

УДК 613.8:614.1

ФОРМИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩИХ КОМПЕТЕНЦИЙ КАК ОСНОВА ОПТИМИЗАЦИИ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ НАСЕЛЕНИЯ

© 2014 В.С. Лучкевич, А.В. Зелионко, А.М. Шакиров

Северо-Западный государственный медицинский университет
имени И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург

Поступила в редакцию 03.10.2014

При помощи специальной программы медико-социологического анализа медицинской информированности, профилактической деятельности, здоровья и качества жизни населения изучены медико-социальные факторы, влияющие на формирование медицинской информированности городских и сельских жителей. Проведено обоснование системных медико-профилактических мероприятий по повышению компетентности городского и сельского населения в сфере здоровьесбережения. Установлено, что на уровень медицинской информированности влияют такие факторы, как пол, возраст, и уровень образования. Лица с низким уровнем медицинской информированности имели более высокую заболеваемость. Жители, обладающие низким уровнем медицинской грамотности, чаще и дольше страдают хроническими заболеваниями. Лица с высоким уровнем медицинской информированности обладали более благоприятными характеристиками по всем видам жизнедеятельности и социально-гигиенического функционирования. Формирование представлений о здоровом образе жизни и получение основных медицинских знаний у горожан и сельских жителей в основном происходит в школьном и профессионально-образовательном периоде (59,6% и 61,9%). У городских жителей наблюдался дефицит знаний о принципах здорового образа жизни (61,8±25,1%; 50,9±27,0% и 49,0±7,7%) на фоне достаточной информированности о нормах гигиены и санитарии (100%; 99,6% и 98,9%). Объем знаний сельских жителей в сфере здорового образа жизни выше (98,1±0,01%; 97,1±1,4% и 91,0±2,1%), чем степень грамотности в вопросах личной гигиены и санитарии (95,8±0,2%; 93,6±0,3%; 90,9±0,8%). Недостаточный уровень медико-профилактической активности, особенно у мужской части населения, лиц старших возрастных групп и контингента со средним и начальным уровнем образования требует усиления мер образовательно-воспитательного характера через государственную систему формирования медицинских знаний и повышения роли медработников.

Ключевые слова: *информированность, грамотность, медико-профилактическая активность, здоровый образ жизни, качество жизни*

Медицинская информированность и грамотность в сфере здоровья являются важными и неотъемлемыми условиями сохранения и укрепления здоровья [1]. До настоящего времени уровень медицинской грамотности населения остаётся малоизученным. В одних исследованиях констатируется явно недостаточная информированность населения по медицинским вопросам, а в других, напротив, демонстрируется хорошая информированность и санитарная грамотность респондентов, хорошие и удовлетворительные знания, высокий уровень подготовленности населения [1, 2, 5]. До конца неясными остаются

медико-социальные причины невысокой медицинской грамотности населения. Одни научные работы показывают, что недостаточный уровень медицинской грамотности населения обусловлен несовершенством системы профилактики на уровне первичного звена здравоохранения [5]. В других научных работах доказывается, что невысокий уровень медицинской грамотности населения обусловлен недостаточным качеством жизни и неудовлетворительными условиями жизнеобеспечения [3]. В современном российском законодательстве в сфере здравоохранения профилактика и здоровый образ жизни рассматриваются в совокупности как фактор обеспечения здоровья населения [3, 4]. Это обуславливает необходимость научного обоснования системных мероприятий по повышению уровня медицинской информированности, медико-социальной и профилактической активности.

Лучкевич Владимир Станиславович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения. E-mail: luchkevich@mail.ru

