**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ «НАУЧНЫЙ ЦЕНТР ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**НЕВОЛИН ЮРИЙ СЕРГЕЕВИЧ**

# НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ РАБОТЫ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

**14.02.03 - общественное здоровье и здравоохранение**

**ДИССЕРТАЦИЯ**

**на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**

**Научный руководитель**

доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный врач РФ
МОДЕСТОВ Арсений Арсеньевич

**Москва -2016**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**


| | |
|---|---|
| ВВЕДЕНИЕ | 4 |
| ГЛАВА I. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТКИ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ИСТОРИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ | 11 |
| 1.1 Состояние здоровья детского населения, как основа профилактической педиатрии | 13 |
| 1.2 Опыт профилактики болезней детского населения в России и за рубежом. | 17 |
| . 1.3 Новые технологии профилактики в педиатрии. | 26 |
| ГЛАВА II. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ | 31 |
| 2.1 Характеристика базы исследования | 32 |
| 2.2 Понятийный аппарат | 36 |
| 2.3 Методы исследования | 39 |
| ГЛАВА III. ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ КАК СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПЕДИАТРИИ | 44 |
| 3.1 Анализ нормативных правовых актов, регулирующих деятельность центров здоровья для детей в Российской Федерации | 44 |
| 3.2 Анализ деятельности центров здоровья для детей в Уральском Федеральном округе | 51 |
| ГЛАВА IV ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ | 61 |
| 4.1 Распространенность и структура факторов риска и функциональных расстройств у детей | 61 |
| 4.2 Готовность школьников изменить рискованное | 80 |

поведение после посещения центра здоровья
4.3 SWOT –анализ деятельности центра здоровья 86
ГЛАВА V. СИСТЕМА МЕР ПО ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПО ИХ ОЦЕНКЕ 94
5.1 Разработка алгоритма выездной работы центра здоровья 95
5.2 Разработка и обоснование каталога ресурсов и материалов для проведения школ здоровья 98
5.3 Оценка сообществ социальной сети, занимающихся продвижением здорового образа жизни 102
5. 4 Научные основы организации «онлайн центра здоровья» 109
5.5 Обоснование инструментария оценки системы мер по оптимизации деятельности центров здоровья для детей 119
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 130
ВЫВОДЫ 139
РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ВНЕДРЕНИЯ В ПРАКТИКУ 142
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ 144
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ 145

# ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность**

В течение последнего десятилетия Правительство страны, Министерство здравоохранения РФ предприняли беспрецедентные усилия по развитию профилактики заболеваний и укреплению здоровья. В стране реализуются программы по сокращению потребления табака и алкоголя, пропаганде физической активности и спорта, диспансеризации всех категорий населения (Стародубов В.И., Суханова Л.П., 2012; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., 2012, Бойцов С.А., Яковлева Т.В., 2013; Полунина Н.В., Черкасов С.Н., 2014).

Проблема сохранения и укрепления здоровья детей и подростков Российской Федерации является приоритетной и рассматривается в качестве необходимой гарантии успеха всех социальных и экономических реформ в стране (Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С. Ильин А.Г., 2014).

Фундаментом современной системы педиатрической помощи призвана стать медицинская профилактика, базирующуюся на инновационных организационных, медицинских и информационных технологиях (Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю., 2011, Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. , 2014 и др.).

Организация профилактической деятельности в настоящее время имеет весьма солидную законодательную базу, отражающую стратегические направления охраны здоровья детского населения (Федеральные законы: от 29.11. 2010 г. N 326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации»; от 21.11.2011г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и Указ Президента РФ от01.06.2012 г. №761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы»).

Профилактика сегодня – это работа не только с пациентами, имеющими хроническую патологию, но и со здоровыми детьми, имеющими факторы риска, которые требуют своевременной коррекции (Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю.,2012).

С 2010 г. в стране начали функционировать новые подразделения профилактической службы - Центры здоровья для детей (ЦЗ) как стационарного, так и выездного (мобильные ЦЗ) типа. Последние наиболее актуальны в отдаленных территориях и сельской местности. Приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19 августа 2009 г. N 597н (с изменениями и дополнениями) определены их структура, штатное расписание, основные функции и задачи.

С организацией ЦЗ появилась возможность использовать современные технологии для обследования больших групп детского населения, выявления факторов риска, функциональных расстройств и разработки адресных программ профилактики. Характеристика контингента детей, посетивших ЦЗ, отличается региональным разнообразием, обусловленным доступностью, информированностью и мотивацией населения, оплатой работы школ здоровья (Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., Косова С.А. и др.,2015).

В настоящее время, в стране функционирует 228 центров здоровья, которые ежегодно охватывают осмотрами более 1 млн. детей, имеют специально подготовленный персонал и оборудование. По сути своей работы - это форпосты развития инфраструктуры профилактической деятельности особенно в отдаленных территориях и сельской местности, призванные обеспечить условия для формирования здорового образа жизни детей и подростков.

В отдельных публикациях отмечаются достоинства и недостатки в работе ЦЗ, ведется дискуссия о их месте в системе профилактики (Шишова А.В., Жданова Л.А., 2011, Стародубов В.И., Руднев С.Г., Николаев Д.В., 2015 и др.), свидетельствующая о том, что в организации работы ЦЗ для детей существуют проблемы медико-организационного, медико-технологического и информационного характера. Их выявление и научное обоснование мер по оптимизации профилактической деятельности ЦЗ для детей школьного возраста определили цель и задачи настоящего исследования.

**Цель исследования:** научное обоснование оптимизации деятельности межтерриториальных центров здоровья для детей и технологий оценки их работы.

**Задачи исследования**

1. Проанализировать законодательную и нормативную базу профилактики с позиции ее соответствия эффективной деятельности центров здоровья.

2. Изучить деятельность центров здоровья Уральского федерального округа и выявить проблемные зоны, препятствующие эффективности их работы.

3. Провести аудит работы межтерриториального центра здоровья и выявить особенности организации его деятельности с использованием SWOT-анализа.

4. Изучить распространенность и структуру функциональных расстройств и факторов риска у детей разных возрастных групп на базе межтерриториального центра здоровья.

5. Научно обосновать, апробировать и внедрить онлайн центр здоровья для школьников.

6. Разработать и внедрить систему мер по оптимизации деятельности межтерриториального центра здоровья и инструментарий для их оценки.

**Научная новизна исследования**

Впервые проведена оценка деятельности центров здоровья для детей Уральского Федерального округа в разрезе возрастных групп, выявлены региональные особенности их деятельности, свидетельствующие о проблемных зонах организационного, технологического и информационного характера, препятствующих эффективности их работы.

Впервые на уровне центра здоровья проведен анализ распространенности и структуры функциональных расстройств и факторов риска у детей, доказана их дифференциация в зависимости от возраста и пола учащихся, требующая проведения целенаправленных мер профилактики.

Впервые разработан перечень факторов, влияющих на деятельность ЦЗ для проведения SWOT-анализа, что позволило изучить сильные и слабые стороны работы ЦЗ, возможности и угрозы, и на этой основе разработать систему мер по оптимизации их деятельности.

Выявлены особенности работы социальных сетей интернет по формированию здорового образа жизни (ЗОЖ) и изучена готовность детей и родителей получать информацию о здоровом образе жизни в сети интернет.

Разработана и внедрена на уровне субъекта Российской Федерации система мер по оптимизации деятельности ЦЗ и трехуровневая шкала оценки их работы, включающая оценку руководителем ЦЗ выполнения функциональных обязанностей; оценку ЦЗ вышестоящим руководителем: по отчетным данным и соблюдению алгоритма выездной работы; оценка деятельности ЦЗ родителями, медицинскими работниками образовательных учреждений, экспертами.

**Практическая значимость работы**

Анализ деятельности 19 ЦЗ для детей в Уральском Федеральном округе выявил региональные особенности их функционирования, а также проблемные зоны медико-организационного и технологического характера, препятствующие их эффективной деятельности.

Предложен алгоритм выездной работы в образовательных учреждениях, ориентированный на технологические возможности межтерриториального центра здоровья; доказан социальный эффект использования алгоритма через участие, информированность и контроль родителями рекомендаций врача ЦЗ; разработан электронный каталог методических материалов для проведения школ здоровья.

Разработаны методические рекомендации «Оптимизация и оценка работы центров здоровья для детей в Свердловской области».

Предложен перечень признаков деятельности ЦЗ для проведения SWOT – анализа, основанный на оценке внутренних (сильных и слабых сторон деятельности ЦЗ) и внешних факторов (угроз и возможностей).

Разработан и внедрен в деятельность дистанционных школ здоровья электронный каталог методических материалов, структура которого базируется на анализе выявленных факторов риска и функциональных расстройств в разрезе половозрастных групп школьников, и включает 8 разделов, содержащих презентации, лекции, видеоролики, мультфильмы. Электронный каталог используется в Свердловской области для проведения школ здоровья.

Обоснована и внедрена технология первичной профилактики в социальных сетях интернет в виде онлайн ЦЗ, что позволяет адресно осуществлять консультирование детей и их родителей по вопросам здорового образа жизни, повысить обращаемость в центры здоровья, прежде всего, за счет подростков; увеличить число пользователей специально созданного электронного ресурса.

Даны предложения по изменению учетной формы ЦЗ №68, которая нуждается в дополнениях, позволяющих оценить выявленные факторы риска и функциональные расстройства с учетом возрастно-половых групп школьников, что будет способствовать более эффективной деятельности школ здоровья.

**Внедрение результатов исследования в практику**

-Основные положения, выводы и рекомендации использованы при подготовке совместного приказа Министерства здравоохранения и Министерства образования Свердловской области №1178-п/210-д от 16.09.2014 «О совершенствовании медицинского обеспечения в образовательных организациях Свердловской области».

Материалы исследования внедрены в работу ЦЗ для детей в Пермской области и Республике Татарстан.

Методические рекомендации «Оптимизация и оценка работы центров здоровья для детей в Свердловской области» внедрены в работу ЦЗ.

Научные публикации по теме диссертации используются в учебном процессе ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздрава РФ, ГБОУ «Рязанский государственный медицинский университет имени академика И.П. Павлова», ГБОУ ВПО «Российский национальный исследовательский медицинский университет

им. Н.И. Пирогова» Минздрава РФ, ГБОУ ВПО «Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ.

**Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Достоверность результатов и выводов обеспечена достаточным объемом выборки и использованием стандартного лицензионного программного продукта «MS Office – 2001»: «MS Access», «MS Excel».

Материалы диссертации были представлены, доложены и обсуждены на:

- Конгрессах педиатров России с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» г. Москва: 2012 (24-27 февраля); 2014 (14-16 февраля); 2015 (13-15 февраля);

- Конгрессах педиатров Урала с международным участием «Актуальные проблемы педиатрии» г. Екатеринбург: 2012 (17-17 мая); 2014 (23-25 апреля);

-Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Фармакотерапия и диетология в педиатрии» г. Красноярск: 2012(17-19 сентября);

По теме диссертации опубликовано 15 печатных работ, из них 7 в научных журналах, включенных в перечень российских рецензируемых научных журналов и изданий и методические рекомендации.

**Личный вклад автора**

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

**Структура и объем диссертации**

Диссертация состоит из введения, 5 глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложений. Работа изложена на 173 страницах машинописного текста, иллюстрирована 35 таблицами, 5 рисунками,

одной схемой. Библиографический указатель содержит 213 источника, из них 156 отечественных и 57 иностранных авторов.

# ГЛАВА 1. ОРГАНИЗАЦИЯ ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНЕЙ У ДЕТЕЙ ШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА: ИСТОРИЯ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ

В развитии профилактической медицины в России выделяется несколько этапов (Сточик А.М., Затравкин С.Н., 2012, Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Шер С.А., 2013). Первый - этап реформирования практической медицины России в части, сохранения здоровья и предупреждения болезней завершился в последней четверти 18 века. В этот период были заложены основы государственной системы охраны здоровья матери и ребенка.

Следующий этап характеризуется преобразованиями в области изучения заболеваемости и смертности, их связи с природными и социальными факторами.

К концу 19 века почти вся Россия, особенно ее Европейская часть, была охвачена комплексными социально-гигиеническими исследованиями городов, сельских местностей, и различных групп населения – промышленных и сельскохозяйственных рабочих (Сточик А.М., Затравкин С.Н., 2012).

В начале 20 века возрастает внимание медицинской общественности к проблеме детской смертности (Лисицын Ю.П., 2008; Егорышева И.В. 2012) .

Очередной этап, связан со строительством советской системы охраны материнства и младенчества, в основу которой было заложено профилактическое направление, проведение широких оздоровительных и санитарных мер, имеющих целью предупреждение развития болезней (Прохоров Б.Б., 2002).

С 1930 г., впервые в мире в СССР, начинается подготовка детских врачей на специальных факультетах. К началу 40-х гг. минувшего столетия в основном была сформирована единая система охраны здоровья детей, включающая инфраструктуру учреждений по охране здоровья детей, основными принципами деятельности которых стали единство лечебной и профилактической работы, диспансерный метод обслуживания и участковость, активное санитарное воспитание и просвещение детей, беременных, матерей (Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., В.Ю. Альбицкий, 2012).

В 1944-1948 гг. были изданы положения об организации подростковых кабинетов в поликлиниках и амбулаториях промышленных предприятий и подростковых республиканских, областных и краевых кабинетов. С 1950 г. подростковая служба становится самостоятельной, начинается ее активное становление, расширение сети подростковых кабинетов (Ваганов Н.Н., Бологов А.А., 2001).

Важное значение для улучшения состояния здоровья детей, в том числе и их оздоровления, имели основы законодательства СССР, принятые в 1969 г., которыми предусматривались развитие сети школ, пионерских лагерей и других учреждений для подростков (Прохоров Б.Б. 2002;1Ануфриева Е.В., 2012).

В 70-80-е годы в России, организуются кафедры поликлинической педиатрии, в учебных программах которых достаточно много внимания уделяется профилактическим и организационным вопросам (Альбицкий В.Ю., 2013). В единой науке педиатрии выделяются научная, клиническая, профилактическая, социальная и экологическая педиатрия (Шабалов Н.П., 1999). Стала развиваться генетическое направление, начало которого было заложено трудами Бадаляна Л.О., Таболина В.А., Вельтищева Ю.Е. (1971).

Появились первые учебные пособия и руководство по социальной педиатрии (Веселов Н.Г.,1999; Орёл В.И., 2003; Дьяченко В.Г. с соавт., 2010).

Начало третьего тысячелетия связано с совершенствованием законодательной и нормативной базы в отношении здоровья детей.

Сошлемся только на три документа, без учета положений которых невозможно совершенствовать систему профилактики заболеваний детского населения:

1. «Национальная стратегия действий в интересах детей Российской Федерации на 2012-2017 годы».

2. «План первоочередных мероприятий на 2015-2017 гг. по реализации важнейших положений «Национальной стратегии действий в интересах детей Российской Федерации на 2012-2017 годы», утвержденный распоряжением

Правительства 15.10.2012 г., ориентированный на межведомственный подход в сохранении и развитии здоровья детского населения.

3. Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24. 12. 2012 утвердившего «Государственную программу развития здравоохранения РФ». Последним документом определены мероприятия по созданию в стране педиатрической платформы и единой профилактической среды.

Таким образом, в российской педиатрии ведется активный научный поиск эффективных форм профилактики, базирующейся на выявлении у детей факторов риска неинфекционных заболеваний, основанных на детерминантах, определяющих самосохранительное поведение семьи и создание здоровьесберегающей среды в образовательном учреждении.

## 1.1. Состояние здоровья детского населения, как основа профилактической педиатрии.

В конце 1950-х начале 1960-х годов в СССР все яснее стали обозначаться изменения в структуре заболеваемости детского населения. Участились наследственные и врожденные заболевания, которые приводили к инвалидности и смертности детей (Игнатов С.И. 2002). Имеющаяся система профилактики в педиатрии начала давать сбои, а внедрение организационных, диагностических и лечебных технологий, направленных на сохранение жизни плода и новорожденного, недопустимо запаздывало. Только в конце 80-х годов прошлого века началась энергичная организация перинатальной и неонатальной службы, реализация региональных программ снижения младенческой смертности. Строительство перинатальных центров, создание трехуровневой системы помощи позволили значительно сократить младенческую и материнскую смертность (Сорокина З.Х., Байбарина Е.Н., Яковлева Т.В., 2011, Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Альбицкий В.Ю., 2012, Скворцова В.И., 2014 и др.).

Многочисленные исследования свидетельствовали о проблемах со здоровьем детей в сельских муниципальных образованиях (Максимова Т.М., Белов В.Б 2011; Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А., и др., 2012, 2013).

Обострившиеся в последнем десятилетии 20 века социальные проблемы детей и подростков (детская беспризорность, подростковая преступность и проституция), способствовали увеличению заболеваемости туберкулезом, сифилисом, психическими расстройствами, алкоголизмом, наркоманией (Менделевич Б.Д., 2010).

Негативные изменения в состоянии здоровья детей послужили основанием для Указа Президента Российской Федерации от 18 августа 1994 г. №1696 «О президентской программе дети России».

Несмотря на принятые меры, спустя полтора десятилетия Баранов А.А., Ильин А.Г. (2011) отмечали, что среди детей старшего подросткового возраста (15-17 лет) рост показателей общей и первичной заболеваемости был более выраженным (в 4.5 и 4.4 раза соответственно), чем среди детей в возрасте до 14 лет.

По данным ФГБНУ «Научный центр здоровья детей» в настоящее время не более 2-15% детей (в зависимости от возраста) можно признать здоровыми. У детей всех возрастных групп отмечается преимущественный рост хронической патологии, частота которой за последнее десятилетие увеличилась на 22%, а доля хронической патологии среди всех нарушений здоровья у школьников достигла 32%. Более 50% детей подросткового возраста страдают заболеваниями, которые в дальнейшем могут ограничить возможность реализации репродуктивной функции (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А. и др., 2012).

Следует отметить, что в последние годы наметилась тенденция к стабилизации показателей здоровья населения. Несколько замедлились темпы роста заболеваемости, снизилась младенческая и материнская смертность, увеличилась продолжительность жизни населения (Володин Н.Н., 2006;.Михайлова Ю.В, Сон И.М., Леонов С.А, 2008; Байбарина Е.Н., Филиппов О.С. Гусева Е.В., 2014; В.И. Скворцова, 2014).

В структуре смертности детей в возрасте 0-14 лет первые ранговые места стали занимать предотвратимые причины потери здоровья: травмы и отравле-

ния, болезни органов дыхания. У подростков 15-19 лет среди предотвратимых причин остаются только травмы и отравления и болезни системы кровообращения (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Иванова А.А., Терлецкая Р.Н., Косова С.А., 2012). Особого внимания требуют дети высокого социального риска. В России к этой категории относится каждый 4-й ребенок (Яковлева Т.В., Баранов А.А.,2009).

По мнению ряда авторов, отсутствует комплексный подход к решению задач формирования службы профилактической медицины, ее нормативного, организационного и кадрового обеспечения и эффективной деятельности в системе регионального здравоохранения (Агапитов А.Е. 2007, Калева Н.Г.,2014).

Следует отметить, что ряд Российских политических документов последних лет ориентирован на инвестиции в человеческий капитал и в том числе в профилактику неинфекционных заболеваний (Баранов А.А., Лапин Ю.Е., 2009, Цыбикова Э.Б., Сабгайда Т.П. 2012). В качестве негативных факторов следует отметить распространенность наркомании, темпы которой в стране таковы, что ставят под угрозу здоровье молодежи и будущее значительной ее части, социальную стабильность российского общества в уже ближайшей перспективе (Еремеева Л. 2010, Федоткина С.А., 2014).

Проблемы психического здоровья детского населения нашли отражение в работах Дмитриева О.В., Фурс В.А., 2006; Яковлевой Т.В., Модестова А.А., Менделевича Б. Д., 2010). Авторы отмечают значительное увеличение числа школьников, страдающих различными формами нарушений психического здоровья.

Вызывает тревогу рост смертности среди детей и подростков от злокачественных новообразования, а также повышенный уровень смертности детей от врожденных пороков развития (Руголь Л.В., 2010).

Острота этих проблем предельно усиливает актуальность самых жестких требований к системе оказания медицинской помощи (Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шейман И.М., Шевский В.И. 2006).

Достижения отечественной профилактики возвращаются в современную Россию рекомендациями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) и опытом развитых стран Европы и Америки (Ellen Nolti, Martin McKee., 2011). Так в 2010г. в ФГБУ «НЦЗД» при поддержке Минздравсоцразвития и Минобрнауки России по гранту ЮНИСЕФ была разработана программа «Здоровье и развитие подростков России» - документ, гармонизирующий европейские и российские подходы к теории и практике охраны и укрепления здоровья подростков (Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. 2011).

Масштабный проект по изучению заболеваемости детского населения России, выполненный в 2007-2011 гг. в Научном центре здоровья детей РАМН (Баранов А.А., Альбицкий Ю.В., Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Волков И.М. 2012) позволил получить новые научные данные об исчерпанной заболеваемости детского населения в разрезе половозрастных групп и в зависимости от типов поселений (крупные города, малые города, сельские районы).

Частота впервые выявленной ВИЧ-инфекции снизилась среди детей всех возрастов. В последние десятилетия происходило неуклонное снижение уровня младенческой смертности – с 18.0 на 1000 родившихся живыми в 1992 году до 7,4 в 2014 году. Среди детей в возрасте до 4-х лет смертность с 2002 года снизилась на 30%. Снижается уровень смертности детей старше 5 лет. Следует отметить, что среди причин смерти детей в возрасте до 14 лет 69% являются предотвратимыми, а среди 15-19 летних- 86.3% (Баранов А.А., Ильин А.Г. 2011).

Вышеизложенное свидетельствует о том, что ведущее место в организации системы медицинской помощи на первичном уровне должна занять профилактика, приоритет которой был закреплен Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. №323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

## 1.2. Опыт профилактики болезней детского населения в России и за рубежом

Для эффективного решения вопросов здоровьесбережения детей, необходим комплексный подход, в процессе школьного обучения, предполагающий как повышение функциональных возможностей учащихся, так и оптимизацию условий обучения (Степанова М.И., Сазанюк З.И., Поленова М.А. 2011; Бузик О.Ж., Тучин П.В., Агибалова Т.В., 2010; Кучма В.Р., 2012).

Одним из таких подходов стало использование современных информационно-коммуникационных технологий в работе амбулаторно-поликлинического звена и проведение массовых медицинских обследований детей с использованием различных медицинских автоматизированных систем скрининг-обследования детского населения (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. и др., 2005; Вишняков А.И., Суровцев И.Г. 2012; Алексеев В.А., Борисов К.Н., Рагимов Р.Д. 2010; Маталыгина О.А., Шаповалов В.В. 2010).

В 2011 году в стране началась модернизация здравоохранения, одним из основных векторов которой является развитие профилактического направления и первичной медико-санитарной помощи (Голикова Т.А. 2010, Стародубов В.И., Суханова Л.П. 2012).

С 2012 г. в Российской Федерации осуществлен полномасштабный переход на новый механизм регистрации новорожденных с учетом детей с экстремально низкой массой тела при рождении (500 г. и выше).

Самой заметной профилактической акцией стало открытие ЦЗ для взрослых и детей на базе ЛПУ. В настоящее время в РФ насчитывается 228 ЦЗ для детей, основной целью которых является выявление факторов риска неинфекционных заболеваний, сохранение и укрепление индивидуального здоровья путем воздействия на адаптивный потенциал организма и формирование здорового образа жизни.

Приоритетным направлением профилактики становится организация здорового безопасного питания, которое заключаются в широкой пропаганде грудного вскармливания, специфической профилактике железодефицитных и дру-

гих алиментарно-зависимых состояний, создание системы здорового питания детей в образовательных учреждениях, осуществление мониторинга состояния питания детского населения (Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Семенова Н.Н. 2011).

В рамках модернизации здравоохранения предусмотрены программы по диспансеризации детей-сирот, детей находящихся в трудной жизненной ситуации, и детей 14-летнего возраста (Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю. 2012).

Таким образом, службы здравоохранения являются ключевой частью профилактики, и, чтобы способствовать более систематическому подходу медицинских работников к профилактике, разработан целый ряд практических руководств, в том числе отечественных (Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М. 2008). Одним из наиболее важных событий 2012г. стало утверждение президентом Российской Федерации Указа от 1 июня 2012г. №761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 годы», в целях формирования государственной политики по улучшению положения детей в Российской Федерации. Поставлена задача формирования на основе межсекторального взаимодействия всех заинтересованных сторон единого профилактического пространства вокруг детей и подростков с ведущей ролью врача-педиатра участкового (Скворцова В.И., 2014).

Представленные направления модернизации системы оздоровления требуют не только государственной поддержки, но и инициативы на местах, ориентированной на региональные особенности имеющейся системы оздоровления детей и подростков. В совокупности приложенные усилия могут существенно повысить потенциал и резерв здоровья подрастающего поколения ( Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. 2011; Яковлева Т.В., Иванова А.А., Модестов А.А. 2011).

Сейчас перед медицинским сообществом поставлена новая амбициозная задача — создать глобальное профилактическое пространство, что требует объективной и наиболее полной, оперативной информации о заболеваемости детей в целях разработки направлений профилактических мероприятий в педиатрии, отвечающих новым вызовам: демографическим, социальным, экономическим.

Для наиболее успешной реализации проектов в области охраны здоровья детей целесообразно изучать и использовать зарубежный опыт.

В 1959 году была опубликована Декларация ООН о правах ребенка, а в 1989 году Конвенции о правах ребенка.

Цели тысячелетия, сформулированные в Декларации тысячелетия, призывают значительно увеличить ресурсы и усилия по улучшению здоровья и развития людей во всем мире. Инвестиции в комплексные и интегрированные усилия по улучшению здоровья детей и подростков являются экономически обоснованными.

Так в 1945 г. во Франции принимается закон об оказании бесплатных медицинских услуг женщинам и детям, и определения возраста для осмотра детей. В 1947 году правительство Японии создает бюро по делам детей и начинают вакцинацию против ряда заболеваний с 1948 года (Report to the Chairman, Committee on Finance, US. Senate, 1993.)

Опыт развития профилактической помощи детям в Китае подтверждает эффективность Советской модели профилактики. Так, уже к 1960 году были ликвидированы очаги оспы, а внедрение с 1960 г. вакцинации БЦЖ, вакцины против коклюша, полиомиелита, дифтерии, столбняка, кори позволило значительно сократить заболеваемость данными болезнями к 1980 году и охватить прививками к 1990 году 90% детского населения. В том же году принята государственная программа о развитии детей, а в 1992 подписана конвенция о защите прав детей. С 1991 года активно развивается система дошкольного образования и уже к 1995 году 42% детей им обеспечено (Стратегические направления улучшения здоровья и развития детей и подростков ВОЗ WHO/FCH/CAH/02.21. 2003). Опыт формирования педиатрии в США насчитывает более 150 лет. Основателем американской педиатрии являлся доктор Авраам Якоби, который в 1860 году был назначен первым заведующим кафедрой специализирующейся на болезнях детей в Нью-Йоркском медицинском колледже. Якоби подчеркивал, что ключом к достойному развитию и созреванию ре-

бенка зависит от достойного знания педиатром профилактической медицины (Pearson HA, Brown AK., 1998).

С 1960г. в США начата работа программы скрининга новорожденных (Levy H 1991). С 1973 года данную программу приняли уже 43 государства, а в 1975 . NAS представили руководящие принципы о критериях для скрининга новорожденных с обоснованием существующей общественной пользы данного метода(Paul DB. 1997; Porter PJ, Leibel RL, Gilberts CK, Fellows JA., 1976; Porter PJ, Butler JC., 1987; Weisfeld VD., 1989).

Интересен международный опыт организаций медицинской помощи детям в рамках международных программ и фондов.

В 1946 году в рамках ООН создается организация по оказанию помощи европейским детям, страдающих от голода и болезней после второй мировой войны ЮНИСЕФ. Главным образом организовывалось школьное питание, родительские комитеты, компании по вакцинации БЦЖ, компании против распространения венерических заболеваний путем обеспечения беременных женщин пенициллином.

В 1974 г. при ЮНИСЕФ создается рабочая группа по развитию детского образования в развивающихся и промышленных странах, что в последующем дало развитие образования во многих странах (Development education in UNICEF, 1986).

В 1948 году за помощью в ЮНИСЕФ обратился Китай. При поддержке фонда начались реализации программ поддержки медицинской помощи детям, беременным, программы вакцинации и противодействии антисанитарии (Wah Wong, 1988).

В 1960-х годах в пяти странах Латинской Америки реализуется три долгосрочных крупномасштабных проекта связанных с организацией питания, образования и развития детского здравоохранения. Итогом компаний стали законодательно установленные правительственные программы детского питания, образования и медицинской помощи, организация производств молочных продуктов для детей (Kenneth E., 1986).

Результаты кампании по выживанию и развитию детей достигли пика в начала 1990-х годов. 30 сентября 1990 года, 71 глав государств на всемирной встрече в интересах детей подписали Всемирную декларацию, план действий из 10 пунктов целей человеческого развития за 2000 год. В эти цели были включены сокращение младенческой и материнской смертности, недоедания среди детей и неграмотности, а также целевые уровни доступа к базовым услугам для здоровья и планирования семьи, образования, водоснабжения и санитарии.

В общенациональной программе ВОЗ по интегрированной профилактике неинфекционных заболеваний (СИНДИ) политика в отношении продовольствия и питания выделена в качестве главной предпосылки для профилактики и борьбы с неинфекционными заболеваниями (ВОЗ, 2000).

Совместно с СИНДИ реализуется ряд международных проектов по поддержке детей в мире: проект по защите детей (CAP), финансируемый Департаментом международного развития Великобритании (DFID). Цель CAP состоит в том, чтобы позволить детям, их семьям и опекунам, затронутых или инфицированных ВИЧ и СПИД, а также других уязвимых детей, получить доступ к их правам в отношении здравоохранения, жилья и благосостояния. Такая модель партнерства призвана повлиять на жизнь многих детей путем поощрения эффективных изменений, создания сетей и обмена информацией (AIDSbuzz, 2013).

ЮНФПА, - начал свою деятельность в 1969 году, как фонд ООН в области народонаселения, является международным агентством по развитию, которое способствует продвижению прав женщин, мужчин и детей на здоровье и равные возможности. ЮНФПА поддерживает страны в использовании демографических данных для разработки политики и программ по снижению бедности, а также обеспечения того, чтобы каждая беременность была желанной, каждые роды - безопасными, никто не страдал от ВИЧ/СПИД (UNPFA, 2013).

Несмотря на общее улучшение, здоровье детей в Европейском регионе характеризуется большими различиями, как между странами, так и внутри них применительно к различным возрастным и половым группам, географическому

местонахождению и социально-экономическому статусу. В докладе о состоянии здравоохранения в Европе (2012) отмечается, что Социальное неравенство – это проблема, возрастающая во всех странах, но особенно остро она стоит в восточной части Региона.

Чрезвычайно важно, чтобы меры, направленные на снижение заболеваемости и спасение жизней, учитывали социальные детерминанты здоровья, так как эти факторы определяют, достигают ли имеющиеся знания и ресурсы тех, кто в них нуждается. Недостаточное внимание к этим факторам продолжает подрывать усилия по улучшению здоровья (Lee J-W., 2005).

Европейским региональным бюро ВОЗ разработана Европейская стратегия "Здоровье и развитие детей и подростков" (2008), которой определены основные задачи в области охраны здоровья детей и подростков и, что наиболее важно, предлагаются варианты, основанные на фактических данных и на опыте, накопленном ВОЗ за последние годы. В целом, смертность как грудных детей, так и детей в возрасте от 1 до 4 лет, уменьшилась в большинстве стран Европейского региона, хотя это уменьшение и происходило различными темпами (The world health report, 2005).

Внешние причины смерти являются наиболее важной группой причин во всем Регионе. Болезни респираторной системы являются главной причиной смерти детей в возрасте от 0 до 14 лет в Регионе в целом. Хотя возрастная группа 15–19 лет здесь не анализируется, в большинстве стран показатели смертности от травм и отравлений среди подростков более старшего возраста в 3–5 раз выше, чем в возрастной группе 10–14 лет. Кроме того, их значения в отдельных странах варьируются; например, в 2002 г. в 80% стран они колебались от 18 до 65 на 100 000 человек. Главной причиной смерти среди детей в возрасте 5-19 лет являются непреднамеренные травмы. В 2004 г. от непреднамеренных травм в Европейском регионе ВОЗ погибли 42000 детей и подростков в возрасте от 0 до 19 лет. Однако последствия травматизма намного шире и выражаются миллионами госпитализированных больных и обращений в отделения неотложной помощи. Но несмотря на то, что травматизм является одним

из ведущих факторов, обусловливающих бремя болезней, и причиной значительного истощения ресурсов здравоохранения и всего общества, в большинстве стран он до недавнего времени не был объектом первоочередных мер. При этом отмечается, что на каждом этапе требуются особые меры против травматизма (Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ 2008).

Особого внимания заслуживают сообщения об увеличении распространенности детского туберкулеза, которые поступают из многих стран Региона, включая Австрию, Израиль, Данию, Латвию, Соединенное Королевство, и Швецию (Nelson LJ, Wells CD., 2004). При этом к сожалению, политические документы по борьбе с туберкулезом редко касаются детского туберкулеза как проблемы общественного здравоохранения (Donald PR., 2004).

Отмечена проблема недостаточности железа. Высокая распространенность слабых и умеренных (но не тяжелых) форм анемии зарегистрирована среди детей в Боснии и Герцеговине, Центрально азиатских республиках и в отдельных частях Западной Европы (WHO,1998).

Недостаточность йода продолжает оставаться проблемой общественного здравоохранения в большей части Европейского региона ВОЗ. Она является главной причиной таких предотвратимых проблем, как умственная отсталость и церебральные нарушения, уменьшение выживаемости ребенка, появление зоба и нарушение роста и развития (WHO 2004).

Еще одна глобальная проблема – психическое здоровье детей и подростков. Так, исследования в Соединенном Королевстве свидетельствуют о том, что почти 10% детей в возрасте 5–15 лет страдают психическими расстройствами. Из них у 5% наблюдаются расстройства поведения, у 4% – эмоциональные расстройства и у 1% – расстройства, связанные с гиперактивностью. Распространенность самоубийств среди людей в возрасте до 20 лет за последние два десятилетия увеличилась во многих странах, более выражено среди мужчин, чем среди женщин (Meltzer H., Gatward, R., Goodman, R., Ford, T., 2000). При этом отмечается, что имеются некоторые данные об эффективности программ, обучающих родителей тому, что нужно делать в случае появления у их детей рас-

стройств поведения (Barlow J. 1999). В то же время многие широко используемые программы предупреждения самоубийств никогда не подвергались научной оценке, в результате чего неизвестно, какие из них являются эффективными (Health Evidence Network 2004). Поскольку психические расстройства в детском возрасте могут быть серьезным предвестником таких расстройств у взрослых, поддержка психического здоровья детей должна рассматриваться как стратегическая инвестиция со многими долгосрочными преимуществами для отдельных людей, систем здравоохранения и общества в целом. (Meltzer H., 2000; Masoli M., 2004).

Чрезмерная масса тела является наиболее распространенной проблемой детского здоровья в Европейском регионе и быстро становится серьезной проблемой во всем мире. В ряде стран Западной Европы ее распространенность увеличилась приблизительно с 10% в начале 1980-х годов до приблизительно 20% к концу 1990-х. В некоторых районах Южной Европы один ребенок из трех имеет избыточную массу тела (Robertson A et al., 2004). В связи с этим ВОЗ рекомендует разработать многосекторальные стратегии для действий в поддержку увеличения наличия надлежащих продуктов питания, уменьшения зависимости от моторизованного транспорта, увеличения доступа к рекреационным возможностям и обеспечения такого положения, при котором медико-санитарная информация будет понятной, уместной, соответствующей и широкодоступной.

Профилактика выходит за пределы клинической помощи и должна включать целый ряд мероприятий по оказанию помощи и защите.

В Европейском регионе активно обсуждается проблема курения, но при этом имеет место малочисленность фактических данных о том, что школьные программы являются эффективными в предупреждении начала курения среди молодых людей, хотя они в некоторой мере способствуют эффективности мероприятий на уровне местных сообществ, проводимых для решения этой задачи (Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action. Brussels, European Commission, 2004).

Употребление алкоголя является обычным явлением в жизни многих европейских подростков. Почти 30% 15-летних подростков сообщают о регулярном употреблении алкоголя. Свыше 50% 15-летних подростков сообщают о ежедневном употреблении алкогольных напитков в Англии, Нидерландах и Уэльсе, однако этот показатель является ниже 17% в Латвии, Португалии, Франции и Финляндии. Во всех странах доля подростков, еженедельно употребляющих алкогольные напитки, выше среди мальчиков, чем среди девочек (Currie C et al., eds. Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children, 2004).

В настоящее время работа по улучшению питания и увеличению физической активности, как правило, сосредоточена на просветительских мероприятиях в школах во всем Регионе, например, в рамках программы, проводимой Европейской сетью школ укрепления здоровья (2004).

Существуют комплексные программы в отдельных странах. Например, Правительство Финляндии утвердило общегосударственную программу "Здоровье 2015". Главными приоритетами программы являются спорт как опора здоровья, здоровое питание, вредные вещества, вызывающие зависимость, психическое здоровье и предупреждение несчастных случаев (Здравоохранение в Финляндии, 2004).

Во многих развитых странах мира были приняты дорогостоящие государственные программы по лечению и предупреждения врожденных и наследственных заболеваний, в таких странах как Швеция, Швейцария, Германия, США удалось реально снизить число детей, рождающихся с врожденными пороками, наследственными и хромосомными болезнями, умственной отсталостью (Игнатова М.С., 2002).

