

УДК 614.2:616-084

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОЙ  
ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ  
НА ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЗДОРОВЬЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ**

© 2016 В.С. Лучкевич, А.В. Зелионко

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

Статья поступила в редакцию 13.11.2016

При помощи комплексной программы медико-социологического, клинико-статистического и организационного исследования изучено влияние уровней медицинской информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению на показатели качества жизни и здоровья городских и сельских жителей. Выявлен высокий удельный вес 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  $p < 0,05$ ). Определены ведущие детерминанты риска жизнедеятельности и социально-гигиенические факторы, влекущие к ухудшению показателей здоровья и качества жизни городских и сельских жителей в разные периоды жизнедеятельности, с учетом которых были разработаны этапы (начальный, основной, заключительный) и периоды формирования медицинской информированности. Установлена значимая обратная корреляционная зависимость ( $p < 0,05$ ) между уровнями медицинской информированности и показателями заболеваемости (по обращаемости). Обнаружено, что высокий уровень медицинской информированности и готовности к здоровьесберегающей деятельности обеспечивает более высокое качество жизни даже при наличии хронического заболевания. При проведении медико-социального анализа и изучения качества жизни, связанного со здоровьем выявлено, что жители со средним и высоким уровнем медицинской информированности обладают более благоприятными характеристиками по всем видам жизнедеятельности и социально-гигиенического функционирования, по сравнению с показателями жителей с низким уровнем информированности ( $p < 0,05$ ). Наиболее значимыми показателями здоровьесберегающего поведения при влиянии на показатели качества жизни (детерминанты и ранги) определены: знание, мотивированность и реализация принципов здоровьесберегающей деятельности, а также наличие навыков оказания первой помощи. Проведенные исследования позволили рассматривать здоровьесберегающее поведение как процесс, развивающийся на этапах жизнедеятельности и на уровнях жизнеобеспечения человека. При этом показатели качества жизни, связанного со здоровьем, различных групп населения следует рассматривать как один из основных критериев эффективности реализации лечебно-оздоровительных и профилактических программ.

Ключевые слова: *медицинская информированность, здоровьесберегающее поведение, медико-социальная активность, здоровый образ жизни, качество жизни*

Всемирная организация здравоохранения свидетельствует о приоритетной роли социальных детерминант в определении состояния здоровья населения [9, 10, 13, 14]. Отечественными и зарубежными исследователями также доказано влияние социальных факторов риска и условий жизни людей на их здоровье [6, 11, 12]. 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 [1-3, 5]. Здоровый образ жизни рассматривается как деятельность, направленная на сохранение, укрепление здоровья и улучшение качества жизни людей [4]. В Федеральном законе от 21.11.2011 №323-ФЗ (ред. от 13.07.2015) «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» определяется необходимость формирования здорового образа жизни, начиная с детского возраста [8]. Формирование здорового образа жизни рассматривается как комплекс мероприятий, направленных на сохранение здоровья, пропаганду здорового образа жизни, активную сознательную деятельность граждан с личной ответственностью за свое здоровье [3]. В последние годы формирование культуры

---

*Лучкевич Владимир Станиславович, доктор медицинских наук, профессор кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением. E-mail: Luchkevich@mail.ru*

*Зелионко Алина Владиславовна, ассистент кафедры общественного здоровья, экономики и управления здравоохранением. E-mail: Commonth@yandex.ru*

здоровьесберегающего поведения и активизация жизненных ресурсов предусматривает формирование новых ориентиров на позитивное взаимодействие с окружающей средой, формирование своих возможностей и овладение соответствующими знаниями, умениями, навыками и приемами, что позволяет судить об уровне медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения населения [7].

Процесс формирования здоровьесберегающей деятельности рассматривается как интегральный медико-социальный критерий, характеризующий степень реализации здоровьесберегающего потенциала (индивида, социально-профессиональной группы) при обеспечении здоровья, степень физического, социального и психологического благополучия как единства уровня и качества жизни. Однако в субъектах РФ 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. Не используются показатели качества жизни как критерий эффективности реализуемых оздоровительно-профилактических программ. Практически отсутствуют научные обоснования по совершенствованию организационно-профилактической деятельности системы и медицинских организаций на уровне субъекта РФ, направленной на совершенствование системы формирования медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения.