*Зелионко Алина Владиславовна, аспирантка
Шакиров Альмир Мунирович, аспирант*

Научной новизной данного исследования является то, что впервые классифицированы уровни, этапы и периоды формирования медицинских знаний, умений и навыков с учётом особенностей жизнедеятельности городских и сельских жителей; впервые определены этапы жизнедеятельности, требующие специально ориентированных знаний и умений, необходимых для коррекции и профилактики возможного воздействия факторов риска формирования органической патологии; впервые научно обоснованы системные организационно-профилактические мероприятия по укреплению здоровья и улучшению качества жизни на основе формирования единого компетентно-комплаенсного подхода к здоровьесбережению городских и сельских жителей.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 1150 жителей Санкт-Петербурга и 560 жителей Приозерского района Ленинградской области старше 18 лет. У каждого обследуемого жителя бралось информированное согласие на участие в медико-социологическом исследовании. Медико-социологическое исследование проводилось по специально разработанной программе медико-социологического анализа медицинской информированности, профилактической деятельности, здоровья и качества жизни населения. Проведена процедура валидации программы исследования при помощи расчета коэффициентов Фергюсона и α -Кронбаха. Статистическая обработка полученных материалов проводилась при помощи программ Microsoft Excel (2010) и STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc, США). При анализе качественных данных использовались методы непараметрической статистики – U тест Манна-Уитни, ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса. Оценка статистической связи между качественными данными проводилась при помощи процедуры ранговой корреляции Спирмена (R). Также был использован однофакторный и многофакторный дисперсионный анализ. Критический уровень значимости (p) при проверке статистических гипотез принимали равным 0,05. Для разделения населения на группы по уровню медицинской информированности использовался кластерный анализ, метод К средних [6]. В качестве признаков, по которым происходило ранжирование на кластеры, использовались вопросы, касающиеся информированности о состоянии здоровья и факторах риска заболеваний, а также вопросы, оценивающие наличие компетентности в области условий и методов профилактики заболеваний, основных мероприятий и

видов деятельности по укреплению собственного здоровья.

Результаты. Среди городских (66,3%) и сельских (87,9%) жителей преобладали женщины. В возрастной структуре горожан наибольший удельный вес принадлежит жителям 20-29 лет (55,3%). Около трети сельских жителей составили обследуемые 40-59 лет (27,9%), более трети – 20-29 лет (34,3%). Среди городских жителей преобладали лица, имеющие высшее (45,1%) или среднее специальное образование (44,9%). Более половины обследованных сельских жителей (57,1%) обладали средним специальным образованием, 42,1% – высшим образованием.

При помощи кластерного анализа городские и сельские жители были разделены на группы по уровню медицинской информированности. Менее чем у половины городских жителей имелся высокий уровень медицинской информированности (46,1%), у 36,1% – средний, а у 17,8% – низкий. Более чем треть сельских жителей обладали высоким уровнем (37,1%), 33,6% – средним, 29,3% – низким уровнем медицинской информированности.

Ранговый дисперсионный анализ Краскела-Уоллиса показал, что на уровень медицинской информированности оказывают влияние такие факторы, как возраст, пол и уровень образования. Женщины по сравнению с мужчинами оказались более грамотны в вопросах медицинской информированности ($H=5,004$; $p=0,0253$). Также более информированными об основах здоровьесбережения оказались и лица в возрасте 20-29 лет по сравнению с другими возрастными категориями ($H=13,408$; $p=0,0198$), а также контингент лиц, имеющих высшее образование ($H=15,316$; $p=0,0005$). Лица с высоким уровнем медицинской информированности обладали всесторонними знаниями о состоянии своего здоровья, имели личностное представление о значимости регулярного медицинского обследования, обладали достаточным уровнем знаний о методах и средствах первичной профилактики, основных мероприятиях по поддержанию здорового образа жизни. Напротив, лица с низким уровнем медицинской информированности обладали меньшим объемом медицинских знаний, умений и навыков, в большинстве случаев не имели представления о состоянии своего здоровья, в основном, не проходили регулярное медицинское обследование, практически ничего не знали о факторах, влияющих на здоровье, а также имели низкий уровень знаний о методах и средствах первичной профилактики.

Таблица 1. Общая характеристика медицинской информированности, личного отношения к здоровому образу жизни и медико-профилактической активности городских и сельских жителей (%)

Анализируемые параметры	Высокий уровень		Средний уровень		Низкий уровень	
	городские жители	сельские жители	городские жители	сельские жители	городские жители	сельские жители
всесторонность знаний о состоянии собственного здоровья	92,5±4,9	95,3±1,4	73,8±3,2	72,0±11,6	39,9±7,4	72,5±8,8
знания о методах и средствах первичной профилактики и первой помощи	93,4±6,1	93,8±1,8	89,3±7,7	93,5±1,6	81,7±8,9	81,8±3,8
знание о принципах здорового образа жизни	61,8±25,1	98,1±0,01	50,9±27	97,1±1,4	49,0±7,7	91,0±2,1
знание правил личной гигиены	99,8±0,2	95,8±0,2	99,6±0,3	93,6±0,3	98,9±0,8	90,9±0,8
приверженность к регулярному медицинскому обследованию	64,5±21,8	62,4±10,2	57,0±21,9	56,4±11,5	51,3±22,6	50,8±11,3
приверженность к здоровому образу жизни	79,9±14,8	88,5±2,9	73,0±18	90,1±6,8	58,3±18,6	45,5±17,6
соблюдение правил личной гигиены	87,1±19,56	82,8±7,2	84,9±25,1	77,9±6,9	71,2±20,63	54,3±9,6

