

ющей природной среды являются малоопасными отходами (4-й класс опасности).

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Русаков Н.В., Крятов И.А., Короткова Г.И., Гумарова Ж.Ж., Стародубов А.Г., Гончарук О.А. Актуальные проблемы обращения с отходами производства и потребления. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2006; (5): 25–7.
2. Кручинина Е.Ю. *Эколого-гигиеническая оценка материалов для дорожного строительства с использованием промышленных отходов*: Автореф. дисс. ... канд. биол. наук. М.; 1998.
3. Латышевская Н.И., Скаковская М.А., Юдина Е.В. Проблема утилизации нефтешламовых отходов в дорожном строительстве. В кн.: *Промышленные и бытовые отходы: проблемы хранения, захоронения, утилизации, контроля: Сборник докладов X международной научно-практической конференции*. Пенза; 2000; 49–51.
4. Русаков Н.В., Рахманин Ю.А. *Отходы, окружающая среда, человек*. М.; 2004.
5. Рахманин Ю.А., Демин В.Ф., Иванов С.И. Общий подход к оценке, сравнению и нормированию риска для здоровья человека в зависимости от различных факторов среды обитания. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2006; (4): 5–9.
6. Аликбаева Л.А., Ким А.В., Мокроусова О.Н., Сидорин Г.И. Параметры острой токсичности отходов нефтедобывающей промышленности. В кн.: *Материалы XI Всероссийского съезда гигиенистов и санитарных врачей: сборник статей*. М.; 2012: 496–8.
7. Водянова М.А., Крятов И.А., Эколого-гигиеническая оценка нефтезагрязненных почв селитебных территорий и способов их рекультивации. В кн.: *Сборник научных трудов выпуск «Актуальные проблемы экологии и природопользования»*. Том 15. М.; 2006: 408–11.
8. Крятов И.А., Русаков Н.В., Тонкопий Н.И. Эколого-гигиеническая проблема загрязнения почв. *Вестник Российской академии медицинских наук*. 2006; (5): 18–20.

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.2:613.11.9

Зелионко А.В., Лучкевич В.С., Филатов В.Н., Мишкич И.А.

ФОРМИРОВАНИЕ ГРУПП РИСКА НАСЕЛЕНИЯ ПО УРОВНЮ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И МОТИВИРОВАННОСТИ К ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕМУ ПОВЕДЕНИЮ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург

Введение. В современных условиях развития здравоохранения необходимо внедрять организационные мероприятия по совершенствованию системы формирования гигиенической информированности населения на всех этапах жизнедеятельности. Цель: выявление особенностей формирования медицинских знаний и навыков здоровьесбережения в основные периоды жизнедеятельности и обоснование организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию системы информирования и мотивирования к здоровьесберегающему поведению и улучшению качества жизни населения.

Материал и методы. При помощи программы комплексного исследования среди городских и сельских жителей ($n = 1710$ человек) изучены особенности формирования здоровьесберегающего поведения и проведено обоснование организационно-профилактических мероприятий по улучшению качества жизни населения.

Результаты. По результатам кластерного анализа обследуемые были разделены на группы риска по уровню мотивированности к здоровьесберегающему поведению (благополучия, относительного и абсолютного риска). Разработаны периоды формирования медицинской информированности с учетом ведущих детерминант риска этапов жизнедеятельности. Высокий уровень гигиенической информированности обеспечивает более благоприятные показатели здоровья и качества жизни городских и сельских жителей. При проведении дискриминантного анализа определены наиболее значимые показатели здоровьесберегающего поведения при влиянии на показатели качества жизни.

Заключение. Исследование свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы формирования здоровьесберегающего поведения. При этом здоровьесберегающее поведение следует рассматривать как динамический процесс, развивающийся на этапах жизнедеятельности и на уровнях жизнеобеспечения человека, с приоритетной ролью медицинских работников в формировании гигиенической информированности. Предложены региональная модель организационно-управленческой деятельности, методы формирования системы гигиенической информированности и здоровьесберегающего поведения, которые рекомендуются включать как составную часть в программы профилактики заболеваний.

Ключевые слова: медицинская информированность; здоровьесберегающее поведение; качество жизни; этапы жизнедеятельности; факторы риска.

Для цитирования: Зелионко А.В., Лучкевич В.С., Филатов В.Н., Мишкич И.А. Формирование групп риска населения по уровню гигиенической информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению. *Гигиена и санитария*. 2017; 96(4): 313-319. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-4-313-319>

Поступила 26.09.16

Принята к печати 16.01.17

Zelionko A.V., Luchkevich V.S., Filatov V.N., Mishkich I.A.

FORMATION OF RISK GROUPS ON THE LEVEL OF HYGIENE AWARENESS AND MOTIVATION TO HEALTH-SAVING BEHAVIOR AMONG URBAN AND RURAL RESIDENTS

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, 191015, Saint-Petersburg, Russian Federation

In modern conditions of the development of public health it is necessary to introduce organizational measures to improve the system of formation of hygiene awareness at all stages of the life activity.

Purpose of the study is to determine characteristics of the shaping of medical knowledge and skills of health preservation in main periods of the life and substantiation of organizational and preventive measures to advance the system of informing and motivating to the health-saving behavior and to improve the quality of life.

Material and methods. With the help of a complex study program among the urban and rural population ($n=1710$) characteristics of the formation of health-saving behavior were studied and organizational and preventive measures to improve the quality of life were substantiated.

