

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тюменский государственный нефтегазовый университет»

На правах рукописи



АКИМОВ
АЛЕКСАНДР МИХАЙЛОВИЧ

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

22.00.08 – социология управления

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата социологических наук

Научный руководитель:
Заслуженный деятель науки РФ,
д.с.н., профессор Силин А.Н.

Тюмень 2016

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Введение	3
Глава 1 Теоретико-методологические подходы к социальному регулированию общественного здоровья	14
1.1 Понятийный аппарат исследования социального регулирования общественного здоровья	14
1.2 Механизмы регулирования общественного здоровья	34
1.3 Методология авторского эмпирического исследования	50
Глава 2 Анализ существующей ситуации и обоснование инновационного механизма регулирования здоровья мужчин трудоспособного возраста	54
2.1 Взаимосвязь ценностных и поведенческих параметров отношения к здоровью мужчин трудоспособного возраста	54
2.2 Разработка механизма регулирования здоровья мужского населения трудоспособного возраста на уровне города	90
Заключение	112
Список литературы	115
Приложение А	132
Приложение Б	134

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Важнейшими составляющими потенциала здоровья человеческого сообщества являются социально-экономические условия среды, включая социально-экономические, демографические, поведенческие и другие факторы. [53]. 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 [57].

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 [168].

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 [49]. 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 стран и регионов, так и

свои особенности, характерные для каждой отдельно взятой области в зависимости от состояния здоровья населения в данном субъекте федерации [21]. 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 очевидным, что улучшение здоровья требует стабильности этих компонентов [9, 27, 31, 50, 58, 90].

Кроме того, 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 ориентированных на развитие различных физических качеств физических упражнений, своевременного и результативного лечения заболевших. Все это свидетельствует о том, что процесс улучшения здоровья населения тесно взаимосвязан с процессом реализации целенаправленных управленческих воздействий в каждом отдельно взятом регионе [5, 6, 14, 28, 30, 67, 107]. Однако реальное регулирование состояния здоровья трудоспособного населения должно учитывать социальные и поведенческие характеристики, сложившиеся в определенных социальных группах в условиях изучаемого региона [11, 40, 55, 65, 74, 76, 81, 83, 89, 108, 112]. Вместе с тем, оптимальные условия для эффективного регулирования общественного здоровья населения, вероятно, могут быть созданы именно на уровне города [102].

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 [5, 8, 74, 103, 111]. 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 [14, 15, 16, 25, 44, 45, 65, 70, 75, 88, 105, 108, 110, 127].

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 [105, 106, 124, 129, 132]. Дефицит подобных отечественных исследований привел к тому, что многие вопросы, касающиеся кризиса здоровья в РФ, в настоящее время остаются малоизученными [73].

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 и деятельность различных сегментов здравоохранения при учете региональных особенностей управления общественным здоровьем [58].

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 философа и врача А.А. Богданова, работах известных зарубежных и

отечественных теоретиков-социологов В.Н. Бобкова, М. Вебера, А.А. Давыдова, Э. Дюркгейма, В.Н. Иванова, А.И. Кравченко, Т. Парсонса, В. Парето, R. Barnett, K. Thompson и др. [18, 19, 23, 34, 39, 47, 70, 85, 86, 139, 166].

В контексте проблемы исследования следует отметить работы, определившие пути социологического исследования и последствия намечаемых и реализуемых управленческих воздействий на отдельные социальные группы населения [12, 34, 40, 43, 65, 73, 76, 96, 99, 105, 110, 112].

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 [72].

Значительный вклад в разработку проблемы внесли социологические исследования в области изучения механизмов социальной обусловленности общественного здоровья. Его место в системе социокультурных ценностей, регулирующих отношение человека к своему здоровью, значение факторов, определяющих здоровье различных социальных групп, показано в работах Е.В. Дмитриевой, В.Н. Иванова, В.И. Корниенко, Ю.П. Лисицина, А.В. Решетникова, Н.Н. Седовой, А.Н. Силина, Н.И. Скок, О.П. Щепина и др. [36, 48, 63, 74, 97, 105, 111, 115, 135].

Изучение механизмов влияния факторов риска на развитие той или иной проблемы со здоровьем определенной группы населения, рассмотренные в исследованиях В.В. Гафарова, М.А. Захаровой, M. Bartley, M. Marmot [45, 75, 95, 140, 154], 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.

Среди научных исследований в области общественного здоровья с учетом социального градиента необходимо отметить работы В.В. Гафарова, И.В. Корнильевой, В.С. Тапилиной, А.Д. Чернуха, L.F. Berkman, W.W. Dressler, S.

Ebrahim [64, 95, 124, 129, 136, 153].

Заслуживают особого внимания методологические подходы к управлению общественным здоровьем, информационному обеспечению управления общественным здоровьем на уровне региона, предложенные социологами Л.С. Ковальжиной, А.Н. Силиным, С.Г. Симоновым, В.П. Шеломенцовой, [59, 106, 108]. 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 [9].

Особое место в социологических исследованиях занимают работы ученых-социологов К.Г. Барбаковой, О.М. Барбакова, М.Л. Белоножко, А.С. Гаврина, Н.А. Костко, И.А. Курашенко, А.А. Попковой, 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 [12, 16, 30, 52, 66, 89].

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 [61].

Методы сбора, анализа и оценки в диссертационном исследовании строились с учетом методологии и процедуры социологических исследований, представленных в работах М.К. Горшкова, В.В. Маркина, О.М. Роя, Ф.Э. Шереги, В.А. Ядова и др. [31, 96, 102, 114, 137].

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 нашли отражение в используемом социологическом инструментарии диссертационной работы М.М. Акулич, М.В. Батыревой, Н.В. Зайцевой, М.А. Захаровой, Л.С. Ковальжиной, Н.А. Лебедевой-Несевря, В.В. Гафарова, Л.Л. Мехришвили, Н.И. Скок, нашли отражение в используемом социологическом инструментарии диссертационной работы [6, 14, 43, 46, 59, 73, 75, 80, 115].

Анализ источников показал, что в контексте концепции факторов 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 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 города 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.

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», «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-технологии». 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.

ГЛАВА 1 ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К СОЦИАЛЬНОМУ РЕГУЛИРОВАНИЮ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

1.1 Понятийный аппарат исследования социального регулирования общественного здоровья

Устойчивость и успешное функционирование отдельных сфер жизнедеятельности современного общества во многом определяется категорией социального управления и его отдельными элементами.

Основные концептуальные подходы к трактовке понятия социального управления заложены в многочисленных исследованиях отечественных и зарубежных социологов [13, 16, 34, 40, 41, 52, 65, 67, 69, 79, 89, 94, 99, 107, 112, 166]. Некоторые положения современной теории социального управления были рассмотрены в работах А.Н. Аверина, В.И. Бакштановского, О.М. Барбакова, А.И. Пригожина, Н.И. Скок и др. [1, 11, 13, 94, 116].

Более близкие к теме исследования интерпретации определения социального управления приведены в трудах Г.П. Давидюк, Н.А. Костко, А.Н. Силина [33, 65, 107].

Так, по мнению Г.П. Давидюк, социальное управление следует рассматривать как сознательное, целенаправленное воздействие на социальную систему, организацию, институт, процесс с целью приведения направления и темпов их развития в соответствии объективных общественных законов на макро и микроуровнях [33]. По определению Н.А. Костко, «социальное управление – это внешнее целенаправленное циклическое воздействие социального субъекта на социальную систему, изменяющее или сохраняющее состояние объекта, определяемое в конечном итоге потребностям и интересам объекта воздействия» [65].

Учитывая вышеприведенные определения можно предположить, что социальное управление необходимо всегда, где осуществляется совместная деятельность людей, для обеспечения ее координации и регулирования.

Основная роль социального управления заключается в упорядочении социальной системы в целом и каждой его подсистем в отдельности.

Достаточно широко распространено мнение, что важнейшими компонентами социального управления являются целенаправленное управляющее воздействие, социальная самоорганизация, социально-организационный порядок. Представляется важным обратить внимание, на содержание последнего компонента социального управления, включающего в себя такой элемент управления, как социальное регулирование.

Кроме того, существует мнение, что целенаправленное управляющее воздействие, ориентированное на поддержание равновесия в регулируемом социальном объекте и развитие его посредством введения в него норм, правил, ценностей следует считать социальным регулированием. По определению И.А. Кох, социальное регулирование направлено на предупреждение каких-либо отклонений, вследствие чего контакт субъектов и объектов управления носит более длительный характер [67].

Являясь сложным видом деятельности, социальное регулирование интегрирует в себе два разноплановых процесса: регулирование со стороны субъекта социального и со стороны объекта.

Интерпретация понятия социального регулирования с позиции социологии управления позволяет предположить, что в процессе регулирования происходит наибольшее взаимодействие субъекта и объекта. В этом случае, согласно определению А.Н. Силина, субъект социальный – это познающий и действующий человек, противостоящий внешнему миру как объекту [109, с. 77]. Традиция противопоставления субъекта и объекта берет начало от работ Р. Декарта. Социальный субъект индустриального общества стремится к безграничному господству над природой, обществом и человеком с помощью научно-технического прогресса [1].

Объектом социального регулирования в данной работе является общественное здоровье населения. Понятие «общественное здоровье» включает в себя две составляющие части: «общество» и «здоровье».

Наиболее распространенная современная социологическая интерпретация понятия «общества» – это совокупность людей, объединенных исторически сложившимися формами их взаимосвязи и взаимодействия в целях удовлетворения своих потребностей, характеризующаяся устойчивостью, целостностью, саморазвитием и наличием особых социальных ценностей и норм, определяющих их поведение [68].

Понятие «здоровье», с одной стороны, рассматривается как продукт социально-экономической ситуации в обществе, с другой – как одно из определяющих условий гармоничного взаимодействия индивида с социумом [36]. Принадлежность к определенной социальной группе, зачастую определяющая проживание в менее или более благополучных условиях, играет значимую роль в поддержании здоровья [7].

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 [73, с. 36].

Современная социология позволяет рассматривать в отношении общественного здоровья населения несколько определений. С одной точки зрения, общественное здоровье рассматривается как «интегральное выражение динамической совокупности индивидуальных уровней здоровья общества, которое, с одной стороны, отражает степень вероятности для каждого человека достижения максимально продленной индивидуальной жизни, а с другой – характеризует способность всего общества и его возможности непрерывного, гармонического роста и социально-экономического развития, обороны, рационального использования природных ресурсов и поддержания экологического и другого равновесия с окружающей природой и социальной средой» [26].

Согласно другой позиции, общественное здоровье – это результат развития общества в целом как социального организма и его института (здравоохранения), в частности [9, с. 22]. В.П. Казначеев также определяет

общественное здоровье как «процесс социально-исторического развития социально-природной, антропоэкологической жизнеспособности населения в ряду поколений, повышения его социально-трудовой активности в общественно значимых целях, совершенствования психофизиологических возможностей человека» [53, с. 87]. Другими авторами общественное здоровье рассматривается как состояние физического, социально-экономического, правового, политического, психического и духовно-нравственного благополучия людей, осуществляющих свою жизнедеятельность в определенных исторически сложившихся условиях [9, 36, 108].

Необходимо отметить, что в ранее проведенных исследованиях не нашло отражения изучение влияния факторов на изменение общественного здоровья.

Таким образом, социальное регулирование общественного здоровья – это целенаправленное управленческое воздействие, направленное на факторы, влияющие на общественное здоровье как объект регулирования.

В качестве направлений социального регулирования общественным здоровьем можно рассматривать концепции «качество жизни», «факторы риска» и другие.

Одно из направлений социального регулирования общественного здоровья населения – это концепция качества жизни. Качество жизни – это уровень удовлетворения материальных и духовных потребностей людей [109, с. 35]. Началом становления этой теории стали исследования жизни в городах, проводимые в середине 50-х годов XX века социологами чикагской школы Р. Парком и Э. Берджессом, которые изучали вопросы загрязнения окружающей среды, плотность населения и др. Впервые термин был использован в послании американского президента Дж.Ф. Кеннеди конгрессу в 1963 году. Он опирался на исследования американских социологов, в которых доказывалось, что повышение доходов людей сопровождается ростом их неудовлетворенности условиями и уровнем жизни. Этот феномен объяснялся тем, что люди в этом случае претендуют на более высокую степень удовлетворения своих духовных потребностей. В подходе Кэмпбелла –

Конверса – Роджерса, изложенном ими в книге «Качество жизни в Америке», выделены такие социально значимые индикаторы качества жизни, как здоровье, супружеские и семейные отношения, экономическая и политическая ситуация в стране, наличие друзей, жилье, интересная работа, местожительство, вероисповедание, хобби, надежность банка, участие в политической жизни. В программах ООН, Всемирного банка применяются различные показатели качества жизни. Так, в практике международных сопоставлений, проводимых ООН, используется около 150 показателей, отражающих экологические, демографические, экономические, социальные параметры, правовые аспекты, уровень развития здравоохранения, образования, культуры и т.д. Рабочей группой Международного банка реконструкции и развития рассчитаны по всем странам индикаторы развития качества жизни, включающие плотность населения, ВВП на душу населения, уровень бедности – процент населения, живущего на доход меньше одного доллара на человека в сутки, коэффициент младенческой смертности, уровень грамотности взрослых, доступ к санитарии и др. [7].

Значительное неравенство в качестве и уровне жизни россиян является серьезной проблемой современного общества. Об этом с тревогой говорят все изучающие эту проблему специалисты. Признает существующее неравенство и власть: в Концепции долгосрочного развития страны до 2020 года высокий уровень региональной дифференциации отнесен ею к числу вызовов предстоящему развитию. По мнению ведущих социологов, возникает парадокс: официальные оценки эффективности деятельности органов исполнительной власти в центре и на местах не отражают состояния целого ряда важнейших индикаторов качества и уровня жизни [19, с. 61].

Что касается такого важного параметра, как здоровье населения, то качество жизни является одним из новых критериев оценки эффективности оказания медицинской помощи населению, получивших в последние годы широкое распространение в странах с высоким уровнем развития медицины. Концепция исследования качества жизни в медицине была разработана

экспертами Межнационального центра исследования качества жизни [19]. Современная концепция «качества жизни», предложенная Солом Левиным и Сиднеем Кроогом, включает в оценку здоровья: 1) ощущение хорошего самочувствия, 2) удовлетворение рабочей производительностью, 3) полноту сексуальной функции, 4) социальную активность, 5) познавательную активность и 6) состояние удовлетворенности жизнью [161, с. 551]. Вместе с тем, методика исследования КЖ, как показателя уровня здоровья населения, показала наибольшее применение в медицине, а не в целом среди населения (опросник SF-36, применяемый в медицинских исследованиях) [132].

Другим направлением социального регулирования общественного здоровья, многократно апробированным в реализации профилактических программ, является концепция факторов риска. Под «факторами риска» следует понимать условия, увеличивающие вероятность или реальность наступления неблагоприятного события. Другими словами, 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 [148].

Концепция факторов риска является научной основой профилактики и сохранения здоровья населения [21], тогда как одной из задач настоящего исследования также является разработка механизма по использованию социальных технологий, направленных на регулирование здоровья населения региона.

Факторы риска (ФР) делятся на управляемые и неуправляемые [148]. Первая группа ФР (управляемые факторы) – это поддающиеся изменению характеристики (биологические, экологические, социальные, экономические, поведенческие факторы – питание, курение, алкоголь, низкая физическая активность и множество других факторов). Параметры, которые не поддаются коррекции (неуправляемые факторы) – это пол, возраст, генетические характеристики [57].

С позиции возможностей сохранения общественного здоровья наибольший интерес представляют управляемые факторы риска, в то время как вторая группа факторов используется для прогнозирования возникновения и прогрессирования заболеваний [148].

Выявление факторов риска чрезвычайно важно для определения групп населения для первичных профилактических мероприятий – «рискогенных групп» населения, и оценки эффективности профилактических программ [145].

Научная концепция факторов риска подтверждена многочисленными отечественными и зарубежными исследованиями и является основой для стратегии и тактики проведения профилактических мероприятий на региональном и мировом уровне [151].

В контексте с этим, 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 [109, с. 49].

Категория образа жизни связана с категорией «стиль жизни», но далеко не тождественна ей. Так, стиль жизни – это определенный тип поведения людей, сложившаяся форма жизнедеятельности социального субъекта, черты общения, бытового уклада. Стиль жизни состоит из совокупности мотивов, черт, интересов и ценностей человека и проявляется в его поведении [109, с. 71]. 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. Стиль жизни – это существенный признак индивидуальности, личностного развития, зависящий от уровня культуры и психологических особенностей человека. Это особый, присущий данному индивиду способ восприятия жизни, особая манера поведения, отвечающая его характеру и темпераменту. Выбор стиля жизни зависит как от личностных

качеств человека, так и от многих социокультурных факторов. Из индивидуальных стилей жизни складывается общий стиль жизни той или иной группы или общества в целом [44, с. 123].

Научные исследования, проведенные в последние два десятилетия прошлого века показали, насколько важную роль для сохранения общественного здоровья населения играют психологические и социальные факторы, в научной литературе объединяемые единым термином психосоциальные факторы риска (ПСФ) [95]. Исследованиями зарубежных ученых доказано, что на социальное и психологическое благополучие человека большое влияние оказывают социальное неравенство, положение на социальной лестнице, ощущение контроля над жизненными обстоятельствами, что в свою очередь и наиболее полно объясняет состояние общественного здоровья, наличие управляемых факторов риска в развитых странах [141].

Механизм влияния психосоциальных факторов риска на сохранение здоровья населения в научных исследованиях рассматривается двояко. Так, в соответствии с концепцией, разработанной Н. Sharber и М. Blohmke, ведущими в иерархии факторов риска являются социальные и психологические факторы, которые в свою очередь приводят к возникновению поведенческих и биологических факторов риска [95, с. 184].

По мнению других авторов, влияние социальных и психологических факторов на здоровье населения проявляется опосредовано через неблагоприятные поведенческие факторы – табакокурение, повышение его интенсивности, нерациональное питание, переедание, снижение физической активности, алкогольную зависимость [62, 161].

Психосоциальные факторы риска делятся на две большие категории. Это социальные факторы (факторы хронического социального стресса) и психологические (эмоциональные) факторы.

К факторам хронического социального стресса относится семейное положение, стресс на рабочем месте и дома, низкая социальная поддержка и факторы социального градиента (низкий социально-экономический статус) [95,

140, 144, 150].

В литературе психосоциальные факторы риска, как правило, объединяет общее название «стресс» или «психоэмоциональное напряжение», так как стресс является центральным звеном в психосоциальных и психосоматических соотношениях. Стресс связывает между собой неблагоприятные психоэмоциональные факторы и факторы хронического социального стресса, с одной стороны, и психофизиологические процессы в организме человека, с другой [95, с. 76].

По современным представлениям, воздействием биологических и поведенческих факторов риска можно объяснить 50% смертности населения от неинфекционных заболеваний. Научные исследования показали, что психосоциальные факторы, возможно, объясняют 50-25% случаев ненасильственной смерти населения [150].

В крупном международном исследовании INTERHEART по изучению основных факторов риска развития инфаркта миокарда, в котором наряду с другими странами участвовала и Россия (всего принимали участие 52 страны мира), было доказано, что независимо от возрастной категории, половой принадлежности, социально-экономического уровня развития различных стран, их географического положения, этнической принадлежности населения, девять потенциально управляемых факторов риска на 90% определяют заболеваемость инфарктом миокарда. Анализ этого исследования показал, что из девяти важнейших факторов стресс (или психосоциальные факторы риска) стоит на третьем месте в ряду этих управляемых факторов, а из поведенческих факторов по значимости уступает только курению, опережая ожирение, употребление алкоголя, низкую физическую активность и недостаточное употребление овощей и фруктов [145].

Следовательно, регулирование общественного здоровья в отдельно взятом регионе может быть действительно эффективным при условии целенаправленного воздействия как на поведенческие факторы, так и на факторы хронического социального стресса.

По оценке ряда авторов, социальный или жизненный стресс определяется как комплексное состояние, включающее субъективные и объективные компоненты, которые проявляют себя в виде неспецифического ответа организма на угрожающие или вредные ситуации. При длительном воздействии социальный стресс может привести к истощению организма или заболеванию [163].

Ряд авторов рассматривают социальный статус населения в качестве самостоятельного социального фактора риска, роль которого резко возрастает в период структурных перестроек в обществе [75, 134, 142]. Социальный статус – положение, занимаемое индивидом (группой) в обществе или отдельной его подсистеме [109, с. 70]. Впервые данное понятие употребил английский историк Г.Д.С. Мейн. В отличие от социального положения, выражающего лишь принадлежность индивида к той или иной группе, социальный статус включает также оценку индивидом или группой своего места в сравнении с другими людьми (группами) и оценку обществом деятельности этого индивида (или группы), выражающуюся в определенных показателях (зарплата, премии, награды, привилегии и т.д.) [23, с. 252]. 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 (группы), позволяющий ранжировать статусы по социальному градиенту. Статусная позиция согласуется также с понятием социальной роли, то есть поведения людей в зависимости от их статуса. Статус может приобретаться людьми либо благодаря наследуемым признакам (пол, возраст, национальность, социальное происхождение) – аскриптивный (предписанный статус), либо в результате приложения собственных усилий (образование, квалификация, достижения) – достигаемый статус. Предписанный статус характеризует жестко закрепленную систему стратификации, то есть закрытое общество, в котором переход из одной страты в другую практически исключен. Соответственно, достигаемый статус говорит о подвижной системе

стратификации, открытом обществе, где возможно перемещение людей по социальной лестнице [109, с. 71].

Основы современных подходов к изучению социальных статусов заложены М. Вебером в работе «Экономика и общество» (1922), где он рассматривал социальную структуру общества как многомерную систему, в которой значимую роль играют статусы [23]. Его идеи нашли дальнейшее развитие в работах Р. Линтона, Т. Парсонса, Р. Мертон и др.

Стремление к высокому социальному статусу стимулирует социальную активность людей, ускоряет процессы социализации, в то время как низкая статусная самооценка, напротив, ведет к пассивному принятию порядка вещей [44].

К настоящему времени установлено, что уровни социальных факторов риска и связанное с ними здоровье населения зависят от экономического цикла. Вместе с тем, в научной литературе показано, что основной массив фактических научных данных о роли социального градиента в формировании показателей здоровья населения относится к наиболее развитым странам с высоким уровнем доходов, в связи с чем их применимость к менее развитым странам, в том числе и к России, весьма ограничена [140].

По определению R. Barnett, жизненный процесс может быть расценен как взаимодействие биологических и социальных элементов [139, с. 29]. Преимущества или недостатки в одной сфере жизни должны сопровождаться подобными преимуществами или недостатками в других сферах. Лица, чья производственная среда безопасна, находятся в благоприятных условиях работы, живут в регионе с благоприятной воздушной средой и имеют доход, который позволяет использовать различные продукты. Те же лица, которые, напротив, находятся в неблагоприятной физико-химической и психосоциальной среде на работе, испытывают на себе загрязнение атмосферы по месту жительства и имеют доход, который ограничивает возможности выбора продуктов [140].

Социальная организация также структурирует преимущества и

недостатки в накопленном виде, т.е. в виде социального накопления. Преимущества или недостатки в одной стадии жизненного процесса сменяют либо предшествуют подобным преимуществам и недостаткам в других стадиях [138, с. 33]. Ребенок, выросший в семье с достатком, получит хорошее образование, которое будет благоприятствовать ему в начале трудовой деятельности для получения хорошей работы, где программа пенсионного обеспечения даст ему финансовую поддержку обеспечения в старости. Ребенок же из семьи без достатка не получит хорошего образования и, оставляя школу в минимальном возрасте, будет входить в рынок неквалифицированного труда, где имеется в основном низкооплачиваемая и опасная работа, не гарантирующая пенсионного обеспечения на социальные нужды в старости [142, с. 72]. Основой этого динамического процесса является непрерывность социальных обстоятельств (от родительского социального класса к социальным условиям в детстве и, в конечном счете, к социально-экономическому положению во взрослой жизни). Важно то, что не один какой-то фактор играет главную роль, а ряд незначительных отклонений, которые в последующем свяжутся в цепь отрицательных воздействий на здоровье.

В понятие «социальные изменения» социологи вкладывают переход социального объекта из одного состояния в другое, существенную модификацию в социальной организации [109, с. 68].

Э. Дюркгейм трактовал процесс социальных изменений как переход от механической солидарности, основанной на неразрывности и сходстве индивидов и их общественных функций, к солидарности органической, возникающей на основе разделения труда и социальной дифференциации, которая ведет к интеграции людей в единый социум [39, с. 217].

М. Вебер движущую силу социальных изменений видел в том, что человек, опираясь на различные религиозные, политические, нравственные ценности, создает определенные социальные структуры, определяющие общественное развитие [23, с. 342].

Со второй половины XX века социальные изменения начинают

рассматриваться в рамках новой парадигмы, называемой постмодернистской или организационно-деятельностной. Так, решающей признается роль социальных субъектов, осуществляющих изменения в своих интересах. Социальные изменения представляются многофакторным процессом, на который влияют изменения среды, экономики, культуры, политических институтов и т.д. [137, с. 172].

Социальные изменения обеспечивают дальнейший механизм взаимодействия здоровья и социальных факторов, которые накапливаются в жизненном процессе. Родительское социально-экономическое положение влияет на многочисленные аспекты в детстве, которые затем воздействуют на возможности и направление социальных изменений в различные социальные классы, в которых накапливаются положительные либо отрицательные тенденции влияния на здоровье [140].

Дальнейшее изучение показало, что социальные изменения более связаны с собственным социальным классом лица во взрослой жизни, чем с родительским социальным классом. Эффект этого элемента жизненного процесса – это процесс отбора, который должен скорее ограничить, чем расширить участие социальных изменений в увеличении либо уменьшении социальных различий [136, с. 120].

Социальная защита – это третий механизм взаимодействия здоровья и положительных (отрицательных) обстоятельств в течение жизни. Социальная защита определяется тем, что положительные предыдущие социально-экономические обстоятельства минимизируют эффект новых отрицательных обстоятельств и, наоборот, отрицательные предыдущие социально-экономические обстоятельства усиливают эффект новых отрицательных обстоятельств. Значение этого кумулятивного эффекта на здоровье приобретает особую роль в период экономического спада [138, с. 48].

Следовательно, становление и развитие человека как личности непосредственно зависит от социальных отношений, господствующих в обществе, от взаимосвязи и взаимодействия личности с конкретным социумом,

от общения и взаимодействия с конкретными индивидуумами, от положения личности в конкретном социуме, от ее статуса. В результате сам социальный статус человека выступает, с одной стороны, как процесс, с другой – как его результат [75].

Поскольку материальные блага и условия жизни, являющиеся следствием определенного материального положения, напрямую влияют на здоровье, в этом контексте необходимо расшифровать понятие социального неравенства. Понятие социального неравенства исходит из того факта, что благоприятные жизненные условия и шансы людей являются ограниченными благами в обществе и распределены неравномерно. То есть блага, которые подлежат общественному распределению, неравномерно рассредоточены по различным социальным слоям. Эти блага – собственность, доходы, потребительские товары, авторитет, власть [87].

Социальное неравенство – это характеристика относительно устойчивой и длительно существующей социальной структуры, определяющей жизнь конкретного индивида и подразумевающей такую расстановку жизненных условий, в результате которой люди оказываются в лучшем или худшем положении [75].

Для анализа социального неравенства предложены два критерия:

1) признак категоризации или типизации людей путем соотнесения их с определенным местом в социальной структуре – горизонтальная дифференциация;

2) признак общественной оценки неравного жизненного положения – то есть вертикальная дифференциация общественной структуры.

Оба эти основополагающих принципа в строении общества связываются воедино в термине «социальный статус».

Понятие социального неравенства тесно связано с понятием социального градиента. Градиент (от латинского gradients – шагающий, идущий) означает последовательный переход от одного к другому, в порядке возрастания или убывания [117]. Градация социального статуса человека по уровням его

составляющих обозначается термином «социальный градиент». Исследуя современное социальное неравенство, многие авторы придерживаются точки зрения, относительно которой в прогрессивном обществе решающее значение в определении социального статуса индивида имеют такие признаки, как образование, профессия и доход (так называемая «меритократическая триада» или «власть наиболее одаренных»). Любого члена общества с помощью трех названных критериев можно отнести к какой-либо группе населения, считающейся относительно гомогенной. Такие группы населения называются социальными слоями. Следовательно, социальные слои – это группы лиц, которые находятся в относительно равном положении в том, что касается «жизненного стандарта», шансов, риска, счастливых возможностей, а также привилегий, дискриминации, ранга и общественного веса [2].

Вместе с тем, социальный градиент общества в отношении уровня здоровья населения, и соответственно, образа и стиля жизни, в научной литературе рассматривается преимущественно по следующим позициям: уровень образования, профессиональная принадлежность и брачный статус [142, 144, 153]. Ряд авторов рассматривают социальный градиент в качестве самостоятельного фактора риска, роль которого в отношении здоровья населения резко возрастает в период структурных перестроек в обществе [142]. В последние годы исследование ассоциаций социального градиента и здоровья населения нашло своё отражение и в работах отечественных авторов [62, 95, 124].

Образование, как социальный институт, включает систему социальных организаций, совокупность норм, ценностей, статусов и ролей, отвечающих за передачу новым поколениям накопленного человечеством опыта, важный блок процесса социализации личности в ходе ее становления и адаптации к сложившимся человеческим отношениям [109, с. 50]. Вместе с тем, уровень образования является сложной совокупной характеристикой, предполагающей определённые поведенческие стереотипы, социально-экономический статус и образ жизни [144].

