственной политики и рассматривается в качестве необходимой гарантии успеха всех социальных и экономических реформ в стране. Это обусловлено тем, что за последние годы состояние здоровья подрастающего поколения ухудшилось во всех регионах страны. Решение актуальной для страны проблемы улучшения здоровья детей, подростков и молодежи, как отмечают ученые, должно иметь комплексный характер, требующий привлечения усилий государственных и общественных организаций, специалистов разных научных направлений, и в первую очередь систем образования, здравоохранения и физической культуры.

Современная социальная политика в сфере здравоохранения ориентирована, в основном, на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на формирование здорового образа жизни и здоровьесберегающего поведения. Исследование поведенческих резервов здоровьесбережения и разработка программ, направленных на воспитание здорового образа жизни, представляет большой стратегический интерес как с точки зрения системы здравоохранения, так и с позиций макроэкономики.

Вместе с тем, формирование ценностных ориентаций на здоровый образ жизни у подростков и молодежи как теоретически, так и практически недостаточно ориентированы на новые вызовы времени. Эти вызовы становятся предметом разработки законодательной и нормативной базы, региональной стратегии организации профилактической среды, ориентированной на сглаживание противоречий между потребностями общества в формировании ценностных ориентаций молодежи на здоровый образ жизни.

## **ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ ПРОВЕДЕНИЯ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР ФГБУ «Научный центр здоровья детей» РАМН (директор-академик РАН и РАМН, профессор А.А. Баранов) в рамках темы 0120125 «Разработка и научное обоснование инновационных технологий первичной профилактики и формирования здорового образа жизни в педиатрии».

Основой проведения данного исследования явился комплексный подход, позволяющий рассматривать здоровье молодежи, как интегрированный показатель развития человеческого потенциала, уровень которого определяется влиянием социально-экономических, культурно-образовательных, информационно-мировоззренческих детерминант, факторов здравоохранения и пр. Изучение влияния этих детерминант явилось одним из важных методологических принципов, которое исследовалось путем анализа:

- динамики и структурных особенностей заболеваемости по обращаемости, для выявления закономерностей формирования здоровья молодежи;
- особенностей смертности молодежи от соматических и внешних причин с позиции ее предотвратимости путем влияния на самосохранительное поведение;
- программ «Профилактики неинфекционных заболеваний и формирования здорового образа жизни населения» 57 субъектов РФ на 2013-2017 гг.;
- возможностей использования электронных ресурсов для профилактики и формирования здорового образа жизни молодежи.

### **Гипотеза исследования:**

Формирование здравоохранной стратегии в отношении молодежи носит глобальный характер и является проблемой и развивающихся, и экономически развитых стран. Однако приоритеты профилактики и оптимизации лечебно-профилактической помощи этой категории населения в каждой стране имеют свои особенности.

В Российской Федерации национальная стратегия должна строиться с учетом социально-гигиенических и демографических детерминант, имеющих

региональные особенности. К ним относятся: системы здравоохранения субъектов федерации, превалирующая у молодежи патология, обеспеченности медико-социальных служб эффективным инструментарием профилактики и подготовленными кадрами.

## **2.1. Понятийный аппарат исследования**

В научных исследованиях встречаются различные оценки определения понятия «молодежь», включая биологические особенности, возраст, уровень социальной адаптации, гендерные различия, педагогические, экономические, юридические и другие оценочные критерии [1].

Развитие теорий молодежи в 1980-е годы связывается с утверждением во многих странах идей государственной молодежной политики, в контексте которой она осознается как субъект, требующий особого регулирования институциональными ресурсами государства и права [189].

В Российской Федерации молодежная политика регулируется Законом СССР от 16 апреля 1991 года № 2114-I «Об общих началах государственной молодежной политики в СССР», а также постановлением Верховного Совета СССР от 3 июня 1993 года № 5090-I «Об Основных направлениях государственной молодежной политики в Российской Федерации» в части, не противоречащей Конституции РФ.

На парламентских слушаниях 19 февраля 2009 г., посвященным «Нормативно-правовому обеспечению государственной молодежной политики в Российской Федерации» было отмечено, что кроме перечисленных, действуют отдельные федеральные законы и иные нормативные правовые акты, касающиеся некоторых вопросов государственной молодежной политики и в основном детей до 18 лет.

Однако достигнув совершеннолетия, молодой человек, как правило, еще не имеет ни достаточного образования, ни работы, ни семьи. В этом возрасте у молодых людей практически отсутствует опыт социализации. Все это говорит о том, что молодые люди в возрасте до 30 лет являются особой социальной категорией граждан, нуждающейся в государственной поддержке также, как это

осуществляется в отношении иных категорий граждан – ветеранов, пенсионеров, инвалидов, женщин, детей и т.д. Таким образом, нормативно-правовую базу, касающуюся государственной молодежной политики на сегодняшний день можно охарактеризовать как недостаточную.

Необходимость государственной поддержки молодежи давно уже осознана мировым сообществом. Законодательные акты, определяющие молодежную политику, действуют во многих странах мира. Понимая актуальность обеспечения молодежи социальными гарантиями и возможностями для реализации своего потенциала, 74 из 83 субъектов Российской Федерации приняли законы о молодежной политике, не дожидаясь принятия федерального закона. При этом в субъектах Российской Федерации также действуют точечные законы, касающиеся молодых граждан или приняты региональные программы, направленные на поддержку молодежи.

Участники слушаний констатировали, что государственная молодежная политика должна стать инвестиционной политикой вложения средств в деятельность молодежи как основного экономического потенциала в развитии государства в целом.

Ключевым определением популяционной группы «молодежь» является возраст.

В России согласно Постановлению Верховного Совета РФ от 03.06.1993 г. и Постановления Правительства РФ от 03.06.1996 г. молодежью считаются граждане в возрасте от 14 до 30 лет. Верхняя возрастная граница - 30 лет отмечается и в ряде других законодательных актах РФ [146;147;211;161].

Однако, последнее время в ряде субъектов РФ наблюдается тенденция смещения возрастного ценза для молодежи до 35 лет.

В рамках проведенного исследования представляет интерес структура учащейся и работающей молодежи в России.

Каждый второй молодой человек в России в возрасте 14-30 лет учится. Большинство учащихся общеобразовательных школ по их окончании планирует поступить в вузы, каждый пятый — на работу и каждый седьмой — в кол-

ледж. В ближайшей перспективе почти столько же молодых людей намереваются поступить на работу[143].

По характеру труда в материальном производстве молодежь распределилась следующим образом: 89,8 % работают по найму, 2,7% владеют бизнесом с наемным трудом, 2,2% работают по найму и имеют собственный бизнес, 2,5% заняты индивидуально-трудовой деятельностью, 5,5% другими видами деятельности (мелкая коммерция, работа в личном подсобном и домашнем хозяйстве). Таким образом, подавляющее большинство молодежи в материальном производстве составляет наемную рабочую силу.

Достаточно высок уровень образования молодежи в материальном производстве: 61,6% занятых в этой сфере имеют не только профессию, но и профессиональное образование, что свидетельствует о высоком воспроизводственном потенциале молодежи [142].

Проблемы здоровья и социализации молодежи носят глобальный характер, поэтому целесообразно рассмотреть международные критерии оценки этой категории населения.

Так, согласно определению Детского фонда ООН ЮНИСЕФ (1997), молодежью считается население в возрасте от 15 до 24 лет. При этом, возрастной контингент, охватывающий юношей и девушек 10-24 лет именуется «молодые люди».

Для деятельности на международном или региональном уровне ЮНЕСКО использует универсальное определение, разработанное ООН, согласно которому к молодежи относятся люди в возрасте от 15 до 24 лет. Это необходимо для согласованности статистических данных по разным регионам.

В связи с тем, что задачи нашего исследования ориентированы на разработку инновационной системы мер здоровьесберегающего поведения у молодежи, мы рассматриваем различные подходы к определению данной категории населения с позиции с социологической, педагогической, философской, юридической, и медико-биологической точки зрения.



Одно из первых определений понятия «молодёжь» в отечественной социологии было дано в 1968 г. В.Т. Лисовским, согласно которому молодёжь — поколение людей, проходящих стадию социализации, усваивающих, а в более зрелом возрасте уже усвоивших, образовательные, профессиональные, культурные и другие социальные функции [183]. Ретроспективный анализ теорий молодежи, выполненной Степанищенко О.В. (2011) позволил автору выделить наиболее значимые особенности исследуемой социальной группы в виде трех подгрупп молодежи – от 14 до 18 лет, от 18 до 22-25 лет и от 25 до 30 лет. Предложенная периодизация подкрепляется рядом социальных позиций: получение паспорта, законодательное оформление прав и обязанностей, избирательное право, профессиональное образование и др.

В работе, посвященной определению возрастных границ молодежи в отечественной криминологии Спиридонов М.С. ссылается на Г.М. Миньковского, выделившего две основные группы молодежи: 14-17 и 18-25 лет, который считал, что «общим содержанием обоих периодов развития личности является переход от физиологической к социальной зрелости, поиск места в обществе, интенсивное формирование системы взглядов, привычек, навыков поведения, системы социальных связей и отношений»[184].

Автор предлагает биологическую периодизацию молодости, которая включает следующие четыре возрастные подгруппы. Представляет интерес определение молодежи Павловским В.В. как особой биосоциальной группы, включающей юношей и девушек в возрасте от 13-14 до 29-30 лет [136].

1. Подгруппа старшее отрочество - от 13-14 до 16-17 лет для которой характерно формирование качественно нового состояния организма, переход от половой незрелости к половому созреванию, способности продолжения рода и связанными с ними многими органическими изменениями.

2. Подгруппа юность (юношеско-девический возраст) 16-17 до 20-21 года. В этот период происходит прибавление веса тела, которое зачастую носит индивидуальный характер. замедляется рост. В 17-25 лет завершается эволюция

зубов и появляются зубы мудрости. Завершается формирование ЦНС и других важнейших систем и структур.

3. Подгруппа от 20-21 до 25-26 лет определяется автором, как первая молодость, характеризующаяся расцветом всех функций и возможностей организма и относительной стабилизацией морфологических и обменных процессов.

4. Подгруппа от 25 -26 до 29-30 лет - вторая молодость. По мнению Павловского В.В. в этом возрасте начинают появляться признаки увядания организма. Почти все молодые люди в этот период реализуют свои основные, в т.ч. детородные возможности. Создают семьи, «юридически оформленные или т.н. гражданские и воспитывают детей».

Вышеизложенное позволяет утверждать, что нет универсального определения «молодежь». Нами уточнено понятие «молодежь» и критерии его определения, в соответствии с которыми понятие операционализируется целями исследования. В соответствии с целью сформулировано авторское определение, относящее к молодежи лиц с общими проблемами здоровья, едиными детерминантами, их формирующими и, следовательно, сходными стратегиями профилактики.

Таким образом, в нашем исследовании под молодежью понимается группа населения в возрастном диапазоне от 15 до 35 лет, причем верхней границей является возраст, установленный законодательством о государственной поддержке молодых семей. В настоящее время это приобретает особое значение, так как в новой России выстраивается целенаправленная государственная молодежная политика, направленная на снижение уровня депопуляции и основным звеном этого процесса является репродуктивная часть населения, основу которого составляет молодежь. Итак, молодёжь Российской Федерации — это 39,6 миллионов молодых граждан — 27 % от общей численности населения страны.

При исследовании различных процессов здоровья населения внутри данного возрастного диапазона будут выделены отдельные группы, что диктуется

спецификой исследуемых проблем. Так, при изучении заболеваемости нижней границей будет возраст не 15, а 18 лет, поскольку в медицинской практике лица до 18-летнего возраста относятся к детскому населению и обслуживаются соответствующими медицинскими учреждениями. При исследовании смертности под молодежью мы понимаем группу в возрасте 15-29 лет, что диктуется потребностями сопоставительного анализа тенденций смертности в России и европейских странах. При изучении самоохранительного поведения молодежи в Красноярском крае возрастные границы выборочной совокупности определялись местом проведения опроса – высшими и средними специальными учебными заведениями,

С учетом цели и задач исследования нами использовался следующий понятийный аппарат заболеваемости [27].

Первичная заболеваемость (по обращаемости) – совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном году зарегистрированных при обращении детского населения за медицинской помощью случаев заболеваний. Учету подлежат все острые заболевания и впервые в жизни установленные хронические заболевания (рецидивы хронической патологии, возникающие в течение года, не учитываются).

Общая заболеваемость (по обращаемости) – совокупность всех имеющих среди населения заболеваний, как впервые выявленных в данном календарном году, так и зарегистрированных в предыдущие годы, по поводу которых больной вновь обратился за медицинской помощью в данном году.

Накопленная заболеваемость (по обращаемости) - все случаи первичных заболеваний (острых и хронических за последний год), дополненные хроническими заболеваниями, зарегистрированными в предшествующие два года, по поводу которых не было обращений в данном году.

Исчерпанная заболеваемость включает накопленную заболеваемость по обращаемости и данные медицинских осмотров населения.

Следует отметить, что в настоящее время нет общепринятого термина, который бы позволил бы однозначно охарактеризовать образ жизни, направ-

ленный на сохранение и укрепление здоровья индивида [31]. Автор отмечает, что в западной науке чаще всего используются понятия: «здоровое поведение», «здоровый стиль жизни», а отечественные исследователи применяют термины: «здоровый образ жизни», «здоровьесберегающее», «самосохранительное поведение». В нашем исследовании используются как синонимы следующие дефиниции «самосохранительное и здоровьесберегающее поведение» [9].

Под профилактической платформой понимается система мер, направленных на формирование здоровьесберегающего поведения молодежи.

Профилактическая среда - комплекс информационных, физических, социальных и экономических факторов, обеспечивающих здоровый образ жизни и профилактику хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у молодежи, направленный на снижение заболеваемости и смертности.

Понятийный аппарат системы медицинской профилактики представлен в таблице 2.1.

## **2.2. Базы исследования**

База исследования представлена учреждениями, расположенными в г. Красноярске-крупном промышленном центре Восточной Сибири с населением около 1 млн. человек.

В двух ЛПУ проводилось углубленное изучение заболеваемости. Базы исследования представлены:

1. МУЗ ГБПО №1 расположено на левобережье (спальный район). Поликлиника располагается в двух зданиях и обслуживает взрослое приписное население Центрального района. Плановая мощность учреждения - 600 посещений в смену. Фактическая нагрузка составляет около двух тысяч посещений в день.

Поликлиника работает шесть дней в неделю. Прием врачей организован в две смены с 8.00 до 18.00 час. Каждый врач имеет не менее двух вечерних приемов в неделю. Поликлиника является базой для студентов медицинского университета и медицинского колледжа.

2. МУЗ «Городская поликлиника №1 расположено на правобережье (промышленный район) и обслуживающее взрослое население Кировского района г. Красноярска.

Поликлиника располагается в четырех зданиях, в ее став входят городской эндоскопический центр и правобережный колопроктологический центр, работающие в автономном режиме и имеющие свои регистратуры. Плановая мощность учреждения - 810 посещений в смену. Фактическая нагрузка составляет около трех тысяч посещений в день.

Поликлиника работает шесть дней в неделю. Прием врачей организован в две смены с 8.00 до 18.00 час. Каждый врач имеет не менее двух вечерних приемов в неделю.

Для удобства населения на первом этаже поликлиник оформлена «немая справка» в виде тематических стендов: «Расписание работы», «Территориальные участки», «Льготное лекарственное обеспечение», «Обязательное медицинское страхование», «Правила внутреннего распорядка», «Экспертиза нетрудоспособности», «Организация медицинской помощи». На этих стендах каждый пациент может найти интересующую его информацию.

Имеется почтовый ящик, где можно оставить свои замечания, пожелания в адрес поликлиники. Работает окно справок «Фармации», где пациенты могут получить информацию о наличии препаратов, сделать заказ на доставку лекарств на дом в удобное для себя время, в поликлинике работает аптечный киоск.

В 5 образовательных учреждениях проводился опрос учащихся и студентов об особенностях их самосохранительного поведения. Базы исследования представлены:

1. Фармацевтический колледж. Реализует четыре образовательные программы базового уровня – «Сестринское дело», «Фармация», «Лабораторное дело», «Медико-профилактическое дело», три программы повышенного уровня по специальностям «Сестринское дело» и «Лабораторная диагностика», 6 образовательных программ постдипломной подготовки.

Таблица 2.1 - Понятийный аппарат системы медицинской профилактики

<p>Профилактика заболеваний - система мер медицинского и немедицинского характера, направленная на предупреждение, снижение риска развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, предотвращение или замедление их прогрессирования, уменьшения их неблагоприятных последствий</p> <p>Медицинская профилактика - профилактические меры, реализуемые через систему здравоохранения</p> <p>Термин «фактор риска» применяется к любому явлению, влиянию или воздействию на человека, которое повышает вероятность возникновения у него неинфекционного заболевания. В контексте здоровья населения, анализ факторов риска и полученные данные помогают определить возможность распространения данного заболевания, но не позволяют предсказать состояние здоровья отдельного индивидуума. Знания о факторах риска могут быть использованы для того, чтобы сократить их воздействие на молодежь</p>		
<p>Виды профилактики по отношению к населению</p> <p>Индивидуальная – профилактические мероприятия, проводимые с отдельным индивидуумом</p> <p>Групповая – профилактические мероприятия, проводимые с группой лиц, имеющих сходные симптомы и факторы риска (целевые группы)</p> <p>Популяционная (массовая) - профилактические мероприятия, охватывающие большие группы населения (популяцию) или все население в целом</p>		
<p>Этапы и меры профилактики</p>		
<p><b>Первичная профилактика</b> - комплекс медицинских и немедицинских мероприятий, направленных на предупреждение развития отклонений в состоянии здоровья и заболеваний, общих для всего населения, отдельных региональных, социальных, возрастных, профессиональных и иных групп и индивидуумов (донозологическая профилактика)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Меры по снижению влияния вредных факторов на организм человека</li> <li>2. Меры по формированию здорового образа жизни</li> <li>3. Меры по предупреждению развития соматических и психических заболеваний и травм, в том числе профессионально обусловленных, несчастных случаев, инвалидизации и смертности от неестественных при-</li> </ol>	<p><b>Вторичная профилактика</b> - комплекс мер, направленных на раннее выявление заболеваний, предупреждение обострений, осложнений и хронизации патологического процесса, формирования ограничений жизнедеятельности</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Целевое санитарно-гигиеническое воспитание, связанное с конкретным заболеванием или группой заболеваний</li> <li>2. Проведение диспансерных, в т. ч. профилактических, медицинских осмотров</li> <li>3.Профилактическое лечения и целевое оздоровление</li> </ol>	<p><b>Третичная профилактика</b> – комплекс мероприятий, направленных на устранение или компенсацию ограничений жизнедеятельности, утраченных функций</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Медицинская реабилитация (восстановительное лечение)</li> <li>2. Психолого-социальная реабилитация</li> </ol>

<p>чин, дорожно-транспортного травматизма и др.</p> <p>4. Выявление у конкретного индивидуума вредных для здоровья факторов, в том числе поведенческого характера</p>	<p>4. Медико-психологическая адаптация к изменению ситуации в состоянии здоровья, формирование правильного восприятия и отношения к изменившимся возможностям и потребностям организма</p> <p>5. Мероприятия по сохранению остаточной трудоспособности и возможности к адаптации в социальной среде, создание условий для оптимального обеспечения жизнедеятельности больных и инвалидов</p>	
<p>Деятельность по медицинской профилактике</p> <p>Формирование ЗОЖ - создание информационно-пропагандистской системы повышения уровня знаний всех категорий населения о влиянии факторов риска на здоровье, возможностях его снижения; обучение здоровью; меры по снижению распространенности вредных привычек; побуждение населения к физически активному образу жизни, занятиям физической культурой, туризмом и спортом, повышение доступности этих видов оздоровления</p> <p>Санитарно-просветительная работа - совокупность мероприятий, направленных на формирование ЗОЖ, профилактику заболеваний, сохранение и укрепление здоровья</p>		
<p>Формы профилактической работы</p> <p>Санитарное просвещение - просвещение, направленное на убеждение людей (индивидуальное или коллективное) в необходимости соблюдения здорового образа жизни и отказа от вредных привычек, которые могут нанести ущерб их здоровью или привести к сокращению продолжительности жизни.</p> <p>Гигиеническое воспитание и обучение (обучение здоровью) - комплексная просветительская, обучающая и воспитательная деятельность, направленная на повышение информированности по вопросам здоровья и его охраны, на формирование навыков укрепления здоровья, создание мотивации для ведения ЗОЖ, как отдельных людей, так и общества в целом</p> <p>Профилактические осмотры</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. в целях выявления факторов риска заболеваний</li> <li>2. в целях выявления ранних признаков заболеваний, нарушений состояния здоровья</li> </ol> <p>Лечебно-профилактические мероприятия (вакцинация, курсы профилактического лечения, оздоровление, т. п.)</p>		

Общая площадь помещений используемых в учебном процессе составляет 8103,2 м<sup>2</sup>, что позволяет организовать работу 60 учебных кабинетов, из них: 17 специализированных лабораторий, 28 кабинетов доклинической практики, 10 кабинетов теоретической подготовки, 3 компьютерных класса, учебно-производственную аптеку.

Ежегодно в лечебные и фармацевтические учреждения края направляются 300 выпускников колледжа. 2. Техникум физической культуры. Краевое государственное бюджетное образовательное учреждение среднего профессионального образования "Красноярский техникум физической культуры" основан в 1930 в г. Красноярске как средне-специальное учебное заведение краевого подчинения для подготовки специалистов по физической культуре и спорту. За годы работы подготовлено более 8000 специалистов по пяти специализациям: вольной борьбе, легкой атлетике, лыжному спорту, спортивным играм, конькобежному спорту.

3. Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный педагогический университет им. В.П. Астафьева». В структуру университета входят восемь факультетов и пять институтов (Институт математики, физики и информатики, Институт психологии, педагогики и управления образованием, Институт специальной педагогики, Институт физической культуры, спорта и здоровья им. И. Ярыгина, Институт дополнительного образования и повышения квалификации).

4. ФГБОУ Красноярский государственный торгово-экономический институт по организационной структуре представляет учебно-научно-производственный комплекс, в который входят 4 факультета очной формы обучения, 3 факультета заочной формы обучения, отделение довузовской подготовки, отделение среднего профессионального образования, центр непрерывного профессионального обучения лиц с нарушением здоровья (проект «Профессия и здоровье»), учебный центр повышения квалификации и переподготовки специалистов, центр новых информационных технологий, учебно-



производственный комбинат. В рамках института опрос проводился среди студентов очной формы обучения и учащихся среднего профессионального образования.

В 2011 г. проведен опрос молодых людей Красноярского края, учащихся ВУЗов и колледжей. В каждом образовательном учреждении опрошено по 150 респондентов в равном соотношении мужчин и женщин. Общий объем выборки составил 750 респондентов. Средний возраст опрошенных составляет 19,0-18,8 лет для учащихся ВУЗов и 17,9-17,5 лет для учащихся колледжей соответственно мужчин и женщин. Таким образом, структура выборки позволяет выделить две крупные группы образовательных учреждений и сравнивать результаты по ним без учета возраста респондентов, а в тех случаях, когда гендерный фактор не является значимым, то и без учета пола.

### **2.3. Дизайн исследования**

Исследование проводилось в несколько этапов, на каждом из которых решались определенные задачи, для которых были отобраны соответствующие объекты исследования и единицы наблюдения (табл. 2.2).

Информационная база исследования представлена:

Отчетными формами:

- государственной медицинской статистики по РФ, Сибирскому ФО и Красноярскому краю за 1989-2011 г. (формами № С-51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти»).

- ведомственной медицинской статистики форма №68 «Сведения о деятельности центра здоровья» по 83 субъектам Федерации России

2. Компьютерной деперсонифицированной базой данных об умерших в возрасте 15-29 лет в Красноярском крае в 2008 г.

3. Компьютерными полицевыми деперсонифицированными базами данных двух ЛПУ г. Красноярска за 2009-2011 г.;

Таблица 2.2 - Дизайн исследования

Этапы исследования	Источники информации	Объем, период	Методы исследования	Объект исследования	Единица наблюдения	Предмет исследования
1. Оценка степени разработанности проблемы и разработка методологии исследования	Литературные источники отечественных и зарубежных авторов Диссертационные исследования Методические рекомендации, учебники Государственные доклады о состоянии здоровья населения РФ	2006-2011 гг.	Библиографический аналитический экспертный	Литературные источники	библиографическая единица	Степень разработанности проблемы
2. Изучение заболеваемости молодежи	Компьютерные полицевые депersonифицированные базы 2 ЛПУ за три года	2009-2011 г., 512 тыс. обращений лиц 18-35 лет	Математико-статистический	Молодежь в возрасте 18-35 лет, находящаяся в регистре прикрепленного населения	Молодой человек, обратившийся за медицинской помощью	Здоровье молодежи
3. Изучение смертности молодежи	Статистические отчетные формы С-51, Европейская база «Здоровье для всех» ЕРБ ВОЗ (БД – ЗДВ / НФА – DB) Здравоохранение в России. 2011: Стат.сб./Росстат. - М., 2011. - 326 с. Демографический ежегодник России. 2010: Стат. сб. / Росстат. - М., 2011. – 557 с. Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./ Росстат. - М., 2010. – 813 с.	22 формы статистической отчетности за 1989-2011 гг.	Аналитический, статистический	Совокупность случаев смерти от соматических и внешних причин лиц в возрасте 15-29 лет	Случай смерти молодого человека	Особенности смертности молодежи в Красноярском крае

4. Оценка смертности среди молодежи от внешних причин с позиций ее предотвратимости	Деперсонифицированная база данных об умерших в Красноярском крае	1690 случаев смерти лиц 15-29 лет в 2008 г.	Статистический, аналитический, математической статистики	Совокупность случаев смерти от внешних причин лиц в возрасте 15-29 лет	Случай смерти молодого человека	Достоверность оценки смертности от насилия и алкогольных отравлений
5. Оценка результатов социологического опроса	социологический опрос учащихся и студентов 5 образовательных учреждений г. Красноярска	750 анкет опроса в 2011 г.	Статистический, аналитический методы	группа молодежи, обучающаяся в высших и средних учебных заведениях г. Красноярска в количестве 750 человек: по 150 из каждой базы исследования.	студент и учащийся образовательного учреждения	готовность молодежи вести здоровый образ жизни (оценка состояния здоровья, фактического питания, условий проживания, взаимоотношений в коллективе, образ жизни и распространенность вредных привычек).
6. Разработка системы мер формирования здоровьесберегающего поведения молодежи с использованием электронных ресурсов	Первичная документация (целевые программы, региональный опыт, методические рекомендации, информационные письма) Региональные целевые программы «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации»	57 субъектов РФ	Контент-анализ, SWOT-анализ, метод моделирования	Результаты предыдущих этапов исследования		Экспертная оценка подпрограмм профилактики Система мер по созданию глобальной профилактической среды с использованием интернет-ресурса

4. Подпрограммами «Профилактика вредных привычек формирования здорового образа жизни, рационального питания детей и подростков» региональных программ «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации» (57 из 83 субъекта РФ);

5. Данными социологических исследований:

- 750 учащихся и студентов 5 образовательных учреждений г. Красноярска в 2011 г. о ценностях здоровья, особенностях самосохранительного поведения и готовности его изменить;

- on-line опросов 1010 родителей в сети интернет для определения видов и форм подачи информации по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни с последующим проведением интернет-конференций;

- 143 участковых врачей-педиатров, касающийся навыков использования социальных сетей интернет для формирования здоровьесохраняющего поведения молодежи.

6. Данными, содержащимися в Европейской базе «Здоровье для всех» Европейского регионального бюро Всемирной организации здравоохранения (БД – ЗДВ / HFA – DB).

7. Статистическими сборниками: «Здравоохранение в России. 2011», «Демографическим ежегодником России-2010» и «Российский статистическим ежегодником-2010»

8. Литературными источниками отечественных и зарубежных авторов, диссертационными исследованиями, методическими рекомендациями, учебниками, Государственными докладами о состоянии здоровья населения РФ

9. Законодательной и нормативной базой по проблемам молодежной политики и охраны здоровья молодежи (Международные нормативно-правовые акты, Федеральные законы, Постановления правительства РФ, Указы Президента РФ, Приказы МЗ РФ).

Социально-гигиеническое исследование осуществлялось по классической схеме и включало 4 этапа:

- составление программы и плана исследования;
- сбор материала;
- разработка (обработка) материала;
- анализ, выводы, предложения для практики.

Для более углубленного анализа полученного материала проведенное исследование включало семь этапов.

На первом этапе был проведен аналитический обзор доступных отечественных и зарубежных источников информации, что позволило выявить проблемные зоны в изучаемой проблеме и сформулировать гипотезу, цель и задачи настоящего исследования.

На втором этапе проанализирована заболеваемость молодежи. Изучена 3-летняя обращаемость за медицинской помощью молодых людей от 18 до 35 лет, выявлены особенности первичной и общей заболеваемости, причины обращений и нозологическая структура обращаемости.

Каждое учреждение имеет специфику с точки зрения кадрового состава и материально-технического оснащения, что определяет возможности по оказанию помощи. В свою очередь, учреждения выбраны исходя из того, что они обслуживают разное по социальному составу население, что влияет на особенности обращаемости. Таким образом, сравнительный анализ заболеваемости за три года по каждому учреждению позволяет выявить устойчивые закономерности и вероятные динамические сдвиги заболеваемости. Тогда как сравнительный анализ трехлетней обращаемости между учреждениями позволит оценить общность и специфику обращаемости, определяемую составом населения.

На третьем этапе дана оценка ситуации, связанной со смертностью молодежи. Сравнительный анализ общероссийских тенденций в сравнении с динамикой в странах «старой» и «новой» Европы выявило особенности формирования потерь в молодых возрастах и более обоснованно подойти к прогнозу смертности на фоне сложившейся благоприятной траектории в России. Осо-

бенности нозологической картины смертности в Красноярском крае выявлены на фоне ситуации в России и Сибирском ФО, что позволило выделить группы и факторы риска смертности в позиций возможной предотвратимости.

На четвертом этапе более детально проанализирована смертность от внешних причин, выделены источники ее искажения и недоучета, с использованием разработанной методики дана оценка вероятных уровней смертности молодежи от насилия и отравлений. Показано, что недооценка истинных масштабов потерь от внешних причин искажает приоритеты политики по снижению смертности, прежде всего от причин полностью предотвратимых в рамках межсекторального взаимодействия в системе охраны здоровья молодежи.

Пятый этап исследования включал проведение и анализ результатов социологического опроса, проведенного по специально разработанным анкетам.

Был определен объем необходимого числа наблюдений для проведения социологического опроса по методике К.А.Отдельновой [131] (табл.2.1) и составил 750 человек. Вариабельность ( $\delta$ ) и доверительный интервал ( $\Delta$ ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое  $K$  – коэффициент показатель точности, уровень которого (от 0,5 до 0,1) выбирает сам исследователь.

Таблица 2.3 - Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования $K = \delta / \Delta$	t=2.0 p=0.95	t=2,5 p=0,98	t=3,0 p=0,99
1. Ориентировочное знакомство	0,5	16	29	36
	0,4	25	39	56
	0,4	44	69	100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Типологическая группировка респондентов (пол, образование, доходы и т.д.) позволила выявить атрибутивные закономерности, а вариационная группировка количественных признаков (потребление алкоголя, курение, отношение к отдыху, физическая активность, характер питания и пр.) послужили основой для разработки концептуальных профилактических моделей.

На шестом этапе проведен медицинский аудит ситуации, связанной с организацией мониторинга здоровья молодежи и факторов риска, влияющих на него. SWOT-анализ [А.А. Томпсон, А.Д. Стрикленд, 1998]<sup>8</sup> позволил получить информацию об анализируемых объектах исследования основываясь на принципе стратегического соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах).

SWOT – аббревиатура следующих английских слов:

Strengths (сильные стороны) – преимущества здравоохранной стратегии;

Weaknesses (слабости) – недостатки ;

Opportunities (возможности) – здравоохранной для реализации профилактической стратегии;

Threats (угрозы) – факторы, которые могут потенциально создать препятствия для организации региональной профилактической среды

Оценка полученных данных с помощью SWOT-анализа позволила разработать систему мер профилактики с учетом сильных и слабых сторон, угроз и возможностей, базирующихся на возрастно-половых особенностях молодежи и анализе интернет-ресурса, по проблемам ЗОЖ.

Меры по формированию здоровьесберегающего поведения молодежи разрабатывались на основе результатов многоцентрового исследования центров здоровья (ЦЗ), проведенного в течение 2011-2012 гг., который включал аудит сводной годовой отчетной формы №68 «Сведения о деятельности центра здоровья» по 83 субъектам Федерации России; проведение серии on-line опросов 1010 родителей в сети интернет для определения видов и форм подачи информации по профилактике заболеваний и формированию здорового образа жизни с последующим проведением интернет-конференций; социологический опрос 143 участковых врачей-педиатров, касающийся навыков использования соци-

---

<sup>8</sup> Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии Издательство: ЮНИТИ.-1998.-577 с.

альных сетей интернет для формирования здоровьесохраняющего поведения молодежи.

Для оценки эффективности целевых программ профилактики 57 субъектов РФ был использован метод контент-анализа (от англ. contents содержание) — метод качественно-количественного анализа содержания документов с целью выявления или измерения различных фактов и тенденций, отраженных в этих документах.

Особенность контент-анализа состоит в том, что он изучает документы в их социальном контексте. Необходимо, чтобы исследуемое содержание позволило задать однозначное правило для надежного фиксирования нужных характеристик (принцип формализации), а также, чтобы интересующие исследователя элементы содержания встречались с достаточной частотой (принцип статистической значимости).

В разработке и практическом применении контент-анализа выделяют несколько стадий. После того, как сформулированы тема, задачи и гипотезы исследования, определяются категории анализа — наиболее общие, ключевые понятия, соответствующие исследовательским задачам. Оценка осуществлялась с использованием формулы коэффициента Яниса, предназначенного для вычисления соотношения положительных и отрицательных (относительно избранной позиции) оценок, суждений, аргументов, применяемая в случае, когда число положительных оценок меньше, чем отрицательных:

$$C = \frac{f \cdot n - n^2}{r \cdot t} \text{ где:}$$

C- соотношение отрицательных и положительных оценок;

f - число положительных оценок; n — число отрицательных оценок; r — оцениваемые критерии содержания программ, имеющего прямое отношение к изучаемой проблеме; t — общий объем анализируемых критериев.

Основываясь на результатах предыдущих этапов, была разработана и апробирована в ряде территорий Российской Федерации система мер по созданию глобальной профилактической среды с использованием интернет-ресурса.



## 2.4 Статистический анализ данных исследования

В работе использованы графические изображения, как средство статистического анализа и наглядного обобщения результатов исследования.

Обработка количественных признаков социологических исследований осуществлялась с помощью методов параметрической оценки достоверности результатов статистического исследования:

1) Расчет средней ошибки ( $m$ ) для относительных и средних величин, позволяющей с определенной степенью вероятности установить пределы в которых может находиться истинное значение статистического коэффициента или средней величины.

Расчет средней ошибки для интенсивных показателей проводился по формуле:

$$m = \sqrt{\frac{p * q}{n}},$$

где  $p$  - величина интенсивного показателя, рассчитанная на 1000, 10 000 и т.д.;  $q=1000-p$  или  $q=10\ 000-p$  и т.д. в зависимости от величины выбранного основания при расчете интенсивного показателя;  $n$  - число наблюдений.

Для вычисления ошибки репрезентативности средней величины использована следующая формула:

$$m = \frac{\delta}{\sqrt{n}},$$

где  $\delta$  - среднее квадратическое отклонение,  $n$  - число наблюдений.

2) Расчет достоверности разности коэффициентов с применением критерия Стьюдента ( $t$ ):

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}$$

Математико-технологическое и графическое обеспечение производилось с применением современных компьютерных технологий.

Вариабельность ( $\delta$ ) и доверительный интервал ( $\Delta$ ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое  $K$  – коэффициент показатель точности, уровень которого (от 0,05 до 0,1) выбирает сам исследователь. В нашем случае было проведено исследование повышенной точности. При решении поставленных задач сравнивались соответствующие относительные показатели. Оценка достоверности их различий проводилась с помощью теста «t» Стьюдента и  $\chi^2$ .

Для статистической обработки данных были использованы методы описательной статистики, анализ динамических рядов, корреляционно-регрессионный анализ.

Важной задачей статистики при анализе динамического ряда является определение основной тенденции развития. Одним из приемов выявления основной тенденции является метод аппроксимации, который позволяет обобщить используемые эмпирические результаты. Задачи аппроксимации решались средствами Excel.

Как известно, между величинами может существовать точная (функциональная) связь, когда одному значению аргумента соответствует одно определенное значение, и менее точная (корреляционная) связь, когда одному конкретному значению аргумента соответствует приближенное значение или некоторое множество значений функции, в той или иной степени близких друг к другу.

В данной работе обработка результатов и дальнейшее использование эмпирических результатов проводилось по второму варианту с использованием метода аппроксимации – приближенное описание корреляционной зависимости переменных подходящим уравнением функциональной зависимости, передающим основную тенденцию зависимости (или ее "тренд").

Линии тренда позволяют графически отображать тенденции данных и их прогноз. Подобный анализ называется также регрессионный анализ. Регрессионный анализ - вид статистического анализа, используемый для прогнозирования. Регрессионный анализ позволяет оценить степень связи между перемен-

ными, предлагая механизм вычисления предполагаемого значения переменной из нескольких уже известных значений.

Используя регрессионный анализ, можно продлить линию тренда в диаграмме за пределы реальных данных для предсказания будущих значений. При подборе линии тренда Excel автоматически рассчитывает значение величины  $R^2$ , которая характеризует достоверность аппроксимации: чем ближе значение  $R^2$  к единице, тем надежнее линия тренда аппроксимирует исследуемый процесс. Моделирование трендов позволило установить степень достоверности наблюдаемых тенденций.

## **ГЛАВА 3. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ МОЛОДЕЖИ**

### **3.1. Особенности заболеваемости в условиях стабильной трехлетней ситуации**

В 2009 г. численность прикрепленного населения в возрасте от 18 до 35 лет в ГП № 1 составляла 72,5 тыс. человек. Из них обратились за медицинской помощью в данное учреждение в течение года 12,3 тыс. человек данного возраста, т.е. около 17%. В 2010 г. численность прикрепленного населения 18-34 лет составила 69,7 тыс. человек, из них за медицинской помощью в течение года обратились 10,9 тыс. человек, т.е. 15,6%. Соответственно в 2011 г. численность прикрепленного населения рассматриваемой возрастной группы составила 63,2 тыс. человек, среди которых за медицинской помощью в том же году обратились 9,5 тыс., т.е. 15,0%. Таким образом, в среднем за год из числа прикрепленных к медицинскому учреждению молодых людей за медицинской помощью обращается 15-17%. При этом можно констатировать хоть и небольшое, но все же снижение доли молодых людей, обращающихся за медицинской помощью по месту жительства. Возможно, такой низкий процент обусловлен тем, что в рассматриваемой группе велика доля учащихся, которые обслуживаются студенческой поликлиникой или прикреплены к определенному ЛПУ.

С учетом данных об обращаемости можно оценить сведения о первичной и общей заболеваемости молодежи. В целом за 2009 г. первичная заболеваемость составила 268,8 на 1000 мужчин и 288,4 на 1000 женщин в возрасте 18-34 года, суммарно – 278,8 на 1000 лиц данного возраста.

На болезни органов дыхания приходится более четверти всей первичной заболеваемости молодежи (28,8-28,1% среди женщин и мужчин соответственно). Почти 2/3 новых случаев болезней органов дыхания определяются острыми респираторными инфекциями верхних дыхательных путей, а если рассматривать эту группу более подробно, то из 3,5 тыс. новых случаев - 2,9 тыс. (82%) представляют собой диагноз «Острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная». С точки зрения лечения заболевания довольно трудно представить себе эффективную терапию неуточненной инфекции.

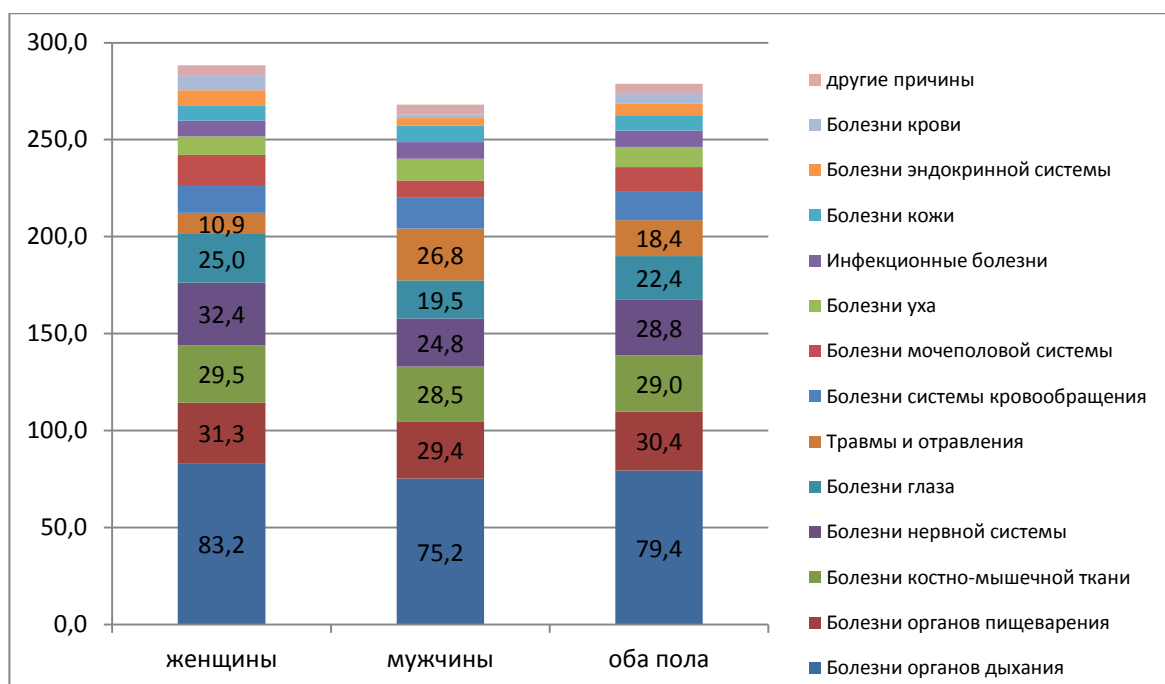


Рис. 3.1. Первичная заболеваемость молодежи 18-34 года на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГП №1 в 2009 г.

Следующая по значимости причина первичной заболеваемости молодежи – болезни органов пищеварения, на которые приходится около 11% новых случаев. Более половины первичной заболеваемости от болезней органов пищеварения определяется болезнями пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, а именно: хроническим гастритом и язвой двенадцатиперстной кишки (без кровотечения или прободения). Кроме того, в статистически значимых количествах встречаются «другие острые гастриты» и «гастродуоденит неуточненный». Помимо болезней пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, еще около 23% первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения определяют болезни желчного пузыря, а именно: острый холецистит, другие болезни желчного пузыря, другие хронические панкреатиты.

Болезни костно-мышечной системы определяют 10,4% новых случаев и конкурируют с болезнями органов пищеварения и болезнями нервной системы за второе-четвертое место в структуре первичной заболеваемости молодежи. Три четверти новых случаев болезней костно-мышечной системы определяется дорсопатиями, а именно почти в 100% случаях – остеохондрозом позвоночника. Помимо дорсопатий около 17% новых случаев болезней костно-мышечной си-

стемы формируются артропатиями, состав которых более полиморфен, но существенно, что в 2/3 случаях звучит диагноз «артрит или артроз неуточненный». Еще около 10% дают болезни мягких тканей, а именно: неуточненный миозит, препателлярный бурсит, пяточная шпора.

Четвертое место в структуре первичной заболеваемости молодежи занимают болезни нервной системы, на которые также приходится 10,3% новых случаев. В 9 случаях из 10 ставится диагноз «другие расстройства вегетативной нервной системы».

Таблица 3.1- Структура заболеваемости молодежи в возрасте 18-34 года по данным обращаемости в ГП №1 в 2009 г., %

	Первичная заболеваемость			Общая заболеваемость		
	женщины	мужчины	Оба пола	женщины	мужчины	Оба пола
Болезни органов дыхания	28,8	28,1	28,5	28,7	27,2	28,0
Болезни органов пищеварения	10,8	11,0	10,9	9,5	10,1	9,8
Болезни костно-мышечной ткани	10,2	10,6	10,4	10,8	10,8	10,8
Болезни нервной системы	11,2	9,3	10,3	12,4	9,7	11,2
Болезни глаза	8,7	7,3	8,0	6,1	4,9	5,5
Травмы и отравления	3,8	10,0	6,6	4,1	11,1	7,3
Болезни системы кровообращения	4,8	6,0	5,4	4,3	6,1	5,1
Болезни мочеполовой системы	5,5	3,2	4,5	4,9	2,7	3,9
Болезни уха	3,3	4,2	3,7	3,7	4,5	4,1
Инфекционные болезни	2,8	3,2	3,0	3,2	3,1	3,1
Болезни кожи	2,6	3,2	2,9	3,1	3,5	3,3
Болезни эндокринной системы	2,8	1,4	2,2	4,0	3,1	3,6
Болезни крови	2,6	0,7	1,7	3,7	0,9	2,4
Психические расстройства	0,6	0,7	0,7	0,5	0,4	0,5
Новообразования	0,6	0,7	0,6	0,7	1,0	0,8
Врожденные аномалии	0,3	0,3	0,3	0,2	0,6	0,4
Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2	0,2
Другие причины	0,1	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Завершают пятерку ведущих причин первичной заболеваемости молодежи болезни глаза, на которые приходится 8% новых случаев. Около половины их определяют болезни сосудистой оболочки и сетчатки (практически полностью фоновая ретинопатия и ретинальные сосудистые изменения), около трети – болезни мышц глаза (практически полностью миопия), и в большинстве

оставшихся случаев – болезни конъюнктивы (в основном - другие острые конъюнктивиты).

На травмы и отравления приходится немногим более 6% новых случаев в структуре заболеваемости, на болезни системы кровообращения – 5,4%, болезни мочеполовой системы – 4,5%, болезни уха, кожи и инфекционные болезни – по 3-4%, болезни крови и эндокринной системы – по 1-2%, на остальные заболевания и состояния – менее чем по 1%.

Как видно из рис. 3.1, и уровень, и структура первичной заболеваемости мужчин и женщин в рассматриваемый возрастной период не имеет существенных отличий. Исключение составляют три класса причин: травмы и отравления, болезни крови и эндокринной системы. При этом, если частота новых случаев травм выше у мужчин (26,8 и 10,9 на 1000 мужчин и женщин 18-34 лет соответственно), то заболеваемость болезнями крови (7,5 и 1,9) и эндокринной системы (8,1 и 3,8) выше у женщин. Вместе с тем, поскольку эти заболевания не входят в ведущие причины заболеваемости, фактор гендерных различий не сказывается на общих показателях первичной заболеваемости.

Структура общей заболеваемости молодежи несколько отличается от данных первичной заболеваемости. На втором месте после болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости оказываются болезни нервной системы с 11% всех обращений, тогда как в структуре первичной заболеваемости они занимали лишь четвертое место. Напротив, болезни органов пищеварения отодвинулись на четвертое место в структуре общей заболеваемости (9,8%) со второго среди причин первичной заболеваемости. В структуре общей заболеваемости в сравнении с первичной понизилась значимость инфекций, но вырос вклад болезней эндокринной системы. Вместе с тем, принципиальных различий структура первичной и общей заболеваемости молодежи не имеет.

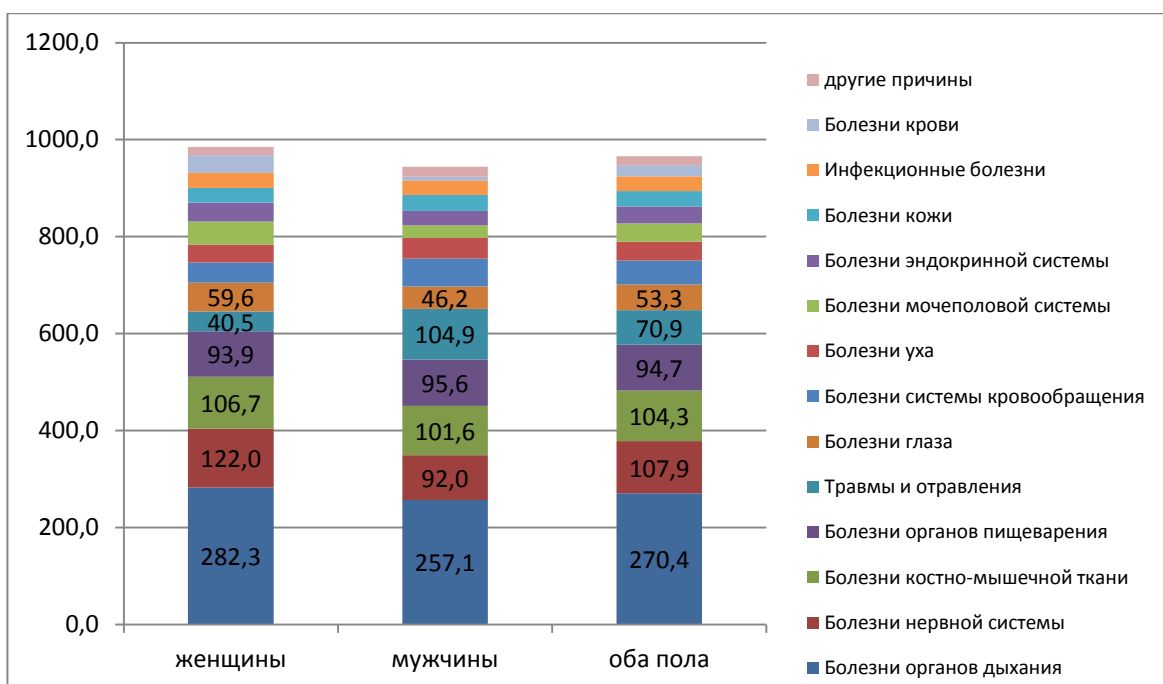


Рис. 3.2 Общая заболеваемость молодежи 18-34 года на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГП №1 в 2009 г.

Аналогичным образом, при анализе общей заболеваемости прослеживаются те же гендерные различия, что и при характеристике новых случаев. Отмечаются двукратные различия при травмах (104,9 и 40,5 на 1000 мужчин и женщин 18-34 лет соответственно), и превышение общей заболеваемости при патологии эндокринной системы (39,1 и 29,4 на 1000 женщин и мужчин соответственно) и крови (36,4 и 8,1 соответственно). Кроме того, при анализе общей заболеваемости отмечается превышение показателей для женщин по заболеваниям мочеполовой системы (48,0 и 25,7 на 1000 женщин и мужчин соответственно). В целом показатели общей заболеваемости женщин лишь в пределах 4% выше, чем у мужчин (984,8 и 944,5 на 1000 женщин и мужчин 18-34 года), что примерно соответствует различиям первичной заболеваемости (7%).

В заключении рассмотрим возрастные особенности заболеваемости в группе молодых людей 18-34 года. От 19 лет, когда отмечается максимум показателей, связанных, по-видимому, с медицинскими осмотрами при поступлении на работу, учебу и пр., заболеваемость снижается до минимальных показателей в возрасте 23-34 года у женщин и 26-27 лет у мужчин. Затем показатели начинают расти: у мужчин – низкими, у женщин более высокими темпами, что свя-



зано с реализацией репродуктивных функций. В результате, у женщин к 35-летнему возрасту показатели первичной заболеваемости достигают уровней, которые фиксировались в возрасте 19 лет, а у мужчин оказываются вдвое ниже 19-летнего пика. Таким образом, в юности первичная заболеваемость мужчин выше, а в возрастах старше 25 лет – ниже, чем у женщин. Этим объясняется кажущееся отсутствие гендерных отличий заболеваемости в целом в интервале 18-34 года.

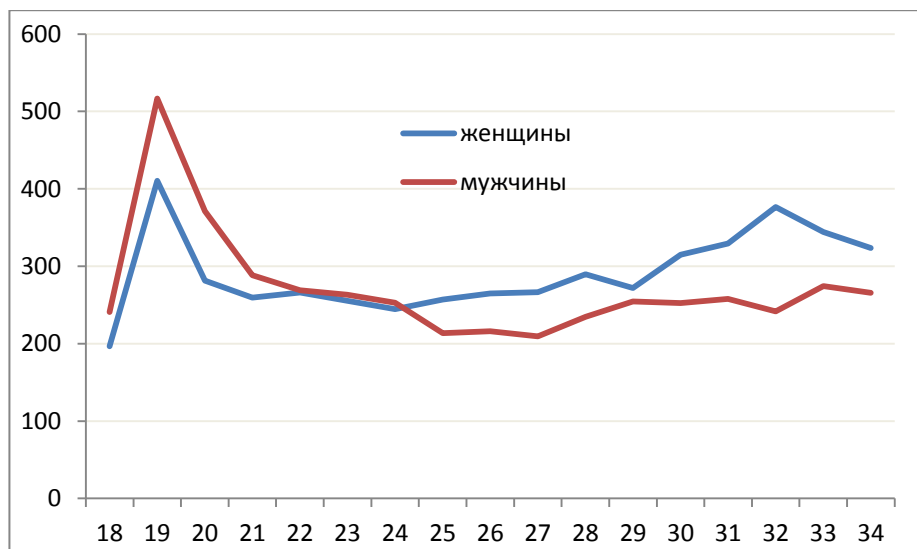


Рис. 3.3 Возрастные особенности первичной заболеваемости молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГП №1 в 2009 г.

Обращают на себя внимание резкие различия показателей в возрасте 18 и 19 лет, характерные для мужчин и женщин. Они связаны не с особенностями заболеваемости, а с движением контингентов из детской во взрослую поликлинику, в результате чего для возраста 18 лет уровни заболеваемости размыты в связи с недоучетом в регистре прикрепленного населения взрослой поликлиники лиц в возрасте 18 лет на начало года.

Далее рассмотрим сходства и различия нозологических и возрастных особенностей заболеваемости молодых людей по данным трехлетней обращаемости в ГП №1 в 2009-2011 гг.

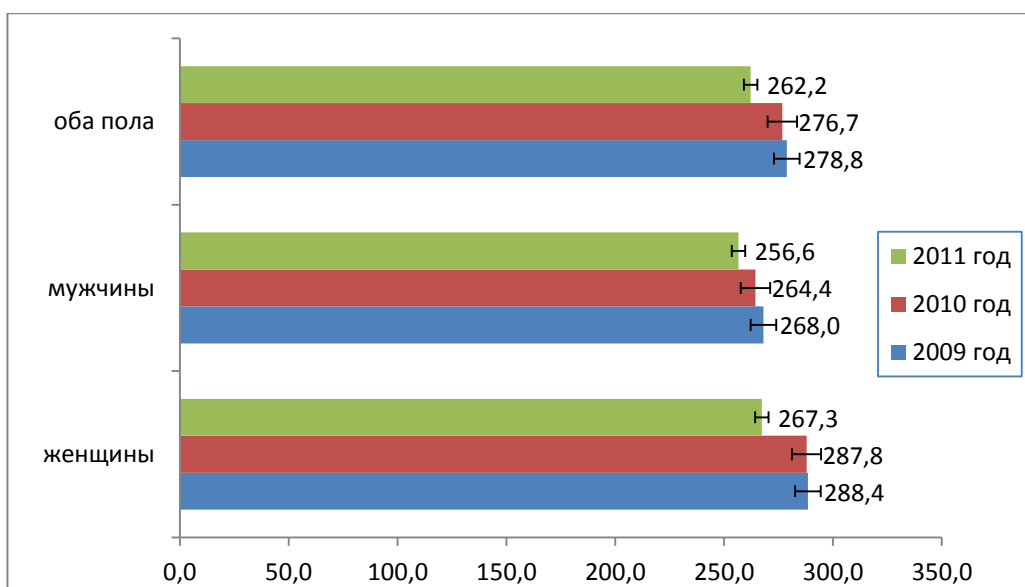


Рис. 3.4 Первичная заболеваемость молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГП №1 в 2009-2011 г.

Так, первичная заболеваемость в течение трех лет находится на стабильном уровне, составляя 256-268 на 100 тыс. мужчин 18-34 лет и 267-284 на 100 тыс. женщин. Различия показателей в течение 2009-2010 г. статистически недостоверны, в 2011 г. отмечено незначительное, с учетом статистической погрешности, снижение показателя.

Что касается нозологических особенностей обращаемости, то структура основных причин первичной заболеваемости также достаточно стабильна. Поскольку, как было показано выше, гендерные различия причин заболеваемости незначительны, различия структуры заболеваемости по данным трехлетнего периода 2009-2011 г. будем рассматривать суммарно, на оба пола. Пятерка основных причин представлена болезнями органов дыхания, пищеварения, костно-мышечной системы, нервной системы и глаза, которые суммарно определяют 49-52% всей первичной заболеваемости молодых людей. Ежегодные колебания вклада основных причин в структуру заболеваемости невелики и различия их статистически недостоверны. Единственное исключение - болезни органов дыхания, значимость которых в структуре заболеваемости определяется активностью эпидемий гриппа. В связи с этим в 2010 г. болезни органов дыхания

определяли 30,3% новых случаев заболеваний молодежи, а в следующем 2010 г. – 23,5%, что и определило некоторое сокращение первичной заболеваемости.

Таблица 3.2 - Структура основных причин первичной заболеваемости молодых людей 18-34 года в 2009-2011 г., %

	2009	2010	2011
Болезни органов дыхания	28,5	30,3	23,5
Болезни органов пищеварения	10,9	9,5	10,4
Болезни костно-мышечной ткани	10,4	10,8	12,5
Болезни нервной системы	10,3	10,0	11,4
Болезни глаза	8,0	9,8	12,2
Травмы и отравления	6,6	4,9	5,0
Болезни системы кровообращения	5,4	5,3	5,9
Болезни мочеполовой системы	4,5	4,6	3,9
Болезни уха	3,7	3,8	4,5
Инфекционные болезни	3,0	2,8	3,0
Болезни кожи	2,9	2,0	2,3
Болезни эндокринной системы	2,2	2,1	1,9
Болезни крови	1,7	1,4	1,6
другие причины	1,9	2,7	2,0
Общий итог	100,0	100,0	100,0



Рис.3.5 Возрастные особенности первичной заболеваемости молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГП №1 в 2009-2011 г

Возрастная траектория первичной заболеваемости также характеризуется достаточно высокой стабильностью. Снижение заболеваемости к середине третьего десятилетия жизни с последующим ростом заболеваемости у женщин и незначительным подъемом у мужчин – эта закономерность прослеживается в каждый из рассматриваемых календарных лет. Единственное отличие заключа-

ется в расширение периода максимальной заболеваемости из возраста 19 лет в период 19-22 года у женщин и 19-24 года у мужчин. Поскольку рассматриваемый период характеризуется активным проведением медицинских осмотров, рост первичной заболеваемости в этом возрасте свидетельствует об эффекте такой деятельности, приводящей к выявлению имеющейся патологии.

### 3.2. Особенности заболеваемости в условиях снижения показателей в трех-летнем период

Второе рассматриваемое учреждение – поликлиника при городской больнице №1. В 2009 г. прикрепленное к ней население в возрасте от 18 до 35 лет составило 78,8тыс. человек. Из их числа обратились в течение года за медицинской помощью 15,9 тыс. человек, что составило 20,3% прикрепленного населения. В 2010 г. численность прикрепленного населения из числа молодежи несколько увеличилась – до 79,4 тыс. человек, тогда как число обратившихся за медицинской помощью – сократилось до 13,1 тыс., что составило 16,5% прикрепленного населения. К 2011 г. численность прикрепленного населения практически возвратилась к уровню 2009 г., но число обратившихся за помощью снизилось существенно – до 9,9 тыс. человек, т.е. 12,6% прикрепленного населения.

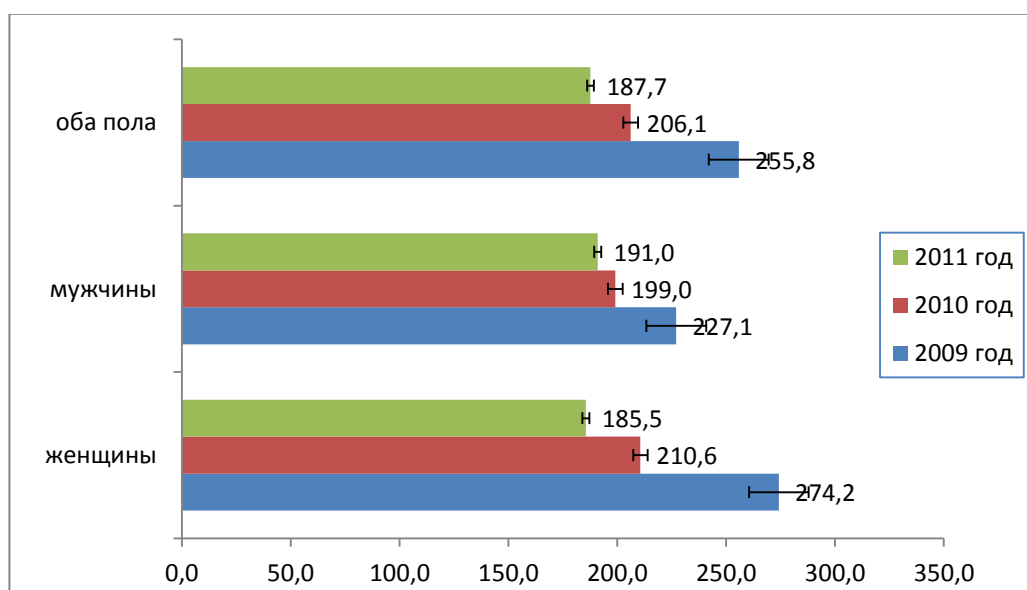


Рис. 3.6 Первичная заболеваемость молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГБ №1 в 2009-2011 г.

