

УДК 614.2

Социальное благополучие и необходимая информированность пациентов поликлиники о школах здоровья

Андреева О.В.¹, Одинцова В.В.¹, Фесюн А.Д.¹, Гуревич К.Г.², Бурдюкова Е.В.²

¹ — Государственное бюджетное учреждение г.Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения г.Москвы», 129090, Москва, Большая Сухареvская площадь, д. 5/1, стр. 1, тел. (499) 940 99 72

² — Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Московский государственный медико-стоматологический университет им. А.И. Евдокимова» Министерства здравоохранения РФ, 127473, Москва, ул. Делегатская, д. 20/1, тел. (495) 681 88 31

Школы здоровья активно развиваются в центрах здоровья Москвы с 2009 г., и их концепция предполагает направленность в первую очередь на профилактику заболеваний, формирование здорового образа жизни. Особо актуальным становится информированность населения о школах здоровья, готовность принять в них участие, и роль таких важных параметров, как проактивное поведение и эмоциональное благополучие в формировании здорового образа жизни. В исследовании приняли участие 137 пациента на базе московской городской поликлиники. Методы исследования: анкета на оценку образа жизни и отношения к школам здоровья; семантический дифференциал «Список чувств», методика BIG 5, методика «Проактивное совладающее поведение». Результаты исследования показали недостаточный уровень информированности о школах здоровья и готовности принять в них участие у посетителей поликлиники при одновременном запросе на информацию о здоровье, зависимость информированности посетителей от готовности медицинского персонала предоставлять необходимую информацию, а также роль параметров эмоционального благополучия в приверженности здоровому образу жизни.

Ключевые слова: здоровый образ жизни, эмоциональное благополучие, школы здоровья, амбулаторное звено

Введение

В настоящее время центральной стратегией в первичном звене медицинской помощи является профилактика заболеваний и продвижение здорового образа жизни. Изменение парадигмы медицинской отрасли с лечения на профилактику связано с возможностью увеличения продолжительности и качества жизни за счет превентивных технологий, а также за счет снижения возможной конечной стоимости медицинских услуг. Увеличение доли хронических заболеваний и понимания того, что поведение и образ жизни играют ключевую роль в улучшении здоровья, предполагает повышение внимания к выбору образа жизни и здоровьесберегающим поведенческим стратегиям [1].

В целом можно выделить два подхода к продвижению здорового образа жизни:

- 1) предоставление информации или обучение в области здоровья (обучающий подход);
- 2) мотивация людей к поведенческим изменениям (социально-когнитивный подход).

Обучение всегда было центральной стратегией продвижения здорового образа жизни. Обучение в области здоровья предполагает сочетание коммуникации о риске и советов по поведению (знания), а также развитие жизненных навыков. Такой подход предполагает, что человек практикует нездоровые поведенческие модели образа жизни, потому что не понимает, что они плохи для его здоровья, и что если будет скорректирована информация и улучшены навыки, то человек будет делать здоровые выборы (ВОЗ, 2012).

Наряду с обучающим подходом к продвижению здоровья, достаточно недавно психология сфокусировалась на изучении того, как люди воспринимают и реагируют на информацию, которую они получают о здоровье и поведении. Часто это описывается как социально-когнитивный подход к поведенческим изменениям. Социально-когнитивный подход предполагает, что поведенческие выборы являются отражением того, как люди воспринимают мир и думают о нем. Как следствие, если мы сможем понять, как люди думают, то будем способны повлиять на их способ принимать решения о том, как себя вести. Ключевым аспектом этого подхода является признание того, что разные люди могут воспринимать одни и те же вещи по-разному. В отношении выборов, касающихся образа жизни, один человек может воспринимать катание на велосипеде после работы как приятный способ развеяться после работы, в то время как другой не может даже подумать о катании на велосипеде домой в конце изнурительного рабочего дня. Здесь нужно уделить внимание не только использованию здоровых привычек, но и поддержанию вновь приобретенных привычек. Изменения образа жизни должны быть долгосрочными, чтобы улучшить результаты здоровья, но, к сожалению, многие люди, начинающие вести здоровый образ жизни, вскоре останавливаются. Например, одно исследование показало, что около 50% людей, которые начали программу по физической активности, останавливаются спустя 6 месяцев. Такие психологические концепции, как саморегуляция, привыкание и стадии изменений, анализируют долгосрочные аспекты в отношении поведенческих изменений [2].