Согласно данным научной литературы, высокий уровень образования ассоциируется с более здоровым образом жизни. В то же время, низкий уровень образования признан самостоятельным фактором риска общей смертности [143].

Материалы научных исследований свидетельствуют, что наиболее неблагоприятный профиль факторов риска отмечается среди лиц, имеющих более низкий уровень образования [62]. В то же время, в литературе сведения о взаимосвязи уровня образования и здоровья населения носят дискуссионный характер. Так, в Швеции у 2301 мужчин в течение 25 лет оценивалась взаимосвязь между уровнем образования и смертностью. Низкий уровень образования ассоциировался с более высоким уровнем смертности [143].

Другие исследователи, исходя из того факта, что показатели смертности от инсульта в низших экономических слоях значительно выше, предположили обратную зависимость риска инсульта и социоэкономического статуса. Критерием оценки социоэкономического статуса стало количество лет, посвященных получению образования. Выявлено, что у наименее образованных мужчин (начальная школа или не более 6-ти лет школьного образования) риск инсульта был выше, чем у более образованных мужчин с 7-8-мью годами образования [165].

В то же время, медико-статистическое исследование у пожилых лиц не подтвердило достоверной связи уровня образования со смертностью [126].

По мнению некоторых авторов, лица, имеющие высшее образование и более высокий экономический уровень, но не ведущие здорового образа жизни, характеризовались более низкой продолжительностью жизни [62]. По результатам московских авторов, распространенность избыточной массы тела среди населения имела связь с образованием, при этом у мужчин самый высокий индекс массы тела отмечался в группе лиц с высшим образованием [57].

По данным Всемирного банка, уровни смертности взрослого населения планеты связаны и с уровнем образования. Вероятно, уровень образования

населения является индикатором вклада общества в своих граждан, в так называемый человеческий капитал. Даже бедные страны, которые делают такие вклады, будут иметь лучшее здоровье своих граждан, чем те, которые этого не делают [155].

Еще одной важной составляющей социального градиента в отношении уровня здоровья населения является профессиональная принадлежность.

Профессия – это род трудовой деятельности, занятий, определяемый разделением труда, совокупность необходимых для этого знаний, умений, навыков, деловых и личностных качеств. Общественная значимость профессий отражается в общественном мнении в виде их престижа. Совокупность профессий и их взаимосвязи образуют профессиональную структуру общества, тесно связанную с социальной структурой [109, с. 61].

Модель профессиональной нагрузки «Job strain model», касающаяся ситуации на рабочем месте, подробно описана в научной литературе. Модель была разработана R.A. Karasek и T. Theorell. Согласно данной модели лица, обладающие большей свободой в принятии решений (или контролирующие предъявляемые к ним требования) испытывают значительно меньший стресс или меньшее влияние ПСФ по сравнению с теми, кто на рабочем месте имеет меньшую свободу действий. В то же время, у лиц, рабочие места которых характеризуются комбинацией высоких психических нагрузок и качественно низкой свободы в принятии решений, отмечается трехкратное повышение риска развития сердечно-сосудистых заболеваний [136]. К данной категории в описанной модели относились официанты, рабочие конвейера, медицинские сестры – «синие воротнички». Кроме того, к группе высокого риска относились и работники, находящиеся в середине иерархической лестницы на службе, которые подвергаются определенному давлению как со стороны начальства, так и со стороны подчиненных – это руководители среднего звена, мастера на производстве.

В свою очередь, теоретическая модель длительного психологического стресса на работе была разработана и доказана J. Siegrist [160]. Эта модель

состоит из двух блоков измерений.

Прежде всего, это внешний ситуационный блок, который состоит из требований, предъявляемым к работе, и внешнего вознаграждения. Второй блок это внутренний личностный блок. Он включает в себя как пути адаптации к психологическим трудностям, которые возникают в процессе работы, так и умение получать удовольствие от работы (измеряется формирующееся сопротивление стрессу на рабочем месте). Доказано, что для мужчин компонент внешнего ситуационного блока непосредственно связан с властью и продвижением по службе. В то же время, согласно результатам исследования, наиболее значимым в формировании факторов риска оказался компонент внутреннего личностного блока, который отражал специфические реакции психологической адаптации к требованиям, предъявляемым на рабочем месте. В ряде работ установлено влияние стрессового напряжения на возникновение психоэмоциональных нарушений и низкой самооценки здоровья [160].

Результаты других исследований также показали, что среди социальных и психологических факторов на рабочем месте, которые снижали уровень здоровья среди так называемых «синих воротничков», большое значение имели такие факторы, как подавляемая склонность к раздражению, связанному с сильной профессиональной нагрузкой, неуверенность в сохранении рабочего места, ограниченные шансы на продвижение по службе, неудовлетворительные карьерные возможности, а также высокие профессиональные требования при низком уровне свободы в принятии решений [152].

При обследовании мастеров, работавших на автомобильном заводе, было установлено, что высокая нагрузка на рабочем месте, высокий уровень ответственности при низкой зарплате и ограниченном круге возможностей связаны с более высоким риском развития гипертонии, ожирения и дополнительной нагрузкой в виде «траты сил» частых отрывов от основной работы [160].

По данным W. Dressler, риск гипертонии в группе лиц с сильной психоэмоциональной нагрузкой, которая проявлялась при стремлении к

продвижению по службе, был значительно выше, чем среди тех работников, у которых представления о жизни находились в большем согласии с их социальной средой [142].

В другой работе была исследована взаимосвязь между социальными условиями в детском возрасте и уровнем здоровья мужчин уже в зрелом возрасте. В исследовании был показан неблагоприятный профиль уровня здоровья среди мужчин – выходцев из рабочих семей, у которых имела наибольшая вероятность в дальнейшем также стать рабочими и проживать в экономически и социально неблагоприятных условиях. Результаты данного исследования показали, что градиент смертности от заболеваний сердца и рака желудка возрастал от тех лиц, чьи отцы были квалифицированными специалистами либо управляющими к тем, чьи отцы занимались малоквалифицированным и низкоквалифицированным ручным трудом. Авторами показано, что неблагоприятные социальные и экономические условия в детском возрасте оказывают существенное влияние на смертность от инсульта и рака желудка в зрелости вследствие того, что эта категория населения продолжает жить в неблагоприятных условиях на протяжении всей своей жизни. Анализ результатов показал, что социально-экономическая депривация в детском возрасте оказывает значительное влияние на риск смерти во взрослом состоянии, хотя немаловажными являются и социальные и экономические условия и в зрелом возрасте. Смертность от раковых заболеваний, травм и насильственных причин определяется показателями риска, которые обусловлены социально-экономическими условиями в зрелости [162].

Следующей составляющей социального градиента населения является семейный статус. Многочисленными исследованиями установлено, что ухудшение здоровья населения тесно связано с семейным окружением, поскольку семейное положение – это одна из категорий социальной поддержки, смягчающих действие стресса. Установлено, что при болезни одного из двоих супруги реагируют на стресс как единое целое, существует корреляция между

уровнем стресса у мужчин и их ближайших родственников. При этом наибольшую опасность представляют пары, где больна жена – мужчины значительно хуже адаптируются к болезни супруги [164].

Анализ проспективного исследования, проведенного среди мужчин Швеции с целью изучения семейного статуса на уровень смертности населения показал, что повышенный относительный риск смерти имеет место в группе разведенных или неженатых мужчин [163].

Подобные результаты были получены и в другой работе, где была дана оценки влияния семейного статуса на смертность мужского населения среднего возраста в городах Англии, Уэльса и Шотландии. Исследование было проведено среди мужчин в возрасте от 40 до 59 лет с последующим 11,5-летнем наблюдением этой когорты. По условиям протокола исследования, брак или свободный образ жизни мужчин должен был составлять не менее пяти лет. Результаты показали, что относительный риск смерти у одиноко живущих (ранее не женатых) мужчин оказался в полтора раза выше относительно семейных мужчин, даже после учета поведенческих факторов риска (избыточной массы тела и курения). У тех мужчин, которые были разведены за изучаемый период проспективного наблюдения, уровень общей смертности также увеличился [152].

В течение последних десятилетий накапливались данные об опосредованном влиянии семейного статуса на ухудшение состояния здоровья населения путем воздействия этого фактора на поведенческие факторы риска.

Согласно результатам исследования, полученным M.N. Venters, мужчины любого возраста, состоящие в разводе, наиболее часто курили и злоупотребляли алкоголем относительно вдовых мужчин и мужчин, состоящих в браке, и соответственно, разведенные и вдовые мужчины в возрастной категории после сорока лет чаще госпитализировались, чем состоящие в браке [167].

Подобные данные получены В.В. Гафаровым и соавт. в новосибирском исследовании: у женатых мужчин отмечено положительное влияние семьи на

привычку к курению и физическую активность, в отличие от разведенных мужчин [136].

При рассмотрении семейного статуса мужчин нельзя не отметить, что смерть супруги является самым значительным из всех серьезных стрессов, с которыми они сталкиваются в течении своей жизни. Исследования показали, что вдовство больше ранит мужчин, чем женщин. Было установлено, что супружеская жизнь для мужчин более выгодна, чем для женщин, следовательно, они и более уязвимы при утрате этих связей. Мужчины переживают значительный стресс при вдовстве еще и по причине того, что на них перекладывается весь груз домашних обязанностей. Вероятно этим объясняется и тот факт, что согласно данным исследований, среди вдовцов при прочих равных условиях определялась смертность выше на 10%, чем среди женатых мужчин [159].

Вместе с тем, планирование, осуществление и контроль эффективности социально ориентированных профилактических мероприятий могут быть более действенными, если учитывать уровень гигиенических знаний населения и его информированность относительно поведенческих факторов риска [158]. Активность населения является необходимым условием сохранения общественного здоровья [21]. Важным фактором успеха профилактических программ является готовность населения к изменению образа жизни [57], что и является ключевым механизмом регулирования общественного здоровья.

1.2 Механизмы регулирования общественного здоровья

Регулирование состояния общественного здоровья непосредственно связано с мотивацией населения по отношению к своему здоровью, при этом наиболее важными параметрами оценки такой мотивации являются информированность населения, самооценка здоровья и отношение к профилактическим мероприятиям [103, 121].

В литературе показано, что низкая эффективность тех профилактических

программ, планирование и разработка которых проводилась преимущественно только в рамках биомедицинской модели здоровья, обусловлена не только недостаточным пониманием роли социальной компоненты в их реализации, но и недооценкой влияния информированности населения об управляемых факторах риска, предрасполагающих к снижению основных показателей здоровья [161].

По мнению многих авторов, не только известные поведенческие факторы образа жизни, но и само положительное отношение к профилактическим мероприятиям и желание изменить привычки, способствуют сохранению уровня здоровья населения. Кроме того, образцы культуры и сама социальная среда также являются факторами, которые могут способствовать или, напротив, противодействовать профилактике, способствуя сохранению привычного образа жизни [136, 141].

Не вызывает сомнения тезис, что положительные изменения образа жизни населения и сохранение окружающей среды произойдут быстрее, если и лидеры общества также достаточно информированы о потенциальных возможностях превентивных мероприятий. В связи с этим необходимо знать, как различные социальные группы населения относятся к проблемам состояния здоровья и какие из путей доведения информации об укреплении здоровья до этих социальных групп являются наиболее эффективными [21, с. 6].

Так, анализ научных проектов по коррекции поведенческих факторов риска, широко проводимых во второй половине прошлого века в большинстве экономически развитых стран – США, Финляндии, Канаде – показал, что в вопросах, касающихся изменения образа жизни населения, наиболее эффективных результатов можно достигнуть, если информация будет предназначена для определенных социальных кругов населения. Такая информация должна подаваться в соответствии с уровнем образования, социальным положением, возрастом, полом и другими характеристиками индивидуумов, и только в этом случае она будет адекватно воспринята

населением [121].

В литературе показана взаимосвязь между позитивным отношением населения к своему здоровью и более высокой продолжительностью жизни. Кроме того, среди тех лиц, кто отказался участвовать в профилактических программах, отмечено наиболее безответственное отношение к своему здоровью, негативное отношение к изменению привычек курения, питания и повышению физической активности. У неучастников профилактических программ имела место более высокая распространенность и интенсивность табакокурения, такие лица чаще имели и психосоциальные факторы риска [158].

В большинстве исследований определены различия в самооценке здоровья населения в зависимости от гендерных признаков, демографических, экологических факторов, семейного статуса, экономического и социального положения [91, 95].

Многие авторы отмечают значимость самого параметра самооценки здоровья и влияние такой самооценки на продолжительность жизни населения. Так, при обследовании российской национальной выборки по параметру самооценки здоровья, среди мужчин «низкий» уровень здоровья установлен в 15,2% случаев. При этом, у лиц с низкой самооценкой здоровья продолжительность жизни была на 10 лет меньше, чем у прочих обследованных [62].

По данным новосибирских авторов, оценка динамики показателей самооценки здоровья у мужчин 25-64 лет за десять лет проспективного наблюдения показала более частую регистрацию параметра самооценки здоровья как «не совсем здоров» и «болен» (более чем в 50% случаев), кроме того, в большей степени негативная десятилетняя динамика данного показателя определена среди мужчин молодых возрастных групп – до 35 лет [136].

Как следствие, полученные на основании многих научных исследований доказательства значимости параметров отношения к своему здоровью, его

самооценки, информированности и уровня гигиенических знаний населения для регулирования состояния общественного здоровья и в конечном итоге – для увеличения продолжительности и качества жизни населения показали необходимость перехода от биомедицинской модели здоровья к биосоциальной модели контроля уровня здоровья населения [58]. При наличии доказательной базы и достоверной научной информации не только о распространенности управляемых факторах риска, но и об отношении населения к своему здоровью, можно прогнозировать отклик населения на проведение социально ориентированных профилактических программ, а также достаточно точно оценить объемы требуемой профилактической помощи населению отдельно взятого города или региона, учесть необходимые материальные затраты, которые потребуются для проведения профилактических мероприятий, оценить эффективность реализуемых проектов [57].

По подсчетам специалистов, состояние здоровья населения лишь на 8% зависит от успехов медицины и врачебной деятельности, на 20% оно определяется генетической информацией, то есть особенностями наследственности человека. Воздействие экологических факторов (влияние условий среды в широком смысле этого слова) вносит в этот показатель вклад, равный 22%. На 50-55% состояние здоровья населения зависит от образа жизни самого человека – поведения, привычек, характера, взаимоотношений с окружающими [136]. Следовательно, главным в охране здоровья населения является его социальное регулирование, учитывая, что более 50% факторов, влияющих на здоровье, обусловлены образом жизни, а изучение социальных различий в здоровье имеет огромное значение для проведения политики, направленной на его улучшение [111].

Нездоровые поведенческие привычки (факторы образа жизни) – табакокурение, нерациональное питание и низкая физическая активность – неизбежно приводят к формированию таких факторов риска, как ожирение, повышенное артериальное давление, повышенное содержание холестерина в крови [51, 56].

Курение табака – серьезная социальная проблема, и в то же время – одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. В России распространенность регулярного курения, по данным Глобального опроса взрослого населения о потреблении табака, достигла 39,4% среди мужчин и 21,7% среди женщин, Россия занимает одно из первых мест по потреблению табака в мире [77].

Многочисленными исследованиями в мире и в России установлено, что табакокурение способствует высокому уровню смертности населения. Результаты многочисленных исследований, проведенных с середины прошлого века, подтвердили существование наибольших случаев преждевременной смерти среди курильщиков табака, чем среди некурящих [57, 77].

По данным Всемирной организации здравоохранения, к 2020 году семь из десяти случаев смерти от табакокурения будут происходить в странах с низкими и средними доходами. Начиная со второй половины прошлого века, преимущественно в этих странах постоянно увеличивается потребление сигарет [104].

В настоящее время очевидно, что курение табака оказывает на здоровье человека серьезные воздействия, которые в некоторых странах приводят к преждевременной смерти значительной части населения. В тех странах, где высок уровень инфекционных заболеваний (особенно в тропиках, где широко распространены паразитарные инфекции), доля заболеваний, которые можно приписать курению, невелика, однако это связано отнюдь не с безопасностью курения, а с низким уровнем жизни населения и в связи с этим – со значительно большей долей других заболеваний в структуре смертности населения этих стран [146, с. 20]. В то же время, в экономически развитых странах значение этого фактора и влияние его на уровень здоровья населения чрезвычайно велико.

Российскими учеными был проанализирован вклад курения табака в структуру общей смертности для населения Российской Федерации. Анализ показал, что более тридцати процентов смертности у мужчин РФ связано с

табакокурением, в то время как в европейских странах эта цифра достигает только 25% [77, с. 18].

Таким образом, является очевидной необходимость проведения политики, направленной на снижение курения и широкого распространения информации в обществе о связи между курением и здоровьем. Такая политика является важной при принятии решений на уровне правительства и местных органов власти, которые касаются налогообложения, рекламы, субсидий, образования, ограничения табакокурения в общественных местах и т.д., то есть именно воздействие на привычку курить с социальных позиций, воздействие на социальные корни табакокурения, может привести к положительным результатам.

В 2008 году Россия также присоединилась к Рамочной конвенции Всемирной организации здравоохранения, касающейся борьбы с табакокурением среди населения нашей страны и начала реализацию ключевых положений Конвенции и проведение государственной политики против потребления табака на период 2010-2015 годов. Эти положения включают применение ценовых и неценовых мер по сокращению спроса на табак в стране, защиту от воздействия табачного дыма, регулирование состава и раскрытия состава табачных изделий, их упаковку и маркировку, а также запрет рекламы табака.

Взаимосвязь питания с заболеваемостью и смертностью показана во многих исследованиях от экспериментальных работ до многофакторных международных программ. В некоторых работах описывается возможность снизить уровень холестерина и уменьшить относительный риск смерти при соблюдении рекомендаций по образу жизни и диете. Снижающуюся в США, Финляндии смертность от сердечно-сосудистых заболеваний связывали прежде всего с изменением питания населения – уменьшением потребления пищевого холестерина [158].

Многочисленными исследованиями подтверждена связь между содержанием жира в рационе питания, уровнем холестерина и смертностью

населения. В работе Ornish et al. описывается возможность снизить уровень холестерина лишь при соблюдении рекомендаций по образу жизни и диете и уменьшить шанс общей смерти до 0,47 [156].

В современном обществе отмечаются отчетливые тенденции к снижению потребления микро- и макроэлементов. Это связано с преобладанием в пище белков и жиров, увеличением потребления рафинированных продуктов и алкоголя, а также с модными в последнее время курсами голодания. Кроме того, с интенсификацией сельского хозяйства происходит истощение почвы и снижение содержания в ней минералов, в результате формируется недостаток микроэлементов в продуктах питания [122].

Низкая физическая активность (гиподинамия) является одним из ведущих факторов риска развития большинства болезней, таких как сердечно-сосудистые заболевания, сахарный диабет и некоторые типы рака. На эти заболевания приходится значительная доля глобального бремени болезней, смерти и инвалидности [168]. Начиная со второй половины двадцатого века вследствие автоматизации и механизации основных производств низкая физическая активность стала основной чертой жизни современного человека. Кроме того, наряду с нерациональным питанием низкая физическая активность рассматривается как основная причина возникновения ожирения, которое приобрело эпидемический характер за последние десятилетия в мире и в нашей стране [121].

В проспективном Фремингемском исследовании изучалась степень физической активности – таким путем были получены достоверные данные о двигательных навыках американцев начала 60-х годов. На основании анкетирования 15% мужчин и 21% женщин были отнесены к категории с почти нулевой физической активностью, и только у 23% мужчин и 8% женщин физическая активность превышала средний уровень. Индекс активности значительным образом проявлялся, прежде всего, в показателях смертности. Через 10 лет среди лиц, ведущих активный образ жизни, было почти наполовину меньшее число смерти от инфаркта миокарда, что было

невозможно объяснить различиями в распространенности других факторов риска [157, с. 543]. В последующем исследования показали, что низкую физическую активность рассматривают как самостоятельный, независимый фактор риска, он занимает лидирующие позиции среди предотвратимых причин смертности населения в мире. Результатами многочисленных исследований доказана связь между малоподвижным образом жизни как на работе, так и во время отдыха, и общей смертностью [148]. В то же время, увеличение физической активности у лиц, ведущих малоподвижный образ жизни, оказывал благоприятное влияние на здоровье [92]. От низкой физической активности, по данным экспертов Всемирной организации здравоохранения, в мире ежегодно умирает 1,9 млн. человек. Среди американцев одна из десяти смертей связана с малоподвижным образом жизни, в Европе эта доля оценивается в 5-10% [168, с. 143].

В 2004 году пятьдесят седьмая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения приняла Глобальную стратегию Всемирной организации здравоохранения по здоровью, питанию и физической активности. Стратегия ВОЗ включала положения, в которых отмечалось, что во всех странах мира основополагающие детерминанты неинфекционных болезней в принципе в целом являются одинаковыми. Они включают прежде всего повышенное потребление продуктов с высоким содержанием жира, сахара и соли, энергетически емких, но бедных питательными элементами; вместе с тем, пониженный уровень физической активности, а также высокое употребление табачных изделий. В резолюции разработанного документа Всемирная организация здравоохранения призвала все государства разрабатывать, осуществлять и оценивать политику и программы, направленные на укрепление здоровья отдельных лиц и всего населения посредством оптимизации питания и повышения физической активности; поощрять изменение образа жизни, которое включает рациональное питание и физическую активность [168, с. 140]. В соответствии с этим, первая глобальная министерская конференция 2011 года по здоровому образу жизни, состоявшаяся в России, в Москве,

продекларировала уделять особое внимание пропаганде здорового образа жизни и повышению физической активности во всех аспектах повседневной жизни населения [21].

Результаты крупных мировых исследований показали, что многофакторная профилактика позволяет снизить риск смертности населения в среднем на 24-26% [148]. Многофакторные исследования выполнялись на двух уровнях: 1 – среди лиц с высоким уровнем факторов риска; 2 – среди населения в целом.

К первому уровню относятся исследования Multiple Risk Factor Intervention (MRFIT), международная программа ВОЗ на промышленных предприятиях, исследования в Осло, программы в Каунасе и Москве.

Международная программа ВОЗ включала 88 промышленных предприятий в Англии, Бельгии, Польше, Италии и Испании и проводилась среди 63732 мужчин с целью снижения уровней факторов риска. Предприятия были рандомизированы по степени вмешательства и контроля. Объединенный анализ результатов показал, что зафиксированное снижение факторов риска было незначительным во всей группе профилактики. За шесть лет не отмечено достоверных различий общей смертности в группах профилактики и сравнения [168, с. 144]. В Москве за 5-летний период в группе активного вмешательства (мужчины 40-59 лет) отмечалось снижение распространенности гипертонии с 24,8% до 19,8%; снижение курения с 40,1% до 30,6%. Анализ показал, что в группе вмешательства общая смертность оказалась ниже, чем в контрольной, на 16,7% [57, с. 56]. Работы на этом уровне проводились и другими авторами, которые отмечали снижение риска смертности населения при снижении уровня факторов риска [136, 151].

Ко второму уровню относятся классические программы профилактики Стенфордского университета, проект в Калифорнии, программа «Северная Карелия».

Программа Стенфордского университета апробировала, в основном, метод воздействия и поэтому была кратковременной. Из трех городов

Калифорнии в двух среди взрослого населения в течение двух лет проводились просветительские, образовательные мероприятия, направленные на изменение жизненных привычек и связанных с ними основных факторов риска, третий город был контрольным. Результаты показали повышение уровня санитарно-гигиенических знаний населения в отношении факторов риска, а также сдвиги в показателях большинства ФР, за исключением массы тела, то есть было доказано, что на здоровье населения можно повлиять через санитарное просвещение. Это исследование послужило отправной точкой для крупномасштабного проекта в Калифорнии. В рамках проекта два города с населением 130 000 жителей подвергались всестороннему санитарному просвещению. Эффект просвещения оценили и сравнили через девять лет с тремя контрольными городами с населением 200 000 жителей по изменениям факторов риска. Анализ показал, что в городах вмешательства изменения в курении, уровнях холестерина и артериального давления привели к снижению риска общей смертности на 15% [142].

Начало программы «Северная Карелия» было связано с тем, что население Северной Карелии само обратилось в правительство с просьбой вести интенсивную борьбу с сердечно-сосудистыми заболеваниями в этом регионе в связи с чрезвычайно высокой смертностью от этих заболеваний в стране [158]. При содействии Всемирной организации здравоохранения была разработана всесторонняя программа вмешательства на целом районе, имеющая целью снижение смертности, в первую очередь среди трудоспособного населения, воздействием на основные управляемые факторы риска. Особенностью и новаторством проекта являлось то, что все профилактические мероприятия осуществлялись не только силами существующей системы здравоохранения, но и при активном участии общественных организаций и государственных органов. Важным и основным аспектом проекта явилось санитарное просвещение, направленное не только на население, так и на врачей с масштабным использованием средств массовой информации. Анализ полученных результатов показал наиболее выраженное

уменьшение распространенности курения, холестерина, гипертонии в области вмешательства, чем в контрольной. За 25 лет проведения профилактической программы уровень смертности снизился на 65%. Подобные программы были начаты во многих странах мира [168].

В связи с уровнями вмешательства были выделены две стратегии: стратегия высокого риска и популяционная стратегия. Стратегия высокого риска имеет более узкие границы, не затрагивает группу низкого риска, в которой будет возникать большинство случаев заболевания, детей и молодежь, являющихся основным объектом профилактики будущих поколений. Придавая значение важности формирования здорового образа жизни, популяционный подход представляет много первоначальных возможностей по распространению и укреплению составляющих здоровья [148].

Существует большое количество исследований, которые связывают болезни с организацией общества и путями, через которые общество «вкладывает в человеческий капитал» [139]. При этом нельзя не согласиться с мнением, что не только социальные составляющие заполняют отдельный класс факторов риска, но и многие известные факторы риска имеют социальные составляющие [59]. Снижение инвестиций в человека с неизбежностью приводит к ухудшению качества жизни населения, расширению круга лиц, нуждающихся в социальной поддержке, и увеличению социального бремени в государстве. Всемирной организацией здравоохранения было отмечено, что невозможно достигнуть лучшего качества, не вложив достаточных ресурсов [168].

Значения индикаторов качества и уровня жизни в наиболее и наименее благополучных субъектах РФ представлены в работах В.Н. Бобкова [19, 20]. Их комплексное применение не только в экспертных оценках, но и в существующей социальной политике позволяет характеризовать рамочные условия, в которых изменяются основные характеристики качества и уровня жизни – параметры здоровья, уровень образования и потребление населения, а также ресурсы, определяющие возможности удовлетворения потребностей

различных слоев населения.

По данным Росстата [120], лидером по уровню жизни в РФ является Уральский федеральный округ, поскольку в нем выявлена самая высокая покупательная способность населения. В большинстве субъектов округа, особенно в Тюменской области, она превысила значение показателя в целом по России. В Тюменской области были зафиксированы минимальные масштабы бедности, высокий (выше среднего по России) индекс развития человеческого потенциала [19, с. 73]. В связи с этим, что касается реализации программных мероприятий, разработанных в настоящей работе на основании проведенных исследований, Тюменский регион, в связи с высоким уровнем жизни населения, является чрезвычайно оптимальной площадкой для их качественного внедрения.

Правительством Тюменской области и Администрацией города Тюмени в настоящее время проводится ряд социальных программ, направленных на различные сферы общественной жизни, в том числе долгосрочная целевая программа: «Основные направления развития отрасли «Социальная политика» в Тюменской области» на 2013-2015 гг., «Развитие физической культуры и спорта в городе Тюмени на 2015-2020 годы» и др. [82, 84]. Тем не менее, предложенные программные мероприятия в социальной сфере направлены преимущественно на такие социальные слои населения, как дети и подростки, малоимущие граждане, многодетные семьи и т.д. и не касаются трудоспособного населения, составляющего основной костяк экономики государства. В то же время, комплексное решение проблемы сохранения здоровья трудоспособного населения возможно только на научной основе с использованием направленных мероприятий, включающих социальные и поведенческие характеристики, установленные в данном регионе, и вложением необходимых материальных ресурсов.

В работе используется понятие «среднеурбанизированный сибирский город». Город – крупный (по сложившимся стереотипам) населенный пункт, имеет развитый комплекс хозяйства и экономики, является скоплением

архитектурных и инженерных сооружений, обеспечивающих жизнеобеспечение населения [109, с. 24]. Урбанизация (от лат. *urbanus* – городской) представляет собой процесс повышения роли городов в развитии общества. Предпосылками урбанизации является рост в городах промышленности, развитие их культурных и политических функций, углубление территориального разделения труда. Для урбанизации характерны приток в города сельского населения и возрастающее маятниковое движение населения из сельского окружения и ближайших малых городов в крупные города (на работу, по культурно-бытовым надобностям и пр.) [109, с. 78]. Следовательно, как в зависимости от степени урбанизации города, так и от его территориальной специфики (это и экологические, и социальные характеристики сибирских городов) зависят не только уровни поведенческих и социальных факторов, но и соответственно те превентивные меры, которые предлагается использовать для сохранения здоровья населения.

Отечественный и зарубежный опыт показали, что медицинский аспект не является основным компонентом регулирования общественного здоровья, тогда как на первый план в этой связи выступают немедицинские организации района, города, другой административной единицы, то есть социальная компонента. Поскольку воздействие на факторы риска связано с изменением образа жизни населения, медицинские работники могут выступать только как методисты, реализуя свои программы на население через социальные институты. Кроме того, осуществление охраны окружающей среды и охраны труда также возможно только через социальные институты.

