

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ «РЕАВИЗ»
ИНСТИТУТ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ ИМ. В.А. ТРАПЕЗНИКОВА
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК

На правах рукописи

ПОЛОЗКОВ ОЛЕГ ИГОРЕВИЧ

**СОЦИАЛЬНЫЕ ДЕТЕРМИНАНТЫ
МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

Научная специальность: 3.2.3. Общественное здоровье, организация
и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
д-р мед. наук Черкасов Сергей Николаевич

Москва – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	4
Глава 1 СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)....	13
Резюме по главе 1	32
Глава 2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	34
Глава 3 ОБРАЗОВАНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	43
3.1 Влияние уровня образования населения старших возрастных групп на распространенность ответственного отношения к своему здоровью.....	43
3.2 Влияние уровня образования населения старших возрастных групп на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью	45
3.3 Влияние уровня образования на степень комплаентности населения старших возрастных групп	49
3.4 Зависимость частоты курения и употребления алкоголя населением старших возрастных групп от уровня образования.....	53
3.5 Влияние уровня образования на частоту гигиенических привычек у населения старших возрастных групп	69
Резюме по главе 3	76
Глава 4 ЖИЗНЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	78
4.1 Влияние структуры жизненных приоритетов населения старших возрастных групп на распространенность ответственного отношения к своему здоровью.....	79
4.2 Влияние структуры жизненных приоритетов населения старших возрастных групп на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью	86

4.3 Влияние структуры жизненных приоритетов населения старших возрастных групп на степень комплаентности.....	93
4.4 Зависимость частоты курения и употребления алкоголя населением старших возрастных групп от структуры жизненных приоритетов.....	100
4.5 Влияние структуры жизненных приоритетов на частоту гигиенических привычек у населения старших возрастных групп.....	126
Резюме по главе 4.....	139
Глава 5 СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП.....	141
5.1 Влияние семейного окружения на распространенность ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп	142
5.2 Влияние семейного окружения на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп.....	144
5.3 Влияние семейного окружения на степень комплаентности населения старших возрастных групп	147
5.4 Зависимость частоты курения и употребления алкоголя населением старших возрастных групп от семейного окружения.....	151
5.5 Влияние семейного окружения на частоту гигиенических привычек у населения старших возрастных групп	163
Резюме по главе 5.....	168
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	170
ВЫВОДЫ	179
РЕКОМЕНДАЦИИ.....	181
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	182
ПРИЛОЖЕНИЕ	213

ВВЕДЕНИЕ

Существующая в настоящее время теоретическая концепция формирования здоровья определяет наличие факторов, которые воздействуют на человека и способствуют как снижению, так и повышению потенциала здоровья. Отдельные факторы оказывают влияние не только на вероятность развития патологии, но и на выраженность и степень влияния других факторов риска. В некоторых случаях прямое влияние таких факторов достаточно сложно проследить. Такие факторы стали рассматривать в качестве детерминант здоровья, которые воздействуют не напрямую, а опосредованно через другие факторы риска. С учетом комплексного влияния их значимость существенно больше, чем классических факторов риска, и они имеют «определяющее значение в вопросах формирования здоровья больших групп населения». Детерминанты здоровья имеют, как правило, либо социальный, либо экономический характер [162, 168, 185, 187, 188].

Здоровье населения формируется под воздействием большего числа факторов и детерминант, в том числе и во взаимодействии с системой здравоохранения. Даже если человек непосредственно не контактирует с системой здравоохранения и ее институтами (медицинскими организациями) это влияние реализуется через общепринятые рекомендации по питанию, физической активности, режиму сна и бодрствования и т.п. Человек может следовать им полностью или частично, определяя для себя тот образ жизни, который ему наиболее комфортен. В случае проблем со здоровьем или при проведении диспансерного наблюдения (профилактических осмотров) контакты человека с системой здравоохранения становятся явными и результат этих взаимодействий во многом зависит, как от качества проводимых мероприятий (качество медицинской помощи), так и от принятия и точного выполнения пациентами данных ему рекомендаций. Эффективное взаимодействие с системой здравоохранения является значимым условием сохранения и укрепления здоровья человека. Особенно это имеет значение для старших возрастных групп, так как профилактика, а также качественное лечение выявленной патологии является необходимым условием для обеспечения высокого уровня

здоровья для представителей старших возрастных групп [8, 17, 67, 107, 109, 114, 150, 195, 209, 218, 227].

Медицинская активность может рассматриваться как потенциальный фактор, так как значимость медицинского обслуживания и эффективность деятельности системы здравоохранения для представителей старших возрастных групп имеет большое значение, намного большее, чем для более молодых групп населения, которые еще не отягощены таким грузом хронических болезней и проблем, связанных со здоровьем. Проявления медицинской активности во многом зависят от общего уровня культуры человека, образования, психологической установки, условий жизни, состояния здравоохранения, общественных отношений и других факторов. Медицинская активность в достаточной степени влияет на показатели здоровья населения [1, 5, 48, 100, 113, 116, 124, 139, 147, 172, 179, 198, 206, 216, 220, 223, 224].

Управление общественным здоровьем невозможно без знаний механизмов воздействия на него многочисленных биологических и социальных феноменов. В настоящее время описаны в той или иной степени детальности около ста различных воздействий, большинство из которых связано с образом жизни человека. Именно человек, самостоятельно определяя для себя приоритеты, формируя определенный образ жизни, во многом способствует сохранению и укреплению собственного здоровья.

Формирование здоровья старшего поколения сложный процесс, который не всегда можно объяснить с позиций только факторной теории рисков. Высокая значимость детерминант здоровья определяет необходимость их поиск и описание их воздействия не только на сами показатели здоровья, но и на факторы их определяющие.

Степень научной разработанности темы исследования

Проблема медицинской активности изучалась многими авторами [1, 5, 20, 32, 33, 48, 64, 92, 96, 100, 111, 113, 116, 124, 139, 147, 162, 168, 172, 179, 186, 187, 198, 205, 206, 216, 218, 220, 223, 224, 228].

В том числе активно изучалась и медицинская активность населения старших возрастных групп [9, 13, 17, 23, 67, 107, 109, 114, 130, 150, 156, 157, 161, 176, 203, 209, 227].

Однако, несмотря на имеющиеся публикации, формирование и управление уровнем медицинской активности населения старших возрастных групп остается мало изученной проблемой. Высокая актуальность данного вопроса и значимость его для общественного здоровья и здравоохранения определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования: научно обосновать влияние социальных детерминант на характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп.

Задачи

1. Изучить существующие подходы к концепции детерминант медицинской активности по данным литературных источников.
2. Выполнить анализ значимости образования как социальной детерминанты медицинской активности населения старших возрастных групп.
3. Оценить значимость структуры жизненных приоритетов на характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп.
4. Провести исследование влияния статуса жизненного приоритета «здоровье» на степень ответственности в отношении собственного здоровья и степень комплаентности к лечению и профилактике, распространённость гигиенических и антигигиенических привычек среди населения старших возрастных групп.
5. Изучить влияние семейного окружения на характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп.

Научная новизна исследования

В ходе настоящего исследования получены новые данные о том, что:

- ✓ Уровень образования представителей старших возрастных групп влияет на распространённость ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп.

✓ Реактивный тип является наиболее распространенной моделью поведения у пациентов в возрасте 60 лет и старше с низким уровнем образования в отношении обращений за медицинской помощью, тогда как активный тип более распространен у лиц с высоким уровнем образования.

✓ Уровень образования представителей старших возрастных групп влияет на распространенность, частоту и интенсивность курения и употребления алкогольных напитков.

✓ Лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли утреннюю гимнастику и закаливающие процедуры на постоянной основе, а удельный вес не выполняющих ее наиболее высок среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования.

✓ С увеличением возраста удельный вес занимающих ответственную позицию в отношении собственного здоровья снижается и превалирует реактивная модель поведения в отношении обращений за медицинской помощью.

✓ Активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью более свойственна лицам в возрасте 60 лет и старше с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возрастной группы и гендерной принадлежности.

✓ Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у представителей старших возрастных групп определяет большую распространенность реактивной модели поведения у мужчин и пассивной модели поведения у женщин.

✓ Низкий статус жизненного приоритета «здоровье» у представителей старших возрастных групп определяет более высокую степень распространенности активной модели поведения, определяет более высокую интенсивность курения.

✓ Совместное проживание с другими членами семьи представителей старших возрастных групп сочетается с более ответственными моделями поведения, однако не снижает распространенность курения и употребления алкогольных напитков.

✓ Одинокие мужчины и женщины в возрасте 60 лет и старше чаще выполняют назначения врача в целом и в частности, в отношении приема лекарственных препаратов и регулярности посещений врача.

Теоретическая и практическая значимость исследования

✓ Учет степени ответственности за собственное здоровье позволяет планировать мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения старших возрастных групп на основе кооперации усилий самого человека и институтов системы здравоохранения и государства.

✓ Данные о влиянии социальных детерминант на модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью населения старших возрастных групп, определяют дифференцированные подходы к обеспечению своевременности обращения за медицинской помощью.

✓ Знание о связи социальных детерминант и отношении к выполнению медицинских рекомендаций населения старших возрастных групп позволяет повысить качество медицинской помощи на основе методов целенаправленного контроля за выполнением технологий лечения.

✓ Данные о влиянии социальных детерминант на особенности распространения антигигиенических и гигиенических привычек среди населения старших возрастных групп позволяют целенаправленно проводить профилактическую работу среди населения старших возрастных групп.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Уровень образования представителей старших возрастных групп влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью, модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью, на распространенность антигигиенических и гигиенических привычек.

2. Стандартность структуры жизненных приоритетов у представителей старших возрастных групп можно рассматривать как детерминанту медицинской

активности в части влияния на модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью, степени комплаенса, отношения к курению.

3. Место в иерархии жизненных приоритетов ценности «здоровье» определяет модели поведения представителей старших возрастных групп.

4. Семейное окружение представителей старших возрастных групп может рассматриваться как социальная детерминанта медицинской активности в части влияния на степень ответственности по отношению к своему здоровью, отношению к выполнению назначений врача, распространенность курения и употребления алкогольных напитков.

Личный вклад соискателя

Автору принадлежит ведущая роль в выборе направления исследования, разработке программы исследования, проведении социологических исследований, анализе и обобщении полученных результатов. В работах, выполненных в соавторстве, автором лично проведена математическая и статистическая обработка результатов, их обобщение, анализ и синтез. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач, их теоретической и практической реализации, до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах и внедрения в практику результатов исследования.

Материалы диссертации используются при подготовке клинических ординаторов и аспирантов, при проведении практических занятий со студентами III–IV курсов лечебного факультета на кафедре организации здравоохранения и профилактической медицины ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет имени М.К. Аммосова» (г. Якутск), общественного здоровья и здравоохранения Института медицины, экологии и физической культуры Ульяновского государственного университета (г. Ульяновск), экономики и управления здравоохранением с курсом постдипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», общественного здоровья и здраво-

охранения Московского медицинского университета «Реавиз» (г. Москва), кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Тюменский государственный медицинский университет» (г.Тюмень).

Апробация работы

Основные положения и результаты работы были доложены и обсуждены на конференциях отдела исследований общественного здоровья ФГБНУ «Национальный НИИ Общественного здоровья имени Семашко» (Москва, 2018, 2019); заседаниях кафедры «Общественное здоровье и здравоохранение» ЧУ образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» (Москва, 2020, 2021); на рабочих совещаниях ГБУЗ Городской клинической больницы №67 им. Л А Ворохобова (Москва, 2020, 2021, 2022); расширенных семинарах лаборатории № 81 ИПУ РАН (Москва, 2020, 2021, 2022), в том числе с участием сотрудников кафедры общественного здоровья и здравоохранения, общей гигиены и биоэтики ФГАОУ ВО «Северо-Восточный федеральный университет им. М. К. Аммосова», кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «СамГМУ Минздрава России», кафедры экономики и управления здравоохранением с курсом последипломного образования ФГБОУ ВО «Астраханский государственный медицинский университет», кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института ФГАО ВО «Российский университет дружбы народов» (Москва, 2022).

Методология и методы исследования

Исследование проведено по стандартной этапной схеме. В работе использованы адекватные методы исследования: монографический, аналитический, социологический, статистический.

Степень достоверности результатов исследования определяется репрезентативностью выборки, достаточным объемом наблюдений, использованием современного статистического инструментария в соответствии с поставленными

задачами. Уровень достоверности отрицания «нулевой» гипотезы принимался на уровне не менее 95 % ($p > 0,05$). Используются непараметрические методы определения различий между сравниваемыми группами.

Публикации

По материалам исследования опубликовано 11 научных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, включенных в Перечень ВАК РФ и 5 в журналах, входящих в международные базы цитирования.

Связь с научной темой организации, в которой выполнена работа.

Данное исследование было выполнено на кафедре «Общественное здоровье и здравоохранение» ЧУ образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в кооперации с Федеральным государственным бюджетным учреждением науки Институте проблем управления им. В.А. Трапезникова РАН (ИПУ РАН), научный руководитель – Черкасов Сергей Николаевич, д.м.н., доцент, заведующий кафедрой «Общественное здоровье и здравоохранение», главный научный сотрудник лаборатории № 81 ИПУ РАН. Работа выполнена в рамках научной темы «Модели и методы управления здоровьем человека на индивидуальном и популяционном уровнях с учетом медицинских, экономических, экологических и социальных факторов» (номер гос. регистрации темы – 122041400280-4).

Соответствие заявленной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения». В частности пунктам «Изучение роли социально-гигиенических факторов в формировании здоровья отдельных однородных групп населения с целью разработки оздоровительных программ и мероприятий по совершенствованию профилактического направления системы здравоохранения», «Образ жизни отдельных групп населения и его значение в формировании здоровья населения...», «Исследование и анализ мнения различных профессиональных и возрастно-половых

групп населения о здоровье и болезни, о влиянии социально-экономических факторов на здоровье населения, о социальных моделях сохранения и укрепления здоровья».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 215 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением программы и методов исследования, трех глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя использованной литературы, включающего 269 источник, из них 37 на иностранных языках и приложения. Работа иллюстрирована 57 таблицами, 27 рисунками.

Глава 1**СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ
НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП
(ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)**

Понятие медицинской активности было введено академиком Ю.П. Лисицыным и является составляющей более широкого понятия «образ жизни». Медицинская активность определяется как деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья в определенных социально-экономических условиях. Медицинская активность или поведение человека в сфере здоровья включает такие показатели как: посещение медицинских учреждений, самосохранительное поведение, выполнение медицинских предписаний, поведение при лечении, занятие самолечением, целенаправленная деятельность человека по поддержанию здорового образа жизни. Медико-социальная активность, как правило, включает в себя: наличие гигиенических навыков, выполнение медицинских рекомендаций, участие в оздоровлении образа жизни и окружающей среды, умение оказывать первую доврачебную помощь себе и родственникам, использовать средства народной, традиционной медицины и др. [1, 5, 20, 29, 32, 34, 48, 64, 100, 111, 113, 116, 124, 139, 147, 172, 198, 205, 206, 216, 218, 220, 223, 224, 235].

Понятие медицинской активности тесно связано с понятием образа жизни, то есть поведением, зависящим от личности (субъекта), так как медицинскую активность рассматривают как неотъемлемую составляющую здорового образа жизни. Несмотря на различия в понимании феномена «здоровый образ жизни», который одна группа ученых трактует как отказ от вредных для здоровья факторов и принятие факторов, благоприятствующих здоровью, другая группа ученых видит сущность данного понятия в социальной компетентности, определенной культуре здоровьесберегающего поведения человека. Третья группа ученых считает, что здоровый образ жизни – это определенный образец, идеал здоровьесберегающего поведения, а четвертая предполагает, что здоровый образ жизни не

может быть одинаковым для всех, и приходит к выводу о том, что здоровый образ жизни на индивидуальном уровне следует определять как здоровый стиль жизни. Однако во всех вышеизложенных взглядах на понятие «здоровый образ жизни» есть объединяющий компонент, который заключается в обязательном включении в это понятие медицинской активности. При данном подходе медицинскую активность человека следует рассматривать как его активную деятельность по сохранению и укреплению индивидуального и общественного здоровья во взаимодействии с медицинскими службами и как один из подкомпонентов здорового образа жизни [17, 21, 22, 60, 65, 66, 67, 106, 143, 145, 209, 213, 226, 257].

Наиболее важным представляется выделение составляющих здорового образа жизни: медицинской и других видов активности, зависимости активности от общей культуры человека и ряда других условий. Ю.П. Лисицын [99, 100] полагал, что медицинская активность есть «деятельность людей в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья, зависящая от социально-экономической, политической обстановки и в конечном счете от общественных отношений, общественного производства. Ее важным элементом следует считать гигиеническое поведение, слагающееся из отношения к своему здоровью и здоровью других людей, выполнения медицинских предписаний и назначений, посещений лечебно-профилактических учреждений». Б.Н. Чумаков [212] добавлял к этому «поведение при лечении, профилактике, реабилитации, в том числе самолечении, других медицинских мерах... преодоление вредных привычек, традиций, обычаев...». Следовательно, медицинскую активность принято рассматривать как часть образа жизни человека и общества, как комплекс мероприятий и действий по охране и улучшению индивидуального и общественного здоровья. В указанных выше дефинициях речь идет не столько о медицинской, сколько о здравоохранительной активности, т. е. о любой форме социального и индивидуального поведения, имеющего целью сохранение и улучшение здоровья [20, 34, 35, 37, 44, 92, 96, 105, 147, 157, 176, 180, 181, 215, 225].

Интерес к исследованию медицинской активности в последнее очень высок. Основным методом получения информации является социологический метод. В

большом количестве исследований приведены данные о высокой ценности материалов, собранных анамнестическим (социологическим) методом о состоянии здоровья, в том числе и о медицинской активности населения. Используя этот метод, были получены данные о характеристиках медицинской активности 466 семей современных российских школьников 1–7 классов [3]. Оценка образа жизни подростков и параметров их медицинской активности была проведена методом опроса 467 десятиклассников [117]. Данные о влиянии медицинской активности на течение беременности и родов получены в результате опроса 672 женщин [71]. Медицинская активность молодых женщин, проживающих в сельской местности, производилась методом опроса 456 женщин по специально разработанной анкете [112]. Медицинская активность сельского населения Саратовской области оценивалась по данным анкетирования 224 жителя [228]. Характеристики медицинской активности жителей Ростовской области были исследованы на основании данных опроса 766 человек [34]. С целью оценки степени медицинской активности в период беременности проведено анонимное анкетирование 727 родильниц Республики Калмыкия [230]. Медицинскую активность жителей города Челябинска изучали путем анкетирования 158 человек [39], жителей города Пскова на основании результатов анкетирования 710 человек [111]. Медицинскую активность пациентов с дерматологическими заболеваниями изучали на основании опроса 576 человек, проходивших лечение в условиях круглосуточного стационара [189]. Медицинская активность семьи изучалась на основании данных анкетирования 244 семей, имеющих ребенка первого года жизни. Медицинская активность населения в условиях муниципальной поликлиники изучена методом анкетирования 238 человек [124].

Наиболее часто в качестве характеристики медицинской активности исследовались модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью. Были проведены исследования у пациентов с различными видами патологии. Так, показано, что у больных бронхиальной астмой имеют место особенности медицинской активности, в части выполнения рекомендаций врача, медицинского наблюдения, выполнения контрольных исследований (измерение АД, снятие ЭКГ,

оценка функции внешнего дыхания), лечения/самолечения. Эти особенности связаны с возрастом, полом, уровнем образования пациентов и наличием сопутствующей патологии (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и их сочетание) [179]. Многие авторы подчеркивают, что уровень медицинской активности российского населения низок. Исследование характеристик медицинской активности при инсульте проводили в Чеченской Республике [15]. Исследование среди молодых женщин показало, что каждая четвертая молодая женщина, проживающая в условиях сельской местности имеет снижение медицинской активности в части моделей поведения, связанных с обращением за медицинской помощью, невыполнением назначений врача, широким распространением «вредных» привычек, отказом от соблюдения здорового образа жизни. Авторы рекомендуют организацию комплексного гигиенического воспитания и санитарного просвещения среди данной категории населения с участием фельдшеров ФАПов, участковых терапевтов, акушеров-гинекологов с использованием печатной продукции [112]. На низкий уровень медицинской активности пациентов с заболеваниями ЛОР-органов указывали Н.В. Полунина и соавторы [139].

Медицинская активность населения является необходимым условием для снижения ССЗ и смертности в популяции [239]. В качестве ведущих факторов обострения ССЗ представлено неадекватное физическому состоянию поведение больного, игнорирующего медицинские рекомендации в отношении лечения и образа жизни. Установлено, что регулярное наблюдение у врача по поводу хронических заболеваний, полнота информирования пациента врачом оказывают положительное влияние на приверженность выполнению врачебных рекомендаций [248].

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения приверженность лечению – это степень соответствия поведения человека в отношении приема лекарственных средств, соблюдения диеты и/или других изменений образа жизни по рекомендациям врача или другого медицинского работника. Приверженность терапии пациентов с хроническими заболеваниями, требующими длительной терапии, является самой актуальной проблемой на современном этапе. По результатам эпидемиологического исследования населения 9 регионов РФ ($n = 5563$) привержен-

ность лечению антигипертензивными препаратами у женщин с артериальной гипертензией выше, чем у мужчин – 60,9 % против 39,5 % [18].

Отмечается, что подавляющее число опрошенных, в том числе и имеющие хронические заболевания, обращаются за медицинской помощью в районную поликлинику только в случае появления болевого синдрома или резкого обострения имеющегося хронического заболевания (91 %). Соответственно, не обращались в поликлинику за последние два года 37 % опрошенных, однако наличие у них поводов к обращению и состояние их здоровья не уточнялось. По данным общероссийских исследований только 13 % участников опроса обращаются в медицинскую организацию, оказывающую медицинскую помощь в амбулаторных условиях, при первых симптомах недомогания. Вынужденное обращение за получением листа нетрудоспособности наблюдались у трети пациентов. Однако, указывается, что большинство опрошенных пациентов (69 %) квалифицированной врачебной помощи предпочитают самолечение, которое они оправдывают сложностями обращения в медицинскую организацию, большими затратами времени, занятости на рабочем месте. Об этом убедительно говорят их высказывания как «у меня серьезная работа, а сидеть в очереди нет времени и желания» [3].

Значимость медицинской активности в процессах реабилитации показана в работе Н.С. Чернова и Н.В. Будникова [205]. Подавляющее большинство обследованных пациентов считают, что ведущую роль в их лечении и реабилитации должны играть медицинские работники. Выполнять рекомендации врача, совместно сотрудничать с медицинскими работниками согласно большее число пациентов по сравнению с числом лиц, готовых модифицировать свой образ жизни. Более половины пациентов отметили высокую активность членов семьи в реабилитации, путем организации соответствующего образа жизни, адаптации в обществе.

Даже у хорошо подготовленных в профессиональном и образовательном плане медицинских работников отмечается недостаточный уровень медицинской активности [35]. Низкий уровень медицинской активности выявлен у сельского населения Узбекистана в части низкого уровня профилактических посещений

ЛПУ, нерегулярности исполнения правил личной гигиены, рационального питания и физической активности населения [220].

Низкий уровень медицинской активности и распространенность практик самолечения среди работников промышленности подтверждаются региональными исследованиями. По результатам опроса 464 работников промышленных предприятий Пермского края в 2012–2014 гг. специалистами ФБУН «ФНЦ МПТ УРЗН» было установлено, что лишь 8,5 % респондентов предпочитают обращаться к врачам в случае возникновения недомогания, остальные лечатся самостоятельно или ничего не предпринимают. Выявленные особенности медицинской активности работающих требуют внедрение комплексной программы формирования у работников социальной установки на самоконтроль основных параметров здоровья и посещение врачей с профилактической целью, а также повышения информированности об ответственном самолечении – эффективном и безопасном применении лекарственных средств и случаях, требующих обращения за профессиональной медицинской помощью [98].

Такие данные подтверждаются и по результатам исследования медицинской активности населения города Курск. Широкая распространенность среди населения практики самолечения и игнорирования необходимости своевременного и профессионального лечения наступившей болезни; невысокая частота обращения за медицинской помощью в течение года, целью которой часто выступает получение лечебной помощи, а не профилактической представлены как типичные характеристики поведения населения [32].

По данным исследования, проведенного в г. Псков физическая активность граждан крайне низка: активно отдыхают (походы, лыжи, пляж и пр.) только 25,2 % горожан; пассивный отдых (у телевизора, за компьютером, за книгой) предпочитают 45,4 %; физкультурой ежедневно не менее 30 минут занимаются лишь 14,6 % граждан. Питание горожан не во всем сбалансировано. Последствием гиподинамии и несбалансированного питания является избыточная масса тела у 38,6 % мужчин и 39,2 % женщин. Медицинская активность граждан недоста-

точно высока: лишь 60 % граждан посещают медицинские осмотры в рамках диспансеризации [121].

Тема медицинской активности женщин, беременных и родильниц привлекает большое внимание исследователей всего мира. Женщины, репродуктивного возраста, в основном заботятся о состоянии своего здоровья, но отличаются низкой медицинской активностью, недостаточно осведомлены о профилактике основных соматических и инфекционных заболеваний, а также ИППП. Предлагается использовать эти данные при разработке межведомственных программ, направленных на формирование положительных установок у женщин на сохранение и укрепление своего здоровья, повышение медицинской активности, что может стать важнейшим фактором, определяющим здоровье будущих поколений [5, 58, 62, 68, 95, 101, 137, 144, 166, 199, 202, 266].

Установлено, что низкая медицинская активность обследованных женщин до беременности существенно повышает частоту осложненного течения родов [71]. Согласно полученным данным, среди респонденток, посещавших женскую консультацию до беременности несколько раз в год, доля патологических родов составила 53,3 %, раз в год – 58,1 %, раз в два года – 60,9 %. Удельный вес нормальных родов в группе респонденток, обращавшихся к гинекологу с профилактической целью реже одного раза в два года, составил 34,9 %. Доля патологических родов в группе женщин, вообще не наблюдавшихся у специалиста во время беременности, в 1,3 раза превышала величину анализируемого показателя среди респонденток, регулярно посещавших женскую консультацию, частота преждевременных родов в группе респонденток, не регулярно наблюдавшихся у специалиста во время беременности, в 1,6 раза превышала величину анализируемого показателя среди посещавших женскую консультацию регулярно [71].

Полученные результаты исследований убедительно доказывают, что адекватная медицинская активность молодой женщины высоко значима в формировании здоровья её новорожденного. Уровень медико-гигиенической грамотности в сфере репродуктивного здоровья, способствует ответственному отношению к планированию беременности и к тому факту, что первая беременность будет оце-

ниваться женщиной как желанная и запланированная [170, 171]. В исследовании А.А. Чаусова и соавторов [166] показано, что на здоровье новорожденного ребенка прямо или косвенно влияют ценностные ориентации матерей в отношении сохранения, восстановления и укрепления его здоровья. Влияющая на здоровье детей медицинская активность женщин по вопросам ухода и лечения своего новорожденного ребенка достаточно высока, но неукоснительно выполнять рекомендации врача они не будут.

При исследовании характеристик медицинской активности беременных до и во время беременности определена зависимость медицинской информированности и медицинской активности пациенток. Повышение информированности пациентов способствует формированию у них активной жизненной позиции, увеличению их вовлеченности в лечебно-профилактические мероприятия. Для характеристики медицинской активности использован балльный метод с выделением таких критериев как регулярность явок на диспансерные осмотры, частота отказов от госпитализации, полнота выполнений врачебных назначений, используемые источники информации о заболевании. Результаты исследования свидетельствуют о недостаточном уровне медицинской активности беременных женщин. Показано, что с возрастанием уровня информированности женщин отмечается повышение уровня их медицинской активности. Выявленная прямая зависимость уровня медицинской активности до беременности с уровнем медицинской активности во время беременности, свидетельствует о необходимости целенаправленной работы по формированию медицинской активности у пациенток с момента взятия их под диспансерное наблюдение [140].

Причины низкой медицинской активности во взрослом состоянии определяются еще в детском и подростковом возрасте. Высокую распространенность факторов риска среди подростков и их низкую медицинскую активность выявили в своем исследовании В.К. Юрьев и П.Г. Жирков [231]. Такие результаты наблюдались несмотря хорошую информированность подростков о негативном влиянии на здоровье факторов риска, связанных с неправильным питанием, нарушении режима работы и отдыха, наличием антигигиенических привычек. Особенное

значение придается образу жизни подростка, когда преобладают пассивно-развлекательные виды досуга, недостаточная частота и регулярность занятий физкультурой и спортом, низкий уровень закаливания, низкая медицинская активность. Для исправления ситуации предлагается в образовательных организациях, в частности, в школах, внедрить дневники здоровья, как метода приобщения подростков к занятиям физкультурой и спортом и средства контроля за использованием сформированных навыков в повседневной жизни [117]. Медицинская активность молодежи недостаточна для сохранения и укрепления их здоровья. Это связано с несформированной ответственностью личности за собственное здоровье, низким уровнем самосохранительного поведения [64, 78, 206].

Низкую медицинскую активность студентов подтверждают исследования Т.Н. Говязина и соавторов [41]. По их данным, студентам присущи такие вредные привычки, как употребление алкоголя, курение; студенты не стремятся сохранить свое здоровье, несмотря на доступность и значительный объем информации по профилактике заболеваний. Основными проблемами образа жизни студентов-медиков стали нерациональное питание, недостаточная физическая активность. Главными факторами, определяющие их здоровье, студенты считают медицинскую активность и здоровый образ жизни, но оценка молодежью роли общественных объединений в охране здоровья крайне низкая. В качестве ведущих препятствий к прохождению медицинских осмотров студенты выделяют организационные проблемы со стороны медицинских учреждений. Немаловажна и высокая доля (25,5 %) студентов, не готовых к добровольному медицинскому обследованию без формального стимула. Наиболее действенны в мотивации к прохождению медицинских осмотров молодежи разъяснение и личный пример членов семьи и сверстников [122].

В работе М.К. Ермаковой и А.В. Поповой [59] показана недостаточная медицинская активность семей у детей, страдающих атопическим дерматитом, особенно в семьях, проживающих в неблагоприятных условиях. Факторов риска формирования атопического дерматита у детей достаточно много, высокий риск отмечен при проживании в квартирах с высокой влажностью, что увеличивает и

формирование грибковой сенсibilизации. В работе Е.Е. Жильцовой [110] исследовались причины низкой медицинской активности больных хроническими дерматозами. Наиболее частыми причинами редкого посещения врача, указывались респондентами отсутствие необходимости в посещении (47,1 %) и дефицит свободного времени (24,3 %), а также недостаточная квалификация врача, по мнению пациентов (6,4 %) и недоверие к врачу (5,7 %).

Большое значение имеют источники получения информации [111, 115, 134, 174]. Только половина родителей получает знания в области медицины из компетентных источников: специальных лекций и бесед с медицинскими работниками, остальные же – из разговоров со знакомыми и родными, из Интернета, газет, журналов, радио и телевидения. В случае возникновения вопросов о здоровье ребенка за советами к медицинским работникам регулярно обращается только треть родителей. Отмечается и высокая потребность в медицинском просвещении. Четверть родителей считают, что обязательного освещения в «стенах школы» требуют вопросы профилактики нарушений зрения, личной гигиены, больше половины – вопросы профилактики нарушений осанки и вопросы рационального питания [3]. Под действием средств массовой информации (телевидение, пресса) самыми значимыми факторами, влияющими на здоровье человека, становится окружающая среда (45,4 %), условия быта (36,6 %) и работы (26,4 %) [155].

Тема медицинской активности обсуждается и в связи со здоровьем населения старших возрастных групп и путях его улучшения. Одним из важнейших направлений улучшения сложившейся медико-демографической ситуации, изменения системы охраны здоровья населения и медицинской помощи является совершенствование организации медицинской помощи и обслуживания лиц пожилого возраста. Отмечено нарастание неблагоприятных градаций социально-гигиенической, социально-психологической характеристик, уровня медицинской активности и информированности по вопросам профилактики и реабилитации, в том числе преждевременного старения [69, 97, 113, 187].

На низкую медицинскую активность часто указывают, как на один из барьеров при попытке государства решить проблему здоровьесбережения людей по-

жилого возраста. Отмечается, что наблюдается смещение ответственности пожилого населения за заботу о своем здоровье с индивидуального уровня на государственный; недоверие к медицине; распространение практик самолечения; низкая медицинская активность и культура здоровья; отсутствие массового приоритета здорового образа жизни. Также, обращает внимание, наличие вредных привычек; несбалансированное питание и особенности пищевого поведения; низкая физическая активность в совокупности с пассивными формами досуга представителей старшей возрастной группы [8]. Однако, медицинская активность лиц пожилого возраста увеличивается, о чем свидетельствует рост числа обращений в муниципальные учреждения здравоохранения города Омска за последние 8 лет с 1,2 до 1,4 млн на фоне общего снижения обращений всех возрастов за медицинской помощью. Это привело к тому, что удельный вес обращений лиц пожилого возраста в МУЗ города увеличился с 14,8 % до 18,5 % [109].

Даже в профессиональных группах проблема медицинской активности является крайне актуальной. Получены данные, свидетельствующие о распространении пренебрежительного отношения к своему здоровью, как среди врачей, так и среди медперсонала среднего звена, их низкой гигиенической активности. Подчеркивается, что наиболее важными параметрами укрепления здоровья являются внутренние, такие как отказ от вредных привычек, закаливанием, физкультурой [6, 11, 33, 36, 42, 45, 57, 70, 81, 90, 119, 136, 211].

Параметры и характеристики социально-медицинской активности предлагалось использовать в качестве критерия эффективности деятельности врачей первичной медико-санитарной помощи. В работе Н.А. Артеменко [10] на базе Витебского государственного медицинского университета разработана методика учета факторов, связанных с медицинской активностью, как инструмента оценки деятельности медицинской организации.

Указывается на необходимость целенаправленного повышения уровня медицинской активности родителей, поскольку семья несет в себе значительные резервы сохранения и укрепления здоровья школьников [3]. Однако, ситуация с обращением населения за амбулаторно-поликлинической помощью как проявления меди-

цинской активности имеет отрицательную динамику, так как большинство пациентов демонстрируют деструктивные поведенческие стратегии относительно собственного здоровья (поздняя обращаемость за медицинской помощью, отказ от лечения или самолечение) [125, 129, 191]. Авторы объясняют это негативными социальными стереотипами в отношении амбулаторно-поликлинической помощи и видят в них барьеры для высокой медицинской активности. Предлагается целенаправленно формировать эффективные социальные стереотипы медицинской активности и ответственного отношения к здоровью, в том числе с использованием модели семейного воспитания, так как в поведенческих моделях младшего поколения отражаются социальные стереотипы старшего, в частности отношение родителей к своему здоровью и здоровью детей составляет содержание гигиенических практик, занятий спортом, отношения к вредным привычкам и своевременностью обращения за медицинской помощью [7].

Медицинская активность населения имеет огромное значение для обеспечения и улучшения общественного здоровья, а уровень медицинской активности зависит от многих факторов и детерминант, в том числе от уровня общей культуры человека, образования, психологических установок, условий жизни и труда, состояния системы здравоохранения, существующих общественных отношений. Знание этих особенностей позволяет не только прогнозировать (предвидеть) здоровье пациента, но и определять пути профилактики заболеваний [185]. Задача специалистов – формирование здорового образа жизни и в частности одной из его составных частей – медицинской активности как главного рычага профилактики [4, 8, 46, 50, 80, 83, 100, 105, 153, 175, 177, 182, 190, 194, 195, 198, 247].

Социальные условия (детерминанты) могут оказывать значимое влияние на уровень медицинской активности. В исследовании М.А. Каневой [76] выявлены основные детерминанты, которые включали как базовые характеристики социально-экономического статуса, поведенческих факторов и отношения к собственному здоровью, так и характеристики социального статуса, удовлетворенностью жизнью и материальным положением. Показано, что уровень образования отчетливо коррелирует с оценкой собственных усилий в сохранении здоровья [28, 30].

Чем выше уровень образования пациента, тем чаще он считает, что человек может и должен нести ответственность за свои действия, направленные на предотвращение болезни или эффекта от лечения, когда болезнь уже возникла. Указывается, что среди лиц с неполным средним образованием, таких только 28,6 % респондентов, со средним образованием, общим или специальным, это мнение разделяют 42,9 %; среди опрошенных с высшим образованием – 50,9 %. Наименьшим оптимизмом обладают пенсионеры, инвалиды, безработные, служащие из числа технического и обслуживающего персонала, а также студенты и учащиеся. В исследовании И.А. Дымовой и А.А. Кароян [54] из 80 факторов, подвергнутых корреляционному анализу, включающих медико-биологические, социальные факторы, характеризующие образ и условия жизни семьи, факторы медицинской активности семьи, выявлены 20 ведущих факторов обуславливающих медицинскую активность семьи: время и источник получения медицинских знаний; частота обращений за медицинскими советами к медицинским работникам; регулярность выполнения режимных моментов и принципов организации вскармливания, мероприятий и правил их выполнения.

Высока роль образования в становлении уровня медицинской активности [198]. Такие результаты вполне соответствуют полученным ранее данным об образовательной дифференциации факторов формирования здоровья. Однако другие авторы представляют альтернативные данные о моделях поведения, связанных с обращаемостью за медицинской помощью. Уверенность в значимости собственных усилий по поддержанию здоровья коррелирует с уровнем образования, профессиональным статусом и самооценкой доходов. Более высокий уровень образования является важным фактором, стимулирующим собственные усилия по поддержанию здоровья, особенно для мужчин [86, 163, 196, 198, 199, 200].

Предполагается, что выбор человеком стратегии медицинской активности детерминируется, прежде всего, самооценкой здоровья, социальным окружением, доступностью медицинской помощи, социальными ожиданиями и характером потребности. Если происходит адекватная индикация «ненормального» состояния здоровья, требующая, по мнению человека, медицинского вмешательства, то

начинается поиск путей и способов удовлетворения потребности в «профессиональном» секторе медицины [12, 14, 19, 31, 40, 55, 56, 72, 74, 79, 82, 87, 88, 91, 152, 165, 167, 191, 194, 236, 260, 264, 267].

Шмелев И.А. [224] отмечает, что наиболее активными оказались беременные, имевшие высшее образование, среди которых 91,1 % посещали женскую консультацию несколько раз в год и один раз в год, далее следовали женщины с неоконченным высшим – 81,8 % и со средним специальным образованием – 78,3 %. Только 20 % респондентов с общим средним образованием регулярно посещали женскую консультацию. Также была установлена взаимосвязь медицинской активности наблюдаемых женщин в отношении гинекологической заболеваемости с уровнем образования.

Установлено, что наибольшую медицинскую активность проявляют женщины с высшим и неоконченным высшим образованием, состоящие в зарегистрированном браке, имеющие материальный доход выше среднего. Более низкая медицинская активность в период беременности отмечается у жительниц сельской местности, женщин в возрасте до 20 и 30 лет и старше, имеющих общее среднее или начальное образование, живущих в гражданском браке, домохозяйек, беременных имеющих детей, женщин с материальным доходом ниже среднего [85, 229].

По данным исследований С.Э. Покровской [133] основная часть респондентов все же прибегает к медицинской помощи в случае болезни, что отличается от результатов других исследователей, в соответствие с которыми до половины респондентов, имеющих проблемы со здоровьем, не обращаются в учреждения здравоохранения. Подчеркивалось, что фактор образования влияет на частоту самолечения («пользуюсь народными рецептами»), или игнорирования симптомов болезни («ничего не делаю, само пройдет»). Среди лиц с низким уровнем образования эти категории составляют по 16,7 %, тогда как среди лиц со средним и высшим образованием, по 12–13 %. Зависимости между частотой обращения за медицинской помощью в муниципальное медицинское учреждение по месту жительства и уровнем образования обнаружено не было.

Родители детей, родившихся недоношенными, имеющих высшее образование более ответственно подходят к сохранению здоровья своих детей, в отличие от родителей, дети которых родились в срок. Они более критично оценивают свои знания, пользуются более качественными источниками информации в виде специальной литературы и советами специалистов, чаще консультируются с врачом, уточняют график приема препаратов и информируют о нарушениях данных им рекомендаций. Как правило, решение о сокрытии от врача информации о погрешностях в выполнении назначений принималась на основании субъективного представления о незначительном влиянии сделанных погрешностей на результаты лечения [75, 250, 256, 263].

Гендерные различия в уровне медицинской активности показаны в работе О.А. Омаровой [124]. Мужчинам по сравнению с женщинами свойственна более низкая информированность об имеющейся у них хронической патологии. Недостаточная информированность о заболеваниях, как правило, дезориентирует пациента в отношении собственного здоровья и выбора оптимальных моделей поведения. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности медицинских организаций среди населения [131].

Возраст и пол рассматриваются как социальные детерминанты медицинской активности [52, 89, 155, 169, 243]. В работе Х.М. Малаева и соавторов [108] согласно полученным данным, установлено достоверное гендерное различие мнения о влиянии на формирование здоровья такого фактора как социальная стабильность и уверенность. Значительно большее значение придавали этому фактору мужчины. Выявлены гендерные различия в частоте посещения врача по поводу хронических заболеваний. Установлено, что среди женщин в 1,4 раза больше, чем среди мужчин тех, кто всегда следует рекомендациям профилактического характера (соответственно 37,7 % и 26,2 %). По мнению мужчин, им достоверно чаще, чем женщинам мешают в полном объеме выполнять назначения врача занятость на работе, отсутствие желания и наличие вредных привычек. Самолечением за-

нималась половина респондентов, при этом среди них несколько преобладали женщины – 52,9 % против 47,1 % у мужчин.

Медицинская активность изучалась не только в период относительного здоровья, но и в период болезни [16, 29, 48, 49, 53, 84, 160, 161, 173, 201, 237, 240, 241, 242, 245, 259, 265]. В случае заболевания в поведении граждан преобладают самолечение и выжидательная позиция. Мужчины менее ответственно относятся к своему здоровью. Основными причинами низкой медицинской активности пациентов являются в 54,7 % случаев причины, связанные с системой здравоохранения и в 45,3 % случаев – с личностью самого пациента. Среди объективных причин, зависящих от системы здравоохранения, следует отметить недоступность медицинской помощи, не доверяет врачам и сомневается в их компетентности каждый пятый опрошенный респондент. Причинами, относящимися к системе здравоохранения, следует назвать и этические проблемы, зависящие от медицинских работников [37]. Субъективные причины, по которым пациенты не обращаются за медицинской помощью, занимают в общей структуре 45,3 %. В основном они связаны с недостатком времени, которое необходимо потратить, чтобы получить медицинскую помощь, что перекликается с нарушением одного из принципов охраны здоровья населения Российской Федерации – принципом доступности медицинской помощи [38].

Значимость жизненной позиции подтверждается в ряде работ. Так, в работе О.В. Сенаторовой и В.А. Кузнецова [158] доказывается, что отношение к своему здоровью определяет жизненная позиция человека, от выбора которой зависит индивидуальное здоровье. Так как индивидуальное здоровье формирует общественное здоровье, то наиболее важным авторы считают изменение менталитета и образа жизни, активное отношение к своему здоровью с применением здоровьесберегающих технологий. Подчеркивается, что государству необходимо учитывать важность влияния на здоровье граждан социально-экономического статуса и для повышения уровня здоровья населения проводить политику, направленную на повышение индивидуальных возможностей человека: получение образования, реализация в профессии и гарантированный доход [161, 219, 221, 222].

В работе Э.М. Казина [126] указывается, что выбор жизненной позиции в плане своего здоровья, способствующей его сохранению и укреплению, непосредственно определяется уровнем культуры человека, суммой знаний и жизнеутверждающих установок. Напротив, низкая валеологическая грамотность и гигиеническая культура, отсутствие осознанной необходимости заботиться о своем здоровье, недостаточное формирование навыков ЗОЖ ведут к быстрому истощению ресурсов организма, преждевременному старению и заболеваниям [73, 77, 93, 195, 197, 214, 252].

Большое значение в выраженности характеристик медицинской активности принадлежит семье и семейному окружению [154, 203]. В работе С.Ю. Щетининой [227] представлены характеристики медицинской активности как компонента здорового образа жизни и ключевой роли в приобщении к здоровой жизнедеятельности семьи и образовательных организаций. Представлены данные исследований о недостаточной значимости здорового образа жизни и медицинской активности для школьников, их родителей, студентов вуза.

Семейное окружение рассматривается как условие или детерминанта медицинской активности [24, 258]. Наличие семьи и особенно семьи с детьми и/или внуками стимулирует к более внимательному отношению к собственному здоровью и мужчин, и особенно женщин. Обращаются в медицинскую организацию в случае болезни около 77 % опрошенных женщин, имеющих семейное окружение, тогда как среди одиноких или имеющих только супруга – 62–65 %. Среди мужчин соответствующие пропорции составляют 68–100 % и 55–61 % [133]. Наличие семьи, детей и/или внуков является важным фактором, стимулирующим собственные усилия по поддержанию здоровья, особенно для мужчин.

В работе Б.А. Дашиева [47] медицинская активность детей изучалась в контексте медицинской активности семьи ребенка, как важнейшего фактора, способствующего сохранению здоровья, являющегося основой первичной профилактики заболеваний, предупреждения развития и прогрессирования хронических болезней. В данной работе показана роль двух социальных детерминант здоровья: семейного окружения и уровня образования. Подчеркнуто важнейшее значение ме-

дицинской активности родителей в части санитарно-гигиенической грамотности ее членов, участия в периодических медицинских осмотрах, причин обращений к врачу, выполнения врачебных рекомендаций, владения и использования информации по вопросам организации рационального питания, режима жизнедеятельности и т.д. Родители, имеющие высокий образовательный уровень, систематически и последовательно использовали возможности медицинского обеспечения в интересах своих детей.

Негативные последствия для здоровья могут быть обусловлены низкой мотивацией к изменению образа жизни, отсутствием приоритетной позиции по отношению к собственному здоровью, низкой информированностью по факторам риска, недоверчивым отношением к рекомендациям лечащего врача [246].

Среди социальных факторов, могущих повлиять на медицинскую активность семей в отношении детей в возрасте от 1 года до 14 лет, предлагались следующие: возраст матери, полная/неполная семья, место проживания (город, поселок, село, хутор), доход (низкий, средний, высокий, очень высокий), образование матери (среднее, профессиональное, высшее, научные степени), число детей в семье, условия проживания (комната в общежитии, коммунальная комната, отдельная квартира, частный дом) и временная/территориальная доступность медицинской помощи (низкая, средняя, высокая и очень высокая) [63, 94, 141, 206, 210].

В работе И.Ю. Юровой [228] низкая медицинская активность сельских жителей объясняется территориальной недоступностью квалифицированной медицинской помощи на селе; сезонностью сельскохозяйственных работ; определенной степенью недоверия к лечебным учреждениям; недостаточной медицинской грамотностью сельского населения. При этом для жителей села с профессиональными заболеваниями характерен более высокий уровень медицинской активности в связи с доступностью для них квалифицированного лечения в специализированных медицинских учреждениях [118]. На сезонные факторы обращаемости сельских жителей указывает и Л.В. Шаманова [217]. Так, наибольшее количество обращений приходится на холодное время года – около 30 %. В летний период количество обращений снижается до 20 %, что связано с сезонной занятостью сель-

ского населения и, соответственно, с отсутствием возможности обращения в период активизации сельскохозяйственных работ.

Также имеются данные о влиянии экономических условий на характеристики медицинской активности. Крайняя бедность, а в еще большей степени высокие доходы, снижают мотивацию самому заботиться о здоровье [102, 103, 133, 201, 261]. Наиболее редко выбирают обращение в медицинские организации в случае болезни лица как с самыми низкими, так и с самыми высокими доходами.

Одной из характеристик медицинской активности являются данные о времени и ресурсах, направляемых на поддержание хорошей физической формы. Несмотря на интерес к этой тематике, ранее не ставился вопрос о том, какие группы населения наиболее активно инвестируют время в заботу о своем здоровье. Установлено, что значимо варьируют затраты времени на заботу о здоровье в группах респондентов с разным уровнем дохода и длительностью рабочей недели. Показано, что работающие респонденты увеличивают продолжительность отдельных практик заботы о здоровье в выходные дни, но их медицинская активность остается практически неизменной [120].

Большое внимание уделяется и вопросам образа жизни, факторам медицинской активности и отношению к медицинской помощи в пожилом и старческом возрасте [13, 114, 149, 159, 178, 183, 184, 192, 207, 208, 251, 262, 264, 269].

Детерминантами медицинской активности ростовчан являются готовность и возможность населения платить за медицинскую помощь, организационная эффективность системы медицинского обеспечения (наличие медицинских ресурсов, адекватных потребностям социально-территориальной общности), осведомленность населения о деятельности системы медицинского обеспечения, знание своих прав и обязанностей, медицинская грамотность [124]. Стихийно формирующиеся стратегии медицинской активности не в состоянии преодолеть системные аномалии медицинского обеспечения из-за парадоксального и неоднозначного, заложенного в российской ментальности восприятия здоровья и болезни, поскольку необходимость заботиться о здоровье, лечиться в случае заболевания имеет скорее декларативный характер на фоне реального осознания здоровья как высшей ценности. С другой сто-

роны, информационный вакуум, одностороннее привнесение формообразующих инноваций в систему оказания медицинской помощи, изменение «правил игры» по ходу самой игры приводят к росту недоверия российского общества к государству и профессиональному сектору медицины, продуцируя спонтанные, зачастую неэффективные и опасные формы медицинской активности [34, 152].

Факторы медицинской активности рассматривают и как прогностические критерии развития некоторых заболеваний [104, 127, 128, 142, 146, 162, 208, 231, 233, 234, 238, 244, 249, 253, 254, 255, 268]. Так, в работе [2] выделены информативные факторы риска развития бронхиальной астмы у детей раннего возраста, родившихся недоношенными. В качестве таковых отмечены проявления образа жизни (продолжительность сна матери менее 7 часов в период настоящей беременности, выкуривание матерью более 10 сигарет в день после рождения ребенка, выкуривание отцом более 20 сигарет в день после рождения ребенка) и моделей поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью (нерегулярное посещение беременной женской консультации во 2-й половине беременности, невыполнение большинства назначений акушера-гинеколога женской консультации, постановка на учет в женской консультации позже 10 недель беременности и не посещение женской консультации с профилактической целью).

В последние годы предпринимаются попытки разработки алгоритмов моделирования медицинской активности населения, основанные на использовании нечеткого вывода. Направление данных исследований является актуальными в плане планирования управляющих воздействий на процесс формирования медицинской активности и в процессах обеспечения поддержки принятия решений по развитию медицинской инфраструктуры [51].

Резюме по главе 1

Таким образом, решение проблемы сохранения и укрепление здоровья населения старших возрастных групп Российской Федерации является актуальной задачей современной России, учитывая высокую общественную значимость данной

группы населения. Большое значение в решение этой задачи имеет медицинская активность как важнейший элемент здоровьесохранительного поведения.

Многочисленные работы по анализу особенностей медицинской активности детей, подростков, взрослого населения, беременных носят в большинстве случаев описательный характер. Сложное представление о механизмах формирования медицинской активности определяет необходимость учета всего многообразия потенциальных факторов в совокупности с внутренними побуждениями самого человека, его жизненными интересами и приоритетами. Такой комплексный подход может позволить получить положительный результат в вопросах сохранения и укрепления здоровья нации вообще и населения старших возрастных групп в частности, с учетом междисциплинарного подхода к решению этой крайне сложной задачи. Попытки управления медицинской активностью с использованием общепринятых в медицине и общественном здоровье методик без учета социальных детерминант и особенностей социально-экономической среды не позволяют получить нужного результата.

В этой связи крайне важным является поиск особых подходов к проблеме формирования отношения к здоровью субъектов, с учетом социальных, экономических и гендерных детерминант. Ю.П. Лисицын рассматривал социальную детерминацию в медицине как знание о социально-экономических факторах здоровья, совокупности всех упреждающих факторов риска и о детерминации здоровья здоровых [100].

Попытки поиска социальных детерминант медицинской активности предпринимались многими исследователями в части учета ценностной структуры личности, уровня образования и семейного окружения. Однако, проведенный анализ источников литературы показал недостаточную изученность вопросов, связанных с ролью и значением детерминант медицинской активности населения старших возрастных групп. Получение таких данных позволит более целенаправленно влиять на процессы формирования здоровья, способствовать его сохранению и укреплению.

Решению этой задачи и посвящена настоящая работа.

Глава 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование социальных детерминант медицинской активности населения старших возрастных групп проведено в период 2017–2021 годов по этапной схеме в соответствии с целью и задачами настоящего исследования. Территория исследования: г. Москва и г. Самара.

В качестве объекта исследования выступали социальные детерминанты медицинской активности населения старших возрастных групп. Под медицинской активностью понимали наиболее характерные для конкретных условий формы активности лиц, отдельных групп населения в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья.

Предмет исследования – характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп. В настоящем исследовании анализу подвергались следующие характеристики медицинской активности: ответственное отношение к собственному здоровью, модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью, степень комплаентности в части выполнения назначений и рекомендаций врача, распространённость антигигиенических привычек (курение и употребление алкоголя) и гигиенических привычек (соблюдение распорядка дня, выполнение утренней зарядки, закаливание).

Единица наблюдения – мужчина и женщина в возрасте 60 лет и старше.

Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной автором анкете «Исследование социальных детерминант здоровья» (см. в приложении). Для достижения поставленной цели была разработана программа исследования, которая предусматривала следующие этапы (таблица 2.1).

Таблица 2.1 – Этапы и методика организации исследования по исследованию социальных детерминант медицинской активности населения старших возрастных групп

Наименование этапа	Методы исследования
Этап 1. Подготовительный (определение актуальности, цели и задач исследования, планирование исследования)	
Теоретический анализ детерминации медицинской активности по данным отечественной и зарубежной литературы	Аналитический Монографический
Этап 2. Составление программы исследования	
Определение методик исследования. Отбор единиц наблюдения и формирование групп, фильтрация и табличное представление данных	
Этап 3. Организация и проведение исследования	
Изучение влияния уровня образования на степень ответственности в отношении собственного здоровья и степень комплаентности к лечению и профилактике населения старших возрастных групп	Социологический Статистический Аналитический
Анализ влияния уровня образования на распространённость гигиенических и антигигиенических привычек	
Анализ влияния структуры жизненных приоритетов на характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп	
Исследование влияния статуса жизненного приоритета «здоровье» на степень ответственности в отношении собственного здоровья и степень комплаентности к лечению и профилактике, распространённость гигиенических и антигигиенических привычек	
Изучение значимости семейного окружения как детерминанты здоровья на характеристики медицинской активности	
Этап 4. Синтез полученных данных	
Формулирование выводов и рекомендаций	Синтетический

В работе использованы социологический метод (анкетирование) при получении первичного материала и статистический метод при его обработке (расчет и сравнение достоверности различий относительных показателей). В качестве знаменателя при расчете показателей использовали величину 100 (на 100 мужчин и женщин в каждой сравниваемой группе соответствующего возраста), так как количество наблюдений не превышало 1000.

Для определения минимального объема исследуемой совокупности для получения результатов повышенной точности с минимальным уровнем достоверности принятия решения с вероятностью 95 % применяли методику определения необходимого объема выборки для бесповторной выборки (один респондент заполнял анкету социологического исследования один раз) (таблица 2.2).

Таблица 2.2 – Необходимый объем выборки

№ п/п	Вид исследования	Желаемая точность исследования $K = \Delta/\delta$	$t = 2,0$ $p = 0,95$	$t = 2,5$ $p = 0,98$	$t = 3,0$ $p = 0,99$
1	Ориентировочное знакомство	0,5	15	25	36
		0,4	25	39	56
		0,3	44	69	100
2	Исследование средней точности	0,2	100	156	225
3	Исследование повышенной точности	0,1	400	625	900

Следовательно, для выполнения поставленных задач объем исследованной выборки должен быть не менее 400 единиц наблюдений. Использованный объем выборки превышал необходимый для исследования повышенной точности, что позволяет рассматривать использованную выборку в качестве репрезентативной генеральной совокупности.

Исследование факта наличия или отсутствия, степени и направления влияния образования как потенциальной социальной детерминанты медицинской активности проводилось в рамках масштабного исследования здоровья и факторов его определяющих населения старших возрастных групп. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной авторами анкете «Исследование социальных детерминант здоровья». Опрошенные проживали в г. Москве и в г. Самара и состояли под наблюдением городских поликлиник. Было сформировано по две возрастные группы у мужчин и женщин (60–74 года и 75 лет и старше), что соответствовало принятому в ВОЗ распределению по возрастным группам. В первую группу сравнения включили респондентов имеющих высшее или незаконченное высшее образование. Такой уровень образования рассматривался как высокий (140 мужчин и 222 женщины). Во вторую группу сравнения включили респондентов имеющих среднее или средне-специальное образование (164 мужчины и 362 женщины). Всего было исследовано 888 единиц наблюдений, из них 304 мужского пола и 584 женского пола.

Данные о приоритетах в сфере жизненных интересов были получены посредством анонимного анкетирования. Всего в авторской анкете было предложено семь вариантов приоритетов: «Семья», «Работа», «Образование», «Карьера», «Здоровье», «Материальные блага», «Духовные ценности». Респондент должен был расположить предложенные приоритеты в иерархическом порядке по степени их значимости для себя лично. Цифрой «один» опрашиваемый должен был отметить самый значимый для себя приоритет и далее он располагал все остальные указанные приоритеты по убыванию. Так как допускалось отмечать несколько приоритетов на одном уровне значимости, сумма удельных весов всех жизненных приоритетов могла быть больше чем 100 процентов.

Термином «ведущий приоритет» обозначали приоритет, отмеченный под номером один, «значимый приоритет» – приоритет, обозначенный под номерами один, два и три, «не значимая жизненная ценность» – приоритет, обозначенный под номерами пять, шесть и семь.

Стандартность или не стандартность структуры жизненных приоритетов определяли по количеству совпадений коллективной и индивидуальной структу-

ры по ключевым жизненным приоритетам. Так как ранее были выявлены гендерные различия в структуре жизненных приоритетов у населения старших возрастных групп, то и определение стандартности проводили отдельно у мужчин и отдельно у женщин. При количестве совпадений менее трех структуру считали не стандартной, в противном случае (количество совпадений три и более) структуру жизненных приоритетов считали стандартной.

У мужчин стандартной считалась такая структура, в которой жизненные приоритеты «семья» и «дети (внуки)» располагались не ниже второго места в иерархии. Жизненный приоритет «здоровье» располагался на втором, третьем или четвертом месте, «работа» располагалась в иерархии с четвертого по шестое место, также как и жизненный приоритет «материальные блага». Стандартной также считалась структура, в которой жизненный приоритет «духовные ценности» располагался не выше шестого места в иерархии. В итоге у мужчин в возрастной группе 60–74 года стандартная структура жизненных приоритетов была выявлена у 76 человек (48,7 %), нестандартная у 80 человек (51,3 %). В возрастной группе 75 лет и старше стандартная структура жизненных приоритетов – 76 человек (47,8 %), нестандартная – 83 человека (52,2 %).

У женщин стандартной считалась такая структура, в которой жизненные приоритеты «семья» и «дети (внуки)» также как и у мужчин располагались не ниже второго места в иерархии. Жизненный приоритет «здоровье» располагался на втором, третьем или четвертом месте, «работа» располагалась в иерархии не выше седьмого места, также как и жизненный приоритет «материальные блага». Стандартной также считалась структура, в которой жизненный приоритет «духовные ценности» располагался с четвертого по шестое место в иерархии, также как и жизненный приоритет «совесть». В итоге у женщин в возрастной группе 60–74 года стандартная структура жизненных приоритетов была выявлена у 117 человек (49,1 %), нестандартная у 113 человек (50,9 %). В возрастной группе 75 лет и старше стандартная структура жизненных приоритетов – 229 человек (61,2 %), нестандартная – 145 человека (38,8 %).

Всего было исследовано 919 единиц наблюдений, из них 315 мужского пола и 604 женского пола.

Второй подход рассматривал степень влияния положения жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов. Было сформировано две группы сравнения. В первую включили представителей старших возрастных групп, для которых жизненный приоритет «здоровье» располагается на первых двух местах в иерархии, то есть данный жизненный приоритет имеет очень высокий статус. Во вторую группу сравнения включили представителей старших возрастных групп, которые расположили жизненный приоритет «здоровье» не выше четвертого места в иерархии, то есть данный жизненный приоритет имеет низкий статус.

В итоге у мужчин в возрастной группе 60–74 года высокий статус жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов был выявлен у 58 человек (36,2 %), низкий статус у 102 человек (63,8 %). В возрастной группе 75 лет и старше высокий статус жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов – 98 человек (61,2 %), низкий статус – 62 человек (38,8 %).

У женщин в возрастной группе 60–74 года высокий статус жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов был выявлен у 71 человека (47,0 %), низкий статус у 80 человек (53,0 %). В возрастной группе 75 лет и старше высокий статус жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов выявлен у 160 человек (67,8 %), низкий статус у 76 человек (32,2 %).

Всего было исследовано 707 единиц наблюдений, из них 320 мужского пола и 387 женского пола.

Учитывая такое высокое место в иерархии жизненных приоритетов приоритета «семья», третьей исследованной социальной детерминантой медицинской активности стало семейное окружение. В качестве семейного окружения рассматривали ближний круг, который может состоять как из ближайших родственников, так и родственников второй или третьей линии. Именно сам респондент определял наличие или отсутствие по его собственным представлениям семейного окружения как мощного побудительного и мотивирующего момента медицинской активности.

В итоге у мужчин в возрастной группе 60–74 года семейное окружение присутствовало у 114 человек (74,0 %), отсутствовало у 40 человек (26,0 %). В возрастной группе 75 лет и старше семейное окружение присутствовало у 95 человек (59,4 %), отсутствовало у 65 человек (40,6 %).

У женщин в возрастной группе 60–74 года семейное окружение присутствовало у 151 человека (66,5 %), отсутствовало у 76 человек (33,5 %). В возрастной группе 75 лет и старше семейной окружение присутствовало у 176 человек (48,6 %), отсутствовало у 186 человек (51,4 %).

Всего было исследовано 903 единицы наблюдения, из них 314 мужского пола и 589 женского пола.

При анализе ответственного отношения к своему здоровью респонденту предлагалось выбрать четыре варианта ответа на вопрос «Кто, по Вашему мнению, несет ответственность за Ваше здоровье?». В качестве вариантов предусматривалось государство или государственные органы, система здравоохранения или учреждения здравоохранения и сам респондент, как наиболее ответственный субъект. Четвертый вариант предусматривал возможность самостоятельно определить субъекта ответственного в наибольшей степени за здоровье опрашиваемого.

В анкету был включен вопрос о причинах посещения медицинских организаций. В качестве признака высокой медицинской активности рассматривали такие ответы, как «регулярно обращаюсь, даже если ничего не беспокоит, в целях профилактики» и «обращаюсь в связи с вновь возникающими проблемами, наблюдаюсь в связи с уже существующими». Низкий уровень медицинской активности характеризовали такие ответы, как «стараюсь не обращаться» и «обращаюсь, только если привычный образ жизни более не возможен». Средний уровень медицинской активности характеризовал ответ «обращаюсь в том случае если что-то беспокоит».

Для определения степени комплаентности исследуемой группы к медицинским мероприятиям (лечению и профилактике) в анкету был включен ряд вопросов, касающихся соблюдения рекомендаций врача в целом, а также были включены частные вопросы, касающиеся регулярности посещений и приема лекарственных

ных препаратов. Данные вопросы строились по бинарному принципу (да/нет) и не предполагали развернутые ответы.

При исследовании феномена курения изучали частоту курения в настоящий момент, а также факт курения в прошлом. Также изучалась интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) и возраст начала курения. При отсутствии факта курения в настоящем времени, но наличия курения в прошлом, изучался и возраст прекращения курения.

При исследовании феномена употребления алкогольных напитков исследовалась регулярность приема с градациями: ежедневно или почти ежедневно, регулярно (чаще 1 раза в неделю), редко (чаще одного раза в месяц, но реже чем 1 раз в неделю), очень редко (чаще 1 раза в год, но реже 1 раза в месяц). Расчет интенсивных показателей производился только на лиц, которые употребляли алкогольные напитки.

Кроме того, исследовалась крепость алкогольных напитков. Были выделены четыре градации крепости: напитки с содержанием этилового спирта 40 % и выше (условно водка), напитки с содержанием этилового спирта в диапазоне 21–40 % (условно ликеры и настойки), напитки с содержанием этилового спирта в диапазоне 7–20 % (условно вино) и напитки с содержанием этилового спирта менее 7 % (условно пиво). Также была изучена и доза единовременного приема алкогольных напитков в пересчете на спирт.

В настоящем исследовании в качестве гигиенических привычек рассматривали соблюдение распорядка дня, выполнение утренней зарядки, закаливание. Соблюдение распорядка дня предполагало выполнение определенных действий (подъем, еда, сон и другие) в определенное время. В анкете было предложено три варианта ответа на вопрос о соблюдении распорядка дня. Первый вариант предусматривал соблюдение распорядка дня практически во всех случаях, за исключением болезни и иных непреодолимых жизненных обстоятельств. То есть выполнение распорядка дня при такой возможности было естественным состоянием данного человека. Вторым вариантом ответа предполагал наличие желания у человека соблюдать распорядок дня, однако это ему не всегда удавалось. И третий вариант ответа предполагал отсутствие желания у человека соблюдать распорядок дня.

Следующей гигиенической привычкой, в отношении которой проведен анализ распространенности, стало выполнение утренней зарядки. При опросе было предложено три варианта ответа. Первый вариант предполагал регулярное выполнение физических упражнений по утрам или в любое другое удобное время (именно к времени выполнения упражнений «жесткой» привязки не производилось, их можно было выполнять в любое время дня, следовательно, термин «утренняя» не являлся обязательной характеристикой). Второй вариант ответа свидетельствовал о периодическом выполнении, тогда как третий вариант ответа предполагал отрицательное отношение к выполнению физических упражнений. Такие варианты ответа были и на вопрос об отношении к закаливающим процедурам (контрастный душ, обливания холодной водой, «моржевание»).

В отличие от ранее проведенных исследований, задачей которых было описание набора факторов риска, целью настоящего исследования стало изучение зависимостей между детерминантами как глобальными признаками и характеристиками медицинской активности населения старших возрастных групп.

Этапный характер математической обработки получаемых результатов включал в себя: обоснование сравнимости исследуемых групп, выбор метода обработки результатов, статистический анализ полученного материала и компьютерная обработка с использованием пакета стандартных программ.

В работе применялись общепринятые статистические методы определения средних величин, среднеквадратического отклонения, дисперсий. С учетом отклонения от нормального характера распределения исследуемой случайной величины, достоверность различий определяли с использованием непараметрического критерия χ^2 . Достоверными считали различия с вероятностью отрицания «нулевой гипотезы» на уровне 95 %. Полученные значения функций сравнивались со стандартными табличными значениями для двустороннего распределения. Оценку зависимостей проводили с использованием корреляционного анализа по стандартной методике (расчет коэффициента корреляции, определение направления и отличие от нуля, оценка по шкале Чеддока).

Глава 3

ОБРАЗОВАНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

3.1 Влияние уровня образования населения старших возрастных групп на распространенность ответственного отношения к своему здоровью

Ответственное отношение к своему здоровью является одним из важных компонентов здоровьесохраняющего поведения и медицинской активности. Признание базовой ответственности за свое здоровье за самим собой должно определять определенную жизненную позицию и образ жизни, характеризующийся высокой медицинской активностью. Пассивная позиция выражается в перекладывании основной ответственности на третьих лиц. В таком случае актуальными и единственно действенными должны стать меры принуждения, как способы мотивации человека сохранять и улучшать свое здоровье [135, 137].

Влияние образования на модель поведения человека может определять, в том числе, и высокую степень ответственности за собственное здоровье. Можно полагать, что более образованные люди, лучше понимая базовые социальные принципы, должны более ответственно относиться к своему поведению и поступкам, что, в итоге, выражается как ответственное отношение к собственному здоровью. Если высказанная гипотеза верна, то образование можно рассматривать как положительную детерминанту здоровья в отношении этого компонента поведения для населения старших возрастных групп [198].

По данным настоящего исследования удельный вес мужчин, имеющих более низкий уровень образования, и считающих что именно они отвечают за свое здоровье, составил $66 \pm 5,6$ на 100 опрошенных. Полученные данные соответствуют данным по этой возрастной группе в целом. Однако, распределение мужчин по уровням образования (таблица 3.1) позволило выявить наличие некоторой разницы в показателях, подтверждающих ранее высказанную гипотезу.

Таблица 3.1 – Удельный вес населения старших возрастных групп с разным уровнем образования, считающих себя ответственными за свое здоровье (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Возрастная группа	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Мужчины			
60–74 года	71 ± 5,1	66 ± 5,6	> 0,05
75 лет и старше	62 ± 5,0	60 ± 6,3	> 0,05
Женщины			
60–74 года	77 ± 4,3	72 ± 4,0	> 0,05
75 лет и старше	66 ± 4,2	64 ± 3,1	> 0,05

Так, у мужчин с более высоким уровнем образования наблюдался более высокий удельный вес, считающих себя ответственными за свое здоровье. Однако достоверных различий на доказательном уровне не наблюдалось. В самой старшей возрастной группе мужчин различия были крайне незначительны. Обращает на себя внимание более высокие показатели вариабельности изучаемого признака в подгруппе мужчин с более низким уровнем образования. Это свидетельствует о наличии большего разнообразия мнений среди них, тогда как в подгруппе мужчин с высоким уровнем образования мнение по этому вопросу более консолидированное.

Мужчины возрастной группы 60–74 года с более низким уровнем образования в вопросах охраны собственного здоровья больше надеются на государство и государственные органы (24 против 16 соответственно на 100 опрошенных), а мужчины с более высоким уровнем образования на систему здравоохранения и учреждения здравоохранения (13 против 8 на 100 опрошенных соответственно). В самой старшей возрастной группе описанные закономерности сохраняются, однако следует отметить большой удельный вес сомневающихся в подгруппе мужчин с высоким уровнем образования (8 на 100 опрошенных мужчин) [164].

У женщин с высоким уровнем образования удельный вес тех, кто считает себя ответственным за свое здоровье, был несколько выше (таблица 3.1), однако

различия также были недостоверными. Женщины возрастной группы 60–74 года с более низким уровнем образования в вопросах охраны собственного здоровья больше надеются систему здравоохранения и учреждения здравоохранения (14 против 5 соответственно на 100 опрошенных). Степень доверия к государственным органам у женщин с разным уровнем образования не отличалась.

Таким образом, уровень образования определенным образом влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп. У мужчин и женщин с высоким уровнем образования больший удельный вес опрошенных считает себя ответственными за свое здоровье, но частота такого мнения уменьшается с возрастом. У опрошенных возрастной группы 60–74 года с низким уровнем образования в качестве ответственного субъекта за их здоровье более популярно государство и государственные органы, относительно лиц, имеющих высокий уровень образования, для которых более популярна система здравоохранения. В самой старшей возрастной группе указанные различия отсутствуют.

Достаточно высокая степень ответственности позволяет планировать мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения старших возрастных групп на основе кооперации усилий самого человека и институтов системы здравоохранения и государства. Однако следует учитывать нарастающее с возрастом желание переложить основное бремя ответственности за свое здоровье на органы государственной власти и учреждения здравоохранения [164].

3.2 Влияние уровня образования населения старших возрастных групп на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью

Эффективное взаимодействие с системой здравоохранения является значимым условием сохранения и укрепления здоровья человека. Особенно это имеет значение для старших возрастных групп, так как профилактика, как первичная, так и вторичная, а также качественное лечение выявленной патологии является

необходимым условием для обеспечения высокого уровня здоровья для представителей этих возрастных групп [198].

Выявленные в ранее проведенных исследованиях различия в показателях самооценки здоровья населения старших возрастных групп [194] с разным уровнем образования могут быть обусловлены целым набором факторов. Так как на настоящий момент не существует полноценной теории, объясняющей такие различия, актуальным становится научный поиск потенциальных факторов и определение их роли и степени влияния на результирующую переменную – состояние здоровья.

В анкету для населения старших возрастных групп был включен вопрос о поводах посещения медицинских организаций. Как признаки высокой медицинской активности, рассматривали такие варианты ответа, как «регулярно обращаюсь, даже если ничего не беспокоит, в целях профилактики» и «обращаюсь в связи с вновь возникающими проблемами, наблюдаюсь в связи с уже существующими» (активная модель поведения). Низкий уровень медицинской активности характеризовали такие ответы, как «стараюсь не обращаться» и «обращаюсь, только если привычный образ жизни более не возможен» (пассивная модель поведения). Средний уровень медицинской активности характеризовал ответ «обращаюсь в том случае если что-то беспокоит» (реактивная модель поведения) [29].