В многочисленных исследованиях определяются факторы, связанные с образом жизни, окружающей средой и генетическими особенностями человека, способствующие развитию и прогрессированию неинфекционных заболеваний. В России увеличение неинфекционных заболеваний в основном обусловлено большой распространенностью таких факторов образа жизни, как курение, злоупотребление алкоголем, нерациональное (нездоровое) питание, низкая физическая активность [3]. Следует отметить, что Москва является одним из крупнейших мегаполисов мира, и имеет свои проблемы, несопоставимые с другими субъектами Российской Федерации, в частности очень остро стоит проблема экологии; большинство горожан тратят существенную часть времени в течение дня на перемещение из одной части города в другую, что уменьшает резерв времени для занятия спортом [4]; кроме того, проживание в больших городах связано с большим количеством стрессовых факторов. Диспансеризация в 2013 г. выявила следующую распространенность факторов риска развития хронических неинфекционных заболеваний в Москве: нерациональное питание 32% (от общего числа лиц, прошедших диспансеризацию), низкая физическая активность — 29%, курение табака — 26%, избыточная масса тела/ожирение — 20%, высокий уровень стресса — 7%, риск пагубного потребления алкоголя — 1% [5].

Специалисты здравоохранения на основе принципов доказательной медицины принимают решение о том, что рискованно, а что безопасно для здоровья, предоставляя огромное количество информации о «правильном» способе поведения (правильном питании, количестве потребления алкоголя, объеме физической нагрузки, правилах гигиены и т.п.). Посредством коммуникации о риске правительство и ряд неправительственных организаций информируют население как о затратах, связанных с нездоровым поведением (например, чрезмерное употребление алкоголя), так и о затратах избегания здорового поведения (например, поддержание физически активной формы). Должно быть принято «правильное» восприятие риска, чтобы на его основе появилось принятое «правильное» решение в отношении образа жизни. Однако, на протяжении более чем двадцати лет коммуникация о рисках, связанных со стилем жизни, не затрагивала вопрос поведенческих выборов, касающихся стиля жизни. Предполагалось, что население не понимает правильно риски и поэтому придерживается нездоровых стратегий поведения, значит нужно предоставить как можно больше аргументированной информации о факторах рисках и тогда люди сделают выбор в сторону сохранения здоровья. Однако в настоящее время большое количество исследований показывает, что люди понимают риски, связанные с нездоровым образом жизни, но при этом не хотят менять свое поведение [1]. Современная концепция здоровья считает необходимым привлечение пациента к решению его собственных проблем [6]. Здоровье рассматривается не просто как «жизнь, свободная от роковых болезней, это социально активная жизнь для максимального большего числа людей» (Оттавская хартия ВОЗ, 1986). Именно эти принципы лежат в основе организации школ пациентов, которые используются во всем мире. Это предполагает новый взгляд на пациента, где он рассматривается как активный участник формирования своего здоровья, и новый тип отношения пациента к своему здоровью, как к определенной ценности.

В нашей стране накоплен большой опыт проведения школ здоровья и школ пациента, которые на практике изначально были направлены на граждан группы риска (с артериальной гипертензией, бронхиальной астмой, сахарным диабетом и другими хроническими заболеваниями). Однако с появлением в России в 2009 году инновационных для мировой практики здравоохранения центров здоровья (Приказ Минздравсоцразвития России №597н от 19 августа 2009 г. «Об организации деятельности центров здоровья по формированию здорового образа жизни у граждан Российской Федерации, включая сокращение потребления алкоголя и табака») был сделан акцент на изначальной концепции школ здоровья — направленности на здорового человека и повышение его информированности, практических навыков ведения здорового образа жизни, мотивации к необходимым изменениям в стиле жизни. С 2012 года центры здоровья поддерживаются подпрограммой «Здоровый образ жизни» Государственной программы города Москвы на среднесрочный период (2012—2016 годы) «Развитие здравоохранения города Москвы (Столичное здравоохранение)». В рамках этой подпрограммы проводятся мероприятия по профилактике, раннему выявлению и лечению заболеваний, формированию здорового образа жизни, в том числе снижению уровня факторов риска развития заболеваний, и санитарно-гигиеническое просвещение. Центры здоровья создаются на функциональной основе в государственных учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и учреждениях здравоохранения муниципальных образований. На данный момент в систему первичной и вторичной медицинской профилактики города Москвы входят 65 центров здоровья, в том числе 18 центров здоровья для детей, 62 отделения медицинской профилактики и городской центр профилактики хронических неинфекционных заболеваний [5]. Помимо мониторинга факторов риска центры здоровья проводят обучение в виде индивидуальных консультаций и занятий в школах здоровья.

