

ПРИНЦИПЫ ФОРМИРОВАНИЯ У НАСЕЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ НА ОСНОВЕ КОМПЕТЕНТНО-ДЕЯТЕЛЬНОГО ПОДХОДА

А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова,
Санкт-Петербург, Россия

Реферат. В работе обоснованы основные факторы риска заболеваний и необходимость привлечения семейных, педагогических, медицинских и других ресурсов с учётом особенностей рискообразующих факторов, действующих на различных этапах жизнедеятельности человека. Установлено, что высокая медицинская информированность населения не обеспечивает достаточного уровня его профилактической активности и приверженности здоровому образу жизни. Выявлено, что 35,1% лиц хорошо знают принципы здоровьесбережения и умеют их выполнять, но игнорируют применение полученных медицинских знаний и навыков на практике, что требует дополнительной психологической коррекции с привлечением медицинского психолога или психотерапевта. Одним из способов повышения приверженности населения здоровьесберегающему поведению является динамический мониторинг степени выполнения медицинских рекомендаций по данным первичной учётной документации.

Ключевые слова: профилактика, медицинская информированность, грамотность населения, здоровый образ жизни, охрана здоровья

Введение

Согласно российскому законодательству граждане обязаны заботиться о своём здоровье [1]. Приверженность здоровьесбережению – это степень соответствия личностного поведения общепринятым принципам сохранения и укрепления здоровья, включая регулярность медицинского обследования, приём лекарственных препаратов, коррекцию факторов риска заболеваний, изменение стиля и образа жизни и др. [2]. Предпосылки к усвоению и практическому использованию знаний, умений и навыков по сохранению и укреплению здоровья создаются через различные формы просвещения, образования, воспитания и мотивирования личности [3, 4]. В разные периоды жизнедеятельности человека к формированию здоровьесберегающего поведения привлекается широкий круг участников, включая медицинских работников, педагогов, членов семьи, средства массовой информации и др. [5, 6]. Однако достаточный уровень осведомлённости в вопросах гигиены, здорового образа жизни, методах и средствах профилактики заболеваний не всегда является гарантом личностной приверженности здоровьесберегающему поведению [7, 8]. В частности у пациентов с хроническими заболеваниями приверженность терапии значительно ниже, чем при острых формах заболеваний, и имеет тенденцию к снижению уже после 6 месяцев после начала лечения, колеблясь в пределах 43%-78% [9]. Известно, что приверженность оздоровительным и медико-профилактическим мероприятиям ухуждается

из-за забывчивости, психо-эмоциональных проблем, депрессии, плохой переносимости и сложных схем приёма препаратов, высокой стоимости лечения, полипрогмазии, коморбидности, курения, отсутствия веры в пользу лечения, недостаточной мотивированности, необразованности, дефицита времени и финансовых средств на модификацию образа жизни [9, 10, 11]. Учитывая масштабы и медико-социальную значимость этой проблемы, ВОЗ опубликовала руководство для клиницистов, менеджеров здравоохранения и политиков по улучшению приверженности населения медико-профилактическим мероприятиям [12]. Однако на отдельных жизненных этапах действуют сугубо специфические факторы риска ухудшения здоровья, поэтому для решения проблемы низкой приверженности здоровьесбережению крайне важно формирование компетентно-деятельного подхода к охране здоровья с учётом специфики каждого периода жизнедеятельности человека.

Цель исследования. Оценить специфику влияния рискообразующих факторов на здоровье в разные периоды жизнедеятельности человека и обосновать меры по повышению приверженности населения здоровьесберегающему поведению.

Материалы 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 с участием 1150 жителей Санкт-

Петербурга старше 18 лет. Предварительно в пакете прикладных программ «Анализ мощности» STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc, США) по результатам пилотного исследования был рассчитан необходимый объём выборки для достижения 95% мощности исследования, который составил 1150 человек. Для формирования репрезентативной выборки использовался метод простого случайного механического отбора по таблице случайных чисел. Все обследованные были разделены на группу лиц трудоспособного возраста (n=1082) и старше трудоспособного возраста (n=68). В группе трудоспособного возраста была выделена подгруппа обучающихся (n=375). Для женщин трудоспособным возрастом считался период с 18-54 лет, а для мужчин 18-59 лет.

