



ФГБУ «НАЦИОНАЛЬНЫЙ НИИ
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ ИМ. Н.А. СЕМАШКО»

**“Здоровье населения и развитие”
 (“Population, Public Health and Development”)**

**IX -я Международная научно-практическая конференция
молодых ученых, аспирантов и студентов
(21-22 апреля 2023 г.)**

Труды конференции

Москва
2023

Труды 9-ой Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» (21-22 апреля 2023 г.; Москва) // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А.Семашко», 2023. - 221 с.

Под редакцией:

Арсеенковой Ольги Юрьевны, к.м.н., ст.н.с.

Васильевой Татьяны Павловны, д.м.н., профессора

Воробьевой Анны Владимировны, мл.н.с.

Селезневой Елены Владимировны, к.э.н.

Тарасенко Елены Анатольевны, к.с.н.

Юмагузина Валерия Валерьевича, к.с.н.

©Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2023

©ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко», 2023

Содержание

СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ И СМЕРТНОСТЬ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ, СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ».....8

Применение результатов судебно-медицинских экспертиз в России для оценки алкоголь-ассоциированной смертности	8
Сельско-городские различия в уровне избыточной смертности во время жары 2010 г. в Европейской России	11
Стратегии вакцинации от covid-19 в Европе и их связь с избыточной смертностью	15
Здоровье населения как фактор развития человеческого капитала регионов России: типологический анализ.....	18
Использование системы здравоохранения среди различных групп населения российской федерации.....	24
Влияние здоровья на заработную плату.....	27
Эффективные формы коммуникационных сообщений в кампании по профилактике курения электронных сигарет	31
Потребление непитьевого алкоголя в России: пример Еврейской автономной области	35
Изучение влияния экономических факторов на рождаемость как показателя роста конкурентоспособности регионов России.....	39
Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017–2022 годы как механизм снижения уровня материнской смертности в России.....	42

СЕКЦИЯ «СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТЫ РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ. ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ»47

Обеспечение безопасности медицинской деятельности: как внедрять стандарты качества в условиях ограниченных ресурсов.....47

Место телемедицинских технологий в Российском здравоохранении 53

Взаимосвязь удовлетворенности пациентов услугами и качеством сервиса на примере медицинской организации.....56

Организационно-правовая структура медицинской помощи пациентам с орфанными заболеваниями на территории Российской Федерации..59

Финансирование здравоохранения: Россия по сравнению с европейскими странами63

Капитал людей, имеющих диагноз рак68

Телемедицина как возможность повышения качества медицинской помощи71

Профессиональное выгорание врачей-ординаторов: в чем роль социальных детерминант?74

Отношение населения и медицинских работников к биобанкированию77

Правовые аспекты контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий: меры для предотвращения оборота ненадлежащей медицинской продукции.....80

Искусственный интеллект на новой ступени развития системы здравоохранения. История, перспективы в России и в мире.....83

Особенности коммуникации врачей и пожилых в сельской местности на примере Ленинградской области89

СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТА СОХРАНЕНИЯ ТРУДОВОГО РЕСУРСА СТРАНЫ».....92

Инвалидность и смертность трудоспособного населения в изменяющейся эпидемиологической обстановке.....92

Мотивация донорства ооцитов: альтруизм vs практицизм.....96

Факторы ожидаемой продолжительности жизни: межстрановой анализ99

Реализация цели устойчивого развития о ликвидации голода, продовольственной безопасности и улучшении питания в условиях санкций: влияние на здоровье и смертность.....104

Итоги разработки аналитической модели принятия решений по необходимому финансированию лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний107

Предпосылки внедрения бригадных форм организации труда на терапевтических участках.....112

Влияние COVID-19 на состояние здоровья населения Самарской области трудоспособного возраста: гендерные, территориальные и экономические аспекты115

Разработка персонализированного и предиктивно-превентивного подхода на основе анализа распространенности эрозий зубов на стоматологическом приеме университетской поликлиники119

Реабилитация и абилитация как механизмы развития трудовой политики в отношении инвалидов122

Поведение, связанное со здоровьем, среди взрослого населения в России125

Влияние автотранспортной инфраструктуры городской среды на здоровье горожан.....128

Маркетинг как инструмент повышения качества в системе здравоохранения133

Медицинская информированность пациента как основа совершенствования пациентоориентированного подхода в системе общественного здоровья и здравоохранения.....	137
Показатели коморбидности как константа общественного здоровья	143
Массовый неонатальный скрининг как инструмент снижения социально-экономического и Глобального бремени болезни Спинальной мышечной атрофии 5q.....	148
Факторы, связанные с психологическим дистрессом в условиях затяжной пандемии covid-19 в России	151
Удовлетворенность и эффективность в системе здравоохранения	155

СЕКЦИЯ «СОВРЕМЕННАЯ СОЦИАЛЬНАЯ ПОЛИТИКА».....161

Инвалидность и смертность трудоспособного населения в изменяющейся эпидемиологической обстановке.....	161
Корреляция оценки уровня дохода домохозяйств с детьми в возрасте 10-17 лет с социально-демографическими параметрами и структурой расходов на детей	165
Оценка влияния мер региональной помощи на вероятность бедности в российских регионах в период пандемии	170
«Социальной казначейство» как вызов и новые возможности цифровой трансформации социальной сферы.....	174
ESG-стратегия как вспомогательный инструмент современной социальной политики	178

**МАСТЕРСКАЯ МОЛОДОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ДЛЯ
СТУДЕНТОВ УФИМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НАУКИ И
ТЕХНОЛОГИЙ.....182**

Культура потребления алкоголя среди молодежи города Уфы. Роль
алкоголя в их жизни182

Потребление алкоголя и отношение к борьбе с алкоголизмом среди
молодежи города Уфы187

Потребление алкоголя и отношение к борьбе с алкоголизмом среди
молодежи города Уфы193

Профилактика девиантного поведения подростков: понятие, виды ..202

Организация досуговой деятельности молодежи как условие ее
дальнейшей социализации210

Трансформация роли отца в семье.....215

СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ И СМЕРТНОСТЬ: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ, СТАРЫЕ ПРОБЛЕМЫ»

Применение результатов судебно-медицинских экспертиз в России для оценки алкоголь-ассоциированной смертности

Замятнина Е.С.

elena.zamyatnina@gmail.com

ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, НИУ ВШЭ, г. Москва

Ежегодно в России около 700 тысяч умерших, то есть треть, проходит судебно-медицинскую экспертизу (СМЭ). На мировом фоне в России этот показатель достаточно высок, – в Южной Корее он составляет примерно 2-3%, в Швеции - менее 12%, в Финляндии - 15% (Friberg, 2019; Oura, 2022; Park et al., 2019). Российские данные СМЭ представляют собой ценный источник данных для изучения смертности, и, так как процедура СМЭ обязательно включает исследование биологических жидкостей умершего на содержание этанола, на этих данных можно изучать в том числе влияние алкогольного фактора на российскую смертность (Школьников, Червяков, 2000; Zaridze et al, 2009).

Потребление алкоголя является одним из ведущих факторов риска, вносящих вклад в смертность в России, в особенности среди мужчин в трудоспособных возрастах (Korotayev et al. 2018; Leon et al. 2007; Nemtsov 2002; Neufeld, Rehm 2013).

Данные. Источником данных для этой работы являются данные судебно-медицинских экспертиз собранные ФГБУ «Российский центр судебно-медицинской экспертизы» Минздрава России на основе данных по форме С42. На их основе была рассчитана о доле умерших, в биологических жидкостях которых

был обнаружен этанол, без деления по полу и возрасту, по России и ее субъектам, в 2003-2020 гг., с делением по причинам смерти.

Цель данной работы - анализ доли умерших, в биологических жидкостях которых по результатам СМЭ был обнаружен этанол, по причинам смерти и регионам, в 2003-2020 гг. в России. Предполагается, что этот показатель может косвенно свидетельствовать о вкладе потребления алкоголя в смертность в России.

Методом анализа данных является описательная статистика и регрессионный анализ.

Результаты. Доля умерших с обнаруженным этанолом в биологических жидкостях составила 46% от всех прошедших СМЭ в 2003 году, затем плавно снижалась, достигнув 22% в 2019 г. Наиболее высоким это значение оказалось среди внешних причин смерти. Важно отметить, что в соответствии с российскими законодательствами СМЭ должны проходить умершие от внешних причин, и наши данные показывают, что это так. Среди умерших от внешних причин снижение за указанный период произошло с 60% до 47%, среди ненасильственных - с 31% до 14%. В классе неустановленных причин смерти значение варьировалась в диапазоне 36-45% без явной тенденции к снижению.

В абсолютных значениях число умерших, прошедших СМЭ, с обнаруженным в биологических жидкостях этанолом, варьировалось от 311 тысяч в 2003 до 140 тысяч в 2019 году.

Для ряда причин смерти на протяжении изученного временного периода устойчиво наблюдается ситуация, при которой у половины и более умерших, прошедших СМЭ, был обнаружен этанол. Это удушение петлей, повешение, воздействие низкой температуры, утопление, отравление угарным газом, механическая травма острыми орудиями.

В большинстве регионов показатели доли умерших с обнаруженным этанолом среди всех прошедших СМЭ, снижались, в некоторых достаточно существенно. Однако, в Республике Бурятия, Сахалинской области, Забайкальском крае, Магаданской области, Ненецком автономном округе и Мурманской области

заметного снижения не произошло, и данный показатель остается на достаточно высоком уровне (35% и выше). Самые низкие значения наблюдались в Чеченской Республике и Республике Ингушетия. В последние 5-10 лет происходит заметное и устойчивое снижение доли умерших с обнаруженным этанолом в биологических жидкостях от всех прошедших СМЭ в Московской области, Краснодарском крае, Волгоградской области, г. Севастополь, Приморском крае.

Показатель доли умерших от внешних причин, прошедших СМЭ, у которых был обнаружен этанол, по регионам, показал высокую степень корреляции с рядом показателей смертности и потребления алкоголя в этих регионах. Это свидетельствует о том, что данные СМЭ могут служить индикатором алкогольной смертности в России. Необходимы дополнительные исследования структуры умерших в разрезе по полу и возрасту, чтобы с наибольшей точностью воспользоваться данными СМЭ для оценки вклада потребления алкоголя в смертность в России.

Сельско-городские различия в уровне избыточной смертности во время жары 2010 г. в Европейской России

Максименко Михаил Романович

mmaksimenko@hse.ru

Институт демографии им. А.Г. Вишневого НИУ ВШЭ, г. Москва

Тимонин Сергей Андреевич

sergey.timonin@anu.edu.au

School of Demography, CASS,
Australian National University, Canberra

Шартова Наталья Витальевна

nshartova@hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Волна жары лета 2010 г., сопровождавшаяся обширными лесными и торфяными пожарами, стала одним из наиболее печально известных экстремальных погодных явлений и привела к значительному увеличению смертности. Потери во время нее на территории Европейской России были крайне неравномерными, причем, крупные города пострадали в существенно большей степени.

В экологической эпидемиологии городскому населению в отношении влияния погодных аномалий уделяется непропорционально большее внимание вследствие выраженным микроклиматическим эффектам. В то же время, смертность в сельской местности во время, в частности, волн жары, изучена существенно слабее. Причем, если в некоторых исследованиях указывается на большей уязвимости городов вследствие эффектов «городского острова тепла», в ряде работ показана статистическая незначимость подобных отличий от смертности сельского населения.

Проведенная работа посвящена количественной оценке географических и иерархических различий избыточной смертности

городского и сельского населения Европейской России во время жары лета 2010 г. Анализ проводился в разрезе недель, в качестве границ волны жары были взяты 5 июля и 22 августа 2010 г., когда на территории тех или иных регионов на изучаемой территории отмечались погодные аномалии. Исследовались отклонения фактических чисел умерших и стандартизованных коэффициентов смертности от ожидаемых оценок по регионам и крупным городам (более 100 тыс. чел. по переписи 2010 г.). Также была проанализирована смертность в возрастах старше 65 и 85 лет как наиболее уязвимых групп населения во время жары. Все городское население рассматривалось в разрезе групп по размеру населенных пунктов (менее 100 тыс., 100 – 250 тыс., 250 – 500 тыс., 500 тыс. – 1 млн., более 1 млн. чел.) на уровне регионов.

В качестве источника данных о смертности использовалась база микроданных Росстата, агрегированная по территории проживания умерших, дате смерти и пятилетним возрастным интервалам. Численность городского и сельского населения регионов Европейской России были взяты из базы данных ЦДИ РЭШ (РосБРИС), оценки возрастной структуры крупных городов получены из регламентных таблиц Росстата.

Оценка избыточной смертности проводилась на основе различий показателей, наблюдаемых во время жары, и расчетов ожидаемого уровня на основе референтного периода (2005 – 2009 гг.). Модель его оценки включала в себя трендовую компоненту для года, две пары тригонометрических функций с периодом 52 недели для включения сезонности и b-сплайна третьей степени с 7 узлами. 95% доверительные интервалы были рассчитаны при помощи метода бутстрепа.

Согласно произведенным оценкам, количество избыточных смертей во время жары, составило 58,2 тыс. (СІ: 50,8 – 65,4 тыс.). Большая их часть (41,4 тыс., СІ: 36,1 – 46,7 тыс.) пришлась на население старше 65 лет. На возрастную группу 85+ пришлось 14,6 тыс. (СІ: 12,5-16,4 тыс.) избыточных смертей. Также было отмечено существенное различие в уровне потерь по населенным пунктам разного размера. На города численностью более 1 млн.

чел., составляющих 21,9% всего населения Европейской России, пришлось 31,6% избыточной смертности. Различия были еще сильнее выражены для пожилого населения: на миллионники пришлось 34,3% и 35,3% всех потерь населения в возрастах старше 65 и 85 лет соответственно.

Стандартизованный коэффициент смертности в 2010 г. в Европейской России составил 11,72‰. Во время жары его значения выросли до 14,03‰, в то время, как его ожидаемый уровень оценивался в 10,77‰ (СИ: 10,24 – 11,32‰). Причем, если в сельской местности СКР в течение 27-33 недель 2010 г. составил 11,01‰, то в городах-миллионниках – 15,11‰. Превышение фактических значений над ожидаемыми росли с увеличением размера населенного пункта: от 19,26% (СИ: 14,37 – 24,45%) в сельской местности до 73,86% (СИ: 69,88 – 77,79%) в Москве.

Пространственная дифференциация уровня избыточной смертности в целом соответствовала неравномерности тяжести жары. В наибольшей степени пострадали регионы Центрального Черноземья и Поволжья, где наблюдались температурные рекорды. Географические различия сопровождались иерархическими, обусловленные размерами населенных пунктов. Наблюдающаяся взаимосвязь численности населения города и уровня избыточной смертности в целом подтверждают влияние «городского острова тепла» на негативные последствия жары.

При этом, наблюдающаяся взаимосвязь могла быть обусловлена как неравномерностью влияния эффектов жары в населенных пунктах разного размера, так и социально-экономическими факторами. Для «очистки» от вклада негативных последствий высоких температур и загрязнения воздуха и изучения влияния центр-периферийных тенденций на уровень избыточной смертности был проведен регрессионный анализ. В качестве зависимой переменной использовался логарифм относительного прироста СКР, было оценено его изменение в зависимости от значений температур и ряда биометеорологических индексов, концентрации различных загрязняющих веществ в

атмосфере, частоты лесных пожаров, а также групп населенных пунктов по размерам.

Результаты регрессионного анализа показали, что наилучшим предиктором избыточной смертности является отклонение средних дневных температурных максимумов от многолетних значений, однако, другие факторы термического стресса также показали свою высокую значимость. Среди индикаторов состояния воздуха средняя концентрация NO₂ показала наилучшую взаимосвязь с избыточной смертностью. При совместном влиянии «внешних» факторов влияние размера населенного пункта на избыточную смертность сохранялось. Темпы роста СКР в сельской местности в регионах Европейской России во время жары в среднем оказались на 16,41% ниже, чем в городах-миллионниках.

Таким образом, избыточная смертность определялась как внешними (неравномерность влияния жары), так и внутренними (социально-экономические условия, поведенческие паттерны, характер застройки и др.) факторами, различающимися в населенных пунктах разного размера. В особенности выраженный прирост смертности был характерен для городов крупнее 500 тыс. чел.

Несмотря на это, выявленные различия не учитывают влияния микроклиматических параметров, получены на основе усреднения данных за слишком большой период, а пространственное разрешение растровых изображений, использовавшихся для расчета, могло оказаться слишком большим для проведения точных оценок. Помимо этого, дальнейшее расширение работы может включать в себя переход к дневным оценкам смертности и подходов к оценке ожидаемого уровня.

Стратегии вакцинации от covid-19 в Европе и их связь с избыточной смертностью

Марычев Глеб Александрович

marychev.4532@gmail.com

МГУ имени М.В.Ломоносова, г. Москва

Научный руководитель: Калмыкова Н.М., к.э.н., доцент

Работа посвящена анализу стратегий вакцинации от COVID-19 в странах Европы с точки зрения их связи с избыточной смертностью. Под стратегиями вакцинации подразумеваются страновые особенности проведения вакцинации на национальном уровне в вопросе приоритизации групп риска. Избыточная смертность – показатель, отражающий, насколько фактический уровень смертности превышает ожидаемый для конкретного населения.

Пандемия COVID-19 унесла много жизней. Однако страны по-разному с ней справлялись, из-за чего возникла дифференция по людским потерям. Это привлекло внимание исследователей. Например, в работе [1] авторы показывают, что за 2020 год мужчины в США и Литве потеряли 2,2 и 1,7 года от ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) при рождении, в то время как Норвегия и Дания избежали падения ОПЖ у обоих полов.

Такие различия поднимают вопрос о детерминантах успешности борьбы с пандемией. Однако большая часть исследований на эту тему посвящена изучению эффективности нефармакологических вмешательств (локдауны, социальная дистанция, обязательное ношение масок, самоизоляция и прочие) [3, 5]. Также были найдены другие факторы: социально-экономические, демографические, госуправленческие и эпидемиологические [2, 4, 7].

С появлением вакцин от COVID-19 появляется новый способ смягчения тяжести пандемии. Однако производство вакцин не

могло сразу обеспечить всё население, из-за чего возникла необходимость отбирать приоритетные группы, которые должны получить вакцину в первую очередь. С конца 2020 года Европейский центр профилактики и контроля заболеваний (ECDC) периодически собирает со стран ЕС и ЕЭЗ информацию о стратегиях и политиках вакцинации от COVID-19 [6]. Это позволяет рассмотреть стратегии вакцинации как возможный фактор дифференциации избыточной смертности.

Цель работы – проанализировать различия в стратегиях вакцинации от COVID-19 в европейских странах и оценить их связь с избыточной смертностью.

Была проведена иерархическая кластеризация стран по показателям стратегий вакцинации за период февраль-июнь 2021 года: 1) общая с учётом приоритизации всех групп риска и 2) для каждой группы риска отдельно. В результате сравнения полученных кластеров по избыточной смертности предположены следующие факторы низкой избыточной смертности: 1) длительный акцент на вакцинации групп риска, 2) приоритизация индивидов с сопутствующими заболеваниями и 3) приоритизация работников домов престарелых. Кроме того, рассматривается возможность наличия опосредованного канала связи между стратегиями вакцинации и избыточной смертностью – через уровень вакцинации.

Литература

1. Aburto J. M. et al. Quantifying impacts of the COVID-19 pandemic through life-expectancy losses: a population-level study of 29 countries // International journal of epidemiology. 2022. Vol. 51. No. 1. P. 63-74.
2. Coccia M. Preparedness of countries to face COVID-19 pandemic crisis: strategic positioning and factors supporting effective strategies of prevention of pandemic threats // Environmental Research. – 2022. – Т. 203. – С. 111678.

3. Conyon M. J., He L., Thomsen S. Lockdowns and COVID-19 deaths in Scandinavia // Available at SSRN 3616969. 2020.
4. Jain V., Clarke J., Beaney T. Association between democratic governance and excess mortality during the COVID-19 pandemic: an observational study // *J Epidemiol Community Health*. – 2022. – T. 76. – №. 10. – C. 853-860.
5. Juranek, Steffen and Zoutman, Floris, The Effect of Social Distancing Measures on the Demand for Intensive Care: Evidence on COVID-19 in Scandinavia // CESifo Working Paper No. 8262, Available at SSRN. 2020
6. European Centre for Disease Prevention and Control. Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA – 1 February 2021, 29 March 2021, 6 May 2021, 14 June 2021. ECDC: Stockholm; 2021, 2022.
7. Reno C. et al. The impact of health policies and vaccine rollout on the COVID-19 pandemic waves in Italy // *Health policy and technology*. – 2022. – T. 11. – №. 2. – C. 100604.

Здоровье населения как фактор развития человеческого капитала регионов России: типологический анализ

Рубина Анастасия Евгеньевна

Rubinaanastasia.ev@gmail.com

ИДИ ФНИСЦ РАН, г. Москва

Научный руководитель: Воробьева Ольга Дмитриевна, д.э.н.

Влияние здоровья населения на экономическое развитие государств и их регионов в настоящее время не подвергается сомнению. Данные идеи первоначальное распространение в том числе в рамках становления концепции человеческого капитала в его классической трактовке, где основными компонентами или составляющими человеческого капитала выступают образование, навыки, способности, а также здоровье индивидов, которые они могут использовать для получения будущей прибыли, что было обозначено Т. Шульцем [1] и Г. Беккером [2] во второй половине прошлого столетия.

Х. Бликли определяет здоровье населения как самый важный компонент человеческого капитала, поскольку крепкое здоровье дает основу для развития другим его составляющим: более здоровый человек обладает лучшими способностями к обучению и к труду, а значит и приносит себе и государству больше доходов, чем менее здоровый. В частности, здоровье детей играет ключевую роль в наращивании их будущего человеческого капитала и качественном развитии всех его компонентов, а здоровье взрослых оказывает влияние на их плодотворную трудовую деятельность [3].

Идеи необходимости инвестиций в здоровье детей для увеличения их будущего человеческого капитала и продуктивности были также обозначены Дж. Карри. Автор также обратил внимание на значимость сохранения и улучшения не

только физического, но и ментального здоровья детей и подростков [4].

Влияние ожидаемой продолжительности жизни на экономическое развитие было доказано Э. Остер. В своем исследовании автор обосновала влияние уровня образования людей на их продолжительность жизни: люди с меньшей продолжительностью жизни тратят меньше времени на получение образования и реже проходят курсы получения квалификации [5].

Учитывая изложенное, необходимость мониторинга характеристик здоровья населения представляет особый интерес для государственного и регионального развития, поскольку от состояния здоровья населения зависит гармоничное развитие экономики региона. Для нивелирования негативных тенденций состояния здоровья населения региона необходимо понимание структуры существующих проблем.

Одним из способов объяснения структуры проблем качества здоровья населения регионов является анализ статистических показателей, характеризующих состояние здоровья населения регионов. В текущем исследовании нами была проведена типология регионов России по основным статистическим показателям, характеризующим состояние здоровья населения региона, с целью определения групп (кластеров) регионов со схожими характеристиками.

Типология регионов проводилась в программе SPSS IBM STATISTICS; процедура проведения типологии – иерархическая кластеризация, метод Уорда, мера близости – квадрат расстояния Евклида. Несмотря на имеющуюся возможность автоматического определения числа кластеров, обусловленную особенностью процедуры иерархической кластеризации, оптимальное количество кластеров было определено перед проведением кластеризации путем построения дендрограммы и визуальной оценки формируемых групп. Данное действие было проведено с целью исключения большого количества кластеров, состоящих из малого количества регионов.

В качестве показателей, характеризующих состояние здоровья населения регионов, для проведения типологии были использованы: ожидаемая продолжительность жизни, общий коэффициент смертности, заболеваемость на 1000 человек населения, смертность от новообразований, смертность от болезней системы кровообращения и смертность от внешних причин на 100 000 человек населения, коэффициент младенческой смертности¹.

Показатели заболеваемости по основным классам болезней не были включены в формируемый для проведения типологии перечень показателей, характеризующих состояние здоровья населения, поскольку отображают работу системы здравоохранения субъектов (эффективную выявляемость заболеваний), а не состояние здоровья населения. В этом плане показатели смертности являются более информативными: помимо иллюстрации эффективности работы региональных систем здравоохранения они также демонстрируют состояние здоровья населения.

Как уже было сказано ранее, количество кластеров было определено заранее (4 кластера). В Таблице 1 представлены результаты типологии.

Кластер № 1 – характеризуется высокой выявляемостью заболеваний, средним уровнем смертности (коэффициент смертности варьируется от 6,3 до 20,5), средним уровнем ожидаемой продолжительности жизни (варьируется от 64,87 до 71,66), средним уровнем смертности от новообразований, относительно низким уровнем смертности от болезней системы кровообращения и относительно высоким уровнем смертности от внешних причин. Коэффициент младенческой смертности в кластере варьируется от 2,6 до 15,8.

¹ Регионы России. Социально-экономические показатели. 2022: Р32 Стат. сб. / Росстат. – М., 2022. – 1122 с.

Таблица 1 - Типологический анализ регионов России по показателям, характеризующим состояние здоровья населения

№ кластера	Субъекты, входящие в кластер
1	Брянская область, Ивановская область, Ярославская область, Республика Коми, Ненецкий автономный округ, Калининградская область, Мурманская область, Ростовская область, Ставропольский край, Республика Башкортостан, Республика Марий Эл, Республика Татарстан, Удмуртская Республика, Чувашская Республика, Пермский край, Самарская область, Курганская область, Свердловская область, Ямало-Ненецкий автономный округ, Челябинская область, Республика Алтай, Республика Хакасия, Красноярский край, Омская область, Республика Саха (Якутия), Камчатский край, Хабаровский Край, Амурская область, Магаданская область, Чукотский автономный округ
2	Белгородская область, Воронежская область, Курская область, Липецкая область, Рязанская область, Смоленская область, Тамбовская область, Тульская область, Республика Адыгея, Республика Крым, Астраханская область, Волгоградская область, г. Севастополь, Республика Северная Осетия – Алания, Оренбургская область, Саратовская область, Новосибирская область, Томская область, Приморский край, Еврейская автономная область
3	Владимирская область, Калужская область, Костромская область, Орловская область, Тверская область, Республика Карелия, Архангельская область (в т.ч. без автономного округа), Вологодская область, Новгородская область, Псковская область, г. Санкт-Петербург, Кировская область, Нижегородская область, Пензенская область, Ульяновская область, Алтайский край, Иркутская область, Кемеровская область
4	Московская область, г. Москва, Ленинградская область, Республика Калмыкия, Краснодарский край, Республика Дагестан, Республика Ингушетия, Кабардино-Балкарская Республика, Карачаево-Черкесская Республика, Чеченская Республика, республика Мордовия, Тюменская область (в т.ч. без автономных округов), Ханты-Мансийский автономный округ-Югра, Республика Тыва

Отдельно следует выделить два региона, которые вошли в состав кластера, но в целом отличаются от его средних показателей: Ямало-Ненецкий автономный округ, характеризующийся очень высокой выявляемостью заболеваний, низкой смертностью и высокой ожидаемой продолжительностью жизни, а также Чукотский автономный округ, характеризующийся хорошими показателями выявляемости заболеваний, низкой смертностью (общей и по причинам), но очень высокой смертностью от внешних причин и высокой младенческой смертностью.

В целом регионы кластера можно охарактеризовать как хорошо выявляющие заболевания и обладающие высоким уровнем смертности от внешних причин.

Кластер № 2 – отличается средним уровнем выявляемости заболеваний (от 571,8 до 856,5), средним общим коэффициентом смертности, средним уровнем смертности от новообразований и средним уровнем ожидаемой продолжительности жизни, более высокой смертностью от болезней системы кровообращения, низкой смертностью от внешних причин. Коэффициент младенческой смертности варьируется от 3,7 до 11,7.

В качестве регионов, не вписывающихся в общие тенденции, но вошедшие в кластер следует выделить Республику Северную Осетию – Аланию (характеризуется низкой выявляемостью заболеваний (606,3), но при этом низкими коэффициентами смертности и высокой ожидаемой продолжительностью жизни), а также Еврейскую автономную область (характеризуется низкой ожидаемой продолжительностью жизни (66,12), высоким показателем смертности от внешних причин и высокой младенческой смертностью).

Отличительными тенденциями регионов кластера является средний уровень выявляемости заболеваний и высокий показатель смертности от болезней системы кровообращения.

Кластер № 3 характеризуется очень высокой выявляемостью заболеваний, более низкой, чем в других кластерах ожидаемой продолжительностью жизни, а также высоким уровнем

смертности как общей, так и по причинам. Несмотря на указанные негативные тенденции регионы кластера отличаются относительно низким уровнем младенческой смертности (от 3,5 до 6,7).

Несмотря на успешное выявление болезней, смертность данных регионов остается достаточно высокой, что может свидетельствовать как о недостатке ресурсов региональных систем здравоохранения, так и низком уровне здоровья населения регионов.

Кластер № 4 отличается наиболее благополучными характеристиками здоровья населения. Несмотря на средний или низкий уровень выявляемости заболеваний, регионы кластера имеют более высокую ожидаемую продолжительность жизни, более низкую смертность, в том числе по причинам, низкий коэффициент младенческой смертности (за исключением регионов Северо-Кавказского федерального округа – коэффициент варьируется от 5,8 до 7,9).

Исключение составляют Тюменская область и Ханты Мансийский автономный округ – Югра – характеризуются высокой выявляемостью заболеваний, а также Республика Тыва – характеризуется низкой ожидаемой продолжительностью жизни (66,87) и очень высокой смертностью от внешних причин (205).

В целом регионы кластера можно охарактеризовать как наиболее благополучные по показателям здоровья населения.

Таким образом, регионы России обладают разными характеристиками здоровья населения, в связи с чем требуют разных подходов при разработке государственной политики в области здравоохранения и человеческого капитала. Предложенная типология может стать основой для разработки такой политики и принятия управленческих решений, а также базой для исследования других аспектов человеческого капитала: определения взаимосвязи уровня здоровья и уровня образования и занятости населения регионов.

Литература

1. Schultz T.P., Human capital, schooling and health. *Economics & Human Biology*, Volume 1, Issue 2, 2003. P.207-221
2. Gary S. Becker, Health as human capital: synthesis and extensions, *Oxford Economic Papers*, Volume 59, Issue 3, 1 July 2007, P. 379–410
3. Bleakley, H. Health, human capital, and development. *Annu. Rev. Econ.* 2010, 2, P. 283–310
4. Currie, J. Child health as human capital. *Health Economics*. 2020; 29: P. 452– 463
5. Oster, Emily, Ira Shoulson, and E. Ray Dorsey. 2013. "Limited Life Expectancy, Human Capital and Health Investments." *American Economic Review*, 103 (5). P. 1977-2002

Использование системы здравоохранения среди различных групп населения российской федерации

Давитадзе Арсен Паатович

davitadzeap@gmail.com

НИУ ВШЭ, Сеченовский университет, г. Москва

В зависимости от своих социально-демографических характеристик люди по-разному используют услуги систем здравоохранения [1]. Большинство исследований находят, что женщины посещают медицинские организации чаще мужчин [2], но для других характеристик, к примеру, возраст, доходы и состояние здоровья, выводы из исследований оказываются менее однозначными [3]. Определение групп населения, которые менее склонны использовать систему здравоохранения, позволяет выявить возможные неравенства в доступности помощи. Цель

данного исследования – идентифицировать различия в обращениях за помощью в организации системы здравоохранения среди разных групп населения РФ.

Теоретической моделью, которую наиболее часто используют для изучения механизмов использования разных систем здравоохранения, является модель Андерсена [4]. С помощью этой модели выделяются три группы факторов, которые влияют на то, насколько часто и каким образом индивиды используют систему здравоохранения. В первую группу факторов входят предрасполагающие факторы (*predisposing factors*): такие характеристики индивидов как пол, возраст, семейное положение, место проживания и их убеждения о здоровье. Вторая группа факторов включает в себя факторы возможности (*enabling factors*), т. е. то, насколько индивиду доступны услуги системы здравоохранения (через их доходы, наличие медицинского страхования и близость мест проживания индивидов к медицинским организациям). Третья группа факторов состоит из потребностей индивидов (*need factors*) в получении медицинской помощи, и она включает в себя факторы, отражающие состояние здоровья индивидов.

Данная теоретическая модель была протестирована с помощью методов статистического и регрессионного анализа на данных «Национального мониторинга общественного здоровья», проведённого в 2022 году с помощью телефонного опроса [5]. Полученная в результате опроса выборка состоит из 2150 респондентов и является репрезентативной по РФ. В рамках одного из разделов опроса респондентов просили сообщить о том, обращались ли они за помощью в организации российской системы здравоохранения в течение последних 12 месяцев, а также их просили уточнить, обращались ли они в государственные и (или) частные медицинские организации.

В данном исследовании были оценены две модели бинарного выбора. В первой модели проводилась оценка выбора индивидов между обращением и необращением в медицинские организации. Во второй модели оценивался выбор этих индивидов

между обращением в частные клиники и обращением только в государственные клиники. Варианты выбора были представлены в качестве зависимых переменных в моделях (Y_i), а три группы факторов модели Андерсена выступали в качестве независимых переменных:

$$Pr [Y_i = 1] = \frac{e^{\alpha + \beta \text{Predisposing factors}_i + \gamma \text{Enabling factors}_i + \delta \text{Need factors}_i}}{1 + e^{\alpha + \beta \text{Predisposing factors}_i + \gamma \text{Enabling factors}_i + \delta \text{Need factors}_i}}$$

Проведённый анализ позволил обнаружить следующие тенденции в использовании российской системы здравоохранения различными группами населения: (1) более вероятно используют систему здравоохранения женщины, представители молодых возрастных групп, люди, состоящие в браке, индивиды с высшим образованием, люди, работающие и имеющие доходы выше 20 тысяч рублей, и индивиды с плохим состоянием здоровья; (2) более вероятно выбирают посещать частные клиники женщины, люди молодого возраста, те, кто состоят в браке, те, кто имеют высшее образование, а также люди с высокими доходами (состояние здоровья не влияет на поведение людей в этой ситуации выбора).

Литература

1. Victoor, A., Delnoij, D. M., Friele, R. D., Rademakers, J. J. Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review // BMC Health Services Research. 2012. Vol. 12. P. 1-16. doi: 10.1186/1472-6963-12-272
2. Babitsch, B., Gohl, D., Von Lengerke, T. Re-revisiting Andersen's Behavioral Model of Health Services Use: a systematic review of studies from 1998–2011 // GMS Psycho-Social-Medicine. 2012. Vol. 9. doi: 10.3205/psm000089
3. Hajek, A., Kretzler, B., König, H. H. Determinants of Healthcare Use Based on the Andersen Model: A Systematic Review of Longitudinal Studies // Healthcare. 2021. Vol. 9. No. 10. doi: 10.3390/healthcare9101354

4. Andersen, R. M. Revisiting the Behavioral Model and Access to Medical Care: Does it Matter? // Journal of Health and Social Behavior. 1995. Vol. 36. No. 1. P. 1-10.
5. Первый национальный отчёт «Мониторинг общественного здоровья». URL: <https://monitoring.sechenov.ru/>

Влияние здоровья на заработную плату

Бояркина Юлия Игоревна

boyaryshnya@list.ru

Пожидаева Марина Константиновна

mkpozhideeva@edu.hse.ru

Портенко Дарья Сергеевна

dsportenko@edu.hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Здоровье как фактор влияния на оплату труда является не самым явным и трудно измеряемым. Степень зависимости заработной платы от здоровья не столь очевидна по сравнению с зависимостью от образования или, например, профессионального опыта. Однако исследовать то, как здоровье работника влияет на его заработок, крайне важно. Во-первых, это позволяет отслеживать наличие дискриминации по признаку состояния здоровья на трудовом рынке. Во-вторых, выявление зависимости зарплаты от различных факторов, связанных со здоровьем, может выявить “слабые места” правового регулирования трудового рынка и впоследствии способствовать разработке мер поддержки уязвимым группам. Наконец, выявление проблем поможет научиться их предотвращать. Таким образом, исследования в данной сфере могут стать теоретической базой для профилактики риск-факторов, связанных со здоровьем трудящихся, помочь в поиске наиболее эффективных способов их преодоления.

В ходе исследования было выявлено, что улучшение здоровья увеличивает заработок как за счет большего количества часов работы, так и благодаря повышению производительности труда индивида [1]. Таким образом, улучшение здоровья работника приносит выгоду не только для самого индивида, но и для работодателя, однако инвестиции в качество здоровья имеют большую отдачу при изначально низких показателях состояния здоровья работника, что приводит к снижению мотивации у государства и самого индивида для инвестирования.

Невозможно сделать однозначный вывод о роли гендерного аспекта: плохое состояние здоровья в большей мере влияет на заработную плату женщин, согласно исследованию Люфта [2], однако Линн Мария Гамбин отмечает большее влияние на зарплату у мужчин [3]. Различие в выводах могло быть связано с использованием разных индикаторов состояния здоровья.

Инвалидность отрицательно коррелирует с величиной заработной платы. Величина зарплаты работников с инвалидностью на 18% меньше, нежели у лиц, не имеющих инвалидности [4].

Влияние психического здоровья на участие в трудовых отношениях отличается от физического, так как зачастую психическим заболеваниям сопутствуют симптомы, не совместимые с трудовой деятельностью. В зависимости между зарплатой и ментальным здоровьем наблюдается гендерный разрыв: наличие расстройств связано со снижением трудового дохода на 18% и 13% у женщин и мужчин соответственно [5].

В контексте Российского рынка труда отмечается, что при наличии отрицательных шоков, связанных со здоровьем, вероятность того, что мужчина останется на своем рабочем месте снижается на 2,1%. Влияние здоровья на доход более сильное: для мужчин шок в отношении здоровья в среднем связан с потерей 22% личного дохода. Для женщин в была выявлена потеря почти трети личного дохода [6],[7].

Отходя от традиционной парадигмы и рассматривая здоровье, доход и капитал как взаимовлияющие показатели,

здоровье будет не только зависеть от дохода, но и определять его величину. Таким образом, увеличивая инвестиции в здоровье граждан, государство может способствовать улучшению благосостояния индивидов и экономическому росту [8].

На основе проведенного анализа формулируем меры, потенциально способствующие решению описанных проблем. Сегодня ключевой причиной, приводящей к ухудшению состояния здоровья, считаются неинфекционные заболевания (НИЗ). Для снижения заболеваемости НИЗ необходимо внедрение мер по повышению качества диагностики и контроля факторов риска. Опираясь на новую парадигму связи дохода, здоровья и капитала, эти меры могут повлиять как на отдельных индивидов, так и на государство в целом: улучшение состояния здоровья может как сократить потери личного дохода, так и потери рабочей силы.

В отдельную категорию мы выделяем меры, направленные на улучшение состояния здоровья людей, имеющих психические заболевания. В перечень таких мер можно включить гибридный формат работы, позволяющий адаптировать трудовую деятельность под текущее состояние человека и сохранить уровень заработной платы. Помимо этого, для индивидов, имеющих тяжелые психические расстройства, может быть увеличен оплачиваемый отпуск с 28 до 56 дней, что позволило бы при необходимости проходить лечение с меньшими материальными потерями.

Мерой, потенциально способствующей трудовой инклюзии людей с инвалидностью, может стать включение в программу “Содействие занятости” в рамках национального проекта “Демография” людей с ограниченными возможностями здоровья.

Литература

1. Grossman M. On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. //University of Chicago Press. 1972. № 80. PP. 223–255.

2. Luft H. The Impact of Poor Health on Earnings. // The Review of Economics and Statistics. 1975. № 57. PP. 43–57.
3. Gambin L. The Impact of Health on Wages in Europe – Does Gender Matter? // The University of York. 2005.
4. Gilleskie D., Hoffman D. Health Capital and Human Capital as Explanations for Health-Related Wage Disparities. // Journal of Human Capital. 2014. № 8. PP. 235–279.
5. Ettner S., Frank R., Kessler R. The Impact of Psychiatric Disorders on Labor Market Outcomes. // ILR Review. 1997. № 51. PP. 64–81.
6. Кузьмич О. С., Рощин С. Ю. Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья. // WP15/2007/02. М.: ГУ ВШЭ, 2007.
7. Aleksandrova E., Bagranova V., Gerry C. The effect of health shocks on labour market outcomes in Russia. // Cambridge Journal of Economics. 2021. № 45. PP. 1319–1336.
8. Bloom D., Canning D. Health as Human Capital and its Impact on Economic Performance. // The Geneva Papers on Risk and Insurance. Issues and Practice. 2003. № 28. С. 304–315.

Эффективные формы коммуникационных сообщений в кампании по профилактике курения электронных сигарет

Бедина Инесса Дмитриевна

inbed@mail.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Научный руководитель: Пронкина Елена Сергеевна, старший преподаватель школы коммуникаций факультета креативных индустрий НИУ ВШЭ

В последние годы особую популярность получают альтернативные способы курения – электронные сигареты, которые доставляют никотин в организм человека с помощью аэрозольного пара [1]. Несмотря на новые технологии, используемые в механизмах электронных сигарет, новые устройства так же, как и традиционный табак считаются небезопасными для здоровья [2; 3]. По последним данным проводимые в настоящее время антитабачные профилактические кампании в отношении снижения распространения курения электронных сигарет недостаточно эффективны, что может быть связано с тем, что в сравнении с обычными сигаретами электронные средства доставки никотина воспринимаются курильщиками по-иному: как приятные «сладоности» с различными вкусами, которые можно использовать с большей интенсивностью [4; 5].

