

УДК 331

---

## ПОКАЗАТЕЛИ И КАНАЛЫ ПОЛУЧЕНИЯ ИНФОРМАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ РАБОТНИКОВ ПО ФАЗАМ ЖИЗНЕННОГО ЦИКЛА<sup>1</sup>

---

**Григоров Иван Васильевич**, асп.

Воронежский государственный университет, Университетская пл., 1, Воронеж, Россия, 394018; e-mail: grigorov\_ivan@mail.ru

*Цель:* цель настоящей статьи – предложить и обосновать показатели и каналы получения информации о состоянии здоровья занятых по фазам жизненного цикла, позволяющие определять результативность мер по сохранению и укреплению здоровья на рабочем месте. *Обсуждение:* здоровье работника, с одной стороны, является неотъемлемой частью его потенциала, с другой – необходимое условие его успешности. Здоровье изменяется во времени по естественным причинам и под влиянием внешних факторов. Некоторыми внешними факторами могут управлять сами работники, другими – работодатель, государство и общество. Занятое население проводит значительное время именно на рабочем месте, меры по укреплению здоровья оказывают влияние на поведение в отношении здоровья, предназначены не только для улучшения организации и условий труда, но и для развития личностных компетенций работников. Участники рынка труда заинтересованы в количественных и качественных показателях, позволяющих определять эффективность мер по сохранению и укреплению здоровья. *Результаты:* предложена авторская позиция об эволюции взглядов на сохранение, укрепление здоровья на рабочем месте, примерные возрастные рамки варианта трехфазного жизненного цикла с учетом требований организации и индивидуальных вызовов и потребностей работников. Проведен анализ показателей объективного и субъективного здоровья у разных возрастных групп, мониторинг которых позволяет оценивать эффективность мер, направленных на предупреждение возникновения, тяжелого течения, раннее выявление наиболее распространенных среди взрослого населения России заболеваний. Выявлены каналы получения информации организацией о состоянии здоровья сотрудников. Предложены пока-

---

<sup>1</sup> Статья выполнена при финансовой поддержке РФФИ в рамках научного проекта 20-010-00263.

затели и каналы получения информации о состоянии здоровья по фазам жизненного цикла с учетом физиологических и психосоциальных особенностей разных возрастных групп.

**Ключевые слова:** здоровье работника как часть его потенциала, здоровье работника как условие успешности, сохранение и укрепление здоровья на рабочем месте.

DOI: 10.17308/meps.2021.12/2731

### **Введение**

Достижение и оценка результата труда как успешного возможно через логическую цепь: «целевая установка» → «действие» → «результат» → «оценка результата» [7], в которой «действие» – это реализация потенциала и ресурсных возможностей работника. Здоровье работника, с одной стороны, является неотъемлемой частью его потенциала, с другой – необходимое условие его успешности. Здоровье изменяется во времени по естественным причинам и под влиянием внешних факторов. Некоторыми внешними факторами могут управлять сами работники, другими – работодатель, государство и общество.

Дискуссия о понятии «здоровье» прослеживается с античных времен. Есть мнение, что божественная, природная и социальная парадигмы последовательно сменяли друг друга в европейской культуре [1], и к концу первой четверти XXI в. насчитывается более 300 его определений, что обусловлено исследованием явления с разных позиций. В разных научных дисциплинах наиболее часто используется определение, приведенное в Уставе Всемирной организации здравоохранения (далее – ВОЗ): «здоровье является состоянием полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов». В определении понятия «субъективное здоровье» отмечается большее единство взглядов исследователей, одно из них: «Субъективное здоровье – индивидуальное ощущение собственного здоровья в данный момент времени» [9].

С 60-х гг. прошлого века здоровье рассматривается не как свойство, «полученное в безвозмездное пользование», а как «средство поддержания и улучшения качества человеческой жизни, требующее наряду с его потреблением и определенных инвестиций для его укрепления» [13].

С 70-х гг. XX в. понимание, что, во-первых, здоровье – это фундаментальный жизненный ресурс индивидуумов, семей и сообществ, его отсутствие разрушает потенциал, приводит к истощению ресурсов; во-вторых, здоровая, мотивированная и хорошо квалифицированная рабочая сила – это фундамент социально-экономического благосостояния; в-третьих, здоровье сотрудников является неотъемлемой частью человеческого потенциала организации, необходимое условие для реализации других составляющих потенциала, определяет вектор сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте в теоретических и прикладных исследованиях и практике.

В научной дискуссии и на практике можно проследить широкий спектр мнений об эволюции взглядов на вопросы сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте [14]. Авторская позиция предполагает выделение эмпирического, патогенетического (патогенез – парадигма, отвечающая на вопрос о том, каким образом воздействие приводит к нежелательным болезненным последствиям) и салютогенного (салютогенез – парадигма, в рамках которой внимание сосредоточено на факторах, способствующих устойчивости к отрицательным воздействиям) этапов.

В течение эмпирического этапа (около 2 млн лет назад – рубеж XVII-XVIII веков) происходило накопление опыта, основанного на личных наблюдениях, в трудах авторов Древнего мира предпринимались первые попытки обобщения полученных знаний. В средние века продолжилось развитие научной мысли, произошло постепенное формирование патогенетической парадигмы в науках о здоровье и болезнях человека. Однако наблюдения ученых древности и средневековья лишь подготовили почву для появления наук о безопасном труде и заболеваниях, связанных с профессиональной деятельностью человека.

