

ДИСПАНСЕРИЗАЦИЯ – ИНДИВИДУАЛЬНЫЙ ВЫБОР И/ИЛИ СОХРАНЕНИЕ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ: КРИТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕГИОНАЛЬНОГО СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Т.В. СКЛЯРОВА¹, Р.Р. ЯХИНА², Е.Б. КУРЛОВА³

¹ ФГБОУ ВО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.», г. Саратов, Россия;

^{1, 2, 3} ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия;

² Министерство здравоохранения Саратовской области, г. Саратов, Россия.

УДК: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32

Аннотация

Введение. В статье представлен результат регионального социологического исследования, направленного на изучение общественного здоровья. Объектом исследования стали социальные установки граждан в отношении диспансеризации, а также отношение к здоровьесбережению. В результате авторского исследования и интерпретации полученных данных был осуществлен социологический анализ степени информированности и готовности населения к самосохранительному поведению на примере прохождения диспансеризации, что позволило предложить ряд механизмов повышения эффективности стратегий укрепления общественного здоровья.

Цель: опираясь на научно-практический опыт, выявить механизмы повышения социальной ответственности индивида за сохранение и поддержание своего здоровья.

Методы: теоретическое обобщение, контент-анализ, вторичный анализ эмпирических данных, качественные и количественные методы социологических исследований.

Результаты. Выявлены механизмы повышения эффективности диспансеризации и осознанной готовности социально-активного населения к сохранению и поддержанию здоровья.

Заключение. Эффективным ресурсом в поддержании и сохранении социального потенциала здоровья на сегодняшний день могут выступать центры общественного здоровья, реализующие корпоративные программы и работодатель.

Ключевые слова: общественное здоровье, социология здоровья, социальная политика, диспансеризация населения, корпоративная программа.

Для цитирования: Склярова Т.В., Яхина Р.Р., Курлова Е.Б. Диспансеризация – индивидуальный выбор и/или сохранение общественного здоровья: критический анализ результатов регионального социологического исследования // Общественное здоровье. 2022, 2(4):24–32. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32.

Контактная информация: Склярова Татьяна Валентиновна, e-mail: skliarovatv@gmail.com

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 19.09.2022. **Статья принята к печати:** 12.10.2022. **Дата публикации:** 07.11.2022.

UDC: 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32

**DISPANSERIZATION IS AN INDIVIDUAL CHOICE AND/OR PRESERVATION OF PUBLIC HEALTH:
A CRITICAL ANALYSIS OF THE RESULTS OF A REGIONAL SOCIOLOGICAL RESEARCH****T.V. Skliarova¹, R.R. Yakhina², E.B. Kurlova³**¹ Yuri Gagarin state technical university of Saratov, Saratov, Russia;^{1, 2, 3} Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia;² Ministry of Health of the Saratov Region, Saratov, Russia.**Abstract**

Introduction. The article presents the result of a regional sociological study aimed at studying public health. The object of the study was the social attitudes of citizens in relation to clinical examination, as well as their attitude to health saving. As a result of the author's research and interpretation of the data obtained, a sociological analysis of the degree of awareness and readiness of the population for self-preserving behavior was carried out using the example of undergoing clinical examination. This made it possible to propose a number of mechanisms to improve the effectiveness of public health promotion strategies.

Target: based on scientific and practical experience, to identify mechanisms for increasing the social responsibility of the individual for the preservation and maintenance of his health.

Methods: theoretical generalization, content analysis, secondary analysis of empirical data, qualitative and quantitative methods of sociological research.

Results. Mechanisms for increasing the effectiveness of clinical examination and the conscious readiness of the socially active population to preserve and maintain health have been identified.

Conclusion. An effective resource in maintaining and preserving the social potential of health today can be public health centers that implement corporate programs and the employer.

Keywords: public health, sociology of health, social policy, medical examination of the population, corporate program.

For citation: Skliarova T.V., Yakhina R.R., Kurlova E.B. Dispanserization is an individual choice and/or preservation of public health: a critical analysis of the results of a regional sociological research // Public health. 2022; 2(4):24–32. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-24-32.

