

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2023

УДК 614.2

**Васильева Т. П.<sup>1,2</sup>, Москвичева Л. И.<sup>3</sup>, Бенеславская О. А.<sup>2</sup>, Макарова В. И.<sup>2</sup>, Дробизhev М. Ю.<sup>2</sup>, Алленов А. М.<sup>2</sup>**

## **ГОТОВНОСТЬ УЧАСТНИКОВ К МЕЖСЕКТОРАЛЬНОМУ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕЖЕНИЮ НАСЕЛЕНИЯ МЕГАПОЛИСА**

<sup>1</sup>ГБУ «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 115088, Москва, Россия;

<sup>2</sup>ФГБНУ «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко» Минобрнауки России, 105064, г. Москва;

<sup>3</sup>Московский научно-исследовательский онкологический институт имени П. А. Герцена — филиал ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр имени П. А. Герцена», 125284, Москва, Россия

**Введение.** Для лучшего понимания проблем здоровьесбережения населения города необходимы теоретические знания об отношении и готовности всех участников к межсекторальному взаимодействию в процессах самосохранения здоровья.

**Цель** исследования — изучение готовности участников здоровьесбережения населения Москвы к межсекторальному взаимодействию.

**Материалы и методы.** В 2023 г. было проведено срезное одномоментное исследование межсекторальной ответственности, приверженности и осведомлённости, а также удовлетворённости индивидуальным самосохранением здоровья (оригинальные тест-карты) среди разных участников здоровьесбережения населения города Москвы (n = 1007). Из их числа выделены работники «медицинских» объектов инфраструктуры городского пространства, работники других объектов (спорта, культуры, промышленности, утилизации отходов, транспорта, питания, торговли, образования и др.) и население как участник межсекторального здоровьесбережения.

**Результаты.** Проведённые авторами исследования с использованием оригинальной методики интегральной оценки показали, что имеется недостаточная готовность участников к межсекторальному взаимодействию при осуществлении здоровьесбережения населения города. Отмеченная у участников единого здоровьесберегающего пространства города несформированность межсекторальной ответственности, грамотности, мотивированности работы в команде обуславливает отсутствие внутреннего убеждения в том, что нужно заниматься не только своим здоровьем, но и здоровьем других членов городского сообщества.

**Выводы.** Полученные данные могут составить основу новых методических подходов к определению приоритетности управляющих воздействий на улучшение межсекторального взаимодействия участников здоровьесбережения населения мегаполиса.

**К л ю ч е в ы е с л о в а:** здоровьесбережение населения города; межсекторальное взаимодействие; участники; интегральная оценка готовности

**Для цитирования:** Васильева Т. П., Москвичева Л. И., Бенеславская О. А., Макарова В. И., Дробизhev М. Ю. Алленов А. М. Готовность участников к межсекторальному здоровьесбережению населения мегаполиса. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2023;31(специальный выпуск 2):1159—1164. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1159-1164>

**Для корреспонденции:** Васильева Татьяна Павловна; e-mail: [vasileva\\_tp@mail.ru](mailto:vasileva_tp@mail.ru)

**Vasilyeva T. P.<sup>1,2</sup>, Moskvicheva L. I.<sup>3</sup>, Benislavskaya O. A.<sup>2</sup>, Makarova V. I.<sup>2</sup>, Drobizhev M. Yu.<sup>2</sup>, Allenov A. M.<sup>2</sup>**

## **READINESS FOR INTERSECTORAL COOPERATION TO PRESERVE HEALTH OF MEGALOPOLIS POPULATION**

<sup>1</sup>Research Institute for Healthcare Organization and Medical Management, 115088, Moscow, Russia;

<sup>2</sup>N. A. Semashko National Research Institute of Public Health, 105064, Moscow, Russia;

<sup>3</sup>Hertsen Moscow Scientific Research Institute of Oncology of the Hertsen Federal Medical Research Center, 125284, Moscow, Russia

**Introduction.** For a better understanding of issues related to health-preserving activities for the benefit of city population, theoretical knowledge about the attitude and readiness of all interested parties for intersectoral cooperation is needed.

The **purpose** of the study is to analyze readiness of the participants of health-preserving activities for intersectoral cooperation in Moscow.

**Material and methods.** In 2023, a one-time, one-time study of intersectoral responsibility, commitment and awareness, as well as satisfaction with individual health care (original test cards) was conducted among different participants in the health care of the population of the city of Moscow (n = 1007). From among them, participants were identified -workers of «medical» infrastructure facilities of urban space, participants-workers of other facilities (sports, culture, industry, waste disposal, transport, food, trade, education and others) and the population as a participant in intersectoral health saving.