Согласно одному из многих определений, сегодня профилактика – это политика, направленная на создание коалиции партнеров, объединенных общей целью укрепления здоровья населения, а также активное участие населения в этом процессе [57, с. 9]. Следовательно, основными компонентами в социально ориентированных профилактических программах должны выступать не медики, а социальные институты, так как главное усилие в достижении эффективности при реализации таких программ должно быть направлено на

изменение образа жизни населения и условий окружающей среды.

Примером построения политики регулирования общественного здоровья неорганизованного населения в 90-х годах прошлого века является исследование по распространенности хронических неинфекционных заболеваний в одном из районов г. Новосибирска [136, с. 234]. Под политикой понималось согласие партнеров о целях и способах профилактики. По мнению В.В. Гафарова и соавт., к составным частям политики профилактики относятся следующие.

1) Оценка существующих потребностей, где могут использоваться демографические показатели и данные медицинской статистики, но главными инструментами для оценки существующей ситуации должны стать методы социологических исследований различных целевых групп населения.

2) Построение партнерства. Партнерами могут стать администрация, департаменты образования, здравоохранения, социальной защиты, культуры и спорта, УВД, промышленные предприятия, пищевая индустрия, сельское хозяйство, международные организации. Для создания партнерства и коалиции необходима постановка общей цели, основанной на определении проблем и их приоритетов, основных путях их решений на основе достижения согласия.

3) Социальный маркетинг – ставит своей целью изучение поведения населения для более эффективного регулирования общественного здоровья.

4) Образование населения и работа со СМИ.

5) Службы здравоохранения, привлекаемые для политики профилактики – центры медицинской профилактики, служба госсанэпиднадзора, участковая, семейная служба.

6) Образование работников здравоохранения – создание стройной системы подготовки медицинских кадров по профилактике.

7) Административное регулирование:

– разработка финансовой политики для поддержки программы укрепления здоровья населения;

– разработка законодательства, направленного на поддержание

социальных условий и окружающей среды;

- разработка нормативных актов, носящих комплексный, межведомственный характер для координации действий различных ведомств.

8) Организация и самодеятельность населения – общественные организации, фонды, объединения и т.п.

9) Источники финансирования.

10) Оценка профилактической программы:

- какова ситуация в отношении факторов риска вначале, на протяжении и по завершению программы;

- как развивается и работает программа и сколь успешно продвигается к желаемому результату (создание коалиции, информированность населения);

- как используются вкладываемые в программу средства;

- как можно усовершенствовать программу;

- какими путями можно распространять информацию.

В настоящее время динамично меняющаяся российская действительность характеризуется разгосударствлением собственности. Это привело к формированию множества малых трудовых коллективов, экономический статус которых в значительной степени зависит от того, какие люди объединены в этих банках, фирмах, турагентствах и др. Качественная сторона межличностных отношений в этих коллективах является фактором либо способствующим, либо препятствующим, сдерживающим развитие психосоциальных ФР.

Вместе с тем, преобладающее большинство программ по регулированию общественного здоровья, уделяя большое внимание воздействию на традиционные факторы риска (курение, питание, физическую активность) и на степень информированности населения об этих факторах, практически не учитывает влияние психосоциальных факторов риска на общественное здоровье, для чего первоначально крайне важно выявить уровень этих факторов риска среди населения различного социального статуса. Выявление как традиционных, так и психосоциальных факторов риска, влияющих на

общественное здоровье, среди городского неорганизованного населения (которое включает все реалии, характерные для людей, работающих в больших и малых трудовых коллективах) представляется нам наиболее значимым. Такое исследование позволяет иметь отправную точку для регулирования общественного здоровья как населения в целом, так и в зависимости от социального градиента.

По данным многих авторов, регулирование общественного здоровья необходимо начинать с групп низкого социального статуса, поскольку именно в этих слоях населения превалирует и наибольшая распространенность поведенческих факторов риска.

Так, тюменскими исследователями выделены основные направления социально-управленческой деятельности для лиц, находящихся в условиях бедности [99]. Это, прежде всего, социальная защита той части населения, которая в силу объективных причин не может приспособиться к рыночным отношениям и реконструкция самой системы социальной защиты, и кроме того – самоорганизация бедного населения, создание новых форм и структур организаций, обеспечивающих расширенное воспроизводство человеческих ресурсов.

В докладе ВОЗ о развитии человека приведены уникальные доказательства того, что в мире достаточно ресурсов для ускорения темпов прогресса в области развития человека, в том числе и для ликвидации наиболее отвратительных форм нищеты на планете, прямым следствием которой является увеличение заболеваемости и смертности.

Подсчитано, что совокупный дополнительный годовой объем инвестиций, необходимый для обеспечения всеобщего доступа к базовым социальным услугам, составляет не более 0,1% объема мирового дохода. Этого, по мнению экспертов ВОЗ, достаточно для покрытия расходов по обеспечению всеобщего доступа к базовому образованию, здравоохранению, питанию, репродуктивному здоровью, планированию семьи, водоснабжению и санитарии [168].

1.3 Методология авторского эмпирического исследования

Работа выполнена в рамках основной научно-исследовательской темы Филиала НИИ кардиологии «Тюменский кардиологический центр»: 041, 2007-2012 гг.

Программа социологического исследования включала:

1. Формирование репрезентативной выборки из избирательных списков граждан Центрального административного округа г. Тюмени.
2. Проведение скрининга мужского трудоспособного населения города.
3. Самозаполнение респондентами социологической анкеты.
4. Формирование базы данных.
5. Статистическую обработку и анализ результатов исследования.

Для проведения скрининга населения Центрального административного округа г. Тюмени методом «случайных чисел» была сформирована репрезентативная выборка из избирательных списков граждан Центрального административного округа. Репрезентативная выборка составила 1000 мужчин в возрасте 25-64 лет (с откликом на обследование 85,0%, табл. 1), по 250 человек в каждом возрастном десятилетии жизни: 25-34; 35-44; 45-54; 55-64 лет (рис. 1).

Факторами включения трудоспособного населения в репрезентативную выборку являлись мужчины в возрасте 25-64 лет, которые были прописаны и проживали на территории Центрального административного округа города Тюмени.

Факторами исключения из репрезентативной выборки являлись беженцы, студенты, военнослужащие и заключенные, что устанавливалось со слов обследуемых, эти данные выбраковывались и не были включены в анализ исследования.

Каждому жителю г. Тюмени, включенному в репрезентативную выборку, было отправлено письменное почтовое приглашение для участия в обследовании.

Распределение обследованных мужчин Центрального административного округа г. Тюмени по возрасту

Возрастные группы, лет	Количество человек	В процентах
25-34	177	20,8
35-44	228	26,8
45-54	231	27,2
55-64	214	25,2
25-64	850	100,0

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.

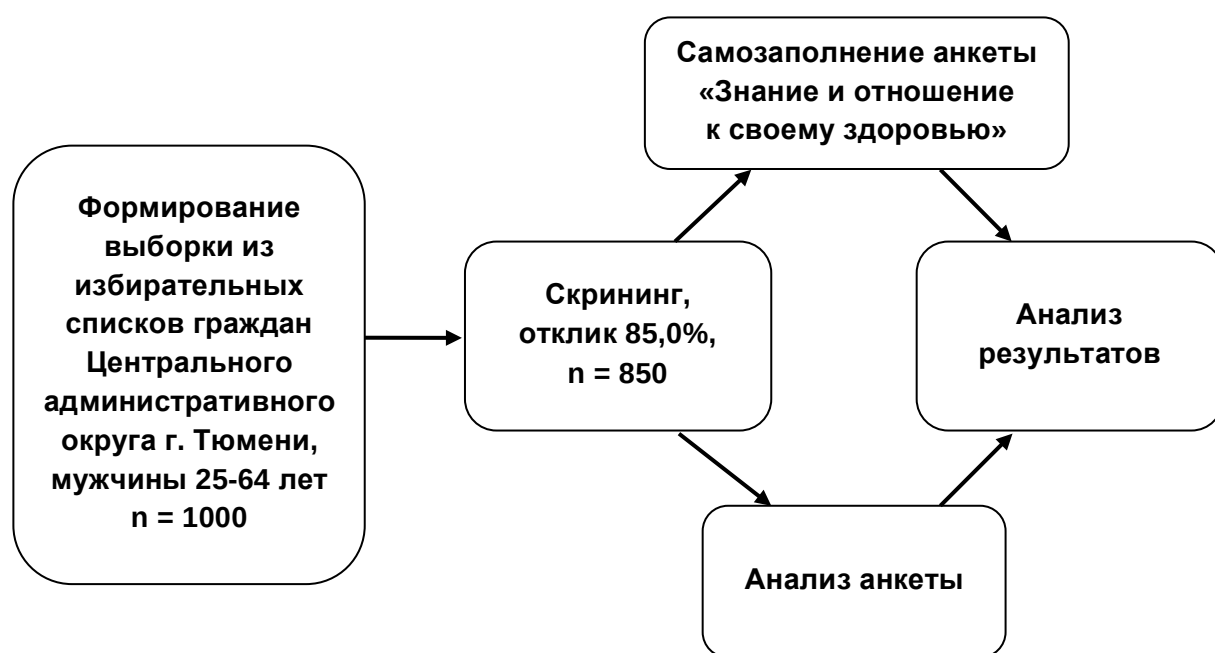


Рисунок 1 Структура исследования

У каждого участника было получено письменное информированное согласие на участие в исследовании.

Репрезентативность авторского опроса обоснована стандартизацией основных показателей при сравнении генеральной и выборочной совокупности.

Так, для сравнения изучаемых показателей (параметров отношения к здоровью, поведенческих характеристик и социального градиента) применялся прямой метод стандартизации. Для стандартизации показателей использовалась возрастная структура городского населения РФ в диапазоне 25-64 лет.

Согласно данным последней переписи населения (мужчины 25-34 лет – 16 318 394 человек; 35-44 лет – 12 411 623 человек; 45-54 лет – 10 242 388 человек; 55-64 лет – 7 898 578 человек). Для каждой возрастной группы частоту случаев по каждому изучаемому параметру умножали на число лиц генеральной совокупности этого возраста. В результате по каждому параметру был получен стандартизованный по возрасту показатель (СВП) – число случаев, которое наблюдалось бы в выборочной совокупности, если бы там была такая же возрастная структура, как в генеральной совокупности [97].

Процедура социологического исследования на скрининге включала следующие этапы:

- I) информированное согласие с личной подписью обследованных;
- II) опрос участников с получением данных социального статуса;
- II) заполнение анкеты ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью», адаптированной для данного исследования на выявление поведенческих факторов риска (отношения к курению, питанию, физической активности) и отношения населения к своему здоровью и профилактике заболеваний (приложение А) [95].

В предложенной участникам анкете имелся перечень ответов, один из которых (в соответствии со своим представлением по данному вопросу) респонденты отмечали произвольным значком.

Обследованная выборка была представлена по трем параметрам социального статуса. Социальный градиент оценивался: по уровню образования: начальное профессиональное образование (НПО), среднее профессиональное образование (СПО), высшее профессиональное образование (ВПО); по профессиональной принадлежности: 1) руководители, 2) инженерно-технические работники (ИТР) и специалисты, 3) работники физического труда,

4) пенсионеры и неработающие (безработные); по семейному статусу: имеет спутника жизни, не имеет спутника жизни.

Для разработки модели регулирования состояния здоровья населения использовался механизм социальных технологий «спин-технологии»: 1) до-спин – подготовка перед событием; 2) после-спин – формирование «образа» события; 3) торнадо-спин – перевода общественного интереса в другую сферу; 4) контроль кризиса – менеджмент событий, выходящих из под контроля; 5) уменьшение ущерба – менеджмент событий, которые уже не контролируются, с целью предотвращения нанесения дальнейшего ущерба [93].

В ходе выполнения диссертационного исследования была создана информационно-аналитическая база данных, которая включала результаты предварительного опроса по параметрам социального градиента и данные, полученные при обработке анкеты, которая давалась на самозаполнение каждому участнику исследования.

Статистическая обработка полученных данных исследования была проведена с использованием пакета прикладных программ математической обработки информации (SPSS, версия 11.5, STATISTICA 7.0 и электронных таблиц «Microsoft Excel» и в соответствии с правилами вариационной статистики. Результаты представлены в процентах, как доли для категориальных переменных по четырем возрастным категориям для мужчин 25-34, 35-44, 45-54 и 55-64 лет, анализируемых как по десятилетиям жизни, так и в целом для трудоспособного населения города 25-64 лет. Для проведения корректного сравнительного анализа с данными других исследований с использованием прямого метода стандартизации проведена стандартизация всех используемых в работе показателей. При обработке полученных данных для стандартизации показателей была использована возрастная структура городского населения РФ, согласно последней переписи населения, по четырем десятилетиям жизни в диапазоне 25-64 лет. Для проверки статистической значимости различий между группами использовался критерий Хи-квадрат (χ^2) Пирсона. Значения $p \leq 0,05$ считались статистически значимыми.

ГЛАВА 2 АНАЛИЗ СУЩЕСТВУЮЩЕЙ СИТУАЦИИ И ОБОСНОВАНИЕ ИННОВАЦИОННОГО МЕХАНИЗМА РЕГУЛИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ МУЖЧИН ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА

2.1 Взаимосвязь ценностных и поведенческих параметров отношения к здоровью мужчин трудоспособного возраста

Анализ результатов настоящего исследования показал, что 88,0% мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени положительно относились к профилактическим проверкам своего здоровья, более уклончивый ответ на вопрос анкеты о пользе профилактических проверок здоровья («Вероятно, полезна») дали 11,2% тюменских мужчин. В то же время, низкую ответственность за свое здоровье по разным параметрам оценки показали 36,3% и 34,9% мужчин соответственно. В первом случае (36,3%) ответственность за свое здоровье как низкая была отнесена к тем лицам, которые при плохом самочувствии продолжали оставаться на рабочем месте. Во втором случае (34,9%) низкой ответственностью за свое здоровье характеризовались те мужчины, которые продолжали работать как обычно при температуре или гриппе. К другой крайней позиции – высокой ответственности за свое здоровье – была отнесена категория лиц, которые обращались к врачу при плохом самочувствии (таких лиц среди тюменских мужчин оказалось 16,5%), а также категория лиц, которые при температуре и гриппе оставались дома и делали все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу (доля таких мужчин составила 45,3%). К промежуточной позиции (в первом случае – сокращали работу и отдыхали, во втором случае – оставались дома, пока не чувствовали себя лучше) были отнесены 47,2% и 1,8% мужчин соответственно (во всех случаях указаны стандартизованные по возрасту показатели), приложение Б, таблица.

В зависимости от уровня профессионального образования среди тюменских мужчин трудоспособного возраста не отмечалось статистически

значимых различий по двум параметрам оценки: в вопросе отношения к собственному здоровью на работе и в вопросе пользы профилактической проверки для своего здоровья.

В то же время, относительно вопроса предпринимаемых действий респондентов при температуре или гриппе мужчины с начальным уровнем профессионального образования придерживались двух крайних позиций. Так, в ситуации температуры или гриппа лица с начальным уровнем профессионального образования работали как обычно либо оставались дома до тех пор, пока не чувствовали себя лучше, но никогда не предпринимали все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу.

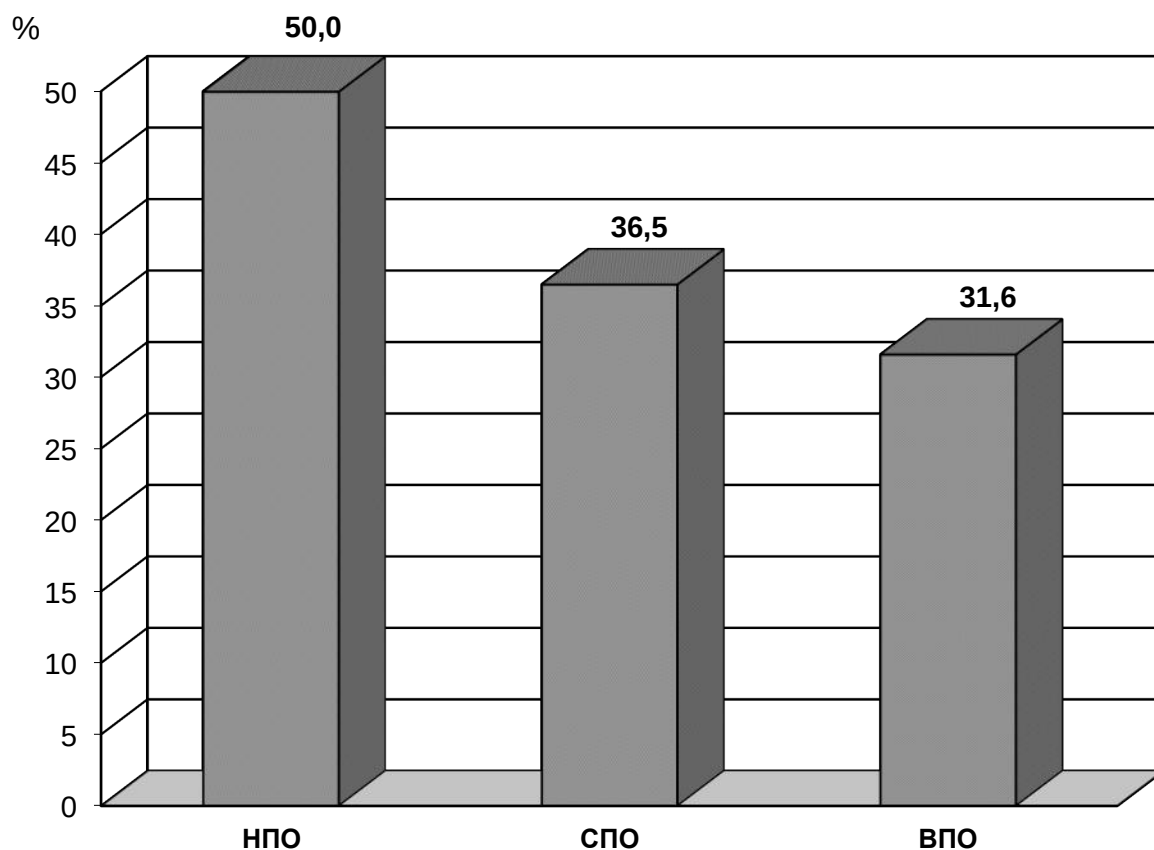
В первом варианте ответов – «Работаю в обычном режиме» – статистически значимых различий у лиц с начальным уровнем профессионального образования по сравнению с ответами в двух других группах с более высоким уровнем образования выявлено не было (рис. 2).

Во втором варианте ответа на поставленный вопрос в отношении действий населения при температуре или гриппе частота ответа «До улучшения самочувствия остаюсь дома» имела достоверные различия с частотой аналогичных высказываний между группами лиц с начальным профессиональным образованием и средним профессиональным образованием, а также между группами лиц с начальным профессиональным образованием и высшим профессиональным образованием (соответственно, 50,0% – 22,5%, $p < 0,01$; 50% – 16,5%, $p < 0,05$), рис. 3.

Мужчины со средним уровнем профессионального образования достоверно чаще, сравнительно с лицами с высшим уровнем профессионального образования, выступали с категорией ответов «До улучшения самочувствия остаюсь дома» (22,5% – 16,5%, $p < 0,05$), рис. 3.

Вместе с тем, в ситуации наличия у респондентов температуры или гриппа наиболее правильно и адекватно реагировали мужчины с высшим уровнем профессионального образования. Так, ответ «Остаюсь дома и делаю все что возможно для скорейшего возвращения на работу» существенно чаще

давала категория лиц с высшим уровнем профессионального образования по сравнению с категорией лиц среднего уровня профессионального образования (51,9% – 41,0%, $p < 0,01$). В то же время, среди тюменских мужчин с начальным уровнем профессионального образования таких ответов не наблюдалось (рис. 4).



Примечание. Звездочкой (*) слева обозначена достоверность различий показателей между группами СПО и ВПО, звездочкой справа – между группами НПО и СПО: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Рисунок 2 Распределение ответов «Работаю в обычном режиме» у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разных уровнях образования на вопрос «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

В группах различного профессионального статуса в зависимости от характера труда были получены статистически значимые закономерности в отношении мужчин к своему здоровью и ответственности за него по двум основным позициям – при ухудшении самочувствия на рабочем месте и гриппе и температуре дома.

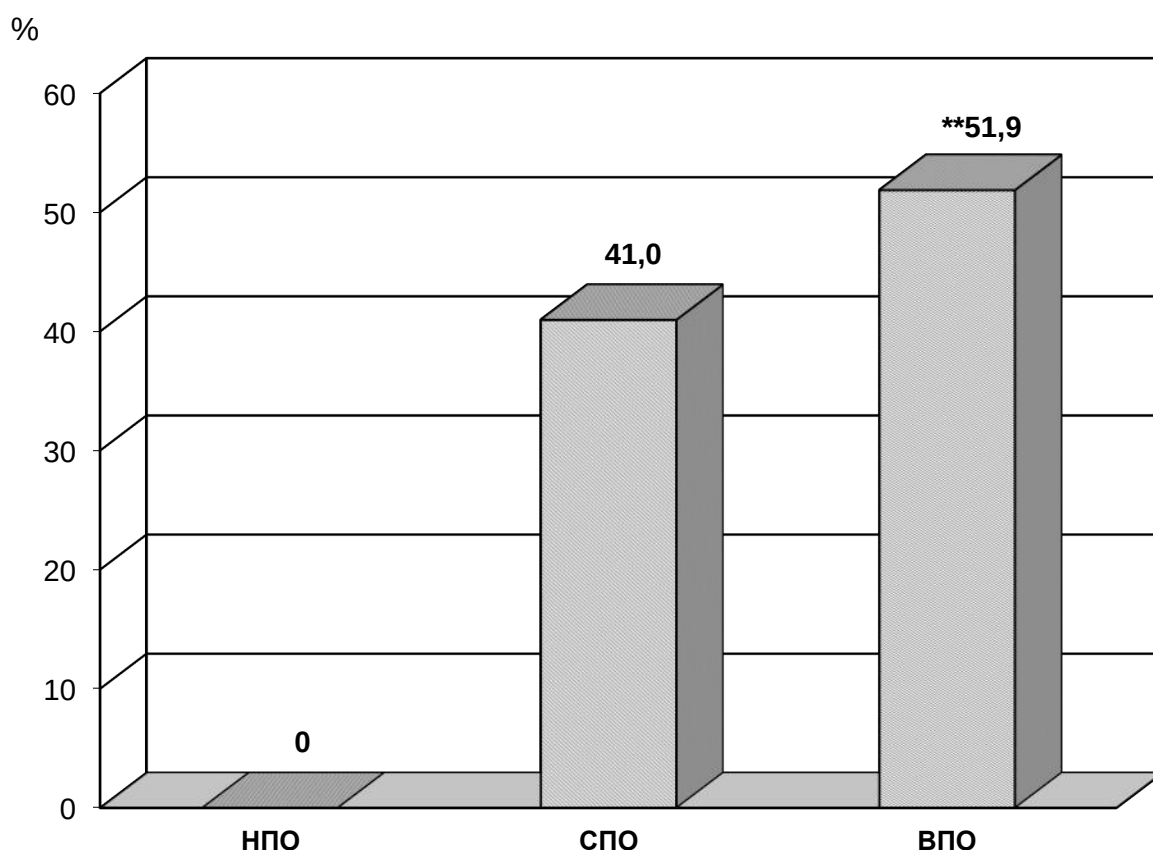


Рисунок 3 Распределение ответов «Остаюсь дома и делаю все что возможно для скорейшего возвращения на работу» у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разных уровнях образования на вопрос «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

Так, при условии, если на работе почувствовали себя не совсем хорошо, продолжало работать достоверно большее (сравнительно с пенсионерами и безработными – они отвечали так, как если бы работали) количество мужчин как физического труда, так и лиц в группах ИТР и специалистов, а также руководителей (соответственно, 42,2% – 19,1%, $p < 0,01$; 36,2% – 19,1%, $p < 0,01$; 36,8% – 19,1%, $p < 0,001$), рис. 5.

В то же время, на вопрос анкеты о действиях работников при недостаточно хорошем самочувствии на рабочем месте сокращало работу и отдыхало существенно меньшее количество мужчин, занятых физическим трудом, сравнительно как с группой специалистов и ИТР, так и с группой пенсионеров и безработных (соответственно, 40,7% – 51,1%, $p < 0,05$; 40,7% – 51,2%, $p < 0,05$), рис. 6.

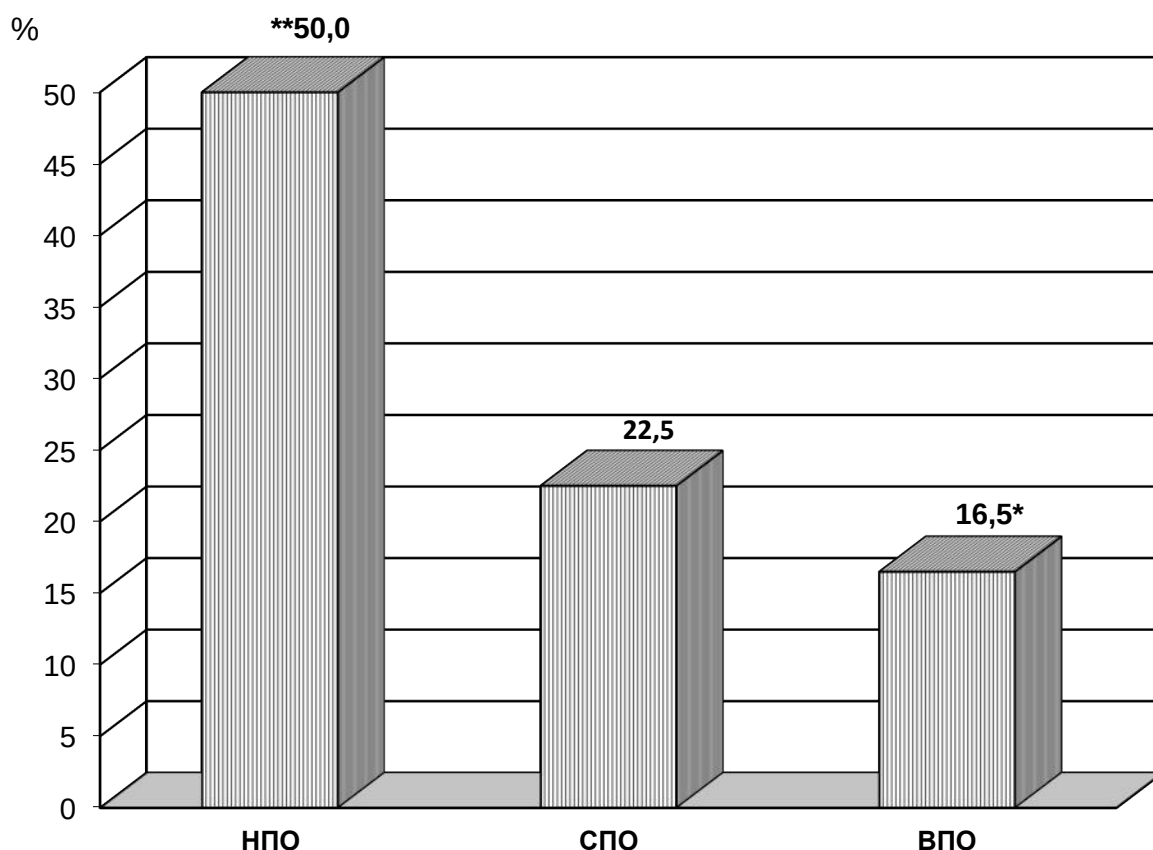
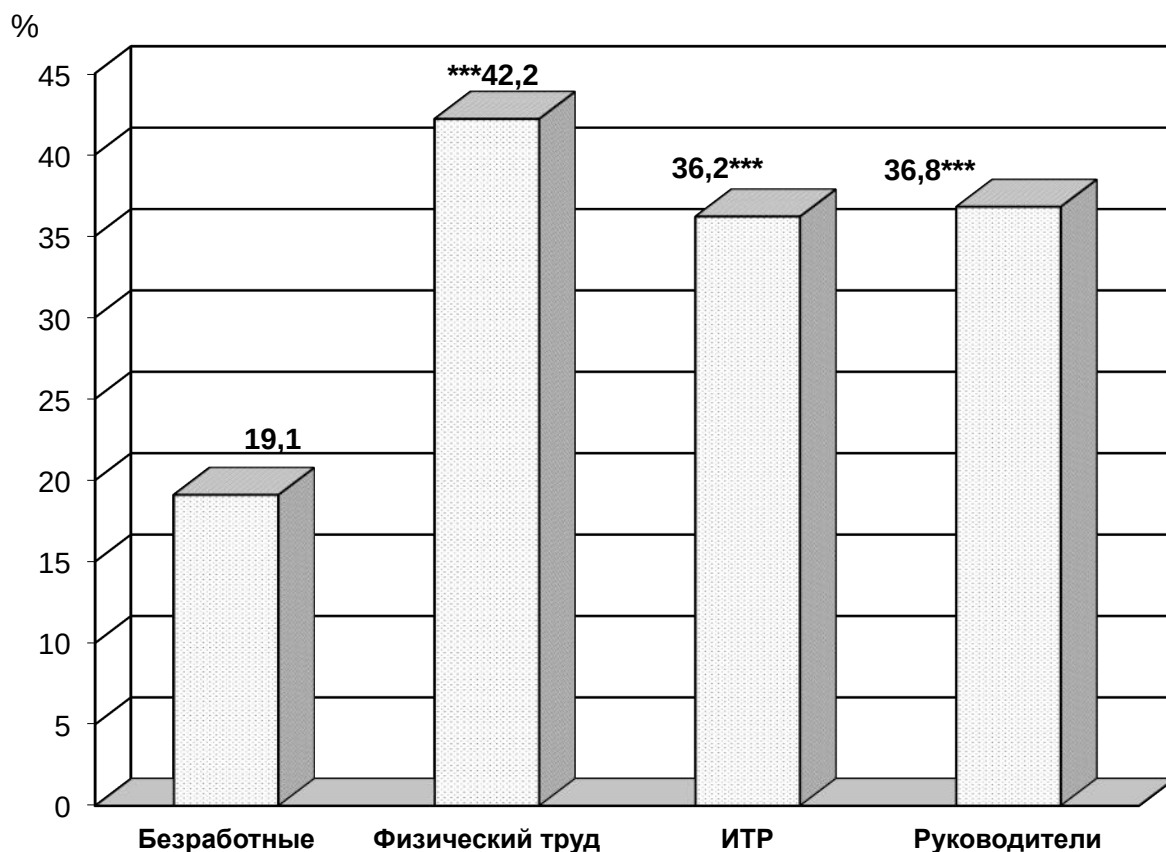


Рисунок 4 Распределение ответов «До улучшения самочувствия остаюсь дома» у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разных уровнях образования на вопрос «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

Обращалось к врачу при ухудшении самочувствия на рабочем месте, напротив, наибольшее число мужчин в группе пенсионеров и безработных (отвечали так, как будто бы они работали) сравнительно с долей таких лиц в группах физического труда (29,8% – 17,0%, $p < 0,01$), инженерно-технических работников и специалистов (29,8% – 13,8%, $p < 0,001$) и группой руководителей (29,8% – 17,4%, $p < 0,05$), рис. 7.