Основными функциями школ здоровья являются обучение способам первичной и вторичной профилактики заболеваний, формирование представлений о здоровом образе жизни и ответственного отношения к собственному здоровью, ознакомление граждан с наиболее часто встречающимися, социально значимыми заболеваниями [7].

За 2012—2013 гг. В школах здоровья в Москве прошли обучение около 195 тыс. чел. [5].

Врач является сосредоточением актуальной специализированной информации, и его роль в передаче этой информации пациенту очень важна. Диалог врача с пациентом должен быть направлен на объяснение необходимости проведения тех или иных профилактически или лечебных процедур, факторов, влияющих на состояние здоровья, роли образа жизни, а также предоставление информации о возможностях изменения образа жизни, которые на данный момент имеются в системе здравоохранения города [8].

Для изучения информированности пациентов поликлиники о школах здоровья, имеющихся факторах риска, отношения к процессу лечения нами было проведено исследование на базе городской поликлиники г.Москвы, которая в своей структуре не имеет центра здоровья, не проводит школ здоровья. На этом примере можно будет

увидеть ведется ли достаточная работа врачей по информированию прикрепленного населения относительно возможностей обучения по вопросам здоровья в существующих в Москве центрах здоровья. Мы изучали как осведомленность пациентов о школах здоровья и ключевые аспекты образа жизни, так и психологические характеристики — эмоциональное благополучие, личностные характеристики, поведенческие особенности.

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в городской поликлинике №6 Филиал №5 в октябре 2014 г. В нем приняли участие 137 чел., 69,3% женщин и 30,6% мужчин, в возрасте от 18 до 89 лет, средний возраст — 49 лет. Образовательный уровень участников: среднее образование 15,3%, среднее специальное — 38%, высшее — 46,7%. В браке состоят 56,2% участников, разведены 15,3%, вдовствуют 11,6%, холосты 16,8%. Все пациенты высказали письменное добровольное информированное согласие на участие в опросе.

Участникам предлагалось заполнить разработанную нами анкету на оценку здоровья, выбрав варианты ответов на вопросы, характеризующие их самочувствие, отношение к здоровому образу жизни, процессу лечения и здоровью в целом. Анкета была составлена группой экспертов и прошла валидацию в пилотном исследовании у 20 чел. Данное исследование показало, что вопросы хорошо и однозначно воспринимаются пациентами, анкета имеет высокий коэффициент раздельного коррелирования (коэффициент Гутмана $0,9 \pm 0,1$, $p < 0,01$), и внутреннее постоянство (значение α — Кронбаха $0,9 \pm 0,2$, $p < 0,01$), т.е. использованная анкета является валидной.

Также каждому испытуемому предлагалось заполнить три психологические методики: семантический дифференциал «Список чувств» для составления профиля основных переживаемых на данный период эмоций и чувств; «Большая пятерка» (краткая версия на основе «пятифакторной модели личности», Goldberg L.R., 1992) для оценки личностного профиля по шкалам экстраверсии, самосознания, сотрудничества, эмоциональной стабильности, личностных ресурсов; методику «Проактивное совладающее поведение» (Аспинвалл, Шварцер, Тауберт, 1999) для оценки копинг-стратегий преодоления. Предполагается, что данные параметры влияют на отношение пациентов к своему здоровью, образу жизни и взаимодействию с врачом.

В качестве математико-статистической обработки данных были использованы частотный анализ, анализ средних значений, корреляционный анализ с применением коэффициента корреляции г-Спирмена, сравнение средних значений с помощью t-критерия равенства средних, попарное сравнение зависимых выборок с помощью t-критерия равенства средних и коэффициента Т-Вилкоксона.