Анализ различий в моделях поведения, связанных с обращаемостью за медицинской помощью, у мужчин с различным уровнем образования показал, что значимых различий в возрастной группе 60–74 года не наблюдалось. В возрастной группе 75 лет и старше мужчины с низким уровнем образования чаще придерживались реактивной модели поведения, при которой обращение происходило только при наличии беспокоящих обстоятельств ($48 \pm 5,9$ при низком уровне образования и $27 \pm 5,2$ при высоком уровне образования на 100 опрошенных мужчин). Соответственно, среди мужчин с высоким уровнем образования было больше тех, кто придерживался активной модели поведения ($p < 0,05$).

Сводные данные, по распространенности моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью мужчин с разным уровнем образования, представлены в таблице 3.2.

Таблица 3.2 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью мужчин с разным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе и соответствующим уровнем образования)

Модель поведения	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	36 ± 2,5	32 ± 2,4	> 0,05
Реактивная	40 ± 2,6	42 ± 2,6	> 0,05
Активная	24 ± 1,9	25 ± 2,0	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	12 ± 0,9	10 ± 0,8	> 0,05
Реактивная	27 ± 2,1	48 ± 2,8	< 0,05
Активная	62 ± 2,9	42 ± 2,4	< 0,05

В отношении женщин реактивная модель поведения чаще наблюдалась у женщин с более низким уровнем образования во всех исследованных возрастных группах (таблица 3.3). Пассивная модель поведения одинаково часто регистрировалась независимо от уровня их образования. Активная модель поведения чаще регистрировалась в группе женщин с высоким уровнем образования, однако в возрастной группе достоверность различий не достигала критических величин, тогда как в старшей возрастной группе различия были достоверными ($p < 0,05$).

Проведенное исследование показало, что высокий образовательный уровень способствует изменению поведения в сторону большей распространенности активного стиля поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью. Данные закономерности наблюдаются независимо от пола и более сильно

выражены в возрастной группе 75 лет и старше. Мужчины и женщины с низким уровнем образования чаще выбирают реактивный тип поведения, когда обращение за медицинской помощью наступает после появления проблем со здоровьем. Частота пассивной модели поведения не зависит от уровня образования и чаще регистрируется в возрастной группе 60–74 года [29].

Таблица 3.3 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью женщин с разным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе и соответствующим уровнем образования)

Модель поведения	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	35 ± 2,5	25 ± 2,0	> 0,05
Реактивная	35 ± 2,5	48 ± 2,9	< 0,05
Активная	31 ± 2,3	27 ± 2,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	10 ± 0,9	11 ± 0,9	> 0,05
Реактивная	35 ± 2,5	47 ± 2,8	< 0,05
Активная	54 ± 3,1	42 ± 2,5	< 0,05

Таким образом, значимых половых различий в характеристиках медицинской активности среди исследуемых контингентов старших возрастных групп выявлено не было. Наиболее распространенной формой поведения независимо от гендерной принадлежности был реактивный тип, когда обращение за медицинской помощью было следствием возникновения проблем со здоровьем. Наиболее распространена такая форма поведения у пациентов с низким уровнем образования. Высокий уровень медицинской активности, независимо от половой принадлежности, более характерен для представителей возрастной группы 75 лет и старше с высоким образовательным статусом. Повышение удельного веса ре-

спондентов, имеющих высокий уровень медицинской активности в возрастной группе 75 лет и старше, происходит путем снижения удельного веса респондентов, имеющих низкий уровень физической активности в возрастной группе 60–74 года [29].

Полученные данные определяют дифференцированные подходы к обеспечению своевременности обращения за медицинской помощью. Целесообразно в отношении населения с высоким образовательным статусом использовать методы информирования и просвещения, а в отношении населения с низким образовательным статусом методы убеждения и даже принуждения, а также контроля сроков прохождения профилактических осмотров.

3.3 Влияние уровня образования на степень комплаентности населения старших возрастных групп

Анализ влияния уровня образования на распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у мужчин старших возрастных групп (таблица 3.4) показал, что в возрастной группе 60–74 года различия не регистрируются, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше на фоне повышения уровня комплаентности, более высокий градиент повышения удельного веса наблюдается у мужчин с более низким уровнем образования.

Однако следует отметить, что среди опрошенных мужчин возрастной группы 75 лет и старше с высоким уровнем образования нет таких, которые бы сознательно не выполняли назначения врача. Среди мужчин этого возраста с более низким уровнем образования таковых только 3 на 100 опрошенных ($p < 0,05$). Мужчины с более высоким уровнем образования чаще выполняют назначения врача только в некоторых случаях [30].

Логично предположить, что им, возможно, требуется дополнительная информация о необходимости соблюдения назначений и рекомендаций в полном объеме, тогда как мужчины с более низким уровнем образования чаще не требуют дополнительных пояснений. Если суммировать эти две модели поведения, то раз-

личий между подгруппами с различным уровнем образования не выявляется. Большой удельный вес не ответивших, то есть сомневающихся, также наблюдается в группе мужчин с высоким уровнем образования независимо от возраста.

Таблица 3.4 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у мужчин старших возрастных групп с разным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе и соответствующим уровнем образования)

Выполнение назначений врача	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	43 ± 2,7	42 ± 2,5	> 0,05
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	40 ± 2,6	46 ± 2,6	> 0,05
Не выполняют назначений врача	8 ± 0,8	6 ± 0,5	> 0,05
Не ответили	9 ± 0,9	6 ± 0,5	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	53 ± 3,1	69 ± 3,2	< 0,05
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	40 ± 2,5	25 ± 2,0	< 0,05
Не выполняют назначений врача	0	3 ± 0,4	< 0,05
Не ответили	7 ± 0,6	3 ± 0,4	< 0,05

Анализ влияния уровня образования на распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у женщин старших возрастных групп (таблица 3.5) показал, что уровень образования не оказывает влияния на распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений

врача. Единственно можно отметить, что более образованные женщины в возрастной группе 75 лет и старше, достоверно чаще сомневаются в ответе на данный вопрос. Это доказывает важность для них объема информации необходимой для принятия решения о выполнении назначений врача [30].

Таблица 3.5 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у женщин старших возрастных групп с разным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе и соответствующим уровнем образования)

Выполнение назначений врача	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	56 ± 3,2	56 ± 3,2	> 0,05
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	35 ± 2,2	37 ± 2,8	> 0,05
Не выполняют назначений врача	7 ± 0,6	5 ± 0,5	> 0,05
Не ответили	2 ± 0,1	2 ± 0,2	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	65 ± 3,2	68 ± 3,4	> 0,05
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	32 ± 2,2	30 ± 2,5	> 0,05
Не выполняют назначений врача	2 ± 0,1	1 ± 0,1	> 0,05
Не ответили	1 ± 0,1	1 ± 0,1	< 0,05

Таким образом, женщины старших возрастных групп были более комплаентны, чем мужчины, в отношении выполнения назначений врача, они чаще выполняли их тщательно и в полном объеме. В более старших возрастных группах степень комплаентности выше как у мужчин, так и у женщин. Уровень образова-

ния влияет на модели поведения в отношении выполнения назначений врача только у мужчин в возрастной группе 75 лет и старше и не влияет в возрастной группе 60–74 года. У женщин достоверного влияния в обеих возрастных группах не выявлено. Мужчины и женщины с более высоким уровнем образования чаще выполняют назначения врача только в некоторых случаях. Большой удельный вес не ответивших, то есть сомневающихся, также наблюдается в группе мужчин и женщин с высоким уровнем образования независимо от возраста [30].

Анализ зависимости уровня образования мужчин и степени комплаентности в отношении приема лекарственных препаратов, назначенных врачом, показал отсутствие такой связи в возрастной группе 60–74 года. Только половина опрошенных мужчин старших возрастных групп независимо от уровня образования соблюдает график приема препаратов. В отношении регулярности посещений врача более ответственны были менее образованные мужчины, однако различия не достигали критических величин отрицания «нулевой» гипотезы ($p > 0,05$).

В возрастной группе 75 лет и старше мужчины с более низким уровнем образования реже следовали назначениям врача в части приема лекарственных препаратов и регулярности посещений медицинской организации. Различия в данном случае были достоверными. Соблюдали режим приема лекарственных препаратов $77 \pm 4,3$ на 100 опрошенных мужчин с низким уровнем образования и $60 \pm 6,3$ на 100 опрошенных мужчин с высоким уровнем образования. Соблюдали регулярность посещений $80 \pm 4,2$ на 100 опрошенных мужчин с низким уровнем образования и $57 \pm 6,4$ на 100 опрошенных мужчин с высоким уровнем образования.

У женщин таких закономерностей выявлено не было. Различия в данном случае носили случайный характер и степень комплаентности не зависела от уровня образования. В возрастной группе 60–74 года соблюдали режим приема лекарственных препаратов $69 \pm 4,1$ на 100 опрошенных женщин с низким уровнем образования и $62 \pm 4,9$ на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования. Соблюдали регулярность посещений $62 \pm 4,3$ на 100 опрошенных женщин с низким уровнем образования и $67 \pm 4,8$ на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования.

В возрастной группе 75 лет и старше различия также носили случайный характер и степень комплаентности не зависела от уровня образования. Соблюдали режим приема лекарственных препаратов $83 \pm 2,5$ на 100 опрошенных женщин с низким уровнем образования и $84 \pm 3,4$ на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования. Соблюдали регулярность посещений $78 \pm 2,7$ на 100 опрошенных женщин с низким уровнем образования и $72 \pm 3,9$ на 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования.

Таким образом, результаты ответов на частные вопросы, касающиеся степени комплаентности подтвердили ранее сделанные заключения о большей степени комплаентности женщин старших возрастных групп сравнительно с мужчинами. Также было подтвержден тезис о повышении степени комплаентности при увеличении возраста, как мужчин, так и женщин, и тезис о влиянии уровня образования на степень комплаентности только у мужчин в возрастной группе 75 лет и старше. Большой удельный вес сомневающихся мужчин и женщин с высоким уровнем образования независимо от возраста требует более внимательного к ним отношения в части предоставления дополнительной информации о необходимости и важности соблюдения назначений врача [30].

3.4 Зависимость частоты курения и употребления алкоголя населением старших возрастных групп от уровня образования

Курение является характерной формой антигигиенического поведения и уровень образования, как фактор, влияющий на поведение, может оказывать влияние на распространенность этого явления [198]. С целью проверки данной гипотезы было проведено сравнительное исследование частоты курения в группах мужчин и женщин с разным уровнем образования.

Характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с разным уровнем образования представлены в таблице 3.6.

Таблица 3.6 – Характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с разным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе и соответствующим уровнем образования)

Частота курения	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовал курить	40 ± 2,6	39 ± 2,9	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	8 ± 0,7	13 ± 1,1	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	25 ± 1,9	20 ± 1,9	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	8 ± 0,7	11 ± 1,0	> 0,05
Курю систематически	15 ± 1,3	13 ± 1,1	> 0,05
Не ответили	4 ± 0,3	4 ± 0,3	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовал курить	40 ± 2,5	41 ± 3,0	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	8 ± 0,7	11 ± 1,1	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	33 ± 2,0	27 ± 2,0	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	5 ± 0,4	10 ± 1,0	> 0,05
Курю систематически	8 ± 0,7	8 ± 0,7	> 0,05
Не ответили	6 ± 0,5	3 ± 0,2	> 0,05

Достоверных различий в сравниваемых группах (различный уровень образования) ни по одному из показателей достигнуто не было, однако следует обратить внимание, что мужчины с высоким уровнем образования реже пробовали курить и чаще бросали эту привычку. Также они реже курили не систематически, а «время

от времени». Такие закономерности были характерны и для возрастной группы 60–74 года и для возрастной группы 75 лет и старше. В итоге, среди мужчин возрастной группы 60–74 года с высоким уровнем образования 72,5 % не курят в настоящее время, тогда как у мужчин с низким уровнем образования таковых 71,8 %.

В возрастной группе 75 лет и старше некурящих мужчин было еще больше. Так, среди мужчин с высоким уровнем образования 81,6 % не курят в настоящее время, а среди мужчин с низким уровнем образования – 78,6 %.

В качестве резерва снижения распространенности курения можно рассматривать лиц, которые курят не постоянно и таковых больше среди мужчин с низким уровнем образования.

Средний возраст начала курения в группе мужчин возрастной группы 60–74 года с высоким уровнем образования составил 17,3 года, что не отличается от возраста начала курения у мужчин с более низким уровнем образования – 17,5 года. В возрастной группе 75 лет и старше отличия возраста начала курения более значительные, однако не достигают уровня отрицания «нулевой гипотезы» (18,7 лет у мужчин с высоким уровнем образования и 19,9 лет у мужчин с более низким образовательным статусом). Возраст, в котором мужчины бросали курить отличался в подгруппах с разным образовательным статусом. В возрастной группе 60–74 года раньше бросали курить мужчины с низким уровнем образования (в 48–50 лет), тогда как в группе мужчин того же возраста с высоким уровнем образования в 53–55 лет. Однако в возрастной группе 75 лет и старше наблюдалась обратная ситуация. Лица мужского пола с высоким уровнем образования бросали курить в 48–50 лет, а мужчины с более низким уровнем образования в 55–57 лет.

Количество выкуриваемых сигарет в день мужчинами в возрасте 60–74 года составляет 10,6 сигареты для лиц имеющих более низкий уровень образования и 15,3 для лиц имеющих высокий уровень образования. В более старшей возрастной группе разница была меньше: количество выкуриваемых сигарет в день для лиц имеющих высокий уровень образования составило 11,3 сигареты в день, а для лиц, имеющих более низкий уровень образования – 9,3 сигареты в день. Следовательно,

стойкость привычки к курению и ее интенсивность выше у мужчин имеющих высшее или незаконченное высшее образование. Данные представлены на рисунке 3.1.

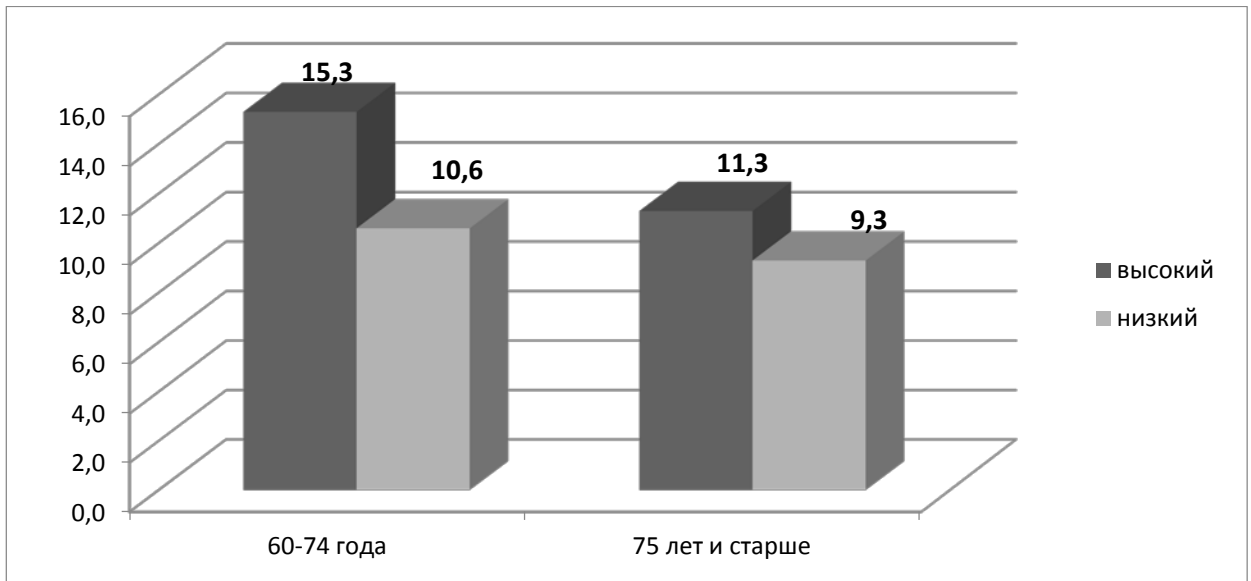


Рисунок 3.1 – Среднее число выкуриваемых сигарет в день мужчинами старших возрастных групп с различным уровнем образования (среднее число выкуриваемых сигарет в день)

Характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с разным уровнем образования представлены в таблице 3.7.

Среди женщин старших возрастных групп, также как и среди мужчин достоверных различий в сравниваемых группах (различный уровень образования) ни по одному из показателей достигнуто не было. Большинство женщин в возрастной группе 60–74 года, независимо от уровня образования не курили – 83,2 % в группе женщин с высоким уровнем образования и 86,5 % в группе женщин с низким уровнем образования. В возрастной группе 75 лет и старше некурящих женщин было еще больше. Так, 92,2 % женщин с высоким уровнем образования и 91,5 % женщин с низким уровнем образования не курили к моменту проведения опроса. Также как и у мужчин в качестве резерва снижения распространенности курения можно рассматривать лиц, которые курят не постоянно и таковых больше среди женщин с низким уровнем образования.

Таблица 3.7 – Характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с разным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе и соответствующим уровнем образования)

Частота курения	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовала курить	67 ± 3,5	65 ± 3,4	> 0,05
Однажды пробовала (в настоящее время не курю)	8 ± 0,7	10 ± 1,0	> 0,05
Курила, но бросила (в настоящее время не курю)	7 ± 0,6	12 ± 1,1	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	3 ± 0,2	5 ± 0,4	> 0,05
Курю систематически	8 ± 0,7	6 ± 0,5	> 0,05
Не ответили	7 ± 0,6	2 ± 0,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовала курить	78 ± 2,9	80 ± 3,0	> 0,05
Однажды пробовала (в настоящее время не курю)	9 ± 0,5	7 ± 0,5	> 0,05
Курила, но бросила (в настоящее время не курю)	6 ± 0,3	4 ± 0,3	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	0	2 ± 0,1	> 0,05
Курю систематически	2 ± 0,1	1 ± 0,1	> 0,05
Не ответили	5 ± 0,2	6 ± 0,4	> 0,05

Средний возраст начала курения женщин в возрастной группе 60–74 года с высоким уровнем образования составил 23,1 года, что не отличается от возраста начала курения у женщин с более низким уровнем образования – 22,3 года. В возрастной группе 75 лет и старше отличий также выявлено не было. Возраст начала

курения не зависел от уровня образования – 19,0 лет у женщин с высоким уровнем образования и 19,2 у женщин с более низким уровнем образования. Однако начало курения происходит в возрасте, когда образование еще не получено и, связанный с этим некий стереотип поведения еще не сформировался. Более важным показателем является возраст, в котором женщины бросили курить. Так, в возрастной группе 60–74 года раньше бросали курить женщины с низким уровнем образования (в 43–45 лет), тогда как в группе женщин того же возраста с высоким уровнем образования в 47–49 лет. Такие же закономерности наблюдались и в отношении мужчин.

Количество выкуриваемых женщинами в возрасте 60–74 года сигарет в день составляет 13,4 сигареты для лиц имеющих более низкий уровень образования и 10,3 для лиц имеющих высокий уровень образования. В более старшей возрастной группе разница была меньше: количество выкуриваемых сигарет в день для лиц, имеющих высокий уровень образования составило 14,7 сигарет в день, а для лиц, имеющих более низкий уровень образования – 10,0 сигареты в день. Следовательно, стойкость привычки к курению и ее интенсивность выше у женщин имеющих высшее или незаконченное высшее образование, но только в возрастной группе 75 лет и старше. Данные представлены на рисунке 3.2.

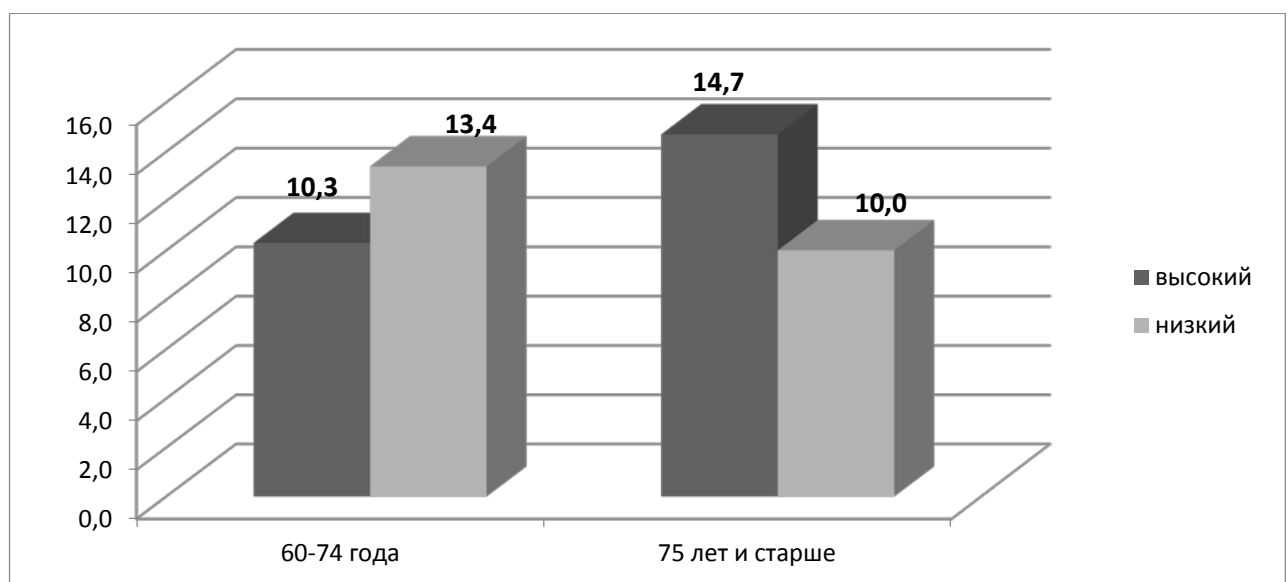


Рисунок 3.2 – Среднее число выкуриваемых сигарет в день женщинами старших возрастных групп с различным уровнем образования (среднее число выкуриваемых сигарет в день)

Таким образом, достоверных различий в сравниваемых группах (различный уровень образования) у мужчин и у женщин ни по одному из показателей, характеризующих отношение к курению, достигнуто не было, однако следует обратить внимание, что мужчины с высоким уровнем образования реже пробовали курить и чаще бросали эту привычку, тогда как у женщин таких закономерностей выявлено не было. Частота курения была выше в возрастной группе 60–74 года и не зависела от уровня образования. Среди лиц с более низким уровнем образования больше тех, кто курит не постоянно и именно их можно рассматривать как резерв снижения распространенности курения среди населения старших возрастных групп. Интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) была выше среди мужчин с высоким уровнем образования. Среди женщин такая закономерность наблюдалась только в старшей возрастной группе, тогда как в возрастной группе 60–74 года наблюдалась обратная ситуация.

Полученные данные свидетельствуют о том, что однозначных зависимостей между уровнем образования и частотой и интенсивностью курения среди лиц старшей возрастной группы нет. Так как курит меньшинство опрошенных, то явления, наблюдаемые среди курящих, в отношении интенсивности курения, могут свидетельствовать о наличии различий в группах курящих и не курящих. Однако влияние уровня образования в данном случае не прослеживается.

Анализ распространенности употребления алкоголя позволил выявить похожие закономерности [198]. Так, в возрастной группе 60–74 года, ежедневное употребление алкогольных напитков достоверно чаще наблюдалось в группе мужчин с высоким уровнем образования (6 среди мужчин с высоким уровнем образования против 1 на 100 опрошенных среди мужчин с более низким уровнем образования, $p < 0,05$) (таблица 3.8). В два раза чаще мужчины с высоким уровнем образования регулярно употребляли алкогольные напитки с частотой 2–3 раза в неделю (15 среди мужчин с высоким уровнем образования против 7 на 100 опрошенных среди мужчин с более низким уровнем образования) ($p < 0,05$). Среди мужчин с более низким уровнем образования было больше тех, кто не употреблял

ет алкогольные напитки, однако достоверных различий в данном случае не наблюдалось.

Таблица 3.8 – Характеристики распространенности употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	6 ± 0,5	1 ± 0,1	< 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	15 ± 1,3	7 ± 0,5	< 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	28 ± 2,2	35 ± 2,5	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	23 ± 1,9	18 ± 1,6	> 0,05
Не употребляю	28 ± 2,2	37 ± 2,6	> 0,05
Не ответили	0	2 ± 0,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	5 ± 0,3	2 ± 0,1	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	5 ± 0,3	2 ± 0,1	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	23 ± 1,5	19 ± 1,7	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	28 ± 1,9	15 ± 1,4	> 0,05
Не употребляю	37 ± 2,7	57 ± 3,5	< 0,05
Не ответили	2 ± 0,1	5 ± 0,3	< 0,05

В возрастной группе 75 лет и старше описанные закономерности сохраняются, однако степень различий становится меньше и достоверные различия наблюдаются только в отношении удельного веса не употребляющих алкогольные напитки (37 среди мужчин с высоким уровнем образования против 57 на 100 опрошенных среди мужчин с более низким уровнем образования). В два раза чаще мужчины с высоким уровнем образования употребляли алкогольные напитки

ки в ежедневном режиме (5 среди мужчин с высоким уровнем образования против 2 на 100 опрошенных среди мужчин с более низким уровнем образования), а также в регулярном режиме (2–3 раза в неделю) (5 среди мужчин с высоким уровнем образования против 2 на 100 опрошенных среди мужчин с более низким уровнем образования), однако, вследствие малых значений достоверность различий не выявлялась.

На рисунке 3.3 представлены данные по удельному весу мужчин с различным уровнем образования, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года.

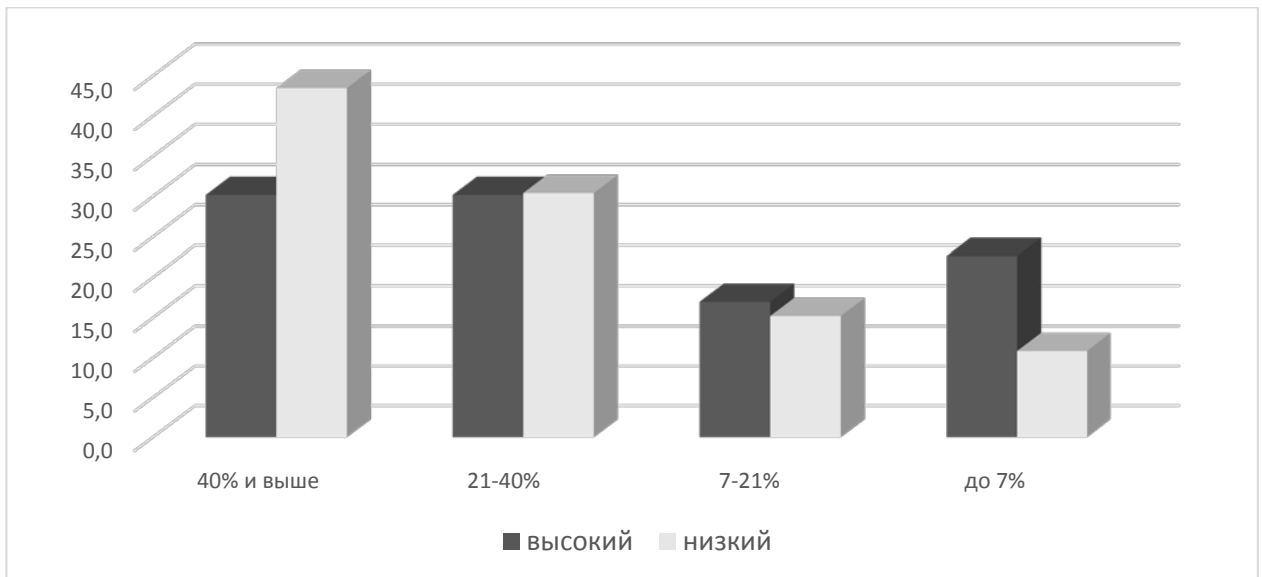


Рисунок 3.3 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим уровнем образования)

Из представленных данных следует, что, несмотря на более низкую частоту употребления алкогольных напитков среди мужчин в возрастной группе 60–74 года с более низким уровнем образования, они предпочитают напитки с более высоким содержанием этилового спирта (40 % и выше). Если среди мужчин с высоким уровнем образования таковых только 30 на 100 опрошенных, то среди

мужчин с более низким уровнем образования – 44 на 100 опрошенных. В отношении напитков с содержанием этилового спирта в диапазоне 21–40 % предпочтения не зависели от уровня образования, также как и в отношении напитков с более низким содержанием этилового спирта. Однако слабоалкогольные напитки более предпочитали мужчины с высоким уровнем образования в возрастной группе 60–74 года.

Описанные закономерности в целом справедливы и для возрастной группы 75 лет и старше (рисунок 3.4).

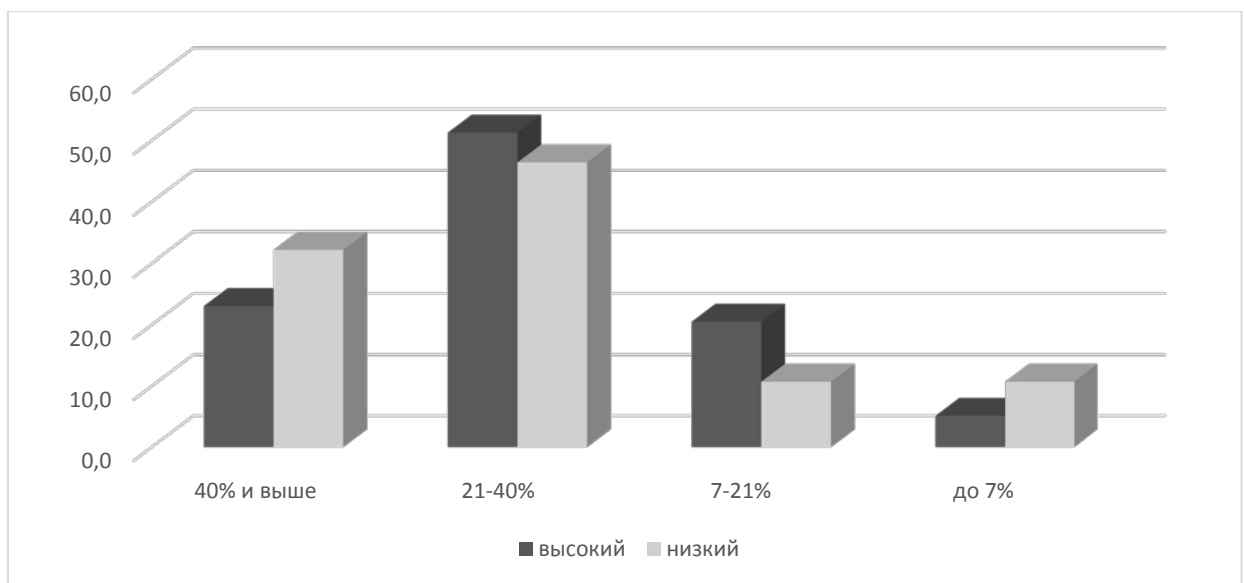


Рисунок 3.4 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше с разным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим уровнем образования)

Отличия наблюдались в отношении пристрастия к слабоалкогольным напиткам. Если удельный вес мужчин с более низким уровнем образования, их предпочитающих, сохранился (сравнительно с возрастной группой 60–74 года), то у мужчин с высоким уровнем образования удельный вес предпочитающих алкогольные напитки с содержанием этилового спирта 7 % и менее сократился в четыре раза. Также следует отметить повышение удельного веса тех, кто предпочи-

тает алкогольные напитки с содержанием этилового спирта в диапазоне 21–40 % и это не зависело от уровня образования.

Наряду с частотой употребления алкогольных напитков большое значение имеет и доза алкоголя, принимаемая в течение одного приема. Так, более высокая частота приемов у мужчин с высоким уровнем образования, сравнительно с мужчинами с более низким уровнем образования, сочетается с меньшими дозами. Минимальную дозу (менее 20 г чистого спирта) принимает пятая часть мужчин в возрасте 60–74 года имеющие высокий уровень образования. Это доза соответствует менее 50 мл водки (в пересчете). Большие же дозы алкоголя (от 100 г до 200 г, то есть от 250 до 500 мл водки) за один раз принимает в три раза больше мужчин с более низким уровнем образования, чем среди мужчин с высоким образовательным статусом (таблица 3.9).

Таблица 3.9 – Доза алкоголя (в пересчете на чистый спирт) принимаемая за один раз среди мужчин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Доза алкоголя, принимаемая за один раз	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Менее 20 г	22 ± 1,8	11 ± 1,0	< 0,05
Более 20, но менее 50 г	28 ± 2,1	32 ± 2,9	> 0,05
Более 50, но менее 100 г	36 ± 2,6	28 ± 2,4	> 0,05
Более 100, но менее 200 г	10 ± 0,9	28 ± 2,4	< 0,05
Более 200 г	4 ± 0,2	1 ± 0,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Менее 20 г	6 ± 0,4	8 ± 0,7	> 0,05
Более 20, но менее 50 г	37 ± 2,5	42 ± 3,5	> 0,05
Более 50, но менее 100 г	40 ± 2,7	25 ± 2,5	< 0,05
Более 100, но менее 200 г	17 ± 1,5	21 ± 2,1	> 0,05
Более 200 г	0	4 ± 0,3	

В возрастной группе 75 лет и старше при уменьшении количества употребляющих алкогольные напитки в первую очередь за счет употребляющих в малых дозах, увеличились значения удельного веса тех, кто употребляет за один раз от 50 до 100 г (от 125 до 250 мл водки в пересчете). Значимых различий в этой возрастной группе по объему дозы алкоголя между мужчинами разного уровня образования не было.

Следовательно, несмотря на достаточно низкую степень распространённости частого употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп, мужчины с высоким уровнем образования чаще употребляют его в ежедневном и регулярном режиме. Каждый пятый мужчина в возрасте 60–74 года употребляет алкогольные напитки чаще одного раза в неделю, а половина опрошенных употребляет алкогольные напитки не реже 1 раза в неделю. Только четверть опрошенных мужчин с высоким уровнем образования совсем не употребляет алкогольные напитки, тогда как среди мужчин с более низким уровнем образования таких мужчин треть из числа опрошенных. В возрастной группе 75 лет и старше описанные закономерности сохраняются: треть опрошенных мужчин (33 на 100 опрошенных) с высоким уровнем образования употребляет алкогольные напитки чаще одного раза в неделю, тогда как среди мужчин с более низким уровнем образования таковых только менее четверти (24 на 100 опрошенных).

Мужчины, предпочитающие крепкие алкогольные напитки чаще имеют более низкий уровень образования, тогда как слабоалкогольные напитки предпочитают мужчины с высоким уровнем образования. С увеличением возраста предпочтения смещаются в сторону снижения крепости напитка и наиболее популярным становится алкоголь с содержанием этилового спирта в диапазоне 21–40 %. Также снижается популярность слабоалкогольных напитков среди мужчин с высоким уровнем образования. Доза, принимаемого однократно алкоголя выше у мужчин с более низким уровнем образования, однако в старшей возрастной группе значимых различий уже не выявляется.

Количество выкуриваемых сигарет в день и регулярность приема алкогольных напитков выше у мужчин с высоким уровнем образования, однако, среди

женщин такая закономерность в отношении курения наблюдалась только в старшей возрастной группе, тогда как в возрастной группе 60–74 года наблюдалась обратная ситуация. Проведенный анализ это подтвердил (таблица 3.10).

Таблица 3.10 – Характеристики распространенности употребления алкоголя среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	1 ± 0,1	0	
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	3 ± 0,2	7 ± 0,5	< 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	13 ± 0,8	24 ± 2,0	< 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	35 ± 2,6	29 ± 2,3	> 0,05
Не употребляю	45 ± 3,4	39 ± 3,3	< 0,05
Не ответили	3 ± 0,2	1 ± 0,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	2 ± 0,1	0	
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	1 ± 0,1	2 ± 0,1	< 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	9 ± 0,7	4 ± 0,2	< 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	24 ± 1,9	15 ± 0,9	< 0,05
Не употребляю	60 ± 3,8	74 ± 2,8	< 0,05
Не ответили	4 ± 0,3	5 ± 0,4	> 0,05

В возрастной группе 60–74 года женщины с высоким уровнем образования менее часто употребляли алкогольные напитки в ежедневном и регулярном режиме, причем около половины из них совсем не допускали их употребление (45 на 100 опрошенных). Среди женщин с более низким уровнем образования таких было достоверно меньше. В два раза реже женщины с высоким уровнем об-

разования регулярно употребляли алкогольные напитки с частотой 2–3 раза в неделю (3 среди женщин с высоким уровнем образования против 7 на 100 опрошенных среди женщин с более низким уровнем образования) ($p < 0,05$). В итоге регулярное употребление алкогольных напитков женщинами с высоким уровнем образования наблюдалось у 17 из 100 опрошенных женщин, у женщин с более низким уровнем образования у 31 из 100 опрошенных.

В возрастной группе 75 лет и старше более сохраняли пристрастие к употреблению алкогольных напитков женщины с высоким уровнем образования. Так, в регулярном режиме его принимали 12 из 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования и только 6 из 100 опрошенных женщин с более низким уровнем образования. Такие изменения можно объяснить повышением удельного веса отказавшихся от употребления алкогольных напитков в данной возрастной группе женщин с низким образовательным статусом, так как три четверти из опрошенных женщин (74 из 100 опрошенных) совсем не употребляли алкогольных напитков, тогда как в группе женщин с высоким уровнем образования только 60 из 100 опрошенных придерживались такой модели поведения.

На рисунке 3.5 представлены данные по удельному весу женщин с различным уровнем образования, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года.

Дальнейшие исследования показали, что женщины в возрастной группе 60–74 года с высоким уровнем образования не только более склонны к регулярному употреблению алкогольных напитков, но и чаще предпочитают более крепкие напитки. Каждая десятая женщина данной подгруппы (11 из 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования) употребляет напитки с массовой долей этилового спирта 40 % и выше, тогда как в подгруппе женщин с более низким уровнем образования их достоверно меньше – 6 из 100 опрошенных. Значимых отличий в отношении алкогольных напитков другой крепости выявлено не было.

В возрастной группе 75 лет и старше достоверных различий в частоте предпочтений напитков с разной массовой долей содержания этилового спирта не вы-

явлено (рисунок 3.6). В целом удельный вес женщин, склонных к употреблению крепких алкогольных напитков в разы меньше, чем в отношении мужчин.

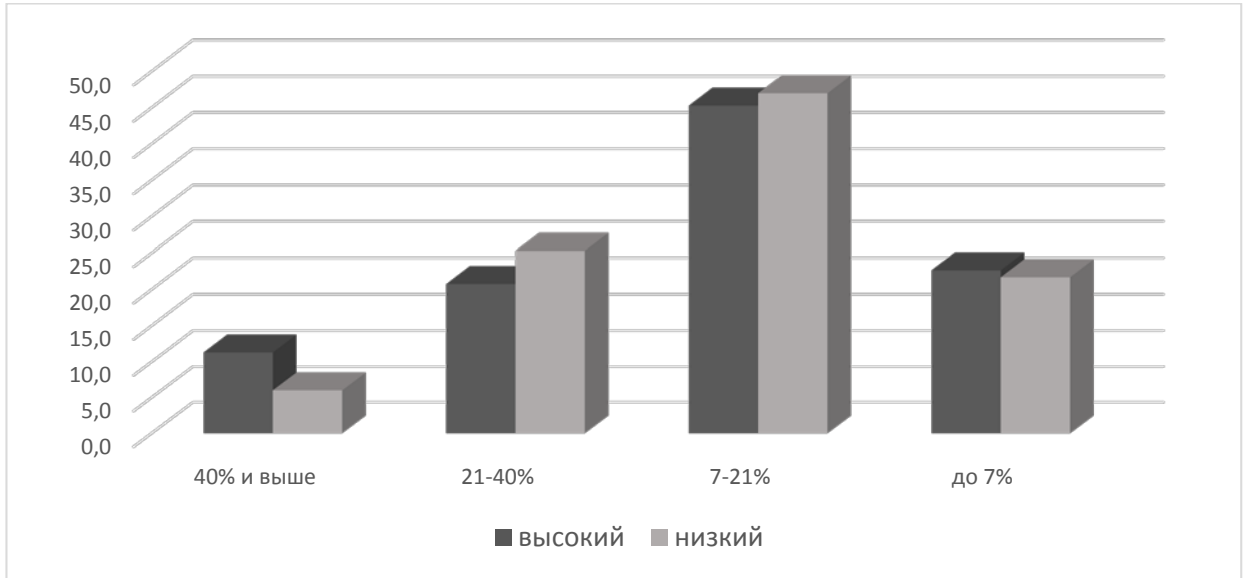


Рисунок 3.5 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим уровнем образования)

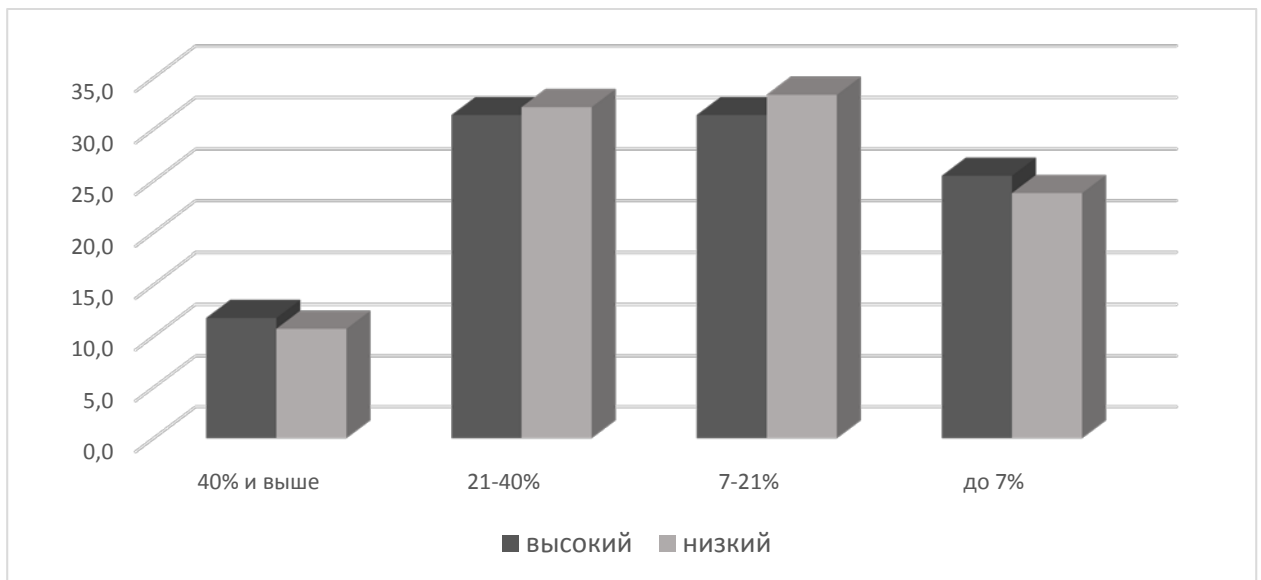


Рисунок 3.6 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим уровнем образования)

Анализ дозы алкоголя, принимаемой в течение одного приема, показал, что достоверных отличий в обеих возрастных группах у женщин не наблюдалось (таблица 3.11). Независимо от уровня образования большинство женщин возрастной группы 60–74 года употребляли менее 50 грамм чистого спирта за один прием (63 и 57 из 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно), а в возрастной группе 75 лет и старше 80 и 79 из 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно.

Таблица 3.11 – Доза алкоголя (в пересчете на чистый спирт) принимаемая за один раз среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Доза алкоголя, принимаемая за один раз	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Менее 20 г	31 ± 2,3	28 ± 2,2	> 0,05
Более 20, но менее 50 г	31 ± 2,3	29 ± 2,2	> 0,05
Более 50, но менее 100 г	29 ± 2,1	21 ± 1,6	> 0,05
Более 100, но менее 200 г	6 ± 0,5	19 ± 1,5	< 0,05
Более 200 г	2 ± 0,1	3 ± 0,2	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Менее 20 г	38 ± 2,5	48 ± 2,9	> 0,05
Более 20, но менее 50 г	43 ± 2,7	31 ± 2,2	< 0,05
Более 50, но менее 100 г	10 ± 0,7	12 ± 0,9	> 0,05
Более 100, но менее 200 г	10 ± 0,7	8 ± 0,6	> 0,05
Более 200 г	0	1 ± 0,1	

Следовательно, в возрастной группе 60–74 года женщины с высоким уровнем образования имеют большее пристрастие к регулярному употреблению алко-

гольных напитков, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше наблюдается обратная ситуация. Однако, наряду с регулярно употребляющими алкогольные напитки среди женщин с высоким уровнем образования наблюдается высокий удельный вес тех, кто не употребляет, что свидетельствует о неоднородности исследуемой группы. Более однородной является группа женщин с более низким уровнем образования, в которой снижение числа регулярно употребляющих происходит за счет отказавшихся от употребления алкогольных напитков. Женщины в возрастной группе 60–74 года с высоким уровнем образования не только более склонны к регулярному употреблению алкогольных напитков, но и чаще предпочитают более крепкие напитки (11 против 6 из 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно). Различий в величине дозы алкоголя (в пересчете на чистый спирт) принимаемой за один раз среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования выявлено не было.

3.5 Влияние уровня образования на частоту гигиенических привычек у населения старших возрастных групп

Наряду с антигигиеническими привычками, основными из которых считается курение и употребление алкоголя, большое значение в оценке медицинской активности имеет распространение гигиенических привычек. В настоящем исследовании в качестве гигиенических привычек рассматривали соблюдение распорядка дня, выполнение утренней зарядки, закаливание.

Соблюдение распорядка дня (подъем, еда, сон в определенное время) само по себе не имеет прямого отношения к медицинской активности, однако указывает на ответственное и заинтересованное отношение человека к своему поведению. В анкете было предложено три варианта ответа на вопрос о соблюдении распорядка дня. Первый вариант предусматривал соблюдение распорядка дня практически во всех случаях, за исключением болезни и иных непреодолимых жизненных обстоятельств. То есть выполнение распорядка дня при наличии возможно-

сти было естественным состоянием данного человека. Второй вариант ответа предполагал наличие желания у человека соблюдать распорядок дня, однако это не всегда получалось даже при наличии возможности. И третий вариант ответа предполагал отсутствие желания у человека соблюдать распорядок дня.

В таблице 3.12 представлены данные об отношении к соблюдению распорядка дня среди мужчин старших возрастных групп с различным уровнем образования.

Таблица 3.12 – Отношение к соблюдению распорядка дня среди мужчин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Соблюдение распорядка дня	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Стараюсь его соблюдать	34 ± 2,8	27 ± 2,4	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	38 ± 2,9	35 ± 2,9	> 0,05
Не соблюдаю	26 ± 2,3	37 ± 3,0	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Стараюсь его соблюдать	32 ± 2,6	28 ± 2,4	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	45 ± 3,5	46 ± 3,6	> 0,05
Не соблюдаю	22 ± 2,2	23 ± 2,1	> 0,05

В возрастной группе 60–74 года мужчины с высоким уровнем образования стараются чаще соблюдать распорядок дня, однако достоверных различий зафиксировано не было ($p > 0,05$). Удельный вес не соблюдающих распорядок дня был выше в группе мужчин, имеющих более низкий уровень образования. Треть опрошенных, независимо от уровня образования, пытались придерживаться рас-

порядка дня, но у них это не всегда получалось. В возрастной группе 75 лет и старше зависимости между приверженностью к распорядку дня и уровнем образования не было ($p > 0,05$). Независимо от уровня образования почти половина опрошенных мужчин старалась соблюдать распорядок дня, пятая часть не соблюдала его, треть всегда или почти всегда придерживалась распорядка дня.

В таблице 3.13 представлены данные об отношении к соблюдению распорядка дня среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования.

Таблица 3.13 – Отношение к соблюдению распорядка дня среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Соблюдение распорядка дня	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Стараюсь его соблюдать	33 ± 2,4	3 ± 0,2	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	39 ± 2,6	47 ± 3,2	> 0,05
Не соблюдаю	28 ± 2,1	22 ± 1,5	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Стараюсь его соблюдать	47 ± 3,1	32 ± 2,3	< 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	39 ± 2,6	50 ± 3,4	< 0,05
Не соблюдаю	13 ± 0,8	16 ± 0,9	> 0,05

У женщин в возрастной группе 60–74 года, также как и у мужчин, частота соблюдения распорядка дня не зависит от уровня образования ($p > 0,05$). Треть опрошенных женщин этой возрастной группы стараются его соблюдать, а еще треть пытаются, но у них не всегда получается. Соответственно, остальные не со-

блюдают распорядок дня. Таковых несколько больше в группе женщин с высоким уровнем образования, но достоверных различий не выявлено (28 против 22 на 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно) ($p > 0,05$).

В возрастной группе 75 лет и старше наблюдались гендерные различия. Если у мужчин зависимости между приверженностью к распорядку дня и уровнем образования не было ($p > 0,05$), то женщины с высоким уровнем образования достоверно чаще соблюдали распорядок дня (47 против 32 на 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно, $p < 0,05$). Удельный вес не соблюдающих распорядок дня был выше в группе женщин, имеющих более низкий уровень образования.

Таким образом, треть опрошенных женщин и мужчин старших возрастных групп стараются соблюдать распорядок дня независимо от уровня образования. Только среди женщин в возрасте 75 лет и старше с высоким уровнем образования удельный вес соблюдающих распорядок дня достоверно выше, чем у женщин с более низким образовательным статусом. В старшей возрастной группе большая часть опрошенных, независимо половой принадлежности, стараются соблюдать распорядок дня.

Следующей гигиенической привычкой, в отношении которой проведен анализ распространенности стало выполнение утренней зарядки. При опросе было предложено три варианта ответа. Первый вариант предполагал регулярное выполнение физических упражнений по утрам или в любое другое удобное время (именно к времени выполнения упражнений «жесткой» привязки не производилось, их можно было выполнять в любое время дня, следовательно, термин «утренняя» не являлся обязательной характеристикой). Вторым вариантом ответа свидетельствовал о периодическом выполнении, тогда как третий вариант ответа предполагал отрицательное отношение к выполнению регулярных физических упражнений.

В отличие от отношения к распорядку дня, влияние уровня образования на частоту выполнения утренней гимнастики у представителей старших возрастных

групп выражено более сильно. Так, в возрастной группе 60–74 года мужчины с высоким уровнем образования почти в три раза чаще регулярно делают утреннюю гимнастику (15 против 6 на 100 опрошенных мужчин с высоким и более низким уровнем образования соответственно, $p < 0,05$). Аналогичная ситуация наблюдается и в возрастной группе 75 лет и старше. Следует отметить, что удельный вес регулярно делающих утреннюю гимнастику среди мужчин в возрасте 75 лет и старше с высоким уровнем образования даже несколько увеличился сравнительно с мужчинами возрасте 60–74 года, тогда как среди мужчин с более низким уровнем образования удельный вес таких мужчин снизился. Только треть мужчин с высоким уровнем образования в возрастной группе 75 лет и старше не делают утреннюю гимнастику (33 на 100 опрошенных), а среди мужчин с более низким уровнем образования таких почти половина (48 на 100 опрошенных).

В таблице 3.14 представлены данные об отношении к выполнению утренней гимнастики среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования.

Таблица 3.14 – Отношение к выполнению утренней гимнастики среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение утренней гимнастики	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, для меня это необходимость	15 ± 1,9	7 ± 0,6	< 0,05
Иногда делаю	38 ± 2,5	47 ± 2,4	> 0,05
Не делаю	46 ± 3,0	46 ± 2,4	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, для меня это необходимость	14 ± 1,8	8 ± 0,7	< 0,05
Иногда делаю	39 ± 2,4	34 ± 2,0	> 0,05
Не делаю	44 ± 2,9	56 ± 2,8	< 0,05

Также как и мужчины, женщины с высоким уровнем образования чаще выполняли утреннюю гимнастику на регулярной основе, независимо от возраста [164]. Так, в возрастной группе 60–74 года женщины с высоким уровнем образования в два раза чаще регулярно делают утреннюю гимнастику (15 против 7 на 100 опрошенных женщин с высоким и более низким уровнем образования соответственно, $p < 0,05$). Аналогичная ситуация наблюдается и в возрастной группе 75 лет и старше. Удельный вес регулярно делающих утреннюю гимнастику среди женщин в возрасте 75 лет и старше остался неизменным. Чаще отказываются от выполнения утренней гимнастики женщины в возрастной группе 75 лет и старше с более низким уровнем образования (56 на 100 опрошенных).

Таким образом, независимо от половой принадлежности, лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли утреннюю гимнастику на постоянной основе, а удельный вес не выполняющих ее наиболее высок среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования.

В таблице 3.15 представлены данные об отношении к выполнению закаливающих процедур среди мужчин старших возрастных групп с различным уровнем образования.

Таблица 3.15 – Отношение к выполнению закаливающих процедур среди мужчин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Выполнение закаливающих процедур	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, регулярно	15 ± 0,9	6 ± 0,4	< 0,05
Периодически	26 ± 1,5	28 ± 2,4	> 0,05
Не выполняю	56 ± 3,5	63 ± 2,6	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, регулярно	7 ± 0,6	2 ± 0,1	< 0,05
Периодически	18 ± 1,0	11 ± 0,8	> 0,05
Не выполняю	73 ± 2,5	86 ± 0,9	< 0,05

Также как и в отношении к выполнению утренней гимнастики, мужчины с высоким уровнем образования чаще выполняют закаливающие процедуры во всех возрастных группах. Регулярно выполняют такие процедуры 15 из 100 опрошенных мужчин с высоким уровнем образования в возрасте 60–74 года и только 6 из 100 опрошенных мужчин с низким уровнем образования того же возраста. Удельный вес периодически выполняющих закаливающие процедуры не зависит от уровня образования.

В возрастной группе 75 лет и старше описанные закономерности сохраняются в части большего удельного веса тех, кто регулярно выполняет закаливающие процедуры (7 из 100 опрошенных мужчин с высоким уровнем образования против 2 из 100 опрошенных мужчин с более низким уровнем образования). Если в возрастной группе 60–74 года удельный вес мужчин, периодически выполняющих закаливающие процедуры, был одинаковый, то в возрастной группе 75 лет и старше мужчины с высоким уровнем образования в 1,8 раз чаще периодически выполняли закаливающие процедуры (18 из 100 опрошенных мужчин с высоким уровнем образования против 11 из 100 опрошенных мужчин с более низким уровнем образования).

В таблице 3.16 представлены данные об отношении к выполнению закаливающих процедур среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования.

При анализе отношения к выполнению закаливающих процедур среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования гендерных различий выявлено не было. Также как и у мужчин регулярное выполнение закаливающих процедур чаще регистрировалось у женщин с высоким уровнем образования как в возрастной группе 60–74 года, так и в возрастной группе 75 лет и старше ($p < 0,05$). Наибольшая разница наблюдалась в возрастной группе 75 лет и старше (6 из 100 опрошенных женщин с высоким уровнем образования против 1 из 100 опрошенных женщин с более низким уровнем образования).

Таблица 3.16 – Отношение к выполнению закаливающих процедур среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение закаливающих процедур	Высокий уровень образования	Низкий уровень образования	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, регулярно	5 ± 0,3	3 ± 0,2	< 0,05
Периодически	21 ± 1,7	22 ± 1,8	> 0,05
Не выполняю	74 ± 2,5	75 ± 2,6	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, регулярно	6 ± 0,4	1 ± 0,1	< 0,05
Периодически	14 ± 0,9	12 ± 0,8	> 0,05
Не выполняю	79 ± 1,8	86 ± 1,7	< 0,05

Таким образом, независимо от половой принадлежности, лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли закаливающие процедуры на постоянной основе, а удельный вес не выполняющих их наиболее высок среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования.

Резюме по главе 3

Уровень образования влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп. У мужчин и женщин с высоким уровнем образования больший удельный вес опрошенных считает себя ответственными за свое здоровье, но частота такого мнения уменьшается с возрастом. У опрошенных возрастной группы 60–74 года с низким уровнем образования в качестве ответственного субъекта за их здоровье более популярно государство и государственные органы.

Наиболее распространенной формой поведения у пациентов с низким уровнем образования в отношении обращений за медицинской помощью независимо

от гендерной принадлежности был реактивный тип, когда обращение за медицинской помощью было как следствие возникновения проблем со здоровьем.

Достоверных различий в сравниваемых группах (различный уровень образования) у мужчин и у женщин ни по одному из показателей, характеризующих отношение к курению, достигнуто не было, однако следует обратить внимание, что мужчины с высоким уровнем образования реже пробовали курить и чаще бросали эту привычку, тогда как у женщин таких закономерностей выявлено не было. Среди лиц с более низким уровнем образования больше тех, кто курит не постоянно и именно их можно рассматривать как резерв снижения распространенности курения среди населения старших возрастных групп. Интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) была выше среди мужчин с высоким уровнем образования. Среди женщин такая закономерность наблюдалась только в старшей возрастной группе, тогда как в возрастной группе 60–74 года наблюдалась обратная ситуация.

Несмотря на достаточно низкую степень распространённости частого употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп, мужчины с высоким уровнем образования чаще употребляют его в ежедневном и регулярном режиме. Только четверть опрошенных мужчин с высоким уровнем образования совсем не употребляет алкогольные напитки, тогда как среди мужчин с более низким уровнем образования таких мужчин треть из числа опрошенных. Наряду с регулярно употребляющими алкогольные напитки среди женщин с высоким уровнем образования высокий удельный вес тех, кто не употребляет, что свидетельствует о неоднородности исследуемой группы. Более однородной является группа женщин с более низким уровнем образования, в которой наблюдается снижение числа регулярно употребляющих происходит за счет отказавшихся от употребления алкогольных напитков.

Треть опрошенных женщин и мужчин старших возрастных групп стараются соблюдать распорядок дня независимо от уровня образования. Независимо от половой принадлежности, лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли утреннюю гимнастику и закаливающие процедуры на постоянной основе, а удельный вес не выполняющих ее наиболее высок среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования.

Глава 4

ЖИЗНЕННЫЕ ПРИОРИТЕТЫ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Согласно имеющимся представлениям, детерминанты здоровья, как социальные, так и экономические, осуществляют свое воздействие на здоровье не напрямую, а опосредованно, через воздействие других подчиненных факторов риска. Наиболее часто точкой приложения социальных детерминант здоровья является образ жизни человека. Однако, образ жизни – это категория, которая не задается биологическими константами, а формируется и изменяется на всем протяжении жизни человека. Такая ситуация позволяет рассматривать образ жизни и факторы, его формирующие, как объект воздействия, изменяя который можно добиться положительных сдвигов в состоянии общественного здоровья.

Воздействие на образ жизни можно осуществлять через жизненные приоритеты как базовые основы поведения человека. Управление здоровьем в широком понимании этого термина невозможно без учета особенностей поведения человека, без понимания структуры его побудительных моментов – жизненных приоритетов. Несмотря на очевидную значимость жизненных приоритетов как таковых, а также их структуры, исследования жизненных интересов и приоритетов немногочисленны. Так, в работах [192, 194, 196, 197] дана полноценная характеристика жизненных приоритетов населения старших возрастных групп (60 лет и старше) в разрезе возрастных групп и гендерных различий. В указанной работе показано, что наиболее часто в качестве ведущего приоритета в возрастной группе 60 лет и старше был обозначен приоритет семьи (43 на 100 опрошенных). Следующим по значимости был приоритет «здоровье» (48 на 100 опрошенных). Приоритет «работа» как второй по значимости жизненный приоритет был обозначен как значимый приоритет у 20 из 100 опрошенных.

Была доказана зависимость показателей здоровья от структуры жизненных приоритетов. Так, высокое место в иерархии жизненных приоритетов трудовой

деятельности у мужчин и у женщин, сочетается с более низкими показателями заболеваемости хроническими неинфекционными болезнями (82 против 112 на 100 обследованных у мужчин и 134 против 229 на 100 обследованных у женщин) и более высокими показателями самооценки здоровья ($4,08 \pm 0,07$ против $3,74 \pm 0,08$ баллов у мужчин и $3,78 \pm 0,09$ против $3,62 \pm 0,09$ баллов у женщин).

Более подробных исследований структуры жизненных приоритетов у населения старших возрастных групп не производилось. Также, никогда не было исследовано влияние жизненных приоритетов на поведенческие реакции, в том числе и на медицинскую активность. В соответствии с целью и задачами настоящего исследования было проведено аналитическое исследование данного вопроса в соответствии с методикой, описанной во второй главе.

4.1 Влияние структуры жизненных приоритетов населения старших возрастных групп на распространенность ответственного отношения к своему здоровью

Исследование влияния уровня образования на распространенность ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп подтвердило наличие такого влияния в возрастной группе 60–74 года, тогда как в самой старшей возрастной группе доказательных различий не выявлено [135, 137]. При исследовании факта и степени влияния жизненных приоритетов проведено сравнительное исследование распространенности ответственного отношения в группах со стандартной и нестандартной структурой жизненных приоритетов. При определении стандартности или не стандартности структуры жизненных приоритетов были использованы данные ранее выполненных исследований [192, 194, 196, 197].

Независимо от возраста и структуры жизненных приоритетов большинство опрошенных мужчин возлагают на себя первостепенную ответственность за свое здоровье (таблица 4.1). В возрастной группе 60–74 года у мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов 68 из 100 опрошенных придерживаются та-

кого мнения, также часто, как и мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (69 из 100 опрошенных мужчин в возрасте 60–74 года). В данном случае статистически значимых различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Таблица 4.1 – Удельный вес мужчин с разной структурой жизненных приоритетов, считающих себя ответственными за свое здоровье (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Возрастная группа	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
60–74 года	68 ± 5	69 ± 5	$> 0,05$
75 лет и старше	55 ± 4	68 ± 3	$< 0,05$
Достоверность различий	$< 0,05$	$> 0,05$	–

В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес мужчин, считающих именно себя ответственными за свое здоровье, остается на том же уровне в подгруппе мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов, тогда как в подгруппе мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов популярность такого мнения снижается до 55 на 100 опрошенных мужчин данной подгруппы.

Следовательно, с увеличением возраста удельный вес мужчин занимающих ответственную позицию снижается, но только у тех, кто имеет стандартную структуру жизненных приоритетов, тогда как в подгруппе мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес при увеличении возраста остается неизменным. В целом, определение ответственного за собственное здоровье у мужчин возрастной группы 60–74 года не имеет отличий в зависимости от структуры жизненных приоритетов. Каждый пятый надеется на государство, каждый десятый на систему здравоохранения. Снижение удельного веса мужчин в возрасте 75 лет и старше, возлагающих на себя первостепенную ответственность

за свое здоровье происходит за счет увеличения значимости системы здравоохранения как ответственного субъекта с 11 из 100 опрошенных в возрасте 60–74 года до 20 из 100 опрошенных в возрасте 75 лет и старше.

Использование методов тетрахорического анализа подтвердило полученные данные. Значение коэффициента ассоциации в возрастной группе мужчин 75 лет и старше достигает 0,25, а значение χ^2 – 2,5; ОР – 0,82. Полученные данные не позволяют считать значимым влияние структуры жизненных приоритетов на степень ответственного отношения к своему здоровью.

Вторым этапом анализа было определение значимости места жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов. Было сформировано две группы сравнения. В первую включили мужчин, для которых жизненный приоритет «здоровье» располагается на первых двух местах в иерархии, то есть данный жизненный приоритет имеет очень высокий статус. Во вторую группу сравнения включили мужчин, который расположили жизненный приоритет «здоровье» не выше четвертого места в иерархии, то есть данный жизненный приоритет имеет низкий статус.

В возрастной группе 60–74 года место приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов не имело значение для степени осознания своей перво-степенной ответственности за свое здоровье, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше мужчины, которые располагали приоритет «здоровье» на низких позициях, реже считали себя ответственным за свое здоровье (таблица 4.2). Полученные данные были подтверждены и результатами тетрахорического анализа. Коэффициент ассоциации – 0,49; значение χ^2 – 10,67; ОР – 1,45 ($p < 0,05$).

Следовательно, снижение значимости жизненного приоритета «здоровье» у мужчин возрастной группы 75 лет и старше сопровождается снижением степени ответственности за свое здоровье. В данном случае ответственность переносится на государство и треть опрошенных (30 из 100 опрошенных) считает именно государство ответственным за свое собственное здоровье.

Таблица 4.2 – Удельный вес мужчин с разной значимостью жизненного приоритета «здоровье», считающих себя ответственными за свое здоровье (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Возрастная группа	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
60–74 года	68 ± 5	65 ± 5	$> 0,05$
75 лет и старше	68 ± 5	47 ± 3	$< 0,05$
Достоверность различий	$> 0,05$	$< 0,05$	–

Независимо от возраста и структуры жизненных приоритетов большинство опрошенных женщин, также как и мужчин возлагают на себя первостепенную ответственность за свое здоровье (таблица 4.3). В возрастной группе 60–74 года структура жизненных приоритетов не оказывает влияния на удельный вес женщин, считающих себя ответственными за свое здоровье (74 против 73 из 100 опрошенных женщин в возрасте 60–74 года со стандартной и нестандартной структурой жизненных приоритетов соответственно) ($p > 0,05$).

Таблица 4.3 – Удельный вес женщин с разной структурой жизненных приоритетов, считающих себя ответственными за свое здоровье (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Возрастная группа	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
60–74 года	74 ± 5	73 ± 5	$> 0,05$
75 лет и старше	56 ± 3	69 ± 3	$< 0,05$
Достоверность различий	$< 0,05$	$> 0,05$	–

Полученные данные удельного веса относительно женщин возрастной группы 60–74 года несколько больше, чем в отношении мужчин, что свидетельствует о несколько большей ответственности женщин за состояние своего здоровья.

В возрастной группе 75 лет и старше у женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес женщин, считающих именно себя ответственными за свое здоровье, остается на том же уровне, что также соответствует результатам, полученным в отношении мужчин. В подгруппе женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов популярность такого мнения снижается до 56 на 100 опрошенных женщин данной подгруппы.

Следовательно, с увеличением возраста удельный вес женщин, также как и мужчин, занимающих ответственную позицию, снижается, но только у тех, кто имеет стандартную структуру жизненных приоритетов, тогда как в подгруппе женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес при увеличении возраста остается неизменным. Как и у мужчин, у женщин определение ответственного за собственное здоровье в возрастной группе 60–74 года не имеет отличий в зависимости от структуры жизненных приоритетов. Возлагающих ответственность на государство среди женщин меньше, чем среди мужчин. Только 15 из 100 опрошенных считает, что именно государство несет ответственность за ее здоровье, а на систему здравоохранения возлагают ответственность не более 6 из 100 опрошенных. Снижение удельного веса женщин в возрасте 75 лет и старше возлагающих на себя первостепенную ответственность за свое здоровье происходит за счет увеличения значимости системы здравоохранения как ответственного субъекта.

Использование методов тетрасторического анализа подтвердило полученные данные. Значение коэффициента ассоциации в возрастной группе мужчин 75 лет и старше достигает 0,28, а значение $\chi^2 - 7,11$; ОР – 1,24, ($p < 0,05$). Полученные данные не позволяют считать значимым влияние структуры жизненных приоритетов на степень ответственного отношения к своему здоровью представителей старших возрастных групп.

На втором этапе анализа было выполнено определение значимости места жизненного приоритета «здоровья» в иерархии жизненных приоритетов у женщин. Также как и в отношении мужчин было сформировано две группы сравнения. В первую включили женщин, для которых жизненный приоритет «здоровье» располагается на первых двух местах в иерархии, то есть данный жизненный приоритет имеет очень высокий статус. Во вторую группу сравнения включили женщин, которые расположили жизненный приоритет «здоровье» не выше четвертого места в иерархии, то есть данный жизненный приоритет имеет низкий статус.

Если у мужчин в возрастной группе 60–74 года место жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов не имело значение для степени осознания своей первостепенной ответственности за свое здоровье, то у женщин имело (таблица 4.4). Женщины в целом были более ответственны за свое здоровье, чем мужчины и высокий статус жизненного приоритета «здоровье» повышал удельный вес женщин, придерживающихся ответственной позиции с 70 до 82 на 100 опрошенных женщин в возрастной группе 60–74 года. В возрастной группе 75 лет и старше женщины, которые располагали приоритет «здоровье» на низких позициях, реже считали себя ответственным за свое здоровье, однако достоверной разницы выявлено не было ($p > 0,05$). Полученные данные были подтверждены и результатами тетрафорического анализа.

Таблица 4.4 – Удельный вес женщин с разной значимостью жизненного приоритета «здоровье», считающих себя ответственными за свое здоровье (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Возрастная группа	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
60–74 года	82 ± 3	70 ± 4	< 0,05
75 лет и старше	63 ± 4	57 ± 3	> 0,05
Достоверность различий	< 0,05	< 0,05	–

Следовательно, снижение значимости жизненного приоритета «здоровье» у женщин возрастной группы 60–74 года сопровождается снижением степени ответственности за свое здоровье, однако градиент падения выше среди женщин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье». В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес женщин ответственных за свое здоровье ниже вне зависимости от места жизненного приоритета «здоровья» в иерархии жизненных приоритетов. Как и у мужчин, ответственность, в данном случае, переносится на государство.

Таким образом, независимо от гендерной принадлежности, с увеличением возраста удельный вес занимающих ответственную позицию снижается, но только у тех, кто имеет стандартную структуру жизненных приоритетов, тогда как среди представителей старших возрастных групп с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес при увеличении возраста остается неизменным. В возрастной группе 60–74 года структура жизненных приоритетов не оказывает влияние на определение ответственного за собственное здоровье. Среди мужчин больше тех, кто надеется на государство и систему здравоохранения. Снижение удельного веса мужчин и женщин в возрасте 75 лет и старше возлагающих на себя первостепенную ответственность за свое здоровье происходит за счет увеличения значимости системы здравоохранения.

Полученные данные не позволяют в полной мере использовать методы воздействия на структуру жизненных приоритетов с целью повышения удельного веса тех, кто считает себя ответственными за свое здоровье и требуется кооперация усилий самого человека и институтов системы здравоохранения и государства, особенно учитывая нарастающее с возрастом желание переложить основное бремя ответственности за свое здоровье на органы государственной власти и учреждения здравоохранения [136].

4.2 Влияние структуры жизненных приоритетов населения старших возрастных групп на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью

Модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп, чаще всего характеризуются реактивным типом поведения, когда обращение за медицинской помощью было следствием возникновения проблем со здоровьем. Ранее было показано (см. главу 3), что наибольшее распространение такая форма поведения наблюдается у лиц с низким уровнем образования, независимо от гендерной принадлежности. Модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью, подробно описаны во второй главе.

Анализ различий в моделях поведения, связанных с обращаемостью за медицинской помощью, у мужчин с различной структурой жизненных приоритетов показал, что в возрастной группе 60–74 года структура жизненных приоритетов не оказывает влияния на распространенность реактивной модели поведения. Сводные данные, по распространенности моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью мужчин с различной структурой жизненных приоритетов, представлены в таблице 4.5. Треть всех опрошенных мужчин придерживаются мнения, что наилучшей формой поведения является обращение, только когда привычный образ жизни становится невозможен. В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес мужчин, придерживающихся такого мнения снижается. Более выраженное снижение наблюдается в подгруппе мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов. Если среди мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов снижение составило в 2,3 раза, то среди мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов в 6,8 раза. Полученные данные коррелируют с данными о признании ответственности за свое здоровье. Так как у мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов более выражено стремление переложить ответственность за свое здоровье на государство и систему здравоохранения, то и пассивная модель поведения и

самоустранение от принятия решения об обращении за медицинской помощью им более свойственна (таблица 4.5).

Таблица 4.5 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью среди мужчин с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе и соответствующей структурой жизненных приоритетов)

Модель поведения	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	3 ± 1	33 ± 2	< 0,05
Реактивная	53 ± 3	33 ± 2	< 0,05
Активная	16 ± 2	31 ± 2	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	13 ± 1	5 ± 1	< 0,05
Реактивная	36 ± 3	42 ± 3	> 0,05
Активная	49 ± 4	52 ± 3	> 0,05

Снижение распространённости пассивной модели поведения происходит за счет возрастание приверженцев активной модели поведения. Следует отметить, что последователей такой модели среди мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов меньшинство в возрастной группе 60–74 года (16 на 100 опрошенных мужчин соответствующего возраста), тогда как среди мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов их в два раза больше (31 на 100 опрошенных мужчин) ($p < 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше акценты сдвигаются в сторону увеличения распространенности активной модели поведения.

Следовательно, активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью у мужчин более свойственна лицам с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возрастной группы.

У мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов превалирует реактивная модель поведения. С увеличением возраста возрастает распространенность активной модели поведения за счет снижения распространенности реактивной и в большей степени пассивной модели поведения.

В таблице 4.6 представлены сводные данные о распространенности моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью среди мужчин с разной значимостью жизненного приоритета «здоровье».