В патогенетическом этапе (рубеж XVII-XVIII веков – настоящее время) предлагаем выделить четыре подэтапа, краткая характеристика которых приведена в табл. 1.

Таблица 1

Подэтапы патогенетического этапа

Подэтап	Временные рамки	Стартовые вехи
Формирование научного подхода к безопасности труда	Рубеж XVII-XVIII веков – 1802 г.	1713 г. – публикация книги основоположника гигиены труда Б. Рамаццини «Трактат о болезнях ремесленников»
Сохранение здоровья на рабочем месте труда с минимальным учетом патогенетических факторов	1802-1919 гг.; в России 1835-1917 гг.	1802 г. – принятие в Великобритании первого в мире «законодательства в защиту рабочих» – Factories Act 1802 (42 Geo. III, с. 73) 1835 г. – принятие в России первого закона, регулирующего вопросы охраны труда
Сохранение здоровья на рабочем месте за счет устранения патогенетических факторов	1919-1999 гг.; в России 1917-2007 гг.; в Великобритании 1919-1974 гг.	1917 г. – впервые в мире в России законодательно установлен восьмичасовой рабочий день 1919 г. – создание Международной организации труда и принятие Конвенции №1, установившей восьмичасовой рабочий день в ратифицировавших конвенцию государствах

Подэтап	Временные рамки	Стартовые вехи
Сохранение здоровья на рабочем месте через управление рисками	1999 г. – наст. время; в Великобритании 1974 г. – наст. время; в России 2007 – наст. время	1974 г. – принятие в Великобритании закона «О здоровье и безопасности на работе». 1999 г. – публикация в Великобритании национального стандарта OHSAS 18001:1999 «Система менеджмента профессионального здоровья и безопасности. Спецификация» 2007 – утверждение «Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»

Салютогенный этап (1997 г. – настоящее время) характеризуется вниманием к укреплению здоровья на рабочем месте, когда действия направлены на создание благоприятной рабочей среды, соблюдение баланса работы и отдыха, изменение образа жизни, организации реализуют стратегии по сохранению и укреплению здоровья не только работников, но и членов их семей.

Акцент на важности укрепления здоровья на рабочем месте конкретизировался в рамках Люксембургской декларации 1997 года.

В наши дни происходит развитие двух взаимодополняющих подходов к вопросам сохранения и укрепления здоровья занятых: оценка и управление рисками (патогенетический подход) и укрепление здоровья на рабочем месте (салютогенный). Этапы эволюции отражены на рис. 1.

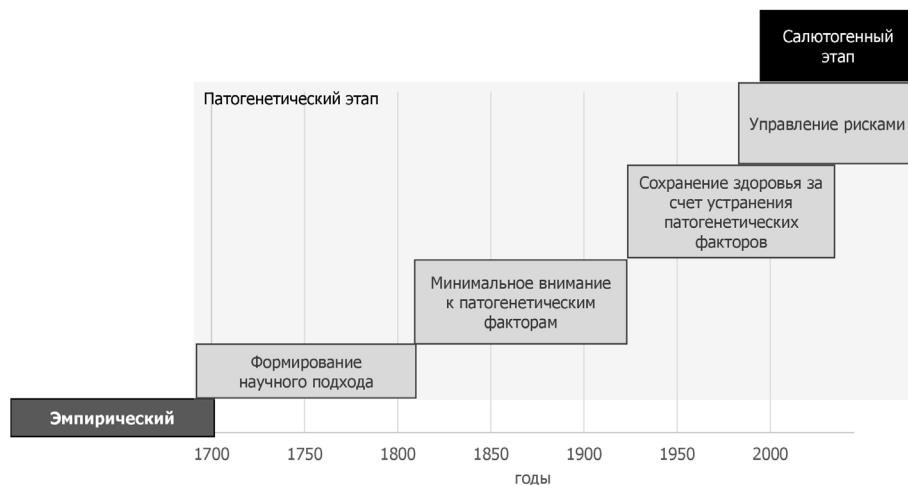


Рис. 1. Эволюция взглядов на вопросы сохранения и укрепления здоровья на рабочем месте

В условиях трансформации мирового и национальных рынков труда, обусловленной глобализацией, диверсификацией видов занятости, старени-

ем населения, увеличением продолжительности жизни, миграцией, вопросы сохранения и укрепления здоровья актуальны на индивидуальном, организационном, государственном и общественном уровнях.

Занятое население проводит значительное время именно на рабочем месте, меры по укреплению здоровья оказывают влияние на поведение в отношении здоровья, предназначены не только для улучшения организации и условий труда, но и для развития личностных компетенций работников, поэтому должны учитывать гендерные и возрастные аспекты, степень занятости, осведомленность о состоянии здоровья и самооценку здоровья [12].

Участники рынка труда заинтересованы в количественных и качественных показателях, позволяющих определять эффективность мер по сохранению и укреплению здоровья. В зарубежной литературе предлагается широкий выбор показателей. При этом отмечается, что мониторинг составных показателей финансово- и трудозатратен, поэтому непрактичен в применении для большого количества занятых; мониторинг показателей на основании учета стоимости человеческого капитала и инвестиций в него не подвергается строгому количественному анализу из-за малой распространенности [8].

Цель настоящей статьи – предложить и обосновать показатели и каналы получения информации о состоянии здоровья занятых по фазам жизненного цикла, позволяющие определять результативность мер по сохранению и укреплению здоровья на рабочем месте.