Результаты и их обсуждение

Анализируя ответы пациентов поликлиники, принявших участие в исследовании, 27% обратились в поликлинику по данному заболеванию впервые, 18,2% обратились повторно в связи с гастроэнтерологическими заболеваниями, 13,8% — с пульмонологическими, 32,1% — с жалобами на сердечно-сосудистые заболевания, 8,7% — с системными заболеваниями. Причиной обращения в поли-

клинику 63,5% участников назвали жалобы на состояние здоровья и обострение симптомов, 30,6% обратились для получения справок, рецептов, направлений и 5,8% проходят процедуры в поликлинике. Регулярно раз в месяц поликлинику посещают 18,9% участников, два-три раза в год — 26,2% участников, раз в год — 24,8% и раз в несколько лет — 24% участников. Опыт госпитализации был у 68,7% участников (из них 11,5% регулярно проходят лечение в стационаре).

Участникам предлагалось субъективно оценить состояние своего здоровья. Большинство участников оценивает состояние своего здоровья на среднем уровне (71,5%), в то время как 18,2% участников оценили свое состояние в целом лучше, чем у сверстников, и 10,2% считают, что состояние их здоровья хуже, чем у сверстников.

В отношении ответственности за процесс выздоровления на первое место респонденты ставят ответственность пациента (60%), ответственность врача (46%) и системы здравоохранения в целом (33%), менее значимыми факторами расцениваются материальные средства и семья. При этом 21% считают, что выздоровление не является ответственностью больного, а 20% считают, что выздоровление не является ответственностью лечащего врача. Роль внешних обстоятельств в процессе выздоровления отмечают лишь 28,4% участников. Все это свидетельствует о достаточно активной позиции более половины респондентов в отношении своего здоровья, лечения, а, значит, о возможной расположенности к поведенческим изменениям образа жизни при соответствующем информировании. Это подтверждают и результаты, полученные по методике на определение стратегий совладающего поведения, среди которых наибольшие значения получены по стратегии проактивного преодоления, предполагающей направленность на достижение важных целей за счет целеполагания, саморегуляции, собственные ресурсы, и по стратегии рефлексивного преодоления, при которой поведенческие альтернативы оцениваются через размышление и сопоставление вариантов.

На вопрос о необходимости контролировать собственный вес 86,1% пациентов отмечают, что в той или иной степени контролируют свой вес, лишь 8,7% не считают это необходимым. 69,3% участников не курят, 30,6% — курят. Отказываются от употребления алкогольных напитков 68% участников, 32% участников отметили, что употребляют алкогольные напитки. Физические упражнения регулярно выполняют 18,2% участников исследования, 35% участников отмечают, что выполняют упражнения иногда, 21,9% участников исследования редко выполняют физические упражнения и 24,8% участников пренебрегают физическими упражнениями. Достаточное количество сна имеют 32% участников, 20% спят недостаточно и 33% затрудняются с ответом. Таким образом, у половины опрошенных можно отметить некоторую ориентированность на здоровый образ жизни, который в большей степени характеризуется отказом от курения, употребления алкогольных напитков, на которые в большей степени делается упор в обществе (через СМИ и т.п.). Одновременно с этим недостаточно сформированы навыки, связанные с контролем своего физического состояния — регулярностью физических упражнений, сном. Здесь можно говорить о недостатке информации о навыках физической активности у населения в целом. Так, зачастую под занятиями физическими упражнениями подразумева-

ется посещение спортивного клуба, но при этом нет культуры самостоятельного контроля физической нагрузки в виде регулярных самостоятельных упражнений, физической активности (велосипед, ходьба быстрым шагом и т.п.).

При сравнительном гендерном анализе женщины демонстрируют более высокие показатели по всем факторам здорового образа жизни, кроме количества сна: они больше уделяют внимание контролю веса, физическим упражнениям, меньше курят и злоупотребляют алкоголем, однако чаще отмечают недосыпание. В связи с этим мужчин можно выделить как особую целевую группу для информирования по вопросам здорового образа жизни. В ходе исследования с помощью факторного анализа выборка была поделена на группы эмоционально благополучных участников и эмоционально неблагополучных. Для группы эмоционально благополучных участников, в которую вошли эмоционально стабильные личности, чаще переживающие положительные эмоции, нежели отрицательные, характерно следующее: они принимают на себя ответственность за выздоровление (показатель корреляции $-.190^*$), отличаются высоким уровнем самосознания (показатель корреляции $.427^{**}$), склонны к сотрудничеству (показатель корреляции $.449^{**}$) и занимают проактивную позицию в отношении стрессовых ситуаций (показатель корреляции $.366^{**}$). Группа эмоционально неблагополучных участников, характеризующихся эмоциональной нестабильностью (показатель корреляции $-.464^{**}$), более частым переживанием отрицательных эмоций, отличается интроверсией (показатель корреляции с экстраверсией -215^*), низким стремлением к самосовершенствованию (-203^*). Корреляционный анализ показывает, что качество сна значимо коррелирует с частотой переживания эмоций злости ($.224^{**}$) и раздражения ($.198^*$), плохое самочувствие по утрам отрицательно кор-