Таблица 2. Сравнительная характеристика медицинской информированности, личного отношения к здоровому образу жизни и медико-профилактической активности городских и сельских жителей (%)

Анализируемые параметры	Городские жители		Сельские жители	
	критерий Фишера (F)	значимость (p)	критерий Фишера (F)	значимость (p)
всесторонность знаний о состоянии собственного здоровья	2,218	0,000	2,489	0,111
знания о методах и средствах первичной профилактики и первой помощи	2,126	0,008	7,005	0,004
знание о принципах здорового образа жизни	1,157	0,635	6,563	0,031
знание правил личной гигиены	1,392	0,281	3,581	0,089
приверженность к регулярному медицинскому обследованию	1,076	0,327	0,275	0,763
приверженность к здоровому образу жизни	1,568	0,327	5,259	0,048
соблюдение правил личной гигиены	1,112	0,306	3,647	0,069

Как показано в табл. 1 и 2 объем знаний сельских жителей в сфере здорового образа жизни выше, чем степень грамотности в вопросах личной гигиены и санитарии. В то же время степень грамотности горожан в вопросах личной гигиены и санитарии выше, чем степень компетентности в сфере здорового образа жизни. При этом, несмотря на высокий уровень медицинских знаний о методах и средствах первичной профилактики, а также высокую степень компетентности в вопросах здорового образа жизни, городские и сельские жители недостаточно привержены ведению здорового образа жизни и нерегулярно проходят медицинское обследование.

Большинство городских жителей (64,7%) оценили состояние своего здоровья как «хорошее» и «очень хорошее»; 23,3% – как «посредственное» и «плохое» и только 12,0% – как «отличное». При этом горожане с более низким уровнем медицинской информированности хуже

оценивают свое здоровье ($R=0,1$ при $p=0,03$). Более половины сельских жителей оценили состояние своего здоровья как «удовлетворительное» (53,6%), 35,7% как «хорошее», 7,9% как «отличное» и 2,8% как «плохое». При этом достоверных различий в субъективной оценке здоровья в зависимости от уровня медицинской информированности выявлено не было ($p>0,05$).

По данным медико-социологического опроса более половины горожан (58,8%) и сельских жителей (61,3%) имеют различные хронические заболевания. Среди лиц с низким уровнем медицинской информированности зафиксирована более высокая заболеваемость по сравнению с жителями с высоким уровнем ($p<0,05$). Также среди городских ($R=-0,13$ при $p=0,004$) и сельских ($R=-0,23$, $p=0,0001$) жителей наблюдается слабая, но достоверная обратная корреляция между уровнем медицинской информированности и наличием, а также длительностью

хронического заболевания. Таким образом, жители, обладающие низким уровнем медицинской грамотности, чаще и дольше страдают хроническими заболеваниями.

Также было выявлено, что лица с высоким уровнем медицинской информированности обладают более благоприятными характеристиками по всем видам жизнедеятельности и социально-

гигиенического функционирования, чем менее информированные ($p < 0,05$). Был проведен анализ этапов формирования медицинской информированности городского и сельского населения. Проанализированы объем медицинских знаний и особенности здоровьесберегающего поведения, определена значимость субъектов медико-информационного воздействия (табл. 3).

Таблица 3. Этапы формирования медицинских знаний, навыков и умений по укреплению здоровья у городских и сельских жителей (%)