Corresponding author: Tatiana V. Skliarova, e-mail: skliarovatv@gmail.com

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

ВВЕДЕНИЕ

Системы здравоохранения многих стран сталкиваются с необходимостью быстрого реагирования на возникающие социальные и демографические вызовы: экономические и политические кризисы, старение населения, рост миграционных потоков, распространение различных неинфекционных заболеваний, приводящих к ранней смерти, инвалидизации и снижающих качество жизни [1, С. 3]. Как следствие, происходит увеличение расходов любого государства на здравоохранение, что неизбежно создает дополнительную нагрузку на бюджет страны и социальную политику, а также повышает расходы населения, связанные с ростом стоимости лечения, прохождением реабилитации, поддержанием состояния здоровья и условий жизни на уровне стандартов качества (E. Feng-Gu, J. Everett, 2021) [2]. Несмотря на

имеющийся массив научно-исследовательских данных, степень актуальности изучения общественного здоровья лишь возрастает.

Для России, как и для большинства стран мира, здоровье нации является приоритетным направлением государственной политики. Эта позиция подтверждается социальной политикой, направленной на охрану здоровья граждан [3–8]. Приоритетными задачами выступают снижение смертности населения, снижение уровня развития различных заболеваний, повышение продолжительности и качества жизни [9]. Помимо доминирующих задач снижения уровня смертности, заболеваемости и инвалидизации различных групп населения (национальный проект «Здравоохранение»), серьезное внимание уделяется превентивным и профилактическим мероприятиям, способствующим сохранению и улучшению здоровья нации, активному включению физической культуры и спорта в повседневные практики,

в том числе формированию социально-ответственного отношения к своему здоровью (национальный проект «Демография»).

Интерес государства к проблемам сохранения здоровья населения не случаен. По данным Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ) в 2019 году основными причинами смертности в мире стали сердечно-сосудистые заболевания, респираторные и неонатальные состояния, при этом 7 из 10 причин смертности относятся к неинфекционным заболеваниям. Особое опасение ВОЗ вызывает смертность от рака трахеи, бронхов и легких (6-е место в ряду основных причин), деменции, диабета [10, 11]. А с учетом распространения новой коронавирусной инфекции (COVID-19) мониторинг состояния здоровья становится одной из приоритетных задач, так как позволяет национальным системам здравоохранения своевременно реагировать на эпидемиологическую ситуацию, инициировать мероприятия по лечению, реабилитации и профилактике. Кроме того, на сегодняшний день уже есть научно обоснованные данные, доказывающие, что факторы риска неинфекционных заболеваний осложняют течение и последствия от COVID-19 [11].

Общественное здоровье и стратегии его сохранения всегда были темой для многопрофильного изучения, в котором задействована не только клиническая медицина. Междисциплинарный подход с применением социологии, антропологии, демографии, экономики, экологии позволяет в значительной степени обогатить знания о состоянии здоровья населения [12], поскольку сочетание биомедицинских и социологических методов анализа способствуют появлению и внедрению новых практик сохранения здоровья и механизмов борьбы с болезнями [13]. При этом, дискуссии о стратегиях укрепления общественного здоровья, в значительной степени должны опираться на понимании того, насколько сами граждане готовы укреплять и поддерживать здоровье (E. C. Covert, A. M. Baker, O. Gilani, 2021) [14]. И в этой связи большую роль играют социологические мониторинги, позволяющие выявлять уровень грамотности

и информированности населения в вопросах здоровьесбережения, а также самооценку состояния здоровья [15, 16].

ЦЕЛЬЮ настоящего исследования стал поиск механизмов повышения эффективности формирования и сохранения общественного здоровья с использованием социологических методов анализа.

В **задачи** исследования входило проведение теоретического обзора и обобщение массива данных научно-исследовательских работ по проблеме формирования и сохранения общественного здоровья; критический анализ уровней социальной системы, влияющих на индивидуальные стратегии и практики здоровьесбережения; обоснование авторского подхода к повышению социальной ответственности индивида за состояние своего здоровья (на примере результатов региональных исследований).