Статистическая обработка полученных материалов проводилась при помощи программы STATISTICA 6.1 (StatSoft Inc, США) с использованием специальных способов обработки параметрических и непараметрических статистических данных (сравнительный, частотный, кластерный, корреляционный и дисперсионный анализ). Определялась доля участия отдельных факторов (K_j) в формировании результативного признака из отношения факториальной (межгрупповой) суммы квадратов к общей (в процентах):

$$K_j = \frac{100 \times SS_j}{\sum SS_j}$$

где K_j – степень влияния j-го фактора на параметр Y, в %; SS_j – сумма квадратов отклонений параметра Y от среднего значения вследствие влияния на него всех контролируемых, неконтролируемых, случайных факторов и ошибок измерения; $\sum SS_j$ – общая сумма квадратов отклонений параметра Y от среднего значения вследствие влияния на него всех контролируемых, неконтролируемых, случайных факторов и ошибок измерения.

Результаты исследования. Результаты кластерного анализа позволили стратифицировать обследованное население на 3 категории: с высоким (46,1%), средним (36,1%) и низким (17,8%) уровнем медицинской информированности о принципах здоровьесбережения. Более высокий уровень медицинской грамотности характерен для женщин, лиц младших возрастных групп (18-25 лет) и при высшем образовании (p<0,05). Однако при любой степени медицинской информированности в целом наблюдается недостаточный уровень медико-профилактической активности населения (соответственно: 64,5%; 57,0%; 51,3% при p>0,05).

Выявлено, что с возрастом под влиянием различных факторов риска, присущих конкретно-му этапу жизнедеятельности человека, здоровье ухудшается. Об этом свидетельствуют результаты однофакторного дисперсионного анализа, показавшие, что вклад возраста в ухудшение состояния здоровья достигает 40,4% (соответственно: SS_j=386,9; $\sum SS_j$ =955,7 при p<0,001). Установлена линейная корреляционная связь возраста (r=0,51 при p<0,05), а также периода жизнедеятельности (r=0,44 при p<0,05) с общим количеством воздействующих на организм медико-биологических факторов риска заболеваний. Связь возраста (r=-0,09 при p<0,05) и периода жизнедеятельности (r=-0,12 при p<0,05) с суммарным профилем поведенческих факторов риска менее существенна, но значима. Долевой вклад возраста в формирование медико-биологического риска развития заболеваний составляет 38,8% (соответственно: SS_j=398,2; $\sum SS_j$ =1026,9 при p<0,001). Степень влияния периода жизнедеятельности на выраженность медико-биологического риска оценивается в 25,3% (соответственно: SS_j=571,10; $\sum SS_j$ =2257,78 при p<0,001), а на развитие заболеваний – 38,4% (соответственно: SS_j=255,56; $\sum SS_j$ =664,71 при p<0,001).

В домашнем, дошкольном и школьном периодах, когда в структуре заболеваний доминирует инфекционная патология, риск ухудшения здоровья определяется соблюдением/несоблюдением санитарно-гигиенических норм и правил. Для этого необходимы первые знания и практические навыки, которые получены опрошенными нами городскими жителями от родителей (86,4%), медицинских работников (10,2%) и педагогов (3,4%).

Профессионально-образовательный период жизнедеятельности человека характеризуется социализацией личности, поэтому у молодёжи повышается риск пристрастия к пагубным привычкам (рис. 1). В этот период крайне актуально обучение противостоянию вредным привычкам, так как к 18-25 годам у 77,0% лиц появляется склонность к нездоровому образу жизни, включая нерациональность питания (54,8%), гиподинамию (у 36,9% полное отсутствие и у 13,9% нерегулярная физическая активность), курение (22,7% девушек и 36,8% юношей), употребление алкоголя (употребляют редко 53,7%, употребляют часто 3,3%). Полученные данные свидетельствуют о потребности проведения более активной информационно-разъяснительной работы именно по этим ключевым аспектам образа жизни.