релирует с эмоциональной стабильностью ($-.182^*$), т.е. параметры эмоционального благополучия в первую очередь связаны с фактором сна, влияют на качество сна, жизненный тонус в целом. Более высокие показатели эмоциональной стабильности характерны для тех респондентов, которые уделяют внимание контролю веса и физическим упражнениям, не курят и не злоупотребляют алкоголем. Эти результаты свидетельствуют о том, что аспекты эффективной эмоциональной саморегуляции могут представлять особое значение в поведенческих изменениях, и должны учитываться при формировании здорового образа жизни.

50% участников никогда не слышали о школах здоровья, 29% участников указывают, что «что-то слышали», достаточной информацией владеет 14% участников и 7% участников уже принимают участие в школах здоровья. 74% либо не помнят рекомендаций по школам здоровья не поняли, либо отмечают, что такой информации не было, только 26% респондентов указывают на то, что школы здоровья были рекомендованы врачом на приеме в поликлинике.

Все эти данные говорят о недостаточной информированности населения о школах здоровья. Отсутствие достаточной информации приводит к тому, что почти половина респондентов не видят в них необходимости, не заявляют о своем запросе открыто. На вопрос «Готовы ли Вы участвовать в школе здоровья?» 34,3% участников говорят о своей неготовности принимать участие в школе здоровья, 26,3% участников затрудняются, 27,7% участников предполагают, что примут участие в школе здоровья с определенной долей вероятности, и лишь 9,5% участников безусловно соглашаются.

Тем не менее, предоставив в анкете список возможных школ здоровья и спросив пациентов о том, какие из них были бы актуальны для них сейчас или в ближайшем бу-

Таблица

Выбор школ здоровья участниками исследования

Школа здоровья	Выбрали (%)
Школа здорового питания	40,88
Школа активного долголетия	26,28
Школа эндокринолога	21,9
Школа невролога	17,52
Школа здоровья для пациентов с артериальной гипертензией	15,33
Школа никотиновой зависимости	13,14
Кардио-школа (ишемическая болезнь сердца)	11,68
Онко-школа	10,22
Гастро-школа (язвенная болезнь, гастрит и т.п.)	8,76
Пульмо-школа (бронхиальная астма)	6,75
Ревмо-школа (ревматоидный артрит, остеопороз)	6,75
Школа офтальмолога	6,75
Школа уролога	5,84
Школа планирования семьи	5,11
Школа беременных	5,11
Школа родителей по воспитанию здорового ребенка	5,11
Школа будущих матерей	2,92
Школа будущих отцов	2,92
Школа инфекциониста	2,19

душем, готовность участия в школе увеличивается — 80,4% выбрали для себя какую-то из школ только по названию, иногда несколько школ, только 19,6% не отметили ни одну из школ. Наибольшей популярностью пользуются школа здорового питания, ее выбирают 40,8% участников исследования, и школа активного долголетия, ее выбирают 28,2%. И это говорит о существовании достаточно высокого запроса у населения об обучении именно по вопросам здоровья. Далее по количеству запросов идут школы по ведущим нозологиям: школа эндокринолога (21,9%), школа невролога (17,52%), школы для пациентов с артериальной гипертензией (15,33%) и кардио-школа по ИБС (11,68%), онко-школа (10,22%), а также школа преодоления табачной зависимости (13,4%). Школы по отдельным нозологиям — по бронхиальной астме, гастроэнтерологическим заболеваниям, урологическим, офтальмологическим, инфекционным — выбирают от 2,19 до 8,7% пациентов. Несколько респондентов выбрали школы планирования семьи, беременности, родителей по воспитанию здорового ребенка выбирают, школы будущих отцов и будущих матерей.