Статистически значимые закономерности были получены и по другой позиции – в отношении ответов на вопрос анкеты о предпринимаемых действиях респондентов в случае температуры или гриппа среди категорий лиц различного характера труда.



Примечание. Звездочкой (*) слева обозначена достоверность различий показателей между группой физического труда и другими категориями, звездочкой справа – между группой безработных и другими категориями: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Рисунок 5 Распределение ответов «Продолжаю работать» у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени в зависимости от характера труда на вопрос «Какие вы предпринимаете действия в случае плохого самочувствия, если находитесь на работе?», %

Так, что касается отношения к своему здоровью заболевших мужчин, то здесь, как наиболее безответственных к своему здоровью, можно выделить группу лиц, занятых физическим трудом. При гриппе или температуре работало, как обычно, наибольшее количество работников, занятых физическим трудом (43,5%) сравнительно с категорией пенсионеров и безработных (отвечали на вопрос анкеты так, как если бы они работали) (25,2%, $p < 0,01$), категорией инженерно-технических работников и специалистов (29,7%, $p < 0,001$) и руководителями (29,9%, $p < 0,001$), различия во всех случаях были статистически значимыми (рис. 8).

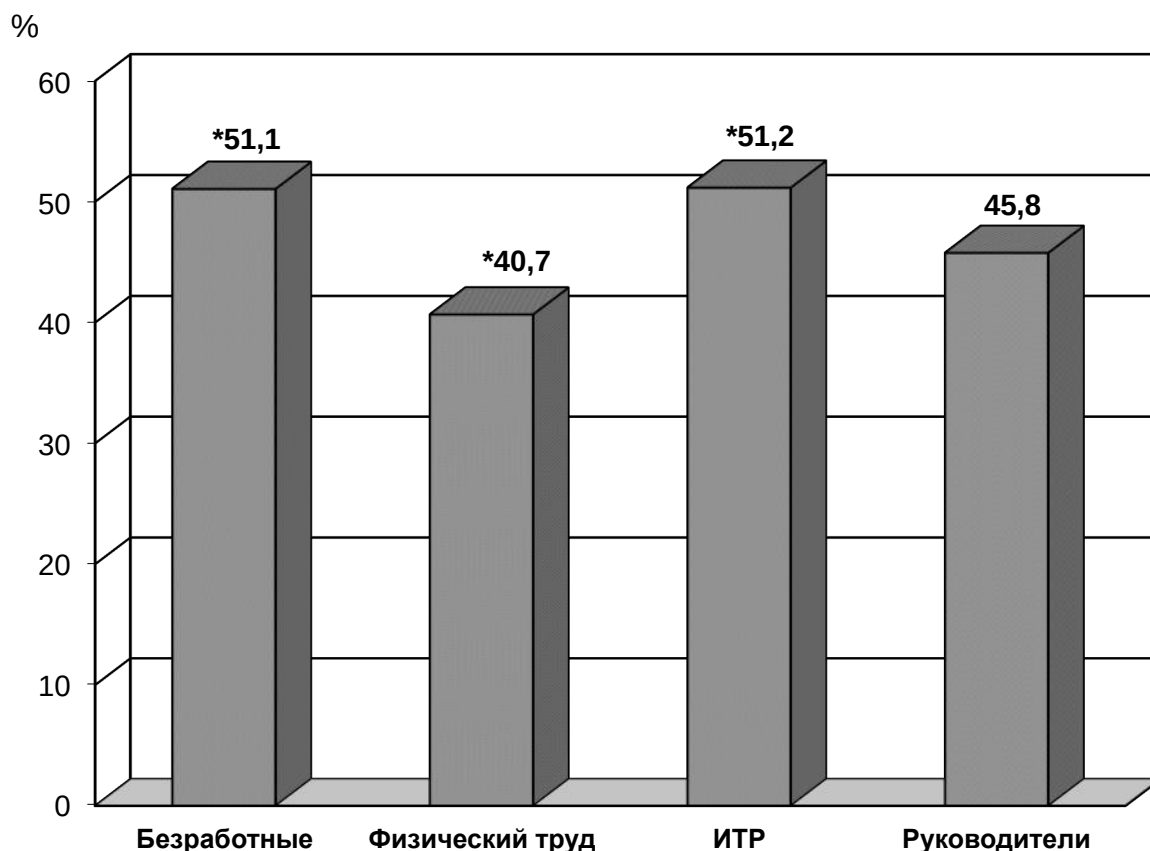


Рисунок 6 Распределение ответов «Отдыхаю и уменьшаю объем работы» у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени в зависимости от характера труда на вопрос «Какие вы предпринимаете действия в случае плохого самочувствия, если находитесь на работе?», %

В то же время, напротив, наибольшая ответственность за свое здоровье отмечалась среди лиц, занимающих руководящие должности, а также в группе инженерно-технических работников и специалистов.

Согласно рисунку 9, при гриппе или температуре оставались дома и делали все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу, минимальное число лиц, занятых физическим трудом (38,8%). В группе ИТР и специалистов таких мужчин было существенно больше (49,6%, $p < 0,001$), а среди руководителей их было достоверно больше (56,9%), чем в группе физического труда (38,8%, $p < 0,001$) и в группе пенсионеров и безработных (42,7%, $p < 0,05$), различия показателя в группах различного характера труда во всех случаях были статистически значимыми (рис. 9).

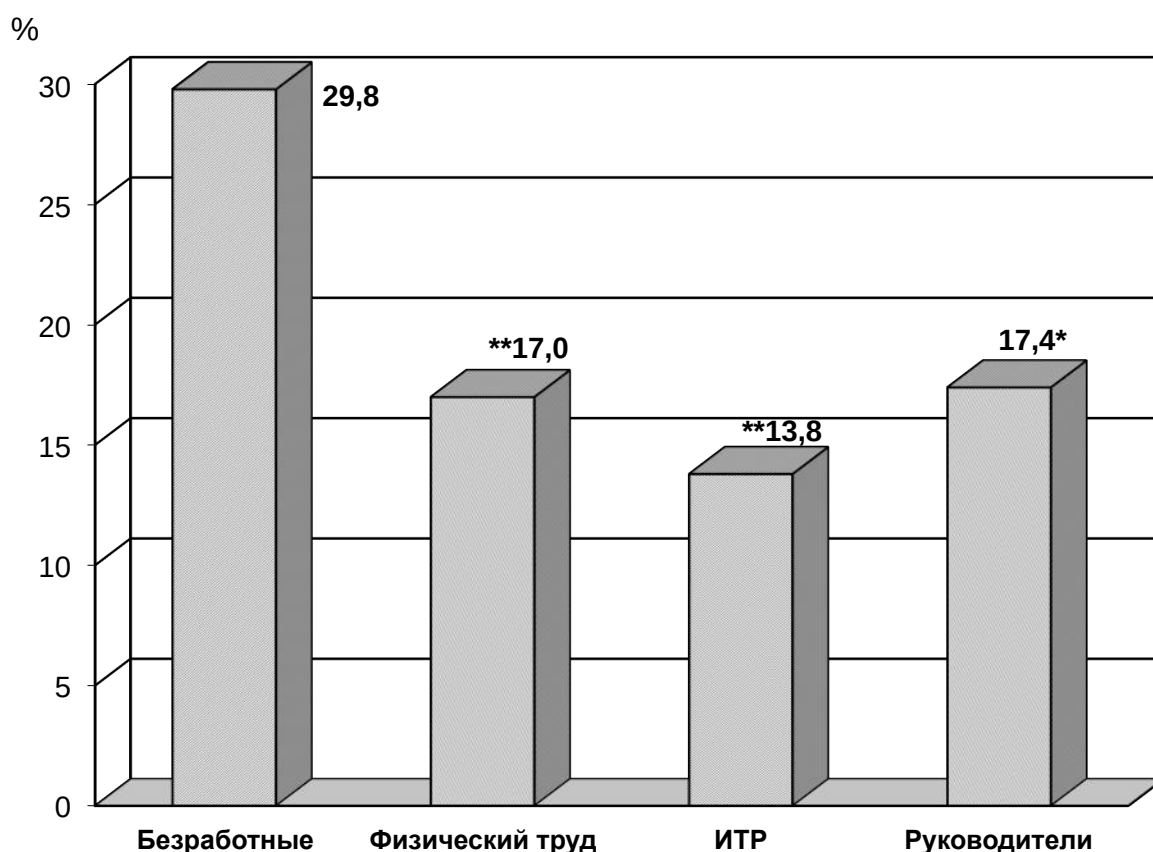
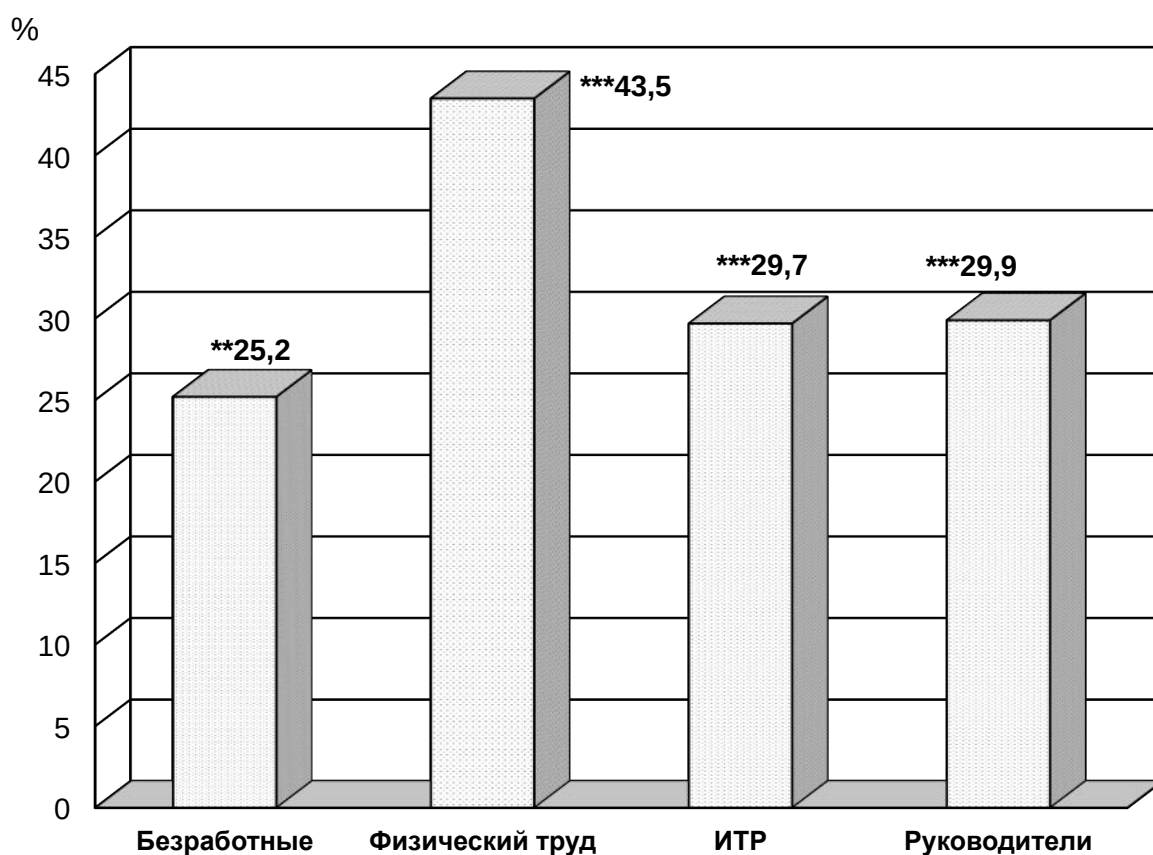


Рисунок 7 Распределение ответов «Обращаюсь за врачебной помощью» у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени в зависимости от характера труда на вопрос «Какие вы предпринимаете действия в случае плохого самочувствия, если находитесь на работе?», %

В то же время, оставались дома без стремления выйти на работу (пока не почувствуют себя лучше) преимущественно безработные – отвечали так, как если бы они работали (32,1%), и напротив, существенно меньшее число работников физического труда (18,2%, $p < 0,01$), специалистов и инженерно-технических работников (20,3% $p < 0,05$), и минимальное количество руководителей, различия были статистически значимыми (13,2%, $p < 0,001$), рис. 10.

Следовательно, как на рабочем месте, так и дома для группы работников физического труда, вероятно, имели значение другие приоритеты, на работе для них было характерным не обращать внимания на состояние своего здоровья, продолжать работать, как обычно, несмотря на плохое самочувствие, и не обращаться к врачу.



Примечание. Звездочкой (*) слева обозначена достоверность различий показателей между группой физического труда и другими категориями, звездочкой справа – между группой безработных и другими категориями: * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Рисунок 8 Распределение ответов «Работаю в обычном режиме» у заболевших мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при различном характере труда на вопрос «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

Впрочем, по поводу последнего пункта – обращения к врачу на рабочем месте при плохом самочувствии – сопоставимые результаты были получены и относительно других категорий работников, группа руководителей и группа специалистов и ИТР вели бы себя аналогичным образом. По этому параметру – обращение к врачу при плохом самочувствии на рабочем месте – существенные различия были получены только в отношении группы пенсионеров и безработных (которые отвечали так, как будто бы они работали).

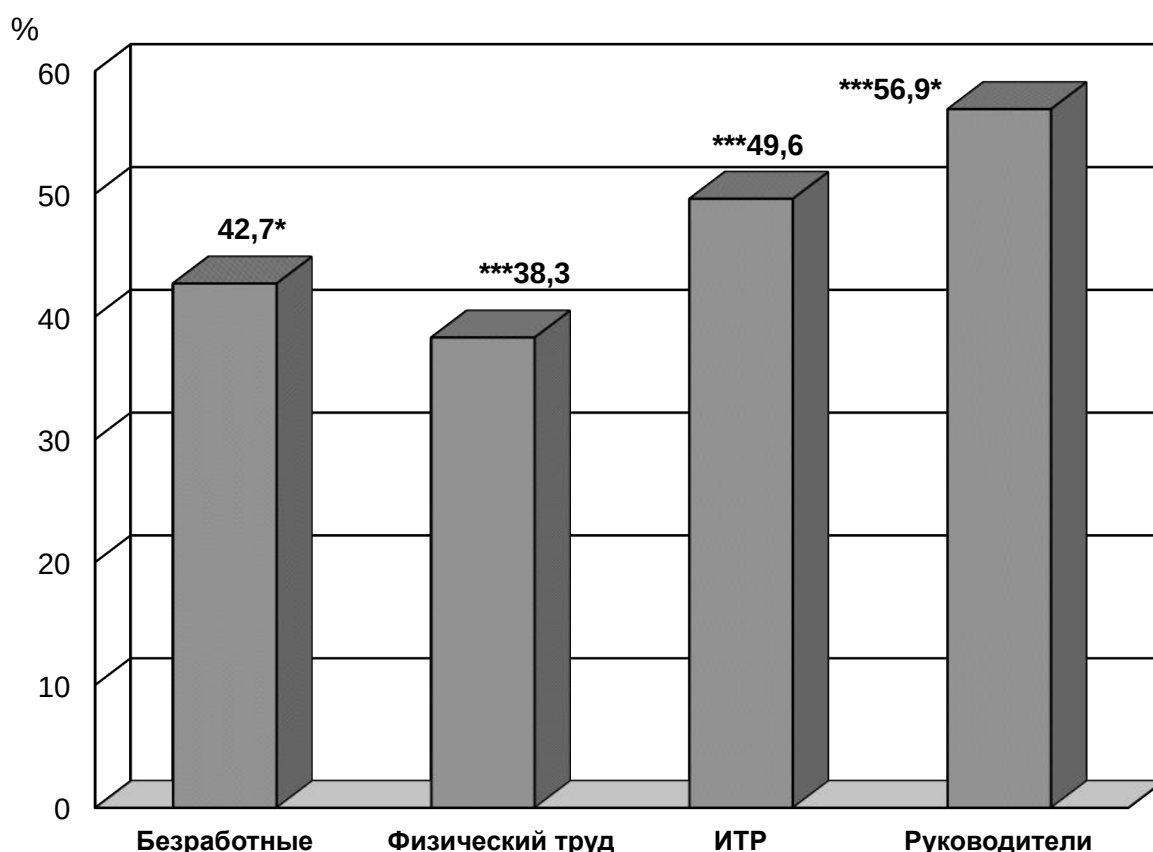


Рисунок 9 Распределение ответов «Остаюсь дома и делаю все что возможно для скорейшего возвращения на работу» у заболевших мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при различном характере труда на вопрос «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

Вероятно, полученные результаты являются оправданными и обоснованными для всех граждан, имеющих реальную работу в современной России и возможность ее потери в случае нездоровья, независимо от их принадлежности к какой-либо профессиональной группе. Этим же можно объяснить и более ответственное отношение к своему здоровью в группе неработающих граждан, поскольку для них обращение к врачу на рабочем месте в случае болезни вполне логично и оправданно, поскольку имеет скорее теоретическое, чем практическое значение с возможными вытекающими отсюда последствиями.

Что касается другой закономерности, полученной в результате анализа анкетирования для групп руководителей, инженерно-технических работников и

специалистов – стремления сделать все возможное и поскорее вернуться на работу, то она тоже представляется оправданной.

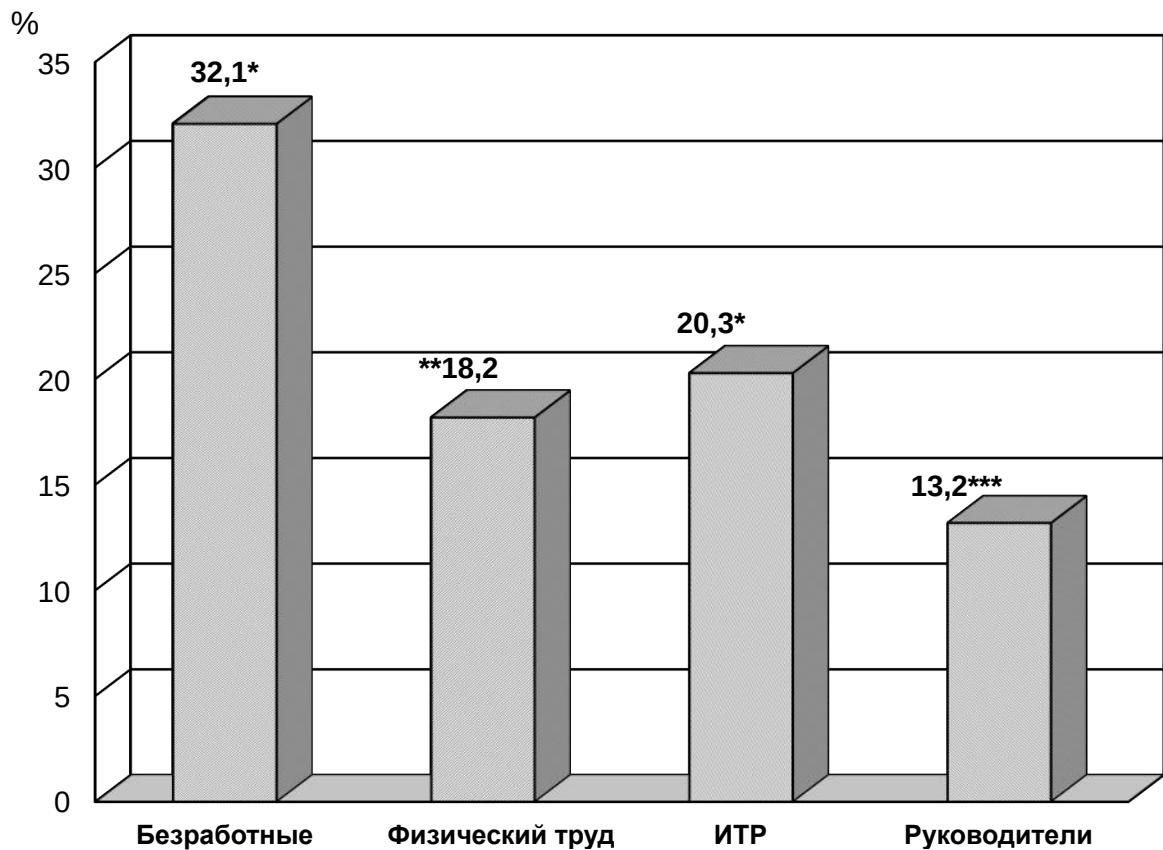


Рисунок 10 Распределение ответов «До улучшения самочувствия остаюсь дома» у заболевших мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при различном характере труда на вопрос «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

Именно в группах руководителей, инженерно-технических работников и специалистов определено наиболее ответственное отношение к своему здоровью, поскольку вероятно для этих людей здоровье является прежде всего гарантией их будущего благополучия, сохранения рабочих мест, в которых они заинтересованы больше, чем работники, занятые физическим трудом. Кроме того, вследствие лучшего образования в этих группах, лучшей информированности, ценность здоровья и своевременного его сохранения для этих лиц представляется более необходимой, чем для лиц, занятых физическим трудом и неработающих граждан.

В зависимости от характера труда у мужчин 25-64 лет г. Тюмени не наблюдалось значимых различий в вопросах пользы профилактической проверки для своего здоровья.

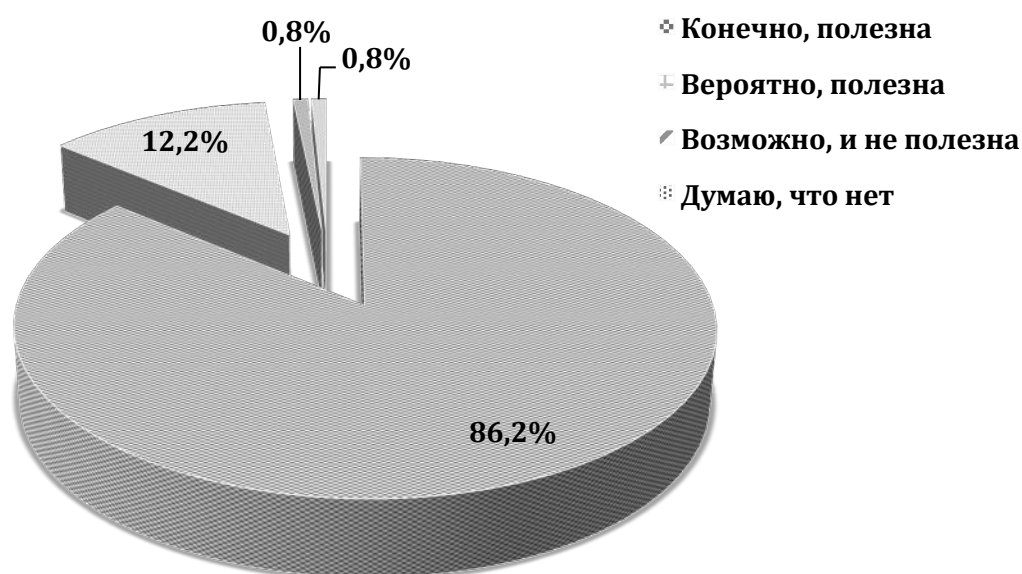


Рисунок 11 Распределение отношения пенсионеров и безработных мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени к вопросу «По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?», %

Так, более 85% тюменских мужчин, независимо от принадлежности к какой-либо профессиональной группе, считали полезной профилактическую проверку своего здоровья.

В группе специалистов и инженерно-технических работников отмечалась тенденция к увеличению числа лиц, которые положительно относились к профилактической проверке своего здоровья, однако сравнительно с числом таких ответов в других профессиональных группах различия были статистически незначимыми (86,2% – 85,4% – 90,7% – 86,8% соответственно, $p > 0,05$), рис. 11, 12, 13, 14.

По другой крайней позиции – на вопрос о полезности профилактической проверки своего здоровья (ответ респондентов «Думаю, что нет») – в профессиональных группах различия были минимальными и статистически незначимыми – 0,6%-0,8%, а в группе руководителей такого мнения не было

зарегистрировано (рис. 14).

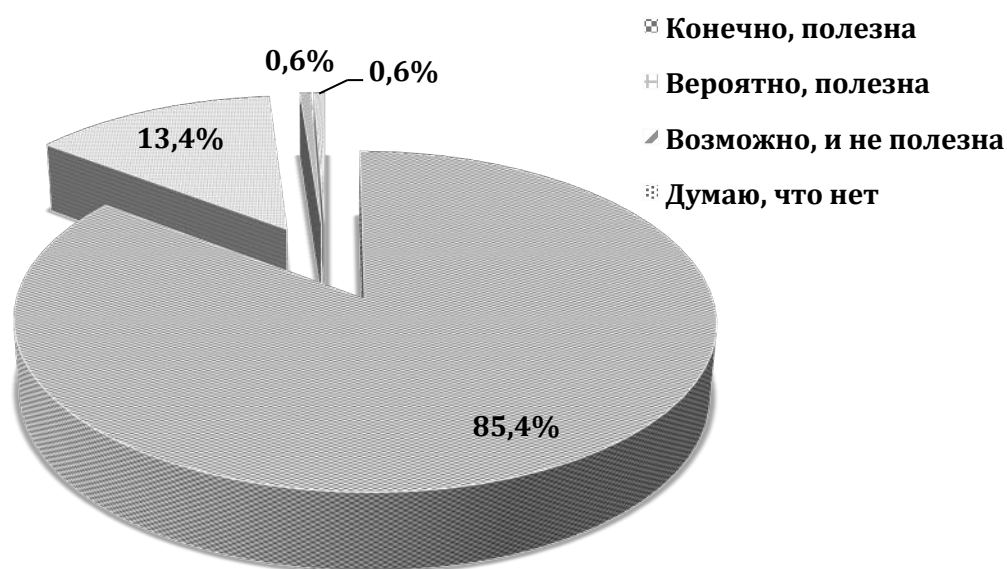


Рисунок 12 Распределение отношения мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени, занятых физическим трудом, к вопросу «По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?», %

Что касается неопределенных ответов в отношении полезности профилактической проверки своего здоровья («Вероятно, полезна» и «Возможно, и не полезна»), то независимо от профессиональной принадлежности тюменские мужчины склонялись к скорее положительному («Вероятно, полезна»: 12,2% – 13,4% – 8,5% – 13,2%, $p > 0,05$, соответственно, в группах пенсионеров и безработных, лиц, занятых физическим трудом, специалистов и инженерно-технических работников, руководителей), чем скорее к отрицательному («Возможно, и не полезна»: 0,8% – 0,6% – 0,8%, $p > 0,05$, соответственно в группах пенсионеров и безработных, лиц, занятых физическим трудом, специалистов и инженерно-технических работников) отношению к этому вопросу, хотя полученные различия во всех вариантах ответов на вопросы анкеты были статистически незначимыми (рис. 11, 12, 13, 14).

В зависимости от наличия – отсутствия постоянного спутника жизни у тюменских мужчин трудоспособного возраста не было выявлено статистически

значимых различий в вопросе отношения к своему здоровью на рабочем месте.