Забота о здоровье семьи все шире признается в качестве глобального императива. Цели тысячелетия, сформулированные в Декларации тысячелетия, призывают значительно увеличить ресурсы и усилия по улучшению здоровья и развития людей во всем мире. Инвестиции в комплексные и интегрированные

усилия по улучшению здоровья детей и подростков являются экономически обоснованными (ВОЗ, 2003).

### 1.3. Новые технологии профилактики в педиатрии

Принципиально новые возможности для медицины создают современные информационные технологии внедрение которых в практику здравоохранения стремительно изменяет как способы диагностики и лечения, так и формы взаимодействия врачей с пациентами и друг с другом, организацию лечения и восстановления здоровья, приводит к появлению новых социальных институтов и моделей коммуникации, пересмотру традиционной системы ценностей, улучшению качества жизни человека (Баранов А.А., Яковлева Т.В., Альбицкий В.Ю. , Модестов А.А., Антонова Е.В. , 2008; Андриянова, Е. А. 2012; Модестов А.А., Косова С.А., Неволин Ю.С., Фаррахов А.З., Федоткина С.А., 2013 ).

Так в рамках концепции Сети Школ здоровья в Европе говорится о создании открытого сообщества с активным участием всех его членов, вместо закрытой иерархической структуры. При этом, отмечается, что при проведении популяционных профилактических программ, охватывающих значительную часть населения, позволяющих информировать его о вопросах здоровья, успешно используется интернет ( Бёйс Г., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Степанова М.И., Храмцов П.И., Александрова И.Э., Бокарева Н.А., Соколова С.Б. 2009; Аникина Е.Н. 2011; Глазунов И.С., Соловьева И.М., Усова Е.В 2012).

О преимуществах организации on-line консультаций с помощью сети Интернет свидетельствует практика профессионального образования, так и результаты многочисленных исследований (Бакай Е.П. 2011; Колпакова, Н. Ю. 2012).

Повышение информированности населения в вопросах здоровья, вовлечении пациентов в процесс принятия решения по вопросам лечения и обучения являются: информация в интернете, другие электронные источники информации, персональная компьютерная информация и виртуальная поддержка (Амла-

ев К.Р., Койчуева С.М., Махов З.Д., Койчуев А.А., 2012). Рандомизированные испытания в которых оценивали эффективность антиникотиновой компании в СМИ (определяемых как каналы коммуникации: телевидение, радио, газеты, плакаты, листовки и буклеты), предназначенные для охвата большой аудитории и не зависящие от контакта человека с человеком), показали, что данные технологии влияют на курительное поведение (как объективно, так и с помощью самооценки) молодых людей в возрасте до 25 лет (Brinn M.P., Carson K.V., Esterman A.J., Chang A.B., Smith B.J., 2010).

В последнее время популярна технология интерактивных коммуникаций в сфере здоровья (Interactive Health Communication Application, IHCAs), ориентированная на использование компьютеров (сети интернет), информационных пакетов для пациентов, которые комбинируют информацию о здоровье одновременно, по меньшей мере, с одним видом социальной поддержки – поддержки в принятии решений или в изменении образа жизни. Исследования эффективности технологии в отношении 3739 хронически больных пациентов показали значительный позитивный эффект: они стали более информированными, почувствовали социальную поддержку и продемонстрировали улучшение в образе жизни и клиническом течении заболевания по сравнению с пациентами, не участвовавшими в данной программе (Murray E., Burns J., See T., Lai R., Nazareth I., 2005).

В проведенном исследовании о влиянии информированности женщин на качество наблюдения и лечения по поводу заболеваний молочной железы отмечено, что в медицинских учреждениях первичного звена необходимо активнее внедрять такие методы работы с населением, как web-технологии (Кучма В.Р. 2010; Сухарева Е.А., Пономарева Л.А., Козлов С.В., 2012).

Благодаря появлению информационных технологий, качественных средств и методов оценки хронических отклонений в состоянии здоровья увеличивается доступность для населения со средним достатком эффективных методов профилактики (Воронцов И.М., Шаповалов В.В., Шерстюк Ю.М., 2006; Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А., 2006).

Эффективным инструментом формирования ответственного и безопасного поведения молодежи и подростков являются современные коммуникационные технологии (Koelen, Maria A. van der Van Anne W., 2004; Урванцева И.А., Саламатина Л.В., Нохрин А.В., Мигунова С.Г., 2011; Алексеева Е.Г., Баркалова О.Г., 2012 ). Их эффективность доказана на опыте осуществления трех кампаний в СМИ для молодежи 15-29 лет в 10 регионах России в 2005-2009 гг. (Алексеева Е.Г., Баркалова О.Г., 2012; Алексеева Е.Г., Кучма В.Р., 2012).

Предпочтение получению информации на специализированных интернет сайтах отдали 40.8% опрошенных кожно-венерологического диспансера показал (Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Уфимцева М.А., 2012).

Развитие Интернет-медицины предоставляет уникальные ресурсы для улучшения качества жизни человека в плане состояния здоровья и болезни (Андриянова Е.А., Гришечкина Н.В., 2012).

Стратегическим направлением решения имеющихся проблем в области сохранения, укрепления и восстановления здоровья детей является расширение на государственных каналах телевидения и радиовещания перечня образовательных программ в том числе, по формированию здорового образа жизни, воспитанию семейных ценностей (Баранов А.А., Ильин А.Г.2011).

Улучшить профилактику может развитие электронного здравоохранения (Communication from the Commission COM 2007). Активное развитие информационных систем в здравоохранении дает возможность применение медико-социальной электронной карты пациента, которая позволяет накапливать информацию о состоянии здоровья и факторах влияющих на течение болезни, планировать профилактические мероприятия (Шестаков Г.С., Никилина О.Ю., 2012) .

В этом контексте, инструментом тактического уровня являются технологии связей с общественностью (PR) (Несветайло Д.С., Третьякова Ю.А., 2008; Владимиров А.В., 2010).

В течение последних 5 лет наблюдается переход к цифровым технологиям. Активно развиваются группы онлайн пациентов в социальных медиа, поис-

ковый маркетинг, а также целевая баннер реклама (Chris Kula-Przezwanski, 2012). Австралийские организаторы здравоохранения полагают, что традиционные подходы к медицинской информации об охране здоровья такие как плакаты, брошюры, рекламные объявления, - оказывают все меньшее влияние на подростков. Молодые люди все чаще к поиску информации о здоровье прибегают к интернету, находят ее и делятся ею в социальных сетях интернета. В связи с этим все чаще, в научных исследования последних лет рассматривается использование социальных сетей интернета как метод распространения медицинской информации, направленного на профилактику заболеваемости среди подростков (Centre for Health Promotion Women's and Children's Health Network 2012).

Социальные сети и сообщества пациентов – это мощный ресурс, который способен как принести пользу, так и доставить серьезный вред их участникам. Пациенты не только делятся, но и сами активно генерируют контент социальных сетей (Тарасенко Е.А., 2012).

По мнению ряда зарубежных ученых, применение новых интернет технологий в качестве канала коммуникации более привлекательны так как имеют ряд преимуществ.

1.Требуют меньшего финансирования на создание сервисов, контента, администрирование.

2. Сервис сети позволяет получить рекомендации об укреплении и поддержании здоровья в более индивидуализированной, динамичной, интерактивной, доступной, и в то же время более стандартизированной, удобной для пациента манере.

3. Появляется возможность использовать спектр технологий мультимедиа доступного в сети такие как: аудио, видео, опросы, графики, онлайн-игры и т.д. (Fotheringham M., Owies D. , Leslie E.& Owen N 2000, Griffiths D., Lindenmeyer A., Powell J, Lowe P. &Thorogood M., 2006).

В то же время, российскими исследователями не проводилось научных исследований проблем и перспектив коммуникаций с целью формирования

здорового образа жизни и коучинга по самоменеджменту хронических заболеваний в русскоязычных социальных сетях Интернет. До настоящего времени не разработаны теоретические модели интервенции медицинских профессионалов для изменения поведения и образа жизни пациентов в социальных сетях (Тарасенко Е. А., 2012).

В то же время, известно, о появлении многочисленных работ западных ученых доказывающих положительное влияние продвижения идеи здорового образа жизни в социальных медиа (Buller D.& Floyd A., 2012). (Department of Health, Government of South Australia, 2012). Так авторами отмечается, что благодаря продвижению здорового образа жизни в социальных медиа, появляется возможность преодолеть барьеры связанные с расстоянием, инвалидностью, стигмой пациентов (Metzger M., Flanadin A. & Medders R., 2010).

Помимо социальных сетей интернета, существуют сообщения об эффективном использовании таких ресурсов как телемедицина, выделенные телефонные линии, смс рассылка.

Так отмечается, что в помощь в отказе от курения УСПЕШНО работают выделенные телефонные линии. Консультирование по телефону существенно увеличивает эффективность никотин заместительной терапии, когда курильщики приобретают соответствующие препараты самостоятельно без рекомендаций врача (Macleod Z.R., Charles M.A., Arnaldi V.C., Adams I.M., 2003; Левшин В.Ф., 2012).Телемедицина уже активно используется в дистанционном обучении врачей, мастер-классах, видеоконсилиумах больных (Щеглов К., 2013).

По результатам проведенных исследований отмечается положительный эффект при использовании рассылки коротких смс сообщений на состояние здоровья, и авторами исследования предлагается использовать данный метод в охране здоровья (Cole-Lewis H, Kershaw T., 2010).

Таким образом, формирование профилактической среды в педиатрии, основанной на выявлении факторов риска заболеваний, требует научного обоснования и разработки инновационных технологий, отвечающих потребностям детского населения в отношении здоровья.

# ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационная работа выполнена в соответствии с планом НИР ФГБУ «Научный центр здоровья детей» Минздрава РФ (директор академик РАН, профессор А.А. Баранов в рамках темы – комплекса «Разработка и научное обоснование инновационных технологий первичной профилактики и формирование здорового образа жизни в педиатрии 01201254616.

**Гипотеза исследования**

В малых городах с численностью населения до 50000 человек и сельских районах ЦЗ для детей разворачиваются на базе муниципальных учреждений здравоохранения второго уровня, при этом, выездная форма работы становится основной. Кадровое обеспечение и технологическая оснащенность ЦЗ позволяют ему дополнительно выступать в роли выездного педиатрического кабинета для тех муниципальных образований, в которых нет врачей-педиатров.

Эффективность ЦЗ определяется показателями деятельности, а так как он является структурным подразделением лечебно-профилактического учреждения, то итоги его работы должны быть учтены в перечне показателей результативности базового ЛПУ.

Роль и место межтерриториального ЦЗ в системе профилактики на уровне городского округа определяется взаимодействием с педиатрической сетью, наличием дистанционного ресурса профилактики, участием родителей в осмотрах детей, организацией работы школ здоровья и индикаторов работы

Для проведения исследования был использован комплексный подход, включающий следующие направления:

-анализ деятельности центров здоровья в Уральском федеральном округе, выявление региональных особенностей работы, влияющих на доступность и качество их работы;

- оценка работы межтерриториального ЦЗ на основе углубленного изучения факторов риска и функциональных расстройств, выявленных у школьников при организации выездной работы в четырехлетнем диапазоне;

-социологические опросы детей, прошедших обследование в центрах здоровья по специально разработанным анкетам с целью изучения их готовности изменить рисковое поведение;

- опрос родителей, направленный на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и формирование ЗОЖ у детей;

-готовность школьников и их родителей получать информацию, направленную на укрепление здоровья детей через социальные сети интернет;

- обеспечение преемственности ЦЗ с медицинскими и другими организациями по месту жительства детского населения;

- система мер по оптимизации деятельности ЦЗ, включающая – разработку алгоритма выездной формы работы, маркетинговую стратегию продвижения профилактических услуг;

- использование электронных ресурсов для профилактики и формирования здорового образа жизни детей школьного возраста;

-разработку методики оценки эффективности работы ЦЗ.

## 2.1 Характеристика базы исследования

В Северном административном округе, расположено 11 городов, 22 поселка городского типа, 300 сельских населенных пунктов, *центром округа является город Краснотурьинск.* Расстояние между прикрепленными населенными пунктами составляет 160 километров на север, 190 километров на восток, 250 километров в южном направлении. Такие расстояния ориентируют ЦЗ на выездную форму работы и организацию в зоне своей ответственности мероприятий по формированию здорового образа жизни с мониторингом их эффективности.

Базой исследования определен межтерриториальный центр здоровья ГБУЗ СО «Краснотурьинская ДГБ», обслуживающий детское население Северного административного округа Свердловской области в количестве 96000 человек. Целевой аудиторией для обследования в центре здоровья являются школьники в возрасте от 7 до 17 лет. Структура ЦЗ Краснотурьинска (табл.2.1).

Таблица 2.1. Структура ЦЗ.

| **Наименование кабинетов:** |
|---|
| Кабинет тестирования на аппаратно-программном комплексе |
| Кабинет инструментально-лабораторного обследования |
| Лечебно-физкультурный кабинет (зал) |
| Кабинет школы здоровья* (Кабинет школ здоровья (Школа профилактики сахарного диабета) |
| Кабинет здорового ребенка |
| Кабинет врача, прошедшего тематическое усовершенствование по формированию здорового образа жизни |
| Кабинет стоматолога-гигиениста |

Медицинским персоналом ЦЗ укомплектован полностью, с 2013 года приступил к работе гигиенист стоматологический (табл. 2.2).

Таблица 2.2 Штаты ЦЗ.

| Наименование | Число должностей | | Число физлиц на занятых должностях | | Наличие квалификационной категории | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | штатные | занятые | основные работники. | совместители | высшая | I | II |
| Врачи - всего | 5,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | 1,0 | - | 1,0 |
| в том числе руководители | 1,0 | 1,0 | - | 1,0 | - | - | 1,0 |
| из числа врачей прошли усовершенствование по ЗОЖ - всего | 5,0 | 2,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 | - | 1,0 |
| в том числе руководители | 1,0 | 1,0 | - | 1,0 | - | - | 1,0 |
| Средний медицинский персонал | 5,0 | 6,0 | 5,0 | - | 1,0 | 1,0 | - |
| Прочий персонал (программист) | - | - | - | - | - | - | - |
| Всего по Центру здоровья | 10,0 | 7,0 | 7,0 | 1,0 | 2,0 | 1,0 | 1,0 |

Медицинское наблюдение в центре здоровья включает:

- оценку функциональных и адаптивных резервов организма детей с учетом возрастных особенностей, прогноз состояния здоровья ребенка в будущем;
- динамическое наблюдение за детьми группы риска развития неинфекционных заболеваний;

- консультирование по сохранению и укреплению здоровья детей, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям быта, труда (учебы) и отдыха с учетом возрастных особенностей;
- разработку индивидуальных рекомендаций сохранения здоровья, в том числе с учетом физиологических особенностей детского возраста.

Врачу ЦЗ необходимо выявить функциональные отклонения без постановки диагноза и выдать рекомендации родителям и самому ребенку с учетом возраста, пола и особенностей социально-психологического статуса

Информационная база исследования представлена следующими данными:

-форма №68 «Сведения о деятельности центра здоровья» 2011-2014 гг;

-форма №002-ЦЗ/у-2 «Карта здорового образа жизни ребенка» (приложение №8 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.09 г. №597н) за 2012 и 2014 гг.

-специально разработанные анкеты для проведения социологического опроса школьников, прошедших обследование в ЦЗ -459 анкет и их родителей - 380 анкет, педагогов и медицинских работников - 95 анкет;

-анализ специально созданного сайта в социальной сети интернет ВКонтакте.

Анализ работы межтерриториального ЦЗ для детей (форма № 68) включал:

-оценку данных о 32316 осмотрах школьников в течение 2011-2014 гг.;

- обработку учетной формы №002-ЦЗ/у-2 «Карта здорового образа жизни ребенка» (приложение №8 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.09 г. №597н) о результатах осмотров, выполненных специалистами ЦЗ на выезде в 2012 г.- 8409 и в 2014 г. -7321 детей, что позволило дать развернутую характеристику выявленных факторов риска и функциональных расстройств в динамике.

Объем необходимого числа наблюдений определялся по методике К.А.Отдельновой (1980) (табл.2.3).

Таблица 2.3 Необходимый объем выборки

| Вид исследования | Желаемая точность исследования К= δ/ Δ | t=2.0 p=0.95 | t=2,5 p=0,98 | t=3,0 p=0,99 |
|---|---|---|---|---|
| 1.Ориентировочное знакомство | 0,5<br>0,4<br>0,4 | 16<br>25<br>44 | 29<br>39<br>69 | 36<br>56<br>100 |
| 2. Исследование средней точности | 0,2 | 100 | 156 | 225 |
| 3.Исследование повышенной точности | 0,1 | 400 | 625 | 900 |

Вариабельность (δ) и доверительный интервал (Δ) не определяются заранее, а берется ориентировочное отношение, обозначаемое К – коэффициент показатель точности, уровень которого (от 0,5 до 0,1) выбирает сам исследователь. В нашем случае было проведено исследование повышенной точности.

Объект исследования:

-влияние факторов риска и функциональных расстройств на состояние здоровья детей;

- мнение респондентов о готовности получать информацию, о здоровом образе жизни через социальную сеть интернета;

-готовность школьников изменить рискованное поведение.

Предмет исследования: организация профилактической помощи детскому населению, направленная на предотвращение потерь здоровья от управляемых факторов риска и функциональных расстройств на базе межтерриториального ЦЗ.

Социологическим опросом охвачены:

1. Дети в возрасте 10-17 лет (459 человек), их родители (750 человек). Средний возраст родителей: 42,3 ±5,2 года.
2. Педагоги и медицинские работники школ городов Карпинск и Волчанск (95 человек). Средний возраст: 41,1 ±3,5.

## 2.2 Понятийный аппарат исследования

I. Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннее выявление, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ФЗ 323 от 21.11.2011« Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

II. Профилактическая среда в педиатрии - комплекс информационных, физических, социальных и экономических факторов, обеспечивающих ЗОЖ и профилактику ХНИЗ, направленный на снижение заболеваемости, инвалидности и смертности детского населения. (Из Распоряжения Правительства Российской Федерации от 8 октября 2012 г. № 1864-р «О создании Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан».

В рамках исследования нами была дана дефиниция понятия «инновационная профилактическая среда в педиатрии» под которой понимается система мер медико-организационного, медико- технологического и информационного характера, базирующаяся на детерминантах здоровья ребенка, направленная на формирование мотивации к ЗОЖ и профилактику ХНИЗ на уровне семьи, образовательного учреждения и социального окружения.

III. Изучение литературных источников показало широкую вариабельность понятийного аппарата таких терминов, как «фактор риска» и «функциональное состояние/расстройство».

Термин «фактор риска» применяется к любому явлению, влиянию или воздействию на человека, которое повышает вероятность возникновения хронического неинфекционного заболевания. Анализ факторов риска направлен на выявление возможности возникновения заболевания http://www.gnicpm.ru/UserFiles/Metodicheskie_rekomendacii_Monitoring_2012.pdf Ряд авторов понимают под факторами риска «факторы внутренней и внешней

среды организма, которые статистически достоверно связаны с увеличением вероятности развития новых случаев заболеваний и смертности от них» (Глазунова И.С., 2006; Stachenko S., 1992, Bellinger D.S., 2008 и др).

Однако в данном контексте речь идет не о факторах риска, предшествующих возможной предболезни, а о риске повторного заболевания.

Более близкой к нашему исследованию можно считать формулировку ВОЗ: «Фактор риска – это какое-либо свойство или особенность человека или какое-либо воздействие на него, повышающие вероятность развития болезни или травмы».

В диссертационном исследовании нами используется авторская дефиниция факторов риска под которой понимаются признаки поведенческого, биологического и социально- экономического характера или их комбинация, обозначающие возможную угрозу возникновения болезни и шифрующиеся в классе Z -21 МКБ-10)- «Факторы, влияющие на состояние здоровья населения и обращения в учреждения здравоохранения».

Под функциональными расстройствами чаще понимаются различные отклонения, не достигающие степени диагноза, которые сопряжены с нормальным развитием ребенка и возникают вследствие недостаточной адаптации ребенка на внешние раздражители.

В тоже время, в последние годы в педиатрии актуализировались понятия «функциональные состояния» (Царегородцев А.Д., Длин В.В., 2011). В фундаментальном исследовании «Функциональные состояния и заболевания у детей» авторы дают следующие дефиниции:

«Функциональные состояния – это функциональные, чаще обратимые отклонения, не имеющие выраженных клинических проявлений болезни, выявить которые можно только при проведении специального обследования, прежде всего, с использованием различных нагрузочных тестов».

Следует подчеркнуть, что в отчетной форме № 68 состояние здоровья ребенка определяется только двумя категориями: здоров и факторы риска.

Применительно к проведенному исследованию мы предложили следующую формулировку: «функциональные расстройства /состояния - комбинации различных отклонений, не достигающих степени диагноза, которые преимущественно шифруются в классе XYIII и других классах МКБ-10».

Одной из функций врача ЦЗ является консультирование по сохранению и укреплению здоровья, включая рекомендации по коррекции питания, двигательной активности, занятиям физкультурой и спортом, режиму сна, условиям учебы и отдыха. Данный перечень не несет мотивирующей составляющей. В рамках исследования нами под консультированием понимается самостоятельный вид медицинской услуги, предполагающий помощь и поддержку со стороны врача в части информирования и обучения школьника необходимым для здоровья навыкам на основе доверительного общения, что побуждает ребенка к целенаправленному поиску решения об изменении рискованного поведения.

Под аудитом в нашем исследовании понимается изучение эффективности работы ЦЗ за определенный временной интервал, позволяющее медицинским работникам получить объективную информацию о результатах запланированной деятельности и внести при необходимости соответствующие коррективы.

В исследовании используется термин интернет- ресурсы под которым понимается совокупность интегрированных программно-аппаратных и технических средств, а также информации, предназначенной для публикации в сети Интернет и отображаемой в определенной текстовой, графической или звуковой формах. Интернет-ресурс имеет доменное имя (Uniform Resource Locator) - уникальный электронный адрес, позволяющий идентифицировать Интернет-ресурс, а также осуществлять доступ к Интернет-ресурсу.

Полученные в ходе исследования материалы послужили основанием для разработки мер по оптимизации деятельности ЦЗ, которая состоит из взаимосвязанных элементов медико-организационного, медико-технологического и информационного характера, обеспечивающих эффективное выполнение его функций.

Для оценки ситуации были изучены:

- численность детей в группах здоровья в качестве индикаторов оценки ситуации;

- учет проделанной работы по профилактике;

- структура выявляемых факторов риска и функциональных расстройств у детей возрастных групп: 7-9; 10-14; 15 и 16-17 лет;

- проблемные зоны в организации работы ЦЗ для детей;

-результаты социологических опросов родителей, педагогов и врачей, направленных на выяснение их позиции относительно здоровьесберегающего поведения в семье и формирования навыков здорового образа жизни;

-эффективность выездной работы ЦЗ, представленная присутствием родителей при осмотре детей и, следовательно, возможность заниматься семейной профилактикой и формированием ответственного родительства;

-результаты социологических опросов детей, прошедших обследование в ЦЗ, их установка на здоровый образ жизни;

-количество детей с выявленной патологией и направленных в круглосуточный и дневной стационары;

-желание родителей и детей участвовать в работе созданного онлайн ЦЗ;

-увеличение численности детей охваченных диспансеризацией и профилактическими осмотрами;

-численность детей, подписавшихся на получение информации в ВК;

-использование медицинскими работниками образовательных учреждений методических материалов, подготовленных сотрудниками ЦЗ.

## 2.3 Методы исследования

В работе использованы следующие методы: статистический, социологического опроса, экспертный, моделирование, медико-статистический, коэффициент конкордации Кендалла, SWOT-анализ, организационный эксперимент.

База исследования представлена межтерриториальным центром здоровья для детей г. Краснотурьинска свердловской области. План и этапы исследования (табл. 2.4).

Таблица 2-4 План и этапы исследования

| Этапы исследования | Источники информации | Объем, период | Методы исследования |
|---|---|---|---|
| Оценка степени разработанности проблемы и определение методики исследования | Отечественные и зарубежные источники литературы:<br>-диссертационные исследования;<br>-методические рекомендации;<br>-документы ВОЗ, включающие доклады о состоянии здоровья детского населения в России и за рубежом;<br>-ФЗ РФ, Указы Президента РФ;<br>-приказы, инструктивно-методические материалы МЗ РФ | 224<br>1971-2015 гг. | Библиографический.<br>Аналитический<br>Экспертных оценок |
| Анализ нормативной базы оказания профилактической помощи детям | Федеральные Законы, Указы Президента, Приказы Минздрава РФ | Нормативные документы 2010-2014 гг | Экспертный<br>Контент-анализ |
| Оценка деятельности Центров здоровья для детей в Уральском федеральном округе | Учетная форма №68 «Сведения о деятельности центра здоровья» | 19 центров здоровья<br>119976 посещений | Статистический<br>Экспертный |
| Анализ деятельности межтерриториального ЦЗ | Учетная форма №68 «Сведения о деятельности центра здоровья»<br>Учетная форма №002-ЦЗ/у-2 «Карта здорового образа жизни ребенка» | 2011-2014<br>32316 осмотров<br><br>2012 и 2014 гг.<br>15730 детей | Выкопировки,<br>Аналитический<br>SWOT-анализ<br>Коэффициент конкордации Кендалла<br>Статистический<br>Экспертных оценок |
| Оценка качества и доступности услуг межтерриториального ЦЗ | Результаты социологических опросов:<br>-анкета опроса школьников, прошедших обследование;<br>-анкета опроса родителей;<br>-анкета опроса врачей и педагогов | <br><br><br>459 анкет<br>750 анкет<br>95 анкет | Социологического опроса, экспертный, статистический |
| Оценка сетей интернет, занимающихся ЗОЖ | Социальные сети ВК | 24 сети | 24 сети |
| Разработка системы мер по оптимизации деятельности ЦЗ | Результаты предыдущих этапов | | Организационный эксперимент |

На первом этапе проведено обоснование актуальности темы, сформулирована цель и определены задачи и методика исследования.

На втором этапе проведен контент-анализ нормативной базы оказания профилактической помощи детям, включающей Федеральные Законы, Указы Президента, Приказы Минздрава РФ.

Проанализирована деятельность 19 центров здоровья для детей, развернутых в УрФО по данным учетной медицинской документации, утвержденной различными приложениями к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.09. 2-009 г. №597 н., включающий: учетные формы №68 «Сведения о деятельности центра здоровье».

002-ЦЗ/у-2»Карта здорового образа жизни ребенка».

На третьем этапе с помощью специально разработанных анкет опрошены дети, родители и педагоги.

Проведен социологический опрос 459 школьников в возрасте 7-17 лет, проживающих в городах Карпинск и Волчанск Свердловской области. Предметом исследования явилась готовность респондентов изменить свое поведение после посещения ЦЗ и получать информацию о здоровом образе жизни через социальную сеть интернета.

Анкета для детей включала 18 вопросов, в том числе: пол, возраст, отношении к физкультуре, закаливании, курению, употреблению алкоголя и наркотических веществ, возрасте начала половой жизни, питании, планах изменения образа жизни, о приоритетной социальной среде интернета для общения и готовности к получению информации о ЗОЖ в социальной сети.

Анкета для родителей включала 19 вопросов касающихся оценки состояния здоровья своего ребенка и состояла из трех блоков. В первом блоке отражена информация о наличии хронических заболеваний, мер по поддержанию здоровья, вредных привычках, поводов обращения в детскую поликлинику, видов медицинской помощи, необходимых по их мнению ребенку. Следующий блок вопросов был направлен на получение сведений о здоровом образе жизни родителей: обследовались ли они в ЦЗ для взрослых; кто из родителей формирует ЗОЖ в семье; можно ли детей научить ЗОЖ и кто должен этим заниматься (школа, семья, медицинские работники).

Третий блок анкеты позволил выявить предпочтения семьи относительно здоровья и факторов его формирующих, отношение детей к физкультуре, причины, мешающие ребенку вести ЗОЖ, предпочтения социальной сети интернета, готовности получать информацию о ЗОЖ в социальной сети интернета, отношение к получению ребенком полезной информации после консультации в ЦЗ.

Для экспертной оценки сетей о здоровом образе жизни были отобраны 24 сообщества находящихся на платформе социальной сети ВК, 11 из них получили название «группы ЗОЖ», т.к. их деятельность была направлена на продвижение здорового образа жизни в социальной сети.

Представленные сообщества имели определенными web-адреса и число участников. Обязательными критериями отбора являлись наличие среди подписчиков групп целевой аудитории и высокий рейтинг среди других сообществ в поисковой строке.

В качестве экспертов выступили научные сотрудники лаборатории организации медицинской помощи детскому населению ФГБНУ НЦЗД, журналисты, в количестве 12 человек.

При анализе результатов опроса экспертов в обязательном порядке по каждому оцениваемому показателю или вопросу рассчитывался коэффициент конкордации (согласованности) мнения экспертов и оценивалась его статистическая значимость.

С целью установления согласованности мнений экспертов использован метод конкордации с определением коэффициента Кендалла (W) по следующей формуле:

$$W = \frac{12S}{m^2(n^3 - n)}; \quad S = \sum P^2 - \frac{(\sum P)^2}{n};$$ где

W – коэффициент конкордации (согласия) экспертов;

S – разность между суммой квадратов рангов по каждому признаку и средним квадратом суммы рангов по каждому признаку;

P – ранги; m – число экспертов;

n – число сравниваемых признаков.

Коэффициент конкордации изменяется в диапазоне от 0 до 1 (чем ближе коэффициент к 1, тем выше согласованность экспертов), при этом: 0 – полная несогласованность, 1 – полное единодушие, от 0,1 до 0,3 – низкая степень согласованности, от 0,3 до 0,6 – средняя, более 0,6 – высокая.

Проведен SWOT-анализ [А.А. Томпсон, А.Д. Стрикланд, 1998] , который позволил получить информацию об анализируемых объектах исследования основываясь на принципе соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах).

SWOT – аббревиатура следующих английских слов:

Strengths (сильные стороны) – преимущества здравоохранной стратегии;

Weaknesses (слабости) – недостатки ;

Opportunities (возможности) –здравоохранной для реализации профилактической стратегии;

Threats (угрозы) – факторы, которые могут потенциально создать препятствия для организации региональной профилактической среды

Оценка полученных данных с помощью SWOT-анализа, послужила основанием разработки маркетинговой стратегии с учетом сильных и слабых сторон работы ЦЗ, угроз и возможностей, влияющих на его деятельность.

Описательная статистика результатов исследования представлена с помощью критериев оценки разнообразия для качественных и количественных величин. Произведен расчет средней ошибки (m) для относительных и средних величин, позволяющей с определенной степенью вероятности установить пределы, в которых может находиться истинное значение статистического коэффициента или средней величины. (3)

Статистическая обработка и анализ материала на ПЭВМ «Pentium» с использованием стандартного программного продукта «MS Office – 2001»: «MS Access», «MS Excel».

# ГЛАВА 3. ЦЕНТРЫ ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ –СОСТАВНАЯ ЧАСТЬ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО НАПРАВЛЕНИЯ В ПЕДИАТРИИ

## 3.1 Анализ нормативных и правовых актов, регулирующих деятельность центров здоровья для детей в Российской Федерации

В «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года», утвержденной Указом Президента РФ в 2007 г. (Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года"), в числе основных задач демографической политики определены:

«создание условий и формирование мотивации для ведения здорового образа жизни, включающих формирование у различных групп населения, особенно у подрастающего поколения, мотивации для ведения здорового образа жизни».

Вопросы формирования здорового образа жизни нашли отражение в «Концепции долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2020 года». Одним из основных приоритетов социальной и экономической политики в области развития человеческого потенциала является распространение стандартов здорового образа жизни. При этом основой пропаганды здорового образа жизни должно стать, наряду с информированием о вреде низкой физической активности, нерационального и несбалансированного питания, потребления алкоголя, табака, наркотических и токсических веществ также обучение навыкам по соблюдению правил гигиены и режима труда, учебы, режима и структуры питания».

ФЗ №52 от 30.03.1999г. с изменениями от 13.07. 2015 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» определяет гигиеническое воспитание и обучение, пропаганду здорового образа жизни как обязательное условие обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия страны. Ответственность за здоровье возлагается не только на различные организации но и на самих граждан, которые «обязаны … заботиться о здоровье, гигиеническом воспитании и обучении своих детей». Специально обозначены организа-

ции отдыха и оздоровления детей, дошкольные и другие образовательные учреждения независимо от организационно-правовых форм, которые должны осуществлять меры по профилактике заболеваний, сохранению и укреплению здоровья обучающихся и воспитанников.

Законодательное обеспечение профилактической работы, направленной на формирование здорового образа жизни граждан РФ, в том числе детского населения представлено:

1.Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" профилактика определена одним из основных принципов охраны здоровья и, согласно п. 6 статьи 1, включает комплекс мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни. В статье 12 рассмотрены основные пути обеспечения профилактики. В первичную медико-санитарную помощь включены мероприятия по профилактике заболеваний и состояний, по формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения. Указывается, что все медицинские организации обязаны «проводить пропаганду здорового образа жизни и санитарно-гигиеническое просвещение населения».

Непосредственно формированию здорового образа жизни посвящена статья 30, в которой указывается, что мероприятия по формированию здорового образа лежат в основе профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

Обеспечение проведения профилактических мероприятий, направленных на предупреждение факторов риска развития заболеваний и на раннее их выявление, пропаганда здорового образа жизни вменены в обязанности медицинских организаций, участвующих в реализации программ государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи (статья 79).

В 2013 году принята *Государственная программа РФ «Развитие здравоохранения»*, в которую включена подпрограмма 1 «Профилактика заболеваний и формирование ЗОЖ. Развитие первичной медико-санитарной помощи». Од-

ной из основных задач подпрограммы является «развитие системы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний и формирование ЗОЖ у населения РФ, в том числе снижение распространенности наиболее значимых факторов риска».

В этой подпрограмме определена роль центров здоровья в системе профилактики неинфекционных заболеваний.

Законодательная основа деятельности по формированию ЗОЖ среди детей и подростков нашла отражение в Федеральном законе от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации». В статье 41 «Охрана здоровья обучающихся» настоящего закона указано, что образовательные учреждения должны обеспечивать пропаганду и обучение навыкам здорового образа жизни; организовывать и создавать условия для профилактики заболеваний и оздоровления обучающихся, для занятия ими физической культурой и спортом; обеспечивать профилактику и запрещение курения, употребления алкогольных, слабоалкогольных напитков, пива, наркотических средств и психотропных веществ, их прекурсоров и аналогов и других одурманивающих веществ.

Особое место занимает Указ президента РФ от 01.06. 2012 г. «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012-2017 гг.». Цель стратегии –определить основные направления и задачи государственной политики в интересах детей и ключевые механизмы ее реализации, базирующиеся на общепризнанных принципах и нормах международного права.

Таким образом, на федеральном уровне, этапе законодательного обеспечения деятельности по санитарному просвещению, медицинской профилактике и формированию здорового образа жизни имеются все необходимые документы, позволяющие развивать и совершенствовать это направление.

Однако необходимо отметить, что ни в одном из пречисленных нами нормативных актов нет четкой дефиниции понятия «здоровый образ жизни» (ЗОЖ). В них присутствуют общие фразы, которые констатируют сам факт такого явления как здоровый образ жизни. В сфере профилактики заболеваний употребляются термины «санитарно-просветительная работа, формирование

ЗОЖ, санитарное просвещение, гигиеническое воспитание и обучение» и др., смысл которых трактуется по-разному, что привносит недопонимание, о чем в каждой конкретной ситуации идет речь. Требуется создание понятийного аппарата в сфере медицинской профилактики.

Документы, касающиеся формирования ЗОЖ, в большей степени ориентированы на взрослое население и, частично, на подростков и молодежь. Дети младшего возраста и «семейные» факторы практически не отражены.

Анализ действующих ведомственных нормативных актов системы здравоохранения, непосредственно касающихся деятельности центров здоровья, а также нормативных документов, имеющих отношение к формированию здорового образа жизни среди детского населения показал следующее.

Основным действующим приказом в настоящий момент является приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию ЗОЖ у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в ред. приказов Минздравсоцразвития РФ от 08.06.2010 N 430н, от 19.04.2011 N 328н, от 26.09.2011 N 1074н).

Центры здоровья (ЦЗ) отвечают основным принципам единой профилактической среды:

-единство с европейскими стандартами трехэтапного выявления факторов риска: анкетирование, инструментальные и лабораторные данные, осмотр;

-единую информационную систему регистрации и хранения данных;

-синергию занятий по ЗОЖ в учреждениях здравоохранения и образования;

-направленность семьи на ЗОЖ.

Создание центров здоровья явилось ответом на продолжающийся рост общей, первичной заболеваемости детей и смертности от хронических неинфекционных заболеваний, неэффективность профилактической работы и занять определенное место в создании единой профилактической среды в стране.

Центры здоровья для детей создаются из расчета 0,75 должности врача на 10 тыс. детского населения. По роду своей деятельности / функциям центры здоровья более всего тяготеют к типу медицинского учреждения амбулаторно-поликлинического типа. Приведем для сравнения: крупная детская поликлиника (на 15-20 педиатрических участков) имеет прикрепленное население в среднем 13-17 тыс., что соответствует максимум 1,2 должности врача центра здоровья.

Таким образом, при размещении центра здоровья поликлиника выходит далеко за рамки прикрепленного населения. В то же время, охват детского населения услугами ЦЗ значительно «скромнее», чем детской поликлиники (меньшая доступность). Помимо этого при организации в структуре учреждений здравоохранения ЦЗ возникают определенные трудности, связанные с выделением штатов и площадей, увеличением нагрузки на имеющиеся мощности (скученность, очередность, ухудшение доступности для основного контингента и т.д.).

