

Таким образом, последствия безработицы представляют серьезнейшую социально-экономическую угрозу безопасности страны. Решение данной проблемы и доведение ее до приемлемого уровня может быть осуществлена посредством комплекса представленных мер.

Список литературы

1. Гусейнов Р. М., Семенихина В. А. Экономическая теория : учебник. М. : Омега-Л, 2016. 439 с.
2. Грязнова А. Г. Макроэкономика. Теория и российская практика : учебник / под ред. проф. А. Г. Грязновой, проф. Н. Н. Думной. М. : КНОРУС, 2016. 680 с.
3. Грязнова А. Г. Экономическая теория : учеб. пособие / под ред. проф. А. Г. Грязновой, В. М. Соколинского. М. : КНОРУС, 2016. 467 с.
4. Рязанцев С. В. Мировой рынок труда и международная миграция. Экономика, 2016. 303 с.
5. Федеральная служба государственной статистики. URL: <http://www.gks.ru/>

УДК 614.2:616-084

ИССЛЕДОВАНИЕ УРОВНЯ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМИРОВАННОСТИ И ЗДОРОВЬЕСБЕРЕГАЮЩЕГО ПОВЕДЕНИЯ У РАЗЛИЧНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ

Р. А. Набиев, А. В. Шевченко

Астраханский государственный технический университет

В статье рассматриваются аспекты улучшения здоровья населения за счет повышения уровня его медицинской информированности и мотивации здоровьесберегающего поведения.

Ключевые слова: *здравоохранение, медицинская информированность, здоровьесберегающее поведение.*

The article discusses aspects of improving human health by increasing the level of health awareness and motivating healthy behavior.

Keywords: *health care, medical awareness, health-preserving behavior.*

На современном этапе развития отечественного здравоохранения приоритетным направлением определено улучшение здоровья населения на основе формирования здорового образа жизни и стимулирования профилактической активности населения. Укрепление здоровья является многоуровневым процессом, и априори предполагает системное участие государства по формированию ответственности индивидуума за свое здоровье. Отметим, под укреплением здоровья понимается процесс, позволяющий индивидууму осуществлять деятельность по сохранению своего здоровья на основе формирования знаний, умений, навыков и мотивации в рамках здоровьесберегающего поведения.

Объектом настоящего исследования выступили группы городских и сельских жителей с различным уровнем медицинской информированности и мотивированности к здоровьесбережению. Предметом исследования являлись медико-социальные критерии, характеризующие уровень медицинской информированности, установок на здоровый образ жизни и готовности к здоровьесбережению, а также организационные мероприятия, способствующие системному формированию здоровьесберегающего поведения населения.

Исследование проводилось среди репрезентативной по численности группы городского и сельского населения старше 18 лет в различных лечебно-профилактических учреждениях г. Астрахани и области (общее число обследованных – 410 чел.).

В соответствии с целью исследования были решены задачи:

- анализ показателей основных видов функционирования в структуре качества жизни с распределением населения по группам риска и этапам жизнедеятельности, оценки уровня медицинской информированности населения;
- анализ формирования медицинских знаний, навыков и умений по укреплению здоровья на разных этапах формирования здоровьесберегающего поведения.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения «качество жизни - оптимальное состояние и восприятия отдельными людьми и населением в целом степени удовлетворенности их физических, эмоциональных, социальных и прочих потребностей и возможностями для достижения самореализации и благополучия» [1].

Ряд отечественных публикаций свидетельствует о необходимости использования комплекса показателей, которые характеризуют отношение людей к своему здоровью: уровень медицинской информированности; ценностные установки в сфере здоровья; деятельность человека по сохранению своего здоровья, самооценка здоровья (с учетом возможностей и качеств человека, с осознанием им жизненной перспективы и места среди других людей) [2].

При этом отдельные авторы связывают показатели медицинской информированности населения с эффективностью профилактической деятельности системы здравоохранения, отмечая высокую социальную обусловленность здоровья, влияние отношения к здоровью населения на показатели здоровья и качества жизни. Отмечается необходимость внедрения новых организационных форм индивидуальной и семейно-групповой первичной профилактики с учетом особенностей медицинской информированности населения [3].

К сожалению, результаты научных публикаций свидетельствуют о недостаточной эффективности профилактической деятельности существующих медицинских организаций, нерелевантности системы контроля и

критериев оценки деятельности медицинских организаций и врачей в рамках профилактического консультирования. При этом указывается, профилактическое консультирование должно носить адресный характер с учетом особенностей формирования здоровьесберегающих компетенций и поведения у жителей на различных этапах жизнедеятельности.

Отмечено, что:

- на федеральном уровне до настоящего времени не регламентированы основные виды деятельности субъектов здоровьесформирующего процесса (семья, воспитатели, учителя, медицинские работники и др.) и отсутствуют обоснования по использованию современных методов организации и формирования системы медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения различных групп населения;

- на региональном уровне проводится недостаточно медико-социальных исследований по анализу условий и факторов риска, воздействующих на формирование медицинской информированности, здоровье и качество жизни населения, его мотивацию к здоровьесберегающей деятельности.

Выявленные в процессе комплексного медико-социального и организационного исследования закономерности формирования здоровьесберегающего поведения и здоровьесберегающей деятельности позволили представить «здоровьесберегающую компетентность» как накопленную систему медицинских знаний о факторах риска для здоровья и способность адекватной и активной реализации умений и навыков здоровьесбережения, обеспечивающих физическое, социальное, психическое благополучие и улучшение качества жизни различных групп населения.