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для достижения поставленной цели и решения выделенных задач был осуществлен авторский контент-анализ исследований, проводимых отечественными и зарубежными учеными в области здравоохранения, социологии здоровья, социологии медицины, медицинской антропологии; проведен вторичный анализ данных отечественных исследований; выявлены и интерпретированы уровни влияния социальных детерминант населения (микро-, мезо-, экзо-, макро-); разработана оригинальная программа социологического мониторинга общественного здоровья; предложен механизм, повышающий эффективность диспансеризации и формирующий осознанную ответственность населения за поддержание и сохранение здоровья. В период с февраля по март 2022 года **ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики»** проведено пилотное социологическое исследование, целью которого было изучение осведомленности населения о роли и задачах диспансеризации, в том числе углублённой.

Теоретической рамкой исследования стал структурно-функциональный подход в интерпретации процессов, происходящих в современном обществе; теория социального действия М. Вебера [17, 18], теория социальных систем и действий Т. Парсонса [19, 20] и теория экологических систем У. Бронфенбреннора [21].

Рабочей гипотезой выдвигалось мнение о том, что степень информированности населения о диспансеризации находится на высоком уровне, в то время как степень готовности проходить диспансеризацию достаточно низкая. Причинами такого противоречия является как слабая заинтересованность населения, так и низкая мотивация работодателей в вовлечении трудоспособного населения в первичный скрининг факторов риска развития неинфекционных заболеваний. Условно анкета была разделена на 2 блока вопросов: осведомленность о диспансеризации (вопросы №№ 1–6) и результативность диспансеризации (вопросы №№ 7–12). Вопрос № 13 о наличии у респондентов различных заболеваний мы рассматривали как вспомогательный, а также как объясняющий готовность/неготовность проходить диспансеризацию.

В опросе приняли участие жители городов Саратова, Энгельса, Балаково (N=200), из них 35% респондентов были мужчины, 65% – женщины; по 5 возрастным группам, где 49% опрошенных составляла «молодежная» группа до 31 года, 85% трудоспособного населения (до 55 лет). Выборка была случайной и проводилась по принципу «снежный ком».

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Институт здравоохранения, как и любая социальная система (по Т. Парсонсу), представлен интеракциями между индивидами, которые детерминированы определенными целями, задачами, установками, где каждый человек выступает и как субъект, и как объект взаимодействия: с одной стороны мы ориентируемся на существующие образцы и нормы поведения, с другой – поддерживаем

и транслируем эти образцы окружающим [19]. Система находится в постоянном изменении и взаимообмене с окружающей средой, выполняя функции адаптации, целедостижения, интеграции и латентности. В контексте данной статьи, адаптация системы представлена реакцией на изменения, происходящие во внешней среде и вырабатываемыми механизмами приспособления к новым условиям (корректировка нормативно-правовых актов, создание дополнительных структур). Функция целедостижения реализуется путем выявления и диагностики первичных симптомов развития заболеваний (регулярный мониторинг состояния здоровья и диспансеризация населения). Интеграция системы выражается в координации всех процессов и действий участников (деятельность управлений здравоохранения, медицинских учреждений, центров общественного здоровья). Латентная функция направлена на непрерывное воспроизводство наиболее эффективных ценностных установок и практик здоровьесбережения (семья, друзья, ближайшее окружение, трудовые коллективы).

Поскольку государство выделяет ресурсы (экономические, технические, человеческие) для поддержания и сохранения здоровья населения, то очевидным результатом усилий должно становиться улучшение уровня здоровья населения и повышение качества жизни. Однако успешность социальной политики связана не только с экономическими и техническими возможностями, усилиями профессионального сообщества (медицинскими работниками, учеными, организаторами здравоохранения). Получение ожидаемого результата, в первую очередь, обусловлено тем, как к формированию и охране здоровья относится сам человек, его экономические и социокультурные детерминанты (образование, образ и место жизни) [22].