Рассмотрим, как сокращение обращаемости сказалось на уровнях учтенной первичной заболеваемости молодежи, а также ее возрастных и нозологических особенностях.

От 2009 г. к 2011 г. показатели существенно сократились, причем более заметным падение было у женщин: на 32,3% (с 274,2 до 185,5 на 1000 женщин 18-34 года) против 15,9% у мужчин (с 227,1 до 191,0 на 1000 мужчин 18-34 лет). В целом, показатели первичной заболеваемости молодых людей снизились более чем на четверть (на 26,6%) – с 255,8 до 187,7 на 1000 лиц 18-34 года. Более выраженным оказалось сокращение показателей от 2009 к 2011 г. – почти на пятую часть (на 19,4%), тогда как от 2009 г. к 2010 г. – на 8,9%. Этот эффект может быть связан с тем, что сокращение обращаемости происходит за счет молодежи со сравнительно редко возникающими и не тяжелыми состояниями, тогда как молодые люди, страдающие тяжелой патологией, обращаются за медицинской помощью.

Если наше предположение верно, то снижение учтенной заболеваемости должно сказаться и на возрастной траектории и на структуре основных причин заболеваемости.

Если рассматривать возрастную траекторию заболеваемости, то снижение обращаемости сказывается, прежде всего, на возрастных группах до 20 лет. Если за медицинской помощью обращается около пятой части молодых людей, то пик заболеваемости приходится на возраст 18-19 лет, т.е. молодые люди «не теряются» при переходе из детской во взрослую сеть. Чем меньшая часть молодежи в среднем обращается за медицинской помощью, тем на более поздний возраст приходится пик заболеваемости. Так, в 2010 г. максимум, приходящийся на 20 лет, превышал показатели 18-летних более чем в 5 раз, а в 2011 г. максимум заболеваемости, пришедшийся на возраст 21 год, превышал показатели 18-летних более чем в 100 раз. Иными словами, в 2010 г. 18-летние молодые люди, проживающие в зоне обслуживания данного лечебного учреждения, практически были вне медицинской помощи, уйдя из детской, и не появившись во взрослой сети.

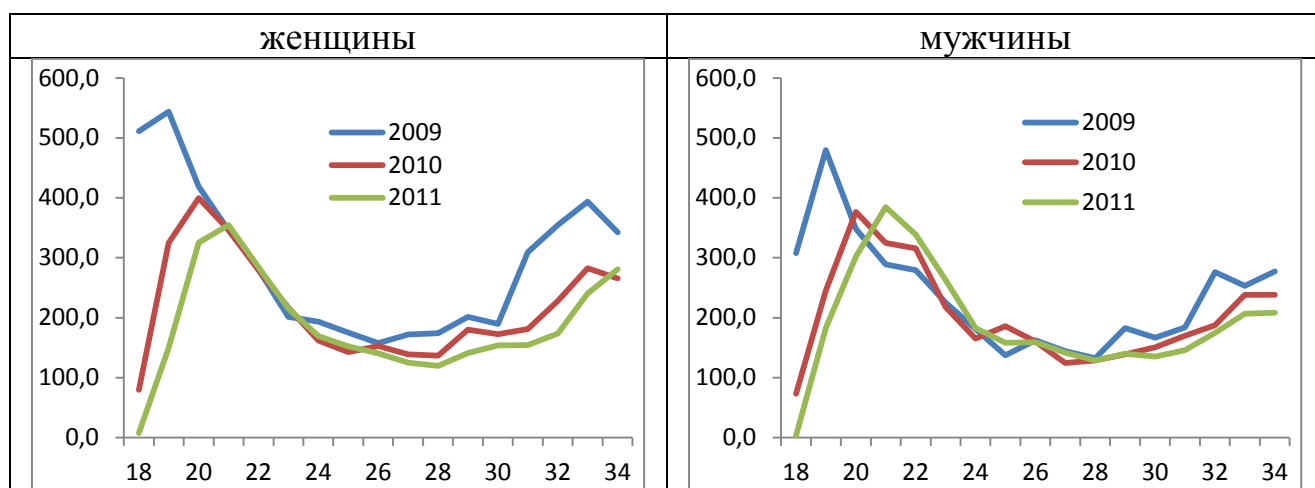


Рис. 3.7 Возрастные особенности первичной заболеваемости молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГБ №1 в 2009-2011 г.

Еще одна возрастная группа, на которой сказывается снижение обращаемости, - это молодые люди старше 30 лет. Чем ниже в среднем обращаемость за медицинской помощью, тем ниже учтенная первичная заболеваемость 30-34-летних, прежде всего, женщин. В сравнении с 2010 г. показатели 2011 г. ниже на 7-12% у мужчин и на 11-24% у женщин; в сравнении с 2009 г. – ниже на 18-37% у мужчин и 18-51% у женщин. Таким образом, снижение обращаемости за медицинской помощью приводит к уменьшению выявлению патологии и снижению учтенной первичной заболеваемости.

Далее рассмотрим нозологические особенности первичной заболеваемости молодежи, обратившихся за медицинской помощью в 2009-2011 г. в ГБ №1.

В 2009 г. при сравнительно высокой обращаемости молодежи за медицинской помощью (около 20% в течение года), структура первичной заболеваемости отличалась заметным своеобразием. Вслед за болезнями органов дыхания, которые традиционно занимают первую позицию, определяя более четверти новых случаев (28,3%), второе место занимают болезни глаза, на которые приходится 12,6% в структуре первичной заболеваемости молодежи, а третье – болезни костно-мышечной системы (11,4%). Четвертое и пятое места в структуре первичной заболеваемости занимают болезни нервной системы и органов пищеварения примерно с равным весом 9,7% и 8,7% соответственно. Пятерка

основных причин формировала в 2009 г. около 70% новых случаев заболеваний молодежи.

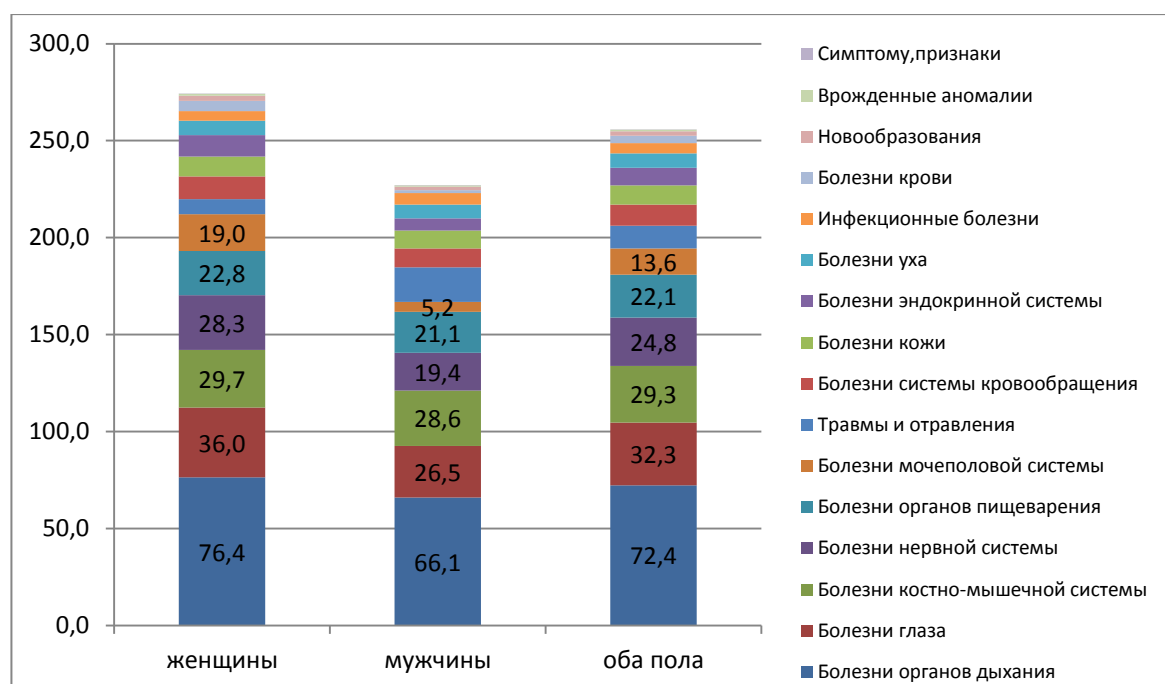


Рис. 3. 8 Первичная заболеваемость молодежи 18-34 года на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГБ №1 в 2009 г.

По данным 2009 г. довольно высокие позиции – 6 место – занимали болезни мочеполовой системы (5,3%), травмы и отравления – 7 место (4,6%) и болезни системы кровообращения – 8 место (4,3%). По 3-4% в структуре первичной заболеваемости занимали болезни кожи (3,8%), эндокринной системы (3,6%), уха (2,9%). По 1-2% новых случаев приходилось на инфекционные заболевания (2,1%), болезни крови (1,5%) и новообразования (0,9%). Роль других заболеваний была менее 1% в структуре учтенной первичной заболеваемости молодых людей 18-34 лет.

В структуре первичной заболеваемости болезнями органов дыхания две трети новых случаев определили острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей, в том числе: острый назофарингит, синусит, фарингит, тонзиллит и трахеит, однако до половины всех диагнозов в данной группе составила острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная. Среди других болезней верхних дыхательных путей, на которые приходится четверть новых случаев болезней органов дыхания, доминируют хронический фарингит, сину-

сит и тонзиллит. Грипп и пневмония дали лишь полтора процента новых случаев заболеваний болезнями органов дыхания, но в большей части случаев гриппа не идентифицирован вирус, а пневмония не уточнена. На хронические болезни нижних дыхательных путей приходится около 5% первичной заболеваемости болезнями органов дыхания, при этом в большинстве случаев хронического бронхита и астмы диагностированы неуточненные формы.

В структуре первичной заболеваемости болезнями глаза две трети новых случаев приходится на болезни мышц глаза, среди которых доминирует миопия. Заметное место – примерно десятая часть новых случаев – связана с заболеваниями сосудистой оболочки и сетчатки, еще столько же – с болезнями конъюнктивы, среди которых преобладают неуточненные формы. Около 7% новых случаев формируют болезни век, слезных путей и глазницы.

Новые случаи заболеваний болезнями костно-мышечной системы на 2/3 определяются дорсопатиями, и, прежде всего, остеохондрозом позвоночника, а также сколиозом, поражениями межпозвоночного диска шейного и других отделов, люмбаго и ишиасом. Среди артропатий, на которые приходится пятая часть новых случаев заболеваемости болезнями костно-мышечной системы, лидируют артроз коленного сустава и приобретенное плоскостопие. Среди болезней мягких тканей, которые формируют десятую часть новых случаев болезней костно-мышечной системы, лидирует миозит.

Болезни нервной системы у молодых людей практически в 9 из 10 случаев исчерпываются неуточненными расстройствами вегетативной нервной системы.

Структура первичной заболеваемости болезнями органов пищеварения более полиморфна: немногим более половины новых случаев определяют болезни пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки, в структуре которых основное место принадлежит неуточненному хроническому гастриту; около трети новых случаев формируют болезни желчного пузыря, желчевыводящих путей и поджелудочной железы, в структуре которых основное место принадлежит хроническому холециститу и хроническому панкреатиту. По 5% новых



случаев заболеваемости болезнями органов пищеварения определяют: неинфекционный энтерит и колит и функциональные нарушения кишечника.

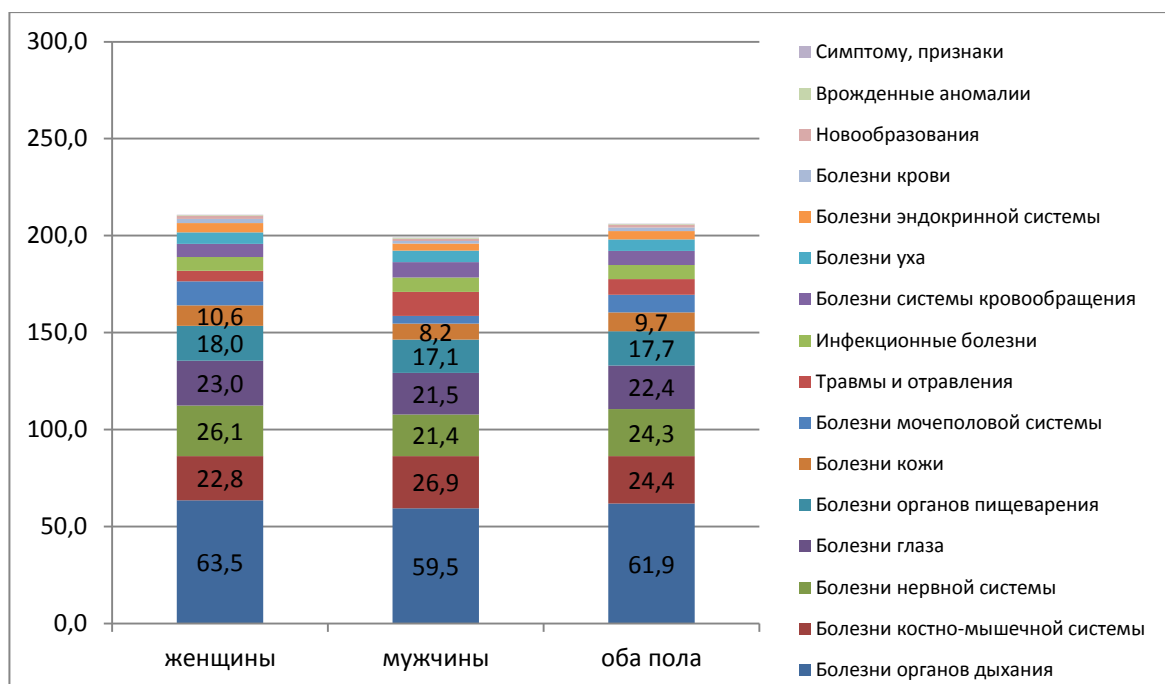


Рис. 3.9 Первичная заболеваемость молодежи 18-34 года на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГБ №1 в 2010 г.

Характерной особенностью ситуации по данным, зарегистрированным в районе обслуживания учреждения, являются заметные различия учтенной заболеваемости по полу: как в целом, так и по отдельным причинам. Суммарно по всем причинам показатели женщин выше на 20,8%.

К 2010 г. учтенная заболеваемость молодых людей сократилась. При этом в структуре первичной заболеваемости произошли следующие существенные изменения.

Болезни органов дыхания, по-прежнему, занимают первое место с 30% в структуре первичной заболеваемости, но на второе-третье место выходят болезни костно-мышечной системы и нервной системы с 11,8%. Соответственно болезни глаза перемещаются на четвертое место и определяют 10,9% новых случаев. На пятом остаются болезни органов пищеварения с 8,6% в структуре первичной заболеваемости молодежи. Таким образом, набор пяти основных причин заболеваемости сохраняется, но значимость отдельных причин, и соответственно соотношение их в структуре первичной заболеваемости – меняется.

Еще одна характерная черта для более низких уровней учтенной заболеваемости – сближение показателей для мужчин и женщин. Так, в целом для всех причин показатели для женщин оказываются выше лишь на 6%, а более существенное превышение характерно для: болезней нервной системы (на 21,7%), кожи (на 28,8%), эндокринной системы (на 28,4%), и особенно для болезней мочеполовой системы (на 207,5%, т.е. в 3,1 раза). Что касается превышения мужских уровней заболеваемости, то они сохраняются не только для травм и отравлений (на 55,7%), но и отмечаются для болезней костно-мышечной системы (на 15,2%), а из менее значимых причин – для болезней системы кровообращения (на 12,6%).

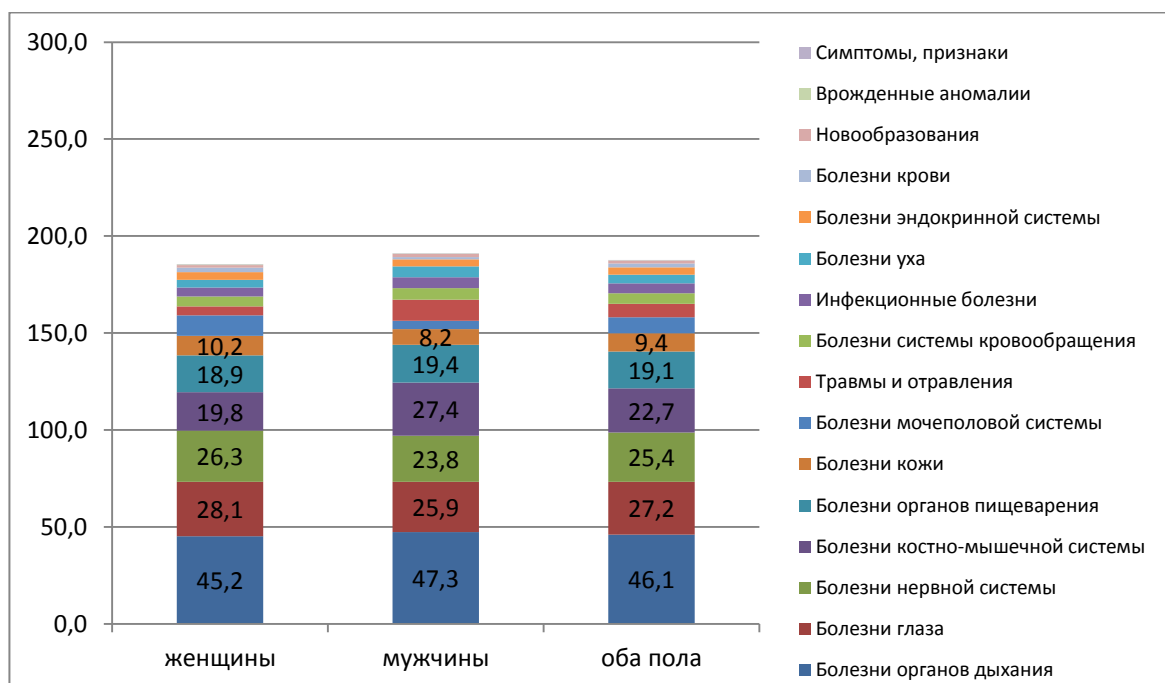


Рис. 3.10 Первичная заболеваемость молодежи 18-34 года на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости в ГБ №1 в 2011 г.

К 2011 г. показатели учтенной заболеваемости еще снизились. Это привело к тому, что значимость болезней органов дыхания сократилась до 24,5%, хотя они и остались на первом месте. На второе место вернулись болезни глаза, и их значимость выросла до 14,5%, на третьем остались болезни нервной системы (13,5%), на четвертом – болезни костно-мышечной системы (12,1%), на пятом – болезни органов пищеварения (10,2%). Таким образом, как и в 2010 г. в сравнении с 2009 г. пятерка ведущих причин сохраняется, хотя их относитель-

ная значимость и соответственно ранговые места в структуре первичной заболеваемости – меняются.

Существенно изменилось гендерное соотношение первичной заболеваемости, как в целом, так и от отдельных причин. При низкой обращаемости, уровни учтенной первичной заболеваемости женщин оказываются, хотя и незначительно, но все же ниже, чем у мужчин (на 2,9%). Расширяется спектр причин, заболеваемость по которым у мужчин оказывается выше. Это не только травмы и отравления, как в 2009 г., а также болезни костно-мышечной системы и системы кровообращения, как в 2010 г., но также инфекции (на 17,1%) и болезни уха (на 29,4%). У женщин сохраняется превышение заболеваемости болезнями мочеполовой системы, а также нервной системы, но его масштабы меньше, чем в 2010 г., и тем более в 2009 г.

Если подводить итоги анализу нозологических особенностей заболеваемости, то, следует отметить, что при сокращении обращаемости за медицинской помощью, снижается выявление практически всех основных видов патологии. Заболеваемость болезнями органов дыхания сократилась на 40,8-28,4% (соответственно женщин и мужчин), болезнями костно-мышечной системы – на 33,3-4,3%, глаза на 22,0-2,3%, органов пищеварения на 16,8-8,1%. Тенденции сокращения заболеваемости коснулись в разной степени и менее распространенных причин. И лишь в отношении болезней нервной системы следует констатировать некоторый рост первичной заболеваемости, прежде всего, за счет мужчин. При этом следует отметить, что у женщин темпы сокращения заболеваемости практически от всех причин выше, что соответствует и возрастной траектории изменения заболеваемости по мере снижения обращаемости за медицинской помощью.

### **3.3. Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения**

Помимо заболеваний, ставших причиной обращения за медицинской помощью, существует еще довольно много поводов, приводящих людей в учреждения здравоохранения. В МКБ-10 эти поводы объединены в XXI класс «Фак-

торы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00-Z99»). Анализ этих факторов практически никогда не проводится, хотя они значимо влияют на обращаемость за медицинской помощью.

Анализ начнем с ГП №1. В 2009 г. общая обращаемость за медицинской помощью молодых людей составила 1088,2 на 1000 лиц соответствующего возраста от 18 до 35 лет. Около 10% всей обращаемости, т.е. 119,3 на 1000 населения 18-34 года составили не заболевания, а иные факторы обращений в учреждение здравоохранения. В 2010 г. общая обращаемость даже незначительно снизилась – до 1120,1 на 1000 лиц 18-34 лет, при этом иные, кроме заболеваний, факторы обусловили 144,9 обращений на 1000 соответствующего населения, т.е. удельный вес этой группы обращений вырос до 13%. В 2011 г. общая обращаемость вновь снизилась, и на этот раз более существенно, чем в 2009 г. – до 1101,9 на 1000 соответствующего населения. При этом обращаемость, обусловленная иными, кроме заболеваний, поводами, практически не изменилась и составила 148,6 на 1000 лиц 18-34 лет. Таким образом, доля этой группы обращений незначительно увеличилась и составила 13,5%.

Рассмотрим структуру причин обращаемости в рамках класса «Z».

Две трети всех обращений определяют обращения для медицинских осмотров, доля которых от 2009 к 2011 г. выросла от 63,4% до 71,5%. Спектр этих осмотров, как показывает подробный анализ обращений, довольно широк и включает, как общие комплексные осмотры, так и осмотры отдельных органов и систем: зрения, слуха, гинекологические осмотры, психиатрическое обследование и пр. Поводы проведения осмотров также достаточно разнообразны: обследование призывников, перед поступлением на работу, в связи с получением медицинских документов и пр. Вместе с тем, наиболее распространенным кодом МКБ-10 в этой группе причин обращений является код «Z04.8 Обследование и наблюдение по другим поводам».

Треть всех причин обращений в структуре «Z» - класса в 2009-2010 г. определяло исследование контактов с больным или возможность заражения другими инфекционными болезнями, а также иммунизация. Обращения связа-

ны с проведением иммунизации против почти 10 инфекционных заболеваний, однако доминирующим является вирусный гепатит. Именно сокращение в 2011 г. иммунизации против вирусного гепатита и определило уменьшение вдвое доли этой группы обращений в структуре «Z» - класса.

Отмечаются единичные случаи обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции. Вместе с тем, поводов для таких обращений в рассматриваемой группе населения более, чем достаточно. Это, прежде всего, консультации по вопросам контрацепции, обследования и тесты на установление беременности, наблюдение за течением беременности, антенатальный скрининг, послеродовая помощь и обследование. По-видимому, случаи обращения по этим поводам кодируются в других классах МКБ, тем самым завышая уровни заболеваемости.

Также единичный характер носят обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических профилактических процедур и получения медицинской помощи, необходимой для выздоровления или с целью закрепления результатов лечения.

Несколько чаще отмечаются обращения, связанные с так называемыми другими обстоятельствами, а по сути, - по вопросам образа жизни, поскольку они включают консультации по вопросам питания, курения, потребления алкоголя, переутомления, физической активности и пр. Характерно, что от 2009 к 2011 г. доля этих обращений в структуре «Z» - класса возросла с десятых долей процента до 6,8%. По-видимому, активная информационная кампания по оздоровлению образа жизни, а также открытие Центров здоровья начали позитивно сказываться на формировании самосохранительного поведения молодежи.

Небольшой, но стабильный вклад (3,6-3,7%) в структуру обращений «Z» - класса вносят обращения, связанные с ограничениями, определяющиеся личным или семейным анамнезом. В основном, это обращения, связанные с последствиями оперативных вмешательств, приведшие к потере конечностей, или органов. Вместе с тем, учитывая распространенность травмоопасного поведе-

ния среди молодежи, нельзя не отметить, что число лиц, нуждающихся в медицинской помощи вероятно намного больше, чем обращающихся за ней.

Важно отметить, что одна группа причин обращений в структуре «Z» - класса практически ни разу не встретилась среди анализируемого массива случаев: это «потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами». К таким опасностям относятся: проблемы, связанные с обучением (низкий уровень образования, плохая адаптация к учебному процессу, стресс, связанный с провалом на экзаменах и пр.), с отсутствием работы или угрозой ее потерять, с неблагоприятными условиями труда, с неблагоприятными жилищными условиями, с низкими доходами, с факторами социального окружения, с семейными взаимоотношениями или отсутствием семьи, с другими психосоциальными обстоятельствами. Возможно, что сами молодые люди не считают перечисленные обстоятельства жизни потенциальными опасностями для здоровья и потому не обращаются за информацией к медицинскому работнику для того, чтобы минимизировать имеющиеся риски. Но нельзя исключить и тот факт, что медицинские работники не рассматривают условия жизни населения в качестве серьезных факторов риска и не готовы работать с группами риска.

Таблица 3.3- Структура обращений молодежи 18-34 лет в ГП №1 в соответствии с XXI классом МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения», %

	женщины	мужчины	итог
	2009 год		
обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	62,1	65,2	63,4
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	35,2	28,7	32,6
обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (z30-z39)	0,0	-	0,0
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	0,1	0,3	0,2
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	0,1	0,1	0,1
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	2,5	5,6	3,7

	100,0	100,0	100,0
	2010 год		
обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	59,9	70,3	64,4
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	36,7	23,5	31,0
обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (z30-z39)	0,0	-	0,0
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	0,3	0,7	0,4
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	0,6	0,6	0,6
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	2,5	4,9	3,6
	100,0	100,0	100,0
	2011 год		
обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	65,8	79,4	71,5
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	22,5	7,3	16,2
обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (z30-z39)	0,1	-	0,1
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	1,6	2,0	1,8
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	7,4	6,1	6,8
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	2,6	5,1	3,7
	100,0	100,0	100,0

Таким образом, анализ поводов обращения в учреждения здравоохранения вне связи с заболеваниями, выявил имеющиеся проблемы и резервы усиления профилактической направленности в деятельности первичного звена.

Для верификации выявленных закономерностей рассмотрим место «Z» - класса в структуре обращаемости в другое учреждение, а именно в поликлинику при городской больнице № 1.

Общая обращаемость в это ЛПУ в 2009 г. составила 962,5 на 1000 молодых людей в возрасте 18-34 года, т.е. оказалась на 12% ниже, чем в ГП №1. При

этом обращаемость вне связи с заболеваниями составила 346,8 на 1000 соответствующего населения и определила 36% всех случаев обращения в ЛПУ, что оказалось более чем втрое выше, чем в ГП №1. В 2010 г. общая обращаемость в рассматриваемое учреждение здравоохранения заметно сократилась (до 767,9 на 1000 лиц 18-34 года), практически теми же темпами снизилась обращаемость и по поводам, кодируемым в рамках «Z» - класса (до 240,9 на 1000 лиц 18-34 года), таким образом, удельный вес обращений вне связи с заболеваниями остался практически на том же уровне – 32,4%. К 2011 г. произошло дальнейшее снижение общей обращаемости молодежи в ЛПУ при ГБ №1 – до 630,0 на 1000 соответствующего населения. Еще более высокими темпами снизилась обращаемость по поводам не связанным с заболеваниями – до 127,4 на 1000 лиц 18-34 года, что привело к снижению удельного веса данной группы обращений в структуре общей обращаемости до 20,2%.

Таким образом, ГП №1 является учреждением, где в течение 3 лет сохранялась стабильная обращаемость по поводам, не связанным с заболеваниями, тогда как ЛПУ при ГБ №1 – это учреждение, в котором за 3 года произошло практически трехкратное снижение обращаемости по данным поводам, в результате чего к 2011 г. уровни обращаемости по причинам, кодируемым в рамках «Z» - класса в этих ЛПУ оказались практически одинаковыми.

Рассмотрим, каким образом менялась структура обращаемости на фоне существенного снижения ее уровней. Обращает на себя внимание, что состав поводов обращений в рамках «Z» - класса является довольно узким и концентрируется вокруг медицинских осмотров и иммунизации. Причем, в 2009 г. 84% всех обращений были связаны с осмотрами, что существенно превышало долю их в структуре обращений в ГП №1. К 2011 г. удельный вес осмотров снизился до 74%, причем перераспределение произошло только в пользу иммунизации, тогда как доля других поводов обращения практически не изменилась.

Анализируя структуру обращений в ГП №1, мы обращали внимание на явный дефицит обращений «в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции», а также «в связи с необходимостью проведения спе-



цифических процедур и получения медицинской помощи». Что касается ЛПУ при ГБ №1, то в этом учреждении данная проблема еще более выражена. Более того, удельный вес посещений по вопросам, связанным с образом жизни, не превышает 1% в структуре обращаемости «Z» - класса, и тенденция роста обращаемости по этим вопросам, как это отмечено в ГП № 1, отсутствует.

Таким образом, более высокая обращаемость по поводам, не связанным с заболеваниями («Z» - класс), отнюдь не свидетельствует о профилактически ориентированной структуре этой обращаемости. Поводы обращений ограничиваются медицинскими осмотрами и иммунизацией.

Таблица 3.4- Структура обращений молодежи 18-34 лет в ЛПУ при ГБ №1 в соответствии с XXI классом МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения», %

	жен-	муж-	всего
	щины	чины	
2009 год			
обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	84,1	83,8	84,0
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	15,5	15,3	15,4
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	0,4	0,7	0,5
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	0,0	0,0	0,0
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	0,0	0,1	0,1
	100,0	100,0	100,0
2010 год			
обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	78,2	75,4	77,2
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	21,3	24,1	22,3
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	0,5	0,5	0,5
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	0,0	0,0	0,0
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	0,0	0,0	0,0
	100,0	100,0	100,0
2011 год			

обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	74,9	74,4	74,7
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	23,3	23,2	23,2
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	1,0	1,1	1,0
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	0,8	1,3	1,0
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	0,0	0,1	0,0
	100,0	100,0	100,0

Таким образом, проведенный анализ позволил выявить некоторые особенности заболеваемости молодежи и обращаемости ее за медицинской помощью.

В поликлиники по месту жительства в среднем в течение года обращаются за медицинской помощью около 15% молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет. Вариация этой доли зависит от структуры прикрепленного населения, в частности, от числа учащихся, которые обслуживаются студенческой поликлиникой или прикреплены к определенному ЛПУ.

В свою очередь, рост или сокращение обращаемости существенно сказываются на уровнях учтенной первичной заболеваемости молодежи, а также ее гендерных, возрастных и нозологических особенностях.

Если рассматривать возрастную траекторию заболеваемости, то снижение обращаемости сказывается, прежде всего, на возрастных группах до 20 лет. Если за медицинской помощью обращается около пятой части молодых людей, то пик заболеваемости приходится на возраст 18-19 лет, т.е. молодые люди «не теряются» при переходе из детской во взрослую сеть. Чем меньшая часть молодежи в среднем обращается за медицинской помощью, тем на более поздний возраст приходится пик учтенной заболеваемости. Еще одна возрастная группа, на которой сказывается снижение обращаемости, - это молодые люди старше 30 лет. Чем ниже в среднем обращаемость за медицинской помощью, тем ниже учтенная первичная заболеваемость 30-34-летних, прежде всего, женщин.

При любых уровнях обращаемости пятерку основных причин заболеваемости молодежи определяют: болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, глаза, нервной системы, и болезни органов пищеварения, определяющие более половины новых случаев болезней. Вместе с тем, в зависимости от уровня обращаемости значимость отдельных причин, и соответственно соотношение их в структуре первичной заболеваемости – меняется. При сокращении обращаемости за медицинской помощью (с 20% до 10% молодых людей из числа прикрепленного населения), снижается выявление практически всех основных видов патологии. Заболеваемость болезнями органов дыхания сократилась на 40,8-28,4% (соответственно женщин и мужчин), болезнями костно-мышечной системы – на 33,3-4,3%, глаза на 22,0-2,3%, органов пищеварения на 16,8-8,1%. Тенденции сокращения заболеваемости касаются в разной степени и менее распространенных причин.

Еще одна характерная черта для более низких уровней обращаемости – сближение показателей учтенной заболеваемости для мужчин и женщин. Если за медицинской помощью обращается не менее пятой части молодых людей, показатели заболеваемости женщин суммарно по всем причинам выше на 20%. Более высокое превышение характерно для: болезней глаза, нервной системы, эндокринной системы, и особенно мочеполовой системы. У мужчин более высокие показатели отмечаются только в отношении травм и отравлений. Если в ЛПУ обращается лишь десятая часть молодых людей, то уровни учтенной заболеваемости мужчин и женщин выравниваются. У женщин сохраняется некоторое превышение заболеваемости для болезней эндокринной и мочеполовой системы. Что касается превышения мужских уровней заболеваемости, то они сохраняются не только для травм и отравлений, но и отмечаются для болезней костно-мышечной системы и болезней системы кровообращения.

Помимо заболеваний, ставших причиной обращения за медицинской помощью, существует еще довольно много поводов, приводящих людей в учреждения здравоохранения. В МКБ-10 эти поводы объединены в XXI класс «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохра-

нения» («Z00-Z99»). Анализ поводов обращения в учреждения здравоохранения вне связи с заболеваниями, выявил имеющиеся проблемы и резервы усиления профилактической направленности в деятельности первичного звена.

Поводы обращений практически ограничиваются медицинскими осмотрами и иммунизацией.

Едиличный характер имеют случаи обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции. Вместе с тем, поводов для таких обращений в рассматриваемой группе населения более чем достаточно. Это, прежде всего, консультации по вопросам контрацепции, обследования и тесты на установление беременности, наблюдение за течением беременности, антенатальный скрининг, послеродовая помощь и обследование. По-видимому, случаи обращения по этим поводам кодируются в других классах МКБ, тем самым завышая уровни заболеваемости женщин репродуктивного возраста.

Едиличный характер носят обращения по вопросам образа жизни, поскольку они включают консультации по вопросам питания, курения, потребления алкоголя, переутомления, физической активности и пр. Характерно, что от 2009 к 2011 г. доля этих обращений в структуре «Z» - класса возросла с десятых долей процента до нескольких процентов. По-видимому, активная информационная кампания по оздоровлению образа жизни, а также открытие Центров здоровья начали позитивно сказываться на формировании самосохранительного поведения молодежи.

Важно отметить, что одна группа причин обращений в структуре «Z» - класса практически ни разу не встретилась среди анализируемого массива случаев: это «потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами». К таким опасностям относятся: проблемы, связанные с обучением (низкий уровень образования, плохая адаптация к учебному процессу, стресс, связанный с провалом на экзаменах и пр.), с отсутствием работы или угрозой ее потерять, с неблагоприятными условиями труда, с неблагоприятными жилищными условиями, с низкими

доходами, с факторами социального окружения, с семейными взаимоотношениями или отсутствием семьи, с другими психосоциальными обстоятельствами. Возможно, что сами молодые люди не считают перечисленные обстоятельства жизни потенциальными опасностями для здоровья и потому не обращаются за информацией к медицинскому работнику для того, чтобы минимизировать имеющиеся риски. Но нельзя исключить и тот факт, что медицинские работники не рассматривают условия жизни населения в качестве серьезных факторов риска и не готовы работать с группами риска.

## ГЛАВА 4. ОСОБЕННОСТИ СМЕРТНОСТИ МОЛОДЕЖИ

### 4.1. Особенности смертности российской молодежи

Значительное число исследований, как отечественных, так и зарубежных, посвящено проблемам российской смертности, анализу причин и последствий неблагоприятной ситуации [11; 67; 70; 71; 81; 85; 89; 141; 160; 185; 187; 190; 237; 240; 344]. Вместе с тем, детальный анализ проблем, характерных для отдельных групп населения является скорее исключением, хотя для разработки политики по сокращению смертности необходима разработка дифференцированных мер, направленных на конкретные группы с их специфическими проблемами.

В течение всего периода реформ наименее благополучно развивались тенденции смертности в молодежной среде, в результате чего именно для этой группы российского населения сложился максимальный отрыв от европейских стран, не только западных, но и стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ). За четверть века с 1980 г. по 2005 г. смертность молодых мужчин в России выросла более чем на 25%, их ровесниц – более чем на 40%, при этом смертность европейских мужчин снизилась почти на 60% (в странах «старой Европы» на 66,2%, в новых членах ЕС на 57,8%), их ровесниц – более чем на 70% (в странах «старой Европы» на 74,3%, в новых членах ЕС на 72,3%) (рис. 4.1).

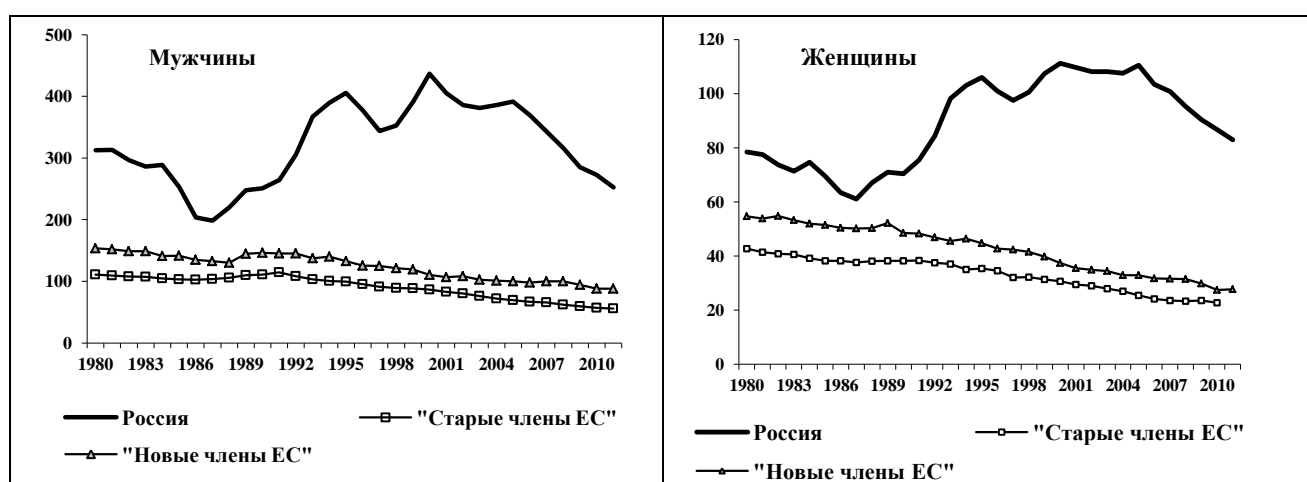


Рис.4.1. Динамика смертности молодежи в возрасте 15-29 лет (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста и пола) в 1980-2011 г.

В странах Центральной и Восточной Европы не было отмечено существенного роста смертности на фоне проведения социально-экономических реформ: у мужчин скорее можно было говорить о стабилизации показателей, у женщин – лишь о замедлении тенденции к ее сокращению. И уже с середины 1990-х годов сложился уверенный позитивный тренд сокращения людских потерь среди молодежи. В России осуществление реформ по «шоковому» сценарию привело к увеличению смертности в середине 1990-х годов в сравнении с предреформенным периодом конца 1980-х годов более чем в 1,5 раза и у мужчин, и у женщин. К 1998 г. потери несколько сократились, но вторая волна роста смертности привела к тому, что к 2000 г. показатели оказались выше, чем даже в середине 1990-х годов. Лишь с начала наступившего десятилетия сложился позитивный тренд динамики смертности среди молодежи в России, причем вплоть до 2005 г. речь могла идти скорее о стабилизации на крайне высоких уровнях.

В результате отмеченных тенденций к 2005 г. уровни смертности российской молодежи кратно превышали показатели их европейских сверстников: в сравнении со странами западной Европы различия составляли 5,6 раз для мужчин и 4,3 раза для женщин, в сравнении с новыми членами ЕС -3,9-3,4 раза соответственно. Существенно, что на излете советского этапа развития страны – в 1980 г., когда ситуация со смертностью справедливо расценивалась как крайне неблагоприятная, различия со странами Западной Европы составляли 2,8-1,8 раза, со странами Центральной и Восточной Европы 2,0-1,4 раза для мужчин и женщин соответственно.

С 2005 г. сформировался отчетливый позитивный тренд сокращения смертности, в результате чего смертность мужчин к 2011 г. сократилась на 13,7%, женщин – на 33,2%. Вместе с тем, поскольку смертность продолжала сокращаться и у европейской молодежи, разрыв хоть и уменьшился, но далеко не преодолен. В 2011 г. смертность молодых российских мужчин превышала показатели их сверстников в развитых странах в 4,5 раза, в странах ЦВЕ – в 3 раза, для женщин разрыв составил 3,7 раза, поскольку показатели молодых

женщин в «старых» и «новых» членах ЕС практически сравнялись за счет опережающих темпов снижения в странах ЦВЕ.

Категория молодежи объединяет в себе возрастные группы, существенно различающиеся не только по уровням, но и по тенденциям смертности (рис.4.2).

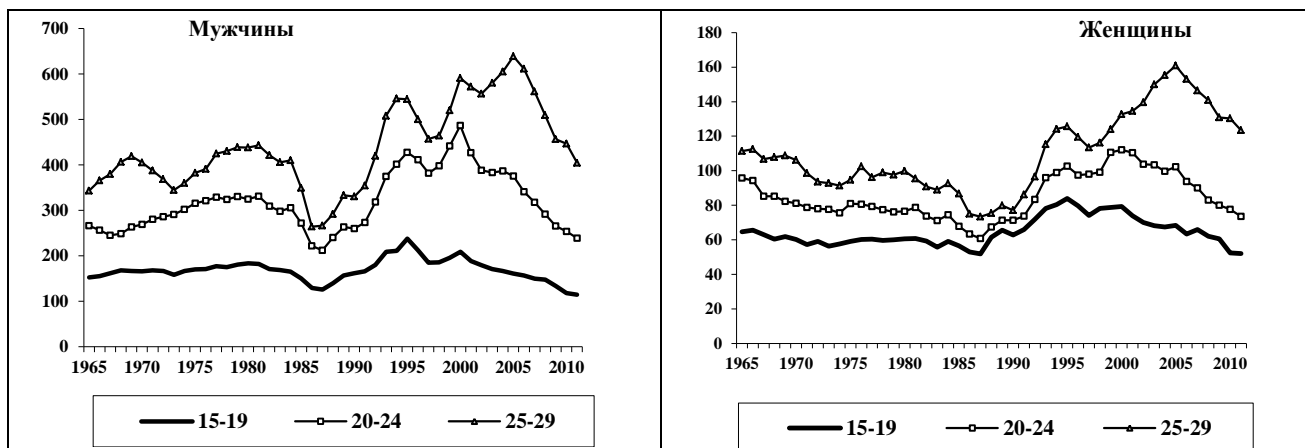


Рис.4. 2 Динамика смертности разных возрастных групп молодежи (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста и пола) в 1989-2011 г.

Чем старше возраст, тем выше уровни смертности и более неблагоприятны тенденции. Минимальными темпами росла смертность 15-19-летних, более того, рост исчерпался практически к 1995 г., возвратная волна смертности была минимальной. Практически с середины 1990-х годов сформировались позитивные тенденции, в результате которых у юношей уже в 2000 г. произошло возвращение к уровням начала 1980-х годов, у девушек показатели советского периода достигнуты к 2008 г. К 2011 г. и для юношей, и для девушек достигнуты минимальные уровни смертности, которые отмечались в 1987 г.

Для 20-24-летних темпы роста смертности были выше, более того, на фоне возвратной волны смертности уровни конца 1990-х годов оказались даже выше, чем в середине 1990-х годов, и позитивный тренд сложился лишь в начале наступившего десятилетия. В результате, современные показатели все еще выше, чем минимум, зафиксированный в 1987 г.: у мужчин на 12,5%, у женщин в пределах 16%.

Для 25-29-летних темпы роста смертности в период реформ были максимальны среди всех групп молодежи, рост смертности продолжался дольше,



вплоть до 2005 г., и показатели середины текущего десятилетия оказались почти на 20% у мужчин и на 30% у женщин выше, чем в середине 1990-х годов, когда ситуация в смертности с полным основанием расценивалась как демографическая катастрофа. Несмотря на позитивную динамику в период после 2005 г., современные уровни смертности 25-29-летних в 1,5-1,7 раза выше, чем минимум, зафиксированный в 1987 г.

С точки зрения прогноза важна устойчивость сложившихся трендов, существенным индикатором которой является региональный аспект проблемы. Описанные тенденции отмечались в большинстве регионов страны, вместе с тем, даже в 2005-2007 г., когда динамика сокращения смертности в России выглядела очень энергично, в отдельных субъектах Федерации сокращение смертности молодежи было минимальным, или даже отмечался ее рост: в 9 территориях для мужчин и в 14 – для женщин. В 2007-2009 г. на фоне некоторого торможения позитивных тенденций число регионов с неблагоприятной динамикой выросло до 20 для мужчин и 23 для женщин. Таким образом, почти четверть субъектов Федерации выпало из общероссийского позитивного тренда.

Если исключить автономные образования с малой численностью населения, где из-за незначительного ежегодного числа случаев смерти показатели могли вырасти на 100 и даже 400%, то список территорий, в которых смертность молодежи не сократилась, а даже выросла, удивляет своей пестротой. С одной стороны, в нем присутствуют регионы – экономические лидеры, в которых отмечаются наиболее высокие в России уровни продолжительности жизни (Москва, Ханты-Мансийский АО, Ямало-Ненецкий АО, Липецкая область, Самарская область. Республика Башкортостан и др.), с другой стороны, территории, отличающиеся крайне неблагоприятной ситуацией со смертностью (Тыва, Бурятия, Иркутская, Камчатская, Магаданская области и др.).

Можно предположить, что в регионах - экономических лидерах негативные тренды смертности молодежи связаны главным образом, с значительным миграционным влиянием на смертность, поскольку большая часть мигрантов –

это молодые люди, а состояние здоровья их и риски смерти существенно выше, чем для постоянного населения в силу неблагоприятных условий жизни и труда. В экономически депрессивных регионах отсутствие позитивных трендов смертности среди молодежи может объясняться проблемами безработицы, социальной нереализованностью, отсутствием перспектив. Однако в целом, несмотря на разнообразие причин, существенно, что при подобной региональной вариации тенденций, общий тренд смертности молодежи в России не обретет устойчивой позитивной направленности.

#### **4.2. Смертность молодежи Красноярского края в 1990-е – 2000-е годы**

Красноярский край относится к территориям, характеризующимся высокой смертностью, в том числе, неблагоприятной ситуацией в молодежной среде. Исследование 20-летних трендов позволит выявить особенности смертности молодежи, как в период реформ, так и в период стабилизации. Чтобы адекватно оценить медико-демографические процессы, ситуация в крае будет рассматриваться на фоне изменений, происходящих в Сибирском федеральном округе и в России в целом. При этом особое внимание будет уделено новейшим тенденциям, сформировавшимся после 2005 г.

Кроме того, особое внимание будет уделено оценке масштабов потерь вследствие таких социально значимых причин, как убийства и самоубийства, а также потерь, обусловленных поведенческими факторами риска.

Динамика смертности молодежи Красноярского края в 1989-2011 гг. характеризовалась кратковременными тенденциями, смена которых была обусловлена, как правило, социально-экономическими факторами. Так, ярко выраженные негативные тенденции первой половины 1990-х годов, когда показатели выросли на 32,5% у мужчин и 43,8% у женщин, сменились кратковременным снижением смертности, прерванным дефолтом 1998 г. Негативные тенденции, сформировавшиеся в конце 1990-х годов, оказались весьма долговременными: не всегда стабильный рост показателей наблюдался до 2005 г., при этом в мужской популяции максимум смертности был зафиксирован в 2000 г. (539,7 на 100000) и превысил пик 1994 г. на 14,9%. У молодых жительниц

Красноярского края в рассматриваемый период были зафиксированы 3 пика смертности (1995, 2000 и 2003 гг.), причем уровни показателя в эти годы практически не различались, составив 144,4, 145,7 и 147,5 на 100000. В 2005 г. сформировались выраженные позитивные тенденции, вследствие чего к 2011 г. смертность молодых мужчин снизилась на 69,1%, их ровесниц – на 33,1%, что превысило темпы снижения показателей в Сибири (на 60,0% и 30,2%) и особенно в целом по России (на 55,2% и 30,1%) (рис. 4-3).

Можно констатировать, что в целом за рассматриваемый период 1990-х – 2000-х годов тенденции смертности молодежи Красноярского края были существенно лучше, нежели в Сибири и в целом по России: так, смертность молодых мужчин в 1989-2011 гг. снизилась на 23,0% против соответствующего 8,8%-ного роста в округе и возвращению к уровням конца 1980-х годов в стране в целом, темпы роста смертности молодых жительниц Красноярского края были впятеро ниже таковых в Сибири и втрое – в России (5,6% против 28,1% и 15,2%).

Из рис. 4.3 видно, что Красноярский край по уровню смертности молодых мужчин в течение всего периода исследования занимал промежуточное положение между показателями Сибирского округа и России в целом, однако после 2005 г. проигрыш края от России резко сократился: так, в 1989 г. он составлял 41,3%, а в 2005 г. – 24,5%, то в 2011г. – только 7,2%. В 2000-е годы резко вырос выигрыш Красноярского края по сравнению с Сибирью: если в 2000 г. смертность молодых мужчин в Сибири и Красноярском крае была практически одинаковой (535,8 и 539,7 на 100000), то в 2011 г. показатели округа более чем на 20% превышали таковые в крае. Смертность молодых жительниц Красноярского края до 2003 г. была близка к таковой в Сибири, заметно превышая российские показатели (на 37,1% в 1989 г. и 37,6% в 2003 г.), однако в последний период исследование отставание края от России заметно сократилось, составив 15-20%.

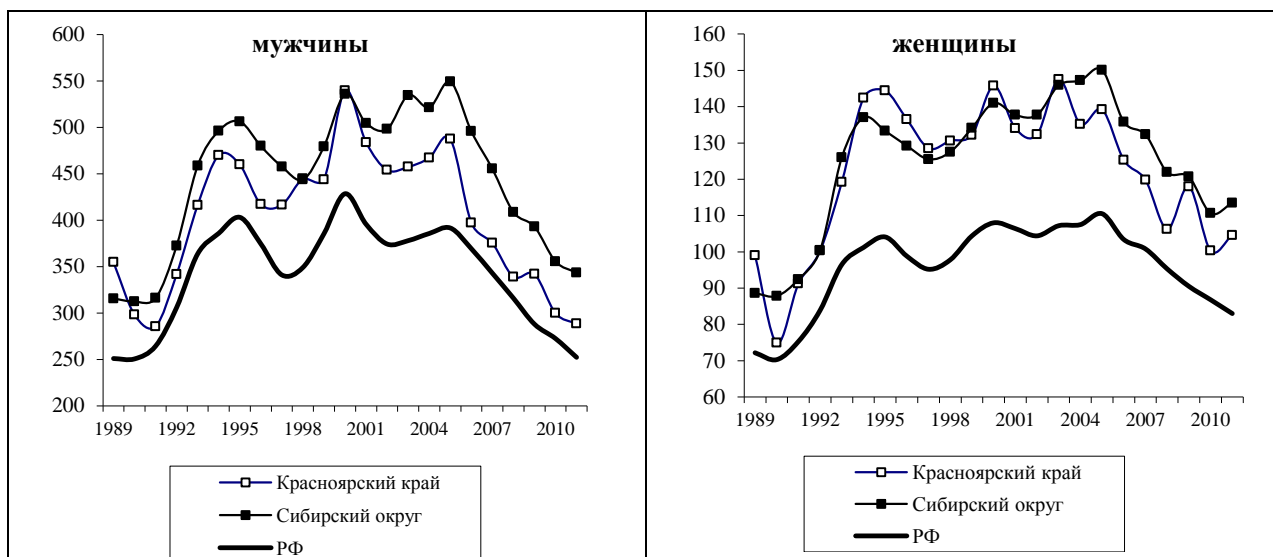


Рис. 4.3. Динамика смертности 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Возникает вопрос: какими причинами смерти определялись опережающие позитивные тенденции молодежи Красноярского края?

#### 4.3. Травмы и отравления как ведущие причины смерти молодежи

Смертность населения 15-29-лет определяется в первую очередь внешними причинами, поэтому динамика травматической смертности в 1989-2011 гг. и в Красноярском крае, и в Сибири, и в России характеризуется закономерностями, сходными с таковыми для общей смертности молодежи (ср. рис. 4.3 и 4.4).

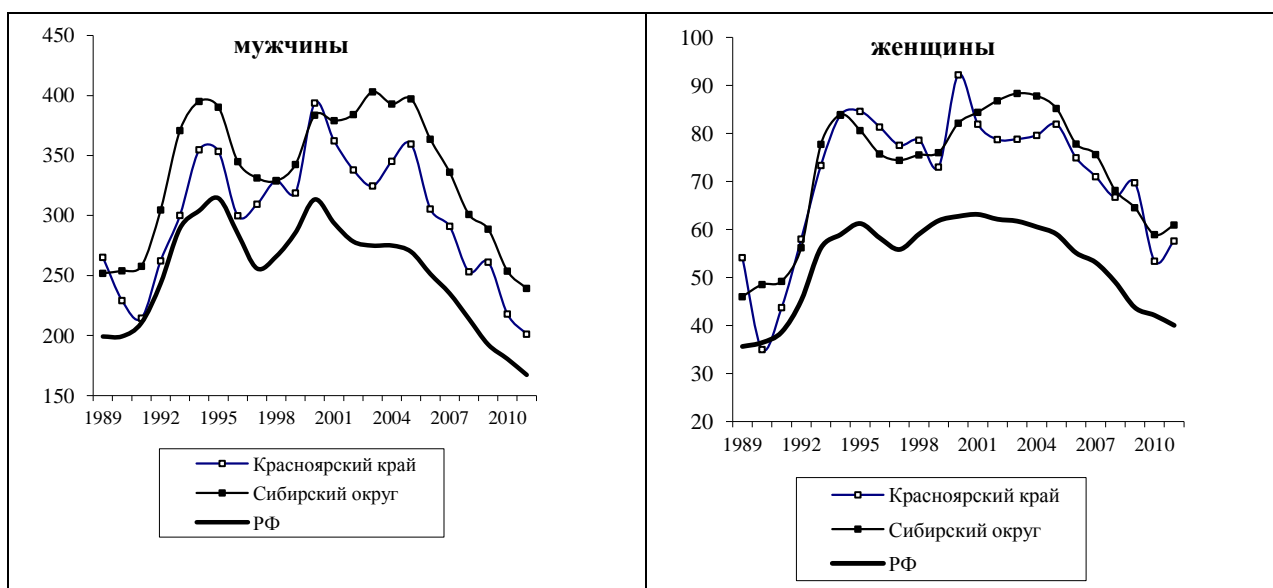


Рис. 4.4. Динамика смертности от внешних причин 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

В целом за рассматриваемый период смертность молодых мужчин Красноярского края от внешних причин снизилась на 31,9% (против 5,3%-ного снижения в Сибири и 19,1%-ного – в России), смертность их ровесниц выросла на 6,5% (против соответственно 32,3%- и 12,4%-ного роста).

Отметим, что у мужчин позитивные тенденции определялись последними годами исследования: если в 1989-2005 гг. смертность в Красноярском крае росла теми же темпами, что и в целом по России (на 35,5% против 35,4%), то в 2005-2011 гг. темпы снижения показателя заметно опережали сибирские и особенно российские (78,8% против 66,0% и 61,4%). В женской популяции, наоборот, в 1989-2005 гг. травматическая смертность 15-29-летних жительниц Красноярского края росла более медленно, чем в Сибири и в России (в 1,5 раза против 85,2% и 65,7% соответственно), позитивные тенденции последних лет в крае развивались темпами, близкими к таковым в округе и в стране в целом (снижение на 42,2% против 39,9% и 47,5% соответственно).

Вследствие подобной динамики можно отметить заметное сокращение проигрыша Красноярского края по сравнению с Россией в период исследования: если в 1989 г. превышение показателей составляло 33,1% для мужчин и 52,0% для женщин, то к 2011 г. оно сократилось до 20,2-44,0% соответственно. Если же сравнивать ситуацию в Красноярском крае с Сибирским округом, то отмеченный в 1989 г. 5,3%-ный проигрыш края у мужчин и 17,6%-ный – у женщин сменился к 2011 г. 20,3%- и 5,5%-ным выигрышем.

При этом по уровню травматической смертности молодых мужчин Красноярский край занимал в течение всего периода исследования промежуточное положение между Сибирью и Россией в целом, показатели их ровесниц в крае были близки к таковым в Сибири, стабильно превышая российский уровень.

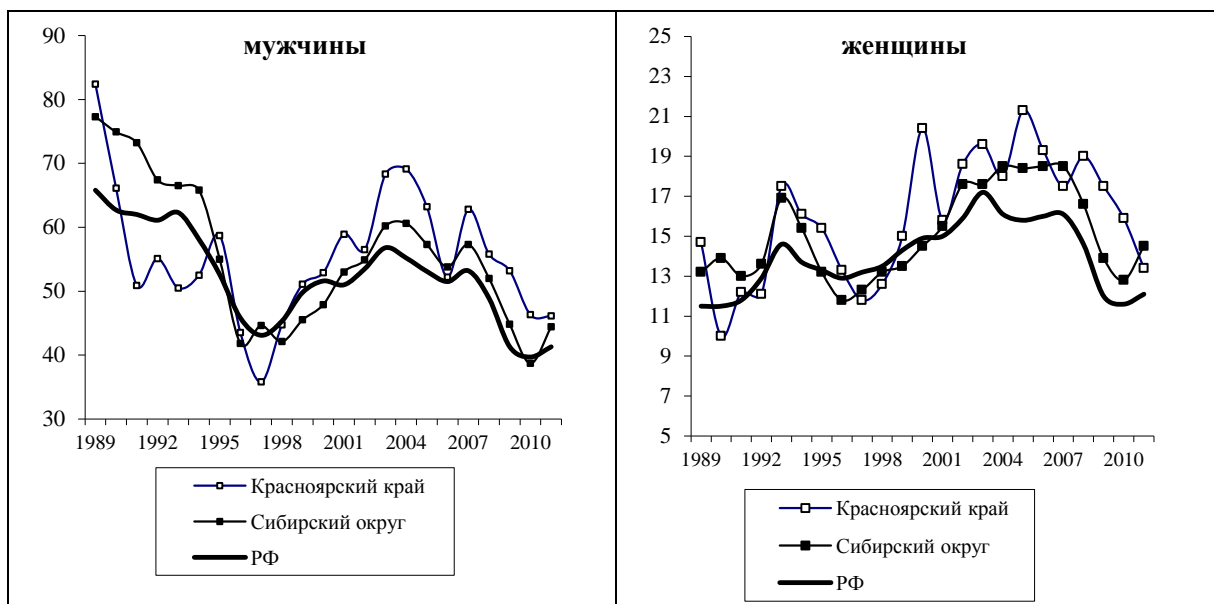


Рис. 4.5. Динамика смертности от транспортных происшествий 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

В течение всего периода исследования транспортный травматизм входил в число ведущих причин, определяющих смертность молодежи от травм и отравлений. Из рис. 4.5 видно, что траектория и уровни транспортной смертности в крае, с одной стороны, были близки к таковым в России и в Сибири, с другой – заметно отличались от динамики смертности от других внешних причин. Так, можно отметить, что в 1989-1997 гг. транспортная смертность молодых мужчин снижалась, в 1997-2004 гг. наблюдался рост показателя, после 2004 г. – новое снижение, причем подобная ситуация наблюдалась и в крае, и в округе, и в стране в целом, причем генеральный тренд был нисходящим, а темпы снижения транспортной смертности молодых жителей Красноярского края практически совпадали с сибирскими и заметно превышали российские (49,9% против 36,4% и 33,7%). У молодых женщин также можно отметить «дугообразную» траекторию, хотя и не столь отчетливо выраженную, при этом, однако, генеральный тренд был восходящим вплоть до 2005 г., а темпы роста смертности – достаточно близкими: за 1989-2005г. транспортная смертность молодых жительниц Красноярского края выросла на 44,9% (против 39,4% в Сибири и 37,4% - в России). За период 2005-2011 г. смертность сократилась практически в том же темпе, что выросла за предыдущие 16 лет, в результате чего в 2011 г.

