

На правах рукописи

**ФЕДОТКИНА  
СВЕТЛАНА АЛЕКСАНДРОВНА**

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

**14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение**

**АВТОРЕФЕРАТ  
диссертации на соискание ученой степени  
доктора медицинских наук**

**Москва – 2014**

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении  
«Научный центр здоровья детей» РАМН

Научные консультанты:

доктор медицинских наук, профессор,  
Заслуженный врач РФ  
доктор медицинских наук

Модестов Арсений Арсеньевич  
Нефедовская Лилия Вазыховна

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук,  
профессор кафедры общественного здоровья,  
здравоохранения и гигиены ФГБОУ ВПО  
«Российский университет дружбы народов»  
Минобрнауки РФ

Коновалов Олег Евгеньевич

доктор медицинских наук,  
профессор кафедры общественного здоровья  
и здравоохранения ГБОУ ВПО  
«Первый Московский государственный  
медицинский университет им. И.М. Сеченова»  
Минздрава РФ

Алексеева Вера Михайловна

доктор медицинских наук, профессор,  
руководитель отделения организации  
лечебно-профилактической помощи ФГБУ  
«Научно-исследовательский институт  
организации и информатизации здравоохранения»  
Минздрава РФ

Калининская Алефтина Александровна

**Ведущая организация:** ГБОУ ВПО «Российский национальный исследова-  
тельский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ

Защита диссертации состоится «27» мая 2014 г. в 13-00 часов на заседании  
диссертационного совета Д 001.023.01 при ФГБУ «Научный центр здоровья  
детей» РАМН по адресу: 119296 г. Москва, Ломоносовский проспект, д. 2,  
стр. 1; <http://www.nczd.ru/>

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «Научный центр здо-  
ровья детей» РАМН по адресу: 119296 г. Москва, Ломоносовский проспект, д.  
2, стр. 1.

Автореферат разослан « \_\_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2014 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор медицинских наук

Винярская Ирина Валериевна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Одним из приоритетов государственной политики Российской Федерации является сохранение и укрепление здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и повышения доступности и качества медицинской помощи (А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин, 2009; М.К. Горшков, 2010; В.И. Скворцова, 2012). В этой связи, здоровье молодежи имеет большое медико-социальное и общественное значение, как мощная сила, определяющая перспективу устойчивого социально-экономического развития Российской Федерации (М.Ю. Абросимова, 2005; В.Ю. Альбицкий, Н.И. Макеев, 2009; Т.В. Яковлева, А.А. Баранов, 2009; И.А. Свиридова, 2011).

Современный этап развития России нельзя охарактеризовать однозначно.

С одной стороны сохраняют значение негативные последствия кризисного периода существования государства и общества: проблемная среда обитания и экология, изменение социально-экономической формации и связанного с этим образа жизни нового поколения.

В условиях существенного социального расслоения населения, дифференциации уровня жизни и доходов, кризиса мировоззренческих ценностей, от молодых людей требуется значительная мобилизация сил для адаптации к новым условиям жизни, обучения, формирования межличностных отношений, к высоким умственным и физическим нагрузкам. Это возможно при оптимальном уровне здоровья, которое имеет немаловажное значение для успешного обучения и дальнейшей трудовой деятельности (Н.А. Агаджанян, 1995; И.Б. Бойко, 1998; А.Г. Братухин, 2013; А.А. Иванова, 2013).

Вместе с тем, имеет место массовое распространение среди подростков и молодежи вредных привычек, асоциальные проявления, что оказывает негативное воздействие на здоровье (В.Ю. Альбицкий, А.Е. Иванова и др., 2009; Т.В. Яковлева, Р.Н. Терлецкая и др., 2009; А.А. Баранов, Т.В. Яковлева, Ю.Е. Лапин, 2011; Д.Ю. Лебедев, А.А. Модестов, А.А. Иванова, 2011). Модели поведения молодежи являются одной из основных причин нарушений здоровья, связанных с их образом жизни (Т.В. Поздеева, 2008; Н.И. Макеев, 2010). Все большее зна-

чение приобретают такие факторы риска, как курение, алкоголь, употребление токсических и психоактивных веществ, низкая двигательная активность, нарушение питания, нарушения репродуктивного здоровья и другие составляющие «нездорового образа жизни» (И.В. Журавлева, 2005; А.Аптер, 2005; А.А. Баранов, В.Р. Кучма, 2007; А.А. Панченко, 2008; А.Г. Грецов, 2009; О.В. Власова, Н.Ф. Двойнова, 2010; Л.А. Гапшина, Н.А. Нестерченко, Н.Г. Саватьева, 2010; А.Е. Иванова, С.А. Федоткина, 2012; Rajabizadeh G., Ramezani M.A., Roohafza H. et al., 2011). Около одной трети юношей призывного возраста ежегодно освобождаются от военной службы по состоянию здоровья (И.А. Камаев, Т.В. Поздеева и др., 2005).

Негативные тенденции в состоянии здоровья молодежи усугубляют и без того сложную демографическую ситуацию в стране (Л.Л. Рыбаковский, О.Д. Захарова, А.Е. Иванова, Т.А. Демченко, 2002; Т.В. Поздеева, 2008; О.В. Степанищенко, 2011; Т.Н. Петрова, 2013).

С другой стороны, в России формируется законодательная и нормативная база здравоохранной стратегии, направленная на сохранение и развитие человеческого капитала, включающего образование, здоровье и мотивацию к труду, осуществляется модернизация здравоохранения (А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин,, 2009; С.А. Трущепов, 2009; В.О. Щепин, 2005; О.П. Щепин, Р.В. Коротких и др.,, 2010; Н.М. Римашевская, Л.Г. Луныкова, А.А. Шабунова, 2011).

Комплексные социально-гигиенические исследования свидетельствуют о том, что на модель поведения молодежи в отношении здоровья существенно влияют экономические, экологические социальные, этно-культурные детерминанты (Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, А.А. Модестов, 2011; Bhattacharya J., Gathmann C., Miller G. , 2012).

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

основы глобального профилактического пространства. Вышеизложенное определило цель и задачи исследования.

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

**Задачи исследования:**

1. Разработать методологию комплексного социально-гигиенического исследования здоровья и самосохранительного поведения молодежи как основу для обоснования и разработки профилактической платформы.

2. Выявить особенности заболеваемости молодежи Красноярского края в контексте взаимосвязи со здоровьесберегающим поведением.

3. Установить закономерности смертности российской молодежи и особенности ее формирования в Красноярском крае

4. Оценить резервы преждевременной смертности, предотвратимой стратегиями профилактики.

5. Выявить социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющие на формирование здоровья молодежи.

6. Провести анализ программ профилактики субъектов Российской Федерации и выявить их проблемные зоны и возможности.

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

**Научная новизна.**

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

Уточнено понятие «молодежь» и критерии его определения в соответствии с целью исследования. В соответствии с авторским определением, к мо-

лодежи относят лиц с общими проблемами здоровья (доминирование в структуре потерь травм и отравлений), едиными детерминантами, их формирующими (особенности самосохранительного поведения и уровня жизни) и, следовательно, сходными стратегиями популяционной и групповой профилактики.

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

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

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

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

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

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

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

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

### **Теоретическая и научно-практическая значимость работы**

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

Научно-практическая значимость исследования:

Впервые проведен анализ массива 100 тысяч причин обращений молодежи в структуре XXI класса МКБ-10 (Z - класс - «потенциальная опасность для здоровья, связанная с социально-экономическими и психосоциальными обстоятельствами»). Анализ выявил единичные обращения по вопросам питания, прекращения курения и потребления алкоголя, переутомления, гиподинамии, отсутствием работы или угрозой ее потерять, с неблагоприятными условиями труда, жилищными условиями, низкими доходами, с факторами социального окружения, с семейными взаимоотношениями или отсутствием семьи. Таким

образом, увеличение числа обращений молодых людей, зашифрованных в структуре «Z» -класса может быть использовано в качестве объективного критерия качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

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

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

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

Основные положения и выводы диссертации внедрены:

- в методических материалах ФГБУ ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ;

- в рекомендациях по формированию здоровьесберегающего поведения и здорового образа жизни молодежи ФГБУ Государственный научно-исследовательский центр профилактической медицины МЗ РФ;



-работе отдела постдипломного профессионального образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Научный центр здоровья детей» РАМН;

-в Федеральном государственном бюджетном военном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Военно-медицинская академия имени С. М. Кирова» Министерства обороны Российской Федерации.