Results. According to results of the cluster analysis, subjects were divided into risk groups by the level of motivation to health-saving behavior (well-being, the relative and absolute risk). Periods of the formation of medical awareness were designed with account of leading determinant of the risk of stages of the life activity. A high level of hygiene awareness provides more favorable indices of the health and quality of life in urban and rural residents. Under the implementation of the discriminant analysis there were identified most significant indices of health-saving behavior under the impact on the quality of life.

Conclusion. the study shows the insufficient efficacy of the existing system of the shaping health-saving behavior. At that health-saving behavior should be considered as a dynamic process that develops at stages of the life activity and on the life-support levels, with the priority role of health professionals in the formation of hygiene awareness. There was proposed the regional model of organizational and administrative activity, methods of the formation of the system of hygiene awareness and health-saving behavior recommended to be included as part of programs of the prevention of diseases.

Key words: health literacy; health promotion; patient medication knowledge; health social determinants; quality of life.

For citation: Zelionko A.V., Luchkevich V.S., Filatov V.N., Mishkich I.A. Formation of risk groups on the level of hygiene awareness and motivation to health-saving behavior among urban and rural residents. *Gigiena i Sanitariya (Hygiene and Sanitation, Russian journal)* 2017; 96(4): 313-319. (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.1882/0016-9900-2017-96-4-313-319>

For correspondence: Alina V. Zelionko, assistant of the Department of public health, economy and public health management of аepу I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, 191015, Russian Federation. E-mail: commonth@yandex.ru

Information about authors:

Zelionko A.V., <http://orcid.org/0000-0001-8557-1977>; Luchkevich V.S., <http://orcid.org/0000-0002-9737-8960>; Filatov V.N., <http://orcid.org/0000-0002-0572-6340>; Mishkich I.A., <http://orcid.org/0000-0002-7300-8391>.

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgement. The study had no sponsorship.

Received: 14.09.2016

Accepted: 16.01.2017

Введение

На этапах реформирования и развития российского здравоохранения одним из приоритетных направлений являлось укрепление здоровья населения путем формирования здорового образа жизни и оптимизации профилактической активности [1, 2]. Современные характеристики здорового образа жизни рассматривают его как вид активной деятельности, направленной на сохранение и укрепление здоровья и на обеспечение условий жизнеобеспечения, способствующих формированию защитных сил организма [2, 3–6]. Исследователи отмечают, что поведение человека в отношении к своему здоровью является наиболее важным фактором, оказывающим влияние на его физическое и психическое состояние, при сходных экологических, генетических и бытовых условиях [3, 7, 8]. На различных этапах жизнедеятельности индивиду требуются специально ориентированные знания, умения и навыки, необходимые для коррекции и профилактики возможного воздействия факторов риска формирования органической патологии [3, 9–11]. Для улучшения показателей здоровья и оптимизации качества жизни населения необходимо внедрять организационные мероприятия на всех этапах формирования медицинской информированности [6, 10, 12, 13].

При этом исследователи справедливо отмечают, что современная социальная политика в сфере здравоохранения пока ориентирована больше на улучшение качества медицинского обслуживания, а не на активную деятельность по формированию

гигиенической и физической культуры, здорового образа жизни, самосохранительного поведения [7, 13, 14]. Современная система охраны здоровья в большинстве развитых стран построена на основе стратегии укрепления здоровья и профилактики болезней с активной ролью в них отдельного индивида [15, 16]. В Российской Федерации создана организационная структура и действующая система гигиенического просвещения, воспитания и пропаганды здорового образа жизни [12–14]. Имеется нормативное правовое обоснование для системного проведения здоровьесберегающей деятельности в области профилактики, повышения уровня медицинской информированности и совершенствования форм здоровьесберегающей медицины.

Однако недостаточно медико-социальных и социологических исследований с анализом условий, причин и влияния факторов риска, воздействующих на основные характеристики жизнедеятельности, на формирование медицинской информированности, здоровье и качество жизни населения, обуславливающие мотивацию жителей к здоровьесберегающей деятельности. Практически отсутствуют научные обоснования по совершенствованию организационно-профилактической деятельности системы и медицинских организаций на уровне субъекта Российской Федерации, направленной на совершенствование системы формирования медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения (ЗСП). Необходимость формирования у различных групп населения более активной, осознанной реализации системы действий, направленных на формирование и сохранение здоровья, снижение заболеваемости и увеличение продолжительности жизни, потребовала более современных методологических обоснований ЗСП с учетом различных этапов жизнедеятельности [3, 6, 12, 14, 17–19].

Поэтому целью исследования явилось выявление особенностей формирования медицинских знаний и навыков здоро-

Для корреспонденции: Зелионко Алина Владиславовна, ассистент каф. общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург. E-mail: commonth@yandex.ru

всесбережения в основные периоды жизнедеятельности и обоснование организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию системы информирования и мотивирования к ЗСП и улучшению качества жизни населения.

Материал и методы

Для оценки уровня знаний, навыков и умений в области здоровьесбережения, а также определения степени приверженности населения к выполнению сохраняющих и укрепляющих здоровье мероприятий проведено комплексное медико-социологическое исследование (2011–2015 гг.) среди репрезентативной по численности (1710 человек) группы городского (в Санкт-Петербурге 1150 человек) и сельского (в Ленинградской области 560 человек – группа сравнения) взрослого населения. Предварительно в пакете прикладных программ «Анализ мощности» STATISTICA 6.1 (StatSoftInc, США) по результатам пилотного исследования был рассчитан необходимый объем выборки для достижения 95% мощности исследования, который составил 1539 человек. Отбор единиц наблюдения осуществлялся с помощью многоступенчатой вероятностной выборки. У каждого обследуемого жителя бралось информированное согласие на участие в медико-социологическом исследовании.

