

На правах рукописи



АКИМОВ АЛЕКСАНДР МИХАЙЛОВИЧ

**РЕГУЛИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
НА УРОВНЕ ГОРОДА (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)**

Специальность 22.00.08 – Социология управления

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Тюмень 2016

Работа выполнена в ФГБОУ ВО «Тюменский государственный нефтегазовый университет»

Научный руководитель: **Силин Анатолий Николаевич**
заслуженный деятель науки РФ, доктор
социологических наук, профессор

Официальные оппоненты: **Захарова Мария Александровна**
доктор социологических наук, профессор,
заведующая бюро медико-социологических
исследований ГКУЗ «Региональный центр
медицинской профилактики», г. Новосибирск

Батырева Мария Владимировна
кандидат социологических наук, доцент
кафедры общей и экономической социологии
ФГБОУ ВО «Тюменский государственный
университет»

Ведущая организация: **ФГБОУ ВО «Курганский государственный университет»**

Защита диссертации состоится 27.05.2016 г. в 13.00 часов. на заседании диссертационного совета Д 212.273.03 при Тюменском государственном нефтегазовом университете по адресу: г. Тюмень, ул. Мельникайте, 70, ауд. 315.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотечно-информационном центре ФГБОУ ВО «Тюменский государственный нефтегазовый университет» по адресу: г. Тюмень, ул. Мельникайте, 72, а также на сайте ФГБОУ ВО «Тюменский государственный нефтегазовый университет»: <http://www.tsogu.ru/>.

Автореферат разослан «___» _____ 2016 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
кандидат социологических
наук, доцент

Л.В. Ребышева

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы исследования.

Важнейшими составляющими потенциала здоровья человеческого сообщества являются социально-экономические условия среды, включая социально-экономические, демографические, поведенческие и другие факторы.¹ В настоящее время является доказанным зависимость показателей здоровья населения от данных факторов, управление которыми обеспечивает устойчивое социальное и экономическое развитие страны в целом и отдельных ее регионов.

Высокая продолжительность жизни населения в экономически развитых странах рассматривается, прежде всего, как результат общегосударственного управления, направленного на максимальное нивелирование влияния управляемых факторов риска на здоровье населения. Задачи по переходу к инновационному социально ориентированному типу экономического развития и развитию человеческого потенциала нашей страны поставлены в Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года. В проекте «Стратегия 2020» проанализированы пути решения проблем по сохранению и укреплению здоровья работающего населения как основы повышения конкурентоспособности российской экономики.² Большинство научных исследований в этом направлении ориентированы на необходимость дополнительного совершенствования производственного процесса, к чему неизбежно приводит эволюция производственных технологий. Вместе с тем, обсуждаются и возможные направления взаимодействия учреждений медицинской науки, здравоохранения, бизнеса и государственного управления по вопросам улучшения здоровья работающих и населения в целом. Стратегические усилия, направленные на ускорение перехода к социально ориентированной ситуации в отношении сохранения здоровья населения в нашей стране, имеют как многие общие черты для всех регионов, так и свои особенности, характерные для каждой отдельно взятой области в зависимости от состояния здоровья населения в данном субъекте федерации. Общими становятся подходы к пониманию того, что основным ресурсом здоровья населения является экономическое, правовое, политическое благополучие людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в определенных социальных условиях. Становится

¹ Казначеев, В.П. К проблеме формирования концепции и критериев общественного здоровья / В.П. Казначеев. – Ставрополь, 1997. – 198 с.

² World Health Organisation. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks / WHO. – Geneva, 2009. – 152 p.; Измеров, Н.Ф. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. («Стратегия 2020») и сохранение здоровья работающего населения России / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – №3. – С. 1-8.

очевидным, что улучшение здоровья требует стабильности этих компонентов. Вместе с тем, оптимальные условия для эффективного регулирования в общественного здоровья населения, вероятно, могут быть созданы именно на уровне города.

При реализации многих отечественных и зарубежных социальных программ предпринимаются попытки исследования общих условий, улучшающих здоровье населения, таких как рациональная организация труда, соответствующего питания, дозированных и специально ориентированных на развитие различных физических качеств физических упражнений, социально-экономических и экологических факторов.

Все это свидетельствует о том, что процесс улучшения здоровья населения тесно взаимосвязан с процессом реализации целенаправленных управленческих воздействий в каждом отдельно взятом регионе. Однако реальное регулирование состояния здоровья трудоспособного населения должно учитывать социальные и поведенческие характеристики, сложившиеся в определенных социальных группах в условиях изучаемого региона.³

Для Тюменского региона, имеющего сложное административное построение, социальную и миграционную ситуацию, должны быть сформированы собственные подходы к управлению здоровьем трудоспособного населения, в том числе основанные на аналитических данных по распространенности управляемых факторов риска в группах населения разного социального статуса.⁴ Особенно это касается мужчин трудоспособного возраста, так как именно эта категория населения в большей степени определяет устойчивость социального и экономического развития как страны в целом, так и отдельных регионов.⁵

В то же время, можно констатировать, что социологических исследований, отражающих влияние социальных и поведенческих факторов на здоровье населения в разных социальных группах, особенно в условиях социально-экономического преобразования страны и общества, недостаточно, а имеющиеся исследования не отражают накопившиеся проблемы общественного здоровья российского населения.

Вместе с тем, анализ социальных и поведенческих факторов риска в наиболее «рискогенных» группах трудоспособного населения, основанный на корректном социологическом исследовании здравоохранительного поведения и образа жизни, является крайне необходимым. Такие исследования должны быть направлены на реализацию управленческих решений дифференцированно на отдельные социальные группы населения

³ Региональная социология: проблемы консолидации социального пространства / Под ред. В.В. Маркина. – М.: Новый хронограф, 2015. – 600 с.

⁴ Силин, А.Н. Регулирование общественного здоровья в Тюменской области / А.Н. Силин, А.О. Волосач // Академический вестник ТГМА ЭУП. – 2015. - №2 (32). – С. 148-152.

⁵ Личность и ее взаимодействие с социальной средой: непроторенная дорога / В.В. Гафаров, Е.А. Громова, Ю.Н. Кабанов, И.В. Гагулин. – Новосибирск: СО РАН, 2008. – 280 с.

и деятельность различных сегментов здравоохранения при учете региональных особенностей управления общественным здоровьем.⁶

Изучение этих вопросов позволит осуществить эффективное регулирование состояния общественного здоровья на уровне города за счет разработки механизма регулирования здоровья различных социальных групп населения.

Данные обстоятельства определяют актуальность диссертационного исследования.

Степень научной разработанности проблемы.

Базовые идеи, заложенные в фундаментальных теоретических работах в области социологии управления, отразились на понимании подхода к изучению проблемы управления здоровьем населения. Эти вопросы рассмотрены в трудах врача и философа А.А. Богданова, работах известных зарубежных и отечественных теоретиков-социологов М. Вебера, Э. Дюркгейма, Т. Парсонса, В. Парето, А.А. Давыдова, А.И. Кравченко, И.О. Тюриной, О. Sheldon, К. Thompson и др.⁷

В контексте проблемы исследования следует отметить работы, определившие пути социологического исследования и последствия намечаемых и реализуемых управленческих воздействий на отдельные социальные группы населения.⁸

В области изучения социологических перспектив развития общества обращают на себя внимание труды В.К. Левашова о парадигмах, моделях, стратегии устойчивого развития общества, что заслуживает особого внимания при изучении стабильности основных ресурсов здоровья населения.⁹

Значительный вклад в разработку проблемы внесли социологические исследования в области изучения механизмов социальной обусловленности общественного здоровья. Его место в системе

⁶ Ковальжиина, Л.С. Здоровьесберегающее поведение населения: опыт социологического исследования / Л.С. Ковальжиина, А.Н. Силин. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – 156 с.

⁷ Вебер, М. Избранное. Образ общества / М. Вебер. – М.: Юрист, 1994. – 704 с.; Дюркгейм, Э. Социология. Её предмет, метод, предназначение / Э. Дюркгейм. – М: Канон, 1995. – 352 с.; Парето, В. Социологические системы / В. Парето. – В кн: Теоретическая социология, – М., 2002. – С. 243-313; Парсонс, Т.О. Социальные системы / Т.О. Парсонс. – М: Академический проект, 2002. – 340 с.; Давыдов, А.А. Социология управления и системная социология: сравнительный анализ / А.А. Давыдов // Лекции по социологии управления. – РАН: Институт социологии. – 2011. – 117 с.; Sheldon, O. The Philosophy of Management and Organizations / O. Sheldon – N.Y.: Routledge, 2003. – 128 p.; Thompson, K. Early Sociology of Management and Organizations / K. Thompson. – N.Y.: Routledge, 2003. – 87 p.