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

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

Достоверность результатов и выводов обеспечена достаточным объемом исследования, адекватными методами статистической обработки данных, использованием стандартного лицензионного программного обеспечения «MS Office – 2003»: «MS Word», «MS Access», «MS Excel».

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на:

-третьей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Современные тенденции развития образования взрослых». Красноярск, 16-17 июня 2008г.;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Личный вклад автора.** Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора, как на этапе постановки цели и задач, разработки методологии исследования, так и сборе первичных данных, проведении исследований, статистической обработке, анализе и обобщении полученных результатов для написания и оформления рукописи, подготовлены публикации по материалам исследования.

**Публикации.** По теме диссертации опубликовано 40 печатных работ, в том числе 3 монографии, 4 учебных пособия, три программы для ЭВМ и 16 статей в журналах, рекомендуемых ВАК.

**Объем и структура диссертации.** Работа изложена на 292 страницах машинописного текста. Диссертация состоит из введения, 6 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа иллюстрирована таблицами и рисунками. Библиографический указатель содержит 363. источника, из них 231 отечественных и 132 иностранных.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

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

Во введении обосновывается актуальность темы, сформулированы гипотеза, цель и задачи исследования, обоснована научная новизна и научно-практическая значимость работы, представлены итоги апробации и данные внедрения полученных результатов в практику.

**В первой главе** представлен анализ литературных источников, имеющих отношение к теме исследования, его теоретическим и организационно-методическим аспектам. Установлено, что малоизученными проблемами здоровьесберегающего поведения молодежи являются социально-экономические и демографические детерминанты, здравоохранная стратегия в части влияния поведенческих факторов риска на здоровье молодежи с позиции внесистемных и внутрисистемных вызовов XXI века. До настоящего времени не проводилось комплексных социально-гигиенических исследований особенностей, проблем и перспектив коммуникаций с целью продвижения здорового образа жизни в русскоязычных социальных сетях Интернет. Не разработана профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи.

**Вторая глава** посвящена методологии исследования. Подробно описан понятийный аппарат, базы и дизайн исследования (табл. 1).

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

Таблица 1 - Дизайн исследования

Этапы исследования	Источники информации	Объем, период	Методы исследования	Объект исследования	Единица наблюдения	Предмет исследования
1. Аналитический обзор литературных источников и разработка гипотезы исследования	Источники отечественной и зарубежной литературы; документы ВОЗ; диссертационные исследования; методические рекомендации, учебные пособия; Государственные доклады о состоянии здоровья населения РФ	363 источника  2006-2012 гг.	Библиографический аналитический экспертный	Литературные источники	библиографическая единица	Степень разработанности проблемы
2. Изучение заболеваемости молодежи	Компьютерные полицейские депersonифицированные базы 2 ЛПУ за три года	2009-2011 г., 512 тыс. обращений лиц 18-35 лет	Математико-статистический	Молодежь в возрасте 18-35 лет, находящаяся в регистре прикрепленного населения	Молодой человек, обратившийся за медицинской помощью	Здоровье молодежи
3. Изучение смертности молодежи	Статистические отчетные формы С-51, Европейская база «Здоровье для всех» ЕРБ ВОЗ (НFA – DB) Здравоохранение в России. 2011: Стат.сб./Росстат. - М., 2011. - 326 с. Демографический ежегодник России. 2010: Стат. сб. / Росстат. - М., 2011. – 557 с. Российский статистический ежегодник. 2010: Стат.сб./ Росстат. - М., 2010. – 813 с.	22 формы статистической отчетности за 1989-2011 гг.	Аналитический, статистический	Совокупность случаев смерти от соматических и внешних причин лиц в возрасте 15-29 лет	Случай смерти молодого человека	Особенности смертности молодежи в Красноярском крае

Этапы исследования	Источники информации	Объем, период	Методы исследования	Объект исследования	Единица наблюдения	Предмет исследования
4. Оценка смертности среди молодежи от внешних причин с позиций ее предотвратимости	Деперсонифицированная база данных об умерших в Красноярском крае	1690 случаев смерти лиц 15-29 лет в 2008 г.	Статистический, аналитический, математической статистики	Совокупность случаев смерти от внешних причин лиц в возрасте 15-29 лет	Случай смерти молодого человека	Достоверность оценки смертности от насилия и алкогольных отравлений
5. Оценка результатов социологического опроса о самосохранительном поведении	Социологический опрос учащихся и студентов 5 образовательных учреждений г. Красноярска	750 анкет опроса в 2011 г.	Статистический, аналитический	группа молодежи, обучающаяся в высших и средних учебных заведениях г. Красноярска в количестве 750 человек: по 150 из каждой базы исследования.	студент и учащийся образовательного учреждения	Готовность молодежи вести здоровый образ жизни с учетом оценки самосохранительного поведения
6. Разработка системы мер формирования здоровьесберегающего поведения молодежи с использованием электронных ресурсов	Первичная документация (целевые программы, региональный опыт, методические рекомендации, информационные письма) Региональные целевые программы «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации»	57 субъектов РФ	Контент-анализ, SWOT-анализ, метод моделирования	Совокупность нормативных актов по теме исследования Результаты предыдущих этапов исследования	Нормативный акт, целевая программа	Экспертная оценка подпрограмм профилактики Система мер по созданию единой профилактической среды с использованием интернет-ресурса

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

На третьем этапе дана оценка ситуации, связанной со смертностью молодежи. Сравнительный анализ общероссийских тенденций в сравнении с динамикой в странах «старой» и «новой» Европы позволил выявить особенности формирования потерь в молодых возрастах и более обоснованно подойти к прогнозу смертности на фоне сложившейся благоприятной траектории в России. Особенности нозологической картины смертности в Красноярском крае выявлены на фоне ситуации в России и Сибирском ФО, что позволило выделить группы и факторы риска смертности с позиций предотвратимости.

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

Пятый этап исследования включал проведение и анализ результатов социологического опроса по разработанным анкетам. Объем необходимого числа наблюдений для проведения социологического опроса определен по методике К.А.Отдельновой (1980) (табл.2) и составил 750 человек.

Таблица 2 - Необходимый объем выборки

Вид исследования	Желаемая точность исследования $K = \delta / \Delta$	t=2,0 p=0,95	t=2,5 p=0,98	t=3,0 p=0,99
1. Ориентировочное знакомство	0,5	16	29	36
	0,4	25	39	56
	0,4	44	69	100
2. Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3. Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

На шестом этапе разработаны меры по формированию здоровьесберегающего поведения молодежи на основе результатов многоцентрового исследования центров здоровья (ЦЗ), проведенного в течение 2011-2012 гг., который включал аудит сводной годовой отчетной формы №68 «Сведения о деятельности центра здоровья», контент-анализ 57 региональных целевых программ «Формирование здорового образа жизни и комплексная профилактика неинфекционных заболеваний в субъекте Российской Федерации».

Основываясь на результатах предыдущих этапов, была разработана профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи.