В действующих документах мы не встретили порядка и стандартов обследования детей в зависимости от возрастных групп, а также нагрузки на врача в ЦЗ, которая в зависимости от региона составляет от 25 до 50 человек в день. Эти данные свидетельствуют о том, что времени на работу по формированию мотивации ЗОЖ жизни явно недостаточно и оно фактически рассчитано только на информирование о результатах обследования.

Важное положение: поликлиника ориентирована на работу с прикрепленным населением (территориальный принцип) и охват каждого ребенка профилактическими осмотрами, а ЦЗ ориентировано на работу с той частью активного населения, которая заинтересована в своем здоровье и его прогнозе. Как показало проведенное нами исследование, именно этой активности явно недостаточно, о чем свидетельствует формирование потоков детей в ЦЗ для обследования.

Предлагаются разные варианты решения этой проблемы:

-орган управления здравоохранением составляет годовой план посещений центров здоровья (опыт Департамента здравоохранения г. Москвы);

-ЦЗ должен принять в год около 10% детского населения, из расчета на которое установлены его штаты- (г. Краснотуртинск, Свердловской области);

-в образовательных учреждениях выделяется педагог для сопровождения учащихся в центр здоровья (опыт работы ЦЗ Р. Татарстан)

Возможны и другие пути решения этой проблемы – выездные формы работы центров здоровья и т.п.

Более эффективным способом привлечения детского населения может стать использование информационных технологий. Развитию этого направления будет способствовать реализация информационно-коммуникативной стратегии по формированию ЗОЖ, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с употреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года (приказ Минздрава России от 30.09.2013 № 677 "Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года").

При разработке планов мероприятий по реализации этой стратегии необходимо учесть возрастные особенности детского населения.

Форма статистической отчетности № 68 (приказ Минздравсоцразвития России от 19.08.2009 № 597н) мало информативна, отражает лишь общее количество осмотренных детей, количество детей с выявленными факторами риска (неизвестно с какими) и число повторно обратившихся детей, что не связано ни с возрастом, ни с поводом обращения, а также эффектом проведенных мероприятий.

Следующим шагом по созданию базы статистического анализа и получения объективных эпидемиологических данных стало письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18.02.2011 № 15-2/10/2-1642, в

котором детское население было дифференцировано на возрастные группы: 0-4; 5-9; 10-14; 15 и 16-17 лет.

По мнению Ивановой А.А. (2012) «данная дифференциация позволяет более адресно выстроить профилактические мероприятия относительно возрастных групп детского населения, но не дает информации о характере выявленных факторов риска, что в свою очередь затрудняют планирование мер популяционного, группового и индивидуального характера».

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 56 от 23.01.2007 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» включает в функции детской поликлиники санитарно-гигиеническое воспитание и образование, проведение работы по формированию здорового образа жизни среди детей, в том числе в образовательных учреждениях и семьях». Однако, время, предусмотренное на проведение профилактической работы, позволяет в реальных условиях заниматься лишь информированием о факторах риска здоровья, но никак не формированием навыков ЗОЖ.

Таким образом, ведомственные документы МЗ РФ включают требования к деятельности учреждений и отдельных медицинских работников, как обязательный компонент: санитарное просвещение, гигиеническое образование, профилактика заболеваний, формирование ЗОЖ. Однако, технологии, стандарты этой работы для разных видов медицинских организаций и специалистов (как врачей, так и медицинских сестер) четко не определены.

Предложения по совершенствованию нормативно- правовой базы, регламентирующей деятельность Центров здоровья для детей:

1.Разработка и утверждение понятийного аппарата в сфере профилактики неинфекционных заболеваний у детей и более четкое определение функций по формированию ЗОЖ среди детей и подростков на разных этапах профилактики.

2. Маршрутизация в Центры здоровья, что влияет на доступность этого вида помощи для детского населения, проживающего в условиях мегаполиса, городской и сельской местности.

3.Определение порядка предоставления профилактических услуг детям и подросткам (структурирование деятельности, обмен информацией, др.).

4.Разработка технологий и стандартов обследования в Центрах здоровья, увязанных с возрастом детей.

5. Внесение дополнений в программу, позволяющих анализировать учетную форму №002-ЦЗ/у-2 «Карта здорового образа жизни ребенка» (приложение №8 к Приказу Минздравсоцразвития РФ от 19.09 г. №597н), в части группировки выявленых факторов риска и функциональных расстройств.

6. Наличие методических рекомендаций по организации школ здоровья для детей с выявленными факторами риска и функциональными расстройствами.

7. Решение на Федеральном уровне вопроса об оплате работы школ здоровья.

8. Разработка стандартов и программ подготовки специалистов для Центров здоровья по всем направлениям медицинской профилактики в детском возрасте.

9. Разработка индикаторов эффективности оценки деятельности ЦЗ для детей.

### 3.2 Анализ деятельности центров здоровья для детей в Уральском Федеральном округе

В состав УФО входят 6 субъектов, на территории которых развернуты 19 Центров здоровья (ЦЗ) для детей: в Свердловской области 6 Центров, в Тюменской - 3, в Челябинской – 5, в Курганской области -1, в Ханты-Мансийском автономном округе - 3 и в Ямало- Ненецком автономном округе 1 Центр. Среднегодовая численность детского населения УФО в возрасте от 0 до 17 лет на 1.01 2013 г. - 2420748 человек. В разрезе каждого субъекта УФО количество детей на один ЦЗ колеблется от 94,7 тыс. (в Тюменской области) до 171 тыс. (в Курганской области). Доля детей, прошедших через ЦЗ в УФО в числе обследований по России, в 2013 году практически не изменилась по сравнению с преды-

дущим годом и составила 10,3% (111958 человек) (в 2012 г. - 10,7% (114711 человек).

Деятельность ЦЗ УФО в системе оказания профилактической помощи детскому населению изучалась по форме № 68 «Сведения о деятельности центра здоровья» в РФ, дополненной информацией в соответствии с письмом Минздравсоцразвития РФ от 18.02. 2011 г. №15-2/10/2-1642 (Приложение 1 «Информация о деятельности центров здоровья для детей»).

Согласно полученным результатам наиболее многочисленной является группа детей в возрасте 0-4 года –33,5% (809774 человек), затем следуют дети 5-9 лет – 27,7% (670855), 10-14 лет – 24,1% (583788); 15 лет – 4,7% (113242) и 16-17 лет – 10,0% (243189) (табл. 3.2.1).

Через ЦЗ для детей в УФО за 2013 г. прошло 111976 детей в возрасте от 0 до 17 лет, что на 1000 детского населения составило 46,3 посещений. Это на 6,1 посещений превышает среднероссийский показатель 40,2.

Из числа обследованных в 2012 г. здоровыми были признаны- 36,5% детей (41927 человек), а в 2013 г. - 27,7% (31032 ребенка) ($p<0,05$). Данные цифры, возможно, свидетельствуют о том, что в 2013 г. в ЦЗ более активно направлялись дети не только 1 и 2 групп здоровья, но и уже имеющие ранее установленный диагноз. Так, из детских стационаров в 2013 г. ЦЗ было направлено 52 ребенка, из них 28 в возрасте 10-14 лет, 15 детей 16-17-лет, 6 детей – 15-лет и 3 ребенка в возрасте 5-9 лет. Судить о мотивах этих направлений не представляется возможным.

Степень охвата детского населения осмотрами в ЦЗ УФО в разрезе возрастных групп, в силу различных причин, была не однородна и составила 6,6‰ у 0-4-летних; 58,3‰ – у 5-9-летних; 69,4‰ – 10-14-летних. Самые высокие показатели посещения ЦЗ - 93,6‰ – у 15-летних и существенно ниже – 67,6‰ – у 16-17-летних подростков. Повторные посещения составили 11,6% (14805 детей).

Таблица 3.2.1 Данные о возрасте и посещении ЦЗ детьми в Уральском ФО по состоянию на 31.12.2013 г. (Ф.68)

| Возраст | | обратившиеся в центр здоровья, в том числе | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | население | Всего посетило детей | % | на 1000 | самостоятельно | % | с родителями, законными представителями | % | направлены ЛПУ по м.ж. | % | из стационара | % | Направлены мед-раб. обр. учреждений | % |
| Всего, в т.ч. | 2420848 | 111976 | 100,0 | 46,3 | 7563 | 6,8 | 31216 | 27,9 | 18800 | 16,8 | 52 | 0,0 | 53722 | 48,0 |
| 0-4 года | 809774 | 5372 | 4,8 | 6,6 | 362 | 6,7 | 2020 | 37,6 | 702 | 13,1 | 0 | 0,0 | 2284 | 42,5 |
| 5-9 лет | 670855 | 39094 | 34,9 | 58,3 | 847 | 2,2 | 14590 | 37,3 | 7009 | 17,9 | 3 | 0,0 | 16486 | 42,2 |
| 10-14 лет | 583788 | 40521 | 36,2 | 69,4 | 647 | 1,6 | 12728 | 31,4 | 7489 | 18,5 | 28 | 0,1 | 19516 | 48,2 |
| 15 лет | 113242 | 10597 | 9,5 | 93,6 | 1474 | 13,9 | 773 | 7,3 | 1573 | 14,8 | 6 | 0,1 | 6596 | 62,2 |
| 16-17 лет | 243189 | 16392 | 14,6 | 67,6 | 4233 | 25,8 | 1105 | 6,7 | 2027 | 12,4 | 15 | 0,1 | 8840 | 53,9 |
| Повторные посещения | | 14805 | 11,6 | 6,2 | 1227 | 8,1 | 6773 | 44,8 | 1190 | 0,5 | 0 | 0,0 | 5926 | 39,2 |
| **итого** | **2420848** | **127092** | **100,0** | **52,5** | **8790** | **6,9** | **31068** | **24,4** | **19990** | **15,7** | **52** | **0,04** | **59648** | **46,9** |

| Возраст | из них выявлено | | | | назначено индивид планов | | направлено | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | здоровых | % | с функ-ми расстройствами | % | абс | % | к врачам-специалистам центра здоровья | % | в АПУ | % | в стационар | % |
| Всего, в т.ч. | 31032 | 27,7 | 80926 | 72,3 | 101623 | 90,8 | 29337 | 26,2 | 29973 | 26,8 | 14 | 0,0 |
| 0-4 года | 2670 | 49,7 | 2700 | 50,3 | 4066 | 75,7 | 382 | 7,1 | 581 | 10,8 | 1 | 0,0 |
| 5-9 лет | 12032 | 30,8 | 27309 | 69,9 | 35516 | 90,8 | 8571 | 21,9 | 10466 | 26,8 | 1 | 0,0 |
| 10-14 лет | 10272 | 25,3 | 29988 | 74,0 | 37527 | 92,6 | 11096 | 27,4 | 11090 | 27,4 | 6 | 0,0 |
| 15 лет | 2381 | 22,5 | 8215 | 77,5 | 10008 | 94,4 | 2415 | 22,8 | 2736 | 25,8 | 0 | 0,0 |
| 16-17 лет | 3677 | 22,4 | 12714 | 77,6 | 14506 | 88,5 | 6873 | 41,9 | 5100 | 31,1 | 3 | 0,0 |
| Повторные посещения | 6617 | 43,8 | 8188 | 54,2 | 14703 | 97,3 | 3771 | 24,9 | 2992 | 19,8 | 0 | 0,0 |
| **итого** | **37649** | **29,6** | **89114** | **70,1** | **116326** | **91,5** | **33108** | **26,1** | **32965** | **25,9** | **11** | **0,0** |

Анализ посещений представлен в контексте каждой территории. Однако дать оценку применительно к возрастным группам не представляется возможным, поскольку эта информация не включена в отчетную форму № 68.

Нет в ней граф о конкретно выявленных функциональных или иных нарушениях и факторах риска, о посещении детьми школ здоровья и эффективности работы последних.

Оценка деятельности ЦЗ в разрезе территорий и возрастных диапазонов свидетельствует о региональных особенностях организации их работы.

Так, в трех субъектах – в Курганской, Челябинской областях и ЯНАО - дети в возрастной группе 0-4 года вообще не посещали ЦЗ, что может быть обусловлено следующими причинами:

- отсутствием шаговой доступности ЦЗ и табельного технического оснащения для детей данной возрастной группы;

- наличием кабинета здорового ребенка в территориальной поликлинике, где родители могут получить необходимые профилактические консультации;

- проведением санитарно-просветительской работы и профилактического консультирования непосредственно врачом – педиатром участковым.

В трех территориях: Свердловская и Тюменская области, ХМАО ситуация была иной. Так, в ХМАО в расчете на 1000 детей 0-4 лет было сделано - 12.1, в Свердловской области - 10,3, в Тюменской- 4,2 посещения.

Организация и эффективность этих посещений требует дополнительного изучения. В то же время, можно предположить следующее:

-ЦЗ частично выполняют функцию кабинета здорового ребенка;

-руководителем ЦЗ является врач неонатолог, который активно берет на себя работу с детьми в возрасте до года и использует школу здоровья для занятий с ребенком и его родителями.

Частота посещений детей в возрасте 5-9 и 10-14 лет в расчете на 1000 соответствующего населения в территориях округа представлена в табл. 3.2.2

Представленные данные, характеризуют отдельные территории, из которых лидером в обеих возрастных группах является Тюменская, а аутсайдером Курганская область.

Таблица 3.2. 2.- Число посещений ЦЗ детьми возрастных групп 5-9 и 10-14 лет в расчете на 1000 соответствующего населения в территориях округа в абсолютных числах и ‰

| Территория | 5-9 лет | | | 10-14 лет | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Всего детей | Число первичных посещений | На 1000 | Всего детей | Число первичных посещений | На 1000 |
| Свердловская | 268836 | 16166 | 60,1* | 190567 | 18400 | 96,5* |
| Челябинская | 221724 | 8771 | 39,6* | 161332 | 9988 | 61,9* |
| Тюменская | 100646 | 7662 | 76,1* | 64968 | 6993 | 107,6* |
| Курганская | 56041 | 1202 | 21,4 | 42698 | 1103 | 25,8 |
| ХМАО | 121648 | 3750 | 30,8 | 92207 | 2636 | 28,6 |
| ЯНАО | 40849 | 1543 | 37,7 | 34016 | 1401 | 41,2 |

Полученные данные свидетельствуют о том, что территориях округа посещаемость ЦЗ детьми в возрастной группе 5-9 лет отличается в 3,5 раза: от 21,4 в Курганской до 76,1 в Тюменской области ($p \leq 0,005$). Та же закономерность отмечена и в группе детей 10-14 лет: лидером является Тюменская, аутсайдером Курганская область, соответственно 107,6 против 25,8 ($p \leq 0,005$).

Статистически достоверна разница в посещениях ЦЗ между возрастными группами в Свердловской, Челябинской и Тюменской областях ( $*p<0,05$).

Частота посещений ЦЗ подростками в 15 и 16-17 лет представлена в табл. 3.2. 3.

Таблица3.2.3 – Число посещений ЦЗ детьми возрастных групп 15 и 16-17 лет в расчете на 1000 соответствующего населения в УФО (абс. числа и ‰).

| Территория | 15 лет | | | 16-17 лет | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Всего детей | Число первичных посещений | На 1000 | Всего детей | Число первичных посещений | На 1000 |
| Свердловская | 37542 | 4464 | 118,9* | 81309 | 5361 | 65,9 |
| Челябинская | 31302 | 3790 | 121,0* | 68590 | 7867 | 114,7* |
| Тюменская | 12567 | 1347 | 107,2* | 27014 | 1257 | 46,5 |
| Курганская | 8039 | 419 | 52,1* | 17291 | 873 | 50,5 |
| ХМАО | 17023 | 367 | 21,5* | 35104 | 745 | 21,2* |
| ЯНАО | 6769 | 210 | 31,0* | 13881 | 289 | 20,8* |

$*p<0,05$

В возрастной группе 15 лет лидирующие позиции занимают Челябинская, Свердловская и Тюменская область. Полученные в них результаты, скорее всего, связаны с тем, что через ЦЗ проходят подростки, становящиеся на учет в военкоматах. В то же время, в ХМАО и ЯНАО на 1000 подростков в возрасте 15 лет через ЦЗ проходят соответственно 21,5 и 31,0 человек. Следовательно, ресурс возможностей ЦЗ в этих территориях используется недостаточно.

Особое внимание следует обратить на группу старших подростков 16-17 лет. Из каждой тысячи подростков данной группы 114 посетили ЦЗ в Челябинской и 65,9 в Свердловской области. В остальных территориях эта цифра колебалась от 20,8 в ЯНАО до 50,5 в Курганской области. В отчетной форме не представлена половая дифференциация подростков. Можно предположить, что столь низкий охват подростковой аудитории осмотрами в ЦЗ связан с недостаточной эффективностью традиционных форм приглашения, отсутствием достоверной и привлекательной для молодежи формы подачи информации, например через сайты образовательных учреждений.

Следует отметить, что все возрастные категории подпадают под действие Приказа Министерства Здравоохранения РФ от 21. 12. 2012 №13,46 н. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них». Использование ЦЗ в контексте выполнения приказа позволит с одной стороны обеспечить поток посетителей, с другой обеспечит специалистов ценной информацией, касающейся факторов риска возникновения болезней.

Повторные визиты в ЦЗ УФО составили в 2013 г. 11,9% (15116) от итогового числа визитов (127092), что на 3,1% ниже, чем в среднем по РФ. В структуре посещений субъектов Федерации они колеблются от 19,0% в Тюменской области до 5,4% в ХМАО. Выявленный 3,5 кратный разрыв уровня показателя повторных посещений в территориях требует отдельного исследования, так как данные об их целях, частоте и структуре в отчетной форме № 68 не представлены.

Удельный вес детей с функциональными расстройствами среди повторно посетивших ЦЗ колебался, в зависимости от территории, от 0% до 24,7%.

Таким образом, анализ деятельности ЦЗ, выполненный в разрезе территорий, показал, что форма №68 в части повторных визитов не несет информации, связанной:

1. С поводом повторного визита в разрезе возрастной группы.

2. В графе «направлено в АПУ» нет расшифровки, в связи с чем направлен ребенок и к какому специалисту.

3.Повод направления не отражен и в следующей графе «направлено в стационар».

4.Отсутствием возможности однозначно трактовать следующие графы: «обратились в ЦЗ самостоятельно», «обратились в ЦЗ с родителями, законными представителями», так как непонятно, чем отличается первое от второго.

В то же время, сумма повторных посещений по УФО, отраженная в этих графах составляет 8000 или 53% от общего количества повторных посещений.

5. С отсутствием информации о том с кем ребенок, направленный из образовательного учреждения, совершает повторный визит - с родителями, медицинским персоналом, педагогами или самостоятельно.

Таким образом, выявленные проблемные зоны информационного характера не позволяют всесторонне анализировать ситуацию на уровне муниципального образования, территории и ФО в целом, что препятствует разработке порядков и стандартов оказания услуг ЦЗ для детей в соответствии с возрастно-половыми особенностями.

Полученные результаты свидетельствуют о том, что в Свердловской области доля повторных визитов на 0,6% превышает средний показатель по УФО (11,9%) и в расчете на 1000 детского населения области они составили 8,4‰. В Челябинской области повторные визиты на 3,6% ниже среднего показателя по УФО, они составили 4,3‰ в расчете на 1000 детского населения. Доля повторных визитов в Тюменской области на 7,1% превышает средний показатель по УФО (11,9%), а в расчете на 1000 детского населения области они составили

14,6‰. В Курганской области и Ханты- Мансийском автономном округе отмечаются самые низкие по УФО показатели повторных визитов, их доля на 6,5% и 4% ниже среднего показателя по УФО (1,4‰ и 1,8‰ в расчете на 1000 детского населения, соответственно), что свидетельствует об отсутствии оплаты повторных визитов в системе ОМС в этих субъектах. Доля повторных визитов в ЦЗ Ямало-Немецкого автономного округа на 1,7% выше среднего показателя по УФО (11,9%) и в расчете на 1000 детского населения области они составили 4‰.

Анализ первых лет работы ЦЗ УрФО выявил недостатки нормативной и правовой базы и проблемы организационно-методического характера, а именно:

1.При имеющемся табеле оснащения, в том числе программного обеспечения, и предложенных методических приемах работы охватить осмотрами на приборах детей в возрасте от 0 до 4 лет, а фактически до 6 лет, не представляется возможным.

2.Низкая плотность детского населения на большей части территории УФО (в т.ч. ХМАО и ЯНАО), недостаточная информированность о деятельности ЦЗ как среди медицинских работников, так и населения приводят к сложностям выполнения «плана посещений» по приему детей.

3.Отсутствие регламентации повторных визитов в Центры здоровья, унифицированной системы их оплаты, оплаты консультаций психологов и проведения школ здоровья по основным компонентам здорового образа жизни в системе ОМС, более того, не разработаны четкие критерии эффективности работы последних.

4.Не утверждена процедура документооборота и обмена информацией между ЦЗ, медицинскими учреждениями общей лечебной сети и медицинскими кабинетами образовательных учреждений, так же входящими в структуру медицинских учреждений.

5.Информация, содержащаяся в Учетной форме № 025у, не используется для формирования заключения о наличии факторов риска развития хрониче-

ских неинфекционных заболеваний, последующего анализа и разработки индивидуальных программ профилактики.

Таким образом, на ведомственном уровне требуется разработка стандартов и порядков, охватывающих все виды деятельности ЦЗ, на основании скорректированной нормативной базы и определением единых для страны тарифов в системе ОМС.

# ГЛАВА 4. ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

## 4.1 Распространенность и структура факторов риска и функциональных расстройств у детей

Межтерриториальный центр здоровья полноценно функционирует с 2011 года. Итоги работы за 2011-2014 гг. (Ф №68) представлены в табл. 4.1.1, 4.1.2, 4.1.3., 4.1.4. Анализ представленного материала свидетельствует о том, что численность детей, обследованных в течение года, варьировала от 7688 человек в 2011 г, достигая максимума в 2012 (8409) и 2013 г (8541) и 7678 детей в 2014 г. Всего за 4 года было осмотрено 32316 человек. Дети возрастной группы 0-4 года за этот период времени составили 337 человек, т.е. менее 1% от общей численности. Это связано со следующими причинами:

-родители предпочитали обращаться за советами к участковым педиатрам по месту жительства или в кабинеты здорового ребенка;

-приборная база ЦЗ на рассчитана на работу с детьми 0-4 года;

-отсутствует шаговая доступность ЦЗ.

По численности возрастных групп в 2011 и 2014 гг. преобладали дети 5-9 лет 33,9%), а в 2012 и 2013 гг. 10- 14 лет (35,7%).

Следует обратить внимание на группу подростков 15-17 лет, которыми за указанный период времени было сделано 8647 (26,7%) посещений. Их количество определяется не только личной активностью, связанной с любопытством, межличностным общением, но и организацией онлайн ЦЗ – самостоятельно пришли на осмотр в 2014 г. 801 подросток против 663 в 2012 и 678 в 2013 гг. ($p \leq 0,05$).

Особенностью работы с подростками является следующее:

-их не сопровождают родители, до которых информацию о выявленных факторах риска и функциональных расстройствах доносят классные руководители и/или медицинские работники школ и только в отдельных случаях сами обследованные школьники;

Таблица 4.1.1 - Дети 0 -17, обследованные в ЦЗ в 2011 году.

| Возраст | Обратившиеся в центр здоровья, в том числе | | | | | | Из них выявлено | | Назначено индивидуальных планов | Направлено | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | всего | самостоятельно | с родителями, законными представителями | Направлены ЛПУ | из стационара | направлены медработниками обр. учреждений | здоровых | с функциональными расстройствами | | к врачам-специалистам центра здоровья | в АПУ | в стационар |
| Всего в т. ч. | 7688 | 346 | 199 | 75 | 0 | 7068 | 3724 | 3964 | 4026 | 0 | 1393 | 15 |
| 0 - 4 года | 96 | 0 | 0 | 0 | 0 | 96 | 70 | 26 | 26 | 0 | 12 | 0 |
| 5 - 9 лет | 2883 | 45 | 45 | 3 | 0 | 2790 | 1772 | 1111 | 1111 | 0 | 125 | 2 |
| 10 - 14 лет | 2169 | 34 | 34 | 5 | 0 | 2096 | 1253 | 916 | 916 | 0 | 179 | 8 |
| 15 лет | 775 | 117 | 0 | 55 | 0 | 603 | 197 | 578 | 578 | 0 | 225 | 3 |
| 16 - 17 лет | 1595 | 150 | 0 | 12 | 0 | 1433 | 432 | 1163 | 1225 | 0 | 852 | 2 |
| повторно | 170 | 0 | 120 | 0 | 0 | 50 | 0 | 170 | 170 | 0 | 0 | 0 |

Таблица 4.1.2 -Дети 0 -17 лет, обследованные в ЦЗ в 2012 году.

| Возраст | Обратившиеся в центр здоровья, в том числе | | | | | | Из них выявлено | | Назначено индивидуальных. планов | Направлено | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | всего | самостоятельно | с родителями, законными представителями | Направлены ЛПУ | из стационара | направлены медработниками обр. учреждений | здоровых | с функциональными расстройствами | | к врачам-специалистам центра здоровья | в АПУ | в стастационар |
| Всего<br>в т. ч. | 8409 | 314 | 271 | 203 | 0 | 7756 | 3382 | 5027 | 5027 | 0 | 4728 | 120 |
| 0 - 4 года | 97 | 11 | 11 | 0 | 0 | 75 | 59 | 38 | 38 | 0 | 30 | 1 |
| 5 - 9 лет | 2545 | 35 | 35 | 25 | 0 | 2450 | 1270 | 1275 | 1275 | 0 | 1175 | 12 |
| 10 - 14 лет | 3665 | 76 | 76 | 23 | 0 | 3490 | 1565 | 2100 | 2100 | 0 | 2033 | 43 |
| 15 лет | 663 | 14 | 11 | 35 | 0 | 603 | 243 | 420 | 420 | 0 | 411 | 52 |
| 16 - 17 лет | 1251 | 41 | 3 | 69 | 0 | 1138 | 245 | 1006 | 1006 | 0 | 992 | 11 |
| повторно | 188 | 137 | 135 | 51 | 0 | 0 | 0 | 188 | 188 | 0 | 87 | 1 |

Таблица 4.1.3- Дети 0 -17 лет, обследованные в ЦЗ в 2013 году.

| Возраст | Обратившиеся в центр здоровья, в том числе | | | | | | Из них выявлено | | Назначено индивидуальных. планов | Направлено | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | всего | самостоятельно | с родителями, законными представителями | Направлены ЛПУ | из стационара | направлены медработниками обр. учреждений | здоровых | с функциональными расстройствами | | к врачам-специалистам центра здоровья | в АПУ | в стационар |
| Всего в т. ч. | 8541 | 362 | 720 | 153 | 0 | 7306 | 2590 | 5951 | 5951 | 0 | 4065 | 202 |
| 0 - 4 года | 27 | 4 | 23 | 0 | 0 | 0 | 20 | 7 | 7 | 0 | 3 | 0 |
| 5 - 9 лет | 2563 | 61 | 279 | 59 | 0 | 2164 | 1136 | 1427 | 1427 | 0 | 895 | 27 |
| 10 - 14 лет | 3709 | 96 | 140 | 22 | 0 | 3451 | 1197 | 2512 | 2512 | 0 | 1723 | 99 |
| 15 лет | 678 | 78 | 55 | 11 | 0 | 534 | 140 | 538 | 538 | 0 | 501 | 57 |
| 16 - 17 лет | 1259 | 63 | 23 | 21 | 0 | 1152 | 97 | 1162 | 1162 | 0 | 920 | 19 |
| повторно | 305 | 60 | 200 | 40 | 0 | 5 | 0 | 305 | 305 | 0 | 23 | 0 |

Таблица 4.1.4- Дети 0 -17 лет, обследованные в ЦЗ в 2014 году.

| Возраст | Обратившиеся в центр здоровья, в том числе | | | | | | Из них выявлено | | Назначено индивидуальных планов | Направлено | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | всего | самостоятельно | с родителями, законными представителями | Направлены ЛПУ | из стационара | направлены медработниками обр. учреждений | здоровых | с функциональными расстройствами | | к врачам-специалистам центра здоровья | в АПУ | в стационар |
| Всего в т. ч. | 7678 | 441 | 1431 | 445 | 0 | 6349 | 1819 | 5859 | 5773 | 0 | 4306 | 677 |
| 0 - 4 года | 117 | 117 | 117 | 75 | 0 | 0 | 50 | 67 | 67 | 0 | 56 | 11 |
| 5 - 9 лет | 2983 | 197 | 597 | 349 | 0 | 2240 | 847 | 2136 | 2136 | 0 | 1459 | 159 |
| 10 - 14 лет | 2002 | 79 | 379 | 0 | 0 | 1844 | 455 | 1547 | 1547 | 0 | 1125 | 341 |
| 15 лет | 801 | 43 | 131 | 0 | 0 | 727 | 97 | 704 | 704 | 0 | 501 | 75 |
| 16 - 17 лет | 1625 | 101 | 75 | 0 | 0 | 1509 | 370 | 1255 | 1255 | 0 | 1150 | 91 |
| повторно | 150 | 0 | 132 | 21 | 0 | 29 | 0 | 150 | 150 | 0 | 15 | 0 |

-данная возрастная группа нуждается в рекомендациях в виде консультирования, основой которого является формирование мотиваций изменить рискованное поведение.

Основным местом оказания услуг является образовательное учреждение, потоки детей из которых формируются медицинскими работниками.

В отчетной форме №68 есть графа, в которую заносятся сведения о том, с кем пришел ребенок на обследование – «с родителями, законными представителями». С учетом специфики выездной деятельности, это педагог или медицинский работник образовательной организации. Наличие информированного согласия родителей на осмотр школьников в возрасте до 15 лет не решает проблему, так как абсолютное большинство визитов (до 90%) завершалось при отсутствующих родителях, которые должны непосредственно получить информацию о том, как выстроить здоровый образ жизни ребенка в рамках семьи. Это же касается и подростков 15 -17 лет.

Динамика детей, направленных на обследование в ЦЗ специалистами АПУ по месту жительства составляла от 2,6% в 2011 г. до 5,9 в 2014, что свидетельствует о том, что врачи-педиатры не используют этот профилактический ресурс.

Основной поток первичных посещений -88% стабильно формируется медицинскими работниками образовательных учреждений. Однако, они мало заинтересованы в результатах работы ЦЗ, выявившего факторы риска и/или функциональные расстройства у школьников. Об этом свидетельствует незначительное число повторных посещений- за четыре года 813 человек (2,5%), сложности с организацией работы школ здоровья на выезде, отсутствие родителей при осмотре ребенка.

Анализ формы №68 показал, что с 2011 года увеличивается число детей с функциональными расстройствами (ФР). Так в 2011 году их было выявлено 3964 детей из 7688 осмотренных, что составило 51,7% от числа здоровых детей. В 2014 году количество детей с функциональными расстройствами составило 5859 (76,3%) из 7678 осмотренных ($p \leq 0,05$).

Наибольшее число детей с функциональными расстройствами относятся к старшей возрастной группе, что подтверждает данные многочисленных исследований о состоянии здоровья подростков ( Баранов А.А., Ильин А.Г., 2011; Антонова Е.В., 2011; Баранов А.А., 2014 и др.). Так из числа 16-17 - летних подростков, первично посетивших ЦЗ доля здоровых в 2011 году составила 23%, в 2012 г. 19.5%, в 2013г. 17,7%, в 2014 г. 22,7%.

Всем детям с выявленными функциональными расстройствами назначаются индивидуальные планы по их коррекции.

Необходимо отметить, что увеличивается количество детей у которых при осмотре выявляется не только ФР, но и различные заболевания. В 2011 году к специалистам АПУ было направлено 1393 ребенка, в 2014 году – в три раза больше- 4306 детей. Растет количество детей направленных в стационары круглосуточного и дневного пребывания. Так в 2011 году в стационар было направлено 15 детей, в 2012 г-120, в 2013- 202. в 2014 году общее число направленных 677 детей, среди которых 11 детей в возрасте 0-4 лет; 159 детей 5-9 лет; 341 ребенок в возрасте 10-14 лет; 75 детей в возрасте 15 лет, 91 ребенок 16-17 лет. Отмеченная особенность работы ЦЗ связана:

- с переходом ЛПУ в статус межмуниципального центра, в связи, с чем в зону действия ЦЗ попали дети с отдаленных территорий, в которых отсутствовали врачи-педиатры;

-укомплектованностью образовательных учреждений, в лучшем случае, средними медицинскими работниками, которые преимущественно занимаются вакцинацией детей;

-приданием ЦЗ функции выездного педиатрического кабинета, так как в его составе работают квалифицированные врачи -педиатры.

Перечень патологических расстройств, послужившей основанием для направления ребенка в стационар круглосуточного или дневного пребывания в 2014 году представлен в табл. 4.1.5.

Таблица 4.1.5. Перечень расстройств, послуживший основанием для направления детей в стационар

| | | |
|---|---|---|
| Стационар круглосуточного пребывания N-365 | | |
| Наименование отделения | | |
| Неврологическое N-124 | Гастроэнтерологическое N-173 | Хирургическое N-68 |
| РЦОН-резидуальная церебро-органическая недостаточность | Хронический гастрит | Грыжи |
| Головные боли неясной этиологии | Гастродуаденит | Варикоцеле |
| Синкопальные состояния | Синдром раздраженного кишечника | Фимоз |
| Фибрильные судороги в анамнезе | Язвенная болезнь | Сколиозы 2-3 степени |
| | Исключение глистно-паразитарной инфекции | |
| Стационар дневного пребывания N-312 | | |
| Наименование отделения | | |
| Неврологическое N-103 | Гастроэнтерологическое N-209 | |
| Вегето-сосудистая дистония | Хронический гастрит | |
| | Дуаденит | |
| | Язвенная болезнь | |
| | Хронический холецистит | |

Из таблицы видно, что превалирующей патологией являются: болезни нервной системы – класс YI, болезни органов пищеварения -класс XI , болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани – класс YIII по МКБ-10. Выявленная патология не входит в число шести классов, составляющих более 85% в структуре первичной заболеваемости детей по обращаемости (Ф 12) по данным 2014 года (табл. 4.1.6)

Таблица 4.1.6-Ранговая структура первичной заболеваемости детей и подростков в 2014 году

| Ранг | 7-14 лет | 15-17 лет |
|---|---|---|
| 1 | Болезни органов дыхания | Болезни органов дыхания |
| 2 | Болезни кожи и подкожной клетчатки | Болезни кожи и подкожной клетчатки |
| 3 | Травмы, отравления | Травмы, отравления |
| 4 | Некоторые инфекционные и паразитарные болезни | Болезни уха и сосцевидного отростка |
| 5 | Болезни уха и сосцевидного отростка | Некоторые инфекционные и паразитарные болезни |
| 6 | Болезни глаза и его придаточного аппарата | Болезни глаза и его придаточного аппарата |

В то же время, заболеваемость – показатель, четко реагирующий на изменение условий среды. При его анализе можно получить наиболее правильное представление о частоте возникновения и динамике болезней, а так же об эффективности комплекса социально-гигиенических и лечебных мероприятий по их профилактике (Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Модестов А.А. и др., 2012).

Подтверждена статистически значимая закономерность, свидетельствующая о том, что чем старше становятся школьники, тем меньше здоровых отмечается в каждой возрастной группе (табл. 4.1.7).

Таблица 4.1.7. Доля здоровых детей в каждой возрастной группе (абс /%)

| Возрастные группы | Число детей в группе | В т.ч. здоровых | % |
|---|---|---|---|
| 7-9 | 2893 | 809 | 28,0* |
| 10-14 | 2002 | 422 | 21,0 |
| 15 | 801 | 118 | 14.7 |
| 16-17 | 1625 | 98 | 6,0* |
| ИТОГО | 7321 | 1447 | 30,3 |

*$p \leq 0,05$

Обработка в ручном режиме учетной формы №002 – ЦЗ/у-2– карта здорового образа жизни ребенка позволила получить следующие данные (табл.4.1.8).

Таблица 4.1.8- число факторов риска и функциональных расстройств, выявленных в каждой возрастной группе

| Возрастные группы | всего детей в группе | кол-во детей без ФР | Кол-во детей с ФР | Кол-во выявлено функциональных расстройств |
|---|---|---|---|---|
| 7-9 | 2893 | 809 | 2084 | 3212 |
| 10-14 | 2002 | 422 | 1580 | 2875 |
| 15 | 801 | 118 | 683 | 1577 |
| 16-17 | 1625 | 98 | 1527 | 3513 |
| Итого | 7321 | 1447 | 5874 | 11177 |

Таким образом, при осмотре 7321 школьника было выявлено 11177 факторов риска и функциональных расстройств, что в пересчете на 1 ребенка составило 1,5. Следующим шагом было определение количества ФР и функциональных расстройств в расчете на 1 осмотренного в разрезе каждой возрастной группы и в пересчете на 1 школьника из группы детей с выявленными расстройствами, численность которой составляла 5874 человека (табл. 4.1.9).

Пересчет выявленных 11177 факторов риска и функциональных расстройств на одного ребенка из группы в количестве 5874 человека составил 1,9.

Таким образом доказано, что данные, представляемые в отчетной Ф №68 не соответствуют реальной ситуации: количество факторов риска и функциональных расстройств на всех осмотренных детей в среднем составляет 1,52 фактора, при этом в расчете на детей с выявленными расстройствами средняя цифра составляет 1,9 (P≥0,05).