уровни смертности от транспортных травм у молодых женщин вернулись к показателям конца 1980-х годов.

Отметим, что превышение транспортной смертности красноярских мужчин над сибирскими и российскими показателями сформировалось после 1997 г. и не было существенным. В 2011 г. проигрыш Красноярского края составил 3,8% и 11,6% соответственно. Транспортная смертность молодых женщин Красноярского края была близка к сибирской, но, как правило, превышала российскую на 5%-15%.

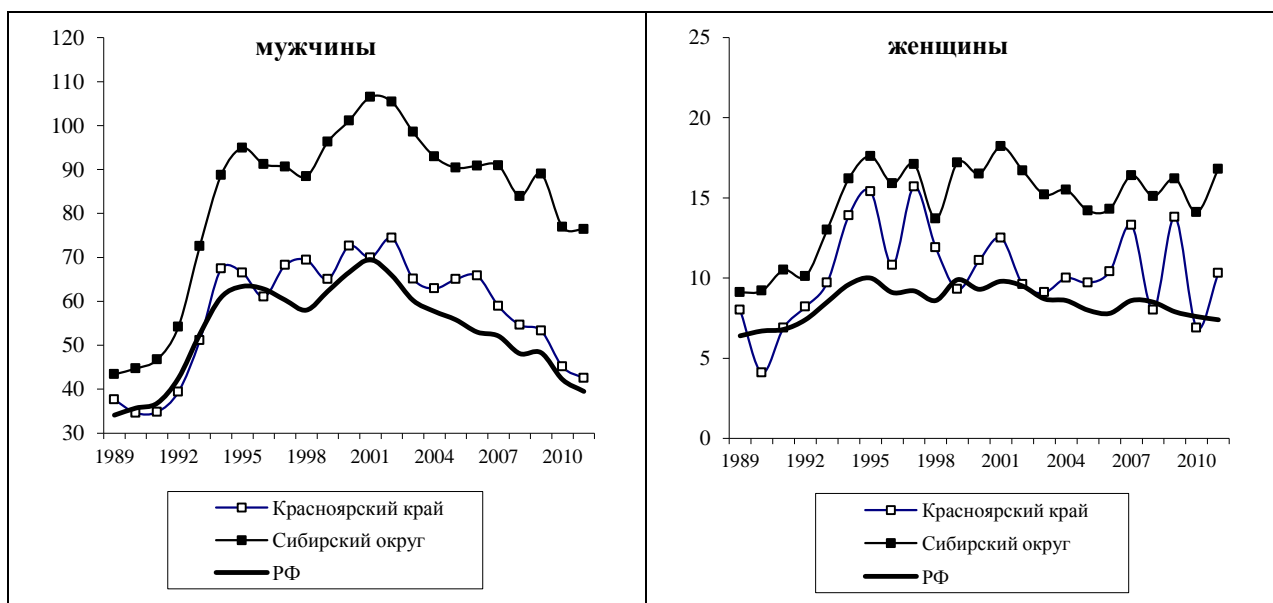


Рис. 4.6. Динамика смертности от самоубийств 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2011 гг.

Самоубийства, наряду с транспортными происшествиями, относятся к лидирующим причинам смертности от травм и отравлений в Красноярском крае. Закономерности изменения суицидальной смертности молодых мужчин Красноярского края мало отличались от таковых среди их сибирских и российских ровесников (рост смертности до 2000 г., особенно выраженный в 1989-1994 гг., и снижение после 2002 г.). При этом, однако, следует отметить, что темпы изменения смертности от самоубийств молодых мужчин Красноярского края были близки к таковым в России, но заметно превышали таковые в Сибири: так, в 1989-1994 гг. красноярская и российская смертность выросла на

79,3% и 78,6% (против 2-кратного роста в Сибири), в 1994-2002 гг. – на 10,4% и 8,25 (против 18,8% в Сибири), в 2002-2011 гг. в Красноярском крае и России суицидальная смертность молодых мужчин снизилась на 75,1% и 66,8% (против 37,9% в Сибири) (рис. 4.6).

Динамика суицидальной смертности молодых жительниц Красноярского края характеризуется не столь стабильными тенденциями, тем не менее, видно, что, как и у мужчин, рост показателя пришелся на 1990-е годы: в 1989-1997 гг. смертность красноярских женщин от самоубийств выросла почти вдвое, темпами, близкими к сибирским (рост на 87,9%), и более чем вдвое превышающими российские (рост на 43,8%). После 1997 г. последовало не всегда стабильное снижение показателя.

Вследствие подобной динамики суицидальная смертность молодых мужчин в Красноярском крае выросла за рассматриваемый период на 13,0% (против 76,0%-ного роста в Сибири и 15,8%-ного – в России), смертность их ровесниц в 1989 и 2010-2011 гг. была практически одинаковой на фоне 84,6%-ного роста сибирских и 15,6%-ного – российских показателей.

Отметим, что по уровню суицидальной смертности молодых мужчин Красноярский край был весьма близок к России, при этом в течение всего периода исследования суицидальная смертность молодых мужчин в Красноярском крае была существенно ниже сибирской, а в 2010-2011 гг. показатели округа превышали показатели края более чем в 1,7 раза. Смертность их ровесниц в середине 1990-х годов была ближе к сибирской, нежели к российской, однако в нулевые годы, за исключением флуктуационных пиков, показатели Красноярского края оказались ближе к российским, нежели к сибирским.

В 2010-2011 г. суицидальная смертность молодых жительниц края оказалась близка к российской (6,9-10,3 против 7,4-7,6 на 100000) и почти вдвое ниже сибирской (14,1-16,8 на 100000).



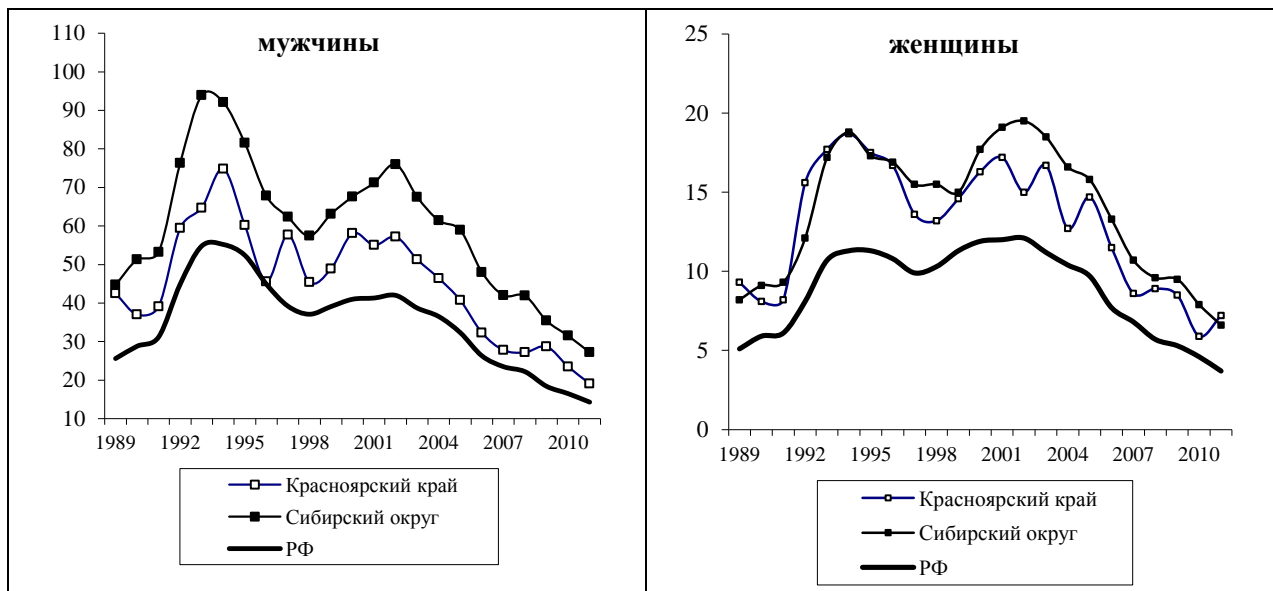


Рис. 4.7. Динамика смертности от убийств 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2011 гг.

Траектория изменения смертности молодежи Красноярского края от убийств не отличалась гендерной спецификой: наиболее выраженные негативные тенденции до 1994 г., когда показатель достиг максимума, составившего 74,8 в мужской и 18,7 в женской популяции на 100000 соответствующего населения, снижение показателя в 1994-1998 гг., рост смертности после 1998 г. и формирование позитивных тенденций, начавшееся у мужчин в 2002, у женщин – в 2003 гг. Вследствие подобной динамики в период исследования насильственная смертность молодых мужчин в Красноярском крае снизилась в 2,2 раза против 1,6-ного снижения в Сибири и 1,8-ного – в России, их ровесниц – на 29,2% против 24,2%-ного в Сибири и 37,8%-ного – в России. Отметим, однако, что есликратно более высокие темпы снижения мужской насильственной смертности в крае формировались в течение всего периода исследования (локальные позитивные тенденции были выражены более, а негативные – менее, чем в округе и стране в целом), то у женщин успех края на фоне округа определялся 1990-ми годами (2-кратный рост показателя против 2,3-кратного в 1989-1994 гг., 29,4%-ное его снижение против 17,6%-ного в 1994-1998 гг.), в начале нулевых годов наблюдалась обратная ситуация (26,5%-ный рост показателя против 19,4%- и 8,7%-ного в 1998-2003 гг.) и близкие, 2-кратные темпы снижения после 2003 г.

Вследствие подобной динамики в рассматриваемый период Красноярский край существенно увеличил свой выигрыш по сравнению с Сибирским округом (с 5% до 1,5 раз) и сократил отставание по сравнению с Россией (с 66% до 33,5%) в мужской популяции. В женской популяции к 2011 г. отставание на фоне Сибирского округа снизилось (с 13,4% в 1989 г. до 9,1%), в сравнении с Россией стабилизировалось (рис. 4.8).

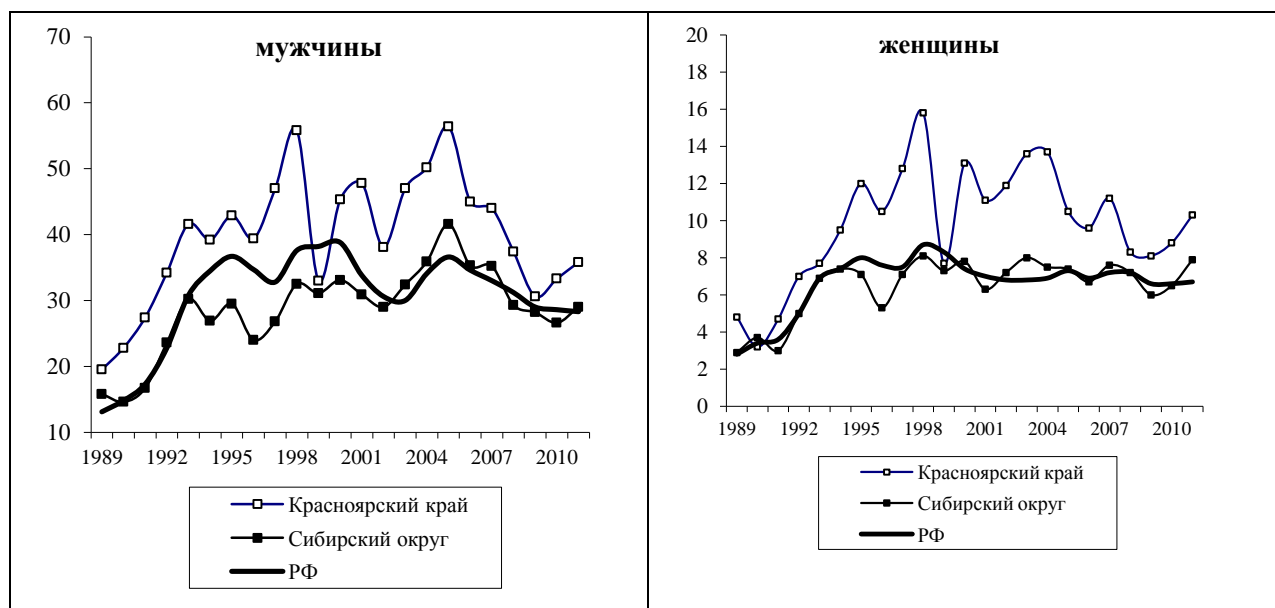


Рис.4.8. Динамика смертности от повреждений с неопределенными намерениями 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Анализируя смертность от самоубийств и убийств, нельзя оставить в стороне смертность от таких размытых причин, как повреждения с неопределенными намерениями, т.к., согласно МКБ-X, «этот блок включает случаи, когда доступной информации недостаточно, чтобы медицинские и юридические эксперты могли сделать вывод о том, является ли данный инцидент несчастным случаем, самоповреждением или насилием с целью убийства или нанесения повреждений», т.е. смертность от этих размытых причин по условию содержит латентную насильственную и суицидальную компоненту. Сразу отметим, что наиболее высокими темпами смертность молодежи Красноярского края от этих причин росла в 1990-е годы: так, в 1989-1998 гг. искомый показатель вырос в 2,9 и 3,3 раза, достигнув максимума, составившего 55,8 и 15,8 на 100000 соответствующего населения. Отметим, что в этот период близкие (2,9- и 3,1-

кратные) темпы роста показателя наблюдались в целом по России, в Сибирском округе в этот период смертность росла более низкими темпами (в 2,1 и 2,8 раза соответственно).

Переход с 9-го на 10-й пересмотр МКБ привел к тому, что в Красноярском крае за год (1998-1999 гг.) смертность молодежи от повреждений с неопределенными намерениями снизилась на 40,9% в мужской и в 2 раза – в женской популяции, однако этот эффект оказался весьма кратковременным, и в 1999 г. начался новый рост показателя, вследствие чего смертность молодых мужчин в 2005 г. несколько превысила таковую в 1998 г. (56,4 против 55,8 на 100000).

С 2005 по 2008 г. у мужчин и с 2004 г. у женщин сформировалась позитивная тенденция, причем темпы снижения показателя в крае существенно превышали таковые в Сибири и в целом по России (33,7% и 39,4% против 29,6% и 4% в округе и 14,8%-ного снижения и 4,3%-ного роста в стране). Однако с 2009 г. в крае вновь отмечен рост показателя. Но поскольку период формирования негативного тренда очень короткий, пока невозможно предсказать, является ли он случайной флуктуацией, или началом новой негативной тенденции.

Вследствие подобной динамики смертность красноярской молодежи от повреждений с неопределенными намерениями за рассматриваемый период выросла в 1,8 и 2,1 раза соответственно. В Сибирском округе темпы роста смертности мужчин от повреждений с неопределенными намерениями оказались близкими к таковым в Красноярском крае (рост в 1,8 раза) на фоне существенно более высоких (2,2-кратных) темпов роста смертности в России. При этом нельзя забывать, что, в отличие от убийств и самоубийств, смертность молодежи Красноярского края от повреждений с неопределенными намерениями в течение всего периода исследования значительно превосходила не только сибирские, но и российские уровни, однако это превышение за счет выраженных позитивных тенденций 2003-2008 г. несколько сократилось (особенно в женской популяции). Сравнивая показатели 1989 и 2008 г., можно отметить, что если в 1989 г. смертность молодежи Красноярского края от повреждений с не-

определенными намерениями превышала российские показатели 1,5-кратно у мужчин и на 71,4% у женщин, то в 2008 г. – соответственно на 19,9% и 15,3% (рис. 4.8). К 2011 г. это превышение вновь увеличилось (до 26,5% для мужчин и 53,7% для женщин), хотя и не достигло масштабов конца 1980-х годов.

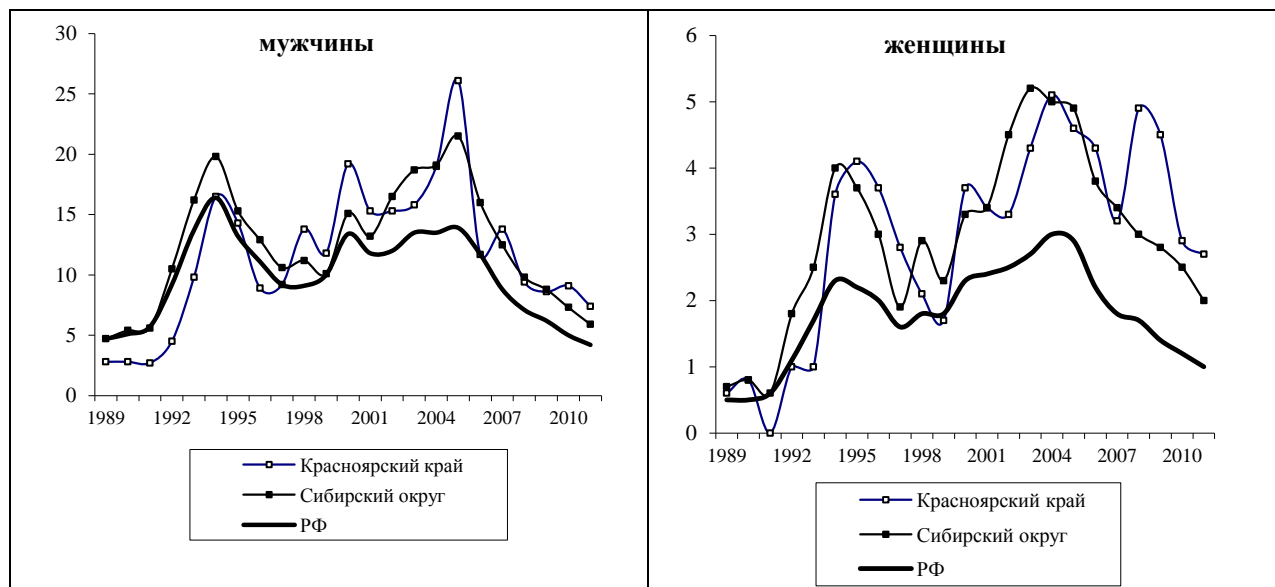


Рис. 4.9. Динамика смертности от случайных отравлений алкоголем 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Анализируя смертность молодежи Красноярского края от алкогольных отравлений, можно отметить только 2 периода сколько-нибудь устойчивого снижения у мужчин: 1994-1996 гг. и 2005-2008 гг. и 3 периода у женщин: 1995-1999 гг., 2009-2011 гг. Однако даже с учетом позитивных сдвигов последних лет можно констатировать, что смертность молодых мужчин Красноярского края от алкогольных отравлений за 1989-2011 г. выросла в 2,6 раза (против 1,2-кратного роста в Сибири и 11%-ного снижения в России), что же касается их ровесниц, то темпы роста смертности от алкогольных отравлений вдвое превышали сибирские и российские (4,5-кратный рост против 2,8- и 2-кратного) (рис. 4.9). Если в 1989 г. Красноярский край имел весьма существенный, почти 70%-ный выигрыш и по сравнению с Сибирью, и по сравнению с Россией среди молодых мужчин и близкие показатели среди молодых женщин, то к 2011 г., вследствие подобной динамики, смертность от алкогольных отравлений пре-

вышла российские показатели в 1,7 у мужчин и почти 3-кратно (в 2,7 раза) у женщин.

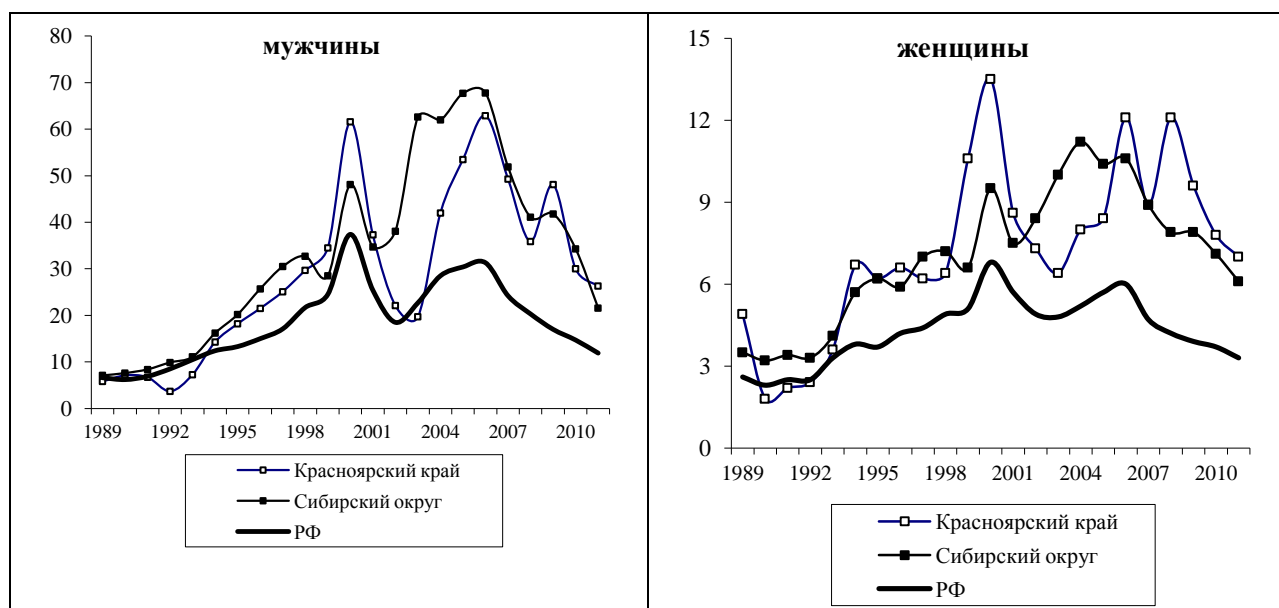


Рис.4.10. Динамика смертности от прочих случайных отравлений 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2011 гг.

Все большую значимость в 1990-е – нулевые годы приобретают прочие случайные (неалкогольные) отравления: согласно принятой в России краткой номенклатуре причин смерти, в этот блок входят наркотические отравления. Из рис. 4.10 видно, что динамика смертности молодежи Красноярского края от неалкогольных отравлений характеризуется удивительным гендерным сходством, с одной стороны, и быстро меняющимися и резко выраженными тенденциями, с другой: рост показателя в 1989-2000 гг., более чем 10-кратный у мужчин и почти 3-кратный у женщин, резкое (соответственно 3,1- и 2,1-кратное) падение показателя в 2000-2003 гг., 3,2- и 2-кратный рост в 2003-2006 гг. (отметим, что максимум мужской смертности от неалкогольных отравлений у молодых мужчин Красноярского края был зафиксирован в 2006 г. и составил 62,9 на 100000). Гендерные различия наблюдались только в последние годы исследования: если у мужчин наблюдалось 42,9%-ное снижение показателя, то у женщин новейшие тенденции выглядят явно несформированными, вследствие чего показатели 2006 и 2008 гг. оказались одинаковыми (12,1 на 100000) и достаточно незначительно уступавшими зафиксированному в 2000 г. максимуму (13,5 на 100000).

Вследствие подобной динамики смертность молодежи Красноярского края от неалкогольных отравлений за 1989-2011 г. выросла соответственно в 4,5 и 1,4 раза (против 3,0 и 1,7 раз в Сибири и 1,8 раз и 1,2 в России).

Таким образом, если в 1989 г. смертность молодых мужчин от неалкогольных отравлений в Красноярском крае была на 22,4% ниже сибирской и на 13,8% ниже российской, то к 2011 г. искомый показатель на 21,7% превышает уровни Сибирского округа и более чем вдвое среднероссийские уровни.

В женской популяции проигрыш края по сравнению с округом сократился с 40% до 14,8%, а в сравнении с Россией вырос – с 88,5% до 2,2 раз (рис. 4.10).

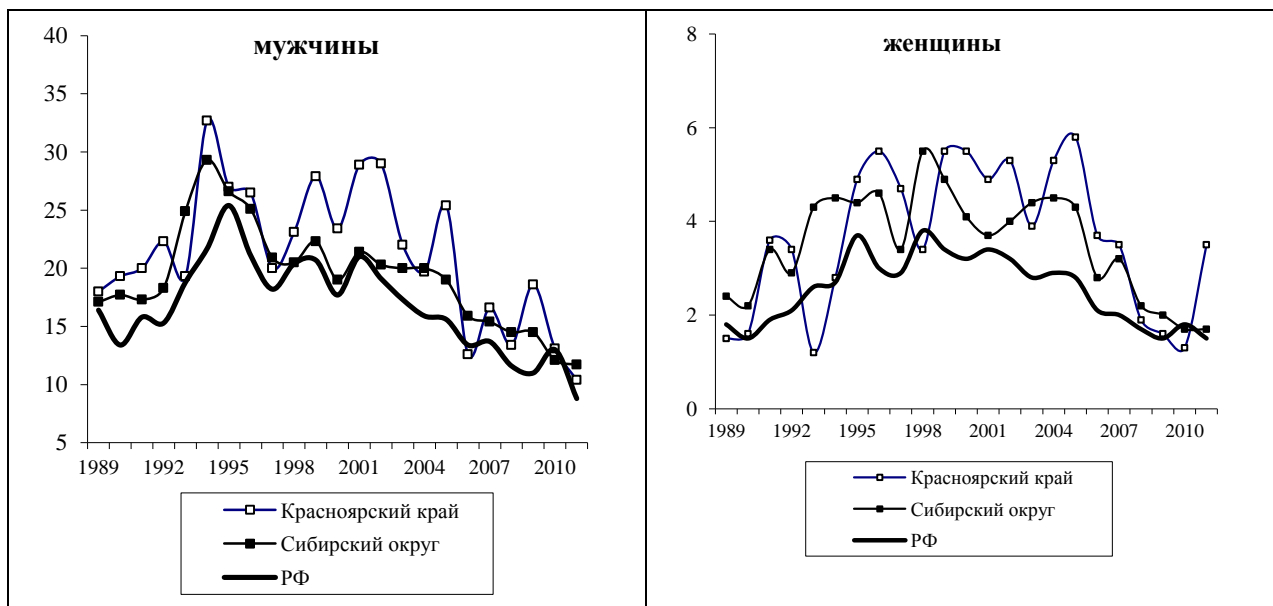


Рис. 4.11. Динамика смертности от утоплений 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Последней причиной, сколько-нибудь значимо определяющей смертность молодежи Красноярского края от травм и отравлений, являются утопления. Из рис. 4.11 видно, что смертность от утоплений в крае отличалась флуктуационным характером, несформированностью тенденций, поэтому укажем только, что к 2011 г. уровень смертности молодых мужчин в крае оказался в 1,7 раза ниже, их ровесниц – в 2,3 выше, чем в 1989 г. За этот период смертность от утоплений молодежи Сибири снизилась в 1,5-1,4 раза, России – в 1,9 и 1,2 раза соответственно. Можно отметить, что если в 1989 г. показатели красноярских

мужчин превышали сибирскую смертность от утоплений на 5,3%, российскую – на 9,8%, то в 2011 г. наблюдался 12%-ный выигрыш края по сравнению с округом и 18%-ный проигрыш по сравнению со страной в целом. Смертность молодых женщин в крае в 1989 г. была на 60% ниже, чем в Сибири, и на 20% ниже, чем в России; к 2011 г. искомый показатель оказался более чем вдвое выше на окружном и российском фоне.

Отметим, что в настоящее время указанными причинами обусловлено более 90% смертности молодежи Красноярского края от травм и отравлений.

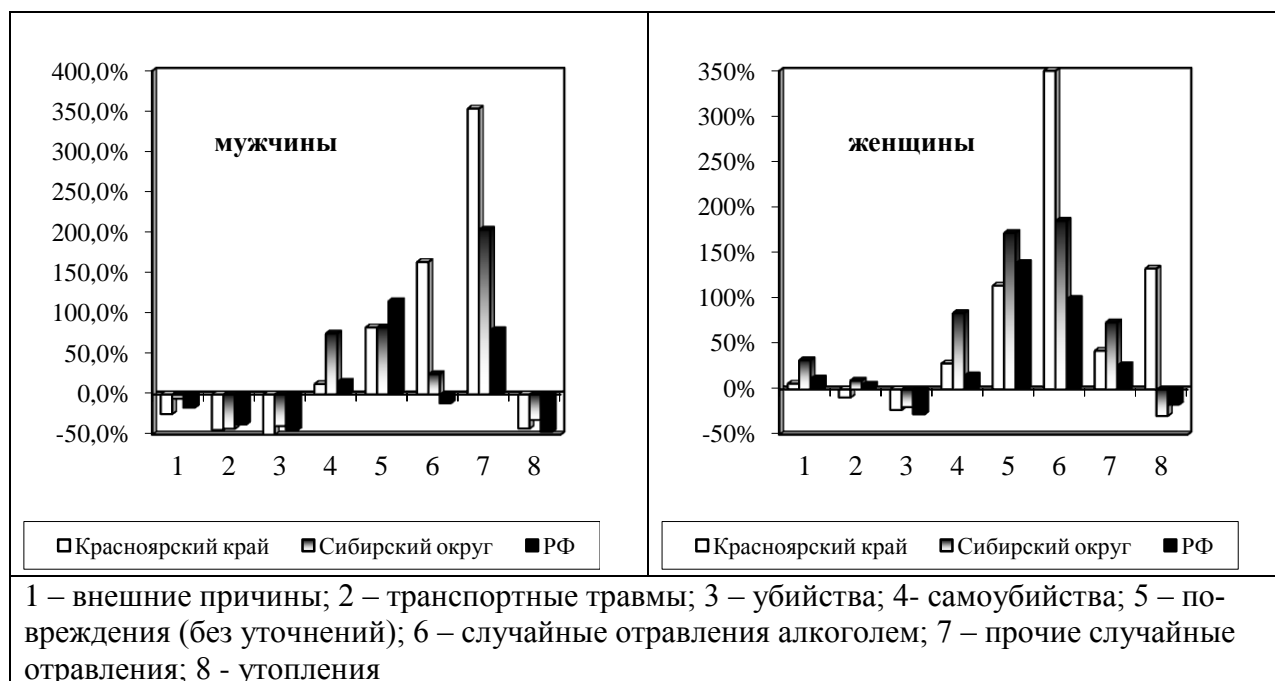


Рис. 4.12. Темпы изменения смертности 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского округа и России от ведущих внешних причин в 1989-2011 гг.

Таким образом, можно констатировать, что позитивные тенденции смертности от травм и отравлений (снижение на 24,2%), отмеченные для молодых мужчин Красноярского края в 1989-2011 гг., формировались за счет 3 причин – транспортных травм, убийств и утоплений (снижение на 44,1%, 55,1% и 42,2% соответственно), смертность от остальных внешних причин существенно выросла. Наиболее высокими темпами (в 2,6 и 4,5 раза соответственно) росла смертность от алкогольных и неалкогольных отравлений. Отметим, что подобные же тенденции характерны для Сибирского федерального

округа и России в целом, однако разница в темпах изменения смертности от ведущих внешних причин привела к существенному сближению смертности в крае с российскими уровнями и формированию выигрыша на окружном фоне.

При этом следует отметить, что в 1989-2005 гг. темпы негативных тенденций травматической смертности молодых мужчин Красноярского края практически не отличались от российских, но были существенно ниже, чем в Сибири (рост на 35,5% против 35,4% и 57,6%). Смертность от большинства внешних причин в Красноярском крае росла более высокими темпами, нежели в Сибири и особенно в России: так, смертность от повреждений с неопределенными намерениями выросла в 2,9 раза (против 2,6 раз в Сибири и 2,8 раз в России), от алкогольных отравлений – в 9,3 раза (против 4,6- и 3-кратного роста в контрольных регионах), от неалкогольных отравлений – в 9,2 раза (против 9,5 и 4,6 раз соответственно). Смертность от утоплений в крае выросла на 41,1% против 11,1%-ного роста в Сибири и 4,9%-ного снижения в России. Темпы изменения транспортной смертности были сопоставимыми (снижение на 23,3% в Красноярском крае против 25,9%- и 19,3%-ного – в Сибири и в России). Суицидальная смертность в крае выросла на 72,9%, т.е. несколько больше, чем в России, но существенно меньше, чем в Сибири (рост на 63,6% и в 2,1 раза соответственно). В этот период существенно лучшие тенденции, в крае были выявлены только для убийств (снижение на 4,2% против роста на 31,8% в Сибири и на 26,2% в России).

Сформировавшиеся после 2005 г. позитивные тенденции в Красноярском крае были более выраженными, нежели в Сибири и в России (снижение на 44,1% против 39,8% и 30,8% соответственно), причем это определялось практически всем спектром внешних причин: только темпы снижения смертности от неалкогольных отравлений оказались ниже, чем в округе и в стране (50,8% против 68,1% и 60,9%).

Таким образом, более успешные, нежели в округе и стране, сдвиги смертности у молодых мужчин Красноярского края сформировались после 2005 г.



Более низкие, нежели в Сибири и в России в целом, темпы роста смертности от внешних причин молодых женщин Красноярского края, отмеченные в 1989-2011 гг. (6,5% против 32,4% и 12,4% соответственно), определяются 8,8%-ным снижением смертности от транспортных травм (против роста ее на 9,8% в округе и на 5,2% в целом по стране). Снижение смертности от убийств (на 22,6%) не было уникальным для края и отмечалось, причем сопоставимыми темпами и в округе (19,5%), и в России (27,5%). Что касается остальных внешних причин, то принципиальные различия между Красноярским краем отмечены только для утоплений, смертность от которых у молодых жительниц края в 2011 г. оказалась в 2,3 выше, нежели в 1989 г., на фоне 29,2%- и 16,7%-ного ее снижения в Сибири и в России. При этом максимальные темпы роста смертности молодых женщин Красноярского края отмечены, как и у их ровесников, для алкогольных и неалкогольных отравлений (4,5-кратный рост против 2,8- и 2-кратного в Сибири и России и 1,4-кратный против 1,7-кратного и 1,3-ного соответственно).

Однако, в отличие от мужчин, лучшие, нежели в Сибири и России, тренды рассматриваемого периода в женской популяции сложились не за счет более выраженных позитивных тенденций последнего периода (темпы снижения показателя в крае были вполне сопоставимыми с таковыми в контрольных регионах и составили 29,7% против 28,5% и 32,2% соответственно), а за счет меньших потерь в 1989-2005 гг.: в этот период смертность молодых женщин Красноярского края выросла в 1,5 раза против 85,2%-ного роста в Сибири и 65,7%-ного – в России, при этом более низкие темпы роста показателей отмечались для большинства ведущих причин (убийства, самоубийства, повреждения с неопределенными намерениями, неалкогольные отравления). Собственно, из ведущих внешних причин только транспортная смертность в Красноярском крае росла несколько более высокими, чем в стране и округе, темпами (44,9% против 39,4% и 37,4%). Следует также отметить более выраженные, чем в округе и в стране, негативные тенденции смертности от алкогольных отравлений (7,7-кратный рост против 7- и 5,8-кратного).

Таблица 4.1.- Вклад ведущих внешних причин в смертность от травм и отравлений молодежи Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989 и 2011 гг.

Причины смерти	мужчины				женщины			
	1989		2011		1989		2011	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
<b>КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ</b>								
Травмы и отравления	265,3	100,0	201,1	100,0	54,1	100,0	57,6	100,0
транспортные травмы	82,4	31,1	46,1	22,9	14,7	27,2	13,4	23,3
убийства	42,5	16,0	19,1	9,5	9,3	17,2	7,2	12,5
самоубийства	37,6	14,2	42,5	21,1	8	14,8	10,3	17,9
повреждения (без уточнений)	19,5	7,4	35,8	17,8	4,8	8,9	10,3	17,9
сл. отравления алкоголем	2,8	1,1	7,4	3,7	0,6	1,1	2,7	4,7
прочие случайные отравления	5,8	2,2	26,3	13,1	4,9	9,1	7,0	12,2
утопления	18	6,8	10,4	5,2	1,5	2,8	3,5	6,1
<b>СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ</b>								
Травмы и отравления	251,9	100,0	239,2	100,0	46	100,0	60,9	100,0
транспортные травмы	77,3	30,7	44,4	18,6	13,2	28,7	14,5	23,8
убийства	44,7	17,7	27,2	11,4	8,2	17,8	6,6	10,8
самоубийства	43,4	17,2	76,4	31,9	9,1	19,8	16,8	27,6
повреждения (без уточнений)	15,8	6,3	29	12,1	2,9	6,3	7,9	13,0
сл. отравления алкоголем	4,7	1,9	5,9	2,5	0,7	1,5	2,0	3,3
прочие случайные отравления	7,1	2,8	21,6	9,0	3,5	7,6	6,1	10,0
утопления	17,1	6,8	11,7	4,9	2,4	5,2	1,7	2,8
<b>РОССИЯ</b>								
Травмы и отравления	199,2	100,0	167,2	100,0	35,6	100,0	40,0	100,0
транспортные травмы	65,8	33,0	41,3	24,7	11,5	32,3	12,1	30,3
убийства	25,6	12,9	14,3	8,6	5,1	14,3	3,7	9,3
самоубийства	34,1	17,1	39,5	23,6	6,4	18,0	7,4	18,5
повреждения (без уточнений)	13,1	6,6	28,3	16,9	2,8	7,9	6,7	16,8
сл. отравления алкоголем	4,7	2,4	4,2	2,5	0,5	1,4	1,0	2,5
прочие случайные отравления	6,6	3,3	11,9	7,1	2,6	7,3	3,3	8,3
утопления	16,4	8,2	8,8	5,3	1,8	5,1	1,5	3,8

Что же касается последних лет исследования, то значимо лучшие тенденции смертности молодых жительниц края отмечены только для транспортных травм (снижение на 37,1% против 21,2%-ного и 23,4%-ного сокращения в Сибири и России). При этом, однако, в 2005-2011 гг. наблюдался 6,2%-ный рост смертности молодых женщин от самоубийств (на фоне 7,5%-ного ее снижения в России), а также более низкие темпы снижения от алкогольных (41,3% против 59,2% в Сибири и 65,5% в России) и особенно неалкогольных отравлений (16,7% против 41,3% и 42,1% соответственно).

Таким образом, можно констатировать, что ситуация с алкогольными и неалкогольными отравлениями молодых женщин в последний период исследования в Красноярском крае усугубилась, в то время как в округе и стране стала улучшаться.

Отмеченные разнонаправленные тенденции не могли не привести к изменению структуры смертности от травм и отравлений. Из табл. 4.1 видно, что за рассматриваемый период у молодых мужчин Красноярского края существенно снизилась значимость транспортных травм (с 31,1% до 22,9%) и официально зарегистрированных убийств (с 16% до 9,5%) – последнее обстоятельство существенно девальвируется 2,5-кратным ростом значимости повреждений с неопределенными намерениями (с 7,4% до 17,8%), с их латентной насильственной компонентой. Кроме того, заметно выросла доля самоубийств (с 14,2% до 21,1%), алкогольных (с 1,1% до 3,7%) и особенно неалкогольных (с 2,2% до 13,1%) отравлений.

У молодых жительниц Красноярского края значимость транспортных травм (27,2% и 23,3%) снизилась. Вклад суицидов возрос (14,8% и 17,9%), а доля официально зарегистрированных убийств несколько снизилась (17,2% и 12,5%), на фоне возросшего вклада повреждений с неопределенными намерениями (8,9% и 17,9%) и особенно алкогольных (1,1% и 4,7%) и неалкогольных (9,1% и 12,2%) отравлений.

Чтобы оценить эти сдвиги, подчеркнем, что в цивилизованном обществе в настоящее время смертность от внешних причин определяется в первую очередь транспортными происшествиями, которые доминируют с большим отрывом, в меньшей степени – самоубийствами. Отметим, что в 1989 г., накануне реформ, наблюдалось если не доминирование, то существенное преобладание транспортных травм. К 2011 г. транспортный травматизм сохранил за собой 1-е место среди внешних причин, однако его значимость практически не отличалась от вклада самоубийств (отметим, зачастую совершаемых в состоянии алкогольного опьянения). Еще менее убедительно выглядит снижение значимости убийств на фоне роста доли повреждений с неопределенными намерениями, и о

явной деградации свидетельствует высокая значимость неалкогольных отравлений с их наркотической компонентой. В женской популяции более чем настораживающим выглядит увеличение значимости отравлений, алкогольных и неалкогольных, а также повреждений с неопределенными намерениями: отметим, что в 2011 г. суммарный вклад этих малоцивилизованных причин в смертность молодых женщин в Красноярском крае достиг 35%, т.е. крайне незначительно отставал от совокупного вклада транспортной и суицидальной смертности.

При этом, однако, необходимо отметить, что картина 2011 г. является явным прогрессом по сравнению с более ранним периодом: транспортные травмы вышли на 1-е место у мужчин в 2003 г., у женщин – в 2000 г., до этого среди внешних причин смерти молодых мужчин доминировали самоубийства и убийства, у их ровесниц – убийства. Кроме того, подобная же деформация травматической смертности молодежи, выразившаяся в возрастании значимости повреждений с неопределенными намерениями, алкогольных и неалкогольных отравлений не является специфической для Красноярского края, она наблюдается и в Сибири, и в целом по России.

Подобная ситуация свидетельствует о том, что, несмотря на некоторые позитивные сдвиги последних 6 лет, последствия 1990-х годов, в первую очередь социальные, далеко не исчерпаны: затянувшаяся маргинализация смертности молодежи является прежде всего следствием ухудшения качества населения, происшедшего в период реформ.

#### **4.4. Смертность молодежи Красноярского края от соматических патологий**

Смертность лиц 15-29 лет от соматических заболеваний в современном обществе не может быть многочисленной в силу полной физиологической необусловленности ее в столь молодых возрастах. Именно поэтому нозологический анализ смертности молодежи Красноярского края будет проведен на уровне ведущих классов заболеваний, но не для отдельных болезней. В период исследования основная соматическая патология определялась сердечно-сосудистыми заболеваниями, новообразованиями, инфекционными болезнями

и болезнями органов пищеварения. Обсуждая картину смертности молодежи Красноярского края, необходимо также проанализировать смертность от такого класса, как «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния».

Из рис. 4.13 видно, что динамика смертности от болезней системы кровообращения в целом характеризуется теми же особенностями, что и смертность от внешних причин – рост показателей в первой половине 1990-х годов, снижение их к концу десятилетия, новый рост в первой половине нулевых годов и снижение в последние годы исследования. Максимум показателя был зафиксирован в 2004 г. у мужчин и 2003 г. у женщин и составил 26,6 и 10,6 на 100000 соответствующего населения. При этом следует отметить несформированность тенденций последних лет в женской популяции.

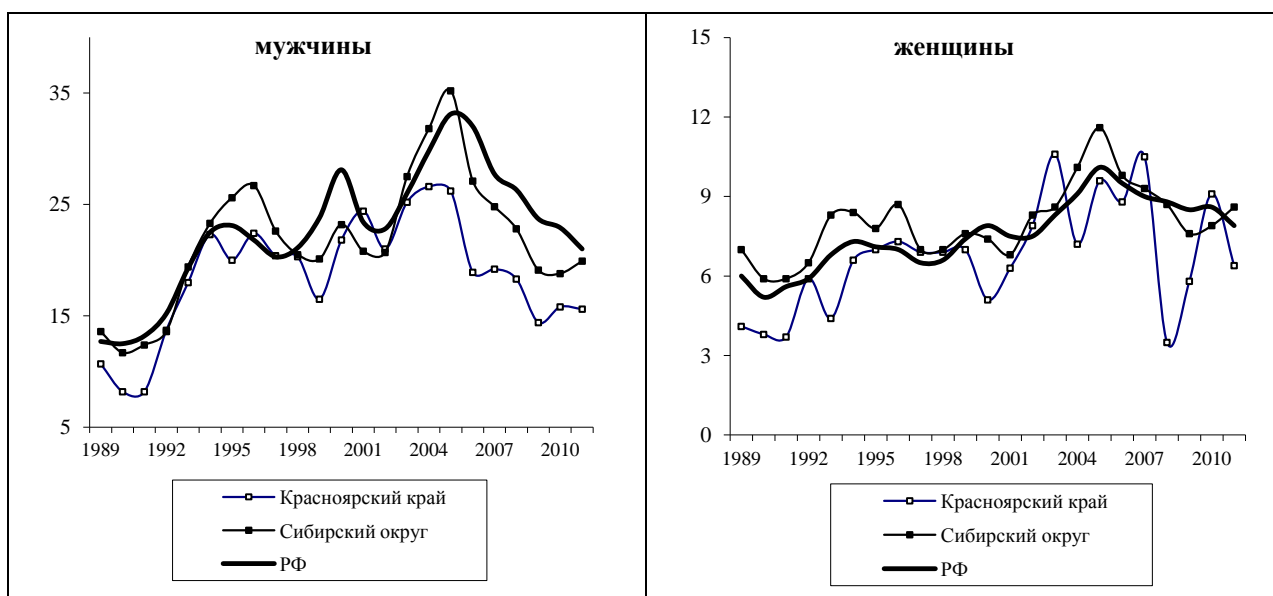


Рис.4. 13. Динамика смертности от болезней системы кровообращения 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

В течение всего периода исследования кардиологическая смертность молодежи Красноярского края была несколько ниже российских и сибирских показателей либо близка к ним. Так, в 1989 г. кардиологическая смертность молодых мужчин Сибири превышала таковую в Красноярском крае на 27,1%, России – на 18,7%. К 2011 г. относительное положение Красноярского края по сравнению с Сибирским округом оказалось близко к таковому в конце 1980-х годов, выигрыш по сравнению с Россией вырос до 42,1%. В женской популяции

соответствующий 70,7%- и 46,3%-ный выигрыш края в 1989 г. несколько снизился к 2011 г. и по сравнению с Сибирью, и по сравнению с Россией.

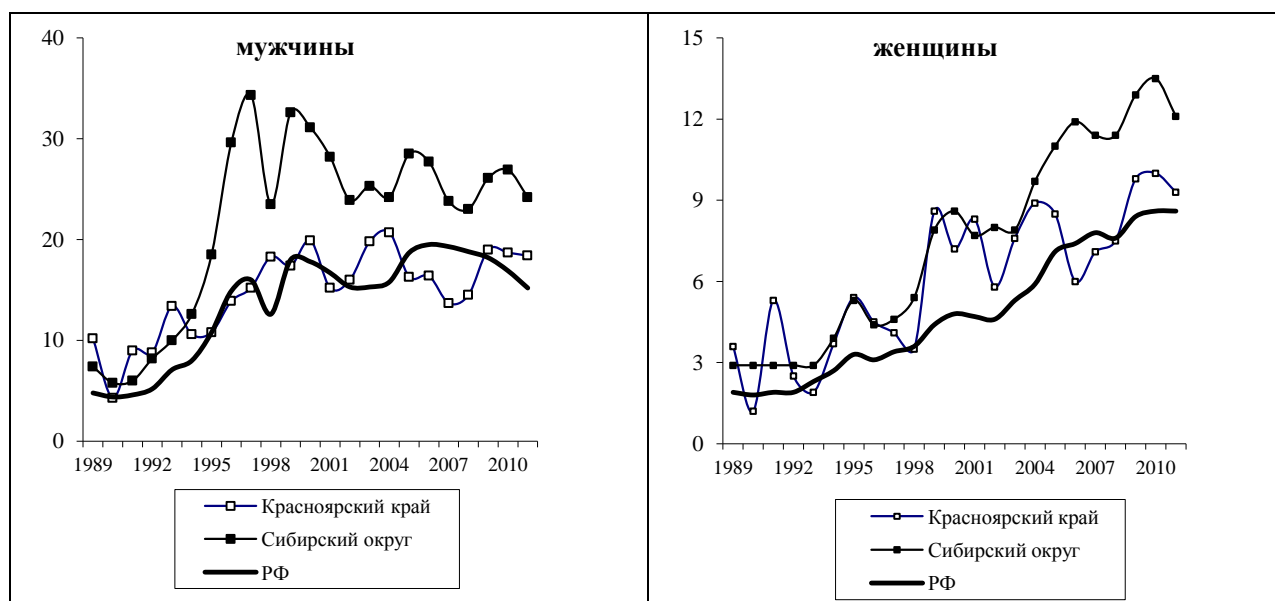


Рис. 4.14. Динамика смертности от инфекционных болезней 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Смертность от инфекционных заболеваний, обусловленная в первую очередь туберкулезом, который совершенно справедливо называют «болезнью бедных», росла в Красноярском крае до 2004 г. у мужчин (когда был зафиксирован максимум показателя, составивший 20,7 на 100000 соответствующего населения), и вплоть до последнего года у женщин (с максимумом 10,0 на 100000 в 2010 г.). Вследствие подобной динамики потери Красноярского края в 1989-2011 гг. выросли 1,8 раз у мужчин и в 2,6 раза у женщин. Подобные темпы роста инфекционной смертности молодежи оказались значительно ниже, чем в Сибири (3,3 и 4,2 раза) и в России (рост в 3,2 и 4,5 раза соответственно). Вследствие этого позиции Красноярского края за прошедший период существенно улучшились: если в 1989 г. по уровню инфекционной смертности молодых мужчин Красноярский край проигрывал Сибири 37,8%, России – 2,1-кратно, то в 2011 г., наоборот, сибирские показатели оказались на 58,6%, выше, чем в Красноярском крае, а отставание от России снизилось до 21,1%. По уровню инфекционной смертности молодых женщин край в 1989 г. проигрывал округу 24,1%, России – почти 90%, в 2011 г. инфекционная смертность в Сиби-

ри превышала красноярскую в 1,5 раза, показатели России практически не отличались от таковых в крае (рис. 4.14).

Наиболее выраженные негативные тенденции смертности среди ведущих соматических заболеваний в крае отмечены для болезней органов пищеварения: за период с 1989 по 2011г. искомые показатели выросли в 2,5-раза у мужчин и почти в 7 раз у женщин. Отметим, что в женской популяции отмеченные темпы негативных тенденций почти 3-кратно превосходили таковые в Сибири и России, где смертность от желудочно-кишечных заболеваний выросла в 2,6 раза. У мужчин темпы роста в Красноярском крае оказались несколько ниже, чем в Сибири (в 2,7 раза), и в России (3,2 раза). При этом максимум, отмеченный в нулевые годы (19,2 и 9,3 на 100000 соответствующего населения), на 42,4% и 78,8% превысил пик середины 1990-х годов (13,5 и 5,2 на 100000).

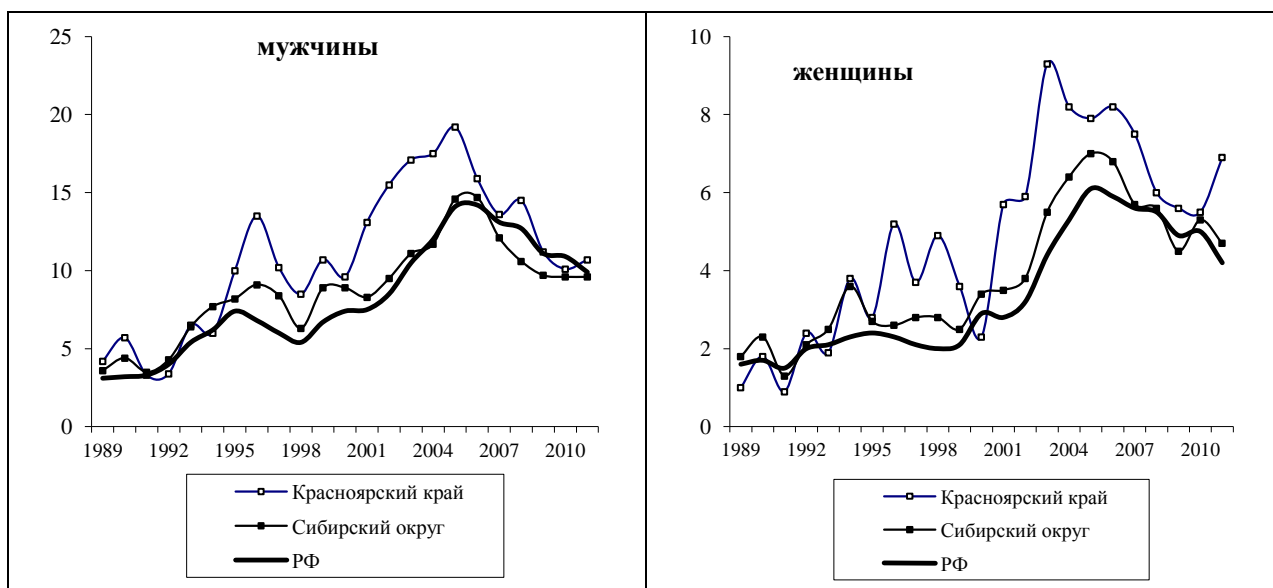


Рис. 4.15. Динамика смертности от болезней органов пищеварения 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Из рис. 4.15 видно, что в начале исследования, при минимальных уровнях показателя, смертность молодых мужчин Красноярского края от болезней органов пищеварения превышала сибирские показатели на 16,7%, российские – на 35,5%, что касается молодых женщин, то сибирская и российская смертность превышала красноярскую на 60% и 80% соответственно, однако, начиная с середины 90-х годов, показатели края значительно превосходили и сибирские, и

российские, и только позитивные тенденции последних лет свели этот проигрыш к минимуму.

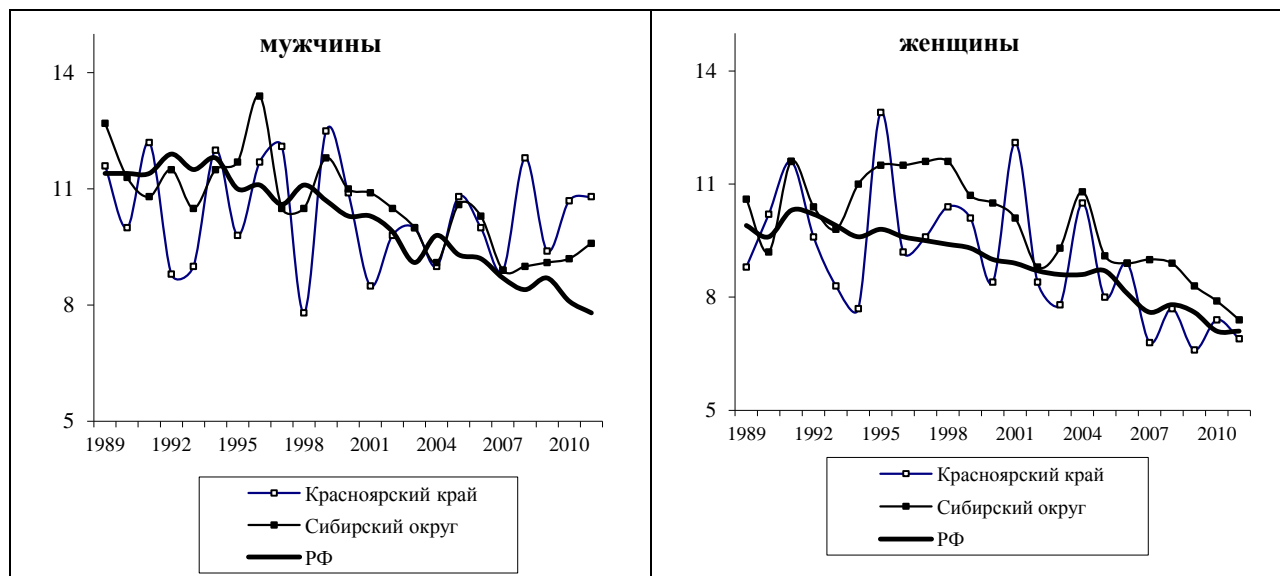


Рис. 4.16. Динамика смертности от новообразований 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Онкологическая смертность молодых мужчин Красноярского края в 2011 г. практически не отличалась от таковой в 1989 г. (11,6 и 10,8 на 100000), их ровесниц – снизилась на 21,6%. Таким образом, тенденции смертности от новообразований в Красноярском крае оказались существенно худшими, нежели в Сибири (снижение на 24,4% и 30,2%) и в России в целом (снижение на 31,6% и 28,3% соответственно). При этом, если внести поправку на ярко выраженный флуктуационный характер динамики онкологической смертности молодежи края, можно отметить близость уровней показателей к российским и, в целом, к сибирским, поэтому оценка позиций края по сравнению с сибирскими и российскими носит достаточно случайный характер. Тем не менее, укажем, что если в 1989 г. онкологическая смертность молодых мужчин в крае, округе и стране в целом практически совпадала (11,6 против 12,7 и 11,4 на 100000), у их ровесниц в Красноярском крае была на 20,5% ниже, чем в Сибири, и на 12,5% ниже, чем в России, то в 2011 г. в мужской популяции оказалась на почти на 12,5% выше, чем в Сибири, и на 38,5% выше, чем в России, в женской популяции показатели края и округа оказались близки среднероссийским (6,9 против 7,4 и 7,1 на 100000) (рис.4. 16).



Обсуждая нозологический профиль смертности молодежи Красноярского края, нельзя не упомянуть о таком размытом классе причин, как «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния» (МКБ-IX) или «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках» (МКБ-X). Этот класс включает около сотни состояний, затрагивающих практически все функции человеческого организма, таким образом, смертность от этих причин является своеобразным «черным ящиком»: согласно принятой в России краткой номенклатуре причин смерти, и красноярская, и сибирская, и российская молодежь умирает от «других неточно обозначенных состояний»<sup>9</sup>. Анализ ситуации в крае осложняет то обстоятельство, что еще в советский период Красноярский край (наряду с Хакасией и Воронежской областью) входил в тройку российских территорий с запредельно высокими уровнями показателя. За счет каких состояний формировалась смертность молодежи от неточно обозначенных состояний в течение последних 20 лет можно понять, только проанализировав данные судебно-медицинской экспертизы. Поскольку авторы не располагают искомой информацией, можем только констатировать, что, в отличие от подавляющего большинства российских территорий, в Красноярском крае наблюдались, при всей своей нестабильности, флуктуационности, явно позитивные тенденции: смертность от неточно обозначенных состояний снизилась более чем 2-кратно у мужчин и женщин (против 2-кратного роста в Сибири и 3,3-кратного роста в России). При этом, однако, нельзя забывать, что максимальные значения показателя у мужчин были зафиксированы в 2000 г. у мужчин и 2003 г. у женщин и составили 60,1 и 16,5 у женщин на 100000 соответствующего периода. Таким образом, можно констатировать, что позитивные тенденции в основном обусловлены второй половиной исследования.

Отметим, что до 2003 г. показатели Красноярского края превышали и сибирские, и российские, причем в 1989 г. этот разрыв был 3,2- и 3,7-кратным по

---

<sup>9</sup> Помимо «других неточно обозначенных состояний», в этот класс входят «старость» и «синдром внезапной смерти младенца». По условию, эти причины не могут определять смертность лиц 15-29 лет.

сравнению с Сибирью и 8,7- и 9,5-кратным по сравнению с Россией. К 2011 г. ситуация изменилась принципиально: смертность от неточно обозначенных состояний 15-29-летних жителей Сибири превышали краевые показатели 1,5-кратно, России – на 11%; смертность их ровесниц в Красноярском крае оказалась такой же, как в округе, и в 1,5 раза выше, чем в России (рис. 4.17).

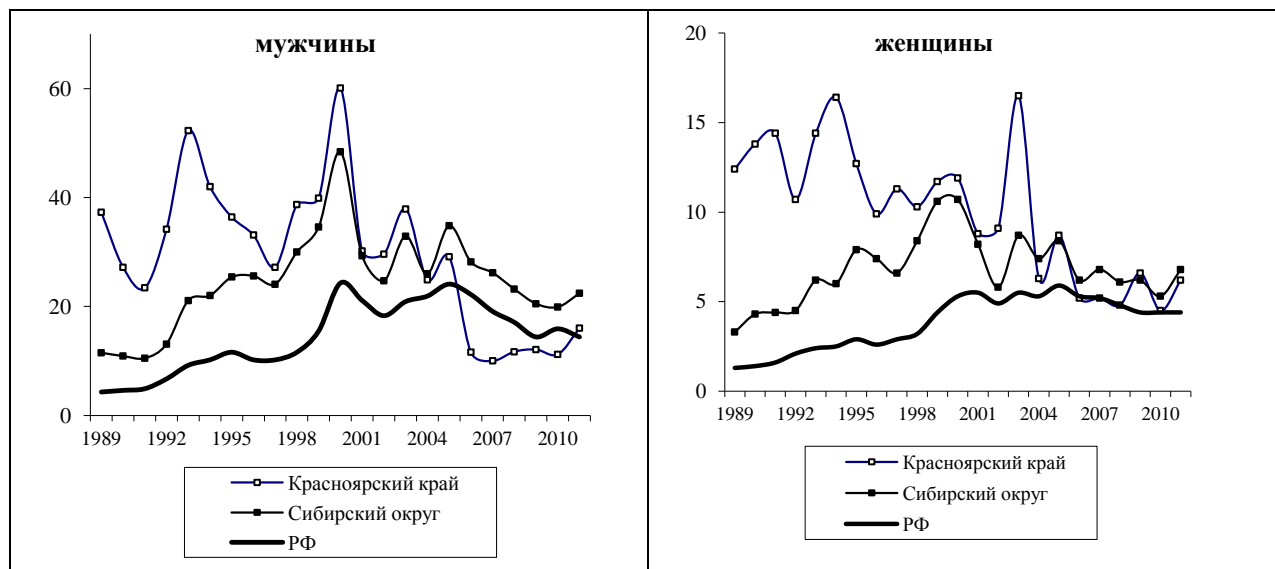


Рис. 4.17. Динамика смертности от неточно обозначенных состояний 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2010 гг.