**Третья глава** посвящена изучению особенностей заболеваемости молодежи и обращаемости ее за медицинской помощью.

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

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

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



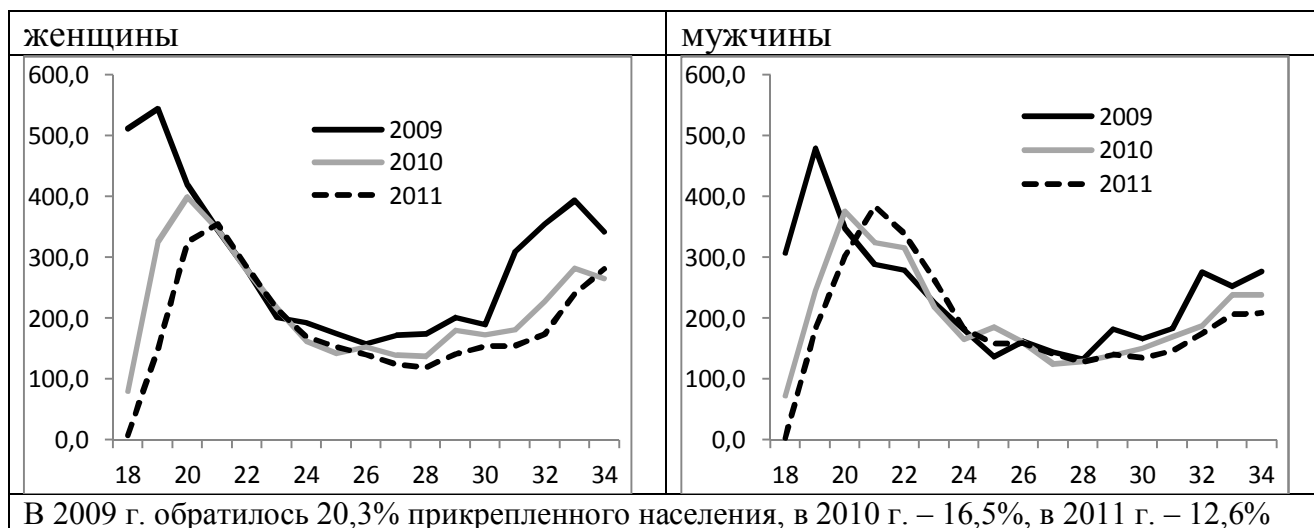


Рисунок 1 - Возрастные особенности первичной заболеваемости молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости

При любых уровнях обращаемости пять основных причин заболеваемости молодежи определяют: болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, глаза, нервной системы, и болезни органов пищеварения, определяющие более половины новых случаев болезней. Вместе с тем, в зависимости от уровня обращаемости значимость отдельных причин, и соответственно соотношение их в структуре первичной заболеваемости – меняется. При сокращении обращаемости за медицинской помощью (с 20% до 12% молодых людей из числа прикрепленного населения), снижается выявление практически всех основных видов патологии. Заболеваемость болезнями органов дыхания сократилась на 40,8-28,4% (соответственно женщин и мужчин), болезнями костно-мышечной системы – на 33,3-4,3%, глаза на 22,0-2,3%, органов пищеварения на 16,8-8,1%. Тенденции сокращения заболеваемости касаются в разной степени и менее распространенных причин.

Еще одна характерная черта для более низких уровней обращаемости – сближение показателей учтенной заболеваемости для мужчин и женщин. Если за медицинской помощью обращается не менее пятой части молодых людей, показатели заболеваемости женщин суммарно по всем причинам выше на 20%. Более высокое превышение характерно для: болезней глаза, нервной системы,

эндокринной системы, и особенно мочеполовой системы. У мужчин более высокие показатели отмечаются только в отношении травм и отравлений. Если в ЛПУ обращается лишь десятая часть молодых людей, то уровни учтенной заболеваемости мужчин и женщин выравниваются. У женщин сохраняется некоторое превышение заболеваемости для болезней эндокринной и мочеполовой системы. Что касается превышения мужских уровней заболеваемости, то они сохраняются не только для травм и отравлений, но и отмечаются для болезней костно-мышечной системы и болезней системы кровообращения.

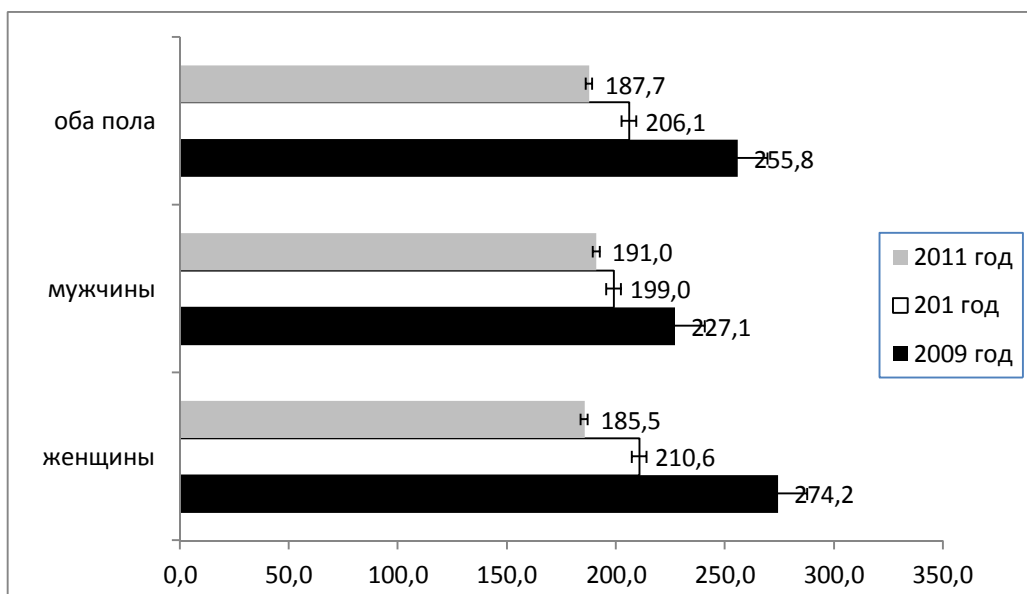


Рисунок 2 - Первичная заболеваемость молодежи 18-34 лет на 1000 лиц данного возраста по данным обращаемости<sup>1</sup>

Помимо заболеваний, ставших причиной обращения за медицинской помощью, существует еще довольно много поводов, приводящих людей в учреждения здравоохранения. В МКБ-10 эти поводы объединены в XXI класс «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» («Z00-Z99»). Анализ поводов обращения в учреждения здравоохранения вне связи с заболеваниями, выявил имеющиеся проблемы и резервы усиления профилактической направленности в деятельности первичного звена.

Поводы обращений практически ограничиваются медицинскими осмотрами и иммунизацией.

<sup>1</sup> В 2009 г. обратилось 20,3% прикрепленного населения, в 2010 г. – 16,5%, в 2011 г. – 12,6%

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

Единичный характер носят обращения по вопросам образа жизни, которые включают консультации по вопросам питания, курения, потребления алкоголя, переутомления, физической активности и пр. Характерно, что от 2009 к 2011 г. доля этих обращений в структуре «Z» - класса возросла с десятых долей процента до нескольких процентов. По-видимому, активная информационная кампания по оздоровлению образа жизни, а также открытие Центров здоровья начали позитивно сказываться на формировании самосохранительного поведения молодежи (таблица 3).

Таблица 3- Структура обращений молодежи 18-34 лет в соответствии с XXI классом МКБ-10 «Факторы, влияющие на состояние здоровья и обращения в учреждения здравоохранения» %

	2009 год	2010 год	2011 год
обращения в учреждения здравоохранения для медицинского осмотра и обследования (z00-z13)	63,4	64,4	71,5
потенциальная опасность для здоровья, связанная с инфекционными болезнями (z20-z29)	32,6	31,0	16,2
обращения в учреждения здравоохранения в связи с обстоятельствами, относящимися к репродуктивной функции (z30-z39)	0,0	0,0	0,1
обращения в учреждения здравоохранения в связи с необходимостью проведения специфических процедур и получения медицинской помощи (z40-z54)	0,2	0,4	1,8
обращения в учреждения здравоохранения в связи с другими обстоятельствами (z70-z76)	0,1	0,6	6,8
потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным и семейным анамнезом и определенными состояниями, влияющими на здоровье (z80-z99)	3,7	3,6	3,7
	100,0	100,0	100,0

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

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

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

показатели их сверстников в развитых странах в 4,5 раза, в странах ЦВЕ – в 3 раза, для женщин разрыв составил 3,7 раза (рисунок 3).