**Results.** The research based on the original integrated assessment methodology shows insufficient readiness for intersectoral cooperation to implement health-saving activities for the benefit of Moscow population. Immature intersectoral responsibility, literacy, motivation for teamwork noted among the participants of the unified health-preserving city space determines the lack of internal conviction that it is necessary to deal with both own health, and health of other members of the urban community.

**Conclusion.** The data obtained can form basis for new methodological approaches to prioritize control measures to improve intersectoral cooperation between the participants of health-preserving activities in the metropolis.

**Key words:** health preserving in city population; intersectoral cooperation; participants; integrated readiness assessment

**For citation:** Vasilyeva T. P., Moskvicheva L. I., Benislavskaya O. A., Makarova V. I., Drobizhev M. Yu., Allenov A. M. Readiness for intersectoral cooperation to preserve health of megalopolis population. *Problemi socialnoi gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsini*. 2023;31(Special Issue 2):1159—1164 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2023-31-s2-1159-1164>

**For correspondence:** Tatiana P. Vasilyeva; e-mail: [vasileva\\_tp@mail.ru](mailto:vasileva_tp@mail.ru)

**Source of funding.** This study was not supported by any external sources of funding.

**Conflict of interest.** The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

Received 30.06.2023  
Accepted 05.09.2023

## Введение

Здоровье рассматривается ВОЗ как одно из основных прав человека, в реализации которого важное значение имеет «доступ к основным ресурсам для поддержания здоровья»<sup>1</sup>. В соответствии с концепцией здоровья как фундаментального права человека Оттавская хартия подчёркивает определённые «предпосылки здоровья, которые включают мир, адекватные экономические ресурсы, пищу и жильё, образование и социальную справедливость, а также стабильную экосистему и устойчивое использование ресурсов»<sup>2</sup>. Это позволяет обосновать необходимость участия многих структур в создании данных предпосылок, а также «необходимость создания неразрывной связи между предпосылками и поведением человека» для повышения здоровья как «ресурса для повседневной жизни». Говоря о повышении собственного здоровья, значимо понимание здоровьесбережения как «комплекса мер..., нацеленных на формирование образа жизни, способствующего укреплению и сохранению здоровья населения»<sup>3</sup>, что соответствует определению здравоохранительной деятельности на коммунально-общинном уровне как коллективных усилий, направленных на контроль над факторами/детерминантами.

Использование комплекса мер, осуществляемых разными структурами, противодействующими разным детерминантам здоровья, определяет межсекторальный подход к здоровьесбережению. При этом под межсекторальными действиями в области здравоохранения понимаются действия в сотрудничестве с сектором здравоохранения «других секторов, включая гражданское общество и частный сектор»<sup>4</sup>. Такой межсекторальный подход подразумевает, что «все структуры и системы, управляющие детерминантами здоровья, в том числе само население, должны учитывать последствия своей деятельности в связи с их влиянием на индивидуальное и коллективное здоровье и благополучие»<sup>5</sup>, т. е. должны нести межсекторальную ответственность за здоро-

вьесбережения жителей города, знать и участвовать в создании предпосылок и здоровьесберегающего поведения населения, высокую осведомлённость и приверженность в этой сфере, а также должны сами являться примером «самосохранения здоровья» для населения города. Значимость решения проблем здоровьесбережения определена положениями «Программы фундаментальных исследований на период до 2030 года», принятой распоряжением Правительства РФ от 31.12.2020 № 3684-р, где определена приоритетность разработки технологий здоровьесбережения<sup>6</sup>.

Важность исследований готовности участников здоровьесбережения населения города к взаимодействию обуславливается выявленным исследователями влиянием их поведения на отношение населения к сохранению собственного здоровья [1–4]. Поэтому для лучшего понимания проблем межсекторального здоровьесбережения населения города необходимы теоретические знания об отношении и готовности всех участников к межсекторальному взаимодействию, самосохранению здоровья, что явилось целью проводимого исследования.