Завершая обсуждение смертности молодежи, можно констатировать, что более успешное развитие ситуации в Красноярском крае по сравнению с Сибирским округом и Россией в целом за рассматриваемый период определялось как менее выраженными негативными трендами 1989-2005 гг., так и более выраженными позитивными тенденциями последнего периода. Так, в 1989-2005 гг. смертность молодых мужчин Красноярского края росла темпами, вдвое меньшими, чем в Сибири, и в 1,5 раза меньшими, чем в России (37,5% против 74% и 56% соответственно). Более низкие темпы роста в крае определялись, в той или иной мере, практически всем нозологическим спектром, кроме новообразований: в 1989-2005 гг. онкологическая смертность красноярских мужчин снизилась только на 6,9% (против 16,5% в Сибири и 18,4% в России). Особо следует выделить значительно более медленный рост инфекционной смертности (59,8% против 3,9-кратного в Сибири и России), а также 22%-ное снижение

смертности от неточно обозначенных состояний на фоне 3- и 5,6-кратного роста показателей в Сибири и в России.

В 2005-2011 гг. смертность молодых мужчин снизилась на всем пространстве российских территорий, однако в Красноярском крае эти позитивные тенденции были более выраженными, чем в Сибири и России (снижение на 40,9% против 37,5% и 35,6% соответственно). В этот период однозначно лучшие тенденции края отмечались для внешних причин (снижение на 44,1% против 39,8% и 38,0% соответственно), болезней органов пищеварения (снижение на 44,3% против 34,2% в Сибири и 29,8% в России) и неточно обозначенных состояний (снижение вдвое против 35,6% и 40,2% соответственно). Темпы снижения смертности молодых мужчин Красноярского края от основных соматических патологий в 2005-2011 гг. оказались ниже, или сопоставимы в сравнении с округом и страной в целом, однако новообразования оказались специфической проблемой края: на фоне 9,4%-ного снижения онкологической смертности в Сибири и 16,1%-ного – в России, показатели молодых мужчин края в 2011 г. оказались на уровне 1989 г.

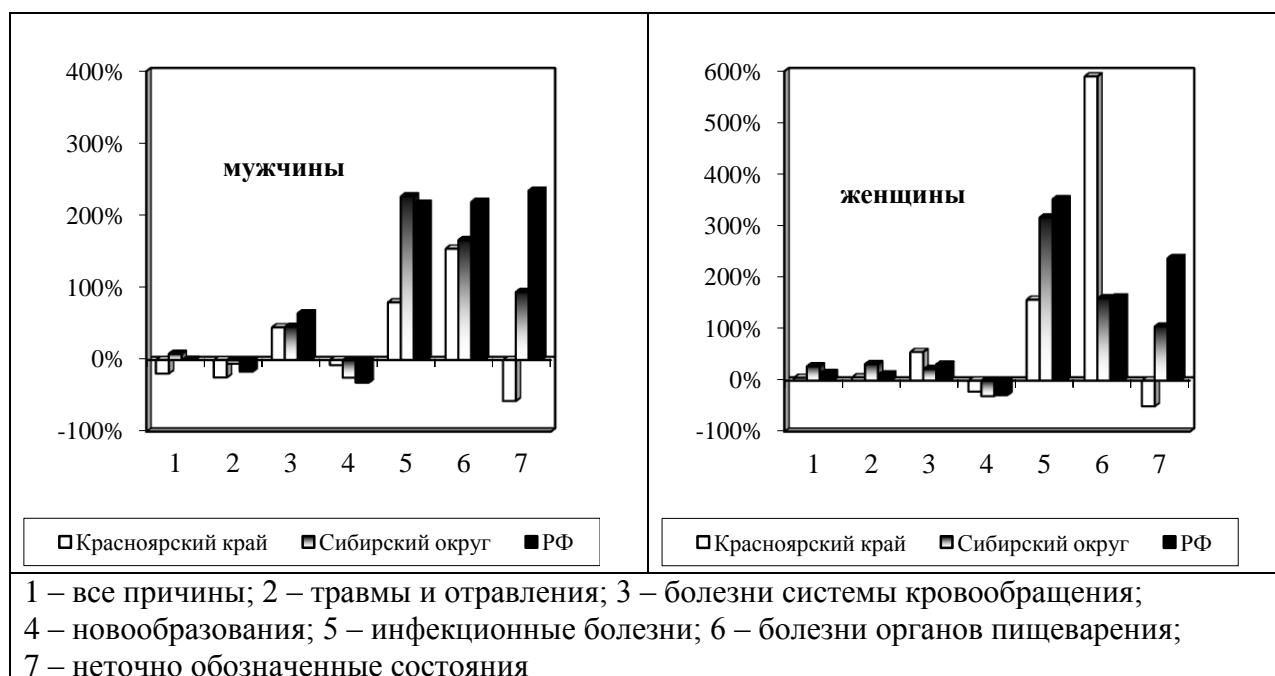


Рис. 4.18. Темпы изменения смертности 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского округа и России от ведущих причин в 1989-2011 гг.

Вследствие подобного соотношения позитивные тенденции исследуемого периода (снижение смертности молодых мужчин Красноярского края на 18,7% против 8,8%-ного роста сибирских и 0,5%-ного – российских показателей) определяются в первую очередь 24,2%-ным снижением доминирующей в этих возрастах смертности от внешних причин (против 0,5%-ного снижения ее в Сибири и 16,1%-ного – в России), а также 3-кратным снижением смертности от неточно обозначенных состояний (против 2- и 3,3-кратного роста ее в Сибири и России). Следует отметить также существенно более низкие темпы роста инфекционной смертности (1,8 раза против 3,3 и 3,2 раз соответственно). Негативные тенденции кардиологической смертности, а также смертности от болезней органов пищеварения молодых жителей Красноярского края (рост 1,5 и в 2,5 раза) были сопоставимы с сибирскими и российскими. Единственная причина, тенденции смертности от которой в Красноярском крае за последнее 20-летие были значимо худшими, чем в округе и стране – это новообразования: онкологическая смертность молодых мужчин в крае снизилась на 6,9% против 24,4%-ного снижения ее в Сибири и 31,6%-ного – в России.

У молодых жительниц Красноярского края ситуация также складывалась более успешно в течение всего периода исследования. Так, в 1989-2005 гг. смертность в крае выросла на 40,6% (против 69,4%-ного роста в округе и 53%-ного – в стране в целом). Это было обусловлено более низкими темпами роста смертности от внешних причин (1,5 раза против 85,2% в Сибири и 65,7% в России) и инфекционной смертности (2,4 раза против 3,8 и 3,7 раз соответственно), а также 29,8%-ным снижением чрезвычайно массивной в крае смертности от неточно обозначенных состояний на фоне ее 2,5-кратного роста в Сибири и 4,5-кратного – в России. При этом, однако, тенденции смертности от ведущих соматических причин (сердечно-сосудистых и онкологических заболеваний, а также болезней органов пищеварения) у молодых жительниц Красноярского края оказались значимо худшими, чем в округе и в стране в целом. Так, темпы роста кардиологической смертности в крае вдвое превысили таковые в округе и в России, составив 2,3 раза против 65,7% и 68,3% соответственно, темпы роста

смертности от болезней органов пищеварения почти вдвое превысили таковые в контрольных регионах (7,9 раз против 3,9 и 3,8 раз соответственно). Темпы снижения онкологической смертности молодых жительниц Красноярского края оказались значимо меньшими, чем в Сибири и в России (9,1% против 14,2% и 12,1%) (рис. 4.18).

Позитивные тенденции смертности женщин 2005-2011 гг. были сопоставимы с окружными и среднероссийскими (24,9% против 24,4% и 24,9% соответственно) и определялись близкими темпами динамики основных причин.

Таким образом, в целом за рассматриваемый период темпы роста смертности молодых жительниц Красноярского края оказались в 5 раз ниже, чем в Сибири, и в 2,5 раза – чем в России (5,7% против 28,1% и 15,0%), причем эта ситуация была обусловлена прежде всего внешними причинами (рост на 6,5% против 32,4% в Сибири и 12,4% в России) и неточно обозначенными состояниями (снижение вдвое раза против 2-кратного роста в Сибири и 3,3-кратного – в России). Кратно более низкими, чем в округе и в целом по стране, темпами росла и инфекционная смертность (2,5 раза против 4,2 и 4,5 раз соответственно). Однако по таким причинам, как новообразования и особенно болезни органов пищеварения, ситуация в крае развивалась значимо хуже, чем в округе и в стране в целом: так, онкологическая смертность молодых жительниц Красноярского края снизилась на 21,6% против 30,2% в Сибири и 28,3% в России, смертность от болезней органов пищеварения выросла 7-кратно против 2,6-кратного роста соответственно (рис. 4.18).

Обсуждая динамику смертности молодежи Красноярского края за более чем 20-летний период, следует отметить, что в течение всего периода исследования – и до, и после 2005 г. – для молодых женщин ситуация складывалась хуже, чем для их ровесников: негативные тенденции в женской популяции были выражены более, а позитивные – менее, чем в мужской популяции, что определялось всем нозологическим спектром, кроме онкологической патологии. Интересно, что в Сибири и России в длительной ретроспективе отмечены сходные гендерные диспропорции, однако они сложились в последний период

исследования (2005-2011 гг.), когда позитивные тенденции в женской популяции развивались медленнее, чем у мужчин; в 1989-2005 гг. темпы роста смертности в мужской популяции превышали таковые в женской.

Таким образом, можно констатировать, что особая настороженность здравоохранения края должна проявляться в отношении онкологии у мужчин и женщин и болезней органов пищеварения – у молодых женщин.

Отмеченные сдвиги не могли не сказаться на структуре смертности молодежи Красноярского края.

Таблица 4.2-Вклад ведущих причин в смертность молодежи Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989 и 2011 гг.

Классы причин смерти	мужчины				женщины			
	1989		2011		1989		2011	
	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%	На 100 тыс.	%
<b>КРАСНОЯРСКИЙ КРАЙ</b>								
Все причины смерти	354,6	100,0	288,4	100,0	99	100,0	104,6	100,0
Травмы и отравления	265,3	74,8	201,1	69,7	54,1	54,6	57,6	55,1
Б-ни с-мы кровообращения	10,7	3,0	15,6	5,4	4,1	4,1	6,4	6,1
Новообразования	11,6	3,3	10,8	3,7	8,8	8,9	6,9	6,6
Инфекционные болезни	10,2	2,9	18,4	6,4	3,6	3,6	9,3	8,9
Б-ни органов пищеварения	4,2	1,2	10,7	3,7	1	1,0	6,9	6,6
Неточно обозначенные с-ния	37,3	10,5	16,0	5,5	12,4	12,5	6,2	5,9
<b>СИБИРСКИЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ ОКРУГ</b>								
Все причины смерти	315,6	100,0	343,3	100,0	88,6	100,0	113,5	100,0
Травмы и отравления	251,9	79,8	239,2	69,7	46	51,9	60,9	53,7
Б-ни с-мы кровообращения	13,6	4,3	19,9	5,8	7	7,9	8,6	7,6
Новообразования	12,7	4,0	9,6	2,8	10,6	12,0	7,4	6,5
Инфекционные болезни	7,4	2,3	24,2	7,0	2,9	3,3	12,1	10,7
Б-ни органов пищеварения	3,6	1,1	9,6	2,8	1,8	2,0	4,7	4,1
Неточно обозначенные с-ния	11,5	3,6	22,4	6,5	3,3	3,7	6,8	6,0
<b>РОССИЯ</b>								
Все причины смерти	251	100,0	252,3	100,0	72,2	100,0	83,0	100,0
Травмы и отравления	199,2	79,4	167,2	66,3	35,6	49,3	40,0	48,2
Б-ни с-мы кровообращения	12,7	5,1	21,0	8,3	6	8,3	7,9	9,5
Новообразования	11,4	4,5	7,8	3,1	9,9	13,7	7,1	8,6
Инфекционные болезни	4,8	1,9	15,2	6,0	1,9	2,6	8,6	10,4
Б-ни органов пищеварения	3,1	1,2	9,9	3,9	1,6	2,2	4,2	5,1
Неточно обозначенные с-ния	4,3	1,7	14,4	5,7	1,3	1,8	4,4	5,3

Проанализированными 6 классами причин смерти определялось около 90% смертности молодежи Красноярского края. При этом молодежная смерт-

ность определялась в первую очередь внешними причинами: так, у мужчин и в первый и в последний год исследования травмами и отравлениями было обусловлено  $\frac{3}{4}$  смертности лиц 15-29 лет. У их ровесниц доля внешних причин составляла около 55%.

Специфической чертой смертности молодежи Красноярского края является высокая значимость неточно обозначенных состояний: до 2003 г. и в мужской и в женской популяции они занимали 2-е место, причем в первый год исследования их вклад составил 10,5% и 12,5% соответственно (против 3,6% и 3,7% в Сибири и 1,7% и 1,8% в России). За период исследования доля этих размытых причин снизилась до 5,5% и 5,9% соответственно, вследствие чего у мужчин в 2011 г. они заняли четвертое, у женщин – последнее, шестое место. В 1989 г. значимость кардиологической, онкологической и инфекционной смертности у молодых мужчин была очень близка (3%, 3,3% и 2,9%), к 2011 г. доля кардиологической и инфекционной смертности выросла до 5,4% и 6,4% соответственно (3-е и 2-е место), значимость онкологической смертности практически не изменилась (3,7% против 3,3%), и в настоящее время новообразования занимают последнее место. Особо следует отметить резкий рост доли болезней органов пищеварения (3,7% против 1,2%), вследствие чего в 2011 г. вклад болезней органов пищеварения и новообразований в смертность молодых мужчин оказался одинаковым. Сходные сдвиги – существенный рост значимости инфекционных болезней и болезней органов пищеварения (8,9% против 3,6% и 6,6% против 1%) отмечены и у их ровесниц; при этом, однако доля онкологических заболеваний в женской популяции снизилась (с 8,9% до 6,6%) (табл. 2).

Таким образом, в целом изменения в структуре смертности молодых мужчин и женщин Красноярского края в последнее 20-летие являются принципиально сходными: на фоне резкого снижения значимости неточно обозначенных состояний наблюдался рост вклада инфекционных заболеваний и болезней органов пищеварения.

Отметим, что сходные сдвиги (рост вклада инфекций и болезней органов пищеварения) наблюдаются в структуре смертности молодежи Сибири и Рос-

сии в целом, однако, в отличие от Красноярского края, в округе и стране в целом наблюдался рост значимости неточно обозначенных состояний, вследствие чего их доля в 2011 г. несколько превысила таковую в Красноярском крае.

Обсуждая картину смертности молодежи края, следует подчеркнуть: доминирование внешних причин в этих возрастах является очевидным, смерть от соматических причин физиологически не предусмотрена, она является скорее исключением, а не правилом. Предметом обсуждения должен быть нозологический спектр смертности от внешних причин, который мы подробно обсудили в предыдущем разделе и отметили его значимую, даже несмотря на позитивные сдвиги последних лет, деградацию.

К сожалению, резкий рост значимости инфекционных заболеваний и болезней органов пищеварения свидетельствует о сходных процессах, прежде всего социальных: инфекционная смертность определяется в первую очередь туберкулезом – «болезнью бедных»; если же говорить о болезнях органов пищеварения, то на излете советского периода смертность от них в Красноярском крае (во всяком случае, у мужчин) определялось в первую очередь язвой 12-перстной кишки и аппендицитом, в настоящее время 1-е место занимает острый панкреатит, далее следуют болезни печени. Подчеркнем, что, в отличие от Сибири и России, в Красноярском крае алкогольный цирроз не вошел в тройку лидирующих болезней органов пищеварения, однако острый панкреатит, приводящий к летальному исходу в столь молодых возрастах, подразумевает алкогольную этиологию, болезни печени формируются, помимо указанных факторов риска, на фоне наркомании и токсикомании. Этими же факторами риска, их сменой и сочетанием, может объясняться формирование сердечно-сосудистой патологии в крае: говоря о кардиологической смертности, следует помнить, что в молодых возрастах смертность эта является экзогенной и определяющейся поведенческими факторами.

Таким образом, анализ смертности от соматических патологий также свидетельствует о неисчерпанности социальных последствий 90-х годов, выразившихся в маргинализации смертности молодежи, обусловленности ее полно-



стью экзогенными заболеваниями, к которым в этих возрастах относятся и сердечно-сосудистые, и инфекционные болезни, и заболевания болезней органов пищеварения. Это свидетельствует не столько даже о снижении качества здравоохранения, сколько об ухудшении качества молодого населения. При этом необходимо отметить, что Красноярский край выходит из затянувшегося кризиса с гораздо лучшими результатами, нежели Сибирский округ и страна в целом. Если рассматривать смертность молодежи как своеобразный маркер качества ее жизни и принять в качестве аксиомы предотвратимость в этих возрастах всех соматических заболеваний, кроме онкологии, то окажется, что совокупная значимость сердечно-сосудистых и инфекционных заболеваний, а также болезней органов пищеварения в крае в 2011 г. была гораздо ниже, чем в России (15,5% против 18,3% у мужчин и 21,6% против 24,9% у женщин). Сложившаяся картина свидетельствует о том, что социальный слой, определявший смертность от подобного рода экзогенной патологии в Красноярском крае в настоящее время существенно уже, чем в целом в России.

#### **4.5. Реконструкция реальных потерь от некоторых социально значимых причин смерти молодежи Красноярского края**

Анализируя смертность молодежи Красноярского края, мы столкнулись со значимым вкладом в нее некоторых размытых причин, к которым в первую очередь следует отнести неточно обозначенные состояния и повреждения с неопределенными намерениями. Кроме того, чрезвычайно важным представляется вопрос о природе неалкогольных отравлений, темпы роста смертности и значимость которых оказались в Красноярском крае аномально высокими. Наряду с этим, необходимо определить реальные масштабы алкогольной смертности: исчерпывается ли она отравлениями алкоголем или же алкоголизация молодежи привела к летальным исходам от соматических патологий. Безусловный интерес представляют также потери, обусловленные такими факторами риска, как наркомания и токсикомания.

Чтобы ответить на эти вопросы, были проанализирована полицейская база умерших в возрасте 15-29-лет в Красноярском крае за 2008 г. Выбор 2008 г. не

случаен. Он относится к периоду формирования новейших позитивных тенденций смертности и отражает, в том числе, позитивные сдвиги в качестве диагностики причин смерти, характеризующиеся снижением смертности от повреждений с неопределенными намерениями и неточно обозначенных состояний. Вместе с тем, в 2009-2011 г. отмечены локальные флуктуации в динамике смертности от данных причин, пока не позволяющие трактовать их однозначно: как случайные колебания, или новые негативные тренды.

Что же представляли собой неточно обозначенные состояния, которые до недавнего времени занимали 2-е место в структуре смертности молодежи Красноярского края. Согласно МКБ-X, в этот класс входят 99 состояний, затрагивающих все системы человеческого организма, вплоть до эмоционального фона (Симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности, восприятию, эмоциональному состоянию и поведению (R40- R46), а также голоса и речи (R47-R49). Однако анализ полицейской базы данных об умерших показал, что использовались только 2 диагноза – «Смерть без свидетелей» (R98) и «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99). Вследствие этого можно констатировать, что причина смерти 68 человек 15-29 лет (48 мужчин и 20 женщин), умерших в 2008 г. от неточно обозначенных состояний, осталась неизвестной: в четверти случаев диагноз звучал как «Смерть без свидетелей» (R98), в  $\frac{3}{4}$  - как «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99). О том, что подобная ситуация не является случайной, свидетельствует картина смертности от неточно обозначенных состояний в 2000 и 2003 гг., когда был зафиксирован максимум показателя у мужчин и женщин за 20-летний период: в 2000 г. все 265 смертей (220 мужчин и 45 женщин) пошли в текущую разработку под рубрикой R99 – «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти», в 2003 г. из 210 умерших от неточно обозначенных состояний (145 мужчин и 65 женщин) в 15% случаев был поставлен диагноз «Смерть без свидетелей» (R98), в 85% - «Другие неточно обозначенные и неуточненные причины смерти» (R99).

Таким образом, можно констатировать, что в Красноярском крае в 2000-е годы от неизвестных причин умерло около 1200 человек 15-29 лет. С высокой вероятностью можно предположить, что в 1990-е годы ситуация была сходной, вследствие чего число молодых жителей Красноярского края, умерших от неизвестных причин за два последних десятилетия, превысило 3000 человек.

Однозначный ответ на вопрос о причинах этих смертей может дать анализ материалов Красноярского бюро судебно-медицинской экспертизы, однако исследования, проведенные в других российских регионах<sup>10</sup>, позволяют предположить, что эти смерти обусловлены внешними причинами, либо соматическими причинами алкогольной и (или) наркотической природы. Из этого следует, что смертность от внешних причин приобретает существенно большие масштабы, чем это зафиксировано официально.

Таблица 4.3-Структура смертности молодежи Красноярского края от повреждений с неопределенными намерениями (2008 г.).

Тип инцидента	мужчины		женщины		оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Повреждения (без уточнений), в том числе:	145	100,0	32	100,0	177	100,0
отравление лекарствами	4	2,8	2	6,3	6	3,4
отравление наркотиками	6	4,1	2	6,3	8	4,5
отравление алкоголем	1	0,7		0,0	1	0,6
отравление органическими растворителями и их парами	5	3,4	1	3,1	6	3,4
отравление химическими веществами	4	2,8	2	6,3	6	3,4
повешение, удушение, утопление	45	31,0	5	15,6	50	28,2
утопление	8	5,5	1	3,1	9	5,1
огнестрельные ранения	5	3,4		0,0	5	2,8
воздействие дымом, огнем, пламенем	1	0,7		0,0	1	0,6
контакт с острым предметом	10	6,9	3	9,4	13	7,3
контакт с тупым предметом	38	26,2	9	28,1	47	26,6
падение с высоты	15	10,3	6	18,8	21	11,9
уточненные повреждения	2	1,4	1	3,1	3	1,7
другие повреждения	1	0,7		0,0	1	0,6

Второй размытый блок причин – повреждения с неопределенными намерениями (Y10-Y34): как уже отмечалось выше, в этот блок входят смерти, для однозначной диагностики которых (убийство, самоубийство, несчастный слу-

<sup>10</sup> Семенова ВГ, Евдокушкина ГН. «Неточно обозначенный» эпидемиологический кризис. В кн.: Здоровье населения России в социальном контексте 90-х года: проблемы и перспективы. Стародубов ВИ, Михайлова ЮВ, Иванова АЕ, редакторы. Москва: Медицина; 2003. с. 85-94.

чай) у экспертов не хватает информации. Отметим, что, как правило, в актах судебно-медицинской экспертизы в п. 20 в подобных случаях указывается «Род смерти не установлен». Мы не располагаем данными Красноярского БСМЭ, однако следует отметить, что в некоторых российских регионах (Ханты-Мансийский автономный округ) подобные смерти кодировались судебно-медицинскими экспертами либо по характеру травмы, либо как R98-R99, что, на наш взгляд, является косвенным доказательством того, что «неточно обозначенные» смерти все-таки обусловлены внешними причинами.

Анализ полицейской базы показал, что около трети мужчин (31%) и 15,6% женщин, смерть которых прошла как «повреждения с неопределенными намерениями», погибли от повешений, удушений и удавлений с неопределенными намерениями (Y20), 26,2% и 28,1% - от контакта с тупым предметом (Y29), еще 6,9% и 9,4% - от контакта с острым предметом (Y28), 3,4% мужчин – от огнестрельных ранений. Следует отметить также соответственно 10,3% и 18,8% падений (отметим, что число случайных падений оказалось примерно таким же, как падений с неопределенными намерениями – 17 против 15 у мужчин и 6 против 6 у женщин). Вклад разного рода отравлений составляет соответственно 13,8% и 21,9% повреждений с неопределенными намерениями, при этом 4,1% и 6,3% являются отравлениями наркотическими. Смерть одного мужчины была диагностирована как отравление алкоголем с неопределенными намерениями (Y15): вызывает удивление, что затруднение в определении истинных причин алкогольных отравлений у экспертов вызвал только один случай (табл. 4.3).

Вызывает недоумение высокий вклад асфиксий с неопределенными намерениями: судебно-медицинские эксперты располагают богатейшим методическим аппаратом, позволяющим различить причину этих инцидентов. То же касается огнестрельных ранений.

В этом контексте интересным представляется анализ механизмов реализации самоубийств и убийств. Из табл. 4.4 видно, что суициды красноярская молодежь совершает в подавляющем большинстве случаев через повешение

(87,9% и 86,2%); у молодых людей следует выделить также огнестрельные ранения (5,6%), у их ровесниц – отравления лекарствами (10,3%).

Таблица 4. 4-Структура смертности молодежи Красноярского края от самоубийств по способу реализации (2008 г.).

Способ реализации суицида	мужчины		женщины		оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Самоубийства, в том числе:	215	100,0	29	100,0	244	100,0
повешение	189	87,9	25	86,2	214	87,7
отравление лекарствами	3	1,4	3	10,3	6	2,5
огнестрельные ранения	12	5,6		0,0	12	4,9
падение с высоты	4	1,9	1	3,4	5	2,0
другие способы	7	3,3		0,0	7	2,9

Что касается убийств, то более чем в половине случаев и у мужчин и у женщин они происходили вследствие контакта с острым предметом, в 31,2% случаев у мужчин и в 22,9% - у женщин – вследствие контакта с тупым предметом. В 9,2% и 11,4% случаев убийство было совершено путем огнестрельных ранений; в 5,5% и 14,3% случаев – путем повешения, удушения или удушения (табл. 4.5).

Таблица 4.5-Структура смертности молодежи Красноярского края от убийств по способу реализации (2008 г.).

Способ реализации суицида	мужчины		женщины		оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Убийства, в том числе:	109	100,0	35	100,0	144	100,0
контакт с острым предметом	56	51,4	18	51,4	74	51,4
контакт с тупым предметом	34	31,2	8	22,9	42	29,2
огнестрельные ранения	10	9,2	4	11,4	14	9,7
повешение, удушение, удушение	6	5,5	5	14,3	11	7,6
избиение (физическая сила)	1	0,9		0,0	1	0,7
другие способы	2	1,8		0,0	2	1,4

Попробуем оценить реальное число смертей вследствие самоубийств и убийств с учетом повреждений с неопределенными намерениями. При этом мы будем исходить из наиболее типичных способов реализации этих инцидентов.

Представляется, что подавляющее большинство контактов с тупым и острым предметом, а также огнестрельных ранений с неопределенными намерениями являются латентными убийствами (сюда следует отнести и 3 смерти от

уточненных повреждений с неопределенными намерениями, наступившие от разрыва селезенки у женщины и от сочетанных травм и субдурального кровоизлияния у мужчин).

К латентным самоубийствам следует отнести большинство асфиксий с неопределенными намерениями, падения с высоты с неопределенными намерениями, лекарственные отравления и отравления химическими веществами, как уточненными, так и не уточненными. Однако в эту группу мы не включаем отравление и воздействие органическими растворителями и галогенсодержащими углеводородами и их парами с неопределенными намерениями (Y16) (2 мужчин) и отравление и воздействие другими газами и парообразными веществами с неопределенными намерениями (Y17) (3 мужчин и 1 женщина): на наш взгляд, эти смерти являются несчастными случаями, обусловленными токсикоманией.

Проведенные расчеты показывают, что реальные уровни смертности молодежи Красноярского края от убийств в 2008 г. превысили официальные в 1,5 раза в мужской и на 37,1% в женской популяции (табл. 4.3 и 4.5); реальная смертность от самоубийств оказалась соответственно на 31,6% и в 1,5 раза выше официальной (табл. 4.3 и 4.4). Таким образом, если у мужчин недоучитывают скорее убийства, то у женщин – самоубийства.

Безусловно, приведенные нами показатели можно рассматривать как существенно оценочные, однако с высокой степенью вероятности можно утверждать, что они гораздо ближе к действительности, нежели официальные.

Следующий вопрос, на который надо ответить – масштабы потерь от наркотических отравлений. Из табл. 4.6 видно, что в 2009 г. смертность молодых мужчин в Красноярском крае от неалкогольных (прочих случайных) отравлений почти на  $\frac{3}{4}$  была обусловлена наркотическими отравлениями (X42), почти на четверть – газами и парообразными веществами (X47). Более половины их ровесниц, погибших от неалкогольных отравлений, умерли от отравлений наркотиками, более трети – от отравлений газами и парообразными веществами.



Таблица 4.6 - Структура смертности молодежи Красноярского края от прочих случайных (неалкогольных) отравлений по характеру токсического вещества (2008 г.).

Способ реализации суицида	мужчины		женщины		оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Неалкогольные отравления, в том числе:	141	100,0	46	100,0	187	100,0
наркотики	103	73,0	25	54,3	128	68,4
газы и парообразные вещества	33	23,4	16	34,8	49	26,2
лекарства	1	0,7	1	2,2	2	1,1
другие отравления	4	2,8	4	8,7	8	4,3

С высокой степенью уверенности можно предположить, что смерти от «отравлений газами и парообразными веществами» наступили вследствие токсикомании, 5,5% наркотических отравлений у мужчин и 7,4% у женщин не учитывались за счет кодировки их в качестве повреждений с неопределенными намерениями (Y12) (см. табл. 4.3). Подобная реконструкция существенно меняет структуру смертности от внешних причин молодежи Красноярского края: так, у мужчин на 1-е место выходят самоубийства (28,7% против 21,6% по официальным данным 2009 г.), на 3-ем месте – убийства, доля которых возрастает до 16,6% (против официальных 10,7%). У женщин транспортная смертность остается на 1-м месте, на 2-м месте оказываются убийства (18,8% против официальных 13,3%), на 3-м – суициды (17,2% против 12%). Наркотическими отравлениями обусловлено 11,1% в мужской и 10,5% в женской популяции, отравлениями, обусловленными токсикоманией – 3,9% и 6,6% соответственно (табл. 4.7).

Однако вряд ли потери, обусловленные алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, ограничиваются внешними причинами, пагубно сказываются эти факторы риска на основных системах жизнедеятельности человеческого организма, в первую очередь - на сердечно-сосудистой, пищеварительной и нервной системе, что заставляет рассмотреть смертность от соответствующих патологий максимально подробно.



Чтобы учесть потери, обусловленные алкоголизмом, мы оценили смертность от всех диагнозов, определяемых как «алкогольные». Из табл. 8 видно, что в 2008 г. случаи смертей от соматических заболеваний, обусловленных алкоголем, являются единичными, тем не менее, с их учетом алкогольная смертность молодежи Красноярского края увеличивается на четверть (на 27,8% в мужской и на 21,1% в женской популяции).

Однако вряд ли масштабы алкогольной смертности ограничиваются приведенными причинами: нельзя забывать, что в 2009 г. почти треть всех смертей красноярской молодежи (29,3% у мужчин и 33,3% у женщин) от болезней органов пищеварения была обусловлена острым панкреатитом (K85). Классификационной особенностью острого панкреатита является отсутствие характеристик, указывающих на механизм его возникновения, однако алкоголизм является наиболее распространенным фактором его развития.

Таблица 4. 7-Вклад основных внешних причин в смертность молодежи Красноярского края от травм и отравлений, по характеру инцидента (2008 г.).

Способ реализации суицида	мужчины		женщины		оба пола	
	число	%	число	%	число	%
Травмы и отравления, в том числе:	985	100,0	256	100,0	1241	100,0
ДТП	213	21,6	73	28,5	286	23,0
убийства	164	16,6	48	18,8	212	17,1
самоубийства	283	28,7	44	17,2	327	26,3
отравления наркотиками	109	11,1	27	10,5	136	11,0
алкогольные отравления	37	3,8	19	7,4	56	4,5
отравление органическими растворителями и их парами, другими газами и паробразными веществами	38	3,9	17	6,6	55	4,4
другие отравления	5	0,5	5	2,0	10	0,8
утопления	50	5,1	8	3,1	58	4,7
случайные падения	17	1,7	6	2,3	23	1,9
переохлаждение	10	1,0	4	1,6	14	1,1
остальные н/с	59	6,0	5	2,0	64	5,2

Нам могут возразить, что поражение поджелудочной железы может быть следствием перенесенных инфекционных заболеваний с эндемическими очагами в Красноярском крае, однако эта гипотеза подразумевает некий постоянный фон искомого показателя, а не кратный рост его в период исследования. Таким образом, с высокой степенью достоверности можно отнести смерти от острого

панкреатита к причинам алкогольной этиологии. Эти же соображения можно отнести к другим хроническим панкреатитам (K86.1) и другим уточненным болезням поджелудочной железы (K86.8). Это увеличивает масштабы алкогольной смертности красноярской молодежи по сравнению с теми случаями, где в диагнозе присутствует определение «алкогольный», в 1,5 раза в мужской и более чем на треть в женской популяции, причем более 40% алкогольных смертей обусловлено соматической патологией.

При этом, по официальным данным, крайне редкими являются случаи смерти лиц 15-29 лет от алкогольной кардиомиопатии (I42.6): в 2009 г. зафиксировано только 2 случая смерти молодых мужчин. Не отмечено ни одного случая смерти молодых людей от кардиомиопатии неуточненной (I42.9) – еще одного резервуара латентной алкогольной смертности. Однако специфической чертой кардиологической смертности молодежи Красноярского края является аномально высокая доля смертей от других форм острой ишемической болезни сердца (I42.8), которыми обусловлено 41,4% кардиологической смертности молодых жителей края и 33,3% - их ровесниц (против 16,5% и 10,2% в России и 26,8% и 16,1% в Сибири). С высокой степенью вероятности можно утверждать, что массовая смертность от любой формы острой ишемической болезни сердца в столь молодых возрастах носит экзогенный характер, однако указать, какой именно фактор риска – алкоголизм, наркомания или токсикомания – является доминирующим при развитии данной патологии, представляется затруднительным: все три формы зависимости пагубно сказываются на сердце.

Это же можно отнести к токсическим поражениям печени (K71), а также к другому и неуточненному циррозу печени (K74.6) – последним в 2009 г. определялось более четверти всех смертей молодежи Красноярского края от болезней органов пищеварения (31% в мужской и 16,7% в женской популяции): безусловно, основным фактором риска развития циррозов печени является алкоголь, но, в отличие от острого панкреатита, на развитие которого злоупотребление наркотиками и токсическими веществами практически не сказывается, циррозы печени могут быть следствием и наркомании, и токсикомании.

Поскольку четкое разделение факторов риска при формировании кардиологической смертности и смертности от болезней органов пищеварения не всегда возможно, попробуем оценить совокупный вклад причин, с высокой степенью обусловленных алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, в соматическую смертность молодежи Красноярского края.

Таблица 4.8-Вклад патологий, обусловленных поведенческими факторами риска, в соматическую смертность 15-29-летнего населения Красноярского края (2008 г.).

Код по МКБ	Заболевание	мужчины		женщины		оба пола	
		число умерших	%	число умерших	%	число умерших	%
	Совокупная соматическая патология	300	100,0	148	100,0	448	100,0
F10.2	хронический алкоголизм	1	0,3		0,0	1	0,2
F10.4	алкогольные психозы, энцефалопатия, слабоумие	3	1,0		0,0	3	0,7
G31.2	дегенерация нервной системы, вызванная алкоголем	0	0,0	1	0,7	1	0,2
I42.6	Алкогольная кардиомиопатия	2	0,7		0,0	2	0,4
I24.8	Другие формы острой ИБС	29	9,7	5	3,4	34	7,6
K70.1	Алкогольный гепатит	1	0,3	1	0,7	2	0,4
K70.3	Алкогольный цирроз печени	0	0,0	2	1,4	2	0,4
K70.4	Алкогольная печеночная недостаточность	1	0,3		0,0	1	0,2
K86.0	Хронический панкреатит алкогольной этиологии	1	0,3		0,0	1	0,2
K86.1	Другие хронические панкреатиты	3	1,0		0,0	3	0,7
K86.8	Другие уточненные болезни поджелудочной железы	1	0,3		0,0	1	0,2
K85	Острый панкреатит	17	5,7	8	5,4	25	5,6
K71	Токсическое поражение печени	2	0,7	4	2,7	6	1,3
K74.6	Другой и неуточненный цирроз печени	18	6,0	4	2,7	22	4,9
	Совокупная соматика, обусловленная поведенческими факторами риска	79	26,3	25	16,9	104	23,2

Из табл.4. 8 видно, что в 2008 г. в Красноярском крае 26,3% смертей молодых мужчин от соматических патологий и 16,9% - молодых женщин были обусловлены одним из трех факторов риска – алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией – или их сочетанием. Следует отметить, что в молодых возрастах, особенно у женщин, поражается в первую очередь пищеварительная си-

стема: смертностью от болезней органов пищеварения в 2008 г. в мужской популяции было обусловлено 55,7% соматической патологии, обусловленной поведенческими факторами риска (против 39,2% сердечно-сосудистой патологии), в женской – 76% против 20%.

Чтобы ощутить масштабы потерь, обусловленных поведенческими факторами риска, укажем, что число жертв этих пагубных привычек на четверть превышает число умерших от злокачественных новообразований, причем если в женской популяции эти показатели сопоставимы, то число молодых мужчин, умерших от соматических последствий указанных 3 факторов риска почти вдвое превышает число умерших от злокачественных новообразований.

В целом же можно констатировать, что в 2008 г. смерть каждого пятого жителя Красноярского края (и в мужской и в женской популяции) прямо или косвенно (вследствие отравлений или развившейся соматической патологии) была обусловлена алкоголизмом, наркоманией или токсикоманией (не исключается сочетание всех 3 факторов риска). При этом официальная статистика (даже полицейская) не располагает данными о том, сколько убийств, самоубийств, транспортных происшествий, утоплений и прочих несчастных случаев было совершено в неадекватном состоянии, под воздействием алкоголя или наркотиков.

Проведенное исследование позволило сформулировать следующие выводы.

В течение всего периода реформ наименее благополучно развивались тенденции смертности в молодежной среде, в результате чего именно для этой группы российского населения сложился максимальный отрыв от европейских стран, не только западных, но и стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ). За четверть века с 1980 г. по 2005 г. смертность молодых мужчин в России выросла более чем на 25%, их ровесниц – более чем на 40%, при этом смертность европейских мужчин снизилась почти на 60%, их ровесниц – более чем на 70%.

С 2005 г. сформировался отчетливый позитивный тренд сокращения смертности, в результате чего смертность мужчин к 2011 г. сократилась на

13,7%, женщин – на 33,2%. Вместе с тем, поскольку смертность продолжала сокращаться и у европейской молодежи, разрыв хоть и уменьшился, но далеко не преодолен. В 2011 г. смертность молодых российских мужчин превышала показатели их сверстников в развитых странах в 4,5 раза, в странах ЦВЕ – в 3 раза, для женщин разрыв составил 3,7 раза.

Категория молодежи объединяет в себе возрастные группы, существенно различающиеся не только по уровням, но и по тенденциям смертности. Чем старше возраст, тем выше уровни смертности и более неблагоприятны тенденции. Только для 15-19-летних к 2011 г. достигнуты минимальные уровни смертности, которые отмечались в 1987 г., для групп старше 20 лет, и мужчин, и женщин, сохраняется превышение смертности в сравнении с минимальными уровнями в период антиалкогольной кампании.

Серьезным фактором замедления благоприятной динамики является региональный аспект проблемы. Даже в период активного сокращения смертности с 2005 г. имеется ряд территорий, в которых смертность или снижается крайне медленно, или даже растет. В регионах - экономических лидерах негативные тренды смертности молодежи связаны главным образом, с значительным миграционным влиянием на смертность, поскольку большая часть мигрантов – это молодые люди, а состояние здоровья их и риски смерти существенно выше, чем для постоянного населения в силу неблагоприятных условий жизни и труда. В экономически депрессивных регионах отсутствие позитивных трендов смертности среди молодежи может объясняться проблемами безработицы, социальной нереализованностью, отсутствием перспектив.

В 1990-е – 2000-е годы ситуация со смертностью молодежи в Красноярском крае развивалась более позитивно как на фоне Сибирского округа, так и страны в целом: у мужчин смертность за 1989-2011 г. снизилась на 18,7% против ее роста в Сибири (на 8,8%) и возвращения к уровням конца 1980-х годов в России; у женщин темпы роста смертности были впятеро ниже, чем в Сибири, и втрое, чем в России (5,7% против 28,1% и 15,0% соответственно). И у мужчин, и у женщин лучшая динамика определялась как менее выраженными негатив-

ными трендами до 2005 г., так и более выраженными позитивными тенденциями последнего периода (2005-2011 г).

Позитивные тренды 1989-2011 гг. в мужской популяции края на фоне негативных трендов в Сибири и России определялись снижением смертности от внешних причин и неточно обозначенных состояний и менее выраженными негативными тенденциями от всех соматических патологий, кроме новообразований: онкологическая смертность молодых мужчин в крае выросла, в округе и стране – снизилась более чем на четверть. В женской популяции кратно меньшие, чем в Сибири и России, темпы роста смертности были обусловлены лучшими, чем в округе и стране в целом, тенденциями смертности от всех причин, кроме онкологии и болезней органов пищеварения.

Вследствие отмеченных тенденций за рассматриваемый период превышение уровней смертности молодежи Красноярского края от России значительно сократилось, а смертность молодежи в Сибири оказалась выше, чем в крае, что определялось всеми ведущими причинами смерти, кроме новообразований и болезней органов пищеварения.

Тенденции смертности молодых женщин в Красноярском крае и до, и после 2005 г. были худшими, нежели у их ровесников, что определялось всеми ведущими причинами смерти, кроме онкологических заболеваний. Отметим, что в Сибири и России эти гендерные соотношения оказались сходными в целом за период 1989-2011 г., однако в 2005-2011 г. эта ситуация определялась менее выраженными, чем у мужчин, позитивными тенденциями у женщин; а до 2005 г. потери в мужской популяции заметно (особенно в Сибири) превышали таковые у молодых женщин.

Травмы и отравления – ведущая причина смерти в молодых возрастах – характеризовались более позитивной динамикой в крае и на окружном и на российском фоне. В свою очередь, эта динамика была обусловлена всеми ведущими внешними причинами, кроме алкогольных и неалкогольных отравлений. Вследствие этого в настоящее время доля алкогольных и особенно неалкогольных отравлений в травматической смертности молодых жителей Краснояр-

ского края оказалась аномально высокой (у мужчин 3,7% и 13,1% против 2,5% и 7,1% в России, у женщин 4,7% и 12,2% против 2,5% и 8,3% соответственно). При этом смертность от прочих (неалкогольных) отравлений на  $\frac{3}{4}$  у мужчин и более чем наполовину у женщин определяется отравлениями наркотическими, примерно на четверть у мужчин и на треть у женщин – отравлениями токсическими парами.

Масштабы потерь, обусловленных поведенческими факторами риска (алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией) существенно возрастают, если учитывать не только отравления, но и соматическую смертность, ими обусловленную. Так, даже если учитывать алкогольную смертность только по диагнозам с прямым указанием на алкогольную этиологию, потери молодежи Красноярского края увеличивается на четверть (на 27,8% в мужской и на 21,1% в женской популяции). Если же исходить из нозологического спектра соматической смертности молодежи Красноярского края, можно с высокой степенью вероятности указать, что в 2008 г. в Красноярском крае 26,3% смертей молодых мужчин от соматических патологий и 16,9% - молодых женщин были обусловлены тремя факторами риска – алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, причем в первую очередь поражалась пищеварительная система. В целом же можно констатировать, что каждая пятая смерть лиц 15-29 лет прямо или косвенно была обусловлена алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или их сочетанием.

Не только алкогольная компонента смертности молодежи оказывается существенно больше, чем об этом свидетельствуют данные официальной статистики, но и уровень насильственной смертности также недоучитывается. Детальный анализ смертности от внешних причин показал, что реальный уровень убийств среди молодых жителей Красноярского края в 2008 г. превышал официальные показатели 1,5-кратно, среди их ровесниц – на 37,1%; самоубийств – на 31,6% и в 1,5 раза соответственно.

Еще одним потенциальным резервуаром смертности от внешних причин, или же причин, обусловленных поведенческими факторами риска, является та-

кой размытый класс, как «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния», число смертей от которого среди молодежи Красноярского края только в 2000-е годы достигло 1200 человек. Это еще более расширяет масштабы потерь, обусловленных травмами, а также алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Таким образом, в настоящее время специфической проблемой здоровья молодежи Красноярского края являются среди соматических причин – онкологические заболевания и болезни органов пищеварения, среди внешних – алкогольные и неалкогольные отравления. Отметим, что если онкологическую смертность, с ее не выясненной до конца этиологией, в этих возрастах следует считать эндогенной, то, как показал анализ данных полицейской базы, смертность от болезней органов пищеварения, и, тем более, алкогольных и неалкогольных отравлений, следует считать полностью экзогенной и в высокой мере социально обусловленной. Представляется, что подобная ситуация определяется как общими для России факторами – до конца не исчерпанными негативными социальными последствиями 1990-х годов, приведшими к формированию существенного слоя лиц, слабо социально адаптированных, с присущим им девиантным поведением, так и таким специфическим для края фактором, как пролегание по его южным регионам наркотрафика из Казахстана на Урал и в Центральную Россию. Представляется, что принципиального улучшения ситуации в крае можно добиться только комплексными усилиями всех общественных институтов (здравоохранение, правоохранительные органы, образование), при адресной их направленности на группы риска, в которую входят в первую очередь слабо социально адаптированные слои с низким образовательным цензом и профессиональным статусом.



## **ГЛАВА 5. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ И ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ, ВЛИЯЮЩЕЕ НА ФОРМИРОВАНИЕ ЗДОРЬЕ- СБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ**

По мере того как общество модернизируется и становится более богатым и информированным, меняется и представление людей о том, какие условия существования они считают желательными как отдельные личности и как члены сообщества, то есть меняются их ценности [285]. Людей больше, чем это обычно считается, заботит их здоровье как неотъемлемая часть повседневной жизни их самих и членов их семей [289]. Исследования с целью выяснения социальных ценностей, которые проводятся с 1980-х годов, указывают на все большее сближение в этом отношении между ценностями в развивающихся странах и в более богатых обществах, где охрана здоровья и доступ к медицинскому обслуживанию часто воспринимаются как должное [285]. Когда людей просят назвать наиболее важные проблемы, с которыми они и их семьи сталкиваются постоянно, на первое место часто выходят финансовые заботы, а непосредственно следом – здоровье [232]. В каждой второй стране вопросы, связанные со здоровьем, являются важнейшими личными заботами для более, чем трети обследуемого населения.

### **5.1 Оценка изменений в самосохранительном поведении молодежи России**

Рассмотрим, используя результаты социологических исследований, основные типы поведения, являющиеся факторами сохранения и разрушения здоровья и самой жизни: алкогольное поведение, табакокурение, отношение к отдыху и проблемы избыточного веса в связи с характером питания и двигательной активности.

Акцент сделан на молодых группах населения, что обусловлено двумя соображениями. Во-первых, именно молодежь продемонстрировала самые негативные тренды смертности в период социально-экономических реформ. А это означает резкое ухудшение стереотипов самосохранительного поведения. Во-вторых, восприимчивость к новым идеям наиболее активна также среди молодежи. В этой связи формирование моды на здоровье, провозглашение здоро-

вого образа жизни центром деятельности системы здравоохранения, создание условий для выбора в пользу более здорового образа жизни, - все это внушает надежду на изменение ситуации. Сравнительный анализ двух исследований самосохранительного поведения молодежи, проведенных с разницей в 4 года, позволил оценить скорость и глубину изменений.

Информационной базой сравнительной оценки послужили данные социологического опроса, проведенного Центром социального прогнозирования (руководитель – Шереги Ф.Э.) летом 2006 г. и 2010 г. в 18 регионах России по заказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации; опрошено в 2006 г. 1500 человек, в 2010 г. - 1000 человек в возрасте 18-35 лет. Социально-демографический состав респондентов в обоих исследованиях близок и репрезентативно представляет группу молодежи.

Основные результаты исследований сводятся к следующему.

Обсуждая поведение, наносящее ущерб здоровью, прежде всего, потребление алкоголя и курение, можно отметить следующее.

По данным опроса молодых людей в 2010 г. к группе риска тяжелых алкогольных последствий можно отнести около 16% мужчин (среднегодовое потребление более 16 л в пересчете на абсолютный алкоголь) и 13% женщин (среднегодовое потребление более 6 л).

Социальный портрет групп риска представлен преимущественно разведенными и разошедшимися, а также женщинами, состоящими в неформальных брачных союзах. Отсутствие работы, независимо от предшествующего трудового анамнеза, и сопутствующая этому статусу бедность и/или сужение социальной перспективы повышает риск алкоголизации с тяжелыми последствиями, особенно для женщин.

В сравнении с опросом 2006 г. среднелюбовое потребление алкоголя мужчинами несколько сократилось (с 8,8 до 8,3 л), женщинами – незначительно выросло (с 2,2 до 2,5 л) за счет увеличения круга лиц, потребляющих алкоголь, причем во всех социальных группах. К 2010 г. полностью оформился эффект отсутствия дифференциации алкогольного поведения в зависимости от уровня

образования, который в 2006 г. только наметилось, что вызывает вопросы и к критериям отбора будущих студентов, и к качеству высшего образования, и к востребованности высшего образования данного качества, а, следовательно, к удовлетворенности выпускников своим местом в жизни, которая опосредует их поведение, в том числе, алкогольное.

Следующий рассматриваемый нами аспект – это курение. Группа риска – курящие больше пачки в день - насчитывает около 10% мужчин менее полпроцента женщин.

Социальный статус существенно влияет на частоту курения. И для мужчин, и для женщин ухудшение стереотипов курения ассоциируется с распадом семьи, будь то официальный развод, или фактическое прекращение отношений; с низким уровнем образования; безработицей, причем как в случае полной, так и частичной потери работы; с бедностью. Для женщин специфическим фактором риска является работа во внебюджетной организации и индивидуальное предпринимательство, или незанятость, пребывание в роли домашней хозяйки.

В сравнении с результатами опроса 4-летней давности можно констатировать некоторое сокращение частоты курения у молодых мужчин и отсутствие позитивных сдвигов у женщин. На этом фоне происходят негативные качественные сдвиги. Во-первых, рост частоты курения с возрастом, тогда как по данным 2006 г. этого эффекта не отмечалось у мужчин, а у женщин в возрастах старше 25 лет (активный репродуктивный период) частота курения даже сокращалась. Во-вторых, сужение образовательной вариации частоты курения, которая проявилась пока только у женщин.

Если алкоголь и курение являются формами саморазрушительного поведения, которые могут привести к негативным последствиям для здоровья уже в молодом возрасте, то проблемы с нерациональным питанием, низкой двигательной активностью и отсутствием полноценного отдыха относятся к так называемым накопленным факторам риска, способствующим преждевременному формированию хронических заболеваний.

В соответствие с данными опроса в 2010 г. крайние позиции: и дефицит массы тела и избыточный вес встречаются у 5-10% молодежи.

В молодых возрастах нарушения веса практически не связаны с характером питания. Этот тип поведения проявляет себя в старших группах как накопленный фактор риска. Существенно влияет на формирование веса фактор физической активности, что проявляется в многократном превышении числа приверженцев различных форм физической культуры среди респондентов с пониженным весом в сравнении с опрошенными с избыточной массой тела.

Наиболее часты весовые диспропорции среди всех категорий не состоящих в браке, а с точки зрения социального статуса – как среди наиболее бедных, так и среди наиболее состоятельных категорий. Повышение доходов ассоциируется, прежде всего, с доступностью питания: расширением ассортимента и повышением его калорийности, но не с формированием стереотипов здорового питания.

Распределение молодых людей по массе тела практически осталось неизменным в сравнении с опросом 4-летней давности, также как и закономерности, определяющиеся социальным статусом.

Подводя итоги проведенного анализа отношения молодых людей к отдыху можно констатировать следующее.

Подавляющее большинство респондентов используют отпуск, и хотя делают это не ежегодно, перерывов в несколько лет не допускают. Вместе с тем, в значительном числе случаев (до половины опрошенных) отпуск не используют для укрепления здоровья, проводя его дома в решении хозяйственных забот, или на даче.

Группу риска с точки зрения возможностей восстановления сил и здоровья во время отпуска составляют мужчины, и женщины, состоящие в браке. С точки зрения социального статуса к этой категории относятся малообразованные. Экономический фактор дифференциации отпускных стратегий проявляется двояким образом. С одной стороны относительное материальное благополучие ассоциируется с отказом от ежегодного отдыха, прежде всего, мужчин. С

другой, использование отпуска активно, в том числе, для восстановления здоровья, также характерно для этих групп, поскольку требует определенных затрат в сравнении с отпуском дома или на даче.

Оценивая сдвиги в сравнении с результатами опроса 2006 г. можно отметить несколько позитивных отличий. Во-первых, заметно сократилось число тех, кто не отдыхал несколько лет или считает отпуск пустой тратой времени. Во-вторых, расширились категории тех, кто проводит отпуск на курорте, на даче, а также в активных формах досуга – в турпоходе. В-третьих, появилась выраженная возрастная вариация форм проведения отпуска. Среди молодых людей в возрасте до 25 лет значительно больше приверженцев здоровых форм проведения отпуска. В старших возрастных группах с появлением семьи в условиях относительно низких доходов неизбежно увеличивается число респондентов, вынужденно тратящих отпуск на решение хозяйственных вопросов, в лучшем случае на даче, в худшем – дома.

Между самооценкой образа жизни и реальным поведением респондентов существует довольно тесная прямая зависимость, что позволяет рассматривать субъективную оценку как достаточно надежный маркер образа жизни разных групп населения.

Вместе с тем, даже среди тех групп респондентов, которые считают свой образ жизни здоровым, встречаются в статистически значимых количествах те, чье поведение (злоупотребление алкоголем, табакокурение, нерациональное питание и низкая физическая активность, определяющие серьезные весовые диспропорции, а также отношение к отдыху) формирует серьезные угрозы здоровью с точки зрения преждевременного развития хронических заболеваний.

Готовность изменить образ жизни существенно зависит от того, о каких элементах поведения идет речь. В отношении психоактивных веществ (алкоголя и табака) прослеживается влияние зависимости, поэтому, чем выше уровень потребления алкоголя или частота курения, тем реже респонденты готовы изменить свое поведение. Что касается отдыха и характера питания, то в наибольшей степени осознают угрозу здоровью и выражают готовность изме-

нить поведение респонденты, не отдыхавшие несколько лет, или с избыточным весом. Вместе с тем, ориентация исключительно на критерий веса, делает мало-восприимчивой к задаче оздоровления питания респондентов с пониженным весом, и тем более его дефицитом. В отношении отдыха аналогичную группу риска составляют мужчины, рассматривающие отпуск, как пустую трату времени, уверенные, что эта стратегия не наносит ущерба здоровью, и не готовые изменить свое поведение.

В рамках общероссийского исследования была выделена группа молодежи, опрошенная в Красноярском крае. По ней был проведен анализ по тем же параметрам поведения, что и в общероссийской выборке. Проведенное исследование показало, в частности, что алкогольные стереотипы молодежи Красноярского края заметно отличаются от средних по России более низким в среднем уровнем потребления алкоголя и существенно меньшей группой риска тяжелых алкогольных последствий. Иными словами, в Красноярском крае, судя по опросам респондентов, ситуация с алкогольным потреблением молодежи существенно благополучней, чем в среднем по стране, что не подтверждается данными статистики о сравнительной частоте алкогольных отравлений, а также смертности от алкогольно зависимых причин. Аналогичные противоречия обнаружены и по другим параметрам самосохранительного поведения [213].

Это потребовало более детального исследования ситуации в крае с выделением отдельных групп молодежи – учащихся высших и средних учебных заведений, а также работающих.

## **5.2 Ценности здоровья у молодежи Красноярского края**

Забота о сохранении здоровья и ответственный тип самосохранительного поведения формируется на основе ценностей, которое занимает здоровье и продолжительная жизнь в системе ценностей населения. Опрос молодых людей свидетельствует, что собственное жилье и материальный достаток являются важнейшими ценностями и для мужчин и для женщин (4,7-4,8 балла по 5-бальной шкале). Обладание крепким здоровьем – третья по значимости ценность (4,6 балла), которая является более важной, чем прожить долгую жизнь

(4,4 балла). По-видимому, продолжительная жизнь и здоровье далеко не всегда сопутствуют друг другу, и более того, здоровье – не всегда рассматривается как необходимое условие, чтобы жить долго.

Вопреки ожиданиям, ценности профессионального успеха и карьеры отнюдь не занимают лидирующие позиции в молодежной среде (4,4 балла), а потому получение образования и повышение квалификации как условие для профессионального продвижения, не относится к числу приоритетов (4,3 балла). Еще менее привлекательным для молодых людей является создание собственного семейного предприятия, которое могло бы стать источником дохода для респондента и его будущей семьи (3,8 балла). Таким образом, возникает отчетливый диссонанс между высокой ценностью материального достатка и средней и даже низкой ценностью стратегий его достижения. Это может быть связано с несколькими обстоятельствами. С одной стороны, полученные результаты могут свидетельствовать о социальном инфантилизме молодежи, вследствие которого источники желаемого материального достатка остаются не сформулированными. С другой стороны, возможно, что социально приемлемые и одобряемые способы приобретения материального достатка не привлекают молодежь, вследствие чего она предпочитает находить иные пути достижения высоко значимых ценностей.

Ценности семьи, детей и внуков столь же значимы для молодых людей (4,4-4,5 баллов), что и ценности карьеры и профессионального роста, что свидетельствует о неправомерности утверждений о вытеснении в молодых поколениях потребности в семье и детях карьерными устремлениями. В пользу этого заключения свидетельствует низкая значимость такой цели, как «быть свободным, независимым и делать то, что хочу только я» - 3,9 балла. Скорее можно говорить о потребности молодежи сочетать в реальной жизни достижение обеих ценностей.

Таблица 5.1-Структура жизненных ценностей молодых людей, баллов

	Мужчины		Женщины	
	ВУЗ	кол-ледж	ВУЗ	кол-ледж
Собственное жилье	4,7±0,1	4,8±0,1	4,9±0,1	4,8±0,1
Жить в браке с супругом и детьми, своей семьей	4,4±0,1	4,2±0,1	4,6±0,1	4,7±0,1
Материальный достаток	4,6±0,1	4,8±0,1	4,8±0,1	4,7±0,1
Получить образование, постоянно повышать квалификацию	4,1±0,1	4,2±0,1	4,4±0,1	4,5±0,1
Иметь свое собственное семейное дело (предприятие, хозяйство, земельный участок), чтобы работать только в нем, вкладывать в него средства и силы, жить на полученный от него доход	3,8±0,1	3,9±0,1	3,5±0,1	3,8±0,1
Иметь успех, продвижение на работе (значительное время и силы уделять работе), чтобы зарабатывать много денег или сделать карьеру	4,4±0,1	4,5±0,1	4,3±0,1	4,4±0,1
Интересно проводить досуг	4,3±0,1	4,4±0,1	4,5±0,1	4,3±0,1
Много общаться с друзьями	4,3±0,1	4,5±0,1	4,4±0,1	4,2±0,1
Прожить долгую жизнь	4,4±0,1	4,5±0,1	4,3±0,1	4,5±0,1
Иметь внуков	4,4±0,1	4,6±0,1	4,4±0,1	4,6±0,1
Обладать крепким здоровьем	4,7±0,1	4,7±0,1	4,6±0,1	4,6±0,1
Быть свободным, независимым и делать то, что хочу только я	4,1±0,1	4,1±0,1	3,8±0,1	3,8±0,1

И, наконец, среди значимых ценностей, составляющих более 4 баллов по 5-бальной шкале, на последнем месте находятся ценности интересного досуга и возможности много общаться с друзьями (4,3 балла).

Среди существенных различий в системе ценностей отдельных категорий респондентов можно отметить следующие. С потребностью прожить долгую жизнь в большей степени ассоциирована потребность иметь внуков, а не семью и детей, и в целом эти потребности более значимы для учащихся колледжей : и мужчин и женщин. Может возникнуть сомнение в достоверности различий, поскольку появление внуков невозможно без создания семьи и рождения детей. Однако, полученные результаты могут означать, что в ориентации на внуков проявляется более длительный горизонт планирования. Второе существенное отличие в системе ценностей связано с тем, что для учащихся колледжей более высокую, чем для студентов, ценность представляет перспектива иметь свое собственное семейное дело (предприятие, хозяйство, земельный участок), чтобы работать только в нем, вкладывать в него средства и силы, жить на получен-



ный от него доход. Интересно, что эти различия определяются, прежде всего, женщинами, тогда как у мужчин студентов и учащихся значимость этих ценностей близка. Третье отличие касается ценностей интересного досуга и общения с друзьями. В целом для студентов и учащихся колледжей они близки, однако эта близость маскирует существенные отличия. У мужчин значимость этих ценностей выше для учащихся колледжей, для женщин – для студенток. Характерно, что эти различия обнаруживают обратную корреляцию с ценностями семьи и детей, которые оказались выше среди мужчин - у студентов, а среди женщин – у учащихся колледжей.

Для более детального анализа ценностей здоровья воспользуемся принятыми измерителями, которыми являются показатели «желаемой» и «ожидаемой продолжительности жизни». Показатель «желаемая продолжительность жизни» отражает установки опрошенных на число лет, которое они предпочли бы прожить при самых благоприятных условиях. Показатель ожидаемой (планируемой) длительности жизни отражает число лет, которое, по мнению респондентов, им удастся прожить, учитывая их состояние здоровья, условия и образ жизни.