**Материалы и методы.** Комплексное медико-социологическое, клинико-статистическое и организационное исследование проводилось по специально разработанной программе среди репрезентативной по численности (1710 чел.) группы городского (г. Санкт-Петербург, n=1150 чел.) и сельского (Ленинградская область, n=560 чел.) взрослого населения. При изучении влияния уровней медицинской информированности на показатели качества жизни был использован специальный валидизированный универсальный опросник (185 вопросов, 15 шкал) изучения качества жизни [Лучкевич В.С., 2011], дополненный специальной программой исследования формирования уровней медицинской информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению (57 вопросов, 9 шкал – 200350 единиц информации).

Расчет уровня различных видов функционирования по отдельным шкалам проводился по специально разработанной и апробированной методике. Это позволило оценить

уровень вероятной значимости качественных признаков качества жизни (в баллах) и распределить жителей по группам риска с учетом значимости воздействующих факторов риска жизнедеятельности, определить направление и силу корреляционных связей. Были сформированы группы риска по основным видам функционирования: группа благополучия (более 70 баллов); группа относительного риска (61-70 баллов); группа абсолютного риска (до 60 баллов). По каждому виду функционирования вычислялся средний балл показателя качества жизни (max. 100 баллов).

В процессе исследования выявлялся уровень медицинской информированности и мотивации к активной деятельности по формированию здоровьесберегающего поведения городских и сельских жителей с анализом влияния этой деятельности на показатели здоровья и качества жизни. В качестве критериев, детерминирующих уровень медицинской информированности и формирования здоровьесберегающего поведения обследуемых, использовались результаты, свидетельствующие об информированности жителей о состоянии их здоровья и факторах риска заболеваний, оценивающие наличие компетентности в области влияния условий жизнедеятельности и методов профилактики заболеваний, приоритетности мероприятий и основных направлений деятельности по укреплению здоровья.

Применен кластерный анализ для распределения обследуемых жителей по уровню мотивированности к здоровьесберегающему поведению, и для установления соответствующих групп риска (благополучия, относительного и абсолютного) на основе рассчитанных количественных и качественных критериев. Ранжирование показателей медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения проведено методом дискриминантного анализа, и использовано при прогнозе вероятности их влияния на показатели качества жизни городских жителей. Статистическая обработка материалов исследования проводилась при помощи программ Microsoft Excel (2010) и STATISTICA 6.1 с расчетом средних величин, оценкой достоверности различий, сопряженности, корреляции, проведением однофакторного дисперсионного анализа, кластерного и дискриминантного анализа с распределением по группам риска.

**Результаты.** Из общего числа обследуемых большинство представлено городскими жителями (67,3%). В группу сравнения вошли лица, проживающие на сельских административных территориях (32,7%). 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 относительного риска) и  $63,5 \pm 0,5$  балла у сельских жителей (группа относительного риска).

В процессе исследования были определены ранговые значения и приоритетность влияния основных медико-социальных и организационно-профилактических критериев, характеризующих уровни медицинской информированности и вероятность формирования здоровьесберегающего поведения различных групп населения. При помощи кластерного анализа обследуемые были разделены на группы риска по уровню медицинской информированности и мотивации к здоровьесберегающему поведению (42,9% – высокий уровень медицинской информированности, группа благополучия; 35,2% – средний уровень, группа относительного риска и 21,9% – низкий уровень, группа абсолютного риска).

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:  $93,6 \pm 0,6$ ;  $88,4 \pm 0,5$  и  $75,5 \pm 0,6$  баллов). При этом по наличию

умений и навыков в области первичной профилактики, навыков оказания первой помощи, уровню медико-социальной и профилактической активности (городские жители –  $53,5 \pm 1,0$  балла, сельские жители –  $50,2 \pm 1,1$  балла), основную часть жителей (городские – 53,9% и сельские – 62,9%) следует отнести к группе относительного и абсолютного риска. Жители, обладающие высоким уровнем медицинской информированности, имеют более высокую мотивацию к использованию знаний, умений и навыков в области здоровьесбережения.

Обследуемые (90,0%) с высоким уровнем медицинской информированности и мотивации к здоровьесберегающему поведению регулярно проводят мероприятия по укреплению и восстановлению здоровья, соблюдают правила здорового образа жизни, основываясь на желании быть здоровыми и сохранять жизненную активность. Выявлено, что жители, обладающие низким уровнем медицинской информированности, имеют неудовлетворительные знания о здоровом образе жизни, а если знают, то чаще не соблюдают требования здорового образа жизни по причине недостатка времени и финансовых возможностей.