Таблица 4.1.9- Количество факторов риска и функциональных расстройств в расчете на 1 осмотренного ребенка

| Возрастные группы | Кол-во выявл. ФР и функциональных расстройств | Всего детей в группе | В расчете на 1 ребенка | Кол-во детей с ФР и функциональными расстройствами | В расчете на 1 ребенка с ФР |
|---|---|---|---|---|---|
| 7-9 | 3212 | 2893 | 1,1* | 2084 | 1,54** |
| 10-14 | 2875 | 2002 | 1,43 | 1580 | 1,8 |
| 15 | 1577 | 801 | 1,97 | 683 | 2,3** |
| 16-17 | 3513 | 1625 | 2,16* | 1527 | 2,3** |
| Итого | 11177 | 7321 | **1,52** | 5874 | **1,9** |

* P≥0,05; ** P≥0,05

Затем, нами была установлена доля детей с числом выявленных расстройств от 1 до пяти в разрезе возрастных групп (табл.4.1.10).

Таблица 4.1.10- Доля детей с несколькими факторами риска и функциональных расстройств %).

| Количество выявленных ФР | 7-9 лет | 10-14 лет | 15 лет | 16-17 лет |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 19,5* | 5,5* | 1,0* | 0,7* |
| 2 | 54,0** | 25,5** | 13,7** | 10,1** |
| 3 | 20,0 | 49,0 | 39,5 | 38,2 |
| 4 | 5,0*** | 15,0*** | 39,1*** | 44,1*** |
| 5 | 1,5 | 5,0 | 6,6 | 6,8 |
| ИТОГО | 100% | 100% | 100% | 100% |

* P≤0,05; ** P≤0,05 ; ***P≥0,05

Анализ таблицы показал, что доля детей, имеющих один, фактор статистически достоверно уменьшается с возрастом и минимально у подростков 16-17 лет. Эта же тенденция отмечена в отношении наличия двух факторов. Обратная картина наблюдается у школьников с тремя, четырьмя и пятью факторами. Их доля статистически достоверно увеличивается с возрастом: от 20% в группе 7-9 лет до 38,2 ( в группе с тремя факторами); с 5% до 44,1% с четырьмя и с 1,5% до 6,2% с пятью. Таким образом, можно говорить о сочетанных факторах риска (СФР).

Таблица 4.1.11 - Выявленные факторы риска и функциональные расстройства в абсолютных значениях и в расчете на 100 детей каждой возрастной группы

| Возраст | 7-9 лет | | | | 10-14 лет | | | | 15 лет | | | | 16-17 лет | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Всего детей | N 2084 | | | | N 1580 | | | | N 683 | | | | N 1527 | | | |
| | мальчики | | девочки | | мальчики | | девочки | | мальчики | | девочки | | мальчики | | девочки | |
| | 970 | | 1114 | | 953 | | 1049 | | 308 | | 375 | | 844 | | 683 | |
| Факторы риска | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 | кол-во | На 100 |
| 1. Наследственность | 201 | 20,7 | 213 | 19,1 | 152 | 10,9 | 157 | 10,6 | 74 | 10,9 | 80 | 8,9 | 217 | 11,9 | 183 | 10,8 |
| 2. Курение | 16 | 1,6 | 14 | 1,2 | 74 | 5,3 | 62 | 4,2 | 46 | 6,7 | 58 | 6,5 | 209 | 11,5 | 185 | 10,9 |
| 3. Избыточный вес | 158 | 16,3 | 178 | 16,0 | 88 | 6,3 | 160 | 10,7 | 26 | 3,8 | 67 | 7,5 | 61 | 3,4 | 142 | 8,4 |
| 4. Гипотрофия | 120 | 12,4 | 148 | 13,3 | 50 | 3,6 | 47 | 3,2 | 14 | 2,0 | 21 | 2,3 | 31 | 1,7 | 41 | 2,4 |
| 5. Гиподинамия | 121 | 12,4 | 170 | 15,3 | 216 | 15,5 | 257 | 17,3 | 185 | 27,2 | 270 | 30,1 | 475 | 26,2 | 431 | 25,4 |
| 6. Стресс | 175 | 18,0 | 230 | 20,6 | 145 | 10,6 | 129 | 8,7 | 48 | 7,0 | 40 | 4,5 | 90 | 4,9 | 82 | 4,8 |
| 7. Повышение АД | 3,1 | 2,1 | 46 | 4,1 | 136 | 9,8 | 121 | 8,1 | 63 | 9,3 | 79 | 8,8 | 145 | 8,0 | 124 | 7.3 |
| 8. Нерациональное питание | 611 | 63,0 | 781 | 70,1 | 528 | 38,0 | 553 | 37,2 | 225 | 33,1 | 281 | 31,4 | 587 | 32,4 | 510 | 30,0 |
| ВСЕГО | 1432 | 147,6 | 1780 | 159,8 | 1389 | 100 | 1486 | 100 | 681 | 100 | 896 | 100 | 1815 | 100 | 1698 | 100 |

* $P \leq 0,05$; ** $P \leq 0,05$ ; ***$P \geq 0,05$

В расчете на 100 детей:
7-9 лет – 154,1; 10-14 лет -182,0 ; 15 лет -230,9; 16-17- 230,0

В анализируемой таблице 4.1.11 представлены суммарные данные по выявленным факторам риска и функциональным расстройствам в расчете на 100 детей каждой возрастной группы, что делает возможным сравнивать полученные нами показатели с результатами детских ЦЗ в различных субъектах федерации.

Во всех возрастных группах преобладает «нерациональное питание». Однако, выявлен устойчивый тренд снижения данного фактора риска от 42,6% в группе 7-9 лет до 32,4% в возрасте 16-17 лет у мальчиков и соответственно с 43,8% до 30% у девочек. Скорее всего, это связано с устойчивой пропагандой здорового питания на протяжении последнего десятилетия.

Отмечено статистически достоверное снижение фактора «избыточный вес», который у мальчиков составлял 11,1% в группе 7-9 лет и снизился до 3,4% у подростков 16-17 лет. У девочек статистически достоверной разницы выявлено не было. В возрастных группах 7-9 и 10-14 лет доля фактора практически не менялась (10,1%-10,7%) . Снижение до 7,5% отмечено у подростков 15 лет и некоторое повышение - до 8,4% у девушек 16-17 лет.

Фактор «избыточный вес» у мальчиков снижался на фоне достоверного увеличения такого фактора риска, как «гиподинамия», отмеченного в группах: 7-9 лет в 8,4% случаев, 10-14 лет в 15,5%, 15 лет- 27,2%, 16-17 лет- 26,2%.

У девочек гиподинамия, так же является вторым после нерационального питания фактором риска , доля которого составила, соответственно 9,5%-17,3%-30,1%-25,4%

Статистически достоверно увеличение доли курящих школьников: от 1,1% в группе 7-9 лет до 11,5% в группе мальчиков и соответственно с 0,8% до 10,9% у девочек.

Статистически достоверно снижается доля стресса во всех возрастных группах мальчиков и девочек, , которая составила соответственно 12,2% и 12,9% в группе 7-9 лет и 4,9% и 4,8 у подростков 16-17 лет. Скорее всего это свидетельствует о развитии адаптивных возможностей организма и улучшения здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях.

Фактор риска «повышенное АД» статистически достоверно увеличивается с возрастом как у мальчиков (с 2,1% до 8,0%) так и у девочек ( с 2,6% до 7,3%).

Особое внимание вызывает фактор риска «наследственность», под которой понимается наличие в анамнезе родителей и родственников детей хронических неинфекционных заболеваний: инфаркты, инсульты, злокачественные новообразования, болезни эндокринной системы. Сведения о нем могут быть неполными в том случае, когда ребенок обследуется без родителей и не может не знать особенностей семейного анамнеза. Этот фактор риска может шифроваться в Z-21 МКБ-10 –коды 80-99 –«Потенциальная опасность для здоровья, связанная с личным или семейным анамнезом».

Перечень ФР может быть дополнен за счет режима дня, занятости компьютером и т.д. и также использоваться при составлении индивидуального маршрута здоровья ребенка.

В рамках исследования нами отдельно проанализирована структура факторов риска, выявленные у детей (рис. 4.2).

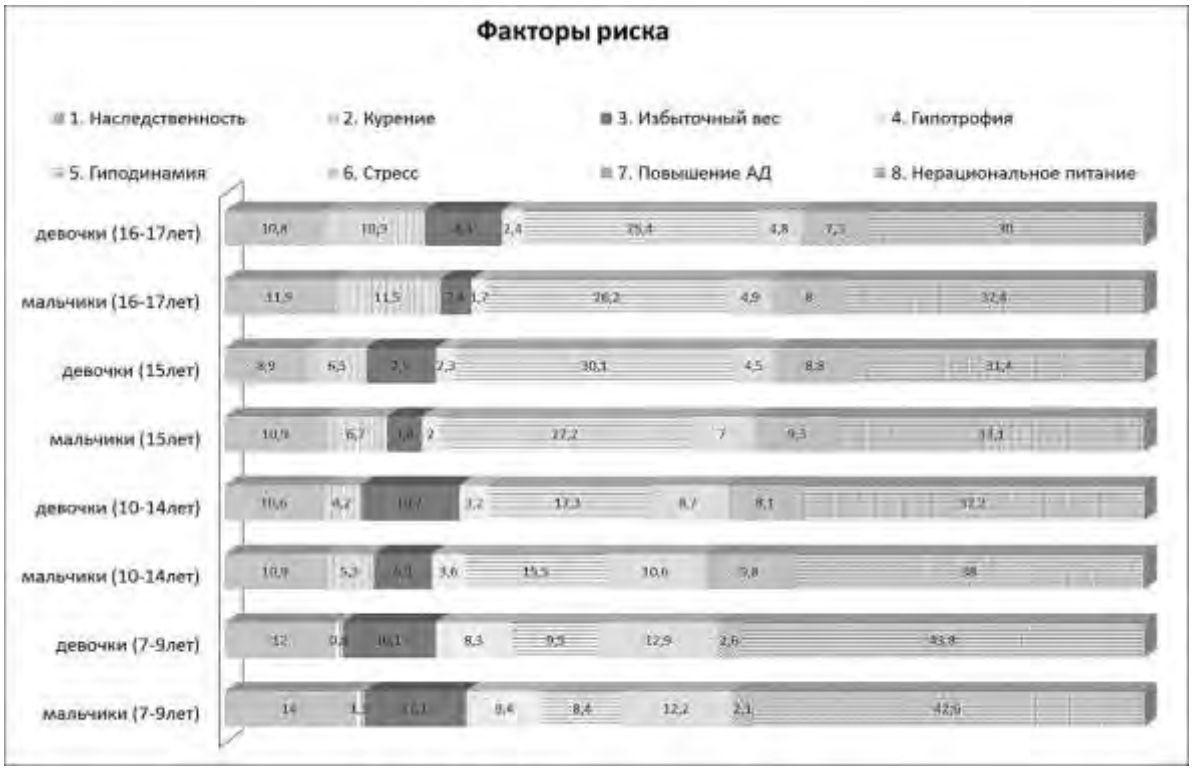



Рисунок 4.2 Структура факторов риска у детей 7-17 лет (%)

Таблица 4.1.12.- Перечень и структура выявленных функциональных расстройств

| Возраст | 7-9 лет | | 10-14 лет | | 15 лет | | 16-17 лет | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Всего детей | 2084 | | 1580 | | 683 | | 1527 | |
| Перечень расстройств | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % | кол-во | % |
| 1.Функциональные расстройства сердца. | 321 | 15,4 | 298 | 18,9 | 152 | 22,3 | 387 | 25,3 |
| 2.Анормальные показатели кровяного давления при отсутствии диагноза. | 75 | 3,6* | 124 | 7,8 | 103 | 15,1 | 289 | 18,9* |
| 3.Анормальное дыхание. | 267 | 12,8** | 87 | 5,5 | 27 | 4,0 | 53 | 3,5** |
| 4.Симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полсти. | 141 | 6,8*** | 256 | 16,2 | 179 | 26,2 | 387 | 25,3*** |
| 5.Симптомы и признаки, относящиеся к коже и подкожной клетчатке. | 52 | 2,5**** | 102 | 6,5 | 74 | 10,8 | 159 | 10,4**** |
| 6.Симптомы и признаки, относящиеся к костно-мышечной системам. | 423 | 20,3 | 623 | 39,4 | 438 | 64,1 | 992 | 65,0***** |
| 7.Симптомы и признаки, относящиеся к мочевой системе. | 59 | 2,8 | 34 | 2,2 | 19 | 2,8 | 53 | 3,5 |
| 8.Симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности, восприятию, эмоциональному состоянию и поведению | 211 | 10,1 | 98 | 6,2 | 73 | 10,7 | 145 | 9,5 |
| 9.Расстройства нервной системы | 231 | 11,1• | 276 | 17,5 | 161 | 23,6 | 398 | 26,1• |
| 10.Расстройства эндокринной системы | 422 | 20,2 | 375 | 23,7 | 163 | 23,9 | 382 | 25,0 |
| ВСЕГО выявлено расстройств 8929, в том числе, в каждой группе | 2202 | | 2273 | | 1389 | | 3245 | |

*p≤0,05; ** p≤0,05; *** p≤0,05; **** p≤0,05; • ≥0,05

Заключительным шагом анализа формы №002 – ЦЗ/у-2– карта здорового образа жизни ребенка был анализ функциональных нарушений численность которых составила 8929 случаев (79,9%). Перечень кодов болезней позволили

структурировать функциональные расстройства без учета факторов риска, выявленных у 5874 школьников в разрезе возрастных групп (табл. 4.1.13)

Из таблицы видно, что при осмотре 5874 детей было выявлено 8929 функциональных расстройств, что в расчете на одного школьника составляет 1,5. Статистически достоверно с возрастом увеличивается количество функциональных расстройств, связанных с анормальными показателями кровяного давления при отсутствии диагноза; симптомами и признаками, относящимися к системе пищеварения и брюшной полости; симптомами и признаками, относящимися к коже и подкожной клетчатке; симптомами и признаками, относящимися к костно-мышечной системе и расстройствами нервной системы. И только анормальное дыхание статистически достоверно уменьшается с увеличением возраста школьника.

Представленный в табл. 4.1.13 рейтинг функциональных расстройств в различных возрастных группах позволяет более оптимально выстроить профилактические мероприятия с позиции их предотвратимости.

Таблица 4.1.13.- Рейтинг функциональных расстройств в различных возрастных группах детей

| Перечень Функциональных расстройств | Возраст | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 7-9 лет | 10-14 лет | 15 лет | 16-17 лет |
| 1.Функциональные расстройства сердца. | 3 | 3 | 5 | 4 |
| 2.Анормальные показатели кровяного давления при отсутствии диагноза. | 8 | 6 | 6 | 6 |
| 3.Анормальное дыхание. | 4 | **9** | **9** | **9** |
| 4.Симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости. | 7 | 5 | 2 | 3 |
| 5.Симптомы и признаки, относящиеся к коже и подкожной клетчатке. | 10 | 7 | 7 | 8 |
| 6.Симптомы и признаки, относящиеся к костно-мышечной системе. | **1** | **1** | **1** | **1** |
| 7.Симптомы и признаки, относящиеся к мочевой системе. | **9** | **10** | **10** | **10** |
| 8.Симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности, восприятию, эмоциональному состоянию и поведению | 6 | 8 | 8 | 7 |
| 9.Расстройства нервной системы | 5 | 4 | 4 | 2 |
| 10.Расстройства эндокринной системы | 2 | 2 | 3 | 5 |

Во всех возрастных группах первое место занимают «симптомы и признаки, относящиеся к костно-мышечной системе». Устойчиво замыкают рейтинг в трех возрастных группах «аномальное дыхание» и «симптомы и признаки, относящиеся к мочевой системе». Со второго места в группах школьников 7-9 и 10-14 лет «расстройства эндокринной системы» перемещаются на 3 место у детей 15 лет и на 5-е у подростков 16-17 лет.

Вызывает тревогу перемещение «симптомов и признаков, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости» в связи с взрослением детей с 7 места в группе 7-9 лет, на 5-е в группе 10-14 лет, на второе у школьников 15 лет и на третье у подростков 16-17 лет.

Важным этапом работы по учету функциональных расстройств и функциональных нарушений является их кодирование по МКБ-10, что помогает исключить выявленные расстройства из класса болезней и тем самым не увеличивать показатели первичной заболеваемости, регистрируемой в Ф 12. . С этой целью нами составлена таблица в основу которой положен XVIII класс МКБ-10, коды R00—R99 - симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках. В связи с тем, что данный класс не учитывает весь спектр выявленных функциональных расстройств из других классов болезней, нами были добавлены ряд кодов из других классов МКБ 10, обозначающих функциональные расстройства.

Симптомы и признаки, относящиеся к системам кровообращения и дыхания (R00—R09).

1.Функциональные расстройства сердца:

R00.0 - Тахикардия неуточненная.

R00.1 - Брадикардия неуточненная.

R00.8 - Другие и неуточненные аномалии сердечного ритма.

R01.0 - «Доброкачественные» и не причиняющие беспокойства сердечные шумы.

R01.1 - Сердечный шум неуточненный.

2.Анормальные показатели кровяного давления при отсутствии диагноза.

R03.0 - Повышенное кровяное давление при отсутствии диагноза гипертензии.

R03.1 - Неспецифическое низкое давление.

3.Анормальное дыхание.

R06.0 Одышка

R06.2 Свистящее дыхание

R06.5 Дыхание через рот

R06.8 Другое и неуточненное анормальное дыхание

4.Симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости (R10—R19).

R10.1 Боли, локализованные в верхней части живота

R10.2 Боли в области таза и промежности

R10.3 Боли, локализованные в других областях нижней части живота

R10.4 Другие и неуточненные боли в области живота

R19.4 Изменения в деятельности кишечника

R19.5 Другие изменения кала

R19.6 Неприятный запах изо рта [зловонное дыхание]

R19.8 Другие уточненные симптомы и признаки, относящиеся к системе пищеварения и брюшной полости.

5.Симптомы и признаки, относящиеся к коже и подкожной клетчатке (R20—R23).

R23.1 Бледность

R23.2 Гиперемия

R23.4 Изменения структуры кожи

R23.8 Другие и неуточненные кожные изменения

R21 Сыпь и другие неспецифические кожные высыпания

6. Симптомы и признаки, относящиеся к костно-мышечной системам (R25 – R29). Также болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (N00—M99).

R29.8 Другие и неуточненные симптомы и признаки, относящиеся к нервной и костно-мышечной системам

M41.9 Сколиоз неуточненный

M42.0 Юношеский остеохондроз позвоночника

M53.2 Нарушение осанки

7. Симптомы и признаки, относящиеся к мочевой системе (R30—R39).

R39.1 Другие трудности, связанные с мочеиспусканием

R39.8 Другие и неуточненные симптомы и признаки, относящиеся к мочевой системе

8.Симптомы и признаки, относящиеся к познавательной способности, восприятию, эмоциональному состоянию и поведению (R40 – R46).

R45.0 Нервозность

R45.1 Беспокойство и возбуждение

R45.4 Раздражительность и озлобление

R45.8 Другие симптомы и признаки, относящиеся к эмоциональному состоянию

R46.0 Очень низкий уровень личной гигиены

R46.1 Причудливый внешний вид

R46.2 Странное и необъяснимое поведение

R46.3 Чрезмерная активность

R46.4 Заторможенность и замедленная реакция

9.Расстройства эндокринной системы.

R62.8 Другие задержки ожидаемого нормального физиологического развития

E07.9 Болезнь щитовидной железы не уточнённая (увеличение щитовидной железы).

R73.0 Отклонения результатов нормы теста на толерантность к глюкозе

E45 Задержка развития, обусловленная белково-энергетической недостаточностью. Алиментарная: низкорослость (карликовость), задержка роста. Задержка физического развития вследствие недостаточности питания.

E63.9 Недостаточность питания неуточнённая

E66.9 Ожирение неуточнённое

E30.0 Задержка полового созревания. Конституциональная задержка полового созревания.

10.Класс VI. G00—G99. Болезни нервной системы.

G90.9 Расстройство вегетативной (автономной) нервной системы неуточнённое.

G47.9 Нарушение сна неуточнённое

G44.2 Головная боль напряжения

R25.1 Тремор неуточненный

R25.8 Другие и неуточненные анормальные непроизвольные движения

R26.8 Другие и неуточненные нарушения походки и подвижности

R27.8 Другое и неуточненное нарушение координации

Проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

-отсутствие методических рекомендаций, связанных с отсутствием четко прописанных дефиниций терминов «факторы риска», «функциональные расстройства», отрицательно отражается на реальных результатах работы специалистов ЦЗ; так как не позволяет дифференцировать функциональные расстройства по соответствующим кодам классов болезней по КБ-10;

-совпадение количества осмотренных детей и выявленных у них « факторов риска и функциональных расстройств» не соответствует действительности, так как у одного и того же ребенка может быть выявлено два и более факторов риска или расстройств, которые заносятся в графу Ф 68 «выявлено с функциональными расстройствами»;

-отчетная форма центра здоровья №002-ЦЗ/у-2 в разделе «итоговая оценка состояния здоровья» содержит следующие графы: здоров, функциональные отклонения, выявленные симптомы, факторы риска заболеваний, что в Ф 68 представлено в формулировке «функциональные расстройства» и заполняется произвольно.

- результаты анализа ф. №002-ЦЗ/у-2 позволяют выявить факторы риска и функциональные расстройства у осматриваемого контингента детей и адресно выстроить профилактическую работу с использованием школ здоровья соответствующего профиля.

## 4.2 Готовность школьников изменить рискованное поведение после посещения центра здоровья

Проведен социологический опрос 459 школьников в возрасте 7-17 лет, проживающих в городах Карпинск и Волчанск Свердловской области. Предметом исследования явилась их готовность изменить свое поведение после посещения ЦЗ и получать информацию о здоровом образе жизни через социальную сеть интернета.

Более половины опрошенных (52,1%) детей получили направление в ЦЗ от врача или медсестры общеобразовательного учреждения- 35,6% пришли на обследование с родителями, 12,3% обратились в ЦЗ самостоятельно.

Анкетирование выявило низкий уровень физической активности у 69%) респондентов. Нерегулярные занятия спортом отмечены у 30% школьников.

Близок к полученным выше результатам - на вопрос «занимаешься ли ты закаливанием своего организма» – 65% ответили – «нет».

Треть школьников (34,6%) интересовались результатами обследования, касающимися их индивидуального здоровья. Затем следовали вопросы по ведению ЗОЖ (21,3%), питанию (11,4%), личной гигиене (8,3%). В ходе обработки полученных данных было выявлено отношение детей к таким факторам риска, как гиподинамия, знания о роли алкоголя и наркотических веществ, нерациональному питанию.

Обследование на приборе «смоклайзер» при выездной работе ЦЗ не проводилось, однако анкетный опрос выявил у 6% респондентов факт курения. При этом 95% опрошенных считают, что для того чтобы быть здоровым, необходимо от курения отказаться.

Тревожным является тот факт, что 31 % опрошенных детей в возрасте 10-17 лет, ответили, что иногда употребляют алкоголь. На вопрос об употреблении наркотиков, вся группа респондентов высказалась отрицательно, указав при этом, что 3% их друзей употребляют регулярно, а 2% - делают это иногда.

Об опасности психоактивных веществ не знало 14% опрошенных, а один процент считает, что проблема надумана врачами.

На вопрос о том, с какого возраста можно начинать половую жизнь, были получены следующие результаты: с 14 лет – (1%), с 15 лет –(2%), с 16 лет – (14%), с 17 лет – (13%), с 18 лет – (49%), старше 18 лет – (17%). Можно предположить, что ряд школьников, отвечающих на данный вопрос уже имеет опыт половой жизни в указанном возрастном диапазоне. Очевидно, что профилактическая работа в данном направлении крайне необходима.

Проблемным вопросом является отношение респондентов к стоматологическому здоровью. Только 2,6% (дети 7-9 лет) регулярно посещают этого специалиста.

На вопрос «что вы ожидаете от посещения ЦЗ в группе детей 7-9 лет 66,7% ответили « ничего не ожидаю». Как правило, анкету детей этой возрастной группы заполняли родители. Выявленный результат диктует необходимость предварительного разъяснения родителям важности проводимого осмотра в ЦЗ.

Среди респондентов 10-14 лет ответили «ничего не ожидаю -23,2%. Среди обратившихся подростков 15-17 лет подавляющее большинство (92,8%) выразили полное удовлетворение своих ожиданий а 7,2% –отметили негативное отношение к состоявшемуся визиту.

По мере увеличения возраста происходит повышение доли, связанной с желанием детей вести ЗОЖ/

Проведенный анализ показал, что более четверти детей будут отдавать предпочтение оптимальной длительности ночного сна (28,3%) и прогулкам на свежем воздухе (28,7%). В то же время при увеличении возраста данный пока-

затель заметно сокращался (от 50% до 15,2%). Почти такая же тенденция имела место в отношении прогулок на свежем воздухе (от 50% до 18,2%).

Употреблять больше фруктов и овощей решили 13,8% и меньше фастфуда - 12,6% опрошенных. Существенных возрастных различий в данных решениях не было. После посещения ЦЗ 12,2% детей планировали регулярно заниматься спортом. Чаще такое мнение высказывали подростки в возрасте 15-17 лет (24,2% против 12,5%).

Установлено, что девочки с большей частотой собирались изменить свой образ жизни. Так, в отношении длительности сна в 3 раза, занятий спортом в 3,8 раза, избавления от вредных привычек в 2,4 раза и ограничения вредных продуктов питания в 1,6 раза. В то же время, девочки менее охотно хотели заниматься спортом, чем мальчики - 3,8 раза и проводить время на свежем воздухе 2 раза. Полученные различия просматриваются и в возрастных группах. В значительной степени у подросткового контингента 10– 17 лет в той или иной степени закладывается позитивное отношение к физкультуре, спорту (13,6%) и правильному питанию (13,6%).

Для определения видов и форм подачи информации по профилактике заболеваний и формированию ЗОЖ, проведен социологический опрос среди родителей. По оценке родителей, (91%) опрошенных, оценили здоровье своего ребенка как хорошее, (6%) считает, что их дети отстают в развитии от сверстников, (3%) опережают в развитии своих сверстников. Оценивая наличие заболеваний у своих детей, только (25%) опрошенных заявили об отсутствии хронические заболеваний, при этом лишь (13%) отметили, что их ребенок состоит на диспансерном учете в детской поликлинике, в (5%) наблюдается в специализированном учреждении здравоохранения, (3%) лечат хроническое заболевание народными средствами. Таким образом, мнение родителей расходится с уровнем заболеваемости согласно данным официальной статистики, что может говорить о недостаточном информировании родителей о состоянии здоровья своих детей.

Настораживает тот факт, что для поддержания здоровья своего ребенка регулярно консультируется с врачом только (18%) родителей, при этом в (5%) высказывается мнение о том, что здоровьем ребенка, должен заниматься только врач. Среди мер по сохранению здоровья детей родители указали, что: (14%) - регулярно гуляет на свежем воздухе, (14%) - проводит беседы о вреде вредных привычек, (12%) - способствует занятию физкультурой и спортом, (12%) - обеспечивает правильное и сбалансированное питание, (6%) - смотрит телевизионные передачи о ЗОЖ, (6%) - читает статьи в интернете о ЗОЖ. Таким образом очевидно, что на уровне семьи есть потребность в знаниях о ЗОЖ, и необходимы различные коммуникации, для передачи таких данных.

Среди опрошенных, (32%) считает, что их ребенок не подвержен вредным привычкам. О распространенности гиподинамии среди детей говорит тот факт, что (47%) указывает на сидение за компьютером более 2-х часов в день, (19%) - перед телевизором более 2-х часов в день. Таким образом, полученные данные могут указывать на то, что у родителей недостаточно знаний о проблемах ЗОЖ среди детей школьного возраста.

В ходе социологического исследования было установлено, что обращается с ребенком к участковому в детскую поликлинику при остром заболевании в первые сутки болезни всего (25%), при ухудшении состояния (16%), за медицинскими справками (15%). При остром заболевании на 3-4 сутки болезни (14%), (6%) при обострении хронического заболевания и только (7%) обращается регулярно для предупреждения заболеваний. При этом только (3%) посещают детскую поликлинику при напоминании участкового врача, и (3%) не обращаются вообще так как не получают ожидаемой помощи. При этом у части родителей сформулировано представление о том в какой медицинской помощи их нуждается ребенок, так (23%) указало на санаторно-курортное лечение, (22%) высказало желание пройти обследование в ЦЗ, в (15%) требуется консультация узких специалистов, в (10%) лабораторные исследования. Приведенные данные свидетельствуют о том, что родители детей не получают желаемой и адекватной помощи в медицинском учреждении за которым они закреплены,

система профилактической помощи предупреждения заболеваний в данных ЛПУ не настроена.

Анализ данных полученных от родителей об образе жизни своей семьи, показал, что образ жизни своей семьи здоровым считают – (38%) опрошенных, относительно здоровым – (59%), лишь(3%) считают, что до здорового образа жизни их семье далеко. При этом отмечают, что: своему ребенку ничего не мешает вести здоровый образ жизни – (43%), лень – (22%), таким образом, определяется необходимость в создании «информационного потока» для мотивирования к ЗОЖ детей и семьи.

На блок вопросов о ЗОЖ родителей детей, были даны следующие ответы. В ЦЗ для взрослых прошло обследование всего (14%) опрошенных. Отмечено, что при формировании ЗОЖ ребенка в (50%) учавствуют оба родителя, в (35%) только мать, педагоги – (6%), педиатр – (4%), только отец – (3%), никто – (2%). При этом, (90%) считает, что детей можно научить ЗОЖ, и в (67%) за это несет ответственность семья, педагоги – (17%), медработники – (16%). Таким образом, совершенно очевидно, что родители не только готовы брать на себя ответственность за здоровый образ жизни своего ребенка, но и считают, что этому детей можно научить. При этом необходимо сотрудничество медицинского и педагогического сообщества, и организация обучающей площадки ЗОЖ удовлетворяющей потребностям всех членов семьи разных возрастов.

В качестве инновационной площадки, для развития диалога и обучения с определенным видом и формой подачи информации о принципах ЗОЖ наиболее интересными могут быть социальные сети интернета. В ходе проведения опроса нами выявлено, что в (55%) детям нравится социальная сеть «в контакте», в (19%) «одноклассники», в (26%) «фэйсбук», при этом для ежедневного общения (95%) опрошенных детей используют социальную сеть «В контакте». Скорее всего, это связано с интерфейсом и наполняемостью сети контентом, который наиболее устраивает возрастную категорию 10-17 лет, при этом подтверждаются статистические данные о возрасте пользователей данных социальные сетей (Москвина В., 2010; Кузнецова Е., 2011).

На вопрос о доверии к информации о здоровом образе жизни, размещенной в социальных сетях, ответы детей распределились следующим образом. Каждый четвертый респондент (24%) доверяет информации, затруднились ответить – (28%), а почти половина (48%) опрошенных, размещенной в социальных сетях информации не доверяют. Таким образом, три четверти опрощенных либо не доверяют информации в сетях, либо затрудняются ответить. С одной стороны, это позитивная информация для родителей, врачей и педагогов – казалось бы есть адресная аудитория для формирования навыков по ЗОЖ традиционными методами.

Однако ответ на следующий вопрос о желании получать информацию и консультации по здоровому образу жизни в социальной сети интернета, две трети респондентов (67%) высказалось положительно, (18%) не хотели бы получать подобной информации через данный ресурс, а (15%) относятся безразлично к любому источнику по ЗОЖ. С другой стороны, это нужно учитывать и активно рекомендовать детям заслуживающий доверия источники в социальных сетях.

Принявшие участие в опросе родители на вопрос о выборе социальной сети, в (52%) указали на регистрацию в «одноклассниках», в (45%) на «фэйсбук», в (3%) «в контакте». Результаты ответов на данный вопрос соответствуют статистическим данным, что средний возраст зарегистрированных в «одноклассниках» 35-45 лет. На вопрос о желании получать информацию, о ЗОЖ в социальной сети,- положительно ответило (56%) опрошенных, отрицательно (14%), при этом (30%) затруднились ответить. Таким образом, дети и родители могут использовать для получения информации о ЗОЖ различные социальные сети.

Таким образом, в ходе проведенных социологических опросов, определена роль медицинских работников, родителей и педагогов в формировании здорового образа жизни детей школьного возраста. Подтверждена главенствующая роль семьи в вопросах формирования основ ЗОЖ у детей, и выявлена необходимость получения родителями «информационного потока» о способах и методах сохранения здоровья детей и приобретения ими полезных привычек, о дея-

тельности работников систем здравоохранения и образования в вопросах профилактики.

Системное использование Интернет-ресурсов является перспективным направлением в формировании основ ведения ЗОЖ. Его свойства, такие как простота использования, доступность, оперативное получение обратной связи, размещение информации согласно запросам - позволяет применять их в качестве информационного и коммуникативного каналов при работе с населением. Интернет-технологии открывают новые возможности перед медицинским сообществом в сфере оказания профилактической помощи на семейном уровне – проведение просветительской деятельности среди детей и родителей, направленной на формирование навыков укрепления здоровья, ведения ЗОЖ.

Учитывая данные проведенных исследований, на базе ЦЗ для детей г. Краснотурьинска создан «On-line (виртуальный) центр здоровья» для дистанционной профилактической работы с отдаленными территориями (http://vk.com/id181463501), в качестве площадки, выбрана социальная сеть «Вконтакте». Виртуальный центр здоровья - это новое образование, инновация, которая в силу своей открытости и доступности должна способствовать дальнейшему развитию, укреплению и сохранению здоровья учащихся путем донесения до детей и семей, в которых они проживают информацию о ЗОЖ.

### 4.3 SWOT –анализ деятельности центра здоровья

В отличие от исследования Федоткиной С.А. (2014), которой в основу SWOT-анализа деятельности ЦЗ был положен принцип осуществления глобального мониторинга распространения неинфекционных заболеваний предлагаемый ВОЗ, в нашем исследовании SWOT-анализ проводился пошагово и включал четыре этапа.

1этап. Создание экспертной группы для проведения SWOT-анализа. В этом качестве выступили 5 научных сотрудников лаборатории организации медицинской помощи детскому населению ФГБНУ «НЦЗД».

2 этап. Оценка экспертами осуществлялась в баллах (в пределах от 1 до 3) следующих разделов:

а) сильные стороны в деятельности ЦЗ;

б) слабые стороны в деятельности ЦЗ;

в) перечень благоприятных возможностей, которые имеют место в настоящее время и могут представиться в будущем;

г) перечень угроз.

При оценке признака эксперты руководствовались следующими правилами: признак оказывает слабое влияние – 1- балл; оказывает влияние – 2 балла; является определяющим в деятельности ЦЗ- 3 балла.

3 этап. Обработка полученных данных и их оценка осуществлялись с помощью коэффициента согласованности Кендала (W).

Коэффициент конкордации изменяется в диапазоне от 0 до 1 (чем ближе коэффициент к 1, тем выше согласованность экспертов), при этом: 0 – полная несогласованность, 1 – полное единодушие, от 0,1 до 0,3 – низкая степень согласованности, от 0,3 до 0,6 – средняя, более 0,6 – высокая.

4 этап –разработка перечня факторов, влияющих на деятельность ЦЗ для SWOT –анализа (табл. 4.2.1).

Таблица 4.2.1 –SWOT-анализ сильных и слабых сторон деятельности межтерриториального ЦЗ для детей.

| Сильные стороны | Слабые стороны |
|---|---|
| 1.Наличие нормативной базы, регламентирующей деятельность ЦЗ для детей | 1.Нормативная база не охватывает все направления деятельности ЦЗ |
| 2.Современное оборудование для проведения скрининга и его мобильность и наличие доступа к интернету. | 2.Оборудование рассчитано на детей в возрасте 7 лет и старше. Не все оборудование м.б. транспортировано по месту работы ЦЗ, что снижает диагностические возможности специалистов. ЦЗ Отсутствие возможности распечатывать паспорт здоровья при выездной работе. Отсутствие доступа к интернету при выездной форме работы |
| 3. Выявление факторов риска и функциональных расстройств хронических н/инфекционных заболеваний | 3.Отсутствие методических рекомендаций по работе с детьми после выявления факторов риска и функциональных расстройств. Не контролируется выполнение индивидуальных рекомендаций, выдаваемых врачом ЦЗ детям. |
| 4. Организация школ здоровья в рамках | 4.Отсутствие методических материалов для |

| Сильные стороны | Слабые стороны |
|---|---|
| базового лечебного учреждения | организации работы школ здоровья при выездной работе и систематизации и анализа выявленных функциональных расстройств. Отсутствует оплата школ здоровья в системе ОМС |
| 5.Возможность формирования потоков пациентов. Интеграция с работой педиатрических стационаров круглосуточного и дневного пребывания | 5. Формирование потоков пациентов без предварительной подготовки к обследованию в ЦЗ. Отсутствие обратной связи со стационарами в части состояния здоровья детей |
| 6. Мониторинг основных показателей деятельности ЦЗ в контексте основных показателей деятельности детской поликлиники | 6.Отсутстиве индикаторов эффективности работы ЦЗ и низкая эффективность взаимосвязи с педиатрической сетью |
| 7..Возможность дифференцированно работать с детьми различных возрастных групп. Формирование навыков здорвьесберегающего поведения | 7.Отсутствие научно обоснованных порядков и стандартов работы с детьми различных возрастных групп. Отсутствие в большинстве случаев родителей при осмотре детей |

Оценка признаков, представленных в таблице, проводилась группой экспертов в составе: доктора медицинских наук- 4, кандидат медицинских наук-1 (табл. 4.2.2).