Сравнительный анализ по полу показывает, что женщины чуть выше проинформированы о школах здоровья и выражают большую готовность к участию в них, из школ здоровья чаще выбирают школу здорового питания, активного долголетия, эндокринолога, невролога, пульмонолога, онко-школу и школу офтальмолога. Мужчины по сравнению с женщинами чаще выбирают школу уролога.

Корреляционный анализ выявил связь между частотой посещений поликлиники и информированностью посетителей. Это доказывает, что участники опроса, посещающие поликлинику более регулярно, больше осведомлены о школах здоровья. Участники, указывающие о своей информированности отмечали, что школы здоровья им рекомендовал врач. Таким образом, предполагается, что информированность посетителей поликлиник о школах здоровья определяется готовностью медицинского персонала предоставлять необходимую информацию. Более того, участники, которым рекомендовал врач школу здоровья, выражают большую готовность принимать участие в ней. Средний возраст участников исследования, информированных о школах здоровья — 48,9 года.

Поскольку в поликлинике, где проводилось исследование, нет центра здоровья и соответствующих школ здоровья, то требует внимания вопрос предоставления врачами, ведущими амбулаторный прием, необходимой информации о возможностях обучения по вопросам здоровья и школам здоровья в Москве (в виде буклетов, информации о ближайших центрах здоровья и т.п.). Этот вопрос требует в том числе предоставление такой информации и самим врачам, некий алгоритм информирования пациента во время приема, показания для направлений в школы здоровья и адреса школ здоровья. Продолжительность амбулаторного приема не дает возможности уделить этим аспектам достаточного внимания, и необходимые соответствующие инструменты, обеспечивающие взаимосвязь и преемственность разных структур амбулаторного и стационарного звеньев.

Заключение

Наше исследование выявило недостаточный уровень информированности о школах здоровья у посетителей поликлиники и готовности в них участвовать. Одновремен-

но с этим результаты исследования свидетельствует о достаточно активной позиции более половины респондентов в отношении своего здоровья, готовности использовать свои личностные ресурсы для достижения целей, а значит возможной расположенности к поведенческим изменениям. Женщины демонстрируют большую приверженность здоровому образу жизни, чем мужчины. Таким образом, школы здоровья могли бы стать эффективным инструментом для улучшения поведения в области здоровья.

Нами обнаружена взаимосвязь готовности посетителей участвовать в школах с готовностью медицинского персонала предоставлять необходимую информацию. В связи с этим встает вопрос о необходимости разработки мер по донесению информации о возможностях и преимуществах участия в школах здоровья до населения, обучения врачей, ведущих амбулаторный прием, в отношении того, как они должны предоставлять эту информацию. Профилактическая деятельность включена в квалификационные требования врача в Федеральный государственный образовательный стандарт третьего поколения, и эффективность формирования здорового образа жизни и профилактики заболеваний зависит от включенности в это медицинских работников.

Повысить качество информирования населения можно за счет алгоритмов прямой передачи информации о школах (в каких случаях показаны и какие возможности существуют) и информационных материалов, особенно в тех учреждениях, где центров здоровья нет. Можно предложить включить показатель количества обученных в школах здоровья в качестве ключевого показателя подпрограммы «Здоровый образ жизни» Государственной программы «Столичное здравоохранение».

Эмоциональное благополучие связано с качеством в жизни в целом и проактивной позицией в стрессовых ситуациях, с факторами здорового образа жизни. Вопросы эмоциональной саморегуляции важны для формирования здорового образа жизни, и могут учитываться в программах обучения в школах здоровья.

Существует несколько ограничений данного исследования. В первую очередь, это ограниченность выборки: для более подробного изучения данного вопроса необходимы более обширные социологические и психологические исследования. Вторым ограничением является ограниченный набор методов исследования, что определяется трудоемкостью заполнения психологических методик, в связи с чем не были изучены важные поведенческие переменные, влияющие на отношение к здоровому образу жизни. Для получения более объективной картины о процессе трансляции информации о здоровом образе жизни врачами пациенту необходимо изучение второй стороны коммуникации — врачей, а при возможности изучение непосредственных видеозаписей амбулаторных приемов (аналоги подобных исследований есть за рубежом: Pensing et al., 2003; Noordman et al., 2010). Также дальнейшим исследованием могло бы быть опрос участников школ здоровья для изучения наиболее эффективных каналов передачи информации о школах здоровья и оценке результативности школ.