При изучении влияния уровней медицинской информированности на показатели качества жизни был использован специальный валидированный универсальный опросник (185 вопросов, 15 шкал) изучения качества жизни (Лучкевич В.С., 2011), дополненный специальной программой исследования формирования уровня медицинской информированности и мотивированности к ЗСП (57 вопросов, 9 шкал – 200–350 ед. информации). В процессе медико-социологического исследования медицинской информированности и установок на ЗСП был использован компетентный подход при изучении формирования знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения на разных этапах жизнедеятельности человека. Применен кластерный анализ для распределения обследуемых жителей по уровню мотивированности к ЗСП и для установления соответствующих групп риска (благополучия, относительного и абсолютного) на основе рассчитанных количественных и качественных критериев. Ранжирование показателей медицинской информированности и ЗСП проведено методом дискриминантного анализа и использовано при прогнозе вероятности их влияния на показатели качества жизни городских жителей. При обосновании организационно-профилактических мероприятий и региональной модели формирования ЗСП был использован процессно-логический анализ с выявлением причинно-следственных взаимосвязей [20].

Статистическую обработку материалов исследования проводили при помощи программ Microsoft Excel (2010) и STATISTICA 6.1 (StatSoftInc, США). Рассчитывали средние величины (M), стандартные ошибки средних значений (m), стандартные отклонения. Применялись однофакторный дисперсионный анализ (ANOVA), t -критерий Стьюдента, таблицы сопряженности, корреляционный, кластерный и дискриминантный анализ.

Результаты

Из общего числа жителей, участвовавших в исследовании, женщины составили 73,3%, мужчины – 26,7%, с преобладанием возрастных групп до 29 лет (57,5%). Рассчитанный в процессе исследования интегральный обобщенный показатель качества жизни составил $65,1 \pm 0,4$ балла у городских (группа относи-

Характеристика основных этапов формирования медицинской компетентности и ведущих факторов риска в разные периоды жизнедеятельности

Период	Уровень информации	Ведущие детерминанты риска жизнедеятельности
<i>Начальный этап</i>		
Домашний Дошкольный	Первичный	Социальные факторы и условия жизнедеятельности в семье с приоритетным влиянием родителей и образа жизни семьи
<i>Основной этап</i>		
Школьный	Базовый с учетом особенностей образа жизни ребенка	Поведенческие факторы риска образа жизни, условий обучения и образа жизни семьи
Профессионально-образовательный	Специализированно-образовательный с учетом факторов риска образа жизни	Условия жизнедеятельности и факторы риска среды обитания, трудового процесса и социальной среды
<i>Заключительный этап</i>		
Профессионально-трудовой	Специализированно-профессиональный с учетом факторов риска трудового процесса и условий жизнедеятельности	Медико-биологические факторы риска Экологические факторы риска Профессионально-производственные факторы риска
Пенсионный	Дополнительный, лечебно-оздоровительный	Хозяйственно-бытовая деятельность и условия проживания Выраженность донозологических состояний и симптомов Условия социально-гигиенического функционирования, психоэмоционального статуса семьи Медико-социальная активность и профилактическая деятельность

тельного риска) и $63,5 \pm 0,5$ балла у сельских жителей (группа относительного риска). Высокий удельный вес городских и сельских жителей в группах абсолютного (20,5%) и относительного (38,5%) риска по основным видам жизнедеятельности существенно влияет на формирование медицинской информированности и мотивированности к ЗСП на этапах жизнедеятельности.

В ходе исследования проводили анализ формирования медицинских знаний, навыков и умений по укреплению здоровья на разных этапах жизнедеятельности, на которых с учетом воздействия определенного кластера факторов риска возникает потребность в формировании специфических видов и уровней медицинской информированности. Этапы жизнедеятельности были определены с учетом ведущих детерминант риска жизнедеятельности и основных рискообразующих социально-гигиенических факторов, влекущих за собой ухудшение показателей здоровья и качества жизни населения. При помощи специальных вопросов были выявлены периоды и источники получения основных знаний, умений и навыков в рамках здоровьесберегающих компетенций на разных этапах жизнедеятельности (табл. 1).

Оценка уровня медицинской информированности и мотивированности к ЗСП населения происходила по 57 основным признакам, представленным в 9 шкалах. Использовали критерии информированности жителей о состоянии их здоровья и факторах риска заболеваний, компетентность в области методов профилактики заболеваний, знаний и регулярности соблюдения гигиенических правил, знаний и приверженности к здоровому образу жизни, знаний и навыков первой помощи, приоритетности основных направлений деятельности по укреплению здоровья, а также своевременного приобретения умений и навыков в сфере ЗСП. Исследование позволило определить ранговые значения основных критериев, характеризующих уровни медицинской информированности и вероятность формирования ЗСП, с приоритетом влияния владения навыками первой помощи (31,5%); наличия знаний о клинико-функциональных состояниях организма (27,4%; $F = 392,1$; $p = 0,001$) и реализации умений и навыков здоровьесбережения (21,1%; $F = 124,4$; $p = 0,001$).