⁸ Ермаков, С.А. Управление бизнес-процессами нефтегазовой компании в условиях вахтовой организации труда / С.А. Ермаков, А.Н. Силин // Нефть, газ и бизнес. – 2012. – № 12. – С. 54-58; Барбаков, О.М. Системные подходы к управленческой деятельности / О.М. Барбаков, В.А. Киселев // Проблемы формирования единого экономического пространства и социального развития в странах СНГ. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2012. – С. 10-14; Мансуров, В.А. Становление социологии профессиональных групп в России: история и перспективы / В.А. Мансуров, О.В. Юрченко. – В сборнике: Актуальные проблемы социологии. – Екатеринбург: УрФУ, 2013. – С. 218-223.

⁹ Левашов, В.К. Устойчивое развитие общества: парадигмы, модели, стратегии / В.К. Левашов. – М: Академия, 2001. – 141 с.

социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к своему здоровью, значение факторов, определяющих здоровье различных социальных групп, показано в работах В.Н. Иванова, В.И. Корниенко, Ю.П. Лисицина, Н.И. Скок, А.Н. Силина, Н.Н. Седовой, О.П. Щепина и др.¹⁰

Изучение механизмов влияния факторов риска на развитие той или иной проблемы со здоровьем определенной группы населения, рассмотренные в исследованиях В.В. Гафарова, R. Wilkinson, M. Marmot и др.,¹¹ сформировали основу для изучения и использования в диссертационном исследовании научных подходов к применению социальных технологий управления здоровьем населения, оценки социальных результатов и принятых управленческих решений по его улучшению.

Заслуживают особого внимания методологические подходы к управлению общественным здоровьем, информационному обеспечению управления общественным здоровьем на уровне региона, предложенные социологами А.Н. Силиным, С.Г. Симоновым, В.П. Шеломенцовой.¹² Исследования данных авторов способствовали пониманию теоретико-методологических аспектов управления общественным здоровьем на основе анализа известных систем как в нашей стране, так и за рубежом.

Роль и место инновационных социальных технологий в системе управления общественным здоровьем рассматривались на обширном эмпирическом материале Г.К. Аубановой, что способствовало осмыслению социальных механизмов и способов управления здоровьем на уровне региона.¹³

¹⁰ Иванов, В.Н. Социальные технологии в современном мире / В.Н. Иванов. – М.: Славянский диалог, 1996. – 352 с.; Корниенко, В.И. Гуманитарный прогресс человеческого общества / В.И. Корниенко // Вестник Челябинского государственного университета. – 2007. – №17. – С. 49-56; Лисицин, Ю.П. Из истории изучения влияния образа жизни на здоровье / Ю.П. Лисицин, Т.В. Журавлева, А.А. Хмель // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 39-42; Скок, Н.И. Социальная регуляция потенциала лиц с особыми потребностями / Н.И. Скок. – Тюмень: Вектор Бук, 2004. – 212 с.; Силин, А.Н. Общественное здоровье на Крайнем Севере / А.Н. Силин. – В сб.: Проблемы Севера и Арктики Российской Федерации. – Вып. 12. – М.: Совет Федерации, 2010. – С. 15-18; Седова, Н.Н. «Городские» риски мужского здоровья / Н.Н. Седова, С.А. Щелков // Социология города. – 2014. – № 1. – С. 3-12; Щепин, О.П. Национальные институты общественного здоровья в современном мире / О.П. Щепин, В.С. Нечаев, Е.П. Жилева // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2012. – № 1. – С. 3-5.

¹¹ Психология здоровья населения в России / В.В. Гафаров, В.А. Пак, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова. – Новосибирск, 2002. – 360 с.; Marmot, M.G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. / M.G. Marmot, R.G. Wilkinson // BMJ. – 2001. – Vol. 322. – P. 1233-1236.

¹² Силин, А.Н. Управление социальной сферой: роль социологических исследований, социологического мониторинга и подготовки кадров / А.Н. Силин. – В сб.: Проблемы и опыт совершенствования управления и повышения эффективности функционирования учреждений и предприятий социальной сферы. – СПб: СПбГИЭУ, 2003. – С. 23-28; Силин, А.Н. Уровень жизни и социально-экономическая ситуация при проведении рыночных реформ в Республике Казахстан / А.Н. Силин, С.Г. Симонов, В.П. Шеломенцева. – Тюмень: Вектор Бук, 2003. – 320 с.

¹³ Аубанова, Г.К. Общественное здоровье: концентральные подходы и управление на уровне региона / Г.К. Аубанова, А.Н. Силин. – Павлодар: ЭКО, 2005. – 140 с.

Особое место в социологических исследованиях занимают работы ученых-социологов М.Л. Белоножко, К.Г. Барбаковой, О.М. Барбакова, А.С. Гаврина, Н.А. Костко, посвященные разработке концепции организации социального управления городом. Исследования авторов позволили рассмотреть взгляды к процессу разработки и внедрению моделей и механизмов социального управления среднеурбанизированным сибирским городом.¹⁴

Использование социальных механизмов и способов управленческого воздействия на общество и его отдельные сферы обсуждались в социологических исследованиях Ю.М. Конева на примере реализации социальной политики в Тюменском регионе.¹⁵ Методы сбора, анализа и оценки в диссертационном исследовании строились с учетом методологии и процедуры социологических исследований, представленных в работах М.К. Горшкова, О.М. Роя, Ф.Э. Шереги, В.А. Ядова.¹⁶

Изучение социологического опыта исследования факторов, определяющих общественное здоровье: экономическую и экологическую ситуацию, медицинское обслуживание и пропаганду здорового образа жизни с системных позиций, изложенные в работах М.М. Акулич, М.В. Батыревой, Н.В. Зайцевой, М.А. Захаровой, Л.С. Ковальжиной, Л.Л. Мехришвили, Н.И. Скок, нашли отражение в используемом социологическом инструментарии диссертационной работы.¹⁷

Анализ источников показал, что в контексте концепции факторов

¹⁴ Белоножко, М.Л. Специфика управления монопрофильными городами Тюменского Севера / М.Л. Белоножко, Н.И. Крысин // СОЦИС. – 2002. – № 7. – С. 87-91; Искусство управления городом: социальные эксперименты на виртуальном пространстве / К.Г. Барбакова, О.М. Барбаков, А.С. Гаврин, Н.А.Костко. – Курган: Зауралье, 2005. – 270 с.; Костко, Н.А. Теоретические основания исследования социального пространства города в системе координат муниципального управления / Н.А. Костко // Вестник Челябинского государственного университета. Философия. Социология. Культурология. – 2014. – № 24. – С. 13-16.

¹⁵ Конев, Ю.М. Социальная политика в Тюменском регионе / Ю.М. Конев // Проблемы формирования единого экономического пространства и социального развития в странах СНГ. – Т.2. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2010. – С. 93-97.

¹⁶ Горшков, М.К. Реформы в зеркале общественного мнения / М.К. Горшков // Социологические исследования. – 2011. – № 1. – С. 3-11; Рой, О.М. Возможность и риски городских агломераций / О.М. Рой // Муниципальная академия. – 2014. – № 1. – С. 4-8; Шереги, Ф.Э. Гносеологические модели в социологии / Ф.Э. Шереги // Социологические исследования – 2014. – № 11. – С. 71-82; Ядов, В.А. Стратегия социологических исследований / В.А. Ядов. – М: Добросвет, 1998. – 596 с.

¹⁷ Акулич, М.М. Социальный контроль как механизм повышения качества предоставления государственных и муниципальных услуг / М.М. Акулич, М.В. Батырева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2013. – № 4. – С. 104-116; Батырева, М.В. Социальное здоровье: сущность и основные факторы / М.В. Батырева, Е.В. Королева // В мире научных открытий. – 2014. – № 3.4 (51). – С. 1728-1738; Зайцева, Н.В. Анализ организационной культуры как фактор повышения эффективности стратегии управления медицинской организацией / Н.В. Зайцева // Социология медицины. – 2013. – № 1. – С. 30-38; Захарова, М.А. Современные методы медико-социологических исследований в крупном промышленном городе / М.А. Захарова, М.Л. Фомичева // Социология города. – 2014. – № 3. – С. 5-16.; Ковальжина, Л.С. Здоровый образ жизни: оценка мнений и выбор различных групп населения / Л.С. Ковальжина // Вестник Тюменского государственного университета. – 2014. - № 8. – С. 165-172; Мехришвили, Л.Л. Социальная политика: концептуальные подходы / Л.Л. Мехришвили // Тюмень: ТюмГНГУ, 2006. – 362 с; Скок, Н.И. Менеджмент в здравоохранении / Н.И. Скок / под ред. А.Н. Силина // Тюмень: ТюмГНГУ, 2002. – 87 с.