### **Фазы жизненного цикла**

Триада фаз жизненного цикла может быть представлена с медико-биологических позиций, требований организации и индивидуальных вызовов и потребностей. Управление успешностью работников с учетом содержания, специфики и динамики фаз жизненного цикла позволяет обеспечить их полноценное сочетание.

Границы каждой из фаз обосновываются определенными физиологическими и психосоциальными функциями, которые характеризуют способность человека существовать, участвовать в трудовом процессе и др. Маркерами динамики биологической составляющей человеческой жизни выступают когнитивные возможности, наличие заболеваний, позволяющих или препятствующих осуществлять определенные виды трудовой деятельности.

Сопоставление данных исследований «Randstad global report Impact of a multi-generational workforce – Q3 2018» (данные из 34 стран мира) и «LinkedIn – 2020. Global Talent Trends (данные опроса более 7000 специалистов по управлению персоналом), изучавших, в том числе, ожидания работников и работодателей, и предложенного варианта трехфазного жизненного цикла с учетом требований организации и индивидуальных вызовов и потребностей работников [3], позволяют предложить следующие примерные возрастные рамки фаз жизненного цикла для работающего населения:

- фаза 1. Время учебы и странствий – от 18 до 39 лет;
- фаза 2. Время построения перспектив, прорывов, познания нового – от 40 до 55-60 лет;
- фаза 3. Время приводить в порядок свои дела, разрабатывать новые перспективы – от 60 лет.

### **Показатели состояния здоровья работников**

Объективные показатели здоровья

В Международной классификации болезней МКБ-10 представлено более 15 тысяч заболеваний, причин заболеваемости и смертности, факторов, влияющих на состояние здоровья, разделенных на 21 класс. Поэтому перед организациями, реализующими меры по сохранению и укреплению здоровья на рабочем месте, встает вопрос о частоте тех или иных заболеваний у сотрудников, степени их влияния на трудоспособность, выборе показателей состояния здоровья работников.

В первом «Добровольном национальном обзоре Российской Федерации хода осуществления «Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 года»» отмечается, что сердечно-сосудистые, онкологические, хронические респираторные заболевания и сахарный диабет являются самыми распространенными патологиями среди взрослого населения. Следствием вышесказанного может быть предложение показателей, мониторинг которых позволит оценивать эффективность мер, направленных на предупреждение возникновения, тяжелого течения, раннее выявление этих болезней.

Класс онкологических заболеваний неоднороден, в медицине не достигнут консенсус об их причинах, факторах риска возникновения, ранних симптомах и мерах профилактики. Хронические респираторные заболевания – собирательное понятие, объединяющее заболевания с разными, не всегда выясненными причинами возникновения, малопрогнозируемым риском тяжелого течения, для них отсутствуют специфические лабораторные и инструментальные методы раннего выявления. Поэтому и первый, и второй этапы медицинской диспансеризации (регламентирован «Порядком проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения РФ») включают медицинские приемы, направленные на раннее выявление хронических респираторных и онкологических заболеваний.

На наш взгляд, возможно применение показателя – удельный вес работников, прошедших диспансеризацию в полном объеме (ПД), %, рассчитываемый по формуле (1):

$$\text{ПД} = \frac{\text{численность работников, прошедших диспансеризацию в полном объеме}}{\text{общая численность работников}} \times 100\% \quad (1)$$

Для ранней диагностики сердечно-сосудистых заболеваний используется множество показателей, широкое практическое применение нашли комплексные показатели – относительный и абсолютный сердечно-сосудистый риски (или кардиориски) по шкале SCORE.

Относительный кардиориск (далее – ОКР) определяется у лиц в возрасте от 18 (в ряде источников – от 21 года) до 39 лет, и при его расчете, помимо данных об уровне холестерина в крови и систолическом артериальном давлении, учитываются данные о курении. ОКР на основании числовых значений расценивается как низкий или высокий.

Абсолютный кардиориск (далее – КР) определяется у лиц от 40 до 64 лет, для КР существуют градации низкий, умеренный, высокий и очень высокий.

Для лиц старше 65 лет кардиориск не рассчитывается, считается очень высоким.

Предлагаем рассмотреть анализ показателей:

удельный вес работников с высоким ОКР (ОКР), %, рассчитываемый по формуле (2):

$$\text{ОКР} = \frac{\text{численность работников с высоким ОКР}}{\text{численность работников в возрасте 18-39 л}} \times 100\% \quad (2)$$

и

удельный вес работников с высоким и очень высоким КР (КР), %, рассчитываемый по формуле (3):

$$\text{КР} = \frac{\text{численность работников с высоким и очень высоким КР}}{\text{численность работников в возрасте 40-64 л}} \times 100\% \quad (3)$$

Для определенных регионов характерны те или иные, называемые эндемическими, заболевания, при этом одни из них широко распространены (например, диффузным эндемическим зобом в различных регионах России болеют от 5,2 до 70% населения, в среднем по стране – 31%), при других, наряду с распространенностью, отмечается высокий процент стойкой утраты нетрудоспособности и летальности (например, при клещевом вирусном энцефалите дальневосточного типа смертность составляет 20-25%, стойкая утрата нетрудоспособности наступает у 49-75% заболевших). Для эндемических заболеваний разработаны меры профилактики, направленные на предупреждение (вакцинация, изменение пищевого рациона, прием препаратов) и (или) раннее выявление (скрининговые исследования).