Существующая проблема роста потребления электронных сигарет требует проведения антитабачной кампании, в которую следует включать различные методы профилактической коммуникации. Так, может использоваться апелляция к страху; упоминание авторитетных органов здравоохранения, которые предупреждают о рисках развития болезней из-за чрезмерного курения; социальная реклама, вызывающая к человеческим эмоциям [6].

Все вышеописанные способы профилактики построены на принципе фрейма сообщений. Получателя коммуникационного сообщения «помещают» в рамки негативных последствий, которые наступят, если нездоровое поведение будет продолжено. В этом случае используется отрицательный фрейм. В ином случае реципиенту коммуникации показывают, чего он может достичь, если вовремя откажется от курения сигарет, что соответствует положительному фрейму. При этом эффективность антитабачного сообщения напрямую зависит от его формы (фрейма) [7]. Следовательно, для повышения результативности профилактических кампаний по снижению потребления электронных сигарет важно изучить фреймы – основополагающие для коммуникации в области здоровья стимуляторы превентивного поведения.

Согласно научным исследованиям, отказ от поведения, имеющего высокую степень воспринимаемого риска, лучше стимулировать с помощью отрицательного фрейма, а предотвращать действие, имеющие последствия в более долгосрочной перспективе (как курение сигарет) более эффективно с помощью положительного фрейма [8]. Однако в силу недостаточной изученности электронных сигарет, до сих пор неизвестно, с какой степенью воспринимаемого риска связано их потребление, поэтому экстраполировать результаты работ по традиционным сигаретам на аналогичные исследования электронных устройств невозможно.

Таким образом, целью проведенного исследования являлось определение наиболее убедительной формы коммуникационного сообщения для стимулирования отказа от курения электронных сигарет в зависимости от вовлеченности потребителя и степени воспринимаемого им риска. Для достижения цели были поставлены гипотезы на основе проведенного анализа научной литературы, определены измеряемые переменные, сформирована эмпирическая база исследования, собраны количественные данные с помощью метода онлайн-опроса, определена степень воспринимаемого риска, соответствующая электронным

сигаретам, проверены гипотезы с помощью статистических методов корреляционного анализа.

В результате проведенного исследования были сделаны следующие выводы:

1. Электронные сигареты воспринимаются потребителями как очень опасные.

2. Убедительность фреймированных антитабачных коммуникационных сообщений положительно связана со степенью воспринимаемого риска.

3. Убедительность сообщения с фреймом «проигрыш» положительно связана с вовлеченностью потребителей электронных сигарет.

По итогам проведённого исследования можно сформировать важные практические рекомендации. Коммуникационные кампании, призывающие молодежь к отказу от потребления электронных сигарет, должны подчеркивать негативные последствия следования нездоровому поведению. Это повысит убедительность демонстрируемых предупреждений и увеличит вероятность того, что в перспективе предложение о прекращении курения будет принято.

Также важно повышать вовлеченность потребителей электронных сигарет, например, с помощью охватных информационных кампаний, которые сейчас активно проводятся в рамках превентивных мер зависимости от традиционного табака. Рост обеспокоенности индивидов имеющейся у них вредной привычкой будет способствовать высокой воспринимаемой убедительности профилактических сообщений.

Литература

1. Доклад В. О. З. о глобальной табачной эпидемии, 2008 г //Комплекс мэп mPoWER. ВОЗ. – 2008.
2. Салагай О. О. и др. Анализ осведомленности населения о мерах по снижению распространенности потребления табачной

- продукции в Российской Федерации //Наркология. – 2020. – Т. 19. – №. 9. – С. 18-38.
3. Narimani M., Adams J., da Silva G. Toxic Chemical Formation during Vaping of Ethyl Ester Flavor Additives: A Chemical Kinetic Modeling Study //Chemical Research in Toxicology. – 2022. – Т. 35. – №. 3. – С. 522-528.
 4. Etter J. F. Electronic cigarettes: a survey of users //BMC public health. – 2010. – Т. 10. – №. 1. – С. 1-7.
 5. Marlow M. L. Regulating a less unhealthy cigarette //Regulation. – 2014. – Т. 37. – С. 28.
 6. Hassan L. M., Shiu E. No place to hide: two pilot studies assessing the effectiveness of adding a health warning to the cigarette stick //Tobacco Control. – 2015. – Т. 24. – №. e1. – С. e3-e5.
 7. O'Keefe D. J., Jensen J. D. The relative persuasiveness of gain-framed and loss-framed messages for encouraging disease detection behaviors: A meta-analytic review //Journal of Communication. – 2009. – Т. 59. – №. 2. – С. 296-316.
 8. Rothman A. J., Salovey P. Shaping perceptions to motivate healthy behavior: the role of message framing //Psychological bulletin. – 1997. – Т. 121. – №. 1. – С. 3.

Потребление непитьевого алкоголя в России: пример Еврейской автономной области

Устюжанин Вадим Витальевич

vvustiuzhanin@yandex.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

По данным Всемирной Организации Здравоохранения, на 2016 год порядка 20% всех смертей в России прямо или косвенно приходятся на последствия, вызванные потреблением алкоголя (WHO, 2023), который является причиной более чем 200 различных заболеваний, заметная часть из которых обладает высокой летальностью (Rehm и др., 2010). При этом в конце прошлого и в самом начале XXI века смертность в России, относимая на счет алкоголя, для людей в трудоспособном возрасте составляла порядка 50% (Zaridze и др., 2009). Такие высокие показатели и «резкие колебания показателей смертности взрослого населения России с 1984 года беспрецедентны для современных индустриально-развитых стран» (Zaridze и др., 2009, с. 2201) и в основном приходятся именно на счет алкоголя. Резкое снижение продолжительности жизни и сильно нарастающая смертность после 1991 года также во многом носит «алкогольный» характер (Men и др., 2003; Shkolnikov и др., 2001). Об этом же говорит и рекордный рост ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) после успешной антиалкогольной кампании 2005-2006 гг. (см. Рис. 1).

При этом активно развивается опасная тенденция в сфере рискованного потребления алкоголя – потребление непитьевого, суррогатного алкоголя, что было показано на основе анализа микроданных из Ижевска в 2006 году (Leon и др., 2007). При этом повторное исследование потребления суррогатов в этом же месте через 15 лет показало, что даже ужесточение государственной

политики в 2016 г., введенное после массового отравления в Иркутске, не имело желаемого долгосрочного результата (при наличии сильного мгновенного эффекта), а ситуация остается тяжелой (Korotayev и др., 2021). Таким образом, сложившаяся проблема требует дальнейшего изучения.

В рамках настоящей работы было проведено полевое исследование потребления непитьевого алкоголя в Еврейской автономной области (ЕАО) в 2022 (лето) среди группы риска. Именно в этом регионе в последние годы наблюдался самый высокий уровень потребления алкоголя на душу населения, что коррелировало с высоким уровнем смертности среди мужчин и особо низкой ОПЖ у них же (Росстат, 2023). Характерно, что меры по ограничению доступности непитьевого алкоголя 2016-2017 гг. привели к рекордно высокому увеличению ОПЖ мужчин в ЕАО, а также к значительному росту на общероссийском уровне, что отклонялось от модельного тренда (см. Рис. 1) и не объяснялось динамикой социально-экономических индикаторов: за один год ОПЖ у мужчин выросло в ЕАО на 3.37 (!) года, а в России в целом на 1 год.

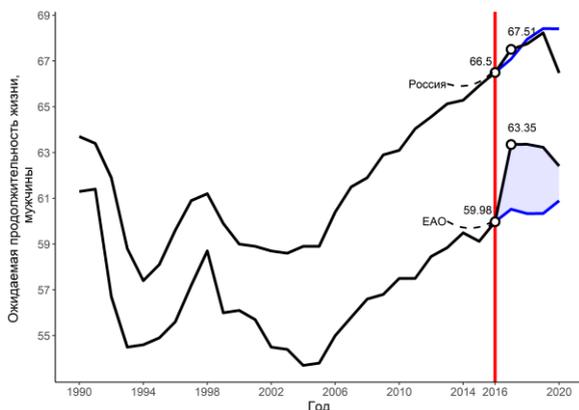


Рисунок 1 - ОПЖ мужчин в России (верхняя линия) и ЕАО (нижняя) с контрафактическими значениями после 2016 г.

Примечание: контрафактические значения получены при помощи ARIMAX модели, учитывающей ВРП на душу, детскую смертность и долю бедного населения; данные Росстата, 2023.

Целью работы является определение биографического портрета потребителя непьющего алкоголя. В качестве методов исследования использовалась логистическая регрессия. Всего было опрошено 248 респондентов (см. Табл. 1).

Таблица 1 - Общее описание респондентов

<i>Характеристика</i>	<i>N (%)</i>
Число респондентов	248 (100%)
Отказ от опроса	26 (10.48%)
Согласие на опрос	222 (89.52%)
Пол	
Мужчины	186 (83.78%)
Женщины	36 (16.22%)
Возрастные когорты	
14-19	9 (4.05%)
20-29	7 (3.15%)
30-39	36 (16.22%)
40-49	71 (31.98%)
50-69	78 (35.14%)
70+	21 (9.46%)
В браке	115 (51.8%)

Всего из числа опрошенных 95% потребляют алкоголь, а 36% – потребляют суррогатный алкоголь, который остается доступным в силу отсутствия ограничений на аптечные суррогаты и неисполнения действующих ограничений. При этом были выявлены основные биографические паттерны склонности к потреблению непьющего алкоголя. В Таблице 2 представлены результаты логистической регрессии, где потребление суррогатного алкоголя – бинарная зависимая переменная. При этом пол не включен в модель из-за смещенности выборки (см. Табл. 1), что объясняется тем, что избыточное потребление алкоголя характерно для мужчин.

Таблица 2 - Логистическая регрессия на потребление суррогатного алкоголя

<i>Переменные</i>	<i>OR</i>	<i>z-value</i>	χ^2
Константа	2.44	0.92	–
Возрастная группа [6 групп]	1.18	1.19	9.64
Курение [4 группы]	0.81	-0.05	4.18
Образование [5 групп]	1.03	0.17	4.15
Работающий	0.33**	-2.02	21.87***
Доход [5 групп]	0.70**	-2.14	28.6***
В браке	0.48**	-2.22	12.34***
n	209		
R ² Tjur	0.158		

Примечание: * $p < 0.1$; ** $p < 0.05$; *** $p < 0.01$; χ^2 получен для каждой переменной в отдельности, p -value рассчитывались при помощи метода Монте-Карло ($B=10\ 000$); OR – odds ratio.

Так, видно, что основное влияние оказывают уровень дохода, семейное положение и наличие постоянной работы. Люди в браке в среднем имеют на 52% меньший риск потребления суррогатов (что подтверждает тезис А.В. Немцова: «жена и есть главный антиалкогольный фактор» (Немцов, 2009, с. 32)), переход в следующую доходную группу сокращает вероятность попасть в группу рискованных потребителей на 30%, а наличие работы уменьшает риск на 67%. При этом потребление сигарет, образование и возраст не оказывают значимого эффекта, что также показывают значения χ^2 (отмечу, что возраст по χ^2 маргинально значим на уровне ~ 0.125).

Изучение влияния экономических факторов на рождаемость как показателя роста конкурентоспособности регионов России

Москалева Кристина Сергеевна

krismos2012@yandex.ru

ГУУ, г. Москва

Научный руководитель: Паршинцева Л. С., к.э.н., доцент

Вопрос влияния экономических факторов на рождаемость как определяющего показателя рабочей силы в будущем всегда остается актуальным: от показателя рождаемости зависит не только рост конкурентоспособности отдельных регионов, но и развитие экономики в целом [1]. Следует отметить, что демографическая ситуация в разных регионах страны сильно отличается. В России, начиная с 2016 года имеет место естественная убыль населения, причем с каждым годом ее уровень существенно увеличивается.

На уровень рождаемости оказывают влияние различные социально-экономические, политические, нравственные и территориальные факторы, такие как региональный фактор, уровень жизни населения, уровень экономического развития и другие [2]. Проанализируем влияние основных факторов на уровень рождаемости.

Наибольший уровень рождаемости за весь анализируемый период был отмечен в Северо-Кавказском федеральном округе – в 2022 году уровень рождаемости в целом по округу составил 12,8‰, наименьший – в Центральном (8,5‰), Приволжском (8,3‰) и Северо-Западном федеральном округе (8,2‰).

На уровне регионов самое минимальное значение уровня рождаемости было зафиксировано в Смоленской области (6,1‰) и Ленинградской области (6,3‰), максимальное значение – в Чеченской Республике (20,2‰).

Все федеральные округа, за исключением Сибирского, были однородны по уровню рождаемости за рассматриваемый период.

В результате анализа влияния территориального фактора на уровень рождаемости было установлено, что уровень рождаемости в 2021 году был на 76,5% обусловлен территориальным фактором, в 2022 года коэффициент детерминации составил 76,1%. То есть связь между уровнем рождаемости и территориальным фактором достаточно тесная (эмпирическое корреляционное отношение в 2021 году составило 0,875, в 2022 году – 0,872). Следует отметить, что территориальный фактор в большинстве случаев обусловлен климатическими различиями, традициями и нравственными устоями на конкретных территориальных единицах.

Изучение дифференциации регионов по показателям рождаемости показало, что средний уровень рождаемости по 10% регионов с наибольшими значениями более, чем в 2 раза превосходит средний уровень рождаемости по 10% регионов с наименьшими значениями изучаемого показателя. Причем данный уровень дифференциации регионов по уровню рождаемости достаточно стабилен в течение последних 10 лет.

Вариация экономических показателей также подвержена влиянию территориального фактора, что отражается и на естественном движении населения [3].

В Северо-Кавказском федеральном округе сложилась наилучшая демографическая ситуация, при этом округ отличался наихудшей ситуацией по экономическому развитию: по каждому анализируемому экономическому показателю занял 9 место в рейтинге федеральных округов. Вторым по уровню рождаемости был Дальневосточный федеральный округ, этот округ продемонстрировал средние результаты в рейтинге федеральных округов. Северо-Западный федеральный округ, где наблюдалась наихудшая демографическая обстановка в части рождаемости, показал хорошие результаты по экономическому развитию: он занял 3 место в рейтинге федеральных округов по ВРП на душу населения, 2 место по уровню безработицы и среднедушевых денежных доходов населения.

Для подтверждения наличия связи между уровнем рождаемости и основными показателями экономического развития и уровня жизни были рассчитаны коэффициенты корреляции рангов Спирмена. Все рассчитанные коэффициенты оказались значимыми при $\alpha=0,05$. Так, коэффициент корреляции рангов Спирмена между уровнем рождаемости и уровнем безработицы был равен $-0,402$, между уровнем рождаемости и ВРП на душу населения составил $0,257$ и между уровнем рождаемости и среднедушевыми денежными доходами населения $0,232$. Таким образом, в среднем прослеживается, хоть и слабое, но положительное влияние уровня экономического развития на рождаемость в регионах.

В заключение подчеркнем, что конкурентоспособность регионов в будущем напрямую зависит от количественного и качественного состава рабочей силы [4], формируемой, в том числе рождаемостью в настоящее время, то есть от принимаемых управленческих решений в настоящий момент, связанных с формированием необходимых условий для стимулирования рождаемости как в отдельных субъектах, так и по стране в целом.

Литература

1. Клопков К.А. Воздействие социально-экономических факторов на коэффициент рождаемости в субъектах Российской Федерации / Научные записки молодых исследователей. – 2021. - №4. – С. 69-75
2. Пашихина Е.В Влияние социально-экономических факторов на рождаемость населения в Российской Федерации / Хроноэкономика. – 2020. - №7(28). – С. 104-109
3. Зиминова С.А., Балабан Е.И. Влияние экономических факторов на рождаемость / Материалы XV Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум» [Электронный ресурс] URL: <https://scienceforum.ru/2023/article/2018032892?ysclid=lfobkkm3lk496421159> (дата обращения: 25.03.2023)

4. Малимонов И.В., Синьковская И.Г., Рахинский Д.В., Король Л.Г Влияние экономических факторов на демографический процесс в современном обществе / Издательство «Грамота». – 2015. - №11 (61), часть 2. – С. 214-217

Национальная стратегия действий в интересах женщин на 2017–2022 годы как механизм снижения уровня материнской смертности в России

Шибина Яна Геннадьевна

yagshibina@edu.hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Одной из приоритетных задач демографической политики в России до 2025 года является снижения уровня материнской и младенческой смертности [1]. В период с 2006 по 2016 годы в стране наблюдалось повышение качества оказания медицинской помощи женщинам в период беременности, родов и послеродовой период. Однако в последние годы наблюдается уменьшение числа женщин, находящихся в репродуктивном возрасте, поэтому, в связи с высоким уровнем материнской смертности в России, необходимы эффективные меры государственной поддержки женского населения от 18 до 49 лет.

Целью данного исследования является определение эффективности мер, разработанных в Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы (далее – Стратегия) по снижению в России уровня материнской смертности [2].

Данная цель предполагает решение следующих задач: выявить основные причины материнской смертности в современной России; определить меры господдержки женщин по снижению уровня материнской смертности в стране на основе

Стратегии; проанализировать эффективность мер государственной поддержки российских женщин по снижению материнской смертности (2017–2022 гг.).

С конца XX века российскими и зарубежными авторами изучается тема репродуктивного здоровья женского населения и материнской смертности. Однако в связи с особой актуальностью проблемы в России она требует дальнейшего научного изучения и разработки эффективных мер по решению вопроса. В данной постановке тема исследования ранее не рассматривалась.

В истории современной России были достигнуты значительные успехи в снижении материнской смертности. За 1990–2015 годы показатель материнской смертности снизился на 78,8% и составил в 2015 году 10,1 случая на 100 тыс. рождённых живыми [2].

Среди причин материнской смертности на первом месте стоят причины, являющиеся следствием увеличения количества беременных женщин, имеющих хронические заболевания. Высокими остаются показатели заболеваемости женского населения детородного возраста. Также одной из главных причин материнской смертности являются неблагоприятные социально-экономические, экологические, производственные и другие факторы, отрицательно влияющие на репродуктивное здоровье женщин, образ жизни.

Снижение уровня материнской смертности зависит от эффективных мер господдержки женского населения в медицинской сфере; от обеспечения женщин безопасными условиями труда, от минимизации воздействия вредных производственных факторов на здоровье женщины; от здорового образа жизни.

В 2017 году была принята Стратегия, одним из приоритетных направлений которой являлось «Создание условий для сохранения здоровья женщин всех возрастов». Планировалось реализовать задачи, направленные на снижение уровня материнской смертности. К 2022 году должны были быть созданы условия для снижения материнской смертности до уровня

экономически развитых стран. Можно предположить, что планировалось достичь показателя материнской смертности - менее 5 случаев на 100 тыс. детей, родившихся живыми [2]. Также планировалось к концу периода реализации Стратегии создать условия для увеличения выявляемости злокачественных новообразований у женщин на I–II стадии и повышения доступности квалифицированной, в т.ч. специализированной, медицинской помощи; усиления профилактики профессиональных заболеваний у женщин и увеличения их выявляемости на ранних этапах [2].

В 2017–2018 годах в субъектах РФ были проведены меры, направленные в конечном результате на профилактику заболеваний, улучшение общего и репродуктивного здоровья женского населения, на увеличение доли женщин с выявленными злокачественными новообразованиями на I–II стадии; на улучшение состояния здоровья женщин; снижение числа женщин, имеющих вредные привычки благодаря мотивации к ведению здорового образа жизни [3, 4, 5, 6]. За этот же период в стране были проведены меры по улучшению условий и охраны труда женщин репродуктивного возраста. К 2021 году в 4 раза сокращен перечень производств, работ и должностей с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых ограничивается применение труда женщин [7].

В 2019 году показатель материнской смертности снизился до 9 случаев на 100 тыс. живорождений [8].

2020–2022 годы явились периодом пандемии коронавируса в России, имевшим самые негативные последствия для здоровья, в том числе женского населения страны. В 2021 году в связи с пандемией COVID-19 показатель материнской смертности увеличился до 34,5 случая на 100 тыс. живорожденных, что в 3,8 раза превышает достигнутый к 2019 году уровень. Рост материнской смертности в период пандемии коронавируса

отмечался в первую очередь за счёт невакцинированных женщин; также выросло количество осложнений при родах из-за COVID-19.

Реализация мер Стратегии, несмотря на пандемию коронавируса, способствовала развитию системы охраны репродуктивного здоровья женского населения. Однако в связи с распространением новой коронавирусной инфекции не удалось выполнить поставленную задачу: снизить уровень материнской смертности до уровня развитых стран. В планах реализации Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023–2030 годы [8] необходимо определить ожидаемый уровень снижения материнской смертности к 2030 году и разработать эффективные меры по его достижению.

Литература

1. Указ Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. N 1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [Электронный ресурс] // URL: <https://docs.cntd.ru/document/902064587?marker=6580IP> (дата обращения: 06.04.2023).
2. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 8 марта 2017 г. N 410-р «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы» [Электронный ресурс] // URL: <https://base.garant.ru/71624782/> (дата обращения: 01.04.2023).
3. «Информация о ходе выполнения в 2018 году Плана мероприятий по реализации в 2018 году I этапа Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017 - 2022 годы, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 марта 2018 г. N 420-р» [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/8/5> (дата обращения: 29.03.2023).
4. «Информация о ходе выполнения в I полугодии 2018 года Плана мероприятий по реализации в 2018 году I этапа

Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 14 марта 2018 г. N 420-п» [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/8/5> (дата обращения: 29.03.2023).

5. «О ходе реализации в 2018 году Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы» (пункт 24 плана мероприятий по реализации в 2018 году I этапа Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы) [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/8/5> (дата обращения: 30.03.2023).

6. «О ходе реализации в 2019 году Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2017–2022 годы» [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrud.gov.ru/ministry/programms/8/5> (дата обращения: 29.03.2023).

7. Приказ Министерства труда России от 18 июля 2021 г. N 512н «Об утверждении перечня производств, работ и должностей с вредными и (или) опасными условиями труда, на которых ограничивается применение труда женщин» [Электронный ресурс] // URL: <https://mintrud.gov.ru/docs/mintrud/orders/1366> (дата обращения: 31.03.2023).

8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 29 декабря 2022 г. N 4356-р «Об утверждении Национальной стратегии действий в интересах женщин на 2023–2030 годы» [Электронный ресурс] // URL: <http://static.government.ru/media/files/ilHtVCKhskBAE9DAfID3AkpD787xAOc4.pdf> (дата обращения: 30.03.2023).

**СЕКЦИЯ «СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ЦЕЛИ И ПРИОРИТЕТЫ
РАЗВИТИЯ РОССИЙСКОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА И ДОСТУПНОСТИ
МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ И ЛЕКАРСТВЕННОГО
ОБЕСПЕЧЕНИЯ»**

**Обеспечение безопасности медицинской деятельности:
как внедрять стандарты качества
в условиях ограниченных ресурсов**

Акопова Элен Борисовна
Концерева Екатерина Валерьевна

evkontsereva@edu.hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Научный руководитель: Габуния Нино Юрьевна

Введение. Безопасность пациента - основной принцип оказания медицинской помощи в учреждениях любого звена и формата. Человеческие факторы, такие как стресс, невнимательность, отсутствие политик и инструкций, несмотря на разработку, рекомендации и применение программ по улучшению, продолжают влиять на качество оказываемой помощи и приводят к ошибочным диагнозам, неправильному лечению, летальным исходам.

На государственном уровне политика повышения качества медицинской помощи реализуется через Указы Президента РФ [1] и соответствующие нормативно-правовые акты Росздравнадзора; за последние годы с учетом международного опыта «Национальным институтом качества» Росздравнадзора сформированы Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях [2], зарегистрирована система добровольной сертификации медицинских организаций

«Качество и безопасность медицинской деятельности» (№ РОСС RU.В1589.04ОЧНО от 06.12.2016) [3]. Трансформация российского здравоохранения через реализацию ключевых принципов оказания безопасной и качественной медицинской помощи – основной приоритет дальнейшего развития всей системы.

На сегодняшний день одной из самых авторитетных во всем мире признана система аккредитации медицинских организаций, объединившая стандарты Joint Commission International. В них выделяют шесть Международных целей по обеспечению безопасности пациентов (IPSG): правильная идентификация, повышение эффективности коммуникации, безопасное применение препаратов высокого риска, безопасность хирургической деятельности, внедрение программы по гигиене рук с целью уменьшения вероятности передачи инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, программа профилактики падений [4]. Среди них особое значение имеют - **профилактика рисков возникновения инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, а также рисков падения пациента и идентификация его личности**. Именно здесь кроется самое большое количество осложнений, ошибок, непредвиденных расходов медицинской организации, следовательно, реализацию программ по повышению качества и безопасности медицинской деятельности необходимо начинать с всеобщего внедрения этих принципов в медицинскую практику.

Целью данной работы является анализ международного и российского опыта в разрезе конкретных инструментов реализации указанных целей для последующего применения в практике медицинских учреждений, имеющих различное ресурсное обеспечение.

Правильная идентификация пациентов.

Безопасность медицинской деятельности начинается с правильной идентификации личности пациента и системного сопоставления предназначенных для него услуг и лечения:

- использование минимум двух признаков, по которым проводится идентификация (для стационаров и амбулаторного звена могут быть применены различные варианты – от вербальной проверки и сопоставления данных пациента до индивидуальных браслетов и системы маркировки всех биологических материалов, образцов, лекарственных препаратов конкретного пациента);

- обязательный учет специфических состояний пациента (кома, седация, дезориентация, новорожденный);

- использование процесса идентификации исключительно ДО начала любых диагностических или лечебных манипуляций;

- вовлечение пациента в процесс идентификации.

Одним из наиболее эффективных инструментов помимо устной идентификации пациента на каждом этапе обследования или лечения является индивидуальный браслет пациента, содержащий персональные данные минимально по двум признакам (ФИО, дата рождения, группа крови, номер карты, отделение), а также цветовую маркировку в зависимости от риска развития состояний, угрожающих жизни. Такие браслеты облегчают идентификацию больных в том числе с изменениями сознания, когнитивными нарушениями, слабобудящих и слепых. Американская ассоциация госпиталей (АНА) [5] рекомендует соблюдать единые принципы цветовой маркировки как в различных отделениях одной больницы, так и в разных больницах, и дает четкую детализацию по кодировке браслетов:

- красные — наличие аллергии;
- желтые — высокий риск падений;
- пурпурные — пациенты, отказавшиеся от реанимации.

Тем не менее, многие медицинские учреждения используют свои комбинации и схемы:

белый	круглосуточный стационар
синий	дневной стационар
зеленый	аллергия
оранжевый	сахарный диабет
желтый	слепые
красный	риск падения

Снижение риска причинения вреда пациенту в результате падения.

Внедрение программы комплексной профилактики рисков падения пациентов как на амбулаторном этапе получения медицинской помощи, так и в условиях стационара:

- классификация всех пациентов согласно группам риска и с использованием международных шкал Морзе (Morse Fall Scale) и Хампти-Дампти (The Humpty Dumpty Scale), с обязательным пересмотром статуса в течение госпитализации (в результате применения определенных лекарственных препаратов, вследствие ряда хирургических и диагностических манипуляций и т.д.), а также проведение скрининга и анкетирования для амбулаторно-поликлинического звена;

- фиксация рисков и статуса пациента в медицинской документации для организации непрерывного процесса лечения;

- системная оценка рисков среды (местонахождения пациентов), формирование списка локаций с повышенными рисками падения пациентов (к примеру, физиотерапевтическое отделение, приемное отделение) с последующим формулированием и внедрением программы улучшений.

В случае падения проводятся инспекционные визиты-экскурсии рабочей группы в места инцидентов для разработки профилактических мер, к которым чаще всего относят сухой пол, поручни, оптимальный уровень кроватей, наличие предметов первой необходимости на расстоянии вытянутой руки и многие другие. На этапе внедрения в клиническую практику сейчас находятся специальные коврики с датчиком, отправляющим сигнал на сестринский пост, что пациент из группы высокого риска встал, а значит необходимо участие сестринского персонала.

Снижение риска инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи.

Профилактика инфекций – проблема медицинских организаций во всем мире, серьезную обеспокоенность данной проблематикой высказывают не только эксперты Всемирной Организации Здравоохранения, но и пациентское сообщество.

Катетер-ассоциированные инфекции, инфекции мочевыводящих путей, пневмония и инфекции кровотока – основные причины большого количества осложнений в виду некорректно выстроенной работы по гигиене рук и, как показывают исследования, до 70% осложнений можно было предотвратить, используя базовые рекомендации ВОЗ.

Эффективность решения этой задачи напрямую зависит от повсеместного (всеобщего) внедрения в медицинских учреждениях стандартов по гигиене рук:

- постоянное и системно повторяющееся обучение персонала надлежащим процедурам мытья рук и дезинфекции;
- размещение средств гигиены и дезинфекции в соответствующих помещениях с обязательным визуальным подкреплением для персонала (размещение инструкций, алгоритмов и чек-листов в зоне обработки рук);
- внедрение «комплексных решений», разработанных Институтом повышения качества здравоохранения (ИИ) для приоритетных направлений, таких как CLABSI, VAP, CAUTI, SSI [6].

В качестве инструментов можно привести примеры использования аппарата, позволяющего проверить качество мытья рук (АО «Медицина» г.Москва), использование звуковых сигналов для сотрудников в зонах повышенных рисков инфицирования, где обязательна гигиена рук, а также анкетирование и тестирование сотрудников как обязательный элемент допуска к работе.

Вывод. В современном здравоохранении реализовано огромное множество подходов к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности, еще больше примеров и инструментов, которые используют совершенно разные по организационно-правовой форме, источникам финансирования и типам клиники. Важнейшей составляющей в реализации политики менеджмента качества и безопасности является мотивация руководителей и персонала в применении разработанной программы и процессов, а ограниченные ресурсы не становятся преградой на пути их внедрения, а скорее стимулом и драйвером

совершенствования при должном уровне культуры доверия и безопасности.

Литература

[1] Указы Президента РФ от 06.06.2019 N 254 "О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года" и 21.07.2020 N 474 "О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года"

[2] Отдел управления качеством и оценки медицинской деятельности: [Электронный ресурс] // Федеральное государственное бюджетное учреждение "Национальный институт качества" Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения (ФГБУ "Национальный институт качества" Росздравнадзора). URL: <http://www.nqi-russia.ru/activities/internal-control/otdel-uk-i-omd/>. (Дата обращения: 31.03.2023).

[3] Единый реестр зарегистрированных систем добровольной сертификации: [Электронный ресурс] // Федеральное агентство по техническому регулированию и метрологии (Росстандарт). URL: https://www.rst.gov.ru/portal/gost/home/activity/compliance/VoluntaryAcknowledgement/reestr?portal:componentId=11f30a16-f554-4d49-a27a-e277ebf53b2f&portal:isSecure=false&portal:portletMode=view&navigationalstate=JBPNS_rO0ABXdIAAZhY3Rpb24AAAABABBjb25jcmV0ZURvY3VtZW50AARmcm9tAAAAAQADNzgwAAZkb2NfaWQAAAABAQyODE1AAdfX0VPR19f. (Дата обращения: 01.04.2023).

[4] Стандарты аккредитации Joint Commission International для стационаров, включая стандарты для медицинских организаций, осуществляющих научную деятельность и практическую подготовку обучающихся: [16+] / [пер. с англ. под ред. И. В. Иванова и др.]. — Действ. с 2021–01–01. — М. : [б.и.], 2020. — 535 с. — 7-е изд. — ISBN 978-5-6045851-0-8.

[5] The American Hospital Association (AHA): [Электронный ресурс]. URL: <https://aha.org/>. (Дата обращения: 31.03.2023).

- [6] Institute for Healthcare Improvement: [Электронный ресурс]. URL: <https://www.ihl.org/>. (Дата обращения: 30.03.2023).
- [7] Куренева Е. В. Опыт внедрения хирургического чек-листа в операционном блоке многопрофильной частной медицинской организации // Главная медицинская сестра. 2015. № 10. С. 49–54.
- [8] Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2015; 23 (4): 37—40.
- [9] Безопасность пациента / пер. с англ. под ред. Е. Л. Никонова. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. — 184 с.
- [10] Потылицын А. В., Бениова С. Н., Горелова И. С., Кику П. Ф. Идентификация пациентов как безопасность оказания медицинской помощи (практический опыт) // Менеджмент в здравоохранении. 2021. № 1. С. 33–39.

Место телемедицинских технологий в Российском здравоохранении

Завадич Ксения Александровна

kzavadich@mail.ru

Оглобличева Виктория Максимовна

v-ogloblicheva@mail.ru

Самородов Александр Владимирович

avsamorodov@gmail.com

НИУ ВШЭ, г. Москва

Научный руководитель: Тарасенко Елена Анатольевна, к.соц.н.

Инновационные технологии являются неотъемлемым фактором развития всех сфер жизни в современном мире. Создание эффективной системы управления качеством здравоохранения – мировая практика, требующая активного влияния современных инноваций. Телемедицина является наиболее перспективным механизмом организации процессов

управления в здравоохранении, оптимизации затрат и повышения качества и доступности медицинской помощи.

В настоящее время активно развиваются телемедицинские информационные системы, а также формируется единое медицинское информационное пространство, что способствует развитию телемедицины как отдельного направления в сфере здравоохранения [1]. Актуальность использования телемедицинских технологий обуславливается необходимостью создания качественных условий для жизни граждан, в том числе для имеющих ограниченные возможности получения качественной и доступной медицинской помощи. Наиболее страдающими гражданами являются жители отдаленных регионов, не обладающих возможностью своевременно получать необходимую медицинскую помощь [2].

Активная цифровая трансформация здравоохранения преимущественно связана с пандемией COVID-19. «Дистанционная медицина» в период пандемии позволила предоставлять медицинскую помощь большему количеству пострадавших в условиях снижения угрозы заражения медицинских сотрудников [3]. Таким образом, в условиях повышенной опасности распространения новой коронавирусной инфекции создавались наиболее инновационные подходы к формированию безопасной и доступной медицины, что повлияло на развитие системы здравоохранения в целом.

Цель исследования – разработка рекомендаций по совершенствованию методов применения телемедицинских технологий в обеспечении доступности и качества медицинской помощи в России.

Задача исследования – проанализировать и дать оценку современных тенденций и перспектив развития телемедицины в обеспечении доступности и качества медицинской помощи.

Материал и методы. Источником информации послужили научная литература и нормативно-правовые акты по вопросам обеспечения доступности и качества медицинской помощи, в том числе в рамках телемедицины. Для решения задачи исследования

был применен метод авторского качественного исследования: 12 глубинных интервью с врачами и организаторами здравоохранения, проведенных автором в феврале-марте 2023 года.

Результаты. С целью детального изучения мнения о перспективах и препятствиях развития телемедицины в России были проведены и интервью, результаты которых могут быть использованным для дальнейшего изучения вопроса, а также для вынесения предложений по совершенствованию существующей системы. В ходе исследования была проведена серия глубинных интервью с медицинскими специалистами и организаторами здравоохранения. В числе вышеупомянутых опрашиваемых были представители медицинской сферы и сферы здравоохранения г. Санкт-Петербург, г. Москва и г. Уфа. Было проведено 12 интервью в период с февраля по март 2023 года.

Мнения представителей медицины и здравоохранения сходятся в том, что необходимо далее развивать и внедрять телекоммуникационные технологии в медицинскую сферу и сферу здравоохранения. Телемедицина обладает перспективностью развития, позволяющей повысить качество и доступность медицинских услуг. Однако, среди респондентов популярно мнение о наличие различных препятствий к развитию, что требует особого внимания. Кроме того, в ходе беседы сложилось мнение о том, что вопрос оплаты медицинских услуг с использованием телемедицинских технологий требует более детального изучения, так как мнения респондентов разделились.

Литература

1. Лебедев Г.С., Шепетовская Н.Л., Решетников В.А. Телемедицина и механизмы ее интеграции. Национальное здравоохранение. 2021; 2 (2): 21–27. <http://doi.org/10.47093/2713-069X.2021.2.2.21-27>.

2. Попова А.В. Телемедицина в России и за рубежом: к вопросу о правовом регулировании. Вестник Московского городского педагогического университета. 2019;33(1):53-60.
3. Смышляев А.В., Мельников Ю.Ю., Платонова Н.И. Телемедицинские технологии в системе оказания первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации на современном этапе: правовой аспект // Медицинское право. 2018. № 4. С. 16–21.

Взаимосвязь удовлетворенности пациентов услугами и качеством сервиса на примере медицинской организации

Коршунова Арина Евгеньевна

Korshunova.arina2011@yandex.ru

РУДН, г. Москва

Научный руководитель: Лылова Е.В., к.э.н.

Одной из важнейших составляющих медицинской помощи (МП) является качество. Под качеством МП Всемирная организация здравоохранения понимает «степень, в которой услуги здравоохранения, оказываемые отдельным лицам и группам населения, повышают вероятность достижения желаемых результатов в области здравоохранения и соответствуют профессиональным знаниям, основанным на фактических данных» [2].

ВОЗ выделяет следующие наиболее важные факторы качественной МП: 1) выполнение основных функций здравоохранения; 2) тщательная оценка качества МП; 3) обмен опытом и профессиональное развитие специалистов; 4) обеспечение качества и устойчивости здравоохранения даже в условиях нестабильности; 5) гуманный подход к пациентам, как основной источник их удовлетворенности [1].

Выделим два важных фактора: удовлетворенность и сбор данных об оценке качества медицинских услуг (МУ). Факторы

взаимосвязаны, поскольку позволяют формировать представление медицинской организации (МО) о потребностях и ожиданиях пациентов, а значит способствовать увеличению удовлетворенности.

Стоит отметить, что важность работы с обратной связью также закреплена законодательно в РФ, так ст. 4 ФЗ-232 среди принципов охраны здоровья называет «приоритет интересов пациента при оказании мед. помощи».

Под удовлетворенностью пациента понимают: «степень соответствия услуг клиники, условий и сроков их оказания ожиданиям пациента, их представлениям о должной доступности и качестве, а также о том, как должна функционировать медицинская организация» [7]. Чем выше клиника превзошла ожидания пациентов, тем сильнее будет лояльность, как следующая ступень взаимоотношений МО и пациента после удовлетворенности.

Согласно исследованию Всероссийского союза пациентов, удовлетворенность МУ по ОМС [4], находится на среднем уровне – 41,6% удовлетворены МП в некоторой степени, 22,9% не удовлетворены в 2022 г. Также исследование СберСтрахования [5] показало, примерно 60% россиян обращаются за платными МУ 1-2 раза в полгода, 32% россиян отмечают, что им не всегда достаточно МУ по ОМС, а 27% хотели бы попадать к врачам быстрее. Из этого следует, что выбор частой или государственной МО зависит от потребностей и удовлетворенности пациентов.

В российской науке ученые рассматривают различные подходы к определению удовлетворенности пациентов МО.

В статье «Межрегионального клинико-диагностического центра», на основании корреляционной связи авторы выделили следующие аспекты: профессионализм специалистов, отношение к пациенту, внешний вид персонала и результативность лечения [3].

В исследовании удовлетворенности Спиридонова А. В., Сабирова Л. Ф. делят аспекты на две группы [6]. Медицинские: полнота осмотра, отношение персонала, время приема и т. д.; а

также организационные: внешний вид персонала, время работы МО, чистота помещения и т.д.

Шибалков И. П. [7] предлагает следующую модель факторов, влияющих на удовлетворенность пациентов МО: доступность МУ (время записи, территориальная расположенность МО и т.д.); взаимодействие МО с пациентом (сайт и соц. сети); условия пребывания в МО (чистота и комфорт, материально-техническое обеспечение); коммуникация персонала с пациентом, система обратной связи. Система может быть в виде специальных метрик, зашитых в опросах, таких как NPS, CSI и т.д., а также других способов: проведения глубинных интервью, выстраивания CJM и т.д.

Чем более налажена система обратной связи, тем лучше МО видит реальные потребности её пациентов, а также случаи и аспекты обслуживания, которые могут улучшить или ухудшить опыт, а значит могут сделать пациентов лояльными, тем самым способствовать достижению желаемых результатов в области здравоохранения в рамках качества и доступности медицинских услуг.

Литература

1. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259951/WHO-HIS-IER-GPM-2018.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
2. Качественные услуги здравоохранения [Электронный ресурс]. – URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>
3. Куприянов Р.В., Жаркова Е.В., Хайруллин Р.Н. Оценка удовлетворенности пациентов в медорганизации (опыт МКДЦ) // Менеджер здравоохранения. 2018. № 5. С. 42–49.
4. Мониторинг жалоб и обращений пациентов в связи с проблемами получения медицинской помощи в системе ОМС в 2022 году. [Электронный ресурс]. – URL: <https://sibacc.ru/Власов%20Я.В..pdf>

5. СберСтрахование и Rambler&Co выяснили, сколько россиян пользуются платной медициной [Электронный ресурс]. – URL: <https://sberbankins.ru/about/news/sberstrakhovanie-i-rambler-co-vyuasnilo-skolko-rossiyan-polzuyutsya-platnoy-meditsinoj/>
6. Спиридонов А.В., Сабиров Л.Ф. Оценка удовлетворенности качеством медицинских услуг пациентами с болезнями органов пищеварения // Практическая медицина. 2012. № 3 (58). С. 113–114.
7. Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения. [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://mednet.ru/images/images/rabota-s-udovletvorennostju/stimul-presentation2.pdf>

Организационно-правовая структура медицинской помощи пациентам с орфанными заболеваниями на территории Российской Федерации

Макашова Елизавета Сергеевна

esmakashova@edu.hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Научный руководитель: Власов Василий Викторович, д.м.н., профессор

Согласно данным самого крупного научно-практического портала Orphanet, к настоящему времени насчитывается более 6000 редких заболеваний, а их распространенность в популяции составляет 3,5-5,9% [1]. Распространенность редких заболеваний на территории Российской Федерации на сегодняшний день не известна, однако, по данным неонатального скрининга, включающего в себя 22 частых наследственных заболевания, только за период 2013-2018 было выявлено 7,7 тысяч детей с клиническими признаками вышеуказанных заболеваний [2]. В данной работе проанализирована организационно-правовая

структура медицинской помощи пациентам с редкими болезнями на территории РФ с учетом региональных различий.