Таблица 2

Сравнительные критерии медицинской информированности и мотивации к здоровьесберегающему поведению городских и сельских жителей с учетом основных шкал здоровьесберегающей компетентности и профилактической деятельности (баллы)

Шкала	Показатели здоровьесберегающего поведения	Жители			p
		всего	городские	сельские	
1	Знания о состоянии собственного здоровья	75,5 ± 0,6	75,4 ± 0,8	75,5 ± 0,9	0,92
2	Знания, умения и навыки в области первичной профилактики	51,1 ± 0,6	51,7 ± 0,7	50,0 ± 1,0	0,16
3	Знание правил личной гигиены	93,6 ± 0,6	92,2 ± 0,8	92,1 ± 1,6	0,002
4	Соблюдение правил личной гигиены	73,6 ± 0,6	72,5 ± 0,7	75,4 ± 0,9	0,015
5	Знание о принципах здорового образа жизни	88,4 ± 0,5	87,2 ± 0,7	94,7 ± 0,4	0,002
6	Приверженность к здоровому образу жизни	72,5 ± 0,7	71,1 ± 0,8	75,0 ± 1,2	0,006
7	Знания и навыки первой помощи	58,0 ± 0,6	62,2 ± 0,8	50,4 ± 0,7	<0,001
8	Медико-социальная и профилактическая активность	52,3 ± 0,7	53,5 ± 1,0	50,2 ± 1,1	0,038
9	Своевременное приобретение знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения	59,6 ± 0,5	60,4 ± 0,6	58,1 ± 0,7	0,025
Суммарный показатель медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения		69,4 ± 0,3	70,0 ± 0,4	69,0 ± 0,6	0,48

По результатам кластерного анализа обследуемые были разделены на группы риска по уровню медицинской информированности (МИ) и мотивации к ЗСП (высокий уровень МИ – группа благополучия, средний уровень – группа относительного риска и группа жителей с низким уровнем МИ – группа абсолютного риска). В группу благополучия (высокий уровень МИ) входили обследуемые, обладающие всесторонними знаниями о состоянии своего здоровья, высоким уровнем знаний, умений и навыков в области первичной профилактики, знающие и регулярно соблюдающие правила личной гигиены, обладающие необходимыми знаниями об основных мероприятиях по поддержанию здорового образа жизни и приверженные к здоровому образу жизни, имеющие полноценные знания, умения и навыки первой медицинской помощи, имеющие высокую медико-социальную и профилактическую активность. В группу абсолютного риска были включены лица с низким уровнем МИ, обладающие наименьшим объемом знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения, в большинстве случаев не имеющие представления о состоянии своего здоровья, практически ничего не знающие о факторах, влияющих на здоровье, имеющие низкий уровень знаний о методах и средствах первичной профилактики, низкий уровень знаний, умений и навыков первой медицинской помощи, редко соблюдающие правила личной гигиены, имеющие недостаточные знания об основных мероприятиях по поддержанию здорового образа жизни и низкую приверженность к здоровому образу жизни, имеющие низкую медико-социальную и профилактическую активность.

Выявлено, что обследуемые жители относятся к группе благополучия по достаточным знаниям правил личной гигиены, принципам здорового образа жизни и знаниям о состоянии собственного здоровья (соответственно 93,6 ± 0,6; 88,4 ± 0,5 и 75,5 ± 0,6 балла). Однако по наличию умений и навыков в области первичной профилактики, навыков оказания первой помощи, уровню медико-социальной и профилактической активности (городские жители 53,5 ± 1,0 балла, сельские жители 50,2 ± 1,1 балла) основную часть жителей (городские 53,9% и сельские 62,9%) следует отнести к группе относительного и абсолютного риска (табл. 2).

Распределение указывает на значительный удельный вес городских и сельских жителей с низким и средним уровнем (группа благополучия: городские жители 46,1%, сельские 37,1%;

группа относительного риска: 36,1 и 33,6%; группа абсолютного риска: 17,8 и 29,3% соответственно). При этом среди сельских жителей по сравнению с городскими определен более высокий удельный вес обследуемых с низким уровнем МИ.

Более благоприятные показатели МИ и мотивации к ЗСП имели жители в возрасте 20–29 лет по сравнению с другими возрастными группами (71,7 ± 0,5 балла по суммарному показателю МИ при $p < 0,001$ – группа относительного риска), что способствовало их субъективной благоприятной оценке качества жизни. Однако знания и практические навыки соблюдения правил личной гигиены, оказания первой помощи, медико-социальной и профилактической активности выше у жителей старших возрастных групп. Среди городских и сельских жителей у женщин (соответственно 71,5 ± 0,5 и 70,0 ± 0,5 балла – группа относительного риска) по сравнению с мужчинами (66,1 ± 0,8 и 62,3 ± 1,8 балла – группа относительного риска) выявлены превышающие показатели МИ ($p < 0,001$), что обусловило более благоприятные показатели качества жизни.