По результатам опроса молодых людей желаемая продолжительность жизни составляет 83,4 года для мужчин и 81,2 года для женщин, что довольно близко к фактическим уровням, достигнутым в наиболее успешных странах мира. В свою очередь, это означает, что в своих ответах респонденты опираются на объективные данные о предмете опроса, об этом же свидетельствует незначительный процент фантастических оценок (в диапазоне от 120 до 150 лет). Различия оценок мужчин и женщин невелики, но все же надо отметить, что желаемые оценки длительности жизни у мужчин выше, хотя фактическая продолжительность жизни у них существенно ниже, чем у женщин. У студентов ВУЗов и у мужчин, и у женщин желаемая длительность жизни выше, чем у учащихся колледжей: 85,1 и 82,3 года у мужчин, 81,8 и 80,4 года у женщин.

Надо сказать, что гендерная и образовательная дифференциация оценок желаемой продолжительности жизни соответствует результатам других социо-

логических исследований, в частности всероссийского опроса молодежи в 2010 г., однако сами уровни желаемой длительности жизни красноярской молодежи ниже, чем в целом по стране, где они составили 88,1 года [86]. Возможно, что даже в оценках желаемой длительности жизни отражается опыт реальной жизни молодых людей, который свидетельствует, что в Красноярском крае фактическая продолжительность жизни ниже, чем в целом по стране. Если это так, то в еще большей степени этот опыт должен отражаться на оценках ожидаемой продолжительности жизни.

По результатам опроса ожидаемая продолжительность жизни составила 72,5 лет для мужчин и 72,3 лет для женщин, т.е. оказалась фактически равной. Также как и при характеристике желаемой продолжительности жизни, в оценках ожидаемой длительности жизни присутствует четкая образовательная дифференциация: 73,1 год у студентов ВУЗов и 71,6 год у учащихся колледжей. При сравнении с данными всероссийского опроса показатели ожидаемой продолжительности жизни обнаружили большее сходство (для мужчин - 69,7 года, для женщин 72,0 года), чем оценки желаемой длительности жизни, что подтверждает нашу гипотезу о влиянии жизненного опыта респондентов на характеристику перспектив долголетия.

С чем связана потребность в долголетии, и что мешает молодым людям прожить столько лет, сколько они хотят. Помехи должны быть чрезвычайно серьезными, если учесть, что разница желаемой и ожидаемой продолжительности жизни составляет более 10 лет.

В мотивации долголетия выделены две группы мотивов: условно общественные и личные, семейные.

Среди семейных мотивов наибольшей значимостью обладает желание прожить долго, чтобы увидеть внуков: 4,4-4,6 баллов в среднем по 5-бальной шкале, причем у женщин, как и следовало ожидать, значимость этого мотива несколько выше, чем у мужчин. Вторым по важности мотивом долгой жизни является нежелание оставлять супруга одного без своей помощи и поддержки. Этот мотив в одинаковой степени значим и для мужчин, и для женщин: 4,0 по

5-бальной шкале. Потребность помогать взрослым детям является третьим по значимости среди личностно-семейных мотивов долголетия, также в одинаковой степени значимым для мужчин и женщин: 3,8 балла. И, наконец, четвертым по значимости мотивом долголетия в рассматриваемой группе является желание пожить для себя по достижении пенсионного возраста, не работая: 3,5 балла. Можно было ожидать, что значимость этого мотива будет выше, поскольку опрашиваются молодые люди, в среде которых ценности индивидуализма и свободы прививаются более органично. Однако, значимость этого мотива пока оказывается средней, что возможно связано с неудовлетворительным материальным положением, как существенным условием для того, чтобы «пожить для себя».

Таблица 5.2-Мотивы дожития до желаемой продолжительности жизни (среднее число баллов по 5-бальной шкале)

	ВУЗ	Колледж	итого
	мужчины		
Хотелось бы еще пожить и для себя, не работая	3,4±0,1	3,6±0,1	3,5±0,1
Не хочу терять свои пенсионные накопления и полностью их использовать	2,6±0,1	2,7±0,1	2,6±0,1
Пожилые люди пользуются уважением в обществе	2,5±0,1	2,7±0,1	2,6±0,1
Хочу подольше поработать и в пенсионном возрасте	2,7±0,1	2,4±0,1	2,6±0,1
Хочу помогать моим взрослым детям	4,0±0,1	3,6±0,1	3,8±0,1
Не хочу оставить супруга одного без моей помощи и поддержки	4,0±0,1	4,0±0,1	4,0±0,1
Хочу долго жить, чтобы увидеть внуков	4,5±0,1	4,3±0,1	4,4±0,1
женщины			
Хотелось бы еще пожить и для себя, не работая	3,4±0,1	3,6±0,1	3,5±0,1
Не хочу терять свои пенсионные накопления и полностью их использовать	2,6±0,1	2,7±0,1	2,6±0,1
Пожилые люди пользуются уважением в обществе	2,3±0,1	2,8±0,1	2,6±0,1
Хочу подольше поработать и в пенсионном возрасте	2,5±0,1	2,5±0,1	2,5±0,1
Хочу помогать моим взрослым детям	3,6±0,1	4,0±0,1	3,8±0,1
Не хочу оставить супруга одного без моей помощи и поддержки	3,9±0,1	4,0±0,1	4,0±0,1
Хочу долго жить, чтобы увидеть внуков	4,5±0,1	4,6±0,1	4,6±0,1

В целом можно отметить, что, поскольку опрашиваются молодые люди, у большинства которых нет детей, а тем более внуков, в приведенных результатах отчетливо отражается опыт семей, в которых выросли наши респонденты, характеризующийся взаимной поддержкой, заботой и даже опекой детей и тем

более внуков. Тот факт, что респонденты транслируют семейные ценности, а не индивидуальные взгляды, во многом объясняет отсутствие гендерных различий в оценках.

В целом общественные мотивы долголетия оказываются менее значимы, чем лично-семейные, их оценки составляют 2,5-2,6 балла в зависимости от мотива. Желание дожить до преклонного возраста, поскольку пожилые пользуются уважением в обществе, оценивается респондентами в 2,6 балла; желание прожить дольше, чтобы полностью использовать свои пенсии накопления, также оценено в 2,6 балла; и, наконец, потребность жить долго, чтобы подольше поработать и в пенсионном возрасте оценено в 2,6 баллов мужчинами и 2,5 балла женщинами. Стимул использования пенсионных накоплений пока не является актуальным, поскольку накопительная часть пенсионной системы не проявила своих преимуществ. Во-первых, в поколениях выходящих на пенсию накопительная часть слишком мала, чтобы повлиять на размер пенсии, а, во-вторых, проблемы сохранения накоплений в условиях достаточно высокой инфляции не делают пенсионное накопление актуальной задачей в молодых возрастах. Характерно низкой является также оценка, связанная с престижем старости. В этой оценке проявляется реальное положение пожилых людей в обществе и отношение молодежи к перспективе дожить до пожилого возраста. Что касается потребности поработать и в пенсионном возрасте, то возникает противоречие с мотивом помогать взрослым детям. По-видимому, речь идет не столько о материальной помощи, а потому не определяется необходимостью продолжения работы в пенсионном возрасте.

Рассмотрим далее дифференциацию мотивов долголетия в зависимости от места обучения. В отношении лично-семейных мотивов можно отметить заметные отличия в мнении студентов ВУЗов и учащихся колледжей, причем противоположных у мужчин и женщин. Так, у студентов-мужчин заметно выше, чем у учащихся колледжей мотивация продолжительной жизни, связанная с желанием увидеть внуков (4,5 и 4,3 балла) и помогать своим взрослым детям (4,0 и 3,6 балла). При этом у женщин те же мотивы в большей степени выраже-

ны у учащихся колледжей (4,6 и 4,5 балла, 4,0 и 3,6 балла). У женщин учащихся также более выражен мотив, связанный с нежеланием оставить супруга одного, без своей помощи (4,0 и 3,9 балла). Таким образом, отмеченный выше консерватизм семейных ценностей молодых людей характерен, прежде всего, для мужчин. Женщины оказываются более восприимчивы к индивидуальному выбору.

Мотивация продолжительности жизни, связанная с характером досуга в пенсионном возрасте, также специфична для учащихся средних специальных учебных заведений и студентов. Для учащихся колледжей большей значимостью обладает мотив, связанный с возможностью пожить для себя по достижении пенсионного возраста, не работая (3,6 и 3,4 балла и для мужчин и для женщин), тогда как для студентов ВУЗов, прежде всего, мужчин большей ценностью обладает мотив, связанный с возможностью подольше поработать и в пенсионном возрасте. Скорее всего, такая разница в оценках определяется самим характером работы, которым заняты лица с высшим и средним образованием. Возможность заниматься своим делом и после наступления пенсионного возраста воспринимается студентами ВУЗов не как обуза, но как способ сохранения социального статуса, доходов, интересов в жизни. Тем более, что имидж старости как таковой, оценивается студентами ВУЗов существенно ниже в качестве стимулов продолжительной жизни, чем учащимися колледжей.

Что же мешает прожить респондентам так долго, как они того хотят?

Все вероятные проблемы можно разделить на три группы: вопросы, связанные с состоянием здоровья, условиями жизни самого респондента; темы, определяющиеся политикой государства в отношении условий для ведения здорового образа жизни, и, наконец, вопросы, касающиеся положения в обществе пожилых людей. Рассмотрим последовательно эти аспекты. В анализе будем обращать внимание на крайние позиции – респондентов, которым рассматриваемая проблема очень мешает, т.е. оценивается как серьезное препятствие, и тех, кому данная проблема не мешает прожить желаемое число лет.

Неудовлетворительное состояние здоровья, несомненно, является серьезным препятствием для длительной жизни. Судя по результатам опроса, примерно для десятой части молодых людей, проблема здоровья существенно ограничивает вероятность прожить желаемое число лет (8,8-11,8% мужчин и женщин, 12,0-9,2% студентов ВУЗов и учащихся колледжей). При этом около половины респондентов заметили, что состояние здоровья не мешает им достичь желаемой длительности жизни (59,2-40,5%, 46,9-51,8% соответственно). Десятая часть респондентов молодого возраста, имеющих проблемы со здоровьем, ограничивающие надежды на длительную жизнь, - это серьезная проблема для системы здравоохранения. Но среди других проблем, мешающих, по мнению респондентов, прожить желаемое число лет, этот вопрос выступает как наименее значимый.

Материальные и жилищные трудности примерно для шестой части опрошенных выступают серьезным ограничителем в достижении желаемой длительности жизни (17,8-13,0% мужчин и женщин, 14,2-16,1 студентов ВУЗов и учащихся колледжей), и примерно для половины респондентов (50,3-53,3%, 54,9-49,8% соответственно) они препятствием не являются. Полученные результаты нельзя расценивать таким образом, что шестая часть опрошенных живет в неблагоприятных, а половина в благополучных условиях, мы имеем дело с самооценкой условий жизни, которая может не полностью соответствовать действительности, но именно она влияет на величины желаемой и планируемой длительности жизни.

Близкие пропорции складываются в отношении факторов, характеризующих режим жизни. Так, примерно пятая часть респондентов сослалась на большую занятость, отсутствие времени для заботы о здоровье (18,3% мужчин и 23,2% женщин, 22,8-19,4% студентов ВУЗов и учащихся колледжей), при этом около 40% респондентов (45,2-35,7%, 37,1-42,6% соответственно) отметили, что этот фактор не мешает им прожить желаемое число лет.

Особое место занимают факторы, связанные с семейным образом жизни и воспитанием детей. Лишь незначительное число респондентов (7,0% мужчин и

4,4% женщин, 6,2-5,3% студентов ВУЗов и учащихся колледжей) отметили, что эта проблема мешает им дожить до желаемого числа лет, при этом почти для трех четвертей опрошенных заботы по воспитанию детей не мешают достижению желаемой длительности жизни. Это соотношение вполне соответствует известным закономерностям, в соответствии с которыми лица, ведущие семейный образ жизни в целом живут дольше, чем одинокие (холостяки, разведенные и вдовы). Кроме того, надо учитывать, что значительная часть опрошенных в силу возраста еще не имеет собственной семьи и детей, а большая часть респондентов живет в родительской семье.

В заключение анализа личностных факторов рассмотрим особенности поведения. Немногим более десятой части респондентов (15,7-9,3% мужчин и женщин, 11,9-12,9% студентов ВУЗов и учащихся колледжей) заметили, что желание жить в свое удовольствие, ни в чем себе не отказывая, является серьезным ограничением для достижения желаемой длительности жизни. Иными словами респонденты признают, что их поведение вряд ли можно определить как здоровое, и тем более как самосохранительное. Характерно, что более половины респондентов (48,9-60,7%, 57,3-53,1% соответственно) не рассматривают особенности своего поведения как препятствие для того, чтобы жить долго. Если судить, по распространенности поведенческих факторов риска, подобное соотношение может свидетельствовать лишь об одном – значительная часть респондентов ведет нездоровый образ жизни, но не рассматривает его как препятствие для продолжительной жизни.

Если оценивать факторы, относящиеся к самому респонденту, то среди всех препятствий для достижения желаемой длительности жизни, опрошенные считают наиболее значимыми те, которые непосредственно не зависят от самого человека: жилищные и материальные трудности, режим труда, большая занятость (около пятой части респондентов воспринимают их как серьезное препятствие, и лишь 40% респондентам эти обстоятельства не мешают в достижении цели). При этом собственное поведение, а именно желание жить в свое удовольствие, ни в чем себе не отказывая, значительно реже рассматривается

как препятствие для того, чтобы прожить долго, а более половины респондентов не видят своей ответственности за сохранение здоровья и достижение длительной жизни.

Среди факторов, во многом определяющихся политикой государства, первенство респонденты отдали качеству медицинской помощи. По мнению четверти опрошенных (21,3-29,9% мужчин и женщин, 27,3-24,5% студентов ВУЗов и учащихся колледжей) этот фактор является серьезным препятствием для того, чтобы прожить желаемое число лет. Существенно, что среди опрошенных вдвое реже встречаются проблемы со здоровьем, которые препятствуют достижению желаемой длительности жизни. Таким образом, примерно половина тех, кто неудовлетворительно оценивает качество помощи, сами с этой проблемой серьезно не сталкивались. Лишь треть опрошенных не считает проблемы медицинской помощи существенными для достижения длительной жизни.

Среди факторов, определяющихся политикой государства, особое место занимает уверенность в будущем. Анализ распределения ответов респондентов свидетельствует, что лишь для седьмой части (12,1-15,6% мужчин и женщин, 14,6-13,3% студентов ВУЗов и учащихся колледжей) неуверенность в завтрашнем дне является препятствием для того, чтобы прожить желаемое число лет, тогда почти половине (52,3-47,3%, 53,1-47,5% соответственно) эта проблема не мешает достичь желаемой длительности жизни.

И, наконец, наименее значимой проблемой в этой группе является неразвитость инфраструктуры для занятий физкультурой, оздоровлением. Немногим более десятой части всех опрошенных отмечают, что эта проблема мешает им прожить желаемое число лет (12,8-12,0% мужчин и женщин, 14,1-11,2% студентов ВУЗов и учащихся колледжей) при этом более половины (58,6-54,6%, 57,0-56,3% соответственно) отметили, что этот фактор препятствием не является.

Далее рассмотрим вопросы, касающиеся положения стариков в обществе. Действительно, называя желаемую длительность жизни в среднем более 80 лет,



респонденты не могут не задумываться о том, что ждет их по достижении такого солидного возраста.

Среди проблем, связанных с образом старости и положением стариков в обществе, наибольшее значение, по мнению респондентов, имеет недостаточная социальная поддержка и опасение бедности в старости, наименьшую роль играет опасение одиночества. Оценивая эти аспекты молодые люди, участвовавшие в опросе, скорее всего, проецируют в будущее ситуацию со своими родителями. С учетом этого, достаточно выразительными представляются результаты, в соответствии с которыми для пятой части молодых людей (19,1-25,4% мужчин и женщин, 25,9-19,9% студентов ВУЗов и учащихся колледжей) недостаточная социальная поддержка в старости является серьезным препятствием для достижения длительной жизни, и для стольких же (19,8-29,7%, 25,2-24,5% соответственно) таким препятствием является опасение бедности. При этом, опрос показал, что меньшая часть респондентов опасается одиночества в старости, причем мужчин несколько меньше чем женщин (15,4% и 25,2%). Гендерная специфика была бы ожидаема, если бы речь шла о фактическом положении дел или хотя бы о планируемой длительности жизни, поскольку продолжительность жизни женщин выше, но при оценке желаемой продолжительности жизни эта специфика означает, что респонденты невольно учитывают сегодняшний опыт.

Подводя итоги проведенного анализа можно отметить, что нет ни одной проблемы личностного характера, или из области государственной политики, или касающейся положения и имиджа стариков в обществе, которая служила бы серьезной помехой для того чтобы прожить желаемое число лет подавляющему большинству респондентов. Это касается и мужчин и женщин, и студентов ВУЗов и учащихся колледжей. Все рассмотренные проблемы имеют значение, но лишь для ограниченного круга опрошенных, наиболее часто от десятой до пятой части респондентов. Иными словами, нет нескольких ключевых универсальных проблем, решив которые, можно было бы добиться существенного

роста продолжительности жизни. Действовать необходимо по широкому кругу направлений, что позволит получить заметный синергетический эффект.

Таблица 5.3-Оценка респондентами проблем, которые им мешают прожить желаемое число лет, %

	мужчины		женщины		ВУЗ		Колледж	
	Очень меша-ет	Не меша-ет	Очень меша-ет	Не меша-ет	Очень меша-ет	Не меша-ет	Очень меша-ет	Не меша-ет
Неудовлетворительное состояние здоровья	8,8	59,2	11,8	40,5	12,0	46,9	9,2	51,8
Материальные и жилищные трудности	17,8	50,3	13,0	53,3	14,2	54,9	16,1	49,8
Желание жить в свое удовольствие, ни в чем себе не отказывая	15,7	48,9	9,3	60,7	11,9	57,3	12,9	53,1
Неуверенность в завтрашнем дне	12,1	52,3	15,6	47,3	14,6	53,1	13,3	47,6
Заботы по воспитанию детей	7,0	78,8	4,4	79,6	6,2	77,5	5,3	80,3
Опасение одиночества в старости	15,4	55,6	25,2	36,3	21,5	45,0	19,5	46,5
Опасение бедности в старости	19,8	46,4	29,7	29,7	25,2	36,9	24,5	38,7
Неудовлетворительная медицинская помощь	21,3	35,6	29,9	27,7	27,3	29,4	24,5	33,2
Недостаточная социальная поддержка в старости	19,1	37,9	25,4	30,4	25,9	30,3	19,9	36,6
Неразвита инфраструктура для занятий физкультурой, оздоровлением	12,8	58,6	12,0	54,6	14,1	57,0	11,2	56,3
Большая занятость, отсутствие времени для заботы о здоровье	18,3	45,2	23,2	35,7	22,8	37,1	19,4	42,6

### 5.3 Самосохранительное поведение молодежи Красноярского края

Опрос учащейся молодежи относительно алкогольного поведения обнаружил следующие результаты. Среднедушевое потребление алкоголя в пересчете на абсолютный алкоголь составило 3,8 л для мужчин и 2,8 л для женщин. В сравнении с общероссийским опросом молодых людей эти цифры оказались существенно ниже, с одной стороны, а показатели для мужчин и женщин заметно ближе, - с другой. Напомним, что согласно общероссийскому опросу

среднедушевое потребление алкоголя молодыми людьми составило 8,3 л для мужчин и 2,5 л для женщин. Такое существенное различие алкогольного потребления по данным двух опросов, прежде всего, для мужчин, может быть связано с несколькими обстоятельствами. Во-первых, в опросе красноярской молодежи участвовали только студенты ВУЗов и учащиеся колледжей, тогда как во всероссийском опросе - вся молодежь, во-вторых, в силу характера выборки в опросе красноярской молодежи приняли участие более молодые люди, тогда как в общероссийском обследовании верхняя возрастная граница составляла 35 лет. И, наконец, в-третьих, судя по анализу совокупности молодых людей Красноярского края, принявших участие во всероссийском опросе, алкогольное потребление молодежью края было несколько ниже, чем в среднем по России [213]. Таким образом, полученные нами данные не противоречат ранее проведенным исследованиям.

С учетом уровней среднедушевого потребления, все респонденты были разделены на 5 градаций по масштабам алкогольного потребления. Не употребляют алкоголь 43,9% мужчин и 53,3% женщин. До 2 л среднедушевого потребления в год у мужчин и до 1,5 л для женщин выделена категория мало пьющих, в которую вошли 24,7% мужчин и 12,0% женщин. В категорию средне пьющих вошли респонденты с годовым потреблением от 2 до 6 л для мужчин и от 1,5 до 4,5 л в пересчете на абсолютный алкоголь для женщин. В эту категорию вошли 14,6% мужчин и 20,3% женщин. Группу много пьющих образовали респонденты с годовым потреблением от 6 до 12 л для мужчин (8,1%) и от 4,5 до 9 л для женщин (7,5%). Соответственно молодые люди, выпивающие более 12 л год в пересчете на абсолютный алкоголь и женщины со среднедушевым потреблением более 9 л были отнесены к категории тяжелых алкогольных последствий. Сюда же были отнесены потребители спиртосодержащих жидкостей (парфюмерных, лекарственных, бытовых, технических и др.) независимо от масштабов потребления. В группу тяжелых алкогольных последствий вошли 8,7% мужчин и 6,9% женщин.

Между группами респондентов в зависимости от места учебы различия в алкогольном поведении не носят принципиального характера. Так, к категории не пьющих относятся 44,3% студентов и 43,7% учащихся юношей, 55,3% студенток и 51,9% учащихся в колледжах девушек. К группе тяжелых алкогольных последствий относятся 8,6-6,3% студентов и 8,7-7,4% учащихся, соответственно мужчин и женщин. Полученные данные соответствуют установленным ранее закономерностям о том, что в России стираются различия по масштабам потребления алкоголя в зависимости от уровня образования, прежде всего в молодежной среде. Результаты опроса свидетельствуют, что между будущими носителями высшего и среднего специального образования различий практически нет, по крайней мере, в процессе учебы. Более того, происходит сближение уровней потребления юношей и девушек, прежде всего, за счет выравнивания категорий много пьющих и с тяжелыми алкогольными последствиями.

Таблица 5.4-Распределение по масштабам среднедушевого потребления алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь в зависимости от места учебы, %

Категории потребителей	Место учебы		Общий итог
	ВУЗ	колледж	
мужчины			
категория тяжелых алкогольных последствий (12 л и более)	8,6	8,7	8,7
мало пьющие (до 2 л)	22,9	25,8	24,7
много пьющие (от 6 до 12 л)	7,9	8,3	8,1
не пьют	44,3	43,7	43,9
средне пьющие (от 2 до 6 л)	16,4	13,5	14,6
Общий итог	100,0	100,0	100,0
женщины			
категория тяжелых алкогольных последствий (9 л и более)	6,3	7,4	6,9
мало пьющие (до 1,5 л)	12,6	11,6	12,0
много пьющие (от 4,5 до 9 л)	7,5	7,4	7,5
не пьют	55,3	51,9	53,3
средне пьющие (от 1,5 до 4,5 л)	18,2	21,8	20,3
Общий итог	100,0	100,0	100,0

Достоверные различия по потреблению алкоголя между студентами ВУЗов и учащимися колледжей отсутствуют

Следующий аспект исследования касался курения. Как показал опрос, 2/3 молодых мужчин и 3/4 их сверстниц не курят, к группе риска по последствиям курения относятся лишь около 1% респондентов, т.е. тех, кто выкуривает еже-

дневно больше пачки. Проблемной группой являются также те респонденты, которые ежедневно выкуривают от 10 до 20 сигарет: по данным опроса к этой категории причислили себя 7,7% мужчин и вдвое меньшее число женщин – 3,5%.

В сравнении с результатами общероссийского опроса молодежь высших и средних учебных заведений Красноярска курит заметно меньше. Так, во все-российской выборке не курили менее 40% мужчин и 70% женщин, а к группе риска относились около 10% мужчин и менее полпроцента женщин. Даже среди молодых людей до 25 лет, т.е. в сравнимой по возрастному составу группе респондентов всероссийского опроса не курящие составляли 42,5% среди мужчин и 72,2% среди женщин, а в группу риска входили 4,8-0,4% соответственно. Таким образом, как и в отношении алкогольного потребления ситуация среди учащейся молодежи Красноярска выглядит более благополучной, чем в среднем по России даже в сопоставимой по возрасту группе. Однако это благополучие проявляется, прежде всего, для молодых мужчин, тогда как ситуация для женщин является или близкой (доля не курящих), или даже несколько хуже, чем в среднем по стране (группа риска по последствиям курения).

Таблица 5.5-Распределение по частоте ежедневного курения в зависимости от места учебы, %

	Место учебы		Общий итог
	ВУЗ	колледж	
	мужчины		
не курю	70,0	63,1	65,8
до 6 сигарет	10,7	14,2	12,9
6-9 сигарет	10,0	14,2	12,6
10-20 сигарет	8,6	7,1	7,7
больше пачки	0,7	1,3	1,1
Общий итог	100,0	100,0	100,0
	женщины		
не курю	79,5	75,1	77,0
до 6 сигарет	7,7	10,3	9,2
6-9 сигарет	7,7	10,8	9,5
10-20 сигарет	3,8	3,3	3,5
больше пачки	1,3	0,5	0,8
Общий итог	100,0	100,0	100,0

Достоверные различия по частоте курения между студентами ВУЗов и учащимися колледжей отсутствуют

В зависимости от места учебы можно отметить незначительные в границах достоверности различия. Среди студентов, и мужчин, и женщин доля не курящих несколько выше (70,0-79,5%), чем среди учащихся колледжей (70,0-63,1%). Вместе с тем, доля много курящих, т.е. 10-20 сигарет ежедневно, и тем более группы риска по последствиям курения, т.е. выкуривающих более пачки ежедневно, практически не отличается в группах студентов и учащихся колледжей. Более того, у студенток ситуация выглядит даже менее благоприятной, чем среди их сверстниц учащихся в средних учебных заведениях. И хотя различия невелики и статистически не достоверны, систематическое превышение доли много курящих (3,8% и 3,3% соответственно) и группы риска (1,3% и 0,5% соответственно) является настораживающим фактором.

Приверженность респондентов здоровому образу жизни характеризуется следующими зависимостями. Даже такие простейшие процедуры, как принятие контрастного душа, не делают никогда более четверти молодых мужчин и женщин (26,9-27,0% соответственно), и такая же часть опрошенных выполняют это регулярно (26,4-31,2%). Посещение русской бани, сауны, - процедура также не требующая никаких усилий, - но регулярно к ней прибегают немногим более четверти мужчин и пятой части женщин (25,6-20,6%), при этом десятая часть мужчин и почти четверть женщин никогда не посещают бани с оздоровительными целями. Более трети молодых мужчин и женщин никогда не делают утреннюю зарядку и не занимаются оздоровительным бегом (36,3-38,2% соответственно), и лишь 8,1-5,3% соответственно делают это регулярно. Посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра является несколько более популярным занятием, чем утренняя зарядка, но лишь 43,2% мужчин и 27,6% женщин делают это регулярно, а почти седьмая часть молодых мужчин и четверть женщин (16,2-25,7%) никогда не занимались этими оздоровительными процедурами. Приверженцы регулярных занятий спортом на стадионе или спортивной площадке составляют 32,8% среди молодых мужчин и 19,8% среди их ровесниц, тогда как 18,4-35,4% респондентов соответственно никогда не занимались оздоровительным спортом. Таким образом, регулярные

занятия физкультурой, спортом, закаливанием среди молодых людей распространены явно недостаточно. Наиболее популярным видом оздоровления у мужчин является посещение секций, бассейна, фитнес-центра, но к этим формам регулярно прибегают немногим более 40% респондентов, а среди женщин – лишь четверть. Утренняя зарядка и оздоровительный бег относятся к наименее популярным видам здорового образа жизни, и число их регулярных приверженцев составляет 8-5% соответственно.

Таблица 5.6-Распределение по приверженности занятиям физкультурой, спортом, закаливанием в зависимости от места учебы, %

	Мужчины			Женщины		
	ВУЗ	колледж	Общий итог	ВУЗ	колледж	Общий итог
Утренняя зарядка, оздоровительный бег						
никогда	34,1	37,7	36,3	42,6	35,1	38,2
иногда	55,6	55,7	55,6	51,4	60,2	56,5
регулярно	10,4	6,6	8,1	6,1	4,7	5,3
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Занятия спортом на стадионе, на спортивной площадке						
никогда	13,9	21,2	18,4	34,2	36,2	35,4
иногда	48,9	48,8	48,9	53,9	38,2	44,8
регулярно	37,2	30,0	32,8	11,8*	25,6*	19,8
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра						
никогда	23,2	11,8	16,2	32,9	20,5	25,7
иногда	37,7	42,5	40,7	46,7	46,7	46,7
регулярно	39,1	45,7	43,2	20,4*	32,9*	27,6
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Принятие контрастного душа						
никогда	30,7	24,5	26,9	30,1	24,8	27,0
иногда	46,7	46,7	46,7	46,6	38,6	41,9
регулярно	22,6	28,8	26,4	23,3*	36,7*	31,2
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Посещение сауны, русской бани						
никогда	16,7	10,3	12,8	21,3	23,8	22,8
иногда	54,3	66,4	61,6	56,0	57,1	56,7
регулярно	29,0	23,4	25,6	22,7	19,0	20,6
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между студентами ВУЗов и учащимися колледжей ( $p \leq 0.05$ )

Приверженность определенным видам оздоровления несколько различается у студентов и учащихся колледжей. Контрастный душ как регулярная форма закаливания более популярна среди учащихся, причем у мужчин разли-

чия незначительны (28,8% и 22,6% соответственно), тогда как у женщин различия велики и статистически достоверны (36,7% и 23,3% соответственно). Регулярное посещение русской бани или сауны в качестве оздоровительной процедуры несколько более популярно среди студентов и мужчин и женщин, но различия сравнительно невелики и статистически не существенны (29,0-23,4% у мужчин и 22,7-10,0% среди женщин). Утренняя зарядка и оздоровительный бег в одинаковой мере не популярно и среди студентов, и среди учащихся колледжей: регулярно занимаются 10,4-6,1% студентов соответственно мужчин и женщин и 6,6-4,7% учащихся колледжей. Виды физической культуры и оздоровления, подразумевающие возможность коллективных походов и общения (посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра) являются наиболее популярными у молодых людей, при этом учащиеся колледжей более привержены к регулярным занятиям: 45,7-39,1% среди мужчин и 32,9-20,4% среди женщин. Регулярные занятия спортом на стадионе или спортивной площадке более популярны у студентов, чем учащихся колледжей (37,2-30,0% соответственно), но у женщин пропорция обратная (11,8-25,6%).

Возможно, что более высокая приверженность учащихся колледжей к регулярным занятиям физической культурой и спортом связана с тем, что в нашем исследовании представлены учащиеся техникума физической культуры, для которых такой тип поведения является профессиональной необходимостью. В связи с этим проведем сравнительный анализ студенческой молодежи и учащихся колледжей, исключив техникум физкультуры.

Проведенный анализ показал, что существенное влияние учащиеся техникума физкультуры оказывают только на частоту регулярных занятий спортом: так, среди студентов 37,2% регулярно занимаются спортом на стадионе или спортивной площадке, тогда как среди учащихся колледжей – 20,0% , а среди учащихся техникума физкультуры – 48,1%. У женщин различия еще больше: регулярно занимаются спортом около десятой части студенток или учащихся колледжей, тогда как в техникуме физкультуры к этой группе принадлежит 2/3 опрошенных. Что касается собственно оздоровления, то привер-



женность к регулярному посещению оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра среди учащихся техникума физкультуры такая же, как и среди учащихся других колледжей, и в целом выше, чем у студентов, особенно для женщин.

Таблица 5.7-Распределение по приверженности занятиям физкультурой и спортом в зависимости от места учебы, %

	Мужчины			Женщины		
	ВУЗ	колледж	ТФК	ВУЗ	колледж	ТФК
	Занятия спортом на стадионе, на спортивной площадке					
никогда	13,9	31,4	2,6	34,2	51,0	3,1
иногда	48,9	48,6	49,4	53,9	39,2	35,9
регулярно	37,2*	20,0*	48,1	11,8*	9,8	60,9*
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	Посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра					
никогда	23,2	8,2	18,7	32,9	20,8	19,7
иногда	37,7	45,2	37,3	46,7	47,2	45,5
регулярно	39,1	46,6	44,0	20,4	31,9	34,8
итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между студентами ВУЗов и учащимися колледжей ( $p \leq 0.05$ )

В заключение рассмотрим особенности самосохранительного поведения в области питания. В целом, подавляющее большинство молодых людей – 4/5 мужчин и 2/3 женщин - имеет нормальный индекс массы тела (ИМТ), что в условиях низкой приверженности регулярным занятиям физкультурой и спортом является быстро истощаемым ресурсом. Незначительная часть мужчин (7,4%) и четверть молодых женщин (26,5%) имеет пониженный ИМТ. Помимо дефицита массы тела в среде молодых людей распространена такая проблема, как избыточный вес, и если низкий ИМТ более характерен для женщин, то повышенный ИМТ и даже ожирение – для мужчин (12,6% и 1,9% соответственно). В выборке опрошенных молодых женщин ожирение не встретилось ни разу.

В зависимости от места учебы респондентов можно отметить существенные различия в распределении по ИМТ у мужчин и отсутствие этих отличий у женщин. Главной проблемой молодых студентов является избыточная масса тела, которая констатируется по опросам респондентов почти у пятой части

студентов, тогда как у учащихся колледжей повышенный ИМТ встречается лишь у 8,0% мужчин. Соответственно нормальный ИМТ отмечен у 2/3 студентов ВУЗов и 3/4 учащихся колледжей. У женщин независимо от места учебы доля лиц с повышенным ИМТ (5,2-5,7%), пониженным ИМТ (25,3-27,4%) и ИМТ в границах нормы (69,5-67,0%) практически совпадает. Подобное гендерное несоответствие исключает в качестве возможного объяснения наличие среди учащихся колледжей респондентов из техникума физкультуры, которые должны по определению следить за своей физической формой. Если бы этот фактор имел существенное значение, то он сказался бы на распределении по ИМТ и у мужчин, и у женщин. Таким образом, проблема повышенного ИМТ характерна, прежде всего, для студентов, и исключительно мужчин.

Таблица 5.8-аспределение по ИМТ в зависимости от места учебы, %

	Мужчины			Женщины		
	ВУЗ	колледж	Общий итог	ВУЗ	колледж	Общий итог
пониженный	8,0	7,1	7,4	25,3	27,4	26,5
нормальный	71,0	82,3	78,0	69,5	67,0	68,0
повышенный	20,3*	8,0*	12,6	5,2	5,7	5,5
ожирение	0,7	2,7	1,9	-	-	-
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между студентами ВУЗов и учащимися колледжей ( $p \leq 0.05$ )

Связаны ли диспропорции ИМТ с характером питания? Как показал опрос молодежи, около трети мужчин и четверти женщин не задумываются о рационе питания, и еще примерно треть респондентов при выборе блюд предпочитают вкусовые качества иным критериям. Немногим менее пятой части респондентов руководствуются экономическими критериями и при составлении рациона питания позволяют себе лишь то, что доступно по доходам. Стремление похудеть лежит в основе выбора рациона питания у 2,2% мужчин и 17,4% женщин. И лишь 15,5% мужчин и 11,3% женщин руководствуются рекомендациями о здоровом питании. Таким образом, среди женщин – половина, а у мужчин немногим менее двух третей респондентов не имеют критериев выбора рациона питания, и еще у пятой части мужчин и трети женщин эти критерии не имеют отношения к здоровому питанию. Единственное отличие женского и

мужского подхода к питанию связано с существенно более распространенной среди женщин идеей похудения.

Подход к планированию рациона питания отчасти связан с имеющимся ИМТ. Пониженный ИМТ не вносит никаких существенных отличий в описанное выше распределение, а при повышенном ИМТ и особенно в стадии ожирения появляются значимые изменения в поведении. Мужчины с повышенным ИМТ в полтора раза чаще, чем в среднем по выборке, следуют рекомендациям о здоровом питании (23,9% против 15,5%), однако в стадии ожирения стратегия сводится все чаще к стремлению похудеть (14,3% против 2,2%). Женщины с повышенным ИМТ чаще озабочены этой проблемой (не думают о рационе питания 10,0% с повышенным ИМТ и 23,1% в целом по выборке), а стратегия поведения сводится к стремлению похудеть (40,0% против 17,4% в целом по выборке). Таким образом, диспропорции ИМТ не стимулируют потребность в знаниях о здоровом питании, но определяют стратегию решения проблемы любым путем и преимущественно быстро, на что и направлены массовые диеты, рекламирующие быстрые способы похудения.

Таблица 5.9-Распределение респондентов с различным ИМТ по особенностям поведения в области питания, %

	Чем вы руководствуетесь при составлении рациона питания					
	рекомендациями о здоровом питании	ем все, что вкусно	старуюсь похудеть	ем то, что доступно по доходам	не думаю об этом	Общий итог
	мужчины					
пониженный	14,8	25,9	3,7	18,5	37,0	100,0
нормальный	14,2	31,9	1,8	20,6	31,6	100,0
повышенный	23,9	28,3	2,2	15,2	30,4	100,0
ожирение	14,3	14,3	14,3	28,6	28,6	100,0
итого	15,5	30,7	2,2	19,9	31,8	100,0
	женщины					
пониженный	13,7	38,9	8,4	14,7	24,2	100,0
нормальный	10,5	29,4	19,0	17,3	23,8	100,0
повышенный	10,0	10,0	40,0	30,0	10,0	100,0
итого	11,3	30,9	17,4	17,4	23,1	100,0

Важным элементом самосохранительного поведения является медицинская грамотность и медицинская активность. Как показал опрос респондентов,

лишь немногим более половины респондентов знают свое артериальное давление, около 60% - свою группу крови, а индекс массы тела – около 40% мужчин и трети женщин. Более высокий уровень информированности о группе крови, вероятно, связан с практикой донорства в студенческой и ученической среде.

Уровень знаний мужчин и женщин практически не различается. Исключение составляет лишь ИМТ, о котором мужчины информированы лучше. Этот факт довольно сложно объяснить, особенно если учесть повышенное внимание молодых женщин к весо-ростовым диспропорциям. Существенно, что более высокий уровень информированности мужчин об ИМТ определяется, прежде всего, учащимися колледжей (38,1% и 50,9% у студентов и учащихся), тогда как в студенческой среде знания об этом параметре примерно одинаковы у мужчин и женщин (38,1% и 37,7%). Более того, у сверстниц, учащихся в ВУЗах и колледжах, уровень знаний об ИМТ также не различается (37,7% и 34,0% соответственно). Исключая ИМТ, в целом уровень знаний студентов выше, чем учащихся колледжей и об артериальном давлении (66,4% и 50,2% у мужчин, 64,2% и 43,9% у женщин), и о группе крове (75,5% и 63,8% у мужчин, 68,4% и 57,7% у женщин).

Таблица 5.10-Доля респондентов в зависимости от места учебы, знающих свое артериальное давление, группу крови и ИМТ, %

	мужчины			женщины		
	ВУЗ	колледж	итого	ВУЗ	колледж	итого
Свое артериальное давление	66,4*	50,2*	56,5	64,2*	43,9*	52,5
Свою группу крови	75,5*	63,8*	68,3	68,4*	57,7*	62,3
Свой индекс массы тела	38,1	50,9	46,0	37,7	34,0	35,5

\*отмечены статистически достоверные различия между студентами ВУЗов и учащимися колледжей ( $p \leq 0.05$ )

Можно предположить, что более высокий уровень информированности студентов связан с тем, что в выборке участвуют студенты Красноярского государственного медицинского университета, которые и должны быть лучше информированы о параметрах здоровья. Однако среди учащихся средних специальных учебных заведений присутствуют учащиеся фармацевтического колледжа, чей уровень информированности также должен быть выше среднего уровня. Таким образом, можно констатировать, что студенты в целом лучше ин-

формированы о важнейших параметрах собственного здоровья, чем учащиеся колледжей.

Рассмотрим, к каким стратегиям прибегает молодежь при возникновении проблем со здоровьем? Как показал опрос, только треть молодых мужчин и немногим более 40% женщин обращаются в государственное медицинское учреждение по месту жительства, еще около 12% мужчин и 16% женщин используют другие способы получения медицинской помощи, преимущественно в частных медицинских учреждениях или у частнопрактикующих врачей. Вместе с тем, около половины молодых мужчин и 40% их сверстниц фактически игнорируют возникшие проблемы со здоровьем, или, прибегая к рецептам народной медицины, или, ожидая, что «само пройдет».

Таблица 5.11-Распределение по стратегиям поведения в случае болезни, в зависимости от места учебы, %

	мужчины			женщины		
	ВУЗ	колледж	итого	ВУЗ	колледж	итого
ничего не делаю, само пройдет	28,8	29,8	29,4	19,6	16,5	17,8
пользуюсь народными рецептами	19,4	24,7	22,6	19,0	25,5	22,7
обращаюсь в государственное медицинское учреждение по месту жительства	36,7	34,0	35,0	39,9	44,3	42,4
обращаюсь в частное медицинское учреждение или частнопрактикующему врачу по месту жительства	15,1	9,3	11,6	19,6	12,3	15,4
обращаюсь за медицинской помощью в другом населенном пункте	-	0,9	0,6	0,6	0,9	0,8
обращаюсь за медицинской помощью за границей	-	1,4	0,8	1,3	0,5	0,8
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Достоверные различия по стратегиям поведения в случае болезни между студентами ВУЗов и учащимися колледжей отсутствуют

Принципиальных различий в медицинской активности студентов и учащихся колледжей не отмечается. Единственное, что обращает на себя внимание, – более частое использование студентами услуг частной медицины, а учащимися колледжей – рецептов народной медицины. Если среди студентов при возникновении проблем со здоровьем обращаются в частное медицинское

учреждение или частнопрактикующему врачу 15,1-19,6% соответственно мужчин и женщин, то среди учащихся колледжей – 9,3-12,3%. Соответственно пользовались народными рецептами 19,4-19,0 студентов и 24,7-25,5% учащихся колледжей. Возможно, что эти различия обусловлены материальным положением студентов и учащихся средних специальных учебных заведений, а точнее не собственным материальным положением, а ситуацией в родительских семьях, поскольку, как показал опрос, собственные семьи имели минимальное число респондентов.

#### **5.4 Самооценка образа жизни различными группами молодежи и готовность его изменить**

Как с учетом реального поведения в области здоровья респонденты оценивают свой образ жизни. Судя по опросу, треть молодых людей считают свой образ жизни здоровым, более половины скромнее оценивают реальное самосохранительное поведение, указав, что «образ жизни не совсем здоровый», и около десятой части респондентов считают, что «до здорового образа жизни им далеко». Мужчины несколько более оптимистичны в оценке в сравнении с женщинами, несмотря на то, что реальное их поведение по всем рассмотренным выше параметрам, кроме, пожалуй, физической культуры, существенно дальше от здорового. Так, 38,6% мужчин и лишь 30,8% женщин считают свой образ жизни здоровым. Что касается студентов и учащихся средних специальных учебных заведений, то их самооценки образа жизни отличаются не существенно, это можно отметить и для мужчин, и для женщин.

Таблица 5.12-Распределение респондентов по самооценке образа жизни в зависимости от места учебы, %

	Мужчины			Женщины		
	ВУЗ	колледж	итог	ВУЗ	колледж	итог
его можно назвать здоровым	35,7	40,5	38,6	30,8	30,8	30,8
он не совсем здоровый	55,0	51,8	53,1	56,6	60,7	58,9
до здорового образа жизни мне далеко	9,3	7,7	8,3	12,6	8,5	10,3
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Достоверные различия по самооценке образа жизни между студентами ВУЗов и учащимися колледжей отсутствуют

Рассмотрим далее, как соотносится самооценка с реальным поведением.

Таблица 5.13- Распределение по самооценке образа жизни в зависимости от масштабов среднедушевого потребления алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь, %

	Категории потребителей				
	категория тяжелых алкогольных последствий	много пьющие	средне пьющие	мало пьющие	не пьют
мужчины					
его можно назвать здоровым	29,0	13,8	24,5	30,7	54,1
он не совсем здоровый	64,5	72,4	64,2	63,6	37,7
до здорового образа жизни мне далеко	6,5*	13,8	11,3*	5,7	8,2
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
женщины					
его можно назвать здоровым	16,0	7,1	21,1	40,0	37,8
он не совсем здоровый	68,0	71,4	71,1	51,1	53,1
до здорового образа жизни мне далеко	16,0*	21,4	7,9*	8,9	9,2
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями потребителей алкоголя ( $p \leq 0.05$ )

Если рассматривать алкогольное поведение, то прослеживается четкая зависимость: потребляющие алкоголь молодые люди в среднем оценивают свой образ жизни как менее здоровый в сравнении с не пьющими, и чем выше уровень потребления, тем менее здоровым считают респонденты свой образ жизни. Так, среди не пьющих мужчин здоровым свой образ жизни считают 54,1%, а среди много пьющих – 13,8% опрошенных, у женщин 37,8% и 7,1% соответственно. Доля тех, кто уверен, что до здорового образа жизни им далеко, возрастает в этих же категориях от 8,2-9,2% среди не пьющих мужчин и женщин до 13,8-21,4% среди много пьющих соответственно. Вместе с тем, в категории пьющих с тяжелыми алкогольными последствиями утрачивается критическое отношение к своему образу жизни, и в сравнении с группой много пьющих возрастает доля уверенных в здоровом образе жизни с 13,8% до 29,0% среди мужчин и с 7,1% до 16,0% среди женщин.

Аналогичные зависимости прослеживаются и в отношении курения. Чаще свой образ жизни считают здоровым не курящие молодые люди, а по мере

увеличения числа выкуриваемых ежедневно сигарет, респонденты все менее склонны считать свой образ жизни здоровым. Вместе с тем, как и в отношении алкоголя, респонденты из группы риска, т.е. выкуривающие больше пачки ежедневно, утрачивают критическую оценку своего поведения, и чаще, чем много курящие (10-20 сигарет ежедневно) склонны расценивать свой образ жизни как здоровый.

Таблица 5.14-Распределение по самооценке образа жизни в зависимости от приверженности курению, %

	не курю	Число сигарет в день ежедневно			
		до 6	6-9	10-20	больше пачки
мужчины					
его можно назвать здоровым	50,6	14,9	15,9	11,5	25,0
он не совсем здоровый	43,4	74,5	77,3	65,4	25,0
до здорового образа жизни мне далеко	6,0*	10,6	6,8	23,1	50,0*
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
женщины					
его можно назвать здоровым	37,5	2,9	14,3	23,1	-
он не совсем здоровый	54,6	88,2	62,9	69,2	-
до здорового образа жизни мне далеко	7,9*	8,8	22,9	7,7	100,0*
итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями курящих ( $p \leq 0.05$ )

Отмеченные зависимости проявляются и среди мужчин, и среди женщин, но у мужчин они выглядят более отчетливо в силу более высокой распространенности курения. Так, среди не курящих мужчин более половины считают свой образ жизни здоровым, а среди респондентов, выкуривающих ежедневно от 10 до 20 сигарет, такой точки зрения придерживается лишь десятая часть опрошенных (11,5%). Вместе с тем, в группе риска (больше пачки ежедневно) мнение о здоровом образе жизни разделяет четверть респондентов. При этом, лишь 6% не курящих считают, что до здорового образа жизни им далеко, тогда как среди много курящих – почти вчетверо больше – 23,1%.

Совершенно иные зависимости демонстрирует самооценка образа жизни в зависимости от ИМТ. С одной стороны, и у мужчин и у женщин уверенность



в том, что они ведут здоровый образ жизни, возрастает по мере увеличения ИМТ: у мужчин с 26,9% среди респондентов с пониженным ИМТ до 41,3% - с повышенным индексом и до 50% - в стадии ожирения; у женщин с 29,2% до 35,0% соответственно. С другой стороны, на фоне этой тенденции можно отметить некоторый рост критических настроений в оценке образа жизни в зависимости от ИМТ: у мужчин он проявляется только на стадии ожирения, у женщин – на стадии повышенного ИМТ. Так, среди мужчин с пониженным, нормальным и повышенным ИМТ лишь 7-8% считают, что до здорового образа жизни им далеко, тогда как среди мужчин с ожирением придерживаются этого мнения уже треть респондентов. У женщин около 10% респонденток с пониженным и нормальным ИМТ считают, что им далеко до здорового образа жизни, при этом уже повышенный ИМТ повышает распространенность этого мнения до 20%.

Таблица 5.15-Распределение по самооценке образа жизни в зависимости от ИМТ, %

	Индекс массы тела			
	пониженный	нормальный	повышенный	ожирение
	мужчины			
его можно назвать здоровым	26,9	38,8	41,3	50,0
он не совсем здоровый	65,4	53,6	50,0	16,7
до здорового образа жизни мне далеко	7,7	7,6*	8,7	33,3*
итого	100,0	100,0	100,0	100,0
	женщины			
его можно назвать здоровым	29,2	31,2	35,0	-
он не совсем здоровый	60,4	59,1	45,0	-
до здорового образа жизни мне далеко	10,4	9,7*	20,0*	-
итого	100,0	100,0	100,0	-

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями по ИМТ ( $p \leq 0.05$ )

Рост критических оценок образа жизни в связи с повышением ИМТ представляется закономерным и отражает адекватную оценку молодыми людьми угроз здоровью, связанных с избыточным весом. Однако рост оптимизма в оценке образа жизни на фоне повышения ИМТ требует более детального анализа. Возможно, что столь алогичная зависимость является следствием избирательного отношения респондентов к факторам риска. Так, потребление алкоголя и курение могут оцениваться как угрозы здоровью, а диспропорции ИМТ –

нет. Если при этом, на фоне повышения ИМТ сокращается потребление алкоголя и частота курения, то респонденты с повышенным ИМТ могут считать свой образ жизни без алкоголя и табака – здоровым.

Рассмотрим, подтверждается ли наша гипотеза.

Таблица 5.16-Распределение по масштабам среднедушевого потребления алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь в зависимости от ИМТ, %

	категория ИМТ			
	пониженный вес	нормальный вес	повышенный вес	ожирение
	мужчины			
категория тяжелых алкогольных последствий (12 л и более)	7,4	8,8	10,9	-
много пьющие (от 6 до 12 л)	25,9*	6,7	6,5*	14,3
средне пьющие (от 2 до 6 л)	14,8	15,5	6,5	28,6
мало пьющие (до 2 л)	14,8	26,8	21,7	14,3
не пьют	37,0*	42,3	54,3*	42,9
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0
	женщины			
категория тяжелых алкогольных последствий (9 л и более)	5,2	8,0	-	-
много пьющие (от 4,5 до 9 л)	9,3	6,8	5,0	-
средне пьющие (от 1,5 до 4,5 л)	22,7	20,9	10,0	-
мало пьющие (до 1,5 л)	13,4	11,6	15,0	-
не пьют	49,5*	52,6	70,0*	-
Общий итог	100,0	100,0	100,0	-

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями по ИМТ ( $p \leq 0.05$ )

Действительно, по мере увеличения ИМТ увеличивается число респондентов, не употребляющих алкоголь с 37,0% среди с мужчин с пониженным ИМТ до 54,3 среди мужчин с повышенным ИМТ, и с 49,5% до 70,0% среди соответствующих категорий женщин. Снижается удельный вес много пьющих (с 25,9% до 6,5% среди мужчин, и с 9,3% до 5,0% среди женщин), а среди женщин – также категория тяжелых алкогольных последствий (с 5-8% до нуля). Таким образом, в целом потребление алкоголя в группах респондентов с повышенным ИМТ заметно сокращается в сравнении с теми, кто имеет нормальный или пониженный ИМТ. Вместе с тем, особняком стоит группа респондентов с ожирением: доля не пьющих среди них меньше, чем среди респондентов с повышен-

ным ИМТ (42,9% и 54,3% соответственно), а удельный вес много пьющих – более чем вдвое выше (14,3% и 6,5% соответственно).

Таблица 5.17-Распределение по масштабам среднедушевого потребления алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь в зависимости от ИМТ, %

	категория ИМТ			
	пониженный вес	нормальный вес	повышенный вес	ожирение
	мужчины			
не курю	59,3	66,1	69,6	42,9
до 6 сигарет	22,2*	13,2	6,5*	14,3
6-9 сигарет	11,1	13,6	10,9	-
10-20 сигарет	7,4	6,8	6,5	42,9
больше пачки	0,0*	0,4	6,5*	-
Общий итог	100,0	100,0	100,0	100,0
	женщины			
не курю	68,1	79,8	80,0	-
до 6 сигарет	12,8*	8,5	0,0*	-
6-9 сигарет	8,5	9,7	15,0	-
10-20 сигарет	7,4	2,0	5,0	-
больше пачки	3,2	-	-	-
Общий итог	100,0	100,0	100,0	-

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями по ИМТ ( $p \leq 0.05$ )

Что касается курения, то закономерности аналогичны. По мере увеличения ИМТ сокращается распространенность курения: если среди респондентов с пониженным ИМТ доля не курящих составляет 59,3-68,1% среди мужчин и женщин, то среди респондентов с повышенным ИМТ - 69,6-80,0% соответственно. Что касается динамики групп риска, то эти закономерности не отчетливы в связи с малым числом лиц, относящихся к данной группе, особенно среди женщин. В отношении специфики поведения лиц с ожирением прослеживается тот же эффект, что и с алкогольным поведением: во-первых, в этой группе повышается распространенность курения в сравнении с группой с повышенным ИМТ, и в целом она является наивысшей среди всех категорий опрошенных; во-вторых, существенно повышается частота курения, поскольку группа риска – курящие ежедневно от 10 до 20 сигарет – возрастает до 42,9%.

Таким образом, подробный анализ алкогольного поведения и курения в группах в зависимости от ИМТ позволил подтвердить нашу гипотезу. Действи-

тельно, по мере нарастания ИМТ потребление алкоголя и распространенность курения, а также его частота снижаются. Это является основанием для респондентов назвать свой образ жизни здоровым, не рассматривая повышенный ИМТ, как угрозу здоровью. Особняком стоит группа респондентов с ожирением, в которой серьезные диспропорции ИМТ соседствуют с опасным алкогольным поведением и высокой распространенностью курения. При этом критическое отношение к своему поведению снижено, что позволяет оценивать этим респондентам свой образ жизни как здоровый без каких бы то ни было оснований.

Таблица 5.18-Распределение по самооценке образа жизни в зависимости от частоты занятий оздоровительными видами физической культуры, %

	Посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра			
	никогда	иногда	регулярно	Общий итог
	мужчины			
его можно назвать здоровым	29,3	35,2	46,4	39,0
он не совсем здоровый	55,2	56,3	47,7	52,4
до здорового образа жизни мне далеко	15,5*	8,5	6,0*	8,5
итого	100,0	100,0	100,0	100,0
	женщины			
его можно назвать здоровым	23,9	27,8	41,8	30,6
он не совсем здоровый	53,3	64,5	54,1	58,8
до здорового образа жизни мне далеко	22,8*	7,7	4,1*	10,6
итого	100,0	100,0	100,0	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями в зависимости от частоты занятий оздоровительными видами физической культуры ( $p \leq 0.05$ )

И в заключении рассмотрим соотношение самооценки образа жизни и поведения в сфере закаливания, физической культуры и спорта. В качестве основного будет выбран тип поведения, который является наиболее популярным у молодежи, а именно - посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра.

Как показали результаты опроса, у молодых людей присутствует понимание, что физическая активность – есть неотъемлемый элемент здорового образа жизни. Так, среди мужчин, которые никогда не посещают спортивно-оздоровительные секции, бассейн или фитнес-центр, только 29,3% считают

свой образ жизни здоровым, тогда как среди респондентов, регулярно занимающихся оздоровительными видами физической культуры, такого мнения по праву придерживаются 46,4%. Соответственно лишь 6,0% регулярно занимающихся мужчин считают, что до здорового образа жизни им далеко, тогда как среди мужчин, игнорирующих оздоровительную физическую культуру, таких около 15,5%. Среди женщин закономерности аналогичны: доля уверенных в здоровом образе жизни возрастает с 23,9% среди физически пассивных до 41,8% - среди занимающихся регулярно, тогда как удельный вес считающих, что им далеко до здорового образа жизни, растет в тех же категориях с 4,1% до 22,8%.

Проведенный анализ показал, что респонденты в целом адекватно оценивают свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения.

У молодых людей присутствует понимание, что физическая активность — есть неотъемлемый элемент здорового образа жизни, что находит отражение в увеличении позитивных самооценок образа жизни среди тех, кто регулярно занимается физической культурой и сокращением их среди физически пассивных респондентов. Что касается алкогольного поведения и курения, то прослеживается четкая зависимость: потребляющие алкоголь и курящие молодые люди в среднем оценивают свой образ жизни как менее здоровый в сравнении с непьющими и не курящими. Причем, чем выше уровень потребления алкоголя и частота курения, тем менее здоровым считают респонденты свой образ жизни.

Диспропорции ИМТ, связанные с дефицитом или превышением массы тела, респонденты не рассматривают как угрозу здоровью. И, поскольку по мере нарастания ИМТ потребление алкоголя и распространенность курения, а также его частота снижаются, это является основанием для респондентов назвать свой образ жизни здоровым, несмотря на риски, обусловленные избыточным весом.

Особняком стоит группа риска по курению и категория пьющих с тяжелыми алкогольными последствиями, в которых утрачивается критическое отношение к своему образу жизни, и в сравнении с группой много пьющих или

много курящих возрастает доля уверенных, что они ведут здоровый образ жизни. Проблема усугубляется тем, что с опасным алкогольным поведением и высокой распространенностью курения, как правило, соседствуют серьезные диспропорции ИМТ, что повышает риски для здоровья, не оцениваемые респондентами.

Адекватная оценка своего образа жизни является хорошей основой для принятия мер по его оздоровлению. Готовы ли респонденты изменить отдельные аспекты поведения, несущие угрозы здоровью, и в целом сделать свой образ жизни более здоровым.

В целом по выборке готовы снизить потребление алкоголя среди тех, кто его потребляет, 48,0% мужчин и 59,2% женщин, вместе с тем, около трети мужчин и четверти женщин считают, что потребление алкоголя не наносит ущерба их здоровью, и около 17% респондентов не готовы сократить алкогольное потребление. Существенно, что при более низком в целом потреблении алкоголя женщинами, они проявляют большую готовность к оздоровлению образа жизни, более критично оценивая риски здоровью, связанные с потреблением алкоголя. С учетом возраста опрошенных можно предположить, что планирование семьи и рождение детей стимулируют женщин к отрезвлению образа жизни.

Существенно, что готовность сократить потребление алкоголя практически не зависит от уровня его потребления: так среди различных категорий потребителей ответили «да» на вопрос о готовности снизить потребление алкоголя 40-50% мужчин и 50-60% женщин. Вместе с тем, соотношение мотивов отказа существенно дифференцировано в зависимости от уровня потребления. Так, среди мало пьющих нежелание снизить потребление мотивируется преимущественно тем, что данный уровень потребления не наносит ущерба здоровью (41,7% среди мужчин и 26,2% среди женщин), тогда как в группе много пьющих и, особенно, среди респондентов с риском тяжелых алкогольных последствий (преимущественно женщин) угрозы здоровью осознаются, но отказ снизить потребление мотивируется иными причинами, возможно, уже сформирова-

ровавшейся зависимостью. Не готовы снизить алкогольное потребление 22,6-30,8% в категории тяжелых алкогольных последствий соответственно мужчин и женщин и 9,5% среди мало пьющих.

Таблица 5.19-Готовность снизить потребление алкоголя в зависимости от уровня потребления, %

	Пол респондентов							
	Мужчины				Женщины			
	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого
категория тяжелых алкогольных последствий	45,2	22,6	32,3	100,0	57,7	30,8	11,5	100,0
много пьющие	41,4	31,0	27,6	100,0	50,0	21,4	28,6	100,0
средне пьющие	51,9	18,5	29,6	100,0	60,3	16,4	23,3	100,0
мало пьющие	48,8	9,5	41,7	100,0	64,3	9,5	26,2	100,0
Общий итог	48,0	17,2	34,8	100,0	59,2	17,8	23,1	100,0
	Место учебы респондентов							
	ВУЗ				Колледж			
категория тяжелых алкогольных последствий	50,0	36,4	13,6	100,0	51,4	20,0	28,6	100,0
много пьющие	56,5	17,4	26,1	100,0	38,2	32,4	29,4	100,0
средне пьющие	66,7	11,8	21,6	100,0	50,0	21,1	28,9	100,0
мало пьющие	56,0	8,0	36,0	100,0	52,6	10,5	36,8	100,0
Общий итог	58,9	15,1	26,0	100,0	49,3	19,0	31,7	100,0

Достоверные различия готовности изменить образ жизни в зависимости от потребления алкоголя отсутствуют

С учетом полученных выше результатов о близких уровнях алкогольного потребления среди студентов ВУЗов и учащихся колледжей, важно оценить готовность этих групп к оздоровлению образа жизни. В целом студенты проявляют большую готовность снизить алкогольное потребление, однако различия между ними и учащимися колледжей не велики: 58,9% и 49,3% соответственно. Поскольку соотношение мужчин и женщин в группах студентов и учащихся равное, эти различия определяются именно местом учебы, и не зависят от гендерного фактора. Как было показано выше, готовность снизить потребление ал-

коголя не зависит от уровня потребления: «да» - на вопрос о готовности снизить потребление ответили 56-66% студентов и 38-52% учащихся, потребляющих алкоголь и в малых количествах, и в объемах, которые относят их к группе тяжелых алкогольных последствий. Но мотивация отказа от сокращения потребления в рассматриваемых группах различается: если среди студентов по мере роста потребления алкоголя снижается уверенность в безвредности такого образа жизни (36,0% среди мало пьющих и 13,6% в категории тяжелых алкогольных последствий), то среди учащихся колледжей потребление алкоголя чаще расценивается как безобидное для здоровья занятие, причем независимо от объемов потребления (36,8% среди мало пьющих и около 30% среди пьющих много и в категории тяжелых алкогольных последствий).