Таблица 4.6 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью среди мужчин с разной значимостью жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе и соответствующей структурой жизненных приоритетов)

Модель поведения	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	33 ± 3	34 ± 3	> 0,05
Реактивная	46 ± 4	35 ± 3	< 0,05
Активная	18 ± 1	30 ± 2	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	4 ± 1	15 ± 1	< 0,05
Реактивная	42 ± 3	37 ± 3	> 0,05
Активная	54 ± 4	49 ± 4	> 0,05

У мужчин возрастной группы 60–74 года с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» наиболее распространённой является реактивная модель поведения. Такой модели придерживаются около половины опрошенных мужчин. Треть предпочитают пассивную модель и только каждый шестой мужчина данной возрастной группы (18 из 100 опрошенных) придерживается активной модели поведения в отношении обращения за медицинской помощью.

У мужчин возрастной группы 60–74 года с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» активная модель более распространена за счет снижения популярности реактивной модели поведения. Частота встречаемости пассивной модели не зависит от места в иерархии жизненных приоритетов ценности «здоровье».

В возрастной группе 75 лет и старше наиболее распространенной является активная модель поведения. Почти половина всех опрошенных мужчин вне зависимости от места в иерархии жизненного приоритета «здоровье» придерживаются такой модели поведения. Значимые отличия наблюдаются в отношении распространенности пассивной модели поведения, которая более свойственна мужчинам этой возрастной группы с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» ($p < 0,05$).

Следовательно, высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет большую распространенность реактивной модели поведения и больший градиент нарастания удельного веса придерживающихся активной модели поведения.

Проведенное исследование показало, что у женщин реактивная модель поведения чаще наблюдалась у женщин с более низким уровнем образования во всех исследованных возрастных группах. Пассивная модель поведения одинаково часто регистрировалась у женщин независимо от уровня их образования. Активная модель поведения чаще регистрировалась в группе женщин с высоким уровнем образования.

Сводные данные, по распространенности моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью женщин с различной структурой жизненных приоритетов, представлены в таблице 4.7.

Четверть всех женщин, независимо от структуры жизненных приоритетов придерживается пассивной модели поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью. Это несколько меньше, чем у мужчин. Как и у мужчин, в возрастной группе 75 лет и старше удельный вес женщин, придерживающихся такого мнения снижается. Более выраженное снижение наблюдается в подгруппе со стандартной структурой жизненных приоритетов в отличие от мужчин. Разница также наблюдается и в величине падения. Если среди мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов снижение составило в 2,3 раза, то у женщин

в 3,1 раза, тогда как среди мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов в 6,8 раза, а среди женщин только в 2,4 раза.

Таблица 4.7 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью среди женщин с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе и соответствующей структурой жизненных приоритетов)

Модель поведения	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	27 ± 3	28 ± 3	> 0,05
Реактивная	45 ± 4	38 ± 4	< 0,05
Активная	25 ± 3	32 ± 3	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	9 ± 1	12 ± 1	> 0,05
Реактивная	42 ± 4	42 ± 4	> 0,05
Активная	49 ± 5	43 ± 4	> 0,05

Также как и у мужчин, у женщин снижение распространённости пассивной модели поведения происходит за счет возрастания числа приверженцев активной модели поведения. Последователей такой модели среди женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов меньшинство в возрастной группе 60–74 года (25 на 100 опрошенных женщин соответствующего возраста), тогда как среди женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов их в 1,3 раза больше (32 на 100 опрошенных женщин) ($p < 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше достоверных различий в распространённости активной модели поведения не выявлено ($p > 0,05$).

Следовательно, активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью у женщин более свойственна лицам с нестандарт-

ной структурой жизненных приоритетов в возрастной группе 60–74 года и не имеет различий в возрастной группе 75 лет и старше. У женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов превалирует реактивная модель поведения. С увеличением возраста возрастает распространенность активной модели поведения за счет снижения распространенности реактивной и в большей степени пассивной модели поведения.

В таблице 4.8 представлены сводные данные о распространенности моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью мужчин с разной значимостью жизненного приоритета «здоровье».

Таблица 4.8 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью среди женщин с разной значимостью жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе и соответствующей структурой жизненных приоритетов)

Модель поведения	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	39 ± 4	18 ± 2	> 0,05
Реактивная	44 ± 4	38 ± 3	< 0,05
Активная	18 ± 2	39 ± 3	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	17 ± 2	6 ± 1	< 0,05
Реактивная	46 ± 5	41 ± 4	> 0,05
Активная	36 ± 4	51 ± 5	> 0,05

У женщин возрастной группы 60–74 года с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье», также как и у мужчин, наиболее распространённой является реактивная модель поведения. Такой модели придерживаются около половины опрошенных женщин. Пассивной модели придерживается каждая четвертая,

что существенно выше, чем у мужчин. Каждая шестая предпочитает активную модель, что меньше, чем у мужчин.

У женщин возрастной группы 60–74 года с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» активная модель более распространена за счет снижения популярности реактивной модели поведения, что также соответствует данным полученным при изучении поведения мужчин, а также за счет снижения популярности пассивной модели поведения, что не наблюдается у мужчин.

В возрастной группе 75 лет и старше наиболее распространенной является активная модель поведения среди женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье», тогда как среди женщин с высоким статусом наиболее распространенной остается реактивная модель. Также как и у мужчин, у женщин наблюдаются значимые отличия в отношении распространенности пассивной модели поведения ($p > 0,05$), которая чаще встречается у женщин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье».

Следовательно, статус жизненного приоритета «здоровье» у женщин влияет на модели поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью в части снижения частоты встречаемости пассивной модели поведения и повышения частоты встречаемости активной модели поведения у женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье».

Таким образом, активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью у мужчин более свойственна лицам с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возрастной группы. У мужчин и женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов преобладает реактивная модель поведения. С увеличением возраста возрастает распространенность активной модели поведения за счет снижения распространенности реактивной и в большей степени пассивной модели поведения. Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет большую распространенность реактивной модели поведения у мужчин и пассивной модели поведения у женщин, тогда как низкий статус определяет более высокую степень распространенности активной модели поведения [29].

4.3 Влияние структуры жизненных приоритетов населения старших возрастных групп на степень комплаентности

При изучении влияния уровня образования на степень комплаентности населения старших возрастных групп было показано, что среди мужчин и женщин с высоким уровнем образования наблюдается большой удельный вес сомневающихся в обязательности и важности соблюдения назначений врача. В данном случае структура жизненных приоритетов может также оказывать определенное влияние на степень комплаентности.

Почти половина мужчин возрастной группы 60–74 года со стандартной структурой жизненных приоритетов тщательно и всегда выполняют назначения врача (таблица 4.9). Еще треть опрошенных выполняют назначения врача только в некоторых случаях. Каждый десятый не выполняет назначения врача, а каждый двадцатый затруднился с ответом на этот вопрос. Такой уровень комплаенса можно считать достаточно высоким.

У мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов уровень комплаенса меньше. Так, тщательно выполняют назначения врача только 37 из 100 опрошенных мужчин данной подгруппы против 47 из 100 опрошенных мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов. Мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (50 из 100 опрошенных) выполняют назначения врача только в некоторых случаях, самостоятельно определяя необходимость и важность данных им рекомендаций. Однозначных отказников в данной подгруппе только 2–3 из 100 опрошенных, что меньше в четыре раза, чем в группе мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов. Однако в два раза чаще мужчины из данной подгруппы затруднились с ответом, что косвенно указывает на безразличное отношение к назначениям врача.

В возрастной группе 75 лет и старше наблюдаются точно такие же закономерности. Следует отметить, что независимо от структуры жизненных приоритетов, удельный вес мужчин, тщательно выполняющих назначения врача, сравнительно с возрастной группой 60–74 года возрастает. Почти семь из десяти опро-

шенных мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов и почти шесть из десяти мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов тщательно выполняют назначения врача. В этой возрастной группе очень мало тех, кто не выполняют назначения врача и меньше сомневающихся в ответе.

Таблица 4.9 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнение назначений врача у мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Выполнение назначений врача	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	$47 \pm 5,7$	$38 \pm 5,4$	$< 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$37 \pm 5,5$	$50 \pm 5,6$	$< 0,05$
Не выполняют назначений врача	$11 \pm 3,5$	$3 \pm 1,7$	$< 0,05$
Не ответили	$5 \pm 2,6$	$10 \pm 3,4$	$> 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	$6 \pm 3,5$	$57 \pm 3,7$	$< 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$2 \pm 3,3$	$36 \pm 3,6$	$< 0,05$
Не выполняют назначений врача	$3 \pm 1,2$	$1 \pm 0,8$	$> 0,05$
Не ответили	$4 \pm 1,5$	$6 \pm 1,8$	$> 0,05$

Следовательно, мужчины старших возрастных групп со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще относятся к назначению врача с вниманием и тщательно их выполняют, но среди них больше тех, кто отказываются выполнять назначения врача. Для мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов характерно выборочное выполнение назначения врача, но более редкий отказ от их выполнения.

У женщин возрастной группы 60–74 года, в отличие от мужчин, уровень комплаенса не зависит от стандартности структуры жизненных приоритетов. В целом женщины более лояльны к назначениям врача и чаще их выполняют в полном объеме (таблица 4.10). Так, тщательно выполняют назначения врача 51 и 60 из 100 опрошенных женщин со стандартной и нестандартной структурой жизненных приоритетов соответственно. Отказников женщин несколько больше среди тех, структура жизненных приоритетов которых стандартна (8 против 4 на 100 опрошенных женщин).

Таблица 4.10 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнении назначений врача у женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение назначений врача	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	$51 \pm 4,6$	$60 \pm 4,6$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$41 \pm 4,5$	$31 \pm 4,3$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	$8 \pm 2,5$	$4 \pm 1,9$	$> 0,05$
Не ответили	0	$4 \pm 1,9$	$< 0,05$

Окончание таблицы 4.10

Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	$70 \pm 3,0$	$61 \pm 4,1$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$29 \pm 3,0$	$34 \pm 3,9$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	$1 \pm 0,6$	$2 \pm 1,2$	$> 0,05$
Не ответили	0	$3 \pm 1,5$	$< 0,05$

У женщин в возрастной группе 75 лет и старше удельных вес женщин, также как и мужчин, тщательно выполняющих назначения врача, сравнительно с возрастной группой 60–74 года возрастает. В этой возрастной группе очень мало тех, кто не выполняют назначения врача и меньше сомневающих в ответе.

Следовательно, женщины, также как и мужчины, старших возрастных групп со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще выполняют назначения врача тщательно и в полном объеме, но среди них больше тех, кто отказываются выполнять назначения врача. Однако следует отметить высокий удельный вес, как мужчин, так и женщин, независимо от структуры жизненных приоритетов, которые выполняют только некоторые назначения врача в соответствии с их представлениями об их необходимости и важности.

Оценка степени влияния места в иерархии жизненных приоритетов «здоровья» показало, что мужчины в возрасте 60–74 года с высоким статусом этой жизненной ценности чаще выполняют назначения врача в полном объеме (49 против 32 на 100 опрошенных), но они же чаще и не выполняют назначений врача (10 против 6 на 100 опрошенных) (таблица 4.11). Однако степень различий в данном случае не достигает доказательного уровня.

Таблица 4.11 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у мужчин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Выполнение назначений врача	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	$49 \pm 5,7$	$32 \pm 3,9$	$< 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$33 \pm 5,4$	$55 \pm 4,2$	$< 0,05$
Не выполняют назначений врача	$10 \pm 3,5$	$6 \pm 1,9$	$> 0,05$
Не ответили	$8 \pm 3,0$	$7 \pm 2,2$	$> 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	$67 \pm 4,0$	$61 \pm 5,4$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$30 \pm 3,9$	$32 \pm 5,1$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	0	$7 \pm 2,8$	$< 0,05$
Не ответили	$3 \pm 1,4$	0	$< 0,05$

В возрастной группе 75 лет и старше различия нивелируются и место в иерархии жизненного приоритета «здоровье» уже не определяет уровень комплаенса. В целом, более старшие по возрасту мужчины, независимо от места в структуре жизненных приоритетов «здоровья», более ответственно относятся к выполнению назначений врача.

Женщины в возрастной группе 60–74 года с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» достоверно чаще ответственно относятся к выполнению назначений врача, реже их игнорируют (таблица 4.12). Низкий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет у половины опрошенных такой тип поведения, при котором назначения врача выполняются только в некоторых случаях или не выполняются вовсе.

Таблица 4.12 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у женщин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение назначений врача	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	$63 \pm 5,7$	$49 \pm 5,6$	$< 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$28 \pm 5,3$	$44 \pm 5,5$	$< 0,05$
Не выполняют назначений врача	$3 \pm 2,0$	$8 \pm 2,9$	$< 0,05$
Не ответили	$6 \pm 2,7$	0	$< 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	$63 \pm 3,8$	$67 \pm 3,7$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$34 \pm 3,8$	$28 \pm 3,5$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	$1 \pm 0,6$	$4 \pm 1,5$	$< 0,05$
Не ответили	$2 \pm 1,1$	$1 \pm 0,9$	$> 0,05$

В возрастной группе 75 лет и старше зависимости типа поведения от места жизненного приоритета «здоровье» в иерархии приоритетов выявлено, также как и мужчин, не было. Большинство представительниц этой возрастной группы тщательно выполняют назначения врача. Однако женщины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» в 6,5 раз чаще не выполняют назначения врача.

Следовательно, высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет более ответственный тип поведения и более высокий уровень комплаенса у мужчин и женщин в возрастной группе 60–74 года. В более старшей возрастной группе (75 лет и старше) различий в отношении выполнений назначений врача у мужчин и женщин с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» выявлено не было, однако и мужчины и женщины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» гораздо чаще не выполняют назначения врача по сравнению с теми, у кого статус жизненного приоритета «здоровье», находился на высоком уровне.

Для уточнения отношения представителей старших возрастных групп к назначениям врача при опросе были заданы два уточняющих вопроса по поводу двух элементов выполнения назначений врача. В частности первый вопрос касался рекомендаций врача по приему лекарственных средств, а второй – регулярности посещений врача.

Больше половины представителей мужского пола в возрасте 60–74 года со стандартной структурой жизненных приоритетов (59 из 100 опрошенных) всегда соблюдают рекомендации врача по поводу приема лекарственных препаратов. Полученные данные превышают удельный вес тех, кто отвечал, что тщательно выполняет назначения врача. У представителей мужского пола с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес тех, кто соблюдает рекомендации врача по поводу приема лекарственных препаратов меньше (50 из 100 опрошенных). Аналогичные закономерности наблюдаются и в возрастной группе 75 лет и старше. У мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес выполняющих рекомендации врача по поводу приема лекарственных препаратов выше, чем у мужчин с нестандартной структурой жизненных

приоритетов (80 против 60 из 100 опрошенных). Однако и эти данные превышают удельный вес тех, кто отвечал, что тщательно выполняет назначения врача. Следовательно, часть мужчин относится к приему лекарственных препаратов более серьезно, чем к назначению врача в целом.

У женщин достоверных различий в отношении к рекомендациям врача по поводу приема лекарственных препаратов в зависимости от структуры жизненных приоритетов выявлено не было. Следует отметить, что у женщин, также как и у мужчин, удельный вес выполняющих рекомендованный им график приема лекарственных препаратов выше, чем соблюдающих рекомендации врача в целом. Однако в данном случае различия не так выражены. В целом, треть женщин в возрастной группе 60–74 года не выполняют рекомендации врача в части приема лекарственных препаратов, а в возрастной группе 75 лет и старше таковых около 20 %. Приведенные данные не зависят от структуры жизненных приоритетов у женщин.

Таким образом, статус жизненного приоритета «здоровье» также влияет на поведение населения старших возрастных групп в части выполнения рекомендаций врача по поводу приема лекарственных препаратов.

4.4 Зависимость частоты курения и употребления алкоголя населением старших возрастных групп от структуры жизненных приоритетов

При исследовании уровня образования как социальной детерминанты здоровья было показано, что однозначных зависимостей между уровнем образования и частотой и интенсивностью курения среди лиц старшей возрастной группы нет. Однако мужчины с высоким уровнем образования реже пробовали курить и чаще бросали эту привычку. Среди лиц с более низким уровнем образования больше тех, кто курит не постоянно, а интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) была выше среди мужчин с высоким уровнем образования.

Жизненные приоритеты, определяющие поведение в существующей теоретической модели, должны оказывать влияние на частоту распространения «вредных» привычек. Особенно это касается статуса жизненного приоритета «здоровье».

вье». В противном случае структура жизненных приоритетов не определяет тип поведения и проводить мероприятия по ее изменению не имеет смысла в плане снижения распространенности курения.

В таблице 4.13 представлены характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов.

В возрастной группе 60–74 года мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов систематически курят достоверно чаще, чем мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (18 против 10 из 100 опрошенных мужчин). Кроме того, они чаще курили в более молодые годы, но бросили эту привычку (26 против 19 на 100 опрошенных). В итоге систематически куривших в прошлом или курящих в настоящем 45 из 100 опрошенных мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов и 29 из 100 опрошенных мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов. Курение «время от времени» не зависит от структуры жизненных приоритетов.

В возрастной группе 75 лет и старше распространенность курения не зависела от структуры жизненных приоритетов. Снижение числа курящих систематически произошло за счет увеличения удельного веса бросивших курить, однако это наблюдалось только у мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов, тогда как среди мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес систематически курящих мужчин остался неизменным, сравнительно с возрастной группой 60–74 года [27].

Выполненный тетрасторический анализ подтвердил отсутствие связи между структурой жизненных приоритетов и частотой курения в возрастной группе 60–74 года. Коэффициент ассоциации составил 0,23, величина относительного риска 1,24, $\chi^2 - 1,43$, что меньше чем критическое значение ($p > 0,05$). Однако уровень специфичности был высоким – 80 %, хотя это больше характеризовало общую группу, а не специфическое влияние структуры жизненных приоритетов. В возрастной группе 75 лет и старше параметры связи были еще меньше, что свидетельствовало об отсутствии связи ($p > 0,05$).

Таблица 4.13 – Характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота курения	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовал курить	37 ± 5,5	44 ± 5,6	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	7 ± 2,2	13 ± 2,1	< 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	26 ± 5,0	19 ± 4,4	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	9 ± 3,3	9 ± 3,2	> 0,05
Курю систематически	18 ± 4,4	10 ± 3,4	< 0,05
Не ответили	3 ± 0,9	5 ± 1,5	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовал курить	38 ± 3,7	41 ± 3,6	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	9 ± 2,2	10 ± 2,2	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	33 ± 3,5	29 ± 3,4	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	9 ± 2,2	6 ± 1,8	> 0,05
Курю систематически	5 ± 1,9	10 ± 2,7	> 0,05
Не ответили	6 ± 1,5	4 ± 1,2	< 0,05

В таблице 4.14 представлены характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов.

Таблица 4.14 – Характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота курения	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовала курить	69 ± 4,3	65 ± 4,5	> 0,05
Однажды пробовала (в настоящее время не курю)	9 ± 2,6	10 ± 2,8	> 0,05
Курила, но бросила (в настоящее время не курю)	10 ± 2,8	9 ± 2,7	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	2 ± 1,0	6 ± 2,3	< 0,05
Курю систематически	7 ± 2,3	7 ± 2,4	> 0,05
Не ответили	3 ± 1,4	3 ± 1,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовала курить	82 ± 2,5	75 ± 3,6	> 0,05
Однажды пробовала (в настоящее время не курю)	9 ± 1,9	6 ± 1,9	> 0,05
Курила, но бросила (в настоящее время не курю)	4 ± 1,2	8 ± 2,2	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	1 ± 0,8	1 ± 1,0	> 0,05
Курю систематически	1 ± 0,8	2 ± 1,2	> 0,05
Не ответили	3 ± 1,1	8 ± 2,2	< 0,05

Большинство женщин старших возрастных групп никогда не пробовали курить, и величина удельного веса таких женщин не зависит от структуры жизненных приоритетов. Удельный вес курящих систематически также не зависел от структуры жизненных приоритетов. Не систематическое курение («время от времени») чаще наблюдается в возрастной группе 60–74 года среди женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов, однако удельный вес таких женщин мал и это не позволяет делать объективные выводы, касающиеся всей популяции [27].

Выполненный тетрасторический анализ также подтвердил отсутствие связи между структурой жизненных приоритетов и частотой курения у женщин во всех исследованных возрастных группах. Коэффициент ассоциации составил $-0,22$, величина относительного риска $0,76$, $\chi^2 - 1,2$, что меньше чем критическое значение ($p > 0,05$). Следует отметить, что если в отношении мужчин коэффициент ассоциации был положительной величиной, то в отношении женщин – отрицательной.

Следовательно, в возрастной группе 60–74 года мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов систематически курят достоверно чаще, чем мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (18 против 10 из 100 опрошенных мужчин), тогда как в возрастной группе 75 лет и старше такого рода зависимости не наблюдается. У женщин старших возрастных групп зависимости между структурой жизненных приоритетов и частотой курения не выявлено. Тетрасторический анализ подтвердил отсутствие связи между структурой жизненных приоритетов и частотой курения у мужчин и у женщин старших возрастных групп.

Полученные результаты свидетельствуют о незначительной роли структуры жизненных приоритетов в распространенности курения как вредной привычки. Возможно, иерархия жизненных приоритетов и конкретно жизненного приоритета «здоровье» будет оказывать влияние на этот процесс. В таблице 4.15 представлены характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье».

Таблица 4.15 – Характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота курения	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовал курить	39 ± 5,5	42,3 ± 4,1	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	10 ± 3,4	11,3 ± 2,7	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	26 ± 4,9	21,1 ± 3,4	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	5 ± 2,2	11,3 ± 2,5	< 0,05
Курю систематически	18 ± 4,1	8,5 ± 2,1	< 0,05
Не ответили	3 ± 1,0	5,6 ± 1,8	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовал курить	45 ± 4,2	34 ± 5,2	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	9 ± 2,4	15 ± 3,9	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	32 ± 4,0	20 ± 4,4	< 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	4 ± 1,7	12 ± 3,6	< 0,05
Курю систематически	9 ± 2,4	12 ± 3,6	> 0,05
Не ответили	1 ± 0,7	7 ± 2,7	< 0,05

Статус жизненного приоритета «здоровье» влияет на распространенность курения среди мужчин возрастной группы 60–74 года, однако направление этого

влияния обратное классически принятому представлению. Мужчины, имеющие высокий статус жизненного приоритета «здоровье» достоверно чаще курят за счет тех, кто курит «время от времени» ($p < 0,05$). Таких достоверно больше среди мужчин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» ($p < 0,05$). Приведенные данные подтверждаются и результатами тетрахорического анализа. Систематическое курение более свойственно мужчинам, имеющим высокий статус жизненного приоритета «здоровье» (коэффициент ассоциации $-0,65$; относительный риск $0,39$; $\chi^2 - 5,44$) ($p < 0,05$).

В возрастной группе 75 лет и старше таких закономерностей уже не наблюдается, но удельный вес бросивших курить мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» выше, чем среди мужчин, имеющих низкий статус жизненного приоритета «здоровье» ($p < 0,05$). Это косвенно подтверждает тезис о том, что среди мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» выше удельный вес куривших в прошлом.

Следовательно, высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин в возрасте 60–74 года сочетается в более высокой частотой систематического курения и более частым отказом от курения в возрастной группе 75 лет и старше.

В таблице 4.16 представлены характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье».

В отношении женщин статус жизненного приоритета «здоровье» не влияет на распространенность курения в возрастной группе 60–74 года, в отличие от мужчин. Приведенные данные подтверждаются и результатами тетрахорического анализа. Только в одном случае наблюдаются достоверные различия: удельный вес бросивших курить выше среди женщин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» ($p < 0,05$), что косвенно указывает на более высокую распространенность курения среди этой группы женщин.

В возрастной группе 75 лет и старше систематическое курение чаще наблюдается среди женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье», од-

нако удельный вес таких женщин мал и это не позволяет делать объективные выводы, касающиеся всей популяции.

Таблица 4.16 – Характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота курения	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовала курить	58 ± 5,5	70 ± 2,9	< 0,05
Однажды пробовала (в настоящее время не курю)	11 ± 3,8	8 ± 3,9	> 0,05
Курила, но бросила (в настоящее время не курю)	16 ± 4,0	6 ± 2,4	< 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	6 ± 2,7	4 ± 2,1	> 0,05
Курю систематически	4 ± 2,4	9 ± 3,2	> 0,05
Не ответили	5 ± 2,7	3 ± 2,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовала курить	80 ± 3,2	68 ± 3,7	< 0,05
Однажды пробовала (в настоящее время не курю)	8 ± 2,1	8 ± 2,1	> 0,05
Курила, но бросила (в настоящее время не курю)	6 ± 1,8	8 ± 2,1	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	1 ± 0,4	3 ± 1,1	< 0,05
Курю систематически	0	7 ± 2,0	< 0,05
Не ответили	5 ± 1,7	6 ± 2,0	> 0,05

Следовательно, высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у женщин старших возрастных групп не связан с распространенностью курения.

Кроме данных о распространенности курения большое значение имеет и интенсивность курения. Анализ интенсивности курения проводили среди тех, кто заявил, что он курит систематически или изредка («время от времени»).

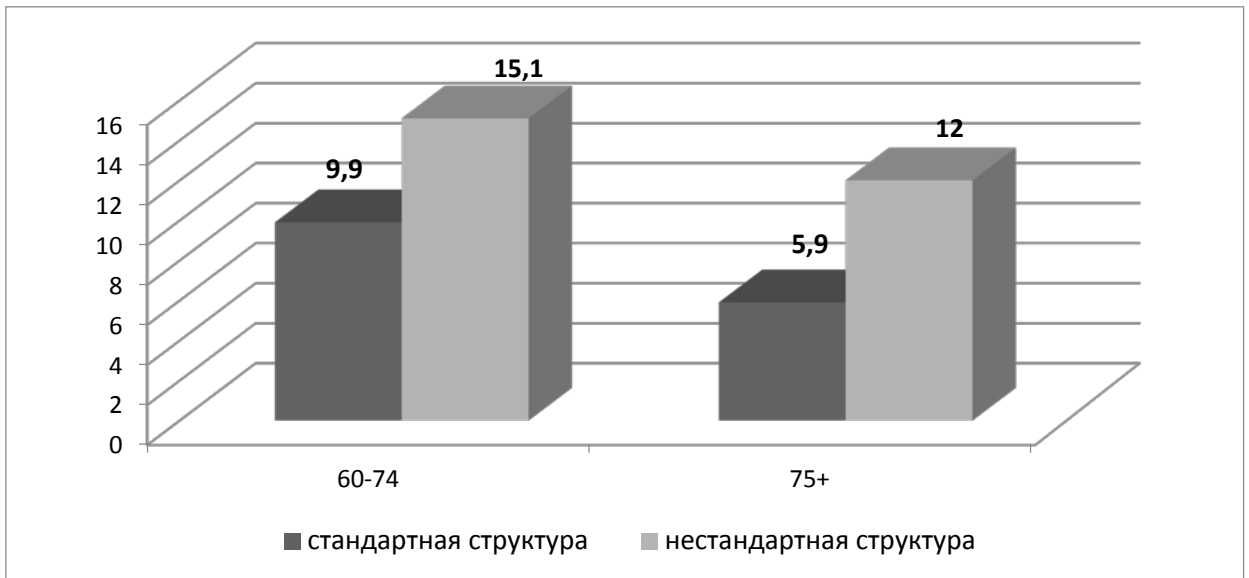


Рисунок 4.1 – Среднее число выкуриваемых сигарет в день мужчинами старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (среднее число выкуриваемых сигарет в день)

Из данных, представленных на рисунке 4.1, следует, что более высокая интенсивность курения наблюдается среди мужчин старших возрастных групп с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возраста. Следует отметить, что снижение интенсивности курения в группе мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов выше, чем в группе с нестандартной структурой.

Мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов бросали курить (среди бросивших курить) в 51–54 года, тогда как мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов позже в 55–57 лет.

Интенсивность курения среди курящих женщин даже более высокая, чем среди курящих мужчин (рисунок 4.2).

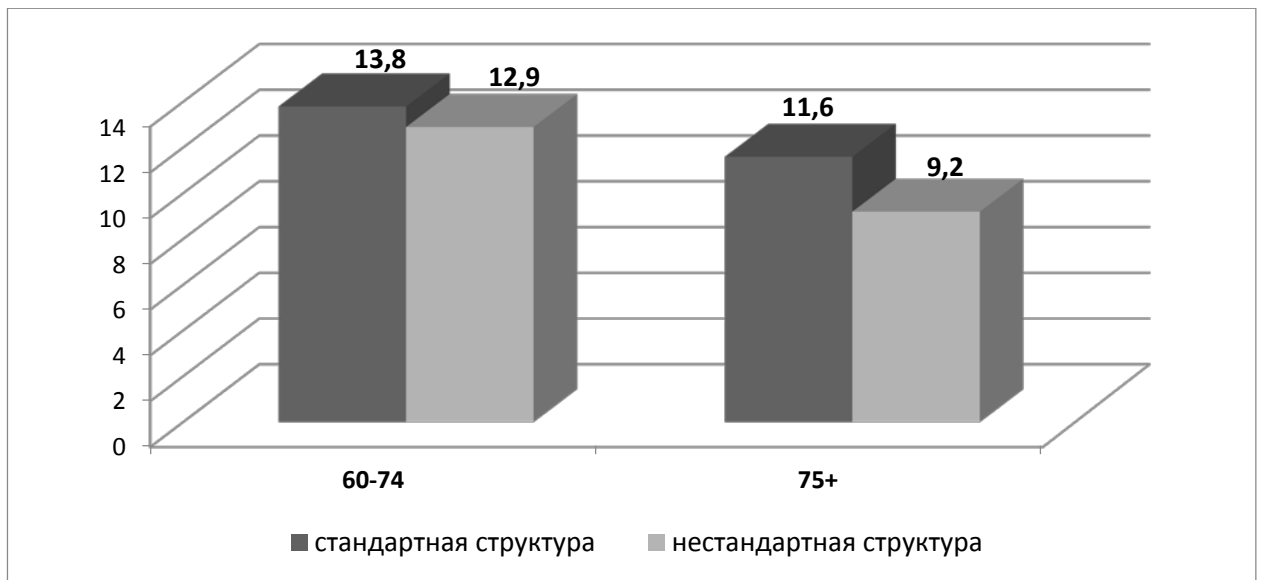


Рисунок 4.2 – Среднее число выкуриваемых сигарет в день женщинами старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (среднее число выкуриваемых сигарет в день)

Также как и среди курящих мужчин, среди женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов число выкуриваемых сигарет в день выше независимо от возраста, но снижение интенсивности курения в группе женщин не зависит от структуры жизненных приоритетов.

Женщины со стандартной структурой жизненных приоритетов бросали курить (среди бросивших курить) в 44–46 лет года, тогда как женщины с нестандартной структурой жизненных приоритетов позже – в 53–55 лет.

Данные о среднем числе выкуриваемых сигарет в день мужчинами старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» подтверждают полученные ранее данные о более интенсивном курении среди мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» (рисунок 4.3). Такая зависимость наблюдается во всех возрастных группах. Более того, мужчины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» позднее бросали курить (среди бросивших курить). Если они бросали курить в 51–54 года, то мужчины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» бросали курить в среднем на три года раньше в 48–51 год.

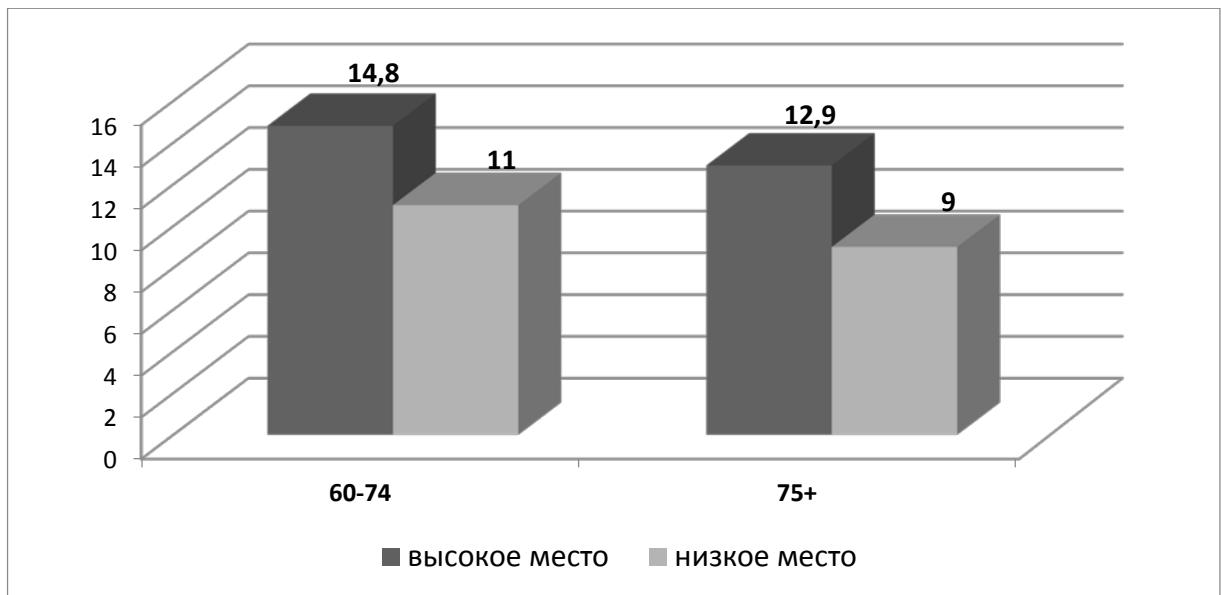


Рисунок 4.3 – Среднее число выкуриваемых сигарет в день мужчинами старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (среднее число выкуриваемых сигарет в день)

Данные о среднем числе выкуриваемых сигарет в день женщинами старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» не соответствуют тем, которые получены в отношении мужчин. Более интенсивное курение наблюдается среди женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» (рисунок 4.4). Такая зависимость наблюдается во всех возрастных группах. Наиболее значимая разница регистрируется в возрастной группе 75 лет и старше. Но, женщины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» позднее бросали курить (среди бросивших курить). Они бросали курить в 42–45 лет, то женщины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» бросали курить в среднем на пять лет раньше в 37–40 лет [27].

Таким образом, стандартная структура жизненных приоритетов и высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин сочетается с более частым систематическим курением, но только в возрастной группе 60–74 года, а также более частым отказом от курения в возрастной группе 75 лет и старше. Среди них наблюдается более высокая интенсивность курения и более поздний отказ от курения (среди бросивших курить).

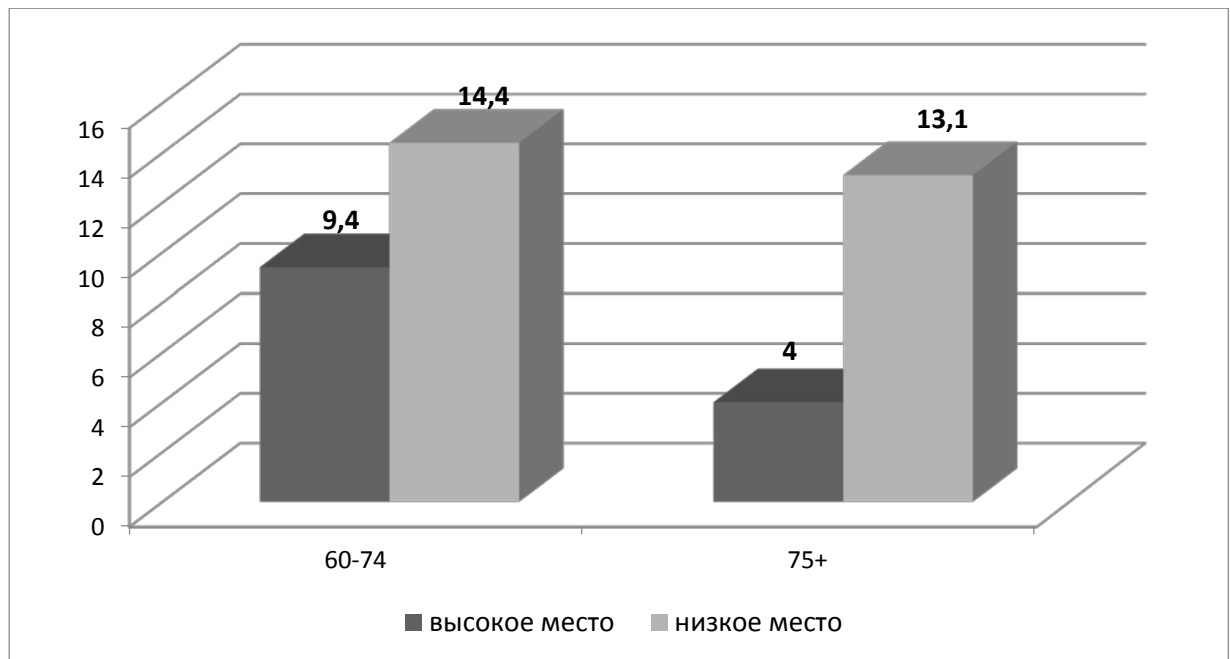


Рисунок 4.4 – Среднее число выкуриваемых сигарет в день женщинами старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (среднее число выкуриваемых сигарет в день)

У женщин старших возрастных групп зависимости между структурой жизненных приоритетов и статусом жизненного приоритета «здоровье» и распространенностью курения выявлено не было, однако интенсивность курения выше среди женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов и низким статусом жизненного приоритета «здоровье». Низкий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет более высокую интенсивность курения и более ранний отказ от курения (среди бросивших курить) [27].

Наряду с курением, яркой характеристикой антигигиенического поведения, является употребление алкоголя. В процессе анализа рассматривался как сам факт употребления алкогольных напитков, так и частота его принятия, а также крепость напитков и объем чистого спирта, употребляемого за один прием. Характеристики распространенности употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп представлены в таблице 4.17.

Таблица 4.17 – Распространенность употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	5 ± 2,6	3 ± 1,7	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	16 ± 1,9	9 ± 3,1	< 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	25 ± 3,1	35 ± 3,3	< 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	26 ± 3,0	16 ± 2,1	< 0,05
Не употребляю	26 ± 3,0	36 ± 3,4	< 0,05
Не ответили	2 ± 0,7	1 ± 0,8	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	4 ± 1,5	2 ± 1,1	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	3 ± 1,2	5 ± 1,6	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	13 ± 2,5	28 ± 3,3	< 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	22 ± 3,1	18 ± 2,8	> 0,05
Не употребляю	57 ± 3,7	41 ± 3,6	> 0,05
Не ответили	1 ± 0,7	6 ± 1,8	< 0,05

Анализ частотных характеристик употребления алкоголя у мужчин с различной структурой жизненных приоритетов показал, что частота ежедневного употребления алкоголя не зависит от структуры жизненных приоритетов, хотя несколько чаще оно наблюдается у мужчин со стандартной структурой. Регулярное употребление (чаще 1 раза в неделю) в возрастной группе 60–74 года достоверно чаще регистрируется у мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше достоверных различий нет. В итоге, регулярное и ежедневное употребление алкогольных напитков у мужчин

со стандартной структурой жизненных приоритетов в возрастной группе 60–74 года наблюдается у каждого пятого опрошенного (21 из 100 опрошенных), а среди мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов только у каждого десятого опрошенного (11 из 100 опрошенных).

Не употребляли алкогольные напитки в возрастной группе 60–74 года чаще мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (36 против 26 из 100 опрошенных). Они же чаще употребляют алкогольные напитки 2–3 раза в месяц (35 против 25 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше частота употребления алкогольных напитков практически не зависела от структуры жизненных приоритетов.

Однако, очень важным является не только частота употребления алкогольных напитков, но и содержание этилового спирта в них. Так как достоверных различий в частоте употребления алкогольных напитков у мужчин с различной структурой жизненных приоритетов выявлено не было, стандартизации по удельному весу употребляющих алкогольные напитки не проводилось.

Из данных представленных на рисунке 4.5 следует, что мужчины возрастной группы 60–74 года с нестандартной структурой жизненных приоритетов несколько чаще предпочитают крепкие алкогольные напитки (40 % и выше), однако уровень различий не достигал критического ($p > 0,05$). В отношении не крепких алкогольных напитков больше интереса к ним проявляли мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов. Они достоверно чаще употребляли напитки с крепостью 7–21 % (условно вино и наливки) и напитки с крепостью до 7 % чистого алкоголя (условно пиво).

Из данных представленных на рисунке 4.6 следует, что мужчины возрастной группы 75 лет и старше со стандартной структурой жизненных приоритетов сохранили свою приверженность к употреблению крепких алкогольных напитков (20 из 100 опрошенных в возрастной группе 60–74 года и 24 из 100 опрошенных в возрастной группе 75 лет и старше). Мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов существенно снизили уровень приверженности к употреблению крепких алкогольных напитков (26 из 100 опрошенных в возрастной группе 60–74 года и 12 из 100 опрошенных в возрастной группе 75 лет и старше).

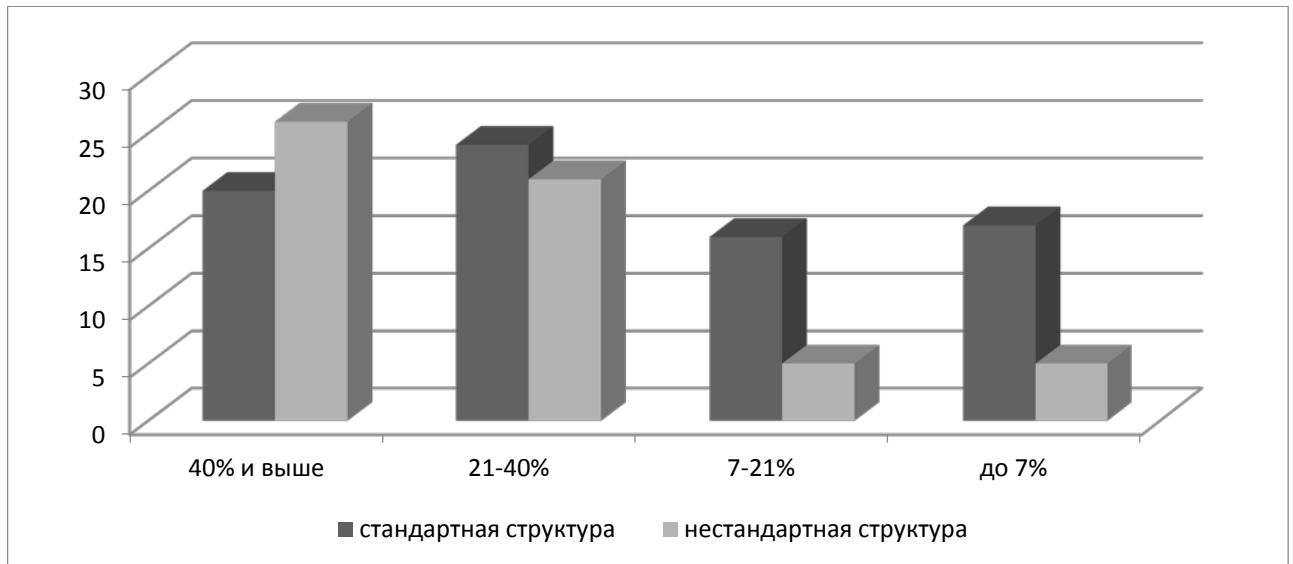


Рисунок 4.5 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с соответствующей структурой жизненных приоритетов)

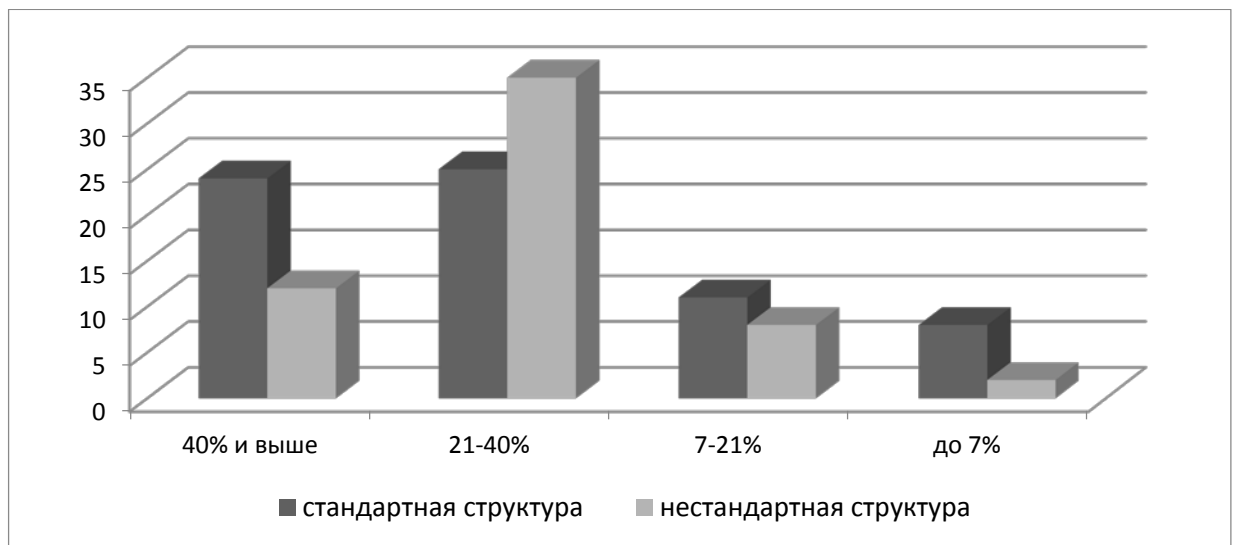


Рисунок 4.6 – Удельный вес мужчин с различной структурой жизненных приоритетов, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки с соответствующей структурой жизненных приоритетов)

Такая разница обусловлена переключением их интереса на менее крепкие алкогольные напитки и если среди мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов их популярность сохранилась на том же уровне, то среди мужчин с нестандартной структурой частота их употребления заметно выросла (с 21 до 35 на 100 опрошенных в возрастной группе 60–74 года и 75 лет и старше соответственно).

Повышенный интерес мужчин со стандартной структурой жизненных приоритетов к напиткам с крепостью 7–21 % (условно вино и наливки) и напиткам с крепостью до 7 % чистого алкоголя (условно пиво) сохранился и в возрастной группе 75 лет и старше.

Таким образом, частота ежедневного и регулярного употребления алкоголя у мужчин в возрастной группе 60–74 года не зависит от структуры жизненных приоритетов, хотя несколько чаще оно наблюдается у мужчин со стандартной структурой (21 против 11 из 100 опрошенных). Отказывались от употребления алкогольных напитков в возрастной группе 60–74 года чаще мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (36 против 26 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше частота употребления алкогольных напитков практически не зависела от структуры жизненных приоритетов. Мужчины возрастной группы 60–74 года с нестандартной структурой жизненных приоритетов несколько чаще предпочитают крепкие алкогольные напитки (40 % и выше), однако с увеличением возраста они снизили уровень приверженности к употреблению крепких алкогольных напитков (26 из 100 опрошенных в возрастной группе 60–74 года и 12 из 100 опрошенных в возрастной группе 75 лет и старше) с переключением их интереса на менее крепкие алкогольные напитки, тогда как мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов сохранили свою приверженность к крепким алкогольным напиткам. В отношении не крепких алкогольных напитков больше интереса проявляли мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов. Они достоверно чаще употребляли напитки с крепостью 7–21 % (условно вино и наливки) и напитки с крепостью до 7 % чистого алкоголя (условно пиво), независимо от возраста.

Ранее было показано, что стандартная структура жизненных приоритетов и высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин одинаково сочетаются с более частым систематическим курением. Вероятно, что такие же закономерности могут наблюдаться и в отношении употребления алкогольных напитков.

Из данных, представленных в таблице 4.18, следует, что в возрастной группе 60–74 года частое (ежедневное и регулярное) употребление алкогольных напитков не зависит от статуса жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов (16 против 15 из 100 опрошенных мужчин в возрасте 60–74 года с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» в иерархии соответственно). Достоверная разница в величине удельного веса наблюдается только в отношении не употребляющих алкогольные напитки ($p < 0,05$). Чаще не употребляют алкогольные напитки в возрастной группе 60–74 года мужчины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье». Следует обратить внимание на больший удельный вес ежедневно употребляющих алкогольные напитки, также в этой группе.

Таблица 4.18 – Распространенность употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	$3 \pm 1,8$	$6 \pm 1,9$	$> 0,05$
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	$13 \pm 3,8$	$9 \pm 2,3$	$> 0,05$
Редко (2–3 раза в месяц)	$39 \pm 5,5$	$31 \pm 3,9$	$> 0,05$
Иногда (2–3 раза в год)	$18 \pm 4,3$	$20 \pm 3,3$	$> 0,05$
Не употребляю	$26 \pm 3,9$	$34 \pm 3,0$	$< 0,05$
Не ответили	$1 \pm 0,7$	0	

Окончание таблицы 4.18

Частота употребления алкоголя	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	0	10 ± 3,3	< 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	3 ± 1,4	4 ± 2,4	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	23 ± 3,6	20 ± 4,4	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	22 ± 3,5	22 ± 4,6	> 0,05
Не употребляю	48 ± 4,2	44 ± 5,5	> 0,05
Не ответили	4 ± 2,7	0	

В возрастной группе 75 лет и старше достоверно чаще ежедневный характер употребления алкогольных напитков наблюдается у мужчин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье». В остальных градациях достоверных различий выявлено не было ($p > 0,05$).

Из данных представленных на рисунке 4.7 следует, что мужчины возрастной группы 60–74 года с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» несколько чаще предпочитают алкогольные напитки с крепостью (21–40 %), однако уровень различий не достигал критического, а мужчины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» достоверно чаще употребляли напитки с крепостью до 7 % чистого алкоголя (условно пиво) ($p < 0,05$).

Из данных представленных на рисунке 4.8 следует, что мужчины возрастной группы 75 лет и старше, независимо от статуса жизненного приоритета «здоровье» снизили интерес к крепким алкогольным напиткам (40 % и выше). Повышение интереса к алкогольным напиткам с содержанием спирта в диапазоне 21–40 % было характерно только для мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» (с 23 до 32 из 100 опрошенных), за счет снижения их интереса к слабоалкогольным напиткам (до 7 %) с 13 до 4 из 100 опрошенных).

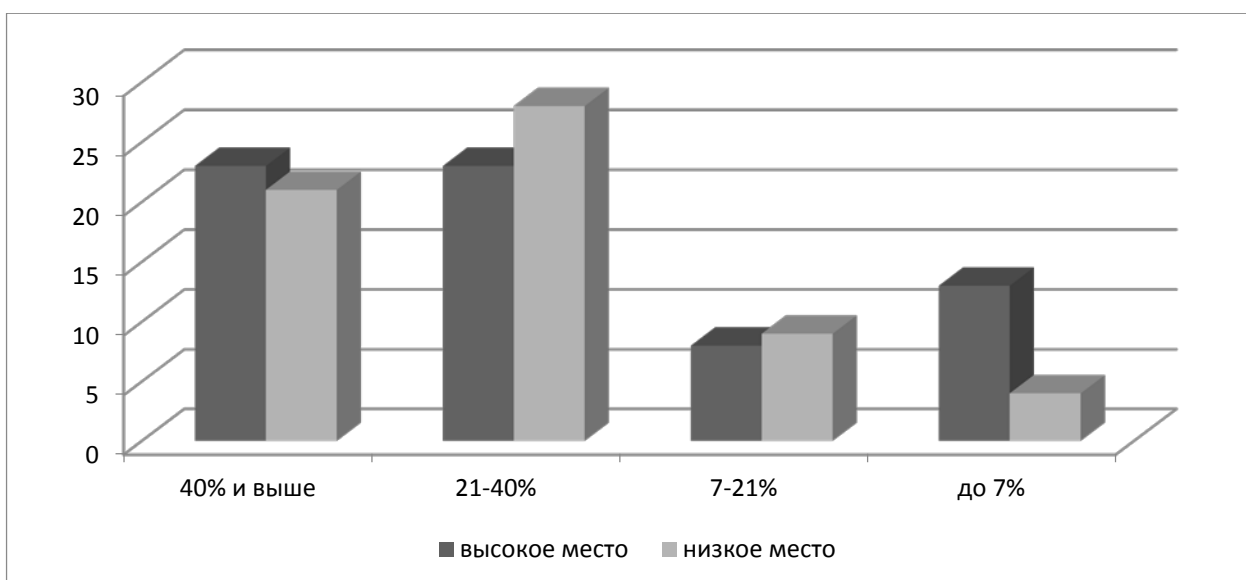


Рисунок 4.7 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье»)

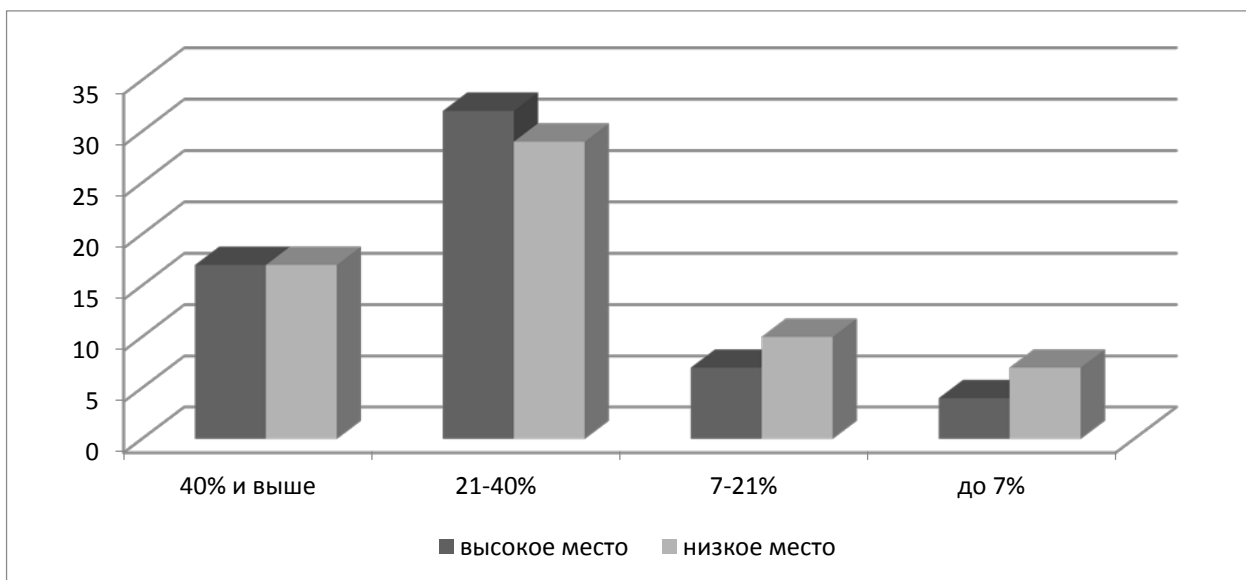


Рисунок 4.8 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье»)

Следовательно, низкий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин старших возрастных групп сочетается с более частым употреблением алкогольных напитков в ежедневном и регулярном режимах в возрастной группе 75 лет и старше (3 против 15 из 100 опрошенных), однако в возрастной группе 60–74 года не употребляющих алкогольные напитки больше среди тех, кто не считает «здоровье» приоритетной жизненной ценностью (35 против 25 из 100 опрошенных). Это может свидетельствовать о неоднородности данной группы. Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» сочетался с большим интересом к употреблению слабоалкогольных напитков (условно пиво) в возрастной группе 60–74 года и повышению интереса к употреблению алкогольных напитков крепостью 21–40 % с увеличением возраста за счет снижения их интереса к слабоалкогольным напиткам.

У женщин старших возрастных групп ежедневное употребление алкогольных напитков наблюдается очень редко независимо от структуры жизненных приоритетов, однако если сравнить суммарные данные по двум градациям – ежедневное и регулярное (чаще 1 раза в неделю), то в возрастной группе 60–74 года удельный вес приверженцев такого поведения выше в группе женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов (8 против 3 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше таких различий не выявлено (таблица 4.19).

Независимо от структуры жизненных приоритетов четыре из десяти опрошенных не употребляют алкогольные напитки в возрастной группе 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше их число значительно увеличивается, при этом более значительно среди женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов (73 против 61 из 100 опрошенных).

Полученные данные показывают наличие гендерных различий, так как у мужчин регулярное и ежедневное употребление алкогольных напитков чаще наблюдается при стандартности структуры жизненных приоритетов, а у женщин наоборот. Не употребляли алкогольные напитки чаще мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов, тогда как у женщин чаще не употребляют женщины со стандартной структурой жизненных приоритетов. Различия по этому

признаку у мужчин наблюдаются в возрастной группе 60–74 года, а у женщин в возрастной группе 75 лет и старше.

Таблица 4.19 – Распространенность употребления алкоголя среди женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	0	1 ± 0,9	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	3 ± 1,7	7 ± 2,4	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	19 ± 3,6	18 ± 3,6	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	31 ± 4,3	30 ± 4,3	> 0,05
Не употребляю	44 ± 4,6	41 ± 4,6	> 0,05
Не ответили	3 ± 1,1	3 ± 1,8	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	1 ± 0,6	1 ± 0,7	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	1 ± 0,6	2 ± 1,2	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	4 ± 1,4	8 ± 2,3	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	18 ± 2,6	19 ± 3,2	> 0,05
Не употребляю	73 ± 2,9	61 ± 4,0	< 0,05
Не ответили	3 ± 1,3	9 ± 2,8	< 0,05

Анализ удельного содержания этилового спирта в употребляемых алкогольных напитках женщинами старших возрастных групп показал, что напитки с крепостью 40 % и выше несколько чаще предпочитают женщины в возрастной группе 60–74 года с нестандартной структурой жизненных приоритетов (7 против 3 из 100 опрошенных), однако достоверность различий не достигала критического уровня

($p > 0,05$) (рисунок 4.9). Такие женщины также несколько чаще отдавали предпочтение слабоалкогольным напиткам (условно пиво) (16 против 10 из 100 опрошенных).

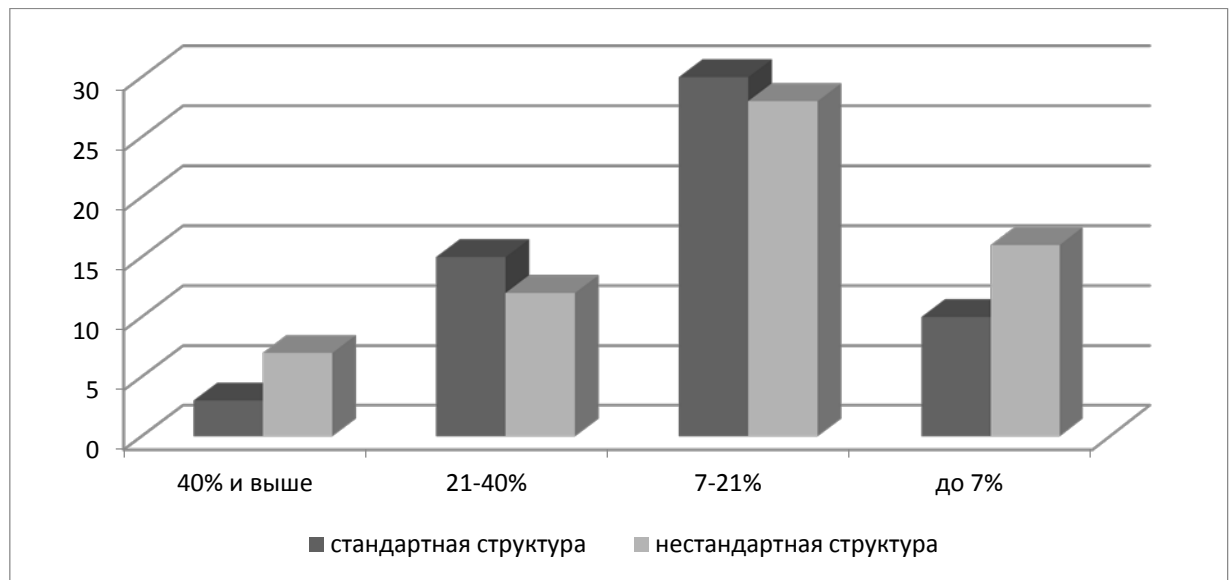


Рисунок 4.9 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки со стандартной и нестандартной структурой жизненных приоритетов соответственно)

Из данных представленных на рисунке 4.10 следует, что число приверженцев к крепким алкогольным напиткам у женщин не изменяется с увеличением возраста, однако удельный вес таких женщин невелик. Достоверных различий между сравниваемыми группами женщин с различной структурой жизненных приоритетов выявлено не было ($p > 0,05$).

Следовательно, женщины с нестандартной структурой жизненных приоритетов более склонны к употреблению крепких и слабоалкогольных напитков в возрастной группе 60–74 года и сохраняют приверженность к ним и в возрастной группе 75 лет и старше. Однако значимого влияния структуры жизненных приоритетов на характер употребления алкогольных напитков у женщин старших возрастных групп нет.

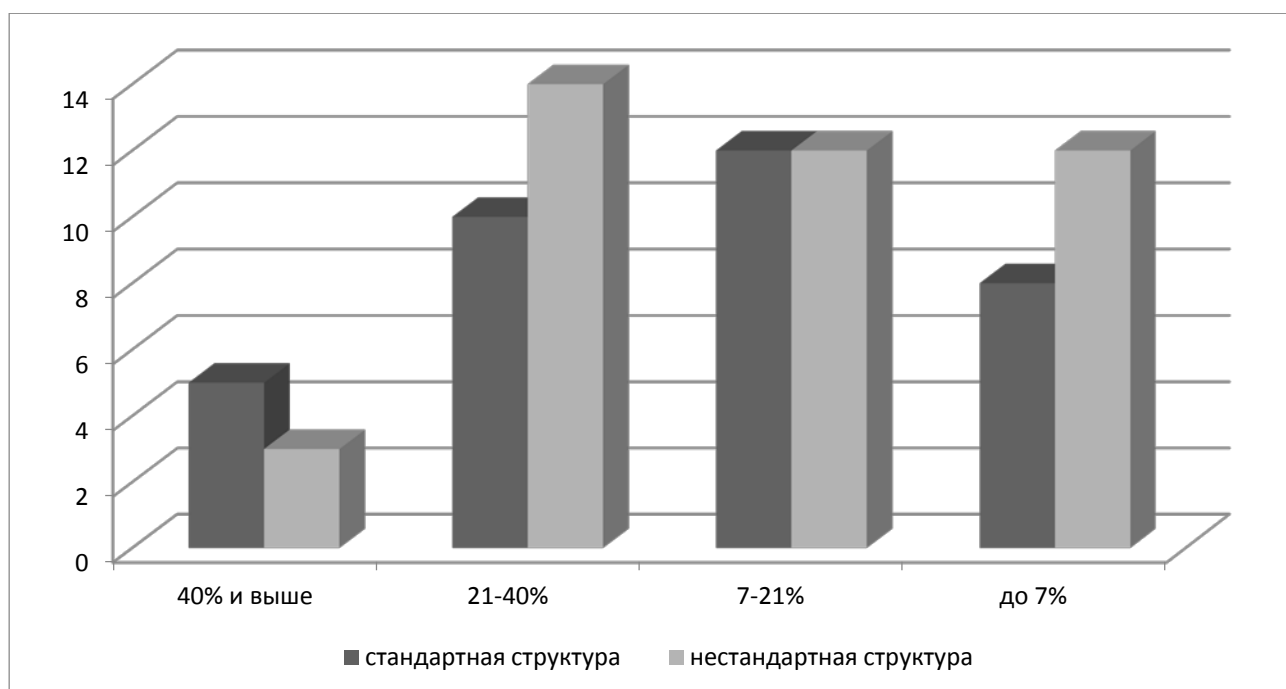


Рисунок 4.10 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки со стандартной и нестандартной структурой жизненных приоритетов соответственно)

Данные о влиянии статуса жизненного приоритета «здоровье» на распространенность употребления алкоголя среди женщин старших возрастных групп представлены в таблице 4.20.

В возрастной группе 60–74 года частое (ежедневное и регулярное) употребление алкогольных напитков более свойственно женщинам с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» (11 против 4 из 100 опрошенных). Четыре из десяти опрошенных женщин не употребляют алкогольные напитки независимо от статуса жизненного приоритета «здоровье». Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» больше ассоциируется с употреблением алкогольных напитков 2–3 раза в год, тогда как низкий статус жизненного приоритета «здоровье» с частотой употребления 2–3 раза в месяц.

Таблица 4.20 – Распространенность употребления алкоголя среди женщин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	0	1 ± 1,2	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	4 ± 2,4	10 ± 3,4	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	18 ± 4,6	25 ± 4,8	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	37 ± 5,7	18 ± 4,2	< 0,05
Не употребляю	39 ± 5,8	41 ± 5,5	> 0,05
Не ответили	2 ± 0,7	5 ± 1,6	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	0	1 ± 0,9	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	1 ± 0,7	4 ± 1,1	< 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	4 ± 1,6	15 ± 2,8	< 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	21 ± 3,2	21 ± 3,2	> 0,05
Не употребляю	69 ± 3,7	54 ± 3,9	< 0,05
Не ответили	5 ± 1,7	5 ± 1,7	> 0,05

В возрастной группе 75 лет и старше более частое употребление алкогольных напитков женщинами с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» сохраняется (5 против 1 из 100 опрошенных). Полный отказ от употребления более свойственен женщинам с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье», так как прирост отказавшихся от употребления составил 19 на 100 опрошенных, а в группе женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» только 13 на 100 опрошенных. Такие изменения произошли за счет снижения потребления в режиме 2–3 раза в месяц.

Полученные ранее данные о более частом употреблении алкогольных напитков у женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» подтверждается и результатами анализа содержания этилового спирта в потребляемых напитках. Крепкие (40 % и выше) напитки более часто употребляют именно такие женщины, тогда как напитки с меньшим содержанием этилового спирта (условно вино и условно пиво) предпочитают женщины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» (рисунок 4.11).

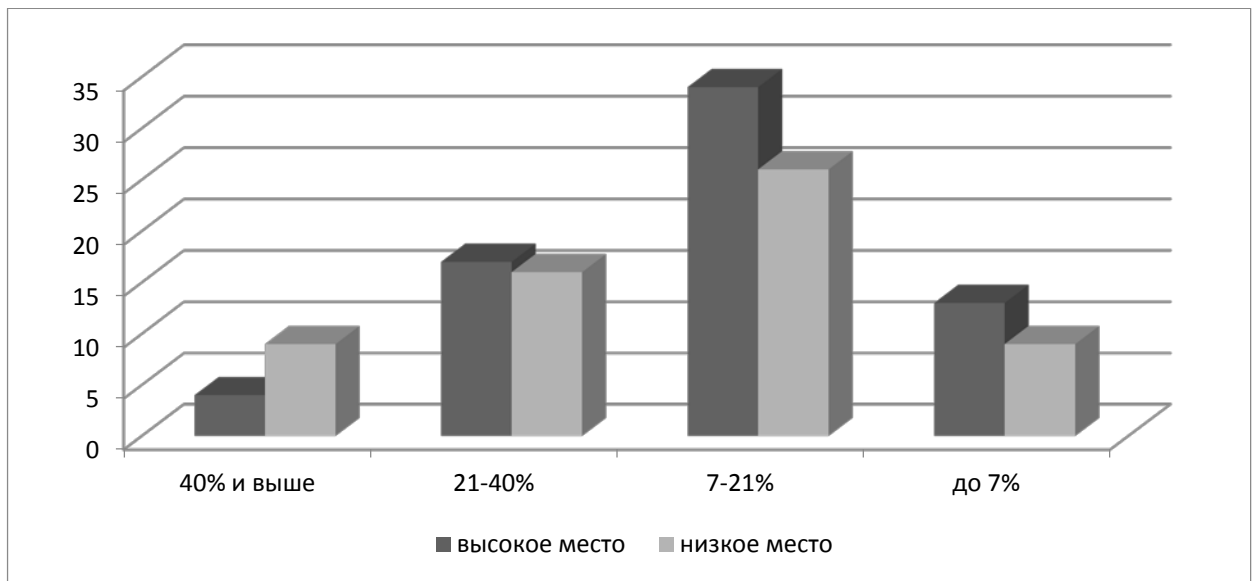


Рисунок 4.11 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

В возрастной группе 75 лет и старше женщины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» снизили практически в два раза частоту потребления крепких алкогольных напитков и напитков с содержанием этилового спирта на уровне 21–40 %, сохранили частоту употребления напитков крепостью 7–21 % и слабоалкогольных напитков крепостью до 7 %. Женщины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» существенно снизили частоту употребления

только напитков с содержанием этилового спирта в диапазоне 21–40 %, тогда как остальные напитки употребляли с той же интенсивностью (рисунок 4.12).

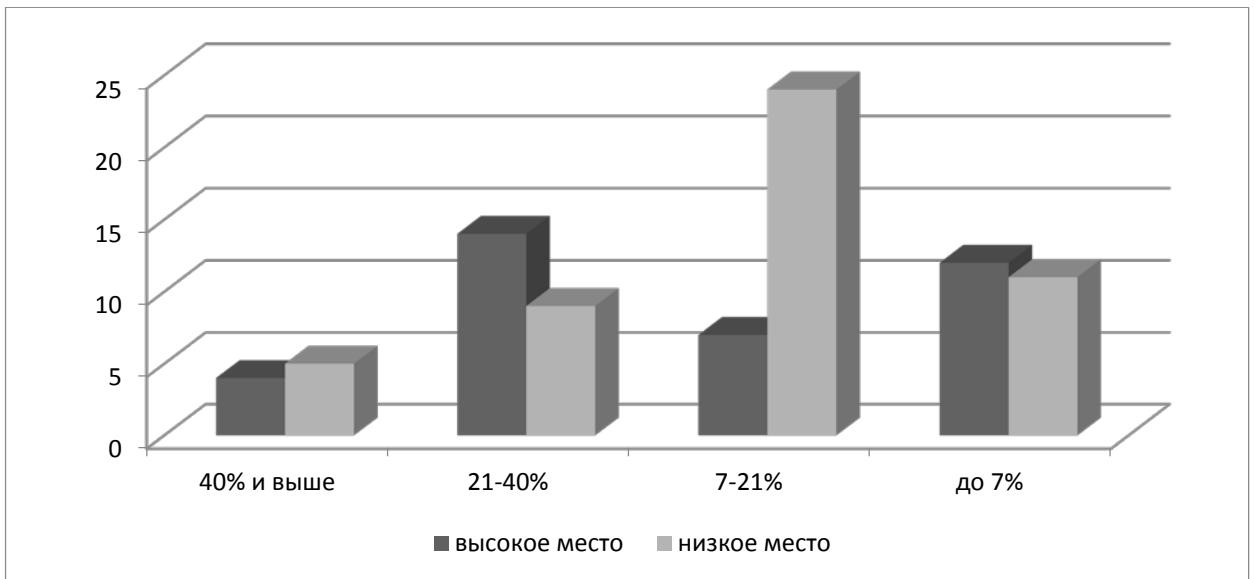


Рисунок 4.12 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

Следовательно, женщины старших возрастных групп с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» более склонны к частому употреблению алкогольных напитков с высоким содержанием этилового спирта, однако они уменьшают частоту потребления крепких алкогольных напитков с увеличением возраста. Женщины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» существенно снизили частоту употребления только напитков с содержанием этилового спирта в диапазоне 21–40 %, тогда как остальные напитки употребляли с той же интенсивностью.

Гендерные различия заключаются в том, что у мужчин с увеличением возраста высокий статус жизненного приоритета «здоровье» сочетался с большим интересом к употреблению алкогольных напитков крепостью 21–40 %, чего у

женщин не наблюдалось. В качестве общего замечания следует отметить сочетание низкого статуса жизненного приоритета «здоровье» и более частого употребления алкогольных напитков в ежедневном и регулярном режимах.

4.5 Влияние структуры жизненных приоритетов на частоту гигиенических привычек у населения старших возрастных групп

Структура жизненных приоритетов, согласно имеющимся представлениям, должна оказывать влияние на распространенность гигиенических привычек. С целью подтверждения или опровержения указанного представления было проведено исследование влияния структуры жизненных приоритетов и статуса жизненного приоритета «здоровье» на распространённость соблюдения распорядка дня, выполнения утренней зарядки, закаливания и приверженности к активному отдыху среди мужчин и женщин старших возрастных групп.

Ранее указывалось, что соблюдение распорядка дня (подъем, еда, сон в определенное время) само по себе не имеет прямого отношения к медицинской активности, однако указывает на ответственное и заинтересованное отношение человека к своему поведению. Всего выделялось три варианта соблюдения распорядка дня. Первый вариант предусматривал соблюдение распорядка дня практически во всех случаях, за исключением болезни и иных непреодолимых жизненных обстоятельств. То есть выполнение распорядка дня при такой возможности было естественным состоянием данного человека. Второй вариант ответа предполагал наличие желания у человека соблюдать распорядок дня, однако это не всегда получалось даже при наличии такой возможности. Третий вариант ответа предполагал отсутствие желания у человека соблюдать распорядок дня.

Данные об отношении мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов к соблюдению распорядка дня представлены в таблице 4.21.