**Таблица 1.** Характеристика основных этапов формирования медицинской компетентности и ведущих факторов риска в разные периоды жизнедеятельности

Этап	Периоды жизнедеятельности	Уровень информации	Ведущие детерминанты риска жизнедеятельности
начальный	1) домашний период	первичный	социальные факторы и условия жизнедеятельности в семье с приоритетным влиянием родителей и образа жизни семьи
	2) дошкольный период		
основной	1) школьный период	базовый с учетом особенностей образа жизни ребенка	1) поведенческие факторы риска образа жизни, условий обучения и образа жизни семьи 2) условия жизнедеятельности и факторы риска среды обитания, трудового процесса и социальной среды
	2) профессионально-образовательный период	специализированно-образовательный с учетом факторов риска образа жизни	
заключительный	1) профессионально-трудовой период	специализированно-профессиональный с учетом факторов риска трудового процесса и условий жизнедеятельности	1) медико-биологические факторы риска 2) экологические факторы риска 3) профессионально-производственные факторы риска 4) хозяйственно-бытовая деятельность и условия проживания 5) выраженность донозологических состояний и симптомов 6) условия социально-гигиенического функционирования, психоэмоционального статуса семьи 7) медико-социальная активность и профилактическая деятельность
	2) пенсионный период	дополнительный, лечебно-оздоровительный	

Определены ведущие детерминанты риска жизнедеятельности и социально-гигиенические факторы, влекущие к ухудшению показателей

здоровья и качества жизни городских и сельских жителей в разные периоды жизнедеятельности. Были разработаны этапы (начальный, основной,

заключительный) и периоды формирования медицинской информированности, проанализированы объем медицинских знаний, источники их получения и особенности здоровьесберегающего поведения в различные периоды жизнедеятельности (табл. 1).

В процессе клинико-статистического исследования было выявлено, что в структуре хронических форм заболеваний среди населения терапевтических участков (ф. №025/у) наибольший удельный вес приходится на заболевания системы кровообращения (29,7%), болезни органов пищеварения (15,5%) и хронические заболевания органов дыхания (11,0%). Однако при субъективной оценке своего здоровья, клинико-функциональных состояний и выраженности симптомов выявлен значительно больший (почти в 2 раза) удельный вес городских и сельских жителей с вероятностью формирования хронических форм заболеваний. Установлена значимая обратная корреляционная зависимость ( $p < 0,05$ ) между уровнями медицинской информированности и показателями заболеваемости (по обращаемости). Результаты исследования свидетельствуют, что наличие хронического заболевания оказывает значительное влияние на качество

жизни городских и сельских жителей. Выявлены значимо более благоприятные показатели практически по всем видам функционирования в структуре качества жизни у жителей, не имеющих хронических заболеваний.

Было выявлено, что суммарный показатель качества жизни изменяется с учетом субъективных оценок жителей, имеющих разные уровни медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения. Обнаружено, что при любом уровне информированности наличие хронической патологии оказывает неблагоприятное влияние на суммарный показатель качества жизни. При этом высокий уровень медицинской информированности и готовности к здоровьесберегающей деятельности обеспечивает более высокое качество жизни даже при наличии хронического заболевания (табл. 2). В процессе исследования было обнаружено, что суммарный показатель качества жизни у жителей с наличием клинических симптомов заболеваний значительно ухудшается ( $p < 0,001$ ), особенно у жителей с низким уровнем медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения ( $F=16,6$ ;  $p < 0,001$ ).