Результаты проведенного медико-социального исследования свидетельствуют, что у обследуемых жителей наблюдалась прямая корреляционная связь между уровнем здоровьесберегающей деятельности и субъективной оценкой здоровья ($r = 0,211$ при $p = 0,001$). Жители с более низким уровнем

МИ более негативно оценивают собственное здоровье (19,8% – «плохое»), чем жители с высоким уровнем ЗСП. Установлено, что результаты клинико-статистического анализа заболеваемости и субъективных оценок здоровья свидетельствуют о значимом удельном весе хронических форм заболеваний среди жителей с низким уровнем ЗСП, ухудшающих показатели их качества жизни. Выявлено, что среди городских и сельских жителей со средним (69,3%) и низким (59,0%) уровнем МИ установлена большая доля обследуемых, имеющих хронические заболевания, чем среди жителей с высоким уровнем МИ (49,3%) при $p = 0,033$. Среди городских и сельских жителей выявлена связь между уровнем МИ, наличием ($r = -0,233$ при $p = 0,004$) и длительностью выявленного хронического заболевания ($r = 0,150$ при $p < 0,001$). Наличие хронического заболевания ухудшает показатели качества жизни ($p < 0,001$ по основным видам функционирования) городских и сельских жителей. Однако после установления диагноза у пациентов значительно возрастает степень мотивированности и реализации здоровьесберегающей деятельности ($p < 0,001$).

Выявленные различия интегральных профилей основных видов функционирования в структуре качества жизни свидетельствуют о более благоприятных показателях по всем видам жизнедеятельности (в том числе и суммарным значениям качества жизни) у жителей с высоким уровнем мотивированности к ЗСП (65,5 ± 0,5 балла) по сравнению с низким (60,4 ± 0,7 балла при $p < 0,05$). Отмеченная закономерность особенно проявляется влиянием уровней МИ на показатели по шкалам профилактической активности ($F = 67,49$; $p = 0,001$), физического функционирования ($F = 17,58$; $p < 0,001$), социально-экономического функционирования ($F = 14,23$; $p < 0,001$) (рис. 1).

При проведении дискриминантного анализа были определены наиболее значимые показатели ЗСП при влиянии на показатели качества жизни: знание, мотивированность и реализация принципов ЗСП, а также наличие навыков оказания первой помощи и своевременное приобретение умений и навыков в сфере здоровьесбережения.

Обсуждение

Проведенное исследование позволило определить приоритетность основных знаний, умений и навыков здоровьесбережения, а также виды здоровьесберегающей деятельности

участников медико-информационного воздействия на разных этапах жизнедеятельности. В домашнем, дошкольном и школьном периодах, когда в структуре заболеваний доминирует инфекционная патология, риск ухудшения здоровья определяется соблюдением санитарно-гигиенических норм и правил. При этом в процессе медико-социологического исследования было выявлено, что первые знания и практические навыки были получены жителями от родителей (86,4%), педагогов (10,2%) и медицинских работников (3,4%). В основной период МИ и ЗСП формируется с учетом образа жизни человека. Обучение должно быть направлено на получение знаний, умений и навыков, связанных с коррекцией факторами риска образа жизни, а также условий обучения и проживания, среды обитания. В профессионально-образовательном периоде возрастает роль педагогов (72,6%) и медицинских работников (22,1%). В период профессионально-трудовой деятельности формирование ЗСП должно быть направлено на приобретение знаний, умений и навыков по коррекции ведущих медико-биологических и профессионально-производственных факторов риска заболеваний. Основную роль на профессионально-трудовом этапе жизнедеятельности в обучении методам коррекции ведущих медико-биологических и профессионально-производственных факторов риска заболеваний играют медицинские работники (55,8%) и специалисты на предприятиях (40,3%). В пенсионный период необходимо формировать не только медицинские знания о предупреждении воздействия факторов риска образа жизни, но также знания, умения и навыки по предупреждению осложнений имеющихся заболеваний, о способах индивидуальной реабилитации, психологической коррекции и др. При обучении правилам терапии заболеваний и медицинского ухода в этом периоде ведущим субъектом медико-информационного воздействия являются медицинские работники (63,9%). Таким образом, каждому периоду жизнедеятельности человека присуще влияние определенного кластера факторов риска заболеваний, поэтому целесообразно использовать дифференцированный подход к процессу обучения населения принципам здоровьесбережения.

Приоритетная роль в формировании медицинских знаний, умений и навыков должна принадлежать медицинским работникам на всех этапах формирования здоровьесберегающих компетенций у населения. Существует необходимость разработки специальных пациентоориентированных персонализированных программ первичной и вторичной профилактики, включающих в себя методики формирования здоровьесберегающих компетенций на основе повышения индивидуальной гигиенической информированности конкретного пациента, имеющего факторы риска или страдающего каким-либо заболеванием. Также наряду с оценкой динамики состояния здоровья врачу необходимо оценивать уровень МИ пациента с выделением группы пациентов, у которых, несмотря на приобретение знаний и навыков по оздоровлению, не сформировался достаточный уровень мотивации к изменению образа жизни. В процессе исследования выявлен высокий удельный вес жителей (35,7%), знающих о принципах здоровьесбережения и умеющих их выполнять, но не применяющих полученные медицинские знания и навыки на практике. Подобную ситуацию следует расценивать как показание для направления к медицинскому психологу или психотерапевту.