Этап	Уровень знаний	Объем полученных и накопленных знаний, умений и навыков	Городские жители	Сельские жители	Субъекты медико-информационного воздействия	
					городские жители	сельские жители
Начальный	Первичный	первичные знания, навыки и умения соблюдения правил личной гигиены и физической культуры	85,5	95,8	родители – 78,9% педагоги – 2,1% медработники – 19,0%	родители – 84,2% педагоги – 2,3% медработники – 13,5%
		первичные знания и навыки о первой помощи при уходе за больными	30,2	26,7	родители – 62,8% педагоги – 14,2% медработники – 23,0%	родители – 72,2% педагоги – 13,9% медработники – 13,9%
		первичные знания о здоровье, факторах, влияющих на здоровье и причинах развития заболеваний	63,4	50,4	родители – 68,4% педагоги – 8,2% медработники – 23,4%	родители – 73,1% педагоги – 9,0% медработники – 17,9%
		первичные знания о состоянии собственного здоровья	10,2	3,0	родители – 5,3% педагоги – 74,1%	родители – 55,2% педагоги – 9,2%
		первичные знания об основах здорового образа жизни	26,3	14,7	медработники – 20,6%	медработники – 35,6%
Основной	Базовый	повышение знаний, навыков и умений соблюдения правил гигиены и физической культуры	2,2	2,9	педагоги школы – 20,0% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 20,0% медработники – 10,0% СМИ – 50,0%	педагоги школы – 25,0% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 25,0% медработники – 25,0% СМИ – 25,0%
		повышение знаний, навыков и умений первой помощи и ухода за больными	60,2	63,7	педагоги школы – 34,2% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 23,4% медработники – 18,6% СМИ – 23,8%	педагоги школы – 25,6% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 16,3% медработники – 12,8% СМИ – 45,3%
		повышение знаний о здоровье, факторах, влияющих на здоровье и причинах развития заболеваний	34,5	37,6	педагоги школы – 32,5% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 15,1% медработники – 16,9% СМИ – 35,5%	педагоги школы – 20,0% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 14,0% медработники – 10,0% СМИ – 56,0%
		повышение знаний о состоянии собственного здоровья	80,8	58,7	педагоги школы – 41,3% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 12,3%	педагоги школы – 26,3% педагоги ПТУ, ССУЗа и ВУЗа – 19,8%
		повышение знаний о мероприятиях здорового образа жизни	70,1	63,2	медработники – 22,1% СМИ – 24,3%	медработники – 13,4% СМИ – 40,5%
Заключительный	Дополнительный	совершенствование знаний и навыков гигиены и физической культуры	12,3	1,3	знакомые – 38,1% медработники – 46,0% СМИ – 15,9%	знакомые – 50,0% медработники – 25,0% СМИ – 25,0%
		совершенствование знаний и навыков первой помощи при уходе за больными	9,6	9,6	армия – 10,6% предприятие – 31,9% медработники – 38,3% СМИ – 19,2%	армия – 15,4% предприятие – 53,8% медработники – 15,4% СМИ – 15,4%
		совершенствование знаний о здоровье, факторах риска и заболеваниях	2,1	12,0	предприятие – 50,0% медработники – 40,0% СМИ – 10,0%	предприятие – 62,4% медработники – 6,3% СМИ – 31,3%
		получение дополнительной информации о состоянии здоровья	9,0	38,3	предприятие – 27,8% медработники – 38,9% СМИ – 33,3%	предприятие – 49,7% медработники – 10,5% СМИ – 39,8%
		совершенствование навыков здорового образа жизни	3,6	22,1		

В процессе исследования было выявлено, что среди лиц с низким уровнем медицинской информированности больше удельный вес жителей, не интересующихся никакой информацией и не пополняющих свои знания о медицине и здоровье. Первые знания и опыт соблюдения правил санитарной гигиены городские (86,4%) и сельские (95,2%) жители получили от родителей, что привело к высокой приверженности к санитарно-гигиеническому уходу за собой в домашних условиях (соответственно: 83,8%, 88,4%). Более раннее формирование знаний о своем здоровье отмечается у жителей с высоким уровнем медицинской информированности по сравнению с жителями с низким уровнем.

Выводы:

1. Первичные медицинские знания, навыки и умения в основном прививаются родителями. В формировании базового уровня медицинских знаний, навыков и умений по здоровьесбережению приоритетная роль принадлежит педагогам среднего, средне-специального и высшего звена образовательной системы. В процессе активной профессионально-трудовой деятельности возможно приобретение дополнительных медицинских знаний и практических навыков здоровьесбережения.

2. Уровень медицинской информированности населения определяется такими приоритетными факторами, как пол, возраст и уровень образования, что крайне важно учитывать при составлении образовательных программ медико-информационного профиля.

3. Уровень медицинской информированности непосредственно влияет на показатели здоровья и качество жизни городского и сельского населения, что определяет потребность населения в получении более высокого уровня знаний, навыков и умений по индивидуальному здоровьесбережению.