Таблица 4.2.2.– Ранжирование экспертами факторов, определяющих сильные стороны деятельности ЦЗ.

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | |
| 1 | 1 | 2 | 6 | 5 | 3 | 7 | 4 | |
| 2 | 2 | 1 | 4 | 6 | 3 | 7 | 5 | |
| 3 | 1 | 3 | 5 | 4 | 2 | 7 | 6 | |
| 4 | 2 | 1 | 7 | 5 | 4 | 6 | 3 | |
| 5 | 3 | 1 | 4 | 7 | 2 | 5 | 6 | |
| Сумма рангов | 9 | 8 | 26 | 27 | 14 | 32 | 24 | 140 |
| Квадрат суммы | 81 | 64 | 676 | 729 | 196 | 1024 | 576 | 3346 |

$S= (3346-140^2/7)==546$

$W=(12*546)/(5^2*(7^3-7))=0,78$

Таблица 4.2.3 – Ранжирование экспертами факторов, определяющих слабые стороны деятельности ЦЗ.

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | |
| 1 | 7 | 5 | 2 | 1 | 6 | 3 | 4 | |
| 2 | 6 | 4 | 1 | 2 | 5 | 4 | 3 | |
| 3 | 7 | 6 | 3 | 1 | 5 | 2 | 4 | |
| 4 | 6 | 5 | 2 | 1 | 7 | 3 | 4 | |
| 5 | 5 | 6 | 3 | 2 | 7 | 4 | 1 | |
| Сумма рангов | 31 | 26 | 11 | 7 | 30 | 16 | 16 | 137 |
| Квадрат суммы | 961 | 676 | 121 | 49 | 900 | 256 | 256 | 3219 |

$S= (3219-137^2/7)==537$

$W=(12*537)/(5^2*(7^3-7))=0,76$

Расчет коэффициента согласованности Кендала показал, что среди экспертов отмечается высокая степень согласованности по оценке сильных и слабых сторон деятельности ЦЗ, представленных в ходе проведения исследования, что позволяет использовать их для разработки конкретных мер по развитию деятельности ЦЗ и корректировки факторов, снижающих эффективность работы.

Затем, был подготовлен перечень благоприятных возможностей и угроз, которые присутствуют в деятельности межтерриториального ЦЗ для детей (табл.4.2.4).

Таблица 4.2.4 SWOT-анализ благоприятных возможностей и угроз деятельности межтерриториального ЦЗ для детей

| Признаки, оцениваемые SWOT-анализом | |
|---|---|
| Благоприятные возможности | Угрозы |
| 1. Наличие специально подготовленных специалистов по профилактике | 1.Ограниченная доступность ЦЗ для большинства детского населения зоны обслуживания. |
| 2. Наличие информационного ресурса, для создания банка данных углубленного профилактического скрининга | 2.Отсутствие обратной связи с родителями и образовательными организациями в части выполнения учащимися рекомендаций врача ЦЗ при выездной работе |
| 3. Учетные формы, позволяющие создать картотеку с учетом возрастно-половой дифференциации детей и выявленных факторов риска, функциональных расстройств или их микста | 3.Текучесть кадров сотрудников ЦЗ, связанная с особенностями работы выездного ЦЗ: оплата труда, время работы, большие расстояния. |
| 4.Позитивное отношение Минздрава | 4. Трансформация деятельности ЦЗ в соот- |

| Признаки, оцениваемые SWOT-анализом | |
|---|---|
| Благоприятные возможности | Угрозы |
| Свердловской области к работе ЦЗ | ветствии с потребностями базовой медицинской организации. |
| 5. Сотрудничество с ФГБУ «НЦЗД» МЗ РФ в части научного и методического руководства работой ЦЗ | 5. Слабая связь с областным Центром профилактики и отсутствие методических материалов, направленных на формирование здорового образа жизни в интернет-формате. |
| 6. Сайт врачей ЦЗ, на котором врачи ЦЗ , организованных в России делятся опытом работы | 6. Высокая степень износа оборудования, не приспособленного к постоянному использованию вне стационарного места размещения |
| 7. Оплата повторных посещений детьми ЦЗ в течение календарного года в системе ОМС | 7. Отсутствие в составе ЦЗ системного администратора |

В ходе следующего этапа экспертами оценивались признаки, полученные в ходе SWOT-анализа (табл. 4.2.5; 4.2.6).

Следует отметить, что представленный перечень благоприятных возможностей не полностью удовлетворит экспертов, о чем свидетельствует средняя степень согласованности -0,58. Более единодушны они были в оценке угроз, где была получена высокая оценка согласованности -0,83. Разница в оценке экспертов статистически достоверна ($p \leq 0,05$).

Таблица 4.2.5 – Ранжирование экспертами факторов, определяющих благоприятные возможности деятельности ЦЗ

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | |
| 1 | 2 | 1 | 5 | 4 | 7 | 3 | 6 | |
| 2 | 2 | 1 | 6 | 4 | 7 | 5 | 3 | |
| 3 | 1 | 2 | 3 | 5 | 4 | 7 | 6 | |
| 4 | 2 | 1 | 5 | 7 | 4 | 6 | 3 | |
| 5 | 1 | 3 | 4 | 6 | 2 | 5 | 7 | |
| Сумма рангов | 8 | 8 | 23 | 26 | 24 | 26 | 25 | 140 |
| Квадрат суммы | 64 | 64 | 529 | 676 | 576 | 676 | 625 | 3210 |

$S= (3210-140^2/7)==410$

$W=(12*410)/(5^2*(7^3-7))=0,58$

Таблица 4.2.6 – Ранжирование экспертами угроз, оказывающих влияние на деятельность ЦЗ

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | |
| 1 | 4 | 5 | 3 | 2 | 6 | 1 | 7 | |
| 2 | 5 | 3 | 2 | 1 | 7 | 4 | 6 | |
| 3 | 4 | 5 | 2 | 1 | 7 | 3 | 6 | |
| 4 | 4 | 2 | 3 | 1 | 6 | 5 | 7 | |
| 5 | 5 | 4 | 1 | 2 | 7 | 3 | 6 | |
| Сумма рангов | 22 | 19 | 11 | 7 | 33 | 16 | 32 | 140 |
| Квадрат суммы | 484 | 361 | 121 | 49 | 1089 | 256 | 1024 | 3384 |

$S= (3384 - 140^2/7)==584$

$W=(12*584)/(5^2*(7^3-7))=0,83$

Проведение SWOT-анализа с использованием метода экспертных оценок и обработка их результатов с использованием коэффициента согласованности Кендала (W) позволяет сделать следующие выводы.

1.Сильные стороны работы ЦЗ определяются:

- нормативной базой федерального и регионального уровня, что позволяет организовать работу в условиях малых городов и сельских районов;

-материально-техническим состоянием базового медицинского учреждения и особенностями организации его работы;

-современным оборудованием и наличием доступа к интернету.

2. Слабые стороны работы ЦЗ связаны:

-с особенностями работы на выезде, что не позволяет выстроить отношения с родителями осмотренных детей, организовать работу школ здоровья;

-проблемы медико-организационного (организация потоков пациентов, слабая обратная связь со специалистами ЛПУ), медико-технологического (оборудование ЦЗ не приспособлено для работы на выезде) и профилактического характера (отсутствие методических материалов по организации профилактических мероприятий и школ здоровья в дистанционном режиме), что сказывается на конечных результатах работы ЦЗ.

3. Благоприятные возможности представлены:

- наличием подготовленного и мотивированного кадрового состава врачей и медицинских сестер;

-оплатой повторных визитов в системе ОМС, что позволяет в дистанционном режиме и при повторных посещениях образовательного учреждения отследить результативность проведенной работы;

-методическим обеспечением специалистами ФГБУ «НЦЗД» МЗ РФ, направленным на преодоление слабых сторон работы ЦЗ в части дифференциации пациентов с факторами риска, функциональными расстройствами и их микстов с учетом возраста и пола.

4. Угрозы в работе ЦЗ связаны с:

-ограничением доступности услуг ЦЗ для большинства детского населения обслуживаемого района;

-трансформацией ЦЗ из структуры, занимающейся профилактической работы в выездную поликлинику;

-отсутствием интеграции критериев деятельности ЦЗ в систему показателей мониторинга здоровья детей базовой медицинской организации.

Таким образом, проведенный SWOT –анализ позволил определить место ЦЗ в системе профилактики, которое в значительной степени определяется не только непосредственными функциями, определенными Приказом МЗ РФ №597 от 2009 г., но и приоритетами базового медицинского учреждения в структуре которого он является функциональным подразделением. В этой связи представляется целесообразным на ближайшие годы сосредоточить внимание на следующих направлениях деятельности ЦЗ:

- активный скрининг детского населения на выявление факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний;
- обеспечение преемственности ЦЗ с медицинскими учреждениями по месту жительства пациентов в вопросах дополнительного обследования (при необходимости) и коррекции выявленных факторов риска развития заболеваний;

- индивидуальное и групповое и семейное профилактическое консультирование;
- мотивация ЗОЖ в первую очередь на индивидуальном уровне с учетом возрастно-половых особенностей детского населения;
- развитие и внедрение инновационных форм организации работы детских ЦЗ для повышения качества и доступности медицинских услуг.

# ГЛАВА 5. СИСТЕМА МЕР ПО ОПТИМИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕЖТЕРРИТОРИАЛЬНОГО ЦЕНТРА ЗДОРОВЬЯ И ИНСТРУМЕНТАРИЙ ПО ИХ ОЦЕНКЕ

Разработанная в ходе исследования система мер по оптимизации деятельности межтерриториального ЦЗ, ориентирована три основных направления его деятельности:

-профилактическая работа с населением;

-методическая работа в учреждении;

-координационная работа на территории.

Профилактическая работа ЦЗ реализуется посредством проведения круглогодичного скрининга детского населения по обращаемости для выявления лиц с факторами риска и функциональными расстройствами, сопряженных с возможностью развития заболеваний. Осуществляется слежение за эффективностью профилактики у детей, выполняющих оздоровительные мероприятия. Создается база данных по результатам обследований.

Проблемными зонами являются выполнение плана осмотров детей и присутствие на осмотрах их родителей. Разработка и внедрение в ходе исследования алгоритма выездной работы позволила на порядок увеличить число родителей, присутствующих при осмотрах детей и организовать школы здоровья с дистанционным контролем их деятельности.

Определенные трудности связаны с гигиеническим воспитанием (просвещением) и консультативной работой (формирование мотиваций). Изучение и экспертная оценка сообществ в социальных сетях, занимающихся вопросами ЗОЖ послужили основой для разработки положения и организован Он -лайн ЦЗ.

Методическая работа в образовательном учреждении включает обучение медицинских работников новым формам и методам организации профилактических услуг, включающих организацию школ здоровья. Проблемными зонами являются отсутствие методических рекомендаций и материалов, ориентированных на профилактику выявленных функциональных расстройств и факторов

риска с учетом возраста и школьников. Для решения возникшей проблемы был разработан электронный каталог ресурсов и материалов для проведения школ здоровья.

Связующим звеном профилактической и методической работы является координация работы ЦЗ на территории обслуживания, которая достигается с помощью разработанного нами инструментария, базирующегося на трехэтапной шкале оценки деятельности ЦЗ

## 5.1 Разработка алгоритма выездной работы межтерриториального центра здоровья

Ключевыми разделами работы специалистов ЦЗ является связь с родителями детей, прошедшими обследование, медицинскими работниками образовательных учреждений и врачами-педиатрами ЛПУ.

Первый год работы 2011 позволил выявить ряд особенностей, препятствующих эффективной работе ЦЗ:

-нежелание руководителей ряда образовательных учреждений организовать осмотры детей;

-отсутствие информированного согласия родителей на осмотр ребенка;

-отсутствие родителей на обследовании и при выдаче рекомендаций (дистанционное «закрытие» карт ЗОЖ и карт ЦЗ);

-медицинский работник школы не готовил детей к осмотру, поэтому дети были психологически не готовы к обследованию, особенно подростки;

-педагоги не знакомы с аппаратными возможностями ЦЗ;

- прием детей в течение учебного дня вызывал негативное отношение со стороны педагогов;

- ограниченное количество времени обследования 1 ребенка (10-15 мин.) не позволяло эффективно организовать работу в образовательном учреждении.

Для оптимизации работы ЦЗ на выезде нами был разработан алгоритм, включающий несколько этапов.

**Организационный этап**

А) Главный врач муниципального учреждения здравоохранения на базе которого располагается ЦЗ для детей, письменно информирует

руководителя муниципального образования, или его заместителя по социальным вопросам о деятельности ЦЗ и целесообразности проведения массовых обследований детей на выявление факторов риска функциональных расстройств и хронических неинфекционных заболеваний.

Б) Глава муниципального образования/или его заместитель намечает дату проведения совещания с участием директоров школ муниципального образования, на котором присутствует **руководитель центра здоровья**. На совещании обсуждаются следующие вопросы:

- информирование директоров школ о технологических, профилактических и медицинских возможностях ЦЗ;

- согласование с директорами школ графика приезда специалистов ЦЗ и формы информирования родителей;

-выделение помещений для проведения осмотров детей.

Директорам предлагается следующий порядок организации осмотров:

-проведение совместного заседания педагогического совета и родительского комитета школы для решения организационных вопросов, в том числе получения информированного согласия и присутствие родителей при осмотре детей;

-подготовка и размещение в образовательном учреждении информационных стендов о деятельности ЦЗ в удобных для детей и родителей местах.

В) Заведующий ЦЗ:

-разрабатывает и предает медицинским работникам школ инструкцию об особенностях подготовки детей к осмотру;

-после проведения осмотра передает помогает медицинским работникам дискету с набором материалов необходимых для организации работы школ здоровья для детей с выявленными факторами риска заболеваний.

**Медицинский этап**

Заведующий ЦЗ:

- ✓ анализирует отчетную документацию, касающуюся заболеваемости детского населения муниципального образования по обращаемости (первичную и общую) за 2-3 года, предшествующих осмотру и выявляет наиболее характерную патологию;
- ✓ готовит видеопрезентацию о работе ЦЗ, о приборах и их разрешающих возможностях для детей, подлежащих осмотру (проводит врач или специально подготовленная медицинская сестра ЦЗ);
- ✓ осуществляет дифференциацию детей на потоки: здоровые, нуждающиеся в консультации врача- педиатра или узкого специалиста, обучении в школе здоровья.
- ✓ инструктирует медицинского работника школы (врача, медицинскую сестру):
- ✓ - о необходимых мерах медицинской профилактики на уровне школы, отдельного класса, семьи ребенка;
- ✓ - о работе с документацией ЦЗ, поступающей на ребенка в образовательное учреждение после проведения осмотра;
- ✓ - о контроле за работой школы здоровья в дистанционном режиме.

**Мониторинг здоровья детей муниципального образования**

После осмотра, в течение недели, врач ЦЗ осуществляет «закрытие» карт ЦЗ и карт ЗОЖ.

Карты ЗОЖ:

- ➢ - передаются директору школы (на диске или по электронной почте) и распределяются им классным руководителям для передачи родителям детей, прошедших обследование (прикрепляются к «электронному дневнику» или раздают на собраниях в распечатанном виде).
- ➢ -дубликат передается медицинскому работнику школы для контроля за выполнением рекомендаций врач ЦЗ.

- Организует мониторинг состояния здоровья детей муниципального образования на основе ежегодного анализа ф №12.

Таким образом, выездная форма работы ЦЗ позволяет провести комплексное обследование практически всем учащимся в возрасте от 7 до 17 лет. Обследование осуществляется с минимальным отрывом от учебного процесса. При данной форме работы возможна наиболее тесная преемственность работы ЦЗ с врачом (медицинской сестрой) школы (наличие необходимой документации, передача результатов обследований, учет детей, нуждающихся в повторном обследовании, содействие в организации проведения комплексного обследования).

Внедрение алгоритма позволило:

- обеспечить 100 наличие информированного согласия от родителей на осмотр ребенка;

-позволило в 7,2 раза увеличить число присутствующих при осмотре родителей: с 199 в 2011году до 1431 в 2014 г.;

-разместить информацию о работе ЦЗ и ее результатах в школьных образовательных учреждениях зоны действия ЦЗ;

- организовать работу школ здоровья в образовательных учреждениях и осуществлять контроль за их деятельностью.

Одновременно были выявлены вопросы, требующие разрешения:

- отсутствие методики проведения школ здоровья при выездной деятельности;

- слабая обратная связь с детьми, родителями, что отражается на качестве динамического наблюдения.

Эти вопросы мы разрешали в рамках организации онлайн центра здоровья.

### 5.2 Каталог ресурсов и материалов для проведения школ здоровья.

Необходимость совершенствования профилактической помощи детскому населению, коррекция факторов риска, неблагоприятно влияющих на здоровье

и связанных с образом жизни, не вызывает сомнений. Профилактическими могут быть не только медицинские вмешательства, но и образовательные технологии, к которым относятся школы здоровья. Школа Здоровья (ШЗ) - это новая информационно-мотивационная технология, призванная сформировать заинтересованность и личную ответственность ребенка в сохранении и развитии здоровья. Опрос руководителей пяти ЦЗ для детей Свердловской области о проведении ими школ здоровья, в рамках работы ЦЗ позволил выявить следующие проблемные зоны:

-отсутствие оплаты работы ШЗ территориальным ФОМС;

-отсутствие в образовательных учреждениях подготовленных специалистов для проведения школ здоровья;

-отсутствие специально разработанных методик и материалов для различных возрастно-половых групп детского населения.

На сегодняшний день в области нет единого методического центра, который бы предоставлял готовые материалы ЦЗ для организации и проведения школ здоровья для детей и их родителей.

Отдельные материалы разрабатываются в областном центре медицинской профилактики и, как правило, предоставляются на платной основе.

Таким образом, организация школ здоровья на базе ЦЗ осложняется тремя факторами. Первый определяется региональными особенностями - отсутствием оплаты в системе ОМС данной услуги.

Второй – особенностями выездной работы:

-осмотры проводятся в образовательных учреждениях, в которых нет условий для проведения школ здоровья;

-в образовательных учреждениях нет врачей, медицинскую помощь в них оказывают средние медицинские работники.

Третий фактор – отсутствие методических материалов, ориентированных на выявленные факторы риска и функциональные расстройства у школьников, для проведения школ здоровья.

В ходе исследования была поставлена задача поиска материалов, необходимых для проведения занятий с пациентами (видеоролики, презентации, готовые лекции, буклеты и т.д.).

Найти в интернете или создать материалы для школ здоровья является сложной задачей.

Далее, возникает вопрос о создании базы данных, в которой бы могли храниться материалы для школ здоровья с предоставлением их для специалистов ЦЗ и медицинских учреждений.

Разработанный нами подход выглядит следующим образом. Все материалы собраны и хранятся на интернет сервисе «Яндекс- диск», - облачный сервис, принадлежащий компании Яндекс, позволяющий пользователям хранить свои данные на серверах в «облаке» и передавать их другим пользователям в Интернете. К данному сервису предоставляется доступ специалистам медицинских учреждений для отбора материала, необходимого для проведении школ здоровья для детей и их родителей https://disk.yandex.ru/client/disk/Новая%20папка.

С указанного ресурса можно передать любые материалы на страницу в социальных сетях: ВК, одноклассники, фэйсбук, мой мир, тем самым распространить материал среди подписчиков группы центра здоровья созданных в социальных сетях интернета.

Нами создана папка с материалами для специалистов и документ с указанием интернет ресурсов, где в свободном доступе можно скачать различные материалы для проведения школ здоровья, в соответствии с итоговым документом, который выдается ребенку прошедшему обследование в ЦЗ, - учетная форма №002 – ЦЗ/у-2– карта здорового образа жизни ребенка.

Структура каталога включает в себя 8 основных разделов, в которых содержатся презентации, лекции, видеоролики, мультфильмы, предназначенные для проведения школ здоровья. При этом необходимо отметить, что стандартов или составленных школ здоровья для ЦЗ не существует, а данная библиотека предоставляет контент для их создания (рис. 5.2.1).




Рис. 5.2.1 Структура каталога материалов для проведения школ здоровья.

Первый раздел представлен материалами о здоровом питании, в который включены разделы об избыточном весе, гипотрофии, грудном вскармливании, роли микроэлементов.

Второй раздел «Стресс и особенности поведения», в который включены материалы о профилактики стресса, о работе с детьми с синдромом двигательных расстройств и нарушением внимания.

Третий раздел состоит из материалов для профилактики артериальной гипертензии.

Четвертый раздел назван «Зависимости», и включает в себя материалы для проведения школ здоровья о вреде алкоголя, наркомании, курения.

Пятый раздел посвящен профилактике гиподинамии.

Шестой раздел назван «Разное», и включает в себя материалы о профилактике ОРВИ и закаливания, общие материалы о ЗОЖ, и материалы профилактике ВИЧ и СПИД.

Таким образом, создание единого ресурса с материалами для проведения школ здоровья позволяет:

- компенсировать дефицит актуальных видеоматериалов у медицинских работников образовательных учреждений, направленных на предотвращение факторов риска/ функциональных расстройств у детей;

- позволяет использовать интернет-ресурсы для мотивации детей изменить рискованное поведение;

-способствует созданию территориального банка материалов профилактического характера для сотрудников ЦЗ и медицинских работников образовательных учреждений.

Для удобства работы презентационные материалы записаны на диск, который передается медицинскому работнику образовательного учреждения, что делает возможным использовать их для проведения бесед и формирования мотиваций у школьников к ЗОЖ.

При оформлении данного ресурса остается проблема наличия согласия авторов лекций, презентаций и видеороликов при размещении их материалов для общего использования.

### 5.3 Оценка сообществ социальной сети, уделяющих внимание ЗОЖ и возможность формирования партнерских отношений между ними и центром здоровья

Применение современных информационных технологий в пространстве медицины приводит к появлению новых социальных институтов и моделей коммуникации, пересмотру традиционной системы ценностей, улучшению качества жизни человека

В последние годы появились публикации, доказывающие положительное влияние продвижения идеи здорового образа жизни в социальных медиа ((Fotheringham M., 2000; Griffiths D., 2006, Андриянова Е.А., Тарасенко Е. А., 2012,

Buller D., 2012, Metzger M., 2010, Алексеева Е.Г.. Кучма В.Р., 2012). Авторами отмечается, что благодаря продвижению здорового образа жизни в социальных медиа, появляется возможность преодолеть барьеры, связанные с расстоянием, инвалидностью, стигматизацией пациентов.

Результаты онлайн опроса проведенного в Рунете кампанией Аксимед вне медицинского сообщества показали, что врачам следует активно осваивать возможности социальных сетей, расширяя каналы коммуникаций с пациентами, информируя их о медицинских услугах и необходимости ведения здорового образа жизни (Врачи и пациенты в социальных сетях. Аналитический обзор //ООО Аксимед 2011 /http://www.aksimed.ru/download/center/present/social%20meda.pdf – (Дата обращения 19.05.2013).

Для экспертной оценки особенностей подачи информации о ЗОЖ, нами были отобраны 24 сообщества находящихся на платформе социальной сети ВК (табл.5.3.1).

1. Первые одиннадцать сообществ представлены большой численностью подписчиков. Они не имеют адреса и своего лица, но имеют квалифицированных модераторов, которые говорят о здоровье «в общих чертах» и значительный бюджет на продвижение рекламных продуктов и услуг, возможность включения в группу новых подписчиков. Подписчики – реальные люди различного возраста. Подростки 14-17 лет составляют 4,3 - 44,8% от численности всех подписчиков групп. Этим сообществам эксперты присвоили название «группы ЗОЖ» (ГЗОЖ). Таким образом, обязательными критериями отбора являлись наличие среди подписчиков групп целевой аудитории и высокий рейтинг среди других сообществ в поисковой строке.

2 Вторая группа сообществ в количестве -13-ти представлена сайтами с небольшой численностью подписчиков, являющихся реальными людьми. Все они открыты ЦЗ. Эксперты присвоили им название «Группы центров здоровья» (ГЦЗ). Группы имеют фактический адрес (адрес ЦЗ в определенном населенном пункте), в качестве модераторов выступают сотрудники ЦЗ, либо волонтеры из

числа студентов медицинских ВУЗов или колледжей. Центры здоровья не располагают бюджетом на проведение рекламной деятельности.

Таблица 5.3.1- Перечень сообществ, занимающихся здоровым образом жизни

| Название сообщества | Адрес | Количество подписчиков |
|---|---|---|
| Группа здорового образа жизни (ГЗОЖ) | | |
| Здоровое тело. Мы за здоровый образ жизни | http://vk.com/zdorovoe_telo | 1535120 |
| Я не пью и не курю | http://vk.com/zdoroviy_obraz_zhizni | 1249561 |
| Sfap спортивная жизнь | http://vk.com/sfap.citaty | 457612 |
| Street workout сообщество для людей, которые любят активную здоровую жизнь | http://vk.com/streetworkoutpage | 442642 |
| Фитнес, диеты и здоровый образ жизни! | http://vk.com/club49868 | 109560 |
| Клуб любителей спорта и сторонников зож | Http://vk.com/club3921743 | 96462 |
| Reebok crossfit | http://vk.com/reebok_crossfit | 55735 |
| Зож (здоровый образ жизни) | http://vk.com/club1818991 | 28602 |
| Takzdorovo.ru | http://vk.com/takzdorovo_official | 35288 |
| Клуб здорового образа жизни | http://vk.com/club_healthy_living | 19254 |
| Будь здоров! Бросай курить! Бросай пить! | http://vk.com/notoxin | 95198 |
| Группа центров здоровья (ГЦЗ) | | |
| Центр здоровья – г. Улан удэ | http://vk.com/club48619979 | 450 |
| Центр здоровья Г.о. чапаевск | http://vk.com/club17890147 | 186 |
| Центр здоровья для детей г. Казань | http://vk.com/club33202813 | 161 |
| "центр здоровья" (казань) | http://vk.com/club24625506 | 117 |
| Центр здоровья для детей г. Краснотурьинск | http://vk.com/id181463501 | 99 |
| Центр здоровья г. Великие луки | http://vk.com/club49005338 | 82 |
| Центр здоровья г. Екатеринбург) | http://vk.com/club28201292 | 77 |
| Центр здоровья для детей г.Реутов | http://vk.com/club50516835 | 61 |
| Республиканский центр здоровья г. Улан удэ | http://vk.com/club48729252 | 34 |
| Центр "здоровья" г. Северодвинск | http://vk.com/club20168611 | 31 |
| Центр здоровья МУЗ ГКП №5 г.челябинск | http://vk.com/club28052734 | 28 |
| Центр здоровья г.Ахангельск | http://vk.com/club32828852 | 26 |
| Центр здоровья Р. Чувашия | http://vk.com/public44338589 | 9 |

В качестве экспертов по оценке деятельности данных сообществ социальной сети выступали 11 человек, в том числе: врачи и научные работники -5; работники PR-службы-6. В связи с тем, что эксперты представляли различные

профессиональные группы, с целью выяснения приоритетов среди них каждый получил свои номера:

-врачи центров здоровья и научные работники (ВНР): 1, 2, 3;4,5

- работники PR-службы: 6,7,8 9,10,11.

Таблица 5.3.2 – Ранжирование экспертами факторов, определяющих деятельность сообществ ГЗОЖ.

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | n8 |
| 1. внр | 7 | 6 | 4 | 8 | 3 | 5 | 1 | 2 |
| 2. внр | 6 | 7 | 3 | 5 | 4 | 8 | 2 | 1 |
| 3. внр | 8 | 6 | 5 | 4 | 2 | 7 | 1 | 3 |
| 4. внр | 6 | 7 | 4 | 5 | 3 | 8 | 2 | 1 |
| 5. внр | 7 | 6 | 4 | 5 | 3 | 8 | 2 | 1 |
| 6. PR | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 5 | 8 | 7 |
| 7. PR | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | 6 | 7 | 8 |
| 8. PR | 2 | 1 | 3 | 6 | 5 | 4 | 8 | 7 |
| 9 PR | 3 | 2 | 1 | 4 | 6 | 7 | 5 | 8 |
| 10 PR | 2 | 3 | 1 | 5 | 4 | 8 | 7 | 6 |
| 11 PR | 2 | 1 | 3 | 5 | 7 | 6 | 4 | 8 |
| Сумма рангов 396 | 47 | 43 | 32 | 55 | 45 | 70 | 46 | 52 |
| Квадрат суммы 20568 | 2209 | 1849 | 1024 | 3025 | 2025 | 4900 | 2116 | 2704 |

$S= (20586-396^2/8)=966$

$W=(12*966)/(11^2*(8^3-8))=0,19$

Эксперты оценивали и ранжировали сети по 8-ми критериям.

1. Логотип, отражающий ЗОЖ.

2.Наличие сформулированной миссии и цели, сообщества.

3.Активность контента (новости, свежие фото, видео, опросы), его уникальность, неповторимость, наличие развлекательности, частота

4.Наличие целевой аудитории

5.Наличие «оффлайн мероприятий» (конференции, дебаты, выставки, презентации, семинары, мастер-классы).

6.Наличие ссылок на внешние источники информации.

7.Наличие привлекательных видеороликов о мероприятиях на которые работает страница (которыми дети захотят поделиться).

8.Наличие мотивирующих конкурсов, с бесплатными призами.

Отдельно оценивались 11 сообществ с большой численностью подписчиков и 13, открытых при ЦЗ.

Для определения степени согласованности экспертов в оценке использовался - коэффициент конкордации Кендалла.

Полученный результат свидетельствует о низкой степени согласованности между экспертами. По-видимому, специалисты в области здравоохранения и PR-службы отдают приоритет различным признакам. Для подтверждения этого, мы отдельно просчитали коэффициент согласованности Кендала по медицинским работникам и специалистам PR-службы (табл. 5.3.3).

Таблица 5.3.3 – Ранжирование экспертами –врачами и научными работниками

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | n8 |
| 1. внр | 7 | 6 | 4 | 8 | 3 | 5 | 1 | 2 |
| 2. внр | 6 | 7 | 3 | 5 | 4 | 8 | 2 | 1 |
| 3. внр | 8 | 6 | 5 | 4 | 2 | 7 | 1 | 3 |
| 4. внр | 6 | 7 | 4 | 5 | 3 | 8 | 2 | 1 |
| 5. внр | 7 | 6 | 4 | 5 | 3 | 8 | 2 | 1 |
| Сумма рангов 181 | 34 | 32 | 19 | 27 | 15 | 38 | 8 | 8 |
| Квадрат суммы 5067 | 1156 | 1024 | 361 | 729 | 225 | 1444 | 64 | 64 |

$S= (5067-181^2/8)=972$

$W=(12*972)/(5^2*(8^3-8))=0,75$

Как и предполагалось, среди экспертов-медиков высокий уровень согласованности-0,75. Первые по значимости три места у них занимают наличие привлекательных видеороликов о мероприятиях на которые работает страница (которыми дети захотят поделиться), наличие мотивирующих конкурсов, с бесплатными призами и наличие «оффлайн мероприятий» (конференции, дебаты, выставки, презентации, семинары, мастер-классы).

Затем мы оценили результаты группы сотрудников PR-службы (табл. 5.3.4). В этой группе экспертов коэффициент согласованности был еще выше-0,8.

Таблица 5.3.4 -Ранговое распределение сотрудников PR-службы

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | n8 |
| 1. PR | 3 | 1 | 2 | 6 | 4 | 5 | 8 | 7 |
| 2. PR | 1 | 3 | 2 | 5 | 4 | 6 | 7 | 8 |
| 3. PR | 2 | 1 | 3 | 6 | 5 | 4 | 8 | 7 |
| 4. PR | 3 | 2 | 1 | 4 | 6 | 7 | 5 | 8 |
| 5. PR | 2 | 3 | 1 | 5 | 4 | 8 | 7 | 6 |
| 6. PR | 2 | 1 | 3 | 5 | 7 | 6 | 4 | 8 |
| Сумма рангов 216 | 13 | 11 | 12 | 31 | 30 | 36 | 39 | 44 |
| Квадрат суммы 7048 | 169 | 121 | 144 | 961 | 900 | 1296 | 1521 | 1936 |

$S= (7048-216^2/8)=1216$

$W=(12*1216)/(6^2*(8^3-8))=0,80$

Оценка крупных сообществ, имеющих число подписчиков от 30 тысяч и более, статистически достоверно отличается в группах медицинских специалистов и сотрудников PR-службы. Первые хотят видеть больше материалов познавательного характера, вторые привлекательного, ориентированного на привлечение максимального числа подписчиков.

Первые три ранговых места эксперты отдали группам сообществам под названием «Фитнес, диеты и здоровый образ жизни!» (109560 подписчиков); «Я не пью и не курю» (1249561 подписчиков) и группа информационного портала Министерства здравоохранения России «TakZdorovo.ru» (35288 подписчиков).

На этих трех сайтах были отмечены наличие логотипа, отражающего ЗОЖ, сформулированная миссия и цель сообщества, активность контента (новости, свежие фото, видео, опросы), его уникальность, неповторимость, наличие развлекательности.

По мнению экспертов, перечисленные группы содержат интересную информацию о том, как сохранить здоровье, наглядны, активны в своей деятель-

ности и способствуют формированию мотивации у подростков вести здоровый образ жизни.

Следующим этапом исследования была проведена экспертная оценка сайтов тринадцати ЦЗ для детей.

Таблица 5.3.5 – Ранжирование экспертами факторов, определяющих деятельность ГЦЗ для детей.

| Номера экспертов | Номера фактора | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | n1 | n2 | n3 | n4 | n5 | n6 | n7 | n8 |
| 1. внр | 5 | 7 | 8 | 6 | 4 | 1 | 2 | 3 |
| 2. внр | 6 | 7 | 5 | 8 | 4 | 2 | 2 | 1 |
| 3. внр | 5 | 6 | 4 | 7 | 8 | 1 | 2 | 3 |
| 4. внр | 6 | 7 | 4 | 8 | 3 | 2 | 5 | 1 |
| 5. внр | 7 | 6 | 4 | 8 | 3 | 5 | 2 | 1 |
| 6. PR | 6 | 7 | 8 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| 7. PR | 5 | 6 | 3 | 4 | 8 | 7 | 2 | 1 |
| 8. PR | 6 | 7 | 5 | 8 | 4 | 2 | 3 | 1 |
| 9 PR | 5 | 7 | 8 | 4 | 6 | 3 | 2 | 1 |
| 10 PR | 5 | 6 | 4 | 8 | 5 | 3 | 2 | 1 |
| 11 PR | 3 | 5 | 4 | 8 | 7 | 6 | 1 | 2 |
| Сумма рангов 389 | 59 | 71 | 57 | 74 | 53 | 34 | 25 | 16 |
| Квадрат суммы 22096 | 3484 | 5041 | 3249 | 5476 | 2809 | 1156 | 625 | 256 |

$S= (22096-389^2/8)=3181$

$W=(12*3181)/(11^2*(8^3-8))=0,62$

В определении приоритетов в организации информационных сайтов ЦЗ эксперты различных групп были более едины, коэффициент Кендала >0,6, что свидетельствует о средней степени согласованности.

Среди сообществ, принадлежавших центрам здоровья, лидировали: Центр здоровья – Улан Удэ (34 участника), Центр Здоровья для Детей г. Реутов, Московская область (61 участник), Центр Здоровья Чувашия (9 участников).

Эксперты отметили, что сайты ЦЗ должны иметь официальный адрес и фотографии сотрудников ЦЗ, так их уже видели лица, обратившиеся во - время визита на обследование. В данном контексте визит и работа с посетителем расценивается, как специфическое оффлайн-мероприятие.

Сообщества наглядно отображают деятельность центров здоровья, содержат красочный и информативный материал в виде фото и видео-файлов. Логотипы групп соответствуют принципам ЗОЖ.

Таким образом, в социальной сети есть сообщества, направленные на укрепление здоровья подрастающего поколения, с интересными визуальными материалами, организованной командой единомышленников, пропагандирующих принципы ведения здорового образа жизни среди сверстников.

Однако, число подписчиков невелико, что по нашему мнению связано:

-с размещением информации только на сайтах медицинской организации;

- отсутствием модератора, который бы официально занимался наполнением группы, рекламой созданной группы (сами сотрудники ЦЗ не предлагают подписаться прошедшим обследование).

При этом, обязательным условием является наличие у интернет-ресурса аудитории, мотивированной и заинтересованной в получении информации о ЗОЖ и имеют высокий уровень коммуникативной активности на данном ресурсе, а именно:

- разнополые дети старшего школьного возраста, подростки;

- родители детей различного возраста и пола, которые заботятся о здоровье семьи.

Наиболее сложным в on-line общении в сообществах оказалось не формирование группы единомышленников, а объединение различий (родители, дети различных возрастов, проживающие в разных населенных пунктах), а также необходимость модератору концентрировать внимание на размещение материалов для родителей и/или других членов семьи.

### 5.4 Организация «онлайн-центра здоровье»

Проект «онлайн Центр здоровья» был создан с учетом информации, описанной в предыдущем параграфе, на базе центра здоровья для детей г. Краснотурьинска Свердловской области. В качестве площадки действий, выбрана социальная сеть «в контакте». При создании онлайн ЦЗ, использован опыт: про-

ект «Школы здоровья в Европе и России» (Г. Бёйс, Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Степанова М.И., Храмцов П.И., Александрова И.Э., Бокарева Н.А., Соколова С.Б. 2009) и проект: «Создание и продвижение медицинского информационного портала zdrav.tomsk.ru» (Несветайло Д.С., Третьякова Ю.А. 2010).

Онлайн ЦЗ ориентирован на пропаганду здорового образа жизни и распространение знаний в области здоровья школьников и семей, в которых они проживают. В 2012-2015 гг. онлайн ЦЗ организован с привлечением в нее учащихся МОУСОШ №13 г. Волчанск и учащихся МОУСОШ №5 г. Карпинск.