риска как поведенческие, так и социальные характеристики населения являются управляемыми (корректируемыми) факторами, поэтому изучение распространенности этих факторов дифференцированно для разных социальных групп трудоспособного населения города крайне своевременно и позволяет поставить их модификацию в основу разработки социальных технологий управления здоровьем.

В связи с вышесказанным, анализ социальных и поведенческих факторов в наиболее «рискогенных» группах трудоспособного населения г. Тюмени представляет собой актуальную задачу и определяет научные подходы для регулирования состояния здоровья населения.

Выполненная диссертационная работа направлена на оценку отношения населения к своему здоровью, уровней поведенческих факторов риска, их взаимосвязей с социальным градиентом у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени.

Объектом исследования является общественное здоровье мужчин трудоспособного возраста.

Предмет исследования – технологии регулирования состояния здоровья мужского населения через социальные и поведенческие факторы.

Цель исследования – разработка модели и механизма регулирования состояния общественного здоровья на основе изучения отношения мужчин трудоспособного возраста к своему здоровью в зависимости от поведенческих и социальных характеристик.

Задачи исследования.

1. Уточнить на основе теоретико-методологического анализа понятийного аппарата содержание категорий: «общественное здоровье», «управляемые факторы риска», «рискогенные группы», «социальный градиент».

2. Определить взаимосвязи параметров отношения к своему здоровью у мужчин трудоспособного возраста в зависимости от социального градиента (уровня образования, профессиональной принадлежности, семейного статуса). Выявить ассоциации поведенческих характеристик и социального градиента у мужчин трудоспособного возраста.

3. Определить базовую основу модели и механизма регулирования состояния общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени с применением полученных закономерностей по взаимосвязям параметров отношения к своему здоровью, управляемых факторов риска и социального градиента в отношении выявленных «рискогенных групп» населения.

4. Разработать модель регулирования состояния здоровья мужчин трудоспособного возраста на основе установленных закономерностей по распространенности и взаимосвязям поведенческих характеристик и социального градиента в выявленных «рискогенных группах» населения

на уровне города.

5. Разработать механизм регулирования состояния общественного здоровья мужского населения с использованием социальных технологий – «спин-технологий» на уровне города.

В качестве **методологической основы исследования** выступают общие принципы системного подхода, базовые идеи, заложенные в фундаментальных теоретических работах в области социологии управления.

Для обоснования выдвинутых теоретических положений в диссертационном исследовании использовались методы математического «случайного отбора» формирования репрезентативной выборки населения, скринирующего исследования выборки, опрос по адаптированной автором стандартной анкете Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) «Знание и отношение к своему здоровью», статистического анализа полученных данных, вторичного социального анализа материалов НИИ кардиологии.

Эмпирической базой работы явились материалы отечественных и зарубежных социологов по изучаемой проблематике; результаты авторских социологических исследований.

На первом этапе была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан Центрального административного округа г. Тюмени, стратифицированная по возрасту методом механического случайного отбора. Выборка составила 1000 мужчин в возрасте 25-64 лет, по 250 человек в каждом возрастном десятилетии жизни: 25-34; 35-44; 45-54; 55-64 лет. Факторами включения в репрезентативную выборку были лица мужского пола в возрасте 25-64 лет, которые были прописаны и проживали на территории Центрального административного округа города Тюмени. Факторами исключения были беженцы, студенты, военные и заключенные, что устанавливалось со слов обследуемого, эти данные выбраковывались и не были включены в анализ исследования.

На втором этапе каждому жителю г. Тюмени, включенному в репрезентативную выборку, было отправлено приглашение для участия в обследовании. Приглашение участников на обследование производилось при помощи почтового приглашения. При отсутствии отклика на первое приглашение было предусмотрено три повторных письма-напоминания с недельным интервалом или попытка телефонного контакта с потенциальными участниками, отклик на приглашение составил 85,0% (850 обследуемых). У каждого участника было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

На третьем этапе было проведено тестирование в режиме самозаполнения. По адаптированной анкете ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью» определялись параметры отношения населения к своему здоровью и поведенческие факторы риска – отношение к курению,

питанию, физической активности. Социальный градиент оценивался по трем параметрам – уровню образования (начальное профессиональное образование (НПО), среднее профессиональное образование (СПО), высшее профессиональное образование (ВПО)), профессиональной принадлежности (руководители, инженерно-технические работники (ИТР) и специалисты, работники физического труда, пенсионеры и безработные), семейному статусу (имеет/не имеет спутника жизни).

На четвертом этапе для разработки модели регулирования состояния здоровья населения использовался механизм социальных технологий «спин-технологий»: 1) до-спин – подготовка перед событием; 2) после-спин – формирование «образа» события; 3) торнадо-спин – перевода общественного интереса в другую сферу; 4) контроль кризиса – управление событиями, выходящими из под контроля; 5) уменьшение ущерба – управление событиями, которые уже не контролируются, с целью предотвращения нанесения дальнейшего ущерба.

Математическая обработка результатов исследования проведена с использованием пакета прикладных программ статистической обработки информации SPSS, версия 11.5, STATISTICA 7.0 и электронных таблиц «Microsoft Excel» в соответствии с правилами вариационной статистики.

Научная новизна диссертационной работы заключается в том, что:

– на основе теоретико-методологического анализа понятийного аппарата уточнено содержание таких понятий как: «общественное здоровье», «управляемые факторы риска», «рискогенные группы», «социальный градиент»;

– обоснована взаимосвязь отношения к своему здоровью у мужчин трудоспособного возраста с социальным градиентом, позволяющая оказывать воздействие на управляемые факторы риска в группах мужчин разного социального статуса;

– выявлены ассоциации поведенческих характеристик и социального градиента у мужчин трудоспособного возраста, которые послужили научной основой для разработки модели регулирования состояния общественного здоровья населения;

– разработаны модель и механизм регулирования общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста на уровне города. Предлагаемая модель регулирования общественного здоровья включает в себя комплекс мероприятий, которые могут быть реализованы на региональном и муниципальном уровнях законодательной и исполнительной власти. Реализация комплекса мероприятий обеспечивается за счет механизма регулирования состояния здоровья населения города, включающего в себя поэтапное использование в отношении мужчин трудоспособного возраста социальных технологий – «спин-технологий».

Основные положения диссертационного исследования,
выносимые на защиту:

1. Установленные взаимосвязи параметров отношения населения к своему здоровью, поведенческих факторов риска и социального градиента у мужчин трудоспособного возраста являются научной основой для разработки модели и механизма регулирования состояния общественного здоровья на уровне города.

2. Среди мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени определены «рискогенные группы» населения с наличием управляемых факторов риска и негативным отношением к своему здоровью, что позволяет целенаправленно воздействовать на них в рамках разработанной модели. Высокая распространенность таких управляемых факторов риска как табакокурение, нерациональное питание, а также низкая ответственность за свое здоровье определены в группах одиноких мужчин и лиц низкого социального статуса (занятых физическим трудом, с начальным и средним уровнями профессионального образования), низкая физическая активность – в группах лиц низкого социального статуса и женатых мужчин.

3. Разработанная модель регулирования состояния общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени основана на целенаправленном воздействии на управляемые факторы риска в установленных «рискогенных группах» населения – категориях лиц с низким уровнем образования, занятых физическим трудом, как одиноких, так и семейных мужчин. Модель регулирования состояния общественного здоровья предполагает деятельность как самого населения, общественных институтов, так и деятельность региональных органов законодательной и исполнительной власти при взаимодействии с органами местного самоуправления.

4. Регулирование состояния общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста может быть реализовано органами власти при взаимодействии с общественностью посредством механизма социальных технологий «спин-технологий». Выявленные ассоциации социального градиента с поведенческими характеристиками и параметрами отношения населения к своему здоровью являются основными точками приложения «спин-технологий». Различные типы «спин-технологий» должны применяться дифференцированно на разных этапах регулирования состояния общественного здоровья населения города.

Теоретическая значимость работы определяется ее новизной и заключается в развитии теоретического уровня исследований в области влияния управляемых факторов риска на регулирование состояния общественного здоровья. Применительно к проблематике диссертации в формировании модели и механизма регулирования общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста на уровне города результативно использованы системный, социолого-управленческий

подходы, метод теоретического моделирования, сравнительный анализ статистических данных анкетного опроса.