Выявленные закономерности свидетельствуют, что ЗСП следует рассматривать как динамический процесс, развивающийся на этапах жизнедеятельности и на уровнях жизнеобеспечения человека (популяционном, региональном, профессионально-коллективном, индивидуально-семейном и др.), что определяет необходимость разработки и использования специальных измерителей и показателей личностно-значимых качеств – персонализированный здоровьесберегающий потенциал. С учетом используемых при изучении качества жизни, связанного со здоровьем, видов функционирования были предложены специфические характеристики условий жизнеобеспечения и возможностей личности. Разработан алгоритм реализации потенциала от выявления и формирования знаний и навыков здоровьесбережения до определения влияния участников здоровьесберегающего воздействия, направленного на обеспечение оптимальных показателей здоровья и качества жизни. Здоровьесберегающее поведение формируется как активная осознанная деятельность по накоплению и повышению уровня МИ о влиянии факторов

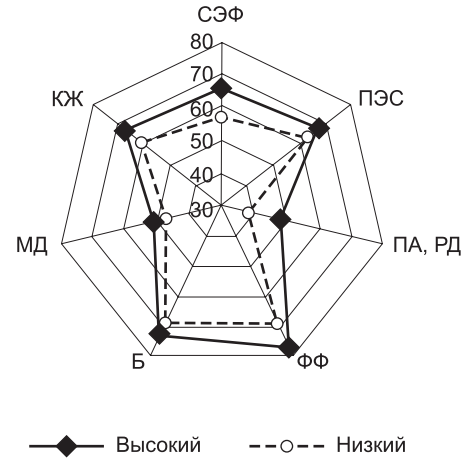


Рис. 1. Интегральный профиль качества жизни с учетом уровня медицинской информированности (баллы).

СЭФ – социально-экономическое функционирование; ПЭС – психоэмоциональное состояние; ПА, РД – профилактическая активность, рекреационная деятельность; ФФ – физическое функционирование; Б – боль; МД – медицинская деятельность по укреплению здоровья; КЖ – обобщенный показатель качества жизни. По оси абсцисс: виды функционирования (единица измерения – шкала); по оси ординат: показатели качества жизни по видам функционирования (единица измерения – балл).

риска образа жизни и среды обитания на здоровье человека и реализации умений и навыков на этапах жизнедеятельности, направленных на предупреждение расстройств функций органов и систем организма с улучшением качества жизни.

При формировании ЗСП должен обеспечиваться процесс, представляющий собой набор определенных видов здоровьесформирующей деятельности, технологий на этапах жизнедеятельности, преобразующий по определенному алгоритму вход процесса (человек с определенным здоровьесберегающим потенциалом и ведущими факторами риска жизнедеятельности) в выход (человек с благоприятными показателями качества жизни и здоровья). Использование процессного подхода позволило выявить, что при реализации здоровьесберегающей деятельности недостаточно учитываются факторы риска среды обитания и образа жизни городских и сельских жителей на основных этапах их жизнедеятельности, недостаточно решаются проблемы планирования и реализации адресных здоровьесберегающих технологий, гигиенического обеспечения и должного уровня формирования медицинской информированности населения. Организация и реализация процесса формирования ЗСП должны осуществляться как многоуровневая система комплексной деятельности специалистов различных ведомств с управляющей организационно-методической функцией территориальных центров медицинской профилактики при активном участии врачей центров здоровья и специалистов Роспотребнадзора. Модель процессного подхода на территориально-региональном уровне учитывает ведущие факторы риска на этапах жизнедеятельности, уровень здоровьесберегающего потенциала и специфических субъектов медико-информационного воздействия, обеспечивает преемственность учетно-отчетной документации. Разработанная организационно-управленческая модель может быть использована для создания системы процессного управления профилактической деятельностью как на региональном уровне, так и на уровне отдельных организаций здравоохранения.

При планировании и реализации профилактических программ на административных территориях следует проводить анализ причинно-следственного взаимодействия предложенных нами приоритетных элементов системы формирования ЗСП (рис. 2).

Заключение

На процесс формирования мотивированности к ЗСП городских и сельских жителей значительное влияние оказывают неблагоприятные характеристики их социально-гигиенического функционирования со специфическими для каждого периода жизнедеятельности факторами риска, обуславливающими нали-



Рис. 2. Диаграмма причинно-следственного взаимодействия приоритетных элементов системы формирования здоровьесберегающего поведения на этапах жизнедеятельности.

чие высокого удельного веса жителей в группах абсолютного и относительного риска (интегральный показатель качества жизни $65,1 \pm 0,4$ балла у городских и $63,5 \pm 0,5$ у сельских жителей при $p < 0,05$) и определяющими необходимостью дифференцированного подхода к процессу медико-информационного воздействия и привлечения подготовленных к здоровьесберегающей деятельности специалистов. Распределение по группам риска указывает на значительный удельный вес городских (17,8%) и сельских (29,3%) жителей ($p < 0,05$) с низким и средним (соответственно 36,1 и 33,6% при $p < 0,05$) уровнем МИ и мотивированности к ЗСП. Выявлена значимая ($p < 0,05$) обратная корреляционная связь между уровнями МИ и показателями заболеваемости. Расчеты интегральных профилей видов функционирования выявили значимо более благоприятные показатели качества жизни у жителей с высоким уровнем гигиенической информированности. Проведенное исследование свидетельствует о недостаточной эффективности существующей системы формирования ЗСП. Организационное и методическое управление здоровьесберегающей деятельностью на региональном уровне должно происходить при приоритетной роли территориальных центров медицинской профилактики и центров здоровья при активном участии специалистов Роспотребнадзора. Предложенная схема управления и модель формирования системы МИ и ЗСП позволяет обеспечивать преемственность, учет и анализ эффективности здоровьесберегающей деятельности в медицинских организациях.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература (п.п. 11–16, 19 см. References)

- Щепин О.П., Медик В.А., ред. *Здоровье населения региона и приоритеты здравоохранения*. М.: Гэотар-Медиа; 2010.
- Лучкевич В.С. *Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ*. СПб.; 2011.
- Альбицкий В.Ю., Makeev N.I. *Здоровьесберегающее поведение подростков. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2010; (2): 21–4.
- Белова Н.И. *Формирование здорового образа жизни населения в рамках института здравоохранения: состояние, противоречия, проблемы*. *Вестник Российского государственного гуманитарного университета*. 2013; (2): 80–6.