Таблица 4.21 – Отношение к соблюдению распорядка дня среди мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Соблюдение распорядка дня	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Стараюсь его соблюдать	30 ± 5,3	30 ± 5,1	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	38 ± 5,6	36 ± 5,4	> 0,05
Не соблюдаю	30 ± 5,3	31 ± 5,2	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Стараюсь его соблюдать	34 ± 3,6	24 ± 3,2	< 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	42 ± 3,7	49 ± 3,7	> 0,05
Не соблюдаю	18 ± 2,9	25 ± 3,2	> 0,05

В возрастной группе 60–74 года частота соблюдения распорядка дня не зависит от структуры жизненных приоритетов. Примерно треть опрошенных мужчин соблюдают распорядок дня в полном объеме, еще треть старается его соблюдать и только треть опрошенных не соблюдают распорядок дня. В возрастной группе 75 лет и старше мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще соблюдают распорядок дня ($p < 0,05$) и реже его не соблюдают, относительно мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов. Следует отметить, что половина опрошенных мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов (49 из 100 опрошенных) старается соблюдать распорядок дня, но не всегда это у них получается.

Статус жизненного приоритета «здоровье» не оказывал значимого влияния на желание соблюдать распорядок дня у мужчин старших возрастных групп. Од-

нако, у мужчин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» больше выражено желание соблюдать распорядок дня (41 против 33 из 100 опрошенных) (рисунок 4.13). Треть опрошенных, независимо от статуса жизненного приоритета «здоровье» не соблюдают распорядок дня.

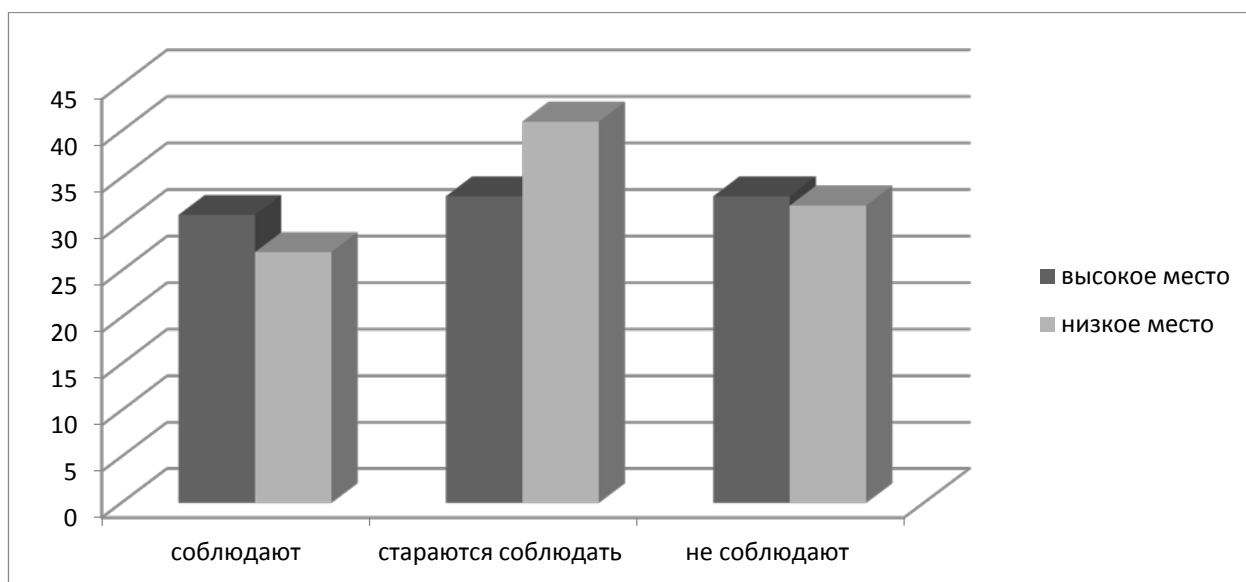


Рисунок 4.13 – Удельный вес мужчин, соблюдающих и не соблюдающих распорядок дня в возрастной группе 60–74 года с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

На рисунке 4.14 представлены сравнительные данные отношения мужчин возрастной группы 75 лет и старше к соблюдению распорядка дня.

Независимо от статуса жизненного приоритета «здоровье» удельный вес соблюдающих распорядок дня в возрастной группе 75 лет и старше снижается, но наиболее сильно среди мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» (снижение на 5 пп.), тогда как среди мужчин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» снижения удельного веса соблюдающих распорядок дня практически не было.

Мужчин, старающихся соблюдать распорядок дня, стало больше также независимо от статуса жизненного приоритета «здоровье», но в большей степени среди мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» (повыше-

ние с 33 до 51 из 100 опрошенных). Удельный вес не соблюдающих распорядок дня в этой возрастной группе был одинаковым среди мужчин с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье».

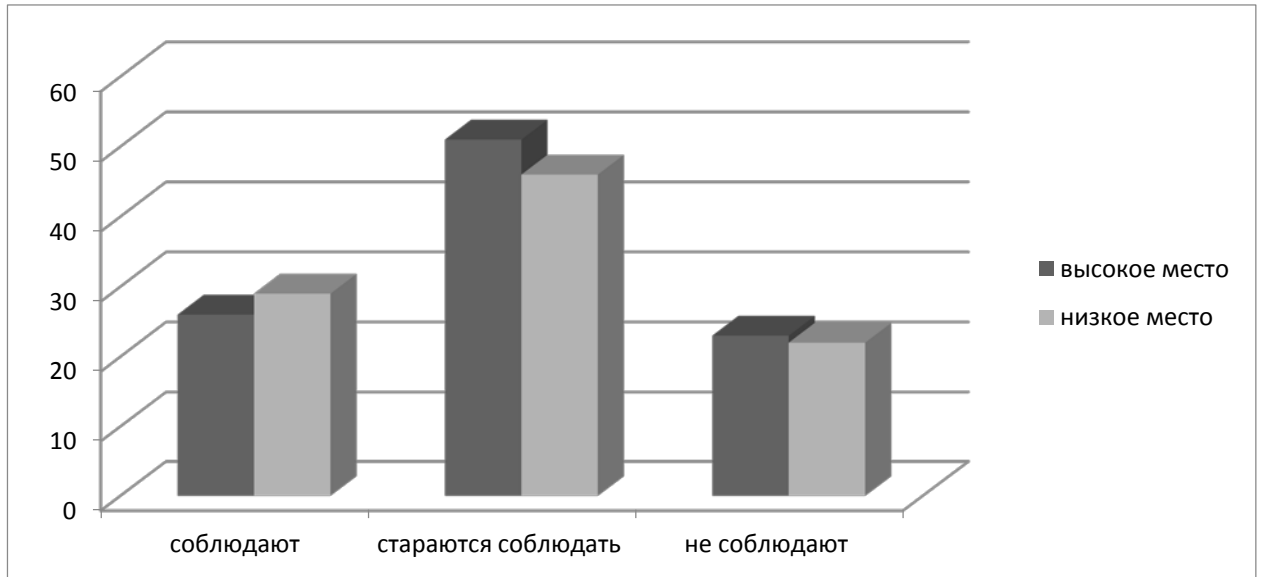


Рисунок 4.14 – Удельный вес мужчин, соблюдающих и не соблюдающих распорядок дня в возрастной группе 75 лет и старше с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 75 лет и старше с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

Следовательно, структура жизненных приоритетов и статус в отношении к соблюдению распорядка дня имеет значение только в возрастной группе 75 лет и старше. Мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще соблюдают распорядок дня ($p < 0,05$) и реже его не соблюдают, относительно мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов. У мужчин возрастной группы 60–74 года с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» больше выражено желание соблюдать распорядок дня (41 против 33 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес соблюдающих распорядок дня снижается, но наиболее сильно среди мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье».

Данные об отношении женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов к соблюдению распорядка дня представлены в таблице 4.22.

Таблица 4.22 – Отношение к соблюдению распорядка дня среди женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Соблюдение распорядка дня	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Стараюсь его соблюдать	32 ± 4,3	30 ± 4,3	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	40 ± 4,5	46 ± 4,7	> 0,05
Не соблюдаю	27 ± 4,1	24 ± 4,0	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Стараюсь его соблюдать	35 ± 3,2	41 ± 4,1	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	46 ± 3,3	47 ± 4,1	> 0,05
Не соблюдаю	17 ± 2,1	11 ± 2,1	< 0,05

В возрастной группе 60–74 года частота соблюдения распорядка дня у женщин, также как и у мужчин, достоверно не зависит от структуры жизненных приоритетов. Примерно треть опрошенных женщин соблюдают распорядок дня в полном объеме, четверть опрошенных не соблюдают распорядок дня. Остальные женщины стараются его соблюдать, когда это позволяют обстоятельства. В возрастной группе 75 лет и старше женщины со стандартной структурой жизненных приоритетов в отличие от мужчин, достоверно чаще не соблюдают распорядок дня (17 против 11 из 100 опрошенных). Несколько чаще женщины с нестандарт-

ной структурой жизненных приоритетов, наоборот, соблюдают распорядок дня (41 против 35 из 100 опрошенных), относительно женщин с нестандартной структурой жизненных приоритетов. Около половины опрошенных женщин, независимо от структуры жизненных приоритетов старается соблюдать распорядок дня, но не всегда это у них получается.

В возрастной группе 60–74 года частота соблюдения распорядка дня у женщин, также как и у мужчин, не зависит от статуса жизненного приоритета «здоровье». Большинство стараются соблюдать распорядок дня (45 и 46 из 100 опрошенных с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно), но у них это не всегда получается.

В отличие от мужчин, у женщин старших возрастных групп при увеличении возраста удельный вес соблюдающих распорядок дня не снижается, а среди женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» даже повышается (с 30 до 42 из 100 опрошенных). Такое повышение обусловлено за счет снижения удельного веса тех, кто старается соблюдать распорядок дня, но это у него не получается. Также наблюдается снижение удельного веса женщин, не соблюдающих распорядок дня, и особенно сильно это снижение проявляется среди женщин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» (с 20 до 9 из 100 опрошенных).

В итоге, в возрастной группе 75 лет и старше высокий статус жизненного приоритета «здоровье» сочетается с большим желанием соблюдать распорядок дня, сохранением удельного веса женщин, соблюдающих распорядок дня и снижением удельного веса женщин, не соблюдающих распорядок дня (рисунок 4.15).

Следовательно, в возрастной группе 60–74 года частота соблюдения распорядка дня у женщин, также как и у мужчин, не зависит ни от структуры жизненных приоритетов, ни от статуса жизненного приоритета «здоровье». В возрастной группе 75 лет и старше женщины со стандартной структурой жизненных приоритетов в отличие от мужчин, достоверно чаще не соблюдают распорядок дня (17 против 11 из 100 опрошенных). Среди женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» при увеличении возраста удельный вес соблюдающих распорядок дня повышается (с 30 до 42 из 100 опрошенных) за счет тех, кто ста-

рается соблюдать распорядок дня, но это у него не получается. Среди женщин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» наблюдается снижение удельного веса женщин, не соблюдающих распорядок дня (с 20 до 9 из 100 опрошенных).

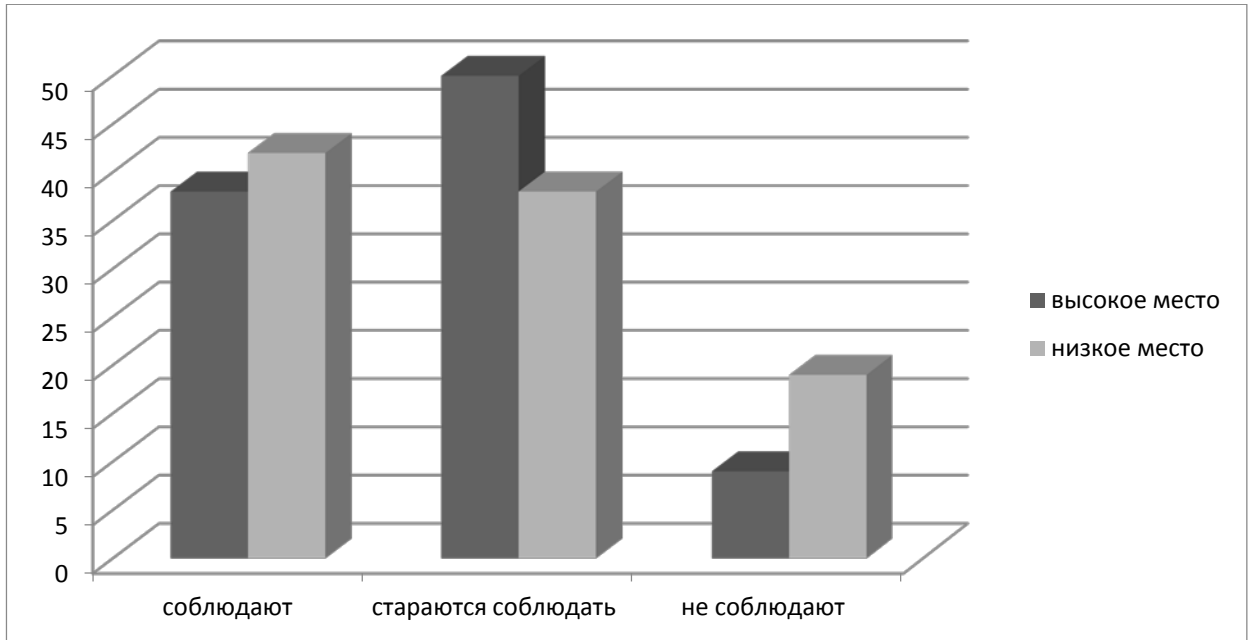


Рисунок 4.15 – Удельный вес женщин, соблюдающих и не соблюдающих распорядок дня в возрастной группе 75 лет и старше с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 75 лет и старше с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

При анализе распространенности выполнения физической (утренней) гимнастики было предложено три варианта ответа. Первый вариант предполагал регулярное выполнение физических упражнений по утрам или в любое другое удобное время. Вторым вариантом ответа свидетельствовал о периодическом выполнении, тогда как третий вариант ответа предполагал отрицательное отношение к выполнению физических упражнений.

В таблице 4.23 представлены результаты опроса мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов.

Таблица 4.23 – Отношение к выполнению утренней (физической) гимнастики среди мужчин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Выполнение утренней (физической) гимнастики	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, для меня это необходимость	13 ± 3,0	8 ± 2,4	> 0,05
Иногда делаю	36 ± 3,5	48 ± 3,6	< 0,05
Не делаю	50 ± 3,5	41 ± 3,6	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, для меня это необходимость	8 ± 2,0	10 ± 2,2	> 0,05
Иногда делаю	47 ± 3,8	47 ± 3,7	> 0,05
Не делаю	42 ± 3,7	42 ± 3,7	> 0,05

В возрастной группе 60–74 года чаще делают физическую гимнастику (хотя бы иногда) мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (55 против 49 из 100 опрошенных), а чаще отказываются от ее выполнения мужчины со стандартной структурой (50 против 41 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше структура жизненных приоритетов не оказывала никакого влияния на отношение к выполнению утренней (физической) гимнастики.

Из данных, представленных в таблице 4.24, следует, что у женщин старших возрастных групп отношение к выполнению утренней (физической) зарядки не зависело от структуры жизненных приоритетов ни в одной из возрастных групп. Примерно половина делала физическую зарядку, хотя бы иногда, половина ее не делала. Более старшие мужчины и женщины (возрастная группа 75 лет и старше) чаще отказывались от выполнения физической зарядки, но удельный вес отказавшихся также не зависел от структуры жизненных приоритетов.

Таблица 4.24 – Отношение к выполнению утренней (физической) гимнастики среди женщин старших возрастных групп с различной структурой жизненных приоритетов (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение утренней (физической) гимнастики	Стандартная структура жизненных приоритетов	Нестандартная структура жизненных приоритетов	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, для меня это необходимость	9 ± 2,6	12 ± 3,1	> 0,05
Иногда делаю	42 ± 4,6	44 ± 4,7	> 0,05
Не делаю	49 ± 4,6	43 ± 4,7	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, для меня это необходимость	12 ± 2,1	7 ± 2,1	> 0,05
Иногда делаю	34 ± 3,1	39 ± 4,0	> 0,05
Не делаю	53 ± 3,3	49 ± 4,2	> 0,05

Статус жизненного приоритета «здоровье» может оказывать влияние на поведение в части выполнения физической (утренней) гимнастики.

Данные, приведенные на рисунке 4.16, свидетельствуют, что у мужчин в возрастной группе 60–74 года можно проследить такую зависимость. Так, мужчины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» чаще занимаются физической гимнастикой и реже ее не делают. Следует отметить, что очень малый удельный вес мужчин этой возрастной группы регулярно делает физическую гимнастику, а большинство делают ее время от времени. В возрастной группе 75 лет и старше статус жизненного приоритета «здоровье» не оказывал влияние на частоту выполнения физической гимнастики.

Женщины возрастной группы 60–74 года с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» чаще постоянно или периодически делают физическую гимнастику (61 против 47 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше различия выражены меньше, однако среди женщин с низким статусом

жизненного приоритета «здоровье» больше тех, кто никогда не делает физической гимнастики (55 против 47 из 100 опрошенных).

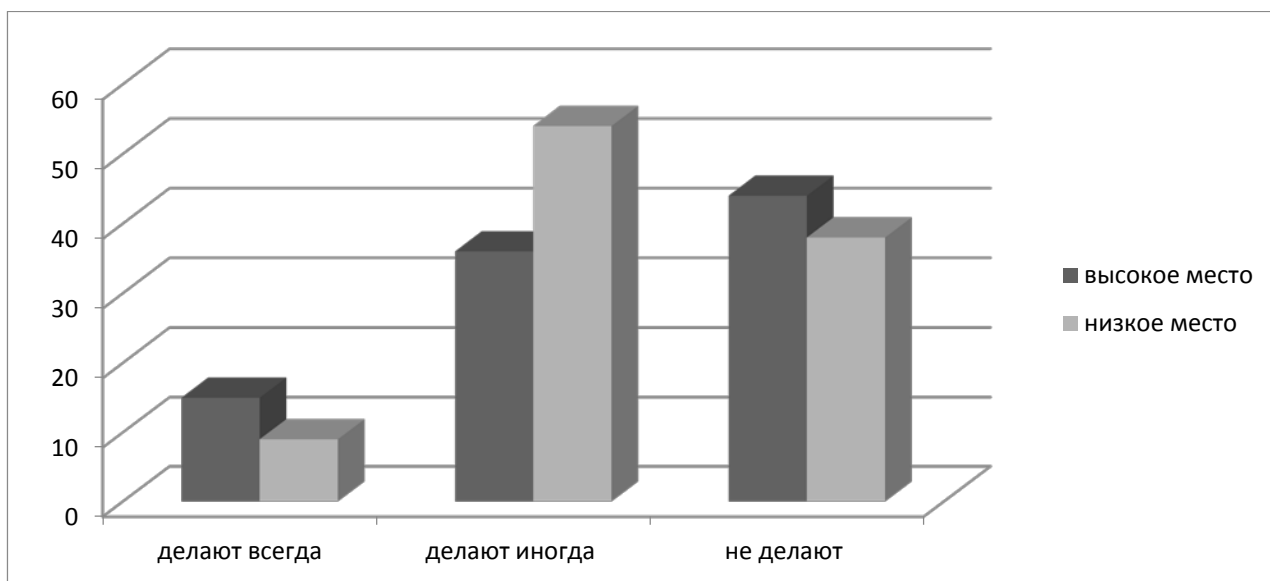


Рисунок 4.16 – Удельный вес мужчин, выполняющих и не выполняющих физическую (утреннюю) зарядку в возрастной группе 60–74 года с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

В отношении женщин зависимость между статусом жизненного приоритета «здоровье» и частотой выполнения физической гимнастики выражена сильнее (рисунок 4.17).

Таким образом, мужчины возрастной группы 60–74 года с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» чаще занимаются физической гимнастикой (63 против 51 из 100 опрошенных) и реже ее не делают, тогда как у женщин наблюдается обратное соотношение: женщины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» чаще постоянно или периодически делают физическую гимнастику (61 против 47 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше зависимости между статусом жизненного приоритета «здоровье» и отношением к выполнению утренней (физической) гимнастики выявлено не было.

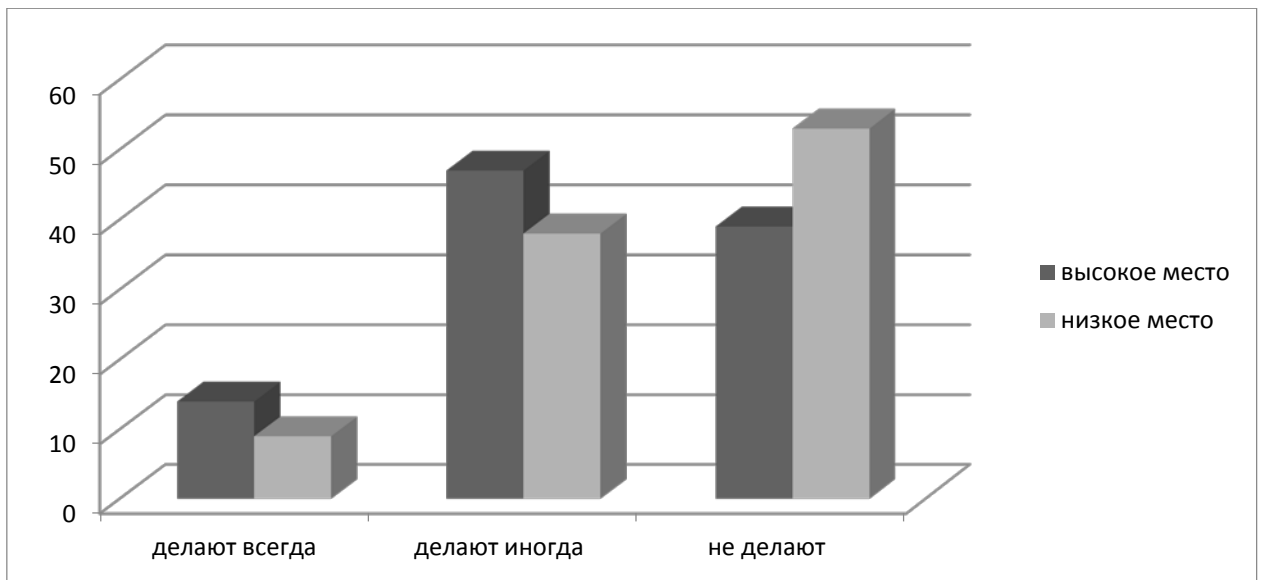


Рисунок 4.17 – Удельный вес женщин, выполняющих и не выполняющих физическую (утреннюю) зарядку в возрастной группе 60–74 года с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 60–74 года с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

Ранее было показано, что независимо от половой принадлежности, лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли закаливающие процедуры на постоянной основе, а удельный вес не выполняющих наиболее высок среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования.

Структура жизненных приоритетов не оказывает такого сильного влияния на частоту выполнения закаливающих процедур. В возрастной группе 60–74 года мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов в 36 случаев из 100 хотя бы периодически выполняют такие процедуры, а мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов в 40 случаев из 100. В возрастной группе 75 лет и старше чаще выполняют закаливающие процедуры на постоянной основе мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов (7 против 1 из 100 опрошенных), однако очень малая распространенность этого явления не позволяет делать доказательные выводы.

У женщин ни в одной из возрастных групп влияния структуры жизненных приоритетов на отношение к закаливающим процедурам выявлено не было. Такая привычка была мало распространена среди женщин старших возрастных групп. Каждая пятая опрошенная женщина иногда выполняла закаливающие процедуры, а на постоянно основе выполняла их только каждая двадцатая опрошенная женщина.

Статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин имеет большее влияние на частоту выполнения закаливающих процедур. Если удельный вес постоянных приверженцев закаливающих процедур в возрастной группе 60–74 года не зависел от статуса жизненного приоритета «здоровье», то в периодическом режиме их чаще выполняли мужчины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» (рисунок 4.18).

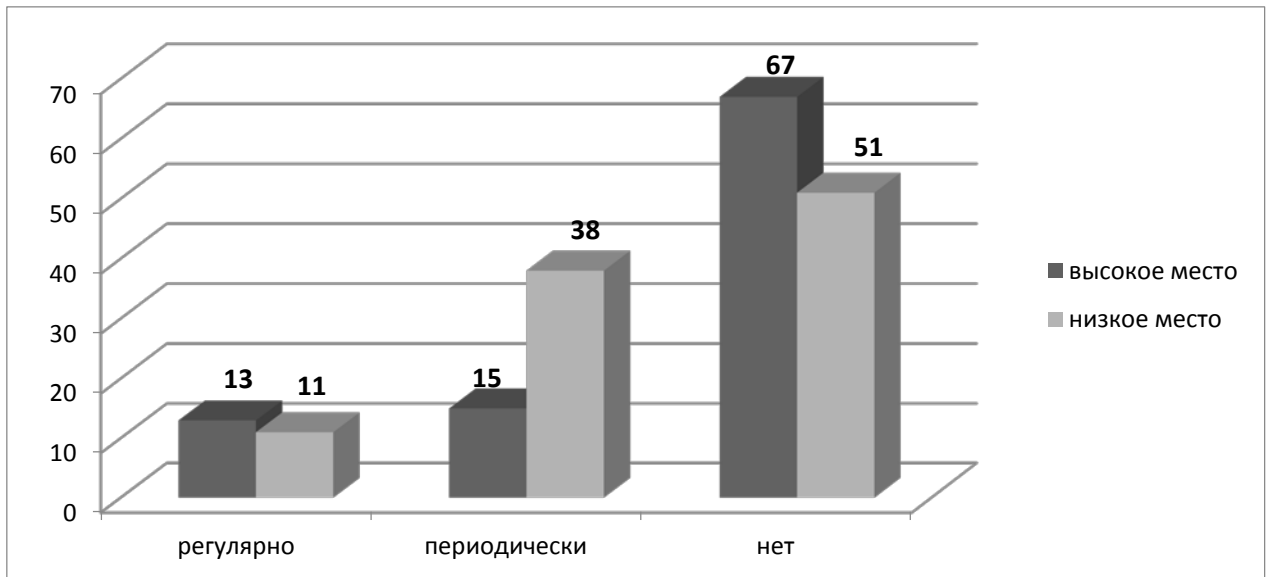


Рисунок 4.18 – Удельный вес мужчин, выполняющих закаливающие процедуры в возрастной группе 60–74 года с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года с высоким и низким статусом жизненного приоритета «здоровье» соответственно)

Еще более сильные различия наблюдались в возрастной группе 75 лет и старше. Мужчины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» в 2,5 раза чаще выполняли закаливающие процедуры на постоянной основе (7 против 3

из 100 опрошенных) и в 3 раза чаще выполняли их периодически (27 против 9 из 100 опрошенных).

У женщин во всех возрастных группах наблюдалась зависимость частоты использования закаливающих процедур от статуса жизненного приоритета «здоровье» в иерархии жизненных приоритетов (таблица 4.25).

Таблица 4.25 – Распространенность практики выполнения закаливающих процедур среди женщин старших возрастных групп с различным статусом жизненного приоритета «здоровье» (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение закаливающих процедур	Высокий статус жизненного приоритета «здоровье»	Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Регулярно	3 ± 2,0	6 ± 3,0	> 0,05
Периодически	20 ± 4,7	34 ± 3,9	< 0,05
Нет	78 ± 5,0	60 ± 5,5	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Регулярно	1 ± 0,6	8 ± 2,1	< 0,05
Периодически	10 ± 2,4	20 ± 3,1	< 0,05
Нет	87 ± 2,7	71 ± 3,6	< 0,05

Во всех возрастных группах женщины с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» достоверно чаще выполняли закаливающие процедуры, как на регулярной, так и на периодической основе.

Таким образом, структура жизненных приоритетов не оказывает такого сильного влияния на частоту выполнения закаливающих процедур независимо от гендерной принадлежности, а низкий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет более частое выполнение закаливающих процедур, как на регулярной, так и на периодической основе. Особенно сильно такой эффект наблюдается у женщин старших возрастных групп.

Резюме по главе 4

Независимо от гендерной принадлежности, с увеличением возраста удельный вес занимающих ответственную позицию в отношении собственного здоровья снижается, но только у тех, кто имеет стандартную структуру жизненных приоритетов, тогда как среди представителей старших возрастных групп с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес при увеличении возраста остается неизменным. Активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью более свойственна лицам с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возрастной группы и гендерной принадлежности. У мужчин и женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов превалирует реактивная модель поведения. С увеличением возраста возрастает распространенность активной модели поведения за счет снижения распространенности реактивной и в большей степени пассивной модели поведения. Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет большую распространенность реактивной модели поведения у мужчин и пассивной модели поведения у женщин, тогда как низкий статус определяет более высокую степень распространенности активной модели поведения.

Мужчины и женщины старших возрастных групп со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще относятся к назначению врача с вниманием и тщательно их выполняют. Для мужчин с нестандартной структурой жизненных приоритетов характерно выборочное выполнение назначения врача, но более редкий отказ от их выполнения.

Стандартная структура жизненных приоритетов и высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин сочетается с более частым систематическим курением, но только в возрастной группе 60–74 года, а также более частым отказом от курения в возрастной группе 75 лет и старше. У женщин старших возрастных групп зависимости между структурой жизненных приоритетов и статусом жизненного приоритета «здоровье» и распространенностью курения выявлено не было. Низкий статус жизненного приоритета «здоровье»

определяет более высокую интенсивность курения и более ранний отказ от курения (среди бросивших курить).

Низкий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин старших возрастных групп сочетается с более частым употреблением алкогольных напитков в ежедневном и регулярном режимах, высокий статус жизненного приоритета «здоровье» сочетался с большим интересом к употреблению слабоалкогольных напитков (условно пиво). Женщины старших возрастных групп с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» более склонны к частому употреблению алкогольных напитков с высоким содержанием этилового спирта, однако они уменьшают частоту потребления крепких алкогольных напитков с увеличением возраста.

Мужчины возрастной группы 60–74 года с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» чаще занимаются физической гимнастикой и реже ее не делают, тогда как у женщин наблюдается обратное соотношение: женщины с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» чаще постоянно или периодически делают физическую гимнастику. В возрастной группе 75 лет и старше зависимости между статусом жизненного приоритета «здоровье» и отношением к выполнению утренней (физической) гимнастики выявлено не было. Структура жизненных приоритетов не оказывает такого сильного влияния на частоту выполнения закаливающих процедур независимо от гендерной принадлежности, а низкий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет более частое выполнение закаливающих процедур, как на регулярной, так и на периодической основе. Особенно сильно такой эффект наблюдается у женщин старших возрастных групп.

Глава 5**СЕМЕЙНОЕ ОКРУЖЕНИЕ КАК СОЦИАЛЬНАЯ ДЕТЕРМИНАНТА
МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ
СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП**

По результатам исследований структуры жизненных приоритетов семья имеет огромное значение в иерархии среди населения старших возрастных групп. Показано, что она указывается в качестве ведущего приоритета почти половиной опрошенных респондентов (43 на 100 опрошенных). Еще 17 на 100 опрошенных обозначают приоритет «семья» в качестве второго по значимости. Следовательно, шесть из десяти опрошенных представителей старших возрастных групп рассматривают семью в качестве очень значимого жизненного приоритета. Если рассматривать семью в расширительном значении, то есть рассматривать приоритет «дети и внуки» как косвенное признание семьи в качестве ведущей жизненной ценности, то роль семьи еще больше возрастает. Четверть опрошенных (24 на 100 опрошенных) рассматривали благополучие следующих поколений как наиболее значимый приоритет, еще 23 на 100 опрошенных расположили его на втором месте в иерархии, а 13 на 100 опрошенных – на третьем месте. Следовательно, почти 60 на 100 опрошенных, рассматривали детей и внуков в качестве значимой ценности в иерархии их жизненных приоритетов.

Учитывая такое высокое место в иерархии жизненного приоритета «семья» логично предположить, что ее роль в сохранении и укреплении здоровья старшего поколения также будет значительна, в том числе и во влиянии на медицинскую активность. Теоретически такой механизм представляется состоящим из двух побудительных элементов. Первый состоит в активной роли самого представителя старшего поколения, который активными действиями определяет высокий уровень медицинской активности [204]. Второй элемент состоит в побудительной роли окружения. Именно второй элемент практически не был исследован. Окружение может состоять из двух контуров: ближнего или внутреннего (семейное окружение с наибольшим потенциалом влияния) и внешнего (соседи, друзья, знакомые, а также информационное пространство).

В настоящем исследовании была предпринята попытка оценить роль внутреннего побудительного контура как социальной детерминанты здоровья на характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп. В качестве характеристики семейного окружения использовали факт совместного проживания с кем-либо из близких родственников.

5.1 Влияние семейного окружения на распространенность ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп

В возрастной группе 60–74 года только четверть респондентов мужского пола проживала отдельно (26 из 100 опрошенных). Среди них более половины (58 из 100 опрошенных) возлагали первостепенную ответственность за свое здоровье на себя, каждый пятый считал, что государство несет ответственность за его здоровье, а каждый десятый считал, что система здравоохранения должна отвечать за его здоровье, а 12 из 100 опрошенных затруднились с ответом.

В группе мужчин, которые проживали совместно, достоверно было больше тех, кто считал себя в первую очередь ответственным за свое здоровье (73 из 100 опрошенных). Соответственно, удельный вес мужчин занимающих пассивную позицию был меньше. Возлагали ответственность на государство только 4 из 100 опрошенных мужчин проживающих совместно с другими членами семьи против 20 из 100 опрошенных мужчин, которые проживали отдельно ($p < 0,05$). Также, было меньше мужчин, которые проживали совместно с другими членами семьи и возлагали первостепенную ответственность за свое здоровье на систему здравоохранения (7 против 10 из 100 опрошенных). Каждый шестой опрошенный мужчина из этой подгруппы затруднился с ответом, что косвенно указывает на его нежелание возлагать на себя главную ответственность за свое здоровье.

Следовательно, семейное окружение мужчин в возрасте 60–74 года положительно влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью. Среди мужчин, проживающих совместно с другими членами семьи, больше

тех, кто возлагает ответственность за свое здоровье на себя и не перекладывает ее на государство и систему здравоохранения (27 против 42 из 100 опрошенных).

В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес мужчин, возлагающих на себя первостепенную ответственность за свое здоровье, уменьшился, но незначительно. Различия между мужчинами, проживающими отдельно и совместно с другими членами семьи, сохранились. Среди мужчин, проживающих отдельно, возросла популярность государства и системы здравоохранения как субъектов ответственных за их здоровье за счет не определившихся с ответом и снижением удельного веса возлагающих на себя первостепенную ответственность. Также следует отметить, что величина снижения удельного веса ответственных за свое здоровье с увеличением возраста была меньше среди мужчин, проживающих совместно с другими членами семьи (с 58 до 51 из 100 опрошенных мужчин, проживающих отдельно, и с 73 до 70 из 100 опрошенных мужчин, проживающих совместно с другими членами семьи).

Следовательно, семейное окружение мужчин в возрасте 75 лет и старше также как и в более молодой возрастной группе положительно влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью. Несмотря на общее снижение уровня ответственного отношения за свое здоровье, одинокие мужчины чаще возлагают ответственность на государство и систему здравоохранения (49 против 30 из 100 опрошенных).

В целом, женщины более ответственно относятся к своему здоровью, чем мужчины. Однако влияние семейного окружения наблюдается также как и у мужчин. В возрастной группе 60–74 года 67 из 100 опрошенных женщин проживающих в одиночестве считают себя ответственными за свое здоровье, тогда как среди женщин, проживающих совместно с другими членами семьи их было достоверно больше (77 из 100 опрошенных женщин) ($p < 0,05$). Среди одиноких женщин популярна система здравоохранения как субъекта ответственного за их здоровье (15 из 100 опрошенных), тогда как среди женщин, проживающих совместно с другими членами семьи их было достоверно меньше (3 из 100 опрошенных). И на государство возлагали ответственность чаще одинокие женщины (8 против 3

из 100 опрошенных соответственно). Достаточно много женщин не давали четкого ответа на поставленный вопрос (9 из 100 опрошенных одиноких женщин и 17 из 100 опрошенных женщин, проживающих совместно с другими членами семьи).

В возрастной группе 75 лет и старше отношение женщин к вопросу о субъекте, который в наибольшей степени ответственен за их здоровье, не зависит от семейного окружения. Большинство (64 и 65 из 100 опрошенных женщин, проживающих с другими членами семьи и одиноких соответственно) считают себя ответственными за свое здоровье. При увеличении возраста увеличивается популярность государства как субъекта ответственного за здоровье представителя старшей возрастной группы [25].

Следовательно, семейное окружение женщин положительно влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью только в возрастной группе 60–74 года. С увеличением возраста различия исчезают и ответственность чаще возлагается на государство и системы здравоохранения [136].

Таким образом, популярность государства у мужчин выше, чем у женщин, а система здравоохранения одинаково часто указывается как субъект, который должен нести первостепенную ответственность за здоровье человека в возрасте старше 60 лет. Совместное проживание с другими членами семьи сочетается с более ответственным отношением к своему здоровью и меньшим градиентом снижения уровня распространенности этого явления при увеличении возраста у мужчин во всех возрастных группах, а у женщин только в возрастной группе 60–74 года.

5.2 Влияние семейного окружения на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп

В качестве моделей поведения, связанных с обращаемостью за медицинской помощью, рассматривали три. Активная модель поведения предусматривала такие ответы на вопросы анкеты как «регулярно обращаюсь, даже если ничего не беспокоит, в целях профилактики» и «обращаюсь в связи с вновь возникающими

проблемами, наблюдаюсь в связи с уже существующими». Пассивная модель поведения определялась как «стараюсь не обращаться» и «обращаюсь, только если привычный образ жизни более не возможен». Реактивную модель поведения характеризовали такой ответ, как «обращаюсь в том случае если что-то беспокоит».

Данные о распространенности моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью мужчин с разным семейным окружением представлены в таблице 5.1.

Большинство мужчин, независимо от возрастной группы придерживается реактивной модели поведения в отношении к обращению за медицинской помощью. Треть мужчин в возрастной группе 60–74 года придерживается пассивной модели и четверть опрошенных мужчин имеет активную модель поведения. В возрастной группе 75 лет и старше большая часть опрошенных считает, что они придерживаются активной модели поведения, а меньшинство пассивной модели. Такие изменения происходят за счет инверсии величины удельного веса придерживающихся активной и пассивной модели поведения. Если в возрастной группе 60–74 года соотношение между мужчинами придерживающихся активной и пассивной модели поведения было 1 к 1,3, то в возрастной группе 75 лет и старше 1 к 0,13 среди мужчин, проживающих совместно с другими членами семьи и 1 к 0,27 среди одиноких мужчин. Удельный вес мужчин, придерживающихся реактивной модели поведения, оставался одинаковым во всех возрастных группах. Различий, связанных с семейным окружением выявлено не было ($p > 0,05$).

Среди женщин старших возрастных групп приверженцев активной модели поведения, также как и у мужчин, было больше в возрастной группе 75 лет и старше (таблица 5.2). Удельный вес женщин, придерживающихся реактивной модели поведения, не зависел от возраста женщины и не зависел от семейного окружения. Соотношение между женщинами придерживающихся активной и пассивной модели поведения, в возрастной группе 60–74 года было 1 к 1, а в возрастной группе 75 лет и старше 1 к 0,21 среди женщин, проживающих совместно с другими членами семьи и 1 к 0,19 среди одиноких женщин.

Таблица 5.1 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью мужчин с разным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе и соответствующим статусом)

Модель поведения	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	32 ± 3,4	30 ± 3,5	> 0,05
Реактивная	41 ± 2,5	45 ± 2,4	> 0,05
Активная	25 ± 3,2	23 ± 3,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	7 ± 2,1	12 ± 3,1	> 0,05
Реактивная	37 ± 4,9	42 ± 6,1	> 0,05
Активная	54 ± 3,5	45 ± 5,9	> 0,05

Таблица 5.2 – Распространенность моделей поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью женщин с разным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе и соответствующим статусом)

Модель поведения	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Пассивная	29 ± 3,6	25 ± 4,5	> 0,05
Реактивная	40 ± 5,5	43 ± 5,7	> 0,05
Активная	28 ± 3,9	30 ± 4,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Пассивная	10 ± 2,0	9 ± 1,1	> 0,05
Реактивная	42 ± 3,7	41 ± 3,6	> 0,05
Активная	47 ± 3,8	48 ± 3,9	> 0,05

Таким образом, семейное окружение не оказывает значимого влияния на модели поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью. Также отсутствуют и гендерные различия в отношении удельного веса мужчин и женщин, придерживающихся различных моделей поведения при обращении за медицинской помощью.

5.3 Влияние семейного окружения на степень комплаентности населения старших возрастных групп

Степень комплаентности населения старших возрастных групп определялась по результатам ответов на три вопроса касающихся выполнения врачебных рекомендаций, а также одного вопроса относительно самолечения. Первый вопрос определял общее отношение к выполнению назначений врача.

В целом, большинство опрошенных респондентов мужского пола выполняют назначения врача (таблица 5.3). Тщательно выполняют назначения врача одинокие мужчины, но степень достоверности различий не достигает критической величины отрицания «нулевой гипотезы» ($p > 0,05$). Половина одиноких мужчин в возрасте 60–74 года тщательно выполняют назначения врача и еще 38 из 100 опрошенных выполняют назначения врача только в некоторых случаях. Мужчины при совместном проживании реже тщательно выполняют назначения врача и чаще их выполняют в некоторых случаях. Абсолютное меньшинство признались, что не выполняют назначения врача и величина удельного веса таких мужчин также не зависела от семейного окружения.

В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес мужчин, тщательно выполняющих назначение врача, повышается независимо от их семейного окружения, хотя в большей степени он повышается в группе мужчин, проживающих совместно с другими членами семьи (градиент в группе мужчин совместно проживающих с другими членами семьи составил 22 на 100 опрошенных, тогда как среди одиноких мужчин он составил только 10 на 100 опрошенных). Такой рост был обусловлен за счет мужчин, которые в более молодом возрасте выполняли

назначения врача только в некоторых случаях. Удельный вес мужчин старших возрастных групп не выполняющих назначения врача и не ответивших на данный вопрос был незначителен независимо от семейного окружения.

Следовательно, семейное окружение не оказывает определяющего влияния на модели поведения мужчин в отношении выполнения назначений врача. Малая часть опрошенных мужчин старших возрастных групп не выполняют назначений врача, а прирост тщательно выполняющих назначения врача в возрастной группе 75 лет и старше наблюдается за счет мужчин, которые выполняют назначения врача только в некоторых случаях.

Таблица 5.3 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у мужчин старших возрастных групп (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Выполнение назначений врача	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	$40 \pm 3,6$	$50 \pm 5,9$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$46 \pm 3,7$	$38 \pm 5,7$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	$6 \pm 1,2$	$8 \pm 3,2$	$> 0,05$
Не ответили	$8 \pm 1,4$	$4 \pm 1,5$	$> 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	$62 \pm 3,0$	$60 \pm 4,1$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$30 \pm 2,8$	$34 \pm 3,9$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	$1 \pm 0,6$	$5 \pm 1,6$	$> 0,05$
Не ответили	$7 \pm 1,2$	$1 \pm 0,4$	$> 0,05$

Данные о распространенности моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у женщин старших возрастных групп представлены в таблице 5.4.

Таблица 5.4 – Распространенность моделей поведения в отношении выполнения назначений врача у женщин старших возрастных групп (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение назначений врача	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Тщательное выполняют назначение врача	$50 \pm 4,1$	$67 \pm 5,4$	$> 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$40 \pm 4,0$	$32 \pm 5,3$	$> 0,05$
Не выполняют назначений врача	$8 \pm 2,2$	$1 \pm 1,1$	$< 0,05$
Не ответили	$2 \pm 1,0$	0	$> 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Тщательное выполняют назначение врача	$72 \pm 2,4$	$64 \pm 2,5$	$< 0,05$
Выполняют назначения врача только в некоторых случаях	$26 \pm 2,3$	$34 \pm 2,5$	$< 0,05$
Не выполняют назначений врача	$1 \pm 0,6$	$1 \pm 0,8$	$> 0,05$
Не ответили	$1 \pm 0,6$	$1 \pm 0,8$	$> 0,05$

Женщины, также как и мужчины, в целом, выполняют назначения врача. В возрастной группе 60–74 года 90 из 100 опрошенных женщин, проживающих с другими членами семьи, и 99 из 100 опрошенных одиноких женщин выполняют назначения врача в полном или в неполном объеме. Игнорируют данные им рекомендации чаще женщины, совместно проживающие с другими членами семьи (8 против 1 из 100 опрошенных). Более ответственно относятся к выполнению

назначений врача одинокие женщины, однако, в возрастной группе 75 лет и старше наблюдаемая ситуация меняется на противоположную. Достоверно чаще женщины, совместно проживающие с другими членами семьи (72 против 64 из 100 опрошенных), тщательно выполняют данные им врачом рекомендации. Такие изменения происходят за счет уменьшения лиц женского пола, которые выполняли назначения врача только в некоторых случаях, тогда как среди одиноких женщин таких изменений не наблюдается. В данной возрастной группе не выполняют назначения врача в единичных случаях.

Гендерные различия заключаются в том, что у женщин в отличие от мужчин семейное окружение оказывает определенное влияние на модели поведения в отношении выполнения назначений врача. Поведение женщин в отношении назначений врача зависит от возрастной группы. В возрастной группе 60–74 года чаще соблюдают данные им врачом рекомендации одинокие женщины. Также как и у мужчин у женщин возрастной группы 75 лет и старше удельный вес тщательно выполняющих назначение врача повышается независимо от их семейного окружения, хотя в большей степени он повышается в группе, проживающих совместно с другими членами семьи. Прирост тщательно выполняющих назначения врача в возрастной группе 75 лет и старше наблюдается за счет мужчин и женщин, которые выполняют назначения врача только в некоторых случаях. Абсолютное меньшинство признались, что не выполняют назначения врача.

В качестве уточняющих вопросов по частным аспектам выполнения назначений врача респондентам были заданы вопросы, касающиеся соблюдения рекомендаций по приему лекарственных препаратов и регулярности посещений врача.

В возрастной группе 60–74 года всегда соблюдают назначения врача в отношении приема лекарственных препаратов чаще одинокие мужчины (63 против 52 из 100 опрошенных), а в возрастной группе 75 лет и старше различий в величине удельного веса, соблюдающих рекомендации по приему лекарственных препаратов нет (66 против 70 из 100 опрошенных). Среди женщин старших возрастных групп также как и у мужчин в возрастной группе 60–74 года чаще соблюдают рекомендации врача в отношении приема лекарственных препаратов одинокие

женщины (75 против 62 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше различий не выявлено ($p > 0,05$).

Соблюдают регулярный режим посещений врача в соответствии с данными им рекомендациями также чаще одинокие мужчины в возрастной группе 60–74 года (63 против 52 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$), тогда как в возрастной группе 75 лет и старше различий не было (69 против 68 из 100 опрошенных) ($p > 0,05$). И в данном случае гендерных различий выявлено не было. В возрастной группе 60–74 года чаще выполняли рекомендации по регулярности посещений врача одинокие женщины (76 против 58 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше различий не было (75 против 79 из 100 опрошенных) ($p > 0,05$).

Таким образом, более высокая степень комплаентности наблюдается у одиноких представителей старшей возрастной группы и это явление не имеет гендерных различий. Одинокие мужчины и женщины чаще выполняют назначения врача в целом, и в частности, в отношении приема лекарственных препаратов и регулярности посещений врача. Однако это справедливо только для возрастной группы 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше таких различий выявлено не было.

5.4 Зависимость частоты курения и употребления алкоголя населением старших возрастных групп от семейного окружения

Семейное окружение может влиять на распространенность и приверженность представителей старших возрастных групп к антигигиеническим привычкам, таким как курение и употребление алкоголя. Существующее представление о роли семейного окружения в отношении данных привычек, которые конечно не определяют всего спектра антигигиенического поведения, но могут рассматриваться как его маркеры, заключается в том, что наличие семейного окружения будет способствовать снижению распространенности этих явлений. Однако доказательных данных подтверждающих или опровергающих данный тезис в отношении старших возрастных групп в доступной литературе не встречалось.

В таблице 5.5 представлены характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением.

Таблица 5.5 – Характеристики распространенности курения среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота курения	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовал курить	36 ± 3,4	50 ± 5,9	< 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	11 ± 1,9	8 ± 3,2	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	24 ± 3,0	20 ± 5,3	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	8 ± 1,5	13 ± 4,2	> 0,05
Курю систематически	18 ± 2,6	5 ± 2,4	< 0,05
Не ответили	3 ± 1,2	4 ± 2,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовал курить	46 ± 4,1	28 ± 4,6	< 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	12 ± 2,3	8 ± 2,3	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	25 ± 3,5	39 ± 5,0	< 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	10 ± 2,0	6 ± 2,0	> 0,05
Курю систематически	4 ± 1,1	12 ± 3,1	< 0,05
Не ответили	3 ± 0,9	7 ± 2,1	> 0,05

Одиноким мужчинам в возрастной группе 60–74 года достоверно чаще никогда не пробовали курить (50 против 36 из 100 опрошенных), а систематически курящих достоверно больше среди мужчин, совместно проживающих с другими членами семьи (18 против 5 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Всего курят систематически или время от времени 26 из 100 опрошенных мужчин, проживающих с другими членами семьи и 18 из 100 опрошенных одиноких мужчин ($p < 0,05$). Всего курили (в настоящем и прошлом) также чаще мужчины совместно проживающие с другими членами семьи (61 против 46 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$).

В возрастной группе 75 лет и старше систематическое курение, наоборот, чаще встречается среди одиноких мужчин (4 против 12 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$), однако если учитывать не только систематическое курения, а удельный вес курящих в целом, то различий между сравниваемыми подгруппами не выявляется (14 против 18 из 100 опрошенных) ($p > 0,05$). Соответственно нет разницы между величинами удельного веса не курящих мужчин.

В таблице 5.6 представлены характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением.

В отношении женщин в возрастной группе 60–74 года, в отличие от мужчин, наличие семейного окружения не влияет на частоту распространенности курения (12 против 9 из 100 опрошенных) ($p > 0,05$). Всего курили (в настоящем и прошлом) одинаково часто женщины как совместно проживающие с другими членами семьи, так и одинокие (29 против 33 из 100 опрошенных) ($p > 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше несколько чаще одинокие женщины никогда не пробовали курить (83 против 76 из 100 опрошенных), однако частота курения в этой возрастной группе женщин была настолько мала, что не позволяло сделать доказательные выводы.

Следовательно, гипотеза о том, что совместное проживание с другими членами семьи снижает вероятность курения не находит подтверждения, как у мужчин, так и среди женщин старших возрастных групп. Если у мужчин в возрастной группе 60–74 года наблюдается обратная ситуация, а в возрастной группе 75 лет и старше достоверных различий не регистрируется, то в отношении женщин влия-

ния семейного окружения на распространенность курения не было выявлено ни в одной из возрастных групп.

Таблица 5.6 – Характеристики распространенности курения среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота курения	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Никогда не пробовал курить	68 ± 2,8	63 ± 4,5	> 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	9 ± 1,3	11 ± 2,5	> 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	8 ± 1,2	13 ± 2,9	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	5 ± 0,8	1 ± 0,3	< 0,05
Курю систематически	7 ± 1,0	8 ± 2,1	> 0,05
Не ответили	3 ± 0,5	4 ± 1,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Никогда не пробовал курить	76 ± 3,1	83 ± 2,8	< 0,05
Однажды пробовал (в настоящее время не курю)	10 ± 1,3	6 ± 1,7	< 0,05
Курил, но бросил (в настоящее время не курю)	5 ± 0,9	4 ± 1,5	> 0,05
Курю «время от времени» (не систематически)	1 ± 0,4	2 ± 0,9	> 0,05
Курю систематически	1 ± 0,4	2 ± 0,9	> 0,05
Не ответили	7 ± 1,2	3 ± 1,1	> 0,05

Кроме распространенности курения большое значение имеет еще интенсивность курения и возраст начала курения. Так, одинокие мужчины в возрасте 60–74 года начинали курить в среднем на 5,7 лет раньше, чем мужчины, проживающие совместно с другими членами семьи (19,0 лет против 24,7 лет), однако интенсивность курения была выше в группе одиноких мужчин (13,7 против 11,0 сигарет в день) ($p > 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше у мужчин и во всех возрастных группах женщин распространенность курения была очень мала и проводить оценку ее интенсивности не имело смысла.

Употребление алкоголя является второй яркой характеристикой антигигиенического поведения. В процессе анкетирования выяснялся как сам факт употребления алкогольных напитков, так и частота его принятия, а также крепость напитков и объем чистого спирта, употребляемого за один прием.

Характеристики распространенности употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением представлены в таблице 5.7.

Таблица 5.7 – Характеристики распространенности употребления алкоголя среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	$4 \pm 0,9$	$3 \pm 1,5$	$> 0,05$
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	$14 \pm 2,3$	$8 \pm 3,2$	$> 0,05$
Редко (2-3 раза в месяц)	$33 \pm 3,4$	$25 \pm 5,8$	$> 0,05$
Иногда (2-3 раза в год)	$20 \pm 2,8$	$20 \pm 5,3$	$> 0,05$
Не употребляю	$28 \pm 3,2$	$43 \pm 6,8$	$< 0,05$
Не ответили	$1 \pm 0,4$	$1 \pm 0,5$	$< 0,05$

Окончание таблицы 5.7

Частота употребления алкоголя	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	$2 \pm 0,5$	$5 \pm 1,6$	$> 0,05$
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	$3 \pm 0,8$	$5 \pm 1,6$	$> 0,05$
Редко (2-3 раза в месяц)	$23 \pm 3,3$	$17 \pm 3,7$	$> 0,05$
Иногда (2-3 раза в год)	$18 \pm 2,9$	$25 \pm 4,3$	$> 0,05$
Не употребляю	$51 \pm 4,1$	$45 \pm 5,2$	$> 0,05$
Не ответили	$3 \pm 0,8$	$3 \pm 1,2$	$> 0,05$

Достоверно чаще в возрастной группе 60–74 года не употребляют алкогольные напитки одинокие мужчины (43 против 28 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Ежедневный характер употребления алкогольных напитков редко встречается среди мужчин старших возрастных групп, а наиболее распространенным характером употребления является редкое (2–3 раза в месяц) употребление. Такой характер употребления алкогольных напитков, а также регулярное употребление (чаще 1 раза в неделю) более характерно для мужчин, совместно проживающих с другими членами семьи (47 против 33 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше характеристики распространенности употребления алкоголя не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Половина опрошенных мужчин данной возрастной группы не употребляли алкогольных напитков [26].

Из данных, представленных на рисунке 5.1, следует, что мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи, в возрасте 60–74 года чаще употребляют крепкие алкогольные напитки (крепость 40 % и выше), тогда как одинокие мужчины более предпочитают слабоалкогольные напитки (условно пиво). Напитки со средним уровнем содержания этилового спирта (7–40 %) одинаково часто употребляются мужчинами этой возрастной группы независимо от семейного окружения ($p > 0,05$).

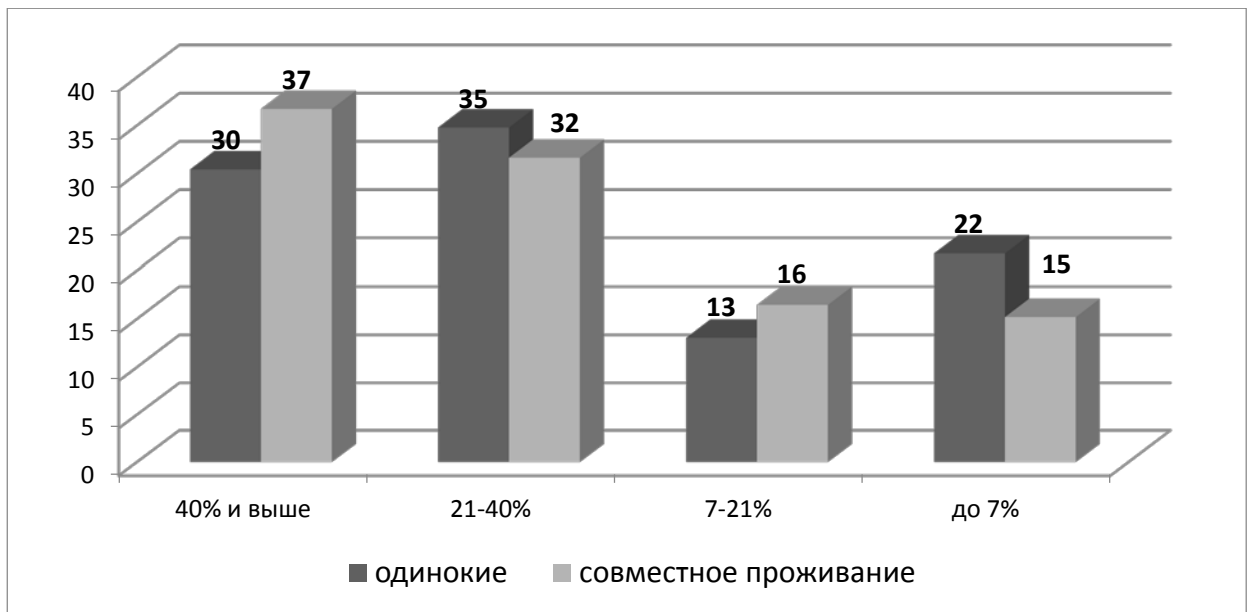


Рисунок 5.1 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим семейным окружением)

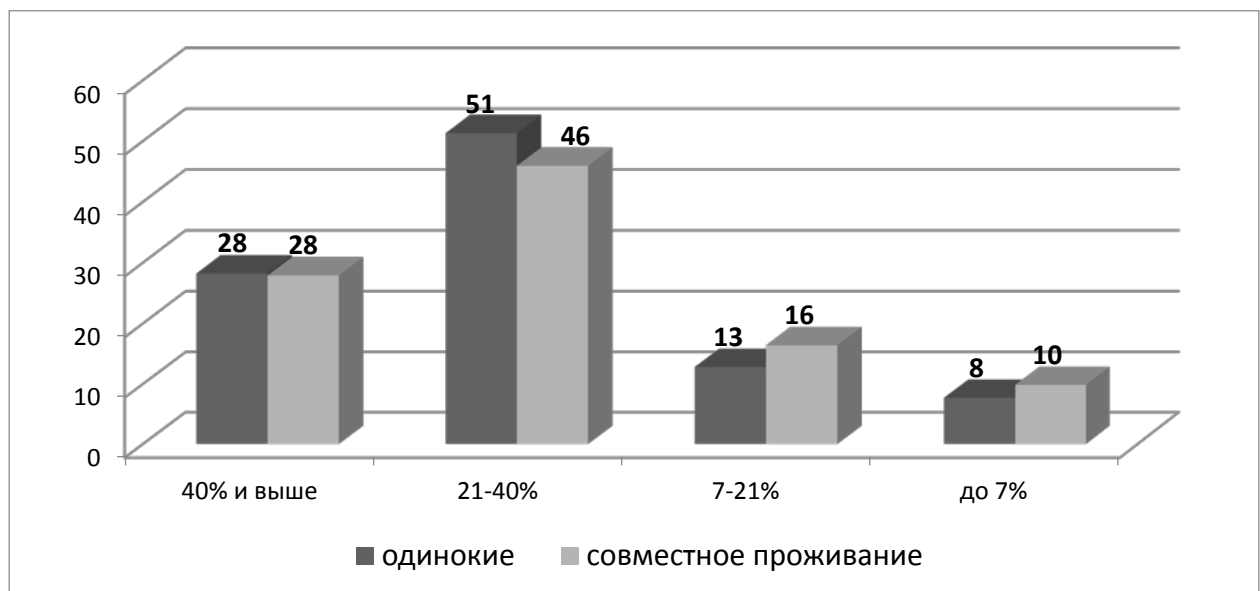


Рисунок 5.2 – Удельный вес мужчин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 75 лет и старше с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин возрастной группы 75 лет и старше, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим семейным окружением)

В возрастной группе 75 лет и старше характеристики семейного окружения не оказывали влияния на крепость алкогольных напитков. Общей тенденцией было снижение содержания этилового спирта в употребляемых напитках, а также снижение популярности слабоалкогольных напитков (условно пиво).

Анализ доз принимаемого алкоголя (в пересчете на чистый спирт) (таблица 5.8) показал, что одинокие мужчины в возрасте 60–74 года употребляли меньшие дозы алкоголя, тогда как мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи, склонялись к употреблению более высоких доз алкоголя. В возрастной группе 75 лет и старше явно выраженной тенденции, описанной выше, не было. Различия наблюдались только в отношении дозы 50–100 г за один прием (125–250 мл водки). Достоверно чаще такую дозу алкоголя употребляли мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи [26].

Таблица 5.8 – Доза алкоголя (в пересчете на чистый спирт) принимаемая за один раз среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Доза алкоголя, принимаемая за один раз	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Менее 20 г	14 ± 2,2	22 ± 4,1	> 0,05
Более 20, но менее 50 г	23 ± 2,9	35 ± 4,9	< 0,05
Более 50, но менее 100 г	39 ± 3,6	7 ± 2,5	< 0,05
Более 100, но менее 200 г	17 ± 2,5	26 ± 3,9	< 0,05
Более 200 г	1 ± 0,5	0	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Менее 20 г	5,7 ± 1,2	7,7 ± 2,3	> 0,05
Более 20, но менее 50 г	37,1 ± 3,9	42,3 ± 5,0	> 0,05
Более 50, но менее 100 г	40,0 ± 3,8	25,0 ± 4,0	< 0,05
Более 100, но менее 200 г	17,1 ± 2,8	21,2 ± 3,8	> 0,05
Более 200 г	0	3,8 ± 1,7	

Таким образом, как и в случае с курением, гипотеза о том, что совместное проживание с другими членами семьи снижает распространенность употребления алкогольных напитков, его крепость и дозу алкоголя в пересчете на чистый спирт у мужчин старших возрастных групп не находит подтверждения. Основные различия наблюдались в возрастной группе 60–74 года. Одиноким мужчинам достоверно чаще не употребляют алкогольные напитки (43 против 28 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Регулярное (чаще 1 раза в неделю) и редкое (2–3 раза в месяц) употребления алкогольных напитков более характерно для мужчин, совместно проживающих с другими членами семьи (47 против 33 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$), которые чаще употребляют крепкие алкогольные напитки (крепость 40 % и выше), тогда как одинокие мужчины более предпочитают слабоалкогольные напитки (условно пиво). Анализ доз принимаемого алкоголя (в пересчете на чистый спирт) подтверждает сделанные заключения, так как одинокие мужчины в возрасте 60–74 года употребляли меньшие дозы алкоголя.

Характеристики распространенности употребления алкоголя среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением представлены в таблице 5.9.

Также как и у мужчин, достоверно чаще в возрастной группе 60–74 года не употребляют алкогольные напитки одинокие женщины (54 против 36 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Ежедневный характер употребления алкогольных напитков крайне редко встречается среди женщин старших возрастных групп, а наиболее распространенным характером употребления является эпизодическое (2–3 раза в год) употребление. Такой характер употребления алкогольных напитков более характерен для женщин, совместно проживающих с другими членами семьи (34 против 24 из 100 опрошенных). Более частое употребление алкогольных напитков (2–3 раза в месяц) также характерно для женщин, совместно проживающих с другими членами семьи (22 против 13 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше характеристики распространенности употребления алкоголя у женщин, также как и у мужчин, не имели достоверных различий. Более поло-

вины опрошенных мужчин данной возрастной группы не употребляли алкогольных напитков [26].

Таблица 5.9 – Характеристики распространенности употребления алкоголя среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Частота употребления алкоголя	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Употребляю почти ежедневно	0	1 ± 0,6	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	4 ± 1,1	8 ± 2,1	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	22 ± 2,9	13 ± 2,9	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	34 ± 3,4	24 ± 3,9	< 0,05
Не употребляю	36 ± 3,4	54 ± 4,7	< 0,05
Не ответили	4 ± 1,0	0	
Возрастная группа 75 лет и старше			
Употребляю почти ежедневно	1 ± 0,6	1 ± 0,5	> 0,05
Регулярно (чаще 1 раза в неделю)	2 ± 1,0	1 ± 0,5	> 0,05
Редко (2–3 раза в месяц)	6 ± 1,8	6 ± 1,7	> 0,05
Иногда (2–3 раза в год)	21 ± 3,0	17 ± 2,7	> 0,05
Не употребляю	67 ± 3,5	71 ± 3,3	> 0,05
Не ответили	3 ± 1,2	4 ± 1,5	> 0,05

Из данных, представленных на рисунке 5.3, следует, что женщины, совместно проживающие с другими членами семьи, в возрасте 60–74 года чаще употребляют более крепкие алкогольные напитки (крепость 21 % и выше), тогда как одинокие женщины более предпочитают алкогольные напитки с крепостью 7–21 % (условно вино). Слабоалкогольные напитки с содержанием этилового

спирта до 7 % одинаково часто употребляются женщинами этой возрастной группы независимо от семейного окружения. Крепкие алкогольные напитки редко употребляются женщинами старших возрастных групп, и частота их употребления не зависит от семейного окружения.

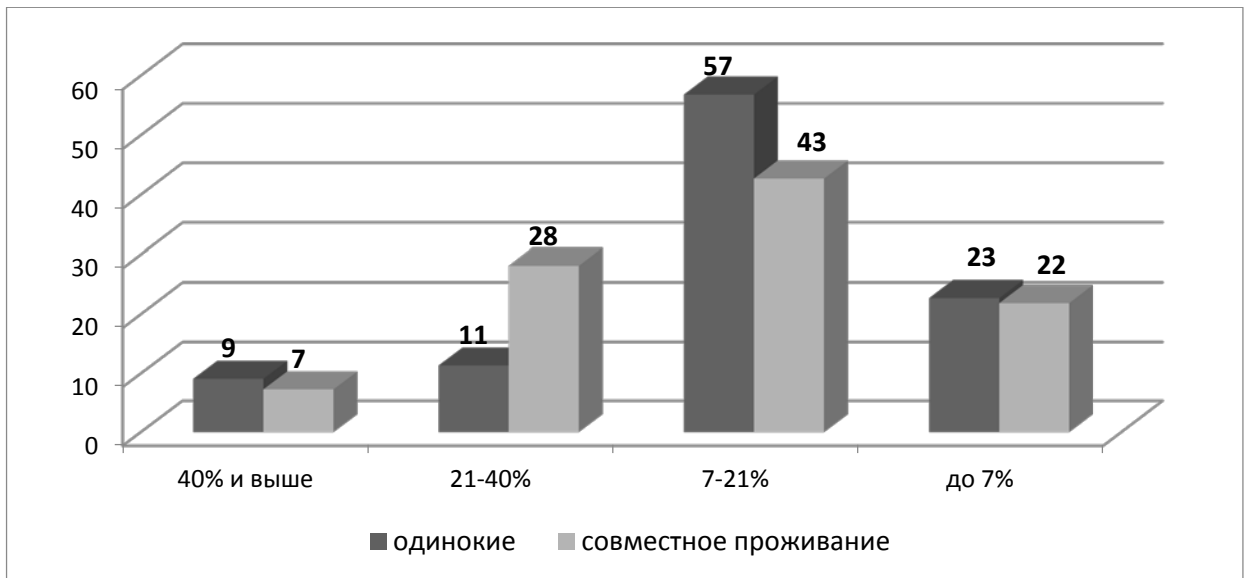


Рисунок 5.3 – Удельный вес женщин, употребляющих алкогольные напитки с разным содержанием этилового спирта в возрастной группе 60–74 года с различным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин возрастной группы 60–74 года, употребляющих алкогольные напитки с соответствующим семейным окружением)

В связи с редкостью употребления алкогольных напитков женщинами в возрастной группе 75 лет и старше анализ содержания этилового спирта в употребляемых напитках в отношении них не исследовался.

Анализ доз принимаемого алкоголя (в пересчете на чистый спирт) показал, что одинокие женщины в возрасте 60–74 года чаще употребляли меньшие дозы алкоголя, тогда как женщины, совместно проживающие с другими членами семьи, склонялись к употреблению более высоких доз алкоголя. Различия наблюдались только в отношении дозы 100–200 г за один прием. Достоверно чаще такую дозу алкоголя употребляли женщины, совместно проживающие с другими членами семьи [26].

Таблица 5.10 – Доза алкоголя (в пересчете на чистый спирт) принимаемая за один раз среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Доза алкоголя, принимаемая за один раз	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Менее 20 г	22 ± 2,2	36 ± 4,1	< 0,05
Более 20, но менее 50 г	27 ± 2,9	25 ± 4,9	> 0,05
Более 50, но менее 100 г	22 ± 3,6	21 ± 2,5	> 0,05
Более 100, но менее 200 г	18 ± 2,5	5 ± 3,9	< 0,05
Более 200 г	0	0	

Таким образом, как и в случае с курением, гипотеза о том, что совместное проживание с другими членами семьи снижает распространенность употребления алкогольных напитков, его крепость и дозу алкоголя в пересчете на чистый спирт у женщин старших возрастных групп, также как и у мужчин, не находит подтверждения. Различия наблюдались в возрастной группе 60–74 года. Одинокие женщины достоверно чаще не употребляют алкогольные напитки (54 против 36 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Наиболее распространенным характером употребления является эпизодическое (2–3 раза в год) употребление особенно для женщин, совместно проживающими с другими членами семьи (34 против 24 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$), также как и более частое употребление алкогольных напитков (2–3 раза в месяц) (22 против 13 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). Более крепкие алкогольные напитки (крепость 21 % и выше) чаще употребляют женщины, совместно проживающие с другими членами семьи, тогда как одинокие женщины более предпочитают алкогольные напитки с крепостью 7–21 % (условно вино). В возрастной группе 75 лет и старше характеристики распространенности употребления алкоголя у женщин, также как и у мужчин, не имели достоверных различий ($p > 0,05$). Анализ доз принимаемого алкоголя (в пересчете на чистый

спирт) подтверждает сделанные заключения, так как одинокие женщины в возрасте 60–74 года употребляли меньшие дозы алкоголя [26].

5.5 Влияние семейного окружения на частоту гигиенических привычек у населения старших возрастных групп

Наряду с антигигиеническими привычками, анализ распространения которых представлен выше, большое значение в оценке медицинской активности имеет распространение гигиенических привычек. В настоящем исследовании в качестве гигиенических привычек рассматривали соблюдение распорядка дня, выполнение утренней зарядки, закаливание и приверженность к активному отдыху. Распространенность указанных привычек может свидетельствовать на ответственное и заинтересованное отношение человека к своему поведению.

В таблице 5.11 представлены результаты исследования отношении к соблюдению распорядка дня среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением.

Частота выполнения распорядка дня практически во всех случаях, за исключением болезни и иных непреодолимых жизненных обстоятельств не зависела от семейного окружения. В возрастной группе 60–74 года треть опрошенных мужчин старались соблюдать распорядок дня. В возрастной группе 75 лет и старше распространенность этого явления несколько снижается и в большей степени среди мужчин, совместно проживающих с другими членами семьи. Пытались придерживаться распорядка дня, но не всегда получалось чаще у мужчин, совместно проживающих с другими членами семьи (40 против 30 из 100 опрошенных) в возрастной группе 60–74 года ($p < 0,05$).

Следовательно, достоверных зависимостей между желанием и стремлением соблюдать распорядок дня у мужчин старших возрастных групп и семейного окружения не было ($p > 0,05$). Несколько чаще старались придерживаться распорядка дня мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи в воз-

растной группе 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше никаких различий выявлено не было.

Таблица 5.11 – Отношение к соблюдению распорядка дня среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Соблюдение распорядка дня	Совместное проживание с другими членами семьи	Одиноким	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Стараюсь его соблюдать	$30 \pm 4,3$	$30 \pm 7,2$	$> 0,05$
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	$40 \pm 3,6$	$30 \pm 5,2$	$< 0,05$
Не соблюдаю	$28 \pm 4,2$	$38 \pm 7,7$	$> 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Стараюсь его соблюдать	$26 \pm 4,5$	$32 \pm 5,8$	$> 0,05$
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	$46 \pm 5,1$	$46 \pm 6,2$	$> 0,05$
Не соблюдаю	$24 \pm 4,4$	$19 \pm 4,8$	$> 0,05$

В таблице 5.12 представлены результаты исследования отношения к соблюдению распорядка дня среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением.

Одиноким женщины в возрастной группе 60–74 года несколько чаще выполняли распорядок дня практически во всех случаях, за исключением болезни и иных непреодолимых жизненных обстоятельств (37 против 29 из 100 опрошенных). В возрастной группе 75 лет и старше таких различий не наблюдалось. Эти различия были обусловлены разницей в числе женщин, которые старались придерживаться распорядка дня, но у них не всегда получалось это делать. В данном

случае подразумевались только субъективные препятствия, так как объективные сложности в выполнении распорядка дня учитывались в первом варианте ответа.