## Материалы и методы

Методологической основой изучения готовности к межсекторальному взаимодействию участников здоровьесбережения населения города Москвы явилось рассмотрение её как сложного интегрального состояния, характеризующегося компетенциями, знаниями, умениями и профессиональными навыками, приверженностью и ответственностью у каждого участника, необходимыми для осуществления межсекторального взаимодействия в длительном процессе здоровьесбережения. Рабочим определением межсекторальной ответственности явилось понимание всеми участниками здоровьесбережения населения мегаполиса важности целевой работы в команде на достижение единого результата — здоровьесбережения населения мегаполиса. Под межсекторальной приверженностью понималось обязательное обеспечение достижения всеми участниками единых целевых показателей результативности, а под межсекторальной осведомлённостью — достижение всеми участниками знания единых целевых показателей и задач «смежников» по здоровьесбережению населения города.

В 2023 г. было проведено срезное одномоментное исследование среди разных участников здоровьесбережения населения города Москвы ( $n = 1007$ ). Из их числа выделены работники «медицинских» объектов инфраструктуры городского пространства, работники других объектов (спорта, культуры,

<sup>1</sup> Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. ВОЗ. Женева. 1998. URL: <http://www.who.ch/hep>

<sup>2</sup> Оттавская хартия укрепления здоровья. ВОЗ/НПР/НЕР/95.1. Женева. 1986. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/349655/WHO-EURO-1986-4044-43803-61673-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>3</sup> National Center for Health Statistics (U.S.) Healthy people 2000. national health promotion and disease prevention objectives: healthy people 2000 final review. URL: <http://www.cdc.gov/nchs/data/hp2000/hp2k01-acc.pdf>

<sup>4</sup> Intersectoral Action for Health: a Cornerstone for Health for All in the 21<sup>st</sup> century (Межсекторальные действия в интересах здоровья и его охраны «краеугольный камень» в деле достижения здоровья для всех в 21-м столетии). ВОЗ. Женева. 1997. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326478>

<sup>5</sup> Глоссарий терминов по вопросам укрепления здоровья. ВОЗ. Женева. 1998. URL: <http://www.who.ch/hep>

<sup>6</sup> Распоряжение Правительства РФ от 31.12.2020 № 3684-з «Программа фундаментальных исследований на период до 2030 года».

промышленности, утилизации отходов, транспорта, питания, торговли, образования и др.) и население как участник межсекторального здоровьесбережения в возрасте от 20 до 80 лет ( $48,45 \pm 14,71$  года). Испытуемым было предложено заполнить оригинальные тест-карты оценки межсекторальной ответственности, межсекторальной приверженности, осведомлённости и удовлетворённости индивидуальным самосохранением здоровья. Оценочный комплекс включал 64 утверждения, формализованных в виде «Матрицы готовности участника к межсекторальному взаимодействию в здоровьесбережении населения города». Ответы по степени согласия с утверждением распределяются по 4-балльной шкале (не согласен, скорее не согласен, скорее согласен, согласен) и объединяются в 4 домена (межсекторальная ответственность, приверженность, осведомлённость, поведение).

Алгоритм определения готовности участников с использованием Матрицы включает 6 последовательных действий:

- 1 шаг — отметка фактического состояния критериев доменов в блоках матрицы;
- 2 шаг — определение балльных оценок утверждений по каждому критерию доменов;
- 3 шаг — определение суммарной балльной оценки критериев;
- 4 шаг — определение коэффициента отклонения (%) фактической суммарной оценки от оптимальной оценки (256 балла);
- 5 шаг — определение индикативного коридора, соответствующего рассчитанному коэффициенту соотношения (высокий индикативный коридор — 95—100%, средний индикативный коридор — 70,0—94,0%, низкий индикативный коридор — до 70%);
- 6 шаг — определение уровня готовности (высокий уровень — высокий индикативный коридор, низкий — низкий индикативный коридор, условно низкий — средний индикативный коридор).

Анкеты респонденты заполняли лично в бумажном варианте.

При оценке состояния здоровья принявших участие в исследовании респондентов установлено, что 27,8% опрошенных лиц имели хронические заболевания, ключевыми из которых являлись артериальная гипертензия, сахарный диабет и метаболические нарушения, хроническая обструктивная болезнь лёгких и онкология. К практически здоровым относились 45,68% респондентов, остальные — к здоровым. В распределении по возрасту наибольшую долю составили лица 30—40 лет (31,9%) и старше 60 лет (23,0%). В меньшем числе представлены лица в возрасте 20—30 (10,5%), 40—50 (18,8%) и 50—59 (15,8%) лет. По социально-бытовым условиям жизни большинство проживало в собственном жилье, но 20% — в съемном. Более 70% проживали с детьми.