**Таблица 2.** Сравнительный анализ суммарной оценки качества жизни в зависимости от наличия хронического заболевания при различных уровнях медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения (баллы)

Наличие хронического заболевания	Уровень медицинской информированности			Всего	Критерий Фишера (F)	Значимость (p)
	высокий	средний	низкий			
есть заболевание	63,0±0,7	62,7±0,8	59,1±1,1	68,0±0,5	5,38	0,005
нет заболевания	70,7±0,8	69,7±0,7	64,5±1,7	69,4±0,5	8,07	0,0004
значимость (p)	< 0,001	< 0,001	0,007	< 0,001	-	-

При проведении медико-социального анализа и изучения качества жизни, связанного со здоровьем выявлено, что жители со средним и высоким уровнем медицинской информированности обладают более благоприятными характеристиками по всем видам жизнедеятельности и социально-гигиенического функционирования, по сравнению с показателями жителей с низким уровнем информированности ( $p < 0,05$ ) (табл. 3). Отмеченная закономерность особенно проявляется взаимовлиянием уровней медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения с показателями по шкалам социально-экономического функционирования, социально-гигиенического функционирования, физического функционирования, профилактической активности. По показателям профилактической активности и медицинской деятельности по укреплению здоровья жители относятся к группе абсолютного риска вне зависимости от уровня медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения.

В структуре качества жизни у женщин были выявлены значимо ( $p < 0,001$ ) более высокие показатели социально-гигиенического функционирования (64,9±0,4 баллов – группа относительного риска), а также показатели профилактической активности и рекреационной деятельности (45,7±0,4 баллов – группа абсолютного риска). У мужчин обнаружен более высокий уровень ( $p < 0,001$ ) по показателям психоэмоционального благополучия (71,7±1,0 балла – группа благополучия), выраженности симптомов и донологических состояний (79,4±0,9 балла – группа благополучия), медицинской деятельности по укреплению здоровья (50,2±0,7 балла – группа абсолютного риска), показателю общей оценки здоровья (67,3±0,9 балла – группа относительного риска), по сравнению с жителями у женщин (соответственно: 71,5±0,5 и 70,0±0,5 баллов – группа относительного риска) по сравнению с мужчинами (66,1±0,8 и 62,3±1,8 баллов – группа относительного риска) выявлены более высокие показатели медицинской информированности и готовности

к здоровьесберегающему поведению ( $p < 0,001$  по критерию Стьюдента), что обусловило более благоприятные показатели качества жизни. Среди

женщин больше удельный вес обследуемых с высоким уровнем медицинской информированности (51,1%), чем среди мужчин (36,9%).

**Таблица 3.** Результаты сравнительного анализа показателей качества жизни по основным видам функционирования при разных уровнях медицинской информированности городских и сельских жителей (баллы)

Вид функционирования	Уровень медицинской информированности			Критерий Фишера (F)	Значимость (p)
	высокий уровень	средний уровень	низкий уровень		
социально-гигиеническое функционирование	64,9±0,6	65,4±0,6	60,4±0,8	14,23	< 0,001
социально-экономическое обеспечение	65,6±1,1	66,6±1,3	57,1±1,7	12,16	< 0,001
психоэмоциональное благополучие	67,6±0,7	68,8±0,8	63,7±1,2	7,23	< 0,001
профилактическая активность и рекреационная деятельность	48,2±0,5	45,6±0,5	38,8±0,7	67,49	0,001
физическое функционирование	77,4±0,9	78,7±1,0	69,3±1,4	17,58	< 0,001
донозологические состояния	77,2±0,7	78,5±0,8	72,7±1,1	10,53	< 0,001
выраженность боли	72,7±0,9	73,0±1,0	68,9±1,5	3,53	0,029
медицинская деятельность по укреплению здоровья	50,6±0,6	48,0±0,6	46,9±0,7	9,26	< 0,001
показатель общей оценки здоровья	64,3±0,7	68,3±0,7	65,1±1,0	8,10	< 0,001
обобщенные показатели качества жизни	66,9±0,8	66,1±0,9	60,8±1,1	11,00	< 0,001
интегральный обобщенный показатель качества жизни	65,5±0,5	65,9±0,5	60,4±0,7	26,22	< 0,001

В процессе исследования показателей качества жизни среди старших возрастных групп было обнаружено значимое снижение показателей (по сравнению с группой до 29 лет) по всем видам функционирования, кроме социально-гигиенического функционирования. Наиболее высокий показатель социально-гигиенического функционирования был выявлен среди жителей 30–39 лет (66,3±1,1 баллов – группа относительного риска). Более благоприятные показатели медицинской информированности и мотивации к здоровьесбережению имели жители в возрасте 20–29 лет по сравнению с другими возрастными группами (71,7±0,5 баллов по суммарному показателю медицинской информированности 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.