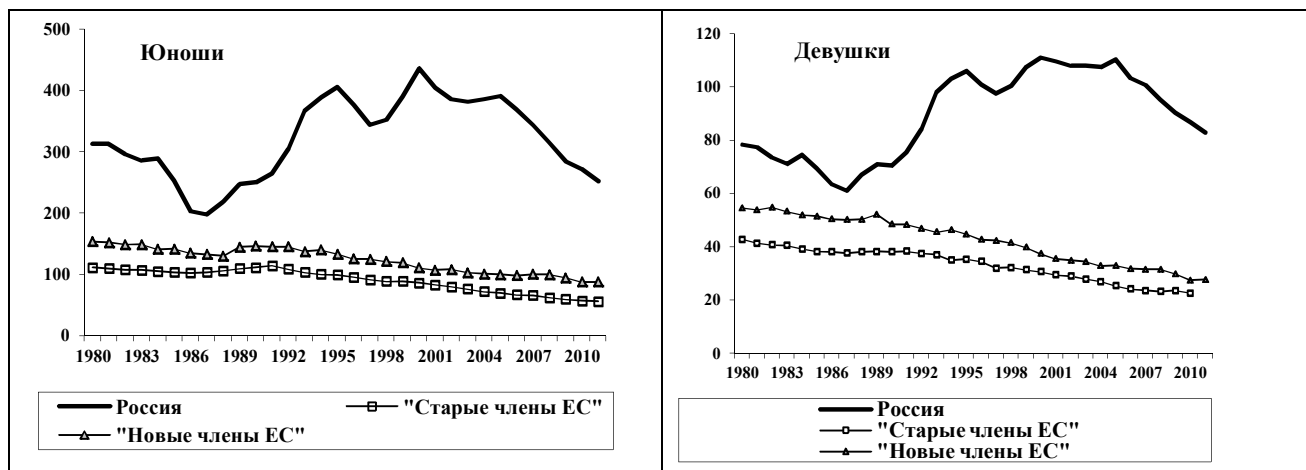


Рисунок - 3. Динамика смертности молодежи в возрасте 15-29 лет (на 100 тыс. лиц соответствующего возраста и пола) в 1980-2011 г.

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

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

В 1990-е – 2000-е годы ситуация со смертностью молодежи в Красноярском крае развивалась более позитивно как на фоне Сибирского округа, так и страны в целом: у мужчин смертность за 1989-2011 г. снизилась на 18,7% против ее роста в Сибири (на 8,8%) и возвращения к уровням конца 1980-х годов в России; у женщин темпы роста смертности были впятеро ниже, чем в Сибири, и втрое, чем в России (5,7% против 28,1% и 15,0% соответственно). И у мужчин, и у женщин лучшая динамика определялась как менее выраженными негативными трендами до 2005 гг., так и более выраженными позитивными тенденциями последнего периода (2005-2011 г).

Позитивные тренды 1989-2011 гг. в мужской популяции края на фоне негативных трендов в Сибири и России определялись снижением смертности от внешних причин и неточно обозначенных состояний и менее выраженными негативными тенденциями от всех соматических патологий, кроме новообразований: онкологическая смертность молодых мужчин в крае выросла, в округе и стране – снизилась более чем на четверть. В женской популяции кратно меньшие, чем в Сибири и России, темпы роста смертности были обусловлены лучшими, чем в округе и стране в целом, тенденциями смертности от всех причин, кроме онкологии и болезней органов пищеварения (рисунок 4).

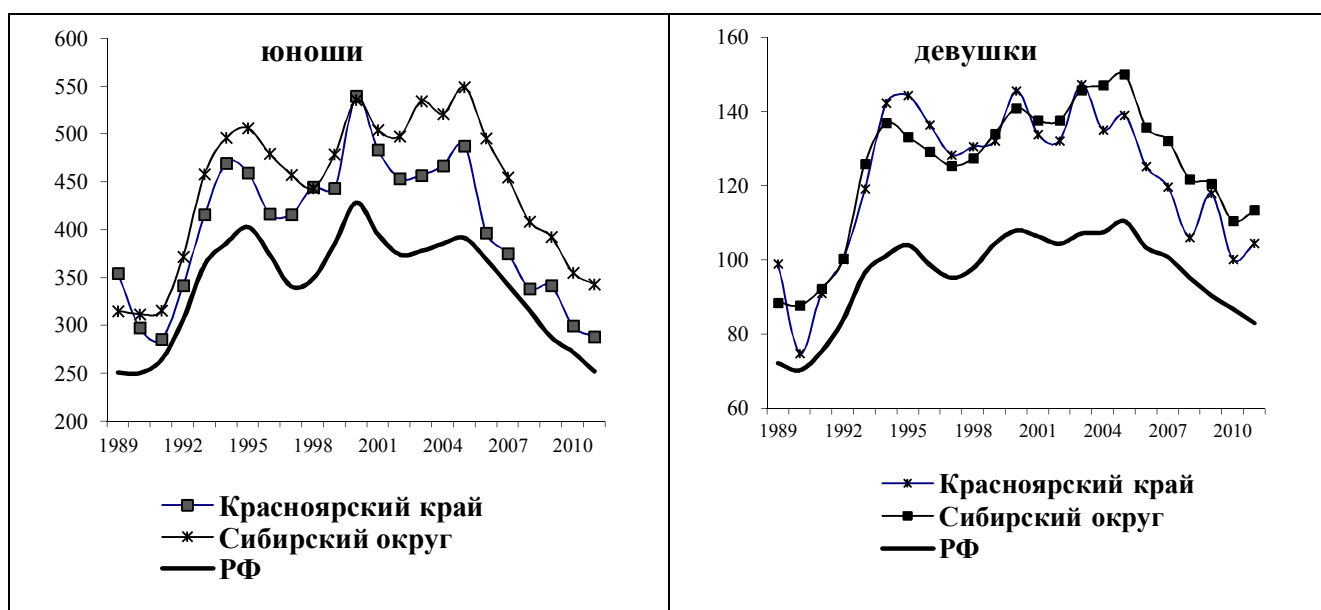


Рисунок 4 - Динамика смертности 15-29-летнего населения Красноярского края, Сибирского федерального округа и России в 1989-2008 гг.

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

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

Таблица 4.- Вклад основных внешних причин в смертность молодежи Красноярского края от травм и отравлений, по характеру инцидента (2011г.).

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

Травмы и отравления – ведущая причина смерти в молодых возрастах – характеризовались более позитивной динамикой в крае и на окружном и на российском фоне. В свою очередь, эта динамика была обусловлена всеми ведущими внешними причинами, кроме алкогольных и неалкогольных отравлений. Вследствие этого в настоящее время (2011 г.) доля алкогольных и особен-

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

Масштабы потерь, обусловленных поведенческими факторами риска (алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией) существенно возрастают, если учитывать не только отравления, но и соматическую смертность, ими обусловленную. Так, даже если учитывать алкогольную смертность только по диагнозам с прямым указанием на алкогольную этиологию, потери молодежи Красноярского края увеличивается на четверть (на 27,8% в мужской и на 21,1% в женской популяции). Если же исходить из нозологического спектра смертности, можно с высокой степенью вероятности указать, что в 2008 г. в Красноярском крае 26,3% смертей молодых мужчин от психосоматической патологий и 16,9% - молодых женщин были обусловлены тремя факторами риска – алкоголизмом, наркоманией и токсикоманией, причем в первую очередь поражалась пищеварительная система (таблица 5). В целом же можно констатировать, что каждая пятая смерть лиц 15-29 лет прямо или косвенно была обусловлена алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией или их сочетанием.

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



Таблица 5.- Вклад патологий, обусловленных поведенческими факторами риска, в смертность 15-29-летнего населения Красноярского края (2008 г.).

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

Представляется, что подобная ситуация определяется как общими для России факторами – до конца не исчерпанными негативными социальными последствиями 1990-х годов, приведшими к формированию существенного слоя лиц, слабо социально адаптированных, с присущим им девиантным поведением, так и таким специфическим для края фактором, как пролегание по его южным регионам наркотрафика из Казахстана на Урал и в Центральную Россию. Представляется, что принципиального улучшения ситуации в крае можно добиться только комплексными усилиями всех общественных институтов (здравоохранение, правоохранительные органы, образование), при адресной их направленности на группы риска, в которую входят в первую очередь слабо со-

циально адаптированные слои с низким образовательным цензом и профессиональным статусом.

**В пятой главе** проанализированы социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющие на формирование здоровьесберегающего поведения молодежи.

В целом по России распространенность саморазрушительных форм поведения в молодежной среде является высокой: к группе риска тяжелых алкогольных последствий можно отнести около 16% мужчин (среднегодовое потребление более 16 л в пересчете на абсолютный алкоголь) и 13% женщин (среднегодовое потребление более 6 л); курящие больше пачки в день - насчитывают около 10% мужчин менее полпроцента женщин.