Готовность снизить частоту курения высказали половина курящих молодых мужчин и 2/3 женщин; 16,1-16,7% ответили отказом на вопрос о возможности сократить число выкуриваемых сигарет. Подобное соотношение можно было бы расценивать как позитивный факт, если бы не довольно многочисленная категория респондентов, считающих, что курение не наносит ущерба здоровью: среди мужчин они составляют почти треть (31,4%), среди женщин – 8,3%. Это довольно большой потенциал, который требует не только образовательных усилий, но формирования мотивации к здоровому образу жизни.

Готовность снизить частоту курения в отличие от потребления алкоголя, отчетливо зависит от частоты курения. Эта готовность формируется на фоне осознания риска курения, особенно при высокой его частоте. У мужчин эта зависимость проявляется более явно в связи с более высокой распространенностью курения. Так, среди выкуривающих до 6 сигарет 46,7% молодых людей готовы снизить число выкуриваемых сигарет, тогда как среди выкуривающих ежедневно больше пачки – 75,0%. Соответственно среди мало курящих 40% уверены, что это не наносит ущерба здоровью, тогда как в группе риска нет ни одного, кто бы считал, что ежедневное выкуривание больше пачки сигарет не наносит ущерба здоровью. Среди женщин закономерности аналогичны, однако особняком стоит группа риска – курящие больше пачки ежедневно: среди них



существенно меньше готовность снизить частоту курения в сравнении с много курящими (10-20 сигарет ежедневно) – 33,3% и 84,6% соответственно. Вместе с тем, надо заметить, что группа риска среди молодых женщин малочисленна и это могло повлиять на устойчивость результатов.

Таблица 5.20-Готовность снизить число выкуриваемых сигарет в зависимости от частоты курения, %

	Пол респондентов							
	Мужчины				Женщины			
	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого
до 6 сигарет	46,7	13,3	40,0*	100,0	72,7	21,2	6,1	100,0
6-9 сигарет	46,5	18,6	34,9	100,0	77,1	11,4	11,4*	100,0
10-20 сигарет	69,2	15,4	15,4	100,0	84,6	7,7	7,7	100,0
больше пачки	75,0	25,0	0,0*	100,0	33,3	66,7	0,0*	100,0
Общий итог	52,5	16,1	31,4	100,0	75,0	16,7	8,3	100,0
	Место учебы респондентов							
	ВУЗ				Колледж			
до 6 сигарет	66,7	22,2	11,1	100,0	52,9	13,7	33,3*	100,0
6-9 сигарет	65,4	15,4	19,2*	100,0	57,7	15,4	26,9	100,0
10-20 сигарет	77,8	11,1	11,1	100,0	71,4	14,3	14,3	100,0
больше пачки	66,7	33,3	0,0*	100,0	50,0	50,0	0,0*	100,0
Общий итог	68,9	17,6	13,5	100,0	57,8	15,6	26,6	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями в зависимости от частоты курения ( $p \leq 0.05$ )

Анализ готовности снизить частоту курения в зависимости от места учебы респондента свидетельствует, что студенты в большей степени мотивированы к здоровому образу жизни (среди них готовы сократить число выкуриваемых сигарет 68,9%, тогда как среди учащихся колледжей – 57,8%) и лучше осознают ущерб здоровью, наносимый курением (на отсутствие ущерба указали 13,5% мужчин и 26,6% женщин).

И среди студентов, и среди учащихся колледжей прослеживается отмеченная выше зависимость – увеличение готовности снизить частоту курения в большей степени среди много курящих. Вместе с тем, группа риска, т.е. выкуривающие больше пачки ежедневно, являются исключением: и среди студентов, и среди учащихся готовность снизить частоту курения в этой категории меньше, чем среди много курящих (66,7% и 77,8% у студентов, 50,0% и 71,4%

среди учащихся). Напомним, что подобный эффект был отмечен только среди женщин. В качестве позитивного факта можно отметить, что по мере увеличения частоты курения растет осознание респондентами ущерба здоровью, наносимого курением: так, в группе риска нет ни одного респондента, который бы считал, что ежедневное выкуривание больше пачки сигарет не наносит ущерба здоровью. Таким образом, низкая степень готовности изменить свой образ жизни у много курящих связана не с отсутствием знаний о вреде курения, а о формировании зависимости, от которой респонденты самостоятельно, по-видимому, уже не способны избавиться.

Таблица 5.21-Готовность уменьшить потребление соли, сахара, мучных изделий и т.д. в зависимости от ИМТ, %

	Пол респондентов							
	Мужчины				Женщины			
	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого
пониженный	28,0*	44,0	28,0	100,0	39,1	32,6	28,3	100,0
нормальный	31,3	37,3	31,3	100,0	49,6	26,2	24,2*	100,0
повышенный	31,7	39,0	29,3	100,0	40,0	50,0	10,0*	100,0
ожирение	57,1*	14,3	28,6	100,0				
итого	31,7	37,5	30,8	100,0	46,3	29,2	24,4	100,0
	Место учебы респондентов							
	ВУЗ				Колледж			
пониженный	40,0	34,0	26,0	100,0	34,3	35,8	29,9	100,0
нормальный	43,7	31,7	24,6*	100,0	37,7	32,3	30,0	100,0
повышенный	33,3	39,4	27,3	100,0	35,7	46,4	17,9	100,0
ожирение	100,0	0,0	0,0*	100,0	50,0	16,7	33,3	100,0
итого	42,0	32,9	25,1	100,0	37,2	33,6	29,2	100,0

\*отмечены статистически достоверные различия между категориями в зависимости от ИМТ ( $p \leq 0.05$ )

Готовность изменить характер питания, сделать его более здоровым, как правило, связана с проблемами избыточного веса. В этом контексте и были проанализированы ответы респондентов. Среди молодых мужчин готовность уменьшить потребление соли, сахара, мучных изделий и т.д. действительно растет по мере увеличения избыточной массы тела: так, среди респондентов с

пониженным ИМТ лишь 28,0% готовы изменить характер питания, тогда как среди мужчин с ожирением – 57,1%. Вместе с тем, эта готовность определяется не осознанием ущерба здоровью, а иными мотивами, возможно эстетическими. Полученные результаты вполне соответствуют полученным выше данным о том, что диспропорции ИМТ не влияют на самооценку образа жизни. У женщин отмеченные закономерности выражены менее отчетливо, что связано с крайней малочисленностью группы с повышенным ИМТ и отсутствием респонденток с ожирением.

От места учебы респондентов полученные закономерности не зависят. В целом по выборке 42,0% студентов и 37,2% учащихся колледжей выразили готовность к оздоровлению характера питания, примерно треть респондентов в обеих группах (32,9% и 33,6% соответственно) ответили отказом, и около четверти опрошенных (25,1% и 29,2% соответственно) считают, что их характер питания не наносит ущерба здоровью.

И в заключении рассмотрим готовность молодых людей сделать свой отдых более здоровым. В качестве дифференцирующего признака рассмотрим наиболее популярный у молодежи вид оздоровительной физической культуры, а именно посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра.

В целом по выборке 31,7% мужчин и 47,0% женщин готовы сделать свой отдых более здоровым, а 37,4-29,5% соответственно ответили отказом. Может показаться, что более высокая готовность женщин к оздоровлению образа жизни объясняется их сравнительно низкой физической активностью в сравнении с мужчинами. Однако, если рассмотреть готовность к оздоровлению образа жизни в зависимости от частоты физкультурно-оздоровительных занятий, то эта гипотеза не подтверждается. Во всех категориях женщины чаще проявляют готовность сделать свой отдых более здоровым: среди тех, кто регулярно посещает спортивно-оздоровительные секции, бассейн, фитнес-центр, готовы к оздоровлению отдыха 49,5% женщин и 29,8% мужчин, среди тех, кто посещает занятия иногда – 49,4% и 33,8% соответственно, и среди тех, кто никогда не по-

сещал спортивно-оздоровительные секции, бассейн, фитнес-центр, готовность к этому проявили 39,5% женщин и 31,55 мужчин.

Что касается места учебы, то различий между студентами и учащимися колледжей в готовности к оздоровлению отдыха нет. В целом по выборке проявляют позитивное отношение к оздоровлению отдыха 42,1% студентов и 37,8% учащихся, негативно отреагировали на данный вариант поведения – треть респондентов в обеих группах (33,2% и 33,4% соответственно). И, наконец, считают, что образ жизни, который они ведут, не наносит ущерба здоровью, - четверть студентов и учащихся средних специальных учебных заведений (24,6% и 28,7% соответственно).

Таблица 5.22-Готовность сделать свой отдых более здоровым в зависимости от регулярности посещения спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра, %

	Пол респондентов							
	Мужчины				Женщины			
	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого
никогда	31,5	44,4	24,1	100,0	39,5	33,7	26,7	100,0
иногда	33,8	31,7	34,5	100,0	49,4	27,4	23,2	100,0
регулярно	29,8	40,4	29,8	100,0	49,5	29,3	21,2	100,0
итого	31,7	37,4	30,8	100,0	47,0	29,5	23,5	100,0
	Место учебы респондентов							
	ВУЗ				Колледж			
	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого	да	нет	это не наносит ущерба моему здоровью	Итого
никогда	36,4	37,7	26,0	100,0	36,5	38,1	25,4	100,0
иногда	43,9	28,5	27,6	100,0	41,3	29,9	28,8	100,0
регулярно	45,0	36,3	18,8	100,0	34,4	35,6	30,0	100,0
итого	42,1	33,2	24,6	100,0	37,8	33,4	28,7	100,0

Достоверные различия готовности изменить образ жизни в зависимости от регулярности посещения спортивно-оздоровительных секций, отсутствуют

Значительный резерв оздоровления образа жизни молодежи представляют те респонденты, которые никогда не занимались физкультурно-оздоровительными видами отдыха, или делали это от случая к случаю и при этом считают, что подобный образ жизни не наносит ущерба их здоровью. Судя по опросам, эта категория составляет примерно четверть всех респондентов, причем они в равной мере представлены среди мужчин и женщин, студентов и учащихся колледжей.

Подводя итоги комплексного анализа самосохранительного поведения молодежи можно сделать следующие выводы.

Распространенность саморазрушительных форм поведения в молодежной среде является высокой: к группе риска тяжелых алкогольных последствий можно отнести около 16% мужчин (среднегодовое потребление более 16 л в пересчете на абсолютный алкоголь) и 13% женщин (среднегодовое потребление более 6 л); курящие больше пачки в день - насчитывают около 10% мужчин менее полпроцента женщин.

Социальный портрет групп риска представлен преимущественно разведенными и разошедшимися, а в случае злоупотребления алкоголем - также женщинами, состоящими в неформальных брачных союзах. Отсутствие работы, независимо от предшествующего трудового анамнеза, и сопутствующая этому статусу бедность и/или сужение социальной перспективы повышает риск алкоголизации и курения с тяжелыми последствиями. Для женщин специфическим фактором риска является работа во внебюджетной организации и индивидуальное предпринимательство.

В сравнении с опросом 2006 г. среднелюбовое потребление алкоголя и частота курения у мужчин несколько сократились, у женщин – выросли. Гендерные особенности социального портрета групп риска и динамики саморазрушительного поведения свидетельствуют об ускоренном освоении женщинами мужских ролей и соответствующих форм поведения, что позволяет прогнозировать ухудшение ситуации для женщин по крайней мере в среднесрочной перспективе.

Распространенность форм поведения, ведущих к накоплению факторов риска, проявляющихся в средних возрастах, также сохраняется на высоком уровне. Крайние позиции: и дефицит массы тела и избыточный вес встречаются у 5-10% молодежи. Причем в молодых возрастах нарушения веса практически не связаны с характером питания, а определяются уровнем физической активности, что понижает у молодежи актуальность темы формирования стереотипов здорового питания.

Недооценивается роль полноценного отдыха как фактора восстановления сил и здоровья, особенно лицами, имеющими семью и детей. Расширение категорий тех, кто использует отпуск регулярно и проводит его в активных формах, определяется, прежде всего, расширением средне - и высокодоходных групп образованной и работающей молодежи, не имеющей семьи.

Готовность изменить образ жизни существенно зависит от того, о каких элементах поведения идет речь. В отношении психоактивных веществ (алкоголя и табака) прослеживается влияние зависимости, поэтому, чем выше уровень потребления алкоголя или частота курения, тем реже респонденты готовы изменить свое поведение. Что касается отдыха и характера питания, то перспективы позитивных сдвигов в этом отношении в большей степени определяются повышением информированности и наличием условий для оздоровления образа жизни.

Исследование показало, что значительная часть учащейся молодежи Красноярска (в средних и высших учебных заведениях) имеет низкий уровень самосохранительной культуры, что является существенным фактором риска преждевременной смертности.

К группе тяжелых алкогольных последствий относятся 8,6-6,3% студентов и 8,7-7,4% учащихся, соответственно мужчин, потребляющих в год более 12 л год в пересчете на абсолютный алкоголь и женщин со среднедушевым потреблением более 9 л. К группе риска по последствиям курения относятся лишь около 1% респондентов, т.е. тех, кто выкуривает ежедневно больше пачки. Проблемной группой являются также те респонденты, которые ежедневно выкуривают от 10 до 20 сигарет: по данным опроса к этой категории причислили себя 7,7% мужчин и вдвое меньшее число женщин – 3,5%.

Полученные данные соответствуют установленным ранее закономерностям о том, что в России стираются различия по масштабам потребления алкоголя и курения в зависимости от уровня образования, прежде всего в молодежной среде.

Наиболее популярными у молодых людей являются виды физической культуры и оздоровления, подразумевающие возможность коллективных походов и общения (посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра), при этом учащиеся колледжей более привержены регулярным занятиям, чем студенты: 45,7-39,1% среди мужчин и 32,9-20,4% среди женщин.

Диспропорции весо-ростовых характеристик молодежи проявляются как в дефиците массы тела, характерного преимущественно для женщин, причем в равной степени студенток и учащихся колледжей (четверть респонденток имеют пониженный ИМТ), так и в ее избытке, характерном преимущественно для мужчин, и исключительно студентов (пятая часть респондентов имеют повышенный ИМТ).

Среди женщин – половина, а у мужчин немногим менее двух третей респондентов не имеют критериев выбора рациона питания, и еще у пятой части мужчин и трети женщин эти критерии не имеют отношения к здоровому питанию. Единственное отличие женского и мужского подхода к питанию связано с существенно более распространенной среди женщин идеей похудения. Диспропорции ИМТ не стимулируют потребность в знаниях о здоровом питании и следовании рекомендациям.

Молодежь в целом адекватно оценивает свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения. У молодых людей присутствует понимание, что физическая активность – есть неотъемлемый элемент здорового образа жизни, что находит отражение в увеличении позитивных самооценок образа жизни среди тех, кто регулярно занимается физической культурой и сокращением их среди физически пассивных респондентов. Что касается алкогольного поведения и курения, то прослеживается четкая зависимость: потребляющие алкоголь и курящие молодые люди в среднем оценивают свой образ жизни как менее здоровый в сравнении с не пьющими и не курящими. Вместе с тем, диспропорции ИМТ, связанные с дефицитом или превышением массы тела, респонденты не рассматривают как угрозу здоровью.

Особняком стоит группа риска по курению и категория пьющих с тяжелыми алкогольными последствиями, в которых утрачивается критическое отношение к своему образу жизни. Проблема усугубляется тем, что с опасным алкогольным поведением и высокой распространенностью курения, как правило, соседствуют серьезные диспропорции ИМТ, что повышает риски для здоровья, не оцениваемые респондентами.

Выявлена низкая степень готовности изменить свой образ жизни у много пьющих и курящих респондентов, которая связана не с отсутствием знаний о вреде алкоголя и курения, а о формировании зависимости, от которой респонденты самостоятельно, по-видимому, уже не способны избавиться. Готовность изменить характер питания, сделать его более здоровым, как правило, связана с проблемами избыточного веса, но определяется она не осознанием ущерба здоровью, а иными мотивами, возможно эстетическими.

По результатам исследования оказалось, что нет ни одной проблемы личного характера, или из области государственной политики, или касающейся положения и имиджа стариков в обществе, которая служила бы серьезной помехой для того, чтобы прожить желаемое число лет подавляющему большинству респондентов. Это касается и мужчин и женщин, и студентов ВУЗов и учащихся колледжей. Все рассмотренные проблемы имеют значение, но лишь для ограниченного круга опрошенных, наиболее часто от десятой до пятой части респондентов. Иными словами, нет нескольких ключевых универсальных проблем, решив которые, можно было бы добиться существенного роста продолжительности жизни. Действовать необходимо по широкому кругу направлений, что позволит получить заметный синергетический эффект.



## ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ПЛАТ- ФОРМЫ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ МОЛОДЕЖИ

Глобальной целью медицинской профилактики является сохранение и улучшение здоровья молодежи, обеспечиваемого снижением заболеваемости и смертности от причин, управляемых системой здравоохранения.

Следует учесть, что профилактика является обязательным компонентом качества медицинской помощи, и в числе главных своих направлений предполагает:<sup>11</sup>.

- создание научно-обоснованной системы эпидемиологического мониторинга ХНИЗ и факторов риска их развития, эпидемиологического моделирования, нацеленного на определение правильного выбора профилактических действий;

- разработку системы оценки механизмов динамики показателей смертности от ХНИЗ (основой реализации данного направления являются эпидемиологические исследования и регистры больных основными ХНИЗ);

- научное обоснование и обеспечение методического сопровождения по разработке и реализации программных механизмов формирования здорового образа жизни и комплексной профилактики хронических неинфекционных заболеваний на федеральном и региональном уровнях;

- выявление факторов риска и предотвращение развития ХНИЗ.

Реализации перечисленных стратегий призвана способствовать нормативная база системы медицинской профилактики (табл. 6.1). Она свидетельствует о наличии широкого спектра возможностей организации профилактической деятельности, включающей следующие стратегии: популяционную, высокого риска и вторичной профилактики.

Популяционная стратегия предполагает формирование ЗОЖ на уровне всего населения и обеспечение для этого всех соответствующих условий, в т. ч. экологических.

---

<sup>11</sup> Под качеством медицинской помощи следует понимать совокупность результатов профилактики, диагностики и лечения заболеваний, определяемых соответствующими установленными требованиями на основе достижений медицинской науки и практики (Попов Г.А., Копенгаген, симпозиум ЕРБ ВОЗ, 1966).

Стратегия высокого риска заключается в своевременном выявлении лиц с повышенным уровнем риска ХНИЗ и проведении мероприятий по их коррекции (рис. 6.5).

Стратегия вторичной профилактики ориентирована на раннюю диагностику и предупреждение прогрессирования ХНИЗ, как за счет коррекции факторов риска, так и за счет проведения своевременного лечения.

Реализовать данные стратегии возможно, используя инновационные технологии формирования профилактической среды [103;125;145].

### **6.1 Формирование инновационной профилактической среды**

Осуществление парадигмы государственной системы здравоохранения СССР - от здоровья популяции к здоровью отдельного человека позволило достичь значимых результатов. В первую очередь, это относится к организации борьбы с инфекционными заболеваниями. Впечатляющие результаты этой работы в значительной степени определялись календарем прививок и его выполнением в абсолютном большинстве детской и юношеской популяции страны. Сложился и адекватный инструментарий профилактики, ориентированный на патерналистскую модель взаимоотношений: врач-пациент, т.н. «модель Н.А. Семашко».

Важной характеристикой современной системы здравоохранения России является смена парадигмы, которая в настоящее время сформулирована следующим образом: от здоровья индивидуума к здоровью популяции.

Данный подход ориентирован на другие модели отношений (информированного сотрудничества, партнерства, ответственного поведения индивидуума за свое здоровье), что требует иного инструментария на уровне учреждений первичной медико-санитарной помощи, специализированных и высокотехнологичных медицинских центров.

Сама по себе парадигма измениться не сможет. Ее смена – это процесс, который должен опираться на понятные для населения и медицинского сообщества критерии и нормы. Рассмотрим основные элементы, системы мер, поддерживающих смену парадигмы.

Таблица 6.1- Нормативная база деятельности учреждений и структурных подразделений системы медицинской профилактики

Республиканские, краевые, областные, окружные, городские центры медицинской профилактики Кабинеты медицинской профилактики в медицинских учреждениях	Профильные центры медицинской профилактики (остеопороза, сердечнососудистых заболеваний, др.)	Детские поликлиники (кабинеты здорового ребенка, профилактические патронажи)	Центры здоровья в поликлиниках, больницах, др. (для взрослого населения, детские, смешанного типа)	Отделения организации медицинской помощи в образовательных учреждениях (детские поликлиники), медицинские кабинеты в образовательных учреждениях (профилактические осмотры детей)	Педиатрические отделения детских поликлиник, стационары, санатории (диспансерное наблюдение больных)	Центры планирования семьи и репродукции	Врачебно-физкультурные диспансеры (отделения, кабинеты медицинской профилактики)
Приказ МЗ РФ № 455 от 23.09.2003 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации».	Приказ МЗ РФ № 239 от 11.08.1997 «О создании центров профилактики остеопороза».	Приказ МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».	Приказ МЗ и СР РФ № 597н от 19.08.2009 «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в ред. приказов МЗ и СР РФ от 08.06.2010 N 430н, от 19.04.2011 N 328н, от 26.09.2011 N 1074н).	Приказ МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».	Приказ МЗ и СР РФ № 366н от 16.04.2012 «Об утверждении порядка оказания педиатрической помощи».	Приказ МЗ РФ № 390 от 26.11.1996 «О деятельности центра планирования семьи и репродукции МЗ РФ»	Приказ МЗ и СР РФ от 9 августа 2010 г. N 613н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи при проведении физкультурных и спортивных мероприятий"

1.Изменение модели первичной медицинской помощи в соответствии с Распоряжением Правительства РФ [163; 164]. Это процесс, направленный на модернизацию взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг, рассчитанный также на ответственность самого человека за свое здоровье (рис 6.1). Здесь ключевым звеном является организация первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности человека в отношении здоровья [110;135].

Стратегии	Реализация	Целевая доля популяции, %	Вклад в снижение смертности, %	Доля в затратах, %
Популяционная (в т.ч. низкий и средний риск)	формирование здорового образа жизни на межведомственной основе (программы)	100	50	10
Высокого риска (высокий и очень высокий риск без доказанных НИЗ)	совершенствование системы раннего выявления лиц с высоким риском и коррекции у них ФР (диспансеризация, профилактические осмотры)	20-40	20	30
Вторичная профилактика (доказанные НИЗ)	обеспечение стандарта лечения (лекарства, интервенция, хирургия) обучение врачей повышение приверженности пациентов к лечению коррекция ФР	20-30	30	60

Рис. 6.1 Стратегии профилактики

Рассмотрим более подробно п.1, а именно - изменение модели первичной помощи, отличительной чертой которой в современных условиях является ориентация на человека и его потребности в здоровье (рис. 6.2).

Важнейшим инструментом ее формирования является «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации», утвержденная распоряжением Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года. Ее основными подпрограммами и направлениями являются:

Традиционное оказание помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях	Программы борьбы с болезнями	Первичная помощь, ориентированная на человека
Первоочередное внимание уделяется болезни и ее лечению	Акцент на приоритетную болезнь	Акцент на нужды в отношении здоровья
Взаимоотношения ограничиваются моментом посещения	Взаимоотношения ограничиваются рамками реализации программы	Длительные индивидуальные взаимоотношения
Эпизодическое оказание лечебной помощи	Предусмотренные программой меры по борьбе с заболеванием	Комплексное и непрерывное оказание помощи в соответствии с индивидуальными нуждами
Ответственность ограничивается предоставлением эффективных и безопасных медицинских назначений и рекомендаций во время посещения	Ответственность за достижение целевых показателей по контролю болезни в целевой группе населения	Ответственность за состояние здоровья всех членов сообщества на протяжении жизни; ответственность за воздействие на детерминанты нарушений здоровья
Пациенты выступают в качестве потребителей приобретаемых ими услуг	Группы населения являются целевым объектом, на который направлены меры по борьбе с болезнью	Люди участвуют на правах партнеров в решении вопросов здоровья – как собственного, так и здоровья местного сообщества.

Рис. 6.2 Модель первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на человека.

- комплексные меры по ограничению потребления табака и алкоголя;
- оптимизация питания населения;
- повышение уровня физической активности населения;
- выявление и профилактика факторов риска основных хронических неинфекционных заболеваний в учреждениях первичной медико-санитарной помощи;
- профилактика вредных привычек, формирование основ здорового образа жизни, рационализация питания среди молодежи;
- комплексные меры помощи лицам с кризисными состояниями и суицидальным поведением.

2. Изменение законодательной и нормативной базы, которая определяет основные направления профилактики. Так, в ноябре 2011 г. в Российской Федерации был принят Федеральный закон "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации", ст. 12 которого устанавливает приоритет профилактики в сфере охраны здоровья граждан и определяет основные пути его реализации.

3. Создание системы комплексной медицинской помощи при хронических неинфекционных заболеваниях у молодежи. В данном контексте мы руководствуемся:

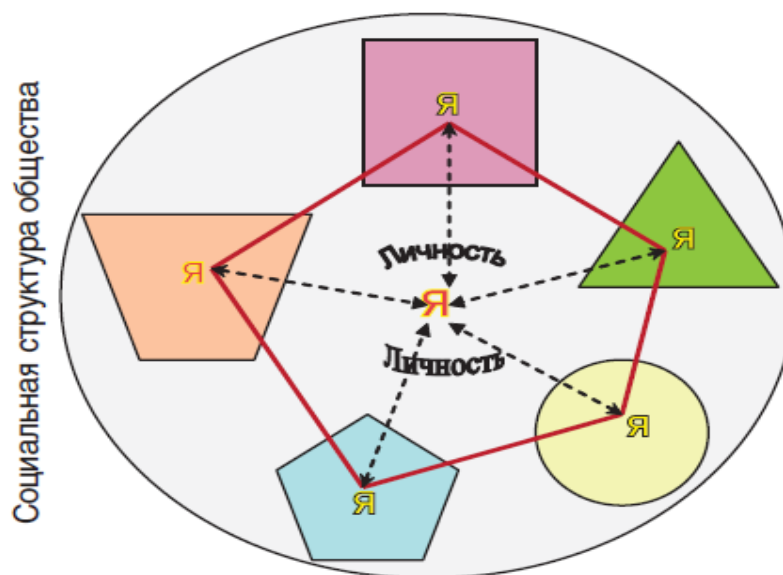
- стратегией ВОЗ относительно хронических заболеваний [129];
- возможностями центров здоровья в части школ здоровья;
- идеологией менеджмента хронических заболеваний.

4. Межсекторальное сотрудничество, направленное на формирование глобальной профилактической среды. Распоряжением Правительства Российской Федерации от 8 октября 2012 г. № 1864-р создана Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан, которая является координационным органом, образованным для обеспечения согласованных действий заинтересованных органов исполнительной власти по разработке и реализации единой государственной политики в сфере охраны здоровья граждан, в том числе и в плане формирования в Российской Федерации единой межсекторальной (глобальной) профилактической среды.

5. Более эффективное использование медицинского персонала, в первую очередь, сестринского звена. В качестве примера можно привести опыт организации совместного обучения педиатрических медицинских сестер на одной площадке с врачами в рамках ежегодных конгрессов педиатров, проводимых Союзом педиатров России с 2009 года. Результатом этой работы является повышение трудовой мотивации этой категории медицинских работников.

6. Перемещение акцентов медико-профилактической помощи на личность и семью. В данном контексте определенные информационные возможности имеют ЦЗ. С позиций разработки профилактической среды, основанной на новой парадигме здравоохранной стратегии, представляет интерес многополярность социального облика личности (рис 6.3), базирующаяся на дифференциации по референтным группам [59].

## Многополярность социального облика личности



### Референтные группы:






- |   |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
|    | – <i>идентичность с семьей</i>         |  | – <i>этническая идентичность</i>   |
|    | – <i>профессиональная идентичность</i> |  | – <i>политическая идентичность</i> |
|  | – <i>конфессиональная идентичность</i> |  |                                    |

Рис. 6.3 Референтные группы молодежи

С позиции социального маркетинга представленная дифференциация позволяет формировать референтные группы молодежи, на основе демографических, этнических, медико-социальных детерминант, что позволяет разрабатывать адресные профилактические комплексы с учетом особенностей и возможностей регионов.

В таблице 6-2 нами представлена сетевая структура учреждений профилактики в стране, целевые группы молодежи, нуждающиеся в адресной профилактике ХНИЗ и группы повышенного риска среди молодежи, виды деятельности медицинских учреждений, доброжелательных к молодежи и проблемные зоны нормативного и организационного характера.

Таблица 6.2-Организация службы медицинской профилактики, доброжелательной к молодежи

Республиканские, краевые, областные, окружные и городские центры медицинской профилактики								Образовательные учреждения
Целевые группы: а) медицинские учреждения, медицинские работники, персонал образовательных учреждений; б) гражданское общество								
<b>Сетевая структура</b>								
Кабинеты медицинской профилактики в медицинских учреждениях	Профильные центры медицинской профилактики (остеохондроза, сердечнососудистых заболеваний, др.)	Поликлиники (кабинеты здорового ребенка, профилактические патронажи)	Центры здоровья в поликлиниках, больницах, др. (для подростков и взрослого населения).	Отделения организации медицинской помощи в образовательных учреждениях (детские поликлиники), медицинские кабинеты в образовательных учреждениях (профилактические осмотры обучающихся)	Педиатрические отделения детских поликлиник, стационары, санатории - диспансерное наблюдение больных	Центры планирования семьи и репродукции	Врачебно-физкультурные диспансеры (отделения, кабинеты медицинской профилактики)	ОБЖ, школы здоровья
<b>Целевые группы</b>								
Персонал медицинских и образовательных учреждений, гражданское общество	Персонал медицинских и образовательных учреждений, гражданское общество	Семьи с детьми дошкольного возраста, не посещающими ДОУ	Инициативно обратившиеся семьи, воспитывающие детей, дети и подростки	Учащиеся образовательных школ (обязательные осмотры), техникумов, техникумов, ВУЗов	Молодежь с хроническими заболеваниями, инвалиды	Обратившиеся по направлению (гинеколога, медработника образовательного учреждения), инициативно обратившиеся молодые люди	Лица, занимающиеся физической культурой и спортом	Учащиеся, рабочая молодежь, молодые люди без медико-социального риска



Вид деятельности								
Санитарно- просветительная работа, обучение специалистов, возможно консультирование по образу жизни обратившихся		Санитарно-просветительная работа. консультирование	Обследование (выявление факторов риска) и консультирование Мотивирование к ЗОЖ	Комплексное обследование (выявление начальных признаков заболеваний, нарушений), индивидуальные рекомендации по образу жизни	Целевое консультирование по образу жизни. Школы профилактики заболеваний (сахарный диабет, ожирение, др.)	Санитарно-просветительная работа, консультирование, медицинская помощь***	Санитарно-просветительная работа*, консультирование**	Гигиеническое образование, воспитание Формирование навыков ЗОЖ
Проблемы								
Отношение персонала и населения к ЗОЖ. Индикаторы эффективности	Отношение персонала и населения к ЗОЖ Индикаторы эффективности	Стандарты санитарного просвещения (медико-экономические аспекты)	Место в системе профилактической работы с детьми Стандарты деятельности	Эффективность выявления патологии на ранних стадиях, рекомендаций по образу жизни	Развитие школ профилактики заболеваний, индикаторы эффективности	Охват профилактической деятельностью	Специализированное направление деятельности	Эффективность деятельности (организация, индикаторы)

7. Особое внимание профилактике факторов риска возникновения инфекционных, социально значимых и хронических неинфекционных заболеваний. Данное направление получило развитие в рамках первой Глобальной министерской конференции по здоровому образу жизни и неинфекционным заболеваниям, которая состоялась под эгидой ВОЗ в Москве 28 и 29 апреля 2011 года и завершилась принятием важнейшего международного документа «Московской декларации ВОЗ». Его основная цель состоит в обеспечении содействия государствам-членам ВОЗ в разработке и укреплении политических мер и программ по здоровому образу жизни и профилактике неинфекционных болезней на основе межведомственного (межсекторального) взаимодействия.

## **6.2 Проблемные зоны и возможности мониторинга здоровья молодежи**

Основа глобальной стратегии профилактики - определение наиболее существенных факторов риска неинфекционных заболеваний, их профилактика и контроль [54; 74; 293].

В этой связи, мониторинг здоровья молодежи, на наш взгляд, представляет собой взаимоувязанный межведомственный контроль, базирующийся на достоверных источниках информации и надежных маркерах эффективности.

Важное место в этом контексте занимает персональный мониторинг состояния здоровья, определяемый Постановлением Правительства РФ от 02.02.2006 г. №916 «Об общероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков, молодежи» ([base.garant.ru|12125274](http://base.garant.ru|12125274)). Однако, в этом документе не прописана технологическая база, способная обеспечить персональный банк данных и его регулярное пополнение и доступность. Технологические возможности мониторинга здоровья молодежи представлены в Центрах здоровья (ЦЗ) и стали доступны в рамках диспансеризации населения - Приказ МЗ РФ №1006 [155]. Задачи персонального мониторинга представлены на рис. 6.4.

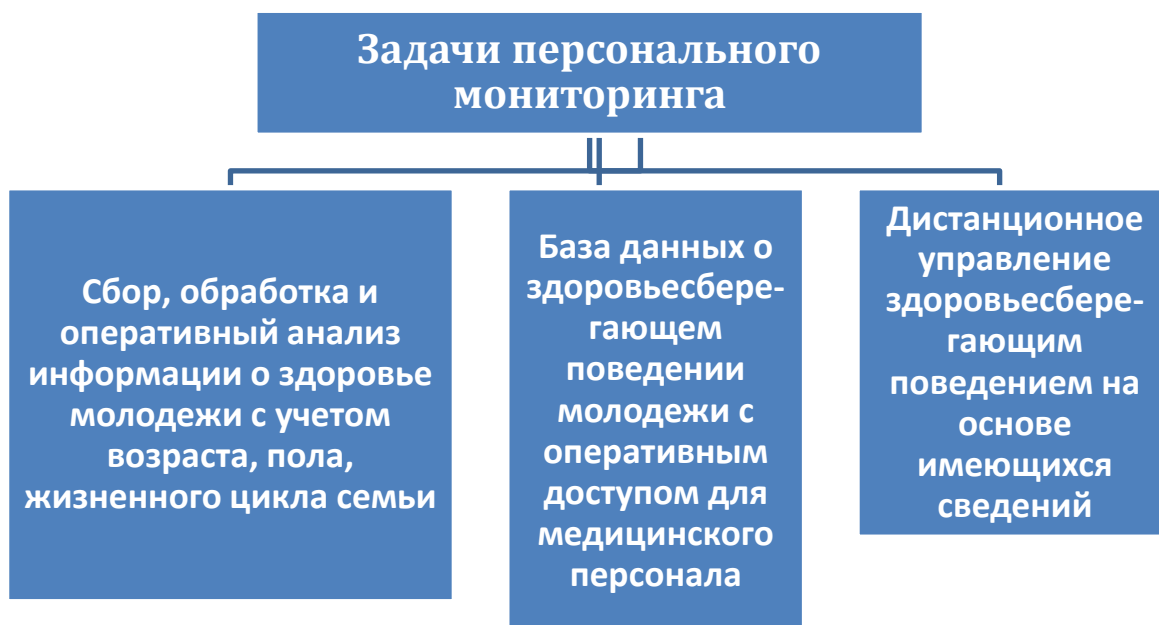


Рис. 6.4 Задачи персонального мониторинга

Технологическая дорожная карта персонального мониторинга представлено на рис. 6.5.



Рис. 6.5 Технологическая дорожная карта персонального мониторинга

Персональный мониторинг базируется на системе государственной медицинской отчетности, которая позволяет оценивать здоровье населения, в том

числе молодежи. В здравоохранении используются данные медицинской статистики о заболеваемости по обращаемости (первичная и общая). При ее анализе за ряд лет (так называемая накопленная заболеваемость), можно получить наиболее правильное представление о частоте возникновения и динамике, а также эффективности комплекса социально-гигиенических и лечебных мероприятий, направленных на ее снижение [27].

Проведенный нами аудит отчетных формы заболеваемости показал, что технические возможности по сбору и обработке информации имеют различную степень ограничения, а аналитическая база автономна. В результате, отсутствует эффективная и устойчивая система медицинского мониторинга здоровья 39,6 миллионов молодых граждан, что составляет почти 27 % от общей численности населения страны.

Возможности и ограничения источников информации о заболеваемости и возможности использования их в качестве мониторинга здоровья молодежи нашли отражение в работе Баранова А.А., с соавторами [27]. Авторы приводят нижеследующую аргументацию.

1. Мониторинг заболеваемости молодежи в настоящее время лишь отчасти может базироваться на данных государственной статистики в связи со следующими ее особенностями:

1.1 Форма №12 Федерального Государственного статистического наблюдения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ). Форма унифицирована для детских и взрослых амбулаторно-поликлинических учреждений. Ограничения этого источника медицинской статистики хорошо известны:

-в содержательном отношении – это неполнота регистрации событий, обусловленная тем, что в поле зрения попадают лишь случаи обращения за медицинской помощью, что далеко не отражает истинную картину распространенности патологии и ее последствий;

-в методическом плане главной проблемой является несопоставимость объектов исследования: учитываются случаи обращения за медицинской помощью, а не лица, страдающие определенными видами патологии;

-в информационном отношении ведущим ограничением является значительная потеря доступных полицейских данных при своде информации из учетных в отчетные документы.

1.2 Достоинством является выделение детского населения в возрасте 15-17 лет, что дает возможность анализа по всему спектру МКБ-10 (заполняется в детской поликлинике). В то же время во взрослой сети молодежная категория (18-34 года) отдельно не выделена, а программа «Поликлиника» технически не может извлечь необходимые данные из электронной базы АПУ.

2. Информатизация системы обязательного медицинского страхования, которая по условию предусматривает работу с полицейскими данными, автоматически не решила этих проблем, так как ориентирована в первую очередь на экономическую составляющую. В структуре базы данных ОМС фиксируется преимущественно та информация, которая отвечает интересам системы медицинского страхования (стоимость законченного случая или посещения), но отнюдь не наиболее полная характеристика заболевания. Один и тот же диагноз может характеризоваться различной степенью влияния на состояние здоровья, поэтому возникает потребность учета качества жизни ребенка и других аспектов, определяющих его здоровье.

На основе данных ОМС можно выявить особенности заболеваемости детей и подростков, которые остаются неизвестны, если ориентироваться только на сведения традиционно собираемой медицинской статистики. Появилась возможность получить сведения, характеризующие возникновение заболевания (факт регистрации при обращении за медицинской помощью), его течение, проведенные медицинские вмешательства и полученные исходы, отчетливо прослеживается сезонность нагрузки на амбулаторно-поликлиническую и стационарную помощь.

Источник данных ОМС дает далеко не исчерпывающую информацию о заболеваемости, так как не охватывает учреждения здравоохранения, занимающиеся социально значимой патологией.

3. Следующий источник данных о заболеваемости - социологические опросы населения. Подобные работы, в том числе лонгитудинальные исследования (продолжительность отдельных - более 30 лет), ведутся под эгидой ВОЗ с 60-х годов прошлого века. В ВОЗ осуществляется разработка общего инструментария для опросов о состоянии здоровья населения, активно разрабатываются опросники, которые адаптируются под национально культурные особенности. В нашей стране Росстатом РФ несколько десятилетий проводятся исследования социального положения и уровня жизни на основе бюджетных опросов 20 тыс. домохозяйств.

Следует отметить, что эти методы, хотя и весьма информативные, требуют существенных материальных затрат, наличия штата хорошо подготовленных интервьюеров и постоянно действующей системы обработки и анализа результатов, т.е. - инфраструктуры, действующей на постоянной основе. Проведение изучения организации, доступности и качества медицинской помощи на основе социологического исследования, а также и других факторов, влияющих на заболеваемость молодежи, по оценке врачей и семей позволит выявить и уточнить региональные здоровье формирующие факторы.

4. Еще один важнейший источник сведений о заболеваемости - комплексные медицинские осмотры. Однако, их проведение не является панацеей в исследовании вопросов заболеваемости. Основные проблемы хорошо известны:

- высокая стоимость осмотров 1 пациента;
- сложность сбора и анализа информации, т.к. в основе лежат «бумажные» технологии;
- низкая стандартизация и сильное влияние субъективных факторов (в т.ч. квалификация врачебного персонала).

Бригадные осмотры не дают комплексной оценки состояния здоровья пациента, а сводятся к поиску патологии по профилю специалиста.

Таким образом, не существует единого универсального, абсолютно надежного метода для оценки заболеваемости населения. Каждый метод, четко ориентирован на информационный источник и поставленные цели, имеет сильные и слабые стороны, каждый отвечает на свои специфические вопросы.

ВОЗ предложена система мониторинга –STEPS, в основу которой положен принцип поэтапного сбора информации, основанный на статистике смертности за прошедший период (прошедшее), госпитализированной заболеваемости на данный период (настоящее) и факторах риска (будущее) (табл. 6.3).

Таблица 6.3- Поэтапный принцип при организации мониторинга и анализа распространения неинфекционных заболеваний (ВОЗ)

Неинфекционные заболевания	1 этап	2 этап	3 этап
Показатели по смертности за прошедший период (прошедшее)	Показатели смертности по половозрастным группам	Показатели смертности по половозрастным группам и причине смерти (словесное описание результатов вскрытия)	Показатели смертности по половозрастным группам и причине смерти (свидетельство о смерти)
Показатели заболеваемости на данный период (настоящее)	Данные по госпитализации по половозрастным группам	Уровни госпитализации и основная причина госпитализации по трем группам: инфекционные заболевания, неинфекционные заболевания и травмы	Данные по вновь выявленным заболеваниям и распространенности заболеваний с указанием их основной причины
Факторы риска (будущее)	Отчет по основным факторам риска (данные, полученные в результате анкетирования)	Анкетирование плюс данные, полученные в результате физикального обследования	Анкетирование + данные, полученные в результате физикального обследования + данные биохимического обследования

Система мониторинга требует стандартизации сбора информации, позволяющей отслеживать динамику основных факторов риска неинфекционных заболеваний, что позволяет разработать систему анализа и контроля показателей заболеваемости и смертности по отдельно взятому заболеванию [243].

В рамках модернизации здравоохранения страны, Минздрав РФ предлагает развитие технологий персонального мониторинга, цель которого ориентирована на потребности в профилактической помощи различных групп населения, семьи, обучение актива, волонтеров и населения технологиям ЗОЖ (рис 6.5). Этой цели отвечают созданные в стране Центры здоровья (ЦЗ) -702, в том числе для взрослых (500) и детского населения (202).

Только комплексный подход к организации мониторинга заболеваемости позволит получить всестороннюю надежную картину, результаты которой будут востребованы всеми потребителями, что повышает их заинтересованность в участии в подобных проектах.

С этой целью нами проведен SWOT-анализ системы организации персонального мониторинга.

В отличие от экспертной оценки деятельности ЦЗ для детей, выполненной Ивановой А.А. [84], нами в основу проведения SWOT-анализа был положен принцип осуществления глобального мониторинга распространения неинфекционных заболеваний предлагаемый ВОЗ:

- определение и описание основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний с использованием рекомендованных ВОЗ дефиниций;

- координированный подход к сбору и анализу информации по факторам риска, основанный на научных подходах и достаточно гибкий для того, чтобы его можно было адаптировать к конкретной ситуации в стране и регионе;

- наличие материалов и инструменты, в том числе возможностей обучения, для оказания поддержки в проведении мониторинга;

- наличие эффективных коммуникационных стратегий, которые обеспечивали бы доведение получаемой информации до руководителей. ответственных за выработку стратегических решений и разработку программ, политикам, потенциальным источникам финансирования и широкой общественности;

- использование новейших технологий для обмена данными, как на национальном, так и международном уровнях, чтобы обеспечить возможность сравнивать ситуации в различных странах мира.



На основе вышеизложенного подхода была проведена структуризация деятельности ЦЗ, представленная в виде пяти блоков (рис 6.6).



Рис.6.6 Структуризация деятельности центров здоровья

Затем, по каждому блоку оценивались сильные слабые стороны (внутренняя среда); возможности и угрозы (внешняя среда) в деятельности ЦЗ [144].

### СИЛЬНЫЕ СТОРОНЫ

#### 1 Технологическое оснащение ЦЗ:

-современное диагностическое оборудование с высокой разрешающей способностью, обеспечивающее диагностику, тестирование и мониторинг состояния здоровья посетителя;

-наличие аппаратно-программного комплекса, обеспечивающего хранение информации с отдельных диагностических приборов в единой базе данных.

-возможность раннего выявления факторов риска хронических неинфекционных заболеваний.

#### 2. Информационные возможности:

-наличие утвержденных учетных документов: «Талон амбулаторного пациента» № 025-12/у; «Медицинская карта центра здоровья» - учетная форма №

025-ЦЗ/у, на основе которых формируются формы государственной медицинской статистики;

-паспорт здоровья с результатами обследований, что дает возможность клиенту возможность использовать технологии самоменеджмента для поддержания собственного здоровья и качества жизни.

### 3. Диагностический блок:

-оценка функциональных и адаптивных резервов организма с учетом возраста и пола;

-интерпретация результатов обследования и формирование групп риска;

- врачи обученные интерпретации результатов исследований.

### 4. Организация потоков посетителей:

-самостоятельно обратившиеся граждане;

-направленные медицинским работником образовательного учреждения;

-направленные ЛПУ по месту прикрепления;

-направленные в рамках дополнительной диспансеризации;

-направленные работодателем.

### 5. Мотивация здоровьесберегающего поведения включает:

- визуализацию для лица, прошедшего обследование, полученных результатов с конкретными рекомендациями по ведению ЗОЖ в виде паспорта здоровья на бумажном носителе;

-разработку индивидуальной программы профилактики выявленных факторов риска поведенческого, медицинского характера.

## СЛАБЫЕ СТОРОНЫ.

### 1. Технологическое оснащение ЦЗ:

-информация в ЦЗ накапливается по отдельным приборам, не увязана с МКБ- 10, что не позволяет сделать аналитические выводы относительно группового здоровья населения, входящего в зону действия ЦЗ;

### 2. Информационные возможности:

- в большинстве ЦЗ нет выхода в интернет, что затрудняет в конечном итоге передачу информации в вышестоящие аналитические инстанции;

- отсутствует технология, которая позволяет обобщить базы данных ЦЗ для анализа факторов риска основных неинфекционных заболеваний на региональном, и соответственно – федеральном уровне;

-связь с участковыми врачами поликлиник основана на передаче информации на бумажных носителях, однако, как правило, эти данные не фиксируются в амбулаторной карте пациента;

-отсутствует обратная связь между поликлиникой и ЦЗ относительно дальнейшего маршрута пациента;

-в ЦЗ развернуты кабинеты гигиенической стоматологии и врача-офтальмолога. Однако, информация о проделанной работе и рекомендациях этих специалистов не поступает в базу данных ЦЗ;

-у специалистов ЦЗ отсутствует взаимосвязь с узкими специалистами, к которым они отправляют пациентов, минуя участкового врача (напр. в детских ЦЗ);

### 3. Диагностический блок:

- у врача ЦЗ отсутствует информация о разного рода травмах, заболеваниях перенесенных посетителями, поскольку они приходят на обследование без амбулаторной карты.

### 4. Организация потоков посетителей:

- ЦЗ развертывается из расчета - один на 200 тыс. населения, что ориентирует их деятельность на выездные формы работы, к чему не приспособлено оборудование;

-на прием идут лица, страдающие установленными хроническими заболеваниями и относящиеся к 3-4 группам здоровья.

### 5. Мотивация здоровьесберегающего поведения:

-ЦЗ для взрослых и детей не имеют технической возможности сбора информации на одну семью, что делает практически невозможным семейную мотивацию и мониторинг ее здоровья;

-отсутствие установки на ЗОЖ у большинства лиц, посетивших ЦЗ (до настоящего времени это процедура добровольно-принудительная).

-врачи территориальных поликлиник, педагоги и воспитатели образовательных учреждений, как правило, не прошли сами обследования в ЦЗ, поэтому у них не сформировано личное положительное отношение к необходимости воспользоваться данной технологией.

Возможности и угрозы определялись нами в той же последовательности, что и сильные и слабые стороны.

Возможности ЦЗ определяются наличием законодательной и нормативной базы, государственной политикой, определившей ЗОЖ ключевым направлением формирования здоровьесохраняющего поведения населения страны.

### ВОЗМОЖНОСТИ

#### 1. Технологическое оснащение ЦЗ:

- определено приказами Минздравсоцразвития РФ;
- обеспечено оборудованием за счет федерального бюджета;
- специалисты - врачи обучены работе на оборудовании в ведущих медицинских ВУЗах страны.

#### 2. Информационные возможности

- включение вопросов, связанных со здоровьем населения территории в отчеты губернаторов;
- создание сайтов здоровья, в т.ч. Минздрава РФ – «Так здорово»;
- активизация СМИ на работу по пропаганде ЗОЖ;
- организация школ здоровья по различным направлениям.

#### 3. Диагностический блок:

- наличие для работы инструктивно-методических рекомендаций федерального уровня;
- возможность участия в первом этапе всеобщей диспансеризации населения РФ с 2013 г.;

#### 4. Организация потоков посетителей:

- лица в возрасте 18-35 лет, в рамках всеобщей диспансеризации населения.

#### 5. Мотивация здоровьесберегающего поведения:

-муниципальные, региональные и федеральные программы здорового образа жизни, финансируемые за счет бюджетов всех уровней.

## УГРОЗЫ

### 1. Технологическое оснащение ЦЗ:

- в трети ЦЗ России осуществлялась произвольная комплектация ЦЗ оборудованием, что нарушает возможность электронной обработки материалов и отрицательно отражается на качестве медицинской статистики здоровья;

-отсутствует программа, ориентированная на координированный подход к сбору и анализу информации по факторам риска, основанная на научных подходах и достаточно гибкая для того, чтобы полученные с ее помощью данные можно было адаптировать к конкретной ситуации в муниципальном образовании, регионе, стране;

-отсутствие методического и технологического инструментария для организации мониторинга здоровья.

### 2. Информационные возможности:

- запаздывание в разработке нормативных и инструктивных материалов из Федерального Центра;

- отсутствие эффективных коммуникационных стратегий, которые обеспечивали бы доведение получаемой информации до лиц, ответственных за выработку стратегических решений в части здравоохранной стратегии

### 3. Диагностический блок:

-не разработаны порядок и стандарты работы ЦЗ;

-слабые навыки владения электронными ресурсами у медицинского персонала;

- не разработаны модели конечных результатов работы ЦЗ;

-отсутствие программного обеспечения для отработки технологии мониторинга здоровья семей, в зависимости от их образовательного и профессионального статуса.

### 4. Организация потоков посетителей:

- ЦЗ начали испытывать затруднения по выполнению плана обследований в связи с диспансеризацией взрослого населения.

#### 5. Мотивация здоровьесберегающего поведения:

-отсутствие у специалистов ЦЗ знаний по психологии отношений и незаинтересованность в результатах работы, что связано с устаревшей системой оплаты труда специалистов здравоохранения;

-отсутствие научно обоснованного алгоритма работы с полученной информацией (например, рекомендация больше заниматься спортом ни о чем не говорит, ибо нужно сказать каким именно, в каком объеме, сопоставив это со спортивной базой муниципального образования, а в случае необходимости и с материальными возможностями посетителя.

Учитывая, что на многие факторы, ассоциирующиеся с тем или иным заболеванием, повлиять невозможно, при создании системы мониторинга основное внимание следует обратить на те факторы риска, которые поддаются воздействию [267;343]. Так, до 75% случаев сердечно-сосудистых заболеваний связано с неправильным питанием и отсутствием физической активности, что ведет к высокому индексу массы тела, повышенному давлению и неблагоприятным показателям липидов крови, а также с курением [303].

В докладе ВОЗ «О ситуации в области неинфекционных заболеваний в мире 2010 г» отмечается недостаточный уровень мониторинга НИЗ и подчеркивается, что он должен включать три базовых компонента:

(а) мониторинг воздействий — факторов риска;

(б) мониторинг результатов —заболеваемости и смертности, вызванной конкретным заболеванием;

(в) ответные действия системы здравоохранения, включающие в себя национальный потенциал по профилактике.

Таким образом, для мониторинга выбираются такие факторы риска, которые:

-оказывают наибольшее воздействие на показатели заболеваемости и смертности;

- поддаются воздействию эффективных мер первичной профилактики;
- отражают положительный опыт их изучения и контроля;
- дают возможность получения данных с соблюдением соответствующих этических норм.

### **6.3 Создание инструментария управления инновационными процессами**

#### ***6.3.1 Программно-целевое планирование профилактики хронических неинфекционных заболеваний среди молодежи***

Масштабная программа модернизации здравоохранения России интегрирована в социально-экономические преобразования страны и является ответом на глобальные цели Тысячелетия ООН, направленные на профилактику болезней и здоровый образ жизни, снижение детской и материнской смертности, доступность медицинской помощи, борьбу с бедностью.

Модернизация здравоохранения России включает три этапа.

Первый - приоритетный национальный проект «Здоровье» (2006-2010гг.). Его основные цели:

- укрепление здоровья населения России, снижение уровня заболеваемости, инвалидности, смертности;
- повышение доступности и качества медицинской помощи;
- укрепление первичного звена здравоохранения, создание условий для оказания эффективной медицинской помощи на догоспитальном этапе.
- развитие профилактической направленности здравоохранения;
- удовлетворение потребности населения в высокотехнологичной медицинской помощи.

Для реализации поставленных целей использовался следующий инструментарий:

- повышение размеров заработной платы выборочным категориям медицинского персонала: участковым врачам и медицинским сестрам;
- поставка в АПУ оборудования, машин скорой помощи;
- строительство федеральных центров (сердечно-сосудистой хирургии, перинатальных);

- дополнительная иммунизация населения;
- введение родового сертификата;
- пренатальный и неонатальный скрининг;
- всеобщая диспансеризация населения в возрасте от 21 года.

В ходе второго этапа модернизации здравоохранения России (2011-2012 гг.) была существенно укреплена материально-техническая база учреждений здравоохранения, активно разрабатывались и внедрялись в территориях порядки и стандарты медицинских услуг, началась целенаправленная информатизация медицинских учреждений [151]. В качестве ярких примеров достижений отрасли на этом этапе можно отметить:

- создание трехуровневой системы оказания медицинской помощи беременным женщинам и новорожденным, что позволило снизить младенческую смертность с 10,2‰ в 2006 г. до 7,3‰ в 2011 г.[205];

- дальнейшее формирование законодательной и нормативной базы здравоохранной стратегии, порядков и стандартов оказания медицинской помощи, направленные на повышению доступности и качества медицинских услуг населению;

- информатизация здравоохранения, которая нашла наиболее полное отражение при создании медицинской документации, общероссийского регистра врачей, отборе и направлении пациентов на высокотехнологические виды медицинской помощи;

- развитие высокотехнологических видов медицинской помощи.

Третий этап модернизации рассчитан на 2013-2014 гг. Его приоритетами определены: создание эффективной системы профилактики неинфекционных заболеваний и трехэтапной системы реабилитации, которая является практически единственным маркером качества оказания высокоспециализированной медицинской помощи.

Медицинская профилактика призвана стать фундаментом современной системы помощи к молодежи и семье. Создание такой системы ориентировано на новую здравоохранную парадигму: от здоровья индивидуума к здоровью



популяции. Основным инструментарием профилактики на данном этапе призваны стать новые функциональные подразделения поликлиник - центры здоровья, медицина в образовательных учреждениях нового уровня и качества[22].

Управляющим хорошо известен принцип П. Друкера: «Результаты достигаются не путем решения проблем, а путем использования возможностей»[72].

Такой возможностью для территорий стала разработка и защита в октябре 2012 года в Минздраве РФ региональных программ «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения».

Следует особо отметить, что представленные программы охватывали период 2013-2017 года, развивая идеологию, заложенную в перечне программ, утвержденных распоряжением Правительства РФ в части профилактики [164]:

- выявление факторов риска социально значимых неинфекционных заболеваний и борьба с ними;

- обеспечение деятельности учреждений здравоохранения в части подготовки медицинских и фармацевтических кадров;

- формирование здорового образа жизни, в том числе отказа от вредных привычек, обеспечение санитарно-эпидемиологического здоровья населения.

Порядок разработки Федеральных целевых программ, утвержден Постановлением Правительства в п.10 которого определены требования к содержанию разделов ЦП[148]:

1. Постановка проблемы и обоснование необходимости ее решения программными методами.

2. Наличие формулировки целей и задач ЦП с указанием целевых индикаторов и показателей.

3. Перечень мероприятий целевой программы.

4. Обоснование ресурсного обеспечения, необходимого для реализации программы.

5. Формы и методы управления реализацией целевой программы;

6. Описание социальных, экономических и экологических последствий, которые могут возникнуть при реализации целевой программы, общую оценку вклада целевой программы в экономическое развитие, а также оценку эффективности расходования бюджетных средств.

Представленные региональные программы анализировались нами в части детей и подростков, так как в других ее разделах население не было дифференцировано по возрасту.

В соответствии с вышеизложенными требованиями был проведен аудит 57 (69%) из 83 подпрограмм «Профилактика вредных привычек формирования здорового образа жизни, рационального питания детей и подростков», который выявил следующее.

1. В аналитической части большинства представленных программ отсутствовала оценка здоровья населения в части заболеваемости, инвалидности и смертности, как основы для выявления факторов риска и планирования на этой основе мероприятий по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и профилактике неинфекционных заболеваний (НИЗ).

2. Цели, направленные на профилактику НИЗ в ряде программ были отрывочны, бессистемны, не имели конкретных сроков исполнения и индикаторов эффективности.

3. Запланированные на уровне региона финансовые ресурсы на реализацию подпрограмм колебались от 60 копеек до 60 рублей в год в среднедушевом исчислении. Столь резкая дифференциация позволяет предположить, что медицинское сообщество страны не готово определить адресные мероприятия и оценить их эффективность.

4. Анализ доступности профилактических медицинских услуг был выполнен без учета региональных особенностей здравоохранения, опирался на концепцию оказания первичной медицинской помощи, традиционно ориентированную на болезнь и ее лечение, а не на нужды человека в отношении здоровья, не учитывался и возрастно-половой аспект профилактических мероприятий.

Следующий этап анализа представленных подпрограмм базировался на контент-анализе. Требования Порядка разработки Федеральных целевых программ оценивались по десяти признакам - каждый по пятибалльной шкале.

Макет матрицы контент-анализа представлен в табл. 6.4. Она включает перечень оцениваемых признаков и результаты оценки экспертов по восьми, случайно отобраным территориям.

Таблица 6.4- Матрица соответствия региональных программ профилактики требованиям Порядка разработки Федеральных целевых программы.

Критерии оценки программ		Перечень территорий							Σ баллов	
		I	II	III	IV	V	VI	VII		
1. Анализ ситуации и постановка проблемы		0	0	1	1	0	0	2	2	6
Цели	2. Достижимы	2	0	0	3	1	2	1	0	10
	3. Измеряемы	1	1	0	1	1	1	0	0	4
	4. Привязаны к временному графику	1	3	1	1	1	1	1	1	8
Задачи	5.Необходимы и достаточны для достижения целей программы	2	1	3	3	3	2	2	2	20
	6.Срок решения задачи не превышает времени достижения соответствующей цели	2	2	0	2	1	2	1	1	10
	7.Указаны значения целевых индикаторов и показателей по годам	2	2	1	3	3	1	2	1	15
Мероприятия	8.Взаимосвязь мероприятия и ожидаемых результатов с целевыми индикаторами и показателями	1	1	2	3	2	0	1	2	13
	9. Заинтересованные в реализации каждого мероприятия организации или группы населения	2	1	2	4	2	1	2	0	14
10. Обоснованность ресурсного обеспечения		2	2	11	3	2	1	2	2	15
Сумма баллов		15	13	11	24	16	11	14	11	115

В целом, контент-анализ, включающий 57 программ показал следующее.

1. Формальным требованиям Порядка, представленным десятью признаками, не соответствовала ни одна подпрограмма. В идеальном варианте общая оценка одной подпрограммы должна была составлять 50 баллов, а суммарно по всем подпрограммам - 2850 баллов. Реально общая оценка составила 820 баллов (29%).

2. По разделу подпрограмм «анализ ситуации и постановка проблемы» максимальная суммарная оценка должна была составить 285 баллов, а реально получили 83 балла (29%).