Понятие «орфанного» заболевание впервые вводится в статье 44 323-Федерального Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» [3], при этом к «орфанным» требуется относить болезни с распространённостью $<10:100\ 000$ населения, что существенно отличается от международных подходов (< 86 на $100\ 000$ – согласно «The Orphan Drug Act» в США [4] и $< 50:100\ 000$ – по данным нормативной документации Европейского Союза[5]). Кроме того, выделены в отдельную группу «жизнеугрожающие и хронические прогрессирующие редкие (орфанные) заболевания, приводящие к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» [6], закреплена необходимость ведения Федерального регистра лиц, страдающих данными заболеваниями. Однако, ни в Постановлении Правительства РФ, закрепляющего необходимость ведения такого регистра, ни в других нормативных документах не разъяснен принцип включения заболевания в данный список. Кроме того, постановление не учитывает наличие эффективного специфического лечения. Соответственно, в список не включены заболевания, имеющие высокоэффективное патогенетическое лечение: транстиретиновая семейная амилоидная полиневропатия ($1:200\ 000$) [7] болезнь Помпе ($1:138\ 000$) [8]. С неизвестной периодичностью (последний раз в июне 2021 года) на официальном портале Министерства здравоохранения РФ публикуется «Перечень орфанных заболеваний» [9], в который одновременно включены и сами нозологические формы, и группы заболеваний. При этом перечень не включает все известные заболевания в группе. Так, группа «Синдромы врожденных аномалий, влияющих преимущественно на внешний вид лица» включает 9 синдромов, хотя по данным крупнейшей базы наследственных болезней ОМIM, описано не менее 52. Пациент с орфанным заболеванием не имеет специального правового и социального статуса, не существует единого Всероссийского регистра редких наследственных и аутоиммунных заболеваний,

отсутствуют НПА, регулирующие оказание медицинской помощи этим группам пациентов, за исключением детей, имеющих право на оплату патогенетической терапии за счет средств Фонда «Круг добра». Начиная с 2015 г. (регистрации на территории РФ первых препаратов для лечения спинальной мышечной атрофии), в ряде регионов Российской Федерации появились так называемые Центры орфанных заболеваний или Орфанные центры, которые осуществляют диагностику редких болезней и регламентируют назначение терапии. Однако, ни в одном из проанализированных нами Центров не проводится молекулярная диагностика. В марте 2023 года член Комитета СФ по Регламенту и организации парламентской деятельности, заслуженный врач России Владимир Круглый [10] заявил о необходимости создания отдельных Центров орфанных болезней в каждом регионе РФ, что противоречит озвученному ранее предложению члена Общественной палаты, главы Фонда «Дети Бабочки» Алены Круглой о создании центров компетенций на базе крупных учреждений, так как они уже имеют необходимую материально-техническую базу для диагностики и терапии этой группы пациентов, и рациональному принципу централизации редко применяемых сложных технологий. Таким образом, к настоящему времени, с учетом отсутствия полного спектра НПА, регламентирующих помощь орфанным пациентам и необходимости регуляции назначения патогенетической дорогостоящей терапии, в том числе off-label препаратов, наметились новые тенденции к поиску решений данной проблемы. Однако, экономическая обоснованность создания новых отдельных центров орфанных заболеваний вызывает сомнения ввиду повышения затрат на их функционирование, а улучшение диагностики и терапии данной группы болезней невозможно без создания правовой базы.

Литература

1. Wakap SN, Lambert DM, Olry A et al. Estimating cumulative point prevalence of rare diseases: analysis of the Orphanet database. *Eur J Hum Genet* 2020; 28: 165– 173.
2. Т.П. Васильева, Р.А. Зинченко, И.А. Комаров, Е.Ю. Красильникова, О.Ю. Александрова, О.Е. Коновалов, С.И. Куцев. Распространенность и вопросы диагностики редких (орфанных) заболеваний среди детского населения Российской Федерации. *Педиатрия им. Г.Н. Сперанского*. 2020; 99 (4): 229-237.
3. ст. 40 Федеральный закон Российской Федерации от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»
4. Daniel MG, Pawlik TM, Fader AN, Esnaola NF, Makary MA. The Orphan Drug Act: Restoring the Mission to Rare Diseases. *Am J Clin Oncol*. 2016 Apr;39(2):210-3. doi: 10.1097/COC.0000000000000251
5. Schuller Y, Hollak CE, Biegstraaten M. The quality of economic evaluations of ultra-orphan drugs in Europe - a systematic review. *Orphanet J Rare Dis*. 2015 Jul 30;10:92. doi: 10.1186/s13023-015-0305-y.
6. Постановление Правительства РФ от 26 апреля 2012 г. N 403 "О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента" (с изменениями и дополнениями)
7. Auer-Grumbach M, Retzl R, Ablasser K, Agis H, Beetz C, Duca F, Gattermeier M, Glaser F, Hacker M, Kain R, Kaufmann B, Kovacs GG, Lampl C, Ljevakovic N, Nagele J, Pözl G, Quasthoff S, Raimann B, Rauschka H, Reiter C, Skrahina V, Schuhfried O, Sunder-Plassmann R, Verheyen ND, Wanschitz J, Weber T, Windhager R, Wurm R, Zimprich F, Löscher WN, Bonderman D. Hereditary ATTR

Amyloidosis in Austria: Prevalence and Epidemiological Hot Spots. J Clin Med. 2020 Jul 14;9(7):2234. doi: 10.3390/jcm9072234

8. Ausems MG, Verbiest J, Hermans MP, Kroos MA, Beemer FA, Wokke JH, Sandkuijl LA, Reuser AJ, van der Ploeg AT. Frequency of glycogen storage disease type II in The Netherlands: implications for diagnosis and genetic counselling. Eur J Hum Genet. 1999 Sep;7(6):713-6. doi: 10.1038/sj.ejhg.5200367

9. Перечень редких (орфанных) заболеваний от 23.06.2021 <https://minzdrav.gov.ru/documents/9641-perechen-redkih-orfannyh-zabolevaniy>

10. «В СФ предложили создать региональные центры орфанных заболеваний» https://senatinform.ru/news/v_sf_predlozhili_sozdat_regionalnye_tsentr_y_orfannykh_zabolevaniy/

Финансирование здравоохранения: Россия по сравнению с европейскими странами

Петешова Лидия Алексеевна

lapeteshova@edu.hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Научный руководитель: Потапчик Е.Г.

Предоставление услуг в области здравоохранения является одной из важнейших задач государства, наравне с образованием и обеспечением инфраструктурой. Каждая страна индивидуально выбирает собственную стратегию оказания медицинских услуг, а также их финансирования.

Опыт европейских стран может быть полезен для совершенствования отечественной системы финансирования здравоохранения при учете сложившихся в РФ реалий. В данном докладе будут представлены результаты анализа систем

финансирования здравоохранения нескольких европейских стран-участников Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР), определено, может ли Россия усовершенствовать свою систему финансирования здравоохранения, переняв опыт некоторых европейских стран.

Задачи доклада:

1. Описать процесс финансирования здравоохранения в России, Германии и Великобритании.
2. Провести анализ структур и объемов финансирования здравоохранения РФ отдельных европейских стран, входящих в состав ОЭСР.
3. Предложить пути совершенствования системы и структуры финансирования здравоохранения в России.

Объект исследования – система здравоохранения. Предмет исследования – финансирование сферы здравоохранения.

Для начала будут описаны результаты проведенного анализа основных моделей финансирования здравоохранения, указаны их характерные черты. Были разработаны схемы, описывающие системы финансирования здравоохранения в Германии и Великобритании.



Рисунок 1 - Система финансирования здравоохранения Германии.

Источник: Составлено автором

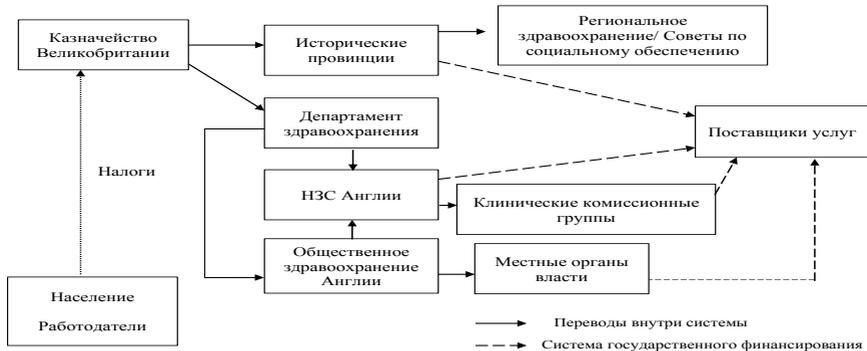


Рис. 3 Система финансирования здравоохранения Великобритании

Рисунок 2 - Система финансирования здравоохранения Великобритании.

Составлено автором

В ходе исследования было проведено сравнение размеров и конфигураций государственных финансовых расходов на здравоохранение России, Германии и Великобритании, а также собрана база данных, отражающая «результативность» работы сферы здравоохранения каждой страны. Анализ показал, что функционирующая в РФ в настоящее время система финансирования здравоохранения не позволяет в полной мере обеспечить получения необходимого объема средств для выхода на уровень лидирующих Европейских государств.

В заключение были предложены рекомендации по совершенствованию системы и структуры финансирования здравоохранения в РФ.

Литература

1. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. Current health expenditure by revenues of health care financing schemes in % of gross domestic product (GDP) [Электронный ресурс] // Global Health Expenditure Database: [сайт].

URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения: 20.02.2021).

2. OECD. Health expenditure and financing: Health expenditure indicators [Электронный ресурс] // OECD Data: [сайт]. URL: <https://data.oecd.org/healthres/health-spending.htm> (дата обращения: 20.02.2021).

3. Федеральный закон от 29.11.2010 N 326-ФЗ (ред. от 08.12.2020) «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021). Статья 3.

4. Постановление Правительства РФ от 28.12.2020 N 2299 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2021 год и на плановый период 2022 и 2023 годов». V. Финансовое обеспечение Программы

5. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». Глава 10. Статья 80-81.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 22.12.2020) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2021). Статья 83.

7. OECD. General government spending (Total, Thousand US dollars/capita) [Электронный ресурс] // National Accounts at a Glance: [сайт]. URL: <https://data.oecd.org/gga/general-government-spending.htm#indicator-chart> (дата обращения: 20.02.2021).

8. Bundesministerium für Gesundheit Referat L 8 Öffentlichkeitsarbeit, Publikationen. Das deutsche Gesundheitssystem Leistungsstark. Sicher. Bewährt. 2020.

9. Cylus J, Richardson E, Findley L, Longley M, O'Neill C, Steel D. United Kingdom: Health system review. Health Systems in Transition, 2015; 17(5): 1–125.

10. OECD. Health expenditure and financing: Revenues of health care financing schemes [Электронный ресурс] // OECD Stats: [сайт]. URL: <https://stats-oecd->

org.proxylibrary.hse.ru/BrandedView.aspx?oecd_bv_id=health-data-en&doi=data-00540-en (дата обращения: 20.02.2021).

11. ТАСС. Большинство россиян оценивают свое здоровье как хорошее и удовлетворительное [Электронный ресурс] // ТАСС: [сайт]. URL: <https://tass.ru/obschestvo/6305972> (дата обращения: 20.02.2021).

12. World Health Organization. Global Health Expenditure Database. Current health expenditure by financing schemes in million current US\$ [Электронный ресурс] // Global Health Expenditure Database: [сайт]. URL: <https://apps.who.int/nha/database/ViewData/Indicators/en> (дата обращения: 20.02.2021).

13. World Health Organization. Life expectancy and Healthy life expectancy. Data by country [Электронный ресурс] // Global Health Observatory data repository: [сайт]. URL: <https://apps.who.int/gho/data/node.main.688> (дата обращения: 20.02.2021).

14. ITV NEWS. One visit to GP 'costs £45' [Электронный ресурс] // ITV NEWS: [сайт]. URL: <https://www.itv.com/news/update/2014-05-22/one-visit-to-gp-costs-45/> (дата обращения: 20.02.2021).

15. Приложение №6 к тарифному соглашению на 2020 год от 30 декабря 2019 года. Тарифы на оплату медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях в рамках территориальной программы ОМС, применяемые в том числе для осуществления горизонтальных расчетов (за исключением профиля "стоматология")

16. Шишкин С.В., Шейман И.М., Потапчик Е.Г., Понкратова О.Ф. «Анализ состояния страховой медицины в России и перспектив ее развития». – Москва: Высшая Школа Экономики, 2019.

Проценко Ирина Андреевна

i.protsenko2022@mail.ru

УрФУ, г.Екатеринбург

Научный руководитель: Старшинова Алла Викторовна

С ростом выявленных раковых заболеваний за последние пять лет, а это ежегодно в среднем около 700 тыс. людей, растет число тех, кто оказывается в некой социальной изоляции по ряду причин. Очень важно взглянуть на то, чем обладает человек в момент постановки диагноза рак, каким капиталом владеет будь то физическим, социальным или культурным, чтобы спрогнозировать дальнейшую адаптацию к изменившимся условиям жизни и минимизировать изолированность от общества.

Капитал – это ресурс, который может быть финансовым, социальным или интеллектуальным, воспроизводящий благо. Пьер Бурдьё для понимания социального мира предлагал использовать не только экономический капитал, но и социальный с культурным. Таким образом для человека, имеющего онкологическое заболевание, владение всеми тремя видами капитала давало бы больше возможностей по разрешению своих проблем.

Социальный капитал состоит из нашего окружения и связей, то, что может в дальнейшем конвертироваться также и в экономический. Например, финансовая поддержка от родителей, когда временно из-за лечения не можешь платить по счетам и покупать необходимые продукты, либо наш близкий друг знаком с врачом в одном из реабилитационных центров и по рекомендации дает возможность попасть на восстановительный курс после химиотерапии.

При рождении человек не обладает налаженной готовой сетью социальных капиталов. Она требует времени, поддержки,

сознательного или бессознательного внимания, как обмен подарками, уважительного отношения к тем, кто окружает нас.

Культурный же капитал достаточно сильно зависит от экономического. При наличии последнего возрастает качество первого. Так как при финансовой свободе освобождается время для реализации интеллектуального потенциала, как например, у ребенка в обеспеченной семье будет больше времени на образовательный процесс, чем у его сверстников, где нет достаточно средств его содержать на период обучения. Если же говорить об онкобольных, то их культурное просвещение будет снижаться из-за смещения внимания на обеспечение себя лекарствами, процедурами, поиск реабилитационного центра.

При столкновении с сильно стрессовой ситуацией мы зачастую понимаем, где наши социальные, культурные и экономические связи провисают. Происходит такое и с тяжелым заболеванием таким, как рак. Как отмечал респондент в проведенном нами исследовании с помощью кейс-стади «...мой отец, когда заболела мама, не смотря на поддержку дальних родственников (в основном это продукты питания были), закрылся в себе и не обсуждал тему болезни с нами с братьями...мне было трудно посещать школу и делать вид, что ничего не происходит».

Мы видим, что у респондента из-за онкологии, выявленной у матери, личный социальный капитал стал уменьшаться, сократилось общение с друзьями, исчезло время на культурные мероприятия и экономических ресурсов стало меньше, так как увеличились расходы семьи на лечение. Капитал стал уменьшаться и сужаться не только у больного, но и близкого окружения его людей. Для его восстановления уходит десять, а то и двадцать лет.

Онкологическое заболевание влияет еще и на физическое состояние самого человека, истощает его тело, портит волосы, зубы, кожу, иногда и оставляет без органа или части тела. Существующие протезы, импланты, парики лишь внешне маскируют результаты лечения. Но это большая внутренняя сила, зависящая от культуры, в которой рос человек, или социального пространства, требующее от него не сдаваться.

Делая вывод, можно сказать, что капиталы у онкобольных претерпевают изменения и могут разрушаться полностью или со временем истощаться. Однако стоит заметить, что есть и обратная сторона болезни, где можно обрести новые социальные контакты, сформировать свою культуру и использовать в дальнейшем для реализации своих идей, восполнять трудовые функции.

Литература

1. Онкологические заболевания в России и мире / «Мониторинго-экспертные исследования: знать и победить рак». Вып. 55. Научн. рук. З.А. Саидова / Гл. ред. Комарова А.И. Том 846(888). М., 2022.
2. Онкология сегодня. №1 (47). Март 2022.
3. Bourdieu, P. (1986). The Forms of Capital.
4. Lupton D. The Imperative of Health: Public Health and the Regulated Body. London: Sage, 1995.

Телемедицина

как возможность повышения качества медицинской помощи

Дятлов Севастьян Павлович

sdyatlovvv@gmail.com

ФГБОУ ВО Иркутский государственный университет, г. Иркутск

Повышение качества и доступности медицинской помощи является одной из приоритетных задач отечественного здравоохранения, что закреплено в Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации до 2025 года [1]. Одним из критериев выполнения данной задачи является уровень доступа населения к своевременному получению первичной медико-санитарной помощи. На сегодняшний день существуют разные меры по повышению данного показателя, однако продолжают вестись поиски других эффективных решений [2]. Одним из них может являться использование телемедицины.

Телемедицина – это взаимодействие между субъектом и объектом медицинской помощи в онлайн-формате с использованием передачи звука и видеоизображения в реальном времени. Подписание Федерального закона № 242 от 29.07.2017 года «Закон о телемедицине» стимулировало развитие данного направления в том числе с позиции инвесторов, в результате чего сегодня на рынке представлено значительное количество сервисов, обеспечивающих организацию и проведение онлайн-консультаций с врачом [3]. Первоначальной целью телемедицины было обеспечение доступности медицинской помощи для жителей удаленных регионов с нехваткой кадров, а также для пациентов с ограниченными возможностями с целью снижения числа очных посещений медицинских учреждений. Пандемия COVID-19 послужила поводом для нового этапа в развитии телемедицины, так как организация консультаций в дистанционном формате стала

необходимостью в период карантина [4]. Вследствие этого, в 2021 году в России число оказанных с помощью телемедицины услуг возросло на 9,7% по сравнению с предыдущим годом [3]. Тем не менее, на сегодняшний день большинство ограничений были сняты, но телемедицина продолжает оставаться актуальным методом оказания первичной медико-санитарной помощи не только для описанных выше категорий пациентов. Этому способствует следующий ряд преимуществ:

Во-первых, телемедицина способствует своевременному обращению пациента за медицинской помощью. В современном темпе жизни существенная доля людей не имеют желания и возможности осуществить очный визит к врачу из-за нехватки времени, поэтому получение консультации в дистанционном формате является для них более актуальным. Легкость получения медицинской помощи способствует повышению вовлеченности населения в наблюдение за своим здоровьем и стимулированию своевременного обращения к специалисту для назначения профилактики, дополнительных исследований или лечения.

Во-вторых, использование услуг телемедицины дает возможность снизить количество посещений медицинских учреждений пожилым пациентам и людям с хроническими заболеваниями, которые вынуждены регулярно посещать врача для мониторинга. Это позволит, с одной стороны, повысить удовлетворенность пациентов, а с другой стороны, распределить потоки пациентов. Наблюдение за хроническими больными в дистанционном формате позволит распределить нагрузку врачей и среднего медицинского персонала. Также, телемедицина дает возможность организации консилиума в режиме реального времени с возможностью привлечения врачей разной специальности, в том числе территориально удаленных.

В-третьих, телемедицина имеет большие перспективы интеграции с технологиями мобильного здравоохранения, которые позволят медицинскому персоналу систематизировать мониторинг хронических больных, а также осуществлять лечение ряда

заболеваний, например, аллергических реакций и легких ОРВИ, полностью в дистанционном формате.

Тем не менее, на сегодняшний день существует ряд ограничений для массового распространения телемедицины. Во-первых, не все категории населения обладают техническими средствами для организации онлайн-консультации и возможности проведения исследования врачом. В первую очередь, это касается пожилых людей, которые являются одной из целевых групп телемедицины. Однако с массовой цифровизацией влияние данного риска начинает снижаться. Во-вторых, существует проблема в нормативном регулировании и стандартизации работы отрасли для обеспечения качества оказываемой медицинской помощи, на повышение которого и нацелена телемедицина. В соответствии с этим на данный момент в рамках экспериментального правового режима Правительство РФ работает над формализацией использования телемедицины [3].

Таким образом, телемедицина позволяет повысить доступность и качество медицинской помощи для разных социально-демографических групп населения посредством изменения сроков и формата ее получения.

Литература

1. Стратегия развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254. [электронный ресурс] – URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/44326/print> (дата обращения: 01.04.2023).
2. Шишкин С. В. Организация первичной медико-санитарной помощи: тенденции и перспективы: аналитический доклад / С. В. Шишкин, А. А. Алмазов, М. Н. Корнилов. – Текст: электронный // Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики». 2022. [электронный ресурс] – URL: https://chp.hse.ru/data/2022/04/07/1803252134/07.04.2022_CHP_NRU.pdf (дата обращения: 02.04.2023).

3. Телемедицина (российский рынок) [электронный ресурс] URL: [https://zdrav.expert/index.php/Статья:Телемедицина_\(российский_рынок\)](https://zdrav.expert/index.php/Статья:Телемедицина_(российский_рынок)) (дата обращения: 05.04.2023).
4. Телемедицина в эпоху COVID-19 [электронный ресурс] – URL: <https://iq.hse.ru/news/567783061.html> (дата обращения: 06.04.2023).

Профессиональное выгорание врачей-ординаторов: в чем роль социальных детерминант?

Полина Сергеевна Твилле

polina.tuillet@gmail.com

Института лидерства и управления здравоохранением (Сеченовский Университет), г.Москва

Владислав Игоревич Ледовский

ledov@ordinatura-org.ru

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Научный руководитель: Мадьянова Виктория Вячеславовна, д.м.н., профессор

Согласно определению ВОЗ, синдром эмоционального (профессионального) выгорания (СЭВ) – это синдром, возникающий в ответ на хронический стресс на работе, с которым человек не смог адекватно справиться. По данным исследований, среди медицинских работников именно молодые специалисты находятся в группе риска развития СЭВ, при этом СЭВ может развиваться на этапе обучения в медицинском университете или в ординатуре/резидентуре [1]. По оценке специалистов, численность медработников имеет тенденцию к уменьшению, одновременно с этим отмечается тренд «омоложения» врачей - к 2030 году около 2/3 практикующих врачей будут моложе 45 лет [2]. Таким образом, молодые специалисты – это основа кадрового потенциала и устойчивого развития национальной системы здравоохранения.

Целью данного исследования является оценка распространённости СЭВ среди ординаторов в Российской Федерации и социальных детерминант, потенциально влияющих на развитие данного синдрома.

Материалы и методы: Для оценки выраженности СЭВ была использована методика MBI (Maslach Burnout Inventory) [3]. Наличие СЭВ определялось как результат по интегральной шкале MBI «средняя степень» или выше. Для диагностики тревоги и депрессии использована шкала HADS [4]. Статистическая обработка результатов проводилась в программах IBM SPSS Statistics v. 26 и StatTech v. 3.1.1. Для расчета выборочной совокупности использованы данные предыдущего исследования Института лидерства и управления здравоохранением, которое определило распространённость СЭВ среди ординаторов г. Москвы на уровне 65,4%. Выборочная совокупность была рассчитана с помощью онлайн-калькулятора OpenEpi. Version 3. и составила 348 респондентов.

Результаты. Всего было получено 415 анкет, анкеты включались в исследование, если респондент корректно прошел опросник MBI. Большинство респондентов постоянно проживали в центральном (49,9%) и северо-западном (22,2%) федеральных округах, были девушками (81,1%) и учились на первом курсе ординатуры (71,1%). Самыми часто встречающимися специальностями были: терапия (10,1%), анестезиология-реаниматология (7,7%), педиатрия (7,0%), онкология (6,5%) и акушерство-гинекология (6,0%). СЭВ был диагностирован у 79,0% респондентов, при этом 58,1% имели среднюю степень выраженности, 20,2% - высокую и 0,7% - крайне высокую. Ведущим симптомом среди респондентов было эмоциональное истощение – выражено у 89,6%, в то время как деперсонализация и редукция личностных достижений выражены у 51,6% и 52,8% респондентов соответственно. Клинически выраженное тревожное расстройство диагностировано у 50,4%, клиническая депрессия – у 13,7%. Показано, что между выраженностью депрессии и СЭВ есть прямая связь ($r_s=0,59$, $p<0,001$), как и между выраженностью

тревоги и СЭВ ($r_s=0,52$, $p<0,001$). При оценке демографических и социальных характеристик респондентов установлено, что СЭВ значимо чаще встречался среди девушек (ОШ=2,45; 95%ДИ: 1,43-4,46), респондентов, которые не имели постоянных отношений (ОШ=1,9; 95%ДИ: 1,17-3,0), а также тех, кто оценивал свое материальное положение как неудовлетворительное (ОШ=2,9; 95%ДИ: 1,68-5,3). Другими значимыми факторами наличия СЭВ были плохое состояние здоровья ($p<0,001$), курение ($p=0,029$) и проблемы со сном ($p<0,001$). Важным фактором развития СЭВ были переработки - респонденты, отрабатывающие более 40 часов в неделю, чаще имели СЭВ ($p=0,027$), при этом совместительство работы и учебы в ординатуре на наличие СЭВ не влияло ($p=0,38$). При ответе на вопрос о проблемах обучения в ординатуре большинство респондентов выбрали следующие ответы: отсутствие дохода (76,5%), низкое качество обучения (57,6%) и неуважительное отношение со стороны врачей/медицинских сестер (44,7%). Анкета содержала поле, в котором респонденты могли свободно поделиться своим опытом обучения в ординатуре. Всего мы получили 88 развёрнутых ответов. Среди них удалось выделить три наиболее важных проблемы ординаторов, которые соответствуют данным, изложенным выше. Так, 28 респондентов рассказали о низком качестве образования, 23 — о тяжелом материальном положении, 21 — о неуважительном отношении. Другими проблемами были: запрет на совмещение учебы с работой, ненормированный график, сексизм, недовольство высокой стоимостью образования, разочарование в специальности.

Заключение. Социальные детерминанты, в особенности уровень дохода, ассоциированы с наличием СЭВ у врачей-ординаторов, что должно учитываться при формировании условий обучения и социальной политики, например, размере стипендиальных выплат.

Литература

1. Dyrbye L.N., West C.P., Satele D., et al. Burnout Among U.S. Medical Students, Residents, and Early Career Physicians Relative to the General U.S. Population. *Academic Medicine*. 2014 89(3):443-451. Doi: 10.1097/ACM.000000000000134.
2. Ярашева А.В., Александрова О.А., Медведева Е.И. и др. Проблемы и перспективы кадрового обеспечения московского здравоохранения. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2020. 2020; 13(1):174–190. Doi: 10.15838/esc.2020.1.67.10
3. Водопьянова Н.Е., Старченкова Е.С. Синдром выгорания: диагностика и профилактика. 2-е изд. СПб.:Питер, 2009.223 с.
4. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 1983 Jun;67(6):361-370. DOI: 10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x.

Отношение населения и медицинских работников к биобанкированию

Демченко Юлия Дмитриевна

demchenko.yd@ssmu.ru

Каменских Екатерина Михайловна

kamenskih.em@ssmu.ru

Бахарева Юлия Олеговна

bahareva.yo@ssmu.ru

ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России, г. Томск

Научный руководитель: Фёдорова Ольга Сергеевна

Актуальность. Биобанки являются одним из важных инструментов развития современной биомедицинской науки (1). Для успешного функционирования биобанков в России

необходимо создать условия постоянного пополнения их биологическим материалом, через добровольное пожертвование от населения, а также привлекать медицинских работников. Для этого важно знать уровень осведомленности о биобанкировании, факторы, влияющие на мотивацию к сотрудничеству.

Цель. Выявить отношение населения и медицинских работников к биобанкам и оценить их готовность к сотрудничеству.

Материалы и методы. Проведена апробация инструментария для оценки опыта и мотивации сотрудничества с биобанками у пациентов и медицинских работников. Опрос проводился с марта по апрель 2023 г. Использовался опросный метод с применением переводного варианта шкалы по оценке отношения к биомедицинским исследованиям (2) на стихийных выборках для пациентов (n=100, мужчин 25% (25), женщин 75% (75)) и для медицинских работников (n=57, мужчин 16% (9), женщин 84% (48)). Для обработки результатов использовался пакет IBM SPSS Statistics 23 версии, для анализа результатов использовались критерий хи квадрат для номинальных переменных и коэффициенты корреляции для порядковых и интервальных переменных.

Результаты. Среди пациентов 53% знакомы с понятием «биобанк». Однако, все пациенты интуитивно верно определили такие функции и задачи биобанков, как сбор, транспортировка, обработка, а также хранение биологических материалов и их использование в научных целях. Среди искаженных знаний оказалась функция – передача биологических материалов от донора к реципиенту. Среди врачей уровень осведомленности о биобанках – 82,5%, а знания о функциях, в большей степени, соответствуют принятым. Стать донорами готовы 78% пациентов. Имеются вариации готовности донорства в зависимости от типа биоматериала: 86% - слюна, 82% - моча, 74% - кал, 84% - кровь, 44% - СМЖ, 46% - ткани и 50% - половые клетки. Среди врачей готовность стать донором распределилась следующим образом: слюна – 71%, моча – 67%, кал - 57%, кровь -76%, СМЖ - 14%,

ткани – 22% и половые клетки – 29%. Среди поощрений за сдачу своего образца представители обеих выборок хотели бы получать денежное вознаграждение, бесплатное проведение исследований состояния здоровья, а также скидки на предоставление платных медицинских услуг. Предоставить свои биобразцы на безвозмездной основе готовы 15% пациентов, в то время врачи - всего 5%. Медицинские работники в 61% случаев готовы участвовать в сборе биоматериалов. При наличии медицинских показаний к проведению процедуры забора медицинские работники готовы собирать слюну – 60%, мочу – 54%, кал – 39%, кровь – 63%. В случае более инвазивных процедур при отсутствии медицинских показаний к сбору готовность оставалась неизменной: ликвор, биоптаты - 32% и половые клетки – 37%. Медицинские работники в 81% хотят получать дополнительную информацию о биобанках, пациенты – в 63%, среди самых распространенных запросов у обеих групп – получать информацию, какие исследования проводятся с помощью биобанков и результаты уже получены.

Выводы. Среди пациентов и медицинских сотрудников высокая осведомленность о биобанках и их деятельности; пациенты положительно относятся к донорству, а медицинские сотрудники готовы собирать биоматериалы независимо от медицинской необходимости процедуры забора; мотивирующими факторами для сдачи и сбора служат материальные поощрения, в то время как препятствующими для обеих групп - страх нежелательных явлений во время процедуры, распространение персональной информации.

Литература

1. *Vora T, Thacker N.* (2015) Impacts of a biobank: Bridging the gap in translational cancer medicine//*Indian J Med Paediatr Oncol.* №36(1). P.17-23.
2. *Clin Trials.* Author manuscript; available in PMC 2021 Apr 1.18(2): 237–244. <https://doi.org/10.1177/1740774520982315>

3. *Raivola V, Snell K, Helen I, Partanen J.* (2019) Attitudes of blood donors to their sample and data donation for biobanking//European Journal of Human. №27. P.1659-1667.
4. *Gao Z, Huang Y, Zhou F and Z.* (2022) Public awareness and attitudes toward biobank and sample donation: A regional Chinese survey //Public Health Policy. № 10.
5. Соколова Т.С., Каменских Е.М., Богута Д.В., Бахарева Ю.О., Федорова О.С. Обучение биобанкированию в структуре современного медицинского образования. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022; 21(11):3380. <https://doi.org/10.15829/1728-8800-2022-3380>

Правовые аспекты контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий: меры для предотвращения оборота ненадлежащей медицинской продукции

Данилова Анна Юрьевна

ayudanilova@edu.hse.ru

НИУ ВШЭ СПб, г.Санкт-Петербург

Научный руководитель: Арзамасцев М.В., доцент, к.ю.н.

Правовой контроль над качеством продукции медицинского назначения является одной из ветвей реализации конституционного права человека и гражданина на охрану его здоровья согласно ст. 41 Конституции РФ. С каждым годом нарушений в отношении качества лекарственных средств и медицинских изделий становится все больше, что показывает растущая статистика числа дел, возбужденных по статье 238.1 УК РФ. Ежегодно проводится Всероссийская конференция «ФармМедОбращение», в рамках которой, например, в 2015 году была предложена инициатива для выборочной проверки в рамках

контроля ЛС. Указанное предложение не нашло своего эффективного применения постольку, поскольку невозможно проверить качество самого лекарственного средства до момента его непосредственного применения. Предлагается внести некоторые изменения в правовое регулирование в отношении данной темы.

Первое, и при этом довольно серьезное изменение затрагивает проблемы юридической техники, представленные в уже вышупомянутой статье уголовного кодекса. Сама норма 238.1 УК РФ носит бланкетный характер, то есть при ее применении обязательно обращаться к иным законам, например, к Федеральному закону от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», либо к Федеральному закону от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств». Наилучшим вариантом изменения будет служить исключение из части второй квалификационного состава, а также примечания. В рамках части второй настоящей статьи необходимо избавиться от указания тяжкого причинения вреда здоровью, поскольку вред здоровью может быть причинен как в форме средней, так и легкой тяжести. В любом случае ненадлежащая медицинская продукция влияет на состояние здоровья человека, а потому ответственность должна быть соответствующая – уголовная. Указанное к статье примечание в отношении размера оборота в сто тысяч служит своеобразным разграничением между административной и уголовной ответственностью (крупный размер = уголовная ответственность; все, что меньше крупного размера, то есть меньше ста тысяч – административная). Его также необходимо убрать, поскольку даже если оборот ненадлежащей медицинской продукции составляет размер меньше крупного, но при этом повлек за собой причинение непоправимого вреда здоровью либо даже летальный исход, то по этой статье деяние квалифицироваться не будет. Таким образом, расширение сферы действия специальной статьи уголовного кодекса РФ 238.1 означает и расширение круга лиц, в отношении которых уголовная ответственность начнет действовать.

Кроме того, можно обратиться к зарубежному опыту, например, к США, где уже продолжительное время существует Федеральное управление по контролю за продуктами и лекарствами (FDA). Управление ответственно за регулирование производства и продажи лекарственных средств. Кроме того, в Европейском союзе также действуют довольно строгие правила и нормативы в отношении лекарственных средств. Регулирование в рамках ЕС осуществляет Европейское агентство по лекарственным средствам (EMA). Кроме того, не менее полезным будет и опыт Японии, Канады и Австрии, которые также имеют эффективную систему контроля качества в отношении медицинской продукции, в состав которой входят как лекарственные средства, так и медицинские изделия.

Литература

1. «Конституция Российской Федерации» (принята всенародным голосованием 12.12.1993) (с учетом поправок, внесенных Законами РФ о поправках к Конституции РФ от 30.12.2008 № 6-ФКЗ, от 30.12.2008 № 7-ФКЗ) // «Собрание законодательства РФ», 26.01.2009, № 4, ст. 445
2. «ФармМедОбращение 2015»: современные аспекты контроля качества лекарственных средств. URL: <https://gxpnews.net/2015/10/farmmedobrashhenie-2015-sovremennye-aspekty-kontrolya-kachestva-lekarstvennykh-sredstv/> (Дата обращения: 09.04.2023).
3. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 28.12.2022) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2023).
4. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 19.12.2022) "Об обращении лекарственных средств" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.03.2023).
5. "Уголовный кодекс Российской Федерации" от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 29.12.2022) // Собрание законодательства РФ. -1996.

- No25 - Ст. 2954; Собрание законодательства РФ. - 2018. - No1 (Часть I).

6. The United States Federal Food, Drug, and Cosmetic Act (FFDCA, FDCA, FD&C)

7. Смирнов, А.М. (2021). Характеристика уголовно-правового противодействия обращению фальсифицированных, недоброкачественных и незарегистрированных лекарственных средств, медицинских изделий и обороту фальсифицированных биологически активных добавок // Уголовное право и криминология.

**Искусственный интеллект
на новой ступени развития системы здравоохранения.
История, перспективы в России и в мире**

Спивакова Дарья Сергеевна

Daryl2001@yandex.ru

Самарский государственный медицинский университет, г. Самара
Научный руководитель: Сиротко Майя Леонидовна, к.м.н., доцент

Одним из важнейших направлений развития системы здравоохранения, является улучшение качества и доступности медицинской помощи. В мировом сообществе, стоящем на пороге четвертой промышленной революции, где наукоемкие технологии становятся неотъемлемой частью жизни, применение продуктов и технологий искусственного интеллекта (ИИ) в мировой системе здравоохранения естественно, закономерно и необходимо. Уже сегодня мы видим растущие темпы трансформации и модернизации, радикальные изменения системы здравоохранения во всем мире.

Целью данной работы является изучение истории использования ИИ в российском здравоохранении, оценка

перспектив и эффективности внедрения ИИ в здравоохранение и медицину, сравнение актуальной результативности и степени внедрения технологий ИИ в России и других развитых странах.

Начало внедрению ИИ в здравоохранение СССР было положено в конце 1960-ых годов организацией Главного вычислительного центра отдела по созданию автоматизированных систем управления и обработки информации. В дальнейшем была заложена основа информатизации здравоохранения, которая к середине 1980-ых годов была реализована в 70% регионов. Параллельно происходило развитие телемедицины, в это время появились первые дистанционные диагностические центры. В 1990-ых годах данные процессы затормозились и возобновились после 2000-го года. В целом, период до 2018 года ознаменован выполнением базовой информатизации медицинских организаций, переходом на электронный документооборот и применением телемедицинских технологий. Новый этап начинается с реализации проектов, запущенных на основании Указов Президента РФ: № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» и № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации» [6,7]. В рамках данных изменений происходит резкое увеличение финансирования информатизации государственного здравоохранения в РФ [1, рис. 1].

Система здравоохранения РФ претерпела сильные изменения от единичных медицинских информационных систем (МИС) в сторону появления Единой государственной информационной системы в сфере здравоохранения (ЕГИСЗ), которая способна объединять различные потоки медицинских данных [3]. Результатами трансформации стало появление инновационных продуктов и технологий, основанных на применении ИИ. Среди 50 существующих наиболее крупных и успешных российских проектов выделяются Webiomed (прогнозная аналитика), Botkin.AI (анализ изображений), Цельс (анализ изображений) и UNIM (цифровая диагностика) [2,4]. Сегодня рост и расширение спектра направлений отечественного

рынка стартапов и более крупных ИИ-проектов наращивают скорость, догоняя в сфере цифровизации здравоохранения страны ЕС, где процесс трансформации изначально был более последовательным и плавным [10, рис. 2].

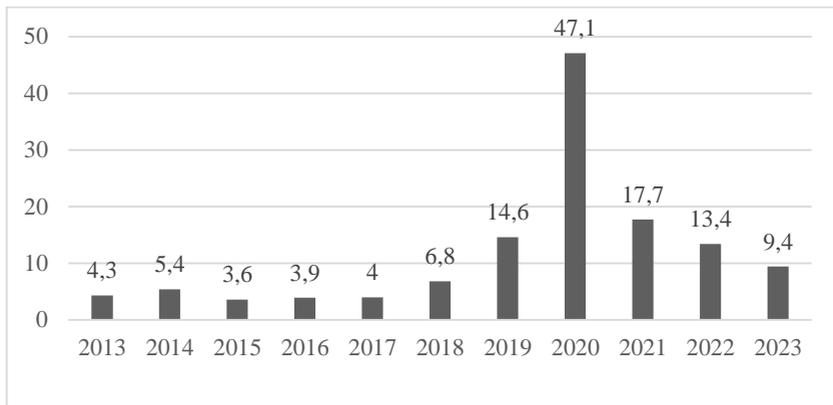


Рисунок 1 - Финансирование информатизации государственного здравоохранения в РФ в 2013-2023 гг. (млрд руб.)

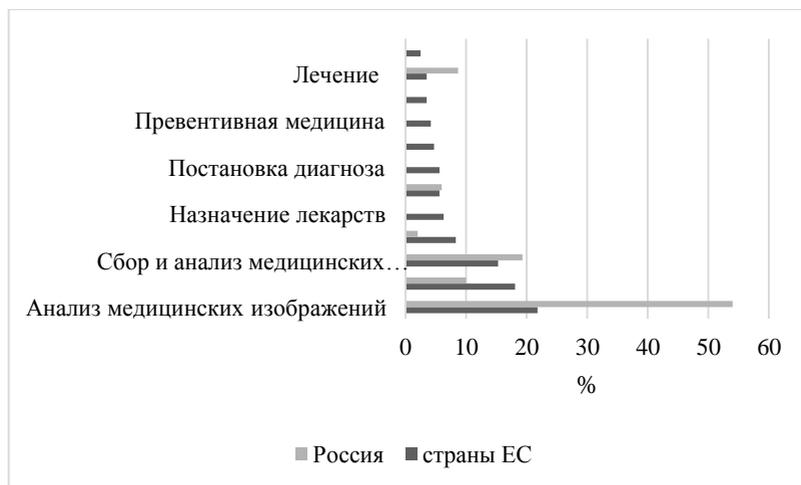


Рисунок 2 - Направления применения ИИ-проектов в здравоохранении (РФ и ЕС)

В мире отчетливо различается переориентирование на внедрение ИИ в здравоохранение. Согласно исследованию Markets And Markets, объем глобального рынка ИИ в сфере здравоохранения вырастет с 14,6 млрд долларов США в 2023 году до 102,7 млрд долларов США к 2028 году [8]. Самое большое количество разработок на данный момент проводится в Китае - они направлены на изменение парадигмы доступа к медицинской помощи и устранение неэффективности системы с помощью ориентированных на пациента решений, например, планирования консультации, электронной сортировки, быстрого доступа к первичной медицинской помощи. Важно отметить, что доля ВВП Китая, которая тратится на цифровизацию здравоохранения, значительно выше, чем в других странах – 13,2%, в то время как в Германии и Франции – 11,2%, в России – 3% (данные за 2019 год) [10, рис. 3].