Статистический анализ проведён в программе «Microsoft Statistica 10.0» с использованием параме-

трических и непараметрических методов. В случае нормального распределения значения приведены в виде среднего и стандартного отклонения ( $M \pm m$ ). Сравнение межгрупповых различий проводили с использованием *t*-критерия Стьюдента с поправкой Бенферрони при нормальном распределении. Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05.

## Результаты и обсуждение

По результатам мультикритериальной оценки готовности участников к межсекторальному здоровьесбережению населения города можно говорить о среднем её уровне: средний балл в общей группе составил  $160,44 \pm 46,31$  (коэффициент соответствия — 62,5% от оптимальной оценки; табл. 1).

Структурный анализ интегральной оценки готовности участников к межсекторальному здоровьесбережению населения мегаполиса по отдельным доменам показал, что наибольшие проблемы выявлены в сфере межсекторальной ответственности (коэффициент соответствия оптимальной оценке — 40,7%), межсекторальной приверженности (41,42%) и самосохранения здоровья (65,42%), оценки которых снижены до диапазона «умеренно» (табл. 1). Наилучшее значение зафиксировано по домену межсекторальной осведомлённости (коэффициент соответствия оптимальной оценке — 70,32%, оценка «хорошо»). Снижение интегральной оценки готовности участников к межсекторальному взаимодействию в здоровьесбережении выявлено у значительной части опрошенных. Наиболее проблемными являются домены «межсекторальная ответственность» и «межсекторальная приверженность» (табл. 2).

При сравнении интегральных оценок статистически значимых различий среди групп опрошенных не было, однако отмечено несущественное превы-

Таблица 1

Результаты интегральной оценки участников, баллы

| Домен                           | Все участники      |
|---------------------------------|--------------------|
| Межсекторальная ответственность | $8,14 \pm 2,87$    |
| Межсекторальная приверженность  | $4,97 \pm 1,81$    |
| Межсекторальная осведомлённость | $11,25 \pm 1,24$   |
| Самосохранение здоровья         | $136,08 \pm 42,24$ |
| Совокупное значение             | $160,44 \pm 46,31$ |

Таблица 2

Результаты экспертизы уровней интегральной оценке готовности участников

| Домены                          | Индикативные коридоры (доля респондентов, %) |        |          |       |
|---------------------------------|----------------------------------------------|--------|----------|-------|
|                                 | отлично                                      | хорошо | умеренно | плохо |
| Межсекторальная ответственность | 9,14                                         | 6,45   | 11,82    | 72,6  |
| Межсекторальная приверженность  | 8,17                                         | 7,95   | 25,38    | 58,5  |
| Межсекторальная осведомлённость | 28,30                                        | 37,54  | 21,27    | 12,89 |
| Самосохранение здоровья         | 19,95                                        | 36,04  | 22,96    | 21,05 |
| Общая оценка                    | 16,41                                        | 22,02  | 20,35    | 41,22 |

Таблица 3

**Результаты экспертизы интегральной оценки готовности к межсекторальному взаимодействию в здоровьесбережении населения города участников — работников разных групп объектов инфраструктуры**

| Домен                           | Средние значения оценки доменов  |                                    |                |
|---------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|----------------|
|                                 | работники «медицинских» объектов | работники «немедицинских» объектов | население      |
| Межсекторальная ответственность | 10,16 ± 2,99                     | 9,46 ± 2,84                        | 7,14 ± 2,11    |
| Межсекторальная приверженность  | 5,04 ± 2,34                      | 4,91 ± 2,01                        | 4,88 ± 3,02    |
| Межсекторальная осведомлённость | 12,32 ± 3,80                     | 10,34 ± 2,97                       | 10,22 ± 3,12   |
| Самосохранение здоровья         | 136,99 ± 46,22                   | 136,61 ± 40,04                     | 135,80 ± 43,23 |
| Общий балл                      | 164,51 ± 46,22                   | 161,32 ± 46,22                     | 159,04 ± 46,22 |

шение средних значений ряда доменов у работников «медицинских» объектов (табл. 3).

Распространённость низкой степени готовности к межсекторальному взаимодействию различных изучаемых групп в исследуемых доменах представлена в табл. 4. Готовность работников медицинских объектов в области самосохранения здоровья оказалась статистически значимо более низкой, чем у представителей других групп, но более высокой — по вопросам межсекторальной осведомлённости ( $p \leq 0,05$ ).