Влияние социальных детерминант на уровень и сохранение здоровья очевидно, о чем свидетельствуют исследования последних лет. Озабоченность проблемами, так называемых болезней «образа жизни» (табакокурение, алкоголизм, малоподвижный образ

жизни, неправильное питание) объясняется постоянно растущими показателями развития неинфекционных заболеваний [11, 14]. В этой связи все чаще поднимается вопрос об индивидуальной ответственности человека за свое здоровье [2], а, следовательно, и готовности осуществлять конкретные превентивные действия, например, регулярное прохождение диспансеризации и мониторинг состояния здоровья. Иными словами, мы говорим о социальной ответственности каждого человека в отношении состояния своего здоровья. То есть, на личностном (микро-) уровне должно формироваться рациональное поведение, основанное на осознанной мотивации [21]. В нашем случае целью рационального поведения является личная заинтересованность в сохранении и укреплении здоровья.

Таким образом, трактуя «образ жизни» человека и его отношение к своему здоровью в понимании социального действия М. Вебера, мы приходим к идее о том, что только целерациональное поведение может выступать неким буфером, предотвращающим развитие неинфекционных заболеваний, приводящих к инвалидизации и смерти. То есть для индивида «субъективно подразумеваемый смысл» вести здоровый образ жизни и ответственно относиться к состоянию своего здоровья, включая регулярный мониторинг (в нашем случае прохождение диспансеризации) должен основываться не только на пользе, но и на экономических предпосылках [18].

Традиционно принято возлагать ответственность за сохранение здоровья на систему здравоохранения, а научно-исследовательская литература и публичные дискуссии в сфере общественного здоровья часто опираются на патерналистскую позицию в оценке эффективности социальной политики. Но насколько обосновано такое одностороннее усилие в общественном здоровье для современной ситуации [2]? Здесь неизбежно возникает вопрос о том, должен и может ли быть применен патернализм в вопросах общественного здоровья. Должны ли простые граждане – не пациенты – подвергаться давлению в вопросах самосохранения и здорового образа

жизни? И где должна располагаться та разумная грань, когда человек имеет право самостоятельно решать вопрос о целесообразности прохождения диспансеризации, или же достижение общественного здоровья допускает некоторое принуждение и давление [23]. Иными словами, допустима ли в вопросах сохранения общественного здоровья позитивная дискриминация и/или манипулирование для того, чтобы каждый человек имел возможность реализовать свой «потенциал здоровья» на протяжении всей жизни [24]?

В поиске ответов на поставленные вопросы оптимальным механизмом решения может рассматриваться деятельность Центров общественного здоровья и медицинской профилактики (далее – Центр), направленная на межсекторное координирование, детерминацию и анализ динамики формирования осознанного отношения граждан к своему здоровью. По данным статистики, в России сегодня существует 83 Центра, которые реализуют региональные, муниципальные и корпоративные программы здоровья [25, 26]. Важным этапом работы Центров является проведение регулярного социологического мониторинга и изучение процессов формирования и укрепления общественного здоровья на протяжении всей жизни.

В ходе исследования был осуществлен критический анализ процесса информирования населения по вопросам диспансеризации, а также вторичный анализ данных федерального мониторинга 2013 года [16]. Так, на сегодняшний день наиболее эффективными каналами информирования населения выступают СМИ и микроуровень (ближайшее окружение). При этом значительно снизилась «включенность» профессионального сообщества в информировании населения, однако появился новый источник – страховые компании, что может косвенно свидетельствовать о «вхождении в обиход» страховой медицины и стать дополнительным ресурсом информирования и мотивации.

В 76% случаев наши респонденты были осведомлены о том, где можно пройти диспансеризацию (в том числе углубленную

постковидную), что может быть связано с необходимостью прохождения реабилитации (обращение внимания на состояние здоровья) после перенесенной новой коронавирусной инфекции (75% респондентов либо сами, либо их родственники перенесли COVID-19).