В процессе изучения показателей качества жизни с учетом видов функционирования обнаружен значимо ( $p = 0,001$ ) более высокий показатель социально-гигиенического функционирования среди брачных пар с детьми (69,4±0,6 баллов – группа относительного риска). Наименее благоприятные показатели выявлены среди одиноких родителей с ребенком (62,9±1,8 балла – группа относительного риска) и одиноких жителей (60,9±0,6 баллов – группа относительного риска). Выявлено влияние типа семьи на суммарный

показатель медицинской информированности и качества жизни ( $F = 2,74$ ,  $p = 0,008$ ). Среди одиноких жителей наблюдались менее благоприятные показатели качества жизни, обусловленные низким уровнем знаний, умений и навыков в сфере здоровьесбережения, чем среди лиц, состоящих в браке.

При оценке условий трудовой деятельности 72,9% городских и 59,3% сельских жителей отметили воздействие различных вредных факторов производственной среды с преобладанием воздействия повышенной или пониженной температуры воздуха (24,4%), запыленности и загазованности (14,5%), высокого психоэмоционального напряжения (37,3%) и других. Основная часть (84,1% городских и 83,6% сельских жителей) считали, что условия трудовой деятельности влияют (иногда или часто) на состояние их здоровья. Проведенные исследования свидетельствуют, что характер трудовой деятельности влияет на степень компетентности населения в сфере охраны здоровья и оказывает значительное влияние на качество жизни. Наиболее благоприятный уровень информированности и установок на здоровьесбережение оказался у жителей, занятых в сфере социального обслуживания (71,8±0,7 балла), сфере сервисного обслуживания (70,1±1,3 балла) и предпринимательской и управленческой деятельности (70,3±1,1 балла – группа относительного риска). А низкие показатели знаний, умений, навыков и мотивации к здоровьесбережению были выявлены у работников физического труда (59,6±2,4 баллов – группа абсолютного

риска) и сельского хозяйства ( $66,8 \pm 2,0$  баллов – группа относительного риска). Было обнаружено влияние вида трудовой деятельности на суммарный показатель медицинской информированности и качества жизни городских и сельских жителей ( $F=9,3$ ;  $p<0,001$ ).

Наиболее благоприятные значения суммарной оценки качества жизни ( $67,7 \pm 0,5$  баллов – группа относительного риска при  $F=29,64$ ,  $p=0,001$ ), а также показатели качества жизни по различным видам функционирования наблюдались у жителей, отметивших, что всегда были физически активными. Особенно ухудшение суммарного показателя выявлено у жителей, отметивших снижение физической активности в связи с заболеванием ( $52,4 \pm 1,4$  балла – группа абсолютного риска). При изучении физического функционирования жителей с различным уровнем здоровьесберегающих компетенций был выявлен больший удельный вес обследуемых с высокой физической активностью, не имеющих ограничений в повседневной деятельности, среди жителей с высоким уровнем медицинской информированности (43,1%), по сравнению с жителями с низким уровнем (29,5%) при  $p=0,002$ . Было выявлено, что городские (58,3%) и сельские (59,6%) жители с высоким уровнем медицинской информированности и готовности к здоровьесберегающему поведению не отметили ограничения из-за состояния здоровья в выполнении физических нагрузок при хозяйственно-бытовой деятельности, по сравнению с жителями с низким уровнем информированности (соответственно: 38,4% при  $p=0,001$  и 41,5% при  $p=0,01$ ).

Суммарный показатель качества жизни наиболее благоприятный у жителей, имеющих полноценные возможности для рекреационной деятельности ( $69,2 \pm 0,5$  балла – группа относительного риска), наименее благоприятный – у лиц, отметивших недостаточные возможности для отдыха из-за плохого состояния здоровья ( $54,6 \pm 1,6$  балла – группа абсолютного риска) при  $p=0,001$ . В процессе исследования было выявлено, что среди обследуемых с высоким уровнем медицинской информированности наблюдается больший удельный вес городских (52,1%) и сельских (45,0%) с высоким уровнем рекреационной деятельности и выполнением профилактических и оздоровительных мероприятий.