Социальный портрет групп риска представлен преимущественно разведенными и разошедшимися, а в случае злоупотребления алкоголем - также женщинами, состоящими в неформальных брачных союзах. Отсутствие работы, независимо от предшествующего трудового анамнеза, и сопутствующая этому статусу бедность и/или сужение социальной перспективы повышает риск алкоголизации и курения с тяжелыми последствиями. Для женщин специфическим фактором риска является работа во внебюджетной организации и индивидуальное предпринимательство.

Распространенность форм поведения, ведущих к накоплению факторов риска, проявляющихся в средних возрастах, также сохраняется на высоком уровне. Крайние позиции: и дефицит массы тела и избыточный вес встречаются у 5-10% молодежи. Причем в молодых возрастах нарушения веса практически не связаны с характером питания, а определяются уровнем физической активности, что понижает у молодежи актуальность темы формирования стереотипов здорового питания.

Недооценивается роль полноценного отдыха как фактора восстановления сил и здоровья, особенно лицами, имеющими семью и детей. Расширение категорий тех, кто использует отпуск регулярно и проводит его в активных фор-

мах, определяется, прежде всего, расширением средне - и высокодоходных групп образованной и работающей молодежи, не имеющей семьи.

Готовность изменить образ жизни существенно зависит от того, о каких элементах поведения идет речь. В отношении психоактивных веществ (алкоголя и табака) прослеживается влияние зависимости, поэтому, чем выше уровень потребления алкоголя или частота курения, тем реже респонденты готовы изменить свое поведение. Что касается отдыха и характера питания, то перспективы позитивных сдвигов в этом отношении в большей степени определяются повышением информированности и наличием условий для оздоровления образа жизни.

Исследование показало, что значительная часть учащейся молодежи Красноярска (в средних и высших учебных заведениях) имеет низкий уровень самосохранительной культуры, что является существенным фактором риска преждевременной смертности.

Таблица 6- Распределение студентов и учащихся Красноярска по среднедушевому потреблению алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь в зависимости от места учебы, %

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

К группе тяжелых алкогольных последствий относятся 8,6-6,3% студентов и 8,7-7,4% учащихся, соответственно мужчин, потребляющих в год более

12 л год в пересчете на абсолютный алкоголь и женщин со среднестатистическим потреблением более 9 л (таблица 6). К группе риска по последствиям курения относятся лишь около 1% респондентов, т.е. тех, кто выкуривает ежедневно больше пачки. Проблемной группой являются также те респонденты, которые ежедневно выкуривают от 10 до 20 сигарет: по данным опроса к этой категории причислили себя 7,7% мужчин и вдвое меньшее число женщин – 3,5%.

Полученные данные соответствуют установленным ранее закономерностям о том, что в России стираются различия по масштабам потребления алкоголя и курения в зависимости от уровня образования, прежде всего в молодежной среде.

Наиболее популярными у молодых людей являются виды физической культуры и оздоровления, подразумевающие возможность коллективных походов и общения (посещение спортивно-оздоровительных секций, бассейна, фитнес-центра), при этом учащиеся колледжей более привержены регулярным занятиям, чем студенты: 45,7-39,1% среди мужчин и 32,9-20,4% среди женщин ( $p \leq 0.05$ ).

Диспропорции весо-ростовых характеристик молодежи проявляются как в дефиците массы тела, характерного преимущественно для женщин, причем в равной степени студенток и учащихся колледжей (четверть респонденток имеют пониженный ИМТ), так и в ее избытке, характерном преимущественно для мужчин, и исключительно студентов (пятая часть респондентов имеют повышенный ИМТ).

Среди девушек – половина, а у юношей немногим менее двух третей респондентов не имеют критериев выбора рациона питания, и еще у пятой части мужчин и трети женщин эти критерии не имеют отношения к здоровому питанию. Единственное отличие женского и мужского подхода к питанию связано с существенно более распространенной среди женщин идеей похудения ( $p \leq 0.05$ ). Диспропорции ИМТ не стимулируют потребность в знаниях о здоровом питании и следовании рекомендациям.

Таблица 7.-Распределение по самооценке образа жизни в зависимости от масштабов среднедушевого потребления алкоголя в год в пересчете на абсолютный алкоголь, %

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

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

Молодежь в целом адекватно оценивает свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения. У молодых людей присутствует понимание, что физическая активность – есть неотъемлемый элемент здорового образа жизни, что находит отражение в увеличении позитивных самооценок образа жизни среди тех, кто регулярно занимается физической культурой и сокращением их среди физически пассивных респондентов.

Что касается алкогольного поведения и курения, то прослеживается четкая зависимость: потребляющие алкоголь и курящие молодые люди в среднем оценивают свой образ жизни как менее здоровый в сравнении с не пьющими и не курящими. Вместе с тем, диспропорции ИМТ, связанные с дефицитом или превышением массы тела, респонденты не рассматривают как угрозу здоровью.

Выявлена низкая степень готовности изменить свой образ жизни у много пьющих и курящих респондентов, которая связана не с отсутствием знаний о вреде алкоголя и курения, а о формировании зависимости, от которой респонденты самостоятельно, по-видимому, уже не способны избавиться.

По результатам исследования оказалось, что нет ни одной проблемы личностного характера, или из области государственной политики, которая служила бы серьезной помехой для того, чтобы большинство молодых людей изменили свое поведение в отношении здоровья. Иными словами, нет нескольких ключевых универсальных проблем, решив которые, можно было бы добиться существенного роста продолжительности жизни. Действовать необходимо по широкому кругу направлений, что позволит получить заметный синергетический эффект.

**В шестой главе** исследования дается обоснование профилактической платформы здоровьесберегающего поведения молодежи, в основу которой заложена парадигма - от здоровья индивидуума к здоровью популяции. Данный подход ориентирован на модели информированного сотрудничества, партнерства, ответственного поведения индивидуума за свое здоровье и направлен на модернизацию взаимоотношений между производителями и потребителями медицинских услуг. Ключевым звеном является организация первичной медико-санитарной помощи, ориентированной на потребности молодежи в отношении здоровья. Ее эффективность отслеживается с помощью мониторинга здоровья, который представляет собой взаимоувязанный межведомственный контроль, базирующийся на достоверных источниках информации и надежных маркерах эффективности.

Проведенный нами аудит отчетных формы заболеваемости показал, что технические возможности по сбору и обработке информации имеют различную степень ограничения, а аналитическая база автономна. В результате, отсутствует эффективная и устойчивая система медицинского мониторинга здоровья 39,6 миллионов молодых граждан, представляющих более четверти населения страны - 27 %.

Методы сбора информации о здоровье молодежи (медицинская статистика, база данных территориальных фондов ОМС, страховых медицинских организаций, результаты комплексных осмотров населения и т.д.), четко ориенти-

рованы на конкретный информационный источник и поставленные цели, имеют сильные и слабые стороны, каждый отвечает на свои специфические вопросы.

В то же время, система мониторинга требует стандартизации сбора информации, позволяющей отслеживать изменения во времени и по регионам. Такая система должна быть достаточно гибка и адаптирована к различным ситуациям и условиям. Этим условиям наиболее полно отвечает электронная база информации 702 центров здоровья [ЦЗ], организованных в стране.

На основе вышеизложенного подхода в ходе исследования была предложена технологическая дорожная карта персонального мониторинга, представленная в виде пяти блоков (рисунок 5). По каждому блоку оценивались сильные и слабые стороны (внутренняя среда); возможности и угрозы (внешняя среда) в деятельности ЦЗ.

SWOT-анализ выявил проблемные зоны и возможности мониторинга здоровья молодежи, которые:

- оказывают наибольшее воздействие на показатели заболеваемости и смертности;
- поддаются воздействию эффективных мер первичной профилактики;
- отражают положительный опыт их изучения и контроля;
- дают возможность получения данных с соблюдением соответствующих этических требований.

Следующим шагом формирования инновационной профилактической среды является адаптация сетевой структуры учреждений здравоохранения в части основных стратегий профилактики: популяционная, высокого риска, вторичной профилактики.

Исследование показало, что в значительной части субъектов РФ не исполняется в той или иной степени Приказ Министерства здравоохранения РФ №455 от 23.09.2003 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения о профилактике заболеваний в Российской Федерации».