Таблица 5.12 – Отношение к соблюдению распорядка дня среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Соблюдение распорядка дня	Совместное проживание с другими членами семьи	Одиноким	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Стараюсь его соблюдать	29 ± 3,7	37 ± 5,5	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	46 ± 4,1	37 ± 5,5	> 0,05
Не соблюдаю	25 ± 3,5	26 ± 5,1	> 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Стараюсь его соблюдать	39 ± 3,7	36 ± 3,5	> 0,05
Пытаюсь придерживаться, но не всегда получается	46 ± 3,8	47 ± 3,7	> 0,05
Не соблюдаю	14 ± 2,6	16 ± 2,7	> 0,05

Следовательно, у женщин, также как и у мужчин, достоверных зависимостей между желанием и стремлением соблюдать распорядок дня и семейного окружения не было ($p > 0,05$). Гендерные различия заключались в том, что если старались придерживаться распорядка дня мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи, то для женщин наблюдалось обратное соотношение. Указанное справедливо для возрастной группы 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше никаких различий выявлено не было.

При исследовании частоты выполнения утренней зарядки предусматривалось выполнение физических упражнений независимо от их интенсивности и

продолжительности в любое время дня. Термин «утренняя зарядка» использован как условный.

В таблице 5.13 представлены данные об отношении к выполнению утренней гимнастики среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением.

Таблица 5.13 – Отношение к выполнению утренней гимнастики среди мужчин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных мужчин в каждой возрастной группе)

Выполнение утренней гимнастики	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, для меня это необходимость	9 ± 1,6	15 ± 5,6	> 0,05
Иногда делаю	47 ± 3,7	28 ± 4,1	< 0,05
Не делаю	41 ± 3,6	55 ± 4,9	< 0,05
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, для меня это необходимость	7 ± 2,7	11 ± 3,8	< 0,05
Иногда делаю	47 ± 5,1	48 ± 6,2	> 0,05
Не делаю	43 ± 5,0	40 ± 6,1	> 0,05

Необходимость в выполнении физических упражнений испытывают меньшинство опрошенных мужчин старших возрастных групп. В возрастной группе 60–74 года достоверно чаще выполняют физические упражнения «время от времени» мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи (47 против 28 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$), а отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие мужчины (55 против 41 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). В возрастной группе 75 лет и старше достоверных различий в частоте выполнения физических упражнений в зависимости от семейного окружения не

выявлено ($p > 0,05$). Однако у одиноких мужчин наблюдается повышение удельного веса тех, кто в более старшей возрастной группе (75 лет и старше) начинает выполнять физические упражнения, тогда как в группе мужчин, которые совместно проживают с другими членами семьи, такого не наблюдается.

В таблице 5.14 представлены данные об отношении к выполнению утренней гимнастики среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением.

Таблица 5.14 – Отношение к выполнению утренней гимнастики среди женщин старших возрастных групп с различным семейным окружением (на 100 опрошенных женщин в каждой возрастной группе)

Выполнение утренней гимнастики	Совместное проживание с другими членами семьи	Одинокие	Достоверность различий
Возрастная группа 60–74 года			
Да, для меня это необходимость	$12 \pm 2,6$	$8 \pm 3,1$	$> 0,05$
Иногда делаю	$42 \pm 3,9$	$42 \pm 5,4$	$> 0,05$
Не делаю	$45 \pm 4,0$	$50 \pm 5,7$	$> 0,05$
Возрастная группа 75 лет и старше			
Да, для меня это необходимость	$9 \pm 2,1$	$11 \pm 2,3$	$> 0,05$
Иногда делаю	$41 \pm 3,7$	$31 \pm 3,4$	$< 0,05$
Не делаю	$48 \pm 3,8$	$55 \pm 3,6$	$> 0,05$

У женщин в возрастной группе 60–74 года зависимости степени приверженности от семейного окружения выявлено не было. В возрастной группе 75 лет и старше достоверно чаще выполняют физические упражнения «время от времени» женщины, совместно проживающие с другими членами семьи (41 против 31 из 100 опрошенных), а отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие женщины (55 против 48 из 100 опрошенных).

Следовательно, ярко выраженных зависимостей между семейным окружением и отношением к выполнению физических упражнений (утренней зарядки) у представителей старших возрастных групп выявлено не было. Можно отметить наличие гендерной разницы, так как чаще выполняют физические упражнения «время от времени» мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи (47 против 28 из 100 опрошенных), отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие мужчины (55 против 41 из 100 опрошенных), а у женщин чаще выполняют физические упражнения «время от времени» женщины, совместно проживающие с другими членами семьи (41 против 31 из 100 опрошенных), отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие женщины (55 против 48 из 100 опрошенных).

Приверженность к таким экстремальным проявлениям здорового образа жизни в отношении представителей старших возрастных групп как закаливающие процедуры (контрастный душ, обливания холодной водой, «моржевание») мало распространена среди опрошенных респондентов. В возрастной группе 60–74 года регулярное использование закаливающих процедур одинаково часто распространено в обеих группах (13 и 11 из 100 опрошенных). Несколько чаще периодическое использование таких процедур практикуют мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи (30 против 20 из 100 опрошенных), однако в возрастной группе 75 лет и старше только в группе одиноких мужчин есть стойкие приверженцы таких процедур, тогда как в группе мужчин, совместно проживающие с другими членами семьи они отсутствовали (9 против 0 из 100 опрошенных) ($p < 0,05$). У женщин старших возрастных групп различий в приверженности к закаливающим процедурам в зависимости от семейного окружения выявлено не было ($p > 0,05$).

Резюме по главе 5

В качестве субъекта, который должен нести первостепенную ответственность за здоровье человека в возрасте старше 60 лет, мужчины чаще, чем женщины называют государство, тогда как система здравоохранения одинаково популярна у мужчин и у

женщин. Однако наиболее часто в качестве такого субъекта называется сам человек в качестве ответственного за свое здоровье. Совместное проживание с другими членами семьи сочетается с более ответственным отношением к своему здоровью и меньшим градиентом снижения уровня распространенности этого явления при увеличении возраста у мужчин во всех возрастных группах, а у женщин только в возрастной группе 60–74 года.

Семейное окружение не оказывает значимого влияния на модели поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью. Также отсутствуют и гендерные различия в отношении удельного веса мужчин и женщин, придерживающихся различных моделей поведения при обращении за медицинской помощью. Более высокая степень комплаентности наблюдается у одиноких представителей старшей возрастной группы и это явление не имеет гендерных различий. Одинокие мужчины и женщины чаще выполняют назначения врача в целом и в частности, в отношении приема лекарственных препаратов и регулярности посещений врача.

Гипотеза о том, что совместное проживание с другими членами семьи снижает распространенность курения и употребления алкогольных напитков, его крепость и дозу алкоголя в пересчете на чистый спирт у женщин старших возрастных групп, также как и у мужчин, не находит подтверждения.

Достоверных зависимостей между желанием и стремлением соблюдать распорядок дня и выполнять физические упражнения (утренняя гимнастика) у представителей старших возрастных групп обоего пола и семейного окружения выявлено не было, однако чаще выполняют физические упражнения «время от времени» мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи, отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие мужчины, а у женщин чаще выполняют физические упражнения «время от времени» женщины, совместно проживающие с другими членами семьи, а отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие женщины.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Управление общественным здоровьем невозможно без знаний механизмов воздействия на него многочисленных биологических и социальных феноменов. Существующая в настоящее время теоретическая концепция формирования здоровья определяет наличие факторов, которые воздействуют на человека и способствуют как снижению, так и повышению потенциала здоровья. В настоящее время описаны в той или иной степени детальности около ста различных воздействий, большинство из которых связано с образом жизни человека [204]. Именно человек, самостоятельно определяя для себя приоритеты, формируя определенный образ жизни, во многом способствует сохранению и укреплению собственного здоровья. Отдельные факторы оказывают влияние не только на вероятность развития патологии, но и на выраженность и степень влияния других факторов риска. Такие факторы стали рассматривать в качестве детерминант здоровья, которые воздействуют не напрямую, а опосредованно через другие факторы риска. С учетом комплексного влияния их значимость существенно больше, чем классических факторов риска, и они имеют «определяющее значение в вопросах формирования здоровья больших групп населения». Детерминанты здоровья имеют, как правило, либо социальный, либо экономический характер.

Медицинская активность может рассматриваться как потенциальный фактор, так как значимость медицинского обслуживания и эффективность деятельности системы здравоохранения для представителей старших возрастных групп имеет большое значение, намного большее, чем для более молодых групп населения, которые еще не отягощены таким грузом хронических болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Достаточно много публикаций посвящено социальным детерминантам здоровья и их влиянию на заболеваемость, интенсивность потребления медицинской помощи и самооценку здоровья. Однако, вопросы влияния социальных детерминант на медицинскую активность населения старших возрастных групп остаются мало изученной проблемой, что и определило актуальность настоящего исследования.

Исследование социальных детерминант медицинской активности населения старших возрастных групп проведено в период 2017–2021 годов по этапной схеме в соответствии с целью и задачами настоящего исследования. Целью исследования стало научное обоснование влияния социальных детерминант на характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп. Для достижения поставленной цели были последовательно решены пять задач.

В качестве объекта исследования выступали социальные детерминанты медицинской активности населения старших возрастных групп. Под медицинской активностью понимали наиболее характерные для конкретных условий формы активности лиц, отдельных групп населения в области охраны, улучшения индивидуального и общественного здоровья.

Предмет исследования – характеристики медицинской активности населения старших возрастных групп. В настоящем исследовании анализу подвергались следующие характеристики медицинской активности: ответственное отношение к собственному здоровью, модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью, степень комплаентности в части выполнения назначений и рекомендаций врача, распространённость антигигиенических привычек (курение и употребление алкоголя) и гигиенических привычек (соблюдение распорядка дня, выполнение утренней зарядки, закаливание).

Единица наблюдения – мужчина и женщина в возрасте 60 лет и старше. Данные получены путем анонимного анкетирования по доработанной автором анкете «Исследование социальных детерминант здоровья» (см. приложение). В работе использованы социологический метод (анкетирование) при получении первичного материала и статистический метод при его обработке (расчет и сравнение достоверности различий относительных показателей). В работе применялись общепринятые статистические методы определения средних величин, среднеквадратического отклонения, дисперсий. С учетом отклонения от нормального характера распределения исследуемой случайной величины, достоверность различий определяли с использованием непараметрического критерия χ^2 . Достоверными считали различия с вероятностью отрицания «нулевой гипотезы» на уровне

95 %. Полученные значения функций сравнивались со стандартными табличными значениями для двустороннего распределения. Оценку зависимостей проводили с использованием корреляционного анализа по стандартной методике (расчет коэффициента корреляции, определение направления и отличие от нуля, оценка по шкале Чеддока).

В качестве знаменателя при расчете показателей использовали величину 100 (на 100 мужчин и женщин в каждой сравниваемой группе соответствующего возраста), так как количество наблюдений не превышало 1000. Использованный объем выборки превышал необходимый для исследования повышенной точности, что позволяет рассматривать использованную выборку в качестве репрезентативной генеральной совокупности. Было сформировано по две возрастные группы у мужчин и женщин (60–74 года и 75 лет и старше), что соответствовало принятому в ВОЗ распределению по возрастным группам.

Исследованные детерминанты здоровья имеют сильное влияние на поведение, и информация об особенностях такого влияния имеет большое значение в теоретическом обосновании мероприятий по улучшению общественного здоровья.

В ходе проведения исследования были получены следующие данные.

Ответственное отношение к своему здоровью можно рассматривать как основу для проведения мероприятий государственного и местного характера по снижению степени воздействия факторов риска. При высоком уровне ответственности самого человека он критично относится к своему поведению и выбирает те модели поведения, которые способствуют уменьшению факторной нагрузки на здоровье.

Показано, что уровень образования определенным образом влияет на распространенность ответственного отношения к своему здоровью населения старших возрастных групп. Независимо от гендерной принадлежности высокий уровень образования сочетается с большим удельным весом опрошенных считающих себя ответственными за свое здоровье, но частота такого мнения уменьшается с возрастом и в возрастной группе 75 лет и старше указанные различия отсутствуют. Указанное снижение частоты ответственного отношения к своему здоровью

наблюдается в первую очередь у тех, кто имеет стандартную структуру жизненных приоритетов, тогда как среди представителей старших возрастных групп с нестандартной структурой жизненных приоритетов удельный вес при увеличении возраста остается неизменным. Снижение удельного веса мужчин и женщин в возрасте 75 лет и старше возлагающих на себя первостепенную ответственность за свое здоровье происходит за счет увеличения значимости системы здравоохранения. Совместное проживание с другими членами семьи сочетается с более ответственным отношением к своему здоровью и меньшим градиентом снижения уровня распространенности этого явления при увеличении возраста.

Большое значение имеют модели поведения, связанные с обращением за медицинской помощью. Так как решение об обращении в медицинскую организацию принимает, как правило, сам пациент, то его представление по этому поводу имеет критическое значение. Наиболее распространенной формой поведения независимо от гендерной принадлежности был реактивный тип, когда обращение за медицинской помощью было следствием возникновения проблем со здоровьем. Такая форма поведения чаще наблюдалась у пациентов с низким уровнем образования и стандартной структурой жизненных приоритетов. Активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью у мужчин более свойственна лицам с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возрастной группы и гендерной принадлежности. С увеличением возраста возрастает распространенность активной модели поведения за счет снижения распространенности реактивной и в большей степени пассивной модели поведения. Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет большую распространенность реактивной модели поведения у мужчин и пассивной модели поведения у женщин, тогда как низкий статус определяет более высокую степень распространенности активной модели поведения, а семейное окружение не оказывает значимого влияния на модели поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью.

Степень комплаентности не зависит от уровня образования, кроме как у мужчин в возрастной группе 75 лет и старше, когда высокий уровень образования

сочетается с более высоким уровнем комплаентности. Женщины, также как и мужчины, старших возрастных групп со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще выполняют назначения врача тщательно и в полном объеме, но среди также них больше и тех, кто отказываются выполнять назначения врача. Следует отметить высокий удельный вес, как мужчин, так и женщин, независимо от структуры жизненных приоритетов, которые выполняют только некоторые назначения врача в соответствии с их представлениями об их необходимости и важности. Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет более ответственный тип поведения и более высокий уровень комплаенса у мужчин и женщин в возрастной группе 60–74 года. Статус жизненного приоритета «здоровье» также влияет на поведение населения старших возрастных групп в части выполнения рекомендаций врача по поводу приема лекарственных препаратов. Более высокая степень комплаентности наблюдается у одиноких представителей старшей возрастной группы и это явление не имеет гендерных различий. Одиноким мужчины и женщины чаще выполняют назначения врача в целом, и в частности в отношении приема лекарственных препаратов и регулярности посещений врача. Однако это справедливо только для возрастной группы 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше таких различий выявлено не было.

Курение и употребление алкогольных напитков является яркой формой антигигиенического поведения. Социальные детерминанты, по существующим представлениям, должны оказывать влияние на распространенность данного явления. Однако, достоверных различий в сравниваемых группах (различный уровень образования) у мужчин и у женщин ни по одному из показателей, характеризующих отношение к курению, достигнуто не было. Следует обратить внимание на то, что мужчины с высоким уровнем образования реже пробовали курить и чаще бросали эту привычку, тогда как у женщин таких закономерностей выявлено не было. Среди лиц с более низким уровнем образования больше тех, кто курит не постоянно и именно их можно рассматривать как резерв снижения распространенности курения среди населения старших возрастных групп. Интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) была выше среди мужчин с

высоким уровнем образования. Среди женщин такая закономерность наблюдалась только в старшей возрастной группе, тогда как в возрастной группе 60–74 года наблюдалась обратная ситуация.

Стандартная структура жизненных приоритетов и высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин сочетается с более частым систематическим курением, но только в возрастной группе 60–74 года, а также более частым отказом от курения в возрастной группе 75 лет и старше. У женщин старших возрастных групп зависимости между структурой жизненных приоритетов и статусом жизненного приоритета «здоровье» и распространенностью курения выявлено не было, однако интенсивность курения была выше среди женщин со стандартной структурой жизненных приоритетов и низким статусом жизненного приоритета «здоровье». Низкий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет более высокую интенсивность курения и более ранний отказ от курения (среди бросивших курить). Гипотеза о том, что совместное проживание с другими членами семьи снижает вероятность курения не находит подтверждения, как у мужчин, так и среди женщин старших возрастных групп.

Несмотря на достаточно низкую распространённость частого употребления алкоголя среди старших возрастных групп, мужчины с высоким уровнем образования чаще употребляют его в ежедневном и регулярном режиме. Только четверть опрошенных мужчин с высоким уровнем образования совсем не употребляет алкогольные напитки, тогда как среди мужчин с более низким уровнем образования таких мужчин треть из числа опрошенных. В возрастной группе 75 лет и старше описанные закономерности сохраняются: треть опрошенных мужчин с высоким уровнем образования употребляет алкогольные напитки чаще одного раза в неделю, тогда как среди мужчин с более низким уровнем образования таких только менее четверти.

Женщины также как и мужчины с высоким уровнем образования имеют большее пристрастие к регулярному употреблению алкогольных напитков с высоким содержанием этилового спирта, но только в возрастной группе 60–74 года. Однако, среди женщин с высоким уровнем образования высокий удельный вес

тех, кто не употребляет алкогольные напитки, что свидетельствует о неоднородности исследуемой группы. Различий в величине дозы алкоголя (в пересчете на чистый спирт) принимаемой за один раз среди женщин старших возрастных групп с различным уровнем образования выявлено не было.

Структура жизненных приоритетов не оказывали влияния на частоту ежедневного и регулярного употребления алкоголя у мужчин, хотя чаще отказывались от употребления алкогольных напитков мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов. Описанное было характерно для возрастной группы 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше частота употребления алкогольных напитков не зависела от структуры жизненных приоритетов.

Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» у мужчин сочетался с большим интересом к употреблению слабоалкогольных напитков (условно пиво) в возрастной группе 60–74 года и повышению интереса к употреблению алкогольных напитков крепостью 21–40 % с увеличением возраста за счет снижения их интереса к слабоалкогольным напиткам.

Женщины старших возрастных групп с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» более склонны к частому употреблению алкогольных напитков с высоким содержанием этилового спирта, однако они уменьшают частоту потребления крепких алкогольных напитков с увеличением возраста.

Гендерные различия заключаются в том, что у мужчин с увеличением возраста высокий статус жизненного приоритета «здоровье» сочетался с большим интересом к употреблению алкогольных напитков крепостью 21–40 %, чего у женщин не наблюдалось. В качестве общего правила следует отметить сочетание низкого статуса жизненного приоритета «здоровье» и более частого употребления алкогольных напитков в ежедневном и регулярном режимах.

Гипотеза о том, что совместное проживание с другими членами семьи снижает распространенность употребления алкогольных напитков, его крепость и дозу алкоголя в пересчете на чистый спирт у мужчин старших возрастных групп не нашла подтверждения. Одинокие мужчины достоверно чаще не употребляют алкогольные напитки (43 против 28 из 100 опрошенных). Регулярное (чаще 1 раза в

неделю) и редкое (2–3 раза в месяц) употребления алкогольных напитков более характерно для мужчин, совместно проживающих с другими членами семьи (47 против 33 из 100 опрошенных), которые чаще употребляют крепкие алкогольные напитки (крепость 40 % и выше). Анализ доз принимаемого алкоголя (в пересчете на чистый спирт) подтверждает сделанные заключения, так как одинокие мужчины в возрасте 60–74 года употребляли меньшие дозы алкоголя.

Анализ распространенности гигиенических привычек: соблюдение распорядка дня, выполнение физических упражнений (утренней зарядки) и закаливающих процедур показал, что треть опрошенных женщин и мужчин старших возрастных групп стараются соблюдать распорядок дня независимо от уровня образования. Независимо от половой принадлежности, лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли утреннюю гимнастику и закаливающие процедуры на постоянной основе, а удельный вес не выполняющих ее наиболее высок среди мужчин и женщин с более низким уровнем образования.

Мужчины со стандартной структурой жизненных приоритетов чаще соблюдают распорядок дня и реже его не соблюдают. В возрастной группе 75 лет и старше удельный вес соблюдающих распорядок дня снижается, но наиболее сильно среди мужчин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье». Среди женщин с низким статусом жизненного приоритета «здоровье» при увеличении возраста удельный вес соблюдающих распорядок дня повышается за счет тех, кто старается соблюдать распорядок дня, но это у него не получается. Среди женщин с высоким статусом жизненного приоритета «здоровье» наблюдается снижение удельного веса женщин, не соблюдающих распорядок дня.

Чаще делают физическую гимнастику (хотя бы иногда) мужчины с нестандартной структурой жизненных приоритетов и низким статусом жизненного приоритета «здоровье», но только в возрастной группе 60–74 года, тогда как в возрастной группе 75 лет и старше структура жизненных приоритетов не оказывала никакого влияния на отношение к выполнению утренней (физической) гимнастики. В отношении женщин наблюдается обратная ситуация высокий статус жиз-

ненного приоритета «здоровье» чаще сочетается с постоянным или периодическим выполнением физической гимнастики.

Ярко выраженных зависимостей между семейным окружением и отношением к выполнению физических упражнений (утренней зарядки) у представителей старших возрастных групп выявлено не было. Несколько чаще выполняют физические упражнения «время от времени» мужчины, совместно проживающие с другими членами семьи, отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие мужчины, а у женщин чаще выполняют физические упражнения «время от времени» женщины, совместно проживающие с другими членами семьи, тогда как отказываются от выполнения физических упражнений чаще одинокие женщины.

Полученные данные позволяют сделать заключение о наличии более сложных, чем представлялось ранее, взаимодействий и взаимовлияний между социальными детерминантами здоровья и медицинской активностью населения старших возрастных групп. В связи с этим простые и односложные решения по продвижению профилактическим программ, принципов «здорового образа жизни» не могут дать ожидаемых результатов, что и наблюдается на практике. Только дифференцированный подход, основанные на системном анализе возможностей, угроз, сильных и слабых сторон, с учетом социальных детерминант, возрастнополовых характеристик населения, а также индивидуального подхода, позволяет надеяться на получение результата при реализации программ улучшения общественного здоровья.

ВЫВОДЫ

1. Высокий уровень образования представителей старших возрастных групп независимо от гендерной принадлежности определяет более ответственное отношение к собственному здоровью и способствует изменению поведения в сторону большей распространенности активного стиля поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью. Интенсивность курения (количество выкуриваемых сигарет в день) и частота употребления алкоголя в ежедневном и регулярном режиме выше среди мужчин с высоким уровнем образования. Лица с низким уровнем образования возлагают большую ответственность на государство и чаще выбирают реактивный тип поведения, когда обращение за медицинской помощью наступает после появления проблем со здоровьем. Среди лиц с более низким уровнем образования больше тех, кто курит не постоянно, а треть совсем не употребляет алкогольные напитки. Независимо от половой принадлежности, лица старшей возрастной группы с высоким уровнем образования достоверно чаще выполняли утреннюю гимнастику и закаливающие процедуры на постоянной основе.

2. У представителей старших возрастных групп, имеющих стандартную структуру жизненных приоритетов, с увеличением возраста удельный вес занимающих ответственную позицию в отношении собственного здоровья снижается и превалирует реактивная модель поведения в отношении обращений за медицинской помощью, они чаще относятся к назначениям врача с большим вниманием и тщательно их выполняют. Стандартность структуры жизненных приоритетов сочетается у мужчин с более частым систематическим курением, но только в возрастной группе 60–74 года, а также более частым отказом от курения в возрастной группе 75 лет и старше. Активная модель поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью более свойственна лицам с нестандартной структурой жизненных приоритетов независимо от возрастной группы и гендерной принадлежности, а также для них характерно выборочное выполнение назначения врача, но более редкий отказ от их выполнения. Структура жизненных при-

оритетов не оказывает сильного влияния на частоту выполнения закаливающих процедур независимо от гендерной принадлежности.

3. Высокий статус жизненного приоритета «здоровье» определяет большую распространенность реактивной модели поведения у мужчин и пассивной модели поведения у женщин и сочетается с большим интересом к употреблению слабоалкогольных напитков (условно пиво). Низкий статус определяет более высокую степень распространенности активной модели поведения, определяет более высокую интенсивность курения и более ранний отказ от курения (среди бросивших курить) и сочетается с более частым употреблением алкогольных напитков с высоким содержанием этилового спирта в ежедневном и регулярном режимах, однако определяет более частое выполнение закаливающих процедур, как на регулярной, так и на периодической основе.

4. Семейное окружение не оказывает значимого влияния на модели поведения в отношении поводов обращения за медицинской помощью. Совместное проживание с другими членами семьи сочетается с более ответственным отношением к своему здоровью, однако не снижает распространенность курения и употребления алкогольных напитков, его крепость и дозу алкоголя в пересчете на чистый спирт. Одинокие мужчины и женщины чаще выполняют назначения врача в целом и в частности, в отношении приема лекарственных препаратов и регулярности посещений врача.

РЕКОМЕНДАЦИИ

При организации системы охраны здоровья населению старших возрастных групп:

- Учитывать в программах мониторинга состояния здоровья населения старших возрастных групп данные о социальных детерминантах здоровья (уровня образования, структуры и иерархии жизненных приоритетов, семейного окружения).
- При планировании комплекса мероприятий по повышению медицинской активности населения старших возрастных групп следует учитывать влияние социальных детерминант здоровья, таких как уровень образования, структуры и иерархии жизненных приоритетов, особенности семейного окружения.
- Учитывать наличие гендерных и возрастных различий в силе и направлении влияния социальных детерминант медицинской активности при планировании и проведении комплекса профилактических мероприятий, направленных на улучшение здоровья населения старших возрастных групп.
- Проводить целенаправленную работу по информированию населения в части предоставления дополнительной информации о необходимости и важности соблюдения назначений врача.
- Использовать данные о социальных детерминантах медицинской активности при стимулировании здоровьесберегающих форм поведения населения старших возрастных групп.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.Ю. Медицинская активность и удовлетворение потребности населения в медицинской помощи / А.Ю. Абрамов, Д.И. Кича, О.В. Рукодайнй // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 5. – С. 266–270.
2. Агарков, Н.М. Информативность поведенческих факторов и медицинской активности родителей в развитии бронхиальной астмы у недоношенных детей / Н.М. Агарков, А.В. Пошибайлова // Профилактическая и клиническая медицина. – 2019. – № 2 (71). – С. 9–14.
3. Александрова, И.Э. Медицинская активность семьи современного школьника / И.Э. Александрова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2010. – № 3. – С. 104.
4. Алиева, Л.А. Самооценка здоровья и образ жизни работников промышленных предприятий / Л.А. Алиева // Профилактическая медицина. – 2010. – № 1. – С. 29.
5. Альбицкий, В.Ю. Роль института охраны материнства и младенчества в становлении государственной системы охраны здоровья детей России / В.Ю. Альбицкий, С.А. Шер, Л.А. Закирова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – № S1. – С. 15–17.
6. Андриянова, Е.А. Социальные параметры профессионального пространства медицины: автореф. дис. ... д-ра социол. наук: 14.00.52 / Андриянова Елена Андреевна. – Волгоград, 2006. – 39 с.
7. Андриянова, Е.А. Факторы формирования социальных стереотипов городского населения в отношении амбулаторно-поликлинической помощи / Е.А. Андриянова, Ю.А. Позднова // Известия Саратовского университета. Новая серия. Серия: Социология. Политология. – 2012. – Т. 12. – № 1. – С. 40–45.

8. Арстангалиева, З.Ж. Детерминанты здорового образа жизни людей пожилого возраста / З.Ж. Арстангалиева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 11. – С. 1309.

9. Арстангалиева, З.Ж. Факторы риска здоровья пожилого населения Саратовской области / З.Ж. Арстангалиева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. – № 3. – С. 650.

10. Артеменко, Н.А. Социально-медицинская активность пациентов как критерий эффективности деятельности врачей первичной медико-санитарной помощи / Н.А. Артеменко // Электронный сборник научных трудов «Здоровье и образование в XXI веке». – 2009. – Т. 11. – № 3. – С. 148–149.

11. Артериальная гипертензия среди лиц 25–64 лет: распространенность, осведомленность, лечение и контроль. По материалам исследования ЭССЕ / С.А. Бойцов [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – № 13(4). – С. 4–14.

12. Балашова, Е.Ю. Культурно-исторические детерминанты старения: прошлое и настоящее / Е.Ю. Балашова // Психологические исследования: электронный научный журнал. – 2017. – Т. 10. – № 54. – С. 3.

13. Баринаова, Ж.В. Здоровье лиц пожилого возраста / Ж.В. Баринаова, Л.И. Брылякова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 4. – С. 5–10.

14. Басова, В.М. Формирование социальной компетентности сельских школьников: автореф. дис. ... д-ра пед. Наук: 13.00.01 / Басова Валентина Марковна. – Ярославль, 2004.

15. Батукаева, М.М. Роль медицинской активности в улучшении состояния здоровья больных после инсульта и основные направления реабилитационной и профилактической работы / М.М. Батукаева // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – № 22-2 (141). – С. 142–144.

16. Белевский, А.С. Исследование качества жизни больных бронхиальной астмой в России / А.С. Белевский // Болезни органов дыхания. – 2004. – № 1. – С. 24–29.

17. Бойко, Ю.П. Образ жизни и здоровье пожилых людей / Ю.П. Бойко, О.В. Добридень, А.Ю. Бойко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 6. – С. 18–19.

18. Бойцов, С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний / С.А. Бойцов // Терапевтический архив. – 2016. – № 88 (1). – С. 4–10.

19. Валитов, И.О. Формирование экологической и медицинской активности как предпосылок самоопределения здоровья и здорового образа жизни людей / И.О. Валитов // Вестник Башкирского университета. – 2016. – Т. 21. – № 3. – С. 803–808.

20. Васенина, И.В. Медицинская активность населения: социологический анализ / И.В. Васенина // Материалы XX международной научно-практической конференции теоретические и методологические проблемы современных наук. – Новосибирск: Центр содействия развитию научных исследований, 2017. – С. 20–27.

21. Ваюева, В.В. Образ жизни и медицинская активность детей в возрасте от трех до шести лет, больных сахарным диабетом (по данным социологических опросов родителей) / В.В. Ваюева, М.В. Малых // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2020. – № 3 (40). – С. 70–83.

22. Виленский, М.Я. Методологический анализ общего и особенного в понятиях «здоровый образ жизни» и «здоровый стиль жизни»: вопросы теории / М.Я. Виленский, С.О. Авчинникова // Теория и практика физической культуры. – 2004. – № 11. – С. 2–7.

23. Влияние семейного окружения на заболеваемость в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов [и др.] // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – Вып. 3. – С. 113–120.

24. Влияние семейного окружения на интенсивность потребления медицинской помощи в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов [и др.] // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – Вып. 3. – С. 121–128.

25. Влияние семейного окружения на распространенность ответственного отношения к своему здоровью женщин старших возрастных групп / О.И. Полозков [и др.] // XXIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 4–7 апреля 2022 г. Сборник тезисов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 2S. – С. 61–62.

26. Влияние семейного окружения на частоту употребления алкогольных напитков населением старших возрастных групп / С.Н. Черкасов [и др.] // XXIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 4–7 апреля 2022 г. Сборник тезисов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 2S. – С. 61.

27. Влияние статуса жизненного приоритета «здоровье» на частоту курения населения старших возрастных групп / В.Н. Авсаджанишвили [и др.] // XXIX Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» 4–7 апреля 2022 г. Сборник тезисов. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2022. – Т. 21. – № 2S. – С. 62.

28. Влияние уровня образования женщин репродуктивного возраста на степень комплаентности / С.Н. Черкасов [и др.] // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 1-2. – С. 50–55.

29. Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп / С.Н. Черкасов [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23. – № 7. – С. 31–37.

30. Влияние уровня образования на степень комплаентности населения старших возрастных групп / С.Н. Черкасов [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23. – № 7. – С. 55–61.

31. Волошина, Л.Н. Развитие здоровьесберегающего образовательного пространства дошкольных учреждений: методология, теория, практика : дис. ... д-ра пед. наук: 13.00.04 / Волошина Людмила Николаевна. – Екатеринбург, 2006. – 434 с.

32. Воронина, О.М. Специфика медицинской активности городского населения в современных российских условиях / О.М. Воронина // Медицинский дис-

курс: вопросы теории и практики: Материалы 6-й Всероссийской научно-практической и образовательной конференции с международным участием; под общ. ред. Е.В. Виноградовой. – Тверь, 2018. – С. 116–121.

33. Вялков, А.И. Актуальные проблемы укрепления общественного здоровья и управления профилактической деятельностью в системе здравоохранения / А.И. Вялков // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 5. – С. 5–16.

34. Вялых, Н.А. Социальные детерминанты современной медицинской активности населения (на примере г. Ростова-на-Дону) / Н.А. Вялых // Гуманитарий Юга России. – 2015. – № 2. – С. 46–56.

35. Галова, Е.А. Информированность и медицинская активность медицинских работников по вопросам HCV/HBV-профилактики и диспансерного наблюдения за А-HCV/HBSAG-позитивными пациентами / Е.А. Галова, Ю.Н. Филиппов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – Т. 62. – № 1. – С. 4–12.

36. Гарипов, Р.К. Медико-социальные аспекты состояния здоровья и организации медицинской помощи сельскому населению в условиях реформирования здравоохранения: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Гарипов Руслан Камилевич. – Оренбург, 2012. – 25 с.

37. Герасимова, М.А. Медицинская активность пациентов терапевтических отделений больничных медицинских организаций Архангельской области / М.А. Герасимова // Бюллетень Северного государственного медицинского университета. – 2016. – № 1 (36). – С. 256–257.

38. Герасимова, О.Ю. Особенности медицинской активности граждан в период болезни / О.Ю. Герасимова, Л.Н. Семченко // Евразийский союз ученых. – 2016. – № 2-2 (23). – С. 40–42.

39. Герасимова, О.Ю. Психологическое здоровье и семейные факторы риска / О.Ю. Герасимова // Экономика, социология, социальная работа: Вестник Челябинского ун-та. – 2000. – № 1. – С. 148–149.

40. Гильмутдинова, Л.В. Гигиеническая грамотность и медицинская активность семьи как основа профилактики стоматологических заболеваний у детей

с врожденной челюстно-лицевой патологией / Л.В. Гильмутдинова, Е.В. Николаева // Врач-аспирант. – 2012. – Т. 55. – № 6.1. – С. 227–231.

41. Говязина, Т.Н. Оценка основных поведенческих рисков в отношении здоровья студентов медицинского университета / Т.Н. Говязина, Ю.А. Уточкин // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 84–90.

42. Гордиенко, В.П. Медико-социологическая оценка образа жизни и некоторых показателей онкологической помощи населению Амурской области / В.П. Гордиенко, А.А. Вахненко // Социальные аспекты здоровья населения: электронный журнал. – 2012. – № 4.

43. Государственная поликлиника и самолечение – наш ответ болезням [Электронный ресурс] // Всероссийский центр изучения общественного мнения. – Режим доступа: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113438>

44. Грицань, И.И. Медицинская и реабилитационная активность семей, воспитывающих ребенка с патологией опорно-двигательного аппарата / И.И. Грицань // Актуальные проблемы сестринского дела: образование, наука и практика. Материалы международной научно-практической конференции, посвященной 20-летию факультета и кафедры высшего сестринского образования и менеджмента ЮУГМУ. – 2016. – С. 31–35.

45. Гурьянов, М.С. Самооценка здоровья и медицинская активность работников здравоохранения / М.С. Гурьянов, И.А. Камаев, Л.Н. Коптева // Альманах современной науки и образования. – 2008. – № 11. – С. 55–56.

46. Гурьянова, И.В. Социально-психологические аспекты здоровья людей пожилого возраста / И.В. Гурьянова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2014. – № 27. – С. 94–99.

47. Дашиева, Б.А. Пользовательская культура сельских родителей и эффективность реабилитации сельских подростков / Б.А. Дашиева, С.В. Тюлюпо // Комплексные исследования человека: психология. материалы VII сибирского психологического форума. – Томск, 2017. – С. 61–65.

48. Деларю, В.В. Комплаентность: клинический, социологический и психологический подходы к ее оценке / В.В. Деларю, Е.Г. Вершинин // Вестник вол-

гоградского государственного медицинского университета. – 2015. – Т. 3, № 55. – С. 100–102.

49. Демуров, Т.М. К вопросу об обеспечении социальной доступности медицинской помощи населению / Т.М. Демуров, Т.И. Расторгуева // Бюллетень национального научноисследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2005. – № 2. – С. 101–104.

50. Детерминанты общественного здоровья в социальном контексте / И.Л. Кром [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2017. – Т. 13. – № 2. – С. 292–295.

51. Дианов, С.В. Алгоритм нечеткого вывода для моделирования медицинской активности населения территории / С.В. Дианов, А.Н. Швецов, Д.С. Дианов // Вестник Вологодского государственного университета. Серия: Технические науки. – 2021. – № 3 (13). – С. 20–23.

52. Доброхлеб, В.Г. Ресурсный потенциал пожилого населения России / В.Г. Доброхлеб // Социологические исследования. – 2008. – № 8. – С. 55–61.

53. Дубинина, Е.А. Психологические предикторы приверженности медицинским рекомендациям в постгоспитальный период у женщин с острыми формами ишемической болезни сердца [Электронный ресурс] / Е.А. Дубинина, Л.А. Сорокин, Д.А. Шевцова // Медицинская психология в России: электрон. науч. журн. – 2014. – № 3 (26). – Режим доступа: <http://mprj.ru>.

54. Дымова, И.А. Медицинская активность семьи, ее значение в управлении здоровьем детей первого года жизни / И.А. Дымова, А.А. Кароян // Вестник ИжГТУ имени М.Т. Калашникова. – 2017. – Т. 20. – № 1. – С. 121–124.

55. Дымова, И.А. Организационно-образовательная программа по формированию и развитию медицинской активности семьи / И.А. Дымова, А.А. Кароян // Пермский медицинский журнал. – 2019. – Т. 36. – № 3. – С. 51–60.

56. Егиазарян, К.А. Анализ детерминант, определяющих уровень травматизма среди взрослого населения в разрезе Федеральных округов / К.А. Егиазарян, С.Н. Черкасов, Л.Ж. Аттаева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2017. – № 1-2. – С. 46–50.

57. Егиазарян, К.А. Анализ социально-экономических детерминант, определяющих уровень травматизма среди взрослого населения в субъектах Российской Федерации / К.А. Егиазарян, С.Н. Черкасов, Л.Ж. Агтаева // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2017. – № 1. – С. 7–13.

58. Епифанова, А.К. Поведенческие факторы риска нарушения здоровья беременных женщин и их оптимизация в условиях женской консультации / А.К. Епифанова, М.Ю. Сурмач // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2018. – Т. 16. – № 2. – С. 165–169.

59. Ермакова, М.К. Медицинская активность семей и факторы риска формирования атопического дерматита у детей, проживающих в разных условиях / М.К. Ермакова, А.В. Попова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2019. – № 3. – С. 12–16.

60. Есис, Е.Л. Образ жизни как медико-социальный фактор состояния здоровья / Е.Л. Есис, И.А. Наумов // Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. – 2015. – № 5. – С. 52–62.

61. Жизненные ценности, определяющие медицинскую активность и ценностные ориентации матерей при уходе за их новорожденными детьми / А.А. Чаусов [и др.] // Система ценностей современного общества. – 2016. – № 50. – С. 213–218.

62. Жильцова, Е.Е. Социально-гигиенические аспекты состояния здоровья и медицинская активность женщин репродуктивного возраста / Е.Е. Жильцова, А.В. Бреусов // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. – 2013. – № 10 (247). – С. 13–15.

63. Журавлева, И.В. Здоровье подростков: социологический анализ / И.В. Журавлева. – М.: Институт социологии РАН, 2002. – 240 с.

64. Загрутдинова, А.Г. Особенности медицинской активности молодежи Республики Татарстан / А.Г. Загрутдинова // Вестник экономики, права и социологии. – 2013. – № 2. – С. 203–205.

65. Здоровый образ жизни и основные его составляющие / И.И. Стороженко [и др.] // Известия Российской Военно-медицинской академии. – 2019. – Т. 38. – № S3. – С. 196–200.

66. Здоровье и здоровый образ жизни и основные его составляющие / И.И. Стороженко [и др.] // Физическая культура и спорт, в студенческой среде: сборник статей Межвузовской научно-практической конференции. – 2020. – С. 188–192.

67. Здоровье, здоровый образ жизни и качество медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Самарской области / М.Л. Сиротко [и др.] // Российский семейный врач. – 2010. – Т. 14. – № 3. – С. 23–25.

68. Землянская, М.А. Образ жизни и медицинская активность беременных (по данным социологических опросов родильниц перинатального центра Хабаровского края) / М.А. Землянская // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2020. – № 3 (40). – С. 45–58.

69. Зудин, А.Б. Тренды в развитии глобального здравоохранения / А.Б. Зудин, В.О. Щепин // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. – № 5. – С. 32–40.

70. Зуев, В.И. Организация медицинской помощи на селе: социологический анализ / В.И. Зуев, Н.Г. Чевтаева, О.А. Шипиловская // Научный вестник уральской академии государственной службы: политология, экономика, социология, право. – 2009. – № 9. – С. 99–105.

71. Кабочкин, А.А. Течение беременности и родов с учетом медицинской активности и диспансерного наблюдения женщин / А.А. Кабочкин // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2014. – Т. 22. – № 3. – С. 93–97.

72. Кавешников, В.С. Отношение к своему здоровью, его параметры и самооценка среди участников профилактической акции / В.С. Кавешников, И.А. Серебрякова, И.А. Трубачева // Сибирский медицинский журнал. – 2014. – № 29. – С. 115–122.

73. Калачикова, О.Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона / О.Н. Калачикова, П.С. Корчагина // Проблемы развития территорий. – 2012. – № 5. – С. 72–82.

74. Камаев, Ю.О. Влияние семейного окружения на частоту острых заболеваний в старших возрастных групп / Ю.О. Камаев, С.Н. Черкасов // Человек и лекарство : сборник материалов XXVII Российского национального конгресса. – М.: ООО «Видокс», 2020. – С. 30.

75. Камаев, Ю.О. Изучение медицинской активности семей детей, родившихся недоношенными / Ю.О. Камаев, С.Н. Черкасов, С.В. Черкасова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – № 5. – С. 36–44.

76. Канева, М.А. Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья Россиян / М.А. Канева // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2016. – № 6 (339). – С. 158–171.

77. Карпенко, О.М. Питание пациентов старших возрастных групп как значимый фактор качества жизни / О.М. Карпенко, И.М. Жамилов // Здоровье населения и среда обитания. – 2012. – № 2. – С. 12–14.

78. Касимов, Р.А. О нормативной модели здорового образа жизни / Р.А. Касимов // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз. – 2015. – № 2 (38). – С. 161–172.

79. Катышева, Г.С. Формирование здорового образа жизни школьников, медицинская активность / Г.С. Катышева, Б.Т. Рахметова // Евразийский союз ученых. – 2021. – № 3-2 (84). – С. 69–71.

80. Келасьев, В.Н. Концепция человека: социальные и субъективные детерминанты здоровья / В.Н. Келасьев, И.Л. Первова, Н.М. Полуэктова // Вестник Санкт-Петербургского университета. Серия 12. Психология. Социология. Педагогика. – 2016. – № 1. – С. 15–26.

81. Кислицына, В.В. Оценка влияния социально-бытовых факторов и образа жизни на состояние здоровья работников промышленного предприятия /

В.В. Кислицына // Совр. научные исследования и инновации. – 2013. – № 9 (29). – С. 35.

82. Кислицына, О.А. Детерминанты здоровья подростков [Электронный ресурс] / О.А. Кислицына // Социальные аспекты здоровья населения. – 2011. – № 3 (19). – Режим доступа: [https:// cyberleninka.ru/article/n/determinanty-zdorovya-podrostkov-v-rossii](https://cyberleninka.ru/article/n/determinanty-zdorovya-podrostkov-v-rossii) [17 January 2017].

83. Кислицына, О.Я. Социально-экономические детерминанты здоровья населения / О.Я. Кислицына // Народонаселение. – 2007. – № 2. – С. 24–37.

84. Кича, Д.И. Медико-социальные характеристики бронхолёгочной дисплазии и её профилактика по информативным признакам и прогностическим моделям / Д.И. Кича, А.В. Пошибайлова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – Т. 17, № 4. – С. 1036–1040.

85. Кича, Д.И. Эффективность профилактики осложнений родов и послеродового периода / Д.И. Кича, О.Е. Коновалов, Н.С. Брынза // Проблемы управления здравоохранением. – 2009. – № 5. – С. 121–126.

86. Коваленко, Д.Л. Сравнительная оценка образа жизни и медицинской активности больных сахарным диабетом с высшим и средним специальным образованием / Д.Л. Коваленко // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2020. – № 3 (40). – С. 58–70.

87. Коган, В.З. Отношение к здоровью и пути его адекватного формирования как проблема общественного здоровья / В.З. Коган // Общественное здоровье и профилактика заболеваний. – 2006. – № 4. – С. 31–34.

88. Кокаева, И.Ю. Развитие регионального образовательного пространства как фактор сохранения и укрепления здоровья младших школьников: дис. ... д-ра пед. Наук: 13.00.01 / Кокаева Ирина Юрьевна. – Владикавказ, 2011.

89. Компоненты качества жизни современных российских школьников / В.Д. Сонькин [и др.] // Новые исследования. – 2008. – Т. 1, № 16 (1). – С. 4–23.

90. Кондракова, Э.В. Стратегия сокращения предотвратимых потерь здоровья населения как целевая функция муниципальных органов управления /

Э.В. Кондракова ; под ред. академика РАМН В.И. Стародубова. – Краснодар: ООО «Кавказская типография», 2009. – 420 с.

91. Коробейников, А.А. Актуальная европейская проблема: внедрение здоровьесберегающей педагогики / А.А. Коробейников. – М., 2009. – 264 с.

92. Королькова, Г.С. Медицинская активность и гигиеническая грамотность членов семей больных артериальной гипертензией / Г.С. Королькова, Е.Ю. Шкатова // Сборник научных трудов по материалам международной научно-практической конференции. – 2010. – Т. 22. – № 4. – С. 15–16.

93. Кузьмина, Ю.В. Здоровье в структуре системы ценностей студенческой молодежи / Ю.В. Кузьмина, Г.В. Залевский // Сибирский психологический журнал. – 2010. – № 38. – С. 20–23.

94. Кулакова, Е.В. Медицинская активность родителей, имеющих детей дошкольного возраста / Е.В. Кулакова, Е.С. Богомолова, Е.В. Назарова // Медицинский альманах. – 2011. – Вып. № 4 (17). – С. 19–21.

95. Кучеренко, В.З. Организационноклинические и социально-правовые аспекты обеспечения права плода и новорожденного на здоровое развитие / В.З. Кучеренко, Т.Н. Каганова, С.В. Черкасова // Проблемы управления здравоохранением. – 2006. – № 4. – С. 57–62.

96. Лактионова, Л.В. Медицинская активность пациентов с хроническими заболеваниями / Л.В. Лактионова // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2012. – № 1 (20). – С. 10–12.

97. Лакунин, К.Ю. Обеспечение медицинской помощи населению сельских муниципальных образований и подходы к планированию в новых социально-экономических условиях: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Константин Юрьевич Лакунин. – М., 2001. – 48 с.

98. Лебедева-Несевря, Н.А. Медицинская активность и состояние здоровья работающих различных отраслей промышленности / Н.А. Лебедева-Несевря, С.С. Соловьев // Медицина труда и промышленная экология. – 2017. – № 6. – С. 48–51.

99. Лисицын, Ю.П. Концепция факторов риска и образа жизни / Ю.П. Лисицын // Здравоохранение РФ. – 1998. – № 4. – С. 49–52.

100. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение / Ю.П. Лисицын. – М., 2010. – 512 с.

101. Лисок, Е.С. Медицинская активность женщин-врачей акушеров-гинекологов репродуктивного возраста / Е.С. Лисок // Сборник материалов конференции студентов и молодых ученых, посвященной 90-летию со дня рождения профессора Борец Валентины Максимовны. – Гродно, 2017. – С. 341–342.

102. Максимова, С.Г. Социальная эксклюзия лиц старших возрастных групп: социально-экономические аспекты / С.Г. Максимова // Вестник Алтайского гос. аграр. ун-та. – 2015. – № 5 (127). – С. 180–184.

103. Максимова, С.Г. Социально-психологические аспекты дезадаптации лиц пожилого возраста и старческого возраста / С.Г. Максимова // Клиническая геронтология. – 2000. – № 5/6. – С. 58–63.

104. Максимова, Т.М. Закономерности формирования самооценок здоровья в различных группах населения. Российская академия медицинских наук / Т.М. Максимова, Н.П. Лушкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 172–178.

105. Максимова, Т.М. Некоторые особенности образа жизни в группах лиц с различными ценностными ориентациями / Т.М. Максимова, В.Б. Белов, А.Г. Роговина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2004. – № 3. – С. 8–11.

106. Максимова, Т.М. Состояние здоровья и качество жизни населения России / Т.М. Максимова, В.Б. Белов, Н.П. Лушкина // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 6. – С. 100–110.

107. Максимова, Т.М. Социальный градиент в формировании здоровья населения / Т.М. Максимова. – М.: ПЕР СЭ, 2005. – 240 с.

108. Малаев, Х.М. Гендерные различия отношения к здоровью и медицинской активности пациентов с дорсопатиями / Х.М. Малаев, О.Е. Коновалов, Е.В. Филатова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – Т. 6. – № 1. – С. 39–52.

109. Мальцев, С.Н. Особенности обращаемости пациентов пенсионного возраста за различными видами медицинской помощи, и нагрузка на соответствующие службы здравоохранения / С.Н. Мальцев // Омский научный вестник. – 2012. – № 1 (108). – С. 104–107.

110. Медико-социальная характеристика и медицинская активность больных нейроаллергодерматозами / Е.Е. Жильцова [и др.] // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2019. – Т. 7. – № 4. – С. 526–532.

111. Медицинская активность матерей и здоровье новорожденных в контексте влияния медико-социальных факторов / М.П. Шувалова [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2017. – № 11. – С. 108–113.

112. Медицинская активность молодых женщин, проживающих в сельской местности / С.А. Абрамова [и др.] // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2014. – Т. 16. – № 1. – С. 9–10.

113. Медицинская информированность, медицинская активность, личностные качества мужчин активного репродуктивного и трудоспособного возраста с учетом признаков преждевременного старения / Т.П. Васильева [и др.] // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2012. – № 4. – С. 32–34.

114. Методические подходы к комплексной оценке состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста / А.А. Модестов [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. – 2001. – № 2 (20). – С. 23–25.

115. Митрофанов, А.Н. Социально-гигиеническая характеристика медицинской активности родителей / А.Н. Митрофанов // Здравоохранение Российской Федерации. – 1990. – № 11. – С. 29–32.

116. Модифицируемые факторы риска и медицинская активность работников локомотивных бригад / Е.А. Жидкова [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 18. – № S1. – С. 70–71.

117. Нагаев, Р.Я. Оценка физической подготовки и образа жизни подростков 15–17 лет / Р.Я. Нагаев, С.Г. Ахмерова, А.Г. Муталов // Профилактическая и клиническая медицина. – 2014. – № 1 (50). – С. 51–55.

118. Назарова, И.Б. Доступность системы здравоохранения (медицинской помощи) и самосохранительная активность граждан / И.Б. Назарова // Социология медицины. – 2006. – № 2. – С. 43–54.

119. Назарова, И.Б. Здоровье занятого населения / И.Б. Назарова. – М.: Макс-пресс, 2007. – 528 с.

120. Нацун, Л.Н. Инвестиции времени в заботу о здоровье: оценка на основе выборочного социологического исследования / Л.Н. Нацун // Журнал социологии и социальной антропологии. – 2020. – Т. 23. – № 5. – С. 74–102.

121. Некоторые аспекты образа жизни и здоровья жителей города Пскова / Г.П. Артюнина [и др.] // Актуальные проблемы психологического здоровья: теория и практика. Материалы международной научно-практической конференции. – 2016. – С. 7–13.

122. Ноздрачева, К.А. Медицинская активность студентов клинических специальностей и востребованные способы ее повышения / К.А. Ноздрачева, А.А. Сибилева, В.И. Тимошилов // Здоровье и здравоохранение в России: сборник статей I научной конференции молодых ученых с международным участием. – Курск, 2017. – С. 5–10.

123. О чём мечтают россияне и жители Ростовской области: сравнительный анализ / Ю.Г. Волков [и др.] // Россия реформирующаяся. Вып. 11: ежегодник / отв. ред. М.К. Горшков. – М., 2012.

124. Омарова, О.А. Изучение медицинской активности населения в условиях муниципальной поликлиники / О.А. Омарова // Инновации в медицине: материалы I Международной научно-практической конференции. – Махачкала, 2019. – С. 158–161.

125. Опыт оценки организации медицинской помощи (по данным социологических опросов) / А.Л. Линденбратен [и др.] // Здравоохранение. – 2008. – № 12. – С. 21–30.

126. Особенности взаимосвязей между психолого-педагогическими и медикосоциальными характеристиками и формированием социального опыта старше-

классников интернатных учреждений / Э.М. Казин [и др.] // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2016. – № 4. – С. 142–51.

127. Оценка влияния физических нагрузок на функциональное состояние женщин 55–70 лет / Б.Д. Юдин [и др.] // Вестник спортивной науки. – 2018. – № 6. – С. 56–60.

128. Паутова, Н.И. Гендерные особенности самооценки здоровья и его восприятия как социокультурной ценности (по данным 21-й волны RLMS-HSE) / Н.И. Паутова, И.С. Паутов // Женщина в российском обществе. – 2015. – № 2 (75). – С. 60–75.

129. Петельский, Ю.В. Роль участковой терапевтической службы в первичной и вторичной профилактике острых нарушений мозгового кровообращения / Ю.В. Петельский, М.Ю. Сурмач // Труды НИИ организации здравоохранения и медицинского менеджмента. – М., 2018. – С. 11–12.

130. Пикалов, С.М. Медицинская активность, как отношение к собственному здоровью / С.М. Пикалов, С.В. Королев, С.А. Канаков // Современное общество: проблемы, идеи, инновации. – 2014. – Т. 2. – № 3. – С. 27–30.

131. Подсвинова, Т.Е. Определение заболеваемости различных категорий населения методом анкетирования / Т.Е. Подсвинова // Менеджер здравоохранения. – 2010. – № 11. – С. 25–30.

132. Подходы к планированию потребности в специализированной стационарной медицинской помощи / С.Н. Черкасов [и др.] // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – Вып. 5. – С. 78–85.

133. Покровская, С.Э. Факторы, формирующие обращаемость за медицинской помощью / С.Э. Покровская // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 3 (25). – С. 2.

134. Половые различия по информированности и отношению к своему здоровью как субъективно-объективный показатель здоровья населения в России/Сибири (программа ВОЗ «MONICA-психосоциальная», НАРИЕЕ) / В.В. Гафаров [и др.] // Терапевтический архив. – 2015. – № 1. – С. 14–26.

135. Полозков, И.М. Признание ответственности женщин за свое здоровье как детерминанта здоровья в старших возрастных группах / И.М. Полозков, С.Н. Черкасов // Человек и лекарство : сборник материалов XXVII Российского национального конгресса. – М.: ООО «Видокс», 2020. – С. 34.

136. Полозков, О.И. Признание ответственности за свое здоровье как детерминанта здоровья в старших возрастных группах / О.И. Полозков, С.Н. Черкасов, Д.О. Мешков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 1. – С. 30–35.

137. Полозков, О.И. Признание ответственности мужчин за свое здоровье как детерминанта здоровья в старших возрастных группах / О.И. Полозков // Человек и лекарство: сборник материалов XXVII Российского национального конгресса. – М.: ООО «Видокс», 2020. – С. 34.

138. Полунина, Н.В. Особенности состояния здоровья детей в Российской Федерации и пути его улучшения / Н.В. Полунина, С.Н. Черкасов // Экология и здоровье человека на Севере Сборник материалов IV-го конгресса с международным участием. ФГАОУ ВПО «Северо-Восточный Федеральный университет имени М.К. Аммосова», Медицинский Институт; Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия); Лига «Женщины Ученые Якутии»; Якутский Научный Центр комплексных медицинских проблем СО РАН, 2013. – С. 485–490.

139. Полунина, Н.В. Роль медицинской активности в улучшении здоровья больных с гнойно-воспалительной патологией лор-органов / Н.В. Полунина, А.И. Крюков, А.А. Волошин // Российский медицинский журнал. – 2014. – Т. 20. – № 1. – С. 4–7.

140. Потешонкова, С.В. Характеристика медицинской активности информативности беременных с хроническими воспалительными заболеваниями почек / С.В. Потешонкова, М.В. Кулигина, Л.В. Карнеева // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2009. – Т. 17. – № 4. – С. 74–79.

141. Разварина, И.Н. Медицинская активность родителей как фактор формирования здоровья детей / И.Н. Разварина, Л.Н. Нацун // Демографический по-

тенциал стран ЕАЭС: сборник статей VIII Уральского демографического форума. Институт экономики Уральского отделения РАН; отв. ред. А.И. Кузьмин. – Екатеринбург : Институт экономики УрО РАН, 2017. – С. 465–470.

142. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в профессиональных группах угольных предприятий / С.А. Максимов [и др.] // Профилактич. мед. – 2011. – Т. 14. – № 3. – С. 46–49.

143. Результаты изучения некоторых аспектов образа жизни молодежи ряда Российских городов / К.Р. Амлаев [и др.] // Кубанский научный медицинский вестник. – 2012. – № 1. – С. 8–11.

144. Репродуктивное здоровье и поведение женщин России / В.Ю. Альбицкий [и др.]. – М., 2001. – 248 с.

145. Решетников, А.В. Здоровье как предмет изучения в социологии медицины: учебное пособие / А.В. Решетников. – М.: ГЕОТАРД-Медиа, 2008. – 60 с.

146. Рогачев, А.А. Результаты оценки состояния здоровья и медицинской активности студентов в динамике / А.А. Рогачев, Т.Е. Фертикова // Системный анализ и управление в биомедицинских системах. – 2018. – Т. 17. – № 2. – С. 456–460.

147. Розенфельд, Л.Г. Медицинская активность населения, проживающего в сельской местности / Л.Г. Розенфельд, М.Г. Москвичева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 2. – С. 8–10.

148. Роль признания ответственности за свое здоровье как социальной детерминанты здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов [и др.] // Медико-фармацевтический журнал Пульс. – 2021. – Т. 23. – № 11. – С. 12–17.

149. Роль умеренной физической активности в пожилом возрасте: медико-социальные аспекты занятий финской ходьбой с палками / Е.Ю. Качан [и др.] // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2013. – № 11 (95). – С. 68–71.

150. Руководство по геронтологии / под ред. академика РАМН В.Н. Шабакина. – М., 2005. – 800 с.

151. Русинова, Н.Л. Предикторы удовлетворенности потребителей услугами первичного здравоохранения / Н.Л. Русинова, Л.В. Панова, О.Н. Бурмыкина // Социология медицины. – 2006. – № 2.

152. Савельева, Ж.В. «Здоровье» и «болезни» россиян как социальные конструкции / Ж.В. Савельева // Власть. – 2009. – № 8. – С. 115–118.

153. Савельева, Ж.В. Медицина и врачи в символической реальности средств массовой коммуникации: социальное конструирование образа российской прессой / Ж.В. Савельева // Биоэтика. – 2011. – № 1. – С. 27–30.

154. Самооценка здоровья семьи в современных условиях / Л.П. Чичерин [и др.] // Бюллетень НИИ им. Н.А. Семашко. – 1997. – Часть 1. – Выпуск «Медико-социальные аспекты здоровья и воспроизводства населения России в 90-е годы». – С. 192–197.

155. Сафаров, Р.Э. Здоровье юношей призывного возраста республики Башкортостан / Р.Э. Сафаров, Л.Р. Мингазова // Медицинский вестник Башкортостана. – 2011. – Т. 6, № 3. – С. 23–25.

156. Сейдуманов, С.Т. Медицинская активность населения в вопросах ведения здорового образа жизни / С.Т. Сейдуманов // Вестник Авиценны. – 2010. – № 3 (44). – С. 114–118.

157. Семина, Т.В. Медицинская активность населения как фактор здоровьесберегающего поведения / Т.В. Семина, Е.А. Чеботарь // Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. Сердечно-сосудистые заболевания. – 2018. – Т. 19. – № S6. – С. 267.

158. Сенаторова, О.В. Отношение к здоровью и профилактике заболеваний как показатель общественного здоровья / О.В. Сенаторова, В.А. Кузнецов, А.С. Труфанов // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2019. – Т. 18. – № 1. – С. 156–160.

159. Смирнова, Т.В. Пожилые люди: стереотипный образ и социальная дистанция / Т.В. Смирнова // Социологические исследования. – 2008. – № 8. – С. 49–55.

160. Смусева, О.Н. Побочные лекарственные реакции при самолечении / О.Н. Смусева, Ю.В. Соловкина // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т. 8, № 1. – С. 35–37.

161. Современные особенности обращаемости населения за медицинской помощью / Т.М. Максимова [и др.] // Бюллетень национального научно-

исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2005. – № 2. – С. 18–21.

162. Современные региональные особенности здоровья населения и здравоохранения России: монография / О.П. Щепин [и др.]. – М., 2007.

163. Сопова, И.Л. Влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на заболеваемость женщин репродуктивного возраста / И.Л. Сопова, С.Н. Черкасов, О.И. Полозков // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2021. – № 3-4. – С. 40–44.

164. Сопова, И.Л. Влияние уровня образования на степень ответственности в отношении собственного здоровья / И.Л. Сопова, С.Н. Черкасов, О.И. Полозков // Прикаспийский вестник медицины и фармации. – 2020. – Том 1. – № 3-4. – С. 21–26.

165. Сорокин, П.А. Человек. Цивилизация / П.А. Сорокин. – М., 1992.

166. Социально-демографическая характеристика и состояние здоровья женщин фертильного возраста Московской области / А.В. Бреусов [и др.] // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – Т. 15. – № 1. – С. 72–77.

167. Сравнительный анализ величины и характера двигательной активности студентов вузов / В.Л. Кондаков [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 2-2. – С. 308.

168. Стародубов, В.И. Тенденции в состоянии здоровья населения и перспективы развития здравоохранения в России / В.И. Стародубов // Актовая речь в ГБОУ РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздравсоцразвития России – М., 2012. – 35 с.

169. Сурмач, М.Ю. Методика изучения социологических аспектов медико-социальной проблемы репродуктивного здоровья молодёжи Беларуси / М.Ю. Сурмач // Социология. – 2006. – № 1. – С. 73–80.

170. Сурмач, М.Ю. Методика оценки медицинской информированности в прекоцептивной подготовке молодёжи / М.Ю. Сурмач // Современные методы диагностики, лечения и профилактики заболеваний: сборник инструктивно-методических документов (офиц. изд.). – Минск: ГУ РНМБ, 2008. – Вып. 9. – Т. 6. – С. 137–149 (рег. № 039-04.08, от 03 октября 2008 г.).

171. Сурмач, М.Ю. Репродуктивное поведение молодежи Беларуси и его детерминация. Часть 2. Планирование беременности в молодом возрасте и влияние поведения женщины на здоровье новорожденного. Медико-гигиеническая грамотность как фактор антириска / М.Ю. Сурмач // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2011. – № 4 (36). – С. 32–35.

172. Суслин, С.А. Социологическая оценка обращаемости сельских жителей за медицинской помощью / С.А. Суслин // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья РАМН. – 2005. – № 1. – С. 120–124.

173. Суханова, Л.П. Современные тенденции репродуктивно-демографического процесса и организации службы родовспоможения в России / Л.П. Суханова, М.С. Складар, Г.Ю. Уткина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 5. – С. 37–42.

174. Сюрин, С.А. Значение поведенческих факторов риска в развитии бронхолегочных заболеваний у работников медно-никелевой промышленности / С.А. Сюрин, А.Н. Никанов, Н.М. Фролова // Мед. труда и пром. экология. – 2013. – № 8. – С. 22–26.

175. Территориальные особенности обращаемости за первичной медико-санитарной помощью / Е.А. Берсенева [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2017. – Т. 10. – № 1. – С. 43–47.

176. Тимошилов, В.И. Медицинская активность как фактор сохранения и укрепления общественного здоровья / В.И. Тимошилов, К.А. Ноздрачева // Научные исследования в области медицины и фармакологии: сборник научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – Саратов, 2017. – С. 34–36.

177. Тимошилов, В.И. Эффективность подготовки медицинских кадров и информационно-образовательные потребности врачей Курской области в вопросах профилактики социально обусловленных заболеваний среди молодёжи / В.И. Тимошилов, Г.А. Сидоров // Курский научно-практический вестник «Человек и его здоровье». – 2014. – № 3. – С. 83–86.

178. Туровская, Е.В. Состояние и перспективы медико-социальных исследований самооценки здоровья пациентами пенсионного возраста / Е.В. Туровская // Астраханский медицинский журнал. – 2012. – № 4 (7). – С. 246–248.

179. Урясьев, О.М. Медицинская активность больных бронхиальной астмой / О.М. Урясьев, О.Е. Коновалов, Д.И. Кича // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. – Т. 21. – № 3. – С. 98–100.

180. Усачев, Н.С. К уточнению понятия «медицинская активность» / Н.С. Усачев // Советское здравоохранение. – 1990. – № 8. – С. 41–45.

181. Усачев, Н.С. Медицинская активность: понятие, структура, содержание / Н.С. Усачев // Проблемы управления здоровьем. – Горький, 1989. – С. 166–171.

182. Факторы образа жизни и медицинская активность пациентов с COVID-19, проходивших лечение в амбулаторных условиях с применением телемедицинских технологий / А.А. Тяжелников [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29. – № S2. – С. 1298–1303.

183. Факторы риска здоровьесбережения российских пенсионеров / З.Ж. Арстангалиева [и др.] // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-5. – С. 896–900.

184. Федяева, А.В. Приверженность к самолечению в старших возрастных группах / А.В. Федяева, С.Н. Черкасов, В.С. Олейникова // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 1. – С. 30–35.

185. Хабриев, Р.У. Государственные гарантии медицинской помощи / Р.У. Хабриев, В.М. Шипова, В.С. Маличенко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 232 с.

186. Хабриев, Р.У. К результатам социологического исследования по оценке доступности и качества медицинской помощи населению / Р.У. Хабриев, И.Ф. Серегина // Здравоохранение РФ. – 2007. – № 1. – С. 3–5.

187. Хабриев, Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбрaten, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – Т. 22. – № 3. – С. 3–5.

188. Хальфин, Р.А. Проблемы медицинской профилактики неинфекционных заболеваний в современных условиях / Р.А. Хальфин, Р.Г. Оганов // Проблемы управления здравоохранением. – 2007. – № 1-2. – С. 26.

189. Хведелидзе, М.Г. Особенности медико-социальной характеристики и медицинской активности стационарных больных дерматологического профиля / М.Г. Хведелидзе // Современные проблемы науки и образования. – 2016. – № 6. – С. 234.

190. Худик, В.А. Социально-личностные детерминанты активности человека в пожилом возрасте / В.А. Худик, И.В. Тельнюк // Академия профессионального образования. – 2016. – № 3 (57). – С. 33–38.

191. Чердниченко, О. Самооценка здоровья студентов медицинского вуза / О. Чердниченко, И. Антонова, А. Чиркова // Молодёжь XXI века: шаг в будущее. материалы XVIII региональной научно-практической конференции. – Благовещенск: Благовещенский государственный педагогический университет, 2017. – С. 906–907.

192. Черкасов, С.Н. Адекватность самооценки здоровья у лиц в возрасте старше 60 лет / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – Вып. 7. – С. 9–13.

193. Черкасов, С.Н. Анализ гендерных особенностей возрастной динамики частоты обращений за медицинской помощью, оказываемой в амбулаторных условиях по поводу причин, связанных с новообразованиями / С.Н. Черкасов, Г.С. Шестаков, А.В. Федяева // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2018. – № 5-6. – С. 49–53.

194. Черкасов, С.Н. Влияние жизненных приоритетов на качество жизни. Связанное со здоровьем, в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Бюллетень НЦСХХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания. – 2018. – № 19 (4). – С. 549–553.

195. Черкасов, С.Н. Влияние жизненных приоритетов на самооценку здоровья у населения старших возрастных групп / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2019. – № 1. – С. 40–43.

196. Черкасов, С.Н. Влияние образования на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, Г.С. Шестаков, И.Д. Киртадзе // Проблемы стандартизации в здравоохранении. 2018. – № 9-10. – С. 57–60.

197. Черкасов, С.Н. Влияние семейного окружения как социальной детерминанты здоровья на состояние здоровья в различных возрастно-половых группах / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Евразийское Научное Объединение. – 2018. – Т. 2. – № 3 (37). – С. 116–118.

198. Черкасов, С.Н. Влияние уровня образования как социальной детерминанты здоровья на распространенность здоровьесберегающих форм поведения / С.Н. Черкасов, И.Л. Сопова, О.И. Полозков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2021. – № 2. – С. 100–107.

199. Черкасов, С.Н. Влияние уровня образования на самооценку здоровья женщин репродуктивного возраста / С.Н. Черкасов, И.Л. Сопова // Вестник Северо-Восточного федерального университета им. М.К. Аммосова. – 2020. – № 4 (21). – С. 67–71.

200. Черкасов, С.Н. Влияние уровня образования на самооценку здоровья в различных возрастно-половых группах / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе // Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2017. – Вып. 7. – С. 74–78.

201. Черкасов, С.Н. Влияние факта признания ответственности за свое здоровье на самооценку здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, А.В. Федяева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 4. – С. 34–39.

202. Черкасов, С.Н. Пути оптимизации модели амбулаторного мониторинга беременных женщин в условиях крупного города: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / Черкасов Сергей Николаевич. – Казань, 2002.

203. Черкасов, С.Н. Семейное окружение как социальная детерминанта здоровья в старших возрастных группах / С.Н. Черкасов, И.Д. Киртадзе, Ю.О. Камаев

// Бюллетень НИИ Общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – Вып. 1. – С. 106–111.

204. Черкасов, С.Н. Удельный вес расходов на продукты питания в структуре расходов населения старшего возраста. Гендерные и возрастные различия / С.Н. Черкасов, Ю.О. Камаев, О.И. Полозков // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2020. – № 1. – С. 46–51.

205. Чернова, Н.С. Медицинская активность больных, роль медицинских работников и семьи в реабилитации / Н.С. Чернова, Н.В. Будникова // Медико-биологические, клинические и социальные вопросы здоровья и патологии человека: материалы III Всероссийской образовательно-научной конференции студентов и молодых ученых с международным участием в рамках XIII областного фестиваля «Молодые ученые – развитию Ивановской области». – Иваново, 2017. – С. 154–155.

206. Чернышева, М.Л. Факторы, влияющие на медицинскую активность семей при заболевании детей от 1 года до 14 лет / М.Л. Чернышева // Вестник Тамбовского университета. Серия: Естественные и технические науки. – 2015. – Т. 20. – № 1. – С. 169–172.

207. Чернышкова, Е.В. Активный образ жизни в пожилом возрасте: медико-социальные стратегии, риски, практики / Е.В. Чернышкова, Е.А. Андриянова. – Саратов: ИЦ «Наука», 2012. – 259 с.

208. Чернышкова, Е.В. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей / Е.В. Чернышкова // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 3. – Ч. 2. – С. 358–361.

209. Чернышкова, Е.В. Потребление медицинских услуг пожилыми людьми в контексте социального неравенства (на примере Саратовской области) / Е.В. Чернышкова, Е.А. Андриянова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2011. – Т. 7. – № 1. – С. 139–141.

210. Чичерин, Л.П. Специфика программ, формирующих потребность молодежи в здоровом образе жизни / Л.П. Чичерин // Материалы межрегиональной

межведомственной н.-прак. конф. через образование молодежи – к здоровью нации. –Уфа: изд-во БГПУ, 2000. – С. 134–136.

211. Чудинова, И.Э. К вопросу о медицинской активности пациентов ведомственной поликлиники / И.Э. Чудинова, Д.В. Голикова, З.Х. Агамов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 14–17.

212. Чумаков, Б.Н. Валеология : курс лекций / Б.Н. Чумаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2001. – 407 с.

213. Шабалин, В.Н. Организация охраны здоровья пожилых людей в современном мире / В.Н. Шабалин // Медицинская сестра. – 2008. – № 5. – С. 3–4.

214. Шабунова, А.А. Влияние самосохранительных компонентов на наличие хронических заболеваний и самооценку здоровья населения / А.А. Шабунова, П.С. Корчагина // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – № 3 (58). – С. 40–43.

215. Шабунова, А.А. Медицинская активность и роль семьи в укреплении здоровья детей / А.А. Шабунова // Экономические и социальные перемены в регионе: факты, тенденции, прогноз. – 2003. – № 2 (21). – С. 58–63.

216. Шабунова, А.А. Медицинская активность населения: тренды и детерминанты / А.А. Шабунова // Социально-политические, экономические и демографические аспекты развития современного общества : материалы Международной научно-практической конференции. – Волгоград, 2021. – С. 270–276.