Практическая значимость работы.

Данные анализа параметров отношения населения к своему здоровью и поведенческих факторов в группах мужчин различного социального статуса г. Тюмени могут быть использованы для интеграции изученных показателей здоровья населения как на российском, так и на международном уровнях.

Полученная на репрезентативной выборке населения города информационная база данных позволит продолжить объективную оценку и мониторинг ситуации в отношении социальных и поведенческих факторов у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени.

Анализ связи отношения населения к своему здоровью и поведенческих факторов с социальным градиентом среди мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени в период социально-экономического кризиса станет основой планирования социально ориентированной профилактической программы по регулированию состояния здоровья населения и тем самым – по сохранению трудовых ресурсов в городе и регионе.

Степень достоверности результатов проведенных исследований: сформулированные в диссертационной работе выводы и рекомендации обоснованы анализом теоретических и прикладных исследований по данной теме и подтверждены эмпирическими исследованиями.

В диссертации использованы статистические данные Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Тюменской области, избирательные списки граждан г. Тюмени, постановления и распоряжения регионального уровня.

Соответствие диссертации Паспорту научной специальности.

Содержание диссертации соответствует паспорту специальности 22.00.08 – «Социология управления» в части п. 6 – Факторы, детерминирующие управленческое поведение индивидов в социальных институтах и организациях, п. 12 – Социальные технологии в системе управления: сущность, формы и особенности, п. 18 – Социальная программа как область реализаций управленческих ресурсов.

Апробация результатов исследования.

Основные результаты работы опубликованы в ведущих рецензируемых научных журналах и изданиях, определенных ВАК Минобрнауки России: «Мир науки, культуры, образования – Социология», «Историческая и социально-образовательная мысль», «Омский научный вестник», «Теория и практика общественного развития», «Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика», «Евразийский юридический журнал».

Результаты диссертационной работы представлены на

Всероссийских научно-практических конференциях: «Мужское здоровье и долголетие» (Москва, 2012); «Сибирская наука – российской практике» (Барнаул, 2013); «Профилактика 2015» (Москва, 2015).

По теме диссертации опубликовано 12 печатных работ, из них 9 статей в журналах перечня ВАК РФ.

Структура и объем диссертации.

Диссертация изложена на 134 страницах печатного текста, содержит 10 таблиц и 20 рисунков, состоит из введения, двух глав, заключения, списка литературы (включающего 169 наименований), двух приложений.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Во введении обоснована актуальность темы исследования; показана степень научной разработанности проблемы; выделены объект и предмет; сформулированы цель и задачи исследования; описаны его теоретические и методологические основы; раскрыты научная новизна, теоретическая и практическая значимость работы; указаны основные положения, выносимые на защиту.

В первой главе «Теоретико-методологические подходы к социальному регулированию общественного здоровья» определен понятийный аппарат исследования социального регулирования общественного здоровья; обобщены научно-теоретические аспекты социального градиента как фактора, влияющего на общественное здоровье; выявлены механизмы регулирования общественного здоровья; показана методология авторского эмпирического исследования.

В главе критически анализируются различные концептуальные подходы к определению категорий «социальное управление», «общественное здоровье», «управляемые факторы риска», «рискогенные группы», «социальное регулирование», «социальный градиент», «социальные технологии», «социальные страты», «поведенческие факторы», «стиль жизни», «образ жизни».¹⁸ При этом регулирование общественного здоровья на уровне города рассматривается в аспекте воздействия на управляемые социальные и поведенческие факторы риска в рамках концепции факторов риска, которая является научной основой социально ориентированных программ по сохранению здоровья населения. Объектом социального регулирования в работе является общественное здоровье населения. Понятие «общественное здоровье» включает в себя две составляющие: «общество» и «здоровье». Понятие «здоровье», с одной стороны, рассматривается как продукт социально-экономической ситуации в обществе, с другой – как одно из определяющих условий гармоничного

¹⁸ Силин, А.Н. Социальный менеджмент: словарь-справочник / А.Н. Силин – М.: Университетская книга, 2009. – 176 с.

взаимодействия индивида с социумом.¹⁹ Принадлежность к определенной социальной группе, зачастую определяющая проживание в менее или более благополучных условиях, играет значимую роль в поддержании здоровья. В работе Н.А. Лебедевой-Несевря отмечается, что здоровье – это феномен в значительной степени социальный, его критерии устанавливаются исходя из норм, ценностей конкретного общества, зависят от уровня его социально-экономического и социокультурного развития.²⁰ Следовательно, социальное регулирование общественного здоровья – это целенаправленное управленческое воздействие, направленное на факторы, влияющие на общественное здоровье как объект регулирования. Одним из ведущих направлений социального регулирования общественного здоровья является концепция факторов риска. Под «факторами риска» следует понимать условия, увеличивающие вероятность или реальность наступления неблагоприятного события. Факторы риска представляют собой генетические, физиологические, поведенческие и социально-экономические характеристики индивидуума, позволяющие поместить его в группу населения, в которой наиболее высока вероятность развития той или иной проблемы со здоровьем.²¹ Управляемые факторы риска – это поддающиеся изменению характеристики (биологические, экологические, социальные, экономические, поведенческие), которые ввиду того, что поддаются коррекции, представляют наибольший интерес с позиции возможностей сохранения общественного здоровья. В научной литературе большое внимание уделяется поведенческим факторам риска, которые определяются образом и стилем жизни определенных групп населения. А.Н. Силиным образ жизни определен как устойчивая форма социального бытия, совместной жизнедеятельности людей, типичная для конкретных социальных отношений.²² По содержанию понятие «стиль жизни» обычно рассматривается как более узкое в сравнении с категорией «образ жизни» и подразумевает прежде всего субъективные аспекты деятельности, мотивы, ценностные ориентации в повседневном поведении индивидов.

Ряд авторов рассматривают социальный статус населения в качестве самостоятельного социального фактора риска, роль которого резко возрастает в период структурных перестроек в обществе. Социальный статус – положение, занимаемое индивидом (группой) в обществе или отдельной его подсистеме. В отличие от социального положения,

¹⁹ Дмитриева, Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева // СОЦИС. – 2003. – № 11. – С. 51-57.

²⁰ Лебедева-Несевря, Н.А. Социальные факторы риска здоровья как объект управления / Н.А. Лебедева-Несевря // Вестник Пермского университета. – 2010. – №3. – С. 36-40.

²¹ World Health Organization. Preventing chronic diseases – a vital investment: WHO Global Report / WHO. – Geneva, 2005. – 182 p.

²² Силин, А.Н. Социальный менеджмент: словарь-справочник / А.Н. Силин – М.: Университетская книга, 2009. – С. 49.

социальный статус включает также оценку индивидом или группой своего места в сравнении с другими людьми и оценку обществом деятельности этого индивида, выражающуюся в определенных показателях (зарплата, премии, награды, привилегии и т.д.). В этом смысле социальный статус является показателем социальной стратификации, что позволяет ввести понятие о социальном градиенте. Так, соотношение социального статуса со шкалой общественно признаваемых ценностей характеризует социальный престиж личности, позволяющий ранжировать статусы по социальному градиенту. Статусная позиция согласуется также с понятием социальной роли, то есть поведения людей в зависимости от их статуса.²²

Проведенные за последние три десятилетия научные исследования показали, что управление социальными процессами для сохранения здоровья в регионе возможно путем выявления факторов риска, как поведенческих, так и социальных. Такие исследования являются чрезвычайно важными, поскольку способствуют установлению «рискогенных групп» среди населения региона, а тем самым определяют целенаправленное воздействие на управляемые факторы риска в этих группах и эффективное регулирование состояния общественного здоровья в рамках социально ориентированных программ.

Важным фактором успеха как индивидуальных, так и групповых социально ориентированных программ является готовность населения к изменению образа жизни. Активность населения является необходимым условием сохранения здоровья в регионе, в связи с чем планирование, осуществление и контроль эффективности регулирования общественного здоровья являются более действенными при учете информированности населения в вопросах, связанных со здоровьем. Необходимость изучения таких характеристик обусловлена низкой эффективностью мероприятий, планирование и разработка которых проводилась без учета информированности и отношения населения к своему здоровью.

Позитивные изменения образа жизни и окружающей среды произойдут быстрее, если население и лидеры общества будут хорошо информированы о потенциальных возможностях социально ориентированных превентивных мероприятий. Для этого необходимо знание, как различные группы населения воспринимают проблемы охраны здоровья и каковы наиболее эффективные пути доведения информации об укреплении здоровьем до этих групп.²³ Проекты, направленные на регулирование состояния общественного здоровья, в США, Финляндии, Канаде показали, что в вопросах, касающихся изменения образа жизни, наилучших результатов можно достигнуть, если информация будет предназначена для четко определенных групп населения в зависимости от

²³ Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение 2-х десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России / В.В. Гафаров, В.А. Пак, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова. – Новосибирск, 2000. – 284 с.