Несмотря на хорошие показатели информированности населения, лишь 19% опрошенных респондентов в течение последнего года прошли диспансеризацию. Основными причинами «непрохождения» стали **«отсутствие времени» и «отсутствие потребности»**. Такое отношение к обследованию может быть связано как с отсутствием серьезных и диагностированных заболеваний, так и с возрастным диапазоном респондентов: по субъективной оценке респондентов, подавляющему большинству врач никогда не говорил о том, что у них имеются гипертоническая болезнь – 76%; ишемическая болезнь сердца – 96%; хроническое заболевание бронхов или легких – 91%; туберкулез – 99%; сахарный диабет или повышенный уровень сахара в крови – 90%; заболевания желудка – 82%; хроническое заболевание почек – 91%; злокачественное новообразование – 98%; повышенный уровень холестерина – 72%.

Полученные в ходе исследования результаты выступают одним из подтверждений гипотезы: «молодежная» группа до 31 года, как правило, не имеет серьезных хронических заболеваний, поэтому отношение к вопросам диспансеризации и сохранения здоровья для них рассматривается как «дальняя перспектива».

Вопрос № 6 «Оцените пожалуйста значимость прохождения диспансеризации по 5-ти балльной шкале (необходимо оценить каждое из высказываний, где 5 – полностью согласен, 1 – полностью не согласен)» показал, во-первых, уровень знаний респондентов о целях диспансеризации, во-вторых, степень ее значимости. Так, полностью согласны с тем, что диспансеризация является «инструментом» выявления онкозаболеваний 57% респондентов; 53% опрошенных отметили, что прохождение диспансеризации способствует раннему выявлению хронических неинфекционных

заболеваний, в том числе после перенесенной новой коронавирусной инфекции; для 55% это выявление факторов риска развития заболеваний; для 50% – снижение риска инвалидизации, смерти. По результатам анализа данного вопроса можно сделать заключение, что для большинства респондентов не только понятны цели и задачи диспансеризации, но продемонстрирована высокая степень значимости данной процедуры.

Изучение результативности прохождения диспансеризации и, в том числе отношение работодателя к данной процедуре, основанные на анкетах 19% респондентов, позволило обнаружить ряд проблемных зон: готовность медицинской организации к оперативному оказанию профилактических услуг населению, которая может быть связана с расписанием работы профильных кабинетов и/или врачей; логистикой и/или маршрутами диспансеризации; а также качество проведения и готовность самих специалистов акцентировать внимание на профилактическом консультировании. Как в случае индивидуального выбора человека проходить диспансеризацию, так и при выполнении профессиональных обязанностей медицинским работником, важно исходить из целерационального социального действия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Общественное здоровье как коллективное действие, моделируется и ориентируется на индивидуальное поведение. Очевидно, что каждый человек, являясь субъективным и объективным деятелем социальной системы, оказывает влияние на благополучие, ценностные и поведенческие установки как на микроуровень (семья, близкие родственники), так и на макроуровень (общество), тем самым формируя и транслируя здоровьесберегающие практики и технологии будущему поколению.

Эффективным ресурсом повышения социальной ответственности граждан в сохранении и поддержании своего здоровья

выступают центры общественного здоровья и медицинской профилактики. Данные организации сегодня являются связующим звеном и межведомственным координатором в развитии социального партнерства.

Внедрение и реализация корпоративных программ укрепления здоровья могут

рассматриваться как эффективный ресурс в формировании и укреплении общественного здоровья на протяжении всей жизни, а также в изучении факторов риска распространённости неинфекционных заболеваний и повышении грамотности населения по вопросам общественного здоровья.