Таким образом, при исследовании готовности участников к здоровьесбережению населения города нами были использованы данные о 4 характеристиках: межсекторальная ответственность, межсекторальная приверженность, осведомлённость по вопросам межсекторального взаимодействия, самосохранение здоровья. В отдельном варианте эти характеристики использовались исследователями ранее. Так, состояние образа жизни исследовано у разных социальных, профессиональных групп населения [5—9], населения [10], педагогов [11—13]. В ряде исследований изучено состояние приверженности здоровьесбережению [14—22], в ряде — состояние информированности [23—25]. Однако целью исследований было выявление особенностей этих характеристик в исследуемых группах, а не выявление степени готовности исследуемых к межсекто-

ральному взаимодействию как участников здоровьесбережения населения города. Нами же, учитывая положения методологии единого здоровьесберегательного пространства [26], получена совокупная оценка готовности участников-работников разных сфер экономики (объектов медицины, образования, спорта, культуры, производства, питания, торговли) и населения как участника межсекторального здоровьесбережения. Причём предложенный методический подход, кроме одновременного изучения разных участников, предусматривал одновременное использование у каждого из них всего комплекса указанных выше характеристик. Это дало возможность в нашей выборке участников определить не только состояние каждого компонента готовности у отдельных участников, но и определить совокупную интегральную оценку готовности, вклад каждого участника и каждой его характеристики в её формирование. Эти данные могут составить новые методические подходы определения приоритетности управляющих воздействий на улучшение межсекторального взаимодействия участников здоровьесбережения населения мегаполиса.

### Выводы и заключение

1. У участников здоровьесбережения населения города — работников объектов инфраструктуры города, влияющих на здоровье, наблюдается недостаточная готовность к межсекторальному взаимодействию, о чём свидетельствует снижение интегральной её оценки до среднего индикативного коридора, причём готовность снижена у всех участников, но в большей степени у участников — работников немедицинских объектов и населения.

2. Наибольший вклад в снижение интегральной оценки готовности и участия участников здоровьесбережения населения города к межсекторальному взаимодействию вносят такие компоненты, как межсекторальная ответственность, межсекторальная приверженность, в меньшей степени — осведомлённость участников по здоровьесбережению населения и собственный уровень самосохранения здоровья. Основной проблемой у всех участников по домену межсекторальной ответственности была низкое понимание работы в команде равноправных участников при формировании и использовании единого здоровьесберегающего пространства, по домену межсекторальной приверженности — постоянства участия в длительном процессе здоровьесбережения населения города, по домену «осведомлённость по здоровьесбережению» — низкое знание негативных и позитивных факторов городской среды, возникающих со стороны объектов разных секторов экономики, по домену «самосохранение здоровья» — низкая физическая и антистрессовая активность.

3. Проблемность ситуации по формированию и использованию единого здоровьесберегающего пространства города определяется тем, что, к сожалению, сами участники не придерживаются строгих установок на использование межсекторального вза-

Таблица 4

**Сводные данные в исследуемых группах, %**

| Критерий                               | Все участники (n = 1007) | Работники медицинских объектов (n = 101) | Работники других объектов (n = 506) | Население (n = 400) |
|----------------------------------------|--------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------|---------------------|
| Низкая межсекторальная приверженность  | 60,15                    | 54,55                                    | 56,91                               | 69,0*               |
| Низкая межсекторальная ответственность | 70,77                    | 65,34                                    | 67,98                               | 79,0*               |
| Низкая межсекторальная осведомлённость | 35,99                    | 29,69*                                   | 39,03                               | 39,25               |
| Низкое самосохранение здоровья         | 39,26                    | 46,6*                                    | 30,92                               | 40,25               |

Примечание. Различия достоверны между группами при  $p \leq 0,05$ .

имодействия и не являются примером для подражания в здоровьесбережении. Отмеченная у участников единого здоровьесберегающего пространства города несформированность межсекторальной ответственности, грамотности, мотивированности работы в команде обуславливает отсутствие внутреннего убеждения в том, что нужно заниматься не только своим здоровьем, но и здоровьем других членов городского сообщества. Наличие данных качеств будет способствовать улучшению решения вышеперечисленных проблем. Выявленная недостаточная готовность участников к межсекторальному взаимодействию при осуществлении здоровьесбережения населения города, различия вклада участников в снижение совокупной готовности и детализированных характеристик отдельных её компонентов могут составить основу новых методических подходов к определению приоритетности управляющих воздействий на улучшение межсекторального взаимодействия участников здоровьесбережения населения мегаполиса.