Проведенное исследование свидетельствует, что большая часть обследованных жителей (как городских, так и сельских) периодически испытывает чувство тревоги, депрессии, беспокойства, испытывает страх или агрессию и др., кратность и выраженность которых увеличивается у жителей с недостаточным уровнем здоровьесберегающего поведения (80,3%). По результатам исследования выявлено, что среди жителей с высоким уровнем медицинской информированности

наблюдается высокий удельный вес обследуемых, полностью или частично удовлетворенных (63,9%) качеством собственной жизни (при низком уровне информированности 60,7%). Было выявлено, что среди жителей, полностью удовлетворенных собственной жизнью, больше удельный вес лиц с высоким уровнем медицинской информированности (55,5%), чем лиц с низким уровнем медицинской информированности (45,6%).

Наиболее значимыми показателями здоровьесберегающего поведения при влиянии на показатели качества жизни (детерминанты и ранги) определены: знание, мотивированность и реализация принципов здоровьесберегающей деятельности, а также наличие навыков оказания первой помощи. Изучение прогностической расчетной значимости вероятности влияния различных признаков здоровьесберегающей компетентности на показатели качества жизни позволило дополнить и откорректировать выявленные закономерности такими критериями как: своевременное (на ранних этапах жизнедеятельности) приобретение умений и навыков в сфере здоровьесбережения и навыков в области первичной профилактики факторов риска заболевания.

В процессе исследования установлено, что здоровьесберегающее поведение формируется как активная осознанная деятельность по накоплению и повышению уровня медицинской информированности о влиянии факторов 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. Проведенные исследования позволили рассматривать здоровьесберегающее поведение как процесс, развивающийся на этапах жизнедеятельности и на уровнях жизнеобеспечения человека (популяционном, региональном, профессионально-коллективном, индивидуально-семейном и др.), представляющий собой набор определенных видов здоровьесформирующей деятельности, технологий, преобразующих 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).

**Выводы:** на процесс формирования мотивированности к здоровьесберегающей деятельности городских и сельских жителей значительное влияние оказывают неблагоприятные характеристики их социально-гигиенического функционирования со специфическими для каждого периода жизнедеятельности факторами риска, обуславливающие наличие 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 определяющие необходимость 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 медицинской информированности и мотивированности к здоровьесберегающему поведению. Среди критериев, характеризующих уровни медицинской информированности наиболее благоприятные субъективные оценки отмечены по наличию знаний правил личной гигиены ( $93,6 \pm 0,6$  балла), о принципах здорового образа жизни и состоянии собственного здоровья. Однако по показателям наличия умений и навыков здоровьесбережения, медико-социальной активности ( $52,3 \pm 0,7$  балла), первой помощи и др. большая часть городских (53,9%) и сельских (62,9%) жителей (при  $p < 0,001$ ) отнесены к группам относительного и абсолютного риска.

Выявлена значимая ( $p < 0,05$ ) обратная корреляционная связь между уровнями медицинской информированности и показателями заболеваемости (по обращаемости). Наличие установленных хронических форм заболеваний при ухудшении показателей качества жизни значимо увеличивает степень не только мотивированности, но и реализации здоровьесберегающей деятельности ( $p < 0,001$ ). Расчеты интегральных профилей видов функционирования свидетельствуют о значимых более благоприятных показателях качества жизни у жителей с высоким ( $65,5 \pm 0,5$  балла) (по сравнению с низким –  $60,4 \pm 0,7$  балла, при  $F = 26,2$ ,  $p < 0,001$ ) уровнем медицинской информированности, прогнозируемая вероятность влияния которой также возрастает. Наиболее значимыми показателями, свидетельствующими о влиянии уровня медицинской информированности на показатели качества жизни (детерминанты и ранги) отмечены такие как наличие знаний, мотивированность и реализация принципов здоровьесберегающей деятельности, а также наличие навыков оказания первой помощи.

Показатели качества жизни, связанного со здоровьем, различных групп населения следует рассматривать как один из основных критериев эффективности реализации лечебно-оздоровительных и профилактических