3. Наибольшие трудности при планировании были связаны с оценкой достижения конкретного результата и привязкой его к временному графику. Здесь из 885 возможных баллов подпрограммы набрали 171 балл (20%). При этом, в определении потенциальной измеримости цели в основном использовались формулировки без количественных индикаторов: «стабилизация численности населения», «снижение смертности от неинфекционных заболеваний», «удовлетворенность медицинской помощью», «сокращение количества выкуренных сигарет». Инструментарий для измерения целей в программах, как правило, отсутствовал.

4. Взаимосвязь мероприятия и ожидаемых результатов с целевыми индикаторами и показателями оценена в 93 балла, тогда как максимум составил 285 баллов.

5. Заинтересованные в реализации каждого мероприятия организации или группы населения при максимальной оценке 285 баллов получили 100 баллов.

6. Обоснованность ресурсного обеспечения оказалось тоже проблемной зоной подпрограмм. Запланированное на уровне региона финансирование не было ориентировано на получение конкретных результатов как в годовом, так и в итоговом диапазоне. Максимальное количество баллов по данному признаку составляло 285, а экспертная оценка составила 107 баллов.

Таким образом, контент-анализ позволил выявить три типа нарушений логики программно-целевого планирования:

- проблемной ситуации соответствует несколько целей;

- решение проблемы финансируется без конкретного экономического обоснования;

- не обосновывается социально-экономическая эффективность подпрограммы.

Использование контент-анализа на этапе разработки профилактической программы позволяет избежать указанных недочетов и сконцентрировать внимание на основных проблемных зонах тактического и стратегического характера, присущих конкретному региону.

Комплекс профилактических мероприятий, представленный в подпрограммах недостаточно ориентирован на своевременное выявление и воздействие на факторы риска неинфекционных заболеваний и поведенческих факторов у детей и подростков, требующих пристального внимания специалистов различного профиля (Приказ Минздравсоцразвития РФ №597, на основании которого в России открыто 702 ЦЗ) [152] .

Следует особо подчеркнуть, что технология ЦЗ отвечает основным принципам единой профилактической среды и включает[132]:

-единство с европейскими стандартами трехэтапного выявления факторов риска: анкетирование, инструментальные и лабораторные данные, осмотр;

-единую информационную систему регистрации и хранения данных;

-синергию занятий по ЗОЖ в учреждениях здравоохранения и образования;

-направленность семьи на ЗОЖ.

В деятельности ЦЗ существует ряд проблемных зон медицинского, организационного и технологического характера, подробно описанные в параграфе 6.2. Вместе с тем, наличие проблем не помешало пройти обследование в ЦЗ за 2010-2012 гг. более 5 млн. населения страны. Однако эффект от работы данных подразделений мог бы стать значительно больше, если бы указанные выше проблемы нашли отражение при планировании профилактических мероприятий.

В представленных подпрограммах деятельность ЦЗ не была проанализирована и не получила дальнейшего развития в территориях, с преимущественно

сельским населением, низкой его плотностью и климато-географическими особенностями. Только два субъекта Федерации представили опыт работы передвижных семейных ЦЗ, однако, не обосновали их деятельность с учетом нормативной базы и экономической целесообразности.

В ходе приемки программ была выявлена несогласованность мероприятий по профилактике неинфекционных заболеваний на уровне системы здравоохранения и слабая межотраслевая интеграция. В значительной степени это произошло в связи с неисполнением или неполным исполнением в субъектах федерации Приказа МЗ РФ 455[156], согласно которому организационно-методическая роль, межсекторальное и многоуровневое взаимодействие по формированию ЗОЖ и профилактике НИЗ в субъектах Федерации возложена на республиканские, краевые, областные центры медицинской профилактики (ЦМП), которые, как выяснилось:

- в трети субъектов Федерации не созданы или ликвидированы;
- в ряде субъектов Федерации их функции возложены на отделения профилактики территориальных городских поликлиник.

В имеющихся ЦМП, вопреки приказа МЗ № 455, отсутствуют (или ликвидированы) отделы маркетинга и мониторинга, что не позволяет:

- изучать и формировать потребность в различных видах профилактики;
- определять точки входа профилактики таких задач общественного здравоохранения, как ВИЧ/СПИД, психическое здоровье, токсикомания, преднамеренное и непреднамеренное насилие и т.п.;
- использовать новые информационные возможности, которые позволяют трансформировать популяционную стратегию профилактики в групповую и индивидуальную[5;108; 129;197;182; 206].
- осуществлять мониторинг здоровья.

Воссоздание ЦМП на новой основе требует аргументированного планирования материально-технических, информационных и кадровых ресурсов. Особое внимание следовало бы уделить деятельности ЦМП в регионах повышенного риска, связанному с наркоманией (территории Юго-Восточной Сиби-

ри, Северо-Запада России, мегаполисы, крупные города и др.). Здесь мы считаем целесообразным обратить внимание на частоту подростковых суицидов, по которым Россия устойчиво занимает лидирующие позиции в мире [176]. Однако, это направление также не нашло отражения в представленных подпрограммах за исключением Красноярского края.

Проблемной зоной для разработчиков подпрограмм является и подбор индикаторов, отражающих эффективность запланированных мероприятий, ориентированных на факторы риска и половозрастные особенности поведения, которые в последующем можно использовать для мониторинга здоровья, представляющего собой систему контроля заболеваемости, инвалидности и смертности. Эффективность его организации и проведения связана с тем, что многие заболевания, стартовав в детстве, приводят к хронизации патологий, что, в свою очередь, усиливает нагрузку на систему здравоохранения.

Бесспорно, что количество раз потребления фруктов и овощей в день, выкуренных сигарет и потребленного алкоголя, а также возраст старта вредных привычек могут быть использованы в качестве индикаторов эффективности. Однако нельзя забывать и о таких показателях здоровья, как гигиена полости рта, физическая активность, сексуальное поведение и др.

Не использовались в качестве индикаторов показатели здоровья молодежи, заложенные в электронный комплекс «Здоровье-экспресс» ЦЗ. В ходе приемки и оценки программ территориям было рекомендовано пользоваться универсальными индикаторами эффективности, представленными в Государственной программе развития здравоохранения РФ до 2020 года [60], которые целесообразно дополнить индикаторами, отражающими приоритетные направления профилактики в соответствии с особенностями здоровья и условий жизни соответствующих групп населения на уровне субъекта Федерации.

Дополнительно могут быть использованы и индикаторы ВОЗ, дифференцированные по факторам риска, по результатам, по действиям [124].

Проблемной зоной является организация мониторинга здоровья. В образовательных учреждениях его можно осуществлять с помощью технологии

скрининг диагностики в виде АКДО - (автоматизированного комплекса диспансерных обследований), который позволяет оценить состояние здоровья по ряду показателей: физическое развитие, физическая подготовленность, острая заболеваемость по обращаемости и пропуску занятий по болезни, частота отклонений артериального давления от возрастно-половых норм, комплексная оценка по группам здоровья[22].

Таким образом:

1. Организация Минздравом РФ процедуры предварительного заслушивания и оценки региональных профилактических программ «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации» с участием специалистов по профилактике способствовало определению приоритетов профилактики с учетом региональных особенностей здравоохранной стратегии, конкретизировать и расширить подпрограммы «Профилактика вредных привычек, формирования здорового образа жизни, рационального питания детей и подростков».

2. Для обоснования базиса профилактических мероприятий на региональном уровне целесообразно провести SWOT-анализ региональной здравоохранной стратегии в части трендов заболеваемости, инвалидности и смертности населения, выявить сильные и слабые стороны деятельности учреждений здравоохранения, межотраслевой координации, выстроить алгоритм для решения задач, связанных с организацией мониторинга здоровья.

3. Контент-анализ профилактических программ на этапе их разработки позволяет избежать нарушений логики программно-целевого планирования.

4. В ряде субъектов Федерации не созданы республиканские, краевые, областные центра медицинской профилактики, что препятствует координации деятельности по медицинской профилактике как на отраслевом, так и межведомственном уровнях. В имеющихся учреждениях ликвидированы отделы маркетинга и мониторинга, что не позволяет изучать и формировать потребность различных групп детского населения в профилактических услугах и организовать мониторинг их здоровья.



5. В качестве индикаторов здоровья молодежи целесообразно использовать Перечень, представленный в Государственной программе развития здравоохранения РФ до 2020 года, который целесообразно дополнить индикаторами, отражающими приоритетные направления профилактики в соответствии с особенностями здоровья и условий жизни на уровне субъекта Федерации. Дополнительно могут быть использованы и индикаторы ВОЗ дифференцированные по факторам риска, по результатам, по действиям.

### ***6.3.2 Статистические индикаторы эффективности здравоохранной стратегии***

Исследования здоровья молодежи в последние годы концентрируются на заболеваемости, инвалидности и смертности, причем с акцентом на выраженную региональную компоненту. Полученные результаты интерпретируются с позиции их коррекции на различных уровнях оказания медицинской помощи. Причем, профилактические мероприятия опираются на модели оказания первичной медицинской помощи, ориентированные на болезнь и ее лечение или лечение приоритетного заболевания.

В этой связи следует особо отметить, что данные модели не отражают структурных изменений в оказании первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на человека (модель, рекомендованная ВОЗ). В ВОЗовской модели основной акцент делается на нужды человека в отношении здоровья, а основой их реализации становятся:

- длительные индивидуальные отношения между производителями и потребителями медицинских услуг;
- комплексное и непрерывное оказание помощи в соответствии с индивидуальными нуждами.

Модель ВОЗ отвечает требованиям парадигмы российского здравоохранения - от здоровья индивидуума к здоровью популяции. В качестве маркеров такой модели предлагается уменьшение количества выкуренных сигарет, увеличение потребления овощей, большая физическая активность и т.п. По своей

сути это субъективные факторы, по которым нельзя отследить постепенно меняющуюся модель оказания первичной помощи.

Нами предлагаются маркеры эффективности ВОЗовской модели, среди которых ведущее место занимает анализ поводов для визитов врача молодыми людьми. В главе 3 проведен подробный анализ около 100 тысяч обращений, закодированных по XXI классу МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00-Z99»), которые отражают случаи обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, вне связи с заболеваниями.

Установлено, что посещения собственно с профилактической целью носят единичный характер. Это, прежде всего, консультации по вопросам репродуктивного здоровья, образа жизни, питания, курения, потребления алкоголя, переутомления, физической активности и пр. Характерно, что от 2009 к 2011 г. доля этих обращений в структуре «Z» - класса возросла с десятых долей процента до нескольких процентов. По-видимому, активная информационная кампания по оздоровлению образа жизни, а также открытие Центров здоровья начали позитивно сказываться на формировании самосохранительного поведения молодежи.

Вместе с тем, практически отсутствуют такие поводы обращений, как проблемы, связанные с обучением, с отсутствием работы или угрозой ее потерять, с неблагоприятными условиями труда, жилищными условиями, с низкими доходами, с факторами социального окружения, с семейными взаимоотношениями или отсутствием семьи, с другими психосоциальными обстоятельствами. Возможно, что сами молодые люди не считают перечисленные обстоятельства жизни потенциальными опасностями для здоровья и потому не обращаются за информацией к медицинским работникам для того, чтобы минимизировать имеющиеся риски. Но нельзя исключить и тот факт, что медицинские работники не рассматривают условия жизни населения в качестве серьезных факторов риска и не готовы работать с группами риска.

Таким образом, увеличение обращений молодых людей, зашифрованных в структуре «Z» -класса может быть использовано в качестве объективного критерия качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

Проведенное нами исследование показало, что в группу маркеров внутрисистемной эффективности целесообразно включить показатели смертности от соматических и внешних причин: онкологические заболевания и болезни органов пищеварения, алкогольные и неалкогольные отравления. Если в отношении онкологических заболеваний ситуации и тенденции в решающей мере зависят от эффективной деятельности здравоохранения, то алкоголь-ассоциированные причины – важнейший маркер социального благополучия населения и его образа жизни. В этой связи принципиального улучшения ситуации в крае можно добиться только комплексными усилиями всех общественных институтов (здравоохранение, правоохранительные органы, образование), при адресной их направленности на группы риска, в которую входят в первую очередь слабо социально адаптированные слои с низким образовательным цензом и профессиональным статусом.

Исследование показало, что молодежь в целом адекватно оценивает свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения. Вместе с тем, выявлена низкая степень готовности изменить свой образ жизни у много пьющих и курящих респондентов, которая связана не с отсутствием знаний о вреде алкоголя и курения, а о формировании зависимости, от которой респонденты самостоятельно, по-видимому, уже не способны избавиться.

По результатам исследования оказалось, что нет ни одной проблемы личного характера, или из области государственной политики, или касающейся положения и имиджа молодежи в обществе, которая служила бы серьезной помехой для того, чтобы прожить желаемое число лет подавляющему большинству респондентов. Это касается и мужчин и женщин, и студентов ВУЗов и учащихся колледжей. Все рассмотренные проблемы имеют значение, но лишь для ограниченного круга опрошенных, наиболее часто от десятой до пятой ча-

сти респондентов. Иными словами, нет нескольких ключевых универсальных проблем, решив которые, можно было бы добиться существенного роста продолжительности жизни. Действовать необходимо по широкому кругу направлений, что будет способствовать формированию профилактической платформы здоровьесберегающего поведения молодежи и получить заметный синергетический эффект.

Внедрение в систему «здравоохранения для молодежи» дифференцированных критериев оценки конечного результата, а также дополнительных (промежуточных) критериев на этапах медицинской профилактики (оценка процесса) [262] позволяет направить усилия здравоохранения на снижение предотвратимых потерь здоровья от заболеваемости и смертности. При этом следует применять количественные и качественные критерии. Источники информации: данные статистики, социологических опросов, диспансеризации.

В части медицинской статистики следует отметить, что отсутствие единого подхода к возрасту «молодежь» вызывает определенные затруднения. Так, анализ причин заболеваемости по обращаемости – (Ф.№12), заполняемая в детских поликлиниках имеет градацию 15-17 лет (юноши и девушки). При заполнении ее во взрослых поликлиниках (возрастная дифференциация существует относительно 2- групп населения: 18-59 лет и старше 60 лет).

В то же время форма № С-51 «Распределение умерших по полу, возрастным группам и причинам смерти» интегрированная с ВОЗовской базой данных позволяет анализировать ситуацию в возрастном диапазоне до 30 лет.

Еще одним препятствием для анализа здоровья молодежи и разработки адекватных мер профилактики является сосредоточение статистических отчетных форм в различных ведомствах. Например, отчетная форма 7-в, касающаяся учета инвалидности.

Несмотря на значительные изменения в системе охраны здоровья молодежи в последнее десятилетие, многочисленные данные литературы свидетельствуют о том, что по всем показателям заболеваемости, инвалидности и смертности имеются значительные резервы для улучшения состояния здоровья.

Таблица 6.5- Критерии оценки эффективности медицинской профилактики

	Первичная профилактика	Вторичная профилактика	Третичная профилактика
Государственная медицинская статистика (отчетные формы)	Показатели заболеваемости репродуктивной сферы юношей и девушек. Число лиц, состоящих на учете по поводу ИППП, гепатита, туберкулеза. Заболеваемость управляемыми инфекциями.	Число лиц, охваченных регулярными профилактическими осмотрами и состоящих на диспансерном учете.	Число молодых инвалидов, для которых не разработана ИПР (в статистике соцзащиты).
Количественная характеристика	Супруги, ограничившие / прекратившие курение, прием алкоголя, токсических веществ в период планирования семьи, беременности. Увеличение числа лиц 15-17,18-29 лет) не курящих, не употребляющих алкоголь, др. токсические вещества. Повышение возраста детей, впервые попробовавших курение, алкоголь, др. токсические вещества. Повышение возраста юношей и девушек, впервые вступивших в половые контакты.	Число лиц в возрасте 15-34 года, состоящих на учете по поводу ХНИЗ. Число лиц, выявленных / взятых на диспансерный учет на поздних стадиях заболевания.	Число молодых инвалидов, для которых реабилитация не доступна.
Качественная характеристика	Получены рекомендации по ЗОЖ после профилактических осмотров (следуют им./не следуют). Не получены рекомендации по ЗОЖ. Количество обратившихся с профилактической целью, какой (15-17 лет, 18-29). Удовлетворены полученной консультацией. Следуют рекомендациям, проблема разрешена.	Известны и выполняются рекомендации после профилактических осмотров. Удовлетворенность консультированием / лечением по конкретному заболеванию. Следуют рекомендациям. Не следуют рекомендациям – причина. Не удовлетворены, потому, что... Наблюдаются в др. месте, потому что...	ИПР разработана, но не выполняется, потому что... ИПР разработана, выполняется, но не дает результата, потому что... Наблюдаются в др. месте, потому что...

Особенностью оценки эффективности медицинской профилактики среди молодежи является возрастной фактор. Нами предложены индикаторы оценки эффективности медицинской профилактики (табл. 6.5). В их основу положены статистические формы учета заболеваемости, инвалидности и смертности, диспансеризации, а также параметры, отражающие качественные и количественные характеристики молодежной популяции.

### ***6.3. 3 Базис управления инновационными процессами***

Наиболее эффективные программы, ориентированные на молодежь, осуществляются на государственном уровне при поддержке общества в целом и нацелены на уменьшение бедности и повышение социального равенства [74]. Следующими по эффективности мерами являются скоординированные государственные стратегии, например, в области ценообразования, законодательства и другие (например, наиболее эффективными мерами борьбы против употребления табака являются повышение цен на табачные изделия, запрет на их рекламу, запрет на курение в общественных местах и принятие законодательства, запрещающего продажу табачной продукции молодым людям).

Многосторонние меры, предпринимаемые одновременно на национальном, региональном и муниципальном уровнях, повышают эффективность общих кампаний по укреплению здоровья. Наименее эффективными мерами по укреплению здоровья являются мероприятия, направленные на борьбу с отдельными явлениями, содержащие «негативные послылы» и осуществляемые лишь на одном уровне общества.

Вышеизложенное послужило основанием для разработки профилактической платформы здоровьесберегающего поведения молодежи, как составной части единой профилактической среды в стране.

В нашем исследовании под платформой здоровьесберегающего поведения понимается система мер федерального, регионального и муниципального уровней, базирующаяся на международной и отечественной нормативно-правовой базе, учитывающая региональные особенности и возможности си-

системы здравоохранения по формированию здоровьесберегающего поведения молодежи.

Эффективность мер обеспечивается путем взаимодействия системы здравоохранения, научных учреждений, ряда министерств, бизнеса и общественных структур.

Органом, координирующим межведомственную деятельность по профилактике в РФ является Правительственная комиссия по вопросам охраны здоровья граждан, возглавляемая Премьер-министром страны ( Распоряжение Правительства Российской Федерации от 8 октября 2012 г. № 1864-р ).

Компетенция комиссии определяется статьей 2 § 2. ФЗ 323 [210]: «Охрана здоровья граждан (далее - охрана здоровья) - система мер политического, экономического, правового, социального, научного, медицинского, в том числе санитарно-противоэпидемического (профилактического), характера, осуществляемых органами государственной власти Российской Федерации, органами государственной власти субъектов Российской Федерации, органами местного самоуправления, организациями, их должностными лицами и иными лицами, гражданами в целях профилактики заболеваний, сохранения и укрепления физического и психического здоровья каждого человека, поддержания его долголетней активной жизни, предоставления ему медицинской помощи».

База формирования здоровьесберегающего поведения молодежи:

1. Цели тысячеления ООН
2. Доклад ВОЗ «Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 годы» [70].
3. «Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации» [60] и аналогичные программы всех субъектов Российской Федерации
4. Рекомендации совещания Министров здравоохранения по глобальной профилактике, состоявшемся в Москве 28-29 апреля 2011 г

Цели развития тысячелетия ООН. 1 глобальные действия по профилактике ВОЗ	индикаторы эффективности	мониторинг здоровья в части риска развития ХНИЗ у прикрепленного населения	повышение информированности молодежи, снижение числа лиц, употребляющих табак, алкоголь, контроль питания	возрастно-половые модели поведения молодежи в субъекте РФ	разработка популяционной стратегии предупреждения факторов риска развития ХНИЗ	Законодательная и нормативная база профилактики в РФ
	медико-организационный блок	заболеваемость как основа для разработки профилактических мероприятий в АПУ	оптимизация деятельности профилактических учреждений (ЦЗ, ЦМП)	разработка целевых программ профилактики ХНИЗ	контент-анализ региональных профилактических программ субъектов РФ	
	аналитический блок	анализ уровня и структуры заболеваемости по МКБ-10. исчерпанная заболеваемость в АПУ	SWOT-анализ медицинских учреждений, оказывающих профилактические услуги (ЦЗ, ЦМП)	мониторинг распространенности факторов риска ХНИЗ в субъекте РФ	оценка социально-гигиенических, демографических и экономических детерминант здоровья молодежи РФ	
	информационный блок	базы данных поликлиник: обращаемость молодежи за амбулаторной помощью	порядки и стандарты оказания профилактической медицинской помощи (по возрасту, полу)	базы данных территориальных МИАЦ и фондов ОМС по факторам риска ХНИЗ	материалы Росстата и Минздрава РФ по ведущим показателям	
	<b>Правительственная Комиссия по вопросам охраны здоровья граждан</b>					

Рис. 6.7. Профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи



Перечисленные документы одной из основных своих целей определяют содействие развитию национального потенциала стран для проведения эффективной медико-организационной и научно-исследовательской деятельности в области профилактики неинфекционных заболеваний и борьбы с ними.

Разработанная нами платформа здоровьесберегающего поведения молодежи (рис. 6.7) представляет собой четырехуровневую матрицу взаимосвязанных блоков: информационного, аналитического, медико- организационного и индикаторы эффективности (по вертикали).

По горизонтали каждый из четырех блоков информационного уровня включает меры, направленные на решение задач, связанных с парадигмой здравоохранной стратегии - от здоровья индивидуума к здоровью популяции

Таким образом, профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи, представляет собой методологию управления инновационными процессами профилактики и включает: программно-целевое планирование мер профилактики, мониторинг здоровья, ориентированный на различные медико-демографические группы молодежи, индикаторы эффективности и информационно-методическое обеспечение здравоохранной стратегии субъекта Федерации.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучены особенности заболеваемости молодежи в условиях стабильной трехлетней ситуации 2009-2011 гг. Проведенный анализ позволил выявить некоторые особенности заболеваемости молодежи и обращаемости ее за медицинской помощью.

В поликлиники по месту жительства в среднем в течение года обращаются за медицинской помощью около 15% молодых людей в возрасте от 18 до 35 лет. Вариация этой доли зависит от структуры прикрепленного населения, в частности, от числа учащихся, которые обслуживаются студенческой поликлиникой или прикреплены к определенному ЛПУ.

В свою очередь, рост или сокращение обращаемости существенно сказываются на уровнях учтенной первичной заболеваемости молодежи, а также ее гендерных, возрастных и нозологических особенностях.

Если рассматривать возрастную траекторию заболеваемости, то снижение обращаемости сказывается, прежде всего, на возрастных группах до 20 лет. Если за медицинской помощью обращается около пятой части молодых людей, то пик заболеваемости приходится на возраст 18-19 лет, т.е. молодые люди «не теряются» при переходе из детской во взрослую сеть. Чем меньшая часть молодежи в среднем обращается за медицинской помощью, тем на более поздний возраст приходится пик учтенной заболеваемости. Еще одна возрастная группа, на которой сказывается снижение обращаемости, - это молодые люди старше 30 лет. Чем ниже в среднем обращаемость за медицинской помощью, тем ниже учтенная первичная заболеваемость 30-34-летних, прежде всего, женщин.

При любых уровнях обращаемости пятерку основных причин заболеваемости молодежи определяют: болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, глаза, нервной системы, и болезни органов пищеварения, определяющие более половины новых случаев болезней. Вместе с тем, в зависимости от уровня обращаемости значимость отдельных причин, и соответственно соотношение их в структуре первичной заболеваемости – меняется. При сокращении обращаемости за медицинской помощью (с 20% до 10% молодых людей из числа

прикрепленного населения), снижается выявление практически всех основных видов патологии. Заболеваемость болезнями органов дыхания сократилась на 40,8-28,4% (соответственно женщин и мужчин), болезнями костно-мышечной системы – на 33,3-4,3%, глаза на 22,0-2,3%, органов пищеварения на 16,8-8,1%. Тенденции сокращения заболеваемости касаются в разной степени и менее распространенных причин.

Еще одна характерная черта для более низких уровней обращаемости – сближение показателей учтенной заболеваемости для мужчин и женщин. Если за медицинской помощью обращается не менее пятой части молодых людей, показатели заболеваемости женщин суммарно по всем причинам выше на 20%. Более высокое превышение характерно для: болезней глаза, нервной системы, эндокринной системы, и особенно мочеполовой системы. У мужчин более высокие показатели отмечаются только в отношении травм и отравлений. Если в ЛПУ обращается лишь десятая часть молодых людей, то уровни учтенной заболеваемости мужчин и женщин выравниваются. У женщин сохраняется некоторое превышение заболеваемости для болезней эндокринной и мочеполовой системы. Что касается превышения мужских уровней заболеваемости, то они сохраняются не только для травм и отравлений, но и отмечаются для болезней костно-мышечной системы и болезней системы кровообращения.

Помимо заболеваний, ставших причиной обращения за медицинской помощью, существует еще довольно много поводов, приводящих людей в учреждения здравоохранения. В МКБ-10 эти поводы объединены в XXI класс «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00-Z99»). Анализ поводов обращения в учреждения здравоохранения вне связи с заболеваниями, выявил имеющиеся проблемы и резервы усиления профилактической направленности в деятельности первичного звена.

Поводы обращений практически ограничиваются медицинскими осмотрами и иммунизацией.

Единичный характер имеют случаи обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функ-

ции. Вместе с тем, поводов для таких обращений в рассматриваемой группе населения более чем достаточно. Это, прежде всего, консультации по вопросам контрацепции, обследования и тесты на установление беременности, наблюдение за течением беременности, антенатальный скрининг, послеродовая помощь и обследование. По-видимому, случаи обращения по этим поводам кодируются в других классах МКБ, тем самым завышая уровни заболеваемости женщин репродуктивного возраста.

Единичный характер носят обращения по вопросам образа жизни, поскольку они включают консультации по вопросам питания, курения, потребления алкоголя, переутомления, физической активности и пр. Характерно, что от 2008 к 2010 г. доля этих обращений в структуре «Z» - класса возросла с десятых долей процента до нескольких процентов. По-видимому, активная информационная кампания по оздоровлению образа жизни, а также открытие Центров здоровья начали позитивно сказываться на формировании самосохранительного поведения молодежи.

Важно отметить, что одна группа причин обращений в структуре «Z» - класса практически ни разу не встретилась среди анализируемого массива случаев: это «потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами». К таким опасностям относятся: проблемы, связанные с обучением (низкий уровень образования, плохая адаптация к учебному процессу, стресс, связанный с провалом на экзаменах и пр.), с отсутствием работы или угрозой ее потерять, с неблагоприятными условиями труда, с неблагоприятными жилищными условиями, с низкими доходами, с факторами социального окружения, с семейными взаимоотношениями или отсутствием семьи, с другими психосоциальными обстоятельствами. Возможно, что сами молодые люди не считают перечисленные обстоятельства жизни потенциальными опасностями для здоровья и потому не обращаются за информацией к медицинскому работнику для того, чтобы минимизировать имеющиеся риски. Но нельзя исключить и тот факт, что медицинские работни-

ки не рассматривают условия жизни населения в качестве серьезных факторов риска и не готовы работать с группами риска.

В течение всего периода реформ наименее благополучно развивались тенденции смертности в молодежной среде, в результате чего именно для этой группы российского населения сложился максимальный отрыв от европейских стран, не только западных, но и стран Центральной и Восточной Европы (ЦВЕ). За четверть века с 1980 г. по 2005 г. смертность молодых мужчин в России выросла более чем на 25%, их ровесниц – более чем на 40%, при этом смертность европейских мужчин снизилась почти на 60%, их ровесниц – более чем на 70%.

С 2005 г. сформировался отчетливый позитивный тренд сокращения смертности, в результате чего смертность мужчин к 2011 г. сократилась на 13,7%, женщин – на 33,2%. Вместе с тем, поскольку смертность продолжала сокращаться и у европейской молодежи, разрыв хоть и уменьшился, но далеко не преодолен. В 2011 г. смертность молодых российских мужчин превышала показатели их сверстников в развитых странах в 4,5 раза, в странах ЦВЕ – в 3 раза, для женщин разрыв составил 3,7 раза.

Категория молодежи объединяет в себе возрастные группы, существенно различающиеся не только по уровням, но и по тенденциям смертности. Чем старше возраст, тем выше уровни смертности и более неблагоприятны тенденции. Только для 15-19-летних к 2011 г. достигнуты минимальные уровни смертности, которые отмечались в 1987 г., для групп старше 20 лет, и мужчин, и женщин, сохраняется превышение смертности в сравнении с минимальными уровнями в период антиалкогольной кампании.

Серьезным фактором замедления благоприятной динамики является региональный аспект проблемы. Даже в период активного сокращения смертности с 2005 г. имеется ряд территорий, в которых смертность или снижается крайне медленно, или даже растет. В регионах - экономических лидерах негативные тренды смертности молодежи связаны главным образом, с значительным миграционным влиянием на смертность, поскольку большая часть мигрантов – это молодые люди, а состояние здоровья их и риски смерти существенно

выше, чем для постоянного населения в силу неблагоприятных условий жизни и труда.

В экономически депрессивных регионах отсутствие позитивных трендов смертности среди молодежи может объясняться проблемами безработицы, социальной нереализованностью, отсутствием перспектив.

В 1990-е – 2000-е годы ситуация со смертностью молодежи в Красноярском крае развивалась более позитивно как на фоне Сибирского округа, так и страны в целом: у мужчин смертность за 1989-2011 г. снизилась на 18,7% против ее роста в Сибири (на 8,8%) и возвращения к уровням конца 1980-х годов в России; у женщин темпы роста смертности были впятеро ниже, чем в Сибири, и втрое, чем в России (5,7% против 28,1% и 15,0% соответственно). И у мужчин, и у женщин лучшая динамика определялась как менее выраженными негативными трендами до 2005 г., так и более выраженными позитивными тенденциями последнего периода (2005-2011 г).

Позитивные тренды 1989-2011 гг. в мужской популяции края на фоне негативных трендов в Сибири и России определялись снижением смертности от внешних причин и неточно обозначенных состояний и менее выраженными негативными тенденциями от всех соматических патологий, кроме новообразований: онкологическая смертность молодых мужчин в крае выросла, в округе и стране – снизилась более чем на четверть. В женской популяции кратно меньшие, чем в Сибири и России, темпы роста смертности были обусловлены лучшими, чем в округе и стране в целом, тенденциями смертности от всех причин, кроме онкологии и болезней органов пищеварения.

Вследствие отмеченных тенденций за рассматриваемый период отставание по уровням смертности молодежи Красноярского края от России значительно сократилось, а смертность молодежи в Сибири оказалась выше, чем в крае, что определялось всеми ведущими причинами смерти, кроме новообразований и болезней органов пищеварения.

Тенденции смертности молодых женщин в Красноярском крае и до, и после 2005 г. были худшими, нежели у их ровесников, что определялось всеми

ведущими причинами смерти, кроме онкологических заболеваний. Отметим, что в Сибири и России эти гендерные соотношения оказались сходными в целом за период 1989-2011 г., однако в 2005-2011 г. эта ситуация определялась менее выраженными, чем у мужчин, позитивными тенденциями у женщин; а до 2005 г. потери в мужской популяции заметно (особенно в Сибири) превышали таковые у молодых женщин.

Травмы и отравления – ведущая причина смерти в молодых возрастах – характеризовались более позитивной динамикой в крае и на окружном и на российском фоне. В свою очередь, эта динамика была обусловлена всеми ведущими внешними причинами, кроме алкогольных и неалкогольных отравлений. Вследствие этого в настоящее время доля алкогольных и особенно неалкогольных отравлений в травматической смертности молодых жителей Красноярского края оказалась аномально высокой (у мужчин 3,7% и 13,1% против 2,5% и 7,1% в России, у женщин 4,7% и 12,2% против 2,5% и 8,3% соответственно). При этом смертность от прочих (неалкогольных) отравлений на  $\frac{3}{4}$  у мужчин и более чем наполовину у женщин определяется отравлениями наркотическими, примерно на четверть у мужчин и на треть у женщин – отравлениями токсическими парами.

Масштабы потерь, обусловленных поведенческими факторами риска (алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией) существенно возрастают, если учитывать не только отравления, но и соматическую смертность, ими обусловленную. Так, даже если учитывать алкогольную смертность только по диагнозам с прямым указанием на алкогольную этиологию, потери молодежи Красноярского края увеличивается на четверть (на 27,8% в мужской и на 21,1% в женской популяции). Если же исходить из нозологического спектра соматической смертности молодежи Красноярского края, можно с высокой степенью вероятности указать, что в 2008 г. в Красноярском крае 26,3% смертей молодых мужчин от соматических патологий и 16,9% - молодых женщин были обусловлены тремя факторами риска – алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, причем в первую очередь поражалась пищеварительная система. В целом же можно

констатировать, что каждая пятая смерть лиц 15-29 лет прямо или косвенно была обусловлена алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или их сочетанием.

Не только алкогольная компонента смертности молодежи оказывается существенно больше, чем об этом свидетельствуют данные официальной статистики, но и уровень насильственной смертности также недоучитывается. Детальный анализ смертности от внешних причин показал, что реальный уровень убийств среди молодых жителей Красноярского края в 2008 г. превышал официальные показатели 1,5-кратно, среди их ровесниц – на 37,1%; самоубийств – на 31,6% и в 1,5 раза соответственно.

Еще одним потенциальным резервуаром смертности от внешних причин, или же причин, обусловленных поведенческими факторами риска, является такой размытый класс, как «Симптомы, признаки и неточно обозначенные состояния», число смертей от которого среди молодежи Красноярского края только в 2000-е годы достигло 1200 человек. Это еще более расширяет масштабы потерь, обусловленных травмами, а также алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией.

Таким образом, в настоящее время специфической проблемой здоровья молодежи Красноярского края являются среди соматических причин – онкологические заболевания и болезни органов пищеварения, среди внешних – алкогольные и неалкогольные отравления. Отметим, что если онкологическую смертность, с ее не выясненной до конца этиологией, в этих возрастах следует считать эндогенной, то, как показал анализ данных полицейской базы, смертность от болезней органов пищеварения, и, тем более, алкогольных и неалкогольных отравлений, следует считать полностью экзогенной и в высокой мере социально обусловленной. Представляется, что подобная ситуация определяется как общими для России факторами – до конца не исчерпанными негативными социальными последствиями 1990-х годов, приведшими к формированию существенного слоя лиц, слабо социально адаптированных, с присущим им девиантным поведением, так и таким специфическим для края фактором, как пролега-



ние по его южным регионам наркотрафика из Казахстана на Урал и в Центральную Россию. Представляется, что принципиального улучшения ситуации в крае можно добиться только комплексными усилиями всех общественных институтов (здравоохранение, правоохранительные органы, образование), при адресной их направленности на группы риска, в которую входят в первую очередь слабо социально адаптированные слои с низким образовательным цензом и профессиональным статусом.

В ходе исследования проанализированы социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющие на формирование здоровьесберегающего поведения молодежи. Распространенность саморазрушительных форм поведения в молодежной среде является высокой: к группе риска тяжелых алкогольных последствий можно отнести около 16% мужчин (среднегодовое потребление более 16 л в пересчете на абсолютный алкоголь) и 13% женщин (среднегодовое потребление более 6 л); курящие больше пачки в день - насчитывают около 10% мужчин менее полпроцента женщин.

Социальный портрет групп риска представлен преимущественно разведенными и разошедшимися, а в случае злоупотребления алкоголем - также женщинами, состоящими в неформальных брачных союзах. Отсутствие работы, независимо от предшествующего трудового анамнеза, и сопутствующая этому статусу бедность и/или сужение социальной перспективы повышает риск алкоголизации и курения с тяжелыми последствиями. Для женщин специфическим фактором риска является работа во внебюджетной организации и индивидуальное предпринимательство.

В сравнении с опросом 2006 г. среднелюбовое потребление алкоголя и частота курения у мужчин несколько сократились, у женщин – выросли. Гендерные особенности социального портрета групп риска и динамики саморазрушительного поведения свидетельствуют об ускоренном освоении женщинами мужских ролей и соответствующих форм поведения, что позволяет прогнозировать ухудшение ситуации для женщин по крайней мере в среднесрочной перспективе.

Распространенность форм поведения, ведущих к накоплению факторов риска, проявляющихся в средних возрастах, также сохраняется на высоком уровне. Крайние позиции: и дефицит массы тела и избыточный вес встречаются у 5-10% молодежи. Причем в молодых возрастах нарушения веса практически не связаны с характером питания, а определяются уровнем физической активности, что понижает у молодежи актуальность темы формирования стереотипов здорового питания.

Недооценивается роль полноценного отдыха как фактора восстановления сил и здоровья, особенно лицами, имеющими семью и детей. Расширение категорий тех, кто использует отпуск регулярно и проводит его в активных формах, определяется, прежде всего, расширением средне - и высокодоходных групп образованной и работающей молодежи, не имеющей семьи.

Готовность изменить образ жизни существенно зависит от того, о каких элементах поведения идет речь. В отношении психоактивных веществ (алкоголя и табака) прослеживается влияние зависимости, поэтому, чем выше уровень потребления алкоголя или частота курения, тем реже респонденты готовы изменить свое поведение. Что касается отдыха и характера питания, то перспективы позитивных сдвигов в этом отношении в большей степени определяются повышением информированности и наличием условий для оздоровления образа жизни.

Исследование показало, что значительная часть учащейся молодежи Красноярска (в средних и высших учебных заведениях) имеет низкий уровень самосохранительной культуры, что является существенным фактором риска преждевременной смертности.

К группе тяжелых алкогольных последствий относятся 8,6-6,3% студентов и 8,7-7,4% учащихся, соответственно мужчин, потребляющих в год более 12 л год в пересчете на абсолютный алкоголь и женщин со среднедушевым потреблением более 9 л. К группе риска по последствиям курения относятся лишь около 1% респондентов, т.е. тех, кто выкуривает ежедневно больше пачки. Проблемной группой являются также те респонденты, которые ежедневно вы-

куривают от 10 до 20 сигарет: по данным опроса к этой категории причислили себя 7,7% мужчин и вдвое меньшее число женщин – 3,5%.

Полученные данные соответствуют установленным ранее закономерностям о том, что в России стираются различия по масштабам потребления алкоголя и курения в зависимости от уровня образования, прежде всего в молодежной среде.

Наиболее популярными у молодых людей являются виды физической культуры и оздоровления, подразумевающие возможность коллективных походов и общения (посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра), при этом учащиеся колледжей более привержены регулярным занятиям, чем студенты: 45,7-39,1% среди мужчин и 32,9-20,4% среди женщин.

Диспропорции весо-ростовых характеристик молодежи проявляются как в дефиците массы тела, характерного преимущественно для женщин, причем в равной степени студенток и учащихся колледжей (четверть респонденток имеют пониженный ИМТ), так и в ее избытке, характерном преимущественно для мужчин, и исключительно студентов (пятая часть респондентов имеют повышенный ИМТ).

Среди женщин – половина, а у мужчин немногим менее двух третей респондентов не имеют критериев выбора рациона питания, и еще у пятой части мужчин и трети женщин эти критерии не имеют отношения к здоровому питанию. Единственное отличие женского и мужского подхода к питанию связано с существенно более распространенной среди женщин идеей похудения. Диспропорции ИМТ не стимулируют потребность в знаниях о здоровом питании и следовании рекомендациям.

Молодежь в целом адекватно оценивает свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения. У молодых людей присутствует понимание, что физическая активность – есть неотъемлемый элемент здорового образа жизни, что находит отражение в увеличении позитивных самооценок образа жизни среди тех, кто регулярно занимается физической культурой и сокращением их среди физически пассивных респондентов. Что касается алко-

гольного поведения и курения, то прослеживается четкая зависимость: потребляющие алкоголь и курящие молодые люди в среднем оценивают свой образ жизни как менее здоровый в сравнении с не пьющими и не курящими. Вместе с тем, диспропорции ИМТ, связанные с дефицитом или превышением массы тела, респонденты не рассматривают как угрозу здоровью.

Выявлена низкая степень готовности изменить свой образ жизни у много пьющих и курящих респондентов, которая связана не с отсутствием знаний о вреде алкоголя и курения, а о формировании зависимости, от которой респонденты самостоятельно, по-видимому, уже не способны избавиться.

Все рассмотренные проблемы имеют значение, но лишь для ограниченного круга опрошенных, наиболее часто от десятой до пятой части респондентов. Иными словами, нет нескольких ключевых универсальных проблем, решив которые, можно было бы добиться существенного роста продолжительности жизни. Действовать необходимо по широкому кругу направлений, что позволит получить заметный синергетический эффект.

Обоснование профилактической платформы здоровья молодежи строится на новой парадигме здравоохранения - от здоровья индивидуума к здоровью популяции. Данный подход ориентирован на модели информированного сотрудничества, партнерства, ответственного поведения индивидуума за свое здоровье и направлен на модернизацию взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг. Ключевым звеном является организация первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на человека. Ее эффективность отслеживается с помощью мониторинга здоровья, который представляет собой взаимоувязанный межведомственный контроль, базирующийся на достоверных источниках информации и надежных маркерах эффективности.

Нормативная база мониторинга здоровья в России представлена Постановлениями Правительства РФ: №60 «Об утверждении Положения о проведении социально-гигиенического мониторинга» от 29.01. 2001 г. и №916 «Об об-

щероссийской системе мониторинга состояния физического здоровья населения, физического развития детей, подростков, молодежи» от 02.02. 2006 г.

Проведенный нами аудит отчетных формы заболеваемости показал, что технические возможности по сбору и обработке информации имеют различную степень ограничения, а аналитическая база автономна. В результате, отсутствует эффективная и устойчивая система медицинского мониторинга здоровья 39,6 миллионов молодых граждан, представляющих более четверти населения страны -27 %.

Методы сбора информации о здоровье молодежи (медицинская статистика, база данных территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, результаты комплексных осмотров населения и т.д.), четко ориентированы на конкретный информационный источник и поставленные цели, имеют сильные и слабые стороны, каждый отвечает на свои специфические вопросы.

Система мониторинга требует стандартизации сбора информации, позволяющей отслеживать изменения во времени и по странам. Такая система должна быть достаточно гибка и адаптирована к различным ситуациям и условиям. Этим условиям наиболее полно отвечает электронная база информации 702 центров здоровья [ЦЗ], организованных в стране ( в том числе 202 для детей в возрасте от 0 до 17 лет).

Проведенный нами SWOT-анализ системы организации персонального мониторинга базировался на принципах предлагаемых ВОЗ:

- определение и описание основных факторов риска развития неинфекционных заболеваний с использованием рекомендованных ВОЗ дефиниций;

- координированный подход к сбору и анализу информации по факторам риска, основанный на научных подходах и достаточно гибкий для того, чтобы его можно было адаптировать к конкретной ситуации в стране и регионе;

- наличие материалов и инструменты, в том числе возможностей обучения, для оказания поддержки в проведении мониторинга;

- наличие эффективных коммуникационных стратегий, которые обеспечивали бы доведение получаемой информации до руководителей. ответственных

за выработку стратегических решений и разработку программ, политикам, потенциальным источникам финансирования и широкой общественности;

- использование новейших технологий для обмена данными, как на национальном, так и международном уровнях, чтобы обеспечить возможность сравнивать ситуации в различных странах мира.

На основе вышеизложенного подхода в ходе исследования была предложена структуризация деятельности ЦЗ, представленная в виде пяти блоков. По каждому блоку оценивались сильные слабые стороны (внутренняя среда); возможности и угрозы (внешняя среда) в деятельности ЦЗ.

SWOT-анализ выявил проблемные зоны и возможности мониторинга здоровья молодежи, которые:

- оказывают наибольшее воздействие на показатели заболеваемости и смертности;

- поддаются воздействию эффективных мер первичной профилактики;

- отражают положительный опыт их изучения и контроля;

- дают возможность получения данных с соблюдением соответствующих этических требований.

Следующим шагом формирования инновационной профилактической среды является адаптация сетевой структуры учреждений здравоохранения в части основных стратегий профилактики: популяционная, высокого риска, вторичной профилактики. Исследование показало, что в значительной части субъектов РФ не исполняется в той или иной степени Приказа МЗ РФ 455 согласно которому организационно-методическая роль, межсекторальное и многоуровневое взаимодействие по формированию ЗОЖ и профилактике НИЗ возложена на республиканские, краевые, областные центры медицинской профилактики (ЦМП), которые, как выяснилось:

- в трети субъектов Федерации они не созданы или ликвидированы;

- в ряде субъектов Федерации их функции возложены на отделения профилактики территориальных городских поликлиник.

В имеющихся ЦМП, вопреки приказа МЗ № 455, отсутствуют (или ликвидированы) отделы маркетинга и мониторинга, что не позволяет:

- изучать и формировать потребность в различных видах профилактики на уровне детской популяции и семьи;

- определять точки входа профилактики таких задач общественного здравоохранения, как ВИЧ/СПИД, психическое здоровье, токсикомания, преднамеренное и непреднамеренное насилие и т.п.;

- использовать новые информационные возможности, которые позволяют трансформировать популяционную стратегию профилактики в групповую и индивидуальную;

- осуществлять мониторинг здоровья молодежи.

Воссоздание ЦМП на новой основе требует аргументированного планирования материально-технических, информационных и кадровых ресурсов.

Затем был проведен контент-анализ 57 региональных целевых программ «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения», который выявил следующее.

1. В аналитической части большинства представленных программ отсутствовала оценка здоровья подростков и молодежи в части заболеваемости, инвалидности и смертности, как основы для выявления факторов риска и планирования на этой основе мероприятий по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ.

2. Цели, направленные на профилактику ХНИЗ в ряде программ были отрывочны, бессистемны, не имели конкретных сроков исполнения и индикаторов эффективности.

3. Запланированные на уровне региона финансовые ресурсы на реализацию подпрограмм колебались от 60 копеек до 60 рублей в год на душу детского населения. Столь резкая дифференциация позволяет предположить, что медицинское сообщество страны не готово определить адресные мероприятия и оценить их эффективность.

4. Анализ доступности профилактических медицинских услуг населению был выполнен без учета региональных особенностей систем здравоохранения, опирался на концепцию оказания первичной медицинской помощи, традиционно ориентированную на болезнь и ее лечение, а не на нужды населения в отношении здоровья, не учитывался и возрастно-половой аспект профилактических мероприятий.

5. Не использовались в качестве индикаторов показатели здоровья молодежи, заложенные в электронный комплекс «Здоровье-экспресс» ЦЗ. В качестве индикаторов здоровья молодежи целесообразно использовать Перечень, представленный в Государственной программе развития здравоохранения РФ до 2020 года, который дополняется критериями, отражающими приоритетные направления профилактики в соответствии с особенностями здоровья и условий жизни молодежи на уровне субъекта Федерации. Дополнительно могут быть использованы и индикаторы ВОЗ дифференцированные по факторам риска, по результатам, по действиям.

Таким образом, профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи является составной частью единой профилактической среды и базируется на мониторинге здоровья, программно-целевом планировании мер профилактики, внедрении информационных технологий, ориентированных на различные медико-демографические группы молодежи и статистические индикаторы эффективности здравоохранной стратегии субъекта Федерации.



## ВЫВОДЫ

1. Разработана методология комплексного социально-гигиенического исследования здоровья молодежи, которая основана на концепции предотвратимых потерь здоровья путем формирования здоровьесберегающего поведения молодежи, и включает разработку профилактической платформы, инструменты ее реализации и оценку результативности в виде мониторинга здоровья.

2. Выявлены особенности заболеваемости молодежи в контексте формирования здоровьесберегающего поведения. К ним относится, существенная зависимость возрастных, гендерных и нозологических особенностей первичной заболеваемости от обращаемости за медицинской помощью. Снижение обращаемости сказывается на сокращении выявленной первичной заболеваемости в возрастах до 20 лет и старше 30 лет; на сближении показателей для мужчин и женщин; на снижении выявления практически всех основных видов патологии, характерных для молодежи: болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, органов пищеварения, глаза, нервной системы.

3. Установлены закономерности смертности российской молодежи в сравнении с их европейскими сверстниками, которые характеризуются:

-более высоким уровнем потерь накануне социально-экономических преобразований, как вследствие более низкого уровня жизни, так и в результате моделей поведения с большим риском для здоровья;

- негативными тенденциями в процессе социально-экономической трансформации вследствие ее выбранной модели;

-наличием факторов, тормозящих благоприятную динамику в период социально-экономического восстановления, в качестве чего выступает региональная неоднородность смертности и ее тенденций, определяемая территориальными различиями условий и образа жизни.

4. Выявлены особенности формирования смертности молодежи Красноярского края, которые характеризуются более высокими уровнями, но при этом, более позитивными тенденциями в сравнении с Сибирским ФО и Россией, что

определялось всеми ведущими причинами смерти, кроме новообразований и болезней органов пищеварения.

5. Оценка резервов предотвратимой смертности, обусловленных поведенческими факторами риска показала, что пятую часть всех случаев смерти молодых людей 15-29 лет в Красноярском крае составляют отравления или соматическая патология, обусловленная алкоголем, наркотиками или их сочетанием. Определены потенциальные (связанные с недоучетом) масштабы потерь молодежи от насилия, которые свидетельствуют, что реальный уровень убийств среди молодых жителей Красноярского края превышает официальные показатели территории в 1,5 раза, среди их ровесниц – на треть, самоубийств – на треть и в 1,5 раза соответственно.

6. Выявлены социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющее на формирование здоровьесберегающего поведения, важнейшими из которых являются: негативные тренды саморазрушительных форм поведения у женщин, свидетельствующие об ускоренном освоении женщинами мужских ролей и соответствующих факторов риска (злоупотребление алкоголем, курение); недооценка значения полноценного отдыха как фактора восстановления сил и здоровья, особенно лицами, имеющими семью и детей; сокращение различий между социальными стратами и формирование обратных зависимостей между социальным статусом и самосохранительным поведением.

7. Исследование показало, что молодежь в целом адекватно оценивает свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения. Исключение составляют:

- группа риска по курению и категория пьющих с тяжелыми алкогольными последствиями, которая утрачивает критическое отношение к своему образу жизни из-за формирующейся зависимости;

- лица с резким дефицитом или напротив, со значительным превышением индекса массы тела, которые не рассматривают это как угрозу здоровью.

8. Контент-анализ целевых программ «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения» 57 субъек-

тов Российской Федерации позволил выявить три типа нарушений логики программно-целевого планирования: проблемной ситуации соответствует несколько целей; выбор приоритетных направлений не обоснован результатами аналитических исследований; отсутствуют критерии и индикаторы медицинской, социальной и экономической эффективности. Использование контент-анализа на этапе разработки профилактической программы позволяет избежать указанных недочетов и сконцентрировать внимание на основных проблемных зонах тактического и стратегического характера, присущих конкретному региону.

9. Разработана платформа здоровьесберегающего поведения молодежи, представляющая собой четырехуровневую матрицу взаимосвязанных блоков: информационного, аналитического, медико-организационного и индикаторы эффективности (по вертикали). По горизонтали каждый из четырех блоков включает меры, направленные на решение задач, связанных с современной парадигмой здравоохранной стратегии - от здоровья индивидуума к здоровью популяции.

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

### **Федеральным органам законодательной власти**

Разработать и принять Федеральный закон «О молодежной политике в Российской Федерации», что будет способствовать реализации беспрецедентной по своему масштабу государственной программы профилактики болезней, здоровому образу жизни, молодежи – популяции, определяющей демографическую ситуацию, экономическое могущество и обороноспособность страны.

### **Министерству здравоохранения Российской Федерации**

Внести в «Форму №12 Федерального Государственного статистического наблюдения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ» возрастную градацию 18-29 лет по всему спектру МКБ-10, что даст возможность выделить группу молодежи из общей численности населения и иметь объективные данные для принятия медико-организационных решений, направленных на профилактику ХНИЗ и социально-значимых болезней.

### **Органам региональной и муниципальной исполнительной власти**

1. При разработке региональных комплексных целевых программ здорового образа жизни молодежи проводить SWOT-анализ региональной здравоохранной стратегии в части изучения трендов заболеваемости и смертности, что позволяет выстроить профилактический алгоритм, ориентированный на детерминанты здоровья различных страт молодежи.

2. Использовать контент-анализ на этапе разработки целевых профилактических программ, что позволит избежать недочетов и сконцентрировать внимание на основных проблемных зонах тактического и стратегического характера, присущих конкретной территории.

3. Организовывать в образовательных учреждениях волонтерское движение по формированию здорового образа жизни среди учащейся и работающей молодежи с широким использованием социальных сетей.

### **Органам управления здравоохранением**

1. Инициировать укрепление медико-профилактической базы образовательных учреждений для формирования здорового образа жизни молодежи и использовать в качестве его провайдеров специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения.

2. Активно внедрять в территориях модель первичной медико-санитарной помощи, ориентированную на нужды молодежи относительно здоровья.

3. Для критериев оценки конечного результата усилий здравоохранения, направленных на снижение предотвратимых потерь здоровья молодежи использовать данные медицинской статистики, социологических опросов, профилактических осмотров.

### **Руководителям медицинских учреждений**

1. Повышать компетентность врачей по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни путем привлечения профессорско-преподавательского состава высших медицинских учреждений.

2. Привлекать специалистов возглавляемых поликлиник и центров здоровья в образовательные и просветительские мероприятия по здоровому образу жизни, профилактическую и оздоровительную работу на базе образовательных учреждений.

3. Использовать электронную базу «Поликлиника» для анализа структуры поводов обращения в учреждения здравоохранения вне связи с заболеваниями, что может быть использовано в качестве объективного критерия качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

4. Организовывать школы здоровья для молодежи, ориентированные на профилактику ХНИЗ и социально значимых болезней.

## **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

- ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
- ВУЗ – высшее учебное заведение
- ОУ – образовательное учреждение
- ЗОЖ – здоровый образ жизни
- ИМТ- индекс массы тела.
- ИЗ – истощенная заболеваемость
- ЦП –целевая программа
- МОТ –международная организация труда
- ИППП – инфекции, передающиеся половым путем
- ООН – Организация Объединенных Наций
- РКБТ – Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака
- ССПОУ – среднее специальное и профессиональное образовательное учреждение
- ХНЗ –хронические неинфекционные заболевания
- ЦЗ –центр здоровья
- ФЗ – Федеральный закон
- Страны ЦВЕ- страны Центральной и Восточной Европы

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абросимова М. Ю. Состояние здоровья и самосохранительное поведение молодежи: комплексное медико-социальное исследование по материалам Республики Татарстан : автореф. дис... д-ра мед. наук. Казань, 2005.
2. Абросимова М.Ю., Альбицкий В.Ю., Галлямова Ю.А., Созинов А.С. Здоровье молодежи. Казань: Медицина, 2007. 220 с.
3. Агаджанян Н. А. Проблема здоровья студентов и перспективы развития Текст. / Н. А. Агаджанян, В. В. Пономарева, Н. В. Ермакова // Образ жизни и здоровье студентов: Материалы первой Всерос. науч. конф.-М., 1995.-С. 5-9.
4. Алексеева Е.Г., Баркалова О.Г. Влияние современных информационных технологий на поведении молодежи, ассоциированное с ВИЧ инфекцией. Российский педиатрический журнал.2012; 1: 39-42.
5. Алексеева Е.Г., Кучма В.Р. Оценка эффективности средств и каналов массовых коммуникаций в снижении уровня рискованного сексуального поведения подростков и молодежи // вопросы школьной университетской медицины и здоровья.-2012.- №2.С.- 15-20.
6. Алесковская Г.Я. Состояние здоровья юношей призывного возраста и пути совершенствования их медико-социальной реабилитации: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Пермь, 2001. 20 с.
7. Альбицкий В.Ю. Социальный фактор в формировании здоровья российского подростка // Общественное здоровье и здравоохранение. 2005. № 3-4. С.10-13.
8. Альбицкий В.Ю., Иванова А.Е., Ильин А.Г., Терлецкая Р.Н., Антонова Е.В. Смертность подростков в Российской Федерации // Российский педиатрический журнал. 2009. № 3. С.4-9.
9. Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И. Здоровьесберегающее поведение подростков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 2. С. 21-24.

10. Амлаев К.Р., Койчуева С.М., Махов З.Д., Койчуев А.А. // Формирование грамотности в вопросах здоровья. Доказательные рекомендации( обзор) // Профилактическая медицина.-2012.-Том15.№6.С.-25-28
11. Андреев Е.М., Вишневский А.Г. Вызов высокой смертности в России //Народонаселение. – 2004. - №3. – Сс.75-84.
12. Андреева Т.Н., Краснов Б.В. Волонтерская деятельность детей и молодежи как фактор формирования их здорового образа жизни // Образование и саморазвитие. 2011. Т. 3. № 25. С. 92-98.
13. Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России // Здравоохранение Российской Федерации .-2012.- №6.С.- 27-29
14. Артюхов И.П., Сенченко А.Ю., Смоленская Е.Д., Мелехов А.А. Результаты изучения самооценки здоровья и факторов, влияющих на нее Социология медицины. 2003. № 1. С. 36.
15. Аникина Е.Н. web-квесты как метод и средство развития медиаобразования и информационной культуры студентов // [http://www.rsvpu.ru/filedirectory/3468/nito2011\\_1.pdf](http://www.rsvpu.ru/filedirectory/3468/nito2011_1.pdf) (Дата обращения 21.06.2013).
16. Аптер А. Самоубийства и суицидальные попытки у молодежи / Напрасная смерть: причины и профилактика самоубийств / Ред. Д. Вассерман. Пер. Е. Ройне. М.: Смысл, 2005. С.192-208.
17. Архарова Л.И. Работа студенческого волонтерского отряда по пропаганде здорового образа жизни // Психолого-педагогический поиск. 2010. № 13. С. 128-132.
18. Байкова Л.А. Социальное здоровье детей и молодежи: методология, теория и практика.- Рязань, 2011.-228 с
19. Багнетова Е.А. Влияние семьи на формирование здорового образа жизни старшеклассников г. Сургута // Экология человека. 2011. № 4. С. 56-60.
20. Баранов А.А. Лапин Ю.Е. Яковлева Т.В. Охрана здоровья детей в системе государственной политики // Вестник РАМН. 2011. № 6. С.8-12.



21. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Макеев Н.И., Антонова Е.В. Условия формирования здоровьесберегающего поведения подростков 15-17 лет // Российский педиатрический журнал. 2010. № 1. С. 44-47.
22. Баранов А.А., Кучма В.Р. Руководство по применению автоматизированных технологий скрининг диагностики нарушений здоровья детей в образовательных учреждениях (методические рекомендации) Москва - Санкт-Петербург.-2010.-77 с.
23. Баранов А.А., Кучма В.Р., Звездина И.В. Табакокурение детей и подростков. М., 2007. 216 с.
24. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. Оценка состояния здоровья детей (новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях) / руководство для врачей. М., 2008. 424 с.
25. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России: Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.». М.: ГЭОТАР-Медиа; 2006.
26. Баранов А.А., Лапин Ю.Е., Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика.-М.: Союз педиатров России, 2009. -188 с.
27. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А. и др. Заболеваемость детского населения России. М.- Педиатр -2013.- 263 с.
28. Батурина А.Т. Состояние здоровья и качество жизни детей подросткового возраста в Республике Башкортостан: автореф. дисс. . канд. мед. наук. М., 2008. 26 с.
29. Бёйс Г., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Степанова М.И., Храмцов П.И. и др. // Школы здоровья в Европе и России. – М.: Издатель Научный центр здоровья детей РАМН. 2009. – 83 с.
30. Белинская Е. П., Тихомандрицкая О. А. Социальная психология личности. М.: Академия, 2009.

- 31.Белова Н.И. Формирование здорового образа жизни населения в рамках института здравоохранения: состояние, противоречия, проблемы// Вестник РГГУ .-№2 (103).-2013.-с.-80-87.
- 32.Берман Л.А. Формирование здоровьесберегающих компетенций воспитанников и педагогов // Культура. Наука. Интеграция. 2010. № 9. С. 18-20.
- 33.Биловус В.К. Здоровьесберегающее поведение молодежи как результат социализации // Научная мысль Кавказа. 2008. № 2. С. 134-143.
- 34.Биловус В.К. Социальные факторы репродуктивного поведения молодежи // Гуманитарные и социально-экономические науки. 2008. № 2. С. 137-143.
- 35.Березутский Ю.В. Социальный облик молодежи: динамика ценностных ориентаций//Власть и управление на Востоке России.-2013,№3 (64).-С.137-142
- 36.Бойко И.Б. Суицид как социально-медицинская проблема в современном обществе и его предупреждение: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Рязань, 1998. – 48 с.
- 37.Брехман И. И. Валеология — наука и здоровье. М.: Физкультура и спорт, 1990. 208 с.
- 38.Братухин А.Г. Репродуктивное здоровье молодежи Западной Сибири / Национальные приоритеты России. 2013. № 2 (9). С. 150-152.
- 39.Булгаков Д.Н. Дисциплинирующая компетентность как условие здоровьесберегающего поведения курсантов военного вуза // Культура физическая и здоровье. 2009. № 2. С. 17-19.
- 40.Букин В.П. Здоровье в системе жизненных ценностей молодежи: региональный аспект /Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Гуманитарные науки. 2008. № 4. С. 163-171.
- 41.Варавикова Е.А. Оценка медицинских технологий за рубежом//Кремлевская медицина клинический вестник, 2009.-№1.-С.- 74-77.
- 42.Величковский Б.Т. Социальный стресс, трудовая мотивация и здоровье / Б.Т. Величковский // Здравоохранение Российской Федерации. 2006. - № 2. - 2006. - С. 8-17.