Авторы заявляют об отсутствии внешних источников финансирования при проведении исследования.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Щепин О. П., Коротких Р. В., Трегубов Ю. Г., Голикова Д. В. Роль профилактических мероприятий в укреплении здоровья населения России // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. 2010. № 4. С. 3—7.
2. Haruyama Y., Fukuda H., Arai T., Muto T. Change in lifestyle through health promotion program without face-to-face intervention in a large-scale Japanese enterpriser // J. Occup. Health. 2013. Vol. 55. P. 74—83. DOI: 10.1539/joh.12-0145-0a
3. Frank E., Wrigth E. H., Serdula M. K. et al. Personal and professional nutrition-related practice of US female physicians // Am. J. Clin. Nutr. 2002. Vol. 75. P. 26—32. DOI: 10.1093/ajcn/75.2.326
4. Helfand B. K., Mukamal K. J. Healthcare and lifestyle practices of healthcare workers: do healthcare workers practice what they preach? // JAMA Intern. Med. 2013. Vol. 173. P. 242—244. DOI: 10.1001/2013.jamainternmed.1039
5. Петраж М. Д., Стрижицкая О. Ю., Муртазина И. Р. Валидация опросника «Профиль здорового образа жизни» на российской выборке // Консультативная психология и психотерапия. 2018. Т. 26, № 3. С. 164—190. DOI: 10.17759/cpp.2018260309
6. Walker S. N., Sechrist K. R., Pender N. J. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics // Nurs. Res. 1987. Vol. 36. P. 76—81. DOI: 10.1097/00006199-198703000-00002
7. Undertaking Nursing interventions Throughout Europe (UNITE) StudyGroup. A survey of coronary risk factors in a cohort of cardiac nurses from Europe do nurses practice what they preach? // Eur. J. Cardiovasc. Nurs. 2002. Vol. 1. P. 57—60. DOI: 10.1016/s1474-5151(01)00007-x
8. Gutorguieva R., Sindelar J. L., Falba T. A. et al. The impact of occupation on self-rated health: cross-sectional and longitudinal evidence from the health and retirement survey // J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci. 2009. Vol. 64. P. 118—124. DOI: 10.1093/geronb/gbn006
9. Исаев А. А., Никифоров Г. С., Родионова Е. А. Психология профессионального здоровья: обзор концепций // Учёные записки Санкт-Петербургского государственного института психологии и социальной работы. 2019. Т. 32, № 2. С. 114—122.
10. Алленов А. М., Макарова Е. В., Бенеславская О. А. и др. Готовность участников здоровьесбережения к мотивации населения к ведению здорового образа жизни // Общественное здоровье. 2022. Т. 2, № 4. С. 4—14. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-4-14
11. Окопная О. П. Традиции здоровьесбережения в образовании и культуре Донского края // Актуальные проблемы здоровьесбережения и медицинской профилактики в современном