программ. Это позволяет выявить у населения потребность в корректировке клинико-физиологических, функциональных и психологических состояний, увеличении доступности, своевременности и качества проводимых лечебно-оздоровительных мероприятий и профилактической деятельности.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Белова, Н.И. Формирование здорового образа жизни населения в рамках института здравоохранения: состояние, противоречия, проблемы // Вестник Российского государственного гуманитарного университета. 2013. №2. С. 80-86.
2. Брехман, И.И. Валеология – наука о здоровье // Вестник АН СССР. 1987. № 8. С. 92-98.
3. Виленский, М.Я. Здоровый образ и стиль жизни студента: методологический анализ // Педагогическое образование и наука. 2009. №3. С. 15-18.
4. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник. 3-е изд. / Ю.П. Лисицын, Г.Э. Улумбекова. – М., 2011. 544 с.
5. Лучкевич, В.С. Качество жизни как объект системного исследования и интегральный критерий здоровья и эффективности медико-профилактических и лечебно-реабилитационных программ. – СПб., 2011. 87 с.
6. Назарова, И.Б. Субъективные и объективные оценки состояния здоровья населения // Социологический журнал. 1998. №3. С. 246-249.
7. Скачков, Е.Б. Философия формирования здорового образа жизни в образовательном процессе школы // Педагогическое образование и наука. 2011. №2. С. 41-43.
8. Федеральный закон РФ от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» // Российская газета. 2011. Федеральный выпуск. № 5639.
9. Barreto, S.M. Contextual and family factors associated with negative assessment of children's health European / S.M. Barreto, L. Giatti, A.M. Hernaez // Journal of Public Health. 2011. Vol.21(5). P. 649-655.
10. Gender and Health in Adolescence / Editors P. Kolip, B. Schmidh. – Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe, 1999. 38 p.
11. Giddens, A. Fate, Risk & Security // Modernity and Self-Identity: Self and Society in the Late Modern Age. – Cambridge: Polity Press, 1991. 245 p.
12. Link, B. Social conditions as fundamental causes of disease / B. Link, J. Phelan // J. of Health and Soc. Beh. 1995. Extra Issue. P. 80-94.
13. World Health Organization preventing chronic diseases: a vital investment: WHO Global Report. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2005. 182 p.
14. World Health Organization. The global burden of disease 2004 update. – Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2008. 146 p.

**MEDICAL-SOCIAL ANALYSIS OF INFLUENCE THE INDICATORS OF MEDICAL KNOWLEDGE AND HEALTH SAVING BEHAVIOUR ON THE MAIN CHARACTERISTICS OF HEALTH AND LIFE QUALITY OF URBAN AND RURAL INHABITANTS**

© 2016 V.S. Luchkevich, A.V. Zelionko

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

By means of the complex program of a social, clinical-statistical and organizational research influence of medical knowledge levels and motivation to health saving behavior on indicators of life quality and health of rural and urban inhabitants (the people's  $n=1710$ ) is studied. The high specific weight of inhabitants in groups of absolute and relative risk is revealed (an integrated indicator of life quality:  $65,1\pm 0,4$  points at urban and  $63,5\pm 0,5$  at rural inhabitants in case of  $p<0,05$ ). The leading determinants of risk of activity and social hygiene factors attracting to deterioration in indicators of health and life quality of urban and rural inhabitants during the different periods of activity taking into account which stages (initial, main, final) and the periods of forming the medical knowledge were developed, are determined. Significant inverse correlation relation ( $p<0,05$ ) between levels of medical knowledge and indicators of incidence is established (on negotiability). It is revealed that the high level of medical knowledge and readiness for health oriented activities provides higher life quality even in the presence of a chronic disease. When carrying out the medical-social analysis and studying of the life quality connected with health it is revealed that inhabitants with the average and high level of medical knowledge possess more favorable characteristics by all types of activity and social and hygienic functioning, in comparison with indicators of inhabitants with the low level of knowledge ( $p<0,05$ ). Are determined by the most significant indicators of health saving behavior in case of influence on the indicators of life quality (determinants and ranks): knowledge, motivation and implementation of the principles of health saving activities, and also availability of skills of first-aid treatment. The conducted researches allowed to consider health saving behavior as the process developing at stages of activity and at the levels of life support of the person. At the same time indicators of life quality, connected with health, various national groups, it is necessary to consider as one of the main criteria of efficiency of implementation the medical and improving and preventive programs.

Key words: *medical knowledge, health saving behavior, medical-social activity, healthy lifestyle, life quality*

---

*Vladimir Luchkevich, Doctor of Medicine, Professor at the Department of Public Health, Economy and Public Health Management. E-mail: Luchkevich@mail.ru*

*Alina Zelionko, Assistant at the Department of Public Health, Economy and Public Health Management. E-mail: Commonth@yandex.ru*