ЛИТЕРАТУРА

1. Люблянское заявление о справедливости в отношении здоровья. Ускорить прогресс на пути к обеспечению здоровой и благополучной жизни для всех жителей Европейского региона ВОЗ Конференция высокого уровня 11–13 июня 2019 г., Любляна, Словения. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/403941/Ljubljana-Statement-on-Health-Equity_RU_FINAL.pdf (Дата обращения к ресурсу: 10.05.2022).
2. Feng-Gu E., Everett J., Brown R. C. H., Maslen H., Oakley J., Savulescu J. Prospective Intention-Based Lifestyle Contracts: mHealth Technology and Responsibility in Healthcare /Health Care Analysis (2021) 29:189–212 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00424-8> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
3. Приказ Минздрава России от 29.10.2020 № 1177н «Об утверждении Порядка организации и осуществления профилактики неинфекционных заболеваний и проведения мероприятий по формированию здорового образа жизни в медицинских организациях».
4. Приказ Минздрава России от 29.12.2020 № 1399н «Об установлении требований к организации и выполнению работ (услуг) по организации здравоохранения и общественному здоровью, а также по медицинской статистике» (Зарегистрировано в Минюсте России 06.04.2021 № 63003).
5. Конституция Российской Федерации (Указ Президента от 3 июля 2020 года «Об официальном опубликовании Конституции Российской Федерации с внесенными в нее поправками»). Текст размещен на «Официальном интернет-портале правовой информации» (<https://pravo.gov.ru>). Ст. 41, 72).
6. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
7. Федеральный закон от 23 февраля 2013 г. № 15-ФЗ «Об охране здоровья граждан от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака или потребления никотинсодержащей продукции».
8. Приказ Роспотребнадзора РФ от 20 сентября 2010 года № 341 «Об утверждении методических рекомендаций по социально-гигиеническому мониторингу».
9. Указ президента РФ от 6 июня 2019 года № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года». URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
10. ВОЗ <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
11. Салагай О. О., Сошкина К. В., Летникова Л. И., Стародубов В. И., Драпкина О. М., Хальфин Р. А., Кобякова О. С., Хабриев Р. У. Общественное здоровье в «год коронавируса» // Общественное здоровье. 2021; 1(1):7–18. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-7-18>.
12. Бугаева И. А. Социальные проблемы охраны здоровья населения российских малых городов (социологический анализ). Автореф. На соискание степени канд. социол. наук, С.-Петербург, 2016).
13. Cullen M. R., Baiocchi M., Chamberlain L., Chu I., Horwitz R. I., Mello M., O'Hara A., Roos S. Population health science as a unifying foundation for translational clinical and public health research // Population Health 18 (2022) 101047.
14. Covert E. C., Baker A. M., Gilani O. Evaluating clinical and demographic influences on health perception: A translation of the SF-12 for use with NHANES // Population Health 18 (2022) 101081.
15. Зубкова Т. С., Замятина Е. С., Халтурина Д. А. Система индикаторов поведенческих факторов риска России на национальном и региональном уровнях // Общественное здоровье. 2021; 1(4):56–67. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67>.
16. Яковлева Т. В., Вылегжанин С. В., Бойцов С. А., Калинина А. М., Ипатов П. В. Диспансеризация взрослого населения Российской Федерации: первый год реализации, опыт, результаты, перспективы <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
17. Вебер М. Избранные произведения. М.: Прогресс. 1990. – 808 с.

18. Вебер М. Избранные произведения. Открытый электронный ресурс URL: https://booksafe.net/read/veber_maks-izbrannye_proizvedeniya-229902.html#p12 (Дата обращения к ресурсу: 13.05.2022).
19. Парсонс Т. Система современных обществ/Пер. с англ. Л.А. Седова и А.Д. Ковалева. Под ред. М.С. Ковалевой. – М.: Аспект Пресс, 1998. – 270 с.
20. Ритцер Дж. Р90 Современные социологические теории. 5-е изд. – СПб.: Питер, 2002. – 688 с/С. 118–119
21. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1979.
22. Стародубов В.И., Сон И.М., Сененко А.Ш., Короткова А.В., Леонов С.А., Цешковский М.С., Евдаков В.А., Бондаренко А.А. Общественное здравоохранение и формирование единого профилактического пространства // Менеджер в здравоохранении, 2016. – № 4. – С. 6–12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdravoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (Дата обращения к ресурсу: 06.05.2022 г.).
23. Coggon J., Viens A. M. Collateral Paternalism and Liberal Critiques of Public Health Policy: Diminishing Theoretical Demandingness and Accommodating the Devil in the Detail Health Care Analysis (2020) 28:372–381 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00417-7> (Дата обращения к ресурсу: 03.05.2022).
24. Здоровье-2020: основы европейской политики и стратегия для XXI века. Евробюро ВОЗ, Копенгаген. 2013. – 248 с. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (Дата обращения к ресурсу: 07.05.2022).
25. Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики – М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021. – 296 с.
26. Общественное здоровье в цифрах // Общественное здоровье. 2021; 1(3):60.