Возможно применение показателя – удельный вес работников, охваченных медицинской профилактикой эндемического заболевания (ний) (ОП), %, рассчитываемым по формуле (4):

$$\text{ОП} = \frac{\text{численность работников, охваченных медицинской профилактикой}}{\text{численность работников, подлежащих профилактике}} \times 100\% \quad (4)$$

Информацию для определения периодичности мониторинга показателя, данные о сотрудниках, подлежащих профилактике эндемичных заболеваний, можно получить в территориальных медицинских и статистических организациях.

Этот показатель может анализироваться ситуационно в случаях распространения заболеваний, для предупреждения которых используется вакцинация (грипп, коронавирусная инфекция и другие).

Увеличение числа работников старших возрастных групп побуждает организации реализовывать меры по сохранению и укреплению их здоровья, одной из них может стать раннее выявление синдромов, ассоциированных с возрастом, с помощью вопросника «Возраст не помеха» [4] (нацелен на выявление более 85 различных гериатрических синдромов). Проведение этого медицинского приема осуществляется в ходе диспансеризации лиц 65 лет и старше.

Предлагаем использовать показатель – удельный вес сотрудников, охваченных медицинской профилактикой возрастной астении (ВА), %, рассчитываемый по формуле (5):

$$VA = \frac{\text{численность работников, охваченных медицинской профилактикой}}{\text{численность работников старше 65 л}} \times 100\% \quad (5)$$

В табл. 2 приведены данные о периодичности и динамике показателей состояния здоровья и динамика их значений, свидетельствующая об успешности мер по сохранению здоровья.

Таблица 2

Показатели состояния здоровья, периодичность мониторинга и значения, свидетельствующие об успешности мер по сохранению и укреплению здоровья

Показатель	Периодичность мониторинга в возрастных группах			Динамика показателя при успешности мер по сохранению здоровья
	18 – 39 лет	40 лет – 64 года	65 лет и старше	
ПД	1 р. в 3 г.	1 р. в год		Рост или максимальное значение
ОП	в зависимости от профилактического календаря			-"-
ВА	–	–	1р. в год	-"-
ОКР	1 р. в год	–	–	Снижение или минимальное значение
КР	–	1 р. в год	–	-"-

Показатели субъективного здоровья

Метод самооценки здоровья появился в 50-х гг. XX в. как клинический



прием оценки состояния пациентов и служил для оценки эффективности лечения и реабилитации. В 1992 г. был представлен первый опросник самооценки здоровья, SF-36, рекомендованный не только для использования в клинической практике, но и мониторинге населения. В 1996 г. представлена краткая форма опросника, SF-12. Данные, накопленные при их использовании, впервые продемонстрировали влияние демографических факторов на самооценку здоровья, например, было установлено, что возраст имеет отрицательный коэффициент регрессии с физическим здоровьем, и каждые последующие десять лет наблюдается удвоение значения коэффициента.

Вместе с тем эти опросники не были лишены недостатков, например, суммарный высокий балл мог быть достигнут при низких оценках по шкалам психологического здоровья; использовался устаревший язык, интернациональное применение опросников затруднено из-за отсутствия надежной и валидной версии на других языках. По инициативе и под руководством ВОЗ была разработана методика оценки качества жизни, WHOQOL, включающая оценку субъективного здоровья, которая может использоваться интернационально: результаты сопоставимы вне зависимости от культурных, демографических и социальных условий проживания респондентов. В связи с тенденцией старения населения появилась необходимость мониторинга здоровья и благополучия старших поколений, для этого были разработаны интегральные индексы благополучия старшего поколения: Active Ageing Index, Global AgeWatch Index, Natixis Global Retirement Index, Index of Wellbeing in Later Life, SCL/PRB Index of Well-Being in Older Populations. В России в конце 2019 г. была утверждена методика расчёта Индекса активного долголетия, публикация первых результатов запланирована на 2021 г.

При анализе данных о старших возрастных группах 27-й волны Russian Longitudinal Monitoring Survey – HSE (далее – RLMS-HSE [15]) (2018 г.) выявлено, что продолжение трудовой деятельности после наступления пенсионного возраста повышает самооценку здоровья – см. табл. 3.

Таблица 3

Средняя оценка субъективного здоровья в старших возрастных группах

Возрастная группа	Средняя оценка субъективного здоровья	
	работающие	неработающие
50-59 лет	3,02	2,80
60-69 лет	2,98	2,76
70 + лет	2,73	2,44

В табл. 4 приведены данные о доле позитивных и негативных оценок у работающих и неработающих мужчин и женщин старших возрастных групп.

Таблица 4

Доля позитивных и негативных оценок субъективного здоровья в старших возрастных группах

Пол	Возрастная группа	Продолжение трудовой деятельности	Доля позитивных оценок субъективного здоровья, %	Доля негативных оценок субъективного здоровья, %
Мужчины	60-69 лет	Работающие	15,6	10,4
		Неработающие	9,8	25,2
Женщины	55-65 лет	Работающие	22,8	10,5
		Неработающие	11,1	27,0

Учитывая «феномен гетерогенности» и «возрастной парадокс» (снижение оценок в возрастной группе 60-66 лет, повышение оценок в возрасте 67-86 лет и более резкое снижение в возрасте 87+ лет), можно говорить о более положительном восприятии субъективного здоровья работниками старших возрастных групп по сравнению с неработающими сверстниками.