217. Шаманова, Л.В. Обращаемость пациентов за медицинской помощью в сельский терапевтический участок / Л.В. Шаманова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2011. – № 3. – С. 32–34.

218. Шаповалова, М.А. Социально-экономические аспекты воспроизводства населения / М.А. Шаповалова // Экономика здравоохранения. – 2004. – № 4. – С. 12–16.

219. Шарабчиев, Ю.Т. Общественное здоровье нации и индивидуальное здоровье личности / Ю.Т. Шарабчиев // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2015. – № 3. – С. 88–107.

220. Шарипова, С.А. Изучение уровня медицинской активности сельского населения / С.А. Шарипова, М.М. Муяссарова // European Science. – 2019. – № 2 (44). – С. 79–80.

221. Шаяхметова, Р.Р. Социально-экономические факторы здоровья населения Республики Башкортостан / Р.Р. Шаяхметова // Российский электронный научный журнал. – 2013. – № 3 (3). – С. 83–90.

222. Шильникова, Н.Ф. Социологический опрос как механизм управления лечебными учреждениями / Н.Ф. Шильникова, О.В. Ходакова // Социология медицины. – 2004. – № 2. – С. 24–26.

223. Школьникова, С.А. Медицинская активность как фактор борьбы с избыточной массой тела / С.А. Школьникова, А.А. Лукашов, А.А. Сибилёва // Интегративные тенденции в медицине и образовании. – 2020. – Т. 1. – С. 111–116.

224. Шмелев, И.А. Медицинская активность и гинекологическая заболеваемость женщин различного возраста / И.А. Шмелев // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. – 2015. – № 3. – С. 14–17.

225. Штернис, Т.А. Условия жизни, состояние здоровья и медицинская активность работающих на химических производствах: дис. канд. мед. наук : 14.00.33 / Штернис Татьяна Александровна. – Кемерово : Кемеровская государственная медицинская академия, 2006.

226. Щепин, О.В. Здоровоохранение России: стратегический анализ и перспективные направления развития / В.О. Щепин, В.К. Овчаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – № 2. – С. 3–7.

227. Щетинина, С.Ю. Медицинская активность как компонент здорового образа жизни / С.Ю. Щетинина // Международный журнал гуманитарных и естественных наук. – 2020. – № 5-3 (44). – С. 194–197.

228. Юрова, И.Ю. Медицинская активность сельского населения с профессиональными заболеваниями / И.Ю. Юрова // Теоретические и прикладные аспекты современной науки. – 2014. – № 3-3. – С. 117–120.

229. Юрьев, В.К. Влияние социальных факторов на медицинскую активность беременных / В.К. Юрьев, Ц.М. Теблеев, В.Г. Пузырев // Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18, № 2. – С. 336–341.

230. Юрьев, В.К. Медико-социальная характеристика стационарных больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки / В.К. Юрьев, М.Г. Хведелидзе, В.Г. Пузырев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – С. 55.

231. Юрьев, В.К. Распространенность некоторых факторов риска образа жизни, негативно влияющих на здоровье старшеклассников / В.К. Юрьев, П.Г. Жирков // Педиатр. – 2018. – Т. 9. – № 2. – С. 49–54.

232. Юрьев, В.К. Самооценка здоровья и медицинская активность больных с заболеваниями кожи и подкожной клетчатки / В.К. Юрьев, М.Г. Хведелидзе, К.Е. Моисеева // Проблемы городского здравоохранения : сборник научных трудов; под редакцией з.д.н. РФ, д.м.н., проф. Н.И. Вишнякова. – СПб., 2013. – С. 194–197.

233. A simple asthma prediction tool for preschool children with wheeze or cough / A.M. Pescatore [et al.] // J Allergy Clin Immunol. – 2014. – Vol. 133 (1). – P. 111–118.

234. A systematic review of predictive models for asthma development in children / G. Luo [et al.] // BMC Med Inform Decis Mak. – 2015. – Vol. 15. – P. 99.

235. Andersen, R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services [Electronic resource] / R.M. Andersen // Research Series. – Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968, № 25. – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/21/30> (accessed: 14.10.2021).

236. Au, N. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? / N. Au, DW. Johnston // Social Science and Medicine. – 2014. – Vol. 121. – P. 21–28.

237. Beasley, R. The Global Burden of Asthma Report / R. Beasley // Global Initiative for Asthma (GINA). – 2004.

238. Carlson, P. Risk behaviors and self rated health in Russia 1998 / P. Carlson // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2001. – Vol. 55. – P. 806–817.

239. Characteristics of people with low health literacy on coronary heart disease GP registers in South London: a cross-sectional study / PG Rowlands [et al.] // *BMJ*. – 2013. – Vol. 3. – P. 503–518.

240. Cott, C.A. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability / C.A. Cott, M.A.M. Gignac, E.M. Badley // *Journal of Epidemiology and Community Health*. – 1999. – Vol. 53. – Iss. 11. – P. 731–736.

241. Demographics of hepatitis C in Southwest Ohio (2010 to 2015) / J. Woltmann [et al.] // *Hepat. Mon.* – 2016. – Vol. 16 (8). – e37904.

242. Dermatological diagnostic acumen improves with use of a simple telemedicine system for underserved areas of South Africa / R. Colven [et al.] // *Telemedicine Journal and EHealth*. – 2011. – Vol. 17, № 5. – P. 363–369.

243. Dhak, B. Gender differences in health and its determinants in the old-aged population in India / B. Dhak // *Journal of Biosocial Science*. – 2009. – Vol. 41. – Iss. 5. – P. 625–643.

244. Dmytrenko, S.O. The state of the knowledge of the rural population about the importance of risk factors for the development of arterial hypertension / S.O. Dmytrenko // *Lik Sprava*. – 2000. – Jan-Feb (1). – P. 1158.

245. Ekenga, V. Impact of Pharmacist Obesity Diagnosis Education on Patient Self-Rated Health and Health Behavior: A Pilot Study / V. Ekenga, M. Skomo // *Journal of Obesity and Chronic Diseases*. – 2017. – Vol. 2 (1). – P. 39–42.

246. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin [et al.] // *Ther Clin Risk Manag.* – 2008. – Vol. 4 (1). – P. 269–286.

247. Gausman, J. Social determinants of sexual and reproductive health: A Global Overview / J. Gausman, Sh. Malarcher // *The European Magazine for Sexual and Reproductive Health*. – 2011. – № 73. – P. 4–8.

248. Goldman, N. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health / N. Goldman, D.A. Gleib, M.C. Chang // *Ann Epidemiol.* – 2004. – Vol. 14 (1). – P. 49–57.

249. Idler, E.L. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies / E.L. Idler, Y. Benyamini // *J of Health and Social Behavior*. – 1997. – Vol. 38. – P. 21–37.

250. Is preterm birth associated with asthma among children from birth to 17 years old? A study based on 2011–2012 US National Survey of Children's Health / J. Zhang [et al.] // *Ital J Pediatr*. – 2018. – Vol. 44 (1). – P. 151.

251. Kim, Y. The Dynamics of Health and its Determinants Among Elderly in Developing Countries / Y. Kim // *Economics and Human Biology*. – 2015. – Vol. 19. – P. 1–12.

252. Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry / A. Kleinman. – Berkeley, 1980.

253. Latham, K. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults / K. Latham, C.W. Peek // *J of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. – 2013. – Vol. 68 (1). – P. 107–116.

254. Lee, Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults / Y. Lee // *J of Epidemiology and Community Health*. – 2000. – Vol. 54. – P. 123–129.

255. Madan, M. Gupta Fuzzy neural networks: theory and applications / M. Madan // *Proc. SPIE 2353, Intelligent Robots and Computer Vision XIII: Algorithms and Computer Vision*, 1994.

256. Management of Prematurity-Associated Wheeze and Its Association with Atopy / M.O. Edwards [et al.] // *PLoS ONE*. – 2016. – Vol. 11 (5). – P. e0155695.

257. Meshkov, D.O. A Data Management Model for Proactive Risk Management in Healthcare / D.O. Meshkov, L.Yu. Bezmelnitsyna, S.N. Cherkasov // *Advances in Systems Science and Applications*. – 2020. – T. 20, № 1. – P. 114–118.

258. Monden, C.W.S. Do measured and unmeasured family factors bias association between education and self-assessed health? / C.W.S. Monden // *Social Indicators Research*. – 2010. – Vol. 98. – Iss. 2. – P. 321–336.

259. Roberts, J.A. Management of pyelonephritis and upper urinary tract infections / J.A. Roberts // *Urol. Clin. North Am.* – 1999. – Vol. 26. – № 4. – P. 753–763.

260. Seth, M. Noar Zimmerman Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? / M. Noar Seth, S. Rick // *In Health Education Research.* – 2005. – June. – № 20 (3). – P. 275–290.

261. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach / A. Nicholson [et al.] // *Social Science and Medicine.* – 2005. – Vol. 61. – Iss. 11. – P. 2345–2354.

262. Subjective and objective characteristics of physical activity in older adults / S. Cherkasov [et al.] // *Archiv euromedica.* – 2021. – Vol. 11 (4). – P. 62–65.

263. The effects of prenatal stress on temperament and problem behaviors of 27-month old toddlers / B.M. Gutteling [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry.* – 2005. – № 14. – P. 41–51.

264. The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences / M. Augustin [et al.] // *Archives of Dermatological Research.* – 2016. – Vol. 308, № 6. – P. 389–400.

265. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report / M. Masoli [et al.] // *Allergy.* – 2004. – Vol. 59, № 5. – P. 469–478.

266. The influence of social determinants on the need for medical care in women / S. Cherkasov [et al.] // *Archiv euromedica.* – 2021. – Vol. 11 (4). – P. 31–33.

267. The local-ladder effect: social status and subjective well-being / C. Anderson [et al.] // *Psychological Science.* – 2012. – Vol. 23. – Iss. 7. – P. 764–771.

268. Vander Mark, L.B. Predicting asthma in preschool children at high risk presenting in primary care: development of a clinical asthma prediction score / L.B. Van der Mark, K.E. van Wonderen, J. Mohrs // *Care Respir J.* – 2014. – Vol. 23 (1). – P. 52–59.

269. Xavier, F.M. Elderly people's definition of quality of life [Electronic resource] / F.M. Xavier, M.P. Ferraz // *Rev Bras Psiquiatr.* – 2003. – Vol. 25. – № 1. – P. 31–39. – Access mode: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007> (accessed 28.03.2016).

ПРИЛОЖЕНИЕ

Институт проблем управления им. В.А. Трапезникова Российской академии наук
 Национальный научно-исследовательский институт
 общественного здоровья имени Н.А. Семашко
 Медицинский университет «Реавиз»

Ответьте на каждый вопрос, пометая выбранный Вами ответ. Если Вы не уверены в том, как ответить на вопрос, пожалуйста, выберите такой ответ, который **ТОЧНЕЕ всего** отражает Ваше мнение.

Ваш пол.

1 – мужской

2 – женский.

Ваш возраст: _____

Ваше образование

1 – неполное среднее, среднее или средне–специальное

2 – незаконченное высшее или высшее

Ваши приоритеты в сфере жизненных интересов (поставьте места согласно их значимости:

1 – самый значимый приоритет, далее по убыванию):

Семья	
Работа	
Дети и внуки	
Карьера	
Здоровье	
Материальные блага	
Духовные ценности	
Вера (религия)	
Совесть	
Любовь	
другие (какие)	

С кем Вы совместно проживаете? (возможно отметить несколько пунктов)

1 _____

2 – проживаю один

Кто, по Вашему мнению, несет ответственность за Ваше здоровье?

1 – я сам(а)

2 – государство

3 – система здравоохранения

4 – другое (кто или что именно?) _____

Нравится ли Вам активный отдых?

- | | |
|---------------------------|------------|
| 1 – да, очень | 2 – иногда |
| 3 – редко | 4 – нет |
| 5 – затрудняюсь ответить. | |

Курите ли Вы?

- 1 – нет, никогда не пробовал(а)
- 2 – однажды попробовал(а)
- 3 – курил(а) одно время, потом бросил(а)
- 4 – да, но лишь изредка
- 5 – да, я курю систематически.

Если Вы курите, то с какого возраста? _____

Если Вы курите, сколько в среднем сигарет в день Вы выкуриваете? _____

Если Вы бросили курить, как давно вы это сделали? (сколько лет) _____

Как часто Вы употребляете алкогольные напитки (в том числе пиво, слабоалкогольные коктейли и др.)?

- 1 – почти ежедневно
- 2 – регулярно (чаще 1 раза в неделю)
- 3 – редко (чаще 1 раза в месяц)
- 4 – иногда (чаще 1 раза в год)
- 5 – не употребляю.

Если Вы перестали употреблять алкоголь в настоящее время, то как давно Вы перестали это делать? (сколько лет) _____

Если Вы употребляете или употребляли алкоголь, то напитки с каким содержанием алкоголя чаще всего?

- 1 – 40 % и крепче
- 2 – 21–40 %
- 3 – 7–20 %
- 4 – менее 7 %.

Если Вы употребляете или употребляли алкоголь, то в какой дозе в пересчете на чистый спирт Вы обычно его употребляете одновременно?

- 1 – менее 20 г
- 2 – 20–50 г
- 3 – 51–100 г
- 4 – 101–200 г
- 5 – 201–400 г
- 6 – более 400 г.

Спасибо за сотрудничество и за потраченное время!

MEDICAL UNIVERSITY "REAVIZ"
V.A. TRAPEZNIKOV INSTITUTE OF CONTROL SCIENCES
OF THE RUSSIAN ACADEMY OF SCIENCES

As a manuscript

OLEG IGOREVICH POLOZKOV

**SOCIAL DETERMINANT MEDICAL
ACTIVITY OF THE POPULATION OF
OLDER AGE GROUPS**

Scientific speciality: 3.2.3. Public Health, Health Organization and Sociology,
medical and social expertise

Dissertation for the degree
Candidate of Medical Sciences

Translated from Russian

Scientific supervisor:
Dr. med. sciences Cherkasov Sergey Nikolaevich

Moscow – 2023

TABLE OF CONTENTS

INTRODUCTION	219
Chapter 1 SOCIAL DETERMINATION OF MEDICAL ACTIVITY IN THE OLDER AGE POPULATION (LITERATURE REVIEW)	227
Summary of Chapter 1	244
Chapter 2 RESEARCH MATERIALS AND METHODS	245
Chapter 3 EDUCATION AS A SOCIAL DETERMINANT OF MEDICAL ACTIVITY IN THE POPULATION OF OLDER AGE GROUPS	253
3.1 Impact of the education level of the older age group population on the prevalence of responsible attitudes towards their health.....	253
3.2 Effect of the education level of the older age group population on behaviours associated with health care access.....	255
3.3 Effect of education level on the degree of compliance of the population older age groups	258
3.4 Dependence of the frequency of smoking and alcohol consumption by the population older age groups from educational level	262
3.5 Effect of education level on frequency of hygiene habits in the population of older age groups	277
Summary of Chapter 3	283
Chapter 4 LIFE PRIORITIES AS A SOCIAL DETERMINANT OF MEDICAL ACTIVITY IN THE POPULATION OF OLDER AGE GROUPS	285
4.1 Impact of the structure of life priorities of the older population age groups on the prevalence of responsible attitudes to your health	286
4.2 Impact of the structure of life priorities of the older population age groups on patterns of behavior associated with turnover for medical help	291
4.3 Impact of the structure of life priorities of the older population age groups per degree of compliance	297
4.4 Dependence of the frequency of smoking and alcohol consumption by the population older age groups from the structure of life priorities	304

4.5 Impact of Life Priority Structure on Frequency hygienic habits in the population of older age groups.....	326
Summary of Chapter 4	337
Chapter 5 FAMILY ENVIRONMENT AS A SOCIAL DETERMINANT OF MEDICAL ACTIVITY IN THE OLDER POPULATION AGE GROUPS.....	340
5.1 Impact of the family environment on the prevalence of responsible attitudes towards their health of the population of older age groups.....	341
5.2 Impact of Family Environment on Behavioural Patterns Associated with with the rate of medical care of the older population age groups	343
5.3 Influence of the family environment on the degree of compliance of the population of older age groups.....	345
5.4 Dependency of Frequency of Smoking and Alcohol Consumption by the Population older age groups from family environment	349
5.5 Influence of family environment on frequency of hygiene habits in the population of older age groups.....	359
Summary of Chapter 5	364
CONCLUSION	365
CONCLUSIONS.....	373
RECOMMENDATIONS	375
REFERENCES	376
APPLICATION.....	405

INTRODUCTION

The currently existing theoretical concept of health formation determines the presence of factors that affect a person and contribute to both reducing and increasing health potential. Individual factors influence not only the likelihood of developing pathology, but also the severity and degree of influence of other risk factors. In some cases, the direct influence of such factors is quite difficult to trace. Such factors have come to be seen as determinants of health that impact not directly but indirectly through other risk factors. Given the complex influence, their significance is significantly greater than classical risk factors, and they have "decisive importance in the formation of health of large groups of the population." As a rule, the determinants of health are either social or economic in nature [162, 168, 185, 187, 188].

Population health is formed under the influence of more factors and determinants, including in interaction with the health care system. Even if a person does not directly contact the health care system and its institutes (medical organizations), this influence is realized through generally accepted recommendations on nutrition, physical activity, sleep and wakefulness, etc. A person can follow them in whole or in part, determining for himself the lifestyle that is most comfortable for him. In case of health problems or during dispensary observation (preventive examinations), a person's contacts with the health care system become obvious and the result of these interactions largely depends on the quality of the measures taken (quality of medical care), as well as on the adoption and accurate implementation by patients of these recommendations. Effective interaction with the health care system is a significant condition for the preservation and promotion of human health. This is especially important for older age groups, since prevention, as well as high-quality treatment of the detected pathology, is a necessary condition for ensuring a high level of health for representatives of older age groups [8, 17, 67, 107, 109, 114, 150, 195, 209, 218, 227].

Medical activity can be considered as a potential factor, since the importance of medical care and the effectiveness of the health system for representatives of older age groups is of great importance, much more than for younger populations that are not yet

burdened by such a burden of chronic diseases and health-related problems. The manifestations of medical activity largely depend on the general level of human culture, education, psychological attitude, living conditions, the state of health care, social relations and other factors. Medical activity sufficiently affects population health indicators [1, 5, 48, 100, 113, 116, 124, 139, 147, 172, 179, 198, 206, 216, 220, 223, 224].

Public health management is impossible without knowledge of the mechanisms of its impact on numerous biological and social phenomena. Currently, about a hundred different influences are described in varying degrees of detail, most of which are related to a person's lifestyle. It is a person who, independently determining priorities for himself, forming a certain lifestyle, largely contributes to the preservation and promotion of his own health.

The formation of the health of the older generation is a complex process that cannot always be explained from the standpoint of only the factor theory of risks. The high importance of health determinants determines the need to find them and describe their effects not only on the health indicators themselves, but also on the factors that determine them.

Degree of scientific development of the research topic

The problem of medical activity has been studied by many authors [1, 5, 20, 32, 33, 48, 64, 92, 96, 100, 111, 113, 116, 124, 139, 147, 162, 168, 172, 179, 186, 187, 198, 205, 206, 216, 218, 220, 223, 224, 228].

Among other things, the medical activity of the population of older age groups was also actively studied [9, 13, 17, 23, 67, 107, 109, 114, 130, 150, 156, 157, 161, 176, 203, 209, 227].

However, despite having publications, the formation and management of the level of medical activity of the population of older age groups remains a little studied problem. The high relevance of this question and its relevance to public health and health has determined the purpose and objectives of the present study.

The purpose of the study: to scientifically substantiate the influence of social determinants on the characteristics of medical activity of the population of older age groups.

Tasks

1. To explore existing approaches to the concept of determinants of medical activity according to literature sources.
2. Perform an analysis of the significance of education as a social determinant of the medical activity of the population of older age groups.
3. Assess the importance of the structure of life priorities on the characteristics of medical activity of the population of older age groups.
4. To conduct a study of the impact of the status of life priority "health" on the degree of responsibility for one's own health and the degree of compliance with treatment and prevention, the prevalence of hygienic and antihygienic habits among the population of older age groups.
5. To study the impact of the family environment on the characteristics of the medical activity of the population of older age groups.

Scientific novelty of the study

In the course of this study, new data were obtained that:

- ✓ The level of education of representatives of older age groups affects the prevalence of responsible attitude to their health of the population of older age groups.
- ✓ The reactive type is the most common pattern of behavior in patients aged 60 years and older with low educational attainment in relation to medical calls, whereas the active type is more common in those with high educational attainment.
- ✓ The level of education of representatives of older age groups affects the prevalence, frequency and intensity of smoking and drinking alcoholic beverages.
- ✓ Persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform morning gymnastics and hardening procedures on

an ongoing basis, and the proportion of those who do not perform it is highest among men and women with a lower level of education.

✓ As age increases, the proportion of those taking a responsible position in relation to their own health decreases and a reactive model of behavior in relation to requests for medical care prevails.

✓ An active model of behavior in relation to reasons for seeking medical care is more characteristic of persons aged 60 years and older with a non-standard structure of life priorities, regardless of age group and gender.

✓ The high status of life priority "health" in representatives of older age groups determines the large prevalence of a reactive behavior model in men and a passive behavior model in women.

✓ The low status of life priority "health" in representatives of older age groups determines a higher degree of prevalence of an active behavior model, determines a higher intensity of smoking.

✓ Co-living with other family members of older age groups is combined with more responsible behavioural patterns, however, does not reduce the prevalence of smoking and alcohol consumption.

✓ Single men and women aged 60 years and older are more likely to perform doctor's appointments in general and in particular with regard to the administration of drugs and the regularity of doctor's visits.

Theoretical and practical significance of the study

✓ Taking into account the degree of responsibility for their own health allows planning measures to preserve and promote the health of the population of older age groups on the basis of cooperation between the efforts of the person himself and the institutions of the health care system and the state.

✓ Data on the impact of social determinants on behaviours associated with seeking care of the older age-group population determine differentiated approaches to ensuring the timeliness of seeking care.

✓ Knowledge of the relationship of social determinants and attitude to the implementation of medical recommendations of the population of older age groups allows to improve the quality of medical care based on methods of targeted control over the implementation of treatment technologies.

✓ Data on the influence of social determinants on the peculiarities of the spread of antihygienic and hygienic habits among the population of older age groups allow targeted preventive work among the population of older age groups.

Basic Provisions for Protection

1. The level of education of representatives of older age groups affects the prevalence of responsible attitude to their health, the behavior model associated with seeking medical care, and the prevalence of antihygienic and hygienic habits.

2. The standard structure of life priorities in representatives of older age groups can be considered as a determinant of medical activity in terms of the influence on behaviors related to seeking medical care, the degree of compliance, and attitudes towards smoking.

3. Place in the hierarchy of life priorities of the value of "health" determines the behavior patterns of representatives of older age groups.

4. The family environment of representatives of older age groups can be considered as a social determinant of medical activity in terms of the influence on the degree of responsibility in relation to their health, in relation to the fulfillment of doctor's appointments, the prevalence of smoking and the use of alcoholic beverages.

Personal contribution of the applicant

The author has a leading role in choosing the direction of research, developing a research program, conducting sociological research, analyzing and summarizing the results obtained. In the works performed in collaboration, the author personally carried out mathematical and statistical processing of the results, their generalization, analysis and synthesis. The author's contribution is decisive and consists in direct participation at all stages of the study: from setting tasks, their theoretical and practical implementation,

to discussing the results in scientific publications and reports and introducing the results of the study into practice.

The dissertation materials are used in the preparation of clinical residents and graduate students, in conducting practical classes with students of the III-IV courses of the Faculty of Medicine at the Department of Health Organization and Preventive Medicine of the Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education "North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov" (Yakutsk), Public Health and Health, Institute of Medicine, Ecology and Physical Culture, Ulyanovsk State University (Ulyanovsk), economics and health care management with a postgraduate course of FSBEI HE "Astrakhan State Medical University," public health and health care of Moscow Medical University "Reaviz" (Moscow), Department of Public Health and Health, FSBEI HE "Tyumen State Medical University" (Tyumen).

Testing of work

The main provisions and results of the work were reported and discussed at conferences of the Department of Public Health Research of the Semashko National Research Institute of Public Health (Moscow, 2018, 2019); meetings of the Department "Public Health and Health" of the Higher Education Educational Organization "Medical University" Reaviz "(Moscow, 2020, 2021); at working meetings of the State Budgetary Institution of the City Clinical Hospital No. 67 named after L A Vorokhobov (Moscow, 2020, 2021, 2022); expanded seminars of laboratory No. 81 of the PSU RAS (Moscow, 2020, 2021, 2022) including with the participation of the staff of the Department of Public Health and Health, general hygiene and bioethics of FSAEI HE "North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov," Department of Public Health and Health, FSBEI HE "SamGMU of the Ministry of Health of Russia," Department of Economics and Health Management with a postgraduate course of FSBEI HE "Astrakhan State Medical University," Departments of Public Health, Health and Hygiene of the Medical Institute of the FSAO HE "Russian University of Peoples' Friendship" (Moscow, 2022).

Research Methodology and Methods

The study was carried out according to a standard step scheme. The work uses adequate research methods: monographic, analytical, sociological, statistical.

The degree of reliability of the study results is determined by the representativeness of the sample, the sufficient volume of observations, the use of modern statistical tools in accordance with the tasks set. The confidence level of the "null" hypothesis negation was assumed to be at least 95% ($p > 0.05$). Non-parametric methods were used to determine differences between the compared groups.

Publications

Based on the materials of the study, 11 scientific papers were published, including 3 articles in peer-reviewed journals included in the List of the Higher Attestation Commission of the Russian Federation and 5 in journals included in international citation bases.

Connection with the scientific topic of the organization in which the work is performed.

This study was carried out at the Department of Public Health and Health of the Chu Educational Organization of Higher Education "Medical University" Reaviz "in cooperation with the Federal State Budgetary Institution of Science Institute of Management Problems named after V.A. Trapeznikov RAS (IPU RAS), scientific director – Cherkasov Sergey Nikolaevich, MD, associate professor, head of the department" Public Health and Health, "chief researcher of laboratory No. 81 IPU RAS. The work was carried out within the framework of the scientific topic "Models and methods of human health management at the individual and population levels, taking into account medical, economic, environmental and social factors" (the state registration number of the topic is 122041400280-4).

Compliance with the declared specialty

The scientific provisions of the dissertation correspond to the passport of the specialty 3.2.3. "Public health, organization and sociology of health care." In particular, the items "Study of the role of socio-hygienic factors in the formation of health of individual homogeneous groups of populations in order to develop health programs and measures to improve the preventive direction of the health care system," "The lifestyle of individual populations and its importance in shaping population health...," "Research and analysis of the views of different occupational and age-sex populations on health and disease, on the impact of socioeconomic factors on population health, on social models of conservation and health promotion."

Scope and structure of the dissertation

The dissertation is set out on 215 pages of typewritten text. It consists of an introduction, a literature review, a chapter outlining the program and methods of the study, three chapters containing the results of their own studies, conclusions, practical recommendations and an index of the literature used, including 269 sources, of which 37 are in foreign languages and an appendix. The work is illustrated in 57 tables, 27 figures.

Chapter 1

SOCIAL DETERMINATION OF MEDICAL ACTIVITY IN THE OLDER AGE POPULATION (LITERATURE REVIEW)

The concept of medical activity was introduced by academician Yu.P. Lisitsyn and is a component of the broader concept of "lifestyle." Medical activity is defined as the activities of people in the field of protection, improvement of individual and public health in certain socio-economic conditions. Medical activity or behavior of a person in the field of health includes such indicators as: visiting medical institutions, self-preserving behavior, compliance with medical instructions, behavior during treatment, self-medication, targeted activities of a person to maintain a healthy lifestyle. Medical and social activity, as a rule, includes: the presence of hygienic skills, implementation of medical recommendations, participation in lifestyle and environmental improvement, the ability to provide the first pre-medical assistance to yourself and relatives, to use the means of the people, traditional medicine, etc. [1, 5, 20, 29, 32, 34, 48, 64, 100, 111, 113, 116, 124, 139, 147, 172, 198, 205, 206, 216, 218, 220, 223, 224, 235].

The concept of medical activity is closely related to the concept of lifestyle, that is, behavior dependent on the person (subject), since medical activity is considered as an integral component of a healthy lifestyle. Despite differences in the understanding of the phenomenon of "healthy lifestyle," which one group of scientists interprets as the rejection of factors harmful to health and the adoption of factors favorable to health, another group of scientists sees the essence of this concept in social competence, a certain culture of healthy human behavior. A third group of scientists believes that a healthy lifestyle is a certain pattern, an ideal of healthy-preserving behavior, and a fourth suggests that a healthy lifestyle cannot be the same for everyone, and concludes that a healthy lifestyle on an individual level should be defined as a healthy lifestyle. However, in all the above views on the concept of "healthy lifestyle" there is a unifying component, which consists in the mandatory inclusion of medical activity in this concept. With this approach, a person's medical activity should be considered as his active activity to preserve and strengthen individual and public health in cooperation

with medical services and as one of the subcomponents of a healthy lifestyle [17, 21, 22, 60, 65, 66, 67, 106, 143, 145, 209, 213, 226, 257].

The most important thing is the identification of the components of a healthy lifestyle: medical and other types of activity, the dependence of activity on the general culture of a person and a number of other conditions. Yu.P. Lisitsyn [99, 100] believed that medical activity is "the activity of people in the field of protection, improvement of individual and public health, depending on the socio-economic, political situation and ultimately on social relations, social production. Its important element should be considered hygienic behavior, consisting of the attitude to their health and the health of other people, the fulfillment of medical prescriptions and prescriptions, visits to medical and preventive institutions." B.N. Chumakov [212] added to this "behavior in the treatment, prevention, rehabilitation, including self-medication, other medical measures... overcoming bad habits, traditions, customs.... " Therefore, medical activity is generally considered as part of the lifestyle of a person and society, as a set of measures and actions to protect and improve individual and public health. The above definitions refer not so much to medical activity as to health activity, that is, any form of social and individual behavior aimed at preserving and improving health [20, 34, 35, 37, 44, 92, 96, 105, 147, 157, 176, 180, 181, 215, 225].

Interest in researching medical activity in the latter is very high. The main method of obtaining information is the sociological method. A large number of studies provide data on the high value of materials collected by the anamnestic (sociological) method on the state of health, including the medical activity of the population. Using this method, data were obtained on the characteristics of medical activity of 466 families of modern Russian schoolchildren in grades 1–7 [3]. The lifestyle of adolescents and the parameters of their medical activity were assessed by a survey of 467 tenth graders [117]. Data on the impact of medical activity on the course of pregnancy and childbirth were obtained from a survey of 672 women [71]. Medical activity of young women living in rural areas was carried out by survey methods of 456 women on a specially developed questionnaire [112]. The medical activity of the rural population of the Saratov region was assessed according to the survey data of 224 residents [228].

The characteristics of medical activity of residents of the Rostov region were studied on the basis of survey data of 766 people [34]. In order to assess the degree of medical activity during pregnancy, an anonymous survey of 727 maternity patients of the Republic of Kalmykia was conducted [230]. The medical activity of residents of the city of Chelyabinsk was studied by questioning 158 people [39], residents of the city of Pskov on the basis of the results of questioning 710 people [111]. The medical activity of patients with dermatological diseases was studied on the basis of a survey of 576 people treated in a 24-hour hospital [189]. Family medical activity was studied based on questionnaire data from 244 families with a child of the first year of life. The medical activity of the population in the conditions of the municipal polyclinic was studied by the questionnaire method of 238 people [124].

The behaviours associated with the ability to seek care were most often investigated as a characteristic of medical activity. Studies have been conducted in patients with various types of pathology. Thus, it has been shown that in patients with bronchial asthma there are features of medical activity, in terms of the implementation of the doctor's recommendations, medical supervision, the implementation of control studies (BP measurement, ECG removal, assessment of external breathing function), treatment/self-medication. These features are associated with age, gender, the level of education of patients and the presence of comorbidity (hypertension, coronary heart disease and their combination) [179]. Many authors emphasize that the level of medical activity of the Russian population is low. A study of the characteristics of medical activity in stroke was carried out in the Chechen Republic [15]. A study among young women found that one in four young women living in rural settings has a decrease in medical activity in terms of behaviors related to seeking medical care, failure to follow doctor's appointments, the widespread spread of "bad" habits, and refusal to follow a healthy lifestyle. The authors recommend the organization of comprehensive hygienic education and health education among this category of the population with the participation of FAP paramedics, district therapists, obstetricians-gynecologists using printed materials [112]. The low level of medical activity of patients with ENT organ diseases was indicated by N.V. Polunina and co-authors [139].

Medical activity of the population is a prerequisite for reducing CVD and mortality in the population [239]. The leading factors of CVD exacerbation are the inadequate physical behavior of the patient, ignoring medical recommendations regarding treatment and lifestyle. It was established that regular monitoring by a doctor for chronic diseases, completeness of informing the patient by a doctor have a positive impact on adherence to the implementation of medical recommendations [248].

According to the World Health Organization definition, adherence to treatment is the degree to which a person's behavior with regard to taking drugs, following a diet and/or other lifestyle changes is consistent with the recommendations of a doctor or other health care professional. Adherence to the therapy of patients with chronic diseases requiring long-term therapy is the most current issue. According to the results of an epidemiological study of the population of 9 regions of the Russian Federation ($n = 5563$), adherence to antihypertensive drugs is higher in women with hypertension than in men – 60.9% versus 39.5% [18].

It is noted that the overwhelming number of respondents, including those with chronic diseases, seek medical help from the district polyclinic only in the event of a pain syndrome or a sharp exacerbation of the existing chronic disease (91%). Accordingly, 37% of respondents have not applied to the clinic over the past two years, but their reasons for treatment and their state of health have not been specified. According to all-Russian studies, only 13% of survey participants apply to a medical organization providing medical care on an outpatient basis, at the first symptoms of malaise. Forced application for a certificate of disability was observed in a third of patients. However, it is indicated that the majority of the surveyed patients (69%) of qualified medical care prefer self-medication, which they justify by the difficulties of contacting a medical organization, large costs of time, employment in the workplace. This is convincingly indicated by their statements as "I have a serious job, and there is no time and desire to sit in line" [3].

The importance of medical activity in rehabilitation processes is shown in the work of N.S. Chernov and N.V. Budnikov [205]. The vast majority of patients examined believe that health care providers should play a leading role in their treatment and

rehabilitation. Follow the doctor's recommendations, cooperate with medical professionals according to a larger number of patients compared to the number of people who are ready to modify their lifestyle. More than half of the patients noted the high activity of family members in rehabilitation, by organizing an appropriate lifestyle, adaptation in society.

Even well-trained medical professionals in professional and educational terms have an insufficient level of medical activity [35]. A low level of medical activity was detected in the rural population of Uzbekistan in terms of a low level of preventive visits to the LPU, irregularity in the implementation of personal hygiene rules, rational nutrition and physical activity of the population [220].

Low levels of medical activity and prevalence of self-medication practices among industry workers are supported by regional studies. According to a survey of 464 employees of industrial enterprises of the Perm Territory in 2012–2014. specialists of the FBUN "FNC MPT URZN" found that only 8.5% of respondents prefer to go to doctors in case of malaise, the rest are treated independently or do nothing. The identified features of the medical activity of employees require the introduction of a comprehensive program for the formation of social attitudes among employees for self-monitoring of basic health parameters and visiting doctors for preventive purposes, as well as raising awareness of responsible self-medication – effective and safe use of medicines and cases requiring professional medical care [98].

Such data are also confirmed according to the results of a study of the medical activity of the population of the city of Kursk. The wide prevalence among the population of self-medication practices and ignoring the need for timely and professional treatment of the onset of the disease; the low frequency of seeking medical care during the year, the purpose of which is often to receive medical care, and not preventive are presented as typical characteristics of the behavior of the population [32].

According to a study conducted in Pskov, the physical activity of citizens is extremely low: only 25.2% of citizens are actively resting (hiking, skiing, beach, etc.); passive rest (at the TV, at the computer, at the book) is preferred by 45.4%; only 30 citizens are engaged in physical education every day for at least 14.6% minutes.

The food of the townspeople is not balanced in everything. The consequence of hypodynamics and unbalanced nutrition is overweight in 38.6% of men and 39.2% of women. The medical activity of citizens is not high enough: only 60% of citizens attend medical examinations as part of medical examination [121].

The topic of medical activity of women, pregnant women and maternity patients attracts great attention of researchers around the world. Women, of reproductive age, mainly care about their state of health, but are distinguished by low medical activity, are not sufficiently aware of the prevention of major somatic and infectious diseases, as well as STIs. It is proposed to use this data in the development of interdepartmental programs aimed at forming positive attitudes in women to preserve and promote their health, increase medical activity, which may be the most important factor determining the health of future generations [5, 58, 62, 68, 95, 101, 137, 144, 166, 199, 202, 266].

It was found that the low medical activity of the examined women before pregnancy significantly increases the frequency of complicated childbirth [71]. According to the data received, among the respondents who attended the antenatal clinic several times a year, the share of pathological childbirth was 53.3%, once a year – 58.1%, once every two years – 60.9%. The proportion of normal births in the group of respondents who visited a gynecologist for preventive purposes less than once every two years was 34.9%. The proportion of abnormal births in the group of women who were not observed at all in the specialist during pregnancy was 1.3 times higher than the value of the analyzed indicator among the respondents who regularly attended the antenatal consultation, the frequency of premature births in the group of respondents who were not regularly observed in the specialist during pregnancy was 1.6 times higher than the value of the analyzed indicator among those who attended the antenatal consultation regularly [71].

The results of the studies convincingly prove that the adequate medical activity of a young woman is highly significant in shaping the health of her newborn. The level of medical and hygienic literacy in the field of reproductive health contributes to a responsible attitude towards pregnancy planning and to the fact that the first pregnancy will be assessed by a woman as desirable and planned [170, 171]. The study of

A.A. Chausov and co-authors [166] shows that the health of a newborn child is directly or indirectly influenced by the value orientations of mothers regarding the preservation, restoration and promotion of his health. The medical activity of women affecting the health of children on the care and treatment of their newborn child is quite high, but they will not strictly follow the doctor's recommendations.

When examining the characteristics of medical activity of pregnant women before and during pregnancy, the dependence of medical awareness and medical activity of patients was determined. Increasing the awareness of patients contributes to the formation of an active life position in them, an increase in their involvement in medical and preventive measures. To characterize medical activity, a point method was used with the identification of such criteria as the regularity of attendance at dispensary examinations, the frequency of refusals from hospitalization, the completeness of medical appointments, and the sources of information about the disease used. The results of the study indicate an insufficient level of medical activity of pregnant women. It is shown that as the level of awareness of women increases, there is an increase in the level of their medical activity. The revealed direct dependence of the level of medical activity before pregnancy with the level of medical activity during pregnancy indicates the need for targeted work on the formation of medical activity in patients from the moment of taking them under dispensary supervision [140].

The causes of low medical activity in adulthood are determined in childhood and adolescence. The high prevalence of risk factors among adolescents and their low medical activity were revealed in their study by V.K. Yuriev and P.G. Zhirkov [231]. Such results were observed despite the good awareness of adolescents about the negative impact on health of risk factors associated with poor diet, impaired work and rest, and the presence of antihygienic habits. Special importance is attached to the lifestyle of the teenager, when passive-entertainment types of leisure, insufficient frequency and regularity of physical education and sports, low hardening, low medical activity prevail. To remedy the situation, it is proposed in educational organizations, in particular, in schools, to introduce health diaries as a method of introducing adolescents to physical education and sports and a means of monitoring the use of formed skills in

everyday life [117]. The medical activity of young people is insufficient to preserve and promote their health. This is due to the unformed responsibility of the individual for his own health, the low level of self-preserving behavior [64, 78, 206].

The low medical activity of students is confirmed by the studies of T.N. Govyazin and co-authors [41]. According to them, students have such bad habits as drinking alcohol, smoking; students do not seek to maintain their health despite the availability and significant amount of disease prevention information. The main lifestyle problems of medical students were irrational nutrition, insufficient physical activity. The main factors determining their health, students consider medical activity and a healthy lifestyle, but young people's assessment of the role of public associations in health protection is extremely low. As leading obstacles to medical examinations, students highlight organizational problems on the part of medical institutions. The high proportion (25.5%) of students who are not ready for a voluntary medical examination without a formal incentive is also important. The most effective in motivating young people to undergo medical examinations are clarification and a personal example of family members and peers [122].

The work of M.K. Ermakova and A.V. Popova [59] shows insufficient medical activity of families in children suffering from atopic dermatitis, especially in families living in unfavorable conditions. There are quite a lot of risk factors for the formation of atopic dermatitis in children, a high risk was noted when living in apartments with high humidity, which increases the formation of fungal sensitization. In the work of E.E. Zhiltsova [110], the reasons for the low medical activity of patients with chronic dermatoses were investigated. The most common reasons for a rare visit to the doctor were the lack of need for a visit (47.1%) and a lack of free time (24.3%), as well as insufficient qualification of the doctor, according to patients (6.4%) and distrust of the doctor (5.7%).

Sources of information acquisition are of great importance [111, 115, 134, 174]. Only half of parents receive knowledge in the field of medicine from competent sources: special lectures and conversations with medical professionals, while the rest – from conversations with acquaintances and relatives, from the Internet, newspapers,

magazines, radio and television. In the event of questions about the child's health, only a third of parents regularly seek advice from medical professionals. There is also a high need for medical education. A quarter of parents believe that mandatory lighting within the "walls of the school" requires issues of preventing visual impairment, personal hygiene, more than half – issues of preventing posture impairment and issues of rational nutrition [3]. Under the influence of the media (television, press), the environment (45.4%), living conditions (36.6%) and work (26.4%) become the most significant factors affecting human health [155].

The topic of medical activity is also discussed in connection with the health of the population of older age groups and ways to improve it. One of the most important directions for improving the current medical and demographic situation, changing the system of protecting public health and medical care is to improve the organization of medical care and services for the elderly. An increase in unfavorable gradations of socio-hygienic, socio-psychological characteristics, the level of medical activity and awareness on the issues of prevention and rehabilitation, including premature aging, was noted [69, 97, 113, 187].

Low medical activity is often indicated as one of the barriers when the state tries to solve the problem of health preservation of elderly people. It is noted that there is a shift in the responsibility of the elderly population for taking care of their health from the individual level to the state; distrust of medicine; the spread of self-medication practices; low medical activity and health culture; lack of mass priority of a healthy lifestyle. Also, draws attention to the presence of bad habits; unbalanced eating and eating patterns; low physical activity combined with passive forms of leisure of representatives of the older age group [8]. However, the medical activity of elderly people is increasing, as evidenced by the increase in the number of applications to municipal health care institutions in the city of Omsk over the past 8 years from 1.2 to 1.4 million against the background of a general decrease in requests for medical care of all ages. This led to the fact that the proportion of appeals of elderly people in the city's MUZ increased from 14.8% to 18.5% [109].

Even in occupational groups, the problem of medical activity is extremely urgent. Data were obtained showing the spread of neglect of their health, both among doctors and

among middle-level medical staff, their low hygienic activity. It is emphasized that the most important parameters of health promotion are internal, such as abandoning bad habits, hardening, physical education [6, 11, 33, 36, 42, 45, 57, 70, 81, 90, 119, 136, 211].

The parameters and characteristics of socio-medical activity were proposed to be used as a criterion for the effectiveness of the activities of primary health care physicians. In the work of N. A. Artemenko [10], on the basis of Vitebsk State Medical University, a methodology was developed for accounting for factors related to medical activity as a tool for assessing the activities of a medical organization.

It is pointed out the need to purposefully increase the level of medical activity of parents, since the family carries significant reserves for the preservation and promotion of the health of schoolchildren [3]. However, the situation with the population seeking outpatient care as a manifestation of medical activity has a negative trend, since most patients demonstrate destructive behavioral strategies regarding their own health (late access to medical care, refusal of treatment or self-medication) [125, 129, 191]. The authors attribute this to negative social stereotypes regarding outpatient care and see them as barriers to high medical activity. It is proposed to purposefully form effective social stereotypes of medical activity and responsible attitude to health, including using the model of family education, since the behavioral models of the younger generation reflect the social stereotypes of the older, in particular, the attitude of parents to their health and the health of children is the content of hygienic practices, sports, attitudes to bad habits and timeliness of seeking medical care [7].

The medical activity of the population is of great importance for ensuring and improving public health, and the level of medical activity depends on many factors and determinants, including the level of general human culture, education, psychological attitudes, living and working conditions, the state of the health system, existing social relations. Knowledge of these features allows not only to predict (anticipate) the patient's health, but also to determine ways to prevent diseases [185]. The task of specialists is to form a healthy lifestyle and in particular one of its components – medical activity as the main lever of prevention [4, 8, 46, 50, 80, 83, 100, 105, 153, 175, 177, 182, 190, 194, 195, 198, 247].

Social conditions (determinants) can have a significant effect on the level of medical activity. The study by M.A. Kaneva [76] identified the main determinants that included both basic characteristics of socio-economic status, behavioral factors and attitudes to one's own health, as well as characteristics of social status, life satisfaction and financial situation. It has been shown that the level of education clearly correlates with the assessment of one's own efforts in maintaining health [28, 30]. The higher the patient's level of education, the more often he believes that a person can and should be responsible for their actions aimed at preventing illness or the effect of treatment when the disease has already arisen. It is indicated that among those with incomplete secondary education, such as only 28.6% of respondents, with secondary education, general or special, this opinion is shared by 42.9%; among respondents with higher education – 50.9%. The least optimistic are pensioners, disabled people, unemployed people, technical and service staff, as well as students and students. In the study of I.A. Dymova and A.A. Karoyan [54] out of 80 factors subjected to correlation analysis, including biomedical, social factors characterizing the lifestyle and living conditions of the family, factors of medical activity of the family, 20 leading factors determining the medical activity of the family were identified: the time and source of obtaining medical knowledge; frequency of seeking medical advice from medical professionals; regularity of performance of control moments and principles of organization of feeding, measures and rules of their implementation.

The role of education in the development of the level of medical activity is high [198]. Such results are quite consistent with the previously obtained data on the educational differentiation of health formation factors. However, other authors present alternative data on behavioural patterns associated with healthcare access. Confidence in the significance of one's own efforts to maintain health correlates with educational attainment, occupational status and self-reported income. A higher level of education is an important factor stimulating one's own efforts to maintain health, especially for men [86, 163, 196, 198, 199, 200].

It is assumed that a person's choice of medical activity strategy is determined primarily by self-reported health, social environment, availability of care, social

expectations and nature of need. If there is an adequate indication of an "abnormal" health condition requiring, in human opinion, medical intervention, then a search begins for ways and ways to meet the need in the "professional" sector of medicine [12, 14, 19, 31, 40, 55, 56, 72, 74, 79, 82, 87, 88, 91, 152, 165, 167, 191, 194, 236, 260, 264, 267].

Shmelev I.A. [224] notes that the most active were pregnant women who had higher education, among whom 91.1% attended antenatal consultations several times a year and once a year, followed by women with unfinished higher education – 81.8% and with secondary specialized education – 78.3%. Only 20% of respondents with general secondary education regularly attended antenatal counselling. The relationship of the medical activity of the observed women in relation to gynecological morbidity with the level of education was also established.

It has been established that the greatest medical activity is shown by women with higher and unfinished higher education, who are in a registered marriage, have a material income above average. Lower medical activity during pregnancy is observed in rural women, women under the age of 20 and 30 years and older, who have a general secondary or primary education, living in a civil marriage, housewives, pregnant women with children, women with lower than average material income [85, 229].

According to studies by S. E. Pokrovskaya [133], the bulk of respondents still resort to medical care in case of illness, which differs from the results of other researchers, according to which up to half of respondents with health problems do not go to health care institutions. It was emphasized that the education factor affects the frequency of self-medication ("I use popular recipes"), or ignoring the symptoms of the disease ("I do nothing, it will pass"). Among people with a low level of education, these categories are 16.7% each, while among those with secondary and higher education, 12–13% each. There was no correlation between the frequency of seeking medical care at the municipal medical institution at the place of residence and the level of education.

Parents of children born prematurely, who have higher education, are more responsible in maintaining the health of their children, in contrast to parents whose children were born on time. They more critically assess their knowledge, use better sources of information in the form of special literature and advice from specialists, more

often consult with a doctor, clarify the schedule of taking drugs and inform them about violations of the recommendations given to them. As a rule, the decision to hide information from the doctor about errors in the performance of appointments was made on the basis of a subjective idea of the insignificant effect of the errors made on the treatment results [75, 250, 256, 263].

Gender differences in the level of medical activity are shown in the work of O.A. Omarova [124]. Compared to women, men have a lower awareness of their chronic pathology. Lack of awareness of diseases tends to disorient the patient with regard to their own health and the choice of optimal behaviours. The low level of public awareness of existing diseases serves as the basis for strengthening the information activities of medical organizations among the population [131].

Age and sex are considered as social determinants of medical activity [52, 89, 155, 169, 243]. In the work of H. M. Malaev and co-authors [108], according to the data obtained, a reliable gender difference of opinion was established about the impact on the formation of health of such a factor as social stability and confidence. Men attached much more importance to this factor. Gender differences in the frequency of physician visits for chronic diseases were identified. It was found that among women 1.4 times more than among men, those who always follow the recommendations of a preventive nature (37.7% and 26.2%, respectively). According to men, they are reliably more likely than women to be prevented from fully fulfilling doctor's appointments by employment at work, lack of desire and the presence of bad habits. Half of the respondents self-medicated, while women somewhat dominated among them – 52.9% versus 47.1% in men.

Medical activity was studied not only during the period of relative health, but also during the period of illness [16, 29, 48, 49, 53, 84, 160, 161, 173, 201, 237, 240, 241, 242, 245, 259, 265]. In the event of a disease, self-medication and a wait-and-see attitude prevail in the behavior of citizens. Men are less responsible about their health. The main reasons for the low medical activity of patients are in 54.7% of cases the reasons associated with the health care system and in 45.3% of cases – with the personality of the patient himself. Among the objective reasons that depend on the health care system, the inaccessibility of medical care should be noted, does not trust

doctors and doubts their competence every fifth respondent surveyed. Reasons related to the health care system should also be called ethical problems that depend on medical professionals [37]. Subjective reasons why patients do not seek medical care occupy 45.3% in the overall structure. Basically, they are associated with a lack of time that needs to be spent to receive medical care, which echoes the violation of one of the principles of protecting the health of the population of the Russian Federation – the principle of the availability of medical care [38].

The importance of life position is confirmed in a number of works. So, in the work of O.V. Senatorova and V.A. Kuznetsova [158], it is proved that the attitude to one's health determines the life position of a person, on whose choice individual health depends. Since individual health forms public health, the most important authors consider a change in mentality and lifestyle, an active attitude to their health using healthy technologies. It is emphasized that the state needs to take into account the importance of influencing the health of citizens of socio-economic status and to improve the level of health of the population to pursue policies aimed at increasing individual opportunities for a person: education, realization in the profession and guaranteed income [161, 219, 221, 222].

The work of E. M. Kazin [126] states that the choice of life position in terms of their health, contributing to its preservation and strengthening, is directly determined by the level of human culture, the amount of knowledge and life-affirming attitudes. On the contrary, low valeological literacy and hygienic culture, lack of conscious need to take care of their health, insufficient formation of healthy lifestyle skills lead to rapid depletion of body resources, premature aging and diseases [73, 77, 93, 195, 197, 214, 252].

Of great importance in the severity of the characteristics of medical activity belongs to the family and family environment [154, 203]. The work of S.Yu. Shchetinina [227] presents the characteristics of medical activity as a component of a healthy lifestyle and a key role in introducing family and educational organizations to healthy life. Research data on the insufficient importance of a healthy lifestyle and medical activity for schoolchildren, their parents, university students are presented.

The family environment is considered as a condition or determinant of medical activity [24, 258]. Having a family and especially a family with children and/or grandchildren encourages a more attentive attitude towards one's own health and men, and especially women. In case of illness, about 77% of women surveyed with a family environment apply to a medical organization, while among single or with only a spouse – 62–65%. Among men, the corresponding proportions are 68–100% and 55–61% [133]. Having a family, children and/or grandchildren is an important factor driving one's own efforts to maintain health, especially for men.

In the work of B.A. Dashiev [47], the medical activity of children was studied in the context of the medical activity of the child's family, as the most important factor contributing to the preservation of health, which is the basis for the primary prevention of diseases, prevention of the development and progression of chronic diseases. This work shows the role of two social determinants of health: family environment and educational level. The most important importance of the medical activity of parents in terms of sanitary and hygienic literacy of its members, participation in periodic medical examinations, reasons for visiting a doctor, implementation of medical recommendations, possession and use of information on the organization of rational nutrition, lifestyle, etc. Parents who have a high educational level systematically and consistently used the possibilities of medical provision in the interests of their children.

Negative health consequences may be due to low motivation for lifestyle changes, lack of priority in relation to one's own health, low awareness of risk factors, distrustful attitude to the recommendations of the attending physician [246].

Among the social factors that could affect the medical activity of families in relation to children aged 1 to 14 years, the following were proposed: mother's age, full/incomplete family, place of residence (city, village, village, farm), income (low, medium, high, very high), mother's education (secondary, professional, higher, scientific degrees), number of children in the family, living conditions (dormitory room, communal room, separate apartment, private house) and temporary/territorial accessibility of medical care (low, medium, high and very high) [63, 94, 141, 206, 210].

In the work of I.Yu. Yurova [228], the low medical activity of rural residents is explained by the territorial inaccessibility of qualified medical care in the countryside; seasonality of agricultural works; a certain degree of distrust of treatment facilities; insufficient medical literacy of the rural population. At the same time, villagers with occupational diseases are characterized by a higher level of medical activity due to the availability of qualified treatment for them in specialized medical institutions [118]. L.V. Shamanova also points to seasonal factors in the circulation of rural residents [217]. Thus, the largest number of requests falls on the cold season – about 30%. In the summer, the number of applications decreases to 20%, which is associated with the seasonal employment of the rural population and, accordingly, with the lack of the possibility of circulation during the period of intensification of agricultural work.

There is also evidence of the impact of economic conditions on the characteristics of medical activity. Extreme poverty, and to an even greater extent high incomes, reduce the motivation to take care of health [102, 103, 133, 201, 261]. It is most rare to choose to contact medical organizations in the event of a person's illness with both the lowest and highest incomes.

One of the characteristics of medical activity is data on the time and resources allocated to maintain good physical fitness. Despite the interest in this topic, the question of which groups of the population most actively invest time in taking care of their health has not been raised before. It was found that the time spent on health care in groups of respondents with different income levels and the duration of the working week significantly varies. Working respondents have been shown to increase the duration of individual weekend health care practices, but their medical activity remains virtually unchanged [120].

Great attention is paid to lifestyle issues, factors of medical activity and attitude to medical care in old age and senile age [13, 114, 149, 159, 178, 183, 184, 192, 207, 208, 251, 262, 264, 269].

The determinants of the medical activity of Rostovites are the readiness and ability of the population to pay for medical care, the organizational effectiveness of the medical support system (the availability of medical resources adequate to the needs of the socio-

territorial community), awareness of the population about the activities of the medical support system, knowledge of their rights and obligations, medical literacy [124]. Spontaneously emerging strategies of medical activity are unable to overcome systemic anomalies of medical support due to the paradoxical and ambiguous perception of health and illness inherent in the Russian mentality, since the need to take care of health and be treated in the event of a disease is rather declarative against the background of real awareness of health as the highest value. On the other hand, the information vacuum, the unilateral introduction of formative innovations into the system of medical care, the change in the "rules of the game" in the course of the game itself lead to an increase in the distrust of Russian society towards the state and the professional sector of medicine, producing spontaneous, often ineffective and dangerous forms of medical activity [34, 152].

Medical activity factors are also considered as prognostic criteria for the development of certain diseases [104, 127, 128, 142, 146, 162, 208, 231, 233, 234, 238, 244, 249, 253, 254, 255, 268]. So, in work [2], informative risk factors for the development of bronchial asthma in young children born prematurely are highlighted. As such, lifestyle manifestations were noted (mother's sleep duration is less than 7 hours during the period of real pregnancy, mother's smoking more than 10 cigarettes a day after the birth of a child, father's smoking more than 20 cigarettes a day after the birth of a child) and behaviours related to health care access (irregular visit to a pregnant antenatal clinic in the 2nd half of pregnancy, failure to complete most appointments of an obstetrician-gynecologist in the antenatal clinic, registration in the antenatal clinic after 10 weeks of pregnancy and not attending the antenatal clinic for preventive purposes).

In recent years, attempts have been made to develop algorithms for modeling population medical activity based on the use of fuzzy inference. The direction of these studies is relevant in terms of planning the management impacts on the process of formation of medical activity and in the processes of ensuring support for decision-making on the development of medical infrastructure [51].

Summary of Chapter 1

Thus, the solution to the problem of preserving and strengthening the health of the population of older age groups of the Russian Federation is an urgent task of modern Russia, given the high public importance of this population group. Of great importance in solving this problem is medical activity as an essential element of the health of preserving behavior.

Numerous works on the analysis of the characteristics of medical activity of children, adolescents, adults, pregnant women are in most cases descriptive in nature. A complex idea of the mechanisms of formation of medical activity determines the need to take into account the entire variety of potential factors in conjunction with the internal motives of the person himself, his vital interests and priorities. Such an integrated approach can lead to a positive result in the preservation and promotion of the health of the nation in general and the population of older age groups in particular, taking into account the interdisciplinary approach to this extremely difficult task. Attempts to manage medical activity using methods generally accepted in medicine and public health without taking into account social determinants and characteristics of the socio-economic environment do not allow to obtain the desired result.

In this regard, it is extremely important to find special approaches to the problem of forming an attitude towards the health of subjects, taking into account social, economic and gender determinants. Yu.P. Lisitsyn considered social determination in medicine as knowledge about socio-economic health factors, the totality of all preemptive risk factors and the determination of healthy health [100].

Attempts to find social determinants of medical activity have been made by many researchers in terms of accounting for the value structure of the personality, level of education and family environment. However, the analysis of literature sources showed insufficient study of questions related to the role and significance of the determinants of medical activity in the population of older age groups. Obtaining such data will make it possible to more purposefully influence the processes of health formation, contribute to its preservation and strengthening.

The real work is devoted to solving this problem.

Chapter 2

RESEARCH MATERIALS AND METHODS

The study of the social determinants of medical activity of the population of older age groups was carried out in the period 2017–2021 according to the stage scheme in accordance with the purpose and objectives of this study. Study territory: Moscow and Samara.

The social determinants of medical activity of the population of older age groups acted as the subject of the study. Medical activity was understood as the most characteristic forms of activity of individuals, individual groups of the population in the field of protection, improvement of individual and public health.

The subject of the study is the characteristics of the medical activity of the population of older age groups. In this study, the following characteristics of medical activity were analyzed: responsible attitude to one's own health, behaviors related to the access to medical care, the degree of compliance with the doctor's prescriptions and recommendations, the prevalence of antihygienic habits (smoking and alcohol consumption) and hygienic habits (compliance with daily routine, morning charging, hardening).

The unit of observation is a man and a woman aged 60 and over.

The data are obtained through an anonymous questionnaire on the author-finalized questionnaire "Study of social determinants of health" (see Appendix). To achieve this goal, a study program was developed that included the following stages (Table 2.1).

The work uses a sociological method (questionnaire) when obtaining primary material and a statistical method when processing it (calculation and comparison of the reliability of differences in relative indicators). As a denominator in the calculation of indicators, a value of 100 was used (per 100 men and women in each compared group of the corresponding age), since the number of observations did not exceed 1000.

Table 2.1 – Stages and methodology for organizing a study on the study of social determinants of medical activity in the population of older age groups

Name of the stage	Research methods
Stage 1. Preparatory (determination of relevance, objectives and objectives of the study, study planning)	
Theoretical analysis of the determination of medical activity according to domestic and foreign literature	Analytical Monographic
Stage 2. Study Program Development	
Determination of study methods. Selection of observation units and formation of groups, filtering and tabular representation of data	
Stage 3. Organization and conduct of the study	
Study of the influence of educational level on the degree of responsibility for one's own health and the degree of compliance with the treatment and prevention of the population of older age groups	Sociological Statistical Analytical
Analysis of the effect of education on the prevalence of hygienic and antihygienic habits	
Analysis of the impact of the structure of life priorities on the characteristics of medical activity of the population of older age groups	
Study of the impact of life priority status "health" on the degree of responsibility for one's own health and the degree of compliance with treatment and prevention, the prevalence of hygienic and antihygienic habits	
Exploring the significance of the family environment as a determinant of health on the characteristics of medical activity	
Stage 4. Synthesis of the obtained data	
Formulation of conclusions and recommendations	Synthetic

To determine the minimum volume of the study population, to obtain results of increased accuracy with a minimum level of confidence in decision making with a

probability of 95%, a method was used to determine the required sample size for a non-repeated sample (one respondent completed the sociological study questionnaire once) (Table 2.2).

Table 2.2 – Required sample size

No.	Type of study	Desired Study Accuracy $K = \Delta/\delta$	t = 2,0 p = 0.95	t = 2,5 p = 0.98	t = 3,0 p = 0.99
1	Tentative acquaintance	0,5	15	25	36
		0,4	25	39	56
		0,3	44	69	100
2	Average Accuracy Study	0,2	100	156	225
3	Enhanced Accuracy Study	0,1	400	625	900

Therefore, to fulfill the assigned tasks, the volume of the studied sample must be at least 400 units of observations. The sample size used exceeded that required for the enhanced accuracy study, allowing the used sample to be considered as a representative population.

The study of the presence or absence, degree and direction of the influence of education as a potential social determinant of medical activity was conducted as part of a large-scale study of health and the factors of its determining population of older age groups. The data were obtained through an anonymous questionnaire on the questionnaire "Study of social determinants of health" finalized by the authors. The respondents lived in Moscow and Samara and were under the supervision of city polyclinics. Two age groups were formed in men and women (60–74 years and 75 years and older), which corresponded to the distribution adopted by the WHO by age groups. The first group of comparisons included respondents with higher or unfinished higher education. This level of education was considered high (140 men and 222 women). The second group of comparisons included

respondents with secondary or secondary special education (164 men and 362 women). A total of 888 observational units were examined, with 304 males and 584 females.

Data on priorities in the field of life interests were obtained through an anonymous questionnaire. In total, the author's questionnaire offered seven options for priorities: "Family," "Work," "Education," "Career," "Health," "Material Benefits," "Spiritual Values." The respondent had to arrange the proposed priorities in a hierarchical order according to the degree of their significance for himself/herself. By the number "one" the respondent had to mark the most significant priority for himself and then he had all the other indicated priorities in descending order. Since it was allowed to mark several priorities at the same level of significance, the sum of the specific weights of all life priorities could be more than 100 percent.

The term "leading priority" denoted a priority marked with number one, "significant priority" – a priority marked with numbers one, two and three, "not significant vital value" – a priority marked with numbers five, six and seven.

The standard or non-standard structure of life priorities was determined by the number of coincidences of the collective and individual structure by key life priorities. Since earlier gender differences in the structure of life priorities were identified in the population of older age groups, the determination of standardization was carried out separately in men and separately in women. If the number of matches is less than three, the structure was not considered standard, otherwise (the number of matches is three or more) the structure of life priorities was considered standard.

In men, such a structure was considered standard, in which the life priorities "family" and "children (grandchildren)" were located at least second place in the hierarchy. Life priority "health" was located in second, third or fourth place, "work" was located in the hierarchy from fourth to sixth place, as well as life priority "material goods." A structure in which the life priority of "spiritual values" was located no higher than sixth place in the hierarchy was also considered standard. As a result, in men in the 60–74 age group, the standard structure of life priorities was revealed in 76 people (48.7%), non-standard in 80 people (51.3%). In the age group of 75 years and older, the standard structure of life priorities is 76 people (47.8%), non-standard – 83 people (52.2%).

In women, such a structure was considered standard, in which the life priorities "family" and "children (grandchildren)" as well as in men were located at least second place in the hierarchy. Life priority "health" was located in second, third or fourth place, "work" was located in the hierarchy not higher than seventh place, as well as life priority "material goods." A structure was also considered standard, in which the life priority of "spiritual values" was placed from fourth to sixth in the hierarchy, as well as the life priority of "conscience." As a result, in women in the 60–74 age group, the standard structure of life priorities was revealed in 117 people (49.1%), non-standard in 113 people (50.9%). In the age group of 75 years and older, the standard structure of life priorities is 229 people (61.2%), non-standard – 145 people (38.8%).

A total of 919 observational units were examined, with 315 males and 604 females.

The second approach considered the degree of influence of the position of life priority "health" in the hierarchy of life priorities. Two comparison groups were formed. The first included representatives of older age groups, for whom the life priority "health" is located in the first two places in the hierarchy, that is, this life priority has a very high status. The second comparison group included representatives of older age groups who placed the life priority "health" no higher than fourth place in the hierarchy, that is, this life priority has a low status.

As a result, men in the 60–74 age group had a high status of life priority "health" in the hierarchy of life priorities in 58 people (36.2%), a low status in 102 people (63.8%). In the age group of 75 years and older, the high status of life priority "health" in the hierarchy of life priorities is 98 people (61.2%), low status is 62 people (38.8%).

In women in the 60–74 age group, a high status of life priority "health" in the hierarchy of life priorities was identified in 71 people (47.0%), a low status in 80 people (53.0%). In the age group of 75 years and older, a high status of life priority "health" in the hierarchy of life priorities was detected in 160 people (67.8%), a low status in 76 people (32.2%).

A total of 707 observational units were examined, with 320 males and 387 females.

Given such a high place in the hierarchy of life priorities of the priority "family," the third social determinant of medical activity investigated was the family environment. The inner circle was considered as a family environment, which can consist of both immediate relatives and relatives of the second or third line. It was the respondent himself who determined the presence or absence of a family environment according to his own ideas as a powerful incentive and motivating moment of medical activity.

As a result, in men in the age group of 60–74 years, 114 people (74.0%) had a family environment, 40 people (26.0%) were absent. In the age group of 75 years and older, the family environment was present in 95 people (59.4%), absent in 65 people (40.6%).

In women in the age group of 60–74 years, the family environment was present in 151 people (66.5%), 76 people were absent (33.5%). In the age group of 75 years and older, the family environment was present in 176 people (48.6%), absent in 186 people (51.4%).

A total of 903 follow-up units were examined, with 314 males and 589 females.

When analyzing the responsible attitude to your health, the respondent was asked to choose four options for answering the question "Who, in your opinion, is responsible for your health?" As options, the state or state authorities, the health care system or health care institutions and the respondent himself were provided as the most responsible subject. The fourth option provided for the ability to independently determine the subject responsible to the greatest extent for the health of the respondent.

The questionnaire included a question about the reasons for visiting medical organizations. As a sign of high medical activity, we considered such answers as "I regularly appeal, even if nothing worries, for the purpose of prevention" and "I appeal in connection with newly emerging problems, I am observed in connection with existing ones." The low level of medical activity was characterized by such answers as "I try not to apply" and "I apply only if the usual lifestyle is no longer possible." The average level of medical activity characterized the answer "I appeal if something worries."

To determine the degree of compliance of the study group with medical activities (treatment and prevention), a number of questions related to compliance with the doctor's recommendations as a whole were included in the questionnaire, and private

questions related to the regularity of visits and drug administration were included. These questions were built on a binary principle (yes/no) and did not imply detailed answers.

The study of the phenomenon of smoking studied the frequency of smoking at the moment, as well as the fact of smoking in the past. Smoking intensity (number of cigarettes smoked per day) and smoking onset age were also studied. In the absence of the fact of smoking in the present time, but the presence of smoking in the past, the age of smoking cessation was also studied.

A study of the phenomenon of drinking alcoholic beverages investigated the regularity of intake with gradations: daily or almost daily, regularly (more often 1 times a week), rarely (more often once a month, but less often than 1 times a week), very rarely (more often 1 times a year, but less often 1 times a month). Calculation of intensive indicators was carried out only on persons who drank alcoholic beverages.

In addition, the strength of alcoholic beverages was studied. Four grades of strength were identified: drinks with an ethyl alcohol content of 40% and higher (conditionally vodka), drinks with an ethyl alcohol content in the range of 21–40% (conditionally liqueurs and tinctures), drinks with an ethyl alcohol content in the range of 7–20% (conditionally wine) and drinks with an ethyl alcohol content of less than 7% (conditionally beer). The dose of one-time intake of alcoholic beverages in terms of alcohol was also studied.

In the present study, compliance with the daily routine, performing morning charging, hardening were considered as hygienic habits. Following the daily routine involved taking certain actions (lifting, eating, sleeping and others) at certain times. The questionnaire offered three options for answering the question about compliance with the daily routine. The first option provided for the observance of the daily routine in almost all cases, with the exception of illness and other insurmountable life circumstances. That is, the fulfillment of the daily routine with such an opportunity was the natural state of a given person. The second version of the answer assumed that a person had a desire to comply with the daily routine, but he did not always succeed. And the third version of the answer assumed the lack of desire for a person to comply with the daily routine.

The next hygienic habit in relation to which the prevalence analysis was carried out was the performance of morning charging. Three answer options were offered in the survey. The first option involved regular exercise in the morning or at any other convenient time (it was precisely at the time of the exercise that the "hard" binding was not carried out, they could be performed at any time of the day, therefore, the term "morning" was not a mandatory characteristic). The second version of the answer indicated periodic performance, while the third version of the answer suggested a negative attitude towards the performance of physical exercises. Such answers were also to the question of attitude to hardening procedures (contrast shower, pouring cold water, "walrus").

Unlike previously conducted studies, whose task was to describe a set of risk factors, the purpose of the present study was to study the dependencies between determinants as global features and characteristics of medical activity of the population of older age groups.

The stepwise nature of the mathematical processing of the obtained results included: justification of the comparability of the study groups, the choice of the method of processing the results, statistical analysis of the obtained material and computer processing using a package of standard programs.

The work used generally accepted statistical methods for determining averages, standard deviation, variances. Taking into account the deviation from the normal nature of the distribution of the studied random variable, the validity of the differences was determined using a non-parametric χ^2 test. Differences with a 95% probability of negating the "null hypothesis" were considered reliable. The resulting function values were compared with standard table values for two-sided distribution. Relationships were evaluated using a standard correlation analysis (correlation coefficient calculation, direction and difference from zero, Cheddock score).

Chapter 3

EDUCATION AS A SOCIAL DETERMINANT OF MEDICAL ACTIVITY IN THE POPULATION OF OLDER AGE GROUPS

3.1 Impact of the education level of the older age group population on the prevalence of responsible attitudes towards their health

A responsible attitude to one's health is one of the important components of the health of preserving behavior and medical activity. The recognition of basic responsibility for one's health behind one's own must determine a certain life position and lifestyle characterized by high medical activity. The passive position is expressed in the transfer of the main responsibility to third parties. In this case, coercive measures should become relevant and only effective, as ways to motivate a person to maintain and improve his health [135, 137].

The influence of education on the model of human behavior can determine, among other things, the high degree of responsibility for one's own health. It can be assumed that more educated people, better understanding the basic social principles, should be more responsible for their behavior and actions, which, as a result, is expressed as a responsible attitude towards their own health. If the hypothesis expressed is correct, then education can be considered as a positive determinant of health in relation to this component of behavior for the population of older age groups [198].

According to the present study, the proportion of men with a lower level of education, and who believe that they are responsible for their health, amounted to 66 ± 5.6 per 100 respondents. The findings are consistent with those for this age group as a whole. However, the distribution of men by level of education (Table 3.1) revealed the presence of some difference in indicators confirming the previously expressed hypothesis.

Table 3.1 – Proportion of the population of older age groups with different levels of education who consider themselves responsible for their health (per 100 men surveyed in each age group)

Age group	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Men			
60–74 years	71 ± 5,1	66 ± 5,6	> 0,05
75 years and older	62 ± 5,0	60 ± 6,3	> 0,05
Women			
60–74 years	77 ± 4,3	72 ± 4,0	> 0,05
75 years and older	66 ± 4,2	64 ± 3,1	> 0,05

Thus, men with a higher level of education had a higher proportion who consider themselves responsible for their health. However, no significant differences were observed at the evidence level. In the oldest age group of men, the differences were extremely insignificant. It is noteworthy that higher rates of variability of the studied trait in the subgroup of men with a lower level of education. This indicates that there is a greater diversity of opinion among them, whereas in the subgroup of men with a high level of education, the opinion on this issue is more consolidated.

Men of the 60–74 age group with a lower level of education in the protection of their own health are more hoping for the state and state authorities (24 versus 16 per 100 respondents, respectively), and men with a higher level of education for the health care system and health care institutions (13 versus 8 per 100 respondents, respectively). In the oldest age group, the described patterns remain, but it should be noted the large proportion of doubters in the subgroup of men with a high level of education (8 per 100 men surveyed) [164].

In women with a high level of education, the proportion of those who consider themselves responsible for their health was slightly higher (Table 3.1), but the differences were also unreliable. Women of the 60–74 age group with a lower level of education in the protection of their own health are more hopeful about the health care system and

health care institutions (14 versus 5, respectively, per 100 respondents). The degree of trust in public bodies in women with different levels of education did not differ.