- педагогическом процессе Материалы III Всероссийской научно-практической конференции. Ростов н/Д: 2020. С. 189—194.
12. Гатиятуллина Л. Л. Концепция и программа формирования здоровьесберегающего пространства в системе высшего и среднего медицинского образования // Уральский медицинский журнал. 2020. № 1. С. 176—180. DOI: 10.25694/URMJ.2020.01.29
  13. Рязанцев А. А. Сохранение профессионального долголетия и качеств, а жизни педагогов // Современная наука: актуальные проблемы теории и практики. Серия: Гуманитарные науки. 2020. № 3. С. 81—87.
  14. Коршунов В. А., Брико Н. И., Миндлина А. Я. и др. Роль волонтерского движения в укреплении общественного здоровья (на модели приверженности иммунопрофилактике) // Профилактическая медицина. 2021. Т. 24, № 5. С. 68—71.
  15. Ахкиязова Г. Р., Галиуллина Д. А. Современные тенденции формирования приверженности к здоровому образу жизни // Вестник Набережночелнинского государственного педагогического университета. 2022. № 3. С. 185—187.
  16. Ряттель А. В., Чупраков Д. В., Созинова А. А., Савельева Н. К. Здоровье населения и приверженность здоровому образу жизни как стратегический ресурс экономики: уточнение математических моделей // Вестник Тверского государственного университета. Серия: Экономика и управление. 2022. № 1. С. 147—158.
  17. Драпкина О. М., Неустроев С. С., Фролова Е. Б. и др. Методология изучения рациона питания и поведенческих привычек населения для оценки приверженности здоровому образу жизни // Профилактическая медицина. 2019. Т. 22, № 4. С. 43—50.
  18. Гогниева Д. Г., Щекоцихин Д. Ю., Гаврилова Е. В. и др. Проблема приверженности к лечению в общей медицинской практике // Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия. 2019. Т. 12, № 6. С. 510—515.
  19. Кусаинова Д. Г., Шабанова А. А., Бегатар А. и др. Прогнозируемая оценка приверженности населения города Алматы к вакцинации против SARS-CoV-2 // Наука и здравоохранение. 2021. Т. 23, № 2. С. 6—12.
  20. Столярова Е. А., Ахметова А. А., Савченко О. А. Приверженность к здоровому образу жизни и распространенность факторов риска хронических неинфекционных заболеваний у населения Сахалинской области // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. 2021. № 3. С. 10—25.
  21. Холкина А. А., Исаков В. А. Низкая приверженность лечению — глобальная проблема современной медицины // Дневник Казанской медицинской школы. 2019. № 3. С. 38—43.
  22. Перепеч Н. Б., Шурыгина В. Д., Трегубов А. В. Приверженность врачей рекомендациям по диагностике и лечению артериальной гипертензии // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2019. Т. 15, № 4. С. 502—509.
  23. Аглиуллина С. Т., Хасанова Г. Р., Мухарьямова Л. М. Оценка информированности населения республики Татарстан по вопросам ВИЧ-инфекции и приверженности различным моделям поведения // Экология человека. 2019. № 3. С. 24—29.
  24. Амлаев К. Р., Зафиров В. Б., Узденов И. М. Санитарное просвещение и формирование приверженности у социально уязвимых групп фтизиатрических больных // Туберкулез и болезни легких. 2014. № 10. С. 11—13.
  25. Кривошапова К. Е., Цыганкова Д. П., Барбараш О. Л. Распространенность, осведомленность и приверженность лечению артериальной гипертензии: мифы и реальность // Системные гипертензии. 2018. Т. 15, № 1. С. 63—67.
  26. Алленов А. М. Методологические и методические аспекты оценки и состояния качества инфраструктуры городской среды, влияющей на здоровье населения мегаполиса // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н. А. Семашко. 2021. № 4. С. 46—51.

Поступила 30.06.2023  
Принята в печать 05.09.2023

#### REFERENCES

1. Shhepin O. P., Korotkih R. V., Tregubov Yu. G., Golikova D. V. The role of preventive measures in strengthening the health of the Russian population. *Problemy social'noj gigieny i istorii mediciny*. 2010;(4):3—7. (In Russ.)
2. Haruyama Y., Fukuda H., Arai T., Muto T. Change in lifestyle through health promotion program without face-to-face interven-