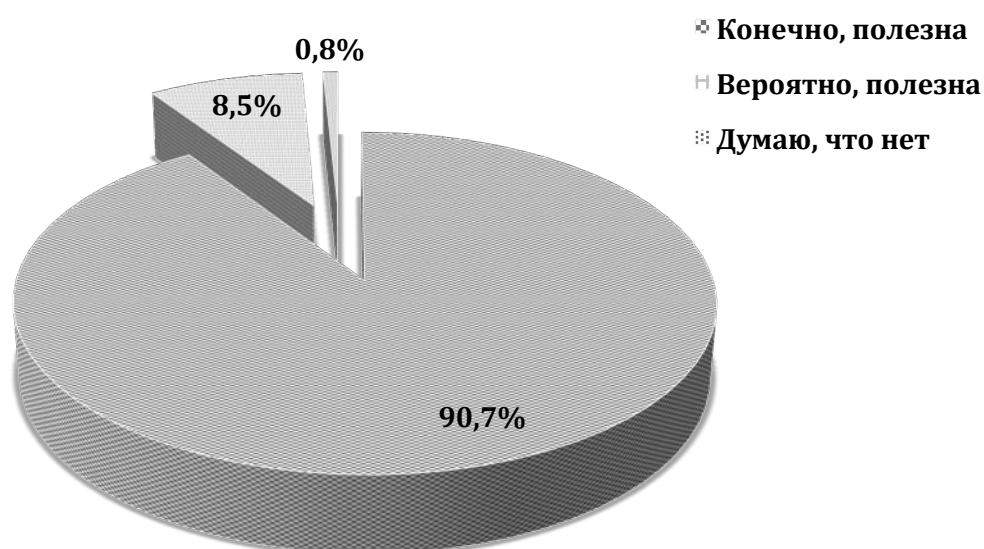


Рисунок 13 Распределение отношения мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени – ИТР и специалистов к вопросу «По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?», %

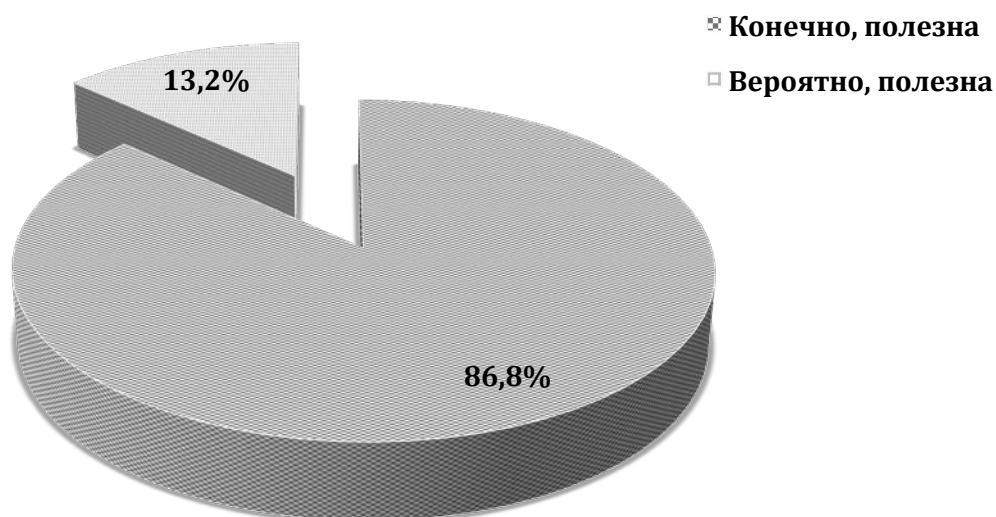


Рисунок 14 Распределение отношения мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени – руководителей к вопросу «По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?», %

Так, продолжало работать при плохом самочувствии несколько большее число мужчин, имеющих спутника жизни (37,4%), а сокращало работу и

отдыхало, то есть с большей ответственностью относилось к своему здоровью, несколько большее число мужчин, не имеющих спутника жизни (52,8%), однако различия этих показателей были недостоверными (рис. 15).

При вопросе стратегии действий при гриппе или температуре статистически значимые различия между группами определялись только при ответе «До улучшения самочувствия остаюсь дома», который дали достоверно большее количество мужчин, не имеющих спутника жизни (26,8% – 17,4%, $p < 0,01$), рис. 16.

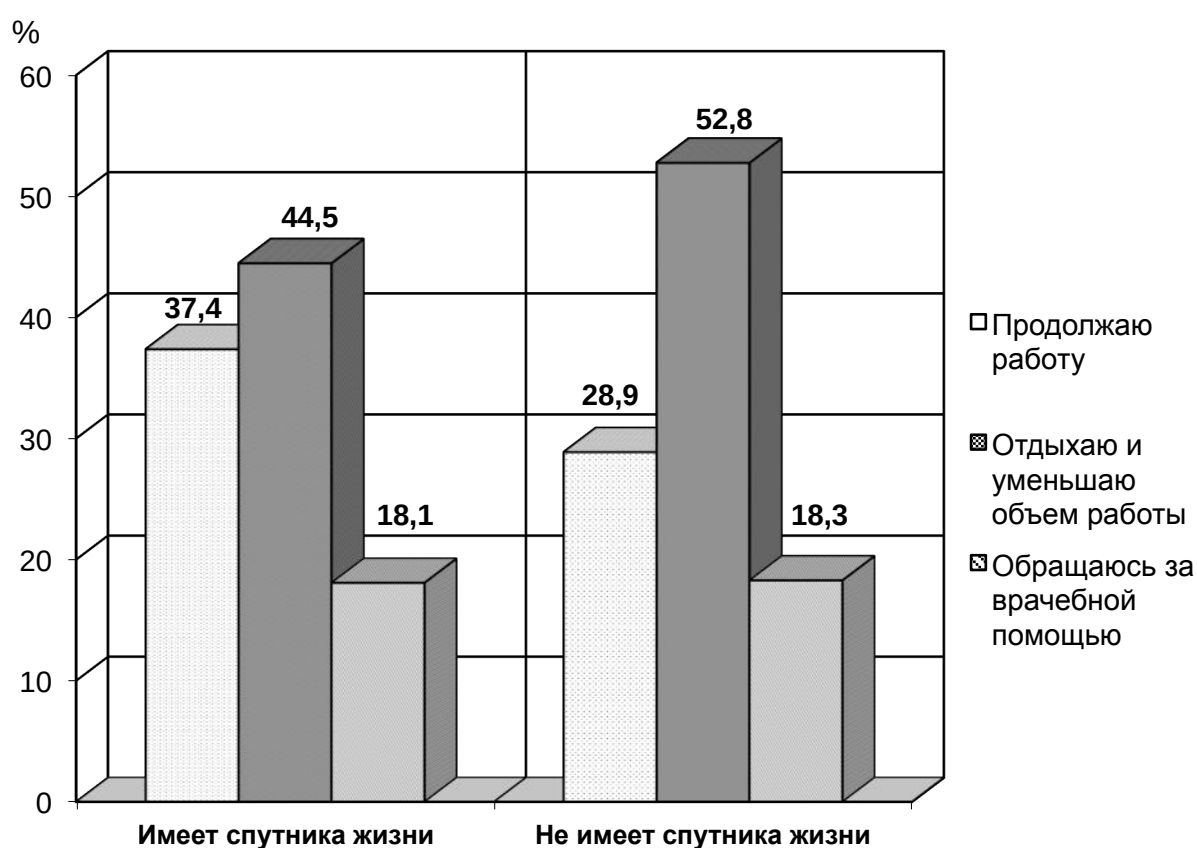
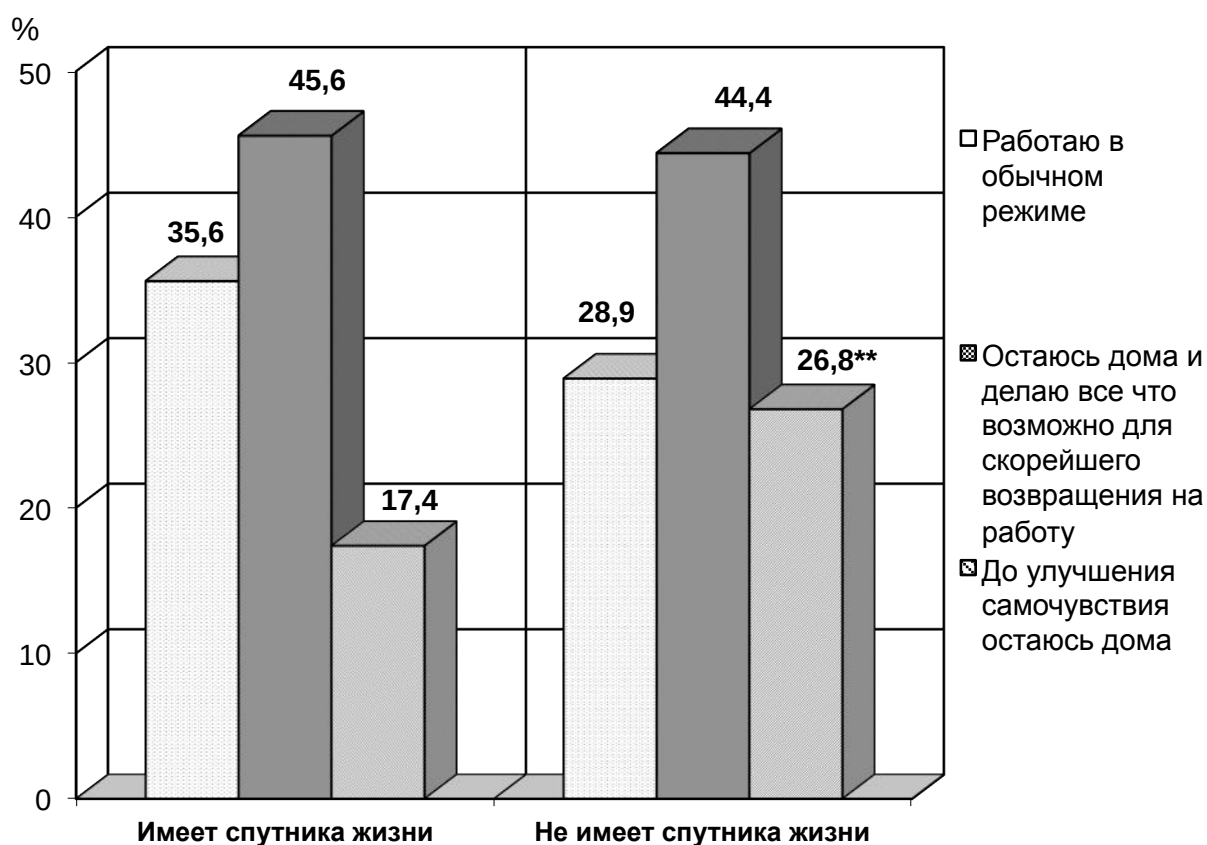


Рисунок 15 Распределение отношения мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разном семейном статусе к вопросу «Какие вы предпринимаете действия в случае плохого самочувствия, если находитесь на работе?», %

Полезной считали профилактическую проверку своего здоровья большее число тюменских мужчин, имеющих спутника жизни (88,7% – 80,3%, $p < 0,01$), не полезной – группа мужчин, не имеющих спутника жизни (2,1% – 0,3%, $p < 0,01$). Уклончивый ответ «Вероятно, полезна» также был дан существенно

большим количеством мужчин, не имеющих спутника жизни (16,9% – 10,7%, $p < 0,05$), рис. 17.

При планировании социально ориентированных профилактических программ большое значение имеет отношение населения к своему здоровью, стремление его улучшить.



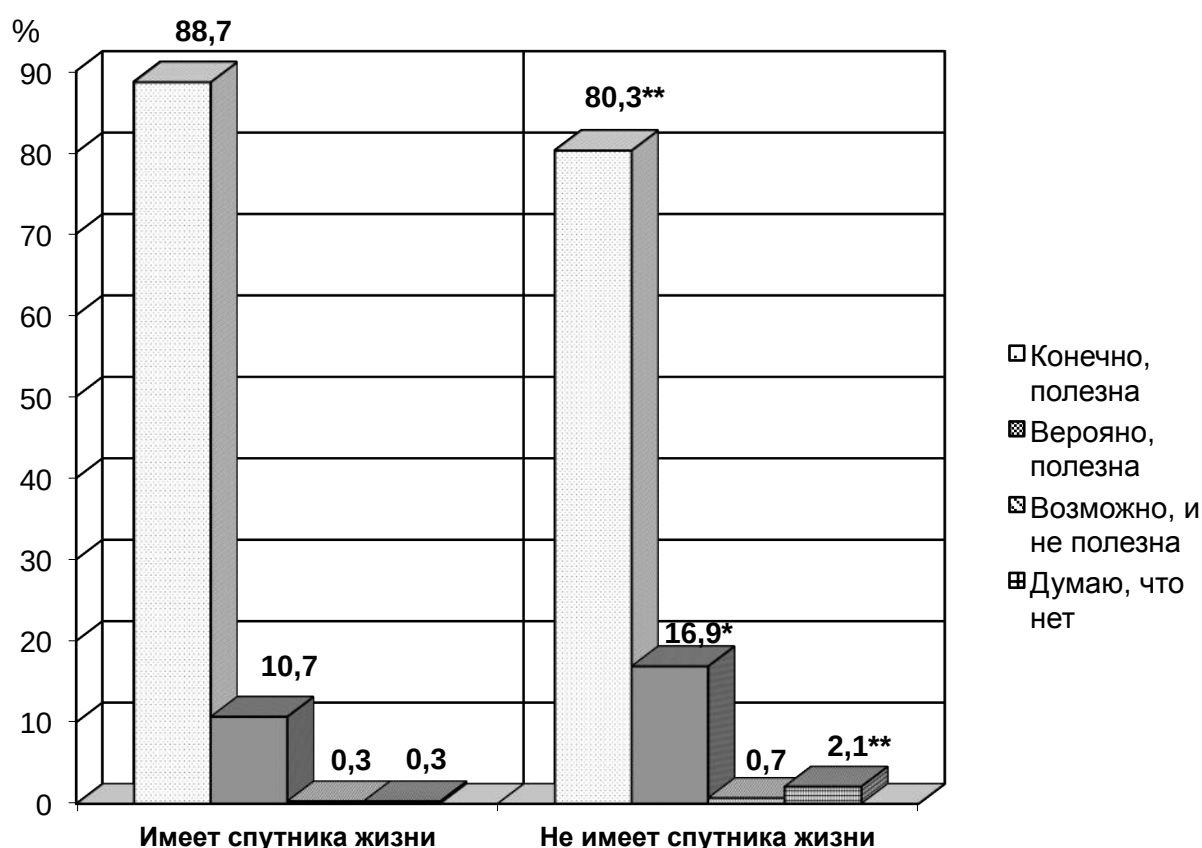
Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группами семейного статуса; ** – $p < 0,01$.

Рисунок 16 Распределение отношения у заболевших мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разном семейном статусе к вопросу «Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?», %

Следовательно, сложившаяся среди трудоспособного населения г. Тюмени ситуация, 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.

Таким образом, у большинства мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени, независимо от социального градиента, установлено положительное отношение к профилактическим проверкам своего здоровья, хотя более трети тюменских мужчин и выказывали низкую ответственность по отношению к своему здоровью.



Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группами семейного статуса; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$.

Рисунок 17 Распределение отношения мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разном семейном статусе к вопросу «По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?», %

По результатам нашего исследования, при росте уровня образования у заболевших мужчин повышалось стремление улучшить свое самочувствие и выйти на работу. В то же время, у лиц физического труда отмечалась наиболее низкая ответственность за свое здоровье, в этой же группе отмечалось

наименьшее стремление выйти на работу, в группах руководителей и ИТР и специалистов – максимальное стремление улучшить самочувствие и выйти на работу.

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 [3, 103].

Анализ результатов проведенного исследования показал и понимание населением трудоспособного возраста преимуществ профилактического подхода к своему здоровью. Оказалось, что несмотря на сложности социально-экономических преобразований в российском обществе на современном этапе, в целом тюменское население достаточно подготовлено к участию в социально ориентированных профилактических программах.

Оправдана и согласуется с результатами новосибирских исследователей наибольшая ответственность за свое здоровье в настоящем исследовании лиц с высшим образованием [95]. Однонаправленное воздействие оказал и профессиональный статус населения, который в большой мере зависит от уровня образования, а следовательно, и определил низкую ответственность за свое здоровье среди лиц физического труда сравнительно с другими профессиональными группами.

В настоящем исследовании среди мужчин, не имеющих спутника жизни, отмечалось наименьшее стремление выйти на работу при плохом самочувствии, в то же время, одинокие мужчины и наиболее негативно (или индифферентно) относились к профилактической проверке своего здоровья.

Вероятно, подобная ситуация является также оправданной, поскольку

приоритеты у лиц, состоящих в браке, скорее определяются благосостоянием и в том числе состоянием здоровья членов семьи, что, вероятно, оправдывает их заинтересованность в идеях профилактического подхода к сохранению своего здоровья и увеличению ответственности за собственное здоровье.

Поскольку материальные блага и условия жизни, являющиеся следствием определенного социального положения, напрямую влияют на здоровье, необходимо расшифровать понятие социального положения индивида и обозначить процессы, которые способствуют возникновению заболеваний.

Исследуя современное социальное неравенство, можно сказать, что в прогрессивном обществе решающее значение в определении социального статуса индивида имеют такие признаки, как уровень образования, профессиональный и материальный статус. Каждого члена общества при помощи этих трех вышеназванных критериев можно отнести к какой-либо группе населения (социальному слою), считающейся относительно гомогенной. Социальное неравенство относительно показателей смертности, и прежде всего, смертности в молодом и среднем возрасте, говорит о глубоком влиянии социальных факторов на осуществление жизненных возможностей и целей, и о том, насколько последнее связано со здоровьем [35, 56].

C. Jenkins, анализируя в обзорной статье данные о социальных факторах, писал: «Создается впечатление, что в начале процесса урбанизации повышенный риск ССЗ затрагивал более высокие социально-экономические слои, в то время как в конце этого процесса более высокий риск появился у более низких слоев». Действительно, результаты исследований 1950-х годах показали высокий риск сердечно-сосудистых заболеваний у мужчин с наиболее высоким социально-экономическим статусом, а в начале 1970-х годов это соотношение изменилось на противоположное [161].

При изучении заболеваемости, смертности или оценки здоровья, а также любого индикатора социально-экономического положения (дохода, класса, условий проживания, бедности, образования) исследователи показывают, что уровень здоровья зависит от социально-экономического статуса [142, 144, 164].

Такие различия были найдены во всем промышленно развитом мире, хотя сила такой связи несколько различается в зависимости от страны и для различных возрастных групп. Найдены различия в средней продолжительности жизни между высокооплачиваемыми профессиональными группами и низкооплачиваемым неквалифицированным трудом [149]. Подобные результаты выявлены и по отношению к образованию. Среди населения в самых низших слоях бедности отмечены наиболее высокие уровни преждевременной смерти [56, 140]. Таким образом, социально-экономический градиент показателей смертности увеличивается с ростом социального неравенства и предполагает определенную причинность даже при неизвестных механизмах [141].

Согласно полученным результатам на репрезентативной выборке населения, по поведенческим факторам риска в г. Тюмени сложилась следующая ситуация. Так, среди тюменских мужчин трудоспособного возраста 65,0% пытались бросить привычку курить табак (с успехом или безуспешно). При этом никогда не курили 27,1% мужчин, 24,0% – бросили курить. Меньше стали курить 10,8% мужчин, 14,3% курящих указали, что бросали курить на некоторое время. Доля лиц, безуспешно пытавшихся изменить привычку к курению, составила 15,8%, а тех, кто никогда не пытался бросить курить – 7,9% (табл. 2).

Никогда не курили наибольшее число тюменских мужчин с высшим уровнем профессионального образования, доля таких лиц составила 36% – достоверно выше сравнительно с долей курящих мужчин, имеющих средний уровень профессионального образования (36,0% – 22,5%, $p < 0,001$). Вместе с тем, лиц с начальным уровнем профессионального образования, которые никогда не курили, среди респондентов тюменской репрезентативной выборки не было выявлено.

Другая категория ответа на поставленный вопрос – курил, но бросил – наиболее часто была зарегистрирована среди лиц с начальным уровнем профессионального образования, по этому параметру мужчины с НПО имели

статистически значимые различия с долей таких мужчин, имеющих среднее (83,4% – 21,9%, $p < 0,001$) и высшее профессиональное образование (83,4% – 28,0%, $p < 0,01$).

Вместе с тем, лиц с высшим уровнем профессионального образования, которые курили, но оставили эту привычку, было существенно больше сравнительно с группой лиц среднего уровня профессионального образования (28,0% – 21,9%, $p < 0,05$).

Необходимо отметить, что лиц, курящих, но меньше, а также тех, кто безуспешно пытался изменить привычку к курению табака, и тех, кто никогда не пытался искоренить привычку к курению табака, было статистически значимо больше в группе мужчин со средним уровнем профессионального образования чем в группе мужчин с высшим уровнем профессионального образования (табл. 2).

Количество мужчин с различным уровнем профессионального образования, которые курят табак в настоящее время, но бросали эту привычку на некоторое время, было практически одинаковым.

Доля лиц, которые стали курить больше в течение последних 12-ти месяцев и также, как в прошлом году, была наибольшей среди мужчин, имеющих средний уровень профессионального образования и статистически значимо различалась с аналогичными показателями у лиц с высшим уровнем профессионального образования (соответственно, 11,7% – 7,1%, $p < 0,05$; 32,3% – 17,9%, $p < 0,001$).

Доли лиц, которые стали курить с меньшей интенсивностью, чем в прошлом году, по уровню образования статистически значимых различий не имели.

Максимальное число респондентов с высшим уровнем профессионального образования не курили в течение последнего года, этот показатель имел статистически значимые различия с числом таких лиц среднего уровня профессионального образования (62,1% – 41,8%, $p < 0,001$), табл. 2.

Таблица 2

Отношение к табакокурению мужчин г. Тюмени
при разных уровнях образования, %

Вопрос / отношение	Уровни профессионального образования			Общая выборка
	начальное	среднее	высшее	
Пытались Вы когда-либо изменить привычку к курению табака?				
Не курил никогда	—	22,5	36,0 ^{***}	28,1
Сейчас нет, но курил	83,4	21,9	^{**} 28,0 [*]	24,9
В настоящее время курю меньше	—	13,1	8,0 [*]	10,8
Был период, когда бросал, но сейчас курю	—	12,3	12,9	12,5
Безуспешно пытался изменить табакокурение	16,6	19,6	10,7 ^{***}	15,8
Никогда не пытался бросать и курю сейчас	—	10,6	4,4 ^{***}	7,9
Вы курите в настоящее время больше, чем в прошлом году?				
Курю больше	—	11,7	7,1 [*]	9,5
Курю так же, как и раньше	16,6	32,3	17,9 ^{***}	26,0
Меньше курю	33,4	14,2	12,9	13,8
Не курил в течение этого года	50,0	41,8	62,1 ^{***}	50,7

Примечание. Звездочкой (*) справа обозначена достоверность различий показателей между группами СПО и ВПО, слева – между группами НПО и ВПО; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

По характеру труда на вопрос: «Пытались Вы когда-либо изменить привычку к курению табака?» отмечались статистически значимые различия между группами в первой категории ответов – «Не курил никогда». Так, среди мужчин г. Тюмени никогда не курили максимальное число респондентов в группе руководителей и минимальное число исследуемых, занятых физическим трудом.

Вместе с тем, статистически значимые различия по этому параметру наблюдались между группами: руководители – лица, занятые физическим трудом (36,8% – 19,7%, $p < 0,001$), пенсионеры и безработные – лица, занятые физическим трудом (29,0% – 19,7%, $p < 0,05$), инженерно-технические работники и специалисты – лица, занятые физическим трудом (33,7% – 19,7%, $p < 0,001$), табл. 3.

Отношение к табакокурению мужчин г. Тюмени
при разном характере труда, %

Вопрос / отношение	Безработные	Занятые физическим трудом	ИТР	Руководители
Пытались Вы когда-либо изменить привычку к курению табака?				
Не курил никогда	*29,0	19,7	***33,7	***36,8
Сейчас нет, но курил	26,7	22,8	27,6	23,6
В настоящее время курю меньше	13,7	12,8	8,5	7,6
Был период, когда бросал, но сейчас курю	9,2	12,2	15,0	11,9
Безуспешно пытался изменить табакокурение	***9,2	23,1	***11,0	*13,2
Никогда не пытался бросать и курю сейчас	13,2	9,4	4,1	6,9
Вы курите в настоящее время больше, чем в прошлом году?				
Курю больше	10,7	10,6	9,4	6,9
Курю так же, как и раньше	***17,6	35,6	***20,3	**21,5
Меньше курю	18,3	14,6	11,0	12,6
Не курил в течение этого года	**53,4	39,2	***59,3	***59,0

Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группой физического труда и другими категориями; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

В то же время среди лиц, безуспешно пытавшихся бросить курить, также преобладали лица физического труда – в этой группе статистически значимые различия по данному параметру имели место в сравнении с каждой из прочих трех рассматриваемых групп.

На вопрос «Вы курите в настоящее время больше, чем в прошлом году?» ответ «Так же курю» был достоверно чаще получен у лиц, занятых физическим трудом (35,6%), сравнительно с прочими группами.

Ответ «Не курил в течение этого года» встречался достоверно реже в той же группе работников, занятых физическим трудом (39,2%), сравнительно с аналогичным показателем во всех других категориях – группах пенсионеров и безработных, инженерно-технических работников и специалистов,

руководителей (табл. 3).

В отношении попыток изменить что-либо в своем курении по всем предложенным категориям ответов среди лиц, имеющих и не имеющих спутника жизни, значимых различий не отмечалось.

Курили больше, чем год назад, достоверно большее количество мужчин, не имеющих спутника жизни (14,8% – 8,6%, $p<0,05$). Существенно меньшее число лиц, не имеющих спутника жизни, в течение года не курили (36,6% – 53,4%, $p<0,001$), табл. 4.

Таблица 4

Отношение к табакокурению мужчин г. Тюмени
при разном семейном статусе, %

Вопрос / отношение	Имеет спутника жизни	Не имеет спутника жизни
Пытались Вы когда-либо изменить привычку к курению табака?		
Не курил никогда	29,1	23,2
Сейчас нет, но курил	26,1	19,0
В настоящее время курю меньше	10,0	14,8
Был период, когда бросал, но сейчас курю	11,9	15,5
Безуспешно пытался изменить табакокурение	15,4	17,6
Никогда не пытался бросать и курю сейчас	7,5	9,9
Вы курите в настоящее время больше, чем в прошлом году?		
Курю больше	8,6	* 14,8
Курю так же, как и раньше	24,9	31,7
Меньше курю	13,1	16,9
Не курил в течение этого года	53,4	*** 36,6

Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группами семейного статуса; * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

В целом в репрезентативной выборке тюменских мужчин трудоспособного возраста 40,5% респондентов считали, что они не видят необходимости менять рацион питания. В то же время, 26,8% мужчин были осведомлены о необходимости соблюдения диеты ради сохранения здоровья, однако у них не получалось ее соблюдать, у 9,5% мужчин были безуспешные попытки изменить рацион питания, 17,6% мужчин соблюдали диету, но нерегулярно.

Вместе с тем, 5,6% мужчин изменили традиции питания ради сохранения здоровья (табл. 5).

В таблице 5 также отражено отношение к питанию населения в зависимости от уровня образования. В зависимости от уровня профессионального образования имели место статистически значимые закономерности по вопросу отношения тюменских мужчин к традициям питания, несколько отличающиеся от полученных тенденций в общей выборке населения и имеющие непосредственную связь с отношением к своему здоровью в этих группах.

Таблица 5

Отношение к питанию мужчин г. Тюмени
при разном уровне образования, %

Вопрос / отношение	Уровни профессионального образования			Общая выборка
	начальное	среднее	высшее	
Меняли ли вы что-либо в своем рационе питания?				
Я не вижу необходимости менять рацион питания	50,0	43,7	*36,0	40,5
Мне нужно соблюдать диету в связи с моим состоянием здоровья, но у меня не получается	—	28,3	25,0	26,8
У меня были безуспешные попытки изменить рацион питания	—	9,2	10,1	9,5
Пытаюсь соблюдать диету, но это нерегулярно	16,7	14,4	**22,0	17,6
Изменил традиции питания, поскольку это необходимо для моего здоровья	33,3	4,4	6,9*	5,6

Примечание. Звездочкой (*) слева обозначена достоверность различий показателей между группами СПО и ВПО, справа – между группами НПО и ВПО; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Среди лиц со средним уровнем профессионального образования ответ «Я не вижу необходимости менять рацион питания» встречался достоверно чаще аналогичного показателя у лиц с высшим уровнем образования (43,7% – 36,0%, $p < 0,05$).

Число мужчин, которые считали необходимым соблюдать диету в связи с состоянием своего здоровья, но этого не делали, тех, которые безуспешно пытались соблюдать диету, а также тех, кто соблюдал диету нерегулярно, в

зависимости от уровня профессионального образования статистически значимо не различалось.

Лиц, которые изменили традиции питания ради сохранения здоровья и теперь соблюдают диету, было достоверно больше при начальном уровне профессионального образования – категория изменивших традиции питания в связи с необходимостью для сохранения здоровья при начальном уровне профессионального образования статистически значимо различалась с аналогичными показателями при среднем и высшем уровнях профессионального образования ($33,3\% - 4,4\%$, $p < 0,001$ и $33,3\% - 6,9\%$, $p < 0,05$, соответственно).

В то же время, среди мужчин с высшим уровнем профессионального образования намечалась тенденция к росту числа лиц, изменивших традиции питания ради сохранения своего здоровья ($6,9\%$), сравнительно с группой таких мужчин со средним уровнем профессионального образования ($4,4\%$), хотя различия были статистически незначимыми, $p > 0,05$ (табл. 5).

В таблице 6 отражено отношение к питанию мужчин с различной профессиональной принадлежностью.

Так, среди лиц с различным характером труда по поводу изменения привычек питания в категории ответа «Я не вижу необходимости менять рацион питания» имело место достоверно большее число мужчин, занятых физическим трудом ($46,2\%$) сравнительно с числом руководителей ($34,7\%$, $p < 0,05$) и числом таких лиц в группе пенсионеров и безработных ($35,8\%$, $p < 0,05$).