Thus, the level of education in a certain way affects the prevalence of a responsible attitude to their health of the population of older age groups. In men and women with a high level of education, the greater proportion of respondents considers themselves responsible for their health, but the frequency of such an opinion decreases with age. Those surveyed in the 60–74 age group with a low level of education as a responsible subject for their health are more popular with the state and public authorities, relative to those with a high level of education, for whom the health care system is more popular. There are no differences in the oldest age group.

A sufficiently high degree of responsibility allows planning measures to preserve and promote the health of the population of older age groups on the basis of cooperation between the efforts of the person himself and the institutions of the health care system and the state. However, consideration should be given to the growing desire to shift the main burden of responsibility for one's health to public authorities and health institutions [164].

3.2 Effect of the education level of the older age group population on behaviours associated with health care access

Effective interaction with the health care system is a significant condition for the preservation and promotion of human health. This is especially important for older age groups, since prevention, both primary and secondary, as well as high-quality treatment of the identified pathology is a necessary condition for ensuring a high level of health for representatives of these age groups [198].

Differences in self-reported health indicators of the population of older age groups identified in earlier studies [194] with different levels of education may be due to a whole set of factors. Since at the moment there is no full-fledged theory explaining such differences, the scientific search for potential factors and the determination of their role and degree of influence on the resulting variable – the state of health becomes relevant.

The questionnaire for the population of older age groups included the question of reasons for visiting medical organizations. As signs of high medical activity, we considered such response options as "I regularly appeal, even if nothing worries, for the purpose of prevention" and "I appeal in connection with newly emerging problems, I am observed in connection with existing ones" (active behavior model). The low level of medical activity was characterized by such answers as "I try not to apply" and "I apply only if the usual lifestyle is no longer possible" (passive behavior model). The average level of medical activity characterized the answer "I appeal if something worries" (reactive behavior model) [29].

Analysis of differences in behavioural patterns related to care access in men with different levels of education showed that no significant differences were observed in the 60–74 age group. In the age group of 75 years and older, men with a low level of education were more likely to adhere to a reactive behavior model in which treatment occurred only in the presence of disturbing circumstances (48 ± 5.9 with a low level of education and 27 ± 5.2 with a high level of education per 100 men surveyed). Accordingly, among men with a high level of education, there were more those who adhered to an active behavior model ($p < 0.05$).

A summary of the prevalence of behaviours in relation to reasons for seeking medical care for men with different levels of education is presented in Table 3.2.

Table 3.2 – Prevalence of behavioural patterns in relation to reasons for seeking medical care of men with different levels of education (per 100 men surveyed in each age group and corresponding level of education)

Model behavior	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	$36 \pm 2,5$	$32 \pm 2,4$	$> 0,05$
Reactive	$40 \pm 2,6$	$42 \pm 2,6$	$> 0,05$
Active	$24 \pm 1,9$	$25 \pm 2,0$	$> 0,05$
Age group 75 years and older			
Passive	$12 \pm 0,9$	$10 \pm 0,8$	$> 0,05$
Reactive	$27 \pm 2,1$	$48 \pm 2,8$	$< 0,05$
Active	$62 \pm 2,9$	$42 \pm 2,4$	$< 0,05$

For women, the reactive behavior model was more frequently observed in women with lower educational attainment in all age groups studied (Table 3.3). A passive pattern of behavior was equally often recorded regardless of their level of education. The active behavior model was more often recorded in the group of women with a high level of education, however, in the age group, the reliability of the differences did not reach critical values, while in the older age group the differences were significant ($p < 0.05$).

Table 3.3 – Prevalence of behavioural patterns in relation to reasons for seeking medical care of women with different levels of education (per 100 women surveyed in each age group and corresponding level of education)

Model behavior	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	35 ± 2,5	25 ± 2,0	> 0,05
Reactive	35 ± 2,5	48 ± 2,9	< 0,05
Active	31 ± 2,3	27 ± 2,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Passive	10 ± 0,9	11 ± 0,9	> 0,05
Reactive	35 ± 2,5	47 ± 2,8	< 0,05
Active	54 ± 3,1	42 ± 2,5	< 0,05

The study showed that a high educational level contributes to a change in behavior towards a greater prevalence of active behavior in relation to reasons for seeking medical care. These patterns are observed regardless of sex and are more pronounced in the age group of 75 years and older. Men and women with low levels of education are more likely to choose a reactive type of behavior when seeking medical care comes after health problems arise. The frequency of the passive behavior model does not depend on the level of education and is more often recorded in the age group of 60–74 years [29].

Thus, there were no significant sex differences in the characteristics of medical activity among the studied contingents of the older age groups. The most common form of behavior regardless of gender was reactive type, where seeking medical attention was a consequence of health problems. This form of behavior is most common in patients with a low level of education. A high level of medical activity, regardless of gender, is more characteristic of representatives of the age group 75 years and older with a high educational status. The increase in the specific gravity of respondents who have a high level of medical activity in the age group of 75 years and older occurs by reducing the specific gravity of respondents who have a low level of physical activity in the age group of 60–74 years [29].

The findings define differentiated approaches to ensuring the timeliness of seeking medical care. It is advisable for a population with a high educational status to use methods of information and education, and for a population with a low educational status, methods of persuasion and even coercion, as well as monitoring the timing of preventive examinations.

3.3 Effect of education level on the degree of compliance of the population older age groups

An analysis of the influence of educational level on the prevalence of behaviours regarding physician prescribing in older men (Table 3.4) showed that there are no differences in the 60–74 age group, while in the 75-year-old age group and above, due to an increase in compliance, a higher gradient of increase in specific gravity is observed in men with a lower level of education.

However, it should be noted that among the surveyed men of the age group 75 years and older with a high level of education, there are no those who deliberately did not fulfill the doctor's appointments. Among men of this age with a lower level of education, there are only 3 per 100 respondents ($p < 0.05$). Men with a higher level of education are more likely to perform doctor's appointments only in some cases [30].

Table 3.4 – Prevalence of behaviours regarding physician prescribing in men of older age groups with different educational level (per 100 men surveyed in each age group and respective educational level)

Making Assignments doctor	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	43 ± 2,7	42 ± 2,5	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	40 ± 2,6	46 ± 2,6	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	8 ± 0,8	6 ± 0,5	> 0,05
Did not respond	9 ± 0,9	6 ± 0,5	> 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	53 ± 3,1	69 ± 3,2	< 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	40 ± 2,5	25 ± 2,0	< 0,05
Do not perform doctor's appointments	0	3 ± 0,4	< 0,05
Did not respond	7 ± 0,6	3 ± 0,4	< 0,05

It is logical to assume that they may need more information about the need to comply with appointments and recommendations in full, whereas men with lower levels of education more often do not require additional clarification. If you summarize these two behavior models, then there are no differences between subgroups with different levels of education. A greater proportion of non-responders, i.e. doubters, is also observed in the group of men with a high level of education regardless of age.

An analysis of the effect of educational attainment on the prevalence of behaviours in relation to physician prescribing in women of older age groups (Table 3.5) showed that

educational attainment has no effect on the prevalence of behaviours in relation to physician prescribing. The only thing that can be noted is that more educated women in the age group of 75 years and older are reliably more likely to doubt the answer to this question. This proves the importance for them of the amount of information necessary to make a decision on the implementation of doctor's appointments [30].

Table 3.5 – Prevalence of behaviours regarding physician prescribing in women of older age groups with different educational level (per 100 women surveyed in each age group and respective educational level)

Making Assignments doctor	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	56 ± 3,2	56 ± 3,2	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	35 ± 2,2	37 ± 2,8	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	7 ± 0,6	5 ± 0,5	> 0,05
Did not respond	2 ± 0,1	2 ± 0,2	> 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform the appointment of a doctor	65 ± 3,2	68 ± 3,4	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	32 ± 2,2	30 ± 2,5	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	2 ± 0,1	1 ± 0,1	> 0,05
Did not respond	1 ± 0,1	1 ± 0,1	< 0,05

Thus, women of older age groups were more compliant than men with regard to the fulfillment of doctor's appointments, they more often performed them carefully and in full. In older age groups, the degree of compliance is higher in both men and women. The level of education affects the patterns of behavior in relation to the performance of

doctor's appointments only in men in the age group of 75 years and older and does not affect in the age group of 60–74 years. In women, no significant influence was detected in both age groups. Men and women with higher levels of education are more likely to perform doctor's appointments only in some cases. A greater proportion of non-responders, that is, doubters, is also observed in the group of men and women with a high level of education, regardless of age [30].

An analysis of the dependence of the level of education of men and the degree of compliance with respect to the administration of drugs prescribed by a doctor showed no such association in the age group of 60–74 years. Only half of the surveyed men of the older age groups, regardless of the level of education, comply with the schedule of taking drugs. With regard to the regularity of medical visits, less educated men were more responsible, but the differences did not reach the critical values of the denial of the "zero" hypothesis ($p > 0.05$).

In the age group of 75 years and older, men with a lower level of education were less likely to follow medical prescriptions in terms of drug intake and regularity of visits to a medical organization. The differences in this case were reliable. The regimen of taking drugs was 77 ± 4.3 per 100 men surveyed with a low level of education and 60 ± 6.3 per 100 men surveyed with a high level of education. Observed the regularity of visits of 80 ± 4.2 per 100 surveyed men with a low level of education and 57 ± 6.4 per 100 surveyed men with a high level of education.

There were no such patterns in women. The differences in this case were random in nature and the degree of compliance did not depend on the level of education. In the age group of 60–74 years, 69 ± 4.1 per 100 women with a low level of education and 62 ± 4.9 per 100 women with a high level of education were observed. Observed the regularity of visits of 62 ± 4.3 per 100 surveyed women with a low level of education and 67 ± 4.8 per 100 surveyed women with a high level of education.

In the age group of 75 years and older, differences were also random in nature and the degree of compliance did not depend on the level of education. We observed a drug regimen of 83 ± 2.5 per 100 surveyed women with a low level of education and 84 ± 3.4 per 100 surveyed women with a high level of education. Observed the

regularity of visits 78 ± 2.7 per 100 surveyed women with a low level of education and 72 ± 3.9 per 100 surveyed women with a high level of education.

Thus, the results of answers to private questions regarding the degree of compliance confirmed the earlier conclusions about a greater degree of compliance of women of older age groups compared to men. The thesis of increasing the degree of compliance with increasing age, both men and women, and the thesis of the effect of educational level on the degree of compliance only in men in the age group of 75 years and older were also confirmed. The large proportion of doubting men and women with a high level of education, regardless of age, requires a more attentive attitude towards them in terms of providing additional information about the need and importance of compliance with doctor's appointments [30].

3.4 Dependence of the frequency of smoking and alcohol consumption by the population older age groups from educational level

Smoking is a characteristic form of antihygienic behavior and the level of education, as a factor affecting behavior, can influence the prevalence of this phenomenon [198]. To test this hypothesis, a comparative study was conducted on the frequency of smoking in groups of men and women with different levels of education.

The prevalence characteristics of smoking among men of older age groups with different levels of education are presented in Table 3.6.

There were no significant differences in the compared groups (different educational level) for any of the indicators, but it should be noted that men with a high educational level were less likely to try smoking and more likely to quit this habit. They also smoked less often not systematically, but "from time to time." Such patterns were characteristic of the age group of 60–74 years and for the age group of 75 years and older. As a result, among men in the 60–74 age group with a high level of education, 72.5% do not currently smoke, while in men with a low level of education they are 71.8%.

In the age group of 75 years and older, there were even more men who did not smoke. So, among men with a high level of education, 81.6% do not currently smoke, and among men with a low level of education – 78.6%.

As a reserve for reducing the prevalence of smoking, one can consider people who do not smoke constantly and there are more of them among men with a low level of education.

Table 3.6 – Characteristics of smoking prevalence among men of older age groups with different educational level (per 100 men surveyed in each age group and corresponding educational level)

Smoking frequency	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	40 ± 2,6	39 ± 2,9	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	8 ± 0,7	13 ± 1,1	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	25 ± 1,9	20 ± 1,9	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	8 ± 0,7	11 ± 1,0	> 0,05
I smoke systematically	15 ± 1,3	13 ± 1,1	> 0,05
Did not respond	4 ± 0,3	4 ± 0,3	> 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	40 ± 2,5	41 ± 3,0	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	8 ± 0,7	11 ± 1,1	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	33 ± 2,0	27 ± 2,0	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	5 ± 0,4	10 ± 1,0	> 0,05
I smoke systematically	8 ± 0,7	8 ± 0,7	> 0,05
Did not respond	6 ± 0,5	3 ± 0,2	> 0,05

The median age of smoking initiation in the high-educational 60–74 age group of men was 17.3 years, which is not different from the age of smoking initiation in lower-educational men of 17.5 years. In the age group of 75 years and older, the differences in the age of smoking onset are more significant, but do not reach the level of denial of the "zero hypothesis" (18.7 years in men with a high level of education and 19.9 years in men with a lower educational status). The age at which men quit smoking differed in subgroups with different educational status. In the age group of 60–74 years, men with a low level of education (at 48–50 years old) previously quit smoking, while in the group of men of the same age with a high level of education at 53–55 years old. However, in the age group of 75 years and older, the opposite situation was observed. Males with a high level of education quit smoking at 48–50 and males with a lower level of education at 55–57.

The number of cigarettes smoked per day by men aged 60–74 years is 10.6 cigarettes for those with a lower level of education and 15.3 for those with a higher level of education. In the older age group, the difference was smaller: the number of cigarettes smoked per day for those with a high level of education was 11.3 cigarettes per day, and for those with a lower level of education it was 9.3 cigarettes per day. Consequently, the persistence of the smoking habit and its intensity are higher in men with higher or unfinished higher education. The data are shown in Figure 3.1.

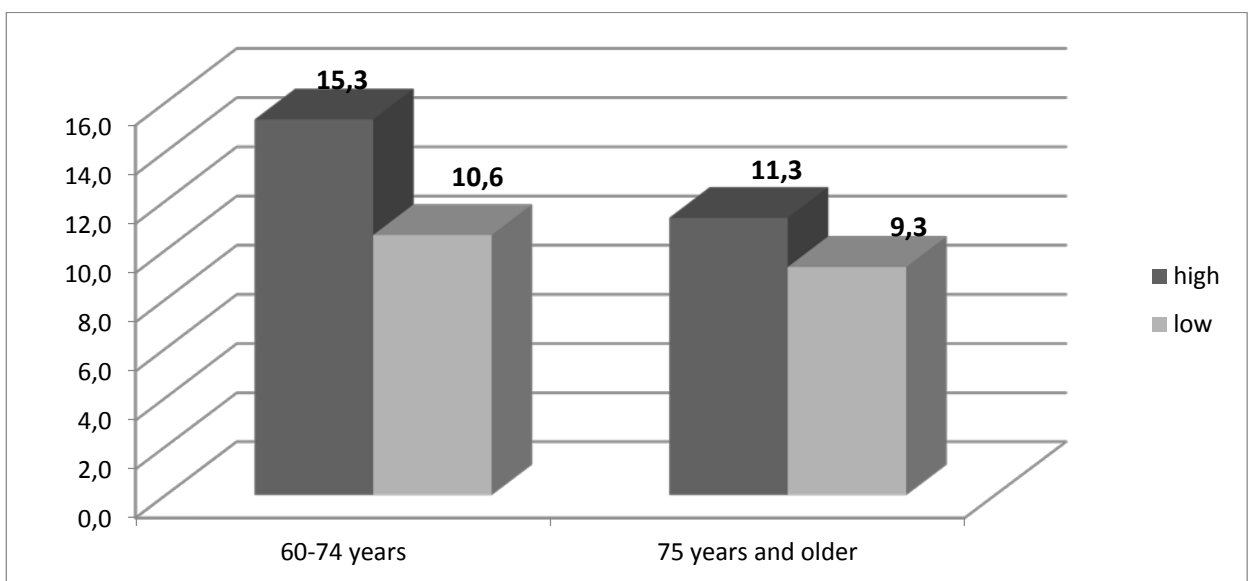


Figure 3.1 – Average number of cigarettes smoked per day by men of older age groups with different levels of education (average number of cigarettes smoked per day)

The prevalence characteristics of smoking among women of older age groups with different levels of education are presented in Table 3.7.

Table 3.7 – Characteristics of smoking prevalence among women of older age groups with different educational level (per 100 women surveyed in each age group and respective educational level)

Smoking frequency	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	67 ± 3,5	65 ± 3,4	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	8 ± 0,7	10 ± 1,0	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	7 ± 0,6	12 ± 1,1	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	3 ± 0,2	5 ± 0,4	> 0,05
I smoke systematically	8 ± 0,7	6 ± 0,5	> 0,05
Did not respond	7 ± 0,6	2 ± 0,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	78 ± 2,9	80 ± 3,0	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	9 ± 0,5	7 ± 0,5	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	6 ± 0,3	4 ± 0,3	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	0	2 ± 0,1	> 0,05
I smoke systematically	2 ± 0,1	1 ± 0,1	> 0,05
Did not respond	5 ± 0,2	6 ± 0,4	> 0,05

Among women of older age groups, as well as among men, no significant differences in the compared groups (different educational level) were achieved by any of the indicators. The majority of women in the 60–74 age group, regardless of educational level, did not smoke – 83.2% in the group of women with a high level of education and 86.5% in the group of women with a low level of education. In the age group of 75 years and older, there were even more women who did not smoke. Thus, 92.2% of women with a high level of education and 91.5% of women with a low level of education did not smoke by the time of the survey. As well as in men, as a reserve for reducing the prevalence of smoking, one can consider persons who do not smoke constantly and are more so among women with a low level of education.

The median smoking onset age of women in the 60–74 year age group with a high educational level was 23.1 years, which is not different from the smoking initiation age of women with a lower educational level of 22.3 years. In the age group of 75 years and older, no differences were also detected. The age of smoking initiation was independent of educational attainment – 19.0 years in women with high educational attainment and 19.2 years in women with lower educational attainment. However, the onset of smoking occurs at an age when education has not yet been obtained and, associated with this, a certain stereotype of behavior has not yet been formed. A more important indicator is the age at which women quit smoking. So, in the age group 60–74 years old, women with a low level of education (at 43–45 years old) used to quit smoking, while in the group of women of the same age with a high level of education at 47–49 years old. The same patterns were observed for men.

The number of cigarettes smoked by women aged 60–74 per day is 13.4 cigarettes for those with a lower level of education and 10.3 for those with a higher level of education. In the older age group, the difference was smaller: the number of cigarettes smoked per day for those with a high level of education was 14.7 cigarettes per day, and for those with a lower level of education it was 10.0 cigarettes per day. Consequently, the persistence of the smoking habit and its intensity are higher in women with higher or unfinished higher education, but only in the age group of 75 years and older. The data are presented in Figure 3.2.

Thus, there were no significant differences in the compared groups (different educational level) in men and women according to any of the indicators characterizing the attitude to smoking, however, it should be noted that men with a high educational level were less likely to try smoking and more often quit this habit, while women did not have such patterns. Smoking rates were higher in the 60–74 age group and independent of educational attainment. Among those with lower levels of education, there are more of those who do not smoke constantly and they can be considered as a reserve for reducing the prevalence of smoking in the population of older age groups. The intensity of smoking (the number of cigarettes smoked per day) was higher among men with a high level of education. Among women, this pattern was observed only in the older age group, while in the 60–74 age group, the opposite situation was observed.

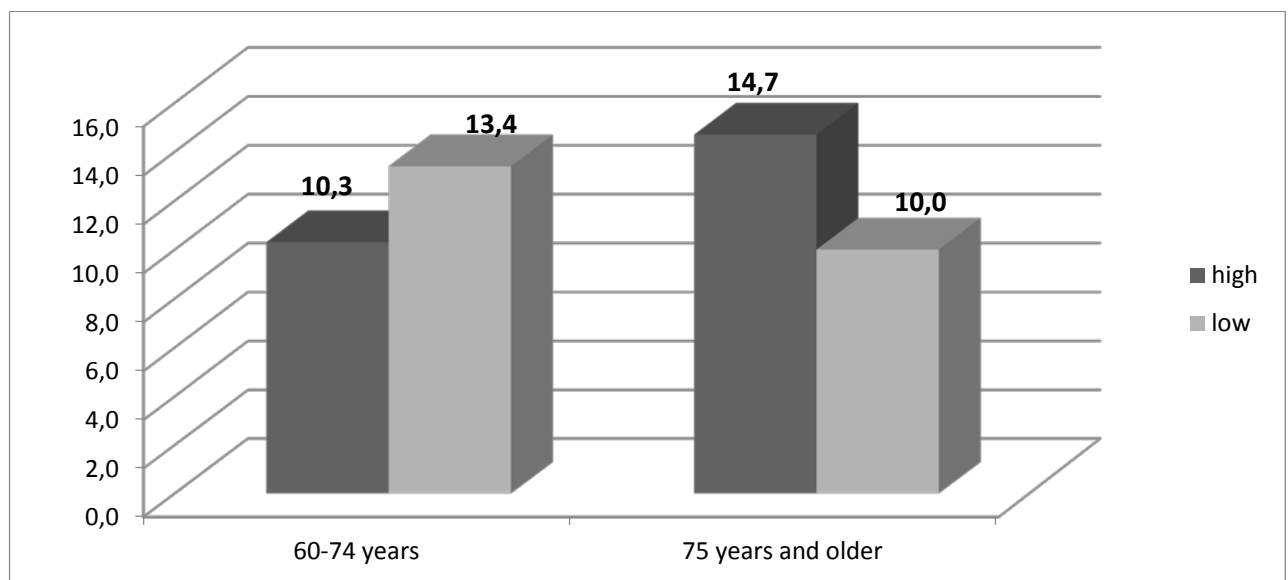


Figure 3.2 – Average number of cigarettes smoked per day by women of older age groups with different levels of education (average number of cigarettes smoked per day)

The findings suggest that there are no unambiguous relationships between educational attainment and smoking frequency and intensity among those in the older age group. Since a minority of respondents smoke, the phenomena observed among smokers in relation to the intensity of smoking may indicate differences in the groups of smokers and non-smokers. However, the influence of the level of education in this case is not traced.

Analysis of the prevalence of alcohol consumption revealed similar patterns [198]. Thus, in the age group of 60–74 years, the daily use of alcoholic beverages was significantly more often observed in the group of men with a high level of education (6 among men with a high level of education versus 1 per 100 respondents among men with a lower level of education, $p < 0.05$) (Table 3.8). Twice as often, men with a high level of education regularly consumed alcoholic beverages at a frequency of 2–3 times a week (15 among men with a high level of education versus 7 per 100 surveyed among men with a lower level of education) ($p < 0.05$). There were more non-drinkers among men with lower levels of education, however no significant differences were observed in this case.

Table 3.8 – Prevalence characteristics of alcohol use among men of older age groups with different levels of education (per 100 men surveyed in each age group)

Frequency of alcohol use	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	$6 \pm 0,5$	$1 \pm 0,1$	$< 0,05$
Regularly (more often than 1 times a week)	$15 \pm 1,3$	$7 \pm 0,5$	$< 0,05$
Rare (2–3 times a month)	$28 \pm 2,2$	$35 \pm 2,5$	$> 0,05$
Sometimes (2–3 times a year)	$23 \pm 1,9$	$18 \pm 1,6$	$> 0,05$
I do not use	$28 \pm 2,2$	$37 \pm 2,6$	$> 0,05$
Did not respond	0	$2 \pm 0,1$	$> 0,05$
Age group 75 years and older			
I use almost daily	$5 \pm 0,3$	$2 \pm 0,1$	$> 0,05$
Regularly (more often than 1 times a week)	$5 \pm 0,3$	$2 \pm 0,1$	$> 0,05$
Rare (2–3 times a month)	$23 \pm 1,5$	$19 \pm 1,7$	$> 0,05$
Sometimes (2–3 times a year)	$28 \pm 1,9$	$15 \pm 1,4$	$> 0,05$
I do not use	$37 \pm 2,7$	$57 \pm 3,5$	$< 0,05$
Did not respond	$2 \pm 0,1$	$5 \pm 0,3$	$< 0,05$

In the age group of 75 years and older, the described patterns remain, however, the degree of difference becomes smaller and significant differences are observed only in relation to the specific weight of non-drinkers (37 among men with a high level of education versus 57 per 100 respondents among men with a lower level of education). Twice as likely men with a high level of education consumed alcoholic beverages on a daily basis (5 among men with a high level of education versus 2 per 100 surveyed among men with a lower level of education), as well as on a regular basis (2–3 times a week) (5 among men with a high level of education versus 2 per 100 respondents among men with a lower level of education), however, due to small values, the reliability of the differences was not revealed.

Figure 3.3 presents data on the specific gravity of men with different levels of education drinking alcoholic beverages with different levels of ethyl alcohol in the age group of 60–74 years.

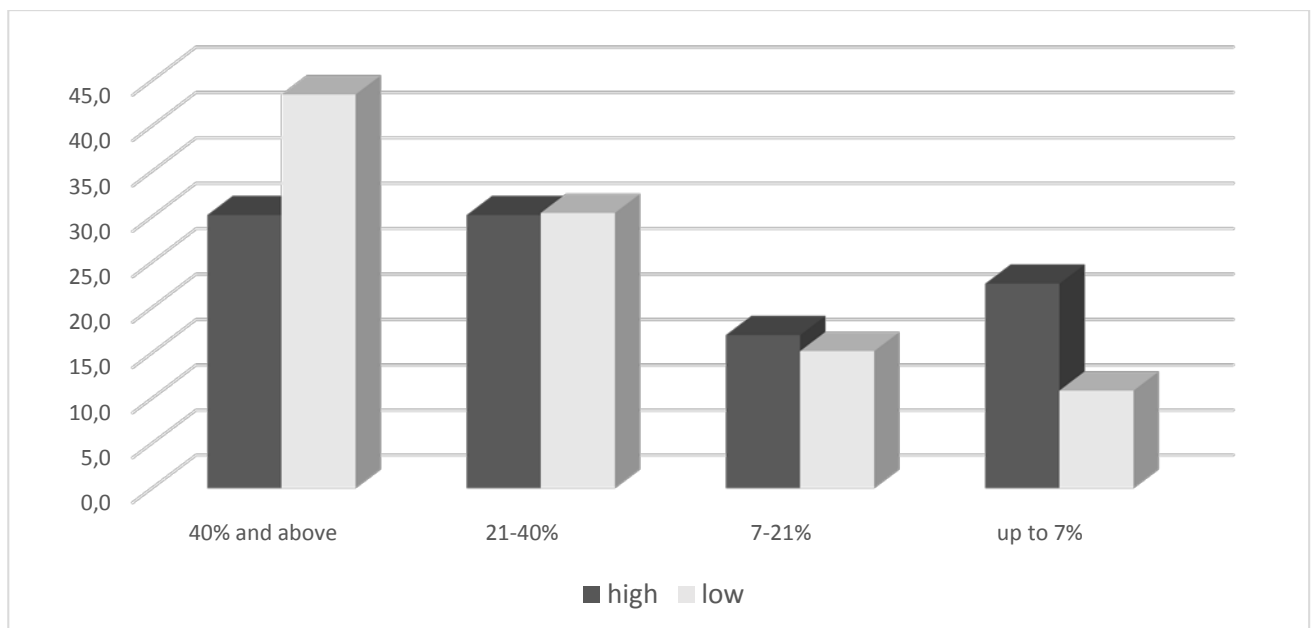


Figure 3.3 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group of 60–74 years with different level of education (per 100 surveyed men in the age group of 60–74 years, drinking alcoholic beverages with the appropriate level of education)

It follows from the presented data that despite the lower frequency of alcoholic beverages among men in the age group of 60–74 years with a lower level of education, they prefer drinks with a higher content of ethyl alcohol (40% and above). If among men with a high level of education there are only 30 per 100 respondents, then among men with a lower level of education – 44 per 100 respondents. For beverages with an ethyl alcohol content in the range of 21–40%, preferences were independent of the level of education, as well as for beverages with a lower ethyl alcohol content. However, low-alcohol drinks were more preferred by men with a high level of education in the 60–74 age group.

The described patterns are generally valid for the age group of 75 years and older (Figure 3.4).

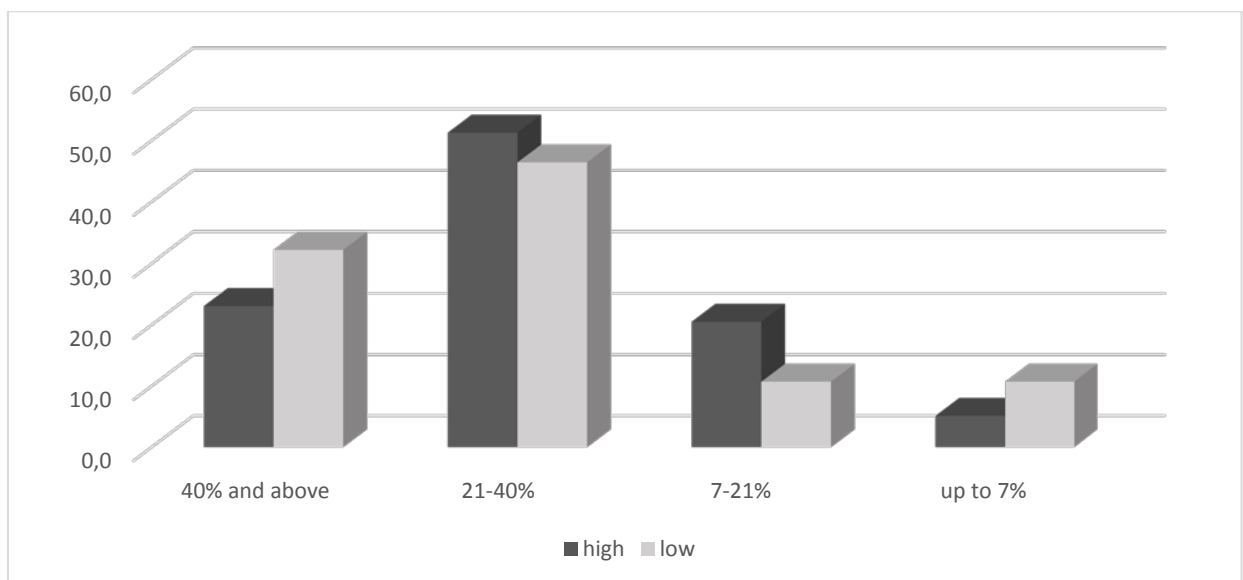


Figure 3.4 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 75 years and older with different level of education (per 100 surveyed men in the age group 75 years and older, drinking alcoholic beverages with the appropriate level of education)

Differences were observed in relation to addiction to low-alcohol drinks. If the proportion of men with a lower level of education who prefer them has remained (compared to the age group of 60–74 years), then in men with a high level of education,

the proportion of those who prefer alcoholic beverages with an ethyl alcohol content of 7% or less has decreased four times. It should also be noted an increase in the specific gravity of those who prefer alcoholic beverages with an ethyl alcohol content in the range of 21–40% and this did not depend on the level of education.

Along with the frequency of alcoholic beverages, the dose of alcohol taken during one dose is also of great importance. Thus, a higher frequency of admissions in men with a high level of education, compared with men with a lower level of education, is combined with lower doses. The minimum dose (less than 20 g of pure alcohol) is taken by a fifth of men aged 60–74 years with a high level of education. This dose corresponds to less than 50 ml of vodka (recalculated). Large doses of alcohol (from 100 g to 200 g, that is, from 250 to 500 ml of vodka) at one time take three times more men with a lower level of education than among men with a high educational status (Table 3.9).

Table 3.9 – Alcohol dose (in terms of pure alcohol) taken at one time among men of older age groups with different level of education (per 100 men surveyed in each age group)

Dose of alcohol taken at one time	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Less than 20g	22 ± 1,8	11 ± 1,0	< 0,05
More than 20 but less than 50g	28 ± 2,1	32 ± 2,9	> 0,05
More than 50 but less than 100g	36 ± 2,6	28 ± 2,4	> 0,05
More than 100 but less than 200g	10 ± 0,9	28 ± 2,4	< 0,05
More than 200 g	4 ± 0,2	1 ± 0,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Less than 20g	6 ± 0,4	8 ± 0,7	> 0,05
More than 20 but less than 50g	37 ± 2,5	42 ± 3,5	> 0,05
More than 50 but less than 100g	40 ± 2,7	25 ± 2,5	< 0,05
More than 100 but less than 200g	17 ± 1,5	21 ± 2,1	> 0,05
More than 200 g	0	4 ± 0,3	

In the age group of 75 years and older, with a decrease in the number of drinkers, primarily due to users in small doses, the specific gravity of those who consume 50 to 100 g at a time increased (from 125 to 250 ml of vodka in terms of conversion). There were no significant differences in this age group in alcohol dose volume between men of different educational levels.

Consequently, despite the rather low prevalence of frequent alcohol consumption among men of older age groups, men with a high level of education more often use it on a daily and regular basis. One in five men aged 60–74 years consume alcoholic beverages more than once a week, and half of those surveyed consume alcoholic beverages at least 1 times a week. Only a quarter of men surveyed with a high level of education do not drink alcoholic beverages at all, while among men with a lower level of education, such men are a third of those surveyed. In the age group of 75 years and older, the described patterns remain: a third of the surveyed men (33 per 100 respondents) with a high level of education consume alcoholic beverages more than once a week, while among men with a lower level of education there are only less than a quarter (24 per 100 respondents).

Men who prefer strong alcoholic beverages are more likely to have a lower level of education, whereas low alcoholic beverages are preferred by men with a high level of education. With an increase in age, preferences shift towards a decrease in the strength of the drink and alcohol with an ethyl alcohol content in the range of 21–40% becomes the most popular. The popularity of low-alcohol drinks is also declining among men with a high level of education. The dose taken once of alcohol is higher in men with a lower level of education, however, in the older age group, significant differences are no longer detected.

The number of cigarettes smoked per day and the regularity of alcohol intake are higher in men with a high level of education, however, among women such a pattern in relation to smoking was observed only in the older age group, while in the 60–74 age group the opposite situation was observed. The analysis confirmed this (Table 3.10). In the 60–74 age group, women with a high level of education were less likely to consume alcoholic beverages on a daily and regular basis, with about half not allowing them at

all (45 per 100 respondents). Among women with lower levels of education, there were significantly fewer. Twice as often, women with a high level of education regularly consumed alcoholic beverages at a frequency of 2–3 times a week (3 among women with a high level of education versus 7 per 100 respondents among women with a lower level of education) ($p < 0.05$). As a result, regular consumption of alcoholic beverages by women with a high level of education was observed in 17 out of 100 women surveyed, in women with a lower level of education in 31 out of 100 respondents.

Table 3.10 – Prevalence characteristics of alcohol use among women of older age groups with different levels of education (per 100 women surveyed in each age group)

Frequency of alcohol use	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	1 ± 0,1	0	
Regularly (more often than 1 times a week)	3 ± 0,2	7 ± 0,5	< 0,05
Rare (2–3 times a month)	13 ± 0,8	24 ± 2,0	< 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	35 ± 2,6	29 ± 2,3	> 0,05
I do not use	45 ± 3,4	39 ± 3,3	< 0,05
Did not respond	3 ± 0,2	1 ± 0,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
I use almost daily	2 ± 0,1	0	
Regularly (more often than 1 times a week)	1 ± 0,1	2 ± 0,1	< 0,05
Rare (2–3 times a month)	9 ± 0,7	4 ± 0,2	< 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	24 ± 1,9	15 ± 0,9	< 0,05
I do not use	60 ± 3,8	74 ± 2,8	< 0,05
Did not respond	4 ± 0,3	5 ± 0,4	> 0,05

In the age group of 75 years and older, women with a high level of education remained more addicted to drinking alcoholic beverages. So, in the regular mode, it was accepted by 12 out of 100 surveyed women with a high level of education and only 6 out of 100 surveyed women with a lower level of education. Such changes can be explained by an increase in the specific gravity of women who refused to drink alcoholic beverages in this age group with a low educational status, since three quarters of the surveyed women (74 out of 100 respondents) did not drink alcoholic beverages at all, while in the group of women with a high level of education only 60 out of 100 respondents adhered to this behavior model.

Figure 3.5 presents data on the specific gravity of women with different levels of education drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the 60–74 age group.

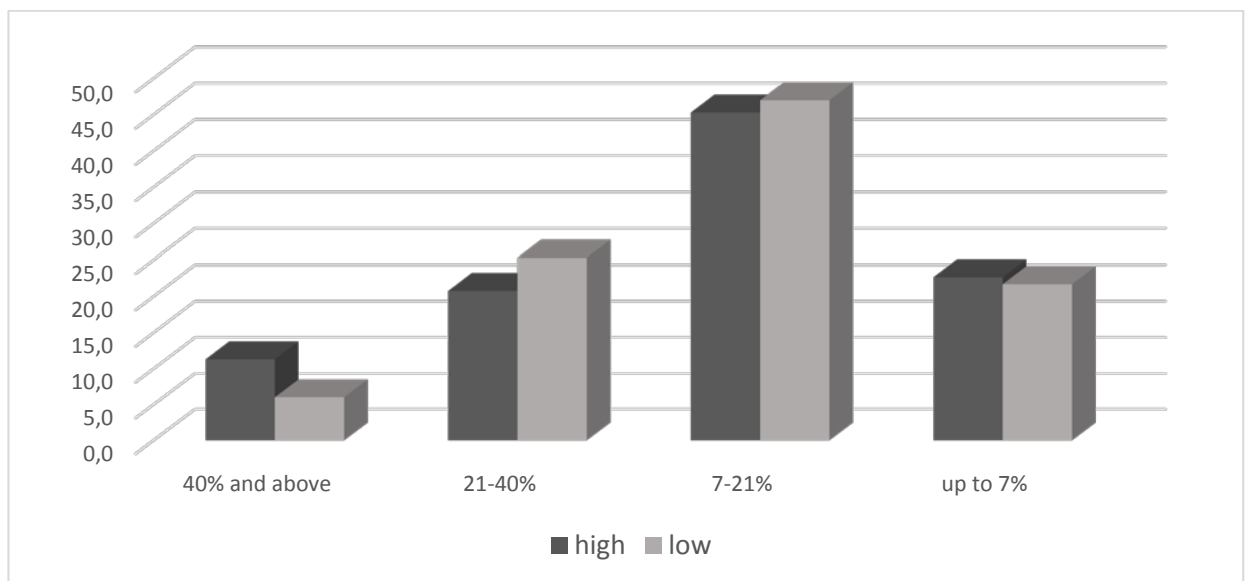


Figure 3.5 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group of 60–74 years with different level of education (per 100 women surveyed in the age group of 60–74 years, drinking alcoholic beverages with the appropriate level of education)

Further studies have shown that women in the 60–74 age group with a high level of education are not only more likely to regularly drink alcoholic beverages, but are

more likely to prefer stronger drinks. Every tenth woman of this subgroup (11 out of 100 surveyed women with a high level of education) drinks with a mass share of ethyl alcohol of 40% and higher, while in the subgroup of women with a lower level of education there are significantly fewer of them – 6 out of 100 respondents. There were no significant differences in relation to alcoholic beverages of another strength.

In the age group of 75 years and older, there were no significant differences in the frequency of preference for drinks with different mass proportions of ethyl alcohol content (Figure 3.6). In general, the proportion of women prone to drinking strong alcoholic beverages is several times less than in relation to men.

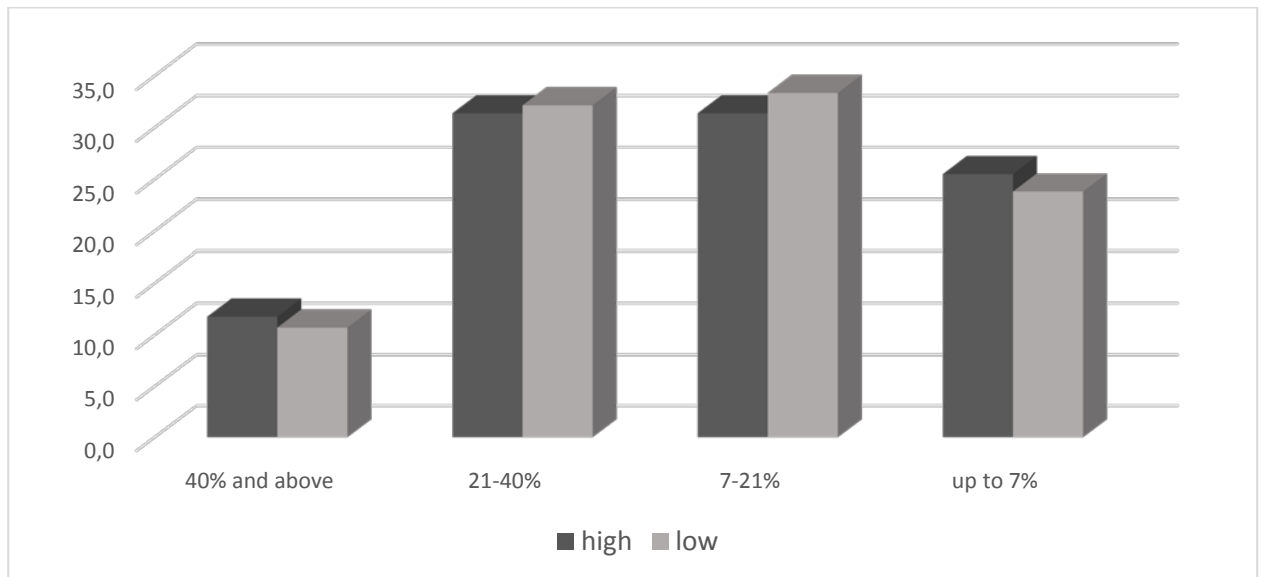


Figure 3.6 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 75 years and older with different level of education (per 100 women surveyed in the age group 75 years and older, drinking alcoholic beverages with the appropriate level of education)

Analysis of the dose of alcohol taken during one dose showed that no significant differences were observed in both age groups in women (Table 3.11). Regardless of education level, the majority of women in the 60–74 age group consumed less than 50 grams of pure alcohol per appointment (63 and 57 out of 100 women surveyed with

high and lower education levels, respectively), and in the 75 and over age group 80 and 79 out of 100 women surveyed with high and lower education levels, respectively.

Table 3.11 – Alcohol dose (in terms of pure alcohol) taken at one time among women of older age groups with different level of education (per 100 women surveyed in each age group)

Dose of alcohol taken at one time	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Less than 20g	31 ± 2,3	28 ± 2,2	> 0,05
More than 20 but less than 50g	31 ± 2,3	29 ± 2,2	> 0,05
Dose of alcohol taken at one time	High level of education	Low level of education	Validity of differences
More than 50 but less than 100g	29 ± 2,1	21 ± 1,6	> 0,05
More than 100 but less than 200g	6 ± 0,5	19 ± 1,5	< 0,05
More than 200 g	2 ± 0,1	3 ± 0,2	> 0,05
Age group 75 years and older			
Less than 20g	38 ± 2,5	48 ± 2,9	> 0,05
More than 20 but less than 50g	43 ± 2,7	31 ± 2,2	< 0,05
More than 50 but less than 100g	10 ± 0,7	12 ± 0,9	> 0,05
More than 100 but less than 200g	10 ± 0,7	8 ± 0,6	> 0,05
More than 200 g	0	1 ± 0,1	

Consequently, in the age group of 60–74 years, women with a high level of education have a greater addiction to regular consumption of alcoholic beverages, whereas in the age group of 75 years and older, the opposite situation is observed. However, along with regular drinkers of alcoholic beverages, there is a high proportion of non-drinkers among women with a high level of education, suggesting heterogeneity of the study group. More homogeneous is a group of women with lower levels of education, in which the decline in the number of regular users occurs at the expense of those who refuse to drink alcoholic beverages. Women in the 60–74 age group with a

high level of education are not only more likely to regularly drink alcoholic beverages, but are also more likely to prefer stronger drinks (11 versus 6 out of 100 women surveyed with a high and lower level of education, respectively). There were no differences in the amount of alcohol dose (in terms of pure alcohol) taken at a time among women of older age groups with different levels of education.

3.5 Effect of education level on frequency of hygiene habits in the population of older age groups

Along with antihygienic habits, the main of which is smoking and alcohol consumption, the spread of hygiene habits is of great importance in assessing medical activity. In the present study, compliance with the daily routine, performing morning charging, hardening were considered as hygienic habits.

Compliance with the daily routine (rise, food, sleep at a certain time) is not in itself directly related to medical activity, but indicates a person's responsible and interested attitude to his behavior. The questionnaire offered three options for answering the question about compliance with the daily routine. The first option provided for the observance of the daily routine in almost all cases, with the exception of illness and other insurmountable life circumstances. That is, the fulfillment of the daily routine, if possible, was the natural state of a given person. The second version of the answer assumed that a person had a desire to comply with the daily routine, but this did not always work out even if possible. And the third version of the answer assumed the lack of desire for a person to comply with the daily routine.

Table 3.12 presents data on the attitude towards compliance with the daily routine among men of older age groups with different levels of education.

In the age group of 60–74 years, men with a high level of education try to follow the daily routine more often, but no reliable differences were recorded ($p > 0.05$). The proportion of those who did not follow the daily routine was higher in the group of men with a lower level of education. A third of the respondents, regardless of the level of education, tried to adhere to the daily routine, but they did not always succeed. In the

75-year-old age group and above, there was no relationship between adherence to routine and educational attainment ($p > 0.05$). Regardless of the level of education, almost half of the men surveyed tried to comply with the daily routine, a fifth did not comply with it, a third always or almost always adhered to the daily routine.

Table 3.12 – Attitudes towards compliance among men of older age groups with different levels of education (per 100 men surveyed in each age group)

Compliance with the daily routine	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I try to observe it	34 ± 2,8	27 ± 2,4	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	38 ± 2,9	35 ± 2,9	> 0,05
I do not comply	26 ± 2,3	37 ± 3,0	> 0,05
Age group 75 years and older			
I try to observe it	32 ± 2,6	28 ± 2,4	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	45 ± 3,5	46 ± 3,6	> 0,05
I do not comply	22 ± 2,2	23 ± 2,1	> 0,05

Table 3.13 presents data on the attitude towards compliance with the daily routine among women of older age groups with different levels of education.

In women in the 60–74 age group, as well as in men, the frequency of compliance with the daily routine does not depend on the level of education ($p > 0.05$). A third of the surveyed women of this age group try to comply with it, and another third try, but they do not always succeed. Accordingly, the rest do not comply with the daily routine. There are slightly more of them in the group of women with a high level of education, but no significant differences were found (28 versus 22 per 100 women with a high and lower level of education, respectively) ($p > 0.05$).

Table 3.13 – Attitudes towards compliance among women of older age groups with different levels of education (per 100 women surveyed in each age group)

Compliance with the daily routine	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I try to observe it	33 ± 2,4	3 ± 0,2	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	39 ± 2,6	47 ± 3,2	> 0,05
I do not comply	28 ± 2,1	22 ± 1,5	> 0,05
Age group 75 years and older			
I try to observe it	47 ± 3,1	32 ± 2,3	< 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	39 ± 2,6	50 ± 3,4	< 0,05
I do not comply	13 ± 0,8	16 ± 0,9	> 0,05

Gender differences were observed in the age group of 75 years and older. If in men there was no dependence between adherence to the daily routine and the level of education ($p > 0.05$), then women with a high level of education were significantly more likely to comply with the daily routine (47 versus 32 per 100 women with a high and lower level of education, respectively, $p < 0.05$). The proportion of those who did not follow the daily routine was higher in the group of women with a lower level of education.

Thus, a third of the surveyed women and men of the older age groups try to comply with the daily routine regardless of the level of education. Only among women aged 75 years and older with a high level of education, the proportion of those observing the daily routine is significantly higher than in women with a lower educational status. In the older age group, most of the respondents, regardless of gender, try to follow the daily routine.

The next hygienic habit in relation to which the prevalence analysis was carried out was the performance of morning charging. Three answer options were offered in the survey. The first option involved regular exercise in the morning or at any other convenient time (it was precisely at the time of the exercise that the "hard" binding was not carried out,

they could be performed at any time of the day, therefore, the term "morning" was not a mandatory characteristic). The second response option indicated periodic performance, while the third response option suggested a negative attitude towards regular exercise.

In contrast to the attitude to the daily routine, the influence of the level of education on the frequency of performing morning gymnastics in representatives of older age groups is more pronounced. Thus, in the age group of 60–74 years, men with a high level of education are almost three times more likely to regularly do morning gymnastics (15 versus 6 per 100 men with a high and lower level of education, respectively, $p < 0.05$). A similar situation is observed in the age group of 75 years and older. It should be noted that the proportion of men who regularly do morning gymnastics among men aged 75 years and older with a high level of education even slightly increased compared to men aged 60–74 years, while among men with a lower level of education the proportion of such men decreased. Only a third of men with a high level of education in the age group of 75 years and older do not do morning gymnastics (33 per 100 respondents), and among men with a lower level of education there are almost half of them (48 per 100 respondents).

Table 3.14 presents data on the attitude to the performance of morning gymnastics among women of older age groups with different levels of education.

Table 3.14 – Attitude to the performance of morning gymnastics among women of older age groups with a different level of education (per 100 women surveyed in each age group)

Performing morning gymnastics	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, for me it is a necessity	15 ± 1,9	7 ± 0,6	< 0,05
Sometimes I do	38 ± 2,5	47 ± 2,4	> 0,05
Not doing	46 ± 3,0	46 ± 2,4	> 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, for me it is a necessity	14 ± 1,8	8 ± 0,7	< 0,05
Sometimes I do	39 ± 2,4	34 ± 2,0	> 0,05
Not doing	44 ± 2,9	56 ± 2,8	< 0,05

Like men, women with a high level of education were more likely to perform morning gymnastics on a regular basis, regardless of age [164]. Thus, in the age group of 60–74 years, women with a high level of education are twice as likely to regularly do morning gymnastics (15 versus 7 per 100 women with a high and lower level of education, respectively, $p < 0.05$). A similar situation is observed in the age group of 75 years and older. The proportion of women who regularly do morning gymnastics among women aged 75 and over remained unchanged. Women in the age group 75 years and older with a lower level of education (56 per 100 respondents) are more likely to refuse to perform morning gymnastics.

Thus, regardless of gender, persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform morning gymnastics on an ongoing basis, and the proportion of those who do not perform it is highest among men and women with a lower level of education.

Table 3.15 presents data on the attitude to the performance of hardening procedures among men of older age groups with different levels of education.

Table 3.15 – Attitudes to hardening procedures among men of older age groups with different levels of education (per 100 men surveyed in each age group)

Execution of curing procedures	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, regularly	15 ± 0,9	6 ± 0,4	< 0,05
Periodically	26 ± 1,5	28 ± 2,4	> 0,05
Not performing	56 ± 3,5	63 ± 2,6	> 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, regularly	7 ± 0,6	2 ± 0,1	< 0,05
Periodically	18 ± 1,0	11 ± 0,8	> 0,05
Not performing	73 ± 2,5	86 ± 0,9	< 0,05

As in relation to performing morning gymnastics, men with a high level of education more often perform hardening procedures in all age groups. Such procedures are regularly performed by 15 out of 100 surveyed men with a high level of education aged 60–74 years and only 6 out of 100 surveyed men with a low level of education of the same age. The specific gravity of periodically performing hardening procedures does not depend on the level of formation.

In the age group of 75 years and older, the described patterns persist in terms of the greater specific gravity of those who regularly perform hardening procedures (7 out of 100 surveyed men with a high level of education versus 2 out of 100 surveyed men with a lower level of education). If in the age group of 60–74 years the proportion of men who periodically perform hardening procedures was the same, then in the age group of 75 years and older, men with a high level of education were 1.8 times more likely to periodically perform hardening procedures (18 out of 100 men surveyed with a high level of education versus 11 out of 100 men surveyed with a lower level of education).

Table 3.16 presents data on the attitude to the performance of hardening procedures among women of older age groups with different levels of education.

Table 3.16 – Relation to the performance of hardening procedures among women of older age groups with a different level of education (per 100 women surveyed in each age group)

Execution of quenching procedures	High level of education	Low level of education	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, regularly	5 ± 0,3	3 ± 0,2	< 0,05
Periodically	21 ± 1,7	22 ± 1,8	> 0,05
Not performing	74 ± 2,5	75 ± 2,6	> 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, regularly	6 ± 0,4	1 ± 0,1	< 0,05
Periodically	14 ± 0,9	12 ± 0,8	> 0,05
Not performing	79 ± 1,8	86 ± 1,7	< 0,05

When analyzing the attitude to the performance of hardening procedures among women of older age groups with different levels of education, gender differences were not revealed. As well as in men, regular performance of hardening procedures was more often recorded in women with a high level of education both in the age group of 60–74 years and in the age group of 75 years and older ($p < 0.05$). The largest difference was observed in the age group of 75 years and older (6 out of 100 women surveyed with a high level of education versus 1 out of 100 women surveyed with a lower level of education).

Thus, regardless of gender, persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform hardening procedures on an ongoing basis, and the proportion of those who do not perform them is highest among men and women with a lower level of education.

Summary of Chapter 3

The level of education affects the prevalence of a responsible attitude to their health of the population of older age groups. In men and women with a high level of education, the greater proportion of respondents considers themselves responsible for their health, but the frequency of such an opinion decreases with age. The surveyed age group of 60–74 years old with a low level of education as a responsible subject for their health is more popular with the state and state bodies.

The most common form of behavior in patients with low educational attainment in relation to health care calls regardless of gender was reactive type, when seeking health care was as a consequence of the occurrence of health problems.

There were no significant differences in the compared groups (different educational level) in men and women according to any of the indicators characterizing the attitude to smoking, however, it should be noted that men with a high educational level were less likely to try smoking and more often quit this habit, while women did not have such patterns. Among those with lower levels of education, there are more of those who do not smoke constantly and they can be considered as a reserve for reducing the prevalence of smoking in the population of older age groups. The intensity of

smoking (the number of cigarettes smoked per day) was higher among men with a high level of education. Among women, this pattern was observed only in the older age group, while in the 60–74 age group, the opposite situation was observed.

Despite the rather low prevalence of frequent alcohol consumption among men of older age groups, men with a high level of education more often use it on a daily and regular basis. Only a quarter of men surveyed with a high level of education do not drink alcoholic beverages at all, while among men with a lower level of education, such men are a third of those surveyed. Along with regular drinkers of alcoholic beverages, women with high educational attainment have a high proportion of non-drinkers, suggesting heterogeneity of the study group. More homogenous is a group of women with lower levels of education, in which a decrease in the number of regular users occurs at the expense of those who refuse to drink alcoholic beverages.

A third of the surveyed women and men of the older age groups try to comply with the daily routine regardless of the level of education. Regardless of gender, persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform morning gymnastics and hardening procedures on an ongoing basis, and the proportion of those who do not perform it is highest among men and women with a lower level of education.

Chapter 4

LIFE PRIORITIES AS A SOCIAL DETERMINANT OF MEDICAL ACTIVITY IN THE POPULATION OF OLDER AGE GROUPS

According to the available ideas, the determinants of health, both social and economic, exercise their health effects not directly, but indirectly, through the effects of other subordinate risk factors. The most common point of application of social determinants of health is a person's lifestyle. However, a lifestyle is a category that is not defined by biological constants, but is formed and changed throughout a person's life. This situation allows us to consider the lifestyle and the factors that shape it as an object of influence, by changing which positive shifts in public health can be achieved.

Lifestyle effects can be carried out through life priorities as the basic basis for human behavior. Health management in the broad sense of this term is impossible without taking into account the peculiarities of a person's behavior, without understanding the structure of his incentive moments – life priorities. Despite the obvious importance of life priorities as such, as well as their structure, research on life interests and priorities is few and far between. Thus, the works [192, 194, 196, 197] give a full description of the life priorities of the population of older age groups (60 years and older) in the context of age groups and gender differences. In this work, it is shown that the family priority was most often indicated as the leading priority in the age group of 60 years and older (43 per 100 respondents). The next most important priority was "health" (48 per 100 respondents). The priority "work" as the second most important life priority was designated as a significant priority in 20 out of 100 respondents.

The dependence of health indicators on the structure of life priorities has been proven. Thus, a high place in the hierarchy of life priorities of work in men and women is combined with lower rates of chronic non-communicable diseases (82 versus 112 per 100 examined in men and 134 versus 229 per 100 examined in women) and higher self-reported health scores (4.08 ± 0.07 versus 3.74 ± 0.08 in men and 3.78 ± 0.09 versus 3.62 ± 0.09 in women).

There were no more detailed studies of the structure of life priorities in the population of older age groups. Also, the impact of life priorities on behavioral responses, including on medical activity, has never been investigated. In accordance with the purpose and objectives of this study, an analytical study of this issue was carried out in accordance with the methodology described in the second chapter.

4.1 Impact of the structure of life priorities of the older population age groups on the prevalence of responsible attitudes to your health

A study of the influence of the level of education on the prevalence of a responsible attitude to their health of the population of older age groups confirmed the presence of such an influence in the age group of 60–74 years, while in the oldest age group there were no evidence differences [135, 137]. When studying the fact and degree of influence of life priorities, a comparative study of the prevalence of responsible attitude in groups with a standard and non-standard structure of life priorities was carried out. When determining the standard or non-standard structure of life priorities, data from previously performed studies were used [192, 194, 196, 197].

Regardless of age and structure of life priorities, most men surveyed place primary responsibility for their health (Table 4.1). In the 60–74 age group, in men with a standard life priority structure, 68 out of 100 respondents are of this opinion, as often as men with a non-standard life priority structure (69 out of 100 surveyed men aged 60–74 years). In this case, no statistically significant differences were detected ($p > 0.05$).

Table 4.1 – Proportion of men with different structures of life priorities who consider themselves responsible for their health (per 100 men surveyed in each age group)

Age group	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
60–74 years	68 ± 5	69 ± 5	> 0,05
75 years and older	55 ± 4	68 ± 3	< 0,05
Validity of differences	< 0,05	> 0,05	–

In the age group of 75 years and older, the proportion of men who consider themselves responsible for their health remains at the same level in the subgroup of men with a non-standard structure of life priorities, while in the subgroup of men with a standard structure of life priorities, the popularity of this opinion decreases to 55 per 100 surveyed men of this subgroup.

Consequently, as age increases, the specific gravity of men in a responsible position decreases, but only in those who have a standard structure of life priorities, while in a subgroup of men with a non-standard structure of life priorities, the specific gravity remains unchanged when age increases. In general, the definition of a person responsible for their own health in men in the 60–74 age group does not differ depending on the structure of life priorities. One in five hopes for the state, one in ten for the health care system. The decrease in the specific gravity of men aged 75 years and older, who assume primary responsibility for their health, occurs by increasing the importance of the health care system as a responsible entity from 11 out of 100 respondents aged 60–74 years to 20 out of 100 respondents aged 75 years and older.

The use of tetrachoric analysis methods confirmed the findings. The value of the association coefficient in the age group of men 75 years and older reaches 0.25, and the value of $\chi^2 - 2.5$; HR – 0.82. The data obtained do not allow us to consider the impact of the structure of life priorities on the degree of responsible attitude towards one's health as significant.

The second stage of the analysis was to determine the significance of the place of life priority "health" in the hierarchy of life priorities. Two comparison groups were formed. The first included men for whom the life priority "health" is located in the first two places in the hierarchy, that is, this life priority has a very high status. The second group of comparison included men who placed the life priority "health" no higher than the fourth place in the hierarchy, that is, this life priority has a low status.

In the 60–74 age group, the place of "health" priority in the hierarchy of life priorities was irrelevant to the degree of awareness of their primary responsibility for their health, whereas in the 75 and older age group, men who had "health" priority in low positions were less likely to consider themselves responsible for their health (Table 4.2).

The data obtained were also confirmed by the results of tetrachoric analysis. The association coefficient is 0.49; the χ^2 value is 10.67; HR – 1.45 ($p < 0.05$).

Consequently, a decrease in the importance of life priority "health" in men of the age group 75 years and older is accompanied by a decrease in the degree of responsibility for their health. In this case, responsibility is transferred to the state and a third of the respondents (30 out of 100 respondents) consider it the state responsible for its own health.

Table 4.2 – Proportion of men with different importance of life priority "health" who consider themselves responsible for their health (per 100 men surveyed in each age group)

Age group	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
60–74 years	68 ± 5	65 ± 5	> 0,05
75 years and older	68 ± 5	47 ± 3	< 0,05
Validity of differences	> 0,05	< 0,05	–

Regardless of age and structure of life priorities, the majority of women surveyed, as well as men, place primary responsibility for their health (Table 4.3). In the 60–74 age group, the structure of life priorities does not affect the proportion of women who consider themselves responsible for their health (74 versus 73 out of 100 surveyed women aged 60–74 years with a standard and non-standard structure of life priorities, respectively) ($p > 0.05$).

Table 4.3 – Proportion of women with different structures of life priorities who consider themselves responsible for their health (per 100 women surveyed in each age group)

Age group	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
60–74 years	74 ± 5	73 ± 5	> 0,05
75 years and older	56 ± 3	69 ± 3	< 0,05
Validity of differences	< 0,05	> 0,05	–

The obtained specific gravity data regarding women of the age group 60–74 years are slightly more than for men, which indicates a slightly greater responsibility of women for their state of health.

In the age group of 75 years and older in women with a non-standard structure of life priorities, the proportion of women who consider themselves responsible for their health remains at the same level, which is also consistent with the results obtained for men. In the subgroup of women with a standard structure of life priorities, the popularity of this opinion decreases to 56 per 100 women surveyed in this subgroup.

Consequently, with increasing age, the specific gravity of women, as well as men in a responsible position, decreases, but only in those who have a standard structure of life priorities, while in a subgroup of women with a non-standard structure of life priorities, the specific gravity remains unchanged when increasing age. As in men, in women, the definition of the person responsible for their own health in the 60–74 age group does not differ depending on the structure of life priorities. Those who hold the state responsible among women are less than among men. Only 15 out of 100 respondents believe that it is the state that is responsible for its health, and the health care system is responsible for no more than 6 out of 100 respondents. The reduction in the specific gravity of women aged 75 years and older who assume primary responsibility for their health comes at the expense of increasing the importance of the health care system as a responsible entity.

The use of tetrachoric analysis methods confirmed the findings. The value of the association coefficient in the age group of men 75 years and older reaches 0.28, and the value of $\chi^2 - 7.11$; HR – 1.24, ($p < 0.05$). The data obtained do not allow us to consider the impact of the structure of life priorities on the degree of responsible attitude to their health of representatives of older age groups significant.

In the second stage of the analysis, the significance of the place of life priority "health" in the hierarchy of life priorities in women was determined. As with men, two comparison groups were formed. The first included women for whom the life priority "health" is located in the first two places in the hierarchy, that is, this life priority has a very high status. The second comparison group included women who placed the life

priority "health" no higher than the fourth place in the hierarchy, that is, this life priority has a low status.

If in men in the 60–74 age group, the place of life priority "health" in the hierarchy of life priorities did not matter to the degree of awareness of their primary responsibility for their health, then in women it did (Table 4.4). Women were generally more responsible for their health than men and the high status of life priority "health" increased the proportion of women holding a responsible position from 70 to 82 per 100 women surveyed in the 60–74 age group. In the age group of 75 years and older, women who had priority "health" in low positions less often considered themselves responsible for their health, but no reliable difference was revealed ($p > 0.05$). The data obtained were also confirmed by the results of tetrachoric analysis.

Table 4.4 – Proportion of women with different importance of life priority "health" who consider themselves responsible for their health (per 100 women surveyed in each age group)

Age group	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
60–74 years	82 ± 3	70 ± 4	< 0,05
75 years and older	63 ± 4	57 ± 3	> 0,05
Validity of differences	< 0,05	< 0,05	–

Consequently, the reduction in the importance of life priority "health" in women in the 60–74 age group is accompanied by a decrease in the degree of responsibility for their health, however, the gradient of fall is higher among women with a high status of life priority "health." In the age group of 75 years and older, the proportion of women responsible for their health is lower, regardless of the place of life priority "health" in the hierarchy of life priorities. Like men, responsibility, in this case, is transferred to the state.

Thus, regardless of gender, with increasing age, the share of those occupying a responsible position decreases, but only in those who have a standard structure of life priorities, while among representatives of older age groups with a non-standard

structure of life priorities, the share of increasing age remains unchanged. In the 60–74 age group, the structure of life priorities has no impact on the determination of the person responsible for their own health. Among men, there are more those who hope for the state and the health care system. The reduction in the specific gravity of men and women aged 75 years and older who assume primary responsibility for their health comes at the expense of increasing the importance of the health care system.

The data obtained do not allow the full use of methods of influencing the structure of life priorities in order to increase the specific gravity of those who considers himself responsible for his health and requires cooperation between the efforts of the person himself and the institutions of the health system and the state, especially considering the growing desire to shift the main burden of responsibility for one's health to public authorities and health institutions [136].

4.2 Impact of the structure of life priorities of the older population age groups on patterns of behavior associated with turnover for medical help

Behavioural patterns associated with the health care-seeking population of older age groups are most often characterized by a reactive type of behaviour where seeking health care was a consequence of health problems. It has previously been shown (see chapter 3) that the highest prevalence of this form of behavior is observed in people with a low level of education, regardless of gender. Behaviours related to health care access are detailed in the second chapter.

Analysis of differences in behavioural patterns associated with healthcare access in men with different patterns of life priorities showed that in the 60–74 age group, the pattern of life priorities has no effect on the prevalence of reactive behavioural patterns. A summary of the prevalence of behaviours in relation to the reasons for seeking medical care for men with different patterns of life priorities is presented in Table 4.5. A third of all men surveyed are of the opinion that the best form of behavior is treatment only when the usual lifestyle becomes impossible. In the age group of 75 years and older, the proportion of men holding this opinion decreases. A more pronounced

decrease is observed in a subgroup of men with a non-standard structure of life priorities. If among men with a standard structure of life priorities, the decrease was 2.3 times, then among men with a non-standard structure of life priorities by 6.8 times. The data obtained correspond with the data on the recognition of responsibility for their health. Since men with a standard structure of life priorities have a more pronounced desire to shift responsibility for their health to the state and the health care system, the passive model of behavior and self-elimination from the decision to seek medical care is more characteristic of them (Table 4.5).

The decrease in the prevalence of the passive behavior model occurs due to an increase in adherents of the active behavior model. It should be noted that the followers of this model among men with a standard structure of life priorities are a minority in the age group of 60–74 years (16 per 100 men of the corresponding age surveyed), while among men with a non-standard structure of life priorities there are twice as many (31 per 100 men surveyed) ($p < 0.05$). In the age group of 75 years and older, the emphasis shifts towards increasing the prevalence of the active behavior model.

Table 4.5 – Prevalence of behaviours for reasons to seek care among men with different life priority patterns (per 100 men surveyed in each age group and corresponding life priority patterns)

Fashion studies	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	3 ± 1	33 ± 2	< 0,05
Reactive	53 ± 3	33 ± 2	< 0,05
Active	16 ± 2	31 ± 2	< 0,05
Age group 75 years and older			
Passive	13 ± 1	5 ± 1	< 0,05
Reactive	36 ± 3	42 ± 3	> 0,05
Active	49 ± 4	52 ± 3	> 0,05

Therefore, an active behavior model in relation to reasons for seeking medical care in men is more characteristic of persons with a non-standard structure of life priorities, regardless of age group. In men with a standard structure of life priorities, a reactive behavior model prevails. As age increases, the prevalence of active behavior patterns increases by reducing the prevalence of reactive and more passive behavior patterns.

Table 4.6 summarizes the prevalence of behaviours in relation to reasons for seeking medical care among men with different importance of life priority "health."

Table 4.6 – Prevalence of behaviours in relation to reasons for seeking medical care among men with different importance of life priority "health" (per 100 men surveyed in each age group and corresponding structure of life priorities)

Model behavior	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	33 ± 3	34 ± 3	> 0,05
Reactive	46 ± 4	35 ± 3	< 0,05
Active	18 ± 1	30 ± 2	< 0,05
Age group 75 years and older			
Passive	4 ± 1	15 ± 1	< 0,05
Reactive	42 ± 3	37 ± 3	> 0,05
Active	54 ± 4	49 ± 4	> 0,05

In men in the 60–74 age group with a high status of life priority "health," the most common is a reactive behavior model. About half of the men surveyed adhere to this model. A third prefer a passive model and only one in six men of a given age group (18 out of 100 respondents) adheres to an active behavior model in relation to seeking medical care.

In men in the 60–74 year old age group with low "health" life priority status, the active model is more common by reducing the popularity of the reactive behavior model. The frequency of occurrence of the passive model is independent of the place in the hierarchy of life priorities of the value of "health."

In the age group of 75 years and older, the most common is an active behavior model. Almost half of all men surveyed, regardless of place in the hierarchy of life priority "health," adhere to this behavior model. Significant differences are observed in relation to the prevalence of the passive behavior pattern, which is more characteristic of men of this age group with a low status of life priority "health" ($p < 0.05$).

Therefore, the high status of life priority "health" determines the greater prevalence of the reactive behavior model and the greater gradient of the increase in the specific gravity of those adhering to the active behavior model.

The study showed that in women, the reactive behavior model was more common in women with lower levels of education in all age groups studied. A passive pattern of behavior was equally frequently recorded in women regardless of their level of education. An active pattern of behavior was more frequently reported in a group of women with a high level of education.

A summary of the prevalence of behaviours for the reasons for seeking health care for women with different patterns of life priorities is presented in Table 4.7.

Table 4.7 – Prevalence of behaviours regarding reasons for seeking medical care among women with different life priority patterns (per 100 women surveyed in each age group and corresponding life priority patterns)

Behavior model	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	27 ± 3	28 ± 3	$> 0,05$
Reactive	45 ± 4	38 ± 4	$< 0,05$
Active	25 ± 3	32 ± 3	$< 0,05$
Age group 75 years and older			
Passive	9 ± 1	12 ± 1	$> 0,05$
Reactive	42 ± 4	42 ± 4	$> 0,05$
Active	49 ± 5	43 ± 4	$> 0,05$

A quarter of all women, regardless of the structure of life priorities, adhere to a passive behavior model regarding the reasons for seeking medical care. This is slightly less than in men. As in men, in the age group of 75 years and older, the proportion of women holding this opinion decreases. A more pronounced decrease is observed in a subgroup with a standard structure of life priorities in contrast to men. The difference is also observed in the magnitude of the fall. If among men with a standard structure of life priorities, the decrease was 2.3 times, then in women 3.1 times, while among men with a non-standard structure of life priorities 6.8 times, and among women only 2.4 times.

As in men, in women, the decline in the prevalence of passive behavior is due to an increase in the number of adherents of active behavior. Followers of this model among women with a standard structure of life priorities are a minority in the age group of 60–74 years (25 per 100 women of the corresponding age surveyed), while among women with a non-standard structure of life priorities there are 1.3 times more of them (32 per 100 women surveyed) ($p < 0.05$). In the age group of 75 years and older, there were no significant differences in the prevalence of the active behavior model ($p > 0.05$).

Therefore, an active behavior model in relation to reasons for seeking medical care in women is more characteristic of persons with a non-standard structure of life priorities in the age group of 60–74 years and has no differences in the age group of 75 years and older. In women with a standard structure of life priorities, a reactive behavior model prevails. As age increases, the prevalence of active behavior patterns increases by reducing the prevalence of reactive and more passive behavior patterns.

Table 4.8 summarizes the prevalence of behavioural patterns in relation to the reasons for seeking medical care of men with different importance of life priority "health."

In women aged 60–74 years with a high status of life priority "health," as well as in men, the most common is a reactive behavior model. About half of the women surveyed adhere to this model. One in four adheres to the passive model, which is significantly higher than in men. One in six prefer an active model, which is less than in men.

Table 4.8 – Prevalence of behaviours regarding reasons for seeking medical care among women with different importance of life priority "health" (per 100 women surveyed in each age group and corresponding structure of life priorities)

Behavior model	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	39 ± 4	18 ± 2	> 0,05
Reactive	44 ± 4	38 ± 3	< 0,05
Active	18 ± 2	39 ± 3	< 0,05
Age group 75 years and older			
Passive	17 ± 2	6 ± 1	< 0,05
Reactive	46 ± 5	41 ± 4	> 0,05
Active	36 ± 4	51 ± 5	> 0,05

In women in the 60–74 year old age group with a low health life priority status, the active model is more common by reducing the popularity of the reactive behavior model, which also corresponds to the data obtained when studying the behavior of men, as well as by reducing the popularity of the passive behavior model, which is not observed in men.

In the age group of 75 years and older, the most common is an active behavior model among women with low life priority status of "health," whereas among women with high status, the most common remains a reactive model. As well as in men, there are significant differences in women regarding the prevalence of the passive behavior model ($p > 0.05$), which is more common in women with a high status of life priority "health."

Therefore, the status of life priority "health" in women influences behaviours in relation to reasons for seeking medical care in terms of reducing the incidence of passive behaviours and increasing the incidence of active behaviours in women with low life priority status "health."

Thus, an active behavior model in relation to reasons for seeking medical care in men is more characteristic of persons with a non-standard structure of life priorities, regardless of age group. In men and women with a standard structure of life priorities, a reactive behavior model prevails. As age increases, the prevalence of active behavior patterns increases by reducing the prevalence of reactive and more passive behavior patterns. The high status of life priority "health" determines the greater prevalence of reactive behavior model in men and passive behavior model in women, whereas low status determines the higher prevalence of active behavior model [29].