Задачи:

1.Содействие работе детских центров здоровья.

2.Обмен опытом в вопросах здорового образа жизни между участниками, вовлеченными в процесс виртуального консультирования.

3.Содействие обмену знаниями и опытом в вопросах здорового образа жизни.

4.Стимулирование развития и расширения партнерских отношений между секторами здравоохранения и образования.

Достоинства онлайн ЦЗ :

1.Равенство.

2.Гарантия равноправного для всех доступа к диапазону образовательных и оздоровительных услуг.

3.Привлечение.

4.Создание сообщества, в котором все ощущают уважение, доверие и автономию. Нормальные взаимоотношения между учащимися и школой, родителями и школьной общественностью играют большую роль.

5.Полномочия и компетентные действия.

6.Возможность детям, педагогам, родителям получить полноценный доступ к информации и возможности индивидуального консультирования с сохранением права на неразглашение медицинской информации и включиться в процесс консультирования по здоровому образу жизни.

Принципы деятельности онлайн ЦЗ:

1.Подход к решению проблем здоровья.

Осуществляется путем связи с семьей и детьми при помощи виртуального опроса, консультирования и общения участников проекта. Создание: видеороликов, презентаций, аудиофайлов, плакатов с определением лучших путем голосования.

2.Участие в работе.

Активное привлечение учащихся, персонала и родителей является предпосылкой и средством действий в школах, участвующих в проекте виртуальной поликлиники.

3.Качество виртуального центра здоровье.

Семьи, и дети которые разбираются в вопросах здорового образа жизни укреплению здоровья, способствуют улучшению качества жизни путем снижения заболеваемости. Здоровые дети учатся лучше.

4.Обоснованность действий.

Участники онлайн ЦЗ обеспечиваются информацией о существующих и новых исследованиях и доказательствах, сосредоточенных на эффективных подходах и практике в области укрепления и сохранения здоровья.

5.Сотрудничество с детьми и семьей.

Онлайн ЦЗ осуществляет активное сотрудничество с детьми и семьей, является активной действующей силой в улучшении и сохранении здоровья, а также и в осведомленности о проблемах здоровья. Дети самостоятельно развивают темы здорового образа жизни при помощи инструментов социальной сети.

Заинтересованные лица и организации:

- Школьники и их родители
- Руководители школ и педагоги в них работающие
- Детский центр здоровья ГБУЗ СО Краснотурьинская ДГБ
- ФГБНУ НЦЗД г. Москва.

Основная целевая аудитория – школьники.

Краткая характеристика потребителей итоговой информации:

- возраст – 7-17 лет;

- образование – учащиеся общеобразовательного учреждения;

- пол – мальчики и девочки.

План работы онлайн ЦЗ разрабатывается и корректируется ежегодно и включает:

- изучение общественного мнения по вопросам информированности детей об их здоровье и здоровом образе жизни;

- создание и обновление интернет-портала, удовлетворяющего потребности целевой аудитории (дети и их родители, педагоги, медицинские работники);

- проведение PR-кампаний по продвижению ресурса ЦЗ;

- оценка эффективности мероприятий и разработка мероприятий по дальнейшему развитию ресурса.

Пан работы Онлайн ЦЗ охватывает 10 месяцев: сентябрь-май.

Ежегодно с 20.09. по 1.11. проводится комплекс мероприятий, включающий групповое консультирование, разработку видеороликов и презентаций учащимися на тему здорового питания. Параллельно организуются онлайн-опросы с целью выявления пробелов в знаниях о здоровом питании среди детей и подключившихся родителей.

С середины октября до конца декабря осуществляется компания по профилактике ОРВИ и ГРИППА. Основное внимание уделяется формированию устойчиво позитивного отношения к прививкам и семейной вакцинации.

С середины января до конца марта уделяется внимание профилактике гиподинамии, вредных привычек и пропаганде физической культуры и спорта.

Ежегодно в апреле-мае внимание уделяется вопросам полового воспитания, профилактике стресса и самоконтролю здоровья.

Модератор сообщества – руководитель центра здоровья.

Педагоги школ – стимулируют активность сообщества.

НЦЗД – готовит научное обоснование и сопровождение.

Адрес. http://vk.com/id181463501

Нами разработана инструкция пользователя, которая включает ряд этапов.

Этап 1: анализ информационной среды в образовательных учреждениях, который позволяет выявить имеющиеся возможности с технической точки зрения для организации Онлайн ЦЗ на базе социальной сети в контакте.

Этап 2: регистрация страницы http://vk.com/id181463501 для выхода в интернет.

Этап 3. Следуя инструкциям сайта регистрируются личные данные, создается имя пользователя (центр здоровья), указывается страна (РФ), город (Краснотурьинск), школа, номер мобильного телефона для получения кода активации и создается пароль для входа на страницу (Рис. 5.4.1).




Рис. 5.4.1 Стартовая страница.

На странице имеются разделы: мои друзья – где можно увидеть данные всех подписанных к странице. После создания страницы в разделах:

- контакты - указывается контактная информация, в данном случае данные ЦЗ для детей г. Краснотурьинска.;

- интересы - профилактика заболеваний, обучение здоровому образу жизни;

- образование – указаны контактные данные школ участвующих в проекте;

- жизненная позиция указаны: главное в жизни – саморазвитие; главное в людях – красота и здоровье; отношение к курению и алкоголю – резко негативное.

Разделы мои фотографии, мои видеозаписи, мои аудиозаписи позволяют размещать на странице соответствующие материалы.

Раздел мои сообщения позволяет осуществлять переписку с любым пользователем «в контакте».

Раздел мои группы, позволяет вступать и создавать группы соответственной направленности.

Созданы группы школ подписанных на проект, также страница подписана к сообществам:

1.Молодежно-спортивная организация Street Workout 430 889 подписчиков.

2.Здоровое тело. Мы за здоровый образ жизни 1 106 890 участников.

3. Клуб любителей спорта и сторонников ЗОЖ - 97 583 участника.

4.Традиционные тренировки по воркауту в Москве - 1 447 участников.

5.Reebok CrossFit - 55 747 участников.

6. Центр Здоровья для Детей г. Реутов - 38 участников.

7.SFAP Спортивная жизнь - 444 113 подписчиков.

8. Шедевры литературы - 971 846 подписчиков.

9. TakZdorovo.ru - 34 428 участников.

10.Славяне за ЗОЖ (Ростов-на-Дону) - 5 938 участников.

Раздел приложения позволяет загружать приложения выбранной направленности:

Узнайте свой оптимальный вес и как его достичь - Приложение установили 3 700 человек.

Takzdorovo: никотиновая независимость, 100 вопросов о здоровом питании - Приложение установили 9 200 человек.

Раздел документы позволяет размещать файлы информационного характера различных форматов: презентации, файлы word, exel, и т.д.

Ребенок, обследованный в центре здоровья, приглашается вступить в сообщество в социальной сети по указанному адресу, выбирает в нем группу, относящуюся к своей школе.

Модератор сообщества добавляет на страницу сообщества материалы по здоровому образу жизни в виде презентаций, роликов, фотографий.

Материалы рассылаются участникам сообщества.

При помощи классных руководителей школ, которые участвуют в проекте, проводятся конкурсы среди учащихся по созданию и поиску материалов относящихся к здоровому образу жизни в сети интернет. Путем создания опросов на странице проводится мониторинг усвоенных материалов, а также выявляется пробелы в знаниях о здоровом образе жизни.

Настройки статистики посещаемости сообщества позволяют отследить:

1- количество уникальных посетителей и просмотров сообщества.

2- охват аудитории.

3- обратная связь.

4- участники сообщества посетившие страницу за сутки и за все время.

5-просмотры разделов (фотоальбом, видеозаписи, общение, приложения).

6- активность.

7- демография – мальчики, девочки.

8- география - страна, город.

9- источники переходов, т.е. с какого ресурса был сделан переход на страницу.

За сутки, неделю, месяц, за все время. Изображение доступно в виде графиков и диаграмм.

Модератором страницы и созданных на ней сообществ является врач или фельдшер центра здоровья, который проводит индивидуальное консультирова-

ние и ориентирует обратившихся, на интернет ресурсы с достоверной информацией о здоровом образе жизни.

Следует отметить, что финансовых ресурсов на администрирование и продвижение сайта не выделяется. Работа модераторов страницы осуществляется в виде премирования и надбавок к заработной плате руководителем учреждения.

Ресурсы, на которые ссылается врач центра здоровья - http://www.takzdorovo.ru/, http://stolicadetstva.com/ .

Таким образом, организация «онлайн ЦЗ» на странице социальной сети интернета, позволяет организовать каналы информации, коммуникации и интеракции, что обуславливает более высокую эффективность воздействия.

Проект под названием «онлайн Центр здоровья для детей» (http://vk.com/id181463501 успешно апробирован в г. Краснотурьинске Свердловской области).

Проведение on-line конференций с родителями (в формате вопрос-ответ).

Одним их доступных способов общения между родителями и врачами в сети интернет является сотрудничество с информационными порталами для проведения on-line конференций в формате «вопрос-ответ».

Информационный портал представляет возможность задать вопрос врачу - специалисту, в рамках заданной темы. В качестве информационных порталов могут выступать: сайты федерального и регионального значения, посвященные здоровью, сайты популярных печатных изданий, сайты школ, лечебно-профилактических и других учреждений, деятельность которых отражает принципы ЗОЖ.

В рамках работы «онлайн ЦЗ » регулярно проводятся опросы, после которых на страницы «ВК» выкладываются материалы касающиеся ЗОЖ: о вреде алкоголя, курения, о закаливании организма, правильном питании, профилактики гриппа.

Онлайн опросы, отражают грамотность детского населения и позволяют получить обратную связь, что способствует более эффективной деятельности

ЦЗ в области пропаганды ЗОЖ, проведения групповых школ здоровья и индивидуального консультирования как в онлайн режиме, так и в реальном времени.

Алгоритм работы Онлайн ЦЗ.

Установление сотрудничества между врачом и информационным порталом (сайтом). Интерес может исходить от любой из сторон. В нашем случае, было написано письмо на имя редактора портала «Такздорово.ру» (официальный ресурс федеральной программы «Здоровая Россия»), с приглашением к сотрудничеству.

Публикация на главной странице портала анонса о проведении on-line конференции на заданную тему со специалистом (с указанием должности).

Сбор вопросов от населения (посетителей портала)

Завершение сбора вопросов.

Передача их специалисту в текстовом варианте.

Формирование ответов врачом специалистом.

Задаваемые вопросы, как правило, относятся к 3-м категориям.

Первая категория. Вопросы по теме, предложенной к обсуждению и требующие уточнения и конкретной информации от специалиста. Носят завершенный характер.

Вторая категория. Вопросы по заданной теме, требующие от врача-специалиста проведения личной консультации, носят незавершенный характер.

Третья категория. Вопросы, не относящиеся к теме обсуждения, но имеющие определенную важность для пользователя. Носят либо завершенный, либо незавершенный характер, ответ на который необходим для формирования доверия между медицинским сообществом и населением.

Ответы специалиста доступны для любого пользователя сети интернет и он может им воспользоваться в своей жизненной ситуации, поэтому следует крайне осторожно давать рекомендации в случаях, когда необходима консультация с лечащим врачом. Об этом необходимо указать в завершении ответа.

Размещение регулярных актуальных статей для родителей на популярных интернет-порталах.

В ходе проведения on-line конференций и регулярных опросов социальных сетях было подтверждена высокая степень доверия в получении информации о сохранении здоровья от медицинских работников, а также необходимость получения родителями актуальных знаний. В этой связи, врачами были подготовлены ряд статей - о важности знаний показателей здоровья ребенка, о способах формирования полезных привычек и проведения неприятных, для ребенка, бесед (о соблюдении режима, вредности фаст-фуда и т.п.), о сохранении психологического здоровья в семье, о способах приобщения ребенка к спорту и творческим занятиям. Статьи размещались на ресурсе «Такздорово.ру». Кратность размещения – 2 статьи в месяц, согласно календарному плану редакции. Тематика определялась запросами пользователей сайта и профилем специалиста. Было размещено 6 статей с научно-популярным изложением материала и с возможностью сбора обратной связи.

Применение интернет-технологий является перспективным направлением в формировании основ ведения ЗОЖ. Этому способствуют простота использования, доступность, оперативное получение обратной связи, размещение информации согласно запросам - позволяет применять их в качестве информационного и коммуникативного каналов при работе с населением.

Технология «Онлайн центра здоровья» путем привлечения посетителей в ЦЗ позволяет уверенно выполнять государственный заказ на посещения. Связь с детьми через социальную сеть интернета и их родителями, увеличивает количество повторных посещений, что положительно сказывается на выполнении рекомендаций врача ЦЗ.

Проведение тематических онлайн тренингов среди подписчиков страницы «Онлайн центра здоровья» таких как профилактика ОРВИ в эпидсезон, профилактика авитаминоза, и др., позволяет ожидать снижение порога заболеваемости ОРВИ в период эпидемии.

Страница «Онлайн ЦЗ» является инструментом пиара ЦЗ, с помощью которого возможно заявить о ЦЗ, невзирая на расстояния.

Таким образом:

- технология «Онлайн ЦЗ» является доступной информационной системой здравоохранения, эффективность которой, в наибольшей степени указывает, что управленческие решения по созданию и функционированию данного сервиса оправданы в том смысле, что полученные результаты превосходят затраченные на них средства;

-интернет-технологии открывают новые возможности перед медицинским сообществом в сфере оказания профилактической помощи на индивидуальном и семейном уровне путем проведения просветительской деятельности среди детей и родителей, направленной на формирование навыков ЗОЖ.

## 5.5 Инструментарий оценки системы мер по оптимизации деятельности ЦЗ.

В ходе исследования разработан инструментарий, в виде 3-х уровневой шкалы, позволяющий оценить эффективность мер по совершенствованию деятельности ЦЗ (рис. 5.5.1).

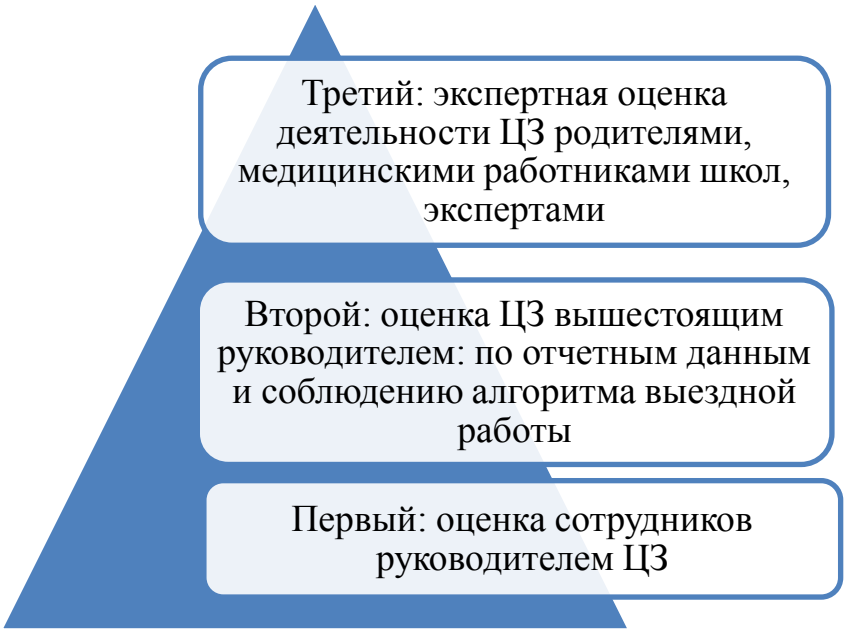



Рис. 5.5.1 Шкала оценки деятельности Центра здоровья

Первый уровень оценки базируется на индикаторах, включающих выполнение плана-задания, организации школ здоровья и наличия и ведения сайта

ЦЗ. Руководитель ЦЗ оценивает его работу ежеквартально по 3 индикаторам, пользуясь баллами от 5 (максимум), до 1 (минимум).

Перечень индикаторов первого уровня представлен в табл.5.5.1.

Руководитель ЦЗ

Таблица 5. 5.1 –Перечень и оценка индикаторов первого уровня

| № | Перечень индикаторов | Варианты оценки | Балл |
|---|---|---|---|
| 1. | Выполнение плана-задания (квартал, полугодие, год) | Выполнение:<br>95-100%<br>85- 94%<br>75- 84%<br>65-74%<br>Менее 65% | <br>5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 2 | Организация работы школ здоровья на выезде посредством передачи накопленной информации в электронном формате | Школы здоровья организованы:<br>-во всех курируемых территориях;<br>-в большей части курируемых территорий;<br>-в половине курируемых территорий;<br>-в единичных территориях;<br>-не организованы | <br>5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 3 | Ведение и поддержание сайта ЦЗ | Ведется и поддерживается:<br>- постоянно (раз в квартал) обновляется;<br>- периодически (раз в полугодие) обновляется;<br>- ведется нерегулярно, обновляется не чаще 1 раза в год;<br>-имеется информация о ЦЗ на сайте учреждения4<br>-информация о работе ЦЗ на сайте учреждения отсутствует. | <br>5<br>4<br>3<br><br>2<br><br>1 |

Максимальное значение индикаторов первого уровня- 15 баллов, минимальная -3 балла. Шаг для оценки – 4 балла: оценка работы ЦЗ в диапазоне 12-15 баллов свидетельствуют об отличном качестве работы ЦЗ; 8-11 баллов - работа оценивается хорошо; 4-7 баллов удовлетворительно; менее 4-х баллов свидетельствует о неудовлетворительной работе ЦЗ.

Таким образом, среднегодовая оценка работы центра здоровья в 2015 г. составила 11,2 балла, что свидетельствует о хорошем уровне работы ЦЗ.

Второй уровень контроля осуществляется вышестоящим руководителем, который оценивает работу ЦЗ ежегодно на основе анализа форм №68 «Сведения о деятельности центра здоровья» 2011-2014 гг. и №002-ЦЗ/у-2 «Карта здорового образа жизни ребенка». Оценка базируется на шести индикаторах в баллах: от 5 (максимум), до 1 (минимум). Перечень индикаторов и их «вес» для

оценки вышестоящим руководителем были установлены на основе анализа вышеуказанных форм за 2011-2014 гг. и отражают:

- эффективность работы сотрудников ЦЗ с населением, врачами-педиатрами и медицинским персоналом образовательных учреждений;

-присутствие родителей при осмотре или использование других форм передачи родителям результатов обследования и рекомендаций

-организацию школ здоровья;

-создание и наполнение сайта ЦЗ, в т.ч. онлайн ЦЗ

Таблица 5.5.2- Оценка деятельности ЦЗ на первом уровне в 2015 г.

| № | Оценка | 1 кв. | 2 кв. | 3 кв. | 4 кв. | Итоговая |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Выполнение:<br>95-100% и более<br>85- 94%<br>75- 84%<br>65-74%<br>Менее 65% | 3 | 5 | 4 | 5 | 4,2 |
| 2 | Школы здоровья организованы:<br>-во всех курируемых территориях;<br>-в большей части курируемых территорий;<br>-в половине курируемых территорий;<br>-в единичных территориях;<br>-не организованы | 2 | 2 | 3 | 3 | 2,5 |
| 3 | Сайт ведется и поддерживается:<br>- постоянно (раз в квартал) обновляется;<br>- периодически (раз в полугодие) обновляется;<br>- ведется нерегулярно, обновляется не чаще 1 раза в год;<br>-имеется информация о ЦЗ на сайте учреждения4<br>-информация о работе ЦЗ на сайте учреждения отсутствует. | 5 | 4 | 4 | 5 | 4,5 |

Перечень индикаторов второго уровня (табл.5.5.3).

Таблица 5.5.3 –Перечень и весовое значение индикаторов второго уровня.

| № | Перечень индикаторов | Варианты оценки | Балл |
|---|---|---|---|
| 1<br><br>3 | Пришли на прием самостоятельно из числа детей осмотренных в течение года | 9-10% и более<br>7-8%<br>5-6%<br>3-4%<br>Менее 3% | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 2 | Направлено детей в ЦЗ врачами-педиатрами медицинских организаций | 10-12% и более<br>8-9%<br>6-7%<br>4-5%<br>Менее 4% | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 3 | Направлено детей в ЦЗ медицинскими работниками образовательных учреждений | 78-81%<br>82-85%<br>86-90%<br>91-95%<br>Более 95% | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 4 | Передача результатов обследования и рекомендаций врача ЦЗ родителям:<br>- при осмотре;<br>-через электронный дневник учащихся;<br>- через педагогов и медицинский персонал<br>-через школьника;<br>-информация не передается | <br><br>25-30%<br>25-30%<br><br>25-30%<br><br>5-10% | <br><br>5<br>4<br><br>3<br><br>2<br>1 |
| 5 | Выполнение алгоритма выездной работы | Выполняется полностью<br>Не выполняется полностью организационный этап<br>Не выполняется полностью медицинский этап<br>Не выполняется мониторинг здоровья детей<br>Не осуществляется выездная работа | 5<br>4<br><br>3<br><br>2<br><br>1 |
| 6 | Организация школ здоровья с учетом выявленных функциональных расстройств и факторов риска, выявленных у детей | Организованы и работают<br>-на постоянной основе;<br>-дистанционные с использованием электронного каталога<br>-дистанционные, работают без электронного каталога<br>-работают бессистемно<br>-не организованы | <br>5<br>4<br><br>3<br><br>2<br>1 |

Таким образом, максимальная оценка работы ЦЗ составляет 30 баллов, минимальная- 6. Оценочный шаг определен в 4 балла. Таким образом, оценка в пределах 27-30 баллов, свидетельствует об отличной работе; 23-26 баллов- о хорошей; 19-22 - об удовлетворительной и 18 и менее -о неудовлетворительной оценке работы ЦЗ.

Оценка на втором уровне работы ЦЗ по итогам 2015 г составила:

-по первому индикатору- 4;

-по второму- 3;

-по третьему- 4;

-по четвертому-3,5;

-по пятому- 5;

-по шестому -3,5

Суммарная оценка в количестве 23 баллов свидетельствует о хорошей работе ЦЗ.

Третий уровень включает несколько компонентов.

Таблица 5.5.4-Опросник оценки деятельности ЦЗ родителями

| № | Вопросы для родителей | Варианты ответов | Балл |
|---|---|---|---|
| 1 | Доступность обследования ребенка в ЦЗ | Полностью доступна<br>В какой-то мере доступна<br>Затрудняюсь ответить<br>В какой-то мере не доступна<br>Полностью не доступна | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 2 | Получение новой информации о здоровье ребенка | Узнали много нового о здоровье<br>Узнали немного нового<br>Затрудняюсь ответить<br>Почти ни чего не узнали<br>Совсем ни чего не узнали | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 3 | Убедительность врача при беседе с ребенком и родителями | Очень убедительно<br>В какой-то мере убедительно<br>Затрудняюсь ответить<br>Малоубедительно<br>Совсем не убедительно | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 4 | Формирование мотивации ребенка изменить поведение для предотвращения возникновения болезни | Определенно мотивирует<br>Скорее мотивирует<br>Затрудняюсь ответить<br>Мотивирует в малой степени<br>Не мотивирует | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 5 | Культура предоставления медицинских услуг в ЦЗ | Отличная<br>Хорошая<br>Затрудняюсь ответить<br>Не очень хорошая<br>Плохая | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |

Во-первых, - экспертная оценка дается родителями детей, прошедших обследование в ЦЗ. С этой целью был специально разработан опросник (табл. 5.5.3), с помощью которого по пятибалльной шкале родители оценивали:

Доступность обследования ребенка в ЦЗ.

Получение новой информации о его здоровье.

Убедительность врача при беседе с ребенком и родителями.

Формирование мотивации ребенка изменить поведение для предотвращения возникновения болезни.

Культура предоставления медицинских услуг в ЦЗ.

Опросник, выдавался родителям после прохождения ребенком обследования в ходе выездной работы ЦЗ. Путем случайного отбора нами было опрошено 750 родителей (по 250 человек ежегодно, в течение трех лет). В табл. 5. 5.5 представлен расчет средних величин оценки родителей.

Таблица 5.5.5- Оценка деятельности ЦЗ родителями (среднее количество баллов по 5-балльной системе).

| № | Вопросы для родителей | 2013 | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Доступность обследования ребенка в ЦЗ | 1,3±0,1 | 2,4±0,1 | 3,5±0,2 |
| 2 | Получение новой информации о здоровье ребенка | 3,4±0,2 | 4,1±0,2 | 4,4±0,2 |
| 3 | Убедительность врача при беседе с ребенком и родителями | 2,1±0,1 | 4,1±0,2 | 4,3±0,2 |
| 4 | Формирование мотивации ребенка изменить поведение для предотвращения возникновения болезни | 2,1±0,1 | 3,3±0,2 | 4,2±0,2 |
| 5 | Культура предоставления медицинских услуг в ЦЗ | 4,0±0,2 | 4,6±0,3 | 4,5±0,3 |

На вопрос о доступности обследования ребенка в центре здоровья получена статистически достоверная оценка: средний балл возрастает с 1,3±0,1 в 2013 г. до 3,5±0,2 в 2015 г. ($p \leq 0,01$). Малая доступность услуг в 2013 г. связана не только с расстояниями, которые необходимо преодолевать для обследования ребенка, но и с недочетами в организации работы ЦЗ. Разработка и внедрение алгоритма работы ЦЗ способствовали увеличению оценки в 2,7 раза.

Оценка относительно получения новой информации не претерпела статистически достоверной разницы ($p \geq 0,05$), что свидетельствует об устойчивой информативности результатов, полученных с помощью технологического оснащения ЦЗ.

Статистически достоверно ($p \leq 0,05$) увеличилась убедительность врача при беседе с ребенком и родителями - с 2,1±0,1 в 2013 году до 4,3±0,2 в 2015 году, что свидетельствует о повышении эффективности коммуникативных навыков врачей ЦЗ.

Формирование мотивации ребенка к изменению поведения для предотвращения возникновения болезни, один из наиболее важных вопросов в работе центра здоровья. Результаты опроса показали, что данный показатель увеличился в два раза: с 2,1±0,1 в 2013 году, до 4,2±0,2 в 2015 году, чему по нашему мнению поспособствовало применение новых информационных технологий, - работа в социальной сети интернета «В контакте».

Показатель культуры предоставления медицинских услуг в ЦЗ, остается на высоком уровне 4,0±0,2 в 2013 году и 4,5±0,3 в 2015 году, так как данному направлению уделяется большое внимание с момента открытия ЦЗ.

Таблица 5.5.6-Опросник оценки методических материалов для ЦЗ.

| № | Вопросы для медицинских работников образовательных организаций | Варианты ответов | Балл |
|---|---|---|---|
| 1 | Удобство хранения и доступность материалов для школ здоровья на интернет-сервисе «Яндекс-диск» | Полностью удовлетворяет<br>Скорее удовлетворяет, чем нет<br>Затрудняюсь ответить<br>Скорее не удовлетворяет<br>Полностью не удовлетворяет | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 2 | Степень адаптации методических материалов для возрастных групп детей с учетом выявленных факторов риска и функциональных расстройств | Адаптированы полностью<br>Уровень адаптации скорее удовлетворяет<br>Затрудняюсь ответить<br>Уровень адаптации скорее не удовлетворяет<br>Полностью не адаптированы к контингенту ЦЗ | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 3 | Удобство работы со структурой методического пособия | Работать удобно<br>Скорее удобно, чем нет<br>Затрудняюсь ответить<br>Скорее не удобно<br>Работать не удобно | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |
| 4 | Возможность использовать в практической работе | Возможно использовать полностью<br>Возможно использовать частично<br>Затрудняюсь ответить<br>Скорее невозможно использовать<br>Использовать в практической работе нельзя | 5<br>4<br>3<br>2<br>1 |

Оценка работы ЦЗ по данному показателю составляет максимально- 25, минимально- 5 баллов. Оценочный шаг- 4 балла. При этом, отличная оценка находится в диапазоне 22-25 баллов, хорошая – 18-21 балл; удовлетворительная -14-17 баллов; оценка 16 баллов и ниже является неудовлетворительной.

По итогам 2015 года родители оценили работу ЦЗ, как хорошую - 20,8 балла.

Достаточно высокая оценки деятельности ЦЗ родителями детей и статистически достоверная позитивная динамика оценок подтверждает эффективность работы его специалистов.

Второй опросник был разработан для медицинских работников образовательных учреждений, которые оценивали эффективность предложенного нами электронного каталога методических материалов для проведения школ здоровья (табл. 5.5.6).

Опросник заполнялся медицинскими работниками образовательных учреждений во время выездной работы в течение 2014- 2015 гг. В опросе приняли участие 63 человека, в том числе: 2014- 28, 2015 г- 35 человек. Средняя оценка методических материалов представлена в табл.5.5.7.

Таблица 5.5.7- Оценка методических материалов респондентами (среднее количество баллов по 5-бальной системе).

| № | Вопросы для медицинских работников образовательных организаций | 2014 | 2015 |
|---|---|---|---|
| 1 | Удобство хранения и доступность материалов для школ здоровья на интернет-сервисе «Яндекс-диск» | 2,1±0,2 | 3,6±0,1 |
| 2 | Степень адаптации методических материалов для возрастных групп детей с учетом выявленных факторов риска и функциональных расстройств | 2,5 ±0,2 | 4,1±0,1 |
| 3 | Удобство работы со структурой методического пособия | 1,8±0,2 | 4,0±0,1 |
| 4 | Возможность использовать в практической работе | 2,3±0,2 | 4,2±0,1 |

По всем заданным параметрам получена статистически достоверная положительная динамика. Это достигалось боле устойчивым доступом к сети интернет, в том числе за счет компьютеризации образовательных учреждений, освоением медицинскими работниками технологий работы с сервисом Яндекс-диск, наработкой ими опыта использования электронного методического посо-

бия в практической деятельности и налаживанием консультативной поддержки с разработчиками электронного методического пособия в онлайн режиме.

Оценка работы ЦЗ по данному показателю составляет максимально- 20, минимально- 4 балла. Оценочный шаг- 4 балла. При этом, отличная оценка находится в диапазоне 17-20 баллов, хорошая – 13-16; удовлетворительная -9-12 баллов; оценка ниже 9 баллов является неудовлетворительной.

По итогам 2015 года родителями оценили работу ЦЗ, как хорошую – 15,9 балла.

Третий компонент предназначен для оценки созданного онлайн ЦЗ. В параграфе 5.3 подробно представлены результаты экспертной оценки эффективности сайтов ЦЗ в социальной сети. Экспертами выявлены проблемные зоны и отмечены перспективные направления развития сайтов ЦЗ путем превращения в онлайн ЦЗ. Используя эти рекомендации нами был создан онлайн ЦЗ, эффективность работы которого по большинству критериев соответствует рекомендациям, сформулированным экспертами.

Таблица 5.5.8- Оценка работы электронного ресурса центра здоровья (среднее количество баллов по 5-бальной системе).

| Рекомендации экспертов | Фактические показатели онлайн ЦЗ |
|---|---|
| Наличие интересных визуальных материалов | 4,4±0,2 |
| Наличие:<br>- мотивирующих конкурсов, с бесплатными призами<br>- наличие «оффлайн мероприятий» (конференции, дебаты, выставки, презентации, семинары, мастер-классы) | <br>4,2±0,1<br><br>3,1±0,1 |
| Наличие:<br>- логотипа, отражающего ЗОЖ,<br>- сформулированная миссия и цель сообщества,<br>- активность контента (новости, свежие фото, видео, опросы),<br>- уникальность, неповторимость | <br>4,9±0,1<br>4,0±0,2<br>4,8±0,2<br>4,1±0,1 |
| Рост числа подписчиков | 4,8±0,2 |
| Волонтеры, занимающиеся продвижением онлайн ЦЗ из числа посетителей ЦЗ | 4,9±0,1 |
| Наличие у интернет-ресурса аудитории, мотивированной и заинтересованной в получении информации о ЗОЖ, которая имеет высокий уровень коммуникативной активности на данном ресурсе | 4,2±0,3 |
| Регулярное обновление материалов для родителей и/или других членов семьи | 4,9±0,1 |
| Актуальность информации, направленная на профилактику сезонных заболеваний | 4,8±0,1 |

Оценивали соответствие рекомендациям экспертов сотрудники отдела социальной педиатрии НЦЗД в 2014 г. В таблице представлена средняя оценка для каждой рекомендации. В оценке участвовало 6 сотрудников отдела.

Оценка работы ЦЗ по данному показателю составляет максимально- 60, минимально- 12 баллов. Оценочный шаг- 10 баллов: отличная оценка -51-60; хорошая -41-50; удовлетворительная -31-40 баллов, неудовлетворительная – менее 40 баллов. Эксперты оценили данный раздел работы на отлично- в 53 балла.

Суммарная оценка по всем показателям работы ЦЗ: отлично: 129-150 баллов; хорошо – 103-128 баллов; удовлетворительно 77-102 балла. Оценка работы ЦЗ ниже 77 баллов- неудовлетворительная.

Оценка работы межтерриториального ЦЗ г. Краснотурьинска 124 балла

Разработанная и апробированная трехуровневая шкала оценки деятельности работы ЦЗ базируется на внутриучрежденческой (первый и второй уровень) и внешней оценке эффективности работы (третий уровень) и представляет собой эффективный инструмент управления качеством работы специалистов ЦЗ. Внедрение шкалы оценки в работу ЦЗ Свердловской области способствовало повышению качества и доступности услуг ЦЗ детскому населению.

Таким образом, выполненное нами исследование показало следующее.

1. Межтерриториальный ЦЗ для выполнения функциональных обязанностей должен быть ориентирован на передвижные виды деятельности.
2. Технологическое оборудование ЦЗ рассчитано на детское население в возрасте 7 лет и старше, поэтому выездная деятельность ориентирована на школьные образовательные учреждения.
3. В связи с тем, что на Федеральном уровне не решены вопросы оплаты работы школ здоровья, отсутствуют методические материалы для их проведения, при выездной работе можно использовать разработанный электронный каталог материалов для среднего медицинского персонала.

4. Учетные и отчетные формы ЦЗ нуждаются в дополнениях, связанных с расшифровкой факторов риска и функциональных расстройств с учетом возрастно-половых групп школьников.
5. В связи с отсутствием утвержденного на федеральном уровне инструментария оценки деятельности ЦЗ предлагается использование разработанной в ходе исследования шкалы оценки.
6. Межтерриториальные ЦЗ, развернутые в малых городах на базе медицинских учреждений второго уровня, являются их структурными подразделениями и используются также в качестве выездного педиатрического кабинета, что не учитывается учетно-отчетной документацией ЦЗ.
7. Проведенное исследование доказало, что инновационные возможности ЦЗ, опирающиеся только на их технологическое и кадровое обеспечение исчерпало свой ресурс. Выявление детей с факторами риска и функциональными расстройствами должно иметь возможность их коррекции через школы здоровья для чего необходимо:

   - решить вопрос об оплате школ здоровья в системе ОМС;

   - разработать унифицированные программы школ здоровья с учетом выявленных факторов риска, функциональных расстройств и возрастно-половых особенностей детского населения;

   - использовать интернет-технологии для дистанционной работы по профилактике и мониторинга работы школ здоровья.
8. В состав ЦЗ целесообразно ввести программиста, выполняющего обязанности модератора онлайн ЦЗ.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Материалы собственного исследования базируются на анализе работы центров здоровья для детей Уральского Федерального округа и межтерриториального центра здоровье г. Краснотурьинска Свердловской области. В ходе исследования был проведен анализ правовых актов, регулирующих деятельность центров здоровья для детей в Российской Федерации. Установлено, что в изученных актах нет четкой дефиниции понятия «здоровый образ жизни» (ЗОЖ). В сфере профилактики заболеваний употребляются термины «санитарно-просветительная работа, формирование ЗОЖ, санитарное просвещение, гигиеническое воспитание и обучение» и др., смысл которых трактуется по-разному. Требуется создание понятийного аппарата в сфере медицинской профилактики. Документы, касающиеся формирования ЗОЖ, в большей степени ориентированы на взрослое население и лишь частично, на подростков и молодежь. Дети младшего возраста и «семейные» факторы практически не отражены.

Основными действующими приказами для ЦЗ являются: приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 19.08.2009 № 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию ЗОЖ у граждан РФ, включая сокращение потребления алкоголя и табака» (в ред. приказов Минздравсоцразвития РФ от 08.06.2010 N 430н, от 19.04.2011 N 328н, от 26.09.2011 N 1074н).

В этих документах не прописаны:

- порядок и стандарты обследования детей в зависимости от возраста;

- методические положения, регламентирующие работу школ здоровья и их оплату в системе ОМС;

- особенности межтерриториальных ЦЗ, основным видом деятельности которых является выездная работа;

- методики оценки работы ЦЗ, включающие такие компоненты, как санитарное просвещение, гигиеническое образование, профилактика заболеваний, формирование ЗОЖ.

Затем проанализирована деятельность 19 ЦЗ для детей в УрФО, в шести субъектах Федерации которого развернуто ЦЗ: в Свердловской области -6, в Тюменской - 3, в Челябинской – 5, в Курганской -1, в Ханты-Мансийском автономном округе - 3 и в Ямало- Ненецком автономном округе 1. Количество детей на один ЦЗ неравномерно и колеблется от 94,7 тыс. (в Тюменской области) до 171 тыс. в Курганской области.

В ЦЗ для детей УрФО за 2013 г. было осмотрено 111976 детей в возрасте от 0 до 17 лет, что на 1000 детского населения составило 46,3 посещений. Это на 6,1 посещений превышает среднероссийский показатель 40,2.