- tion in a large-scale Japanese enterprise. *J. Occup. Health.* 2013;55:74—83. DOI: 10.1539/joh.12-0145-0a
3. Frank E., Wrieth E. H., Serdula M. K., Elon L. K., Baldwin G. Personal and professional nutrition-related practice of US female physicians. *Am. J. Clin. Nutr.* 2002;75:26—32. DOI: 10.1093/ajcn/75.2.326
  4. Helfand B. K., Mukamal K. J. Healthcare and lifestyle practices of healthcare workers: do healthcare workers practice what they preach? *JAMA Intern. Med.* 2013;173:242—244. DOI: 10.1001/2013.jamainternmed.1039
  5. Petrazh M. D., Strizhitskaya O. Yu., Murtazina I. R. Validation of the questionnaire «Healthy lifestyle profile» on the Russian sample. *Konsul'tativnaâ psihologîâ i psihoterapiâ.* 2018;26(3):164—190 DOI: 10.17759/cf.2018260309 (In Russ.)
  6. Walker S. N., Sechrist K. R., Pender N. J. The Health-Promoting Lifestyle Profile: development and psychometric characteristics. *Nurs. Res.* 1987;36:76—81. DOI: 10.1097/00006199-198703000-00002
  7. Undertaking Nursing interventions Throughout Europe (UNITE) StudyGroup. A survey of coronary risk factors in a cohort cardiac nurses from Europe do nurses practice what they preach? *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.* 2002;1:57—60. DOI: 10.1016/s1474-5151(01)00007-x
  8. Gutorguieva R., Sindelar J. L., Falba T. A. et al. The impact of occupation on self-rated health cross-sectional and longitudinal evidence from the health and retirement survey. *J. Gerontol. B Psychol. Sci. Soc. Sci.* 2009;64:118—124. DOI: 10.1093/geronb/gbn006
  9. Isaev A. A., Nikiforov G. S., Rodionova E. A. Psychology of professional health: overview of concepts. *Scientific notes of the St. Petersburg State Institute of Psychology and Social Work.* 2019;32(2):114—122. (In Russ.)
  10. Allenov A. M., Makarova E. V., Benislavskaya O. A. et al. Readiness of health-saving participants to motivate the population to lead a healthy lifestyle. *Public health.* 2022;2(4):4—14. DOI: 10.21045/2782-1676-2022-2-4-4-14 (In Russ.)
  11. Okopnaya O. P. Traditions of health saving in education and culture of the Don region. In: *Current problems of health preservation and medical prevention in the modern pedagogical process. Materials of the III All-Russian Scientific and Practical Conference.* Rostov-on-Don; 2020:189—194. (In Russ.)
  12. Gatiyatullina L. L. Concept and program of health-saving space formation in the system of higher and secondary medical education. *Ural Medical Journal.* 2020;(1):176—180. DOI: 10.25694/UR-MJ.2020.01.29 (In Russ.)
  13. Ryazantsev A. A. Preservation of professional longevity and quality of life of teachers. *Modern Science: actual problems of theory and practice. series of «Humanities».* 2020;(3):81—87. (In Russ.)
  14. Korshunov V. A., Briko N. I., Mindlina A. Ya. et al. The role of the volunteer movement in strengthening public health (on the model of adherence to immunoprophylaxis). *Preventive medicine.* 2021;24(5):68—71. (In Russ.)
  15. Akhkiyomova G. R., Galiullina D. A. Modern trends in the formation of commitment to a healthy lifestyle. *Bulletin of NCSPU.* 2022;(3):185—187. (In Russ.)
  16. Rattel A. V., Chuprakov D. V., Sozinova A. A., Savelyeva N. K. Public health and commitment to a healthy lifestyle as a strategic resource of the economy: refinement of mathematical models. *Vestnik Tverskogo gosudarstvennogo universiteta. Seriya Ekonomika i upravlenie.* 2022;(1):147—158. (In Russ.)
  17. Drapkina O. M., Neustroev S. S., Frolova E. B. et al. Methodology for studying the diet and behavioral habits of the population to assess adherence to a healthy lifestyle life. *Preventive medicine.* 2019;22(4):43—50. (In Russ.)
  18. Gognieva D. G., Shchekochikhin D. Yu., Gavrilova E. V. et al. The problem of adherence to treatment in general medical practice. *Kardiologiya i Serdechno-Sosudistaya Khirurgiya.* 2019;12(6):510—515. (In Russ.)
  19. Khusainova D. G., Shabanova A. A., Bagatar A. et al. Predicted assessment of the commitment of the population of Almaty to vaccination against Sars-Cov-2. *Science & Healthcare.* 2021;23(2):6—12. (In Russ.)
  20. Stolyarova E. A., Akhmatova A. A., Savchenko O. A. Commitment to a healthy lifestyle and the prevalence of risk factors for chronic non-communicable diseases in the population of the Sakhalin region. *Bulletin of public health and healthcare of the Russian Far East.* 2021;(3):10—25. (In Russ.)
  21. Kholkina A. A., Isakov V. A. Low adherence to treatment is a global problem of modern medicine. *Dnevnik kazanskoj medicinskoj školy.* 2019;(3):38—43. (In Russ.)
  22. Perepech N. B., Shurygina V. D., Tregubov A. V. Adherence of doctors to recommendations for the diagnosis and treatment of hypertension. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2019;15(4):502—509. (In Russ.)
  23. Agliullina S. T., Khasanova G. R., Mukharyamova L. M. Assessment of awareness of the population of the Republic of Tatarstan on HIV infection and adherence to various behaviors. *Human ecology.* 2019;(3):24—29. (In Russ.)
  24. Amlaev K. R., Zafirova V. B., Uzdenov I. M. Health education and commitment formation in socially vulnerable groups of phthisiological patients. *Tuberculosis and Lung Diseases.* 2014;(10):11—13. (In Russ.)
  25. Krivoschapova K. E., Tsygankova D. P., Barbarash O. L. Prevalence, awareness and adherence to hypertension treatment: myths and reality. *Systemic Hypertension.* 2018;15(1):63—67. (In Russ.)
  26. Allenov A. M. Methodological and methodological aspects of the assessment and the state of the quality of the infrastructure of the urban environment affecting the health of the population of the metropolis. *Bulletin of Semashko National Research Institute of Public Health.* 2021;(4):46—51. (In Russ.)