43. Вельтищев Ю.А. Проблемы охраны здоровья детей России // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2000. № 1. С. 5-9.
44. Вислобоков А.В., Хмельницкий Р.А. Санитарно-просветительная работа: проблемы и пути решения // Российский журнал кожных и венерических болезней. 2009. № 2. С.79-81
45. Власова О.В., Двойнова Н.Ф. Анализ влияния табакокурения на развитие подростков в школьной среде // Интернет-журнал СахГУ: Наука, образование, общество. 2010. Т. 2010-11. № 02. С. 118-118.
46. Войцех В.Ф., Гальцев Е.В. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи // Социальная и клиническая психиатрия. 2009. № 2. С.17-25.
47. Воронцов И.М., Шаповалов В.В., Шерстюк Ю.М. Здоровье. Опыт разработки и обоснование применения автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья. – СПб.: ООО «ИПК «Коста», 2006. – С.6
48. Врачи и пациенты в социальных сетях. Аналитический обзор // ООО Аксимед 2011  
[/http://www.aksimed.ru/download/center/present/social%20meda.pdf](http://www.aksimed.ru/download/center/present/social%20meda.pdf) – (Дата обращения 19.05.2013).
49. Всероссийская научно-практическая конференция «Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» 2011 // [www.znopr.ru/upload/content/558/02fzozh.pdf](http://www.znopr.ru/upload/content/558/02fzozh.pdf) (Дата обращения 22.01.2014).
50. Горбач Н.А., Гончарова Г.Н., Большакова И.А. Сравнительный анализ медико-социального и психологического портрета студентов Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 2. С. 38-39.
51. Гапшина Л.А., Нестерченко Н.А., Саватьева Н.Г. Профилактика вредных привычек и приобщение школьников к здоровому образу жизни // Новые ценности образования. 2010. Т. 46. № 4. С. 179-182.

52. Глазунов И.С., Соловьева И.М., Усова Е.В.). Организация программ профилактики неинфекционных заболеваний на уровне региона // Профилактическая медицина.-2012.-Том15.№6.С.-11-19
53. Горбач Н.А., Гончарова Г.Н., Большакова И.А. Сравнительный анализ медико-социального и психологического портрета студентов. // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. № 2. С. 38-39.
54. Глобальные рекомендации по физической активности для здоровья. – ВОЗ. Женева. 2010 г. – 60 стр.  
[http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/2009/exec\\_summary/ru/index.html](http://www.who.int/entity/tobacco/mpower/2009/exec_summary/ru/index.html)
55. Глушанко В.С., Люцко В. В., Иванова М. А. К вопросу об организации медицинской помощи больным с инфекциями, передаваемыми половым путем // Вестник последипломного медицинского образования. 2009. № 2. С.34-37.
56. Гомзикова С. Россия остается страной самоубийц / С. Гомзикова // Свободная пресса.- 2011.- 30 января.- Электрон. дан.- Режим доступа: <http://svpressa.ru/society/article/37979/>
57. Горбач Н. А. Перспективы использования метода оценки качества жизни в формировании здоровья студентов ВУЗов / Н. А. Горбач, А. В. Жарова, М. А. Лисняк // Здравоохранение Российской Федерации. 2007. - № 2. - С. 43-46.
58. Гордеева С.С., Панченко С.Л., Паначев В.Д. Социологический анализ физической культуры и здорового образа жизни лицеистов // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Общественные науки. 2011. № 1. С. 85-90.
59. Горшков М.К., Шереги Ф.Э. Молодежь России: социологический портрет. Электронная версия: Учреждение РАН Институт социологии РАН 2010.- 888 с.
60. Государственная программа развития здравоохранения Российской Федерации до 2020 г.- Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 г.

61. Грабаровская Л.В. Теоретические подходы к воспитанию пренатальной культуры студентов как потенциальных родителей // Известия Южного федерального университета. Педагогические науки. 2008. № 4. С. 87-93.
62. Граков Б.С.; Модестов А.А., Маркетинг в здравоохранении. Красноярск.-1993.-132 с.
63. Грецов А.Г. Физическая культура и спорт в профилактике наркомании и преступности // Адаптивная физическая культура. 2009. Т. 2. № 38. С. 37-39.
64. Губина О. И. Изучение качества жизни и адаптации у студентов медицинского вуза / О. И. Губина, В. И. Евдокимов, А. Н. Федотов // Вестник новых медицинских технологий. 2006. - N 3. - С. 167-169.
65. Готчина Л. В. О совершенствовании уголовно-правовой профилактики молодежного наркотизма / Л. В. Готчина // Вестник Санкт-Петербургского университета МВД России. – 2010. – № 3. – С. 119–125.
66. Дедков Е.Д. Характеристика студентов старших курсов медицинского ВУЗа/ Е. Д. Дедков, Н. И. Вишняков, Е. Н. Пенюгина // Здравоохранение Российской Федерации. 2003. — № 4. -С. 28 -29.
67. Демографическая политика России: от размышлений к действию. М.: Представительство ООН в России. – 2008 – 41 с.
68. Демографический ежегодник России. 2009: Стат. сб. / Росстат. М., 2009. 557 с.
69. Дмитриевский Б.В. Медико-социальные аспекты распространенности среди подростков злоупотребления психоактивными веществами (факторы риска, организация профилактики, лечения и реабилитации): автореф. дис. ... канд. мед. наук. Рязань, 2007. 24с.
70. Доклад ВОЗ Глобальный план действий по профилактике и контролю неинфекционных заболеваний на 2013-2020 гг.-2013 г.
71. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе 2012. Курс на благополучие. – Европейское региональное бюро ВОЗ. Копенгаген .-2013г.

72. Друккер, Питер, Ф. Задачи менеджмента в XXI веке.: Пер. с англ.: – М.: Издательский дом «Вильямс», 2004. – 272 с.
73. Евдокимов В.И., Панфилова Л.Н. Формирование здорового образа жизни и безопасности жизнедеятельности: анализ инноваций в России (1995-2009 гг.) // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. 2011. № 1. С. 92-99.
74. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков».-ВОЗ.-Копенгаген -2005.-69 с.
75. Егоров А.Ю., Софронов А.Г. Современные особенности наркоманий у подростков // Вопросы психического здоровья детей и подростков. 2009. № 1. С.22-34.
76. Журавлева И.В. Отношение к здоровью как социокультурный феномен: автореф. дис. ... д-ра социол. наук. М., 2005. 25с.
77. Загревская А.И. Инновационный подход к физкультурному образованию // Адаптивная физическая культура. 2007. № 1. С. 4-7.
78. Закоркина Н.А., Банушевич И.А. Причины абортс у подростков, проживающих в сельской местности // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2009. № 4. С. 20-22.
79. Здоровье для всех: основы политики для Европейского региона ВОЗ // Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/12/05. Копенгаген, Бухарест, 12 сентября 2005 г.
80. Здоровье молодых людей в определенном контексте. Отдельные важнейшие результаты исследования «Поведение детей школьного возраста в отношении здоровья». Факты и цифры ЕРБ ВОЗ/04/04. Копенгаген, Эдинбург, 2004 (3 июня). URL: [http://www.euro.who\\_](http://www.euro.who_)
81. Здоровье населения России в социальном контексте 90-х годов: проблемы и перспективы. /Ред. В.И.Стародубов, Ю.В.Михайлова, А.Е.Иванова – М.: Медицина. – 2003. – 248 с.
82. Здравоохранение в России, 2009. Статистический сборник. М., 2009. 365с.

- 83.Иванов В.В. Богаченко П.В. Медицинский менеджмент.-Инфра-М.-2007.- 256 с.
- 84.Иванова А.А. Научное обоснование системы мер по формированию здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи. Автореф. дисс. доктора мед. наук.М.:2013.-41 с.
- 85.Иванова А.Е., Семенова В.Г. Новые явления российской смертности //Народонаселение. -2004, №3, 85-92.
- 86.Иванова А.Е., Федоткина С.А. Особенности самосохранительного поведения. В кн.: Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения /Ред. Стародубов В.И., Иванова А.Е. - М.: Литера, 2012. – С. 255-302
- 87.Иванова М.А. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в России в 2005 – 2006гг. и качество представляемых форм государственного статического наблюдения // Социальные аспекты здоровья населения 2007. №3. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/category/5/30/30/lang,ru/>.
- 88.Кабаева В.М. Формирование осознанного отношения к собственному здоровью у подростков: автореф. дис. ... канд. псих. наук. М., 2002. 28 с.
- 89.Какорина Е. П., Роговина А. Г. Особенности возрастной структуры смертности населения России. //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. М., 2001. № 3, с. 24-31.
- 90.Камаев И.А.,Поздеева Т., Дмитроченков А.В., Ананьин А.В. Здоровье и образ жизни школьников, студентов и призывной молодежи: состояние, проблемы, пути решения.-НГМА,-Нижний Новгород.-2005.-310 с.
91. Касаткин Н.Н., Фоменко О.И. Информационные технологии и здоровье студентов //Астраханский медицинский журнал. 2013. –т.8.-№ 1. С. 120-122.
- 92.Карасева Т.В., Коптев Д.Ю. Психолого-педагогические принципы образования в области здоровья // Здоровье, обучение, воспитание детей и моло-

- дежи в XXI веке: Материалы международного конгресса 12-14 мая 2004 года. М., 2004. С. 26.
93. Кашуркина С.С. Самосохранительное по ведение детей и молодежи в современном российском обществе: автореф. дис. ... канд. социол. наук. 2006.
94. Киргугева М.П. Эпидемиологический надзор за ИППП/ВИЧ: обзор по стадиям // Клиническая дерматология и венерология. 2008. № 4. С.30-34.
95. Кластерная стратегия: Неинфекционные заболевания и психическое здоровье 2008-2013. – ВОЗ. Женева. 2010 г. – 37 стр Cluster strategy: Non-communicable Diseases and Mental Health 2008-2013
96. Климацкая Л.Г., Кузьмин В.А., Шпаков А.И., Ласкене С. Внедрение здоровьесформирующих технологий в обучение и подготовку студентов-медиков и будущих преподавателей физической культуры // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. 2008. № 6. С. 46-59.
97. Климова Е.В. Задачи и стратегия школьного питания в современных условиях // Пищевая и перерабатывающая промышленность. Реферативный журнал. 2009. № 3. С. 610-610.
98. Козлова В.А. Проблемы формирования мотивации студентов на здоровьесбережение // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2011. № 4. С. 84-87.
99. Колпакова Н. Ю. И снова о курении [Текст] / Н. Ю. Колпакова, В. Н. Пасхина // Сестринское дело. – 2012. – № 8. – С. 22.
100. Коновалов О.Е., Ховрачев М.С. Воспалительные заболевания гениталий у юношей-подростков // Проблемы социальной гигиены и история медицины - 2005. - № 1. - С. 20-21
101. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г.
102. Косова С.А. Роль семьи в реабилитации детей с хронической патологией. Автореф...дисс. к.м.н. М.:, 2008.-22 с.



103. Косова С.А., Модестов А.А., Иванова А.А. Технология продвижения профилактических медицинских услуг детскому населению//Российский педиатрический журнал.-2011.-№5.-С.49-51
104. Котлер Ф. Основы маркетинга. М.: Прогресс.-1990.-736 с.
105. Кузмичев Ю.Г. Медико-социальные факторы формирования здоровья / нездоровья учащихся // Нижегородское образование. 2009. № 1. С. 43-48.
106. Кучма В.Р. Научные основы профилактики наиболее распространенных болезней детей и подростков. Итоги выполнения комплексной программы научных исследований «профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005-2009 г. г.», 2010 // <http://www.niigd.ru/pdf/8888.pdf> (Дата обращения 23.06.2013).
107. Лебедев Д.Ю., Модестов А.А., Иванова А.А. Образ жизни детей из бедных семей сельской местности и факторы его обуславливающие//Российский педиатрический журнал.-2011.-№2.-с 30-33.
108. Леванов В.М. Научное обоснование использования электронных технологий в условиях модернизации здравоохранения на региональном уровне. Автореф...дисс.. доктора мед. наук.-М.:2013.-48 с.
109. Левшин В.Ф. Табакизм: патогенез, диагностика и лечение. – М.: ИМА-ПРЕСС, 2012. С.75
110. Лейфа А. В. Система физической активности и здоровьесбережение студентов высших учебных заведений.- М-во образования и науки Рос. Федерации, Амур. Гос. Ун-т. Благовещенск, 2004.
111. Лещенко Я.А., Гущенко А.В., Лисовцов А.А. Девиантное поведение и здоровье подростков и молодежи в контексте социальной трансформации российского общества. В сборнике: Российская цивилизация в альтернативах развития ежегодная научно-практическая конференция. М-во образования и науки Российской Федерации, ГОУ ВПО "Иркутский гос.

- Ун-т", Ин-т социальных наук; под общей редакцией В. А. Решетникова, И. А. Журавлевой. 2010. С. 309-315
112. Лихоузова Н.И. Семейная реабилитация подростков-инвалидов в г. Красноярске (медико-социальные аспекты). Автореф. дисс...к.м.н., Красноярск, 2004.-24 с.
113. Ляхович А. В. Образ жизни учащейся молодежи в аспекте здоровья / А. В. Ляхович, А. И. Маркова // Гигиена и санитария. 1994. -№8. - С. 43-45.
114. Макеев Н.И. Социально-гигиеническое исследование здоровьесберегающего поведения подростков 15-17 лет: автореф. дис... канд. мед. наук. М., 2010. 24 с.
115. Максимова Т.М., Белов В.Б., Лушкина Н.П. и др. Состояние здоровья, условия жизни и медицинское обеспечение детей в России / М.:ПЕРСЭ, 2008. 367 с.
116. Максимова Т.М., Гаенко О.Н., Белов В.Б. Здоровье детей в условиях дифференциации общества // Проблемы соц. гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2004. №1. С.9-14.
117. Малоземов О.Ю. Особенности валеустановок учащихся // Социологические исследования. 2005. №11. С. 110-114.
118. Мальчевская И.В. Работа по воспитанию культуры здоровья и формированию навыков здорового образа жизни как условие развития творческого потенциала учащихся // Вестник Российского нового университета. 2006. № 10. С. 191-194.
119. Мангрулкар Л., Винс-Витман Ч., Познер М. Подход на основе жизненных навыков к здоровому развитию детей и подростков. Вашингтон: Панамериканская организация здравоохранения, 2001.
120. Менделевич Б.Д., Терлецкая Р.Н. Заболеваемость психическими расстройствами и расстройствами поведения детского населения Российской Федерации Российский педиатрический журнал. 2009. № 5. С.41-45.

121. Меркулова С.М., Селедцов А.М., Сутулина И.М. Пропаганда здорового образа жизни, формирование антинаркотического мировоззрения среди детей и молодёжи // Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2006. № Приложение. С. 164-165.
122. Мильситова С.В., Шмырева Н.А., Журавлева Е.В., Тимонина И.В. Роль образовательных учреждений в сохранении и укреплении здоровья учащейся молодежи/Вестник Бурятского государственного университета. 2013. № 1. С. 110-115.
123. Министерство здравоохранения Российской Федерации 2012 // <http://www.takzdorovo.ru/static/about/> (Дата обращения 03.07.2013).
124. Мировая статистика здравоохранения, ВОЗ, Женева.-2010, 2013 гг.
125. Модестов А.А., Косова С.А., Неволин Ю.С., Фаррахов А.З., Федоткина С.А. Центры здоровья для детей:проблемы и перспективы развития/. Электронный научный журнал Социальные аспекты здоровья населения №3.-2013.- 27 с.
126. Навыки, необходимые для здоровья. Всемирная Организация Здравоохранения. Информационные серии по школьному здравоохранению (документ V) Алматы, 2003. URL: [http://www.who.int/school\\_youth\\_health](http://www.who.int/school_youth_health).
127. Невирко Д.Д., Горбач Н.А. Методики изучения профессионально-психологических и социальных качеств молодежи .-Красноярск, Издательство: Сибирский юридический институт МВД России 1999.-64 с.
128. Нефедовская Л.В. Состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи. М., 2004 С. 103.
129. Новаторские методы оказания помощи при хронических состояниях ВОЗ, Женева, 2003-206 с
130. Орехова Л.Ю., Кудрявцева Т.В., Никифорова И.Н., Лобода Е.С. Здоровье молодежи - приоритетный национальный проект /Пародонтология. 2009. № 1. С. 13-16.

131. Отдельнова В.К. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиенических исследованиях. ТР.МОЛГМИ: Комплексных социально-гигиенических и клиническо-статистические исследования: 1980, Т.1- Вып. 6- С. 18-22.
132. Оценка медицинских технологий и формирование политики здравоохранения в странах Европы (современное состояние, проблемы и перспективы) ВОЗ.- Женева, 2010.-216 с.
133. Павлов Б.С. Семья и самосохранительное поведение молодежи // Экономика региона. 2008. № S2. С. 109-122.
134. Павлова О.Ю., Сорокина Н.В., Даниличева П.С. Из опыта организации комплексной первичной профилактики употребления ПАВ в гимназии № 152 // Вестник НЦБЖД. 2010. № 4. С. 58-66.
135. Павловская Т.А., Зайчиков А.А. Формирование основ здорового образа жизни посредством дополнительного образования // Физическая культура в школе. 2011. № 6. С. 47-50.
136. Павловский В.В. Ювентология: проект интегративной науки о молодежи.-М.:Из-во «Академический проект»,2001.-304 с.
137. Панченко А.А. Медико-организационные аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем у детей, подростков г. Москвы: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2008. 22с.
138. Петрова Л.И. Медико-социальное исследование лиц молодого трудоспособного возраста, страдающих заболеваниями передаваемыми половым путем: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М., 2009. 24с.
139. Петрова Т.Н. Формирование организационных резервов повышения качества лечебно-профилактической работы в молодежной среде региона.: автореф. дис...доктора мед. наук. Воронеж.:2013.-48 с.
140. Поздеева Т.В. Научное обоснование концепции и организационной модели формирования здоровьесберегающего поведения студенческой молодежи: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2008. 44 с.

141. Политика по контролю кризисной смертности в России в переходный период /Под ред. В.М. Школьников и В.В. Червякова. – М.: 2000. – 191 с.
142. Положение молодёжи в России. Аналитический доклад. М.:Машмир-ЮНЕСКО, 2005.
143. Положение молодёжи и реализация государственной молодёжной политики в Российской Федерации. 2000—2001 годы / Министерство образования Российской Федерации. — М., 2002. — 303 с
144. Попова Н.М. Семья и ее роль в формировании здоровья детей: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Оренбург, 2000. 22с.
145. Порутчикова Ю.А. Некоторые особенности функционирования центров здоровья (на примере центра здоровья для детей при МЛПУЗ «Детская городская поликлиника №17 Ворошиловского района г. Ростова-на-Дону») // Медицинский вестник Юга России. 2011. № 4. С. 54.
146. Постановление Верховного Совета РФ от 03.06.1993 г. №5090-1 «Об основных направлениях государственно молодежной политики в Российской Федерации»
147. Постановление Правительства РФ от 03.04.1996 г. №387 «О дополнительных мерах поддержки молодежи в Российской Федерации».
148. Постановление Правительства РФ от 26 июня 1995 г. N 594 «О федеральных государственных нужд» - Порядок разработки Федеральных целевых программ.
149. Приказ Минздрава РСФСР от 28.03.1989 № 45 «О совершенствовании гигиенического воспитания населения РСФСР и пропаганды здорового образа жизни».
150. Приказ Минздрава РФ от 06.10.1997 № 295 "О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения в области гигиенического обучения и воспитания населения Российской Федерации".
151. Приказ Минздравсоцразвития России от 17.02. 2011 года №141н «Об утверждении Порядка заключения соглашений высших исполнитель-

- ных органов государственной власти субъектов Российской Федерации с Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и Федеральным фондом обязательного медицинского страхования о финансовом обеспечении региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации на 2011-2012 годы».
152. Приказ Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 г. №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака».
153. Приказ Минздравсоцразвития России от 21 марта 2003 г. № 113 «Об утверждении концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации».
154. Приказ Минздравсоцразвития России от 21 марта 2003 г. № 114 «Об утверждении отраслевой программы "Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы».
155. Приказ Минздрава РФ от 3 декабря 2012 г. № 1006 «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения»
156. Приказ Министерства здравоохранения РФ №455 от 23.09.2003 со-  
вершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения о профилактике заболеваний в Российской Федерации».
157. Прогноз населения России до 2016 года. М.: Государственный комитет Российской Федерации по статистике. 2006.
158. Программа укрепления здоровья детей CINDI - Children — Россия «Изучение распространенности поведенческих факторов риска среди школьников, существующей практики и потребностей в области укрепления здоровья и социальной безопасности» [Электронный ресурс] // URL : <http://cindi.gnicpm.ru/children.htm>.
159. Программа для ЭВМ-SOC/PEDIATRIA-3 «Программа для анализа заболеваемости детского населения по данным электронных баз регистра-

- ции муниципальных поликлиник и результатов медицинских осмотров»  
Реестр программ для ЭВМ №2011610938 от 25.01.2011 г.
160. Рано умирать. МББР / Всемирный банк, 2006. – «Алекс», 145 стр.
161. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 18.12.2006 года №1760-р «Об утверждении стратегии государственной молодежной политики в РФ (с изменениями и дополнениями).
162. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 27.12.2010 года № 2396-р «О распределении субсидий из бюджета Федерального фонда обязательного медицинского страхования на реализацию региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации в 2011-2012 годах».
163. Распоряжение от 24 декабря 2012 г. №2511-р об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения».
164. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 28 декабря 2012 г. № 2599-р План мероприятий ("дорожная карта") "Изменения в отраслях социальной сферы, направленные на повышение эффективности здравоохранения.
165. Римашевская Н.М., Лунякова Л.Г., Шабунова А.А. Зоровье и здоровый образ жизни молодёжи/ Народонаселение. 2012. № 4 (58). С. 083-086.
166. Рыбаковский Л.Л., Захарова О.Д., Иванова А.Е., Демченко Т.А. Демографическое будущее России // Народонаселение. 2002. №1 (15). С. 26.
167. Сайт пациентов, предлагающих видеорасказы об уходе за больными <http://raisingchildren.net.au/http://realtimehealth.com> (Дата обращения 03.07.2013).
168. Свиридова И.А. Медико-социальные детерминанты повышения качества жизни студенческой молодежи. Автореф. дисс...доктора мед.наук.-М.-2011.-48 с.

169. Семенкова Т.Н. Состояние здоровья учащейся молодежи//вестник кемеровского государственного университета. 2011. № 2. С. 90-97.
170. Семке В.Я. Психическое здоровье молодежи - залог процветания России// Сибирский вестник психиатрии и наркологии. 2009. № 5. С. 7-8.
171. Семенова В.Г., Евдокушкина Г.Н. «Неточно обозначенный» эпидемиологический кризис. В кн.: Здоровье населения России в социальном контексте 90-х года: проблемы и перспективы. Стародубов ВИ, Михайлова ЮВ, Иванова АЕ, редакторы. Москва: Медицина; 2003. с. 85-94.
172. Сергеева О.Н. Управление процессом формирования здорового образа жизни детей и подростков // Социология образования. 2003. № 11. С. 26.
173. Сердюков А.Г., Расмамбетов Р.Г., Ахмедов М.Р. Медицинское обеспечение подготовки юношей к воинской службе/ Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. 2006. № 8. С. 132-136.
174. Симкин Л., Дибб С. Практическое руководство по сегментированию рынка. Питер, 2002.- 240 с.
175. Скворцова В.И. Развитие здравоохранения России// //Healthy Nation №3 (10) 2012.-с. 1—11.
176. Смертность российских подростков от самоубийств. - ЮНИСЕФ.- М.:2011.-133 с.
177. Смирнов В.В. Типология личности у подростков, эпизодически употребляющих наркотические вещества // Вестник Тамбовского университета. Серия: Гуманитарные науки. 2008. № 1. С. 307-311.
178. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии / Под ред. Баранова А.А., Яковлевой Т.В., Альбицкого В.Ю. , Модестова А.А., Антоновой Е.В. – Вопросы современной педиатрии. – 2008.-Т.7/№4.-с.6-8.



179. Соколов В.Г. Культура здоровья студенческой молодежи Материалы Всероссийской научно - практической конференции / Редколлегия: Соколов В. Г. и другие. Йошкар-Ола, 2010
180. Солодова А. Склонность к самоубийству зависит от развитости интеллекта / А. Солодова. – Электрон. дан.- Режим доступа: <http://infox.ru/science/enlightenment/2010/06/03/Pryedraspolozhyennos.phtml>.
181. Сон И.М., Леонов С.А., Огрызко Е.В. и др. Основные показатели здоровья матери и ребенка , деятельность службы охраны детства и родовспоможения в РФ.-М.:ЦНИИОиЗ.-2012.-с.141.
182. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков ВОЗ, Женева.-2012.-252 с
183. Социология молодёжи. Под ред. В. Т. Лисовского. СПб.: Изд-во СПбГУ. 1996.
184. Спиридонов М.С. Определение возрастных границ молодежи в отечественной криминологии: сравнительный анализ// Вестник Челябинского государственного университета. 2010. № 9 (190). Право. Вып. 23. С. 81–85.
185. Стабилизация численности населения России (возможности и направления демографической политики). /Под ред. Л.Л. Рыбаковского и Г.Н. Кареловой М., 2002. 212 с.
186. Стан В.В. Здоровый образ жизни как основа сохранения и укрепления здоровья // Здоровье, обучение, воспитание детей и молодежи в XXI веке: Материалы международного конгресса. Часть III. М. 2004. С.155.
187. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Здоровье населения России в социальном контексте. 90-х годов: проблемы и перспективы. М., 2003. 288 с.
188. Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., Иванова А.Е. Проблемы российской смертности, ее последствия и приоритетные направления действий. / В сб. Преждевременная и предотвратимая смертность в России – критерий потери здоровья населения. Научн. труды Всероссийской науч-

- но-практической конференции 30-31 мая 2006 г. – М.:РИО ЦНИИОИЗ. – 2006. – С. 4-41.
189. Степанищенко О.В. Исследование молодежи как особой социальной группы в социально-гуманитарных науках // Научный журнал КубГАУ, №73(09), 2011 г.
190. Стратегия демографического развития России. /Под ред. В.Н.Кузнецова, Л.Л.Рыбаковского. /Архангельский В.Н., Кузнецов В.Н., Иванова А.Е., Рыбаковский Л.Л., Рязанцев С.В. М.: ЦСП, 2005. 208 с.
191. Стратегия профилактики и контроля неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации 2008 // <http://abbottgrowth.ru/files/articles/6286/1237383735413.PDF> (Дата обращения 23.06.2013).
192. Суворова Н.В. Актуальность здоровьесберегающих компонентов педагогического процесса // Медицина и образование в Сибири. 2007. № 3. С. 14.
193. Суицид в современном обществе: причины и способы борьбы // Электронный журнал «РИА Новости».– Электрон. дан.- Режим доступа: <http://www.rian.ru/society/20080911/151181400.html>
194. Суханов А.В., Денисова Д.В. Ассоциация массы тела с состоянием когнитивных функций в подростковом возрасте: популяционное исследование // педиатрия.-2011.-т90№6.-с.
195. Сухарева Л. М., Звездина И. В. и др. Состояние здоровья и физическая активность современных подростков. // Гигиена и санитария. 2002. № 3 . С. 52-55.
196. Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Уфимцева М.А. Современное состояние профилактической работы в кожно-венерологических учреждениях // Здравоохранение Российской Федерации .-2010.- №6.С.- 11-15
197. Тарасенко Е. А. (НИУ ВШЭ) Medicine 2.0: потенциал социальных медиа для продвижения здорового образа жизни и самоменеджмента хронических заболеваний 2012

//regconf.hse.ru/.../7d1719cff136a560f72c8e85ef031bfa22aa87db.docx / (Дата обращения 19.05.2013).

198. Татаурова Е.А., Бабенко А.И. Методические подходы к изучению воспитательной функции семьи по формированию здорового образа жизни детей // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. 2006. № 4. С. 20-24.
199. Тимошилов В. И. Концепция формирования наркопредрасположенности молодежи / В. И. Тимошилов, Г. А. Сидоров // Кубанский научный медицинский вестник. – 2010. – № 3-4. – С. 183–187.
200. Терлецкая Р.Н., Малов А.Г. Дорожно-транспортный травматизм у подростков Сб. науч. статей: «Актуальные проблемы подростковой медицины». Хабаровск: Издательство ГОУ ВПО ДВГМУ, 2009. С.120-125.
201. Ткаченко В.В. Актуальные вопросы формирования здорового способа жизни студентов Донецкого региона // Педагогика, психология и медико-биологические проблемы физического воспитания и спорта. 2009. № 5. С. 259-263.
202. Торшина И.Е. Опыт работы с детьми и подростками в эпидемических очагах сифилиса на примере Смоленской области // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2010. № 1. С. 14-22.
203. Третьяков И.Ю. Медико-социальные последствия инфекций, передаваемых половым путем, диагностические и профилактические аспекты: автореф. дис. ... канд. мед. наук. Екатеринбург, 2004. 26с.
204. Трущепев С.А. Глобальное бремя психических болезней //Здравоохранение РФ №4- 2009.-С. - 18-21.
205. Указ Президента РФ «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.».
206. Урванцева И.А., Саламатина Л.В., Нохрин А.В., Мигунова С.Г., Массовые информационно-оздоровительные акции как современная профилактическая технология:опыт, организация, научно-практические итоги /Профилактическая медицина, №5, 2011

- [http://www.mediasphera.ru/uppic/Profilac%20Medicine/2011/5/1/Prof\\_2011\\_5\\_003.pdf](http://www.mediasphera.ru/uppic/Profilac%20Medicine/2011/5/1/Prof_2011_5_003.pdf) (Дата обращения 22.01.2014).
207. Устав ВОЗ. URL: <http://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd47/RU/constitution-ru.pdf>.
208. Усманов И.М. Здоровье молодежи как общественная ценность в современном российском обществе.-Аавтореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата философских наук / Башкирский государственный университет. Уфа, 2008.-28 с.
209. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
210. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
211. Федерльный Закон «О государственной поддержке молодежных и детских общественных объединений» от 28.06.1995 г. № 98-ФЗ с изменениями от 21.03.2002 г.
212. Федосова И.В. Обеспечение эколого-психологической безопасности детей группы суицидального риска / И.В. Федосова, И.Н. Белозерцева // Фундаментальные исследования. – 2005. – № 3 – С. 98-100. – Электрон. Журнал - Режим доступа: [www.rae.ru/fs/?section=content&op=show\\_article&article\\_id=7779966](http://www.rae.ru/fs/?section=content&op=show_article&article_id=7779966)
213. Федоткина С.А. Алкогольное поведение молодежи // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы современной науки и образования. Безопасность жизнедеятельности», посвященной 100-летию Башкирского государственного университета. Уфа, РИЦ БашГУ, 2010. С. 49 – 54.
214. Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации. Методические рекомендации. М., 2011. 27 с.
215. Ценностные ресурсы здравоохранения <http://www.steadyhealth.com/> - 2013 (Дата обращения 03.07.2013).

216. Цели развития тысячелетия в контексте России: Современное положение, политика государства и возможная роль ООН. Москва, издательство «Информ-Знание», 2005 г.— 32 с.
217. Чичерин Л.П., Куценко Г.И., Какорина Е.П. Актуальные проблемы формирования системы мониторинга состояния здоровья детей и подростков/ Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2000. № 6. С. 3.
218. Чернобавский М.В. Медико-социальные аспекты суицидов среди подростков (распространенность, факторы риска и профилактика). Автореф. Дисс. канд. мед наук. М.:2013.36 с.
219. Чернова Н.А., Качан Л.Г., Левина И.Л., Рылова Н.Т., Толстикова О.Д. Здоровьесберегающая деятельность в системе образования: теория и практика.-Кемерово,2009.-с 70.
220. Шарафутдинова Н.Х. Социально-гигиеническая оценка завершённых суицидов среди детей в г. Уфе / Н.Х. Шарафутдинова, Г.М. Валитова, А.А. Калининская // Электронный журнал «Социальные аспекты здоровья населения».- 2011.- №2 (18).- Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/287/27/lang,ru/>
221. Шафиков М.М. Медико-социальные факторы в формировании здорового образа жизни детей и подростков сельской территории: автореф. дис....канд. мед. наук. Екатеринбург, 2007. 24 с.
222. Шилова Л.С., Козис А.Е., Пейкова З.И., и др. Концепция самосохранительного поведения. Отчет о НИР №98-06-80440 (Российский фонд фундаментальных исследований, 1999 г.
223. Щеглов, К. Врачу поможет единое информпространство /К. Щеглов // Медицинская газета. – 2013. – 1 февр. (№ 8). – С. 3
224. Щедрин А.Г. Медико-биологические основы программы «Педагогика здоровья» // Медицина и образование в Сибири. 2009. № 5. С. 6.

225. Щепин В.О., Овчаров В.К. Здоровоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2005. № 2. С.3-7.
226. Щепин О.П., Коротких Р.В., Трегубов Ю.Г., Голикова Д.В. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2010. № 4. С. 3-4.
227. Юлдашев В.Л., Байков И.Р. Масагутов Р.М. и др. Проблемы профилактики алкоголизма и наркомании в молодежной среде. // Здравоохранение Башкортостана. 2000. 1-2. С. 64-67.
228. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи // Вопросы современной педиатрии. 2009. № 2. С.3-7.
229. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Модестов А.А. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков в современных условиях // Российский педиатрический журнал.-2011.-№3.-С.12-15.
230. Яковлева Т.В., Модестов А.А., Менделевич Б.Д. Влияние процесса глобализации на совершенствование психиатрической помощи детскому населению. М.: 2010.-19 с.
231. Яковлева Т.В., Терлецкая Р.Н., Иванова А.Е., Семенова В.Г., Антонова Е.В. Медицинские и социальные вопросы смертности подростков в России //Здравоохранение Российской Федерации. 2009. №5. С.7-10.
232. A global look at public perceptions of health problems, priorities and donors: the Kaiser/Pew global health survey. Kaiser Family Foundation, December 2007 ([http:// www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf](http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7716.pdf) , accessed 1 July 2008)
233. Acheson D., Independent inquiry into inequalities in health report. London, The Stationery Office,1998

234. Aho L., Ackerman J., Bointy S. et al. Health Is Life in Balance: Students and Communities Explore Healthy Lifestyles in a Culturally Based Curriculum // *Pimatisiwin*. 2011. № 8(3). P.151-168.
235. Al-Hazzaa H.M., Abahussain N.A., Al-Sobayel H.I. et al. Physical activity, sedentary behaviors and dietary habits among Saudi adolescents relative to age, gender and region // *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011. № Dec 21. P.140.
236. Andegiorgish A.K., Wang J., Zhang X. et al. Prevalence of overweight, obesity, and associated risk factors among school children and adolescents in Tianjin, China // *Eur J Pediatr*. 2012. № 171(4). P.697-703.
237. Andreev M.E., Nolte E., Shkolnikov V.M. et al. The evolving pattern of avoidable mortality in Russia. // *International Journal of Epidemiology*. – 2003: 32. – P. 437-446.
238. Aratani Y., Schwarz S.W., Skinner C. The economic impact of adolescent health promotion policies and programs // *Adolesc Med State Art Rev*. 2011. № 22(3). P.367-386.
239. Baker A.D., Gilley J., James J., Kimani M. "High five to healthy living": a health intervention program for youth at an inner city community center // *J Community Health*. 2012. № 37(1). P.1-9.
240. Berkowitz L., McCarthy C. (eds.), *Innovation with Information Technologies in Healthcare, Health Informatics* // Springer-Verlag London 2013
241. Bhattacharya J., Gathmann C., Miller G. The Gorbachev Anti-Alkohol Campaign and Russia's Mortality Crisis. // *National Bureau of economic research*. Cambridge, December 2012. [http://www.nber.org/papers/w18589.pdf?new\\_window=1](http://www.nber.org/papers/w18589.pdf?new_window=1)
242. Bingham C.M., Jallinoja P., Lahti-Koski M. et al. Quality of diet and food choices of Finnish young men: a sociodemographic and health behaviour approach // *Public Health Nutr*. 2010. № 13(6A). P.980-986.
243. Bonita, R, de Courten, M, Dwyer, T, Jamrozik, K, and Winkelmann, R. Surveillance of risk factors for noncommunicable disease: The WHO STEP-

- wise approach. (Анализ факторов риска неинфекционных заболеваний. Поэтапный подход). Geneva: World Health Organization. 2001.
244. Brotons C., Bulc M., Sammut M.R. et al. Attitudes toward preventive services and lifestyle: the views of primary care patients in Europe. the EURO-PREVIEW patient study // *Fam Pract.* 2012. № 29. Suppl 1. P.168-176.
245. Brouwer W., Kroeze W., Crutzen R. et al. Which intervention characteristics are related to more exposure to internet-delivered healthy lifestyle promotion interventions? A systematic review // *J Med Internet Res.* 2011. № 6(1). P.e2.
246. Buller D.& Floyd A. Internet-based interventions for health behavior change. EHealth applications. Promising strategies for behavior change. Edited by S. Noar& Harrington N. 2012, Routledge (Taylor & Francis Group)
247. Capacci S., Mazzocchi M., Shankar B. et al. Policies to promote healthy eating in Europe: a structured review of policies and their effectiveness // *Nutr Rev.* 2012. № 70(3). P.188-200.
248. Chen M.F. The joint moderating effect of health consciousness and healthy lifestyle on consumers' willingness to use functional foods in Taiwan // *Appetite.* 2011. № 57(1). P.253-262.
249. Chourdakis M., Tzellos T., Papazisis G. et al. Eating habits, health attitudes and obesity indices among medical students in northern Greece // *Appetite.* 2010. № 55(3). P.722-725.
250. Chris Kula-Przewanski, Web 2.0 Enables Working with Patients as a Driver of Innovation in Research? 2012 // <http://www.medicine20congress.com/ocs/index.php/med/med2013/paper/view/1498> (Дата обращения 24.06.2013).
251. Christie D., Hudson L., Mathiot A. et al. Assessing the efficacy of the Healthy Eating and Lifestyle Programme (HELP) compared with enhanced standard care of the obese adolescent in the community: study protocol for a randomized controlled trial // *Trials.* 2011. № 16. P.242.



252. Claassen L., Henneman L., Janssens A.C. et al. Using family history information to promote healthy lifestyles and prevent diseases; a discussion of the evidence // BMC Public Health. 2010. № 13. P.248.
253. Coccia C., Darling C.A., Rehm M. et al. Adolescent Health, Stress and Life Satisfaction: The Paradox of Indulgent Parenting // Stress Health. 2011. № Oct 13. P.1426.
254. Cole-Lewis H, Kershaw T. Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management.
255. Colella D., Morano M. Gross motor development and physical activity in kindergarten age children // Int J Pediatr Obes. 2011. № Oct;6 Suppl 2. P.33-36.
256. Cooper R.G., Al-Alami U. Teenagers must think about healthy living // East Afr J Public Health. 2010. № Dec, 7(4). P.289-294.
257. Davies N. Healthier lifestyles: behavior change // Nurs Times. 2011. № Jun 107(23). P.20-23.
258. Davies N. Promoting healthy ageing: the importance of lifestyle // Nurs Stand. 2011. № 25(19). P.43-49.
259. De Henauw S., Verbestel V., Mårild S et al. The IDEFICS community-oriented intervention program: a new model for childhood obesity prevention in Europe? // Int. J. Obes (Lond). 2011. № 35 Suppl. 1. P.16-23.
260. DeBar L.L., Schneider M., Drews K.L. et al. Student public commitment in a school-based diabetes prevention project: impact on physical health and health behavior // BMC Public Health. 2011. № Sep 20. P.711.
261. Diethelm K., Jankovic N., Moreno L.A. et al. Food intake of European adolescents in the light of different food-based dietary guidelines: results of the HELENA (Healthy Lifestyle in Europe by Nutrition in Adolescence) Study // Public Health Nutr. 2012. № 15(3). P.386-398.
262. Donabedian A. 20 yers of research on the quality of medical care, 1964-1984. //Salud Publica Mex, 1988. 30(2): p.202-15

263. Dunn K.I., Mohr P., Wilson C.J., Wittert GA. Determinants of fast-food consumption. An application of the Theory of Planned Behavior // *Appetite*. 2011. № 57(2). P.349-357.
264. Dupuy M., Godeau E., Vignes C., Ahluwalia N. Socio-demographic and lifestyle factors associated with overweight in a representative sample of 11-15 year olds in France: results from the WHO-Collaborative Health Behavior in School-aged Children (HBSC) cross-sectional study // *BMC Public Health*. 2011. № 11. P.442.
265. Ebenegger V., Marques-Vidal P., Kriemler S. et al. Differences in Aerobic Fitness and Lifestyle Characteristics in Preschoolers according to their Weight Status and Sports Club Participation // *Obes Facts*. 2012. № 5(1). P.23-33.
266. Ebenegger V., Marques-Vidal P.M., Munsch S. et al. Relationship of Hyperactivity/Inattention With Adiposity and Lifestyle Characteristics in Pre-school Children // *J Child Neurol*. 2011. Dec 29.
267. Engstrom G, Jerntorp I, Pessah-Rasmussen H, Hedblad B, Berglund G, Janzon L. Geographic Distribution of Stroke Incidence Within an Urban Population : Relations to Socioeconomic Circumstances and Prevalence of Cardiovascular Risk Factors. *Stroke* 2001;32(5):1098-103. (География новых случаев заболеваний инсультом среди городского населения. Анализ воздействия социально- экономических условий и факторов риска)
268. Facebook привлек 5 млн. российских пользователей 2011 // [http://www.dv-reclama.ru/russia/analytics/detail.php?ELEMENT\\_ID=21905](http://www.dv-reclama.ru/russia/analytics/detail.php?ELEMENT_ID=21905) (дата обращения 18.05.2013).
269. Fienieg B., Nierkens V., Tonkens E. et al. Why play an active role? A qualitative examination of lay citizens' main motives for participation in health promotion // *Health Promot. Int*. 2011. Sep 6.
270. Foley L.S., Maddison R., Jiang Y. et al. It's not just the television: survey analysis of sedentary behavior in New Zealand young people // *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2011. № Dec 1. P.132.

271. Fornari L.S., Giuliano I., Azevedo F. et al. Children First Study: how an educational program in cardiovascular prevention at school can improve parents' cardiovascular risk // *Eur J Prev Cardiol.* 2012. Jan 30.
272. Fotheringham M., Owies D. , Leslie E.& Owen N. Interactive health communication in preventive medicine: internet-based strategies in teaching and research. *American Journal of Preventive Medicine.* 19(2):113-20 (2000)
273. Frosch D.L., May S.G., Tietbohl C., Pagán JA. Living in the "land of no"? Consumer perceptions of healthy lifestyle portrayals in direct-to-consumer advertisements of prescription drugs // *Soc. Sci. Med.* 2011. № 73(7). P.995-1002.
274. Gan W.Y., Mohd N.M., Zalilah M.S., Hazizi A.S. Differences in eating behaviours, dietary intake and body weight status between male and female Malaysian University students // *Malays J Nutr.* 2011. № 17(2). P.213-128.
275. Ganzer C., Zauderer C. Promoting a brain-healthy lifestyle // *Nurs Older People.* 2011. № 23(7). P.24-27.
276. Giralt M., Albaladejo R., Tarro L. et al. A primary-school-based study to reduce prevalence of childhood obesity in Catalunya (Spain) - EDAL- Educació en alimentació: study protocol for a randomized controlled trial // *Trials.* 2011. № Feb 27. P.54.
277. Global health risks: mortality and burden of disease attributable to selected major risks. Geneva, World Health Organization, 2009.
278. Griffiths S.M. Leading a healthy lifestyle: the challenges for China // *Asia Pac J Public Health.* 2010. № 22(3) Suppl. P.110S-116S.
279. Groth S.W., Morrison-Beedy D. Obesity risk in urban adolescent girls: nutritional intentions and health behavior correlates // *J N Y State Nurses Assoc.* 2011. № 42(1-2). P.15-20.
280. Guo X., Zhang X., Li Y., Zhou X. Differences in healthy lifestyles between prehypertensive and normotensive children and adolescents in Northern China // *Pediatr. Cardiol.* 2012. № 33(2). P.222-228.

281. Hallström L., Vereecken C.A., Ruiz J.R. et al. Breakfast habits and factors influencing food choices at breakfast in relation to socio-demographic and family factors among European adolescents. The HELENA Study // *Appetite*. 2011. № 56(3). P.649-657.
282. Hayman L.L. Starting young: promoting a healthy lifestyle with children // *J. Cardiovasc. Nurs.* 2010. № 25(3). P.228-232.
283. Horodynski M.A., Olson B., Baker S. et al. Healthy babies through infant-centered feeding protocol: an intervention targeting early childhood obesity in vulnerable populations // *BMC Public Health*. 2011. № 11. P.868.
284. Hwang J.E. Promoting healthy lifestyles with aging: development and validation of the Health Enhancement Lifestyle Profile (HELP) using the Rasch measurement model // *Am J Occup. Ther.* 2010. № 64(5). P.786-795.
285. Inglehart R, Welzel C. *Modernization, cultural change and democracy: the human development sequence*. Cambridge, Cambridge University Press, 2005.
286. Jacobson D., Melnyk B.M. Psychosocial correlates of healthy beliefs, choices, and behaviors in overweight and obese school-age children: a primary care healthy choices intervention pilot study // *J. Pediatr. Nurs.* 2011. № 26(5). P.456-464.
287. Kelly S.A., Melnyk B.M., Jacobson D.L., O'Haver J.A. Correlates among healthy lifestyle cognitive beliefs, healthy lifestyle choices, social support, and healthy behaviors in adolescents: implications for behavioral change strategies and future research // *J. Pediatr. Health Care*. 2011. № 25(4). P.216-223.
288. Khambalia A., Hardy L.L, Bauman A. Accuracy of weight perception, life-style behaviours and psychological distress among overweight and obese adolescents // *J. Paediatr. Child Health*. 2012. № 48(3). P.220-227.
289. Kickbush I. Innovation in health policy: responding to the health society. // *Gaceta Sanitaria*, 2007, 21:338–342.

290. Koelen, Maria A. van der Van Anne W. Health Education and Health Promotion. Wageningen Academic Publishers, The Netherlands; 2004
291. Kozhevnikova N.G., Kataeva V.A. Hygienic aspects of healthy life style development in students //Gig Sanit. 2011. № 6. P.48-51.
292. Krug I., Penelo E., Fernandez-Aranda F. et al. Low social interactions in eating disorder patients in childhood and adulthood: A multi-center European case control study // J Health Psychol. 2012. Apr 5.
293. Labarthe DR. Prevention of cardiovascular risk factors in the first place. (Контроль факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний – задача первостепенной важности). Prev. Med 1999; 29(6 Pt 2):S72-S78.
294. Lamberti A., Spinelli A., Baglio G. et al. Surveillance system Okkio alla SALUTE: the role of primary school in the promotion of healthy life style. Results of 2008 // Ann Ig. 2010. № 22(6). P.555-562.
295. Lee H.A., Lee W.K., Kong K.A. et al. The effect of eating behavior on being overweight or obese during preadolescence // J Prev Med Public Health. 2011. № 44(5). P.226-233.
296. Lee R.L., Loke A.Y. Lifestyle behaviors and psychosocial well-being of Chinese adolescents in Hong Kong and Guangzhou, China: a cross-sectional comparative survey // J Clin Nurs. 2011. № 20(19-20). P.2733-2743.
297. Legnani E., Legnani R.F., Filho V.C. et al. Factors associated with overweight in students from tri-border region: Argentina, Brazil and Paraguay // Arch Latinoam. Nutr. 2010. № 60(4). P.340-347.
298. Lind C., Mirchandani G.G., Castrucci B.C. et al. The effects of acculturation on healthy lifestyle characteristics among Hispanic fourth-grade children in Texas public schools, 2004-2005. //J. Sch. Health. 2012. № 82(4). P.166-174.
299. Liu K., Daviglius M.L., Loria C.M. et al. Healthy lifestyle through young adulthood and the presence of low cardiovascular disease risk profile in middle age: the Coronary Artery Risk Development in (Young) Adults (CARDIA) Study // Circulation. 2012. № 125(8). P.996-1004.

300. Lopez-Dicastillo O., Grande G., Callery P. School children's own views, roles and contribution to choices regarding diet and activity in Spain // *Child Care Health Dev.* 2012. Feb 13.
301. Machkenbach J., Bakker M., eds. *Reducing inequalities in health: a European perspective.* London, Routledge, 2002.
302. Macleod Z.R., Charles M.A., Arnaldi V.C., Adams I.M. Telephone counseling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation. // *Med. J. Aust.* 2003; 179(7):349-52
303. Magnus P, Beaglehole R. The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end the “only 50%” myth. (Доказательства того, что на долю основных факторов риска приходится не «всего 50%» коронарных заболеваний, как принято считать, а гораздо больше) // *Arch. Intern. Med.* 2001; 161(21):2657-60.
304. Marutani M., Miyazaki M. Culturally sensitive health counseling to prevent lifestyle-related diseases in Japan // *Nurs. Health Sci.* 2010. № 12(3). P.392-398.
305. Marmot M. Social determinants of health inequalities. // *Lancet* – 2005. – Vol. 365. P.1099–1104.
306. Matheson E.M., King D.E., Everett C.J. Healthy lifestyle habits and mortality in overweight and obese individuals // *J. Am. Board Fam. Med.* 2012. № 25(1). P.9-15.
307. McAndrews J.A., McMullen S., Wilson S.L. Four strategies for promoting healthy lifestyles in your practice // *Fam. Pract. Manag.* 2011. № 18(2). P.16-20.
308. Merrill D.A., Small G.W. Prevention in psychiatry: effects of healthy lifestyle on cognition // *Psychiatr. Clin. North Am.* 2011. № 34(1). P.249-261.
309. Metzger M., Flanadin A. & Medders R. Social and heuristic approaches to credibility evaluation online. // *Journal of Communication*, 60(3), 413-439 - 2010

310. Mikkelsen B.E. Associations between pedagogues attitudes, praxis and policy in relation to physical activity of children in kindergarten-results from a cross sectional study of health behavior amongst Danish pre-school children //Int. J. Pediatr. Obes. 2011. № 6 Suppl 2. P.12-15.
311. Marshall S.W., Kawachi I., Pearce N., Borman B. Social class differences in mortality from diseases amenable to medical intervention in New Zealand. // Int L Epidemiol. – 1993, Vol. 22. – P. 255-261.
312. Murray E., Burns J., See T., Lai R., Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease. //Cochrane Database Syst. Rev 2005; 4: CD004274
313. Musaiger A.O., Bader Z., Al-Roomi K., D'Souza R. Dietary and lifestyle habits amongst adolescents in Bahrain // Food Nutr. Res. 2011. P.55.
314. Musil V., Majer M., Juresa V. Elevated blood pressure in school children and adolescents-prevalence and associated risk factors // Coll. Antropol. 2012. № 36 Suppl. 1. P.147-155.
315. Nakayama N., Tamura M., Takahashi T., Hoshi T. The relationship between students' well-being and their parents' knowledge and support in a metropolitan area // Nihon Koshu Eisei Zasshi. 2011. № 58(8). P.595-605.
316. Naul R., Schmelt D., Dreiskaemper D. et al. 'Healthy children in sound communities' (HCSC/gkgk) - a Dutch-German community-based network project to counteract obesity and physical inactivity // Fam. Pract. 2012. № 29 Suppl. 1. P.110-116.
317. Nguyen B., Shrewsbury V.A., O'Connor J., Twelve-month outcomes of the loosed randomized controlled trial: a community-based healthy lifestyle program for overweight and obese adolescents // Arch Pediatr. Adolesc. Med. 2012. P. 166(2). P.170-177.
318. Obot I.S., Wagner F.A., Anthony J.C. Early onset and recent drug use among children of parents with alcohol problems: data from a national epidemiologic survey // Drug Alcohol Depend. 2001. № 65(1). P. 1-8.

319. O'Connor A. Promoting healthy eating and an active lifestyle in school-children // Nurs. Stand. 2011. № 25(48). P.48-56.
320. O'Haver J., Szalacha L.A., Kelly S. The relationships among body size, biological sex, ethnicity, and healthy lifestyles in adolescents // J. Spec. Pediatr. Nurs. 2011. № 16(3). P.199-206.
321. Ovrum A. Socioeconomic status and lifestyle choices: evidence from latent class analysis // Health Econ. 2011. P. 20(8). P.971-984.
322. Peker K., Bermek G. Predictors of health-promoting behaviors among freshman dental students at Istanbul University // J. Dent. Educ. 2011. № 75(3). P.413-420.
323. Person A.L., Colby S.E., Eubanks J.W. Nutritionopoly: let healthy choices "monopolize" your lifestyle // J. Nutr. Educ. Behav. 2011. № 43(4). P.303-305.
324. Purcell M. Raising healthy children: Moral and political responsibility for childhood obesity //J Public Health Policy. 2010. № 31(4). P.433-446.
325. Rajabizadeh G., Ramezani M.A., Roohafza H. et al. Association between cigarette smoking and socio-demographics, lifestyle and mental health factors in a sampled Iranian population // Southeast Asian J. Trop. Med. Public Health. 2011. № 42(4). P.977-987.
326. Ranby K.W., MacKinnon D.P., Fairchild A.J. et al. The PHLAME (Promoting Healthy Lifestyles: Alternative Models' Effects) firefighter study: testing mediating mechanisms // J. Occup. Health Psychol. 2011. № 16(4). P.501-513.
327. Rehman R., Ullah Shaikh S., Syed S., Shakeel N. Relationship of life style choices on body fat mass in young adults // J. Ayub Med Coll. Abbottabad. 2010. № 22(4). P.146-149.
328. Resolution WHA57.17. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. In: Fifty-seventh World Health Assembly, Geneva, 17–22 May 2004. Resolutions and decisions, annexes. Geneva, World Health Organization, 2004.



329. Rhoades E., McCaffree M.A., Dunlap M. et al. The Oklahoma Children's Health Plan: keeping kids healthy // J. Okla State Med Assoc. 2011. № 104(7-8). P.297-300.
330. Ricci C.L., Brown B.D., Noonan C. et al. Parental influence on obesity in Northern Plains American Indian youth // Fam. Community Health. 2012. № 35(1). P.68-75.
331. Rosolova H., Simon J. Community related life style intervention reduces coronary risk in the population. // Eur. Heart J (2000) 21 (19): 1562-1563.
332. Richmond RL, Wodak A, Kehoe L, Heather N. How healthy are the police? A survey of life-style factors. //Addiction (Abingdon, England), November 1998, vol./is. 93/11(1729-37)
333. Rutkowski E.M., Connelly CD. Obesity risk knowledge and physical activity in families of adolescents // J. Pediatr. Nurs. 2011. № 26(1). P.51-57.
334. Salomón M.C., Martínez N., Delgado D., González Arra C., Bittar V., González N. Trichomonas vaginalis prevalence in sex workers // Medicine (B Aires). 2011. № 71(5). P.429-431.
335. Samkange-Zeeb F.N., Spallek L., Zeeb H. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature // BMC Public Health. 2011. № 25. P.727.
336. Santos Z.M., Caetano J.A., Moreira F.G. Parents' actions for prevention of arterial hypertension educational technology for health // Cien Saude Colet. 2011. № 16(11). P.4385-4394.
337. Sargent J.D. Dalton. Does parental disapproval of smoking prevent adolescents from becoming established smokers? //Pediatrics. 2001. Dec; 108(6). P. 1256-1262.
338. Scaglioni S., Arrizza C., Vecchi F., Tedeschi S. Determinants of children's eating behavior // Am. J. Clin. Nutr. 2011. № 94(6 Suppl). P.2006S-2011S.

339. Schwiebbe L., van Rest J., Verhagen E. et al. Childhood obesity in the Caribbean // *West Indian Med J.* 2011. № 60(4). P.442-445.
340. Serec M., Svab I., Kolšek M. et al. Health-related lifestyle, physical and mental health in children of alcoholic parents // *Drug Alcohol Rev.* 2012. Mar 7.
341. Shah S., Patching van der Sluijs C., Lagleva M. et al. A partnership for health - working with schools to promote healthy lifestyle // *Aust. Fam. Physician.* 2011. № 40(12). P.1011-1013.
342. Souza E.A., Barbosa Filho V.C., Nogueira J.A., Azevedo Júnior M.R. Physical activity and healthy eating in Brazilian students: a review of intervention programs // *Cad. Saude Publica.* 2011. № Aug;27(8). P.1459-1471.
343. Stamler J, Stamler R, Neaton JD, Wentworth D, Daviglius ML, Garside D, Dyer AR, Liu K, Greenland P. Low risk-factor profile and long-term cardiovascular and no cardiovascular mortality and life expectancy: findings for 5 large cohorts of young adult and middle-aged men and women. // *JAMA* 1999;282(21):2012
344. Suhrcke M., Rocco L., McKee M., Mazzucco S., Urban D., Steinherr A. Экономические последствия неинфекционных заболеваний и травматизма в Российской Федерации. // Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. Копенгаген. 2008 .- 83 с.
345. Tanaka N., Miyoshi M. School lunch program for health promotion among children in Japan // *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012. № 21(1). P.155-158.
346. Taylor A., Wilson C., Slater A., Mohr P. Parent- and child-reported parenting. Associations with child weight-related outcomes // *Appetite.* 2011. № 57(3). P.700-706.
347. Teng H.L, Yen M., Fetzer S. Health promotion lifestyle profile-II: Chinese version short form // *J. Adv. Nurs.* 2010. № 66(8). P.1864-1873.
348. Tremblay M.S., LeBlanc A.G., Kho M.E. et al. Systematic review of sedentary behavior and health indicators in school-aged children and youth // *J. Behav. Nutr. Phys. Act.* 2011. № Sep 21. P.98.

349. Tripodi A., Severi S., Midili S., Corradini B. "Community projects" in Modena (Italy): promote regular physical activity and healthy nutrition habits since childhood // *J. Pediatr. Obes.* 2011. № 6 Suppl 2. P.54-56.
350. Tucker S., Lanningham-Foster L, A school based community partnership for promoting healthy habits for life // *J. Community Health.* 2011. № 36(3). P.414-422.
351. Vaczy E., Seaman B, Peterson-Sweeney K, Hondorf C. Passport to health: an innovative tool to enhance healthy lifestyle choices // *J. Pediatr. Health Care.* 2011. № 25(1). P.31-37.
352. Vinsel D. Shedding old habits to create a new future. Interactive program targets childhood obesity by teaching healthy lifestyle choices // *Healthy Exec.* 2010. № 25(3). P.70, 72.
353. Wasserman D. Genetics of HPA-axis, depression and suicidality / D. Wasserman, J. Wasserman, M. Sokolowski // *Eur. Psychiatry.*- 2010. - Vol.25, № 5. – P. 278-280.
354. Wasserman D. Global suicide rates among young people aged 15-19 / D. Wasserman, Q. Cheng, G.X. Jiang // *World Psychiatry.*- 2005. - Vol.4, № 2. – P.114-120
355. Watkinson C., van Sluijs E.M., Sutton S. et al. Randomized controlled trial of the effects of physical activity feedback on awareness and behavior in UK adults: the FAB study protocol [ISRCTN92551397 // *BMC Public Health.* 2010. № 10(1). P.144.
356. "Where they hang out". Social media use in youth health promotion: An analysis based on a literature review and survey of the youth sector in South Australia Centre for Health Promotion Women's and Children's Health Network June 2012
357. Wijesuriya M., Gulliford M., Vasantharajah L. et al. DIABRISK-SL prevention of cardio-metabolic disease with life style modification in young urban Sri Lankan's--study protocol for a randomized controlled trial // *Trials.* 2011. № 26. P.209.

358. Wilfley D.E., Kass A.E., Kolko R.P. Counseling and behavior change in pediatric obesity // *Pediatr Clin North Am.* 2011. № 58(6). P.1403-1424.
359. Winterfeld A. Healthy communities: new opportunities for promoting health // *NCSL Legisbrief.* 2010. № 18(32). P.1-2.
360. Wong Y., Chang YJ. The practices and needs of dietitian in school lunch program in Taiwan // *Asia Pac J Clin Nutr.* 2012. № 21(1). P.134-8.
361. Wu X.Y., Ohinmaa A., Veugelers PJ. Diet quality, physical activity, body weight and health-related quality of life among grade 5 students in Canada // *Public Health Nutr.* 2011. № Oct 4. P.1-7.
362. Wyatt K.M., Lloyd J.J., Creanor S., Logan S. The development, feasibility and acceptability of a school-based obesity prevention programs: results from three phases of piloting // *BMJ Open.* 2011. № 1(1). May 23.
363. Zhang M.F., Chen R.J., Tang W., Zhang HF. The relationship between dietary factors and susceptibility of periodontal disease // *Shanghai Kou Qiang Yi Xue.* 2012. № 21(1). P.99-103.