Из числа обследованных в 2012 г. здоровыми были признаны- 36,5% детей (41927 человек), а в 2013 г. - 27,7% (31032 ребенка) ($p<0,05$). Полученные данные свидетельствуют о том, что в 2013 г. в ЦЗ направлялись дети не только 1 и 2 групп здоровья, но уже имеющие ранее установленный диагноз хронического заболевания. Степень охвата детского населения осмотрами в ЦЗ УрФО в разрезе возрастных групп, в силу различных причин, была не однородна и составила 6,6‰ у 0-4-летних; 58,3‰ – у 5-9-летних; 69,4‰ – 10-14-летних. Самые высокие показатели посещения ЦЗ - 93,6‰ – у 15-летних и существенно ниже – 67,6‰ – у 16-17-летних подростков. Повторные посещения составили 11,6% (14805 детей).

Оценка деятельности ЦЗ в разрезе территорий свидетельствует о региональных особенностях организации их работы.

В трех субъектах – в Курганской, Челябинской областях и ЯНАО - дети в возрастной группе 0-4 года вообще не посещали ЦЗ. Вместе с тем, в Свердловской области и ХМАО выявлена максимальная посещаемость в этой возрастной группе: 10,3 и 12, посещение на 1000детей соответственно.

Частота посещений детей в возрасте 5-9 отличается в 3,5 раза: от 21,4 в Курганской до 76,1 в Тюменской области ($p\leq0,005$), в возрасте 10-14 лет – в 4,2 раза от 25,8 до 107,6 в тех же областях ($p\leq0,005$).

В возрастной группе 15 лет лидирующие позиции занимают Челябинская, Свердловская и Тюменская области. Полученные в них результаты, скорее все-

го, связаны с тем, что через ЦЗ проходят подростки, становящиеся на учет в военкоматах. В то же время, в ХМАО и ЯНАО на 1000 подростков в возрасте 15 лет через ЦЗ проходят соответственно 21,5 и 31,0 человек. Следовательно, ресурс возможностей ЦЗ в этих территориях используется недостаточно. К 16-17 годам посещаемость ЦЗ снижается практически повсеместно (табл. 3).

Анализ первых лет работы ЦЗ УрФО выявил ограничения, связанные с:

- низкой плотностью детского населения на большей части территории УрФО (в т.ч. ХМАО и ЯНАО);

- недостаточной информированностью о деятельности ЦЗ как среди медицинских работников, так и населения приводят к сложностям выполнения «плана посещений» по приему детей;

-отсутствием регламентации повторных визитов в Центры здоровья, унифицированной системы их оплаты, оплаты консультаций психологов и проведения школ здоровья в системе ОМС;

-отсутствием процедуры документооборота и обмена информацией между ЦЗ, медицинскими учреждениями общей лечебной сети и медицинскими кабинетами образовательных организаций;

В четвертой главе, посвященной **о**рганизации работы межтерриториального ЦЗ, анализируется распространенность и структура факторов риска и функциональных расстройств у 32316 школьников в возрастном диапазоне 7-9, 10-14, 15 и 16-17 лет, прошедших обследование в ЦЗ в течение 2011-2014 гг.

Анализ формы №68 показал, что увеличивается число детей с функциональными расстройствами (ФуР). Так в 2011 г. они были выявлены у 3964 детей из 7688 осмотренных ( 51,7% от числа здоровых детей). В 2014 году количество детей с функциональными расстройствами составило 5859 (76,3%) из 7678 осмотренных ($p \leq 0,05$).

Растет количество детей направленных в стационары круглосуточного и дневного пребывания: в 2011 году - 15 детей, в 2012 г - 120, в 2013- 202, в 2014 - 677 детей. Отмеченная особенность работы ЦЗ связана:

- с переходом ЛПУ г. Краснотурьинска в статус межмуниципального центра, в связи с чем, в зону действия ЦЗ попали дети с отдаленных территорий, в которых отсутствовали врачи-педиатры;

-приданием ЦЗ функции выездного педиатрического кабинета, так как в его составе работают квалифицированные врачи-педиатры.

В ходе исследования подтверждена статистически значимая закономерность, свидетельствующая о том, что чем старше становятся школьники, тем меньше здоровых отмечается в каждой возрастной группе: в 7-9 лет – 28,0%; в 10-14 лет – 21,0%; в 15 лет – 14,7%; в 16-17 лет – 6,0%.

Обработка учетной формы №002 – ЦЗ/у-2– карта здорового образа жизни ребенка показала, что при осмотре 7321 школьника было выявлено 11177 факторов риска (ФР) и ФуР, что в пересчете на 1 ребенка составило 1,5. Следующим шагом было определение количества ФР и ФуР в расчете на 1 осмотренного в разрезе каждой возрастной группы и в пересчете на 1 школьника из группы детей с выявленными расстройствами.

Пересчет выявленных 11177 факторов риска и функциональных расстройств на одного ребенка из группы в количестве 5874 человека составил 1,9. Таким образом доказано, что данные, представляемые в отчетной Ф №68 не соответствуют реальной ситуации: количество ФР и ФуР в расчете на всех осмотренных детей в среднем составляет 1,52 фактора, при этом у детей с выявленными расстройствами средняя цифра составляет 1,9 ($P \leq 0,05$).

Доля детей, имеющих один-два фактора, статистически достоверно уменьшается с возрастом и минимально представлена у подростков 16-17 лет. Обратная картина наблюдается у школьников с тремя - пятью факторами. Их доля статистически достоверно увеличивается с возрастом: от 20% в группе 7-9 лет до 38,2% в возрасте 16-17 лет ( в группе с тремя факторами); с 5% до 44,1% - с четырьмя и с 1,5% до 6,2% - с пятью. Таким образом, можно говорить о сочетанных факторах риска (СФР).

Во всех возрастных группах преобладает фактор риска «нерациональное питание». Отмечено статистически достоверное снижение фактора «избыточ-

ный вес» у мальчиков с 11,1% в группе 7-9 лет до 3,4% у подростков 16-17 лет. У девочек статистически достоверной разницы выявлено не было. Фактор «избыточный вес» у мальчиков снижался на фоне достоверного увеличения такого фактора риска, как «гиподинамия» с 8,4% в 7-9 лет до 26,2% в 16-17 лет. У девочек гиподинамия, так же является вторым после нерационального питания фактором риска, доля которого выросла соответственно с 9,5% до 25,4%.

Статистически достоверно снижается доля стресса во всех возрастных группах мальчиков и девочек, которая составила соответственно 12,2% и 12,9% в группе 7-9 лет и 4,9% и 4,8 у подростков 16-17 лет. Скорее всего, это свидетельствует о развитии адаптивных возможностей организма и улучшения здоровьесберегающей среды в образовательных учреждениях.

Фактор риска «повышенное АД» статистически достоверно увеличивается с возрастом как у мальчиков (с 2,1% до 8,0%) так и у девочек (с 2,6% до 7,3%).

Анализ факторов риска и функциональных расстройств позволяет сделать следующие выводы:

-совпадение количества осмотренных детей и выявленных у них « факторов риска и функциональных расстройств» в Ф 68 не соответствует действительности, так как у одного и того же ребенка может быть выявлено два и более факторов риска или расстройств;

-отчетная форма центра здоровья №002-ЦЗ/у-2 в разделе «итоговая оценка состояния здоровья» содержит следующие графы: здоров, функциональные отклонения, выявленные симптомы, факторы риска заболеваний, что в Ф 68 представлено в формулировке «функциональные расстройства» и заполняется произвольно.

- результаты анализа ф. №002-ЦЗ/у-2 позволяют выявить факторы риска и функциональные расстройства у осматриваемого контингента детей и адресно выстроить профилактическую работу с использованием школ здоровья соответствующего профиля.

Изучена готовность школьников изменить поведение после посещения ЦЗ. Социологический опрос 459 школьников в возрасте 7-17 лет, проживающих в городах Карпинск и Волчанск Свердловской области выявил: низкий уровень физической активности (69%), неинформированность о ЗОЖ (21%), правильном питании (11%), личной гигиене (8%), необходимости регулярного посещения стоматолога (более 90%), эпизодическое потребление алкоголя (31%), наличие потребителей наркотиков среди друзей и знакомых респондентов (5%), неинформированность об опасности психоактивных веществ (14%).

На вопрос «что вы ожидаете от посещения ЦЗ в группе детей 7-9 лет 66,7% ответили « ничего не ожидаю». Как правило, анкету детей этой возрастной группы заполняли родители. Выявленный результат диктует необходимость предварительного разъяснения родителям важности проводимого осмотра в ЦЗ. Среди респондентов 10-14 лет ответили «ничего не ожидаю - 23,2%, а среди подростков 15-17 лет подавляющее большинство (92,8%) выразили полное удовлетворение своих ожиданий и желание изменить рискованное поведение.

В ходе проведения опроса было выявлено, что дети и родители используют для получения информации о ЗОЖ различные социальные сети, что было учтено нами при создании онлайн ЦЗ. При этом каждый четвертый респондент (24%) доверяет информации, затруднились ответить – (28%), а почти половина (48%) опрошенных, размещенной в социальных сетях информации не доверяют, что послужило основанием для разработки электронного каталога верифицированных материалов.

Глава завершается SWOT –анализом деятельности ЦЗ, который позволил определить место ЦЗ в системе профилактики.

В пятой главе описана система мер по оптимизации деятельности межтерриториального ЦЗ и инструментарий их оценки. Разработанная система мер включает: разработку алгоритма выездной работы межтерриториального центра здоровья, электронный каталог ресурсов и материалов для проведения школ

здоровья, оценку сообществ социальной сети, уделяющих внимание формированию ЗОЖ и организацию онлайн ЦЗ.

Разработка и внедрение алгоритма выездной работы позволили:

- обеспечить в 100% наличие информированного согласия от родителей на осмотр ребенка;

- в 7,2 раза увеличить число присутствующих при осмотре родителей: с 199 в 2011г. до 1431 в 2014 г.;

-разместить информацию о работе ЦЗ и ее результатах в школьных образовательных учреждениях зоны действия ЦЗ;

- организовать работу школ здоровья в образовательных учреждениях и осуществлять контроль за их деятельностью.

Разработанный нами каталог ресурсов и материалов хранится на интернет-сервисе «Яндекс-диск», который позволяет пользователям хранить свои данные на серверах в «облаке» и передавать их другим пользователям в Интернете. К данному сервису предоставляется доступ специалистам медицинских учреждений для отбора материала, необходимого для проведении школ здоровья для детей и их родителей https://disk.yandex.ru/client/disk/Новая%20папка. С указанного ресурса можно передать любые материалы на страницу в социальных сетях: ВК, одноклассники, фэйсбук, мой мир, и, тем самым, распространить материал среди подписчиков группы центра здоровья. Каталог включает указание перечень материалов и интернет ресурсов, необходимых для проведения школ здоровья с учетом возраста и выявленных ФР и ФуР у школьников.

Для определения эффективности каталога для медицинских работников образовательных учреждений был разработан опросник, который заполнялся медицинскими работниками образовательных учреждений во время выездной работы в течение 2014- 2015 гг. В опросе приняли участие 63 человека, в том числе: 2014- 28, 2015 г- 35 человек. Средняя оценка методических материалов представлена в табл.6.

По всем заданным параметрам получена статистически достоверная положительная динамика. Это достигалось боле устойчивым доступом к сети ин-

тернет, в том числе за счет компьютеризации образовательных учреждений, освоением медицинскими работниками технологий работы с сервисом Яндекс-диск, наработкой опыта использования электронного методического пособия в практической деятельности и возможностью консультативной поддержки с разработчиками электронного методического пособия в онлайн режиме.

Оценка сообществ социальной сети, уделяющих внимание ЗОЖ, включала 24 сообщества находящихся на платформе социальной сети ВК. Оценка осуществлялась с использованием коэффициента Кендалла.

Эффективность работы созданного в 2013 г. онлайн ЦЗ по большинству критериев, соответствует рекомендациям, сформулированным экспертами.

«Онлайн центр здоровья» способствовал привлечению посетителей в ЦЗ, что позволяет уверенно выполнять государственный заказ на посещения. Связь с детьми через социальную сеть интернет и их родителями, увеличивает количество повторных посещений, что положительно сказывается на выполнении рекомендаций врача ЦЗ.

В ходе исследования разработан инструментарий, в виде 3-х уровневой шкалы, позволяющий оценить систему мер по совершенствованию деятельности ЦЗ.

Первый уровень оценки базируется на трех индикаторах и оценивается руководителем ЦЗ. Второй уровень оценки осуществляется вышестоящим руководителем на основе анализа Форм № № 68 и 002 и включает 6 индикаторов.

Третий уровень включает несколько компонентов. Во-первых, - экспертная оценка дается родителями детей, прошедших обследование в ЦЗ. С этой целью был специально разработан опросник, который выдавался родителям после прохождения ребенком обследования в ходе выездной работы ЦЗ.

Достаточно высокая оценки деятельности ЦЗ родителями детей и статистически достоверная позитивная динамика оценок подтверждает эффективность работы его специалистов.

Затем медицинскими работниками с помощью специально разработанного опросника оценивался электронный каталог методических материалов для

проведения школ здоровья. Экспертным путем оценивалась результативность работы онлайн центра здоровье.

Разработанная и апробированная трехуровневая шкала оценки деятельности работы ЦЗ базируется на внутриучрежденческой (первый и второй уровень) и внешней оценке эффективности работы (третий уровень) и представляет собой эффективный инструмент управления качеством работы специалистов ЦЗ. Внедрение шкалы оценки в работу ЦЗ Свердловской области способствовало повышению качества и доступности услуг ЦЗ детскому населению.

## ВЫВОДЫ

1.Анализ законодательной и нормативной базы профилактики в части деятельности центров здоровья позволил установить, что в документах федерального уровня нет четкой дефиниции понятия «здоровый образ жизни». Документы, касающиеся его формирования, в большей степени ориентированы на взрослое население и, лишь частично, на подростков и молодежь.

2. Анализ работы центров здоровья Уральского федерального округа выявил проблемы организационно-методического характера, к которым относятся:

- отсутствие возможности при имеющемся табеле оснащения и методических приемах работы, охватить детей в возрасте от 0 до 6 лет, что является основанием для ориентации работы центров здоровья с детьми в возрасте от 7 до 17 лет;

-отсутствие регламента повторных визитов, системы их оплаты, а также оплаты консультаций психологов и школ здоровья в системе ОМС, что отрицательно влияет на эффективность профилактической работы;

-отсутствие методического обеспечения ведения учетной и отчетной документации по формированию заключения о наличии факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний и функциональных расстройств затрудняет анализ ситуации и препятствует разработке комплексной межведомственной программы профилактики.

3. Аудит деятельности межтерриториального ЦЗ показал отсутствие:

- организации и проведения школ здоровья при выездной работе;

- родителей при осмотре детей на выезде, что не позволяет в полном объеме выявить факторы риска наследственного характера, организации питания и здоровьесберегающего поведения в семье;

- инструментария оценки работы центров здоровья.

4. Доказан рост числа факторов риска в зависимости от возраста: в группе 7-9 лет -1,10±0,10; 10-14 лет -1,43±0,11; 15 лет -1,97±0,12 и 16-17 лет – 2,16±0,11 случаев. Доля детей, имеющих один или два фактора, статистически

достоверно уменьшается с возрастом и минимальна у подростков 16-17 лет. Обратная картина наблюдается у школьников с тремя и более факторами. Их доля статистически достоверно увеличивается с возрастом: от 20% в группе 7-9 лет до 38,2% в группе 15-17 лет (в группе с тремя факторами); с 5% до 44,1% с четырьмя и с 1,5% до 6,2% с пятью факторами. Анализ структуры функциональных расстройств показал, что с возрастом статистически достоверно увеличивается значимость повышенного кровяного давления при отсутствии диагноза, симптомов и признаков, относящихся к системе пищеварения и брюшной полости, к коже и подкожной клетчатке, к костно-мышечной системе и расстройствам нервной системы. Таким образом, у детей школьного возраста выявлена сочетанность факторов риска и функциональных расстройств.

5. Обоснована и внедрена технология первичной профилактики в социальных сетях интернет в виде онлайн ЦЗ, включающая: изучение информированности детей об их здоровье и здоровом образе жизни; создание и обновление интернет-портала, удовлетворяющего потребности целевой аудитории (дети и их родители, педагоги, медицинские работники); проведение PR-кампаний по продвижению возможностей ЦЗ; оценка результативности мероприятий ЦЗ. Это позволило адресно осуществлять консультирование детей и их родителей по вопросам здорового образа жизни, повысить обращаемость в центры здоровья, прежде всего, за счет подростков (их доля в структуре обращений выросла с 23% в 2011 г. до 31,5% в 2014 г.); увеличить число пользователей (от 3,7 до 9,2 тыс. подписчиков отдельных Приложений).

6. Система мер по оптимизации деятельности межтерриториального центра здоровья включает алгоритм выездной работы, создание электронного каталога ресурсов и методических материалов для проведения школ здоровья, оценку сообществ, занимающихся продвижением ЗОЖ в социальных сетях, организацию онлайн центра здоровья.

7. Инструментарий оценки системы мер по оптимизации деятельности центров здоровья разработан, апробирован и внедрен в виде методических рекомендаций регионального уровня. Инструментарий представляет собой трех-

уровневую шкалу оценки, для каждого уровня которой разработаны индикаторы с весовыми коэффициентами. Первый и второй уровень оценки - внутриучрежденческие и включают оценку работы по 9 индикаторам. Третий уровень внеучрежденческий - включает: опрос родителей детей, посетивших центр здоровья; оценку медицинскими работниками образовательных организаций электронного каталога методических материалов для проведения школ здоровья, экспертную оценку деятельности онлайн центра здоровья.

## ПРЕДЛОЖЕНИЯ

**Министерству здравоохранения Российской Федерации предлагается:**

-пересмотреть Ф. 68 в части регистрации результатов осмотров: факторы риска, функциональные состояния, болезнь и отработать процедуру документооборота и обмена информацией между ЦЗ для детей, медицинскими организациями педиатрической сети, в том числе медицинскими подразделениями в образовательных организациях;

-подготовить и утвердить методические рекомендации для врачей центров здоровья для детей по организации выездной работы в образовательные организации;

- разработать порядок и стандарты повторного обследования детей, комплектования школ здоровья с учетом возрастных групп и определить стоимость их работы в системе ОМС;

-исключить из числа посетителей ЦЗ детей в возрасте 0-6 лет, так как работу с этой группой детей осуществляют кабинеты здорового ребенка детских поликлиник.

**Органам управления здравоохранения субъектов Федерации:**

-организовывать постоянно действующие семинары для обучения врачей-педиатров муниципальных поликлиник и работников образования новым технологиям профилактической работы;

-разработать территориальные индикаторы оценки работы центров здоровья.

**Главным врачам детских поликлиник:**

-организовать работу участковых врачей по выявлению и систематизации факторов риска основных неинфекционных заболеваний с учетом возрастно-половых особенностей пациентов на основе координации деятельности с Центрами здоровья;

-оценивать работу ЦЗ на основе шкалы эффективности, разработанной в проведенном исследовании;

- использовать информационный ресурс интернета для организации интерактивных центров здоровья на базе социальной сети интернета;

**Врачам – педиатрам участковым и отделений медико-социальной помощи:**

- осуществлять взаимодействие с центрами здоровья;

-оказывать содействие врачам центров здоровья по работе школ здоровья;

-применять дистанционные формы работы с пациентами с использованием социальных сетей интернета.

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЬЗОВАННЫХ В РАБОТЕ

АКДО - автоматизированный комплексе для диспансерных обследований

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВК - социальная сеть «В контакте»

ЗОЖ - здоровый образ жизни

ОМС - обязательное медицинское страхование

РФ - Российская Федерация

СМИ - средства массовой информации

СО - Свердловская область

ФО - федеральный округ

ЦЗ - центр здоровья

ХНИЗ - хронические неинфекционные заболевания

ЛПУ - лечебно-профилактическое учреждение

ФР- факторы риска

ФуР- функциональные расстройств

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ


1. Абросимова М. Ю. Состояние здоровья и самосохранитсльное поведение молодежи: комплексное медико-социальное исследование по материалам Республики Татарстан : автореф. дис... д-ра мед. наук. Казань, 2005.-43 с.
2. Авдеева М.В. Научное обоснование модели профилактической деятельности центров здоровья: автореф. дис…доктора мед. наук 14.02.03/М.В. Авдеева //Санкт-Петербург, 2014. -47 с.
3. Агапитов А.Е. Формирование службы профилактической медицины в здравоохранении региона: автореф. дис. … канд. мед. наук 14.00.33 / А.Е. Агапитов// Иркутский Государственный институт усовершенствования врачей Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию, 2007. – 19 с.
4. Алексеев В.А., Борисов К.Н., Рагимов Р.Д. Алгоритм скрининга оценки состояния здоровья и особенности межличностных отношений в Центре здоровья [Электронный ресурс] /В.А. Алексеев, К.Н. Борисов, Р.Д. Рагимов // Росмедпортал. ком. – М.: Изд-во ООО «МедНаука», 2010. – 1 т. Режим доступа: http://www.rosmedportal.com (Дата обращения 23.06.2013).
5. Алексеева Е.Г., Баркалова О.Г. Актуальные вопросы частной эпидемиологии [Электронный ресурс] / Е.Г. Алексеева, О.Г. Баркалова// Актуальные вопросы частной эпидемиологии, 2012 – Режим доступа: http://pasteurorg.ru/images/infektsiya-immunitet/tom2/1-2/409-432_R10-2.pdf (Дата обращения 23.06.2013).
6. Алексеева Е.Г., Баркалова О.Г. Влияние современных информационных технологий на поведении молодежи, ассоциированное с ВИЧ инфекцией / Е.Г. Алексеева, О.Г. Баркалова // Российский педиатрический журнал. – 2012. – № 1. – С. 39-42.
7. Алексеева Е.Г., Кучма В.Р. Оценка эффективности средств и каналов массовых коммуникаций в снижении уровня рискованного сексуального поведения подростков и молодежи / Е.Г. Алексеева, В.Р. Кучма// Вопросы

школьной университетской медицины и здоровья. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН.- 2012. – №2. – С.15-20.

8. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия как область научного знания, сфера практического действия и предмет преподавания [Электронный ресурс] /В.Ю. Альбицкий//Социальная педиатрия. - 2011.- №13. – 24 с. – Режим доступа: http://www.nczd.ru/osp4.htm/. (Дата обращения 09.06.2013.).
9. Альбицкий В.Ю. Социальная педиатрия: история и проблемы развития, роль ученых научного центра здоровья детей РАМН / В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал. – 2013. – №1. – С. 4-10.
10. Альбицкий В.Ю. Инновационные технологии в профилактической деятельности центров здоровья для детей/В.Ю. Альбицкий, А.А. Модестов, С.А. Косова, Р.Н. Терлецкая, А.А. Иванова, Ю.С. Неволин//Российский педиатрический журнал, 2014.-том 17 .-№4.-С 43-48.
11. Амлаев К.Р., Койчуева С.М., Махов З.Д., Койчуев А.А. Формирование грамотности в вопросах здоровья. Доказательные рекомендации (обзор) /К.Р. Алмаев, С.М. Койчуева, З.Д. Махов, А.А. Койчуев // Профилактическая медицина. – 2012. – т. 15. – №6. – С. 25-28.
12. Андриянова Е.А. Проблемы формирования системы электронного здравоохранения в России / Е.А. Андриянова, Н.В. Гришечкина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – № 6. – С. 27 – 29.
13. Аникина Е.Н. Web-квесты как метод и средство развития медиаобразования и информационной культуры студентов [Электронный ресурс]. / Е.Н. Аникина // Материалы международной научно-практической конференции. - 2011. - ч. 1. – Режим доступа: http://www.rsvpu.ru/filedirectory/3468/nito2011_1.pdf. (Дата обращения 21.06.2013).
14. Антонова Е.В. здоровье российских подростков 15-17 лет: состояние, тенденции и научное обоснование программы его сохранения и укрепления автореферат диссертации на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Научный центр здоровья детей РАМН. Москва, 2011.-42 с.

15. Ануфриева Е.В. Современные проблемы здоровья подростков и медицинского обеспечения допризывников: автореф. дис. …канд. мед. наук: 14.00.33 /Ануфриева Елена Владимировна – Екатеринбург, 2012. – 183 с.: ил. С. 6.
16. Артюхов И. П., Бакшеева С. Л., Горбач Н. А. Применение методов SWOT-анализа и экспертных оценок в решении проблем управления (учебное пособие для системы послевузовского образования врачей). Международный журнал экспериментального образования .-Выпуск № 1 / 2012
17. Аузан А.А., Бобылева С.Н. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации за 2011 год. Модернизация и развитие человеческого потенциала / под ред. А.А. Аузана, С.Н. Бобылева. - М.: ПРООН в РФ, 2011. – 146 с.
18. Бадалян Л.О., Таболин В.А., Вельтищев Ю.Е. Наследственные болезни у детей: монография / Л. О. Бадалян, В. А. Таболин, Ю.Е. Вельтищев – М.: «Медицина» Москва, 1971. - 367 с.
19. Байбарина Е.Н., Филиппов О.С., Гусева Е.В. Служба родовспоможения в Российской Федерации: достигнутые результаты и перспективы развития//Заместитель главного врача .-2014.-№5 с.-6-14
20. Бакай Е.П. Возможности сети интернет для организации коммуникационной деятельности педагога в Вузе: материалы международной научно-практической конференции / Е.П. Бакай. – Екатеринбург: ООО «Издательство УМЦ УПИ», 2011. ч. 1. – С. 18-20.
21. Баранов А.А. Охрана и укрепление здоровья подростков-залог стабильного развития общества и государства (справка о состоянии проблемы) М.: 2014-60 С.
22. Баранов А.А. Профилактическая педиатрия - новые вызовы / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий // Вопросы современной педиатрии. - 2012. – 11 т. – №2 – С. 7-10.
23. Баранов А.А. Состояние здоровья детей в Российской Федерации как фактор национальной безопасности. Пути решения существующих проблем /

А.А. Баранов // Справочник педиатра. М.: Просвещение, 2006. – № 3. – С. 9-14.

24. Баранов А.А. Состояние и проблемы здоровья подростков России / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий, Р.Н. Терлецкая, Е.В. Антонова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины,2014.-№6.-С10-14.
25. Баранов А.А. Заболеваемость детского населения России (итоги комплексного медико-статистического исследования). / А.А. Баранов, Ю.В. Альбицкий, А.А. Модестов, С.А. Косова, В.И. Бондарь, И.М. Волков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – №5. – С. 21-26.
26. Баранов А.А., Намазова-Баранова Л.С., Ильин А.Г. Научные исследования в педиатрии: направления, достижения, перспективы/А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, А.Г. Ильин //Российский педиатрический журнал. 2013. № 5. С. 4-14.
27. Баранов А.А., Альбицкий В.Ю., Яковлева Т.В., Модестов А.А., Косова С.А., Терлецкая Р.Н., Зелинская Д.И., Иванова А.А., Неволин Ю.С., Бондарь В.И., Волков И.М., Фаррахов А.З., Федоткина С.А.. Инновационные технологии в деятельности центров здоровья для детей / А.А. Баранов, В.Ю. Альбицкий, Т.В. Яковлева, А.А. Модестов, С.А. Косова, Р.Н. Терлецкая, Д.И. Зелинская, А.А. Иванова, Ю.С. Неволин, В.И. Бондарь, И.М. Волков, А.З. Фаррахов, С.А. Федоткина // Электронное научное издание (научно-практический журнал) "Социальные аспекты здоровья населения", - 2013. - №6 (34) – Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/528/30/lang,ru/ (Дата обращения 30.12.2013).
28. Баранов А.А., Ильин А.Г. Актуальные проблемы укрепления и сохранения здоровья детей в Российской Федерации /А.А.Баранов, А.Г. Ильин // Российский педиатрический журнал. – 2011. – №4. – С. 7-11.
29. Баранов А.А., Кучма В.Р., Рапопорт И.К. Стратегия «Здоровье и развитие подростков России» как инструмент международного взаимодействия в

охране здоровья детей /А.А. Баранов, В.Р. Кучма, И.К. Рапопорт// Российский педиатрический журнал. – 2011. – №4. – С.12-18.

30. Баранов А.А. Оценка состояния здоровья детей. Новые подходы к профилактической и оздоровительной работе в образовательных учреждениях: руководство для врачей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 432 с.
31. Баранов А.А., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Чубаровский В.В., Рапопорт И.К., Даниленко О.В., Гончарова Г.А., Павлович К.Э., Бережков Л.Ф., Ильин А.Г., Куинджи Н.Н. Оценка нервно-психического здоровья и психофизиологического статуса детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах. Пособие для врачей / А.А. Баранов, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, В.В. Чубаровский, И.К. Рапопорт, О.В. Даниленко, Г.А. Гончарова, К.Э. Павлович, Л.Ф. Бережков, А.Г. Ильин, Н.Н. Куинджи. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2005. – 109 с.
32. Баранов А.А., Кучма В.Р., Тутельян В.А. Новые возможности профилактической медицины в решении проблем здоровья детей и подростков России: Комплексная программа научных исследований «Профилактика наиболее распространенных заболеваний детей и подростков на 2005-2009 гг.: монография /А.А. Баранов, В.Р. Кучма, В.А. Тутельян – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006.-120 с.
33. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика /А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин.- М.: Союз педиатров России, 2009. –188с. - С. 26.
34. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика /А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин.- М.: Союз педиатров России, 2009. –188с. - С. 31.
35. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика /А.А. Баранов, Ю.Е. Лапин.- М.: Союз педиатров России, 2009. –188с. - С. 63.

36. Баранов А.А., Лапин Ю.Е. Государственная политика в области охраны здоровья детей: вопросы теории и практика /А.А.Баранов, Ю.Е. Лапин. – М.: Союз педиатров России, 2009. -188 с.– С. 134.
37. Баранов А.А. Профилактическая педиатрия – новые вызовы / А.А. Баранов, Л.С. Намазова-Баранова, В.Ю. Альбицкий. // Вопросы современной педиатрии. – 2012. – №2. – С. 8.
38. Баранов А.А., Яковлева Т.В., Модестов А.А., Антонова Е.В. Сокращение предотвратимых потерь здоровья детского населения – стратегия социальной педиатрии / Под ред. А.А. Баранова, Т.В. Яковлевой, В.Ю. Альбицкого, А.А. Модестова, Е.В. Антоновой // Вопросы современной педиатрии. –2008. – т.7 – №4. –С. 6-8.
39. Бёйс Г., Кучма В.Р., Сухарева Л.М., Рапопорт И.К., Степанова М.И., Храмцов П.И., Александрова И.Э., Бокарева Н.А., Соколова С.Б. Школы здоровья в Европе и России / Г. Бёйс, В.Р. Кучма, Л.М. Сухарева, И.К. Рапопорт, М.И. Степанова, П.И. Храмцов, И.Э. Александрова, Н.А. Бокарева, С.Б. Соколова. – М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2009. – 83 с.
40. Боровик Т.Э., Ладодо К.С., Семенова Н.Н. Детское питание: настоящее и будущее /Т.Э. Боровиков, К.С. Ладодо // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 3. – С. 4-11.
41. Бузик О.Ж., Тучин П.В., Агибалова Т.В. Материалы науч.-практ.конф. «Наркология – 2010», посвящ. 25-летию ФГУ ННЦ наркологии Минздравсоцразвития России /О.Ж. Бузик, П.В. Тучин, Т.В. Агибалова. – М.: Радуга, 2010. – С. 35-34.
42. Вишневский А.Г., Кузьминов Я.И., Шейман И.М., Шевский В.И. Российское здравоохранение: как выйти из кризиса: доклад /А.Г. Вишневский, Я.И. Кузьминов, И.М. Шенеман, В.И. Шевский // Отечественные записки.– 2006. – №2(27). – С. 4-28.
43. Вишняков А.И., Суровцев И.Г. Системы автоматизированного скрининга нарушений здоровья у детей и подростков: преимущества и недостатки

/А.И. Вишняков, И.Г. Суровцев // Вопросы школьной университетской медицины и здоровья.– 2012. – №2. – С. 8-14.

44. Веселов Н.Г. Социальная педиатрия / Н.Г. Веселов.- М.: Уфа, 1992. –192с.
45. Владимиров А.В. Использование рекламно-агитационных методов средств массовой информации для формирования у населения идеологических устоев приверженности здоровому образу жизни, включая сокращение потребления алкоголя и табака [Электронный ресурс]. / А.В. Владимиров // Всероссийская научно-практическая конференция «Формирование здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». - 2010. - Режим доступа: http://depzdrav.yanao.ru/sites/default/files/dzo/forums/vserossijsky/health_nation-basis_prosperity_russia/02_fzoj.pdf. (Дата обращения 21.06.2013).
46. Володин Н.Н. Анализ демографической ситуации в Российской Федерации и меры по ее улучшению / Н.Н. Володин // Национальные проекты.– 2006. – №6. – С. 78-80.
47. Воронцов И.М., Шаповалов В.В., Шерстюк Ю.М. Здоровье. Опыт разработки и обоснование применение автоматизированных систем для мониторинга и скринирующей диагностики нарушений здоровья: монография /И.М. Воронцов, В.В. Шаповалов, Ю.М. Шерстюк. – СПб.: ООО «ИПК «Коста», 2006. – 432 с.
48. Врачи и пациенты в социальных сетях. Аналитический обзор // ООО Аксимед 2011 / http://www.aksimed.ru/download/center/present/social%20meda.pdf – (Дата обращения 19.05.2013).
49. Всеобщая декларация прав человека «принята на третьей сессии Генеральной Ассамблеи ООН резолюцией 217 А (III) от 10 декабря 1948 г.» [Электронный ресурс] // «Гарант». – Режим доступа: http://base.garant.ru/10135532/.(Дата обращения 21.06.2013).
50. Гайдаров Г.М., Алексеева Н.Ю. Комплексные мероприятия по модернизации регионального здравоохранения и ожидаемые результаты /Г.М. Гайда-

ров, Н.Ю. Алексеева // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – №1. – С. 55-56.

51. Глазунов И.С., Stachenko S. Укрепление здоровья и профилактика неинфекционных заболеваний вРоссии и в Канаде.Опыт и рекомендации.- CINDI.Public Health Agency of Canada,2006.
52. Голикова Т.А. «Об итогах работы Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации в 2009 году и задачах на 2010 год» [Электронный ресурс] /Т.А. Голикова// Политическое образование.– 2010.- Режим доступа: http://www.lawinrussia.ru/aktualnie-tsitati/2010-03-28/vistuplenie-ministra-zdravoohraneniya. (Дата обращения 12.09.2014.).
53. Голикова Т.А. Деятельность Минздравсоцразвития России по модернизации и внедрению инновационных технологий в педиатрии [Электронный ресурс] /Т.А. Голикова// Вестник Росздравнадзора.–2011.–№3. –Режим доступа: http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/files/1327294587.11118-11376.pdf . (Дата обращения 10.06.2013).
54. Гринина О.В. Основы социально-гигиенических исследований в России во второй половине 19 века / О.В. Гринина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2001. – № 2. – С. 40-43.
55. Гущина Н.М., Ватолина Е.А., Зельманович Г.В., Лукашина С.Ю., Крылова М.Д. Интернет в России, состояние тенденции и перспективы развития. Отраслевой доклад 2013. [Электронный ресурс] – Федеральное агенство по печати и массовым коммуникациям.- Режим доступа: http://www.fapmc.ru/dms-static/4fb4c44d-4e2b-4b93-b29b-5c1aca24584a.pdf / (Дата обращения 19.05.2013).
56. Декларация тысячелетия ООН (утв. резолюцией 52/2 от 08 сентября 2000 г.). [Электронный ресурс] – «Гарант». – Режим доступа: http://base.garant.ru/2562368/.(Дата обращения 12.09.2014).
57. Декларация и План действий «Мир, пригодный для жизни детей» (приняты резолюцией S-27/2 специальной сессии Генеральной Ассамблеи ООН 10 мая 2002 г.). [Электронный ресурс] – «Декларации ООН». – Режим доступа:

http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/worldchild.shtml. (Дата обращения 12.09.2014).

58. Доклад о развитии человеческого потенциала в Российской Федерации 2011. Модернизация и развитие человеческого потенциала. [Электронный ресурс] – М.:ПРООН в РФ 2011.-144 с.- Режим доступа: http://www.undp.ru/documents/nhdr2011rus.pdf.(Дата обращения 12.02.2013).
59. Дмитриева О.В. Психические расстройства у детей и подростков. Новые организационно-правовые и научные принципы в условиях модернизации здравоохранения России: сборник научных трудов / В.А. Фурс, О.В. Дмитриева, Т.И. Знобина. – М.: ФГУ «ЦНИИОИЗ Росздрава», 2006. – С. 287-293.
60. Дьяченко В.Г., Рзянкина М.Ф., Солохина Л.В. «Руководство по социальной педиатрии» [Электронный ресурс] - Медицина в Рунете версия 4.7.18., 2010. Режим доступа: http://www.medlinks.ru/sections.php?op=listarticles&secid=110.(Дата обращения 1.04.2014).
61. Европейская стратегия «Здоровье и развитие детей и подростков». [Электронный ресурс] - ВОЗ,- Женева, 2005.-23 с.- Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/132932/E91655R.pdf .(Дата обращения 03.03.2014).
62. Егорышева И.В. Проблема детской смертности в России в трудах русских врачей и ученых (18-начало 20 века) /И.В. Угорышев// Здравоохранение Российской федерации. – 2012. – №4–С.53-56.
63. Еремеева Л. Наркоманы на производстве / Л. Еремеева // НаркоНет. – 2010. – №1. – С.42-50.
64. Здоровье детей и подростков в Европейском регионе ВОЗ: резолюция Европейского регионального комитета EUR/RC53/R7 [Электронный ресурс]. - Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2003.-Режим доступа: http://www.euro.who.int/Governance/resolutions/2003/20030925_3?language=Russian. (Дата обращения 11.02.2014).