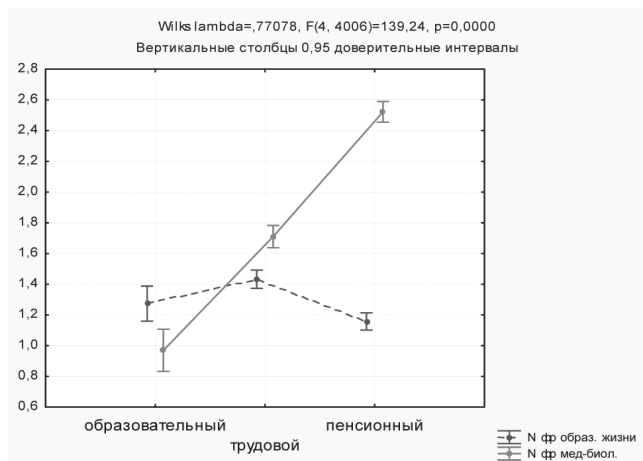


Рис. 1. Суммарное количество социально-поведенческих и медико-биологических факторов риска в разные периоды жизнедеятельности

Множественность факторов нездорового образа жизни свойственна 37,4% молодёжи. Особенно часто для молодёжи характерно совместное воздействие на организм нерационального питания и гиподинамии (14,3%), курения, нерационального питания и гиподинамии (11,3%), курения и нерационального питания (6,5%), курения и гиподинамии (3,5%). Одновременное присутствие сразу 4-х факторов нездорового образа жизни свойственно 0,4% молодёжи. Таким образом, исследование показало, что на профессионально-образовательном этапе жизнедеятельности особое внимание следует уделять пропаганде здорового образа жизни. По данным медико-социологического исследования на этом этапе существенная роль в формировании здоровьесберегающего поведения в большей степени принадлежит не медицинским работникам (22,1%) и родителям (5,3%), а педагогам (72,6%), что свидетельствует о необходимости активизации информационно-просветительной работы со стороны медицинских работников.

Профессионально-трудовай период жизнедеятельности. Согласно полученным данным до 45 лет нездоровый образ жизни чаще всего ассоциирован с присутствием 3-4 поведенческих факторов риска, а уже к 50 годам количество факторов нездорового образа жизни снижается из-за частичного отказа от вредных привычек на фоне ухудшения качества жизни. В частности, этот период жизнедеятельности характеризуется снижением частоты курения до 18,9% у женщин и до 33,8% у мужчин. Данный факт объясняется тем, что с течением времени психосоциальная позиция многих людей претерпевает изменения, что

способствует формированию более осознанной личностной потребности в здоровьесбережении на фоне неудовлетворённости качеством жизни из-за развившихся хронических заболеваний, частота которых у женщин достигает 70,4%, а у мужчин 66,7%. Интегральный обобщённый показатель качества жизни снижается с 66,6±0,4 баллов в группе 20-29 лет до 59,5±0,8 баллов в группе 40-59 лет и до 57,1±1,4 баллов у лиц старше 60 лет (p<0,001). Росту заболеваемости способствует распространённость медико-биологических факторов риска (рис. 1), которые в этот период жизнедеятельности выявляются у 47,1% женщин и у 48,9% мужчин. В старшем трудоспособном возрасте основными факторами риска являются повышенное артериальное давление (46,1%), гиперхолестеринемия (44,8%), избыточный вес (34,4%), гипергликемия (17,1%). Также следует учитывать профессионально-производственные факторы, так как воздействие вредных факторов производственной среды испытывают на себе 72,9% горожан, а 84,1% уверены, что условия трудовой деятельности повлияли на состояние их здоровья. Следовательно, на профессионально-трудовай этапе жизнедеятельности имеется высокая потребность в обучении методам коррекции ведущих медико-биологических и защиты от производственно-профессиональных факторов риска заболеваний и основную роль в этом играют медицинские работники (55,8%) и служба охраны труда предприятий (40,3%) (рис. 2).