их образования, социального положения, возраста, пола и др.²⁴

Здоровье и долголетие являются центральными слагаемыми человеческого благосостояния, чаще всего признаваемого главной целью общественного развития, а одним из важнейших показателей прогрессивного развития общества и отдельного государства является увеличение в общем составе населения доли физически здоровых людей.

Социальное положение людей, их ценности и социальные установки можно рассматривать как результат воздействия различного типа социальной организации, процессов и структур, существующих в обществе, в котором они живут. По мнению А.В. Решетникова, правильная оценка соотношения социального и биологического может существенно ускорить выздоровление человека и общества в целом.²⁵

Опираясь на разработанные теоретико-методологические подходы, было проведено эмпирическое исследование социальных и поведенческих факторов риска в гендерном аспекте – у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени, а также изучение отношения населения к своему здоровью и готовности участвовать в социально ориентированных программах. На этой основе предложены инновационные социальные технологии – «спин-технологии», основное предназначение которых заключается в формировании среди населения «моды на здоровье», что и должно послужить ключевым моментом и точкой отсчета для оптимального регулирования состояния общественного здоровья.

Результаты работы нашли отражение **во второй главе** «Анализ существующей ситуации и обоснование инновационного механизма регулирования здоровья мужчин трудоспособного возраста», состоящей из двух разделов. Во второй главе отражены взаимосвязи ценностных и поведенческих параметров отношения к здоровью мужчин трудоспособного возраста и разработаны механизмы регулирования состояния здоровья мужского населения города.

Выполненное исследование определило неблагоприятную ситуацию по параметрам отношения населения к своему здоровью и поведенческих характеристик в их взаимосвязи с социальным градиентом (уровнем образования, профессиональным и семейным статусом) у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени.

На основании анкетирования установлена взаимосвязь отношения населения к своему здоровью в зависимости от социального градиента. Наиболее низкая ответственность за свое здоровье определена у лиц физического труда. В группах лиц с высшим образованием, а также в группах высокого профессионального статуса установлено максимальное

²⁴ Social determinants of health: the solid facts. 2nd edition / Ed. by R. Wilkinson, M. Marmot. – WHO: Denmark, 2003. – 33 p.

²⁵ Решетников, А.В. Методология исследований в социологии медицины / А.В. Решетников. – М, 2000. – 238 с.

стремление улучшить самочувствие и выйти на работу.

Так, лица с высшим уровнем профессионального образования при заболевании реагировали наиболее адекватно сравнительно с категорией мужчин среднего и начального уровней профессионального образования. На вопрос анкеты о действиях в ситуации болезни ответ «Остаюсь дома и делаю все что возможно для скорейшего возвращения на работу» достоверно чаще давали мужчины с высшим уровнем профессионального образования по сравнению с лицами среднего уровня профессионального образования (51,9% – 41,0%, $p < 0,01$), тогда как в категории мужчин с начальным уровнем профессионального образования таких ответов не выявлялось. Лица с начальным уровнем профессионального образования на поставленный вопрос анкеты дали две категории ответов: «Работаю в обычном режиме» либо «До улучшения самочувствия остаюсь дома», причем в последнем случае частота ответов имела статистически значимые различия с частотой аналогичных высказываний в группах мужчин со средним и высшим уровнями профессионального образования (соответственно, 50,0% – 22,5%, $p < 0,01$; 50% – 16,5%, $p < 0,05$).

Напротив, оставались дома и делали все возможное для скорейшего возвращения на работу минимальное число лиц, занятых физическим трудом (38,8%), в группе ИТР и специалистов таких мужчин было существенно больше (49,6%, $p < 0,001$). Среди руководителей лиц с такой установкой также было достоверно больше (56,9%), чем в группе физического труда (38,8%, $p < 0,001$) и среди пенсионеров и безработных (42,7%, $p < 0,05$). Оставались дома без стремления выйти на работу (до улучшения самочувствия) преимущественно пенсионеры и безработные (32,1%), и напротив, существенно меньшее число работников физического труда (18,2%, $p < 0,01$), ИТР и специалистов (20,3% $p < 0,05$) и минимальное количество руководителей (13,2%, $p < 0,001$).

В целом среди трудоспособного населения г. Тюмени отмечено преимущественно положительное отношение к превентивным мероприятиям, что, безусловно, создает благоприятные условия для эффективного регулирования состояния общественного здоровья на уровне города. Наиболее негативное или индифферентное отношение к профилактическим мероприятиям установлено у одиноких мужчин. Полезной считали профилактическую проверку своего здоровья достоверно большее число мужчин, имеющих спутника жизни (88,7% – 80,3%, $p < 0,01$), не полезной – мужчины, не имеющие спутника жизни (2,1% – 0,3%, $p < 0,01$). Уклончивый ответ на вопрос анкеты «По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?» «Возможно, да» также был дан существенно большим количеством одиноких мужчин (16,9% – 10,7%, $p < 0,05$).

Результаты проведенного исследования показали определяющую роль социального градиента в готовности респондентов участвовать в

социально ориентированных профилактических программах. Что касается личного отношения человека к своему здоровью, то, согласно данным анкетирования, выявлена достаточно большая степень ответственности населения за свое здоровье, особенно с ростом социального статуса населения, что, в сущности, и является одной из главных позиций по регулированию состояния общественного здоровья – изменение привычного модуса к собственному организму. Результаты исследования показали, что несмотря на те непростые условия, которые сложились при социально-экономических преобразованиях в современном обществе, население в целом реально оценивает преимущества превентивного подхода к своему здоровью, что само по себе создает благоприятные предпосылки для жизнестойкости и действенности предлагаемой модели регулирования состояния общественного здоровья в исследуемой категории мужчин трудоспособного возраста.

Согласно полученным результатам на репрезентативной выборке населения, по поведенческим управляемым факторам риска в г. Тюмени сложилась следующая ситуация. Среди мужчин трудоспособного возраста регулярно курили 49,0%, 65,0% тюменцев пытались изменить что-либо в своем курении, 32,7% пытались изменить что-либо в своем питании, 19,0% делали физическую зарядку, 22,1% активно проводили досуг.

Вместе с тем, с ростом уровня образования среди тюменских мужчин формировались принципы здорового питания, негативное отношение к курению, отмечался рост физической активности и трудоспособности. При этом среди лиц физического труда установлены наиболее выраженные привычки к курению табака, отрицание принципов здорового питания. Рост физической активности и трудоспособности наблюдался при увеличении квалификации труда, низкая физическая активность и трудоспособность преобладали в группе пенсионеров и безработных.

У одиноких мужчин г. Тюмени отмечалась тенденция к росту табакокурения, отрицанию принципов здорового питания, в то же время – к увеличению физической активности. Рост физической активности среди одиноких мужчин, вероятно, оправдан, связан с более свободным образом жизни и не может не сказаться положительно на здоровье этой группы населения, нивелируя в некоторой степени склонность к вредным привычкам. В то же время, негативные тенденции относительно курения и питания, характерные для одиноких мужчин г. Тюмени в сравнении с семейными мужчинами, безусловно, не могут не влиять отрицательно на их здоровье. Полученные результаты согласуются с закономерностью, обнаруженной Дж. Уотсоном и подтвержденной результатами Фремингемского исследования, которая гласит: одинокий человек более незащищен, причем его здоровье прогрессивно ухудшается, в отличие от здоровья семейного человека, и это особенно справедливо для мужчин. Кроме того, люди молодого и среднего возраста (т.е. сопоставимые по

возрасту изучаемой выборки населения г. Тюмени), зависящие от функций гражданского общества, обеспечивающие свое проживание самостоятельно и не получающие поддержку от своих родителей, больше подвержены пагубному влиянию стресса, в отличие от очень молодых и очень пожилых, чье благосостояние обуславливается, главным образом, семьей, в которой они проживают.²⁶

При планировании социально ориентированных программ большое значение имеет как отношение к своему здоровью, стремление его улучшить, так и приверженность населения к нездоровому поведению. Сложившаяся среди трудоспособного населения г. Тюмени ситуация в отношении управляемых факторов риска также, безусловно, создает благоприятную почву для регулирования состояния общественного здоровья на уровне города, которое должно акцентироваться именно на категориях наиболее образованного контингента населения, на людях молодого трудоспособного возраста, как наиболее перспективных и восприимчивых к перестройке образа жизни, своего и своих детей.