Рисунок 3 - ИИ-исследования в области здравоохранения в мире (2019).

Так или иначе, страны сталкиваются со схожими видами проблем в здравоохранении – глобальный дефицит медицинских

работников/усиление нагрузки на медперсонал, нехватка ресурсов и доступности диагностики, неконтролируемый рост объема новых знаний в медицине/неконтролируемый поток медицинской информации. Исходя из существующих проблем, наиболее эффективным способом их решения, становится цифровизация здравоохранения, применение ИИ. По опыту зарубежных коллег из Китая, США, ЕС, наиболее перспективными трендами в развитии цифрового здравоохранения считаются создание цифровых ассистентов для пациентов, предиктивная аналитика, контроль лечения, дистанционный мониторинг [5]. По результатам проведенного в 2019 году исследования Accenture, внедрение технологий и продуктов ИИ в 70% медицинских организаций ЕС позволило снизить уровень кадрового дефицита на 7%, улучшить качество оказания медицинской помощи [9].

Заключение. Несмотря на своевременные шаги по развитию ИИ в медицине и здравоохранении в XX веке, цифровизация российского здравоохранения переживала сильные спады, что, безусловно, сказалось на скорости внедрения продуктов и технологий ИИ. Сегодня ситуация постепенно начинает принимать другие черты – в 2019 началось активное финансирование данной сферы здравоохранения, что уже сейчас дает свои положительные результаты. Однако, сравнивая с опытом других стран, финансирование остается по прежнему недостаточным, проводится мало исследований. В перспективе при условии дальнейшего увеличения финансирования данной области в России, с целью наращивания темпов развития исследований в сфере сбора и анализа данных, лечения, постановки диагноза, мониторинга пациентов, планируется снижение нехватки кадров, частичное решение проблемы регионального распределения, исключение систематических переработок врачей, что в целом будет способствовать повышению качества, доступности медицинской помощи и степени удовлетворенности пациентов.

Литература

1. Гусев А.В., Владимирский А.В. Информатизация здравоохранения РФ: история и результаты развития// Национальное здравоохранение. Цифровая трансформация системы здравоохранения. – 2022. – Т.2, №3. – С. 12.
2. Гусев А.В. Обзор Российских систем искусственного интеллекта для здравоохранения// Платформа прогнозной аналитики Webiomed. – 2023.
3. Кобякова О.С., Поликарпов А.В. Трансформация медицинской статистики в период пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19). Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – С. 1445.
4. Комарь П.А., Дмитриев В.С. Рейтинг стартапов ИИ: перспективы для здравоохранения России// Российский журнал телемедицины и электронного здравоохранения. – 2021. – С. 32-41.
5. Пугачев П.С. Мировые тренды цифровой трансформации отрасли здравоохранения// Национальное здравоохранение. – 2021. – Т.2, №2. – С. 5-12.
6. Указ Президента РФ от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»// СЗ РФ. 2018.
7. Указ Президента РФ от 10 октября 2019 г. № 490 «О развитии искусственного интеллекта в Российской Федерации»// СЗ РФ. 2019.
8. Artificial intelligence in Healthcare Market// Market research report. Markets and Markets, 2023. – P.9.
9. Injecting intelligence into healthcare. Accenture executive survey on AI in healthcare UK// Accenture, 2019. – P. 5-11.
10. Transforming healthcare with AI: The impact on the organisations// McKinsey&Company. EITHealth, 2020. – P. 24-39.

Особенности коммуникации врачей и пожилых в сельской местности на примере Ленинградской области

Галкин Константин Александрович

Kgalkin1989@mail.ru

Социологический институт РАН-филиал ФНИСЦ РАН, Санкт-Петербург

Неотъемлемым фактором благополучия и равных прав в развитии общества выступает возможность получения необходимых медицинских услуг. Медицинская помощь направлена на удовлетворение первичных потребностей человека, на предотвращение его смертности, на сохранение его здоровья. Плеяда исследований, посвящённых изучению современной медпомощи, показывает положительный эффект от развития и предоставления качественной медицинской помощи на здоровье людей, на улучшение здравоохранения и демографической ситуации в целом [Панова и др., 2005; Русинова и др., 2007; Starfield et. al., 2005].

Рассматривая региональные контексты, следует отметить явную неоднородность в возможностях получения качественной медицинской помощи, в том числе первичной, которая часто выступает одним из важнейших жизненных условий для жителей тех или иных районов [Савельева и др., 2018; Lopez- Casasnovas et. al., 2005]. Прежде всего неоднородность в получении медицинской помощи характерна для городских и сельских территорий, где влияет на специфику доступа к первичной медицинской помощи для разных групп населения.

В рамках доклада я рассматриваю особую форму заботы, которая транслируется сельскими врачами: это профессиональная забота, профессиональный уход. В отличие от других форм заботы (в частности, такой формы, как работа, которую осуществляют по отношению к пожилому человеку социальные работники или — в отдельных случаях — профессиональные сиделки, а также

персонал домов-интернатов), забота врачей и фельдшеров медицинской амбулатории предполагает наличие специальных профессиональных знаний и навыков, а также обучение медицинской помощи, куда входит и уход за пожилыми.

Забота анализируется с двух позиций (с позиции сельских врачей и самих пожилых людей), анализируются их различия. На основании интервью, проведённых в Лужском районе Ленинградской области, предпринята попытка контекстуализировать взгляды на профессиональную заботу со стороны врачей и пожилых людей. Всего было собрано 20 полуструктурированных интервью с пожилыми сельскими жителями и 15 интервью с врачами и фельдшерами амбулаторий.

Итак, осуществляемая форма заботы со стороны сельских врачей выступает определённой мерой автономности, а для пожилых сельских жителей она выступает ни много ни мало эквивалентом доверия сельским врачам. Забота о пожилых людях со стороны врачей на селе выступает формой проявления различных аспектов деятельности врача как профессионала и сельского резидента. В некоторых аспектах, таких как гуманность, профессиональные особенности врача или фельдшера пересекаются с часто приписываемыми им качествами медицинского профессионала на селе. Однако в большинстве случаев проявление врачами заботы о пожилых пациентах выступает скорее частью процесса лечения. Именно через формы заботы врачи могут улучшить, наладить коммуникацию с пожилыми людьми, получить от них необходимое доверие, которое довольно сложно выстроить, в особенности если врач только недавно приехал работать в сельскую местность.

Получается, проявление заботы врача о пожилым пациенте главным образом связано с поддержанием контроля над ситуацией в экстренных случаях, с попытками сохранения профессиональной автономии, помещённой, однако, в специфический сельский контекст деятельности. Понимание заботы у большинства сельских врачей и пожилых людей — участников настоящего исследования суть взаимоисключающие элементы, которые

нередко противоречат друг другу; однако пожилые люди, проживающие в сельской местности, принимают такую форму заботы ввиду отсутствия у них возможного выбора других форм.

СЕКЦИЯ «ЗДОРОВЬЕ НАСЕЛЕНИЯ КАК ДЕТЕРМИНАНТА СОХРАНЕНИЯ ТРУДОВОГО РЕСУРСА СТРАНЫ»

Инвалидность и смертность трудоспособного населения в изменяющейся эпидемиологической обстановке

Бетц Кристина Валерьевна,

betts@irioh.ru

Брылёва Мария Сергеевна,

Lms_18@mail.ru

ФГБНУ «Научно-исследовательский институт медицины труда им. академика Н.Ф. Измерова», г. Москва

За период с 2012 по 2021 гг., несмотря на несколько сложных лет, связанных с пандемией COVID-19, в России можно отметить рост численности населения: 2,3% для мужчин и 1,8% для женщин (рис. 1). Однако доля лиц трудоспособного возраста снижалась в обоих полах (с 68,5% до 62,5% для мужчин и с 55,3% до 49,3% для женщин).



Рисунок 1 - Динамика общей численности населения и доли лиц трудоспособного возраста в зависимости от пола, 2012-2021 гг.

Население России можно считать старым, поскольку удельный вес лиц в возрасте 65+ лет составляет 16,9% (на 2021 г.),

что представляет большую проблему для экономического потенциала страны. Указанное диктует потребность в проведении комплексных аналитических эпидемиологических исследований состояния здоровья населения трудоспособного возраста, на которое ложится основная демографическая нагрузка, с особым вниманием к последствиям пандемии COVID-19.

Имеющаяся официальная статистическая информация о первичной и общей заболеваемости не позволяет проводить дифференцированный анализ, поскольку выделяет только укрупненные возрастные группы для обоих полов вместе. Из доступных для углубленного анализа большой интерес представляют показатели первичной инвалидности и смертности, каждый из которых является интегральным индикатором.

По данным официальной статистики общее число лиц, впервые признанных инвалидами, среди населения трудоспособного возраста составило в 2021 году 226,5 тыс. чел., из них 61,6% были мужчины. За 10-летний период снижение уровня первичной инвалидности (ПИ) составило 39,3% и 30,7% среди мужчин и женщин соответственно. При этом показатель инвалидности среди мужчин на протяжении всего периода был в 1,4-1,7 раза выше (рис. 2).



А



Б

Рисунок 2 - Показатели первичной инвалидности и смертности для мужчин (А), и женщин (Б) в расчете на 10 тыс. человек за 2012-2021 гг.

Смертность среди трудоспособного населения ежегодно снижалась вплоть до 2019 г. как для мужчин, так и для женщин. В 2020 г. произошло резкое увеличение смертности, которое во многом связано с пандемией COVID-19. За 2 года пандемии уровень смертности увеличился на 28,3% среди мужчин и 37,3% среди женщин, что фактически нивелировало все достигнутые успехи в снижении смертности за период с 2012-2019 гг. Вместе с тем, во все годы уровень смертности мужчин оставался в 3,3-3,5 раз выше по сравнению с женщинами.

О значительно более худшем состоянии здоровья мужского населения трудоспособного возраста свидетельствует соотношение уровней инвалидности и смертности. У женщин до 2019 г. это соотношение находилось в рамках логики современного состояния социально-экономического развития и здравоохранения: уровни ПИ были выше уровней смертности на 20-30%, в то время как у мужчин смертность в 1,5-1,7 раз превышала ПИ. Причины данного негативного явления могут в значительной степени формироваться под влиянием социально-экономических факторов, таких как проблема самоотбора в инвалидность, дискриминация в сфере занятости по состоянию здоровья, неравенство оплаты труда, в результате чего мужчины чаще стараются скрыть существующую патологию с целью сохранить работу [1-2]. При этом на работах, характеризующихся вредными и опасными условиями труда, заняты преимущественно мужчины: их доля, по данным Росстата, в 2021 г. достигала 60,2% в отдельных видах экономической деятельности, что в значительной степени формирует стойкую утрату трудоспособности. Кроме того, для мужчин характерно меньшее внимание к собственному здоровью и более низкая комплаентность. Указанные факторы в совокупности приводят к ранней смертности мужчин в трудоспособном возрасте, иными словами, мужчины умирают раньше, чем им успевают установить инвалидность.

Пандемия COVID-19 в значительной степени усугубила состояние ПИ и смертности для трудоспособного населения. В 2020 г., на фоне продолжающегося снижения ПИ, уровень

смертности женского населения впервые за 10 лет достиг уровня ПИ, а в 2021 г. у женщин стала наблюдаться картина инвалидности и смертности аналогичная с мужским населением: уровень ПИ стал выше смертности на 20%. У мужчин после 2020 г. описанное превышение ПИ над смертностью увеличилось до 2 раз, а в 2021 г. до 2,5 раз.

Таким образом, продолжающееся снижение ПИ на фоне высокой смертности трудоспособного населения является крайне негативным процессом, имеющим ряд демографических и социально-экономических оснований. Указанное диктует необходимость в принятии мер, соответствующих изменяющейся социально-экономической и эпидемиологической обстановке.

Литература

1. Демьянова А.В., Лукьянова А.Л. Низкий уровень занятости инвалидов в России — результат дискриминации? Экономический журнал ВШЭ. 2017; 21(3): 385–411.
2. Нацун Л.Н. Гендерные особенности инвалидизации российского населения. Социальное пространство. 2019; 3(20): 5.

Мотивация донорства ооцитов: альтруизм vs практицизм

Валеева Марина Владимировна

m.v.shcherbakova@urfu.ru

Уральский федеральный университет им. Б.Н.Ельцина, г. Екатеринбург

Исследование проведено в рамках гранта РФФ № 22-28-01694 от 20.12.2021

Цикл ЭКО с донорской яйцеклеткой признается исследователями одной из самых результативных вспомогательных технологий (ВРТ) в репродукции. Учитывая либеральную политику многих стран, совершенствование и популяризацию ВРТ, спрос на донорские гаметы и, в особенности, ооциты, растет. В российских центрах репродукции также существует запрос на психически и физически здоровых доноров ооцитов, готовых к повторному донорству и способных осознанно оценить соотношение риска и пользы для своего психологического и физического здоровья.

В этой связи особенно актуальным является изучение социокультурных факторов, определяющих мотивацию донорства ооцитов.

Мотивация донорства в репродукции человека в нашей работе представлена как социокультурное явление, возникшее при появлении ВРТ, и основанное на внешних и внутренних: потребностях, целях, интересах, ценностных ориентациях; стимулах доноров, участвующих в предоставлении генетического материала реципиентам. Мотивация донорства имеет многоступенчатый характер: триггером мотивации донорства является осознание донором потребности людей, не способных к зачатию детей естественным путем, в получении необходимого

генетического материала. У потенциальных доноров возникает внутренняя необходимость оказать помощь другим людям стать родителями и развивается осознание ценности своего участия в реализации этой цели. На базе этого осознания и в коммуникации с разными участниками процесса использования ВРТ у потенциальных доноров формируется совокупность социокультурных, моральных, материальных, личностных причин, определяющих их решение стать донорами ооцитов в конкретной жизненной ситуации.

В период с декабря 2021 по май 2022 г. нами было проведено эмпирическое исследование методом полуструктурированного интервью с потенциальными (реальными) донорами ооцитов (N=29). Все они были пациентами одного из репродуктивных центров г. Екатеринбурга и намеревались стать донорами ооцитов в период от двух недель до трех месяцев. Тип выборки и логика отбора информантов в нашем проекте имеет целевой характер.

Основная задача, которая была реализована на данном этапе проекта - выявление, описание и типология социокультурных факторов, определяющих мотивы и барьеры донорства ооцитов. Гайд интервью был разработан в соответствии с руководством по качественным исследованиям в области здравоохранения. Гайд интервью был разработан в трех вариантах (для доноров без опыта, с одним опытом донации и с двумя и более опытами донации).

В результате проведенного исследования было выявлено, что с одной стороны, женщинами, решившими отдать свои яйцеклетки движет желание помочь людям с диагнозом бесплодие стать родителями, с другой, полученные результаты дают основания полагать, что сами доноры оказываются в сложной жизненной ситуации, как финансовой, так и психологической, что вынуждает их участвовать в такой сложной процедуре.

Большинство женщин хотели бы помочь людям стать родителями и получить за донорство финансовое вознаграждение, которое имеет для них большое значение, т. е. все они полимотивированы.

Каждая женщина руководствуется, в среднем как минимум, тремя мотивами. Кроме финансов и альтруизма, для многих женщин решающим фактором является сочувствие и сострадание к близким, столкнувшимся с проблемами в зачатии ребенка, немаловажным является также собственный опыт проблем с фертильностью. Пример знакомых женщин, которые занимаются донорством ооцитов и позитивно отзываются об этом процессе также является значимым. В то же время, во многих случаях присутствует еще один мотив, который можно определить как попытку противопоставить травмирующей жизненной ситуации что-то действительно важное. В риторике многих женщин звучит желание посредством донорства ооцитов «как-то реабилитировать свою семейную историю», «отработать чувство вины за аборт», «сделать что-то хорошее и важное».

Более детальное погружение в проблематику дает основания полагать, что женщина, желающая стать донором ооцитов находится в ситуации, когда она, несмотря на наличие партнера, может и хочет рассчитывать только на собственные силы. Для многих женщин донорство ооцитов становится способом самоутверждения, возможностью почувствовать свою значимость и автономность.

Литература

1. Álvarez Plaza C. (2015) Sexo sin reproducción y reproducción sin sexo. Sexualidad y salud reproductiva de los donantes de semen y óvulos. Revista de Dialectología y Tradiciones. Vol. 70(2): 469-484. DOI:10.3989/rdtp.2015.02.008 [Álvarez Plaza C. (2015) Sex without reproduction and reproduction without sex. Sexuality and reproductive health of sperm and egg donors. Revista de Dialectologia i Tradicions [Journal of Dialectology and Traditions]. Vol 70(2): 469-484. DOI:10.3989/rdtp.2015.02.008 (in Span.)]
2. Barri P.N., Coroleu B., Clua E., Tur R., Boada M., Rodriguez I. (2014) Investigations into implantation failure in oocyte-donation

- recipients. Reproductive Biomedicine Online. Vol. 28(1): 99-105. DOI: 10.1016/j.rbmo.2013.08.012. Epub 2013 Sep 24. PMID: 24268727.
3. Cohen D., Crabtree B. (2006). Qualitative research guidelines project. Url: <http://www.qualres.org/HomeSemi-3629.html> (accessed 15.06.22).
 4. Hogan R.G., Wang A.Y., Li Z., Hammarberg K., Johnson L., Mol B.W., Sullivan E.A. (2020) Having a baby in your 40s with assisted reproductive technology: The reproductive dilemma of autologous versus donor oocytes. Aust N Z J Obstet Gynaecol. Vol. 60(5): 797-803. DOI: 10.1111/ajo.13179. Epub 2020 May 18. PMID: 32424853.
 5. Здравомыслов А.Г. Потребности, ценности, способности. М.: 1986.
 6. Маргулис А.В. Проблема потребности в историческом материализме. Белгород: 1971.

Факторы ожидаемой продолжительности жизни: межстрановой анализ

Владимирская Анастасия Антоновна
aavladimirskaya@edu.hse.ru
Колосницына Марина Григорьевна
НИУ ВШЭ, г.Москва

Здоровое население - залог устойчивости экономического развития страны. Ожидаемая продолжительность предстоящей жизни (ОПЖ) служит объективным показателем здоровья и качества жизни населения. В России, как и в большинстве государств мира, в последнее десятилетие наблюдался устойчивый рост ОПЖ (Рис.1), прерванный в 2020-2021 гг. пандемией COVID-19. Неудивительно, что фактические показатели ОПЖ за 2021 год расходятся со значениями,

представленными в начале 2020 года в рамках демографического прогноза Росстата: средний вариант прогноза предполагал ОПЖ в России в 2021 году равной 74,29 лет, но фактически она составила 70,06 лет. Вместе с тем долгосрочный тренд роста ОПЖ во всем мире очевиден, хотя его темпы существенно разнятся по отдельным странам и в отдельные исторические периоды. Почему некоторые страны уступают в ОПЖ другим государствам, которые схожи с ними по институциональному или экономическому развитию? Например, Россия и Малайзия по состоянию на 2019 год имели равные значения душевого ВВП, однако в первом случае ОПЖ был ниже почти на 3 года. Аналогично, такие развитые страны, как Финляндия и Канада, практически не отличающиеся друг от друга по величине ВВП на душу населения, кардинально различны в отношении продолжительности жизни (в Канаде ОПЖ в 2019 г. составил около 83 лет, в то время как в Финляндии значение показателя не превышало 66,5 лет) . Отсюда возникает вопрос: какие факторы наиболее значимы в разных странах при формировании ОПЖ? Если ожидаемая продолжительность жизни – один из целевых показателей благосостояния общества, то каждое государство, обладая ограниченными ресурсами, должно решать, как эффективнее распределять бюджетные средства для достижения цели. Важно понимать, каким именно статьям расходов стоит уделять больше внимания, и почему. Целью данного исследования является эмпирическая оценка влияния различных групп факторов на ОПЖ в разных странах мира.

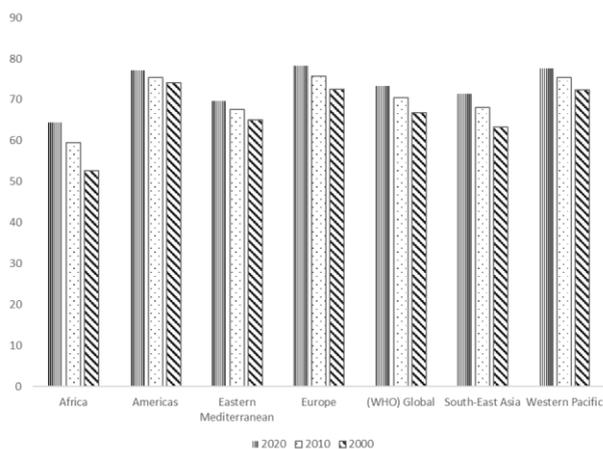


Рисунок 2 – Динамика ОПЖ по регионам ВОЗ, лет
 Источник: данные ВОЗ (1960–2020), расчеты автора

Главная задача работы - поиск основных детерминантов ожидаемой продолжительности жизни (ОПЖ) с использованием методов регрессионного анализа для четырех групп стран, выделяемых по признаку дохода. Критерием для определения доходной группы страны выступает показатель ВВП на душу населения. В работе выделяются четыре группы: так называемые бедные страны, страны с доходами выше и ниже среднего, а также богатые страны. В первой части статьи проводится анализ теоретических и прикладных исследований в области здравоохранения, демографии и связи ожидаемой продолжительности жизни с экономическим развитием. Особое внимание при этом уделяется литературным источникам, изучающим связь наблюдаемых на макроуровне социально-экономических характеристик стран, факторов системы здравоохранения, факторов окружающей среды и ОПЖ. Во второй части статьи на основе изученной литературы проводится проверка эмпирических гипотез о направлении влияния отдельных групп факторов на ОПЖ и степени их влияния в разных доходных группах стран с использованием данных Всемирного Банка и Всемирной организации здравоохранения. В

работе используются панельные данные за период 2011–2019 гг., на основе которых строятся регрессионные модели для каждой доходной группы стран с учетом временных лагов для коррекции эндогенности. Результаты исследования свидетельствуют о значимости как характеристик системы здравоохранения, так и социально-экономических факторов в большинстве доходных групп. Однако выясняется, что влияние отдельных факторов на ОПЖ различается в зависимости от величины ВВП на душу населения страны. Так, для бедных стран, которые имеют низкую продолжительность жизни, значимыми оказываются проблемы доступности питания, расходы на здравоохранение, доля пользователей Интернета, безработица и плотность населения. В то же время, в среднедоходных странах влияние на ОПЖ оказывают не только вышеперечисленные факторы, но и доля городского населения, распространенность табака, количество больничных коек, а также выбросы углекислого газа. Для богатых же стран особенно значимыми оказываются вредные привычки (как распространенность табака, так и потребление алкоголя), которые принято называть «болезнями цивилизации».

Литература

1. WHO. The global health observatory // URL: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-\(years\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/life-expectancy-at-birth-(years))
2. WHO. WHO methods for life expectancy and healthy life expectancy // URL: <https://www.who.int/healthinfo/statistics>
3. Barthold D. et al. Analyzing whether countries are equally efficient at improving longevity for men and women // American journal of public health. – 2014. – Vol. 104. – No. 11. – P. 2163-2169
4. Blazquez-Fern´andez C., Cantarero-Prieto D., Pascual-Saez M. Health expenditure and socio-economic determinants of life expectancy in the OECD Asia/Pacific area countries // Applied Economics Letters. – 2017. – Vol. 24. – No. 3. – P. 167-169.

5. Bloom D. E., Canning D., Sevilla J. The effect of health on economic growth: a production function approach // World development. – 2004. – Vol. 32. – No. 1. – P. 1-13.
6. Cervellati M., Sunde U. Life expectancy and economic growth: the role of the demographic transition // Journal of economic growth. – 2011. – Vol. 16. – No. 2. – P. 99-133
7. Kim J. I., Kim G. Country-level socioeconomic indicators associated with healthy life expectancy: income, urbanization, schooling, and internet users: 2000–2012 // Social Indicators Research. – 2016. – Vol. 129. – No. 1. – P. 391-402.
8. Mitsutake S. et al. Association of eHealth literacy with colorectal cancer knowledge and screening practice among internet users in Japan // Journal of medical Internet research. – 2012. – Vol. 14. – No. 6. – P. e1927.
9. Nixon J., Ulmann P. The relationship between health care expenditure and health outcomes // The European Journal of Health Economics. – 2006. – Vol. 7. – No. 1. – P. 7-18.
10. Popova A. Y. et al. Social and economic determinants and potential for growth in life expectancy of the population in the Russian Federation taking into account regional differentiation // Health Risk Analysis. – 2020. – No. 1. – P. 4-17.

Реализация цели устойчивого развития о ликвидации голода, продовольственной безопасности и улучшении питания в условиях санкций: влияние на здоровье и смертность

Воробьева Екатерина Романовна
ekate.20010514@mail.ru

Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации, г. Москва

Научный руководитель: Зубенко Андрей Вячеславович, к.э.н., доцент, преподаватель кафедры «Государственное и муниципальное управление» Факультета «Высшая школа управления» (ВШУ)

Здоровое питание – обязательное условие эффективного функционирования человеческого организма. Недостаток питания или низкое качество пищи снижают способность человека к труду, сокращают его продолжительность жизни.

На современном этапе, в соответствии с данными, представленными в отчете ООН от 2022 года [1], в связи с пандемией COVID-19, специальной военной операцией в Украине и изменениями климата, успехи на пути к достижению цели устойчивого развития 2 (далее – ЦУР 2) значительно отброшены назад.

В июне 2020 года в рамках доклада перед ООН Российская Федерация (далее – РФ) сообщила о победе над крайней нищетой. ЮНИСЕФ подтвердил, что непосредственно голодающих в РФ нет (с некоторой статистической погрешностью). Но тем не менее, 400 тысяч россиян отнесли к группе «экстремальной уязвимости», а еще 8,7 млн россиян к группе «умеренной уязвимости» [2]. Это означает, что в совокупности более 9 миллионов человек в России как минимум заменяют часть употребляемой пищи более дешевой и низкокачественной.

Изучив метрики на ФАОСТАТ [3], можно сделать вывод о том, что в РФ уровень продовольственной безопасности (и продовольственного обеспечения граждан) самый высокий среди

стран СНГ, более того, по ряду факторов РФ опережает США (на представленный период).

Отметим, что ЦУР 2 всего на 12,5 % покрывается Национальными проектами [4], что сигнализирует о недостаточности нормативной проработки.

Одной из главных проблем в рассматриваемой сфере в России эксперты выделили недостаток цельнозерновых продуктов, а также чрезмерное потребление соли и недостаток фруктов. Минздрав отметил, что около 63 % смертей в стране (еще в 2017 году) было связано с рационом [5].

В настоящий момент в России активно разрабатывается и реализуется политика продовольственной безопасности, призванная обеспечить граждан необходимыми продуктами питания, что особенно актуально в условиях санкционных ограничений. Но самообеспечение, например, фруктами довольно проблематично из-за климатических особенностей и вкусовых предпочтений. В соответствии с докладом министра сельского хозяйства, в 2023 году уровень самообеспечения овощами и молоком достигнет отметки в 89,2% и 84,3 % соответственно. Фрукты и ягоды – самообеспечение менее 50 %. Также, Россия в значительной степени зависима от импортных семян и кормов для рыбы [6].

Тем не менее, в последние годы наблюдается тенденция к снижению уровня смертности от болезней кровеносной системы (самая распространенная причина смертности в стране, связанная, в том числе, и с низким качеством продуктов питания в рационе). Подобные результаты можно связать в том числе и с государственным регулированием цен на социально значимые продукты питания (из наименований списка возможно собрать сбалансированный здоровый рацион, но довольно однообразный) [7].

Таким образом, санкционные ограничения выступили триггером для развития продовольственной безопасности и привлечения внимания государства к продовольственным

вопросам (обеспечение граждан недорогим, «здоровым» продовольствием отечественного производства).

По оценке ООН совместная доля Российской Федерации и Украины в мировом объеме экспорта таких важных продовольственных товаров, как пшеница, кукуруза и продукты семян подсолнечника составляют соответственно – 30 %, 20 % и 80 % [1]. Это позволяет оценить перспективы Российской Федерации в области достижения ЦУР 2 выше общемировых даже с учетом санкционных ограничений, только частичного покрытия рассматриваемой ЦУР Национальными проектами, последствий пандемии COVID-19.

Сокращение доли смертности от болезней сердечно-сосудистой системы может быть расценено и как успех в реализации действующей демографической политики, и как «побочное действие» пандемии (перераспределении доли рассматриваемых болезней на долю COVID-19).

Литература

1. Доклад о целях в области устойчивого развития, 2022 год [Электронный ресурс] // Организация Объединенных Наций [сайт]. URL: https://unstats.un.org/sdgs/report/2022/The-Sustainable-Development-Goals-Report-2022_Russian.pdf (Дата обращения: 11.04.2023).
2. В ООН сообщили о сотнях тысяч россиян на грани голода [Электронный ресурс] // Секрет фирмы [сайт]. URL: <https://secretmag.ru/news/v-oon-soobshili-o-sotnyakh-tysyach-rossiyan-na-grani-goloda-14-07-2021.htm> (Дата обращения: 11.04.2023).
3. Набор показателей продовольственной безопасности [Электронный ресурс] // ФАОСТАТ [сайт]. URL: <https://www.fao.org/faostat/ru/#data/FS> (Дата обращения: 11.04.2023).

4. ESG переход. Возможности сегодняшнего дня [Электронный ресурс] // Global center ВШЭ [сайт]. URL: <https://globalcentre.hse.ru/data/2022/04/11/1787560199/%D0%9A%D1%83%D0%B7%D0%BD%D0%B5%D1%86%D0%BE%D0%B2%D0%B0%20You%20Social%208.04.22.pdf>
5. Неправильное питание становится одной из главных причин смертности в РФ [Электронный ресурс] // МУКСУН [сайт]. URL: <https://muksun.fm/news/2019-04-05/nepravilnoe-pitanie- stanovitsya-odnoy-iz-glavnyh-prichin-smertnosti-v-rf-425220>
6. Каких продуктов не хватает в России [Электронный ресурс] // RG.RU [сайт]. URL: <https://rg.ru/2022/10/05/pole-bez-boia.html> (Дата обращения: 11.04.2023).
7. В России снизилась смертность из-за болезней сердечно-сосудистой системы [Электронный ресурс] // V1.RU [сайт]. URL: <https://v1.ru/text/health/2023/03/15/72135185/#:~:text=%> (Дата обращения: 11.04.2023).

Итоги разработки аналитической модели принятия решений по необходимому финансированию лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний

Комаров Илья Александрович

iliya_komarov@mail.ru

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Научный руководитель: Александрова Оксана Юрьевна, д.м.н., профессор, зам. директора ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

Введение. В последние годы для ряда жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний,

приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, полномочия по лекарственному обеспечению пациентов были переданы с регионального уровня на федеральный [1-3].

Среди заболеваний, лекарственное обеспечение которых осталось на уровне субъектов Российской Федерации (РФ), к наиболее дорогостоящим относятся пароксизмальная ночная гемоглобинурия (Маркиафавы-Микели), идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура (синдром Эванса), другие сфинголипидозы: болезнь Фабри (Фабри-Андерсона), Ниманна-Пика, а также легочная (артериальная) гипертензия (идиопатическая) (первичная). Для того, чтобы оценить влияние на бюджет данных заболеваний, разработана аналитическая модель принятия решений, которая позволяет в режиме реального времени рассчитать, сколько потребуется средств в федеральном бюджете в зависимости от количества пациентов, стоимости лекарственной терапии и доли популяции пациентов, получающих то или иное лечение в зависимости от течения заболевания.

Материалы и методы. Сведения о количестве пациентов, распределении между лекарственной терапией были получены на основании проведенного по инициативе Экспертного совета Комитета Государственной Думы по охране здоровья по редким (орфанным) заболеваниям председателем Комитета Государственной Думы по охране здоровья запроса в адрес глав субъектов РФ [4]. Аналитическая модель принятия решений называется «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний». Модель разработана при помощи программы Microsoft® Excel® для Microsoft 365 MSO (16.0.13127.21694), 32-разрядная версия.

Результаты. Изначально в модели указаны данные, собранные с субъектов РФ в ходе проведения депутатского запроса. При этом в случае изменения исходных параметров или наличия у пользователя более актуальных данных, а также в случае расчета прогнозных значений возможен ввод в ячейки, выделенные желтым цветом, собственных цифровых значений.

Модель при этом учитывает введенные данные в режиме реального времени и сразу использует их в расчетах.

Таким образом, пользователь модели может скорректировать такие параметры, как количество детей и взрослых, страдающих изучаемыми заболеваниями, изменить долю детской и взрослой популяции, получающих представленные в модели лекарственные препараты для лечения этих болезней. Кроме того, в случае изменения стоимости лекарственных препаратов, соответствующие значения также подлежат корректировке. Наконец, количество упаковок в год, которые необходимы для лечения данными лекарственными препаратами одного ребенка или одного взрослого пациента также могут быть изменены. В зависимости от введенных значений аналитическая модель принятия решений автоматически производит расчёты по заданным формулам, в результате чего получаются значения данных вычислений.

В качестве результатов, полученных на основании введенных параметров, в модели содержатся такие значения как стоимость на одного ребенка и одного взрослого в год с учетом дозировок лекарственных препаратов для лечения изучаемых редких заболеваний из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и инструкций по медицинскому применению. Кроме того, в результате расчетов получены значения необходимого финансирования на всех пациентов в регистре с разделением на детей и взрослых.

При этом для лиц, принимающих решения, важно понимать необходимое распределение бюджета не только на период в один год, но и иметь представление о долгосрочном планировании как необходимой составляющей в финансировании. С этой целью в модели введена функция, позволяющая при помощи встроенной полосы прокрутки выбрать необходимый временной горизонт от 1 до 10 лет. В режиме реального времени на листе «Выводы» модель рассчитывает необходимое финансирование лекарственного

обеспечения пациентов, страдающих изучаемыми заболеваниями, на указанный период. Дисконтирование в настоящей модели не было учтено, т.к. речь идет о бюджете, который может быть выделен на закупку лекарственных препаратов – несмотря на изменения со временем «ценности» бюджетных средств, их количество, которое необходимо запланировать в бюджете, не может быть сокращено по причине дисконтирования.

В качестве значений по умолчанию в модель были введены данные, полученные от субъектов РФ в результате проведенного депутатского запроса. Так, пароксизмальной ночной гемоглобинурией (Маркиафавы-Микели) на момент сбора данных страдали 8 детей и 404 взрослых, идиопатической тромбоцитопенической пурпурой (синдромом Эванса) – 925 детей и 3 492 взрослых, болезнью Фабри (Фабри-Андерсона) – 31 ребенок и 76 взрослых, болезнью Нимана-Пика – 12 детей и 25 взрослых, легочной (артериальной) гипертензией (идиопатической) (первичной) – 182 ребенка и 736 детей. После расчета стоимости необходимой лекарственной терапии установили, что перевод финансирования лекарственного обеспечения при данных заболеваниях на федеральный уровень потребует выделения 20 568 018 235 руб. в федеральном бюджете в год при заданной пациентской популяции.

Практика лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, показывает важность привлечения средств федерального бюджета. Для пациентов с такими редкими заболеваниями лекарственное обеспечение, организованное на федеральном уровне, стабильнее и более предсказуемое, чем обеспечение за счет средств бюджета региона РФ по месту проживания пациента.

Заключение. Разработана аналитическая модель принятия решений «Необходимое финансирование лекарственного обеспечения для ряда редких заболеваний». Данная модель

позволяет оценить необходимое финансирование ряда редких заболеваний из Перечня жизнеугрожающих и хронических прогрессирующих редких (орфанных) заболеваний, приводящих к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, в случае передачи на федеральный уровень полномочий по лекарственному обеспечению. При этом функционал модели позволяет изменять исходные параметры, такие как численность детской и взрослой популяции пациентов, страдающих этими болезнями, стоимость необходимых для лечения лекарственных препаратов и их распределение между возрастными группами, а также необходимую потребность в них в течение года. Наконец, модель позволяет оценить необходимое финансирование на долгосрочный временной горизонт сроком до 10 лет, а также включить в анализ одно, несколько или все изучаемые заболевания путем выбора пользователем соответствующих значений.

Кроме того, разработанная модель может быть полезна уже в настоящее время на региональном уровне при планировании необходимого бюджета на лекарственное обеспечение при изучаемых заболеваниях.

Литература

1. Комаров И. А., Красильникова Е. Ю., Александрова О. Ю., Зинченко Р. А. Промежуточные итоги передачи на федеральный уровень обязательств по лекарственному обеспечению пациентов с редкими болезнями в 2019—2020 гг. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2022;30(2):207—210. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2022-30-2-207-210>
2. Kulikov A. Yu., Komarov I. A., Pochuprina A. A. Budget Impact Analysis of Belimumab In the Treatment of Patients With Systemic Lupus Erythematosus In Russian Federation // Value in Health. – 2014. – Vol. 17. – No 7. – P. A525-A526. – DOI 10.1016/j.jval.2014.08.1656
3. Нагибин О.А., Манухина Е.В., Комаров И.А. Нормативно-

правовое регулирование льготного лекарственного обеспечения в Российской Федерации // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2019. Т. 27, №4. С. 520-529. doi:10.23888/PAVLOVJ2019274520-529

4. Ежегодный бюллетень Экспертного совета по редким (орфанным) заболеваниям. М., 2021. 244 с. <http://komitet2-2.km.duma.gov.ru/Ekspertnye-Sovety/RAbota/Orfany/item/19232971/>

Предпосылки внедрения бригадных форм организации труда на терапевтических участках

Крякова Мария Юрьевна

kryakova.my@gmail.com

ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, г. Москва

Научный руководитель: Сон Ирина Михайловна, д.м.н., профессор, ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России заслуженный деятель науки Российской Федерации

Введение. В последнее время активно изучаются вопросы расширения роли среднего медицинского персонала, перераспределение обязанностей между врачебным и средним персоналом, привлечение специалистов без медицинского образования для выполнения работы с медицинской документацией.

Актуальность. Имеющиеся кадровые ресурсы первичного звена здравоохранения не могут в полной мере обеспечить доступность и выполнение необходимых объемов медицинской помощи, поэтому наряду с наращиванием физической численности врачебного и среднего медицинского персонала необходимо изменение организационных подходов в оказании медицинской помощи.

Цель исследования: изучение функций медицинской сестры участковой и представление предложений для принятия управленческих решений.

Материалы и методы исследования. Сравнительный анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность медицинской сестры участковой, хронометражные наблюдения за работой врача-терапевта участкового и медицинской сестры участковой (5 врачей-терапевтов участковых и 5 медицинских сестер участковых).

Результаты. Анализ нормативных правовых актов, регламентирующих деятельность медицинских сестер участковых, показывает, что в их функциональные обязанности входит проведение доврачебного приема пациентов и определение необходимости, сроков и этапов врачебного вмешательства; оказание доврачебной неотложной помощи; анкетирование и выявление факторов риска хронических неинфекционных заболеваний; оказание помощи на дому, работа с маломобильными группами пациентов; проведение инструментальных исследований в пределах компетенции; профилактическое консультирование, проведение школ здоровья; выполнение работы в рамках диспансерного наблюдения (контроль показателей здоровья пациента итд.)[1-3].

С целью изучения видов работ, фактически выполняемых медицинской сестрой участковой на врачебном участке, были проведены фотохронометражные наблюдения с составлением фотографии рабочего дня.

Анализ полученных данных показал, что у медицинской сестры участковой в среднем в структуре рабочей смены затраты рабочего времени на виды выполняемой работы распределяются следующим образом: 274,55 мин - работа на приеме с врачом (амбулаторно в медицинской организации); 44,75 мин – работа с пациентами на дому (выполнение назначений врача); 123 мин – работа с медицинской документацией (работа с паспортом участка – актуализация данных; планирование профилактических мероприятий - формирование списков лиц, подлежащих

прохождению профилактических мероприятий, и обзвон с целью информирования и приглашения в медицинскую организацию и т.д.); 21,3 мин – незагруженное время (личное время, обед). Общая продолжительность смены в среднем – 463,6 мин.

При этом на амбулаторном приеме с врачом в среднем около 30 % времени – это отсутствие работы и ожидание поручений от врача, а около 70 % времени – работа с медицинской документацией: оформление направлений на лабораторные и инструментальные исследования, к врачам-специалистам, согласование даты и времени записи на прием к врачу, на исследования в медицинской информационной системе для пациента на приеме, а также работа с иной медицинской документацией, не связанной с приемом данного конкретного пациента.

Выводы. 1. С целью обеспечения возможности медицинской сестре участковой реализовывать свой профессиональный потенциал необходима организация самостоятельных сестринских приемов.

2. Необходимо внедрение новых организационных технологий в работе на терапевтических участках с соотношением врачебный персонал : средний медицинский персонал минимум 1 : 2 и перераспределением функциональных обязанностей.

3. Форма работы с перераспределением функциональных обязанностей между работниками с различным уровнем образования соответствует бригадной форме организации труда.