- Lebedeva-Nesevrya N.A. *Гигиеническое поведение в системе социальных факторов, формирующих здоровье населения. Научно-технические ведомости Санкт-Петербургского государственного Политехнического университета*. 2012; 4(160): 93–7.
- Маджуга А.Г., Синицина И.А. *Здоровьесозидающая педагогика: теория, методология, опыт, перспективы развития: Монография*. М.: Логос; 2014.
- Журавлева И.В. *Отношение к здоровью индивида и общества*. М.: Наука; 2006.
- Садовников Е.С., Андрищенко О.Е. *Субъект заботы о своем здоровье: механизм развития в здоровом образе жизни. Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта*. 2012; (11): 100–4.
- Авдеева М.В., Лобзин Ю.В., Лучкевич В.С. *Совершенствование профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи*. *Врач*. 2013; (11): 83–5.
- Полунина Н.В. *Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения*. *Вестник Росздравнадзора*. 2013; (5): 17–24.
- Бойцов С.А., Вылегжанин С.В. *Профилактика неинфекционных заболеваний в практике участкового терапевта: содержание, проблемы, пути решения и перспективы*. *Терапевтический архив*. 2015; 87(1): 4–9.
- Кича Д.И., Фомина А.В. *Диспансеризация населения и содержание профилактической работы врачей первичного звена здравоохранения. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2014; (1): 8–9.
- Яковлева Т.В., Иванова А.А., Альбицкий В.Ю. *Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации. Российский педиатрический журнал*. 2015; 18(3): 28–31.
- Лисицын Ю.П. *Здоровый образ жизни. История и современность*. М.: НИИ истории медицины РАМН; 2012.
- Мариничева Г.Н., Самодова И.Л. *Изучение показателей качества жизни городского населения как критерия эффективности лечебно-профилактических и оздоровительных программ*. *Вестник новых медицинских технологий*. 2011; 18(3): 328–9.
- Филатов В.Н., Хайруллин И.И., Кадыров Ф.Н. *Процессный подход в управлении многопрофильным стационаром как инструмент повышения его эффективности. Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова*. 2015; 7(4): 84–94.

References

- Shchepin O.P., Medik V.A., eds. *Health of Population of the Region and Public Health Priorities. [Zdorov'e naseleniya regiona i prioritye zdavoohraneniya]*. Moscow: GEOTAR-Media; 2010. (in Russian)
- Luchkevich V.S. *Quality of Life as the Object of Systematic Study and Integral Criterion of Health and Efficiency of Medical-Preventive and Treatment and Rehabilitation Programs [Kachestvo zhizni kak ob'ekt sistemnogo issledovaniya i integral'nyy kriteriy zdorov'ya i effektivnosti mediko-profilakticheskikh i lechebno-reabilitatsionnykh program]*. St. Petersburg; 2011. (in Russian)
- Al'bitskiy V.Yu., Makeev N.I. *Health saving behavior of adolescents. Problemy sotsial'noy gigieny, zdavoohraneniya i istorii meditsiny*. 2010; (2): 21–4. (in Russian)
- Belova N.I. *Formation of a healthy way of life within the Institute of Public Health: condition, contradictions, problems. Vestnik Rossiyskogo gosudarstvennogo gumanitarnogo universiteta*. 2013; (2): 80–6. (in Russian)
- Lebedeva-Nesevrya N.A. *Hygienic behavior in the system of social factors forming the health. Nauchno-tehnicheskie vedomosti Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo Politehnicheskogo universiteta*. 2012; 4(160): 93–7. (in Russian)
- Madzhuga A.G., Sinitsina I.A. *Health-creating Pedagogy: Theory, Methodology, Experience, Perspectives of Development: Monograph. [Zdorov'esozidayushchaya pedagogika: teoriya, metodologiya, opyt, perspektivy razvitiya: Monografiya]*. Moscow: Logos; 2014. (in Russian)
- Zhuravleva I.V. *Attitude to Health of Individual and Society. [Otnoshenie k zdorov'yu individa i obshchestva]*. Moscow: Nauka; 2006. (in Russian)
- Sadovnikov E.S., Andryushchenko O.E. *The subject of caring for the health: mechanism of development in a healthy lifestyle. Uchenye zapiski universiteta im. P.F. Lesgafta*. 2012; (11): 100–4. (in Russian)
- Avdeeva M.V., Lobzin Yu.V., Luchkevich V.S. *Improving the prevention of chronic non-communicable diseases in the primary health care system. Врач*. 2013; (11): 83–5. (in Russian)
- Polunina N.V. *Health status of children in modern Russia and ways of its improvement. Vestnik Roszdravnadzora*. 2013; (5): 17–24. (in Russian)