У работников старших возрастных групп, как правило, более широкий круг общения. Когда они сравнивают себя с представителями более молодых возрастных групп, оценки субъективного здоровья более высокие, чем при социальном сравнении с коллегами своей возрастной когорты [16].

На основании данных других исследований выявлено влияние стиля и способа коммуникаций пожилых работников с представителями других возрастных групп делового окружения. Негативные оценки когнитивных и адаптивных способностей со стороны более молодых коллег, манера общения, использование ими устного и письменного языка, содержащего большое количество жаргонизмов и т.п., может приводить к снижению психологического и общего субъективного здоровья [10].

При изучении распределения оценок субъективного здоровья по регионам отмечается, что при сопоставимом уровне доходов работники старших возрастов более высоко оценивают субъективное здоровье в экономически менее развитых регионах [5].

Прослеживается обратная зависимость между возрастом и самооценкой здоровья: с возрастом увеличивается количество негативных самооценок и уменьшается количество положительных. «Скачок» в ухудшении субъективного здоровья происходит примерно в 35 лет. Также до 35 лет примерно для 25% занятых характерна внутренняя ориентация сознания в объяснении возникающих проблем со здоровьем (значимые события интерпретируются как результат собственной деятельности), у сотрудников старших возрастных групп преобладает внешняя ориентация. При этом молодые люди обычно относятся к проблеме здоровья как к чему-то достаточно важному, но абстрактному, не имеющему к ним прямого отношения, если они уделяют внимание здоровью, то преимущественно его физической составляющей [2].

Данные 20-й и 24-й волн (2011 и 2015 гг., соответственно) RLMS-HSE подтвердили обнаруженную при использовании опросников SF-36 и SF-12 связь между уровнем образования и самооценкой здоровья: законченное высшее образование повышает вероятность позитивной самооценки здоровья более чем на 70%, а среднего специального или неоконченного высшего – более чем на 20% по сравнению со средним и общим образованием.

Согласно исследованиям [11], в последние годы отмечается растущее значение психосоциальных рисков при неизменности рисков для физического здоровья. Результаты самооценки здоровья являются практически единственным источником получения информации о психологическом благополучии работников. Также выявлено, что процедура самооценки здоровья «чувствительна» к предшествующим событиям. Негативные вопросы, заданные непосредственно перед началом исследования, снижали на 30% количество позитивных оценок по сравнению с контрольной группой [6].

На основании этого для организации может быть целесообразным использование данных самооценки физического и психологического здоровья в качестве показателей состояния здоровья сотрудников.

Предлагаем использовать показатели – удельный вес сотрудников возрастной группы, оценивающих свое физическое здоровье положительно (СОФ), %, рассчитываемый по формуле (6):

$$\text{СОФ} = \frac{\text{численность работников, оценивающих свое физическое здоровье положительно}}{\text{численность работников в возрастной группе}} \times 100\% \quad (6)$$

и удельный вес сотрудников возрастной группы, оценивающих свое психосоциальное здоровье положительно (СОП), %, рассчитываемый по формуле (7):

$$\text{СОП} = \frac{\text{численность работников, оценивающих свое психосоциальное здоровье положительно}}{\text{численность работников в возрастной группе}} \times 100\% \quad (7)$$

Для сравнения с данными извне организации возможно стоит установить периодичность мониторинга 1 р. в год, т.к. популяционные опросы проводятся с такой периодичностью.

Предлагаем анализировать показатель для возрастных групп «18 – 34 года», «35 – 64 года» и «старше 65 лет».

Об успешности мер по сохранению и укреплению здоровья будет свидетельствовать сохранение и (или) рост доли опрошенных, оценивающих свое субъективное здоровье положительно.

### **Каналы получения информации о состоянии здоровья**

Для оценки состояния здоровья сотрудников и эффективности предложений по его сохранению и укреплению используются различные каналы получения информации о состоянии здоровья, модель которых представлена на рис. 2.

В самой организации может осуществляться мониторинг абсентеизма и презентеизма, самооценки здоровья, случаев временной и стойкой утраты трудоспособности и других показателей.

В последние десятилетия из-за, во-первых, изменений в системе учета случаев нетрудоспособности работающего населения, в результате которых работодатель не получает информации о причинах нетрудоспособности; во-вторых, финансовых потерь работников в случае отсутствия на работе по болезни (неоплачиваемые листки нетрудоспособности на «сером» рынке труда, ограничение максимального размера пособия по временной нетрудоспособности); в-третьих, изменения отношения к здоровью вследствие финансово-экономической ситуации как со стороны работников (латентная нетрудоспособность), так и со стороны работодателей (неформальное негативное отношение к отсутствующим на работе из-за болезни), мониторинг временной нетрудоспособности неэффективен для оценки состояния здоровья сотрудников.