Рисунок 5 - Технологическая дорожная карта персонального мониторинга

Согласно приказа, организационно-методическая роль, межсекторальное и многоуровневое взаимодействие по формированию ЗОЖ и профилактике НИЗ возложена на республиканские, краевые, областные центры медицинской профилактики (ЦМП), которые, как выяснилось:

- в трети субъектов Федерации не созданы или ликвидированы;
- в ряде субъектов Федерации их функции возложены на отделения профилактики территориальных городских поликлиник.

В имеющихся ЦМП, вопреки приказа МЗ № 455, отсутствуют (или ликвидированы) отделы маркетинга и мониторинга, что не позволяет:

- изучать и формировать потребность в различных видах профилактики на уровне молодежной популяции и семьи;
- определять точки входа профилактики таких задач общественного здравоохранения, как ВИЧ/СПИД, психическое здоровье, токсикомания, преднамеренное и непреднамеренное насилие и т.п.;



-использовать новые информационные возможности, которые позволяют трансформировать популяционную стратегию профилактики в групповую и индивидуальную (Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков ВОЗ, Женева.-2012.-252 с. );

-осуществлять мониторинг здоровья молодежи.

Воссоздание ЦМП на новой основе требует аргументированного планирования материально-технических, информационных и кадровых ресурсов.

Затем был проведен контент-анализ 57 региональных целевых программ «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения», который выявил следующее.

1. В аналитической части большинства представленных программ отсутствовала оценка здоровья подростков и молодежи в части заболеваемости и смертности, как основы для выявления факторов риска и планирования на этой основе мероприятий по формированию ЗОЖ и профилактике ХНИЗ.

2. Цели, направленные на профилактику ХНИЗ в ряде программ были отрывочны, бессистемны, не имели конкретных сроков исполнения и индикаторов эффективности.

3. Запланированные на уровне региона финансовые ресурсы на реализацию подпрограмм колебались от 60 копеек до 60 рублей в год в расчете на одного человека.

4. Анализ доступности профилактических медицинских услуг населению был выполнен без учета региональных особенностей систем здравоохранения, опирался на концепцию оказания первичной медицинской помощи, традиционно ориентированную на болезнь и ее лечение, а не на нужды населения в отношении здоровья, не учитывался и возрастно-половой аспект профилактических мероприятий.

Цели развития тысячелетия ООН. Глобальные действия по профилактике ВОЗ	индикаторы эффективности	мониторинг здоровья в части риска развития ХНИЗ у прикрепленного населения	повышение информированности молодежи, снижение числа лиц, употребляющих табак, алкоголь, контроль питания	возрастно-половые модели поведения молодежи в субъекте РФ	разработка популяционной стратегии предупреждения факторов риска развития ХНИЗ	Законодательная и нормативная база профилактики в РФ
	медико-организационный блок	заболеваемость как основа для разработки профилактических мероприятий в АПУ	оптимизация деятельности профилактических учреждений (ЦЗ, ЦМП)	разработка целевых программ профилактики ХНИЗ	контент-анализ региональных профилактических программ субъектов РФ	
	аналитический блок	анализ уровня и структуры заболеваемости по МКБ-10. исчерпанная заболеваемость в АПУ	SWOT-анализ медицинских учреждений, оказывающих профилактические услуги (ЦЗ, ЦМП)	мониторинг распространенности факторов риска ХНИЗ в субъекте РФ	оценка социально-гигиенических, демографических и экономических детерминант здоровья молодежи РФ	
	информационный блок	базы данных поликлиник: обращаемость молодежи за амбулаторной помощью	порядки и стандарты оказания профилактической медицинской помощи (по возрасту, полу)	базы данных территориальных МИАЦ и фондов ОМС по факторам риска ХНИЗ	материалы Росстата и Минздрава РФ по ведущим показателям	
Правительственная Комиссия по вопросам охраны здоровья граждан						

Рисунок 6. Профилактическая платформа здоровьесберегающего поведения молодежи

5. Не использовались в качестве индикаторов показатели здоровья молодежи, заложенные в электронный комплекс «Здоровье-экспресс» ЦЗ. В качестве индикаторов здоровья молодежи целесообразно использовать Перечень, представленный в Государственной программе развития здравоохранения РФ до 2020 года, который дополняется критериями, отражающими приоритетные направления профилактики в соответствии с особенностями здоровья и условий жизни молодежи на уровне субъекта Федерации. Дополнительно могут быть использованы индикаторы ВОЗ дифференцированные по факторам риска, по результатам, по действиям.

Вышеизложенное послужило основанием для разработки профилактической платформы здоровьесберегающего поведения молодежи, представленной в виде четырехуровневой матрицы взаимоувязанных блоков: информационного, аналитического, медико-организационного и индикаторы эффективности (рисунок 6). По горизонтали каждый из четырех блоков информационного уровня включает меры, направленные на решение задач, связанных с парадигмой здравоохранной стратегии - от здоровья индивидуума к здоровью популяции.

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

## ВЫВОДЫ

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

2. Выявлены особенности заболеваемости молодежи в контексте формирования здоровьесберегающего поведения. К ним относится, существенная зависимость возрастных, гендерных и нозологических особенностей первичной заболеваемости от обращаемости за медицинской помощью. Снижение обращаемости сказывается на сокращении выявленной первичной заболеваемости в возрастах до 20 лет и старше 30 лет; на сближении показателей для мужчин и женщин; на снижении выявления практически всех основных видов патологии, характерных для молодежи: болезни органов дыхания, костно-мышечной системы, органов пищеварения, глаза, нервной системы.

3. Установлены закономерности смертности российской молодежи в сравнении с их европейскими сверстниками, которые характеризуются:

- более высоким уровнем потерь накануне социально-экономических преобразований, как вследствие более низкого уровня жизни, так и в результате моделей поведения с большим риском для здоровья;

- негативными тенденциями в процессе социально-экономической трансформации вследствие ее выбранной модели;

- наличием факторов, тормозящих благоприятную динамику в период социально-экономического восстановления, в качестве чего выступает региональная неоднородность смертности и ее тенденций, определяемая территориальными различиями условий и образа жизни.

4. Выявлены особенности формирования смертности молодежи Красноярского края, которые характеризуются более высокими уровнями, но при этом, более позитивными тенденциями в сравнении с Сибирским ФО и Россией, что

определялось всеми ведущими причинами смерти, кроме новообразований и болезней органов пищеварения.

5. Оценка резервов предотвратимой смертности, обусловленных поведенческими факторами риска показала, что пятую часть всех случаев смерти молодых людей 15-29 лет в Красноярском крае составляют отравления или соматическая патология, обусловленная алкоголем, наркотиками или их сочетанием. Определены потенциальные (связанные с недоучетом) масштабы потерь молодежи от насилия, которые свидетельствуют, что реальный уровень убийств среди молодых жителей Красноярского края превышает официальные показатели территории в 1,5 раза, среди их ровесниц – на треть, самоубийств – на треть и в 1,5 раза соответственно.

6. Выявлены социально-гигиенические и демографические детерминанты, влияющее на формирование здоровьесберегающего поведения, важнейшими из которых являются: негативные тренды саморазрушительных форм поведения у женщин, свидетельствующие об ускоренном освоении ими мужских ролей и соответствующих факторов риска (злоупотребление алкоголем, курение); недооценка значения полноценного отдыха как фактора восстановления сил и здоровья, особенно молодыми людьми, имеющими семью и детей; сокращение различий между социальными стратами и формирование обратных зависимостей между социальным статусом и самосохранительным поведением.

7. Исследование показало, что молодежь в целом адекватно оценивает свой образ жизни с учетом реального самосохранительного поведения. Исключение составляют:

- группа риска по курению и категория пьющих с тяжелыми алкогольными последствиями, которая утрачивает критическое отношение к своему образу жизни из-за формирующейся зависимости;

- лица с резким дефицитом или напротив, со значительным превышением индекса массы тела, которые не рассматривают это как угрозу здоровью.