Результаты эмпирического исследования позволили предложить механизмы, предполагающие использование социальных технологий, направленных на регулирование здоровья мужчин трудоспособного возраста на уровне города. Данные по изучению отношения к своему здоровью среди мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени показали, что условием внедрения «моды на здоровье» среди населения следует считать качественное изменение информационно-образовательных технологий с учетом нужд и потребностей разных социальных групп мужского населения. Критерии социальных и поведенческих факторов риска, выявляемые с помощью стандартизованных методов опроса, рекомендуется использовать в системе учета трудоспособного населения в организованных коллективах города и с целью выявления лиц для дополнительной медико-социальной помощи.

Согласно данным современных исследований, социально-экономический градиент показателей смертности населения увеличивается с ростом социального неравенства.²⁷ Следовательно, регулирование здоровьем мужчин г. Тюмени должно включать в себя коррекцию регулярного курения и нарушения питания преимущественно среди лиц, не имеющих постоянного спутника жизни, с начальным и средним уровнями образования и занятых физическим трудом; коррекцию низкой физической активности – в группах низкого социального статуса и

²⁶ Health behaviours explain part of the differences in self reported health associated with partner/marital status in The Netherlands / I.M. Joung, K. Stronks, H. van de Mheen, J.P. Mackenbach // J Epidemiol Community Health. – 1995. – Vol. 49. – P. 482-488.

²⁷ Bartley, M. Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change 1973-1993 / M. Bartley, C. Owen // BMJ. – 1996. – Vol. 313. – P. 445-449; Education, lifestyle factors and mortality from cardiovascular disease and cancer. A 25 year follow-up of Swedish 50-year-old men / L. Kilander, L. Berglund, M. Boberg et al. // International Journal of Epidemiology. – 2001. – Vol. 30. – P. 1119-1126.

женатых мужчин.

Результаты настоящей работы могут служить базой и отправной точкой для реализации модели регулирования состояния здоровья мужского населения г. Тюмени, а также других среднеурбанизированных сибирских городов. Эффективность реализации модели в значительной степени зависит от знания населением вопросов, касающихся здорового образа жизни, а знание зависит от социального градиента.

Администрацией Тюменской области в настоящее время проводится ряд социальных программ, направленных на различные сферы общественной жизни, однако предложенные программные мероприятия в социальной сфере в большей мере касаются социально незащищенных групп населения, а не его трудоспособной составляющей. Разработанные в настоящей работе механизмы по использованию социальных технологий (спин-технологий) регулирования здоровья различных социальных групп населения в г. Тюмени направлены на существенное улучшение здоровья трудоспособного населения, увеличение продолжительности активной трудоспособности граждан.

Регулирование состояния здоровья населения невозможно осуществить без использования современных социальных (коммуникативных) технологий. В то же время, реализация взаимодействия общества и власти с использованием современных коммуникативных технологий отражает уровень профессионализма муниципальных служащих, так как это умение основывается на понимании сущности взаимодействия как деятельности, ее принципов, мотивов, цели, ориентированной на адресата, учитывающей его качественные свойства и осуществляющей в соответствии с этими параметрами прогнозируемую реакцию адресата.²⁸ Для регулирования состояния здоровья населения предлагается использовать спин-технологии, поскольку данная разновидность технологий используется, как правило, в ситуациях, требующих «корректировки проблем после того, как коммуникация начала разворачиваться в нежелательном направлении и события принимают нежелательный оборот».²⁹ Спин-технологии используются органами власти при взаимодействии с общественностью с целью формирования определенного общественного мнения.³⁰ В соответствии с этим, регулирование состояния здоровья населения г. Тюмени предлагается производить с использованием спин-технологий, поскольку в данном случае необходимо прежде всего сформировать общественное мнение на сохранение собственного здоровья, то есть создать «моду на здоровье».

²⁸ Курашенко, И.А. Модель взаимодействия муниципальной власти и населения / И.А. Курашенко // Вестник Казанского государственного технического университета им. А.Н. Туполева. – 2010. – № 4. – С. 203-205.

²⁹ Кондратьев, Э.В. Связи с общественностью / Э.В. Кондратьев, Р.Н. Абрамов. – М.: Академический проект, 2005. – 339 с.

³⁰ Почепцов, Г.Г. Паблик рилейшнз для профессионалов / Г.Г. Почепцов. – М: Релф-бук, 2000. – 624 с.

Такие мероприятия возможно реализовать органами законодательной и исполнительной власти на уровне города и области в рамках социально-управленческого механизма, сформированного на основе модели регулирования общественного здоровья (рис. 1).

Модель разработана исходя из потребностей современных социальных реалий российской действительности и включает в себя комплекс мер, которые могут быть реализованы на региональном уровне управленческой деятельности, при этом предполагается, что соответствующие департаменты взаимодействуют с органами местного самоуправления и структурами гражданского общества.

Так, посредством законодательных органов государственной власти (областная дума) необходимо изменить нормативное законодательство с планированием затрат в бюджете области на социальную, спортивную сферы и сферу общественного питания. Представленная в работе модель основана на целенаправленном и дифференцированном воздействии на управляемые факторы риска в установленных в работе «рискогенных группах» населения – лицах низкого социального статуса (занятых физическим трудом, с начальным и средним уровнями профессионального образования), группах одиноких и женатых мужчин.

Посредством исполнительных органов государственной власти (департаменты здравоохранения, образования и науки, по спорту и молодежной политике, информационной политики) необходимо построить организационную структуру профилактических мер для регулирования состояния общественного здоровья (рис. 1).

Вместе с тем, механизм регулирования состояния общественного здоровья трудоспособного населения города предусматривает реализацию шести основных этапов (рис. 2). Объектом регулирования является общественное здоровье мужчин трудоспособного возраста. Механизм регулирования – «спин-технологии» – объединены в шесть основных этапов, то есть каждый из этапов регулирования состояния общественного здоровья населения реализуется с применением социальных технологий – всех типов «спин-технологий» (рис. 2).

На рисунке 3 представлен предлагаемый Перечень программных мероприятий по механизму регулирования состояния здоровья для трудоспособного населения с использованием спин-технологий, исходя из того, что механизм регулирования состояния общественного здоровья трудоспособного населения города предусматривает реализацию шести основных этапов. Так, среди неорганизованного населения города прежде всего необходимо сформировать «моду на здоровье», что включает в себя последовательно применение трех типов спин-технологий («до-спин», «после-спин», «торнадо-спин») и определяет создание информационно-пропагандистской системы для распространения среди населения гигиенических знаний об управляемых поведенческих факторах риска.



Рис. 1 Модель регулирования общественного здоровья мужчин на уровне города



Рис. 2 Этапы регулирования состояния общественного здоровья на уровне города

Технология «до-спин» включает в себя опубликование статей в местной печати ведущих специалистов в области общественного здоровья по проблемам поведенческих факторов риска; выступления организаторов здравоохранения, ведущих специалистов в области общественного здоровья на местном телевидении в научно-популярных и информационных программах; создание и демонстрацию социальных рекламных радио- и телевизионных роликов, а также создание социальных интернет-сайтов (клубов здоровья) по проблеме поведенческих факторов риска дифференцированно для различных социальных групп населения – «рискогенных групп».



Рис. 3 Механизм регулирования состояния здоровья населения города



Рис. 3, лист 2

Технология «после-спин» в рамках формирования «моды на здоровье» также работает на создание и демонстрацию социальных рекламных радио- и телевизионных роликов и создание социальных интернет-сайтов, кроме того, эта технология предусматривает участие созданных интернет-клубов здоровья в ежегодно проводимых Днях здоровья города и создание специальных теле- и радиопередач для трудоспособного населения города; издание и распространение информационных листов, плакатов по поведенческим факторам риска дифференцированно для разных социальных групп населения.