REFERENCES

1. Ljubljana Health Equity Statement. Accelerate progress towards a healthy and prosperous life for all people in the WHO European Region High-level Conference 11–13 June 2019, Ljubljana, Slovenia. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/403941/Ljubljana-Statement-on-Health-Equity_RU_FINAL.pdf (Resource access date: 10.05.2022).
2. Feng-Gu E., Everett J., Brown R. C. H., Maslen H., Oakley J., Savulescu J. Prospective Intention-Based Lifestyle Contracts: mHealth Technology and Responsibility in Healthcare /Health Care Analysis (2021) 29:189–212 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00424-8> (Resource access date: 03.05.2022).
3. Order of the Ministry of Health of Russia dated 29.10.2020 No. 1177n “On Approval of the Procedure for organizing and implementing the prevention of non-communicable diseases and taking measures to form a healthy lifestyle in medical organizations”.
4. Order of the Ministry of Health of Russia dated 29.12.2020 No. 1399n “On Establishing Requirements for the Organization and Performance of Works (Services) in the Organization of Health care and Public Health, as well as in Medical Statistics” (Registered in the Ministry of Justice of Russia on 06.04.2021 No. 63003).
5. The Constitution of the Russian Federation (Presidential Decree of July 3, 2020 “On the Official Publication of the Constitution of the Russian Federation as Amended”, the text is posted on the “Official Internet Portal of Legal Information” (<https://pravo.gov.ru>) Articles 41, 72).
6. Federal Law of 21.11.2011 No. 323-FZ “On the Basics of Protecting the Health of Citizens in the Russian Federation”.
7. Federal Law of February 23, 2013 No. 15-FZ “On protecting the health of citizens from the effects of ambient tobacco smoke and the consequences of tobacco consumption or consumption of nicotine-containing products”.
8. Order of Rospotrebnadzor of the Russian Federation dated September 20, 2010 No. 341 “On Approval of Methodological Recommendations on Social and Hygienic Monitoring”.
9. Decree of the President of the Russian Federation dated June 6, 2019 No. 254 “On the Strategy for the Development of Healthcare in the Russian Federation for the Period yes 2025”. URL: <https://docs.cntd.ru/document/554815875> (Resource access date: 03.05.2022)
10. WHO <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death> (Resource access date: 03.05.2022).
11. Salagay O. O., Soshkina K. V., Letnikova L. I., Starodubov V. I., Drapkina O. M., Khalfin R. A., Kobyakova O. S., Khabriev R. U. Public health in the “year of coronavirus” // Public health. 2021; 1(1):7–18. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-1-7-18>.
12. Bugaeva I. A. Social problems of protecting the health of the population of Russian small towns (sociological analysis). Autoref. For the degree of Candidate of Social Sciences, St. Petersburg, 2016).
13. Cullen M. R., Baiocchi M., Chamberlain L., Chu I., Horwitz R. I., Mello M., O'Hara A., Roos S. Population health science as a unifying foundation for translational clinical and public health research // Population Health 18 (2022) 101047.
14. Covert E. C., Baker A. M., Gilani O. Evaluating clinical and demographic influences on health perception:

- A translation of the SF-12 for use with NHANES // Population Health 18 (2022) 101081.
15. Zubkova T.S., Zamyatnina E.S., Khalturina D.A. System of indicators of behavioral risk factors of Russia at the national and regional levels // Public health. 2021; 1(4):56–67. <https://doi.org/10.21045/2782-1676-2021-1-4-56-67>.
 16. Yakovleva T.V., Vylegzhanin S.V., Boytsov S.A., Kalina A.M., Ipatov P.V. Clinical examination of the adult population of the Russian Federation: the first year of implementation, experience, results, prospects for <http://vestnik.mednet.ru/content/view/579/30> (Resource access date: 03.05.2022).
 17. Weber M. Selected works. M.: Progress. 1990. – 808 p.
 18. Weber M. Selected works. Open electronic resource URL: https://bookscafe.net/read/weber_maks-izbrannye_proizvedeniya-229902.html#p12 (Resource access date: 13.05.2022).
 19. Parsons T. System of modern societies /Per, s eng. L.A. Sedova i A.D. Kovaleva. Ed. by M.S. Kovaleva. – M.: Aspect Press, 1998. –270 p.
 20. Ritzer J. P90 Modern Sociological Theories. 5th ed. – SPb.: Piter, 2002. – 688 p/ P. 118–119.
 21. Bronfenbrenner U. The Ecology of Human Development. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1979.
 22. Starodubov V.I., Son I.M., Senenko A.Sh., Korotkova A.V., Leonov S.A., Tseshkovsky M.S., Evdakov V.A., Bondarenko A.A. Public health care and the formation of a single preventive space // Manager Zdravoohraneniya. – 2016. – No. 4. – P. 6–12 URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/obschestvennoe-zdravoohranenie-i-formirovanie-edinogo-profilakticheskogo-prostranstva> (Resource access date: 06.05.2022).
 23. Coggon J., Viens A. M. Collateral Paternalism and Liberal Critiques of Public Health Policy: Diminishing Theoretical Demandingness and Accommodating the Devil in the Detail Health Care Analysis (2020) 28:372–381 <https://doi.org/10.1007/s10728-020-00417-7> (Resource access date: 03.05.2022).
 24. Health 2020: a European policy framework and strategy for the twenty-first century. WHO European Bureau, Copenhagen. 2013. – 248p. URL: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0017/215432/Health2020-Long-Rus.pdf (Resource access date: 07.05.2022).
 25. Guidelines for the Centers for Public Health and Medical Prevention – M.: FSBI “NMIC TPM” of the Ministry of Health of Russia, 2021. – 296 p.
 26. Public health in figures // Public health. 2021; 1(3):60.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ/ABOUT THE AUTHORS

Склярова Татьяна Валентиновна – к. соц. н., доцент кафедры «Философия, социология, культурология» ФГБОУ ВО «Саратовский государственный технический университет имени Гагарина Ю.А.», социолог ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия.

Tatiana V. Skliarova – Ph.D. (Sociology), Associate Professor of the Department of Philosophy, Sociology, Cultural Studies of the Yuri Gagarin state technical university of Saratov, Saratov, Russia; sociologist of the Saratov Regional Center for Public Health and Medical Prevention, Saratov, Russia.
ORCID 0000-0001-5786-1352. E-mail: skliarovatv@gmail.com

Яхина Римма Равильевна – главный врач ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», главный внештатный специалист по медицинской профилактике Министерства здравоохранения Саратовской области, г. Саратов, Россия.

Rimma R. Yakhina – Chief Physician of the State Health Institution “Saratov Regional Center public health and medical prevention, Chief Freelance Specialist in Medical Prevention of the Ministry of Health of the Saratov Region, Saratov, Russia.
E-mail: sarsocmp@mail.ru

Курлова Екатерина Борисовна – зам. главного врача ГУЗ «Саратовский областной центр общественного здоровья и медицинской профилактики», г. Саратов, Россия.

Ekaterina B. Kurlova – deputy Chief Physician of the State Health Institution “Saratov Regional Center public health and medical prevention”, Saratov, Russia.
E-mail: sarsocmp@mail.ru