Реально повысить показатели здоровья населения возможно через глубокие личностные изменения отдельного человека, осознания им ценности своего здоровья и собственной жизни в целом. На сегодня в мире

имеется много информации о здоровом образе жизни, о факторах риска развития заболеваний, моделях поведения и навыках, которые ведут к улучшению состояния здоровья. Есть информация о том, как нужно сбалансированно питаться, сколько заниматься физической активностью, сколько спать и т.п., опирающаяся на данные многочисленных международных исследований [9]. Использование этой информации и контроль своего стиля жизни лежит исключительно в ответственности самого гражданина. И в этом случае важно, как человек воспринимает реальность, когда проявляет нерациональное рискованное в отношении своего здоровья, насколько принимает информацию о факторах риска, каким образом осознает зону своей ответственности и за что в целом готов брать ответственность. Тогда фокус внимания в формировании здорового образа жизни может переместиться с традиционного предоставления информации о рисках на то, как мотивировать людей к поведенческим изменениям в области здоровья. Ключевой задачей государственной системы в данном вопросе становится создание условий для изучения гражданами информации о влиянии образа жизни на здоровье, формирования соответствующих навыков и условий для реализации здорового образа жизни.

Список литературы

1. Nordman J., Verhaak P., Van Dulmen S. Discussing patients's lifestyle choices in the consulting room: analysis of GP-patient consultations between 1975 and 2008 // BMC Family Practice. — 2010. — 11:87.
2. Upton D., Thirlaway K. Promoting Health Behaviour. A Practical Guide. — Routledge. Taylor&Finance Group. London & N. Y., 2014.
3. Бойцов С.А., Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я., Калинина А.М., Ипатов В.В. Комплексная программа профилактики неинфекционных заболеваний: планирование, реализация, оценка // Профилактическая медицина. — 2012. — Т. 15, №1. — С. 3–18.
4. Юшук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. — М.: Перо, 2012.
5. Отчет о реализации государственной программы «Столичное здравоохранение» за 2013 год.
6. Михайлова Н.В. Школа пациента как инструмент улучшения качества медицинской помощи // Заместитель главного врача. — 2010. — Ноябрь.
7. Галь И.Г., Винникова Т.И. Актуальные проблемы формирования школ здоровья // Главная медицинская сестра. — 2010. — №8. — С. 25–29.
8. Гуревич К.Г., Фабрикант Е.Г. Укрепление здоровья. — М., Професионал, 2010.
9. Bensing J.M., Roter D.L., Hulsman R.L. Communication Patterns of Primary Care Physicians in the United States and the Netherlands // J. Gen. Intern. Med. — 2003. — 18. — 335–342.
10. Школы здоровья: <http://mosgorzdrav.ru> (сайт Департамента здравоохранения города Москвы).

Поступила 15.09.2014

Social well-being and the needed information about health schools of the patients polyclinics

Andreeva O.V.¹, Odintsova V.V.¹, Fesyun A.D.¹, Gurevich K.G.², Burdyukova E.V.²

¹ — Scientific and Practical Center for Strategic Research of Moscow Health Department

² — Moscow State University of Medicine and Dentistry named after A.I. Evdokimov

Health schools are actively developing in health centers in Moscow since 2009, and their concept assumes aimed primarily at preventing diseases, promotion of healthy lifestyles. Particularly relevant is awareness of the School of Health, the willingness to take part in them, and the role of such important parameters as proactive behavior and emotional well-being in a healthy lifestyle. The study involved 137 patients on the basis of the Moscow city clinic. Methods: questionnaire to assess lifestyle and attitude to school health; semantic differential «List of the senses», a technique BIG 5, the method of «coping behavior». The results showed a lack of awareness about the health and readiness of schools to participate in clinics, while visitors request information about health, awareness of dependence on the willingness of visitors to the medical staff to provide the necessary information, as well as the role of the parameters of emotional well-being in the commitment to a healthy lifestyle.

Key words: healthy lifestyle, emotional well-being, health schools, outpatient