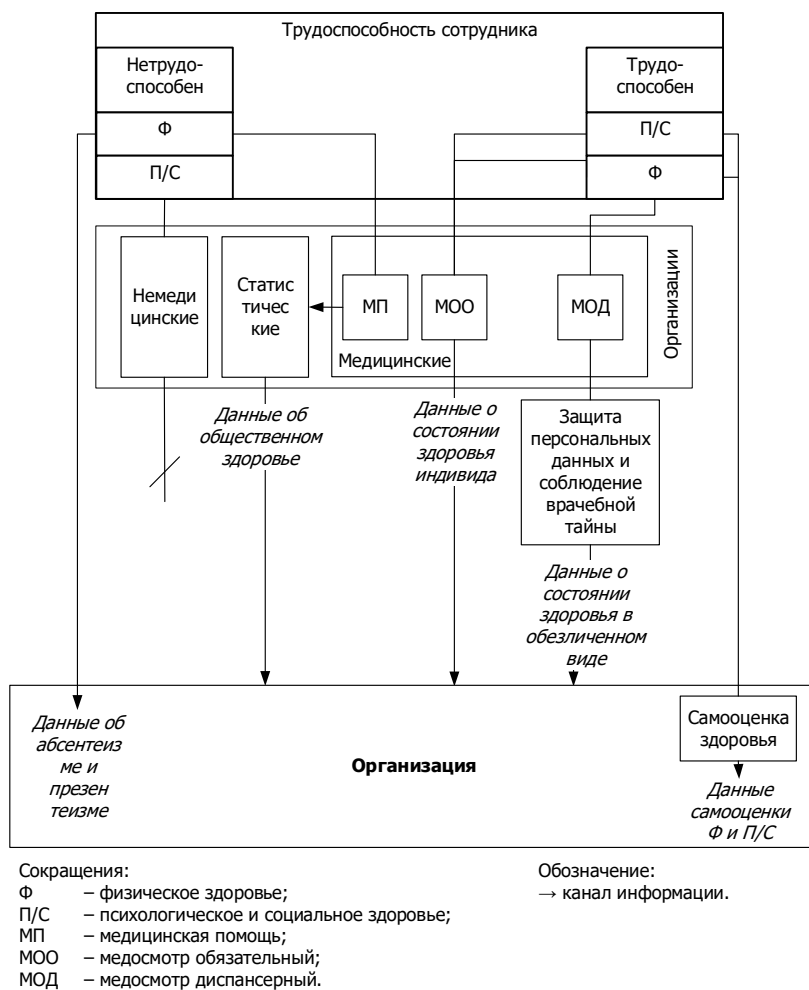


Рис. 2. Каналы получения информации о состоянии здоровья сотрудников

В российской практике организации могут получать информацию об общественном здоровье (заболеваемость, болезненность и т.п.), которые формируются в статистических организациях на основании данных, получаемых из медицинских учреждений. Но интерпретировать показатели общественного здоровья могут только специалисты в области социальной гигиены. Поэтому этот канал информации, как правило, используется для получения информации об эндемичных и эпидемиологически значимых заболеваниях.

Организация получает информацию о состоянии здоровья работников по результатам обязательных медицинских осмотров. Но, во-первых, объем исследований во время медосмотра определяется классом условий труда и наличием вредных или опасных факторов; во-вторых, только некоторые категории работников проходят обязательное психиатрическое освидетельствование; в-третьих, работодатель получает только заключение о пригодности для выполнения поручаемой работы, что снижает ценность информации.

Данные диспансерных медицинских осмотров организация может получить только, если работник выразил свое согласие на передачу таких данных третьим лицам, в противном случае данные могут быть предоставлены только в обезличенном виде. Участково-территориальный принцип медицинского обслуживания населения в РФ, возможность гражданина выбирать лечебное учреждение при оказании бесплатной медицинской помощи затрудняют получение работодателем обезличенных данных о результатах диспансеризации. Поэтому российские организации, сохранившие или организовавшие оказание медицинской помощи своим сотрудникам по производственно-цеховому принципу, находятся в более выигрышном положении: получение обезличенных данных диспансерных осмотров происходит из одного источника.

Законодательно закреплено, что работодатель обязан освободить от работы работника для прохождения диспансеризации, а работник обязан предоставлять работодателю справки медицинских организаций, подтверждающие прохождение ими диспансеризации.

Мониторинг показателей субъективного здоровья позволяет получать качественные показатели состояния здоровья работников разных возрастных групп, на основании которых можно не только оценивать результативность мер по сохранению и укреплению здоровья, но и предлагать улучшения и новые инициативы, которые будут соответствовать потребностям сотрудников конкретной организации.

Самооценка психологического здоровья – единственный канал получения информации о психологическом благополучии сотрудников, т.к. в современной России из-за пробелов в законодательном регулировании психологической помощи при возникновении таких проблем граждане обращаются, как правило, в немедицинские организации. В такой ситуации и

факты, и причины обращения не могут стать известны работодателю, как следствие, организация не осведомлена о психологических проблемах своих сотрудников.

### **Показатели и каналы получения информации о состоянии здоровья на разных фазах жизненного цикла**

Здоровье является неотъемлемой частью потенциала работника и необходимым условием его успешности. В условиях трансформации рынков труда меры по сохранению и укреплению здоровья на рабочем месте должны учитывать широкий спектр вопросов, в том числе возрастные аспекты, информированность о состоянии здоровья и самооценку здоровья. Результативность действий организации и работников по сохранению и укреплению здоровья по фазам жизненного цикла оценивается по динамике показателей, информация для мониторинга которых поступает по разным каналам.

В табл. 5 приведены показатели и каналы получения информации о состоянии здоровья по фазам жизненного цикла.