Нерегулярно пытались соблюдать диету преимущественно мужчины в группе инженерно-технических работников и специалистов ($24,8\%$), что имело статистически значимые различия с числом таких лиц в группе работников физического труда ($10,9\%$, $p < 0,001$).

Работники, занятые физическим трудом, давали ответ по поводу каких-нибудь изменений в рационе питания «Пытаюсь соблюдать диету, но это нерегулярно» в минимальном количестве, и также статистически значимо

различались по этому параметру ответов с респондентами в группе пенсионеров и безработных (19,1%, $p<0,05$) и в группе руководителей (19,4%, $p<0,05$).

Изменили традиции питания ради сохранения здоровья и теперь соблюдают диету наименьшее число лиц, занятых физическим трудом (4,0%), по этому параметру они достоверно различались с группой пенсионеров и безработных (9,2%, $p<0,05$), табл. 6.

В таблице 7 показано отношение к питанию в группах различного семейного статуса.

Таблица 6

Отношение к питанию мужчин в возрасте 25-64 лет г. Тюмени
при разном характере труда, %

Вопрос / отношение	Пенсионеры и безработные	Занятые физическим трудом	ИТР и специалисты	Руководители
Меняли ли вы что-либо в своем рационе питания?				
Я не вижу необходимости менять рацион питания	35,8	46,2*	38,6	34,7
Мне нужно соблюдать диету в связи с моим состоянием здоровья, но у меня не получается	29,0	28,9	22,0	27,9
У меня были безуспешные попытки изменить рацион питания	6,9	10,0	9,3	11,1
Пытаюсь соблюдать диету, но это нерегулярно	19,1	10,9*	24,8	19,4
Изменил традиции питания, поскольку это необходимо для моего здоровья	9,2	4,0*	5,3	6,9

Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группой физического труда и другими категориями; * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Так, в зависимости от семейного статуса ответ «Я не вижу необходимости менять рацион питания» дали достоверно большее число мужчин, не имеющих спутника жизни (50,0% – 38,6%, $p<0,05$).

Нерегулярно соблюдали диету преимущественно мужчины, имеющие спутника жизни (19,2% – 9,9%, $p<0,01$), однако достоверно меньшее их количество изменило традиции питания для сохранения здоровья (4,9% – 9,2%, $p<0,05$), табл. 7.

Таблица 7

Отношение к питанию мужчин в возрасте 25-64 лет г. Тюмени
при разном семейном статусе, %

Вопрос / отношение	Имеет спутника жизни	Не имеет спутника жизни
Меняли ли вы что-либо в своем рационе питания?		
Я не вижу необходимости менять рацион питания	38,6	50,0*
Мне нужно соблюдать диету в связи с моим состоянием здоровья, но у меня не получается	27,7	21,8
У меня были безуспешные попытки изменить рацион питания	9,6	9,2
Пытаюсь соблюдать диету, но это нерегулярно	19,2	9,9**
Изменил традиции питания, поскольку это необходимо для моего здоровья	4,9	9,2*

Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группами семейного статуса; * – $p<0,05$; ** – $p<0,01$; *** – $p<0,001$.

Среди тюменского населения в отношении физической активности на вопрос: «Вы делаете физическую зарядку, не считая производственной зарядки?», утвердительно ответило 19,0% мужчин, отрицательно – 22,1%. 56,7% тюменских мужчин не делали физическую зарядку, но были убеждены в ее необходимости.

В г. Тюмени было выявлено 15,0% мужчин, которые делали безуспешные попытки заниматься физической зарядкой.

На лиц, ссылавшихся на медицинские противопоказания, приходился минимальный процент ответов (1,1%).

22,1% мужчин проводили свой досуг физически активно, 20,0% – физически пассивно.

Физическая активность не изменилась за последний год более, чем у 60% тюменских мужчин. Вместе с тем, около четверти мужчин трудоспособного

возраста г. Тюмени стали менее подвижными, 14,2% – более активными.

Около 40% тюменских мужчин ощущали себя более активными по сравнению с другими людьми той же возрастной категории, более 40% – такими же, как другие. 16,4% респондентов ощущали себя, как более пассивные, сравнительно с другими людьми того же возраста.

Таблица 8

Отношение к физической активности мужчин г. Тюмени при
разном уровне образования, %

Вопрос / отношение	Уровни профессионального образования			Общая выборка
	НПО	СПО	ВПО	
Вы делаете физическую зарядку, не считая производственной зарядки?				
Не вижу в этом необходимости	16,7	18,3	10,4**	14,9
Не делаю, но считаю, что это нужно	50,0	46,0	50,9	48,1
Пытался делать физическую зарядку, но безуспешно	16,7	17,9	14,8	16,6
Регулярно делаю физическую зарядку	16,6	16,3	23,1*	19,2
Согласно рекомендациям врачей, мне противопоказана физическая зарядка	–	1,5	0,8	1,2
Как вы относитесь к проведению своего досуга?				
Предпочитаю физически активный досуг	33,3	20,0	28,3**	23,6
Провожу досуг по-разному, и физически активно, и физически пассивно	33,4	57,3	53,0	55,3
Предпочитаю физически пассивный досуг	33,3	21,5	17,3	19,8
Я не имею досуга	–	1,2	1,4	1,3
Ваша физическая активность изменилась в течение последнего года?				
Я стал физически активнее	16,7	11,2	14,0	12,5
Физическая активность не изменилась	33,3	62,5	60,5	61,6
Я стал менее физически активным	50	26,3	25,5	25,9
Какова ваша собственная оценка своей физической активности, если ее сравнить с физической активностью других людей вашего возраста?				
Я намного активнее	33,3	9,4	14,6*	11,8
Я несколько активнее, чем другие	16,7	25,6	31,3	28,0
Я настолько же активен, как другие	33,3	47,5	36,8**	42,8
Я несколько пассивнее, чем другие	–	13,3	14,8	13,9
Я намного пассивнее	16,7	4,2	*2,5	3,5
Ваша трудоспособность изменилась в течение последнего года?				
Стала выше	16,8	9,0	9,3	9,2
Моя трудоспособность не изменилась	50,0	64,4	72,8**	67,9
Моя трудоспособность стала ниже	16,7	20,1	15,7	18,2
Стала намного ниже	16,7	6,5	*2,2**	4,7

Примечание. Звездочкой (*) справа обозначена достоверность различий показателей между группами СПО и ВПО, слева – между группами НПО и ВПО; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Более, чем у 10% мужчин повысилась трудоспособность в течение последнего года, у 19,4% трудоспособность понизилась, табл. 8.

В группах мужчин с различным уровнем профессионального образования установлены закономерности в отношении физической активности и трудоспособности.

Отрицательное отношение к физической зарядке (ответ «Не вижу в этом необходимости») достоверно чаще встречалось в группе мужчин со средним уровнем профессионального образования (18,3%), сравнительно с мужчинами с высшим уровнем образования (10,4%, $p < 0,01$). Напротив, регулярно делали физическую зарядку достоверно чаще мужчины с высшим уровнем образования (21,3%) относительно лиц со средним профессиональным образованием (16,3%, $p < 0,05$).

Такие категории ответов, как: «Не делаю, но считаю, что это нужно», «Пытался делать физическую зарядку, но безуспешно», «Согласно рекомендациям врачей, мне противопоказана физическая зарядка» среди тюменских мужчин не зависели от уровня образования.

Существенно чаще активное проведение досуга имело место среди мужчин с высшим уровнем профессионального образования, сравнительно с мужчинами со средним уровнем профессионального образования (28,3% – 20,0%, $p < 0,01$).

Динамика физической активности в течение последних 12-ти месяцев среди тюменских мужчин в зависимости от уровня образования не различалась.

Значительно более пассивными оценили себя 16,7% лиц с начальным профессиональным образованием, такая оценка оказалась значимо более частой, чем у лиц с высшим образованием (2,5%, $p < 0,05$).

Трудоспособность в течение последнего года не изменилась у большей части мужчин с высшим уровнем профессионального образования, что оказалось существенно чаще, чем у мужчин со средним уровнем профессионального образования (72,8% – 64,4%, $p < 0,01$). В то же время, трудоспособность существенно понизилась у статистически значимо меньшей

доли мужчин с высшим уровнем профессионального образования, сравнительно с количеством таких лиц в группах начального (2,2% – 16,7%, $p < 0,05$) и среднего профессионального образования (2,2% – 2,5%, $p < 0,05$), табл. 8.

В зависимости от характера труда на вопрос: «Вы делаете физическую зарядку, не считая производственной зарядки?» ответ «Не вижу в этом необходимости» достоверно чаще дали пенсионеры и безработные (22,1%), сравнительно с группой ИТР и специалистов (1,8%, $p < 0,001$) и руководителями (6,9%, $p < 0,01$). Регулярно делали физическую зарядку преимущественно в группе инженерно-технических работников и специалистов (25,6%) и в группе руководителей (22,2%), причем те и другие имели достоверные различия по этому параметру с работниками, занятыми физическим трудом (14,3%, $p < 0,05$), а группа ИТР и специалистов также и с пенсионерами и безработными (16,0%, $p < 0,05$).

Руководители существенно чаще активно проводили свой досуг (29,2%), сравнительно с работниками физического труда (19,8%, $p < 0,05$). В течение последних 12-ти месяцев более активными стали ИТР и специалисты (17,5%, $p < 0,05$), менее подвижными – пенсионеры и безработные (46,6%, $p < 0,001$), сравнительно с другими тремя группами по труду.

Оценку своей физической активности по сравнению с другими людьми того же возраста: «Я намного активнее» дали преимущественно инженерно-технические работники и специалисты (15,9%), «Я несколько активнее, чем другие» – руководители (34,0%), «Я настолько же активен, как другие» – группа работников, занятых физическим трудом (54,7%), «Я несколько пассивнее, чем другие» (19,1%) и «Я намного пассивнее» (13,0%) – группа пенсионеров и безработных.

Трудоспособность в течение последнего года повысилась и не изменилась в группе инженерно-технических работников и специалистов (13,4% и 74,4% соответственно), понизилась и значительно понизилась – в группе пенсионеров и безработных (32,1% и 19,1% соответственно), табл. 9.

Таблица 9

Отношение к физической активности мужчин г. Тюмени при
разном характере труда, %

Вопрос / отношение	Пенсио- неры и безра- ботные	Занятые физическим трудом	ИТР и специа- листы	Руководители
Вы делаете физическую зарядку, не считая производственной зарядки?				
Не вижу в этом необходимости	22,1	17,9	1,8	6,9
Не делаю, но считаю, что это нужно	43,6	47,8	48,4	52,8
Пытался делать физическую зарядку, но безуспешно	16,0	18,8	13,8	16,7
Регулярно делаю физическую зарядку	16,0	14,3	25,6	22,2
Согласно рекомендациям врачей, мне противопоказана физическая зарядка	2,3	1,2	0,4	1,4
Как вы относитесь к проведению своего досуга>?				
Предпочитаю физически активный досуг	24,4	19,7	26,4	29,2
Провожу досуг по-разному, и физически активно, и физически пассивно	48,1	*59,6	53,7	52,7
Предпочитаю физически пассивный досуг	26,0	19,8	18,3	16,7
Я не имею досуга	1,5	0,9	1,6	1,4
Ваша физическая активность изменилась в течение последнего года?				
Я стал физически активнее	9,9	11,2	17,5	9,0
Физическая активность не изменилась	43,5	***66,6	61,0	66,7
Я стал менее физически активным	46,6	***22,2	21,5	24,3
Какова ваша собственная оценка своей физической активности, если ее сравнить с физической активностью других людей вашего возраста?				
Я намного активнее	8,4	9,8	15,9	12,5
Я несколько активнее, чем другие	22,9	24,0	32,5	34,0
Я настолько же активен, как другие	36,6	***54,7	32,1	39,6
Я несколько пассивнее, чем другие	19,1	**9,7	16,7	13,9
Я намного пассивнее	13,0	***1,8	2,8	0
Ваша трудоспособность изменилась в течение последнего года?				
Стала выше	3,8	8,2	13,4	9,0
Моя трудоспособность не изменилась	45,0	***71,2	74,4	70,2
Моя трудоспособность стала ниже	32,1	***17,6	10,2	20,8
Стала намного ниже	19,1	***3,0	2,0	0

Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группой физического труда и другими категориями; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

По семейному статусу мужчин в отношении физической активности

достоверные различия были получены по следующим параметрам.

Регулярно делали физическую зарядку преимущественно мужчины, не имеющие спутника жизни (17,7% – 26,8%, $p < 0,05$). По остальным параметрам ответов на вопрос «Вы делаете ли физическую зарядку, не считая производственной зарядки?» статистически значимых различий между группами лиц разного семейного статуса не наблюдалось (табл. 10).

В отношении предпочтений респондентов разного семейного статуса в отношении активного либо пассивного проведения досуга, а также промежуточных форм ответов в отношении возможного проведения досуга статистически значимых различий между двумя группами не выявлялось (табл. 10).

Группа мужчин, не имеющих спутника жизни, стала наиболее физически активной в течение последнего года (11,4% – 17,6%, $p < 0,05$). По другим параметрам на вопрос об изменении физической активности за последний год статистически значимых различий между группами с наличием и отсутствием постоянного спутника жизни не наблюдалось (табл. 10).

В отношении оценки физической активности в сравнительном аспекте по отношению к другим людям того же возраста во всех вариантах ответов также не отмечалось существенных различий между группами различного семейного статуса.

Аналогичные результаты получены и по поводу изменения трудоспособности у тюменских мужчин в течение последнего года. Так, во всех вариантах ответов в отношении снижения либо повышения трудоспособности в группах лиц имеющих и не имеющих постоянного спутника жизни были получены практически одинаковые результаты, динамика трудоспособности не зависела от семейного статуса (табл. 10).

Вопрос о месте поведенческих характеристик в сохранении здоровья населения в литературе остается дискуссионным. Согласно концепции, разработанной Н. Sharber и М. Blohmke (1977), в иерархии факторов риска ведущими являются психосоциальные факторы, приводящие к возникновению

поведенческих и биологических факторов риска и далее – к болезни [95].

Таблица 10

Отношение к физической активности мужчин г. Тюмени при
разном семейном статусе, %

Вопрос / отношение	Имеет спутника жизни	Не имеет спутника жизни
Вы делаете ли физическую зарядку, не считая производственной зарядки?		
Не вижу в этом необходимости	14,4	17,6
Не делаю, но считаю, что это нужно	49,3	42,2
Пытался делать физическую зарядку, но безуспешно	17,5	12,0
Регулярно делаю физическую зарядку	17,7	26,8*
Согласно рекомендациям врачей, мне противопоказана физическая зарядка	1,1	1,4
Как вы относитесь к проведению своего досуга?		
Предпочитаю физически активный досуг	23,7	23,2
Провожу досуг по-разному, и физически активно, и физически пассивно	55,9	52,2
Предпочитаю физически пассивный досуг	19,1	23,2
Я не имею досуга	1,3	1,4
Ваша физическая активность изменилась в течение последнего года?		
Я стал физически активнее	11,4	17,6*
Физическая активность не изменилась	62,2	57,8
Я стал менее физически активным	26,4	24,6
Какова ваша собственная оценка своей физической активности, если ее сравнить с физической активностью других людей вашего возраста?		
Я намного активнее	11,4	13,4
Я несколько активнее, чем другие	28,2	27,5
Я настолько же активен, как другие	43,9	37,3
Я несколько пассивнее, чем другие	13,3	16,9
Я намного пассивнее	3,2	4,9
Ваша трудоспособность изменилась в течение в течение последнего года?		
Стала выше	8,6	12,0
Моя трудоспособность не изменилась	67,8	68,3
Моя трудоспособность стала ниже	18,8	15,5
Стала намного ниже	4,8	4,2

Примечание. Звездочкой (*) обозначена достоверность различий показателей между группами семейного статуса; * – $p < 0,05$; ** – $p < 0,01$; *** – $p < 0,001$.

Другие авторы считают, что влияние психосоциальных факторов на

здоровье населения опосредовано через поведенческие факторы риска. Показано, что длительное психоэмоциональное напряжение, состояние депрессии, тревоги, может привести к перееданию, повышению интенсивности курения, снижению физической активности, злоупотреблению алкоголем [62, 157].

В г. Тюмени регулярно курили 49,0% мужчин, 65,0% мужчин пытались изменить что-либо в своем курении, 31,5% мужчин 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 трудоспособного возраста формировались принципы здорового питания, негативное отношение к курению табака, в этой же социальной группе образованных мужчин отмечался рост физической активности и трудоспособности.

При этом среди лиц физического труда установлены наиболее выраженные привычки к курению табака, отрицание принципов здорового питания.

Что касается принадлежности к профессиональной группе, рост физической активности и трудоспособности наблюдался при увеличении квалификации труда, кроме того, низкая физическая активность и трудоспособность преобладали в группе пенсионеров и неработающих граждан.

Высокая распространенность поведенческих факторов риска в группах низкого социального статуса в нашем исследовании оказалась сопоставимой с результатами многих других исследований, проведенных в мире и в России [21, 57, 59, 119, 124, 154].

В некоторых исследованиях продемонстрированы различия структуры смертности и выявление факторов, лежащих в основе этих различий, которые были связаны с разными характеристиками социального статуса [143, 153].

Принадлежность к рабочему классу и раннее завершение полного

образования были связаны с большей распространенностью курения. При дополнительном учете уровня образования зависимость между курением и социальным классом была выраженной, а без учета профессионального класса этот градиент нивелировался.

Во всех случаях зарегистрированных смертей мужчины рабочих профессий и мужчины, рано закончившие свое образование, умирали преимущественно в молодом возрасте. Градиент связи между социальным классом и всеми причинами смертей оставался строгим и статистически значимым без учета уровня образования. Таким образом, в этом исследовании единственным индикатором социоэкономических различий в структуре смертности населения оказался профессиональный класс, а не образование [163].

Установленные гиподинамия и снижение трудоспособности в группе безработных мужчин г. Тюмени нам представляются оправданными, поскольку это косвенно обосновано результатами других исследователей.

Так, в исследовании R. Kessler et al. показано влияние на здоровье безработных отрицательных поведенческих привычек. Курения, потребления алкоголя в больших дозах, наркотиков в среде безработных было значительно больше, чем у работающих. Отсутствие работы усиливало воздействие других неблагоприятных факторов жизни и уменьшало психологические и социальные ресурсы, чтобы справиться с ними (например, расторжение брака, потеря дома) [152, с. 72].

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.

При этом наши результаты согласуются с закономерностью, обнаруженной 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. соответствующие по возрасту изучаемой нами популяции), 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 [147, с. 483].

Действительно, в соответствии с Оттавской хартией, укрепление здоровья представляет собой многоплановый всеобъемлющий социальный и политический процесс и предусматривает действия, направленные не только на усиление умений, навыков, повышение потенциальных возможностей людей, но и на изменение социальных и экономических условий таким образом, чтобы они способствовали улучшению здоровья населения, сообщества в целом и здоровья отдельных людей [169].

2.2 Разработка механизма регулирования здоровья мужского населения трудоспособного возраста на уровне города

Проблема влияния социально-экономической дифференциации на здоровье населения волнует правительства, политиков и общественность многих стран [24]. Бурное социально-экономическое развитие в прошедшем веке, особенно во второй его половине, ставит целый ряд новых вопросов. Какие из факторов имеют приоритетное значение, а какие являются

производными? Почему в одних странах эти различия выражены более, а в других менее рельефно? Как процесс социального и экономического расслоения общества влияет на тенденции изменения продолжительности жизни населения, особенно в странах трансформационного типа? Возможно ли нивелировать эти различия методами социальной политики?

Для России начала века указанная проблема имеет особую значимость, причем ее обострение вызвано «наступлением с обоих флангов» – как не имеющими мировых аналогов флуктуациями в уровне и динамике смертности российского населения, так и процессом резкого социально-экономического расслоения общества.

Социальные деформации, последовавшие за экономическими реформами, наиболее рельефно проявились в существенном падении доходов и потребления населения и резком доходном расслоении общества, причем эти тенденции были особенно характерны для периода мирового экономического кризиса 2008-2009 гг. (время проведения настоящего исследования) [20, 31, 74, 75, 76].

На фоне общей тенденции сокращения доходов населения становится очевидным, что для многих задача поддержания своего здоровья оказывается невыполнимой [56, 70, 99]. Однако, по мнению многих исследователей, все эти косвенные признаки не должны давать повод для упрощенного понимания проблемы. Глубоких научных исследований, посвященных проблеме дифференциации здоровья населения в зависимости от социальных факторов в нашей стране, к настоящему времени крайне мало [45, 58, 62, 73, 75, 88, 91, 98, 102, 108].

Ученые задают себе вопрос: что означает тот научный вакуум, который сложился в этой сфере? Возникает парадокс: мы знаем основные болезни, от которых болеет и умирает российское население, но вместе с тем не можем ответить на вопросы: какие именно социальные группы находятся в зоне риска, кто эти люди, носителями каких экономических и социальных стратегий они являются?

Именно ответы на эти вопросы помогут объяснить не медицинские, а сущностные и социальные причины заболеваемости и смертности в России и в отдельно взятом регионе. По мнению многих авторов, сохранение здоровье населения является скорее следствием социальных, психологических и прочих факторов, формирующих продолжительность человеческой жизни [63, 95].

В годы интенсивных социальных потрясений (2008-2009 гг.) нарастает социальный стресс среди населения. Представляется, что население в настоящее время не видит возможности в использовании реальных социальных механизмов, которые раньше активно использовались, а новые формы социальной поддержки еще недостаточно освоены. Реальными механизмами социальной поддержки остаются межличностные отношения, контакты в семье, с родственниками, друзьями. Этим же объясняется и резкое снижение социальных связей. Мультивариантный регрессионный анализ традиционных факторов риска и психосоциальных факторов показал, что психосоциальные факторы являются независимыми факторами риска смертности населения [87, 150].

Полученные нами результаты относительно взаимосвязи социального градиента и поведенческих привычек у мужчин г. Тюмени подтверждают основные положения дресслеровской модели неконгруэнтного (несоразмерного) образа жизни, основанной на изучении различий социально-экономического статуса. Дресслеровская модель связана не только с экономическими несоответствиями, но и с неоправданными ожиданиями в отношении роли индивидуума в обществе и в семье. Как экономическая, так и социальная неконгруэнтность связаны с другим важным фактором – отсутствием социальной поддержки семьи и других общественных институтов [142].

С точки зрения социально-демографической дифференциации смертности во второй половине прошлого века Россия немногим отличалась от большинства развитых стран [151]. В то же время, в отличие от других стран мира, одной из парадоксальных особенностей общества реального социализма

было почти полное отсутствие зависимости между уровнем жизни семьи и уровнем образования ее членов.

Те же тенденции сохраняются в российском обществе и в настоящее время. Более того, многие массовые профессии, предполагающие наличие высшего или среднего специального образования, находятся в нижней части распределения по уровню доходов. Поэтому, в отличие от большинства развитых стран, в условиях России различия в смертности более образованных и менее образованных слоев общества, между занятыми умственным и физическим трудом определяются не только и не столько имущественным неравенством, сколько факторами социокультурного характера, которые наряду с экономическими, экологическими, природно-климатическими условиями жизни определяют общую ситуацию и влияют на дифференциацию в уровне здоровья различных групп населения [87, 95].

Образ жизни и культурные традиции как факторы роста или снижения продолжительности жизни населения не сводятся лишь к распространенности тех или иных вредных привычек. Влияние уровня образования, характера труда, этнической принадлежности на здоровье населения также было бы ошибочно сводить лишь к различию в распространенности таких факторов, как курение или злоупотребление алкоголем [45].

Представляется, что весьма серьезными дифференцирующими факторами здоровья населения могут быть условия труда и региональные особенности [14, 15, 17, 35]. Отсутствие объективной информации о рисках для здоровья порождает пренебрежение к самосохранительным мотивам при выборе профессии, места жительства и т.д. [58].

Важной причиной социальной дифференциации здоровья для некоторых социально-демографических групп являются факторы селективной природы. В группу лиц, никогда не состоявших в браке, лиц с низким уровнем образования (а значит, преимущественно занятых физическим трудом) входят и те, кто не мог вступить в брак и получить образование в силу своего состояния здоровья [75].

Рост смертности в 90-х годах прошлого века (также период социально-экономических реформ в России) в большей мере затронул группы населения с низким уровнем образования [26]. Одно из возможных объяснений состоит в следующем: более низкий уровень общей и гигиенической культуры мог затруднить лицам с более низким уровнем образования процесс адаптации к изменившимся социально-экономическим условиям, связанным с переходом к рыночной экономике, что, в свою очередь, не могло не вызвать более быстрый рост смертности в этой социальной группе [25].

Как показывает большинство социологических исследований, именно лица с низким уровнем образования в постреформенный период потеряли работу или в наибольшей степени рискуют потерять ее, имеют низкую заработную плату и доходы, часто едва покрывающие их витальные потребности. Именно эти люди составляют «ядро российской бедности». Они же выражают негативную оценку происходящих в стране изменений [14, 15, 32, 35, 99].

Наконец, среди социокультурных факторов необходимо указать на такой фундаментальный фактор, как культура отношения к собственному здоровью и состоянию организма. Одни нещадно эксплуатируют его и мало заботятся о нем до тех пор, пока это не приведет к достаточно серьезным проблемам. Другие уделяют здоровью гораздо большее внимание. Результаты научных исследований показали, что первый тип отношения характерен в большей степени для мужчин, причем в нашем исследовании установлено (и подтверждается данными других исследователей), что такой вариант отношения к здоровью типичен и для лиц, не имеющих высшего образования, и для рабочих [3, 42, 103, 124]. Второй тип культуры в большей степени присущ женщинам, лицам с высшим образованием, представителям интеллектуального труда [127].

Следовательно, низкий уровень здоровья населения во многих социально-демографических группах в большей мере связан с психологическими, культурными и поведенческими аспектами [14, 19, 38, 45].

Таким образом, находит подтверждение гипотеза о том, что низкая продолжительность жизни в России скорее связана с глубинными долгосрочными факторами, действовавшими в течение многих лет [25]. Образовательный уровень ныне живущих поколений формировался в основном несколько десятилетий назад, их культурные и религиозные традиции – продукт еще более длительной исторической эволюции. Социальные деформации и социальный стресс последнего десятилетия могли усугубить, но не породить эти процессы, опасность скорее в том, что они еще могут проявиться в будущем [23].

По данным настоящего и многих других исследований, люди с более высоким социальным статусом в целом оказались более здоровыми и чувствовали себя более счастливыми, чем их менее притязательные современники. Наш вывод полностью совпал с результатами западных коллег, в частности, M.G. Marmot пишет: «Вероятность заполучить смертельно опасную болезнь (или, наоборот, прожить достаточно долго) связана самым непосредственным образом с вашим положением в общественной иерархии, ступенькой, отведенной вам на социальной лестнице» [154].

Пресловутый «эффект статуса» для мужчин трудоспособного возраста оказался решающим в реакции на стресс «борьба-бегство» («fight or flight»), который в период мирового социально-экономического кризиса имел отрицательное воздействие. Отсутствие «заботы и поддержки» («tend and befriend»), когда люди объединяются, чтобы помогать друг другу, привело к увеличению социальной напряженности и вероятности стрессов [169].

Итак, при рассмотрении логической цепочки: социальное неблагополучие – хронический социальный стресс – низкий уровень здоровья – социальное неблагополучие замыкается порочный круг. Выйти из такой ситуации можно только совместными усилиями правительства, общества и самого человека [65, 83, 121].

В современных условиях население не всегда выступает в качестве полноценного участника процессов, протекающих на уровне муниципальных

образований. С этой точки зрения основной проблемой является реализация процедур по объективно-субъективному взаимодействию органов муниципальной власти и населения. В данной связи серьезное внимание в научных исследованиях уделяется анализу социальных технологий как инструмента взаимодействия [16, 47].

Определенная сложность в применении социальных технологий обусловлена тем, что «диалог общества и власти на разных уровнях далеко не всегда имеет устоявшиеся способы организации и не переводится автоматически в число элементов системы социального управления. На концептуальном уровне этого нередко не видно, поскольку отношения власти характеризуются универсальностью (в смысле их присутствия во всех сферах общественных отношений) и включенностью, способностью обозначить себя в любой области жизнедеятельности людей» [27, с. 507].

В связи с этим, социальная технология может быть определена как «совокупность операций, процедур социального воздействия на пути получения оптимального социального результата» [50, с. 106].

Понятие социальной коммуникации включает в себя взаимодействие двоих или более людей, заключающееся в обмене информацией (синоним – общение) [109, с. 36]. Социальная коммуникация лежит в основе коммуникативных технологий. В настоящее время выделяют три подхода к исследованию социальных коммуникаций, которые ориентированы на: 1) изучение коммуникативных средств с целью их использования для реализации социальных функций коммуникации; 2) проблемы межличностной коммуникации; 3) воздействие массовой коммуникации на развитие общества [28].

По мнению многих авторов, регулирование состояния общественного здоровья населения невозможно осуществить без использования современных коммуникативных технологий. В то же время, реализация взаимодействия с использованием современных коммуникативных технологий отражает уровень профессионализма муниципальных служащих. Это положение обосновано тем,

что такое умение основывается на понимании сущности взаимодействия как деятельности, ее принципов, мотивов и цели, ориентированной на соответствующего адресата, не только учитывающей его качественные свойства, но и осуществляющей в соответствии с этими параметрами прогнозируемую реакцию адресата [54].

В научной литературе имеется несколько классификаций коммуникативных технологий, при этом дифференциация зависит от решаемого круга задач [28]. В контексте проводимого исследования, в настоящей работе коммуникативные технологии были структурированы по следующим признакам:

- по уровню и видам взаимодействия: с исполнительными органами, законодательными органами, территориальными органами самоуправления;
- по характеру и глубине решаемых задач: стратегические, оперативные и тактические;
- по сферам общественной жизни: социальное обеспечение, социальная защита, здравоохранение.