Литература

1. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 21 июня 2006 г. № 490 «Об организации деятельности медицинской сестры участковой». <http://ivo.garant.ru/#/document/12148347/paragraph/1:0> (дата обращения 31.03.2023).
2. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 475н «Об

утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра / медицинский брат». <https://base.garant.ru/74600092/> (дата обращения 31.03.2023).

3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 декабря 2020 г. № 1317н «Об утверждении требований к организации и выполнению работ (услуг) по сестринскому делу». <http://ivo.garant.ru/#/document/400210475/paragraph/1:0> (дата обращения 31.03.2023).

Влияние COVID-19 на состояние здоровья населения Самарской области трудоспособного возраста: гендерные, территориальные и экономические аспекты

Майорская Анастасия Сергеевна

as-mayorskaya@mail.ru

ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России, Самара

Научный руководитель: Сиротко Майя Леонидовна, к.м.н., доцент

Введение. В последние годы на долю численности населения трудоспособного возраста в России оказывают влияние ряд факторов демографического и социально-экономического характера, в частности, повышение пенсионного возраста, вступление в трудоспособный возраст молодых когорт населения, миграционные потоки, приобретение гражданства и др.

Численность населения трудоспособного возраста оказывает непосредственное влияние на экономическое благополучие любой страны. Поэтому важнейшая задача системы здравоохранения – сохранить трудоспособность населения. Данная задача усложняется множественными факторами, влияющими на заболеваемость, смертность и др. демографические показатели, что

определяет актуальность проведения исследований по данной проблеме [1,2].

Так в Москве, по данным ряда авторов, в 1-й период пандемии, среди заболевших COVID-19 преобладали возрастные группы 18–45 и 46–65 лет. Половозрастная структура госпитализированных характеризуется тем, что среди пациентов в возрасте до 35 лет соотношение мужчин и женщин было приблизительно одинаковым: 51,4% и 48,6% соответственно. В группе 36–54 года преобладали мужчины — 56,6%, женщины составили 43,4%. В более старших возрастных группах больший удельных вес отмечался среди женщин, что может быть связано с их преобладанием в структуре населения, например, в группе 55–64 года они составили 54,0% [3].

Цель исследования – изучение влияния COVID-19 на состояние здоровья населения Самарской области трудоспособного возраста: гендерные, территориальные и экономические аспекты.

Методология. Проведен медико-демографический анализ ситуации по COVID-19 в Самарской области в первую волну пандемии (март-август 2020г.) с расчетом показателей первичной заболеваемости, смертности, летальности населения, определения средних затрат на лечение COVID-19, с анализом их вклада в общую сумму затрат на лечение пациентов от всех заболеваний с учетом возраста и пола жителей области. Первичные данные о заболевших и умерших были учтены в базе данных ТФОМС согласно внесению ВОЗ в МКБ-10 новых кодов: U07.1, U07.2.

Результаты. Первичная заболеваемость COVID-19 (март-август 2020г.) жителей Самарской области трудоспособного возраста составила 1 289,0 чел. на 100 тыс. населения, среди мужчин - 1 240,9 чел., женщин - 1 339,5 на 100 тыс. населения. Смертность от COVID-19 в первую волну среди населения трудоспособного возраста в области имела значение 2,78 чел. на 100 тыс. населения, среди мужского населения – 4,01 чел., женского – 1,44 чел. на 100 тыс. населения. Уровень летальности среди заболевших жителей трудоспособного возраста области

составил 0,24%, среди мужчин – 0,36%, женщин – 0,12%. При этом отмечается значительная разница среди жителей городской и сельской местности: летальность городских мужчин выше городских женщин в 2,7 раза, в сельской местности - в 8 раз. Уровень летальности сельских мужчин выше летальности городских мужчин в 1,2 раза, а среди жительниц наоборот, летальность городских женщин выше, чем сельских женщин, в 2,3 раза. Похожие закономерности наблюдаются при анализе показателя смертности. При этом первичная заболеваемость сельских жительниц на 35% выше первичной заболеваемости сельских мужчин, среди городских жительниц – на 7,9% выше, чем у городских мужчин, а среди городских жителей в сравнении с сельскими жителями – у мужчин выше в 1,8 раз, у женщин в 1,4 раза, а в общем среди городских жителей выше, чем среди сельских жителей, в 1,6 раз. Средние затраты на лечение одного пациента от COVID-19 в первую волну по области составили 21 318 руб., по городам – 21 025 руб., в сельской местности – 22 794 руб., при этом средние затраты на лечение сельских мужчин выше, чем на городских, а у сельских жительниц, наоборот, немного ниже.

Ограничения. В нашем исследовании структура населения области представлена следующими возрастными категориями: младше трудоспособного возраста – застрахованные от 0 до 14 лет включительно, трудоспособный возраст – застрахованные от 15 до 54 лет женщины и до 59 лет мужчины включительно, старше трудоспособного возраста – женщины старше 55 лет, мужчины старше 60 лет. В связи с повышением пенсионного возраста, в 2020 году на пенсию выходили на шесть месяцев позже, поэтому наше условное определение населения трудоспособного возраста можно считать допустимым, в связи с незначительной разницей возрастных границ. Трудоспособное население области в исследовании рассматривается с учетом пятилетних половозрастных групп, в группе 55-59 лет проведен анализ только для мужчин.

Литература

1. Возможности анализа заболеваемости с временной утратой трудоспособности субъектов предпринимательской деятельности / А.С. Шастин, В.Г. Газимова, М.С. Гагарина и др. // Профилактическая медицина.–2019.–Т. 22. – № 4-2. – С.12-16.
2. Усачева Е.В., Нелидова А.В., Куликова О.М., Флянку И.П. Смертность трудоспособного населения России от сердечно-сосудистых заболеваний // Гигиена и санитария. – 2021. – Т.100, №2. – С.159-165
3. Брико Н.И., Коршунов В.А., Краснова С.В., Проценко Д.Н., Глазовская Л.С., Гостищев Р.В., Салтыкова Т.С., Чернявская О.П., Поздняков А.А., Лабанович В.В., Канеев А.И. Клинико-эпидемиологические особенности пациентов, госпитализированных с COVID-19 в различные периоды пандемии в Москве. Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2022;99(3):287–299. DOI: <https://doi.org/10.36233/0372-9311-272>)

**Разработка персонализированного и предиктивно-
превентивного подхода на основе анализа распространенности
эрозий зубов на стоматологическом приеме университетской
поликлиники**

Мартынова Светлана Васильевна

podkopaeva-sv@rudn.ru

Гимиш Ирина Владимировна

1042215209@rudn.ru

РУДН, г. Москва

Научный руководитель: к.м.н., доцент **Макеева М.К.**

Введение: Эрозия зубов – это необратимая потеря твердых тканей зуба, происходящая в результате воздействия кислот не бактериального генеза [1]. В зависимости от исследуемого контингента, распространенность данной эрозий составляет от 25 до 30% взрослого населения [2]. Эрозии могут приводить к значительным эстетическим и функциональным нарушениям со стороны зубочелюстной системы. Концепция персонализированной медицины, включающая аспект предиктивно-превентивного подхода дает возможность на ранних этапах предотвратить процесс увеличения степени деструкции твердых тканей у пациентов с эрозией зубов [3].

Цель исследования: Определение частоты встречаемости эрозий и составление индивидуального плана профилактических и лечебных мероприятий в зависимости от выявленных этиологических факторов, степени деструкции твердых тканей зуба и активности процесса, с учетом персонализированного и предиктивно-превентивного подхода

Материалы и методы. В ходе ежедневного стоматологического приема было осмотрено 30 пациентов, в

возрасте от 16 до 50 лет, из них 16 женщин и 14 мужчин. Всем пациентам проводили сбор общего и стоматологического анамнеза. Степень эрозии определяли по глубине поражения [4]: поверхностное поражение – с поражением только верхнего слоя эмали, среднее поражение – с поражением эмали по всей глубине до эмалево-дентинной границы, глубокое поражение – с поражением всей эмали и верхнего слоя дентина. Всем обследованным с эрозиями были составлены индивидуальные рекомендации по лечению и профилактике прогрессирования поражений.

Результаты: В ходе осмотра 30 пациентов эрозии зубов были выявлены у шести пациентов, из них у двоих – на фоне приема гормональных препаратов (поверхностные поражения), – по причине гастроэзофагиального рефлюкса – у одного пациента (средние поражения), по причине кислой диеты – у одного пациента (глубокие поражения), на фоне синдрома Шегрена – у одного пациента (глубокие поражения), на фоне частого употребления газированных прохладительных напитков – у одного пациента (средняя степень). Пациентам было рекомендовано: уменьшить количество употребляемых кислых продуктов и напитков, использовать трубочку для таких напитков для уменьшения контакта напитка с зубами, рекомендовано домашнее и профессиональное применение реминерализующих гелей; обучение чистке зубов для уменьшения травматического влияния. Лечебные манипуляции начинали после выявления этиологического фактора. Лечение в зависимости от глубины поражения включало прямые и не прямые реставрации. В случае активной стадии эрозивного процесса до лечения назначали реминерализующую терапию на 1 неделю. В случае стабилизировавшихся эрозий – к пломбированию проводили без предварительной реминерализующей терапии.

Выводы: В связи с тем что, персонализированная медицина является перспективной моделью развития здравоохранения в России необходимо активно разрабатывать персонализированный и предиктивно-превентивного подход в каждодневной практике

врача-стоматолога. В данном исследовании распространенность эрозий, выявленных на ежедневном приеме, составила 20%. Выявление индивидуального профиля этиологических факторов для каждого конкретного человека в отношении заболеваемости эрозиями зубов с потенциальной коррекцией выявленных нарушений, раннее определение с высокой достоверностью показателей риска возникновения эрозий зубов влияет на создание и совершенствование актуальных стандартов критериев динамики показателей здоровья человека. Для успешного лечения эрозий на первом этапе необходимо выявить причину их развития, по возможности, устранить, или уменьшить степень ее негативного воздействия. На ранней стадии эрозий пациента необходимо проинформировать о мерах, направленных на предотвращение прогрессирования поражений. Лечение эрозий в активной стадии следует начинать с курса реминерализующей терапии, поражение в стабилизировавшейся форме можно пломбировать в первое посещение. Персонализированный и предиктивно-превентивного подход дает возможность прогнозировать успешность проведенного лечения и выявления эрозий зубов на ранних стадиях развития заболевания.

Литература

1. Vakil, N.; Van Zanten, S.V.; Kahrilas, P.; Dent, J.; Jones, R.; Global Consensus Group. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: A global evidence-based consensus. *Am. J. Gastroenterol.* 2006, 101, 1900–1920.
2. Bartlett DW, Coward PY, Nikkah C, Wilson RF. The prevalence of tooth wear in a cluster sample of adolescent schoolchildren and its relationship with potential explanatory factors. *Br Dent J.* 1998;184(3):125–9.
3. Flores M., Glusman G., Brogaard K., Price N.D., Hood L. P4 medicine: how systems medicine will transform the healthcare sector and society // *Per. Med.* 2013. Vol. 10 (6). P. 565–576.

4. Максимовский Ю.М. *Терапевтическая стоматология: Учебник/* — М.: Медицина, 2002. — 640 с.: ил. (Учеб. лит. Для студентов мед. вузов).

**Реабилитация и абилитация
как механизмы развития трудовой политики
в отношении инвалидов**

Курбатова Арина Александровна,

arinakurbatowa@yandex.ru

Муратова Дарья Романовна,

darya.muratova.2020@bk.ru

Финансовый университет при Правительстве РФ, г. Москва

Научный руководитель: Сергиенко Наталья Сергеевна, к.э.н., доцент

По данным Росстата на 1 января 2022 года численность инвалидов в России составила 11 331 тыс. человек (из них 1304 тыс. чел. – инвалиды I группы, 4745 тыс. чел. и 4553 тыс. чел. – инвалиды II и III групп соответственно), при этом численность работающих инвалидов, состоящих на учете в Пенсионном фонде России, на этот же период составила 1 559 тыс. человек (их них 43 тыс. чел. – инвалиды I группы, 511 тыс. чел. и 1005 тыс. чел. – инвалиды II и III групп соответственно). Следовательно, можно сделать вывод, что трудоустройство инвалидов должно стать одним из приоритетных направлений социальной политики. Цель данной работы – формирование комплекса мер по трудоустройству инвалидов.

В ходе проведения исследования были выявлены следующие проблемы.

Неоснащенность рабочих мест. При трудоустройстве граждан с ОВЗ и инвалидностью необходимо дополнительно

обеспечить рабочие места, что несет дополнительные расходы работодателя. Согласно Федеральному закону № 181 «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» работодатель обязан, в случае если в организации работает инвалид, обеспечить адаптацию основного и вспомогательного оборудования, технического оснащения и т.п. к индивидуальным особенностям и возможностям инвалида.

Нарушения в выделении квотируемых рабочих мест для инвалидов. Согласно 181-ФЗ компании обязаны нанимать граждан с ОВЗ и инвалидностью в штат: квота – от 2 до 4% в зависимости от общего числа сотрудников. Раз в квартал работодатели подают отчет о заполнении квотируемых мест, а государство предоставляет налоговые льготы. Однако льготы значительны только в том случае, если инвалиды составляют половину числа сотрудников. В случае, если организация не создает квот для инвалидов, то платит штраф в размере от 5 до 10 тыс. рублей, что является незначительной суммой. Когда квоты создаются, то работодатели зачастую предлагают гражданам с ОВЗ и инвалидностью такие условия, что те сами отказываются работать, либо нанимают на работу с минимальным заработком.

Низкая квалификация инвалидов. Граждане с инвалидностью зачастую не получают высшего образования, поэтому могут рассчитывать на рабочие специальности. Сетевым магазинам намного легче заполнить квоты, т.к. они создают рабочие места, не требующие специальных навыков и умений. Компаниям, специализирующимся, например, на наукоемких направлениях, труднее, т.к. предлагают узкие специальности с высокими квалификационными требованиями. Такая проблема складывается из-за того, что не все ВУЗы оснащены для беспрепятственного обучения инвалидов (главный корпус может быть оборудован, но другие кампусы и филиалы могут и не быть оснащены должным образом). Причем, дифференция оснащения ВУЗов зависит от его местоположения – в Москве и Санкт-Петербурге подобные условия созданы, но в провинциальных городах уровень оснащения оставляет желать лучшего.

Помимо перечисленных проблем можно выделить следующие: отсутствие психологических и экономических стимулов для трудоустройства у инвалида, дискриминация со стороны работодателя, средовые барьеры.

Основным документом, направленным на решение проблемы реабилитации и абилитации инвалидов, является Концепция развития в Российской Федерации системы комплексной реабилитации и абилитации инвалидов, в том числе детей-инвалидов, на период до 2025 года. В рамках данной Концепции заложено понятие профессиональной реабилитации и абилитации, описаны направления деятельности, а также необходимость внедрения новых механизмов, конкретные действия не предлагаются. Ввиду этого, считаем необходимым реализовать комплекс мер по повышению трудовой занятости инвалидов:

- проведение мероприятий по повышению осведомленности инвалидов о возможности трудоустройства с предложением конкретных вакансий (например, через Госуслуги);

- формирование во всех субъектах РФ реестра безработных инвалидов, родителей, воспитывающих детей-инвалидов;

- уполномочить Роструд на осуществление контроля соответствия условий труда, инфраструктуры рабочего места, здания установленным требованиям для инвалидов (существующий план мероприятий по повышению уровня занятости инвалидов на 2021-2024 годы не имеет качественных и количественных индикаторов, требуется осуществление контроля за выполнением установленных планом мероприятий);

- увеличить объемы выделения бюджетных средств на возмещение затрат работодателю на оснащение рабочего места трудоустроенного инвалида;

- расширение перечня направлений профессиональной подготовки инвалидов с учетом потребностей регионального и местного рынка труда, в том числе за счет привлечения средств потенциальных работодателей.

Поведение, связанное со здоровьем, среди взрослого населения в России

Родионова Татьяна Игоревна

rodionovatatiana97@gmail.com

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

аспирант Департамента прикладной экономики Национального
исследовательского университета «Высшая школа экономики»

Научный руководитель: Лукьянова Анна Львовна, к.э.н.

Поведение, связанное со здоровьем (поведение в отношении здоровья), представляет собой действия и привычки человека, которые прямо или косвенно влияют на состояние его здоровья [1]. Многие авторы склонны различать по меньшей мере два типа поведения, связанного со здоровьем: поведение, поддерживающее здоровье, и поведение, наносящее вред здоровью [2]. Поддерживающее здоровье поведение обычно включает действия, ведущие к хорошему здоровью и физическому и психологическому благополучию, такие как адекватная физическая активность, оптимальное питание, сбалансированная диета, регулярная забота о психическом здоровье, соответствующий режим сна. Поведение, наносящее вред здоровью, включает действия, которые не способствуют хорошему здоровью или психическому и физическому благополучию, включая злоупотребление алкоголем, курение, неправильные привычки в еде, недостаточный сон, плохую гигиену и различные виды рискованного поведения.

Поддерживающее и ухудшающее здоровье поведение являются важными и, предположительно, модифицируемыми характеристиками многочисленных последствий для здоровья [3].

Хотя стратегии укрепления здоровья часто сосредоточены на отдельных видах поведения, связанного со здоровьем, многие из них обычно возникают вместе, комбинированно [4].

В существующей литературе нет единого мнения о том, какое поведение встречается вместе в определенных подгруппах населения в России. Таким образом, необходимо изучение текущего вопроса в российском контексте. Данное исследование может стать основой для вмешательств и стратегий реализации для снижения риска неинфекционных заболеваний путем выявления групп населения, которые сообщают о множественном неблагоприятном поведении, связанным со здоровьем, и изучения роли социальных детерминант здоровья в воздействии на отдельное и комбинированное поведение, связанного со здоровьем. Таким образом, задачи данного исследования состоят в том, чтобы описать связанное со здоровьем поведение взрослого населения России в зависимости от социально-экономических детерминант, а также описать взаимосвязь между поведением, связанным со здоровьем.

Данные для этого исследования были взяты из Национального мониторинга общественного здоровья, включающего в себя социально-демографический блок, общие показатели здоровья, поведение в отношении здоровья, опыт обращения за медицинской помощью [5]. Базовый опрос этого исследования был проведен в 2022 г., в нем приняли участие 2150 человек. Опрос проводился по телефону методом формализованного интервью. В ходе опроса использовалась многоступенчатая стратифицированная вероятностная выборка взрослого российского населения (в возрасте от 18 лет), что позволило получить репрезентативную выборку для взрослого населения России по полу, возрасту, региону проживания и типу населенного пункта.

Данные были использованы для описания поведения, связанного со здоровьем (текущий статус курения, употребление алкоголя с риском для здоровья, недостаточная физическая активность) среди взрослых в зависимости от пола, возраста,

уровня, семейного положения, уровня доходов, занятости, места и округа проживания. Для проверки взаимосвязи между поведением, связанным со здоровьем, была использована логистическая регрессия.

Результаты показали, что неблагоприятное поведение, связанное со здоровьем, часто встречается одновременно: примерно каждый пятый сообщает о двух или более неблагоприятных поведении, связанных со здоровьем. В целом мужчины чаще сообщали о неблагоприятном поведении, связанном со здоровьем, по сравнению с женщинами, за исключением недостаточной физической активности. Курение и употребление алкоголя с риском для здоровья продемонстрировали градиент возраста, дохода и образования. Как для мужчин, так и для женщин, курение и употребление алкоголя с риском для здоровья оказались значимыми комбинированными факторами поведения, наносящего вред здоровью.

Таким образом, поведение, связанное со здоровьем, следует рассматривать как изолированно, так и в комбинации. Следует также принимать во внимание специфические для пола модели комбинированного поведения.

Литература

1. Short S. E., Mollborn S. (2015). Social determinants and health behaviors: conceptual frames and empirical advances. *Current opinion in psychology*, 5, 78-84.
2. Navigerová J. M., Dosedlová J., Burešová I. (2018). One health behavior or many health-related behaviors?. *Psychology research and behavior management*, 23-30.
3. Mudryj A. N., Riediger N. D., Bombak A. E. (2019). The relationships between health-related behaviours in the Canadian adult population. *BMC Public Health*, 19, 1-9.

4. Kvaavik E., Batty G. D., Ursin G., Huxley R., Gale C. R. (2010). Influence of individual and combined health behaviors on total and cause-specific mortality in men and women: the United Kingdom health and lifestyle survey. Archives of internal medicine, 170(8), 711-718.
5. Национальный мониторинг общественного здоровья // Междисциплинарный центр исследований общественного здоровья Сеченовского Университета. URL: <https://monitoring.sechenov.ru/>.

Влияние автотранспортной инфраструктуры городской среды на здоровье горожан

Ротов Валентин Максимович

Rotov1996@yandex.ru

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Научный руководитель: Горенков Роман Викторович, д.м.н., профессор

Автотранспортная инфраструктура городской среды может оказывать как положительное, так и отрицательное влияние на здоровье горожан, в зависимости от ее качества и использования горожанами.

С одной стороны, наличие хорошо развитой автотранспортной инфраструктуры городской среды может обеспечивать более эффективный и быстрый транспорт, что может уменьшать время в пути и сокращать стресс у горожан, которые зачастую вынуждены проводить много времени в пробках. Однако, с другой стороны, наличие большого количества автотранспорта может быть связано с рядом негативных последствий, включая

загрязнение воздуха, шумовое загрязнение [1], несчастные случаи на дорогах, а также снижение физической активности горожан, поскольку люди могут предпочитать использовать автомобили вместо ходьбы или езды на велосипедах [2].

Загрязнение воздуха, вызываемое автомобильными выбросами, может иметь негативный эффект на здоровье горожан, приводя к проблемам с дыхательной системой, болезням сердечно-сосудистой системы, а также к повышенному риску развития онкологических заболеваний. Шум от автотранспорта также может приводить к стрессу и снижению качества жизнедеятельности горожан, что может повлиять на общее здоровье и благополучие.

В целом, хорошо разработанная автотранспортная инфраструктура должна быть частью более широкого плана устойчивого развития городов, который учитывает здоровье и благополучие горожан, а также экологические и экономические аспекты [3-5].

Целью этого исследования являлось выявление связей между заболеваемостью населения старше трудоспособного возраста городов Московской области с уровнем автомобилизации населения с помощью корреляционного анализа.

Уровень автомобилизации населения - это показатель, который характеризует количество зарегистрированных автомобилей на количество жителей в определенной территории. Уровень автомобилизации населения является важным показателем для анализа транспортной ситуации в регионе и понимания тенденций в развитии транспортной инфраструктуры. Увеличение уровня автомобилизации может привести к ухудшению экологической ситуации, повышению загруженности дорог и снижению качества жизни в городах. Уровень автомобилизации населения также может быть использован для сравнения транспортной ситуации в различных регионах или странах и для прогнозирования развития транспортной инфраструктуры в будущем.

Материалы и методы. Критерии включения городов в исследование: большие и крупные города Московской области с

численностью населения более 125000 человек. Критерии исключения: отсутствие открытых и общедоступных данных об уровне автомобилизации населения. В результате отбора в исследование попали следующие города: Балашиха, Королев, Люберцы, Красногорск, Электросталь, Коломна, Домодедово. Все данные были получены из официальных источников Росстата и генеральных планов развития городов за 2018 год.

В этом исследовании также были использованы показатели заболеваемости населения старше трудоспособного возраста:

- Общая заболеваемость взрослых старше трудоспособного возраста на 10000 взрослых старше трудоспособного возраста;

- Инфекционная заболеваемость населения старше трудоспособного возраста на 10000 взрослых старше трудоспособного возраста;

- Онкологическая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста на 10000 взрослых старше трудоспособного возраста;

- Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями населения старше трудоспособного возраста на 10000 взрослых старше трудоспособного возраста;

- Заболеваемость органов дыхания населения старше трудоспособного возраста на 10000 взрослых старше трудоспособного возраста;

- Заболеваемость органов пищеварения населения старше трудоспособного возраста на 10000 взрослых старше трудоспособного возраста.

Результаты исследования. В таблице №1 отображен проведенный корреляционный анализ между уровнем автомобилизации населения и показателями заболеваемости населения старше трудоспособного возраста.

Таблица 1 - Коэффициенты корреляции между уровнем автомобилизации населения и показателями заболеваемости населения старше трудоспособного возраста.

Показатели заболеваемости населения старше трудоспособного возраста	Коэффициент корреляции
Общая заболеваемость	0,22
Инфекционная заболеваемость	-0,17
Онкологическая заболеваемость	0,26
Заболеваемость сердечно-сосудистыми заболеваниями	0,61
Заболеваемость органов дыхания	0,02
Заболеваемость органов пищеварения	-0,38

Коэффициент корреляции Пирсона 0,61 говорит о наличии средней степени корреляционной связи между показателями уровня автомобилизации населения и заболеваемости сердечно-сосудистыми заболеваниями населения старше трудоспособного возраста. Это означает, что более высокий уровень автомобилизации связан с повышенным риском заболеваний сердечно-сосудистой системы в старшей возрастной группе населения.

Корреляционных связей между остальными исследуемыми показателями заболеваемости населения старше трудоспособного возраста с уровнем автомобилизации населения городов Московской области за 2018 год не выявлено.

Это и многие другие исследования свидетельствуют о наличии связи между уровнем автомобилизации населения и заболеваемостью сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако, необходимо учитывать, что на результаты этих исследований могут повлиять другие сопутствующих факторов, которые влияют на здоровье населения и не учтенные в этих исследованиях.

Вывод. Таким образом, в этом исследовании доказана взаимосвязь между уровнем автомобилизации населения и заболеваемостью сердечно-сосудистыми заболеваниями населения

старше трудоспособного возраста на примере городов Московской области.

Литература

1. Тойлыбаев А. Е. Воздействие автомобильного транспорта на окружающую среду и расчет концентраций вредных выбросов / А. Е. Тойлыбаев, Т. К. Бекжанова, Ж. О. Кулотаев // Вестник Казахской академии транспорта и коммуникаций им. М. Тынышпаева. – 2017. – № 4(103). – С. 122-129.
2. Rojas-Rueda D, de Nazelle A, Teixidó O, Nieuwenhuijsen MJ. Replacing car trips by increasing bike and public transport in the greater Barcelona metropolitan area: a health impact assessment study. *Environ Int.* 2012 Nov 15;49:100-9. doi: 10.1016/j.envint.2012.08.009
3. Szell M, Mimar S, Perlman T, Ghoshal G, Sinatra R. Growing urban bicycle networks. *Sci Rep.* 2022 Apr 26;12(1):6765. doi: 10.1038/s41598-022-10783-y
4. Pucher J, Dill J, Handy S. Infrastructure, programs, and policies to increase bicycling: an international review. *Prev Med.* 2010 Jan;50 Suppl 1:S106-25. doi: 10.1016/j.ypmed.2009.07.028.
5. Зега А. Н. Оценка определения сокращения выбросов при пересадке пользователей автомобилей и общественного транспорта на велосипед для крупного города / А. Н. Зега, Ю. В. Трофименко // *European Journal of Natural History.* – 2022. – № 1. – С. 90-94.

Маркетинг как инструмент повышения качества в системе здравоохранения

к.м.н. Львова Дарья Петровна

darka.lvova@mail.ru

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Актуальность. Актуальность исследования обусловлена сменой парадигмы в сфере общественного здоровья. Предполагается развитие и внедрение коммуникационных технологий, использующих принципы пациентоориентированного здравоохранения. Предстоит переход от патерналистской модели взаимоотношений врача и пациента, где пациенту отводится пассивная роль «подчиненного», к новой партисипативной модели партнерства и сотрудничества. В этих условиях существенно возрастает значимость взаимоотношений и особую ценность приобретают точки взаимодействия – точки контакта врача и пациента.

Цель исследования. Разработка маркетинговой методики повышения качества медицинской помощи в системе общественного здоровья и здравоохранения.

Материалы и методы. В исследовании использовались методы: аналитический, социологический (анкетирование), экспертной оценки, статистический.

Результаты. По данным анализа научной литературы, обосновано, что в повышении качества медицинской помощи первостепенной задачей становится выявление индивидуальных потребностей пациента и необходимость развития коммуникационных технологий [1; 2; 3].

Доказана эффективность интегрированного маркетинга в понимании нужд целевой аудитории. Использование принципов и инструментов маркетинга открывает дополнительные

возможности для совершенствования деятельности системы здравоохранения [4; 5; 6]. Основой оптимизации отношений врача и пациента является внедрение организационно–психологических технологий, обеспечивающих активное участие мотивированных пациентов в вопросах собственного здоровья [7]. Такой технологией является разработанная «интегрированная маркетинговая методика выявления и анализа точек контакта для реализации пациентоориентированного и партисипативного подходов оказания медицинской помощи».

Новым термином в исследовании являются «Точки контакта» — это все многочисленные ситуации и обстоятельства соприкосновения пациента с медицинской организацией [8]. Через них возможно обеспечить эмоционально сильное и позитивное взаимодействие, укрепить отношения с пациентом или разочаровать его.

Концепция «точек контакта» — это новый пациентоориентированный подход, основанный на понимании и реализации потребностей пациентов. Разработанная маркетинговая методика на основе концепции «точек контакта» включает 8 этапов и основана на результатах изучения и учета мнения пациентов. Прототипом стала бизнес–технология [9], модернизированная и адаптированная для системы здравоохранения.

Пациентами оценена важность и реализованность характеристик взаимоотношений врача и пациента. Изучение важности параметров, характеризующих отношения «врач–пациент» и состояния их реализации выявило наличие резервов по улучшению качества медицинской помощи. Обращает внимание, что: по всем параметрам оценка важности выше, чем фактическая реализация, разница показателей статистически значима.

Корреляционный анализ взаимосвязи показал, что с ростом реализованности наблюдается статистически значимое увеличение долей респондентов с высокой оценкой важности и уменьшение с низкой. Во всех точках наблюдается положительная

корреляционная взаимосвязь. На графике рассеивания четко прослеживается линия тренда.

Сформирована ранжированная последовательность по приоритету модернизации – точки контакта, оценённые как «не важные», при высоком уровне реализации станут ценными. Предопределение потребностей будет формировать благоприятные взаимоотношения.

На вопрос ценности в отношениях с врачом респонденты отвечали особенно активно. Более трети пациентов ценят «Заботу врача» (интерпретируя как искренность, отзывчивость, чуткость, желание помочь). Еще для 29% значимо «Внимание». Получается, наибольшей ценностью обладают факторы благоприятной психоэмоциональной атмосферы между врачом и пациентом.

Изучена удовлетворенность пациента услугами врача–терапевта и желание продолжать наблюдаться у него. Установлена статистически значимая взаимосвязь. Критерий χ^2 Пирсона показал, что удовлетворенность, влияет на желание наблюдаться.

По результатам исследования, для пациентов наиболее значимыми явились экономическая и территориальная доступность – точки социально–экономического характера, создающие условия для благоприятных отношений.

Тем не менее, значимость морально–нравственных аспектов, крайне высока и незначительно отличается от социально–экономических.

Выводы. Таким образом, разработанная маркетинговая методика способствует научной объективизации отношений врача и пациента за счет перевода качественных характеристик в количественные.

Результаты подтверждают приоритетность психологических и нравственных вопросов взаимоотношений, определяя направления реализации пациентоориентированного и партисипативного подходов. Факторы, характеризующие отношения «врач–пациент», представляют научно–методологические основы для оптимизации персонализированной медицины и повышения качества в системе здравоохранения.

Литература

1. Бабенко, А.А. Специфика организации маркетинговой деятельности в сфере платных медицинских услуг / А.А. Бабенко // Главврач. - 2017. - №1. - С. 73-77
2. Дьяченко С.В. Пациент, врач и рынок: Монография / С.В. Дьяченко, В.Г. Дьяченко // Минздрав России, ФГБОУ ВО "Дальневосточный государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Хабаровск : Изд-во ДВГМУ, 2018 г. – 488-489 с.
3. Муртузалиева, Т.В. Система непрерывного контроля за показателями ожиданий потребителей / Т.В. Муртузалиева, Р.Р. Сидорчук, И.И. Скоробогатых, Б.В. Мусатов // Креативная экономика. - 2019. - Т.13. - № 2. - С. 371-388.
4. Олдерсон Ру Аналитические основания маркетинга. /В кн.: Классика маркетинга: сборник работ, оказавших наибольшее влияние на маркетинг: Пер. с англ / Под ред. Ю. Н. Каптуревского. – СПб.: Питер, 2001. – С. 11-34.
5. Ольков, А.С. Соционика в планировании маркетинговых коммуникаций / А.С. Ольков // Маркетинг. - 2010. - № 6 (115). - С. 62-68.
6. Осадчая, И. Превратности развития российского капитализма / И. Осадчая // Наука и жизнь. – 2005. – №8. – С.36-43.
7. Носачёв, Г.Н. Эффективное общение и предупреждение конфликтов в системе «Врач – пациент»: научно-практическое пособие / Г.Н. Носачев // – М.: Инфра-М, 2015 г. – 101 с.
8. Манн, И. Точки контакта. Простые идеи для улучшения вашего маркетинга. /И. Манн, Д. Турусин // – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012 – 23 с.
9. Манн, И. Точки контакта. Простые идеи для улучшения вашего маркетинга. /И. Манн, Д. Турусин // – М.: Манн, Иванов и Фербер, 2012 – 23 с.

**Медицинская информированность пациента
как основа совершенствования пациентоориентированного
подхода в системе общественного здоровья и здравоохранения**

Генатулин Марат Арсенович

genatulinm@gmail.com

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России
(Сеченовский Университет), г. Москва

Научный руководитель: Александрова Оксана Юрьевна, д.м.н.,
профессор

Актуальность. Пациентоориентированное здравоохранение концентрирует внимание на сохранении здоровья пациента в целом, на решении целого комплекса проблем, но главное – на изменение характера отношений между медицинским работником и пациентом, переходе от взаимодействия по принципу «главный–подчиненный». [Второй всемирный конгресс пациентов, Барселона, февраль 2006 года]

Вместе с тем, научных работ, посвященных анализу медицинской информированности пациента как основы совершенствования пациентоориентированного подхода в системе общественного здоровья и здравоохранения недостаточно, что обуславливает актуальность настоящего исследования.

Цель исследования. Изучение медицинской информированности пациентов как основополагающего фактора развития пациентоориентированного подхода в системе общественного здоровья и здравоохранения.

Материалы и методы. Для достижения поставленной цели исследования использовались методы исследования: аналитический и контент-анализ научных исследований по психологии, социологии, медицинскому праву и общественному здоровью и здравоохранению.

Результаты и обсуждение. Тема пациентоориентированности не первый год активно обсуждается

во всем мире в контексте развития высококачественного здравоохранения [1-3]. Кроме того, результаты исследований показывают, что при пациентоориентированном взаимодействии уровень удовлетворенности выше, чем при врач–ориентированном [4].

Пациентоориентированный подход основан на восьми принципах: уважение потребительских ценностей; целостность процесса медицинской диагностики; осведомленность (информированность) пациентов; создание комфортных условий; оказание эмоциональной поддержки; обеспечение непрерывности процесса лечения; обеспечение доступа к медицинской помощи. [5] Научные данные по проблеме пациентоориентированности свидетельствуют, что обеспечение пациента достоверной информацией, относительно прав пациента, диагностики и лечения, имеет большое значение для оказания высококачественной и безопасной медицинской помощи. В свою очередь, оценка качества медицинской помощи с позиции пациента, имеет принципиальную ценность в рамках реализации концепции пациентоориентированного здравоохранения [6].

Высокий уровень информированности и стремление пациентов к автономии способствуют изменению взаимоотношений и развитию партнерства врача и пациента [7]. В работах отечественных ученых прослеживается тенденция необходимости оптимизации системы здравоохранения по принципу пациентоориентированности, направляя таким образом научно–практический интерес на изучение степени удовлетворенности пациентов не только получаемой медицинской помощью, но и медицинской информированностью пациентов [8]. Медицинская информированность пациентов, по мнению ряда исследователей [9, 10, 11], является неотъемлемым условием успеха медицинских мероприятий.

Медицинская информированность и грамотность пациентов в сфере здоровья являются важными и неотъемлемыми условиями его сохранения и укрепления. [12]

Обращает внимание точка зрения ряда ученых на здоровье и болезнь как на социально обусловленные состояния, подверженные одновременно как медицинскому, так и социологическому вмешательству [8]. Состояние здоровья определяется качеством психологических взаимодействий между пациентами и медицинскими работниками и условиями, в том числе информационными, в которые погружены эти взаимодействия» [8].

Отечественные и зарубежные исследования доказывают, что уровень медицинской информированности пациентов в значительной мере определяет потребность и активное пользование медицинскими и оздоровительными услугами. [16]

С точки зрения медицинской эффективности, рост информированности и медицинских знаний населения напрямую связаны с результативностью мероприятий по медицинской профилактике хронических неинфекционных заболеваний [13,14, 15].

Общемировая концепция укрепления здоровья (health promotion) согласуется и отражена в отечественных нормах по формированию здорового образа жизни населения Российской Федерации, при этом граждане являются активными и сознательными участниками сохранения и укрепления собственного здоровья и охраны здоровья других граждан [17]. При этом становлению и развитию сознательности и активного участия пациента в вопросах собственного здоровья способствует именно эволюция информированности пациента.

Исключительным обстоятельством является правовой статус и значимость вопроса информированности пациентов. Конституция Российской Федерации, Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральный закон от 29 ноября 2010 г. № 326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Постановление Правительства РФ от 04 октября 2012 г. № 1006 «Об утверждении Правил предоставления

медицинскими организациями платных медицинских услуг», Закон РФ от 07 февраля 1992 г. № 2300–1 «О защите прав потребителей» рассматривают информированность пациента именно в правовом аспекте и утверждают информированность как неотъемлемое право.

Выводы. Таким образом, данные литературы доказывают, что пациентоориентированное здравоохранение является основой высококачественной и безопасной медицинской помощи, при этом одним из критериев пациентоориентированности является медицинская информированность пациента. Медицинская информированность становится фундаментом качества медицинской помощи, удовлетворенности и сохранения правового статуса пациента.

Полученные новые знания о роли медицинской информированности пациентов могут использоваться для дальнейшего совершенствования реализации пациентоориентированной и персонализированной медицины.

Литература

1. Таратухин, Е.О, Ноздрачев Д.И. «Медицина целостного больного»: современное прочтение текста классика клинической мысли. / Е.О. Таратухин, Д.И. Ноздрачев. // Российский кардиологический журнал. – 2015. – №9 (137) – С. 46-50.
2. Николаев, Н.А. Пациентоориентированная антигипертензивная терапия: клинические рекомендации для практических врачей / Н.А. Николаев // Врач: Научно-практический и публицистический журнал – 2016. – № 4, апрель. – С. 82-85.
3. Тополь Э. Будущее медицины: ваше здоровье в ваших руках. / Пер. с англ. – М. Альпина нон-фикшн, 2016 – 491 с.
4. Schrop S.L. The relationship between patient socioeconomic status and patient satisfaction: Does patient-physician communication matter? / Kent, USA: Kent State University, 2011. – 257 p

5. Patient-oriented approach in public health as a factor in the formation of a model of healthy behaviour (formation of sports lifestyle, introduction of individual physical activity) / A. V. Smyshlyaev, R. E. Petrov, E. L. Lydia [et al.] // Journal of Human Sport and Exercise. – 2021. – Vol. 16. – No Proc2. – P. 387-39
6. Садовой, М.А., Кобякова О.С., Деев И.А. и соавт. Удовлетворенность качеством медицинской помощи: «всем не угодишь» или «пациент всегда прав»? / М.А. Садовой, О.С. Кобякова, И.А. Деев, Е.С. Куликов, Н.А. Табакаев, Д.С. Тюфилин, О.О. Воробьева. // Бюллетень сибирской медицины. – 2017. – №1. – С.152-161
7. Царанов, К.Н., Пивень Д.В., Линденбратен А.Л. и соавт. Влияние пациентоориентированности врача на вовлеченность пациента в лечение. / К.Н. Царанов, Д.В. Пивень, А.Л. Линденбратен, А.Г. Тарбастаев. // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №3. – С. 6-14.
- 8 Шишкина, Е.А., Куандыков Г.Б. Удовлетворённость оказанием медицинских услуг как показатель эффективности работы лечебно-профилактического учреждения. / Е.А. Шишкина, Г.Б. Куандыков. // Социология медицины. – 2017. – №2. – С.122-127.
9. Гацалова А.О., Хетагуров С.К. Состояние стоматологической помощи населению республики Северная Осетия Алания / Гацалова А.О., Хетагуров С.К. // Материалы IX Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке Инновационные технологии в биологии и медицине». М., 2009. С. 902—903;
10. Глушкова Л.И. Всеобщее непрерывное гигиеническое воспитание и образование населения в современных условиях / Л.И. Глушкова // Гигиена и санитария. - 2003. - № 4. - С. 67—69
11. Журилов Н.В., Пищита А.Н., Гончаров Н.Г. Проблема добровольного информированного согласия пациента на медицинское вмешательство / Н.В. Журилов, А.Н. Пищита, Н.Г. Гончаров // Научные труды I Всероссийского съезда

(Национального конгресса) по медицинскому праву. - Т. 1. М.: НАМП, 2003. - С. 93—96.

12. Макогон С.И., Макогон А.С. Оценка значимости источников получения медицинской информации при формировании комплаентности у пациентов с глаукомой / С.И. Макогон, А.С. Макогон // Вестник современной клинической медицины. - 2015. - Т. 8. №6. - С. 58–62.

13. Едемский А.Г., Филимоненко И.В. Информированность пациента – инструмент управления спросом на медицинские услуги в коммерческом секторе здравоохранения / А.Г. Едемский, И.В. Филимоненко // Материалы конференции «Экономика и менеджмент в современном мире». – М., 2012. – С. 64–68.