При этом «здоровьесберегающее поведение» – это:

- активная, осознанная деятельность по накоплению и повышению уровня медицинской информированности о влиянии факторов риска образа жизни и среды обитания на здоровье человека и реализация умений и навыков, необходимых для обеспечения своевременной адаптации организма к изменяющимся условиям на этапах жизнедеятельности, предупреждения расстройств функции органов и систем организма с улучшением качества жизни;

- процесс, развивающийся на всех этапах жизнедеятельности и на всех уровнях жизнеобеспечения (популяционном, региональном, профессионально-коллективном, семейно-индивидуальном и др.).

Для изучения качества жизни, связанного со здоровьем, нами использован опросник, состоящий из 85 вопросов, составляющих 10 шкал по признакам: социально-экономическое благополучие семьи; физическое функционирование; социально-бытовая адаптация, самостоятельность и способность к самообслуживанию; общественная активность; удовлетворенность жизнью и жизнеспособность; психоэмоциональное благополучие; симптомы, донозологические состояния; показатели клинко-функциональных субъективных состояний; медицинская деятельность по укреплению здоровья.

Балльная оценка различных видов функционирования по отдельным шкалам позволила оценить уровень вероятной значимости признаков качества жизни и произвести распределение жителей по группам риска: группа минимального риска (более 70 баллов); группа среднего риска (61–70 баллов); группа критического риска (до 60 баллов).

С целью оценки уровней медицинской информированности, мотивации и готовности к здоровьесберегающему поведению населения с анализом возможности формирования медицинских знаний, навыков и умений по укреплению здоровья на разных этапах жизнедеятельности были выделены отдельные этапы жизнедеятельности в группе городских и сельских жителей (в том числе: детский (домашний и дошкольный), подростковый (школьный и профессионально-образовательный), зрелый (профессионально-трудовой и пенсионный)). Этапы были определены с учетом 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.

Это позволило определить уровни медицинской информированности и установок на здоровьесбережение, необходимую мотивацию с учетом ведущих детерминант риска жизнедеятельности, а также приоритетную роль воздействия членов семьи, педагогов (воспитатели и учителя), медицинских работников, государственных средств массовой информации. Кроме того, были определены и сгруппированы основные и приоритетные медицинские знания, умения и практические навыки по здоровьесбережению, способствующие медико-социальной активности и профилактической деятельности по предупреждению воздействия специфических факторов риска, наиболее вероятных для населения конкретных возрастных групп (с учетом их социального и профессионального статуса) в соответствии с таблицей 1.

Оценка уровня медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения проводилась по 17 основным структурированным признакам, представленных в 3 шкалах. Были определены и выбраны приоритетные критерии, детерминирующие уровень медицинской информированности и готовность к здоровьесберегающей деятельности обследуемых, определен уровень информированности жителей о состоянии их здоровья и факторах риска заболеваний, оценивалась компетентность в области влияния условий жизнедеятельности и методов профилактики заболеваний, приоритетности мероприятий и основных направлений деятельности по укреплению собственного здоровья. При этом чем выше балл по отдельным шкалам и суммарный показатель, тем выше медицинская информированность и вероятность здоровьесберегающего поведения обследуемого индивидуума.

Обобщение результатов исследования позволило обосновать организационно-профилактических мероприятий по совершенствованию системы формирования здоровьесберегающего поведения и улучшения качества жизни населения на территории.

Таблица 1

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

<i>Этап</i>	<i>Периодизация</i>	<i>Уровень информации</i>	<i>Ведущие детерминанты риска жизнедеятельности</i>
Детский	1) Домашний период (до 3 лет)	Первичный	Социальные факторы и условия жизнедеятельности в семье с приоритетным влиянием родителей и образа жизни семьи
	2) Дошкольный период (3–7 лет)		
Подростковый	1) Школьный период (7–16 лет)	Базовый с учетом особенностей образа жизни ребенка	Поведенческие факторы риска образа жизни, условий обучения и образа жизни семьи.
	2) Профессионально-образовательный период (16–25 лет)	Специализированно-образовательный с учетом факторов риска образа жизни	Условия жизнедеятельности и факторы риска среды обитания, трудового процесса и социальной среды
Зрелый	1) Профессионально-трудовой период (женщины – 25–55 года; мужчины – 25–60 лет)	Специализированно-профессиональный с учетом факторов риска трудового процесса и условий жизнедеятельности	Медико-биологические факторы риска. Экологические факторы риска. Профессионально-производственные факторы риска. Хозяйственно-бытовая деятельность и условия проживания. Выраженность донозологических состояний и симптомов. Условия социально-гигиенического функционирования, психоэмоционального статуса семьи. Медико-социальная активность и профилактическая деятельность
	2) Пенсионный период (женщины – старше 55 лет; мужчины – старше 60 лет)	Дополнительный, лечебно-оздоровительный	

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. URL: <http://www.who.int/ru/>
2. Акишкин В. Г., Квятковский И. Е., Путина С. А. Региональное здравоохранение в условиях институциональных преобразований: экономико-финансовый аспект : монография. Волгоград : Волгоградское науч. изд-во, 2014. 276 с.
3. Акишкин В. Г., Зверев В. В., Набиева А. Р. и др. Организационно-экономический механизм эффективного управления здравоохранением в условиях кризиса : монография / под общ. ред. д.э.н., проф. Р. А. Набиева. М. : Перо, 2017. 548 с.