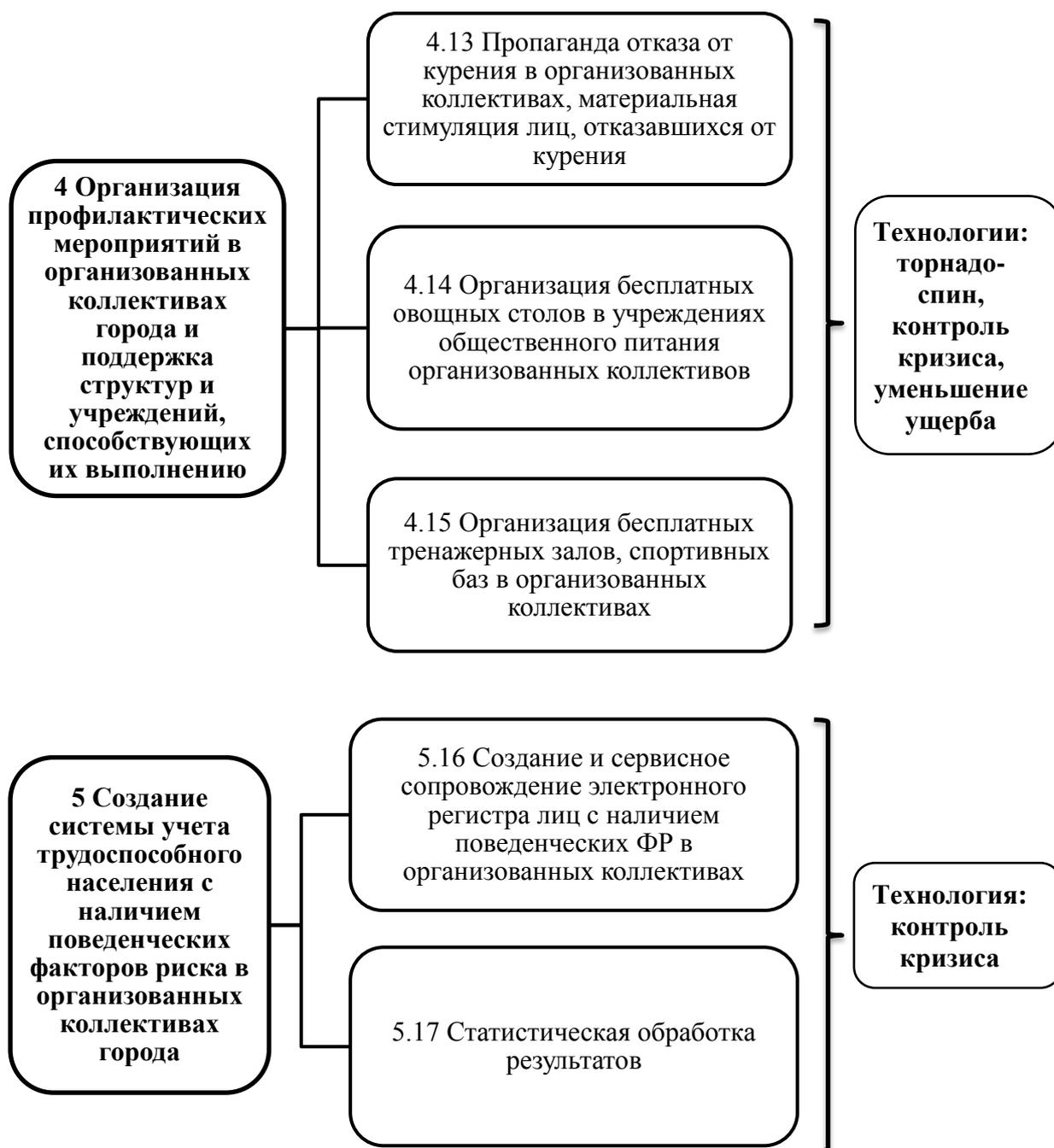


Рис. 3, лист 3

Технология «торнадо-спин» по созданию «моды на здоровье» включает в себя создание социальных интернет-сайтов (клубов здоровья) по проблеме поведенческих факторов риска дифференцированно для различных социальных групп населения – «рискогенных групп» («клуб одиноких мужчин», «мы – люди физического труда», «учиться, учиться, учиться...» и др.); участие созданных интернет-клубов здоровья в ежегодно проводимых Днях здоровья города. Эта технология включает в себя и создание специальных теле- и радиопередач для трудоспособного населения; издание и распространение информационных листовок, плакатов

по поведенческим факторам риска (курению, нерациональному питанию, низкой физической активности) дифференцированно для выявленных «рискогенных» социальных групп населения.

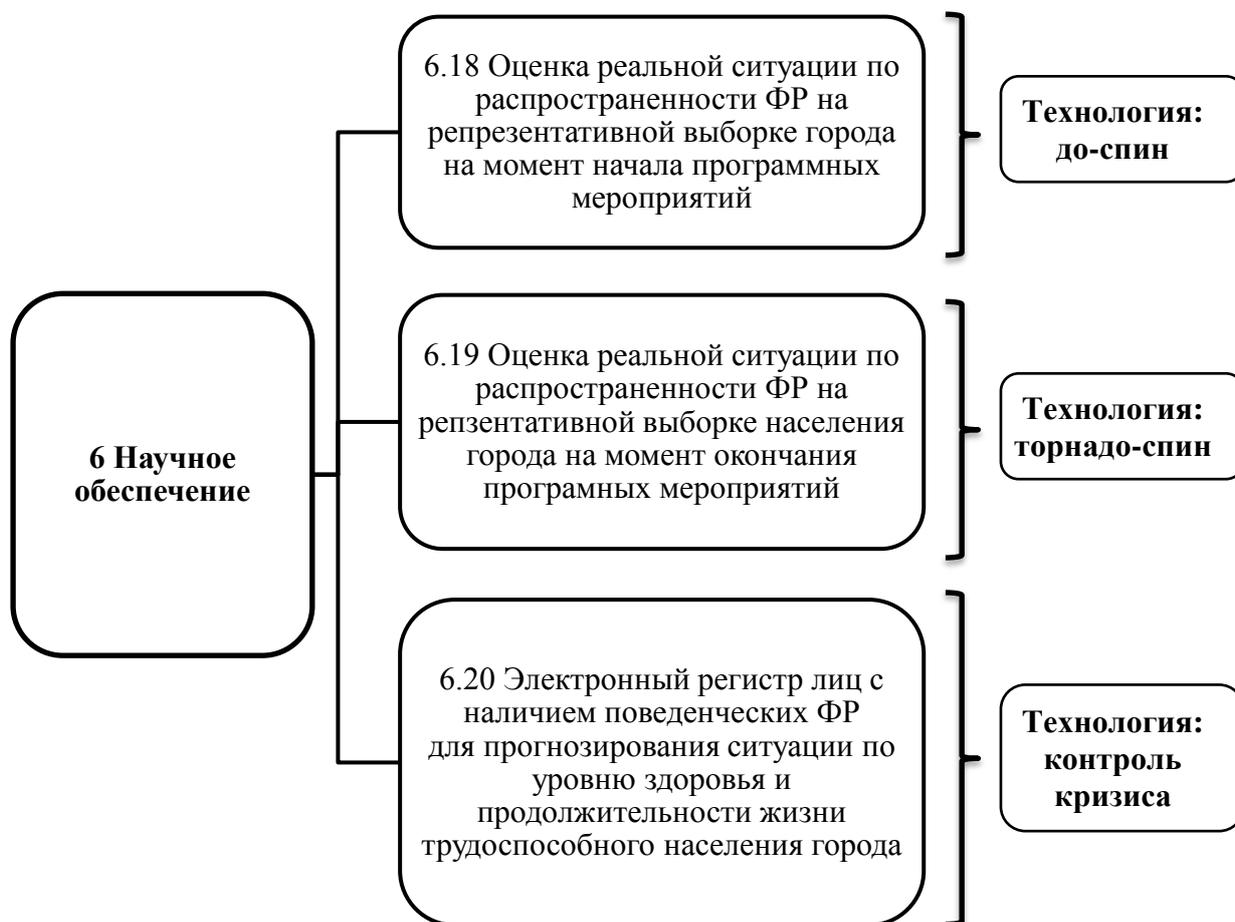


Рис. 3, лист 4

Следующим этапом является организация и проведение мероприятий по выявлению поведенческих факторов у работников различных предприятий и воздействию на них в организованных коллективах города. Предлагаемые программные мероприятия необходимо проводить при участии таких технологий, как «торнадо-спин» и «контроль кризиса».

По технологии «торнадо-спин» предусматривается издание (дифференцированно для установленных «рискогенных» социальных групп населения) и распространение в интернет-клубах здоровья инструкций по отказу от курения, рациональному питанию, повышению физической активности.

По технологии «контроль кризиса» необходимо провести анкетирование по стандартной анкете ВОЗ «Отношение к курению, питанию, физической активности» в организованных коллективах города (учреждениях системы образования, управления, торговли,

производственной сфере и т.д.). Кроме того, эта технология включает в себя и издание и распространение в интернет-клубах здоровья инструкций по борьбе с изученными поведенческими факторами риска (курением, нерациональным питанием, низкой физической активностью).