14. Ефименко С.А. Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента / С.А. Ефименко // Социология медицины. – 2006. – № 6. – С. 9–14.

15. Игнатов Н.Г. Отношение населения к медицинской информации / Н.Г. Игнатов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1998. –№ 4. – С. 38–42.

16. Зелионко А.В. Анализ медицинской информированности населения как критерий эффективности профилактических мероприятий, направленных на пропаганду здорового образа жизни. / А.В. Зелионко // Профилактическая и клиническая медицина. - 2013. - № 1 (46). - С. 13–16.

17. Рат Т., Хартер Д. Пять элементов благополучия: Инструменты повышения качества жизни / Т. Рат, Д. Хартер. //– М.: Альпина Паблишерз, 2011. – 148 с

Показатели коморбидности как константа общественного здоровья

Бакирова Эльза Альбертовна

bealuk80@mail.ru

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Лукманова Камиля Айдаровна

ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), г. Москва

Научный руководитель: Хабриев Рамил Усманович, академик РАН, д.м.н., д.фарм.н., профессор

К важнейшим особенностям современной патологии человека относится преобладание хронических заболеваний, генез которых имеет преимущественно мультифакториальный характер, преобладание заболеваний, отличающихся системностью поражения, а также коморбидность, или сосуществование у одного человека нескольких – двух и более заболеваний. Все это обуславливает сложность диагностики, лечения, реабилитации, профилактики и прогноза основных видов патологии. Каждая новая болезнь вносит свой вклад в разрушение организма: чем больше органов и систем поражено, тем больше ограничений испытывает человек, тем ниже потенциал жизнеспособности его организма. Подсчитано, что при наличии трех-четырёх заболеваний риск смертельного исхода составляет 25%, при пяти - он возрастает до 80%.

Термин «коморбидность» был предложен в 1970 г. американским исследователем неинфекционных заболеваний А. Файнштейном, который понимал под этим дополнительные клинические состояния, уже существующие или возникшие на фоне текущего заболевания и всегда отличающиеся от него. Как

синонимы «коморбидности» используются также «полипатология» или «полиморбидность».

Актуальностью создания Рекомендаций явились:

- Преобладание в структуре заболеваемости хронических страданий мульти факторного генеза.
- Увеличение абсолютного числа больных с коморбидной патологией.
- Увеличение социально-экономической значимости, затрат на диагностику и лечение коморбидной патологии.
- Коморбидность существенно влияет на прогноз заболевания и является независимым фактором риска летального исхода.

«Коморбидные болезни» встречаются часто не только у пожилых, но и лиц трудоспособного возраста. Повышенная частота коморбидности не может объясняться только высокой распространенностью болезней. У пациентов с коморбидными заболеваниями возрастает тяжесть состояния и ухудшается прогноз. Коморбидность необходимо учитывать при диагностике болезней. Лечение заболевания требует учета коморбидности. Лечение нескольких заболеваний требует учета взаимовлияния медикаментов. Коморбидные заболевания требуют значительного увеличения медицинских ресурсов. Повышение числа медикаментов увеличивает риск побочных эффектов. Коморбидные болезни снижают приверженность пациентов к лечению. Необходимо больше научных исследований диагностики и лечения сочетанных болезней. Важно выработать оптимальную стратегию ведения сочетанных болезней. В рекомендации по диагностике и лечению заболеваний целесообразно включать разделы коморбидных заболеваний и состояний.

Обнаружение единых патогенетических механизмов формирования, казалось бы, не связанных между собой заболеваний легло в основу учения о коморбидности. Коморбидная патология наблюдается у 69% граждан молодого возраста и безоговорочно доминирует (98%) в старших возрастных группах.

Выделяют несколько механизмов формирования коморбидности.

- Причинная коморбидность развивается под влиянием единых патогенетических факторов.
- Ятрогенная коморбидность связана с осложнением или побочным влиянием лечебных факторов на организм (Данная причина занимает пятое место в общей структуре смертности после сердечно-сосудистых, онкологических, бронхо-легочных заболеваний и травм).

Целью нашего исследования явилось изучение причинно-следственных связей между хроническими болезнями и закономерностей формирования коморбидности; уточнение этих механизмов поможет врачу в составлении персонализированной программы обследования и планировании превентивных мероприятий.

Для реализации обозначенных задач мы провели перекрестный анализ распространенности заболеваний, которыми страдают граждане старших возрастных групп. Объектом исследования стали 748 пациентов .

Средний возраст анализируемой группы составил от 50 до 99 лет. После установления основного диагноза пациенты обследовались на предмет наличия сопутствующей патологии.

Всего у пациентов выявлено 96 форм хронических болезней в процессе обработки данных наиболее часто встречающимся относятся

- Сахарный диабет,
- Метаболический синдром,
- Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ),
- Цереброваскулярная болезнь (ЦВБ) и др.

В настоящее время одно из частых коморбидных состояний в клинике внутренних болезней представляют АГ и ХОБЛ, с которыми связан высокий уровень инвалидности и смерти. Трудности лечения пациентов с АГ и ХОБЛ обусловлены тем, что некоторые антигипертензивные препараты бета- адреноблокаторы, и бронходилататоры могут оказывать нежелательное действие,

утяжеляя течение коморбидной патологии. АГ является одной из важнейших причин развития хронических форм цереброваскулярной недостаточности, геморрагического и ишемического инсультов за счет выраженных изменений структуры и функции сосудистой стенки головного мозга. В частности, инсультов, увеличивается с возрастом как у мужчин, так и у женщин, причем инсульты по-прежнему занимают ведущие позиции в структуре смертности. Полученные данные подтверждают мнение о том: строгий и агрессивный контроль АД представляется важным для эффективной профилактики повторных инсультов. Выбор оптимальной антигипертензивной терапии для снижения риска повторного инсульта не определен, рекомендуются любые схемы, которые обеспечивают эффективное снижение АД.

Всего нами выявлена 21 форма коморбидной патологии мы объединили их в отдельную платформу и обозначили термином: «Ключевая коморбидная патология» (ККП) связи с определяющей ролью в формировании гериатрических болезней и синдромов, в целом - коморбидности, в перечень мероприятий профилактического медицинского осмотра и диспансеризации граждан старше 65 лет, регламентированный приказом Минздрава России №404н, целесообразно дополнительно включить

- ЭхоКГ (для исключения ХСН и ИБС,
- денситометрию (для исключения ОП),
- МРТ головного мозга (для исключения ХИГМ),
- МРТ позвоночника (для уточнения причины ДА),
- РГ суставов (для исключения ОА),
- микробиологическое исследование кала (для исключения ДБ).

По этой же причине необходимо расширить объем диагностических мероприятий, регламентированный клиническими рекомендациями «Старческая астения», Клинические рекомендации «Старческая астения», 2020г.

Поскольку количество болезней у пациентов старших возрастных групп, в среднем, составляет 5-6, суммарный перечень

превентивного обследования почти у каждого пациента старшей возрастной группы должен учитывать большинство форм ККП, что, в целом, согласуется с установленными требованиями диспансеризации граждан соответствующего возраста. В соответствии с приказом Минздрава России №87н и приказом Минздрава России №404н диспансеризация, проводимая гражданам старше 40 лет ежегодно, направлена на выявление признаков хронических неинфекционных заболеваний, в том числе, входящих в ККП: АГ, СДП, МС, ЖДП, ХП, аритмию и ХБП.

- По мнению Европейского общества кардиологов, при сочетании АГ с СД целевыми значениями АД являются показатели менее 140/85 мм рт. ст.

- Могут использоваться все классы антигипертензивных препаратов, однако предпочтение отдается блокаторам РААС.

- По мнению Американской диабетологической ассоциации, в случае наличия протеинурии/альбуминурии или наличия одного, или нескольких сердечно-сосудистых факторов риска, а также у молодых пациентов следует достигать снижения АД до 130/80 мм

Литература

1. Синцова А.П., Пономарева М.Н., Коновалова О.С. Полиморбидность при некомпенсированной глаукоме с учетом групп крови. Университетская медицина Урала. 2016. Т. 2. № 1 (4). С. 81-83.
2. Драпкина О.М., Ким О.Т., Дадаева В.А. История ожирения: от символа плодородия до глобальной проблемы общественного здравоохранения. Профилактическая медицина. 2021;24(1):98-103.
3. Исмиев А.Э., Шаленков Е.А. Восточная и западная медицина: сравнительный анализ ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России, кафедра философии, гуманитарных наук и психологии.

4. Вяткин В.Б. Об использовании термина «синтропия» в научных исследованиях // Научное обозрение. Реферативный журнал. – 2016. – № 3. – С. 81-84.
5. Dumbreck S., Flynn A., Nairn M., Wilson M., Treweek S., Mercer S.W., Alderson P., Thompson A., Payne K., Guthrie B. Drug-disease and drug-drug interactions: systematic examination of recommendations in 12 UK national clinical guidelines. *BMJ*. 2015;350:h949.
6. Кауров Б.А., Матюхина Е.Б. Особенности частотного спектра заболеваний и полиморбидности у пожилых людей и долгожителей. *Клиническая геронтология*. 2014. Т. 20. № 1-2. С. 66-71.
7. Смирнова Е.Н. Особенности коморбидного течения хронической обструктивной болезни легких и артериальной гипертензии. Диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Центральный научно-исследовательский институт туберкулеза. Москва, 2017.

Массовый неонатальный скрининг как инструмент снижения социально-экономического и Глобального бремени болезни Спинальной мышечной атрофии 5q

Малахова Александра Романовна

alexmalakhova@gmail.com

ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Научный руководитель: Александрова Оксана Юрьевна, д.м.н., профессор, зам. директора ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья им. Н.А. Семашко»

Цель. Провести анализ социально-экономического и глобального бремени болезни СМА в Российской Федерации.

Методы. Проведено анкетирование основных категорий участников в ведении СМА: пациентов (или их родителей), врачей-экспертов. Изучены действующие клинические рекомендации и стандарт медицинской помощи детям при СМА. Стоимость лекарственных препаратов взята из Государственного реестра предельных отпускных цен. В случае, если препарат не входит в Перечень жизненно необходимых и важнейших лекарственных препаратов (ЖНВЛП), использована информация о стоимости из данных о закупках. Проведён контент-анализ результатов клинических испытаний препаратов, применяющихся для лечения СМА.

Результаты. Массовый неонатальный скрининг, в совокупности с современной терапией при условии раннего начала лечения, способен не только остановить развитие болезни, предотвратить осложнения и улучшить качество жизни пациента, но также позволит снизить прямые затраты на СМП по причине СМА – на 99%, по причинам осложнений СМА – на 100%, на паллиативную помощь – на 100%. Непрямые затраты будут снижены на 99%, так как при лучшем качестве жизни пациенты получают шанс сохранить трудоспособность в будущем. Не потребуются выплаты для родителей на пособие по уходу за ребенком и выплаты по временной нетрудоспособности по причине болезни ребёнка, они смогут работать и производить ВВП. Однако самое главное, что благодаря неонатальному скринингу пациенты получают возможность жить, быть полноценными членами общества без ограничений по инвалидности, улучшается качество жизни как самих пациентов, так и семьи в целом.

Обсуждение. Скрининг на СМА способен не только снизить социально-экономическое бремя, но и Глобальное бремя болезни СМА в Российской Федерации. Благодаря эффективной терапии есть шансы, что новорожденные сразу после выявления болезни с установленным диагнозом сразу будут получать лечение, за счёт чего качество жизни пациентов со СМА будет расти. Улучшение качества жизни пациентов повлечет за собой

сокращение прямых и непрямых затрат на протяжении их жизни и снижению Глобального бремени болезни СМА. Массовый скрининг новорожденных – это эффективный инструмент, который позволит снизить нагрузку на экономику, здравоохранение, и общество в целом, а также повысить качество и увеличить продолжительность жизни пациентов со СМА.

Литература

1. Клинические рекомендации «Проксимальная спинальная мышечная атрофия 5q». Доступно по: https://cr.minzdrav.gov.ru/recomend/593_2
2. Приказ МЗ РФ от 1 сентября 2021 г. N 895н «Стандарт медицинской помощи детям при проксимальной мышечной атрофии 5Q»
3. Приложение № 6 к Тарифному соглашению на 2023 год от «30» декабря 2022 года
4. Государственный реестр предельных отпускных цен. Доступно по: <https://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>
5. Портал Государственных закупок РФ. Доступно по: <https://zakupki.gov.ru/epz/main/public/home.html> .
6. Overview of the ZOLGENSMA clinical studies. Available at: <https://www.zolgensma.com/clinical-studies>
7. Results in newborns with presymptomatic SMA. Available at: <https://www.evrysdi.com/results-with-evrysdi/in-newborns.html>.
8. European Medicines Agency, Assessment report, 2020. Available at: https://www.ema.europa.eu/en/documents/assessment-report/zolgensma-epar-public-assessment-report_en.pdf

Факторы, связанные с психологическим дистрессом, в условиях затяжной пандемии covid-19 в России

Щапов Дмитрий Сергеевич

dschapov@hse.ru

НИУ ВШЭ, г. Москва

Научный руководитель: Александрова Екатерина Александровна, доцент

Пандемия COVID-19 продолжает оказывать значительное влияние на жизнь людей во всем мире. С самого начала пандемии COVID-19 исследователи в области общественного здоровья обращали внимание на последствия пандемии для психического здоровья и благополучия людей (1–4). На ранних стадиях пандемии распространенность проблем с психическим здоровьем среди населения в целом была значительно выше допандемийных оценок (5–9). Однако, неизвестно, как менялось психическое здоровье людей с течением времени во время продолжающейся пандемии.

Россия входит в число стран, наиболее пострадавших от пандемии. Совокупная избыточная смертность в России за период с 26 февраля по 31 декабря 2020 г. составила 244,73 смертей на 100 000 населения, уступая только Перу и Болгарии среди 67 стран (10). Хотя первые два случая заражения COVID-19 в России были зафиксированы только 31 января, стремительное распространение заболевания началось уже в марте 2020 года. Тогда же начали действовать наиболее строгие ограничения, направленные на замедление распространения вируса. В пик первой волны пандемии количество новых регистрируемых новых случаев заболевания достигало 11000. Количество ежедневно выявляемых случаев продолжало падать, пока не достигло минимума в 4700 в начале августа 2020 года.

Информации о влиянии пандемии COVID-19 на психическое здоровье в России недостаточно. Существующие

исследования психического здоровья в России в период пандемии проводились на самой ранней стадии пандемии (11-12). Так, время, потраченное на просмотр новостей, связанных с COVID-19, и потеря работы во время пандемии оказывались связаны с повышенным психологическим дистрессом (11). Оценки уровней тревоги и депрессии до COVID-19 были значительно ниже (12).

Цель представляемой работы -- выявить факторы, связанные с психологическим дистрессом в течение трёх волн пандемии COVID-19 в России — стране, которая сильно пострадала от пандемии COVID-19. В частности, в фокусе исследования оказываются опасения людей по поводу заражения COVID-19, а также изменения в повседневной жизни, возникающие в связи с пандемией.

Мы провели три волны опроса о долгосрочных последствиях пандемии на здоровье россиян: в мае-июне 2020 года (373 чел.), январе-феврале (739 чел.), и ноябре-декабре 2021 г. (573 чел.). В общей сложности в исследование были включены 1685 участников из числа опрошенных.

Уровень психологического дистресса среди индивидов оценивался с помощью шкалы психологического дистресса Р. Кесслера (13). Это валидированный и широко используемый опросник из 10 вопросов, предназначенный для оценки симптомов неспецифического психологического дистресса, испытываемого в течение последних 4-х недель. Внутренняя согласованность (α) составила 0,93. Для оценки изменения популяционных показателей психологического состояния россиян был применён метод множественной регрессии (МНК).

Уровни психологического дистресса были высокими во время всех трёх временных промежутков и существенно не менялись между волнами пандемии. Симптомы COVID-19, потеря работы, проблемы с доступом к медицинской помощи и изменение поведения в отношении употребления алкоголя во время пандемии были связаны с более сильным психологическим стрессом.

Помимо болезни или беспокойства по поводу заражения вирусом, на психологический дистресс влияли ограничительные

меры. Поскольку пандемия COVID-19 продолжается, необходимы действия для улучшения психического благополучия населения в России.

Литература

1. Gunnell D, Appleby L, Arensman E, Hawton K, John A, Kapur N, et al. Suicide Risk and Prevention during the COVID-19 Pandemic. *Lancet Psychiatry* (2020) 7(6):468–71. doi:10.1016/S2215-0366(20)30171-1
2. Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Multidisciplinary Research Priorities for the COVID-19 Pandemic: a Call for Action for Mental Health Science. *Lancet Psychiatry* (2020) 7(6):547–60. doi:10.1016/S2215-0366(20)30168-1
3. Kumar A, Nayar KR. COVID 19 and its Mental Health Consequences. *J Ment Health* (2021) 30(1):1–2. doi:10.1080/09638237.2020.1757052
4. Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med* (2020) 383(6):510–2. doi:10.1056/NEJMp2008017
5. Daly M, Robinson E. Anxiety Reported by US Adults in 2019 and during the 2020 COVID-19 Pandemic: Population-based Evidence from Two Nationally Representative Samples. *J Affect Disord* (2021) 286:296–300. doi:10.1016/j.jad.2021.02.054
6. Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, Sampson L, Vivier PM, Galea S. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*. 2020 Sep 2;3(9):e2019686. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.19686
7. Killgore WDS, Cloonan SA, Taylor EC, Dailey NS. Mental Health During the First Weeks of the COVID-19 Pandemic in the United States. *Front Psychiatry* (2021)12:535. doi:10.3389/fpsy.2021.561898

8. McGinty EE, Presskreischer R, Han H, Barry CL. Psychological Distress and Loneliness Reported by US Adults in 2018 and April 2020. *JAMA* (2020) 324(1):93–4. doi:10.1001/jama.2020.9740
9. Sønderskov KM, Dinesen PT, Santini ZI, Østergaard SD. The Depressive State of Denmark during the COVID-19 Pandemic. *Acta Neuropsychiatr* (2020) 32(4):226–8. doi:10.1017/neu.2020.15
10. Sanmarchi F, Golinelli D, Lenzi J, Esposito F, Capodici A, Reno C, et al. Exploring the Gap Between Excess Mortality and COVID-19 Deaths in 67 Countries. *JAMA Netw Open* (2021) 4(7):e2117359–e2117359. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.17359
11. Nekliudov NA, Blyuss O, Cheung KY, Petrou L, Genuneit J, Sushentsev N, et al. Excessive Media Consumption About COVID-19 is Associated With Increased State Anxiety: Outcomes of a Large Online Survey in Russia. *J Med Internet Res* (2020) 22(9):e20955. doi:10.2196/20955
12. Zinchenko YP, Shaigerova LA, Almazova OV, Shilko RS, Vakhantseva OV, Dolgikh AG, et al. The Spread of COVID-19 in Russia: Immediate Impact on Mental Health of University Students. *Psychol Stud* [Internet]. 2021 Jul 14 [cited 2021 Sep 3]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s12646-021-00610-1>
13. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand S-LT, et al. Short Screening Scales to Monitor Population Prevalences and Trends in Non-specific Psychological Distress. *Psychol Med* (2002) 32(6):959–76. doi:10.1017/S0033291702006074

Удовлетворенность и эффективность в системе здравоохранения

Тимурзиева Алина Борисовна

alinko9977z@mail.ru

ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», г. Москва

Научный консультант: Линденбратен Александр Леонидович, д.м.н., профессор

Введение. Разработка ключевых показателей эффективного взаимодействия субъектов оказания медицинской помощи относится к актуальным вопросам современного здравоохранения. Как мы понимаем, в лечебно-диагностическом процессе участвуют не только врачи и пациенты, но и другие лица, в том числе, родственники пациента, другие медицинские работники, а также немедицинские сотрудники и др. В современном здравоохранении является крайне важным изучение удовлетворенности всех участников лечебно-диагностического процесса, что влияет как на качество оказания медицинской помощи, так и на эффективность в системе здравоохранения [1]. В некоторых работах отражены аспекты, касающиеся удовлетворенности медицинских работников и пациентов, а также взаимосвязи этих параметров между собой [2-4]. При анализе удовлетворенности работников медицинской организации следует обратить внимание на уровень их мотивации [5]. На сегодняшний день система здравоохранения нуждается в разработке научно-методического подхода к повышению уровня удовлетворенности всех лиц, участвующих в лечебно-диагностическом процессе.

Цель исследования: изучить уровень удовлетворенности участников лечебно-диагностического процесса для улучшения

качества оказания медицинской помощи и эффективности в системе здравоохранения.

Материалы и методы. В ходе исследования применялись такие методы, как социологический, аналитический, статистический, контент-анализ, организационный эксперимент и др. В исследовании принимали участие пациенты, медицинские и немедицинские работники частных и государственных медицинских организаций г. Москвы. В ходе социологического исследования проводились интервьюирование и анкетирование респондентов. Уровень удовлетворенности респондентов оценивался по шкале Лайкерта, согласно разработанной анкете и тест-карте.

Результаты. Согласно данным проведенного исследования, было отмечено, что на степень удовлетворенности медицинских работников влияют такие параметры, как уровень заработной платы, соответствующий нагрузкам; благоприятные условия труда; правовая защита сотрудников; реализация в профессиональной деятельности; взаимодействие коллег в коллективе, в том числе, взаимоотношения с руководителем организации; отдых и рациональная нагрузка; социальные гарантии; соблюдение корпоративной культуры в медицинской организации. По мнению пациентов, в свою очередь, важными при получении медицинской помощи являются такие факторы, как благоприятные условия внутри медицинской организации, в том числе, при взаимодействии с пациентом и коллегами между собой, уровень эмпатии со стороны сотрудников медицинской организации, недлительное время ожидания врача, положительный эффект от лечения в короткие сроки. В свою очередь, немедицинским работникам важны такие факторы как уровень заработной платы, соответствующий выполняемой нагрузке, благоприятные условия труда, возможность реализации сотрудника в профессиональном поле, взаимопонимание и эффективное взаимодействие внутри коллектива, в том числе, с непосредственным руководителем, рациональное распределение нагрузки и отдыха, защищенность в социальном плане.

Руководители медицинских организаций отметили из важнейших факторов в плане повышения качества оказания медицинской помощи разработку мотивирующих и стимулирующих схем в отношении сотрудников медицинской организации; непрерывный мониторинг диагностической и лечебной работы, в том числе, учет статистических данных по количеству положительных исходов от проводимой терапии, осложнений, удовлетворенности пациентов и сотрудников медицинской организации; рост в профессиональном плане; развитие корпоративной культуры внутри медицинской организации, взаимодействие с сотрудниками других медицинских организаций, непрерывное медицинское образование и др. Из опрошенных 445 пациентов 34,5% были удовлетворены качеством организации медицинской помощи в медицинской организации, к которой они были прикреплены, 26,4% респондентов оказались не удовлетворены; при этом 24,5%-скорее были удовлетворены, чем нет; 13,6%-скорее не удовлетворены; при этом 1% опрошенных затруднились ответить. Суммарно, 59,0% пациентов оказались удовлетворены качеством оказываемой им медицинской помощи в организациях по месту прикрепления, однако процент неудовлетворенных в данном случае остается достаточно высоким.

Среди причин, которые привели к недостаточной удовлетворенности пациентов следует отметить такие из них, как отсутствие возможности записаться к врачу своевременно; длительное время ожидания врача у кабинета; отсутствие соответствующего оборудования в медицинской организации; дефицит медицинских кадров по некоторым специальностям; отсутствие возможности записаться к необходимому врачу; низкая квалификация специалистов; некорректное поведение по отношению к пациенту со стороны персонала медицинской организации; отсутствие достаточного количества времени на приеме у специалиста; назначение, в большинстве случаев, симптоматического, а не этиотропного лечения; неслаженность действий сотрудников при оказании медицинской помощи; высокая загруженность врачей и др.

При опросе врачей (N=425) в ходе социологического исследования, 37,5% из которых работали в государственных, а 29,2%-в частных медицинских организациях и 33,3%-одновременно и в государственной, и в частной медицинской организации, большинство (91,3%) ответили, что им нравится их профессия. Среди респондентов 62,5% отметили, что их не полностью устраивают условия труда в их медицинской организации. Наиболее важными факторами, негативно влияющими на работу врача, были повышенная физическая и умственная нагрузка, что отметили 43,5 на опрошенных; уровень заработной платы, не соответствующий выполняемому объему работы (39,1); отсутствие перспектив профессионального роста и развития (39,1), а также отсутствие стимулирующих и мотивирующих факторов за избыточную нагрузку и особые заслуги в профессиональной деятельности (34,8); некомфортные условия труда (34,8). При этом, врачи выделили причины, препятствующие выполнению их профессиональных обязанностей, среди которых особого внимания заслуживают недостаточность ресурсного обеспечения (43,5%); отсутствие соответствующих условий труда в ходе выполнения служебных обязанностей 34,8%, нагрузка на врача, не соответствующая той, которую они могут фактически выполнить (34,8%), перфекционизм в ходе трудовой деятельности (30,4%).

Большинство врачей отметили, что для совершенствования оказания медицинской помощи необходимо ввести такие мероприятия, как обеспечение правовой защиты медицинских работников (54,5%), а также комфортных условий труда (50,0%); разработку методов быстрого урегулирования конфликтных ситуаций на работе, в том числе, с привлечением клинических психологов (50,0%); повышение уровня заработной платы (40,9%), соответственно выполняемой работе. Среди участников опроса 54,2% не были удовлетворены уровнем заработной платы, при этом около 54,2% отметили, что сильно устают на работе, так как уровень нагрузки не соответствует нормированным показателям. Из опрошенных врачей 20,8 % отметили, что они полностью

реализовались как специалисты, а 33,3 %- затруднились с ответом на данный вопрос. Около 50,0% врачей в ходе опроса отметили, что сталкивались с неуважительным, небрежным, грубым отношением пациентов к ним, при этом пациенты не по заслугам оценивали их труд, рассматривая лишь с точки зрения обслуживающего персонала, а не представителей уважаемой профессии; при этом вторая половина респондентов не отмечала подобного отношения к ним со стороны пациентов, что, скорее всего, связано с индивидуальными особенностями врачей и пациентов. Среди респондентов около 54,2% врачей были готовы поменять место работы, при этом 50,0% опрошенных отметили, что руководитель мотивировал их в денежном эквиваленте за успехи в профессиональной деятельности и индивидуальные достижения, в связи с чем у них сохранялось желание работать в медицинской организации, несмотря на возникающие сложности. Стимулирование и мотивирование врачей в нематериальном эквиваленте в ходе осуществления своей профессиональной деятельности отметили 41,7 % респондентов. Из анкетированных врачей 87,5% ответили, что руководитель их медицинской организации помогал им при возникновении трудных жизненных ситуаций, в том числе, при выполнении служебных обязанностей. Большинство врачей отметили, что для достижения высокого уровня удовлетворенности сотрудников медицинской организации в ходе оказания медицинской помощи, важны комплаентность пациентов в ходе лечебно-диагностического процесса; комфортные условия труда; уровень заработной платы, соответствующий нагрузкам на работе; социальная и правовая защита; возможность профессионального роста и повышения квалификации и др.

Заключение. Удовлетворенность всех участников лечебно-диагностического процесса влияет на уровень эффективности в системе здравоохранения и на качество оказания медицинской помощи. Влияние различных факторов на удовлетворенность сотрудников и пациентов, а также их корреляцию следует изучать более детально в последующих исследованиях для разработки

корректирующих мероприятий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи, эффективного взаимодействия ее субъектов, а также уровня эффективности в системе здравоохранения в целом.

Литература

1. Тимурзиева А.Б., Линденбратен А.Л. О факторах, влияющих на взаимодействие участников лечебно-диагностического процесса и эффективность в системе здравоохранения (обзор литературы). Здравоохранение Российской Федерации. 2022;66(4):336-341. <https://doi.org/10.47470/0044-197X-2022-66-4-336-341>.
2. Janicijevic I, Seke K, Djokovic A, Filipovic T. Healthcare workers satisfaction and patient satisfaction - where is the linkage? *Hippokratia*. 2013;17(2):157-162.
3. Андреева В.Э. и соавт. Оценка удовлетворённости пациентов стационара медицинской помощью как инструмент повышения качества работы клиники. *Журнал «Медицина»*. 2018; 2: 117-127.
4. Manzoor F, Wei L, Hussain A, Asif M, Shah SIA. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(18):3318.
5. Костикова А.Ю. Черкасов С.Н. Мотивационные установки руководителей государственных медицинских организаций. *Общественное здоровье и здравоохранение*. 2017; 2: 54-56.

Инвалидность и смертность трудоспособного населения в изменяющейся эпидемиологической обстановке

Лукьянцева Полина Андреевна

asahi.yann@gmail.com

Kyoto University, г. Киото, Япония

Научный руководитель: Tadashi Nakamura

Проблема домашнего насилия и гендерного неравенства признается и обсуждается на протяжении многих десятилетий. В 1975 году Организация Объединенных Наций объявила Международный год женщин, что вывело эти вопросы на глобальную арену. Пекинская декларация 1979 года вновь подчеркнула значимость данной проблемы. В 21 веке объявление 17 Целей устойчивого развития (SDGs) в 2016 году вновь привлекло внимание мировой общественности к проблеме гендерного неравенства. В результате все 193 государства, являющиеся членами ООН, на данный момент нацелены на улучшение целей ЦУР в общем, и цели номер 5 (гендерное равенство), в частности.

Благодаря усилиям феминисток и суфражисток многие страны сегодня признают важность равных прав между мужчинами и женщинами: избирательные права, право на участие в политической жизни, репродуктивные права, доступ к рабочим местам и образованию, а также равное представительство на руководящих должностях. Они также подчеркивают важность предотвращения и решения проблем гендерного насилия (GBV), домашнего насилия (DV), жестокого обращения, домогательств, гендерной предвзятости или любой другой дискриминации по половому признаку.

Когда речь заходит о GBV, DV в Японии, стоит отметить, что страна делает успехи в предотвращении и контроле DV и GBV. Страна принимает правовые меры, предоставляет услуги поддержки, проводит образовательные и/или информационные кампании.

С другой стороны, несмотря на все усилия, все еще существуют значительные препятствия, которые необходимо преодолеть. Одним из них является недостаточное внимание, уделяемое DV в международных семьях. В частности, не хватает исследований о домашнем насилии между японскими и русскими (или же русскоговорящими) экспатриантами, скудна национальная статистика, показывающая насилие в этих семьях. Кроме того, не хватает научных исследований об особенностях таких браков.

Поэтому необходимо подчеркнуть, что данное исследование в первую очередь сфокусировано на трех связанных между собой проблемах. Во-первых, распространение феминизма и его корреляция с гендерным неравенством в современной Японии. Во-вторых, текущая ситуация, связанная с GBV, DV или жестоким обращением в Японии среди японского населения. В-третьих, проблема насилия и жестокого обращения, а также анализ культурных особенностей, концепции свободы, безопасности и жестокого обращения между японскими гражданами и русскоязычными или русскими экспатриантами (в первую очередь данное исследование фокусируется на женском русскоязычном населении, проживающем в Японии). Третья тема будет проиллюстрирована в данной работе.

Для того чтобы дать подробное объяснение этой теме, автор применил качественный и количественный анализы. Однако в данной работе основное внимание уделяется качественному подходу. Онлайн-опрос с открытыми вопросами был разработан с целью получения подробной информации о мнении участников, их рассуждениях и мотивах относительно проблем насилия и жестокого обращения в международных семьях. Кроме того, вопросник был направлен на выявление их отношения и реакции на насилие и жестокое обращение. В исследовании приняли

участие 83 человека (объем выборки был рассчитан с доверительной вероятностью 90%). 83 участника, представляющие различные подгруппы, были отобраны для опроса неслучайным методом (методы квотной выборки и выборки "снежный шар" (Eng. Snow-ball sampling method)). Возраст варьировался от 20 до 60 лет. Интервью было проведено с представителями из различных социальных классов, расе и полу. Оно проводилось только на русском языке.

Кроме того, интервью было основано на опросе, ранее проведенном автором. Для изучения деталей международных браков между русскоязычными/русскими экспатриантами и японскими гражданами в Японии, а также особенностей вербального, экономического, эмоционального, физического и сексуального насилия в этих семьях был применен метод интервью. Интервью было проведено с 17 респондентами, которые были выбраны неслучайным образом из 83 участников опроса.

Наконец, в целях защиты личной информации и соблюдения этики исследования интервью, автор следовал постановлению (ЕС) Европейского парламента и Совета от 27 апреля 2016 года, Этическому кодексу Японской ассоциации социальных исследований (Яп. 一般社団法人社会調査協会 倫理規程), а также Политике Киотского университета по управлению и обмену исследовательскими данными. Данное исследование проводилось с осознанием права и важности защиты персональных данных. Исследователь уважает все основные права и соблюдает свободу участников, позволяя им отказаться от своих позиций в любое время.

В заключение, данное исследование было направлено на сбор дополнительной информации о женщинах/мужчинах для анализа того, как они реагируют и справляются с насилием или жестоким обращением и как они его интерпретируют. В качестве кандидатов для интервью/опроса были выбраны респонденты мужского и женского пола, которые предположительно в том или ином качестве пережили насилие или жестокое обращение или публично признали, что были или в настоящее время являются

жертвами любой формы насилия или жестокого обращения. Интервью проводились с целью изучения особенностей брака, истории пар и их биографий. Во-вторых, чтобы определить, что насилие означает для них. Еще одной целью интервью/опроса было выявление и анализ травмы или восприятия насилия отдельными людьми. Наконец, в данном исследовании была поставлена цель изучить идею свободы и то, как она сосуществует с жестоким обращением или/и DV, а также предоставить данные и информацию на различные типы насилия в таких семьях.

За период с 2012 по 2021 гг., несмотря на несколько сложных лет, связанных с пандемией COVID-19, в России можно отметить рост численности населения: 2,3% для мужчин и 1,8% для женщин (рис. 1). Однако доля лиц трудоспособного возраста снижалась в обоих полах (с 68,5% до 62,5% для мужчин и с 55,3% до 49,3% для женщин).

Литература

1. Golovina, K. (2017). 日本に暮らすロシア人女性の文化人類学 [Cultural Anthropology of Russian Women in Japan]. Japan: Akashi Shoten.
2. Komai, H. (2001). *Foreign Migrants in Contemporary Japan*. Japan: The Transpacific Press.
3. Elimination of All Forms of Violence against Women. (2022, June 28). *Gender Equality Bureau Cabinet Office*. https://www.gender.go.jp/english_contents/mge/violence/info.html
4. Tsujimura, Miyoko, Nukatsuka, Yasue, and Yatagawa, Chie. (2021). 概説ジェンダーと人権 [Overview: Gender and Human Rights]. Japan: Shinzanshya.
5. The White Paper on Gender Equality 2022. (2022). *Gender Equality Bureau Cabinet Office*. https://www.gender.go.jp/policy/no_violence/no_violence_act/pdf/outline_r04.pdfhttps://www.gender.go.jp/about_danjo/whitepaper/r04/gaiyoku/pdf/r04_gaiyou_en.pdf

Корреляция оценки уровня дохода домохозяйств с детьми в возрасте 10-17 лет с социально-демографическими параметрами и структурой расходов на детей

Середкина Екатерина Андреевна,

seredkina_ekaterina@mail.ru

ИНСАП РАНХиГС, г. Москва

Вырская Марина Сергеевна,

ИНСАП РАНХиГС, г. Москва

Вьюговская Елена Васильевна,

ИНСАП РАНХиГС, г. Москва

Важным аспектом и составляющим благополучие ребёнка является материальное благополучие его семьи, которое непосредственно оказывает влияние не только на доступ к определенным материальным благам (например, наличие личных вещей и гаджетов), но и на возможность ребёнка получать дополнительное образование, посещать кружки и спортивные занятия, а также качество его питания и состояние здоровья. Материальное состояние семьи, ожидаемо, будет во много определять структуру расходов домохозяйства на ребенка. При этом на материальное состояние семьи может зависеть и от социально-демографических характеристик. Так, на основе данных Национального обследования благосостояния населения и его участия в социальных программах (НОБУС) и выстроенных на их основе моделей, авторы Л.И. Ниворожкина и Л.Н. Овчарова отмечают, что чем больше занятых в домохозяйстве, тем выше оцениваемый ими необходимый минимум дохода, при этом оценка минимума убывает с уменьшением числа членов домохозяйства – уровень удовлетворительных средств одиноко проживающие люди оценивают ниже, чем домохозяйства с пятью и более членами [1]. В ряде других исследований также отмечалось, что тип домохозяйства нередко является критерием оценки материального

благополучия семей (например, семьи с определенным числом детей [2], семьи с одним родителем, с разным возрастом детей [3]. Занятость, количество членов домохозяйства и наличие среди них получателей льгот оказываются показательными характеристиками оценки материального положения домохозяйства [4;5;6]. В ряде исследований отмечается, что затраты на детей различаются в зависимости от числа детей в домохозяйстве, а также, что с возрастом ребенка затраты на его воспитание увеличиваются [7;8].

Исследование основывается на данных, собранных в ходе онлайн опроса родителей детей 10-17 лет. Опрос проводился весной 2022 г. Центром полевых исследований ИНСАП РАНХиГС при поддержке Фонда Тимченко. Опрашивались родители 8 регионов страны – Алтайский край, Калининградская область, Ленинградская область, Республика Башкортостан, Республика Карелия, Тамбовская область, Ульяновская область, ХМАО-Югра. Выборка строилась для каждого региона. Генеральной совокупностью являются родители, имеющие хотя одного ребёнка в возрасте 10-17 лет и постоянно проживающие в указанных регионах. Региональная выборка стратифицированная, в качестве страты выбирались муниципальный район и города регионального значения, исключались ЗАТО.

Общая выборка составила 115115 анкет. Для текущего анализа мы отобрали респондентов, указавших примерный доход семьи в месяц и размер домохозяйства. Подвыборка составила 103846 человек. В подвыборку попали семьи из двух (8%), трёх (29%), четырёх (40%), пяти и более человек (23%). В основном респонденты проживают со своими постоянными партнёрами (77%). 12% проживают вместе со старшим поколением – своими родителями или родителями партнёра. В 12% случаев в домохозяйстве нет других взрослых членов семьи, кроме самого респондента. У 19% респондентов есть также совершеннолетний ребёнок. У 42% респондентов лишь один несовершеннолетний ребёнок, у 39% – двое детей, у 17% – трое и более несовершеннолетних детей. Распределение ответов респондентов о

членах домохозяйства и числе детей в домохозяйстве представлено в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Размер домохозяйства

Сколько человек живет с Вами, включая Вас?		
	Частота	Проценты
2 человека	8519	8
3 человека	30042	29
4 человека	41329	40
5 и более человек	23956	23
Всего	103846	100

Таблица 2 – Число детей до 18 лет, проживающих вместе с респондентом

Сколько всего детей до 18 лет живет вместе с Вами?		
	Частота	Проценты
1 ребёнок	43863	42
2 детей	40871	39
3 и более детей	17807	17
Затрудняюсь ответить	137	0
Некорректный ввод	1168	1
Всего	103846	100

На основе родительской оценки материального положения своей семьи было проведено разделение респондентов из восьми регионов на доходные группы относительно регионального прожиточного минимума. Внутри доходных групп рассматривается структура расходов на ребёнка (в т. ч. на здоровье ребёнка и посещение им дополнительных занятий). В результате проведенного анализа были выявлены корреляции между принадлежностью к той или иной доходной группе и разными признаками респондента или семьи в целом. В частности, наиболее значимыми предпосылками для попадания в группу респондентов, отношение доходов которых ниже или равно прожиточному минимуму, являются наличие более одного ребёнка в семье,

проживание в домохозяйстве совместно со старшими родственниками и отсутствие работы у респондента. Уход за родственником с инвалидностью и приемное родительство повышает вероятность оказаться в группе с доходом, равным прожиточному минимуму по региону.

Респонденты из низкодоходных домохозяйств значительно меньше тратят на дополнительное образование ребёнка или же ребёнок из такого домохозяйства вовсе не включён в систему дополнительного образования (31% ответов «не посещает никаких занятий»). Об этом также свидетельствует высокий процент ответов «затрудняюсь ответить» на вопрос о сумме, которая ежемесячно тратится на дополнительное образование. Дети респондентов из среднедоходной и высокодоходной групп значительно чаще по сравнению с респондентами из низкодоходной группы посещают дополнительные занятия по школьным предметам и занятия по иностранным языкам и имеют возможность совмещать такие занятия со спортивными кружками.

По сравнению с другими доходными группами, на здоровье детей больше тратят респонденты низкодоходной группы. Кроме того, дети из домохозяйств этой группы имеют больше ограничений по здоровью, чаще болеют ОРВИ, и их питание чаще оценивается родителями как плохое.

Доступ к образованию и хорошее состояние здоровья детей – неотъемлемый вклад в человеческий капитал. В условиях осложнения экономической ситуации на фоне продолжающегося падения доходов населения необходимо обратить особое внимание на поддержку семей с детьми разных возрастов, при чем не только на её материальную составляющую, но и расширение доступа к социальным услугам.