8. Контент-анализ целевых программ «Профилактика неинфекционных заболеваний и формирование здорового образа жизни у населения» 57 субъек-

тов Российской Федерации позволил выявить три типа нарушений логики программно-целевого планирования: проблемной ситуации соответствует несколько целей; выбор приоритетных направлений не обоснован результатами аналитических исследований; отсутствуют критерии и индикаторы медицинской, социальной и экономической эффективности. Использование контент-анализа на этапе разработки профилактической программы позволяет избежать указанных недочетов и сконцентрировать внимание на основных проблемных зонах тактического и стратегического характера, присущих конкретному региону.

9. Разработана платформа здоровьесберегающего поведения молодежи, представляющая собой четырехуровневую матрицу взаимоувязанных блоков: информационного, аналитического, медико-организационного и индикаторы эффективности (по вертикали). По горизонтали каждый из четырех блоков включает меры, направленные на решение задач, связанных с современной парадигмой здравоохранной стратегии - от здоровья индивидуума к здоровью популяции.

## **ПРЕДЛОЖЕНИЯ**

Федеральным органам законодательной власти:

-обобщить региональный опыт законодательной базы молодежной политики и на этой базе разработать и принять Федеральный закон «О молодежной политике в Российской Федерации», что будет способствовать реализации беспрецедентной по своему масштабу государственной программы профилактики болезней, здоровому образу жизни, молодежи страны – популяции, определяющей демографическую ситуацию, экономическое могущество и обороноспособность страны.

Министерству здравоохранения Российской Федерации:

-внести в «Форму №12 Федерального Государственного статистического наблюдения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания ЛПУ» возрастную градацию по всему спектру МКБ-10, что даст возможность выделить группу молодежи из общей численности населения и иметь объективные данные для принятия медико-

организационных решений, направленных на профилактику ХНИЗ и социально-значимых болезней.

-рассмотреть возможность коррекции приказа 597 в части объединения детских и взрослых центров здоровья в структуру семейных ЦЗ, что даст возможность формирования самосохранительного поведения молодежи, начиная с подросткового возраста.

Органам региональной и муниципальной исполнительной власти:

-при разработке региональных комплексных целевых программ здорового образа жизни молодежи проводить SWOT-анализ региональной охранной стратегии в части изучения трендов заболеваемости, инвалидности и смертности данной популяции, что позволяет выстроить профилактический алгоритм, ориентированный на детерминанты здоровья различных страт молодежи.

-использовать контент-анализ на этапе разработки целевых профилактических программ, что позволит избежать недочетов и сконцентрировать внимание на основных проблемных зонах тактического и стратегического характера, присущих конкретной территории.

-организовывать в образовательных учреждениях волонтерское движение по формированию здорового образа жизни как среди учащейся, так и работающей молодежи с широким использованием социальных сетей.

Органам управления здравоохранением:

-инициировать укрепление медико-профилактической базы образовательных учреждений для формирования здорового образа жизни молодежи и использовать в качестве его провайдеров специалистов, работающих в первичном звене здравоохранения.

-активно внедрять в территориях модель первичной медико-санитарной помощи, ориентированную на нужды молодежи относительно здоровья.

-для критериев оценки конечного результата усилий здравоохранения, направленных на снижение предотвратимых потерь здоровья молодежи ис-

пользовать данные медицинской статистики, социологических опросов, профилактических осмотров.

Руководителям медицинских учреждений:

-повышать компетентность врачей по вопросам профилактики и формирования здорового образа жизни путем привлечения профессорско-преподавательского состава высших медицинских учреждений.

-привлекать специалистов возглавляемых поликлиник и центров здоровья в образовательные и просветительские мероприятия по здоровому образу жизни, профилактическую и оздоровительную работу на базе образовательных учреждений.

-использовать электронную базу «Поликлиника» для анализа структуры поводов обращения в учреждения здравоохранения вне связи с заболеваниями, что может быть использовано в качестве объективного критерия качества профилактической работы в первичном звене здравоохранения.

-организовывать школы здоровья для молодежи, ориентированные на профилактику ХНИЗ и социально значимых болезней с учетом региональных особенностей.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

1. Федоткина С.А. Проблемы смертности российской молодежи / С.А. Федоткина // Материалы I Международной научно-практической конференции «Современные тенденции развития образования взрослых». Красноярск, 2009.-с. 183-187.
2. Федоткина С.А. Распространение курения среди молодежи / С.А. Федоткина // Мат. II Всероссийск. научно-практической дистанционной интернет-конференции. - Курск: КГМУ, 2010 – 1 CD [http://ksumpf.ru/publ/konferencija/sovremennye\\_problemy\\_ekologii\\_cheloveka\\_i\\_gigieny\\_okrsredy\\_i\\_obespechsan\\_epidblagopoluch\\_naselenija/rasprostranenie\\_kur\\_enija\\_sredi\\_molodezhi/13-1-0-105](http://ksumpf.ru/publ/konferencija/sovremennye_problemy_ekologii_cheloveka_i_gigieny_okrsredy_i_obespechsan_epidblagopoluch_naselenija/rasprostranenie_kur_enija_sredi_molodezhi/13-1-0-105).
3. Федоткина С.А. Причины смерти молодежи: особенности Красноярского края / С.А. Федоткина // Материалы Всеросс., науч.-практич. Конф. «Демографические перспективы России и задачи демографической политики». М., Экон-Информ, 2010, Выпуск 1. –с. 111-115.
4. Федоткина С.А. Алкогольное поведение молодежи / С.А. Федоткина // Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным



участием «Актуальные проблемы современной науки и образования. Безопасность жизнедеятельности», посвященной 100-летию Башкирского государственного университета. Уфа, РИЦ БашГУ, 2010.-с. 49 – 54.

**5. Федоткина С.А. Травмы и отравления среди причин смерти молодежи в России и Красноярском крае [Электронный ресурс] / С.А. Федоткина // Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник (электронный журнал) – 2010.- №2 (14) –Режим па: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/207/30/>**

6. Федоткина С.А. Самоубийства, как причина смерти молодежи / С.А. Федоткина // Материалы Третьей Международной Телеконференции «Проблемы и перспективы современной медицины, биологии и экологии». Томск. - 2010. <http://tele-conf.ru/aktualnyie-problemyi-zdorovya-cheloveka/samoubiystva-kak-prichina-smerti-molodezhi.html>

7. Федоткина С.А. Особенности смертности молодёжи в России и европейских странах / С.А. Федоткина // Труды Междунар. форума по проблемам науки, техники и образования / под ред. В.А. Малинникова, В.В. Вишневого – М., 2010. -с. 156-157.

8. Тенденции смертности российской и европейской молодёжи /А.Е. Иванова, С.А. Федоткина //Сб. статей по материалам всероссийской научно-практической конференции «Государственная молодежная политика: демографический аспект». М., 2010.-с.249-253.

**9. Реконструкция реальных потерь от некоторых социально значимых причин смерти (на примере молодежи Красноярского края) /В.Г. Семенова, С.А.Федоткина //Здравоохранение Российской Федерации.- М., 2010. № 6. - с. 21-26.**

10. Федоткина С.А. Мотивация на долголетие / С.А. Федоткина // Права ребенка. М., 2010., декабрь.-с. 62-65

11. Федоткина С.А. Потребность в долголетию: по результатам опроса российской молодёжи / С.А. Федоткина // Современные исследования социальных проблем. - 2011. - № 2. - с. 205-208.

12. Федоткина С.А. Оценка изменений в алкогольном поведении молодёжи на фоне политики по оздоровлению образа жизни / С.А. Федоткина // Материалы Четвёртой Международной Телеконференции «Проблемы и перспективы современной медицины, биологии и экологии». Томск. 2011.-<http://tele-conf.ru/prepodavatel'skaya-deyatelnost-i-gumanitarnyye-dist/otsenka-izmeneniy-v-alkogolnom-povedenii-molodezhi-na-fone-politiki-po-ozdorovleniyu-obraza-zhizni.html>

13. Информированность молодежи в отношении мер демографической политики. /А.Е.Иванова, С.А.Федоткина // Здоровье и социально-демографические процессы в России: Сборник статей под ред. А.Ю.Шевякова. М.: ИСЭПН РАН, 2010. -с. 136-147.