Повышение квалификации специалистов, участвующих в программных мероприятиях, проводится по двум технологиям – «после-спин» и «торнадо-спин». Так, по технологии «после-спин» необходимо проводить обучение врачей методам профилактической работы путем воздействия на поведенческие факторы риска дифференцированно для различных социальных групп населения. Такие мероприятия включают повышение квалификации по общественному здоровью, проведение врачебных конференций по общественному здоровью, создание системы тестов по поведенческим факторам риска для оценки уровня профессиональной подготовки медицинских кадров, обучение врачей и средних медицинских работников по вопросам профилактических программ; обучение работников социальной сферы по вопросам общественного здоровья методам повышения физической активности трудоспособного населения дифференцированно для различных социальных групп; обучение фермеров методам рационального ведения хозяйств по выращиванию овощных культур.

По технологии «торнадо-спин» в отношении повышения квалификации специалистов также проводится обучение врачей методам профилактики путем воздействия на поведенческие факторы риска (курение, нерациональное питание, низкую физическую активность), а также обучение работников социальной сферы по вопросам общественного здоровья.

Следующий этап – организация профилактических мероприятий в организованных коллективах города и поддержка структур и учреждений, способствующих их выполнению – проводится с участием трех технологий: «торнадо-спин», «контроль кризиса», «уменьшение ущерба». По технологии «торнадо-спин» необходимо проводить пропаганду отказа от курения в организованных коллективах, материальную стимуляцию лиц, отказавшихся от курения, найти возможность для организации бесплатных овощных столов в учреждениях общественного питания организованных коллективов и для организации бесплатных тренажерных залов, спортивных баз. Эти же мероприятия включают в себя и технологии «контроль кризиса» и «уменьшение ущерба».

Пятый этап – создание системы учета трудоспособного населения с наличием поведенческих факторов риска в организованных коллективах города. Проведение этого этапа предусмотрено с участием технологии «контроль кризиса». Этот этап включает в себя создание и сервисное сопровождение электронного регистра лиц с наличием поведенческих факторов риска в организованных коллективах города и статистическую

обработку результатов.

Последний этап – научное обеспечение, проводится с участием трех технологий: «до-спин», «торнадо-спин», «контроль кризиса». Технология «до-спин» в рамках научного обеспечения работает на оценку реальной ситуации по распространенности поведенческих и социальных факторов на репрезентативной выборке населения города на момент начала программных мероприятий. Технология «торнадо-спин» предназначена для оценки реальной ситуации по распространенности поведенческих и социальных факторов на репрезентативной выборке населения города на момент окончания программных мероприятий. Технология «контроль кризиса» предполагает использование электронного регистра лиц с наличием поведенческих факторов риска в организованных коллективах города с целью прогнозирования ситуации по оценке уровня здоровья и продолжительности жизни трудоспособного населения города.

Система координации использования предложенных спин-технологий на практике с учетом полученных в работе данных в отношении наиболее уязвимых социальных групп мужского населения города («рискогенных групп») представлена в модели регулирования состояния общественного здоровья населения на уровне города (рис. 1).

В заключении подведены итоги диссертационного исследования, сформулированы основные выводы и рекомендации.

1. На основе теоретико-методологического анализа понятийного аппарата уточнено содержание категорий: «общественное здоровье», «управляемые факторы риска», «социальный градиент», «рискогенные группы».

2. У мужчин трудоспособного возраста (на примере г. Тюмени) установлены взаимосвязи параметров отношения к своему здоровью и поведенческих характеристик с социальным градиентом, в зависимости от социального градиента выявлены «рискогенные группы» населения.

3. Наиболее низкая ответственность за свое здоровье определена у лиц физического труда (43,5%), негативное и индифферентное отношение к профилактическим мероприятиям – у одиноких мужчин (19,0%). В группах лиц с высшим образованием (51,9%), руководителей (56,9%), специалистов и инженерно-технических работников (49,6%) установлено максимальное стремление улучшить самочувствие и выйти на работу.

4. С ростом уровня образования и квалификации труда определено формирование принципов здорового питания, негативного отношения к курению табака, установлен рост физической активности и трудоспособности. У одиноких мужчин выявлены тенденции к росту табакокурения, отрицанию принципов здорового питания, в то же время – к увеличению физической активности.

5. На основании установленных закономерностей разработаны модель и механизм регулирования состояния общественного здоровья

мужчин трудоспособного возраста на уровне города.

6. Механизм регулирования состояния общественного здоровья трудоспособного населения города предусматривает поэтапное применение социальных коммуникативных технологий – «спин-технологий».

Основное содержание диссертационной работы отражено в 12 научных публикациях общим объемом 4,1 п.л. (в т.ч. авторских – 3 п.л.).

1. Акимов, А.М. Самооценка здоровья, отношение к своему здоровью и медицинской помощи в мужской популяции [Текст] / М.М. Каюмова, В.В. Гафаров, В.Ю. Смазнов, А.М. Акимов, Р.Х. Каюмов, В.А. Кузнецов // Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 6 (31). – С. 179-185 **(из перечня ВАК РФ)**.

2. Акимов, А.М. Оценка поведенческих и социальных факторов в открытой мужской популяции [Текст] / А.М. Акимов: материалы 10-го Юбилейного научно-образовательного форума «Мужское здоровье и долголетие», Москва, 15-16 февраля 2012 г. – С. 11-12.

3. Акимов, А.М. Проблемы профилактики и отношения к своему здоровью в открытой популяции – ассоциации с уровнем образования [Текст] / А.М. Акимов, М.М. Каюмова: материалы Всероссийской научно-практической конференции «Сибирская наука – российской практике», Барнаул, 10-11 октября 2013 г. – С. 23-24.

4. Акимов, А.М. Стресс на рабочем месте и индекс близких контактов в открытой мужской популяции [Текст] / А.М. Акимов // Омский научный вестник. Серия: Общество. История. Современность. – 2013. – № 4 (121). – С. 42-45 **(из перечня ВАК РФ)**.

5. Акимов, А.М. Отношение мужчин к здоровью: образовательные предпочтения [Текст] / А.М. Акимов // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2013. – № 4. – С. 50-52 **(из перечня ВАК РФ)**.

6. Акимов, А.М. Стресс в семье и социальная поддержка в открытой мужской популяции [Текст] / А.М. Акимов // Историческая и социально-образовательная мысль. – 2013. – № 6 (22). – С. 103-105 **(из перечня ВАК РФ)**.

7. Акимов, А.М. Стресс на рабочем месте и социальная поддержка в открытой мужской популяции [Текст] / А.М. Акимов // Теория и практика общественного развития. – 2014. – № 1. – С. 103-105 **(из перечня ВАК РФ)**.

8. Акимов, А.М. Отношение к своему здоровью и характер труда среди мужчин города Тюмени [Текст] / А.Н. Силин, А.М. Акимов // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 4. – С. 86-88 **(из перечня ВАК РФ)**.

9. Акимов, А.М. Физическая активность и характер труда в популяции мужчин трудоспособного возраста [Текст] / А.М. Акимов // Омский научный вестник. Серия: Общество. История. Современность. –

2015. – № 2 (136). – С. 238-240 (из перечня ВАК РФ).

10. Акимов, А.М. Уровень образования мужчин трудоспособного возраста и их отношение к своему здоровью в открытой популяции [Текст] / В.Ю. Смазнов, А.М. Акимов: материалы научно-практической конференции с международным участием «Профилактика 2015», Москва, 11 июня 2015 г. – С. 7-8.

11. Акимов, А.М. Отношение к своему здоровью мужчин открытой городской популяции в зависимости от возраста [Текст] / А.М. Акимов, В.Ю. Смазнов // Омский научный вестник. Серия: Общество. История. Современность. – 2015. – № 4 (141). – С. 282-284 (из перечня ВАК РФ).

12. Акимов, А.М. Модель регулирования общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста на региональном уровне [Текст] / А.М. Акимов // Евразийский юридический журнал. Серия: Социология и право. – 2015. – № 9 (88). – С. 252-254 (из перечня ВАК РФ).

Акимов Александр Михайлович

**РЕГУЛИРОВАНИЕ СОСТОЯНИЯ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ
НА УРОВНЕ ГОРОДА (ГЕНДЕРНЫЙ АСПЕКТ)**

Подписано в печать 18.03.2016. Формат 60x90 1/16. Печ. л. 2,0.
Тираж 100 экз. Заказ № 431.

Библиотечно-издательский комплекс
федерального государственного бюджетного
образовательного учреждения высшего образования
«Тюменский государственный нефтегазовый университет».
625000, Тюмень, ул. Володарского, 38.

Типография библиотечно-издательского комплекса.
625039, Тюмень, ул. Киевская, 52.