Литература

1. Ниворожкина Л. И. Субъективная оценка бедности: так ли она субъективна? / Л. И. Ниворожкина, Л. Н. Овчарова//Известия

- высших учебных заведений. Северо-Кавказский регион. Общественные науки. – 2006. – № 1(133). – С. 56–62.
2. Архангельский В.Н., Елизаров В.В., Джанаева Н.Г. Оценка уровня жизни семей с детьми: аналитические возможности обследований Росстата // Уровень жизни населения регионов России. 2019. Том 15. № 1. С. 65–79.
 3. Овчарова Л.Н., Попова Д.О. Детская бедность в России: тревожные тенденции и выбор стратегических действий. До-клад ЮНИСЕФ. М.: ЮНИСЕФ, 2005; Положение детей в Российской Федерации. Итоги социальной политики 1990-х годов и перспективы / Пер. с англ. М.: Изд-во «Весь мир», 2003. 304 с.
 4. Анализ положения детей в Российской Федерации: на пути к обществу равных возможностей / Под рук. Л. Н. Овчаровой. М.: ЮНИСЕФ-НИСП, 2011.
 5. Лежнина, Ю. П. Социально-демографические особенности в современной России // Социологические исследования. 2014. № 1. С. 20–28.
 6. Пасовец, Ю. М. Риски бедности населения в современных российских условиях // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. 2015. № 2. С. 143–160.
 7. Lino M. The Cost of Raising a Child. – 2020. – URL: <https://www.usda.gov/media/blog/2017/01/13/cost-raising-child> (дата обращения 2023.03.22).
 8. Claus I., Leggett G., Wang X. Costs of raising children. – URL: https://www.nzae.org.nz/wp-content/uploads/2011/08/Costs_of_raising_children_NZAE_paper_v2.pdf (дата обращения 2023.03.22).

Оценка влияния мер региональной помощи на вероятность бедности в российских регионах в период пандемии

Иванова Алина Алексеевна,

lina-twins@yandex.ru

Московский государственный университет им. М.В. Ломоносова, г. Москва

Научный руководитель: Денисова Ирина Анатольевна, к.э.н, доцент

В начале 2021 года 2020-й год назвали «годом смерти, катастроф и отчаяния». Пандемия увеличила разрыв между экономиками богатейших и беднейших стран мира, в то же время, в 2020-м году во всем мире зафиксирован мощный рост программ социальной помощи населению. Если провести небольшой анализ подобных мер в России, можно сделать вывод, что меры преимущественно касались наиболее социально-уязвимой группы населения – семей с детьми, поэтому особенно актуальным является рассмотрение эффекта влияния федеральных и региональных мер поддержки на вероятность оказаться в категории «бедных»: существует ли значимое влияние антиковидных мер на вероятность бедности. Исследуется вопрос: значимо ли влияние региональных мер на вероятность «быть бедным» для всего населения или оно значимо только на для семей с детьми.

Информационной основой исследования являются данные выборочного наблюдения доходов населения за 2020 год (ВНДН). Данные ВНДН представлены как на уровне домохозяйств, так и индивидуально, для построения моделей использовались индивидуальные данные. Для оценки эффекта региональных выплат на вероятность бедности необходимо отделить региональную составляющую антиковидных мер.

В данных ВНДН представлены два показателя, связанные с выплатами домохозяйствам в связи с коронавирусной инфекцией: R_H02_36 и R_I02_15_02_03 [8].

Показатель R_H02_36 включает в себя:

- денежная помощь на ребенка в возрасте до 3-х лет, равная 5000 руб., в соответствии с указом Президента РФ от 07.04.2020 №249 (ежемесячно, 3 месяца, апрель-июнь) [1];
- Единовременная выплата на ребенка в возрасте до 16 лет, равная 10000 руб., в соответствии с указом Президента от 11.05.2020 №317 и Постановлением Правительства от 11.05.2020 №652 [2];
- Помощь на ребенка в возрасте до 3-х лет, родители которого потеряли работу, равная 3000 руб., в соответствии с Постановлением Правительства от 08.09.2020 №1372 (ежемесячно, апрель-август) [5];
- Помощь на ребенка в возрасте до 8 лет, равная 5000 руб., в соответствии с указом Президента РФ от 17.12.2020 №797 [4];
- Региональные выплаты.

Показатель R_I02_15_02_03 включает в себя только федеральные выплаты.

Зная, сколько детей какого возраста в каждом домохозяйстве, можно смоделировать величину региональных выплат (region_money).

Отделив региональные выплаты от федеральных, можем оценить их влияние на вероятность бедности с помощью probit-модели. Зависимая переменная – MALOIM (0 – домохозяйство малоимущее, 1 – иначе). Также на основе анализа литературы [6,7] сделан вывод о том, что стоит добавить в модель следующие переменные: уровень безработицы в регионе (unemp), величину валового регионального продукта на душу населения (GRP_on), уровень безработицы ближайших к региону соседей (unemp_neighbor), средний трудовой доход на человека в домохозяйстве (R_H_DOXOD_TR), число инвалидов (INV), число пенсионеров (PENS), уровень образования главы домохозяйства

(R_5_2), число неработающих взрослых (VZR_NRAB), число детей (расчетный показатель number_child), тип населенного пункта - городской/сельский (H00_04), crime – уровень преступности в регионе, численность населенного пункта (H00_07). Также есть фактор – income_covid – величина всех поступлений в бюджет региона в связи с коронавирусом (показатель собран на основе анализа нормативно-правовых актов). В Таблице 1 представлены результаты оценки моделей для всей выборки и отдельной выборки – семьи с детьми (показаны предельные эффекты).

Таблица 1 - Результаты оценки моделей

Переменная	Модель 1 (вся)	Модель 2 (семьи с детьми)
log (region_money)	0.00119***	-0.00239***
log (R_H_DOXOD_TR)	-0.00522***	-0.04***
unemp	-0.0000325	0.00228***
unemp_neighbor	0.00422	0.00827***
crime	0.00000864	0.00012
INV	-0.00959***	-0.12***
PENS	-0.09***	-0.12***
number_child	0.04***	0.07***
R_5_2	0.01***	0.04***
VZR_NRAB	0.07***	0.12***
GRP_on	0.00000763	-0.000326
H00_04	0.09***	0.22***
H00_07	-0.00595***	-0.02***
Income_covid	-0.00753***	-0.02***

*** - значимо при любом разумном уровне значимости.

В модели 1 с ростом региональных антиковидных выплат растет вероятность бедности, что не является экономически обоснованным результатом. При этом если сосредоточиться на

выборке с детьми, то получается, что рост логарифма региональных выплат на 1 единицу снижает вероятность бедности на 0.00239, коэффициент статистически значим при любом разумном уровне значимости, значит, рост региональных выплат на 172%, снижает вероятность бедности на 0.00239.

Таким образом, для всей выборки не наблюдается экономически обоснованный эффект, но для семей с детьми ситуация обратная.

Литература

1. Указ Президента Российской Федерации от 07.04.2020 № 249 «О дополнительных мерах социальной поддержки семей, имеющих детей» // Собрание законодательства РФ, 13.04.2020, №15, ст.2243.
2. Указ Президента Российской Федерации от 11.05.2020 № 317 «О внесении изменений в Указ Президента Российской Федерации от 7 апреля 2020 г. № 249 "О дополнительных мерах социальной поддержки семей, имеющих детей» // Собрание законодательства РФ, 18.05.2020, №20, ст.3158.
3. Указ Президента Российской Федерации от 21.07.2020 № 474 «О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года» // Собрание законодательства РФ, 27.07.2020, №30, ст.4884.
4. Указ Президента Российской Федерации от 17.12.2020 № 797 «О единовременной выплате семьям, имеющим детей» // Собрание законодательства РФ, 21.12.2020, №51, ст.8432.
5. Постановление Правительства Российской Федерации от 08.09.2020 № 1372 "О внесении изменения в пункт 1.1 постановления Правительства Российской Федерации от 27 марта 2020 г. № 346" // Собрание законодательства РФ, 2020, №14, ст.2103.
6. Пишняк А., Горина Е., Корчагина И., Тер-Акопов С. Материальное положение россиян в условиях пандемии: влияние

государственной поддержки // Человеческий капитал. – 2021. – С. 70-93.

7. Денисова И.А., Карцева М.А. Гендерные аспекты бедности в России: абсолютный и многокритериальный подход // Женщина в российском обществе. – №2. – 2020. – С.138-154.

8. Выборочное наблюдение доходов населения и участия в социальных программах: федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://gks.ru/free_doc/new_site/vndn-2021/index.html (Дата обращения 25.02.2023).

«Социальной казначейство» как вызов и новые возможности цифровой трансформации социальной сферы

Гнедкова Милена Андреевна,
milenagnedkova@yandex.ru

Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации,
г. Москва

Научный руководитель: Шедько Юрий Николаевич, д.э.н., доцент,
профессор кафедры государственного и муниципального управления
Факультета «Высшая школа управления» (ВШУ)

Одной из основных целей системы социального обеспечения является повышение адресности и эффективности предоставления мер социальной поддержки. Для достижения этой и других целей в 2021 г. была принята Концепция цифровой и функциональной трансформации социальной сферы до 2025 г., в которой было предусмотрено создание «Социального казначейства» [1].

«Социальное казначейство» – это новый подход к назначению мер социальной поддержки, который предполагает проактивное (беззаявительное) информирование о доступных

мерах государственной поддержки и упрощенное получение выплат посредством использования единой цифровой платформы (далее – ЕЦП).

Планируется, что новая ЕЦП объединит информационные системы различных ведомств, которые оказывают социальные услуги, и обеспечит предоставление всех мер социальной поддержки в проактивной (беззаявительной) форме. Проактивность будет обеспечиваться благодаря слаженной работе всех участников процесса предоставления мер социальной поддержки с применением цифровых технологий и заключаться в автоматическом предоставлении услуг на основе анализа данных и при наступлении определенных жизненных ситуаций.

В настоящее время процесс назначения и предоставления мер социальной поддержки включает: прием заявлений от граждан, формирование и ведение личных дел, рассмотрение документов и принятие решения о предоставлении мер социальной поддержки, расчет их размера, уведомление гражданина о назначении мер социальной поддержки. В свою очередь, использование ЕЦП позволит автоматизировать и оптимизировать существующий процесс, как для граждан, так и для различных ведомств, оказывающих социальные услуги [2].

На современном этапе можно выделить несколько примеров услуг, которые оказываются государством по принципам «Социального казначейства»:

1) выдача материнского капитала (после регистрации рождения ребенка мать автоматически получает уведомление и сертификат в личном кабинете на портале госуслуг);

2) выплаты на детей в соответствии:

- с Указом Президента от 07.04.2020 № 249 (с апреля по июнь 2020 г. гражданам было выплачено 5000 руб. на каждого ребенка в возрасте до 3 лет на основании заявления в Пенсионный фонд Российской Федерации);

- с Указом Президента от 23.06.2020 № 412 (родители, которые ранее подавали заявление для получения первой выплаты, получили вторую выплату автоматически);

- с Указом Президента от 17.12.2020 № 797 (родители, которые ранее подавали заявление для получения минимум одной из вышеупомянутых выплат, получили третью выплату автоматически) [3].

Однако, помимо достоинств модели «Социальное казначейство», можно отметить следующие недостатки.

1. Отказ части граждан от использования цифровых технологий при получении государственных услуг. Так, в 2021 году 43,4% граждан получали госуслуги в многофункциональных центрах предоставления госуслуг и посредством личного посещения. Результаты исследования причин отказа граждан от получения госуслуг в электронной форме показали, что 52,5% граждан из числа не использующих интернет для получения госуслуг предпочитают личный визит и персональные контакты [4].

2. Отсутствие у части домохозяйств возможностей для получения мер социальной поддержки в электронной форме. Так, по данным 2021 года 16% домохозяйств не имеют доступ к интернету, более того 8,2% населения никогда не пользовались интернетом [4].

3. Сложность применения модели «Социальное казначейство» для граждан старшего поколения, не имеющих навыков в сфере цифровых технологий. Так, среди населения в возрасте старше 65 лет только 3,65% граждан владеют базовыми навыками использования интернета [4]. В связи с этим, по нашему мнению, необходима организация цифровой подготовки граждан старших возрастов.

Можно сделать вывод, что «Социальное казначейство» может стать надежным инструментом решения социальных задач, включая повышение качества жизни российских граждан. При этом эффективность реализации подхода «Социального казначейства» во многом зависит от комплексной реализации концепции цифровой трансформации социальной сферы.

Литература

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.02.2021 N 431-р «Об утверждении Концепции цифровой и функциональной трансформации социальной сферы, относящейся к сфере деятельности Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, на период до 2025 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/573761704> (дата обращения: апрель 2023 г.).
2. Иванова Н.Г. Социальное казначейство как новое направление повышения эффективности бюджетных расходов на реализацию мер социальной поддержки российских граждан // Экономика. Налоги. Право. – 2022. – Т. 15, № 5. – С. 57-66.
3. Буражева И.М. Социальное казначейство как новейшая цифровая технология в сфере социальной защиты населения // Трансформация национальной социально-экономической системы России. – Москва: Российский государственный университет правосудия, 2022. – С. 175-178.
4. Индикаторы цифровой экономики: 2022: статистический сборник / Абдрахманова Г.И., Васильковский С.А., Вишневский К.О., Гохберг Л.М. и др.; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М.: НИУ ВШЭ, 2023. — 332 с.

ESG-стратегия как вспомогательный инструмент современной социальной политики

Стручкова Светлана Станиславовна,
struchkova_svetlana@bk.ru

Финансовый университет при Правительстве Российской Федерации,
г. Москва

Научный руководитель: Шедько Юрий Николаевич, д.э.н., доцент,
профессор кафедры государственного и муниципального управления
Факультета «Высшая школа управления» (ВШУ)

Современные экономические кризисы вызвали ряд трудностей для российского населения и усугубили уже имеющиеся проблемы. Так, в период нестабильной экономической обстановки в 2020 и 2022 году упали доходы граждан, например, из-за сложности функционирования субъектов малого и среднего предпринимательства и, в целом, ухудшилось здоровье населения. Эти факторы негативно влияют на уровень рождаемости в стране. Соответственно в настоящее время россияне особенно нуждаются в должной социальной поддержке.

Помимо государственной поддержки, ESG-стратегия российского бизнеса также является важным инструментом в рамках современной социальной политики: компании разрабатывают собственные социальные инициативы и реализуют новые проекты поддержки, которые удовлетворяют потребностям граждан.

Так, в 2021 году лучшим социальным проектом в конкурсе, связанным с устойчивым развитием, признали проект «Помощь уже здесь» Русской медной компании (далее – РМК) [1]. Данная организация пять раз выигрывала всероссийскую премию в области социальной ответственности, то есть S-компонента ESG. Проект был разработан в период пандемии в целях помощи пострадавшим субъектам от возникшего кризиса в Челябинской

и Свердловской областях: многодетным семьям, семьям с детьми-инвалидами, опекаемыми детьми и пенсионерам. Он реализуется с апреля 2020 года по настоящее время, то есть и на период 2023 года. Организация

оказывает продуктовую помощь людям (помощь была оказана более 200 людям), закупке средств индивидуальной защиты: маски, антисептики, перчатки и другие. Представленный проект реализуется благотворительным фондом РМК и как отмечает вице-президент по социальной политике РМК А.Шарабова, из-за происходящих кризисов суммы в рамках поддержки населения увеличиваются и количество волонтеров, добровольно согласившихся помочь реализации данного проекта, также увеличилось. До этой инициативы РМК одерживала победу с проектом воркаут- площадок и проведением конкурса «Измени свой город к лучшему» среди учащихся школ.

Помимо ESG, политика компаний в рамках социальной ответственности происходит и через корпоративную социальную ответственность (далее – КСО) – концепцию, согласно которой компания добровольно соглашается оказывать поддержку внутренним и внешним субъектам и помогать улучшению состояния природного комплекса. Организация берет на себя дополнительные обязательства по содействию помощи в улучшении благосостояния общества благодаря реализации специальных подходов ведения бизнеса и выделению необходимых ресурсов [2, с.3]. Внутренняя помощь может проявляться в поддержке сотрудников, наличия профессиональной подготовки и переподготовки: оплата курсов английского языка, проведение тематических семинаров в рамках дополнительных программ обучения и переквалификация сотрудников за счёт компании (дополнительное обучение навыкам, которыми необходимо владеть в современных меняющихся социально-экономических условиях). Также внутренняя корпоративная социальная ответственность может проявляться в выплате должного уровня заработной платы и в наличии систем мотивации сотрудников [3, с. 116].

Так, компания «Норникель» является компанией-лидером по уровню качества КСО-отчетов. Положительный опыт компании проявляется, например, в том, что в 2021 году она выделяла значительный размер выделяет большое количество финансовых средств, около 3,5 млрд рублей, для обеспечения комфортных условий труда и быта сотрудников, работающих в условиях Крайнего Севера. В «Норникеле» достигаются такие цели, как:

1. «Достойная работа и экономический рост». Так, заработная плата сотрудников в данной компании имеет положительную динамику роста – показатель заработной платы 2020 года в сравнении с тем же показателем за предыдущий период, вырос на 11 %.

2. «Хорошее здоровье и благополучие». В 2021 году увеличился размер финансирования в 2-3 раза на мероприятия по лечению персонала, пенсионную и жилищную программы, ДМС и материальную помощь пенсионерам и бывшим сотрудникам компании, в сравнении с тем же показателем предыдущего года [4].

Наиболее высокий размер финансирования получают цели, связанные с обеспечением достойной работы и экономического роста, обеспечение здоровья и благополучия и индустриализацией.

Таким образом, в рамках ESG-трансформации организаций разрабатываются, внедряются и реализуются важные социальные инициативы в рамках помощи:

1. Внутренним субъектам – сотрудникам данных предприятий;
2. Внешним – населению.

В настоящее время реализация компаниями политики, связанной с социальным компонентом занимает важное место в современной социальной политике, являясь вспомогательным инструментом поддержки.

Литература

1. Проект помощь уже здесь признали лучшим социальным проектом в России в 2021 году [Электронный ресурс] // Русская медная компания [сайт]. URL: <https://rmk-group.ru/ru/smi/press-release/proekt-pomoshch-uzhe-zdes-priznali-luchshim-sotsialnym-proektom-v-rossii-v-2021-godu/> (Дата обращения: 12.03.2023).
2. Россияне рассказали как выбирают работодателей [Электронный ресурс] // HH.ru [сайт]. URL: <https://бизнес-ментор.рф/articles/97/?ysclid=lfh82igufx762686673> (Дата обращения: 12.03.2023).
3. Соловьева Л. П., Шедько Ю. Н. Корпоративная социальная ответственность на мезо- и микро уровнях // Журнал «Экономика. Налоги. Право» – с. 116 – 2021. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=17275801> (Дата обращения: 14.03.2023).
4. Бахов А.А. Корпоративная социальная ответственность в металлургической отрасли: опыт ПАО «ГМК«Норильский Никель» // Журнал «Экономика нового мира»–с.6-8 – 2021. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/korporativnaya-sotsialnaya-otvetstvennost-v-metallurgicheskoy-otrasli-opyt-pao-gmk-norilskiy-nikel/pdf> (Дата обращения: 15.03.2023).

МАСТЕРСКАЯ МОЛОДОГО ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ДЛЯ СТУДЕНТОВ УФИМСКОГО УНИВЕРСИТЕТА НАУКИ И ТЕХНОЛОГИЙ

Культура потребления алкоголя среди молодежи города Уфы. Роль алкоголя в их жизни.

Федулов Кирилл Евгеньевич,

Дегавцова Нина Сергеевна

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»

студенты направления бакалавриата «Социология», 3 курс,

Научный руководитель: Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

rinna55@bk.ru

Алкоголизм уже не первое десятилетие считается одной из наиболее серьезных и угрожающих проблем человечества, подрывающей социально-экономические, духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества и государства. Для нашей страны — это стало не просто основной проблемой, но и определённой культурой, разрушающей остальные. Однако если раньше данная социальная проблема напрямую касалась преимущественно лишь лиц среднего и старшего возраста, то на сегодняшний день можно смело заявить, что пьянство превратилось в настоящее бедствие и среди молодежи. И проблема алкоголизма среди молодежи является одной из самых актуальных в России и мире.

Две трети молодого поколения признает значимость алкогольной проблемы для российского общества. По результатам исследования, проведенного в рамках проекта «Роль рестриктивной политики в изменении алкогольной ситуации в России. Социологический анализ», можно говорить о личном отношении молодежи к употреблению спиртных напитков [1]. Так

результаты показали, что 36 % ориентированы на трезвость с возможностью употребления несколько раз в год по знаменательным случаям, 42% склоняются к подходу «умеренного (культурного) питья» несколько раз в месяц, остальные относятся к спиртному лояльно, считая, что «без алкоголя невозможно нормально расслабиться», «пить можно столько сколько хочется, главное - контролировать себя». В последнем случае алкоголь употребляется несколько раз в неделю. Таким образом, большая часть опрошенных молодых людей придерживается разумного употребления алкоголя. Однако полученный результат заставляет усомниться в себе, так как каждый третий отметил, что за год находился в состоянии такого сильного алкогольного опьянения, что не мог держаться на ногах.

Сегодня по данным медицинской статистики, потребляют алкогольные напитки более половины школьников старших классов, студентов средних профессиональных и высших учебных учреждений. По данным медико-социальных исследований, средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 лет, а среди девочек – до 12,9 лет [3].

Проблемы возникновения, формирования и закономерностей развития социальной установки на употребление алкоголя описываются в работах Э. Е. Бехтеля, Б. С. Братуся [4, 5]. Интересны попытки объяснения взаимосвязи особенностей личности и установки на потребление спиртных напитков у А. Д. Асеевой, Ю. В. Корчагиной. Механизм усвоения детьми и подростками алкогольных традиций изучается О. Л. Романовой, Т. И. Петраковой. В анализ факторов, обуславливающих потребление алкоголя, в том числе и в молодежной среде, значимый вклад внесли Ю. Ю. Белова, Ю. В. Верминенко, Я. И. Гишинский, Г. Г. Заиграев, М. Е. Позднякова, М. С. Пономарева, Л. Н. Рыбакова. Поведенческие факторы риска для здоровья, в том числе злоупотребление алкоголем, анализируются Н. Л. Антоновой, О. Я. Кислицыной, В. В. Моисеевой, И. С. Паутовым.

Задачей нашего исследования было определение роли алкоголя в жизни молодежи и выявление частоты употребления

среди молодого населения республики. использовался метод интернет-опроса с использованием Google-формы. При подготовке были выдвинуты следующие гипотезы:

- большинство представителей молодежи употребляют алкоголь впервые до 18 лет;
- большинство представителей молодежи, употребляющих алкоголь, предпочитают некрепкие алкогольные напитки;

В ходе исследования нам удалось выяснить следующие аспекты:

На рисунке видно, что 80% опрошенных молодых людей впервые попробовали алкоголь до 18 лет. Среди основной массы респондентов употребление алкоголя играет роль помощника в расслаблении и одним из компонентов веселого времяпрепровождения.

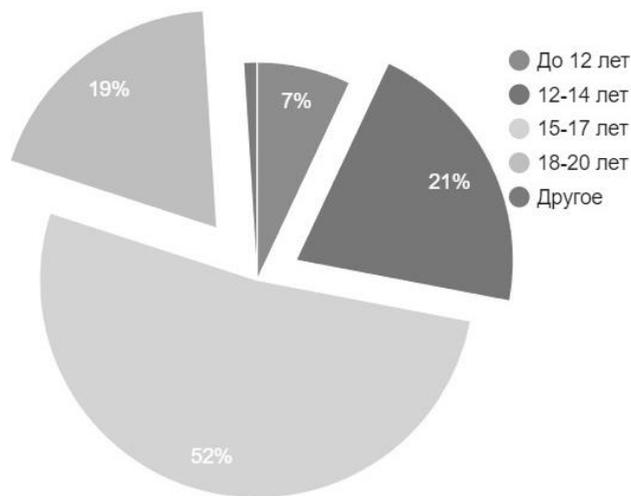


Рисунок 1

Мы выяснили, что как минимум 43% респондентов покупают алкогольную продукцию раз в месяц. На рисунке 2 наглядно представлены результаты, по которым можно сделать

вывод, что самой частой комбинацией стало “пиво, вино, легкие коктейльные напитки”. Самыми частыми как в приобретении, так и в употреблении оказались “пиво” и “вино”, это говорит о том, что молодые люди предпочитают легкий алкоголь до 20% год самым «безвредным» напитком опрошенные называют вино (51%): среди людей с высшим образованием эта доля достигает 61%. На втором месте в рейтинге безопасных алкогольных напитков – пиво и водка (по 14%). [6]крепкому алкоголю. Интересно, что по данным ВЦИОМ за 2018

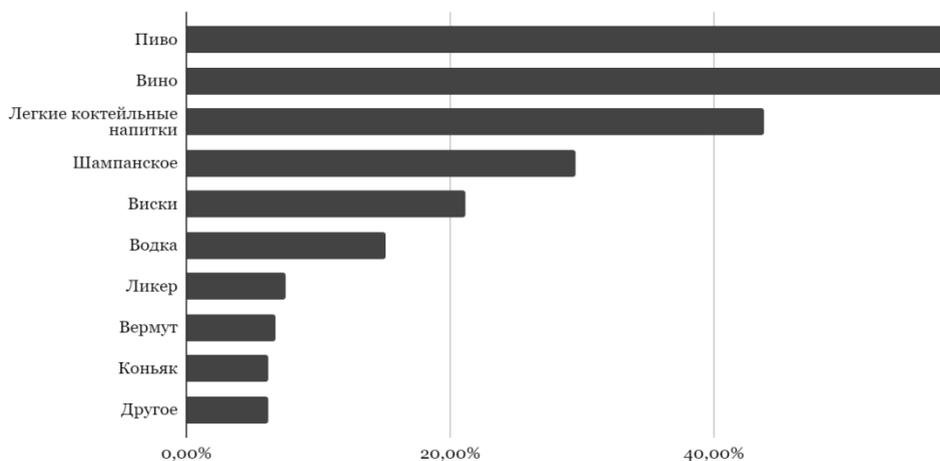


Рисунок 2

По данным нашего опроса 48% молодежи выпивают от 1 до 2 литров алкоголя в месяц, 24% – меньше литра, 13% выпивают от 5 до 6 литров месяц. Данные представлены на рисунке 3.

Таким образом, по результатам проведенного исследования наши гипотезы подтвердились. Несмотря на то, что большая часть молодежи предпочитает легкие алкогольные напитки это никак не отменяет существование проблемы ее алкоголизации, которая в нашей стране зачастую начинается еще до совершеннолетия.

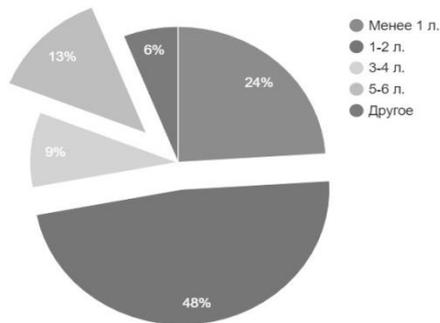


Рисунок 3

Литература

1. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Алкогольная ситуация в современной России. Роль рестриктивной политики в ее изменении // Алкоголь в России: материалы четвертой междунар. науч.-практ. конф., Иваново, 25-26 октября 2013 года. – Иваново: Филиал РГГУ в г. Иваново, 2013. – 272 с. С. 182-188. ISBN 987-5-904846-12-1.
2. Шальнова С.А., Максимов С.А., Баланова Ю.А., Деев А.Д., Евстифеева С.Е., Имаева А.Э., Капустина А.В., Муромцева Г.А., Мордвинова Р.С., Ротарь О.П., Шляхто Е.В., Бойцов С.А., Драпкина О.М. Потребление алкоголя и зависимость от социально-демографических факторов у лиц трудоспособного возраста (по данным исследования ЭССЕ-РФ). Профилактическая медицина. 2019;22(5): С. 45- 53.
3. Дёмина А.С., Фомичёва Д.И., Раюшкина Ю.И. Проблема алкоголизма среди молодежи // Культура Духовность Общество. - 2013. - вып.8 - С.230-233.
4. Бехтель, Э.В. Донозологические формы злоупотребления алкоголем. М.: Медицина, 1986. 272 с.
5. Братусь Б.С. Изменения личности при алкоголизме. М.: Знание, 1973. 64 с. Гофман А.Г. Клиническая наркология. М.: Миклош, 2003. 215 с.

6. Безвредный алкоголь: миф или реальность? [Электронный ресурс] // ВЦИОМ. 2018.

Потребление алкоголя и отношение к борьбе с алкоголизмом среди молодежи города Уфы

**Жигангирова Ангелина Раилевна,
Тагамлицкий Михаил Дмитриевич**

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»

студенты направления бакалавриата «Социология», 3 курс,

Научный руководитель: Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

rinna55@bk.ru

Алкоголизм уже не первое десятилетие считается одной из наиболее серьезных и угрожающих проблем человечества, подрывающей социально-экономические, духовно-нравственные основы жизнедеятельности общества и государства. Для нашей страны это стало не просто основной проблемой, но и определённой культурой, разрушающей остальные. Однако если раньше данная социальная проблема напрямую касалась преимущественно лишь лиц среднего и старшего возраста, то на сегодняшний день можно смело заявить, что пьянство превратилось в настоящее бедствие и среди молодежи. И проблема алкоголизма среди молодежи является одной из самых актуальных в России и мире.

Две трети молодого поколения признает значимость алкогольной проблемы для российского общества. По результатам исследования, проведенного в рамках проекта «Роль рестриктивной политики в изменении алкогольной ситуации в России. Социологический анализ»[1], можно говорить о личном отношении молодежи к употреблению спиртных напитков. Так

результаты показали, что 36 % ориентированы на трезвость с возможностью употребления несколько раз в год по знаменательным случаям, 42% склоняются к подходу «умеренного (культурного) питья» несколько раз в месяц, остальные относятся к спиртному лояльно, считая, что «без алкоголя невозможно нормально расслабиться», «пить можно столько сколько хочется, главное- контролировать себя». В последнем случае алкоголь употребляется несколько раз в неделю. Таким образом, большая часть опрошенных молодых людей придерживается разумного употребления алкоголя. Однако полученный результат заставляет усомниться в себе, так как каждый третий отметил, что за год находился в состоянии такого сильного алкогольного опьянения, что не мог держаться на ногах.

Проблемы возникновения, формирования и закономерностей развития социальной установки на употребление алкоголя описываются в работах Э.Е. Бехтеля, Б.С. Братуся. Интересны попытки объяснения взаимосвязи особенностей личности и установки на потребление спиртных напитков у А.Д. Асеевой, Ю.В. Корчагиной. Механизм усвоения детьми и подростками алкогольных традиций изучается О.Л. Романовой, Т.И. Петраковой. В анализ факторов, обуславливающих потребление алкоголя, в том числе и в молодежной среде, значимый вклад внесли Ю.Ю. Белова, Ю.В. Верминенко, Я.И. Гишинский, Г.Г. Заиграев, М.Е. Позднякова, М.С. Пономарева, Л.Н. Рыбакова. Поведенческие факторы риска для здоровья, в том числе злоупотребление алкоголем, анализируются Н.Л. Антоновой, О.Я. Кислицыной, В.В. Моисеевой, И.С. Паутовым.

Достаточно внимания в отечественной социологической науке уделено проблемам алкоголизации и наркотизации молодежи, девиантному поведению подростков (В.С. Афанасьев, Я.И. Гишинский, Ю.Ю. Комлев, С.В. Тачина, Д.А. Халтурина, Ф.Э. Шереги). Несмотря на значительное число работ, посвященных изучению феномена социальной установки и анализу факторов, детерминирующих поведение в отношении алкоголя в молодежной среде, а также в контексте имеющихся противоречий

социализации подростков, следует отметить недостаточную изученность проблемы формирования социальной установки на потребление алкоголя у лиц подросткового возраста в условиях современного общества.

Проблемно-исследовательский вопрос: чрезмерное потребление алкоголя молодежью, а также алкогольная зависимость являются серьезными социальными проблемами. В связи с чем молодые люди употребляют алкоголь и что их к этому подталкивает?

Объект: молодежь города Уфы от 18 до 35 лет.

Предмет: отношения молодежи города Уфы к алкоголю в настоящее время.

Основной **целью** исследования является выявление отношения молодых людей к алкоголю, к его употреблению, а также выявление частоты потребления и предпочитаемых видов алкогольных напитков молодежи нашей республики.

Сегодня по данным медицинской статистики, потребляют алкогольные напитки более половины школьников старших классов, студентов средних профессиональных и высших учебных учреждений. По данным медикосоциальных исследований, средний возраст начала употребления алкоголя среди мальчиков снизился до 12,5 лет, а среди девочек – до 12,9 лет. Угрожающие темпы распространения пьянства в молодежной среде вынуждают нас обратить наиболее пристальное внимание на эту проблему, ставят необходимость выяснить причины и социальные предпосылки этого явления, разрушающего наиболее социально активные слои населения, олицетворяющие собой будущее страны и нации.

Алкоголизм молодежи является ярким проявлением отклоняющегося поведения. Данная разновидность девиантного поведения имеет сложную природу, обусловленную разнообразными факторами, находящимися в сложном взаимодействии и взаимовлиянии. Социологи пишут о различиях пьянства и алкоголизма как вариациях отклоняющегося поведения. Алкоголизм – это патологическое влечение к алкоголю и

впоследствии постепенному разложению личности. Пьянство же – это неумеренное употребление алкоголя, которое наряду с нанесением вреда здоровью влияет на социальную адаптацию личности. Основным вопросом при изучении данного проявления девиации является: «Что заставляет молодежь пить?».

Алкоголизации молодежи способствуют следующие факторы: алкогольное окружение и связанные с ним устойчивые алкогольные традиции; свойственная возрасту склонность к подражанию и объединению со сверстниками, когда неформальная группа становится главным регулятором поведения. Полнее раскроем причины употребления алкоголя молодежью:

– Для проявления чувства раскрепощенности. Неспособность индивида заводить новые знакомства, поддерживать отношения, делиться интересами с другими индивидами зачастую является главной причиной пьянства среди молодых людей.

– Для проявления смелости. Многие молодые люди считают, что им не хватает смелости для совершения какого-либо поступка, поэтому они выпивают «100 грамм для смелости». Способность к решительным действиям, уверенность, самонадеянность, дерзость, способность к проявлению чувства превосходства, отсутствие чувства страха перед чем-либо – все это становится следствием после употребления молодым человеком. И последствием этого может являться обостряющееся чувство ненависти, которое обычно скрыто человеком в уголках своего сознания. И, естественно, стремление ввязаться в драку с представителями ненавистных индивиду групп, стремление открыто оскорбить представителей данных групп, стремление к уничтожению предметов и атрибутов, памятников культуры, символики, характерных для представителей ненавистных групп (включая вандализм). Существуют и другие причины, такие как одиночество, несчастье и горе, депрессия, но рассмотренные выше причины все-таки являются главенствующими и более общими. Для преодоления сдерживающих факторов, таких как: влияние контроля родителей и преподавателей, внутренний самоконтроль,

боязнь осуждения со стороны сверстников, представитель молодежи употребляет алкоголь, в том числе для проявления и открытого выражения чувства превосходства над определенными группами индивидов. Проявление чувства превосходства, таким образом, выражается в конкретных действиях: употреблении нецензурной лексики в адрес представителей ненавистных групп, вступление с ними в драку и т.п. [2]

Среди опрошенной молодёжи г. Уфы более половины употребляет алкогольную продукцию, стоит сказать, что это серьезный, но далеко не огромный показатель. Из опрошенных нами молодых людей больше пьющих среди девушек - 54%, тогда как среди опрошенных мужчин пьют алкоголь 52%. Но стоит сделать акцент на том, что абсолютное большинство респондентов встречало на улице людей в нетрезвом состоянии мужского пола - так ответили 87,6%.

Большинство молодых людей впервые попробовали алкоголь до 18 лет, 7,5% респондентов попробовали алкоголь до 12 лет, 20,5% в возрасте 12-14 лет, 52,1% в возрасте 15-17 лет, и лишь 19,9% респондентов попробовали алкоголь в совершеннолетнем возрасте.

Среди основной массы респондентов употребление алкоголя играет роль помощника в расслаблении и одним из компонентов веселого времяпрепровождения - два наиболее частых варианта ответа на вопрос "Для чего вы употребляете алкоголь?" - расслабиться (43,7%) и весело провести время (38%).

С утверждением о полном запрете алкоголя в нашей стране респонденты не согласны - 24,1% полностью не согласны, 44,8% скорее не согласны. Однако, респонденты считают, что государство должно контролировать распитие спиртных напитков, так ответили 60,3% опрошенных. Также большинство респондентов отрицательно относятся к распитию спиртных напитков в общественных местах и считают, что продажа алкоголя несовершеннолетним повлияет на развитие у них алкоголизма и деградации личности, значит опрошенные представители

молодёжи поддерживают контроль государства над продажей, оборотом и потреблением алкоголя - гипотеза не подтвердилась.

Таким образом, чаще всего молодые люди употребляют алкоголь в рамках проведения досуга и отдыха, для того, чтобы «стать смелее», влиться в компанию сверстников и так далее. Молодые люди выступают против полного запрета алкоголя в стране, однако считают, что государство должно регулировать продажу и оборот алкоголя в стране.

Литература

1. Позднякова М.Е., Брюно В.В. Алкогольная ситуация в современной России. Роль рестриктивной политики в ее изменении // Алкоголь в России: материалы четвертой междунар. науч.-практ. конф., Иваново, 25-26 октября 2013 года. – Иваново: Филиал РГГУ в г. Иваново, 2013. – 272 с. С. 182-188. ISBN 987-5-904846-12-1
2. Дёмина А.С., Фомичёва Д.И., Раюшкина Ю.И. Проблема алкоголизма среди молодёжи // Культура. Духовность. Общество. 2013, СПб, – 230-233 С.

Потребление алкоголя и отношение к борьбе с алкоголизмом среди молодежи города Уфы

Садыкова Регина Римовна

rimma55@bk.ru

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»,
аспирантка направления «Социология»,
преподаватель кафедры дизайна ФГБОУ ВО «БГПУ им. М. Акмуллы»

В наши дни сохранение здоровья становится одной из самых актуальных проблем молодежи. Особенно важно следить за своим здоровьем в период обучения в вузе, когда у студентов возникает ряд новых факторов, влияющих на их здоровье, таких как переход на самостоятельное питание, изменение режима дня и повышенная умственная нагрузка. Рассмотрим влияние здоровой среды в вузе на формирование позитивного отношения студентов к здоровому образу жизни (ЗОЖ).

Основные направления развития ЗОЖ в студенческом коллективе:

1. Физическая активность. Студенческий коллектив не должен пренебрегать занятиями спортом и физическим упражнениям.

2. Правильное питание. Студенты должны быть осведомлены о правильном питании, принципах здорового питания и вредных привычках.

3. Отказ от вредных привычек. Необходимо предостеречь студентов от употребления алкоголя, курения и наркотиков.

4. Сон и отдых. Студенты должны понимать важность полноценного сна и отдыха для здоровья.

Опрос, проведенный среди студентов одного из факультетов БГПУ показал отношение к ЗОЖ, обозначив на что

надо обратить внимание и где уже достигнуты хорошие результаты.

В опросе участвовали 142 человек с 1- 5 курсы, с разных форм обучения. Юношей-12,8%, девушек-87,2%.

Из опроса, проведенного среди студентов данного факультета БГПУ, следует, что большинство опрошенных (80,9%) считают ЗОЖ сочетанием нескольких факторов, таких как соблюдение правил здорового питания, физическая активность, режим труда и отдыха и отсутствие вредных привычек. Однако конкретные ответы на вопросы о каждом из пунктов ЗОЖ показали, что наименее популярными среди опрошенных являются соблюдение правил здорового питания (2,1%), физическая активность (2,8%) и режим труда и отдыха (3,5%). Больше всех (10,6%) опрошенных признали отсутствие вредных привычек, таких как курение, алкоголь и наркотики.

Из результатов опроса можно сделать вывод, что большинство студентов считают ЗОЖ необходимым, но мало кто уделяет должное внимание отдельным его компонентам, таким как правильное питание, физическая активность и режим дня. Поэтому нам нужно больше сосредоточиться на пропаганде каждого из этих компонентов и сделать так, чтобы молодежь узнала о пользе правильного питания, регулярных занятий спортом и сбалансированном режиме труда и отдыха. Однако, можно считать, что результаты опроса показывают, что в общем и целом студенты уже обладают некоторыми знаниями о здоровом образе жизни, что положительно влияет на их здоровье и благополучие.

Опрос показал, что, большинство респондентов (50,7%) считают, что ведут здоровый образ жизни. Однако более половины (52,8%) признают, что у них есть вредные привычки. Большинство (52,8%) ответили, что хотели бы начать вести здоровый образ жизни. Информация о здоровом образе жизни и способах улучшения здоровья интересна для 81,6% респондентов (31,2% - очень интересует, 50,4% - немного интересует). При этом 12,8% почти не интересуются данной темой, а совсем не интересуются только 5,7% опрошенных.

Подавляющее большинство респондентов считает, что вести здоровый образ жизни важно (96,5%). Большинство людей стараются соблюдать ЗОЖ (58,5%), хотя есть и те, кто считает, что его можно обойтись (5,6%) или следовать ему иногда (35,9%).

Значительная часть респондентов тратит на ЗОЖ достаточно много денег, как ответили 28,9% или много (почти всё) -18,3% опрошенных. Небольшая доля не тратит на это деньги вообще (7%).

Большинство опрошенных (71,8%) считают, что на сегодняшний день возможно беречь свое здоровье благодаря ЗОЖ, хотя 25,4% затрудняются ответить на этот вопрос, а 2,8% считают, что это не возможно.

Анализируя результаты опроса, можно увидеть, что подавляющее большинство респондентов (69,2%) считает, что для хорошего самочувствия организма необходимо все вышеупомянутые варианты ответа: занятие физической культурой, соблюдение режима дня, прогулки на природе. 17,1% респондентов считают, что важно соблюдать режим дня, включая правильное питание и режим сна.