4. У горожан выявлен дефицит знаний о принципах здорового образа жизни, что свидетельствует о необходимости более активной пропагандистско-просветительской деятельности в сфере первичной профилактики. У сельских жителей, особенно со средним и низким уровнем медицинской информированности выявлена низкая степень грамотности в вопросах личной гигиены и санитарии.

5. Уровень медицинской информированности горожан в вопросах личной гигиены и санитарии

выше, чем уровень компетентности о здоровом образе жизни. Объем знаний сельских жителей в сфере здорового образа жизни выше, чем уровень медицинской информированности в вопросах личной гигиены и санитарии. Наличие высокого уровня знаний о методах и средствах первичной профилактики среди населения, а также высокая степень информированности о принципах здорового образа жизни не всегда способствуют абсолютной приверженности к заботе о собственном здоровье.

6. Недостаточная медицинская информированность и неудовлетворительная приверженность к здоровьесбережению иницируют риск ухудшения здоровья и качества жизни городских и сельских жителей, что свидетельствует о приоритетной значимости информационно-образовательного воздействия медицинских работников в процессе формирования медицинских знаний, начиная от периода дошкольного образования и заканчивая периодом охраны здоровья во время активной профессионально-трудовой деятельности.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. *Авдеева, М.В.* Актуальность совершенствования профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / *М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич* // *Врач.* 2013. № 11. С. 83-85.
2. *Зелионко, А.В.* Медицинская информированность как ключевая компетенция при формировании здорового образа жизни у городских жителей // *Международный научно-исследовательский журнал.* 2014. Т.21. № 2-3. С. 71-73.
3. *Лучкевич, В.С.* Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ. – СПб: Изд-во СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2011. 87 с.
4. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 25.06.2012) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
5. *Шильникова, Н.Ф.* Анализ социальной удовлетворенности населения амбулаторно-поликлинической помощью / *Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова, И.В. Богатова* // *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины.* 2012. №1. С. 40-42.
6. *Юнкеров, В.И.* Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований / *В.И. Юнкеров, С.Г. Григорьев, М.В. Резванцев.* – СПб.: ВМедА, 2011. 318 с.

FORMATION THE MEDICAL KNOWLEDGE AND HEALTH SAVING COMPETENCES AS THE BASIS OF OPTIMIZATION OF LIFE ACTIVITY AND LIFE QUALITY OF THE POPULATION

© 2014 V.S. Luchkevich, A.V. Zelionko, A.M. Shakirov

Northwest State Medical University named after I.I. Mechnikov, St. Petersburg

By means of the special program of medical-sociological analysis of medical knowledge, preventive activity, health and life quality of the population the medico-social factors influencing formation the medical knowledge of urban and rural population are studied. Justification the system of medical-preventive actions for increase the competence of urban and rural people in the sphere of health-saving is carried out. It is established that the level of medical knowledge is influenced by such factors as a sex, age, and education level. Persons with low level of medical knowledge had higher incidence. The inhabitants possessing the low level of medical literacy, more often and more long have chronic diseases. Persons with the high level of medical knowledge possessed more favorable characteristics by all types of activity and social and hygienic functioning. Formation of ideas of healthy lifestyle and receiving the main medical knowledge at rural and urban population mainly happens in the school and professional and educational period (59,6% and 61,9%). At city inhabitants deficiency of knowledge of healthy lifestyle principles ($61,8\pm 25,1\%$; $50,9\pm 27,0\%$ and $49,0\pm 7,7\%$ respectively) against sufficient knowledge of standards of hygiene and sanitation (100%; 99,6% and 98,9%). The volume of knowledge of rural population in the sphere of healthy lifestyle are higher ($98,1\pm 0,01\%$; $97,1\pm 1,4\%$ and $91,0\pm 2,1\%$), than literacy degree in questions of personal hygiene and sanitation ($95,8\pm 0,2\%$; $93,6\pm 0,3\%$; $90,9\pm 0,8\%$). Insufficient level of medical-preventive activity, especially at man's part of the population, persons of the senior age groups and the contingent with secondary and primary education level demands strengthening the measures of educational character through the state system of formation the medical knowledge and increase the role of medics.

Key words: *knowledge, literacy, medical-preventive activity, healthy lifestyle, life quality*

*Vladimir Luchkevich, Doctor of Medicine, Professor, Head
of the Public Health and Healthcare Department. E-mail:
luchkevich@mail.ru*

Alina Zelionko, Post-graduate Student

Almir Shakirov, Post-graduate Student