**14. Общественное мнение в отношении мер демографической политики в области улучшения здоровья и снижения смертности / А.Е. Иванова, С.А. Федоткина, Т.В. Яковлева // Социальные аспекты здоровья населения.**

- Информационно-аналитический вестник (электронный журнал) - 2011. - № 1 (17). – Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/255/30/>**
- 15. Проблемы смертности российской молодежи / А.Е. Иванова, С.А. Федоткина // Здоровоохранение Российской Федерации. М., 2011. № 2.-с. 3-7.**
- 16. Федоткина С.А. Травмы и отравления среди причин смерти молодежи в России / С.А. Федоткина // Здоровоохранение Российской Федерации. М., 2011. № 2. –с. 20-24 .**
17. Федоткина С.А. Медицинские знания и медицинская активность молодежи / С.А. Федоткина // Материалы всероссийской научно-практической конференции «Демографическое развитие России: задачи демографической политики и усиления социальной поддержки населения». М., 2011. –с. 206-208.
18. Федоткина С.А. Самооценка молодыми людьми своего образа жизни и готовность его изменить / С.А. Федоткина // Мат. V Всероссийск. с междунар. участ. Науч-практич. Конф. «Здоровье населения – основа процветания России», Изд-е филиала РГСУ в г. Анапе, 2011.-с. 374 — 375.
19. Федоткина С.А. Развитие паралимпийского спорта как средства реабилитации лиц с ограниченными возможностями на территории Красноярского края / С.А. Федоткина // Мат. Междунар. Электрон. Науч. Конф. «Физическое воспитание, спорт, физическая реабилитация и рекреация в высших учебных заведениях: проблемы и перспективы развития». Красноярск, 2011. -с. 272-275.
20. Федоткина С.А. Медицинские аспекты самосохранительного поведения молодежи / С.А. Федоткина // В мире научных открытий. Красноярск, 2011. вып. 1. С. 257-258-Режим доступа: [http://nkras.ru/nt/nt2011\\_1.pdf](http://nkras.ru/nt/nt2011_1.pdf).
- 21. Ценности здоровья в структуре ценностей студентов и учащихся колледжей / С.А. Федоткина, Л.Н. Яцковская // Современные исследования социальных проблем (электронный журнал). – 2011. – №3(07).-с. 52-52.**
- 22. Спрос на долголетие у студентов и учащихся колледжей / Т.В.Яковлева, С.А.Федоткина, А.А.Иванова // Сибирское медицинское обозрение. Красноярск. – 2011. Т. 72. № 6. –с. 105-110.**
- 23. Готовность к изменению образа жизни среди студентов и учащихся колледжей / С.А. Федоткина, Л.Н. Яцковская // Современные исследования социальных проблем (электронный журнал). – 2012. – №3 (11)-Режим доступа: <http://sisp.nkras.ru/e-ru/issues/2012/3/fedotkina.pdf> .**
- 24. Здоровьесберегающее поведение подростков и молодежи как основа здоровья будущих родителей / С.А.Федоткина, А.А.Иванова // Российский педиатрический журнал М., - 2012. – №1.-с. 24-28.**
25. Формирование компетентности по вопросам аддиктивного поведения у студентов педагогического ВУЗа / С.А. Федоткина, А.С. Волосова // Матер. VII Междунар.науч. конф. «Образование и социализация личности в современном обществе» Красноярск, - 2012. – Т. 2.-с. 142 – 151.
26. Федоткина С.А. Смертность молодежи Красноярского края в контексте ее самосохранительного поведения. //Материалы Всероссийской научно-практической конференции 30-31 мая 2012 года / Под ред. Л.Л. Рыбаковского – М.: Экон-информ, 2012. Выпуск 2. –с. 122-128

27. Здоровьесберегающая деятельность в общеобразовательных и высших учебных заведениях России./А.А. Иванова, Т.В. Яковлева // Вестник РГМУ.-2012.-№3.- с. 68-71.
28. Здоровьесберегающее поведение подростков и молодежи как основа здоровья будущих родителей/А.А. Модестов, А.А. Иванова, С.А. Федоткина// Российский педиатрический журнал М., - 2012. – №3. -с. 46-50.
- 29.Модернизация профилактического направления в педиатрии: проблемные зоны и возможности./ А.А. Модестов, С.А. Косова, В.И. Бондарь, С.А. Федоткина// Профилактическая медицина, том 16 № 3.- 2013. - с. 14-21.
30. Центры здоровья для детей:проблемы и перспективы развития/А.А. Модестов, С.А. Косова, Ю.С. Неволин, А.З. Фаррахов, С.А. Федоткина. Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник (электронный журнал) – 2013.- №3 (31)– Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/>
31. Научный подход к формированию самосохранительного поведения студентов СПбГУ.-Материалы науч.-практич. конф. «Физическая культура и спорт в системе высшего образования»/ С.А.Федоткина, С.Ш. Намозова, Л.В. Шадрин, А.М. Жирков. – М.: Издательство «Перо». –2013.- С. 236 -244.
32. Состояние здоровья детского населения как основа разработки региональных программ медицинской профилактики/ А.А. Модестов, С.А. Косова, А.З. Фаррахов, С.А. Федоткина.- //Российский педиатрический журнал №4.-2013.-С.53-57
33. Оценка региональных программ медицинской профилактики через призму показателей здоровья детской популяции/ А.А. Модестов, С.А. Косова С.А. Федоткина, // Вестник СПбГУ, 2013. Сер.11. Вып.3. –с.194-204.
34. Инновационные технологии в центрах здоровья для детей [электронный ресурс]/ А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Т.В. Яковлева, А.А. Модестов, С.А. Косова, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская, А.А. Иванова А.А. Ю.С. Неволин, В.И. Бондарь В.И, И.М. Волков, А.З.Фаррахов, С.А. Федоткина// Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник (электронный журнал) -2013.- №6. (34).- Режим доступа: <http://vestnik.mednet.ru/>

#### **МОНОГРАФИИ И ПРОГРАММЫ ДЛЯ ЭВМ**

35. Федоткина С.А. Особенности самосохранительного поведения молодежи / А.Е.Иванова, С.А. Федоткина // В кн.: Развитие человеческого потенциала в России сквозь призму здоровья населения. М.: Литтерра, 2012. С. 255-302.
36. Федоткина С.А. Смертность молодёжи Красноярского края в контексте её самосохранительного поведения: монограф., LAP GmbH & CO.KG, 2012. – 102 с.
37. Самосохранительное поведение молодежи / А.Е.Иванова, С.А. Федоткина // В кн.: Демографическое настоящее и будущее России. /Ред. Колбанова В.Ф., Рыбаковского Л.Л. – М.: Экон-информ, 2012. С. 290-362.
- 38.Программа для проведения комплексного исследования заболеваемости детей и подростков по данным медицинских осмотров специалистами и данным

обращаемости - SOCPEDIATRIA. - Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009615039. – 2010/ С.А. Косова, Д.Ю. Колосов, А.А. Модестов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Федоткина.

39. Программа расчёта общей накопленной заболеваемости по результатам обращения детей и подростков – АССОМ. Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2009614574. – 2010/ С.А. Косова, Д.Ю. Колосов, А.А. Модестов, В.Ю. Альбицкий, С.А. Федоткина.

40. Программа для анализа заболеваемости детского населения по данным электронных баз регистрации муниципальных поликлиник и результатам медицинских осмотров-SOCPEDIATRIA-3. - Свидетельство о государственной регистрации программы для ЭВМ № 2011610938. – 2011/ В.Ю. Альбицкий, С.А. Косова, Д.Ю. Колосов, А.А. Модестов, С.А. Федоткина, Д.Ю. Лебедев, Е.В. Бекетова.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ**

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВУЗ – высшее учебное заведение

ОУ – образовательное учреждение

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИМТ- индекс массы тела.

ИЗ – исчерпанная заболеваемость

ЦП –целевая программа

МОТ –международная организация труда

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

ООН – Организация Объединенных Наций

РКБТ – Рамочная конвенция ВОЗ по борьбе против табака

ССПОУ – среднее специальное и профессиональное образовательное учреждение

СМО - страховая медицинская организация

Территориальный фонд обязательного медицинского страхования

ХНЗ – хронические неинфекционные заболевания

ЦЗ – центр здоровья

ФЗ – Федеральный закон

Страны ЦВЕ - страны Центральной и Восточной Европы