Данные технологии могут быть обозначены как «проактивные», предполагающие подготовку общественного мнения к готовящемуся событию. В современном словаре-справочнике «Социальный менеджмент» общественное мнение определено как проявление массового сознания в форме определенных суждений, идей, представлений и оценок, а также отношения социальных групп и общностей к актуальным событиям и явлениям существующей действительности [109].

Особую роль в формировании теоретических концепций и методов изучения общественного мнения имели работы А. Лоуэлла «Общественное мнение и народное правительство» (1926 г.) и У. Липпмана «Общественное мнение» (1922 г.). Эти авторы пришли к выводу об ограниченности влияния общественного мнения на государственное управление, о неспособности среднего обывателя осознавать собственные интересы, а также и критически воспринимать и оценивать полученную информацию, не мыслить

стереотипами.

Главное предназначение общественного мнения состоит в том, что оно выступает своеобразным регулятором отношений между людьми. Конкретные его функции различаются в зависимости от характера взаимодействия, мнений тех или иных социальных институтов или лиц, содержания высказываемого мнения.

Общественное мнение имеет как экспрессивную функцию (оценивающую и контролирующую властные структуры), так и консультативную (позволяющую давать советы в отношении способов разрешения общественно значимых проблем), директивную (принятие решений), информационную и др. [39].

По современным представлениям, для регулирования состояния общественного здоровья населения региона, округа или области оправданно использовать spin-технологии, называемые также «spin doctor» (spin – англ. «верчение, кручение»). По мнению ведущих социологов, 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» [66].

Так, Г.Г. Почепцов выделяет пять основных типов использования «спина»: 1) «до-спин» – подготовка перед событием; 2) «после-спин» – формирование «образа» события; 3) «торнадо-спин» – перевода общественного интереса в другую сферу; 4) «контроль кризиса» – менеджмент событий, выходящих из под контроля; 5) «уменьшение ущерба» – менеджмент событий, которые уже не контролируются, с целью предотвращения нанесения дальнейшего ущерба [93].

«Спин-технологии» используются органами власти при взаимодействии с общественностью с целью формирования определенного общественного мнения.

В соответствии с этим, регулирование состояния здоровья населения г.

Тюмени также необходимо производить с использованием коммуникативных технологий, а именно «спин-технологий», поскольку в данном случае необходимо прежде всего сформировать общественное мнение на сохранение собственного здоровья, то есть создать «моду на здоровье». Такие мероприятия возможны только в рамках комплексной социально ориентированной профилактической программы с участием органов законодательной и исполнительной власти на уровне города и области.

В то же время, для достижения эффективных результатов необходимо, прежде всего, вовлечение самого населения, сориентированного не идею необходимости сохранения собственного здоровья, а также изменения образа жизни.

Впервые понятие образа жизни рассмотрено М. Вебером в ходе социологического анализа религии как социокультурного явления. Понимался им как этически определенная модификация формы человеческого существования, исторически сложившаяся система жизнедеятельности, функционирующая на основе ценностных смысложизненных установок [23]. Изучение образа жизни обычно направлено на выделение общих черт и прослеживание интегративных тенденций в жизнедеятельности людей [35, 150]. Вышеизложенные теоретические положения в отношении необходимости изменения образа жизни населения для сохранения трудовых ресурсов в регионе нашли отражение в разработанной модели и механизме регулирования состояния общественного здоровья на уровне 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.

Построение представленной модели основано на полученных в работе данных по распространенности поведенческих факторов риска в различных группах социального статуса, а также взаимосвязям параметров отношения

мужского населения города к своему здоровью с социальным градиентом, а тем самым и установленной готовности населения к изменению образа жизни дифференцированно для различных социальных групп.

Модель регулирования состояния общественного здоровья мужчин среднеурбанизированного сибирского города разработана исходя из потребностей современных социальных реалий российской действительности и включает в себя комплекс мероприятий, которые могут быть реализованы на региональном уровне управленческой деятельности, при этом предполагается, что областные департаменты, деятельность которых предусмотрена в данной модели, взаимодействуют с органами местного самоуправления (рис. 18).

С учетом этих положений на рисунке 18 изложена версия проведения управленческих действий, необходимых для сохранения здоровья и трудовых ресурсов в регионе.

На рисунке 19 представлен предлагаемый Перечень программных мероприятий по механизму регулирования состояния здоровья для трудоспособного населения среднеурбанизированного сибирского города с использованием спин-технологий, исходя из того, что механизм регулирования состояния общественного здоровья трудоспособного населения города предусматривает реализацию шести основных этапов. 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. 20).

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.



Рисунок 18 Модель регулирования общественного здоровья мужчин на уровне города



Рисунок 19 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 различных 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.



Рисунок 20 Механизм регулирования состояния здоровья населения города

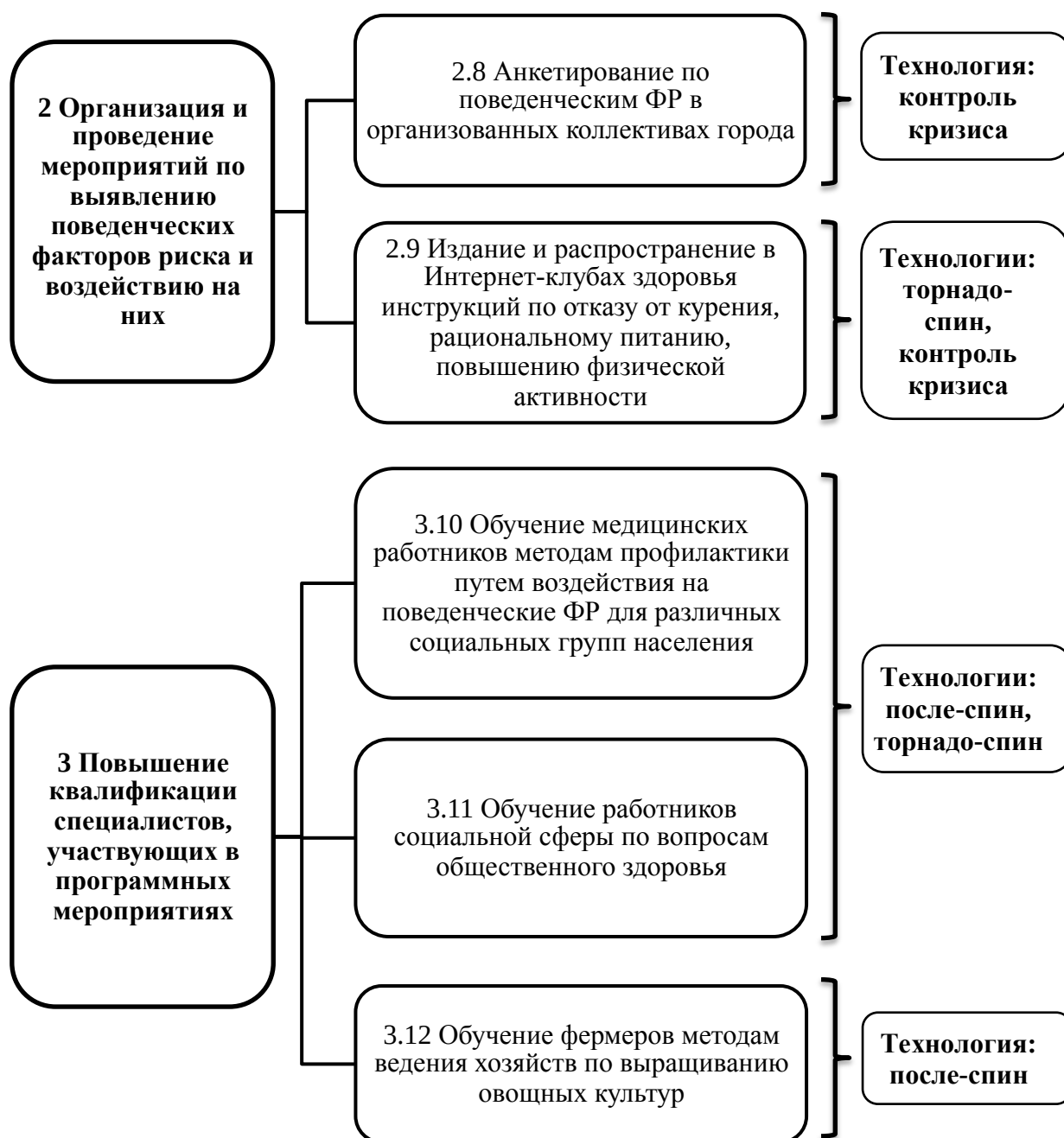


Рисунок 20, лист 2

Кроме того, технология «до-спин» предусматривает создание социальных интернет-сайтов (клубов здоровья) по проблеме поведенческих факторов риска дифференцированно для различных социальных групп населения – «рискогенных групп».

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».

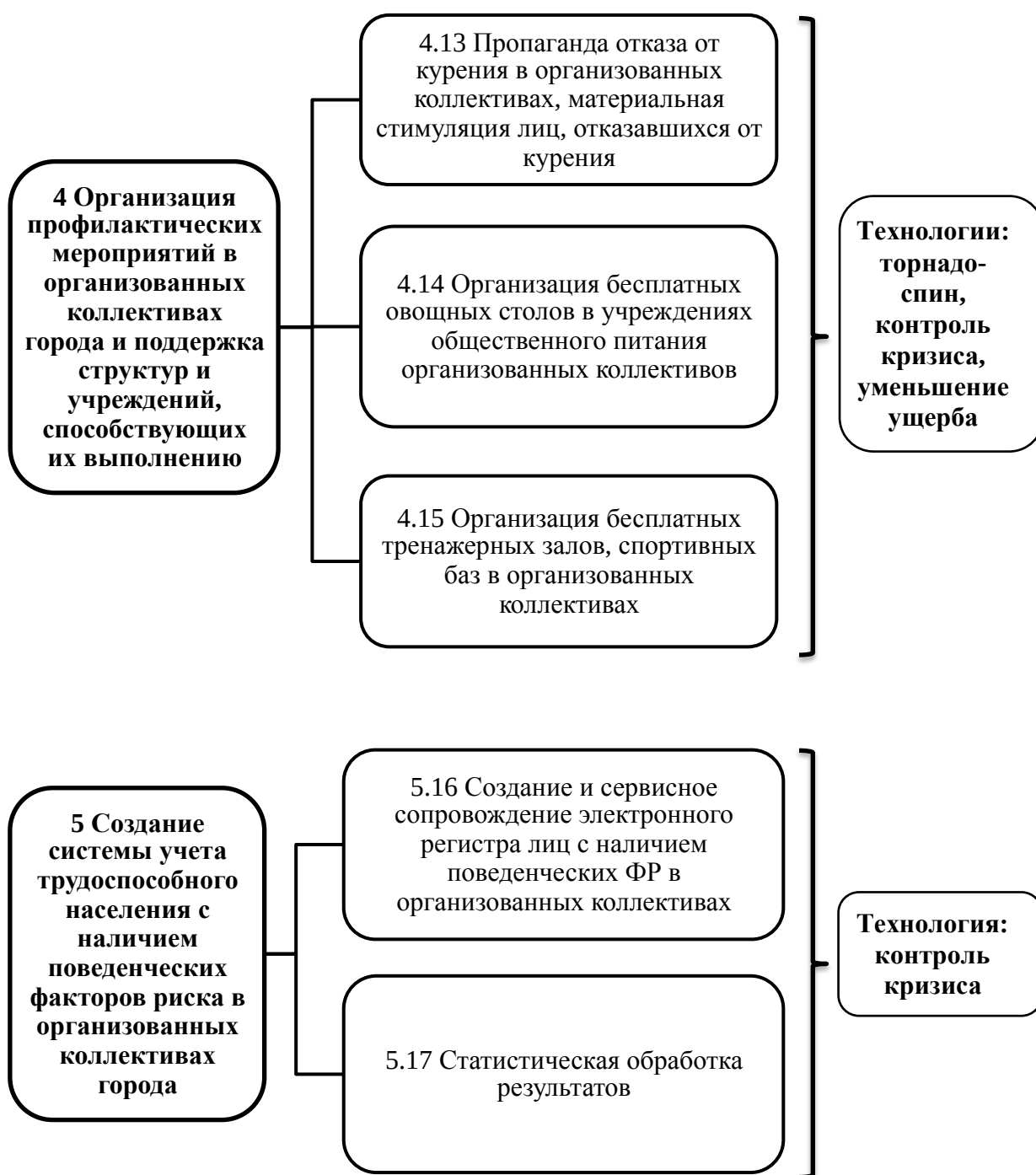


Рисунок 20, лист 3

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.

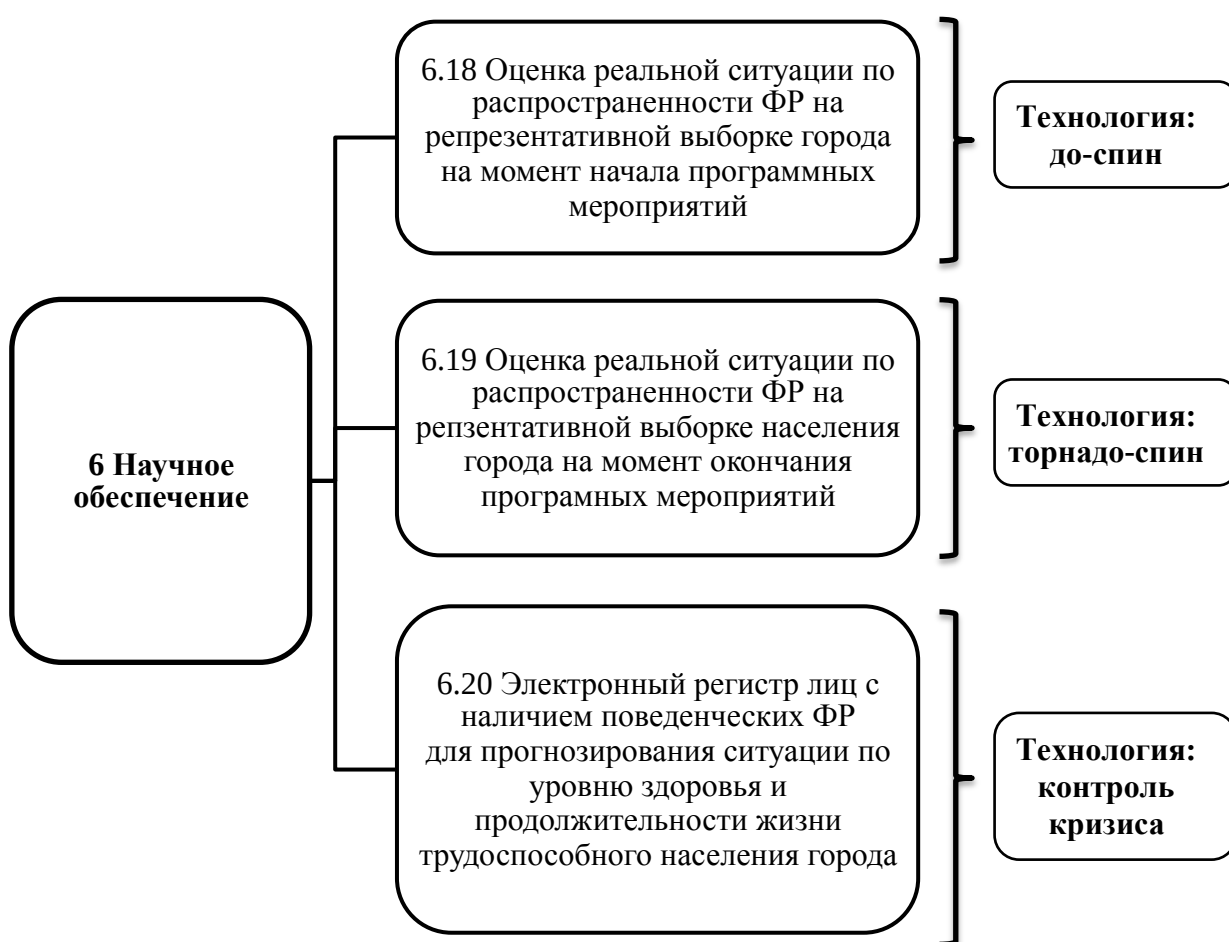


Рисунок 20, лист 4

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

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 «тонадо-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 в среднеурбанизированных сибирских городах с учетом полученных в работе данных в отношении наиболее уязвимых социальных групп мужского населения («рискогенных групп») на примере одного из административных округов г. Тюмени представлена на рисунке 18 – модели регулирования состояния общественного здоровья населения на уровне города (рис. 18).

Так, согласно полученным данным, объектом влияния обозначенных спин-технологий на разных этапах воздействия среди лиц мужского пола трудоспособного возраста Центрального административного округа г. Тюмени

прежде всего должны быть выделены группы населения с наличием следующих выявленных факторов риска: лица с низким уровнем образования, занятые физическим трудом, как с наличием, так и с отсутствием спутника жизни (рис. 18).

Посредством Законодательных органов государственной власти (областная дума) необходимо изменить нормативное законодательство с планированием затрат в бюджете области на сельскохозяйственную сферу (реализация технологии «после-спин», этап 3 – 3.12, рис. 20), на социальную, спортивную сферы и сферу общественного питания (реализация технологий «после-спин», «торнадо-спин», этап 3 – 3.11; «контроль кризиса», «уменьшение ущерба», этап 4 – 4.14, 4.15, рис. 20).

Посредством Исполнительных органов государственной власти (департаменты здравоохранения, образования и науки, по спорту и молодежной политике, информационной политики) необходимо построить организационную структуру социально ориентированных профилактических мероприятий на уровне города с реализацией всех типов указанных спин-технологий (рис. 18, 20).

В Центрах здоровья и поликлиниках города предусмотрена реализация следующих типов спин-технологий: «до-спин», «после-спин», «торнадо-спин», «уменьшение ущерба» (рис. 20: этап 1 – 1.4, 1.5, 1.7; этап 2 – 2.8, 2.9; этап 4 – 4.13, 4.14, 4.15).

На уровне ВУЗов города предусмотрено повышение квалификации специалистов, участвующих в программных мероприятиях (технологии «после-спин», «торнадо-спин», этап 3 – 3.10, 3.11, 3.12, рис. 20).

На уровне НИИ города предусмотрена реализация технологий «до-спин», «торнадо-спин», «контроль кризиса» (этап 5 – 5.16, 5.17; этап 6 – 6.18, 6.19, 6.20, рис. 20).

Кроме того, важной и необходимой составляющей модели регулирования общественного здоровья населения являются средства массовой информации (телевидение, радио, интернет, печатная пресса), рис. 18, 19.

Создание информационно-пропагандистской системы по распространению гигиенических знаний среди населения может быть реализовано посредством действий департамента информационной политики при помощи следующих спин-технологий: «до-спин», «после-спин», «торнадо-спин» (этап 1 – 1.1, 1.2, 1.3, 1.6, рис. 20).

Таким образом, была разработана модель регулирования состояния общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени, которая предполагает деятельность как самого населения, общественных институтов, так и региональных органов законодательной и исполнительной власти (рис. 18).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Выполненное исследование определило неблагоприятную ситуацию по распространенности поведенческих факторов риска в их взаимосвязи с социальным градиентом у мужчин трудоспособного возраста среднеурбанизированного сибирского города.

Данные по изучению отношения к своему здоровью среди мужчин трудоспособного возраста показали, что условием внедрения «моды на здоровье» среди населения региона следует считать качественное изменение информационно-образовательных технологий с учетом нужд и потребностей групп «информационного риска» – лиц с начальным и средним уровнем профессионального образования, лиц физического труда и одиноких мужчин.

Вместе с тем, регулирование состояния здоровья населения должно включать в себя коррекцию регулярного курения и нарушения питания преимущественно среди лиц, не имеющих постоянного спутника жизни, с низкими уровнями образования и квалификации труда; коррекцию низкой физической активности – в группах низкого социального статуса и женатых мужчин.

Результаты, полученные при исследовании неорганизованного населения г. Тюмени, могут служить научной основой для планирования комплексных социально ориентированных программ и в других среднеурбанизированных сибирских городах – с приоритетной ориентацией на потребности групп «социального риска» – лиц с начальным и средним уровнем профессионального образования, не имеющих постоянного спутника жизни, а также лиц физического труда, пенсионеров и безработных.

На основе проведенного исследования были сформулированы следующие выводы.

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».

Согласно данным современных исследований, социально-экономический градиент показателей смертности увеличивается с ростом социального неравенства. Следовательно, согласно разработанной модели, регулирование состояния здоровья 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 профессионального образования и занятых физическим трудом; коррекцию низкой физической активности – в группах низкого социального статуса и женатых мужчин.

Результаты настоящей работы могут служить базой и отправной точкой для развертывания комплексных социальных программ среди неорганизованного мужского населения г. Тюмени, а также других среднеурбанизированных сибирских городов. Эффективность таких программ в значительной степени зависит от знания населением вопросов, касающихся здорового образа жизни, а знание зависит от социального градиента.

Правительством Тюменской области в настоящее время проводится ряд социальных программ, направленных на различные сферы общественной жизни, однако предложенные программные мероприятия в социальной сфере не касаются трудоспособного населения.

В связи с этим была разработана модель регулирования общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста, проживающих в одном из административных округов среднеурбанизированного сибирского города, которая предполагает деятельность как самого населения, общественных институтов, так и региональных органов законодательной и исполнительной власти при взаимодействии департаментов с органами местного самоуправления.

Разработанная в настоящей работе модель для мужского населения трудоспособного возраста среднеурбанизированного сибирского города позволит осуществить регулирование состояния общественного здоровья на уровне города. Регулирование здоровья различных социальных групп населения в г. Тюмени направлено на существенное улучшение здоровья трудоспособного населения, увеличение продолжительности активной трудоспособности граждан.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Аверин, А.Н. Социальное управление: опыт философского анализа [Текст] / А.Н. Аверин. – М.: Мысль, 1984. – 232 с.
- 2 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.
- 3 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.
- 4 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. – С. 238-240.
- 5 Акимов, А.М. Модель регулирования общественного здоровья мужчин трудоспособного возраста на региональном уровне [Текст] / А.М. Акимов // Евразийский юридический журнал. – 2015. – № 9 (88). – С. 252-254.
- 6 Акулич, М.М. Социальный контроль как механизм повышения качества предоставления государственных и муниципальных услуг [Текст] / М.М. Акулич, М.В. Батырева // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Социология. – 2013. – № 4. – С. 104-116.
- 7 Американская социологическая мысль [Текст] / М.: МГУ, 1994. – 116 с.
- 8 Аубанова, Г.К. К оценке эффективности реформаторской деятельности в системах здравоохранения Павлодарской и Тюменской областей [Текст] / Г.К. Аубанова, Н.И. Скок. – Менеджмент в социальной сфере. – Вып. 5. – Тюмень: Вектор Бук, 2003. – 292 с.
- 9 Аубанова, Г.К. Общественное здоровье: концентуальные подходы и управление на уровне региона [Текст] / Г.К. Аубанова, А.Н. Силин. –

Павлодар: ЭКО, 2005. – 140 с.

10 Бабич, Н.С. Асимметрия в ответах на анкетные вопросы: проверка информационной гипотезы [Текст] / Н.С. Бабич, А.А. Власова-Ягодина // Гуманитарные и социальные науки. – 2014. – № 1. – С. 148-155.

11 Бакштановский, В.И. Этика Севера в структуре общественной нравственности [Текст] / В.И. Бакштановский, Ю.В. Сомогонов / Этика Севера. – Т.1. – Томск: ИПОС СО РАН, 1992. – С. 5-29.

12 Барбаков, О.М. Целевая функция в системе управления [Текст] / О.М. Барбаков, А.С. Гаврин // Вестник Челябинского государственного университета. Философия. Социология. Культурология. – 2014. – № 24. – С. 39-43.

13 Барбаков, О.М. Системные подходы к управленческой деятельности [Текст] / О.М. Барбаков, В.А. Киселев // Проблемы формирования единого экономического пространства и социального развития в странах СНГ. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2012. – С. 10-14.

14 Батырева, М.В. Социальное здоровье: сущность и основные факторы [Текст] / М.В. Батырева, Е.В. Королева // В мире научных открытий. – 2014. – № 3.4 (51). – С. 1728-1738.

15 Бедность и бедные в современной России [Текст] / Под ред. М.К. Горшкова, Н.Е. Тихоновой. – М.: «Весь мир», 2014. – 304 с.

16 Белоножко, М.Л. Специфика управления монопрофильными городами Тюменского Севера [Текст] / М.Л. Белоножко, Н.И. Крысин // СОЦИС. – 2002. – № 7. – С. 87-91.

17 Бессокирная, Г.П. Влияние здоровья рабочих на их трудовую деятельность и свободное время [Текст] / Г.П. Бессокирная // Общество и здоровье: современное состояние и тенденции развития. Сборник материалов Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Москва, 19-20 сентября 2013 г. – М.: РОС. – 2013. – С. 143-153.

18 Богданов, А.А. Технология: всеобщая организационная наука [Текст]: ч. 1 / А.А. Богданов. – Изд. 3-е, перераб. и доп. – М.: Экономика, 1989. – 303 с.

19 Бобков, В.Н. Каким быть неравенству качества и уровня жизни? [Текст] / В.Н. Бобков // Мир России. – 2009. – № 3. – С. 61-84.

20 Бобков, В.Н. 20 лет капиталистических трансформаций в России: влияние на уровень и качество жизни [Текст] / В.Н. Бобков. – Мир России. – 2012. – № 2. – С. 3-26.

21 Бойцов, С.А. Опыт профилактики сердечно-сосудистых заболеваний в стране [Текст] / С.А. Бойцов, Р.Г. Оганов // Терапевтический архив. – 2012. – № 9. – С. 4-10.

22 Ваганов, А.М. Правовые аспекты государственного и социального управления [Текст] / А.М. Ваганов, В.И. Корниенко // Вопросы управления. – 2015. – № 5. – С. 210-215.

23 Вебер, М. Избранное. Образ общества [Текст] / М. Вебер. – М.: Юрист, 1994. – 704 с.

24 Вебер, А.Б. В поисках новой парадигмы развития [Текст] / А.Б. Вебер // Век глобализации. – 2013. – № 1. – С. 3-12.

25 Величковский, Б.Т. Жизнеспособность нации. Роль социального стресса и генетических процессов в популяции в развитии демографического кризиса и изменении состояния здоровья населения. – М.: Тигле, 2009. – 563 с.

26 Владимирова, Л.И. Концепция общественного здоровья в свете идеологической борьбы на современном этапе [Текст] / Л.И. Владимирова // Советская медицина. – 1986. – № 6. – С. 61-69.

27 Волгин, Н.А. Социальная политика [Текст] / Н.А. Волгин, 4-е изд., перераб. и доп. – Изд-во «Экзамен», 2008. – 943 с.

28 Воробьев, Ю.Л. Коммуникативное взаимодействие гражданского общества и структур публичной власти как управленческий процесс [Текст]: автореф. дис. ... докт. соц. наук / Ю.Л. Воробьев. – М., 2010. – 34 с.

29 Гаврилюк, В.В. Профессиональный потенциал преподавателей вузов [Текст] / В.В. Гаврилюк // Актуальные проблемы социологии: сборник научных статей. – Екатеринбург: УрФУ, 2013. – С. 147-158.

30 Гаврин, А.С. Модели и механизмы социального управления городом

[Текст] / А.С. Гаврин. – Тюмень: Вектор Бук, 2001. – 182 с.

31 Горшков, М.К. Реформы в зеркале общественного мнения [Текст] / М.К. Горшков // Социологические исследования. – 2011. – № 10. – С. 3-11.

32 Губанов, С.С. Системный выбор России и уровень жизни [Текст] / С.С. Губанов // Экономист. – 2011. – № 11. – С. 53-55.

33 Давидюк, Г.П. Словарь прикладной социологии [Текст] / Г.П. Давидюк, К.В. Шульга. – Минск: «Университетское», 1984. – 316 с.

34 Давыдов, А.А. Социология управления и системная социология: сравнительный анализ [Текст] / А.А. Давыдов // Лекции по социологии управления. – РАН: Институт социологии. – 2011. – 117 с.

35 Давыдова, А.А. Развитие человека в России: долгосрочный прогноз [Текст] / А.А. Давыдова // Социологические исследования. – 2011. – № 7. – С. 51-57.

36 Дмитриева, Е.В. От социологии медицины к социологии здоровья / Е.В. Дмитриева [Текст] // Социологические исследования. – 2003. – № 11. – С. 51-57.

37 Долгосрочная целевая Программа Тюменской области «Основные направления развития физической культуры и спорта, молодежной политики в Тюменской области» (Распоряжение Правительства Тюменской области от 30.08.12 № 1708-рп.) [Электронный ресурс] / Официальный портал органов государственной власти Тюменской области. – Режим доступа: <http://www.tyumen-city.ru> (Дата обращения 02.04.2014).

38 Дрегалю, А.А. Социокультурные типы «северного» человека [Текст] / А.А. Дрегалю // Социология в системе научного управления обществом. – М.: ИС РАН, 2012. – С. 1453-1454.

39 Дюркгейм, Э. Социология. Её предмет, метод, предназначение [Текст] / Э. Дюркгейм. – М: Канон, 1995. – 352 с.

40 Егоршин, А.П. Управление социальным развитием организации [Текст] / А.П. Егоршин. – М: Инфа-М, 2013. – 416 с.