11. Rudd R.E. The evolving concept of health literacy: New directions for health literacy studies. *J. Commun. Healthc.* 2015; 8(1): 7–9.
12. Boytsov S.A., Vylegzhanin S.V. Prevention of non-communicable diseases in the practice of the local therapist: content, problems, ways of solution and prospects. *Terapevticheskiy arkhiv.* 2015; 87(1): 4–9. (in Russian)
13. Kicha D.I., Fomina A.V. Dispensarisation of the population and content of preventive work of doctors in primary care. *Problemy sotsial'noy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny.* 2014; (1): 8–9. (in Russian)
14. Yakovleva T.V., Ivanova A.A., Al'bitskiy V.Yu. Formation of mechanisms of the unified preventive environment in the Russian Federation. *Rossiyskiy pediatricheskiy zhurnal.* 2015; 18(3): 28–31. (in Russian)
15. Haun J.N., Valerio M.A., McCormack L.A., Sorensen K., Paasche-Orlow M.K. Health literacy measurement: An inventory and descriptive summary of 51 instruments. *J. Health Commun.* 2014; 19(Suppl.2): 302–33.
16. Barreto S.M., Giatti L., Hernaez A.M. Contextual and family factors associated with negative assessment of children's health European. *Eur. J. Public Health.* 2011; 21(5): 649–55.
17. Lisitsyn Yu.P. *Healthy Lifestyle. History and Modernity [Zdorovyy obraz zhizni. Istoriya i sovremennost']*. Moscow: NII istorii meditsiny RAMN; 2012. (in Russian)
18. Marinicheva G.N., Samodova I.L. The study of quality of life of the urban population as a criterion for the effectiveness of medical-preventive and health programs. *Vestnik novykh meditsinskikh tekhnologiy.* 2011; 18(3): 328–9. (in Russian)
19. Ishikawa H., Yano E. Patient health literacy and participation in the healthcare process. *Health Expect.* 2008; 11(2): 113–22.
20. Filatov V.N., Khayrullin I.I., Kadyrov F.N. The process approach in the management of a multi-hospital, as a tool improve its efficiency. *Vestnik Severo-Zapadnogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta im. I.I. Mechnikova.* 2015; 7(4): 84–94. (in Russian)

Поступила 14.09.16

Принята к печати 16.01.17

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2017

УДК 614.2:616-084

Лучкевич В.С., Мариничева Г.Н., Самодова И.Л., Шакиров А.М., Зелионко А.В.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ КАК ИНТЕГРАЛЬНОГО КРИТЕРИЯ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ МЕДИКО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, 191015, Санкт-Петербург

Современная социально-ориентированная политика в России определяет приоритетность комплексной профилактической деятельности с использованием современных здоровьесберегающих технологий. При этом необходимо методологическое и методическое обоснование интегрально-количественных и качественных характеристик, на основе которых возможна оценка видов функционирования и условий жизнедеятельности, влияющих на показатели здоровья и качество жизни человека. На основе специально разработанной комплексной программы (15 шкал) проведено изучение качества жизни и здоровья городского трудоспособного населения Санкт-Петербурга (n = 2276 человек). Разработана методика определения групп риска по видам функционирования и группам здоровья. Проведенное медико-социальное и клинико-статистическое исследование позволило выявить изменения показателей качества жизни по видам функционирования при различных условиях жизнедеятельности и характеристик здоровья. Выявлен высокий удельный вес городских жителей в группах относительного и абсолютного риска по показателям качества жизни. Особенно значимое ухудшение показателей качества жизни в этих группах отмечено по показателям социально-гигиенического функционирования, социально-экономического благополучия, социально-психологического комфорта, социально-бытовой адаптации, рекреационной деятельности, медико-социальной активности и профилактической деятельности. Установлена более высокая вероятность формирования хронической патологии и снижения удовлетворенности качеством жизни у городских жителей групп абсолютного риска при неудовлетворенности условиями жизнедеятельности и жизнеобеспечения. Предложенные шкалы и виды функционирования в структуре качества жизни, связанного со здоровьем, могут быть использованы при комплексных гигиенических исследованиях, проводимых на основе методологии оценки риска, при сравнении показателей обеспеченности и удовлетворенности условиями жизнеобеспечения, при комплексной оценке эффективности медико-профилактических, социальных и экологических программ.

Ключевые слова: *социально-гигиенический анализ; качество жизни; виды функционирования; группы риска; факторы риска; здоровье; условия жизнедеятельности; эффективность медико-профилактических программ.*

Для цитирования: Лучкевич В.С., Мариничева Г.Н., Самодова И.Л., Шакиров А.М., Зелионко А.В. Использование показателей качества жизни населения как интегрального критерия оценки эффективности медико-профилактических программ. *Гигиена и санитария.* 2017; 96(4): 319-324. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/0016-9900-2017-96-4-319-324>

Luchkevich V.S., Marinicheva G.N., Samodova I.L., Shakirov A.M., Zeliionko A.V.

THE USE OF INDICES OF THE QUALITY OF LIFE OF THE POPULATION AS INTEGRAL CRITERIA FOR EVALUATING OF EFFICIENCY OF MEDICAL PREVENTIVE PROGRAMS

I.I. Mechnikov North-Western State Medical University, Saint-Petersburg, 191015, Russian Federation

Modern socially-oriented policy in Russia prioritizes the complex of prevention activities with the use of modern health-saving technologies. At that it is necessary to substantiate methodologically and methodically integrated quantitative and qualitative characteristics, based on which evaluation of the types of functioning and conditions of life affecting health and quality of human life is possible. On the basis of specially developed complex program (15 scales) the study of the quality of life and health of the urban working population of St. Petersburg (n=2276) was executed. The method of the determination of the risk groups according to types of functioning and health groups was developed. Performed medico-social and clinical-statistical study allowed to identify changes of the quality of life indices according to the type of functioning at various conditions and characteristics of life and health. According to indices of the quality of life there was revealed the high proportion of urban residents in groups of relative and