65. Здравоохранение в Финляндии. Брошюры 2004:11rus. [Электронный ресурс]. - Министерство социального обеспечения и здравоохранения. Хельсинки, Финляндия, 2007.- Режим доступа: (http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=40880&name=DLFE-7341.pdf . (Дата обращения 10.03.2012.).
66. Игнатов С.И. Соматические болезни у детей: руководство для врачей: монография / С.И. Игнатов; под общ. ред. М.С. Игнатовой. – Москва – Оренбург, 2002. – 672 с.
67. Игнатова М.С. Соматические болезни у детей : руководство для врачей/ М.С. Игнатова. Москва – Оренбург, 2002. – 672 с.
68. Иванова А.А. Научное обоснование системы мер по формированию здорового образа жизни у детей и учащейся молодежи. Автореф. дисс. Доктора мед. наук.-М.:2012.-41 с.
69. Ильин А.Г. Состояние здоровья детей подросткового возраста и совершенствование системы их медицинского обеспечения, дисс. на соискание ученой степени доктора медицинских наук / А.Г. Ильин-ГУ "Научный центр здоровья детей РАМН". Москва, 2005.
70. Каждый пятый американец ищет медицинскую информацию в социальных сетях // ООО Аксимед 2011/ http://www.aksimed.ru/company/news_1/iz.php?ELEMENT_ID=997 – (Дата обращения 19.05.2013).
71. Калева Н.Г. Концепция гуманитарной модели управления качеством системы здравоохранения. - Практика.-М.:2014.-255 с.
72. Колпакова Н.Ю. И снова о курении / Н.Ю. Колпакова, В.Н. Пасхина // Сестринское дело. – 2012. – № 8. – С. 22.
73. Конвенция о защите прав человека и основных свобод ETS N 005 (4 ноября 1950 г.) (с изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]. – «Гарант» – Режим доступа: http://base.garant.ru/2540800/. (Дата обращения 09.06.2014).

74. Конвенция ООН о правах ребенка от 20 ноября 1989 года. [Электронный ресурс]. – «Гарант» – Режим доступа: http://base.garant.ru/2540422/. (Дата обращения 09.06.2014).
75. Концепция развития системы здравоохранения в Российской Федерации до 2020 г. [Электронный ресурс]. – Федеральный портал PROTOWN.RU – Режим доступа: http://www.protown.ru/information/doc/4293.html. (Дата обращения 09.06.2013).
76. Кузнецова Е. Всемирная паутина в цифрах. Аудитория Интернета в России 2011г. [Электронный ресурс]. – "Телескоп": журнал социологических и маркетинговых исследований, №2. – Режим доступа: http://www.teleskopjournal.spb.ru/files/dir_1/article_content1356760573370325file.pdf. (Дата обращения 09.06.2013).
77. Кучма В.Р. Медицинское обеспечение детей в образовательных учреждениях – основа профилактики заболеваний и охраны здоровья детей и подростков в современных условиях / В.Р. Кучма // Российский педиатрический журнал.– 2012. – №3. – С.42-46.
78. Кучма В.Р. Научные основы профилактики наиболее распространенных болезней детей и подростков: итоги выполнения Комплексной программы научных исследований «Профилактика наиболее распространенных болезней детей и подростков на 2005-2009 гг. /под общ. Ред. В.Р. Кучма. - М.: Научный центр здоровья детей РАМН, 2010. – 78 с.
79. Лисицын Ю.П. История медицины: учебник. /Ю.П. Лисицын. – М.:Гэотар-Медиа, 2008. – 202 с.
80. Максимова Т.М., Белов В.Б. Роль здравоохранения в охране общественного здоровья /Т.М. Максимова, В.Б. Белов// Материалы Международной науч. – практ. конф., 12-13 апреля 2011. – С. 15-17
81. Маталыгина О.А., Шаповалов В.В. Скринирующая диагностика состояния здоровья детей. Комплекс АКДО. / под ред. А.А. Баранова, В.Р. Кучмы. – М.-СПб.: Изд-во РОШУМЗ, 2010.- 77с.

82. Матвеева Е.С. «Медико-социальная характеристика здоровья детей школьного возраста и совершенствование профилактической работы в условиях общеобразовательного учреждения. Автореф. дисс.. канд.. мед. наук,-М.: 2014.-24 с.
83. Менделевич Б.Д. Психические расстройства и расстройства поведения у детей в Российской Федерации//Сб. науч. Трудов «Актуальные проблемы управления здоровьем населения».-Н.Новгород,2010.-вып.III, ч.2.-С143-148.
84. Михайлова Ю.В. Реформы системы здравоохранения. Предпосылки и основные принципы [Электронный ресурс] / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, С.А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения : информ.-аналит. вестн., 2008. – № 3(7).– Режим доступа: http://vestnik.mednet.ru/content/view/75/30/. (Дата обращения 20.08.2009).
85. Модестов А.А., Косова С.А., Неволин Ю.С.. Центры здоровья – основа профилактической помощи детскому населению // Materialy VIII Miedzynarodowej naukowi-praktycznej konferencji «Aktualne problem nowoczesnych nauk – 2012» Vol.38.Medycyna.: Przemysl. Nauka I studia – 64 str.
86. Модестов А.А., Косова С.А., Неволин Ю.С., Фаррахов А.З., Федоткина С.А. Состояние здоровья детского населения как основа разработки региональных программ медицинской профилактики /А.А. Модестов, С.А. Косова, Ю.С. Неволин, А.З. Фаррахов // Российский педиатрический журнал. - 2013. – № 4 . – С. 53-58.
87. Модестов А.А., Косова С.А., Неволин Ю.С.. Результаты работы детских центров здоровья в России / А.А. Модестов, С.А. Косова, Ю.С. Неволин // Профилактическая медицина. – 2013. – том 16, №2.- (выпуск 2) – С. 84-85.
88. Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Неволин Ю.С., Федоткина С.А., Фаррахов А.З.. Модернизация профилактического направления в педиатрии: проблемные зоны и возможности /А.А. Модестов, С.А. Косова, Ю.С. Неволин, А.З. Фаррахов // Профилактическая медицина. - 2013. - Т. 16, № 3. - С. 14-21

89. Модестов А.А., Косова С.А., Неволин Ю.С., Фаррахов А.З., Федоткина С.А.. Центры здоровья для детей: проблемы и перспективы развития / А.А. Модестов, С.А. Косова, Ю.С. Неволин, А.З. Фаррахов, С.А. Федоткина // Электронное научное издание (научно-практический журнал) "Социальные аспекты здоровья населения", - 2013. - №3 (31).- Режим доступа: // http://vestnik.mednet.ru/content/view/482/30/lang,ru/ (Дата обращения 29.12.2013).
90. Модестов А.А., Косова С.А., Бондарь В.И., Неволин Ю.С., Федоткина С.А. Состояние здоровья детского населения как основа разработки региональных программ медицинской профилактики / А.А. Модестов, С.А. Косова, В.И. Бондарь, Ю.С. Неволин, С.А. Федоткина // Российский педиатрический журнал, 2013.- N 4.- С.53-57.
91. Москвина В. Пользователи социальных сетей 2010г. [Электронный ресурс] - М.:"Телескоп": журнал социологических и маркетинговых исследований, №2. - Режим доступа: http://www.teleskopjournal.spb.ru/files/dir_1/article_content1327333874323807file.pdf - (Дата обращения 29.05.2013).
92. Несветайло Д.С., Третьякова Ю.А. Проект: «Создание и продвижение медицинского информационного портала zdrav.tomsk.ru», 2008 [Электронный ресурс] /Д.С. Несветайло, Ю.А.Третьякова. – официальный сайт департамента ЗО Томской области. - Режим доступа: http://www.mednet.ru/images/stories/files/statistika/sozdanie_i_prodvizhenie_zdrav_tomsk_ru.pdf (Дата обращения 23.06.2013).
93. Нечаев В.С. Научные основы формирования политики здравоохранения на различных уровнях государственного управления: автореф. дис. … докт. мед. наук : 14.00.33 / Василий Сергеевич Нечаев.- Москва, 2003. – 43 с.
94. Овчаров В.К. Методологические и организационные подходы к развитию социально-гигиенического мониторинга здоровья населения // Проблемы социальной гигиены и история медицины. – 2002.-N 5.-С. 26-29.

95. Оказание помощи при хронических состояниях. Взгляд с позиций системы здравоохранения / Под ред. Ellen Nolte и Martin McKee. – Женева: ВОЗ, 2011. – 256 с.
96. Ольхов А.А. Оценка достоверности статистических данных по численности населения России [Электронный ресурс] - Ярославский педагогический вестник – 2012 – № 4 – Том III. Режим доступа: http://vestnik.yspu.org/releases/2012_4e/38.pdf.(Дата обращения 12.03.2013.)
97. Орел В.И. Частные проблемы социальной педиатрии / В.И. Орел.- М.: СПбГМА, 2003. - 215 с.
98. Отдельнова В.К. Определение необходимого числа наблюдений в комплексных социально-гигиеничеких исследованиях. ТР.МОЛГМИ: Комплексных социально-гигиеничекие и клиническо-статистические исследования: 1980, Т.1- Вып. 6- С. 18-22.
99. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 18.02.2011 № 15-2/10/2-1642 «О предоставлении информации о деятельности центров здоровья для детей» [Электронный ресурс]. // «Гарант». – Режим доступа: http://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/4092108/. (Дата обращения 27.06.2014).
100. Полунина Н.В., Нестеренко Е.И., Полунина В.В., Борисенко В.В. Роль семьи в сохранении здоровья детей//Российский вестник перинатологии и педиатрии.-2004.-с14-17
101. Полунина Н.В., Попов В.В. Дифференцированный подход к формированию показателей здоровья подрастающего поколения// Главврач. 2006. № 11. С. 49.
102. Полунина Н.В., Черкасов С.Н. особенности состояния здоровья детей в Российской Федерации и пути его улучшения. В сборнике: Экология и здоровье человека на Севере Сборник материалов IV-го конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия);

Лига «Женщины-Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН. 2013. С. 485-490.

103. Постановление Правительства РФ от 7 февраля 2011 г. N 60"О порядке реализации мероприятий по повышению доступности амбулаторной медицинской помощи, проводимых в рамках региональных программ модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации" [Электронный ресурс]. – Официальный сайт «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_135198/. (Дата обращения 30.04.2012.).

104. Постановления Правительства Свердловской области от 26.06.2009 г. №737-ПП «О Концепции «Совершенствование организации медицинской помощи учащимся общеобразовательных учреждений в Свердловской области на период до 2025 года» (Собрание законодательства Свердловской области, 2009, №6-2, ст. 820).

105. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 года №113 "Об утверждении Концепции охраны здоровья здоровых в Российской Федерации" [Электронный ресурс]. Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – Режим доступа: http://www.lawmix.ru/medlaw/25478 . (Дата обращения 23.09.2014).

106. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 21 марта 2003 г. №114 "Об утверждении отраслевой программы "Охрана и укрепление здоровья здоровых на 2003-2010 годы" [Электронный ресурс]. Электронный фонд правовой и нормативно-технической документации. – Режим доступа: http://docs.cntd.ru/document/901859873 . (Дата обращения 23.09.2014).

107. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ № 56 от 23.01.2007 «Об утверждении примерного порядка организации деятельности и структуры детской поликлиники» [Электронный ресурс]. // «Гарант». – Режим доступа: http://base.garant.ru/12152404/.(Дата обращения 27.06.2013).

108. Приказ Минздравсоцразвития России от 19 августа 2009 года №597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака». [Электронный ресурс]. - Минюст РФ 25 сентября 2009 г. N 14871. - Режим доступа: http://www.alppp.ru/law/trud-i-zanjatost-naselenija/trud/153/prikaz-minzdravsocrazvitija-rf-ot-19-08-2009--597n.html. (Дата обращения 12.12.2012.).

109. Приказ Минздрава СССР от 10.04.1981 N 387 «О мерах по совершенствованию медико-санитарной помощи подросткам» [Электронный ресурс]. // «КонсультантПлюс». – Режим доступа: http://base.consultant.ru/cons/cgi/online.cgi?req=doc;base=ESU;n=10037. (Дата обращения 23.06.2013).

110. Приказ Министерства Здравоохранения РФ от 21. 12. 2012 №13,46 н. «О порядке прохождения несовершеннолетними медицинских осмотров, в том числе при поступлении в образовательные учреждения и в период обучения в них» [Электронный ресурс]. // «Гарант». – Режим доступа: http://base.garant.ru/70355102/ (Дата обращения 27.06.2014).

111. Приказ Минздрава России от 30.09.2013 № 677 "Об утверждении Информационно-коммуникационной стратегии по формированию здорового образа жизни, борьбе с потреблением алкоголя и табака, предупреждению и борьбе с немедицинским потреблением наркотических средств и психотропных веществ на период до 2020 года"[Электронный ресурс].//«Гарант». – Режим доступа: http://base.garant.ru/70472908/.(Дата обращения 27.06.2014).

112. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 8 июня 2010 г. N 430н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 19 августа 2009 г. N 597н «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака» [Электронный ресурс]. //

«Гарант». – Режим доступа: http://base.garant.ru/12177151/.(Дата обращения 27.06.2014)

113. Прохоров Б.Б. Здоровье Россиян за 100 лет [Электронный ресурс]. / Б.Б. Прохоров // Человек. – М., 2002. – Режим доступа: http://vivovoco.rsl.ru/VV/PAPERS/HISTORY/HEALTH/HEALTH.HTM. (Дата обращения 08.06.2013).

114. Прохоров Б.Б. Организация здравоохранения в России в XX веке [Электронный ресурс] / Б.Б. Прохоров // Россия в окружающем мире: Аналитический ежедневник. - 2001. – С.19. – Режим доступа: http://www.rus-stat.ru/stat/1302001-4.pdf. (Дата обращения 08.06.2013).

115. Прохоров Б.Б., Иванова Е.И., Шмаков Д.И., Щербакова Е.М. Медико-демографическое прогнозирование [Электронный ресурс] / Б.Б. Прохоров, Е.И. Иванова, Д.И. Шмаков, Е.М. Щербакова // ИНП РАН. - 2011. – 359С. – Режим доступа: http://www.ecfor.ru/pdf.php?id=books/proh06/proh06. (Дата обращения 08.06.2013.).

116. Распоряжение Правительства РФ от 8 октября 2012 г. N 1864-р «О составе Правительственной комиссии по вопросам охраны здоровья граждан». [Электронный ресурс]. - правовой портал «База законов». – Режим доступа http://bazazakonov.ru/doc/?ID=3665106 (Дата обращения 13.12.2014.).

117. Распоряжение Правительства РФ № 2511-р от 24 декабря 2012 года «Об утверждении государственной программы РФ "Развитие здравоохранения"». [Электронный ресурс]. - правовой портал «Гарант». – Режим доступа http://base.garant.ru/70290076/#help (Дата обращения 13.12.2014.).

118. Руголь Л.В. Медико-демографические аспекты реформирования здравоохранения / Л. В. Руголь // Здравоохранение Российской Федерации. –2010. – № 6. – С. 7-11.

119. Скворцова В.И. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2014 год - Режим доступа: http://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyy-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2014-god

120. Сорокина З.Х., Байбарина Е.Н., Яковлева Т.В. Проблемы и приоритеты совершенствования качества медицинской помощи новорожденным и детям. / З.Х. Сорокина, Е.Н. Байбарина, Т.В. Яковлева - М.: ОАО «Типография «Детская книга», 2011. 236 с.

121. Социальные детерминанты здоровья и благополучия подростков [Электронный ресурс]. - ВОЗ, Женева.-2012.-252 с. Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/181551/E96444_part1-Rus.pdf?ua=1. (Дата обращения 12.04.2014).

122. Стародубов В.И., Суханова Л.П. Репродуктивные проблемы демографического развития России. / В.И. Стародубов, Л.П. Суханова - М.:ИД «Менеджер здравоохранения», 2012. – 320 с.

123. Стародубов В.И., Руднев С.Г., Николаев Д.В. Федеральный информационный ресурс центров здоровья: современное состояние и перспективы развития/В.И. Стародубов, С.Г. Руднев, Д.В. Николаев//Социальные аспекты здоровья населения.-2015.-№5(45) Режим доступа:// http://vestnik.mednet.ru/content/view/482/30/lang,ru/ (Дата обращения 17.03.2016).

124. Степанова М.И., Сазанюк З.И., Поленова М.А. Резервы здоровье сбережения учащихся в современной школе /М.И. Степанова, З.И. Сазанюк, М.А. Поленова // Российский педиатрический журнал.– 2011. – №6. – С.33-37.

125. Сточик А.М. Практическая медицина и ее формирование в XVII-XIX веках. /А.М. Сточик, С.Н. Затравкин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.– 2012. –№5–С.51-55.

126. Стратегические направления улучшения здоровья и развития детей и подростков. Доклад секретариата [Электронный ресурс]. - Пятьдесят шестая сессия всемирной ассамблеи здравоохранения ВОЗ, 2003. WHO/FCH/CAH/02.21. – Режим доступа: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA56/ra5615.pdf. (Дата обращения 17.07.2013).

127. Суханов А.В., Денисова Д.В. Ассоциация массы тела с состоянием когнитивных функций в подростковом возрасте: популяционное исследование /А.В. Суханов, Д.В. Денисова // Педиатрия. –2011. – т. 90. – №6. – С. 22-28.

128. Сухарева Е.А., Пономарева Л.А., Козлов С.В. Влияние информированности женщин на качество наблюдения и лечения по поводу заболеваний молочной железы / Е.А. Сухарева, Л.А. Понамарева, С.В. Козлов // Профилактическая медицина. – 2012. – т. 15. –№ 5. – С.21-24.

129. Сырнева Т.А., Малишевская Н.П., Уфимцева М.А. Современное состояние профилактической работы в кожно-венерологических учреждениях / Т.А. Сырнева, Н.П. Малишевская, М.А. Уфимцева// Здравоохранение Российской Федерации. – 2010. – №6. –С. 11-15.

130. Тарасенко Е.А. Потенциал социальных медиа для продвижения здорового образа жизни и самоменеджмента хронических заболеваний [Электронный ресурс]. /Е.А Тарасенко - Конференции НИУ-ВШЭ, 2012.– Режим доступа: http://regconf.hse.ru/.../7d1719cff136a560f72c8e85ef031bfa22aa87db.docx. (Дата обращения 19.05.2013).

131. Татарева С.В., Малямова Л.Н., Давиденко Н.Б.. «Итоги работы службы охраны здоровья матери и ребенка Свердловской области в 2012 году» // Министерство здравоохранения Свердловской области 2013.

132. Тищук Е.А. Прогнозные оценки медико-демографических процессов /Е.А. Тищук //Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и история медицины. – 2003. – № 5. – С. 3–11.

133. Томпсон А.А., Стрикленд А.Дж Стратегический менеджмент. Искусство разработки и реализации стратегии **Издательство:** ЮНИТИ.-1998.-577 с.

134. Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года" [Электронный ресурс] – «Гарант». - Режим доступа: http://base.garant.ru/191961/. (Дата обращения 23.04.2014).

135. Указ Президента РФ от 01 июня 2012 г. N 761 «О национальной стратегии действий в интересах детей на 2012 – 2017 годы» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://graph-kremlin.consultant.ru/page.aspx?1613662 (Дата обращения 05.12.2014.).

136. Укрепление действий сектора здравоохранения в ответ на проблемы здоровья и развития подростков. [Электронный ресурс].- ВОЗ, - Женева.-2009.-15 с.- Режим доступа: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/cah_adh_flyer_2010_12_ru.pdf . (Дата обращения 08.06.2014).

137. Улумбекова Г.Э. Здравоохранение России. Что надо делать. ГЭОТАР-Медиа.-М.:2010.-589 с.

138. Урванцева И.А., Саламатина Л.В., Нохрин А.В., Мигунова С.Г. Массовые информационно-образовательные акции как современная профилактическая технология: опыт организации, научно-практические итоги /И.А. Урванцева и др.// Профилактическая медицина.-2011.-N 5.-С.3-6.

139. Федоткина С.А. Комплексное социально-гигиеническое исследование самосохранительного поведения и здоровья молодежи России. Автореф. дисс. доктора мед. наук.-М.:2014.-44 с.

140. Федеральный закон Российской Федерации №52 от 30.03.1999г. с изменениями от 13.07. 2015 г. «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [Электронный ресурс]– «Гарант».- Режим доступа: http://base.garant.ru/12115118/. (Дата обращения 24.08.2013).

141. Федеральный закон № 273-ФЗ от 29.12.2012 «Об образовании в РФ» (С изменениями и дополнениями). [Электронный ресурс]– «Гарант».- Режим доступа: http://base.garant.ru/70291362/.(Дата обращения 24.08.2013).

142. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" // Российская газета 2011 г. - №263 – 23 ноября.

143. Функциональные состояния и заболевания у детей. Руководства для врачей Под редакцией Царегородцева А.Д., Длина В.В., М.:-2-11.-515 с.

144. Цыбикова Э.Б., Сабгайда Т.П. Эпидемиология туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией /Э.Б. Цыбикова, Т.П. Сабгайда //Здравоохранение Российской федерации.– 2012. – №6. – С.7-11.

145. Шабалов Н.П. Детские болезни // Н.П. Шабалов. - 4-е изд., перераб. и доп. – М.: Питер, 1999.-1080 с.

146. Шейман И.М. Теория и практика рыночных отношений в здравоохранении.-М.:ГУ ВШЭ, 2007.-318 с.

147. Шейман И.М., Шишкин С.В. Российское здравоохранение:новые вызовы и новые задачи: доклад Государственного университета-Высшей школы экономики.-М.,2009-65 с.

148. Шестаков Г.С., Никилина О.Ю. Роль информационного обеспечения организации медицинской помощи больным гипертонической болезнью при осуществлении профилактических мероприятий /Г.С. Шестаков, О.Ю. Никилина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2012. – №6. – С.24-26.

149. Ширяева Г.П. Пути и эффективность реализации оздоровления детей и подростков в условиях городских образовательных учреждений: автореф. дис. … д-ра мед.наук: 14.00.09 / Ширяева Галина Павловна. – Уфа, 2009. – 268 с.

150. Щеглов К. Врачу поможет единое информпространство / К. Щеглов // Медицинская газета. - 2013. – 1 февр. – № 8. – С. 3.

151. Яковлева Т.В. Социальная педиатрия и организация здравоохранения: основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков /Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, А.А. Модестов. // Российский педиатрический журнал. – 2011. – № 4. – С.37-39.

152. Яковлева Т.В. Проблемы и пути формирования здорового образа жизни населения Российской Федерации/Т.В. Яковлева, В.Ю. Альбицкий. М.: М-Студио; 2011. 216 с.

153. Яковлева Т.В., Баранов А.А. Государственная политика в области охраны здоровья детей: проблемы и задачи /Т.В.Яковлева, А.А. Баранов// Вопросы современной педиатрии. –2009. – 8 т. – № 2. – С. 6-10.

154. Яковлева Т.В., Иванова А.А., Модестов А.А. Основные направления модернизации системы оздоровления детей и подростков /Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, А.А. Модестов // Российский педиатрический журнал. – 2011. – №4. – С.37-39.

155. Яковлева, Т.В. Влияние процессов глобализации на совершенствование психиатрической помощи детскому населению / Т.В. Яковлева, А.А. Модестов, Б.Д. Менделевич // Российский педиатрический журнал.- 2010. - №6. – С. 4-10.

156. A. Healthy Start in Life: Report of the Global Consultation on Child and Adolescent Health and Development // The World Health Organization. WHO/CAH/02.15.

157. A review of child policy development in Ireland. [Электронный ресурс]. / Evaluating Social Partnership in Ireland, 2002. – Режим доступа: http://www.tcd.ie/policy-institute/assets/pdf/BP9_Children_Hayes.pdf (Дата обращения 17.07.2013).

158. Children in Distress (CINDI) [Электронный ресурс]. / Ms Rekha Nathoo– AIDSbuzz, 2013.-Режим доступа: http://aidsbuzz.org/index.php?option=com_content&view=article&id=249:cindi-children-in-distress&catid=44:umbrella-hiv-and-aids-organisations&Itemid=4. (Дата обращения 15.07.2013).

159. Barlow J. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old / Jane Barlow, Nadja Smailagic, Michael Ferriter, Cathy Bennett, Hannah Jones [Электронный ресурс]. – Wiley Online Library, Published Online: 17 MAR, 2010 . – Режим доступа: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003680.pub2/abstract. (Дата обращения 20.12.2014.)

160. Bellinger D.S. Lead neurotoxicity and socioeconomic status: conceptual and analytical issues. Neurotoxicology 2008; 29:828-832.

161. Brinn, M.P., Carson, K.V., Esterman, A.J., Chang, A.B., Smith B.J. Mass media interventions for preventing smoking in young people / Malcolm P Brinn, Kristin V Carson, Adrian J Esterman, Anne B Chang, Brian J Smith. [Электронный ресурс]. - Wiley Online Library, Cochrane Database System Rev, Published Online: 10 NOV 2010. - CD001006 - Режим доступа: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD001006.pub2/abstract. (Дата обращения 03.03.2012.).

162. Buller D.& Floyd, A. Internet-based interventions for health behavior change. Health applications. Promising strategies for behavior change // Edited by S. Noar& Harrington N. 2012, Routlege (Taylor & Francis Group).

163. Chris Kula-Przezwanski. Web 2.0 Enables Working with Patients as a Driver of Innovation in Research [Электронный ресурс]. Web 2.0, 2012. – Режим доступа: http://www.medicine20congress.com/ocs/index.php/med/med2013/paper/view/1498 (Дата обращения 24.06.2013).

164. CINDI working group on children and youth «Healthy children in healthy families» [Электронный ресурс]. Health Documentation Services WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.– Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/119934/E70260.pdf. (Дата обращения 15.07.2013).

165. CINDI, 2013 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.cindi.org.za/. (Дата обращения 15.07.2013).

166. Cole-Lewis H., Kershaw T. Text messaging as a tool for behavior change in disease prevention and management / H. Cole-Lewis, T. Kershaw // Epidemiologic Review, 2010. – № 32. – С. 56-69.

167. Communication from the Commission to the council, the European parliament, the European economic and social committee and the committee of the regions on the mid term review of the Strategy on Life Sciences and Biotechnology // Commission of the European communities. Brussels, COM (2007) 175.

168. Complementary feeding of young children in developing countries. A review of the current scientific knowledge [Электронный ресурс].- Geneva, World Health Organization,1998. – 248p.- Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_NUT_98.1.pdf. (Дата обращения 17.08.2012).

169. Core information for the development of immunization policies. [Электронный ресурс].- Geneva, World Health Organization, 2002. - Режим доступа: http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF02/www557.pdf. (Дата обращения 15.03.2012).

170. Currie C. et al., eds. Young people's health in context. Health Behavior in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey [Электронный ресурс] / C. Currie et al., eds // Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, Health Policy for Children and Adolescents, 2004. - №4. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/eprise/main/who/informationsources/publications/catalogue/20040518_1. (Дата обращения 13.04.2014).

171. De Benoist B. Iodine status worldwide: WHO Global Database on Iodine Deficiency [Электронный ресурс] / Bruno de Benoist et al. - Geneva, World Health Organization, 2004. – Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf. (Дата обращения 08.06.2014).

172. Development education in UNICEF, United Nations Children's Fund: monograph [Электронный ресурс] /Jeanne Vickers. - UNICEF, 1986. - April. – 54p. – Режим доступа: http://www.cf-hst.net/UNICEF-TEMP/mon/CF-HST-MON-1986-001-develpment-education-mono-I.pdf. (Дата обращения 14.07.2013).

173. Donald P.R. Childhood tuberculosis: the hidden epidemic [Электронный ресурс] / P.R. Donald // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2004. – 8(5) - P. 627–629.- Режим доступа: http://thesius.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iuatld/10273719/v8n5/s21/p627. (Дата обращения 25.11.2013)

174. Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia [Электронный ресурс]. - Dublin, Government of Ireland, 2004. -6p. - Режим доступа: http://www.unicef.org/ceecis/The_Dublin_Declaration.pdf (Дата обращения 22.05.2014).

175. European Network of Health Promoting Schools [Электроный ресурс]. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.- Режим доступа: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/ENHPS/Home. (Дата обращения12.03.2012).

176. Fotheringham M., Owies D., Leslie E.& Owen N. Interactive health communication in preventive medicine: internet-based strategies in teaching and research / M. Fotheringham et al// American Journal of Preventive Medicine, 2000.- 19(2) – P.113-20.

177. Global Strategy for Infant and Young Child Feeding [Электронный ресурс]. - Geneva, World Health Organization, 2003. –Режим доступа: http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/gs_iycf.pdf. (Дата обращения 21.06.2012).

178. Griffiths D., Lindenmeyer A., Powell J., Lowe P. &Thorogood M. Why are health care interventions delivered over the Internet? A systematic review of the published literature /D. Griffiths et al. // Journal of Medical Internet Research. - 2006. – № 8.

179. Health Evidence Network. For which strategies of suicide prevention is there evidence of effectiveness? [Электронный ресурс]. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/eprise/main/WHO/Progs/HEN/Syntheses/suicideprev/20040712_2. (Дата обращения 01.04.2012)

180. Information Office of the State Council Of the People's Republic of China // April 1996, Beijing.

181. Integrated management of pregnancy and childbirth Illness [Электронный ресурс]. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004.- Режим доступа:

http://www.euro.who.int/pregnancy/manuals/20030129_7. (Дата обращения 29.03.2012.).

182. Integrated management of pregnancy and childbirth [Электронный ресурс]. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, ESKI, 2004. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/en/health-topics/Life-stages/maternal-and-newborn-health/policy-and-tools/integrated-management-of-pregnancy-and-childbirth-impac. (Дата обращения 11.11. 2013.).

183. Kenneth E. UNICEF in the Americas. For The Children of Three Decades, 1986: monograph [ Электронный ресурс ] / E. Kenneth. - UNICEF, United Nations Children's Fund,1986. - 134p. – Режим доступа: http://www.cf-hst.net/UNICEF-TEMP/mon/CF-HST-MON-1986-004-americas-3-decades-mono-IV.pdf. (Дата обращения 14.07.2013).

184. Koelen, Maria A. van der Van Anne W. Health Education and Health Promotion //Wageningen Academic Publishers, The Netherlands, 2004.

185. Lee, J-W. Child survival: a global health challenge // Lancet, 2003. – 362(9389):262.

186. Levy, H (1991) Newborn screening perspective // Yale J Biol Med. 64:17–18. Medline Web of Science

187. Macleod Z.R., Charles M.A., Arnaldi V.C., Adams I.M. Telephone counseling as an adjunct to nicotine patches in smoking cessation / Z.R. Macleod, M.A. Charles, V.C. Arnaldi, I.M. Adams // Med J Aust, 2003. –№ 179(7). – P. 349-352.

188. Masoli M. Global burden of asthma – Summary [Электронный ресурс] /M. Masoli et al . - Bethesda, MD, Global Initiative for Asthma, 2004. - Режим доступа: http://207.159.65.33/wadsetup/boa_sum.pdf. (Дата обращения 18.08.2012.).

189. Meltzer H., Gatward R., Goodman R., Ford T. The mental health of children and adolescents in Great Britain [Электронный ресурс] / H. Meltzer, R. Gatward, R. Goodman, T. Ford. - London: The Stationery Office, 2000. –231p. –

Режим доступа: http://www.dawba.com/abstracts/e002.html. (Дата обращения 17.12.2013.).

190. Metzger M., Flanadin A. &Medders R. Social and heuristic approaches to credibility evaluation online /M. Metzger et al. // Journal of Communication, 2010. – № 60(3). – P. 413-439.

191. Murray E., Burns J., See T., Lai R., Nazareth I. Interactive Health Communication Applications for people with chronic disease / E. Murray et al. //Cochrane Database system Rev, 2005. - № 4. - CD004274.

192. Nelson L.J., Wells C.D. Global epidemiology of childhood tuberculosis [Электронный ресурс] / L.J. Nelson, C.D. Wells // The International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2004. – 8(5). – P.636–647. –Режим доступа:http://thesius.ingentaselect.com/vl=1406159/cl=55/nw=1/rpsv/ij/iuatld/10273719/v8n5/s23/p636. (Дата обращения 12.12.2014.).

193. Paul D.B. The history of newborn phenylketonuria screening in the US. Promoting Safe and Effective Genetic Testing in the United States: Final Report of the Task Force on Genetic Testing. / N.A. Holtzman, M.S. Waston, eds. // Bethesda, MD: National Institutes of Health; 1997. - P.137–160.

194. Pearson H.A., Brown A.K. The Centennial History of the American Pediatric Society, 1888–1988 /H.A. Pearson, A.K. Brown // North Haven, CT.: EH Roberts Co; 1988. - 41p.

195. Porter P.J., Butler J.C. Healthy children: an assessment of community-based primary care health programs for children and their impact on access, cost, and quality /P.J. Porter, J.C. Butler // Adv Pediatrics, 1987- №34. - P.379–410.

196. Porter P.J., Leibel R.L., Gilberts C.K., Fellows J.A. (1976) Municipal child health services: a 10-year reorganization /P.J. Porter, R.L. Leibel, C.K. Gilberts, J.A. Fellows // Pediatrics,1976. - №58 - P.704–772.

197. Preventive health care for children. Experience From Selected Foreign Report to the Chairman, Committee on Finance [Электронный ресурс]. - US. Senate, 1993. -42p. – Режим доступа: http://www.gao.gov/assets/220/218256.pdf. (Дата обращения 12.09.2013)

198. Protection, promotion and support of breastfeeding in Europe: a blueprint for action [Электронный ресурс]. - Brussels: European Commission, 2004. – 76 p. - Режим доступа: http://europa.eu.int/comm/health/ph_projects/2002/promotion/fp_promotion_2002_a3_18_en.pdf. (Дата обращения 25.05. 2013 г.).

199. Robertson A. Питание и здоровье в Европе: новая основа для действий [Электронный ресурс] / A. Robertson, et al., // Копенгаген, Европейское региональное бюро ВОЗ, 2004. - Региональные публикации ВОЗ. - Европейская серия № 96. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/InformationSources/Publications/Catalogue/20040130_8?language=Russian. ( Дата обращения 25.05.2013 г.).

200. Stachenko S. Позиция CINDI в решении задач неинфекционных заболеваний.-Копенгаген: ЕРБ ВОЗ, 1992.

201. Strategic Framework for the Prevention of HIV Infection in Infants [Электронный ресурс]. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2004. - Режим доступа: http://www.euro.who.int/document/E84804.pdf. (Дата обращения 25.05.2010.).

202. Strategy for Infantand Young Child Feeding [Электронный ресурс]. – Geneva: World Health Organization, 2003. - Режим доступа: http://www.unicef.org/lac/spbarbados/Planning/Global/ECD/GlobalStrategyWHOInfantFeeding_2003.pdf. (Дата обращения 23.02.2014.).

203. The Situation of Children in China [Электронный ресурс]. - Information Office of the State Council Of the People's Republic of China, 1996. – Режим доступа: http://www.china.org.cn/e-white/children/ (Дата обращения 21.04.2013).

204. The European health report, 2005: public health action for healthier children and populations [Электронный ресурс]. – WHO Regional office for Europe. - 141 с. – P.5 - Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/82435/E87325.pdf. (Дата обращения 15.08.1013).

205. The European health report, 2012 [Электронный ресурс]. – WHO Regional office for Europe.- 161 с. – Режим доступа: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/197113/EHR2012-Eng.pdf (Дата обращения 23.09.2013).
206. The Situation of Children in China, 2002 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.fmprc.gov.cn/eng/topics/3711/t18994.htm. (Дата обращения 11.08.2012.).
207. The world health report 2005 – Make every mother and child count [Электронный ресурс] - Geneva, World Health Organization, 2005. – Режим доступа: http://www.who.int/whr/2005/en. (Дата обращения 13.03.2013.).
208. UNPFA, 2013 [Электронный ресурс]. – Официальный сайт ЮНПФА фонда ООН в области народонаселения, 2013. – Режим доступа: http://www.unfpa.ru/ru/unfpa. (дата обращения 15.07.2013).
209. Wah Wong. UNICEF in Asia. A historical perspective: monograph X [Электронный ресурс] /Wah Wong. – UNICEF history series, 1998. - P. 190.– Режим доступа: http://www.cf-hst.net/UNICEF-TEMP/mon/CF-HST-MON-1988-010--unicef-in-asiamono-X.pdf. (Дата обращения 14.07.2013).
210. Weisfeld V.D. The Healthy Children Program: A Special Report. № 2 // Princeton, NJ: Robert Wood Johnson Foundation Communications Office, 1989.
211. Where they hang out. Social media use in youth health promotion: An analysis based on a literature review and survey of the youth sector in South Australia Centre for Health Promotion Women's and Children's [ Электронный ресурс ] //Health Network. - 2012.- June. – Режим доступа: http://healthpromotion.cywhs.sa.gov.au/library/Social_media_use_in_health_promotion_FINAL_REPORT.pdf. (дата обращения 19.05.2013).
212. Public health action for healthier children and populations: summary. // WHO Library Cataloguing in Publication Data, The European health report - 2005. – P.154.
213. WHO Global Databaseon Iodine Deficiency 2004 [Электронный ресурс]. – Geneva, World Health Organization. - Режим доступа: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241592001.pdf. (Дата обращения 09.09.2014.).