41 Ермаков, С.А. Управление бизнес-процессами нефтегазовой

компаний в условиях вахтовой организации труда [Текст] / С.А. Ермаков, А.Н. Силин // Нефть, газ и бизнес. – 2012. – № 12. – С. 54-58.

42 Григоричева, Л.Г. Исследование самооценки респондентов как инструмент в формировании социально-экономических групп [Текст] / Л.Г. Григоричева, Т.А. Шолленберг, М.А. Захарова // Современные научные исследования. – 2012. - № 10 (7). – С. 9-14.

43 Зайцева, Н.В. Анализ организационной культуры как фактор повышения эффективности стратегии управления медицинской организацией [Текст] / Н.В. Зайцева // Социология медицины. – 2013. – № 1. – С. 30-38.

44 Заславская, Т.И. Социология экономической жизни [Текст] / Т.И. Заславская, Р.В. Рывкина. – Новосибирск: Наука, 1991. – 448 с.

45 Захарова, М.А. Модель оценки популяционного здоровья с позиции медико-социологического исследования [Текст] / М.А. Захарова // Современные научные исследования. – 2012. – № 10 (7). – С. 28-31.

46 Захарова, М.А. Современные методы медико-социологических исследований в крупном промышленном городе [Текст] / М.А. Захарова, М.Л. Фомичева // Социология города. – 2014. – № 3. – С. 5-16.

47 Иванов, В.Н. Социальные технологии в современном мире [Текст] / В.Н. Иванов. – М.: Славянский диалог, 1996. – 352 с.

48 Иванов, В.Н. Современная Россия: взгляд экспертов и поэта [Текст] / В.Н. Иванов // Социологические исследования. – 2013. – № 4. – С. 26-31.

49 Измеров, Н.Ф. Концепция долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 г. (“Стратегия 2020”) и сохранение здоровья работающего населения России [Текст] / Н.Ф. Измеров // Медицина труда и промышленная экология. – 2012. – №3. – С. 1-8.

50 Изуткин, А.М. Социология медицины [Текст] / А.М. Изуткин, В.П. Петленко, Г.И. Царегородская. – Киев, 1981. – 276 с.

51 Изучение отношения к профилактическим мероприятиям в мужской популяции 25-64 лет [Текст] / М.М. Каюмова, А.М. Акимов, А.Н. Силин, В.В. Гафаров // Профилактическая медицина. – 2012. – № 2. – С. 66.

52 Искусство управления городом: социальные эксперименты на виртуальном пространстве [Текст] / К.Г. Барбакова, О.М. Барбаков, А.С. Гаврин, Н.А. Костко. – Курган: Зауралье, 2005. – 270 с.

53 Казначеев, В.П. К проблеме формирования концепции и критериев общественного здоровья [Текст] / В.П. Казначеев. – Ставрополь, 1997. – 198 с.

54 Каз, М.С. Мотивационная среда как фактор достижения стратегических целей компании [Текст] / М.С. Каз, А.А. Никитин // Вестник Томского государственного университета. Экономика. – 2009. – № 3. – С. 45-46.

55 К вопросу о научно-методическом обеспечении формирования здорового образа жизни у курсантов военного института [Текст] / П.Г. Сартаков, В.В. Полич, М.А. Захарова, М.Ш. Беликова // Психология. Экономика. Право. – 2014. – № 4. – С. 110-116.

56 Кислицына, О.А. Неравенство доходов и здоровья в современной России [Текст]: автореф. дис. ... докт. экон. наук / О.А. Кислицына. – Москва, 2006. – 36 с.

57 К здоровой России. Политика укрепления здоровья и профилактики заболеваний: приоритет – основные неинфекционные заболевания [Текст] / М., 1994. – 80 с.

58 Ковальжина, Л.С. Здоровьесберегающее поведение населения: опыт социологического исследования [Текст] / Л.С. Ковальжина, А.Н. Силин. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2014. – 156 с.

59 Ковальжина, Л.С. Здоровый образ жизни: оценка мнений и выбор различных групп населения [Текст] / Л.С. Ковальжина // Вестник Тюменского государственного университета. Социология. – 2014. – № 8. – С. 165-172.

60 Кондратьев, Э.В. Связи с общественностью [Текст] / Э.В. Кондратьев, Р.Н. Абрамов. – М.: Академический проект, 2005. – 339 с.

61 Конев, Ю.М. Социальная политика в Тюменском регионе [Текст] / Ю.М. Конев // Проблемы формирования единого экономического пространства и социального развития в странах СНГ. – Т.2. – Тюмень:

ТюмГНГУ, 2010. – С. 93-97.

62 Корнильева, И.В. Медико-социальные факторы формирования «сердечно-сосудистого» здоровья населения [Текст] / И.В. Корнильева, С.А. Шальнова, К.И. Иванов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2004. – № 4. – С. 3-6.

63 Корниенко, В.И. Гуманитарный прогресс человеческого общества [Текст] / В.И. Корниенко // Вестник Челябинского государственного университета. – 2007. – № 17. – С.

64 Корниенко, В.И. Человек в мире ценностей [Текст] / В.И. Корниенко. – В сборнике: материалы VI Международной научной конференции «Ценности и нормы в потоке времени». – Курган, 2015. – С. 58-59.

65 Костко, Н.А. Социальное управление развитием региона [Текст] / Н.А. Костко. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2003. – 284 с.

66 Костко, Н.А. Теоретические основания исследования социального пространства города в системе координат муниципального управления [Текст] / Н.А. Костко // Вестник Челябинского государственного университета. Философия. Социология. Культурология. – 2014. – № 24. – С. 13-16.

67 Кох, И.А. Управление и регулирование в социальной организации [Текст] / И.А. Кох // Вопросы политологии и социологии. – 2014. – № 2 (5). – С. 51-56.

68 Кравченко, А.Н. Социология управления: фундаментальный курс [Текст] / А.Н. Кравченко, И.О. Тюрина. – М: Академический проект, 2006. – 136 с.

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

70 Лапин, Н.И. Ценности социальных групп и кризис общества [Текст] / Н.И. Лапин. – М.: ИФАН, 1991. – 152 с.

71 Латышева, Т.В. Культурный капитал молодой интеллигенции российской провинции. Организация и самоорганизация интеллигенции в

современном российском обществе [Текст] / Т.В. Латышева / Под общей редакцией Ж.Т. Тощенко. – М: РГГУ, 2013. – С. 330-337.

72 Левашов, В.К. Социально-политическая устойчивость: риски и императивы [Текст] / В.К. Левашов // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2013. – С. 11-16.

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

74 Лисицин, Ю.П. Из истории изучения влияния образа жизни на здоровье / Ю.П. Лисицин, Т.В. Журавлева, А.А. Хмель [Текст] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. - № 2. – С. 39-42

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

76 Мансуров, В.А. Становление социологии профессиональных групп в России: история и перспективы [Текст] / В.А. Мансуров, О.В. Юрченко. – В сборнике: Актуальные проблемы социологии. – Екатеринбург: УрФУ, 2013. – С. 218-223.

77 Масленникова, Г.Я. Влияние курения на здоровье населения: место России в Европе [Текст] / Г.Я. Масленникова, Р.Г. Оганов // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2002. – № 6. – С. 17-20.

78 Материалы II Социального Форума России «Новая социальная политика России. Точки роста» [Электронный ресурс] / Электрон. бюллетень. – Москва, 27-28 сентября 2012 г. – Режим доступа: www.minzdravao.ru (Дата обращения 10.03.2014).

79 Мироненко, Ю.Д. Роль стратегического управления компанией в ее организационном развитии [Текст] / Ю.Д. Мироненко, А.К. Тереханов // Корпоративные системы. – 2004. – № 5. – С. 17-21.

80 Мехришвили, Л.Л. Социальная политика: концептуальные подходы

[Текст] / Л.Л. Мехришвили. – Тюмень: ТюмГНГУ, 2006. – 362 с.

81 Молодежь новой России: ценностные приоритеты. Аналитический доклад Института социологии РАН [Электронный ресурс] / Официальный сайт института социологии РАН. – Режим доступа: www.isras.ru (Дата обращения 23.03.2014).

82 Муниципальные программы города Тюмени [Электронный ресурс] / Официальный портал Администрации города Тюмени. – Режим доступа: <http://www.tyumen-city.ru> (Дата обращения 02.04.2015).

83 Назарова, И.Б. Здоровье российского человека: факторы и характеристики [Текст] / И.Б. Назарова // Социологические исследования. – 2003. – № 11. – С. 23-28.

84 Официальный портал органов государственной власти Тюменской области [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://admtyumen.ru> (Дата обращения 02.04.2015).

85 Парето, В. Компендиум по общей социологии. Пер. с ит. А.А. Зотова [Текст] / В. Парето. – М.: Изд. дом ГУ ВШЭ, 2008. – 511 с.

86 Парсонс, Т.О. Социальные системы [Текст] / Т.О. Парсонс. – М: Академический проект, 2002. – 340 с.

87 Перре, М. Клиническая психология [Текст] / М. Перре, У. Бауман / Пер. с нем. – С-Пб: Питер, 2002. – 1312 с.

88 Пивоварова, И.В. Формирование здорового образа жизни молодежи как фактор воспроизводства населения [Текст] / И.В. Пивоварова, В.Н. Родина // Социосфера. – 2014. – № 2. – С. 202-205.

89 Попкова, А.А. Территориальная активность населения как условие развития системы местного самоуправления в современном городе [Текст] / А.А. Попкова // Вестник Челябинского государственного университета. Философия. Социология. Культурология. – 2014. – № 24. – С. 35-38.

90 Попкова, Н.В. Социология техники: объект, предмет, понятийный аппарат, функции [Текст] / Н.В. Попкова // Социологические исследования. – 2013. – № 9. – С. 23-31.

91 Попова, И.П. Поведение в отношении здоровья и материальное положение: гендерные аспекты (на данных лонгитюдного опроса) [Текст] / И.П. Попова // Здравоохранение РФ. – 2007. – № 1. – С. 47-50.

92 Потемкина, Р.А. Физическая активность. [Текст] / Р.А. Потемкина. – Москва, 2012. – 32 с.

93 Почепцов, Г.Г. Пабрик рилейшнз для профессионалов [Текст] / Г.Г. Почепцов. – М: Релф-бук, 2000. – 624 с.

94 Пригожин, А.И. Социальное управление. Социологическая энциклопедия [Текст] / А.И. Пригожин. – Т. 2. – М.: Мысль, 2003. – 478 с.

95 Психология здоровья населения в России [Текст] / В.В. Гафаров, В.А. Пак, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова. – Новосибирск, 2002. – 360 с.

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

97 Решетников, А.В. Методология исследований в социологии медицины [Текст] / А.В. Решетников. – М, 2000. – 238 с.

98 Римашевская, М.Н. Социальные последствия экономических трансформаций в России [Текст] / М.Н. Римашевская // СОЦИС. – 1997. – № 6. – С. 55-65.

99 Родионова, С.Д. Социальное управление преодолением бедности в России [Текст] / С.Д. Родионова, В.П. Богданова // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2014. – № 3. – С. 7-9.

100 Российские ученые: штрихи к социологическому портрету [Текст] / Л.М. Гохберг, Г.А. Китова, Т.Е. Кузнецова, О.Р. Шувалова. – М: НИУ-ВШЭ, 2010. – 140 с.

101 Рост эпидемии активного и пассивного курения взрослыми и детьми [Текст] / Н.Г. Калева, М.Г. Вербитский, Т.И. Инсарская, О.Ф. Калев // Медицинская наука и образование Урала. – 2012. – № 3. – С. 66-69.

102 Рой, О.М. Возможность и риски городских агломераций [Текст] / О.М. Рой // Муниципальная академия. – 2014. – № 1. – С. 4-8.

103 Самооценка здоровья, отношение к своему здоровью и медицинской

помощи в мужской популяции [Текст] / М.М. Каюмова, В.В. Гафаров, В.Ю. Смазнов и др. // Мир науки, культуры, образования. – 2011. – № 6 (3). – С. 161-165.

104 Сдерживание эпидемии. Правительства и экономическая подоплека борьбы против табака. Евробюро ВОЗ для Всемирного банка [Текст] / М., 2000. – 123 с.

105 Седова, Н.Н. “Городские” риски мужского здоровья [Текст] / Н.Н. Седова, С.А. Щелков // Социология города. – 2014. - № 1. – С. 3-12.

106 Силин, А.Н. Уровень жизни и социально-экономическая ситуация при проведении рыночных реформ в Республике Казахстан [Текст] / А.Н. Силин, С.Г. Симонов, В.П. Шеломенцева. – Тюмень: Вектор Бук, 2003. – 320 с.

107 Силин, А.Н. Управление социальной сферой: роль социологических исследований, социологического мониторинга и подготовки кадров [Текст] / 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.

108 Силин, А.Н. Общественное здоровье на Крайнем Севере [Текст] / А.Н. Силин. – В сб.: Проблемы Севера и Арктики Российской Федерации. – Вып. 12. – М.: Совет Федерации, 2010. – С. 15-18.

109 Силин, А.Н. Социальный менеджмент: словарь-справочник [Текст] / А.Н. Силин – М.: Университетская книга, 2009. – 176 с.

110 Силин, А.Н. Нефтегазовый север: социальная ситуация и технологии ее регулирования [Текст] / А.Н. Силин. – М.: Инфа-М, 2013. – 251 с.

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

112 Симонов, С.Г. Жизненные стандарты в системе управления социальным развитием северного региона [Текст] / С.Г. Симонов, О.С. Макарова // Известия высших учебных заведений. – 2013. – № 4. – С. 22-25.

113 Скифская, А.Л. Социальная безопасность личности и социальная защита [Текст] / А.Л. Скифская // Вестник Челябинского государственного университета. Философия. Социология. Культурология. – 2014. – № 24. – С. 31-34.

114 Скок, Н.И. Менеджмент в здравоохранении [Текст] / Н.И. Скок / под ред. А.Н. Силина // Тюмень: ТюмГНГУ, 2002. – 87 с.

115 Скок, Н.И. Социальная регуляция потенциала лиц с особыми потребностями [Текст] / Н.И. Скок. – Тюмень: Вектор Бук, 2004. – 212 с.

116 Словарь физиологических терминов [Текст] / под ред. О. Г. Газенко. – М.: Наука, 1987. – 446 с.

117 Современный словарь иностранных слов [Текст] / СПб: «Дуэт», 1994. – 752 с.

118 Содействие физической активности в целях укрепления здоровья – основа для действий в Европейском регионе ВОЗ. Шаги по пути к физически более активной Европе [Текст] / ВОЗ. Европейское региональное бюро, 2006.

119 Социальное неравенство и уровень здоровья населения по данным его самооценки в одномоментном исследовании в Вологодской области [Текст] / П. Аарва, Г.С. Жуковский, Т.М. Максимова и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2000. – N 3. – С. 3-9.

120 Социальное положение и уровень жизни населения России. 2011 [Текст] / Росстат. – М.: 2011. – 82 с.

121 Стратегия предупреждения хронических заболеваний в Европе. Основное внимание – действиям общества по укреплению общественного здоровья. Видение стратегии с позиций CINDI [Электронный ресурс] / Всемир. орг. здравоохранения; Европейское региональное бюро. Режим доступа: www.EUR/03/5049624 (Дата обращения 22.01.2014).

122 Структура питания населения одного из районов Москвы и ее связь с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в аспекте развития медицинской профилактики [Текст] / Р.А. Еганян, А.М. Калинина, О.В. Измайлова и др. // Вопросы питания. – 1997. - № 3. – С. 3-7.

123 Табакокурение как фактор риска для здоровья курсантов военного института [Текст] / П.Г. Сартаков, В.П. Новоселов, М.А. Захарова, М.Ш. Беликова // В мире научных открытий. – 2014. - № 5.1(53) – С7 441-450.

124 Тапилина, В.С. Социально-экономический статус и здоровье населения [Текст] / В.С. Тапилина // Социологические исследования. – 2004. – № 3. – С. 126-137.

125 Филатова, О.Г. Социология [Текст] / О.Г. Филатова. – СПб: Михайлов, 2000. – 511 с.

126 Факторы риска смертности в течение 5 лет у пожилых. Медико-статистическое исследование сердечно-сосудистых заболеваний [Текст] / Л.П. Фрид, Р.А. Кронмал, А.Б. Ньюман и др. // Международный медицинский журнал – 1998. – № 8. – С. 16-27.

127 Фролова, И.А. Обновление научных кадров современного российского общества [Текст] / И.А. Фролова // Вестник Казанского технологического университета. – 2011. – № 13. – С. 196-201.

128 Хайруллина, Н.Г. Обзор материалов международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию конституции РФ «Социально-экономическое, социально-политическое и социокультурное развитие регионов» [Текст] / Н.Г. Хайруллина // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2013. – № 4. – С. 98-100.

129 Чернуха, А.Д. Медико-экологические и социальные факторы здоровья городского населения Северо-Востока России [Текст] / А.Д. Чернуха. – Магадан, 1992. – 92 с.

130 Чумакова, А.Н. Глобальный мир: проблема управления [Текст] / Век глобализации. – 2012. – № 2. – С. 3-12.

131 Чупашева, Е.В. Инновационные подходы к управлению персоналом [Текст] / Е.В. Чупашева // Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2013. – № 4. – С. 29-31.

132 Шевченко, Ю.Л. Современные подходы к исследованию качества жизни в здравоохранении [Текст] / Ю.Л. Шевченко // Вестник

Международного центра исследования качества жизни. – 2003. – № 1-2. – С. 6-15.

133 Шереги, Ф.Э. Гносеологические модели в социологии [Текст] / Ф.Э. Шереги // Социологические исследования – 2014. – № 11. – С. 71-82.

134 Шмерлина, Н.А. Биологические грани социальности: очерки о природных предпосылках социального поведения человека [Текст] / Н.А. Шмерлина. – М.: Книжный дом «ЛИБРОКОМ», 2013. – 200с.

135 Щепин, О.П. Национальные институты общественного здоровья в современном мире [Текст] / О.П. Щепин, В.С. Нечаев, Е.П. Жилиева // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2012. - № 1. – С. 3-5.

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

137 Ядов, В.А. Стратегия социологических исследований [Текст] / В.А. Ядов. – М: Добросвет, 1998. – 596 с.

138 Armbrüster, T. The Economics and Sociology of Management Consulting [Text] / T. Armbrüster. – N.Y.: Cambridge University Press. – 2006. – 95 p.

139 Barnett, R. Gender, social roles and stress-related mental and physical health. Women`s Studies [Text] / R. Barnett. – Waltham: Brandeis University, 2000. – 67 p.

140 Bartley, M. Relation between socioeconomic status, employment and health during economic change 1973-1993 [Text] / M. Bartley, C. Owen // BMJ. – 1996. – Vol. 313. – P. 445-449.

141 Berkman, L.F. The role of social relations in health promotion [Text] / L.F. Berkman // Psychosom. Med. – 1995. – Vol. 57. – P. 245-254.

142 Dressler, W.W. Social class, skin color and arterial blood pressure in two societies [Text] / W.W. Dressler // Ethnicity Dis. – 1991. – Vol. 1. – P. 60-77.

143 Education, lifestyle factors and mortality from cardiovascular disease and

cancer. A 25 year follow-up of Swedish 50-year-old men [Text] / L. Kilander, L. Berglund, M. Boberg et al. // International Journal of Epidemiology. – 2001. – Vol. 30. – P. 1119-1126.

144 Educational inequalities associated with health-related behaviours in the adult population of Singapore [Text] / C.W. Fong, V. Bhalla, D. Heng et al. // Singapore Med J. – 2007. – Vol. 48. – P. 1091-1099.

145 Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study) [Text] / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu et al. // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – P. 937-952.

146 Haddad, L. Culturally tailored smoking cessation for arab american male smokers in community settings: a pilot study [Text] / L. Haddad, J. Corcoran. – 2013. – Vol. 6. – P. 17-23.

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

148 Heinemann, L. The Risk Factor Concept in Cardiovascular Disease [Text] / L. Heinemann, G. Enderlein, H. Stark // Stellman J.M. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety / J. M. Stellman. – International Labour Office, 1998. – P. 34-39.

149 Justice at work and reduced risk of coronary heart disease among employees: the Whitehall II Study [Text] / M. Kivimäki, J.E. Ferrie, E. Brunner et al. // Arch Intern Med. – 2005. – Vol. 165. – P. 2245-51.

150 Kaplan, H.B. Social psychology of the immune system: a conceptual framework and review of the literature [Text] / H.B. Kaplan // Soc. Sci. Med. – 1991. – Vol. 33. – P. 909-923.

151 Keil, U. The Worldwide WHO MONICA Project: results and perspectives [Text] / U. Keil // Gesundheitswesen. – 2005. – Vol.67, Suppl 1. – P. 38-45.

152 Kessler, R.C. Effects of unemployment on health in a community survey:

main, modifying and mediating effects [Text] / R.C. Kessler, J.B. Nurner, J.S. House // J. Soc. Issues. – 1988. – Vol. 44. – P. 69-85.

153 Marital status, change in marital status, and mortality in middle-aged British men [Text] / S. Ebrahim, G. Wannamethee, A. McCallum, M. Walker, A.G. Shaper // Am J Epidemiol. – 1995. – Vol. 142. – P. 834-42.

154 Marmot, M. G. Psychosocial and material pathways in the relation between income and health: a response to Lynch et al. [Text] / M. G. Marmot, R.G. Wilkinson // BMJ. – 2001. – Vol. 322. – P. 1233-1236

155 Murray, C. The global burden of disease [Text] / C. Murray, A. Lopez. – Harvard University Press, 1996. – 276 p.

156 Ornish, D. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? The Lifestyle Heart Trial [Text] / D. Ornish, S. Brown, L. Scherwitz // Lancet. – 1990. – Vol. 336. – P. 129-133.

157 Paffenbarger, R.S. The association of changes in physical activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men [Text] / R.S. Paffenbarger, R.T. Hyde, A.L. Wing // N. Engl. J. Med. – 1993. – Vol. 328. – P. 538-545.

158 Puska P. The North Karelia Project: from community intervention to national activity in lowering cholesterol levels and CHD risk [Text] / P. Puska // Eur. Heart J. Suppl. – 1999. – Vol. 1. – P. 9-13.

159 Schvarzer, R. Social support and health Arbeits-Organisations-und Gesundheitspsychologic Freie Universitat [Text] / R. Schvarzer. – Berlin, 2000.

160 Siegrist, J. Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated in middle-aged men [Text] / J. Siegrist, R. Peter, P. Cremer // J. Intern. Med. – 1997. – Vol. 242. – P. 149-256.

161 Singh-Manoux, A. Psychosocial factors and public health [Text] / A. Singh-Manoux, J. Macleod, G.J Davey Smith // Epidemiol Community Health. – 2003. – Vol. 57. – № 8. – P. 546-553.

162 Smith, G.D. Adverse socioeconomic conditions in childhood and cause specific adult mortality: prospective observational study [Text] / G.D. Smith, D.

Blane, D. Hole // BMJ. – 1998. – Vol. 316. – P. 1631-1635.

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

164 Social mobility, marital status, and mortality risk in an adult life course perspective: the Malmö Preventive Project [Text] / P.M. Nilsson, J.A. Nilsson, P.O. Ostergren, G. Berglund // Scand J Public Health. – 2005. – Vol. 33. – P. 412-23.

165 Stress-Induced Blood Pressure Reactivity and Incident Stroke in Middle-Aged Men [Text] / S.A. Everson, J.W. Lynch, G.A. Kaplan et al. // Stroke. – 2001. – Vol. 32. – P. 1263.

166 Thompson, K. Early Sociology of Management and Organizations [Text] / K. Thompson. – N.Y.: Routledge, 2003. – 87 p.

167 Venters, M.N. Family-oriented prevention of cardiovascular diseases; a social epidemiological approach [Text] / M.N. Venters // Soc.Sci. Med. – 1989. – Vol. 28. – P. 309-314.

168 World Health Organisation. Global health risks. Mortality and burden of disease attributable to selected major risks [Text] / WHO. – Geneva, 2009. – 152 p.

169 Wortman, C. Gender differences in mortality and morbidity following a major stressor: the case of conjugal bereavement [Text] / C. Wortman. – USA, State University of New York of Stone Brook: Psychology, 2000 – 92 P.

УВАЖАЕМЫЙ ТЮМЕНЕЦ!

Просим Вас ответить на вопросы анкеты, направленной на изучение возможностей улучшить состояние здоровья наших горожан. Результаты опроса целиком будут зависеть от полноты и искренности Ваших ответов.

К вопросам даны возможные варианты ответов, отметьте пожалуйста крестиком квадраты рядом с тем, который отражает Ваше мнение.

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ

Отношение к своему здоровью и профилактике

1. Какие вы предпринимаете действия в случае плохого самочувствия, если находитесь на работе?

- ☐ 1. Продолжаю работать.
- ☐ 2. Отдыхаю и уменьшаю объем работы.
- ☐ 3. Обращаюсь за врачебной помощью.

2 Какие действия Вы обычно предпринимаете, если у Вас грипп или высокая температура?

- ☐ 1. Работаю в обычном режиме.
- ☐ 2. Остаюсь дома и делаю все что возможно для скорейшего возвращения на работу.
- ☐ 3. До улучшения самочувствия остаюсь дома.

3 По-вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?

- ☐ 1. Конечно, полезна.
- ☐ 2. Вероятно, полезна.
- ☐ 3. Возможно, и не полезна.
- ☐ 4. Думаю, что нет.

Поведенческие факторы риска

15. Пытались ли Вы когда-либо изменить привычку к курению табака?

- ☐ 1. Не курил никогда.
- ☐ 2. Сейчас нет, но курил.
- ☐ 3. В настоящее время курю меньше.
- ☐ 4. Был период, когда бросал, но сейчас курю.
- ☐ 5. Безуспешно пытался изменить табакокурение.
- ☐ 6. Никогда не пытался бросить и курю сейчас.

16. Вы курите в настоящее время больше, чем в прошлом году?

- ☐ 1. Курю больше.
- ☐ 2. Курю так же, как и раньше.
- ☐ 3. Меньше курю.
- ☐ 4. Не курил в течение этого года.

17. Меняли ли Вы что-либо в своем рационе питания?

- ☐ 1. Я не вижу необходимости менять рацион питания.

- ☐ 2. Мне нужно соблюдать диету в связи с моим состоянием здоровья, но у меня не получается.
- ☐ 3. У меня были безуспешные попытки изменить рацион.
- ☐ 4. Пытаюсь соблюдать диету, но это нерегулярно.
- ☐ 5. Изменил традиции питания, поскольку это необходимо для моего здоровья.

18. Вы делаете физическую зарядку, не считая производственной зарядки?

- ☐ 1. Не вижу в этом необходимости.
- ☐ 2. Не делаю, но считаю, что это нужно.
- ☐ 3. Пытался делать физическую зарядку, но безуспешно.
- ☐ 4. Регулярно делаю физическую зарядку.
- ☐ 5. Согласно рекомендациям врачей, мне противопоказана физическая зарядка.

19. Как Вы относитесь к проведению своего досуга?

- ☐ 1. Предпочитаю физически активный досуг.
- ☐ 2. Провожу досуг по-разному, и физически активно, и физически пассивно.
- ☐ 3. Предпочитаю физически пассивный досуг.
- ☐ 4. Я не имею досуга.

20. Ваша физическая активность изменилась в течение последнего года?

- ☐ 1. Я стал физически активнее.
- ☐ 2. Физическая активность не изменилась.
- ☐ 3. Я стал менее физически активным.

21. Какова Ваша собственная оценка своей физической активности, если ее сравнить с физической активностью других людей Вашего возраста?

- ☐ 1. Я намного активнее.
- ☐ 2. Я несколько активнее, чем другие.
- ☐ 3. Я настолько же активен, как другие.
- ☐ 4. Я несколько пассивнее, чем другие.
- ☐ 5. Я намного пассивнее.

22. Ваша трудоспособность изменилась в течение последнего года?

- ☐ 1. Стала выше.
- ☐ 2. Моя трудоспособность не изменилась.
- ☐ 3. Моя трудоспособность стала ниже.
- ☐ 4. Стала намного ниже.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица

Отношение к своему здоровью и профилактике мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени, %

Вопрос / отношение	Возрастные группы					
	25-34 лет	35-44 лет	45-54 лет	55-64 лет	25 – 64 лет	СВП
Какие вы предпринимаете действия в случае плохого самочувствия, если находитесь на работе?						
Продолжаю работать	34,7	36,8	40,3	31,3	35,9	36,3
Отдыхаю и уменьшаю объем работы	52,8	52,2	40,3	39,7	45,9	47,2
Обращаюсь за врачебной помощью	12,5	11,0	19,5	29,0	18,1	16,5
Какие действия вы обычно предпринимаете, если у вас грипп или высокая температура?						
Работаю в обычном режиме	35,8	34,2	36,4	31,8	34,5	34,9
Остаюсь дома и делаю все, что возможно для скорейшего возвращения на работу	45,5	47,8	42,0	46,3	45,3	45,3
До улучшения самочувствия остаюсь дома	18,8	18,0	21,6	22,0	20,1	19,8
По вашему мнению, профилактическая проверка здоровья полезна или нет?						
Конечно, полезна	91,5	88,6	85,3	85,0	87,4	88,0
Вероятно, полезна	8,0	10,5	13,4	14,5	11,8	11,2
Возможно, и не полезна	0,0	0,4	0,4	0,5	0,4	0,3
Думаю, что нет	0,6	0,4	0,9	0,0	0,5	0,5

Примечание. СВП – стандартизованный по возрасту показатель.