Меньшинство опрошенных выбрало прогулки на природе (5,5%) или занятие физической культурой (6,2%) в качестве самого важного аспекта для хорошего здоровья. Таким образом, можно заключить, что большинство опрошенных считают, что для хорошего самочувствия организма необходимо соблюдать несколько аспектов, такие как занятия физической культурой, правильное питание, режим дня и сна, прогулки на природе.

Анализируя результаты опроса, можно увидеть, что наиболее распространёнными причинами стресса у опрошенных являются финансовые трудности (32%) и проблемы в учебе (28,6%). Также значительное количество респондентов (10,9%) отметили проблемы в семье как источник стресса. Проблемы в коллективе были выбраны лишь 8,2% опрошенных, что свидетельствует о том, что это не самый значимый источник стресса у данной аудитории.

Некоторые респонденты выбрали несколько причин, например, "все вышеперечисленное" (2,1%), что говорит о том, что у них нет главной причины стресса и они чувствуют себя под давлением из разных источников. Можно заключить, что у большинства опрошенных причины стресса связаны с финансами, учебой и личными отношениями в семье, и эти проблемы могут влиять на их психологическое здоровье.

Можно заметить, что подавляющее большинство опрошенных (90,9%) считают, что здоровый образ жизни способствует успеху в других сферах жизнедеятельности, таких как учеба и работа. Более того, 30,3% респондентов уверены, что это является залогом успеха в любой сфере. Но, 6,3% опрошенных считают, что здоровый образ жизни не связан с успехом, что может говорить о том, что они не видят прямой связи между здоровьем и успехом. В целом, результаты этого опроса подтверждают популярное мнение о том, что здоровый образ жизни может улучшить работу и учебу, так как физическое и психологическое здоровье могут повысить уровень эффективности и продуктивности. Кроме того, в здоровом образе жизни также важна здоровая и сбалансированная диета, которая также может влиять на уровень концентрации и продуктивности работы.

Большинство опрошенных осознают важность ЗОЖ для здоровья и стремятся к его соблюдению. Однако, есть разные мотивации и трудности в постоянном соблюдении здорового образа жизни. Некоторые люди ведут ЗОЖ из-за пользы для здоровья, а другие из-за желания похудеть или улучшить внешний вид. Важно иметь дисциплину и самодисциплину для постоянного соблюдения ЗОЖ.

Другая интересная связь, которая прослеживается в опросе, это то, что мода и престиж не являются важными факторами в выборе ЗОЖ. Это может означать, что люди выбирают ЗОЖ из-за личных убеждений и интереса к своему здоровью, а не из-за того, что это "модно" или "престижно". В обществе существует осознание важности ЗОЖ для здоровья, при этом существуют

различные подходы в выборе и приверженности этому образу жизни.

В целом, результаты опроса говорят о том, что большинство людей понимают важность ЗОЖ для сохранения здоровья, стараются соблюдать его и готовы тратить на это деньги. Однако, есть и те, кто не придает значимости здоровому образу жизни или затрудняются ответить на вопрос о его влиянии на здоровье.

Исследования показывают, что здоровая среда в вузе способствует формированию позитивной мотивации у студентов для следования здоровому образу жизни. Важным аспектом здоровой среды является правильное организованное питание. Кроме того, наличие спортивных залов и секций на территории вуза, где студенты могут заниматься физической активностью, также будет вносить положительный вклад в формировании здорового образа жизни у студентов.

Сторонники здорового образа жизни в вузах могут оказывать на студентов значительное влияние. Это могут быть преподаватели, а также студенческие организации, которые могут проводить различные мероприятия на тему ЗОЖ, например, конференции, семинары, встречи с врачами и диетологами. Важно, чтобы подобные акции организовывались не единоразово, а проводились регулярно. Кроме того, создание здоровой среды в вузе должно сопровождаться формированием новых знаний и навыков у студентов. Необходимо обучать студентов правильным привычкам питания, занятию спортом, а также знакомить их с заболеваниями, возникающими при неправильном образе жизни и питании.

Сохранение здоровья является важной проблемой молодежи, особенно в период обучения в вузе. Создание здоровой среды в вузе и формирование позитивного отношения у студентов к здоровому образу жизни позволит им сохранять здоровье на протяжении всей жизни. Результаты исследований показывают, что сочетание здоровой среды в вузе и обучения студентов правильному образу жизни и питанию способствует формированию позитивного отношения у студентов к ЗОЖ.

Литература

1. Аганов С. С., Семенова С. С., Стрижков А. П. Ценностные ориентации студентов на здоровый образ жизни и их реализация в физкультурно-спортивной деятельности // Ученые записки университета Лесгафта. 2018. №4 (158). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostnyye-orientatsii-studentov-na-zdorovyy-obraz-zhizni-i-ih-realizatsiya-v-fizkulturno-sportivnoy-deyatelnosti> (дата обращения: 04.04.2023).
2. Ананьев А. С., Смирнова О. В., Ананьев Ю. С. Формирование ценностей здорового образа жизни старших подростков // Научно-методический электронный журнал «Концепт». – 2015. – Т. 13. – С. 4106–4110. URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=23584616>. (дата обращения: 04.04.2023).
3. Андрущенко О. Е. Здоровье в системе жизненных ценностей молодежи: опыт регионального исследования // Logos et Praxis. 2015. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovie-v-sisteme-zhiznennyh-tsennostey-molodezhi-opyt-regionalnogo-issledovaniya> (дата обращения: 04.04.2023).
4. Андрущенко Ю.В., Урванцева М.В., Борисова М.В., Мусохранов А.Ю. Отношение студентов вуза к формированию здорового образа жизни // Научное обозрение. Педагогические науки. – 2021. – № 6. – С. 51-55; URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=47502944> (дата обращения: 04.04.2023).
5. Барышникова Д.Н. Здоровый образ жизни студента // Научное сообщество студентов XXI столетия. Гуманитарные науки: сб. ст. по мат. XLIII междунар. студ. науч.-практ. конф. № 6(43). URL: [https://sibac.info/archive/guman/6\(43\).pdf](https://sibac.info/archive/guman/6(43).pdf) (дата обращения: 04.04.2023).
6. Гусейнова Г. Г. Здоровый образ жизни подрастающего поколения – основная потребность современности // Всероссийский журнал научных публикаций. 2013. №1 (16). URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovyuy-obraz-zhizni-podrastayuschego-pokoleniya-osnovnaya-potrebnost-sovremennosti> (дата обращения: 04.04.2023).

7. Здоровье студентов: социологический анализ / Отв. ред. И.В. Журавлева; Институт социологии РАН. – М., 2012. – С. 252.

<https://ssa-rss.ru/files/File/PublikaciiROS/Zhuravleva.%20Zdorovyue%20studentov.%20Sociologicheskyy%20analiz.pdf> (дата обращения: 04.04.2023).

8. Здоровый образ жизни студенческой молодежи: проблемы и перспективы развития и совершенствования : монография / Под общ. ред. В. И. Филоненко ; Южный федеральный университет. – Ростов-наДону ; Таганрог : Издательство Южного федерального университета, 2019. – С. 282
<https://publications.hse.ru/mirror/pubs/share/direct/306259721> (дата обращения: 04.04.2023).

9. Знаменок О.Н. Критерии определения здорового образа жизни у современной молодежи // Международный журнал экспериментально- 57 го образования. – 2015. – № 11-6. – С. 854-857; URL: <http://expeducation.ru/ru/article/view?id=9494> (дата обращения: 04.04.2023).

10. Каневская Татьяна Михайловна, Середа Владислав Антонович Пропаганда ценностей здорового образа жизни как средство профилактики зависимостей в студенческой среде педагогического вуза: теория и практика // Педагогическое образование в России. 2011. №4. – С.87-95. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/propaganda-tsennostey-zdorovogo-obraza-zhizni-kak-sredstvo-profilaktiki-zavisimostey-v-studencheskoj-srede-pedagogicheskogo-vuza> (дата обращения: 04.04.2023).

11. Карасева Т. В., Толстов С. Н., Толстова С. Ю., Кисляков П. А. Технологии образования студентов в сфере здорового и безопасного образа жизни // Научный журнал КубГАУ. 2013. №91. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tehnologii-obrazovaniya-studentov-v-sfere-zdorovogo-i-bezopasnogo-obraza-zhizni> (дата обращения: 04.04.2023).

12. Константинов, К. Д. Мотивационно-ценностное отношение студентов к здоровому образу жизни, или Как социальные сети могут мотивировать поколение Z заниматься спортом и вести здоровый образ жизни / К. Д. Константинов. — Текст : непосредственный // Молодой ученый. — 2022. — № 14 (409). — С. 260-264. — URL: <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=48277439> (дата обращения: 04.04.2023).
13. Красноперова Н. А. Мотивационный компонент в структуре формирования здорового образа жизни студентов // Вестник СВФУ. 2014. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsionnyy-komponent-v-strukture-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-studentov> (дата обращения: 04.04.2023).
14. Ларина О.В. ФОРМИРОВАНИЕ Мотивационно-ценностного отношения к здоровому образу жизни у студенческой молодежи <https://www.sgu.ru/sites/default/files/conf/files/2018-03/larina.pdf> (дата обращения: 04.04.2023).
15. Переселкова З. Ю. Особенности формирования здорового образа жизни у студенческой молодежи в пространстве ВУЗа / З. Ю. Переселкова // Международный научно-исследовательский журнал.- 2016. - №7 (49). - URL: <https://research-journal.org/archive/7-49-2016-july/osobennosti-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-u-studencheskoj-molodezhi-v-prostranstve-vuza> (дата обращения: 04.04.2023).
16. Савчук А. Н., Фёдорова Ю.В. Культура здоровья жизнедеятельности студента // The Newman in Foreign policy. 2020. №52 (96). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kultura-zdorovya-zhiznedeyatelnosti-studenta> (дата обращения: 04.04.2023).
17. Сыроева С.В. Формирование здорового образа жизни студентов // Молодежный научный форум: Гуманитарные науки: электр. сб. ст. по мат. XIX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 12(18). URL: [https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12\(18\).pdf](https://nauchforum.ru/archive/MNF_humanities/12(18).pdf) (дата обращения: 05.04.2023)

18. Шехтман А. В. Формирование здорового образа жизни молодежи как процесс социальной адаптации // Концепт. 2014. №11. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/formirovanie-zdorovogo-obraza-zhizni-molodezhi-kak-protsess-sotsialnoy-adaptatsii> (дата обращения: 04.04.2023).
19. Красноперова Н. А. Мотивационный компонент в структуре формирования здорового образа жизни студентов // Вестник СВФУ. 2014. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/motivatsionnyy-komponent-v-strukture-formirovaniya-zdorovogo-obraza-zhizni-studentov> (дата обращения: 04.04.2023).
20. Шевченко О.Н., Горланова А., Исаева К., Красникова В., Науменко Е. Исследование отношения к здоровому образу жизни современной молодежи // Фундаментальные и прикладные исследования: проблемы и результаты. 2015. №18. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/issledovanie-otnosheniya-k-zdorovomu-obrazu-zhizni-sovremennoy-molodezhi> (дата обращения: 04.04.2023).

Профилактика девиантного поведения подростков: понятие, виды

Гарифуллина Юлиана

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»
студентка направления бакалавриата «Организация работы с
молодежью», 5 курс,

Научный руководитель: Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

rinna55@bk.ru

«Подростковая девиация, проявляющаяся в самых различных формах, приобретает черты массового явления, которое отличается устойчивыми тенденциями роста, широким распространением на подростковую и порой даже детскую часть молодежи» [14]. В таких условиях важным является система профилактики девиантного поведения подростков [14].

Цель исследования заключается в анализе системы профилактики девиантного поведения подростков на федеральном уровне.

Методологической основой исследования являются труды таких ученых, как Рождественская Н.А, Шубович М.М, Азарова Л.А, Антонов А.А.[1, 4, 17].

А теперь рассмотрим феномен девиантного поведения. В антологии социальной работы девиантное поведение определяется как «одно из видов отклоняющего поведения, связанное с нарушением соответствующих возрастных социальных норм и правил поведения, характерных для микросоциальных отношений и малых половозрастных групп» [2].

Девиантное поведение - устойчивое поведение личности, отклоняющееся от общепринятых, наиболее распространённых и устоявшихся общественных норм [7].

Девиантное поведение - социальное поведение индивида или группы, которое не соответствует установленным нормам, образцам и правилам, сложившимся в данном обществе, в результате чего эти нормы ими нарушаются [10].

Теоретический анализ различных подходов к определению девиантного поведения дает основания для обобщения: девиантное поведение понимается в самом широком смысле и означает действия и социальные действия индивида, которые противоречат социальным нормам общества и оказывают негативное влияние на других и саму личность влияние [1].

Анализ научной литературы показал, что причинами отклоняющегося поведения подростков выступают:

1. Общественные процессы - политика, средства массовой информации или традиции. Средства массовой информации оказывают непосредственное влияние на поведение человека. По телевидению то и дело транслируют образцы насилия. Это ведет к усилению агрессивности, повышению порога чувствительности зрителей к насилию, формированию неадекватных взглядов на социальную реальность [5].

2. Социальные группы, в которых общаются подростки. Влияние на формирование девиантного поведения оказывают группы, в которых состоит индивид. Человек существует в группе, и конформности выступает одной из возможностей взаимодействия индивида и группы. Конформность — подчинение группе, даже когда индивид имеет мнение отличное от данной группы. С одной стороны, взрослые стремятся противостоять непослушанию, и именно конформность считается позитивным эталоном поведения. С другой стороны, принятие мнения группы, приводит неустойчивого человека к совершению преступления [3].

3. Семья - является первым институтом социализации, с которым встречается подросток. Тут человек усваивает нормы, правила и ценности, учится функционировать, выполнять свои определенные роли. Воспитание играет большую роль в становлении человека. Семья должна обеспечивать чувство безопасности, которое так важно, создавать атмосферу для

комфортного существования. В семье должна чувствоваться любовь и доброта. Родители должны регулировать поведение, поощряя или наказывая за то или иное действие [8].

4. Стремление получить сильные впечатления; повышенная возбудимость, неумение контролировать себя; неблагополучная ситуация в семье; стремление к самостоятельности и независимости; отставание в учебе; непонимание взрослыми трудностей детей; недостаточная уверенность ребенка в себе; примеры насилия, жестокости, безнаказанности, полученные из СМИ [18].

5. Биологический фактор – выражается в физиологических особенностях подростка, в неустойчивости жизненно важных систем. Психологический фактор – заключается в особенностях темперамента, акцентуаций характера, что влечет за собой повышенную внушаемость, быстрое усвоение асоциальных установок, склонность к «уходам» от трудных ситуаций или полное подчинение им. Социальный фактор - отражает взаимодействие подростка с социумом [9].

6. Психические и психофизиологические расстройства - алкоголизм, невротические расстройства, остаточные явления черепно – мозговых травм и органические заболевания головного мозга, интеллектуальная недостаточность. Социальные и психологические проблемами - дефекты правового и нравственного сознания, особенности характера, особенности эмоционально – волевой сферы [6].

Социальная напряженность в стране порождает серьезный рост различного рода нарушений несовершеннолетними социальных норм: постоянно происходит расширение масштабов правонарушений и преступлений, подросткового алкоголизма, преступления, связанные с незаконным оборотом наркотиков и других проявлений девиантного поведения [14].

По данным МВД, примерно 3,9% от всех раскрытых в стране в 2022 году преступлений совершены подростками либо при их участии. Всего были выявлены 37 953 несовершеннолетних преступника. Статистически на них пришлось 41 548

правонарушения. С одной стороны, положение дел улучшилось по сравнению с предшествующим годом (40 860 привлеченных к уголовной ответственности подростков и 43 553 преступления). На 18,1% сократилось число уличных преступлений. В парках, скверах и на улицах населенных пунктов зарегистрировано на 43,5% меньше грабежей, на 26,4% – краж, на 17,7% – разбойных нападений. Число преступлений, совершенных в России организованными преступными группами (ОПГ), за первые три месяца 2022 года возросло на 22% по сравнению с аналогичным периодом прошлого года. «Организованными группами или преступными сообществами совершено 6,1 тыс. тяжких и особо тяжких преступлений (рост на 22,4%), причем их удельный вес в общем числе расследованных преступлений этих категорий вырос с 8,9% за первые три месяца 2022 года до 10,5% за этот же период нынешнего года», — говорится в отчете МВД. Среди совершивших преступления в 2022 г. в возрасте 14-17 лет преобладают юноши (90%). Распределение несовершеннолетних преступников по возрастным группам демонстрирует высокую долю старшей (16-17 лет) возрастной группы (67%). Основная доля несовершеннолетних преступников — граждане России (40 466 человек, или 99%). В 2022 г. число подростков, впервые совершивших преступления, составило 30 825 человек — это 75% от общего числа лиц, совершивших преступления в возрасте 14-17 лет. Данный показатель за 2022-2022 гг. снизился на 34%. Почти половину всех зарегистрированных преступлений (49,1%) составляют хищения чужого имущества, совершенные путем кражи (165,6 тыс.), мошенничества (62,3 тыс.), грабежа (11,5 тыс.) и путем разбоя (1,8 тыс.) [19]. Таким образом, ссылаясь на официальную статистику, можно говорить о явном увеличении девиантного поведения среди подростков.

В таких условия актуальным становится профилактика девиантного поведения подростков. Под профилактикой в широком смысле слова понимается «совокупность предупредительных мероприятий, направленных на сохранение и укрепление нормального состояния порядка» [12].

Иванов В.Н. определяет профилактику как «систему государственных и общественных социальных, гигиенических и медицинских мероприятий, направленных на повышение уровня здоровья населения и предупреждение заболеваний» [15].

Зайнышева И.Г. более детально определяет профилактику как «научно-обоснованные и своевременно предпринимаемые действия, направленные на предотвращение возможных физических, психологических или социокультурных коллизий у отдельных индивидов и групп риска; сохранение, поддержание и защиту нормального уровня жизни и здоровья людей; содействие им в достижении поставленных целей и раскрытии их внутренних потенциалов» [16].

Основными видами профилактики девиантного поведения являются:

- первичная, представляющая собой комплекс социальных, образовательно-воспитательных и психолого-медицинских мероприятий, непосредственная цель которых - предупреждение зарождения поведенческих отклонений у подрастающего поколения [12];

- вторичная, состоящая из социальных, образовательно-воспитательных, психологических и правовых мер, по предупреждению формирования отклоняющегося поведения молодежи и перехода к делинквентному [12];

- третичная, выступает как комплекс социальных, образовательно-воспитательных, психологических и нормативно-правовых мер, основанных на предотвращении появления повторных отклонений в поведении и восстановление личного и социального статуса молодежи, имевшей проблемы с отклонениями в поведении и возвращение в семью, образовательное учреждение и к общественно-полезной деятельности [12].

Различают личностный, семейный и социальный уровни воздействия профилактических мер: на личностном уровне воздействие направлено на формирование таких качеств личности, которые создают основы социально приемлемого поведения;

семейный уровень предполагает активизацию воздействия на семью подростка и его ближайшее окружение с целью предотвращения возникновения и развития девиантного поведения; социальный уровень профилактики способствует изменению взглядов общества на проблему девиантного поведения, что создает благоприятные условия для организации профилактической работы на личностном и семейном уровнях [13].

Основная задача профилактики направлена на предупреждение девиантных проявлений. Осуществить эту задачу можно при условии успешной социализации подростков в социуме. Исходя из этого, возникает необходимость в разработке и реализации профилактических программ по обеспечению их широкомасштабного внедрения [17].

По словам А. Антонова, подростки в наиболее чувствительном возрасте и проявляют разное поведение, в том числе и девиантное:

- подростковый возраст характеризуется трудностями, связанными с личностным развитием;
- наблюдается маргинальная позиция детей данного возраста в обществе [4].

Результаты исследования показали, что профилактика девиантного поведения очень важна, потому что современная молодежь все чаще подвергается давлению как со стороны сверстников, так со стороны взрослых. Профилактика способствует уменьшению числа подростков с отклонением поведения от норм общества.

В настоящее время актуальной проблемой становится девиантное поведение подростков. Развитие девиантного поведения молодежи можно предотвратить при помощи профилактики, а именно:

- общение с родителями;
- привлечь подростка к здоровому образу жизни;
- психологические тренинги;
- воспитательные лекции;

- организация досуга подростков.

Литература

1. Азарова Л.А. Девиантное поведение и его профилактика / Л.А. Азарова. Минск: ГИУСТ БГУ, 2009. 164 с.
2. Антология социальной работы. В 5 т.Т.1. История социальной помощи в России./ Сост. М. В. Фирсов. М.: Сварогъ НВФ СПТ, 1994. 288 с.
3. Андреева Г.М. Социальная психология. Учебник для высших учебных заведений. М.: Аспект Пресс, 2001.
4. Антонов А.А. Делинквентное поведение как фактор, детерминирующий мотивацию несовершеннолетних на совершение административных правонарушений, и его роль при их профилактике // Российский следователь. 2010. № 3. С. 18-20.
5. Брушлинская Н.В. Криминальное насилие в семье и его трансляция средствами массовой информации. Дата обращения: 25 ноября 2020. Архивировано 30 января 2020 года.
6. Ганишина И.С. Неблагополучная семья и девиантное поведение несовершеннолетних / под ред. И.С. Ганишина, А.И. Ушатиков. М., 2006. 288 с (13)
7. Гишинский Я. И. Социология девиантного поведения и социального контроля // Мир России. Социология. Этнология. 1997. Т. 6. №. 1. С. 163-184.
8. Змановская Е. В. Девиантология: (Психология отклоняющегося поведения): / Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. М.: Издательский центр «Академия», 2003. 288 с.
9. Клейберг Ю.А. Девиантное поведение в вопросах и ответах / Ю.А. Клейберг. М.: НОУ ВПО Московский психолого-социальный институт, 2008. 304 с.
10. Ларионова С.О. Девиантное поведение как научно-педагогическая проблема // Фундаментальные исследования. 2013. № 1-1. С. 90-94;
11. Ожегов С. И. Толковый словарь русского языка. М.: Мир и Образование, 2012. 736 с

12. Рождественская Н.А. Девиантное поведение и основы профилактики у подростков. М.: Генезис, 2015. 23 с.
13. Рождественская Н.А. Девиантное поведение и основы профилактики у подростков. - М.: Генезис, 2015. - 54 с.
14. Состояние преступности за январь-декабрь 2014 год в РФ. [Электронный ресурс] Режим доступа: <https://mvd.ru/folder/101762/item/2994866/>
15. Социальные технологии: Толковый словарь/ Ответ. ред. Иванов В. Н., Москва-Белгород, 1995г. 124 с.
16. Технология социальной работы / Под редакцией И.Г. Зайнышева. М.: Издательство МГСУ «Союз», 1998 г. 273 с.
17. Шубович М.М., Гринева Е.А., Бибикина Н.В. Здоровьесберегающие технологии по профилактике вредных привычек студенческой молодежи // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. 2018. Т. 13. № 4. С. 80-86.
18. Шнейдер Л.Б. Девиантное поведение детей и подростков / Л.Б. Шнейдер. М.: Академический проект, Трикста, 2005. 336 с.
19. Юридическая помощь для всех [Электронный ресурс]. Код доступа: <https://polic15.ru/zhaloby/prestupnost-nesovershennoletnih-statistika-202...>

Организация досуговой деятельности молодежи как условие ее дальнейшей социализации

Карпочева Юлия

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»
студентка направления бакалавриата «Организация работы с
молодежью», 5 курс,

Научный руководитель: Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

rinna55@bk.ru

В современном обществе свободное время и досуг становится объектами научного интереса [1]. Досуг – это свободное время, организованное в какие-либо виды. Понятие досуга неразрывно связано с понятием свободного времени, т.е. времени, свободного от работы и других обязательных занятий и дел, используемого полностью по своему усмотрению. И в этом смысле понятие свободного времени ассоциируется с удовлетворением культурных потребностей, отдыхом и развлечениями.

Можно выделить 5 основных видов досуга.

Первая группа связана с восстановлением различных сил. К ней необходимо отнести прогулки на свежем воздухе, спорт, вечера отдыха, забавы, развлечения, игры. Спорт, двигательная деятельность активизирует физическую активность и способствует укреплению здоровья, развитию выносливости, ловкости.

Вторая группа досуга связана с повышением эрудиции, приобщением к духовным ценностям. К ней можно отнести чтение, просмотр фильмов и телепередач, посещение выставок, музеев, путешествия, поездки и т.п. Содержание данной группы досуга стимулирует познавательную активность, способствует

освоению общечеловеческой культуры, исторических, литературных ценностей, формированию мировоззрения.

Третья группа связана с развитием духовных сил и способностей, с активной творческой деятельностью. К данному содержанию досуга можно отнести научно-исследовательскую деятельность, художественно-театральную, техническую, спортивно-игровую, трудовую, прикладную деятельность. Включение в эту группу досуга развивает активную жизненную позицию, способствует самоопределению личности, ее самоактуализации в творческой деятельности.

Четвертая группа реализует потребность в общении. К данной группе необходимо отнести вечера встреч, танцы, дискотеки, вечеринки, творческие объединения, клубы, кружки.

Пятая группа связана с целенаправленной творческой учебной. Это - выездные лагеря, смотры, конкурсы, каникулярные объединения, туристические походы, школы актива и т.п. Включение в пятую группу досуга является значимым для развития организаторских способностей, формирования умений самостоятельно организовывать как собственный досуг, так и увлекать сверстников содержательной деятельностью [2].

Практика досуга помогает реализовать потребности личности молодого человека [3]. Хорошо известно, что досуг является доминирующим для духовного и физического развития современного человека. Досуг должен быть организованным, чтобы молодой человек успешно социализировался [4]. Благодаря досугу молодое поколение имеет свободу действия в выборе формы, времени, места проведения своего времени в соответствии со своими потребностями [4].

Цель исследования - осветить организацию досуговой деятельности молодежи как условие ее успешной социализации.

Предмет исследования - специфика организации досуговой деятельности молодежи для прохождения успешной социализации.

Гипотеза исследования - досуговая деятельность является средством успешной социализации, если она правильно организована.

В работе мы ссылаемся на опрос, который был проведен в мае-июне 2019 года Левада-Центром. Метод - личное интервью на дому у респондента. Выборка состояла из 1500 респондентов и репрезентировала городское и сельское население России в возрасте от 14 до 29 лет. Опрос является частью исследовательской программы FES Youth Studies Фонда им. Фридриха Эберта [5].

Основной досуг молодых россиян ограничивался, скорее, неактивными видами деятельности: прослушиванием музыки, проведением времени со своей семьей, просмотром кино и прогулками с друзьями.[5]

Предпочтения в проведении досуга имеют гендерные различия. Девушки чаще парней проводят время с семьей (83% против 74% соответственно), занимаются шопингом (41% против 24%) или творчеством (30% против 19%), читают книги (37% против 21%). Молодые мужчины чаще тратят свое свободное время на прогулки с друзьями (69% против 60%), спорт (54% против 38%) и видеоигры (39% против 17%) [5].

Феномен досуга в современном понимании отождествляют со свободным временем или временем, свободным от работы и домашних обязанностей, позволяющим восстановиться, расслабиться, посвятить себя хобби, отдыху, культурным и художественным занятиям, т.е. деятельности, занимающей свободное время [5]. Социальный облик молодого поколения, несомненно, отражается как в поведении молодежи, так и в ее пристрастиях и увлечениях. Предпочтения в музыке, литературе, телепередачах могут сказать о многих социальных аспектах развития данной категории населения. В исследовании были затронуты и эти вопросы.

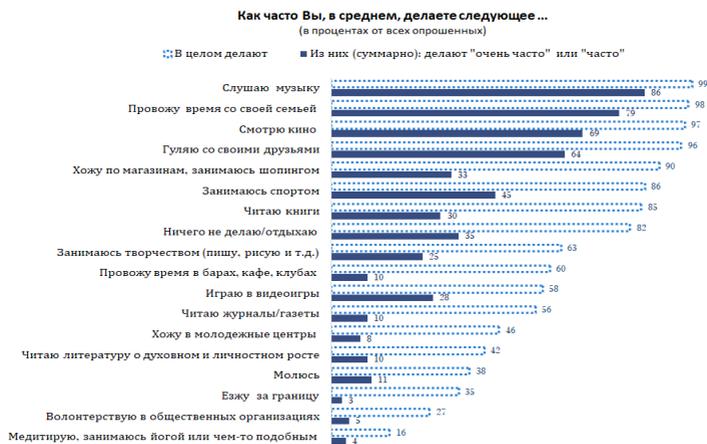


Рисунок 1

Некоторые виды досуга стали другими не столько по форме, сколько по содержанию (состав читаемой литературы, телепристрастия и кинопристрастия, музыка), что связано и с изменением менталитета молодого поколения и общества в целом.

Досуговая сфера по сравнению с другими сферами жизнедеятельности предоставляет человеку возможность свободного выбора любого вида занятий, досугового общения между индивидами и группами людей.

По результатам исследования видно, что в разных областях своей деятельности, в том числе в области досуга, молодёжи предоставлена большая свобода выбора.

Можно предположить, что изменения, происходящие в досуге, будут углубляться. Возможно появление новых форм досуга. Но будем надеяться, что всё это будет не мешать, а способствовать активному участию российской молодёжи в жизни нашего общества, России и мира в целом [6].

Таким образом, достигнуты все цели: проанализированы все аспекты деятельности, выявлены особенности досуга молодежи, определены принципы организации, разработан и внедрён в работу

проект по организации досуговой деятельности, впоследствии которой мы добились успеха.

Литература

1. Акимова Л. А. Социология досуга: Учебное пособие / Л. А. Акимова; МГУКИ. М., 2003. – 123 с.
2. <https://www.art-talant.org/publikacii/17063-dosugovaya-deyatelnosty-i-ee-vidy>
3. Вишняк, А.И. Культура молодежного досуга [Текст]/ А.И. Вишняк, В.И. Тарасенко. – Киев: Высшая школа, 2006. – 53 с.
4. Головина Г.В., Ведерников В.П. Досуговая культура личности и процесс ее формирования в современном информационном обществе // Научный вестник ЮИМ. 2016. №1
5. Поленова М.Е. Формирование досуговой культуры молодежи: региональный аспект // Евразийское научное объединение.
6. Табачковский В.Г. «Формирование мировоззренческой культуры молодежи», - М.: Академия, 2004 г.

Трансформация роли отца в семье

Гурулёва Анастасия

ФГБОУ ВО «Уфимский университет науки и технологий»
студентка направления бакалавриата «Организация работы с
молодежью», 5 курс,

Научный руководитель: Шаяхметова Р.Р.

к.соц.н., доцент кафедры социологии и работы с молодежью

rinna55@bk.ru

В настоящее время высоко оценивается роль семьи в воспитании молодого поколения. Мы можем наблюдать трансформационные процессы института семьи [3]. Чаще всего в семейной практике именно мама берет на себя все хлопоты и проблемы в воспитании детей. Женщина стремится быть самостоятельной и независимой. Что отодвигает роль отца на второй план. Ведь роль отца в современном мире лишь зарабатывать и обеспечивать семью [1]. В следствии чего случаются конфликты. Не будем говорить о том. Как это влияет на ребенка и атмосферу в семье.

Цель – определить, как изменились роли, выполняемые отцом в воспитании детей в семье.

По данным статистики Международной организации труда: «женщины тратят на неоплачиваемый домашний труд в среднем 4 часа 25 минут, мужчины – в 3 раза меньше 1 час и 23 минуты» [8]. Сюда так же входит, в том числе и уход за детьми, и декретный отпуск. Хотя у мужчин по закону такое право тоже имеется, но лишь 2% мужчин уходят в декретный отпуск [11]. К тому же, судьи в своих решениях так же могут полагаться на гендерные стереотипы, которые отводят женщине роль сиделки с детьми [8].

Теоретическими основами являются труды М. Гуреева. Который показал, как важна роль отца в воспитании детей: «Роль отца в современной семье достаточно велика: в идеале отец – это и образец для подражания, и регулятор отношений в семье (мужчина априори – существо более рациональное, склонное к

упорядочиванию, женщина – более эмоциональное), и человек, обеспечивающий своих домочадцев необходимыми для жизни материальными ресурсами, и защитник той крепости, которую построил он сам. Наибольшие шансы стать полноценными отцами у тех, кого воспитали такие же полноценные отцы. Всем же остальным приходится идти методом проб и ошибок «через тернии к звездам»; мужчина по своей природе – это хозяин, обладатель чего-либо, а хороший хозяин всегда держит свое имущество в образцовом порядке, видит структуру, систему. Аналитический, раскладывающий всё по полочкам склад ума более свойственен мужчинам, нежели женщинам, которые часто оказываются во власти своих эмоций и желаний. Таким образом, роль отца как систематизатора, регулятора отношений, связей и полномочий в контексте современной семьи незаменима [3].

По мнению И. С. Кона отцовство — это социальный институт, система прав, обязанностей, социальных ожиданий и требований, предъявляемых к мужчине как родителю и коренящихся в нормативной системе культуры и в структуре семьи. И. С. Кон значительное внимание оказывает отцовству как социокультурному институту. Автор считает, что понятие отцовство нужно рассматривать не только с точки зрения социального института, но и как деятельность, практики и стили поведения. В первом случае осуществляется реконструкция и анализ социокультурных норм, чего общество ожидает от отца «вообще». Во втором случае происходит описание и анализ того, что фактически делают и чувствуют конкретные отцы, какова психология отцовства. То и другое может рассматриваться на разных уровнях и в разном контексте [9] В современном российском обществе произошли значительные изменения в системе гендерных ролей, где образ отца в семье претерпевает серьезные изменения. Эти перемены приводят к появлению новых форм активности отцов, к переоценке отцовских функций, к появлению новых моделей поведения мужчин-отцов. Распределение семейных ролей оказывает значительное воздействие на социализацию детей, на модели их воспитания. И

здесь необходимо определить сущность социальной роли. «Социальная роль как бы связывает деятельность личности и ее самосознание с функционированием социальной системы, причем отправной точкой здесь является не индивид, а социум» [10]. Однако это разграничение условно. Термин «социальная роль» направляет внимание на универсальные, всеобщие требования, которые предъявляются к поведению человека, находящегося в определенной социальной позиции. Отец является неотъемлемым членом семьи. Многими авторами отмечено, что дети, выросшие без отцов, часто имеют пониженный уровень притязаний. У них, особенно у мальчиков, выше уровень тревожности и чаще встречаются невротические симптомы. Мальчики из неполных семей труднее налаживают контакты со сверстниками. Отсутствие отца отрицательно сказывается на учебной успеваемости и самоуважении детей, опять же особенно мальчиков. Таким мальчикам труднее дается усвоение мужских половых ролей и соответствующего стиля поведения, проявляя агрессивность, грубость, драчливость и т. д.

Согласно исследованиям Д.Л. Томпсона и Дж. Плека структура мужской роли может состоять из трех компонентов: норма успешности (статуса), норма эмоциональной твердости, норма антиженственности. Первый компонент состоит из стереотипа о том, что социальная ценность мужчины определяется величиной его заработка. Согласно второму компоненту, мужчина должен испытывать мало чувств и быть в состоянии разрешать свои эмоциональные проблемы без помощи окружающих. И наконец третий стереотип, согласно которому мужчинам следует избегать женских качеств [5]. Опираясь на указанные компоненты, можно предположить, что «идеальный» отец – мужчина, обеспечивающий семью на высоком уровне, малоэмоциональный, властный, умеющий принимать самостоятельные решения. Отцовство повышает статус мужчины, когда наличие семьи и детей косвенно свидетельствует о его экономической и социальной зрелости. С одной стороны, отцовство связано с социальным статусом, т.е. становится возможным для мужчины, в отличие от

женщины, только по достижению определенного статуса, а с другой, отцовство само по себе повышает статус мужчины как члена общества, что проявляется в большем уважении и доверии к мужчине-отцу. Ввиду того, что постепенно начинает меняться роль отца в семье, от мужчин все больше ожидают не только выполнения функций по материальному обеспечению семьи, но и активного участия в воспитании детей на всех этапах их социализации.

Из данных Всероссийского центра изучения общественного мнения (ВЦИОМ)- большинство россиян (72%) считают, что отец может не хуже матери ухаживать за маленьким ребенком и вести домашнее хозяйство. Согласно приводимым данным, 34% опрошенных однозначно согласны с подобным утверждением, еще 38% скорее согласны. В то же время, 26% респондентов не считают, что отец может ухаживать за маленьким ребенком так же хорошо, как и мать. По данным опроса, 42% опрошенных россиян считают нормальным, когда после рождения ребенка мать выходит на работу, а отец ухаживает за новорожденным; не согласны с этим 56%. По данным всероссийского центра изучения общественного мнения, 48% россиян придерживаются мнения, что важнее, чтобы отец хорошо материально обеспечивал детей, а не занимался их воспитанием; противоположно высказались 46% респондентов. Кроме того, 89% опрошенных заявили, что, несмотря на отношения между родителями после развода, мать не должна ограничивать общение детей с отцом, противоположного мнения придерживаются 9%.

Как сообщает ВЦИОМ, более половины россиян (59%) заявили, что не имеют знакомых семей, где функции по воспитанию детей выполнял бы отец. В то же время, 19% заявили, что у них есть знакомые, где мать и отец в равной степени зарабатывают деньги, но воспитанием занимается в основном отец. Почти каждый десятый (11%) заявил, что знает полные семьи, где зарабатывает в основном женщина, а отец ведет домашнее хозяйство и воспитывает детей. По данным ВЦИОМ, 14% опрошенных заявили, что знают семьи, в которых мужчина

самостоятельно или при помощи родственников воспитывает детей.

Отвечая на вопрос о том, какие положительные качества формирует в первую очередь отцовское воспитание, россияне чаще всего называли уважение к женщине (41%), мужество и отвагу (32%), ответственность и умение держать слово (30%), трудолюбие (16%), целеустремленность (11%).

Респонденты также выразили мнение (60%), что в настоящее время СМИ воспитывают у молодежи ответственное отношение к отцовству, не согласны с этим утверждением 32%. Как гласят данные ВЦИОМ, 44% опрошенных заявили, что отношения отцов и детей в настоящее время стали более доверительными, чем это было 50 лет назад, об обратном мнении заявили 46% респондентов.

«Вопросы гендерного распределения ролей в течение многих лет обсуждались в контексте предоставления женщинам равных с мужчинами прав и возможностей для самореализации. В то же время... произошли значимые изменения в распределении семейных обязанностей между супругами. От отцов все больше ожидают не только и не столько выполнения функций по материальному обеспечению членов семьи, сколько активного участия в воспитании детей на всех этапах их социализации», - приводятся слова директора по исследованиям ВЦИОМ Елены Михайловой.

Она также отметила, что представленные в СМИ образы далеко не всегда способствуют формированию ответственного отношения к отцовству у подрастающего поколения, и подчеркнула, что повышение социального статуса отца является актуальной задачей, решение которой является важнейшим условием укрепления института семьи [7].

По результатам проведенных исследований можно уверенно сказать о том, как важен отец и его роль в семье. Отец - проводник, который помогает мальчику совершить переход от малыша на маминых руках, к мальчику, потом к юноше. Девочке тоже нужны дружеские взаимоотношения с отцом. Влияние отца

на половую идентификацию девочки наиболее значительно проявляется в период юности. Половая идентичность девочки является одобрением самой себя как достойной представительницы прекрасного пола. В возрасте 13-15 лет она должна получить признание своей значимости, как будущей женщины, в основном от отца. Отец способствует формированию у дочери позитивной самооценки, выражая одобрение её действиям, способностям, внешности. Повседневное общение дочери с отцом учит её разбираться в мужской психологии, подстраиваться под неё, учит не бояться мужчин. Поэтому не стоит воспринимать мужчину в семье лишь как источник дохода или мастера на все руки, т. к. его интеллектуальный вклад в воспитание ребёнка очень важен.

Активное участие отцов в воспитании детей важно как и для семей, так и для общества. Формирование у детей ценностей, нравственных устоев, понятия традиционной семьи, что приведет к нормальным отношениям между детьми и родителями.

Литература

1. Е.Н. Бекетова, Л.В. Мамедова, Классификация ролевых моделей отцовства. 2022. - С.226.
 2. Борисенко Ю.В. Психология отцовства: монография. МоскваОбнинск: ИГ-СОЦИН, 2007. С. 63.
 3. Е.П. Галкина, М.И. Кадничанская, Трансформация института семьи в инновационных условиях. 2015 – С.200. (2).
 4. М. Гуреев «Молода губерния». Проза 1. 2008.
 5. Мальцева Д. В. Теоретические подходы к изучению отцовства в современной западной социологии / Д. В. Мальцева // Мониторинг общественного мнения: экономические и социальные перемены. 2010. № 5 (99)
- Используемые интернет ресурсы.
6. Большая Российская Энциклопедия URL: <https://bigenc.ru/law/text/3547965> (дата обращения 21.03.23).

7. ВЦИОМ URL: <https://ria.ru/20170425/1493054873.html> (дата обращения 29.03.23).
8. Международной организации труда URL: <https://rg.ru/2019/04/08/skolko-vremeni-tratiat-zhenshchiny-na-domashniuu-rabotu.html> (дата обращения 21.03.23).
9. Кон И. С. Отцовство как социокультурный институт [Электронный ресурс]. URL: <http://www.pseudology.org/kon/Zametki/OtsovstvoSocioInstitute.htm> (29.03.23).
10. Кон И. С. Проблема Я в психологии [Электронный ресурс] / Психологос. Энциклопедия практической психологии. URL: <https://www.psychologos.ru/articles/view/problema-ya-v-psihologii> (24.05.2018).
11. Трудовой кодекс РФ ст. 256 «Право мужчины на декретный отпуск».