Таблица 5

Каналы получения информации и показатели состояния здоровья по фазам жизненного цикла

Возраст, лет	18	25	30	35	40	45	50	55	60	65 и старше	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
	24	29	34	39	44	49	54	59	64		
Фазы жизненного цикла	Фаза 1. Время учебы и странствий				Фаза 2. Время построения перспектив, прорывов, познания нового				Фаза 3. Время приводить в порядок свои дела, разрабатывать новые перспективы		
Показатели состояния здоровья											
ПД	данные о прохождении диспансеризации из медорганизации (1 р. в 3 г.)				данные о прохождении диспансеризации из медорганизации (ежегодно)						
ОКР	данные в обезличенном виде из медорганизации				-	-	-	-	-	-	
КР	-	-	-	-	данные в обезличенном виде из медорганизации				-		
ОП	данные о проведении профилактики из медорганизации										
ВА	-	-	-	-	-	-	-	-	-	данные о проведении из медорганизации	
СОф; СОп	опрос в организации				опрос в организации				опрос в организации		

## Заключение

Проведенное исследование позволило сформулировать следующие результаты:

1. Предложена авторская позиция об эволюции взглядов на сохранение, укрепление здоровья на рабочем месте от профилактики профзаболеваний и устранения факторов риска до признания мер по сохранению и укреплению здоровья одним из основных принципов стратегии организации и распространения не только на работника, но и членов его семьи.

2. Предложены примерные возрастные рамки варианта трехфазного жизненного цикла с учетом требований организации и индивидуальных вызовов и потребностей работников при сопоставлении данных фундаментальных и прикладных исследований.

3. Проведен анализ показателей объективного и субъективного здоровья у разных возрастных групп, мониторинг которых позволяет оценивать эффективность мер, направленных на предупреждение возникновения, тяжелого течения, раннее выявление наиболее распространенных среди взрослого населения России заболеваний.

4. Выявлены каналы получения информации организацией о состоянии здоровья сотрудников в условиях действующего законодательства о защите персональных данных и сохранении врачебной тайны.

5. Предложены показатели и каналы получения информации о состоянии здоровья по фазам жизненного цикла с учетом физиологических и психосоциальных особенностей разных возрастных групп, позволяющие организации оценивать результативность мероприятий по сохранению и укреплению здоровья как неотъемлемой части потенциала работника и необходимого условия его успешности.

## Список источников

1. Баранов А.В. О социальной парадигме здоровья // *Петербургская социология*, 1997, no. 1, с. 8-18.

2. Васильева О.С., Филатов Ф.Р. *Психология здоровья человека: эталоны, представления, установки*. Москва, Издательский центр «Академия», 2001.

3. Дуракова И.Б., Майер Е.В. Научные представления о фазах жизненного цикла в условиях парадигмы успешного старения // *Вестник Воронежского государственного университета. Серия: Экономика и управление*, 2021, no. 3, с. 70-80.

4. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Р.К. и др. *Старческая астенция*. Доступно: <http://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-starcheskaia-asteniia-utv-minzdravom-rossii/> (дата обращения: 06.10.2021).

5. Baidin V., Gerry C.J., Kaneva M. How Self-Rated is Self-Rated Health? Exploring the Role of Individual and Institutional Factors in Reporting Heterogeneity in Russia // *Social Indicators Research*, 2021, no. 155(3), pp. 675-696.

6. Bozick R. The utility of self-rated health in population surveys: the role of bodyweight // *Population Health Metrics*, 2021, no. 19(1). Доступно: <https://doi.org/10.1186/s12963-021-00255-2> (дата обращения: 06.10.2021).

7. Durakova I.B., Holyavka M.G. Older workers success: Biological functions and managerial nudging balance // *in Lecture notes in networks and systems*, 2021, pp. 566-575.

8. Hamczyk M.R., Nevado R.M., Baretino A. et al. Biological Versus Chronological

Aging // *Journal of the American College of Cardiology*, 2020, no. 75(8), pp. 919-930.

9. Johnston D.W., Propper C., Shields M.A. Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence from Hypertension for the Income // *Journal of Health Economics*, 2009, no. 28(3), pp. 540-552.

10. Keaton S.A., Giles H. Subjective Health: The Roles of Communication, Language, Aging, Stereotypes, and Culture // *International Journal of Society, Culture & Language*, 2016, no. 4(2), pp. 1-10.

11. Kubicek B., Paškvan M., Prem R. et al. *Working conditions and workers' health*. Luxembourg, Eurofound, 2019.

12. Ludwig S., Starker A., Hermann S. et al. Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“ (GEDA 2014/2015-EHIS) // *Bundesgesundheitsbl*, 2020, no. 63, pp. 1491-1501.

13. Nys G.-F. *La sante: consommation on investissement*. Paris, Economica, 1981.

14. Rojatz D., Merchant A., Nitsch M. Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review // *Health Promotion International*, 2017, no. 5(32), pp. 831-839.

15. «Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE», conducted by National Research University «Higher School of Economics» and OOO «Demoscope» together with Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill and the Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences. Доступно: <https://rlms-hse.cpc.unc.edu>, <https://www.hse.ru/org/hse/rlms>. (дата обращения: 01.09.2021).

16. Sayag M., Kavé G. The effects of social comparisons on subjective age and self-rated health // *Ageing and Society*, 2021, pp. 1-14.