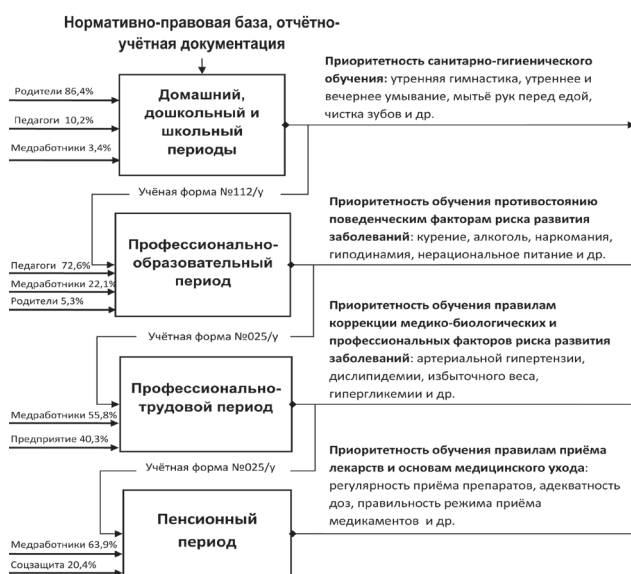


Рис. 2. Преемственность в формировании здоровьесберегающего поведения и систематизация учёта приверженности профилактическим мероприятиям на разных этапах жизнедеятельности человека

В пенсионный период наблюдается уменьшение числа поведенческих факторов риска с преобладанием гиподинамии (77,0%) и нерационального питания (48,0%) на фоне присутствия 3-4 медико-биологических факторов риска (54,6%) и нескольких хронических заболеваний. В этот период жизнедеятельности приоритетным является обучение правилам приёма лекарств и освоение навыков медицинского ухода, поскольку у 76,8% пенсионеров имеются инвалидизирующие заболевания, в особенности гипертоническая болезнь (66,3%), ожирение (35,9%), ишемическая болезнь сердца (33,7%), патология почек (17,2%), хронический бронхит (8,9%), сахарный диабет (7,6%), инфаркт миокарда (1,1%), инсульт (1,2%) и др.

На основании результатов медико-социологического исследования удалось выделить особую группу пациентов, нуждающихся в консультации медицинского психолога или психотерапевта для психологической коррекции поведенческих установок в направлении повышения мотивации к здоровьесбережению. Удельная доля пациентов, нуждающихся в психологической коррекции поведенческих установок, составила 35,1% от общего числа обследованных. Психологической особенностью данных пациентов является хорошее знание принципов здоровьесбережения и умение их выполнять, но игнорирование применения в реальной жизни.

Выявленные закономерности позволили заключить, что помимо активного выявления у населения факторов риска и своевременного информирования о методах и способах минимизации риска для здоровья, не менее важен контроль за процессом их модификации. Это позволит сделать процесс модификации факторов риска заболеваний управляемым. Контроль приверженности пациентов здоровьесберегающему поведению возможен с помощью систематического анализа медицинских записей в форме № 025/у «Медицинская карта пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях» и в форме № 112/у «История развития ребёнка», которые необходимо дополнить специальным информационно-аналитическим блоком для учёта профилактической активности медицинских работников и обслуживаемого населения. С переходом на электронный документооборот, обмен информацией и её обновление могут осуществляться в автоматизированном режиме, что рационально для улучшения контроля за соблюдением медицинских рекомендаций оздоровительного, профилактического и лечебного характера.

Выводы

Каждому периоду жизнедеятельности человека присуще влияние определённого кластера факторов риска заболеваний, что определяет необходимость использования дифференцированного подхода к процессу формирования у разных групп населения здоровьесберегающего поведения с привлечением семейных, педагогических, медицинских и других информационно-просветительных ресурсов.

Большинство городских жителей (46,1%) обладают высоким уровнем медицинской грамотности, однако это несущественно увеличивает их приверженность здоровьесберегающему поведению по сравнению с населением, обладающим средним и низким уровнем медицинской информированности (64,5%; 57,0%; 51,3% при $p > 0,05$).

Выявлена высокая удельная доля населения (35,1%), знающего о принципах здоровьесбережения и умеющего их выполнять, но не применяющего полученные медицинские знания и навыки на практике, и поэтому нуждающегося в психологической коррекции поведенческих установок.

Существует потребность оптимизации системы учёта и анализа профилактически ориентированной деятельности медицинских работников и населения на основе специального информационного блока в первичных учётных медицинских документах.

Литература

1. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
2. Гаджимурадова, З.Г. Исследование факторов, влияющих на формирование здорового образа жизни городского населения / З.Г. Гаджимурадова, Л.С. Агаларова // Уральский медицинский журнал. 2014. – № 6. – С. 79-84.
3. Викторов, Д.В. Компетентностный подход в физкультурном образовании / Д.В. Викторов // Вестник Южно-Уральского государственного университета. Серия: Образование, здравоохранение, физическая культура. – 2015. – Т. 15. – № 2. – С. 5-10.
4. Бойцов, С.А. Организация проведения диспансеризации и профилактических медицинских осмотров взрослого населения. Методические рекомендации. Издание 2-е с дополнениями и уточнениями / С.А. Бойцов, П.В. Ипатов, А.М. Калинина и др. – М., 2013. – 83 с.
5. Кокорина, О.Р. Здоровьесбережение студентов в период адаптации к условиям профессионального обучения / О.Р. Кокорина //

Среднее профессиональное образование. – 2011. – № 6. – С. 27-29.

6. Яковлева, Т.В. Механизмы формирования единой профилактической среды в Российской Федерации / Т.В. Яковлева, А.А. Иванова, В.Ю. Альбицкий // Российский педиатрический журнал. – 2015. – Т. 18. – № 3. – С. 28-31.

7. Зелионко, А.В. Использование компетентностного подхода к оценке медицинской информированности и приверженности городских жителей здоровому образу жизни / А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – Т. 53. – № 4. – С. 42-48.

8. Авдеева, М.В. Медицинская информированность и удовлетворённость жителей Санкт-Петербурга медицинской помощью профилактического профиля / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – Т. 51. – № 2. – С. 14-18.

9. Osterberg, L. Adherence to medication / L. Osterberg, T. Blaschke // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 353. – № 5. – P. 487-497.

10. Corrado, A.C. Mechanisms underlying the benefits of anticonvulsants over lithium in the treatment of bipolar disorder / A.C. Corrado, J.P. Walsh // Neuroreport. – 2015. – Режим доступа <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26702549>.

11. Авдеева, М.В. Медико-биологические и социально-поведенческие детерминанты риска здоровью, определяющие приоритетные задачи индивидуального и семейно-группового обучения населения основам первичной профилактики / М.В. Авдеева, В.С. Лучкевич, Ю.В. Лобзин // Российский семейный врач. – 2014. – № 3. – С. 23-28.

12. Sabate, E. Adherence to long-term therapies: evidence for action. – Geneva: World Health Organization, 2003. – Режим доступа http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.

М.В. Авдеева

Тел.: 8-911-728-73-21

E-mail: Marina.Avdееva@szgmu.ru

А.В. Зелионко, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов. Принципы формирования у населения здоровьесберегающего поведения на основе компетентностно-деятельного подхода // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета. – 2017. – Т. 9. – № 2. – С. 97-102.

PRINCIPLES OF FORMATION IN THE POPULATION HEALTH SAVING BEHAVIOR
BASED ON COMPETENCE-ACTIVE APPROACH

A.V. Zelionko, V.S. Luchkevich, M.V. Avdeeva, V.N. Filatov

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov,
Saint-Petersburg, Russia

Summary: The article presents the characteristics of the main risk factors and shows the need to involve the family, educational and medical resources, depending on the features of risk factors affecting different stages of human life. It was found that high medical awareness does not affect negotiability of citizens in medical institutions and adherence to a healthy lifestyle. The high frequency of individuals (35.1%), knowledgeable about the principles of health preservation and able to carry them out, but do not applying their medical knowledge and skills in practice, was revealed. One of the ways to improve adherence of health saving behavior of the population is a dynamic monitoring of the implementation of health recommendations according to the primary accounting documents.

Key words: prophylaxis, medical awareness, health literacy, healthy lifestyle, health protection

Authors

M.V. Avdeeva

Tel.: 8-911-728-73-21

E-mail: Marina.Avdeeva@szgmu.ru

A.V. Zelionko, V.S. Luchkevich, M.V. Avdeeva, V.N. Filatov. Principles of formation in the population health saving behavior based on competence-active approach // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – Т. 9. – № 2. – P. 97-102.