---

# INDICATORS AND CHANNELS OF OBTAINING INFORMATION ON HEALTH STATUS OF WORKERS BY PHASES OF LIFE CYCLE

---

**Grigorov Ivan Vasilyevich**, graduate student

Voronezh State University, University Sq., 1, Voronezh, Russia, 394018; e-mail: grigorov\_ivan@mail.ru

*Purpose:* the purpose of this article is to suggest and substantiate the indicators and channels of obtaining information on the health status of employees by lifecycle phases that allow determining of effectiveness of health promotion activities at workplace. *Discussion:* on the one hand, the health of an employee is an integral part of his/her potential. On the other hand, this is a prerequisite of his/her success. Health changes with time due to natural causes and external factors. A number of external factors can be managed by employees, others – by employers, the state and society. It is at workplace that working population spends significant time, and the health promotion activities influence the behavior as related to health and are devoted not only to the improvement of labor management and working conditions, but also to development of personal competencies of employees. Labor market participants are interested in quantitative and qualitative indicators that make it possible to determine the efficiency of health promotion activities. *Results:* the author's viewpoint on evolution of opinions regarding health promotion at workplace is stated, and an approximate age range is given for a three-phase lifecycle option with requirements of companies and individual challenges and needs of employees taken into account. Objective and subjective health indicators of different age groups, which are monitored to assess the efficiency of activities aimed at prevention of occurrence of diseases and their severity as well as at early detection of diseases that are the most common among adult population of the Russian Federation, have been analyzed. Channels via which a company can obtain information on health status of employees have been identified. Indicators and channels of obtaining information on the health status of employees by lifecycle phases have been suggested with physiological and psychosocial peculiarities of different age groups taken into account.

**Keywords:** employee health as a part of his/her potential, employee health as a prerequisite of success, workplace health promotion.

## References

1. Baranov A.V. O social'noj paradigme zdorov'ja [On the social paradigm of health]. *Peterburgskaja sociologija*, 1997, no. 1, pp. 8-18. (In Russ.)
2. Vasil'eva O.S., Filatov F.R. *Psihologija zdorov'ja cheloveka: jetalony, predstavlenija, ustanovki* [Human health psychology: standards, ideas, attitudes]. Moscow, Izdatel'skij centr "Akademija", 2001. (In Russ.)
3. Durakova I.B., Majer E.V. Nauchnye predstavlenija o fazah zhiznennogo cikla v uslovijah paradigmy uspeshnogo starenija [Scientific understanding of the phases of the life cycle in the context of the paradigm of successful aging]. *Vestnik Voronezhskogo gosudarstvennogo universiteta. Serija: Jekonomika i upravlenie*, 2021, no. 3, pp. 70-80. (In Russ.)
4. Tkacheva O.N., Kotovskaja Ju.V., Runihina R.K. i dr. *Starcheskaja astenija [Senile asthenia]*. (In Russ.) Available at: <http://sudact.ru/law/klinicheskie-rekomendatsii-starcheskaia-asteniia-utv-minzdravom-rossii/> (accessed: 06.10.2021).
5. Baidin V., Gerry C.J., Kaneva M. How Self-Rated is Self-Rated Health? Exploring the Role of Individual and Institutional Factors in Reporting Heterogeneity in Russia. *Social Indicators Research*, 2021, no. 155(3), pp. 675-696.
6. Bozick R. The utility of self-rated health in population surveys: the role of bodyweight. *Population Health Metrics*, 2021, no. 19(1).
7. Durakova I.B., Holyavka M. G. Older workers success: Biological functions and managerial nudging balance. In *Lecture notes in networks and systems*, 2021, pp. 566-575.
8. Hamczyk M.R., Nevado R.M., Baretino A. et al. Biological Versus Chronological Aging. *Journal of the American College of Cardiology*, 2020, no. 75(8), pp. 919-930.
9. Johnston D.W., Propper C., Shields M.A. Comparing Subjective and Objective Measures of Health: Evidence from Hypertension for the Income. *Journal of Health Economics*, 2009, no. 28(3), pp. 540-552.
10. Keaton S.A., Giles H. Subjective Health: The Roles of Communication, Language, Aging, Stereotypes, and Culture. *International Journal of Society, Culture & Language*, 2016, no. 4(2), pp. 1-10.
11. Kubicek B., Paškvan M., Prem R. et al. *Working conditions and workers' health*. Luxembourg, Eurofound, 2019.
12. Ludwig S., Starker A., Hermann S. et al. *Inanspruchnahme von Maßnahmen der betrieblichen Gesundheitsförderung in Deutschland – Ergebnisse der Studie „Gesundheit in Deutschland aktuell“* (GEDA 2014/2015-EHIS). *Bundesgesundheitsbl*, 2020, no. 63, pp. 1491-1501.
13. Nys G.-F. *La sante: consommation on investissement*. Paris, Economica, 1981.
14. Rojatz D., Merchant A., Nitsch M. Factors influencing workplace health promotion intervention: a qualitative systematic review. *Health Promotion International*, 2017, no. 5(32), pp. 831-839.
15. "Russia Longitudinal Monitoring survey, RLMS-HSE", conducted by National Research University "Higher School of Economics" and OOO "Demoscope" together with Carolina Population Center, University of North Carolina at Chapel Hill and the Institute of Sociology of the Federal Center of Theoretical and Applied Sociology of the Russian Academy of Sciences. Available at: <https://rlms-hse.cpc.unc.edu>, <https://www.hse.ru/org/hse/rlms> (accessed: 01.09.2021).
16. Sayag M., Kavé G. The effects of social comparisons on subjective age and self-rated health. *Ageing and Society*, 2021, pp. 1-14