4.3 Impact of the structure of life priorities of the older population age groups per degree of compliance

When studying the influence of the level of education on the degree of compliance of the population of older age groups, it was shown that among men and women with a high level of education there is a large proportion of doubters in the obligation and importance of compliance with doctor's appointments. In this case, the structure of life priorities may also have some influence on the degree of compliance.

Almost half of men in the 60–74 age group with a standard structure of life priorities carefully and always perform medical appointments (Table 4.9). Another third of respondents fulfill doctor's appointments only in some cases. Every tenth does not fulfill the doctor's orders, and every twentieth found it difficult to answer this question. This level of compliance can be considered quite high.

In men with a non-standard structure of life priorities, the level of compliance is less. Thus, only 37 out of 100 surveyed men of this subgroup are carefully performed by a doctor against 47 out of 100 surveyed men with a standard structure of life priorities. Men with a non-standard structure of life priorities (50 out of 100 respondents) perform doctor's appointments only in some cases, independently determining the need and importance of the recommendations given to them. Unambiguous refuseniks in this subgroup are only 2–3 out of 100 respondents, which is four times less than in a group of men with a standard structure of life priorities. However, men from this subgroup

were twice as likely to find it difficult to answer, which indirectly indicates an indifferent attitude towards medical appointments.

Table 4.9 – Prevalence of behaviours for physician prescribing in men of older age groups with different patterns of life priorities (per 100 men surveyed in each age group)

Follow-up with doctor's appointments	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	47 ± 5,7	38 ± 5,4	< 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	37 ± 5,5	50 ± 5,6	< 0,05
Do not perform doctor's appointments	11 ± 3,5	3 ± 1,7	< 0,05
Did not respond	5 ± 2,6	10 ± 3,4	> 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	6 ± 3,5	57 ± 3,7	< 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	2 ± 3,3	36 ± 3,6	< 0,05
Do not perform doctor's appointments	3 ± 1,2	1 ± 0,8	> 0,05
Did not respond	4 ± 1,5	6 ± 1,8	> 0,05

In the age group of 75 years and older, exactly the same patterns are observed. It should be noted that regardless of the structure of life priorities, the proportion of men who carefully perform medical appointments increases compared to the age group of 60–74 years. Almost seven in ten men surveyed with a standard life priority structure and almost six in ten men with a non-standard life priority structure carefully perform

doctor's appointments. In this age group, there are very few who do not fulfill the doctor's appointments and have fewer doubts about the answer.

Consequently, men of older age groups with a standard structure of life priorities are more likely to treat a doctor's appointment with attention and carefully perform them, but among them there are more those who refuse to fulfill doctor's appointments. For men with a non-standard structure of life priorities, selective fulfillment of a doctor's appointment is characteristic, but a rarer refusal to fulfill them.

In women in the 60–74 age group, unlike men, the level of compliance does not depend on the standard structure of life priorities. In general, women are more loyal to medical appointments and more often perform them in full (Table 4.10). Thus, 51 and 60 out of 100 women surveyed with a standard and non-standard structure of life priorities are carefully performed by a doctor, respectively. Women's refusals are slightly more among those whose structure of life priorities is standard (8 versus 4 per 100 women surveyed).

Table 4.10 – Prevalence of behaviours for physician prescribing in women of older age groups with different life priority patterns (per 100 women surveyed in each age group)

Follow-up with doctor's appointments	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	51 ± 4,6	60 ± 4,6	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	41 ± 4,5	31 ± 4,3	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	8 ± 2,5	4 ± 1,9	> 0,05
Did not respond	0	4 ± 1,9	< 0,05

Table 4.10 ending

Follow-up with doctor's appointments	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	70 ± 3,0	61 ± 4,1	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	29 ± 3,0	34 ± 3,9	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	1 ± 0,6	2 ± 1,2	> 0,05
Did not respond	0	3 ± 1,5	< 0,05

In women in the age group of 75 years and older, the proportion of women, as well as men who carefully perform doctor's appointments, increases compared to the age group of 60–74 years. In this age group, there are very few who do not fulfill the doctor's appointments and have fewer doubts about the answer.

Consequently, women, as well as men, of older age groups with a standard structure of life priorities are more likely to fulfill doctor's appointments carefully and in full, but among them there are more those who refuse to fulfill doctor's appointments. However, a high proportion of both men and women should be noted, regardless of the structure of life priorities, which fulfill only some doctor's appointments in accordance with their ideas about their need and importance.

Assessment of the degree of influence of place in the hierarchy of life priorities of "health" showed that men aged 60–74 years with a high status of this life value more often fulfill doctor's appointments in full (49 versus 32 per 100 respondents), but they also more often do not fulfill doctor's appointments (10 versus 6 per 100 respondents) (Table 4.11). However, the degree of difference in this case does not reach an evidence level.

Table 4.11 – Prevalence of behaviours regarding the performance of physician prescriptions in men of older age groups with different life priority status "health" (per 100 men surveyed in each age group)

Follow-up with doctor's appointments	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	49 ± 5,7	32 ± 3,9	< 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	33 ± 5,4	55 ± 4,2	< 0,05
Do not perform doctor's appointments	10 ± 3,5	6 ± 1,9	> 0,05
Did not respond	8 ± 3,0	7 ± 2,2	> 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	67 ± 4,0	61 ± 5,4	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	30 ± 3,9	32 ± 5,1	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	0	7 ± 2,8	< 0,05
Did not respond	3 ± 1,4	0	< 0,05

In the age group of 75 years and older, the differences are leveled and the place in the hierarchy of life priority "health" no longer determines the level of compliance. In general, older men, regardless of place in the structure of life priorities of "health," are more responsible for performing doctor's appointments.

Women in the age group of 60–74 years with a high status of life priority "health" are significantly more likely to be responsible for performing doctor's appointments, less likely to be ignored (Table 4.12). The low status of life priority "health" determines

in half of the respondents such a type of behavior in which doctor's appointments are performed only in some cases or not at all.

Table 4.12 – Prevalence of behaviours regarding the performance of physician prescriptions in women of older age groups with different life priority status "health" (per 100 women surveyed in each age group)

Follow-up with doctor's appointments	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	63 ± 5,7	49 ± 5,6	< 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	28 ± 5,3	44 ± 5,5	< 0,05
Do not perform doctor's appointments	3 ± 2,0	8 ± 2,9	< 0,05
Did not respond	6 ± 2,7	0	< 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	63 ± 3,8	67 ± 3,7	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	34 ± 3,8	28 ± 3,5	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	1 ± 0,6	4 ± 1,5	< 0,05
Did not respond	2 ± 1,1	1 ± 0,9	> 0,05

In the age group of 75 years and older, the dependence of the type of behavior on the place of life priority "health" in the hierarchy of priorities was revealed, as well as men, there was no. Most of the representatives of this age group carefully follow the

prescriptions of the doctor. However, women with a low status of life priority "health" are 6.5 times more likely to fail doctor's appointments.

Therefore, the high status of life priority "health" determines a more responsible type of behavior and a higher level of compliance in men and women in the 60–74 age group. In the older age group (75 years and older), there were no differences in the performance of doctor's appointments in men and women with different life priority status "health," however, men and women with low life priority status "health" were much more likely to fail to perform doctor's appointments compared to those with life priority status "health" were at a high level.

To clarify the relationship of representatives of older age groups to doctor's appointments, two clarifying questions were asked during the survey about two elements of the implementation of doctor's appointments. In particular, the first question concerned the doctor's recommendations for taking medicines, and the second – the regularity of doctor's visits.

More than half of males aged 60–74 years with a standard structure of life priorities (59 out of 100 respondents) always comply with the doctor's recommendations for taking drugs. The data obtained exceed the specific gravity of those who answered that they carefully follow the doctor's appointments. Male representatives with a non-standard structure of life priorities have a specific weight of those who comply with the doctor's recommendations for taking drugs less (50 out of 100 respondents). Similar patterns are observed in the age group of 75 years and older. In men with a standard structure of life priorities, the proportion of those who follow the doctor's recommendations about taking drugs is higher than in men with a non-standard structure of life priorities (80 versus 60 out of 100 respondents). However, these data also exceed the specific gravity of those who answered that they carefully follow the doctor's appointments. Therefore, some men take medication more seriously than prescribing a doctor as a whole.

In women, there were no significant differences in relation to the doctor's recommendations for the use of drugs, depending on the structure of life priorities. It should be noted that in women, as well as in men, the proportion of those who fulfill the recommended

schedule of drug administration is higher than those who comply with the recommendations of the doctor as a whole. However, in this case, the differences are not so pronounced. In general, a third of women in the age group of 60–74 years do not follow the recommendations of the doctor in terms of taking drugs, and in the age group of 75 years and older there are about 20%. The data given do not depend on the structure of life priorities in women.

Thus, the status of life priority "health" also affects the behavior of the population of older age groups in terms of the implementation of the doctor's recommendations regarding the administration of drugs.

4.4 Dependence of the frequency of smoking and alcohol consumption by the population older age groups from the structure of life priorities

When investigating educational attainment as a social determinant of health, there was shown to be no unequivocal relationship between educational attainment and smoking frequency and intensity among those in the older age group. However, men with a high level of education were less likely to try smoking and more likely to quit the habit. Among those with lower levels of education, there were more of those who did not smoke consistently, and the intensity of smoking (the number of cigarettes smoked per day) was higher among men with high levels of education.

Life priorities that determine behavior in the existing theoretical model should influence the frequency of spread of "bad" habits. This is especially true of the status of life priority "health." Otherwise, the structure of life priorities does not determine the type of behavior and it makes no sense to carry out measures to change it in terms of reducing the prevalence of smoking.

Table 4.13 presents the prevalence characteristics of smoking among men of older age groups with different patterns of life priorities.

In the age group of 60–74 years, men with a standard structure of life priorities systematically smoke significantly more often than men with a non-standard structure of life priorities (18 versus 10 out of 100 men surveyed). In addition, they smoked more often in younger years, but abandoned this habit (26 versus 19 per 100 respondents). As a result, 45 out of 100 men systematically smoking in the past or smoking in the present with a standard

structure of life priorities and 29 out of 100 men surveyed with a non-standard structure of life priorities. Smoking "from time to time" does not depend on the structure of life priorities.

Table 4.13 – Characteristics of smoking prevalence among men of older age groups with different patterns of life priorities (per 100 men surveyed in each age group)

Smoking frequency	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	37 ± 5,5	44 ± 5,6	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	7 ± 2,2	13 ± 2.1	< 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	26 ± 5,0	19 ± 4,4	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	9 ± 3,3	9 ± 3,2	> 0,05
I smoke systematically	18 ± 4,4	10 ± 3,4	< 0,05
Did not respond	3 ± 0,9	5 ± 1,5	< 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	38 ± 3,7	41 ± 3,6	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	9 ± 2,2	10 ± 2,2	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	33 ± 3,5	29 ± 3,4	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	9 ± 2,2	6 ± 1,8	> 0,05
I smoke systematically	5 ± 1,9	10 ± 2,7	> 0,05
Did not respond	6 ± 1,5	4 ± 1,2	< 0,05

In the age group of 75 years and older, the prevalence of smoking was independent of the structure of life priorities. The decrease in the number of smokers systematically occurred due to an increase in the specific weight of those who quit smoking, but this was observed only in men with a standard structure of life priorities, while among men with a non-standard structure of life priorities, the specific weight of systematically smoking men remained unchanged, compared to the age group of 60–74 years [27].

The tetrachoric analysis performed confirmed no association between the structure of life priorities and smoking frequency in the age group of 60–74 years. The association coefficient was 0.23, the relative risk value was 1.24, the χ^2 was 1.43, which is less than the critical value ($p > 0.05$). However, the level of specificity was high at 80%, although this more characterized the overall group rather than the specific impact of the structure of life priorities. In the age group of 75 years and older, the communication parameters were even smaller, indicating no association ($p > 0.05$).

Table 4.14 presents the prevalence characteristics of smoking among women of older age groups with different patterns of life priorities.

Table 4.14 – Characteristics of smoking prevalence among women of older age groups with different patterns of life priorities (per 100 women surveyed in each age group)

Smoking frequency	Standard structure life priorities	Non-standard structure vital priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	69 ± 4,3	65 ± 4,5	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	9 ± 2,6	10 ± 2,8	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	10 ± 2,8	9 ± 2,7	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	2 ± 1,0	6 ± 2,3	< 0,05
I smoke systematically	7 ± 2,3	7 ± 2,4	> 0,05
Did not respond	3 ± 1,4	3 ± 1,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	82 ± 2,5	75 ± 3,6	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	9 ± 1,9	6 ± 1,9	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	4 ± 1,2	8 ± 2,2	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	1 ± 0,8	1 ± 1,0	> 0,05
I smoke systematically	1 ± 0,8	2 ± 1,2	> 0,05
Did not respond	3 ± 1,1	8 ± 2,2	< 0,05

Most women of older age groups have never tried smoking, and the magnitude of the specific gravity of such women does not depend on the structure of life priorities. The proportion of smokers was also systematically independent of the structure of life priorities. Non-systematic smoking ("from time to time") is more often observed in the age group of 60–74 years among women with a non-standard structure of life priorities, however, the proportion of such women is small and this does not allow drawing objective conclusions regarding the entire population [27].

The tetrachoric analysis performed also confirmed no association between the structure of life priorities and smoking frequency in women in all age groups studied. The association coefficient was -0.22 , the relative risk value was 0.76 , the χ^2 was 1.2 , which is less than the critical value ($p > 0.05$). It should be noted that if the association coefficient was positive for men, then negative for women.

Consequently, in the age group of 60–74 years, men with a standard structure of life priorities systematically smoke significantly more often than men with a non-standard structure of life priorities (18 versus 10 out of 100 men surveyed), while in the age group of 75 years and older this kind of dependence is not observed. In women of older age groups, there was no relationship between the structure of life priorities and the frequency of smoking. Tetrachoric analysis confirmed no association between the structure of life priorities and smoking frequency in men and women of older age groups.

The findings suggest a minor role for the structure of life priorities in the prevalence of smoking as a bad habit. Perhaps the hierarchy of life priorities and specifically life priority "health" will have an impact on this process. Table 4.15 presents the prevalence characteristics of smoking among men of older age groups with different life priority status of "health."

The status of life priority "health" affects the prevalence of smoking among men in the age group of 60–74 years, however, the direction of this influence is the opposite of the classically accepted representation. Men who have a high status of life priority "health" are reliably more likely to smoke at the expense of those who smoke "from time to time" ($p < 0.05$). There are significantly more of these among men with a low status of life priority "health" ($p < 0.05$). These data are also confirmed by the results of tetrachoric

analysis. Systematic smoking is more characteristic of men with a high status of life priority "health" (association ratio -0.65 ; relative risk 0.39 ; $\chi^2 - 5.44$) ($p < 0.05$).

Table 4.15 – Smoking prevalence characteristics among men of older age groups with different life priority status "health" (per 100 men surveyed in each age group)

Smoking frequency	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	$39 \pm 5,5$	$42,3 \pm 4,1$	$> 0,05$
Once I tried (currently I don't smoke)	$10 \pm 3,4$	$11,3 \pm 2,7$	$> 0,05$
Smoked but quit (currently not smoking)	$26 \pm 4,9$	$21,1 \pm 3,4$	$> 0,05$
I smoke "from time to time" (not systematically)	$5 \pm 2,2$	$11,3 \pm 2,5$	$< 0,05$
I smoke systematically	$18 \pm 4,1$	$8,5 \pm 2,1$	$< 0,05$
Did not respond	$3 \pm 1,0$	$5,6 \pm 1,8$	$> 0,05$
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	$45 \pm 4,2$	$34 \pm 5,2$	$> 0,05$
Once I tried (currently I don't smoke)	$9 \pm 2,4$	$15 \pm 3,9$	$> 0,05$
Smoked but quit (currently not smoking)	$32 \pm 4,0$	$20 \pm 4,4$	$< 0,05$
I smoke "from time to time" (not systematically)	$4 \pm 1,7$	$12 \pm 3,6$	$< 0,05$
I smoke systematically	$9 \pm 2,4$	$12 \pm 3,6$	$> 0,05$
Did not respond	$1 \pm 0,7$	$7 \pm 2,7$	$< 0,05$

In the age group of 75 years and older, such patterns are no longer observed, but the proportion of men who quit smoking with a high status of life priority "health" is higher than among men who have a low status of life priority "health" ($p < 0.05$). This indirectly confirms the thesis that among men with a high status of life priority "health" there is a higher proportion of smokers in the past.

Consequently, the high status of life priority "health" in men aged 60–74 years is combined with a higher frequency of systematic smoking and more frequent cessation of smoking in the age group of 75 years and older.

Table 4.16 presents the prevalence characteristics of smoking among women of older age groups with different life priority status of "health."

Table 4.16 – Characteristics of smoking prevalence among women of older age groups with different life priority status "health" (per 100 women surveyed in each age group)

Smoking frequency	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	58 ± 5,5	70 ± 2,9	< 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	11 ± 3,8	8 ± 3,9	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	16 ± 4,0	6 ± 2,4	< 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	6 ± 2,7	4 ± 2,1	> 0,05
I smoke systematically	4 ± 2,4	9 ± 3,2	> 0,05
Did not respond	5 ± 2,7	3 ± 2,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	80 ± 3,2	68 ± 3,7	< 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	8 ± 2,1	8 ± 2,1	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	6 ± 1,8	8 ± 2,1	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	1 ± 0,4	3 ± 1,1	< 0,05
I smoke systematically	0	7 ± 2,0	< 0,05
Did not respond	5 ± 1,7	6 ± 2,0	> 0,05

For women, the status of life priority "health" does not affect the prevalence of smoking in the age group of 60–74 years, unlike men. These data are also confirmed by the results of tetrachoric analysis. Only in one case there are significant differences: the proportion of quitters is higher among women with a high status of life priority "health" ($p < 0.05$), which indirectly indicates a higher prevalence of smoking among this group of women.

In the age group of 75 years and older, systematic smoking is more often observed among women with a low status of life priority "health," however, the proportion of such women is small and this does not allow drawing objective conclusions regarding the entire population.

Consequently, the high status of life priority "health" in women of older age groups is not associated with the prevalence of smoking.

In addition to data on the prevalence of smoking, the intensity of smoking is also of great importance. Analysis of the intensity of smoking was carried out among those who stated that he smokes systematically or occasionally ("from time to time").

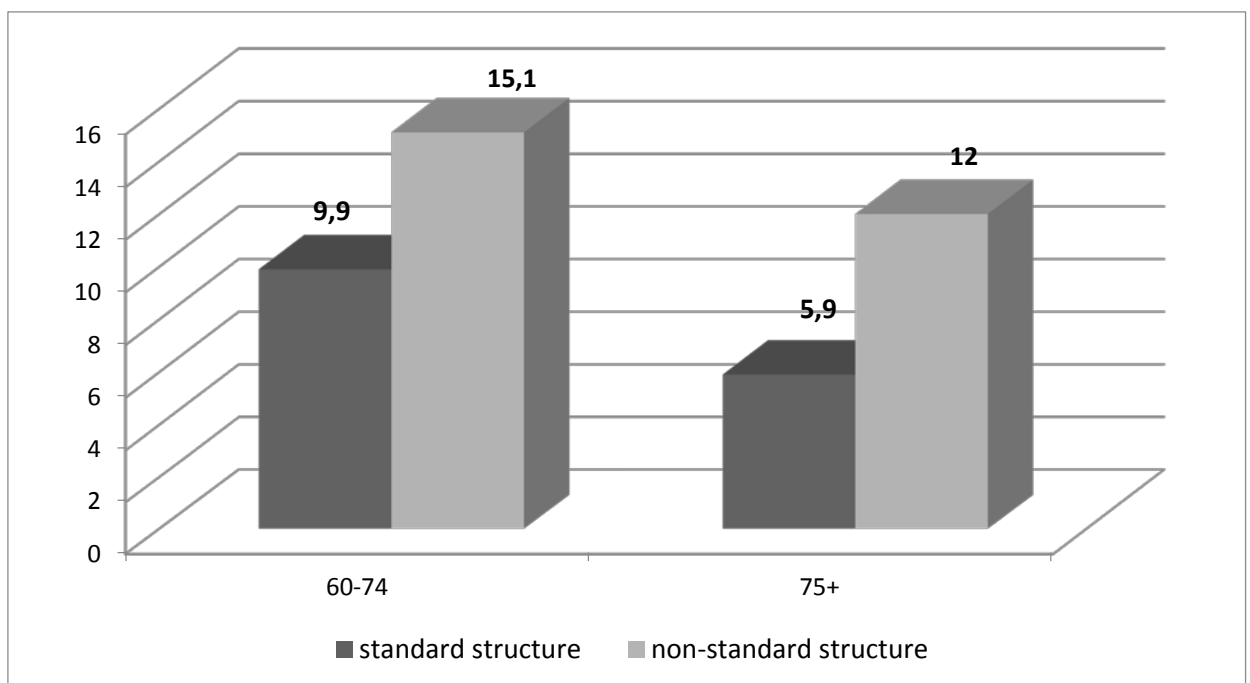


Figure 4.1 – Average number of cigarettes smoked per day by men of older age groups with different structure of life priorities (average number of cigarettes smoked per day)

From the data presented in Figure 4.1, it follows that a higher intensity of smoking is observed among men of older age groups with a non-standard structure of life priorities regardless of age. It should be noted that the reduction in smoking intensity in the group of men with a standard structure of life priorities is higher than in the group with a non-standard structure.

Men with a standard life priority structure quit (among quitters) at 51–54, whereas men with a non-standard life priority structure later at 55–57.

Smoking intensity among female smokers is even higher than among male smokers (Figure 4.2).

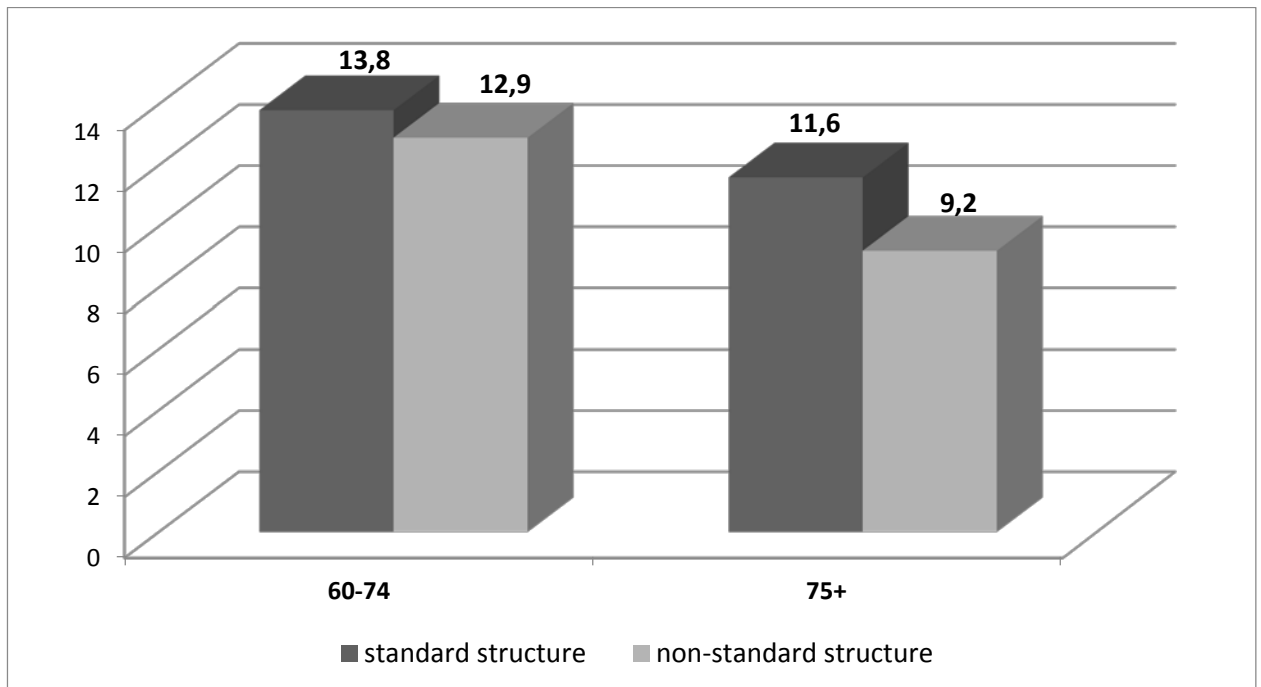


Figure 4.2 – Average number of cigarettes smoked per day by women of older age groups with different structure of life priorities (average number of cigarettes smoked per day)

As among male smokers, among women with a non-standard structure of life priorities, the number of cigarettes smoked per day is higher regardless of age, but the decrease in the intensity of smoking in a group of women does not depend on the structure of life priorities.

Women with a standard life priority structure quit (among quitters) at 44–46 years old, whereas women with a non-standard life priority structure later at 53–55 years old.

Data on the average number of cigarettes smoked per day by men of older age groups with different life priority status "health" support previously obtained data on more intense smoking among men with high life priority status "health" (Figure 4.3). This dependence is observed in all age groups. Moreover, men with a high status of life priority "health" later quit smoking (among quitters). If they quit smoking at 51–54, then men with a low status of life priority "health" quit smoking on average three years earlier at 48–51.

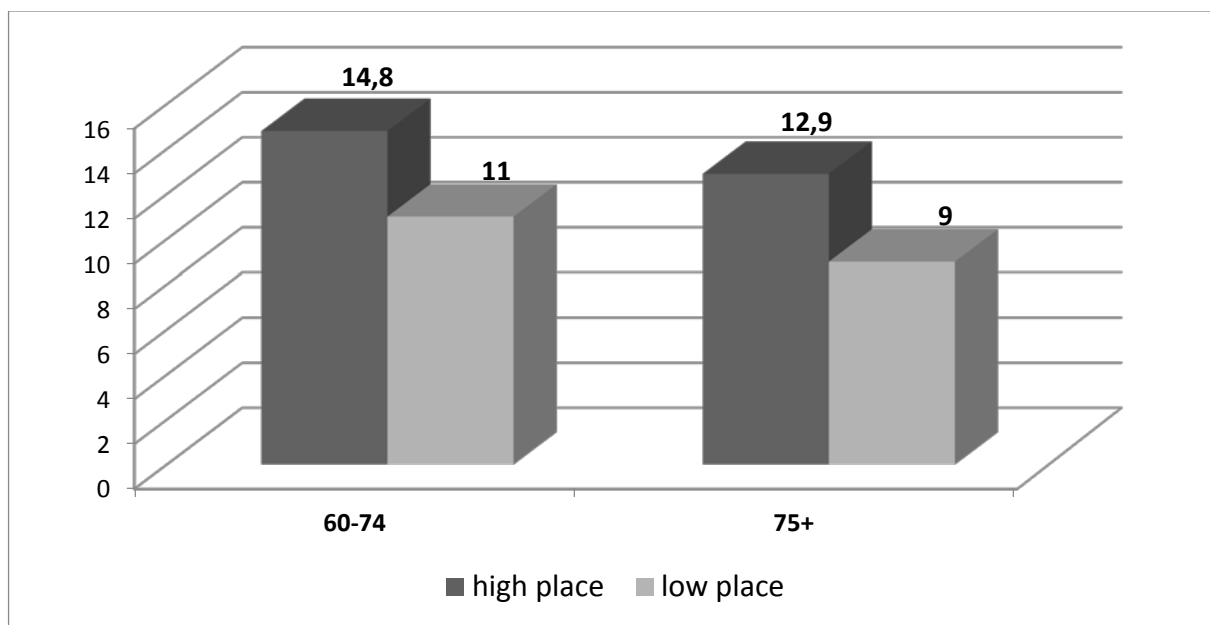


Figure 4.3 – Average number of cigarettes smoked per day by men of older age groups with different life priority status "health" (average number of cigarettes smoked per day)

Data on the average number of cigarettes smoked per day by women of older age groups with different life priority status "health" do not correspond to those obtained for men. More intense smoking is observed among women with a low status of life priority "health" (Figure 4.4). This dependence is observed in all age groups. The most significant difference is recorded in the age group of 75 years and older. But, women with a high status of life priority "health" later quit smoking (among those who quit smoking). They quit smoking at the age of 42–45, then women with a low status of life priority "health" quit smoking on average five years earlier at 37–40 years [27].

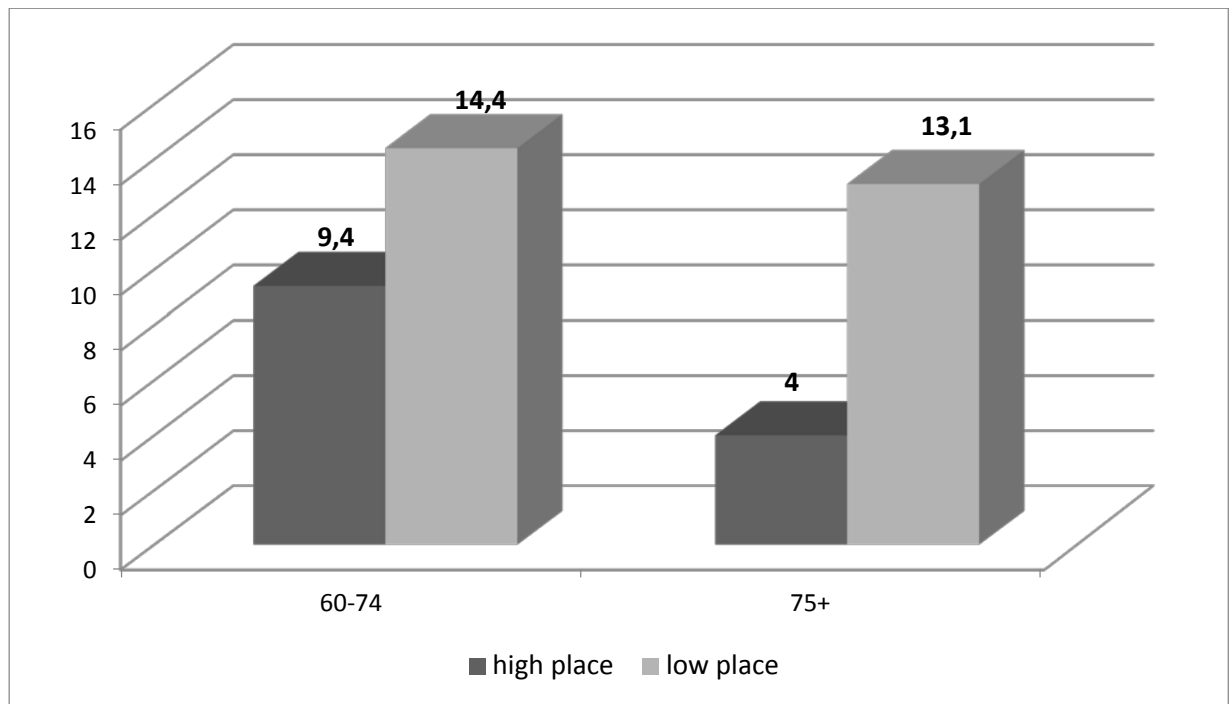


Figure 4.4 – Average number of cigarettes smoked per day by women of older age groups with different status of life priority "health" (average number of cigarettes smoked per day)

Thus, the standard structure of life priorities and the high status of life priority "health" in men is combined with more frequent systematic smoking, but only in the age group of 60–74 years, as well as more frequent cessation of smoking in the age group of 75 years and older. Among them, there is a higher intensity of smoking and a later cessation of smoking (among quitters). In women of older age groups, no dependence was identified between the structure of life priorities and the status of life priority "health" and the prevalence of smoking, however, the intensity of smoking is higher among women with a standard structure of life priorities and a low status of life priority "health." The low status of life priority "health" determines a higher intensity of smoking and an earlier cessation of smoking (among quitters) [27].

Along with smoking, a striking characteristic of antihygienic behavior, is alcohol consumption. In the process of analysis, it was considered both the fact of drinking alcoholic beverages and the frequency of its adoption, as well as the strength of drinks and the volume of pure alcohol consumed in one dose. The prevalence characteristics of alcohol use among men of older age groups are presented in Table 4.17.

Table 4.17 – Prevalence of alcohol use among men of older age groups with different patterns of life priorities (per 100 men surveyed in each age group)

Frequency of alcohol consumption	Standard structure vital priorities	Non-standard structure vital priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	5 ± 2,6	3 ± 1,7	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	16 ± 1,9	9 ± 3,1	< 0,05
Rare (2–3 times a month)	25 ± 3,1	35 ± 3,3	< 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	26 ± 3,0	16 ± 2,1	< 0,05
I do not use	26 ± 3,0	36 ± 3,4	< 0,05
Did not respond	2 ± 0,7	1 ± 0,8	> 0,05
Age group 75 years and older			
I use almost daily	4 ± 1,5	2 ± 1,1	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	3 ± 1,2	5 ± 1,6	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	13 ± 2,5	28 ± 3,3	< 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	22 ± 3,1	18 ± 2,8	> 0,05
I do not use	57 ± 3,7	41 ± 3,6	> 0,05
Did not respond	1 ± 0,7	6 ± 1,8	< 0,05

Analysis of the frequency characteristics of drinking in men with different patterns of life priorities showed that the frequency of daily drinking is independent of the patterns of life priorities, although it is somewhat more common in men with standard structures. Regular use (more often 1 times a week) in the age group of 60–74 years is significantly more often recorded in men with a standard structure of life priorities, while in the age group of 75 years and older there are no significant differences. As a result, regular and daily consumption of alcoholic beverages in men with a standard structure of life priorities in the age group of 60–74 years is observed in every fifth respondent (21 out of 100 respondents), and among men with a non-standard structure of life priorities only in every tenth respondent (11 out of 100 respondents).

They did not drink alcoholic beverages in the age group of 60–74 years more often than men with a non-standard structure of life priorities (36 versus 26 out of 100

respondents). They are more likely to drink alcoholic beverages 2–3 times a month (35 versus 25 out of 100 respondents). In the age group of 75 years and older, the frequency of alcoholic beverages was practically independent of the structure of life priorities.

However, not only the frequency of alcoholic beverages, but also the content of ethyl alcohol in them is very important. Since there were no significant differences in the frequency of alcohol consumption in men with different structures of life priorities, there was no standardization on the specific weight of alcohol users.

From the data presented in Figure 4.5, it follows that men of the age group 60–74 years with a non-standard structure of life priorities somewhat more often prefer strong alcoholic beverages (40% and above), however, the level of difference did not reach critical ($p > 0.05$). In relation to non-strong alcoholic beverages, men with a standard structure of life priorities showed more interest in them. They reliably more often consumed drinks with a strength of 7–21% (conditionally wine and liquors) and drinks with a strength of up to 7% pure alcohol (conditionally beer).

From the data presented in Figure 4.6, it follows that men of the age group 75 years and older with a standard structure of life priorities retained their commitment to drinking strong alcoholic beverages (20 out of 100 respondents in the age group 60–74 years and 24 out of 100 respondents in the age group 75 years and older). Men with a non-standard structure of life priorities significantly reduced the level of adherence to drinking strong alcoholic beverages (26 out of 100 respondents in the age group of 60–74 years and 12 out of 100 respondents in the age group of 75 years and older). This difference is due to the switch of their interest to less strong alcoholic beverages, and if among men with a standard structure of life priorities their popularity remained at the same level, then among men with a non-standard structure the frequency of their consumption increased significantly (from 21 to 35 per 100 respondents in the age group 60–74 years and 75 years and older, respectively). The increased interest of men with a standard structure of life priorities in drinks with a strength of 7–21% (conditionally wine and liquors) and drinks with a strength of up to 7% pure alcohol (conditionally beer) remained in the age group of 75 years and older.

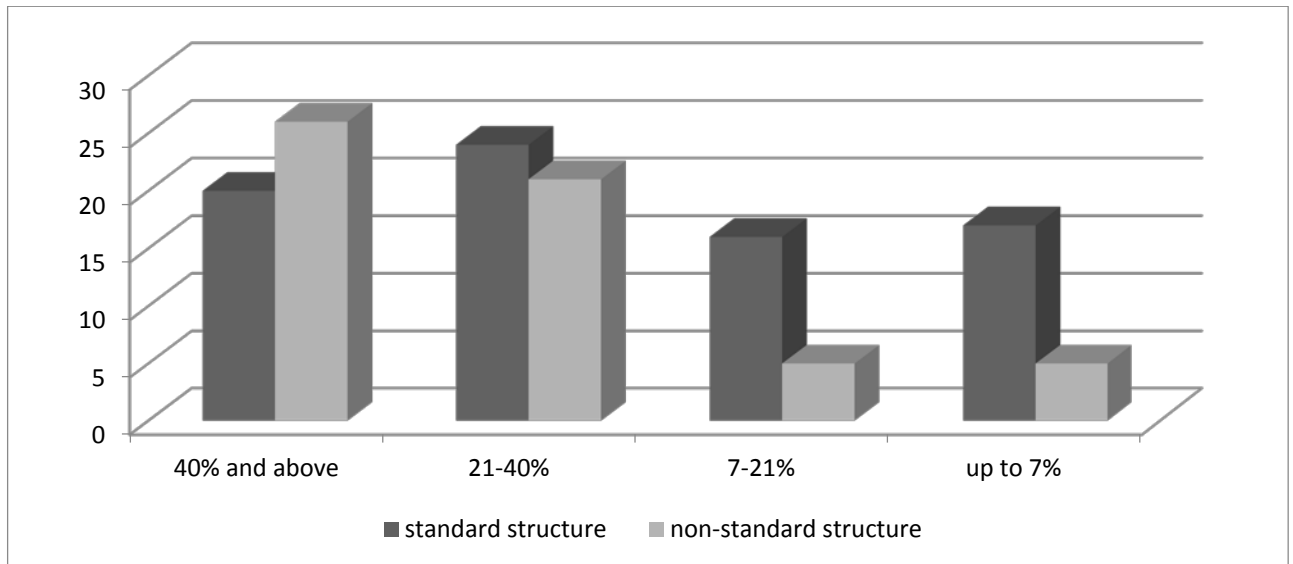


Figure 4.5 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in age group 60–74 years with different structure of life priorities (per 100 surveyed men of age group 60–74 years, drinking alcoholic beverages with corresponding structure of life priorities)

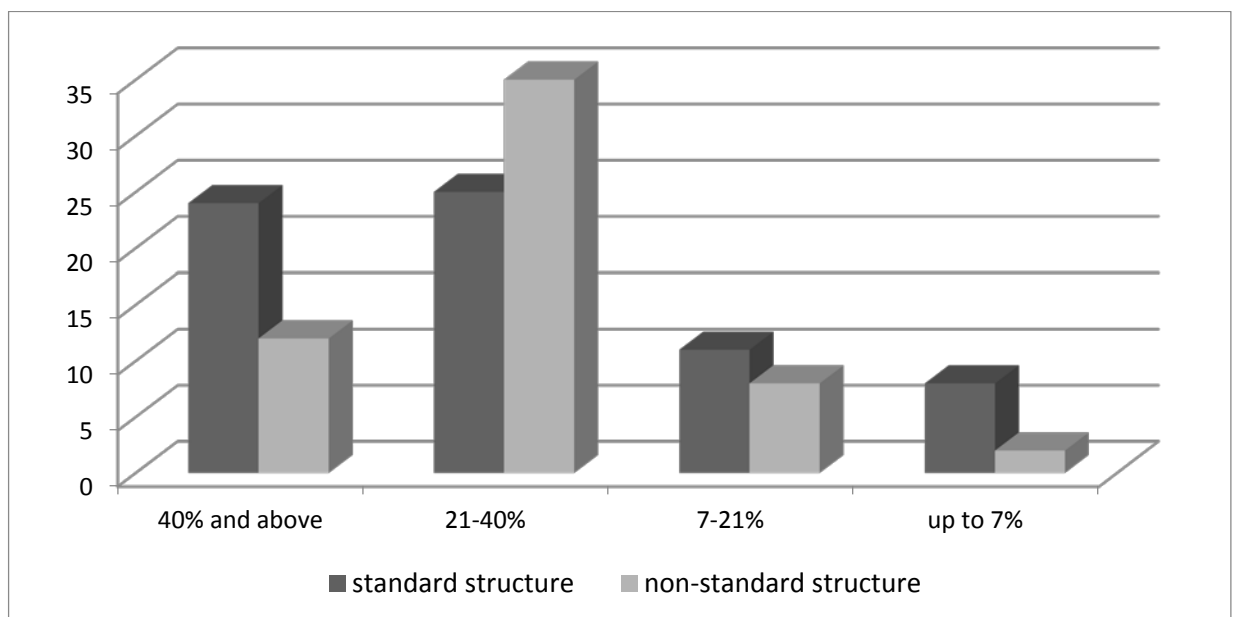


Figure 4.6 – Proportion of men with different structure of life priorities drinking alcoholic beverages with different content of ethyl alcohol in age group 75 years and older (per 100 surveyed men of age group 75 years and older drinking alcoholic beverages with corresponding structure of life priorities)

Thus, the frequency of daily and regular alcohol consumption in men in the age group of 60–74 years does not depend on the structure of life priorities, although it is somewhat more common in men with a standard structure (21 versus 11 out of 100 respondents). They refused to drink alcoholic beverages in the age group of 60–74 years more often than men with a non-standard structure of life priorities (36 versus 26 out of 100 respondents). In the age group of 75 years and older, the frequency of alcoholic beverages was practically independent of the structure of life priorities.

Men in the 60–74 age group with a non-standard structure of life priorities are somewhat more likely to prefer strong alcoholic beverages (40% and above), however, with increasing age, they reduced the level of adherence to strong alcoholic beverages (26 out of 100 respondents in the 60–74 age group and 12 out of 100 respondents in the 75 and older age group) with the shift of their interest to lower-strength alcoholic beverages, whereas men with a standard life priority structure maintained their commitment to strong alcoholic beverages. In relation to non-strong alcoholic beverages, men with a standard structure of life priorities showed more interest. They significantly more often consumed drinks with a strength of 7–21% (conditionally wine and liquors) and drinks with a strength of up to 7% pure alcohol (conditionally beer), regardless of age.

It has previously been shown that the standard structure of life priorities and the high status of life priority "health" in men are equally combined with more frequent systematic smoking. It is likely that the same patterns can be observed in relation to the use of alcoholic beverages.

From the data presented in Table 4.18, it follows that in the age group of 60–74 years, frequent (daily and regular) consumption of alcoholic beverages does not depend on the status of life priority "health" in the hierarchy of life priorities (16 versus 15 out of 100 surveyed men aged 60–74 years with high and low status of life priority "health" in the hierarchy, respectively). A significant difference in specific gravity is observed only for non-drinkers ($p < 0.05$). More often than not do not drink alcoholic beverages in the age group of 60–74 years, men with a low status of life priority

"health." Attention should be paid to the greater proportion of daily drinkers of alcoholic beverages, also in this group.

Table 4.18 – Prevalence of alcohol use among men of older age groups with different life priority status "health" (per 100 men surveyed in each age group)

Frequency of alcohol consumption	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	3 ± 1,8	6 ± 1,9	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	13 ± 3,8	9 ± 2,3	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	39 ± 5,5	31 ± 3,9	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	18 ± 4,3	20 ± 3,3	> 0,05
I do not use	26 ± 3,9	34 ± 3,0	< 0,05
Did not respond	1 ± 0,7	0	
Age group 75 years and older			
I use almost daily	0	10 ± 3,3	< 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	3 ± 1,4	4 ± 2,4	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	23 ± 3,6	20 ± 4,4	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	22 ± 3,5	22 ± 4,6	> 0,05
I do not use	48 ± 4,2	44 ± 5,5	> 0,05
Did not respond	4 ± 2,7	0	

In the age group of 75 years and older, the daily nature of drinking alcoholic beverages is significantly more often observed in men with a low status of life priority "health." There were no significant differences in the remaining gradations ($p > 0.05$).

From the data presented in Figure 4.7, it follows that men of the age group 60–74 years with a low status of life priority "health" somewhat more often prefer

alcoholic beverages with a strength (21–40%), however, the level of difference did not reach critical, and men with a high status of life priority "health" significantly more often consumed drinks with a strength of up to 7% pure alcohol (conditionally beer) ($p < 0.05$).

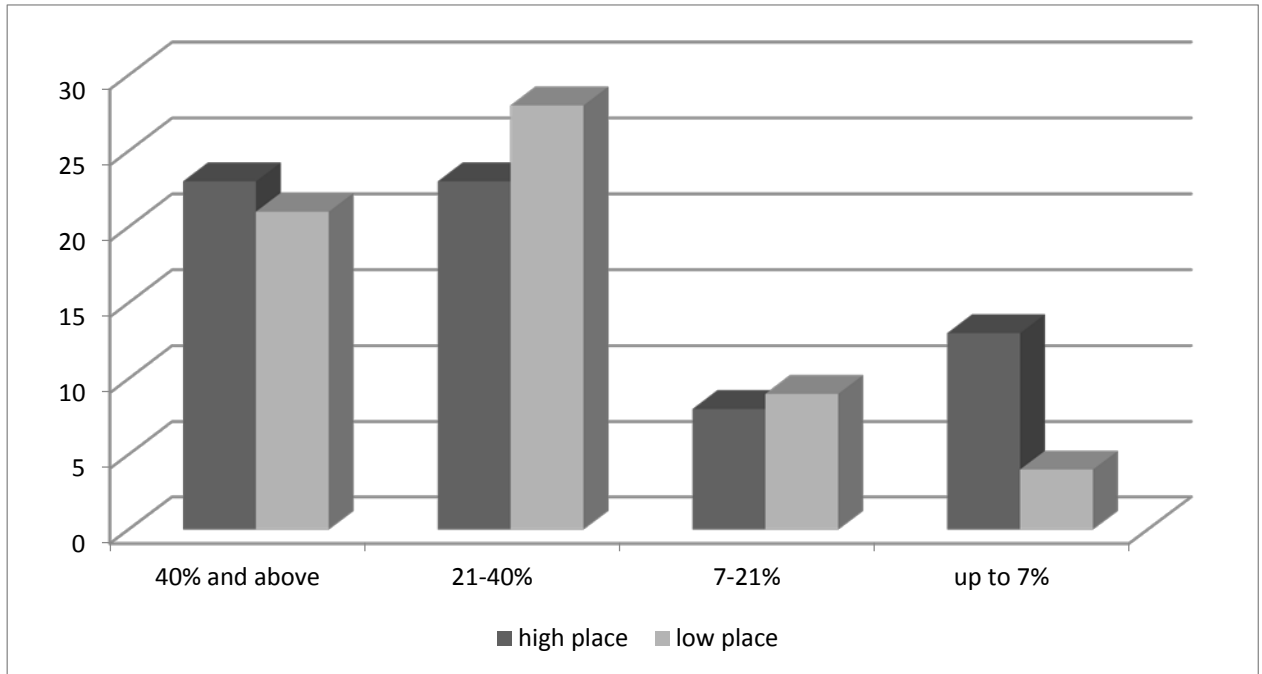


Figure 4.7 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the 60–74 year old age group with different life priority status "health" (per 100 surveyed men in the 60–74 year old age group drinking alcoholic beverages with high and low life priority status "health")

From the data presented in Figure 4.8, it follows that men of the age group 75 years and older, regardless of the status of life priority "health," reduced interest in strong alcoholic beverages (40% and above). An increase in interest in alcoholic beverages with an alcohol content in the range of 21–40% was typical only for men with a high status of life priority "health" (from 23 to 32 out of 100 respondents), due to a decrease in their interest in low-alcohol beverages (up to 7%) from 13 to 4 out of 100 respondents).

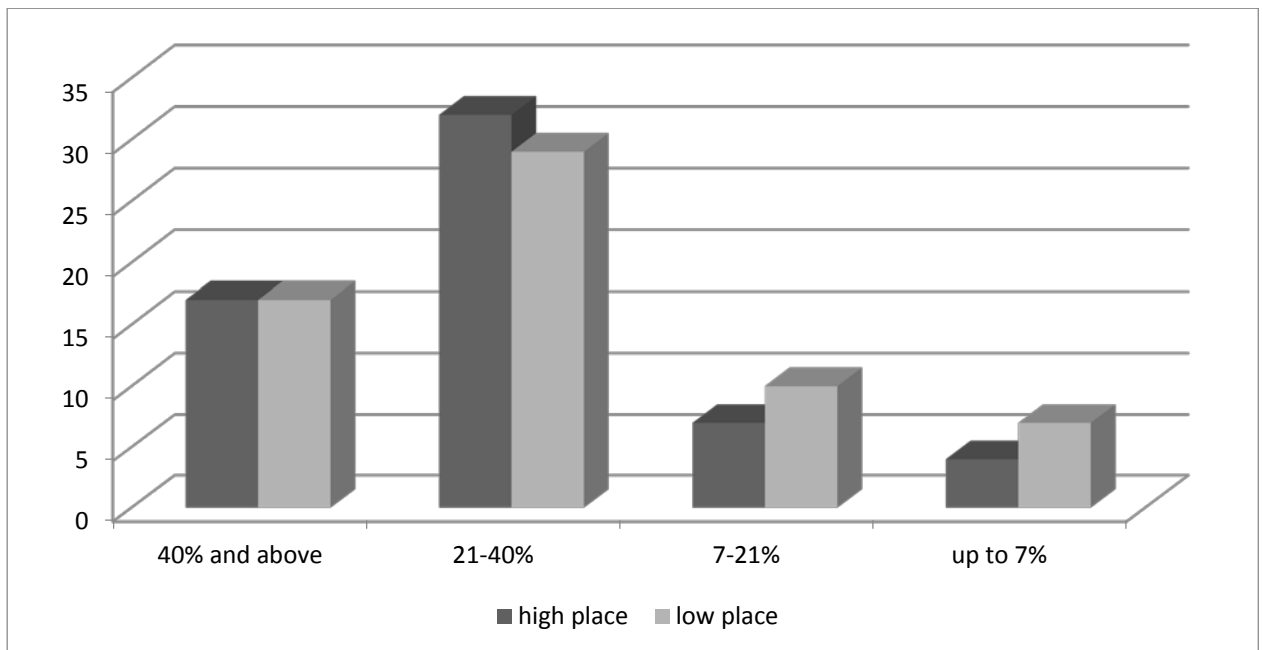


Figure 4.8 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 75 years and older with different life priority status "health" (per 100 surveyed men in the age group 75 years and older, drinking alcoholic beverages with high and low life priority status "health")

Consequently, the low status of life priority "health" in men of older age groups is combined with more frequent consumption of alcoholic beverages in daily and regular regimens in the age group 75 years and older (3 versus 15 out of 100 respondents), however, in the 60–74 age group, non-drinkers are more among those who do not consider "health" a priority life value (35 versus 25 out of 100 respondents). This may indicate heterogeneity of this group. The high status of life priority "health" was combined with a great interest in the use of low-alcohol drinks (conditionally beer) in the age group of 60–74 years and an increase in interest in the use of alcoholic drinks with a strength of 21–40% with an increase in age due to a decrease in their interest in low-alcohol drinks.

In women of older age groups, the daily consumption of alcoholic beverages is very rare regardless of the structure of life priorities, however, if you compare the total data for two gradations – daily and regular (more often 1 times a week), in the age group of 60–74, the proportion of adherents of this behavior is higher in the group of women

with a non-standard structure of life priorities (8 against 3 of the 100 respondents). There were no such differences in the age group 75 years and older (Table 4.19).

Table 4.19 – Prevalence of alcohol use among women of older age groups with different patterns of life priorities (per 100 women surveyed in each age group)

Frequency of alcohol consumption	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	0	1 ± 0,9	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	3 ± 1,7	7 ± 2,4	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	19 ± 3,6	18 ± 3,6	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	31 ± 4,3	30 ± 4,3	> 0,05
I do not use	44 ± 4,6	41 ± 4,6	> 0,05
Did not respond	3 ± 1,1	3 ± 1,8	> 0,05
Age group 75 years and older			
I use almost daily	1 ± 0,6	1 ± 0,7	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	1 ± 0,6	2 ± 1,2	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	4 ± 1,4	8 ± 2,3	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	18 ± 2,6	19 ± 3,2	> 0,05
I do not use	73 ± 2,9	61 ± 4,0	< 0,05
Did not respond	3 ± 1,3	9 ± 2,8	< 0,05

Regardless of the structure of life priorities, four out of ten respondents do not consume alcoholic beverages in the age group of 60–74 years, while in the age group of 75 years and older their number increases significantly, while more significantly among women with a standard structure of life priorities (73 versus 61 out of 100 respondents).

The findings show the presence of gender differences, as in men regular and daily consumption of alcoholic beverages is more often observed with the standard structure of life priorities, and in women vice versa. They did not drink alcoholic beverages more often than men with a non-standard structure of life priorities, while women more often

do not use women with a standard structure of life priorities. Differences on this basis in men are observed in the age group of 60–74 years, and in women in the age group of 75 years and older.

Analysis of the specific content of ethyl alcohol in alcoholic beverages consumed by women of older age groups showed that drinks with a strength of 40% and higher are somewhat more often preferred by women in the age group of 60–74 years with a non-standard structure of life priorities (7 versus 3 out of 100 respondents), however, the reliability of the differences did not reach a critical level ($p > 0.05$) (Figure 4.9). Such women were also somewhat more likely to prefer low-alcohol drinks (conditionally beer) (16 versus 10 out of 100 respondents).

From the data presented in Figure 4.10, it follows that the number of adherents to strong alcoholic beverages in women does not change with increasing age, but the proportion of such women is small. There were no significant differences between the compared groups of women with different structures of life priorities ($p > 0.05$).

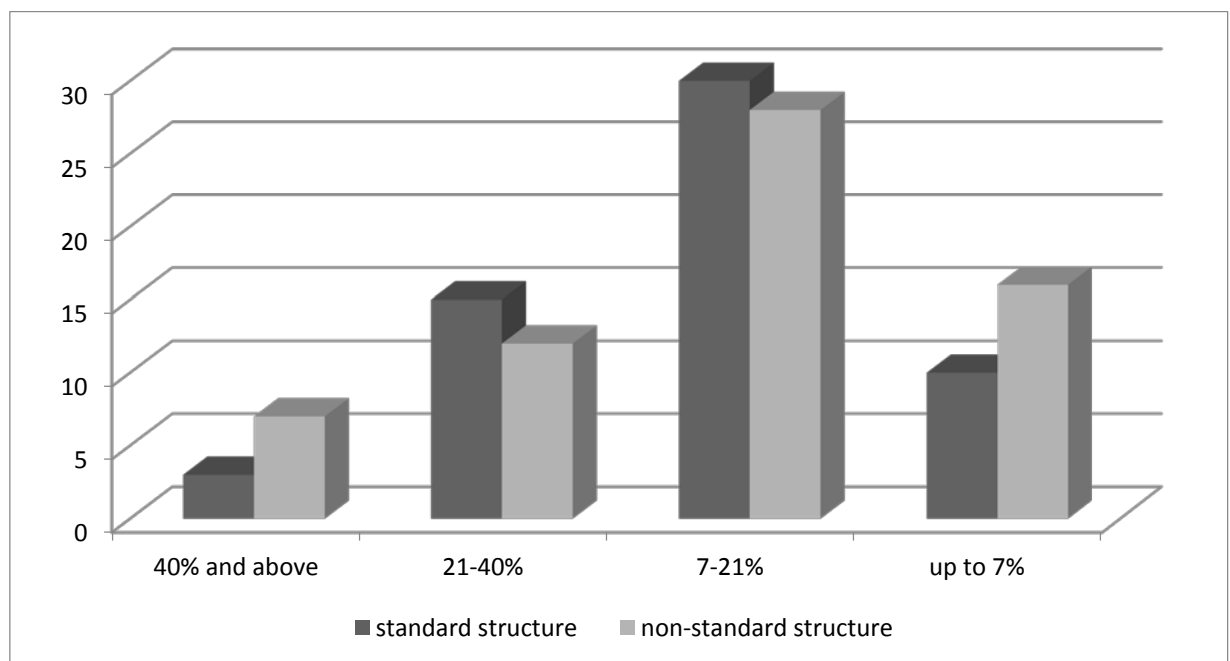


Figure 4.9 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group of 60–74 years with different structure of life priorities (per 100 surveyed women in the age group of 60–74 years, drinking alcoholic beverages with standard and non-standard structure of life priorities, respectively)

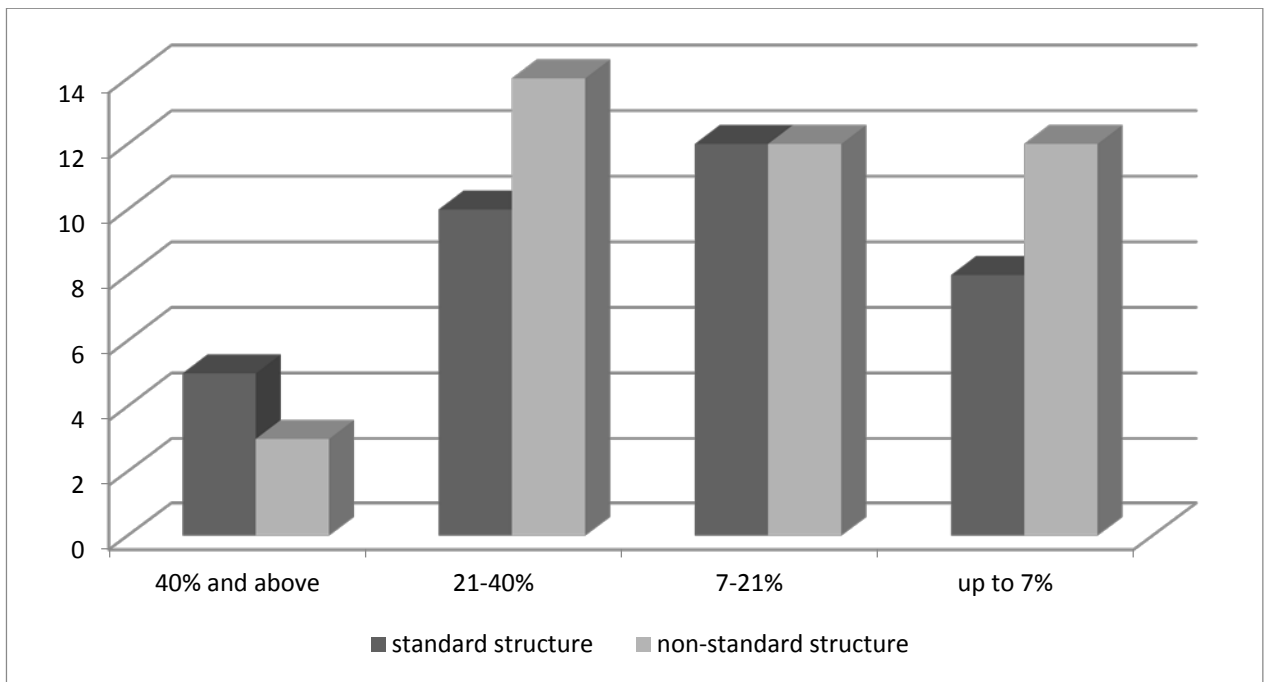


Figure 4.10 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in age group 75 years and older with different structure of life priorities (per 100 surveyed women of age group 75 years and older, drinking alcoholic beverages with standard and non-standard structure of life priorities, respectively)

Consequently, women with a non-standard structure of life priorities are more likely to consume strong and low-alcohol drinks in the 60–74 age group and remain committed to them in the 75 and older age groups. However, there is no significant influence of the structure of life priorities on the nature of drinking alcoholic beverages in women of older age groups.

Data on the impact of life priority status "health" on the prevalence of alcohol use among women of older age groups are presented in Table 4.20.

In the age group of 60–74 years, frequent (daily and regular) consumption of alcoholic beverages is more characteristic of women with a low status of life priority "health" (11 versus 4 out of 100 respondents). Four out of ten women surveyed do not consume alcoholic beverages regardless of their life priority status of "health." The high status of life priority "health" is more associated with the consumption of alcoholic beverages 2–3 times a year, whereas the low status of life priority "health" with the frequency of consumption 2–3 times a month.

Table 4.20 – Prevalence of alcohol use among women of older age groups with different life priority status "health" (per 100 women surveyed in each age group)

Frequency of alcohol consumption	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	0	1 ± 1,2	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	4 ± 2,4	10 ± 3,4	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	18 ± 4,6	25 ± 4,8	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	37 ± 5,7	18 ± 4,2	< 0,05
I do not use	39 ± 5,8	41 ± 5,5	> 0,05
Did not respond	2 ± 0,7	5 ± 1,6	> 0,05
Age group 75 years and older			
I use almost daily	0	1 ± 0,9	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	1 ± 0,7	4 ± 1,1	< 0,05
Rare (2–3 times a month)	4 ± 1,6	15 ± 2,8	< 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	21 ± 3,2	21 ± 3,2	> 0,05
I do not use	69 ± 3,7	54 ± 3,9	< 0,05
Did not respond	5 ± 1,7	5 ± 1,7	> 0,05

In the age group of 75 years and older, more frequent consumption of alcoholic beverages by women with a low status of life priority "health" persists (5 versus 1 in 100 respondents). Complete refusal to use is more characteristic of women with a high status of life priority "health," since the increase in those who refused to use was 19 per 100 respondents, and in the group of women with a low status of life priority "health" only 13 per 100 respondents. Such changes occurred due to a decrease in consumption in the mode 2–3 times a month.

The previously obtained data on the more frequent use of alcoholic beverages in women with a low status of life priority "health" is also confirmed by the results of the analysis of the content of ethyl alcohol in consumed drinks. Strong (40% and above) drinks are more often consumed by such women, while drinks with a lower content of

ethyl alcohol (conditionally wine and conditionally beer) are preferred by women with a high status of life priority "health" (Figure 4.11).

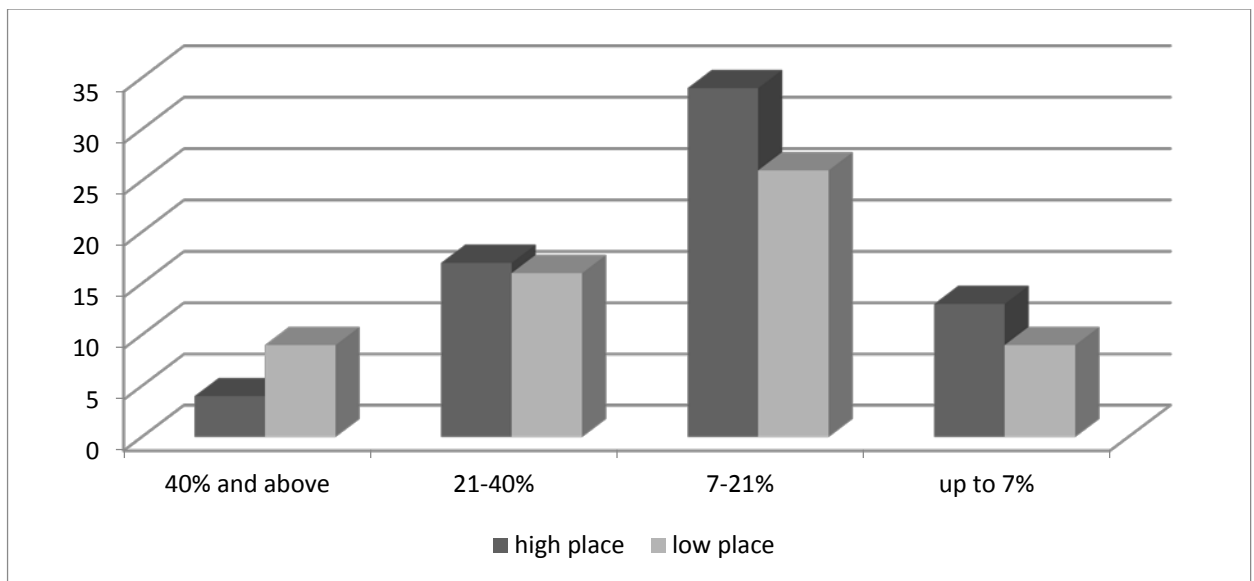


Figure 4.11 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the 60–74 year old age group with different life priority status "health" (per 100 surveyed women in the 60–74 year old age group drinking alcoholic beverages with high and low life priority status "health," respectively)

In the age group of 75 years and older, women with a low status of life priority "health" almost halved the frequency of consumption of strong alcoholic beverages and drinks with an ethyl alcohol content of 21–40%, preserved the frequency of consumption of drinks with a strength of 7–21% and low-alcohol drinks with a strength of up to 7%. Women with a high health life priority status significantly reduced the frequency of drinking only drinks with ethyl alcohol content in the range of 21–40%, whereas the remaining drinks were consumed with the same intensity (Figure 4.12).

Consequently, women of older age groups with low "health" life priority status are more likely to consume high ethyl alcohol alcoholic beverages frequently, however, they reduce the frequency of consumption of strong alcoholic beverages with increasing age. Women with a high status of life priority "health" substantially reduced the frequency of drinking only drinks with an ethyl alcohol content in the range of 21–40%, whereas the rest of the drinks were consumed with the same intensity.

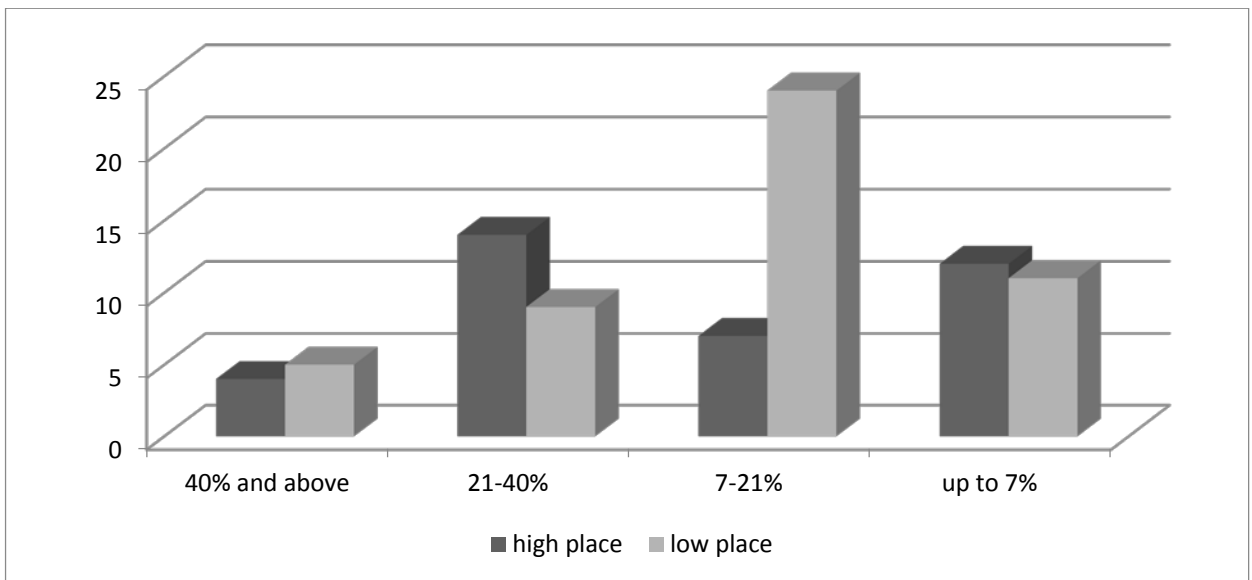


Figure 4.12 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 75 years and older with different status of life priority "health" (per 100 surveyed women in the age group 75 years and older, drinking alcoholic beverages with high and low status of life priority "health," respectively)

Gender differences are that in men with increasing age, the high status of life priority "health" was combined with a great interest in drinking alcoholic beverages with a strength of 21–40%, which was not observed in women. As a general comment, a combination of the low status of life priority "health" and the more frequent consumption of alcoholic beverages on a daily and regular basis should be noted.

4.5 Impact of Life Priority Structure on Frequency hygienic habits in the population of older age groups

The structure of life priorities, according to the available ideas, should influence the prevalence of hygiene habits. In order to confirm or refute this submission, a study was conducted on the impact of the structure of life priorities and the status of life priority "health" on the prevalence of compliance with daily routines, morning charging, hardening and commitment to outdoor activities among men and women of older age groups.

It was previously indicated that compliance with the daily routine (rise, food, sleep at a certain time) is not in itself directly related to medical activity, but indicates a

responsible and interested attitude of a person to his behavior. In total, three options for observing the daily routine stood out. The first option provided for the observance of the daily routine in almost all cases, with the exception of illness and other insurmountable life circumstances. That is, the fulfillment of the daily routine with such an opportunity was the natural state of a given person. The second version of the answer assumed that a person had a desire to comply with the daily routine, but this did not always work out even if there was such an opportunity. The third version of the answer suggested a person's lack of desire to comply with the daily routine.

Data on the attitudes of men of older age groups with different structures of life priorities for compliance with the daily routine are presented in Table 4.21.

Table 4.21 – Attitude to compliance among men of older age groups with different structure of life priorities (per 100 men surveyed in each age group)

Compliance with the daily routine	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
<i>Age group 60–74 years</i>			
I try to observe it	30 ± 5,3	30 ± 5,1	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	38 ± 5,6	36 ± 5,4	> 0,05
I do not comply	30 ± 5,3	31 ± 5,2	> 0,05
<i>Age group 75 years and older</i>			
I try to observe it	34 ± 3,6	24 ± 3,2	< 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	42 ± 3,7	49 ± 3,7	> 0,05
I do not comply	18 ± 2,9	25 ± 3,2	> 0,05

In the age group of 60–74 years, the frequency of compliance with the daily routine does not depend on the structure of life priorities. About a third of the surveyed men comply with the daily routine in full, another third tries to comply with it and only a third of the respondents do not comply with the daily routine. In the age group of 75 years and older, men with a standard structure of life priorities more often follow the

daily routine ($p < 0.05$) and less often do not comply with it, relative to men with a non-standard structure of life priorities. It should be noted that half of the surveyed men with a non-standard structure of life priorities (49 out of 100 respondents) try to comply with the daily routine, but they do not always succeed.

The status of life priority "health" did not have a significant effect on the desire to comply with the daily routine in men of older age groups. However, in men with a low status of life priority "health," the desire to comply with the daily routine is more expressed (41 versus 33 out of 100 respondents) (Figure 4.13). A third of those surveyed, regardless of the status of life priority "health," do not comply with the daily routine.

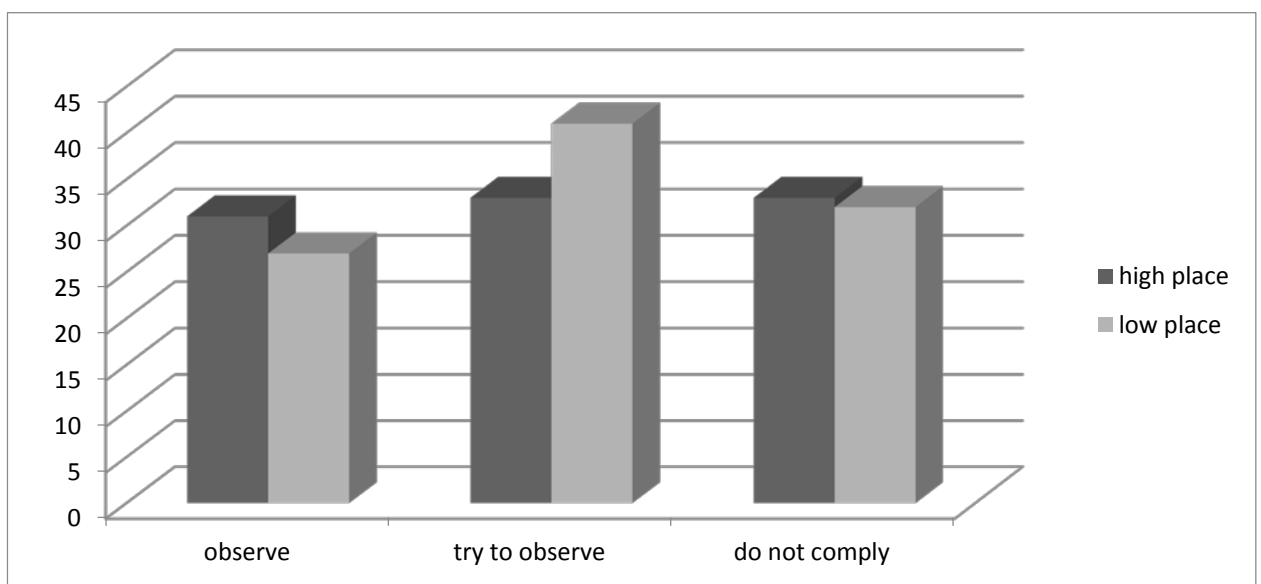


Figure 4.13 – Proportion of men who observe and do not comply with daily routine in age group 60–74 years with different status of life priority "health" (per 100 surveyed men of age group 60–74 years with high and low status of life priority "health," respectively)

Figure 4.14 presents comparative data on the relationship of men in the age group 75 years and older to compliance with the daily routine.

Regardless of the status of life priority "health," the proportion of compliance with the daily routine in the age group of 75 years and older decreases, but the highest among men with a high status of life priority "health" (a decrease of 5 pp), while among men with a low status of life priority "health" there was practically no reduction in the proportion of compliance with the daily routine.

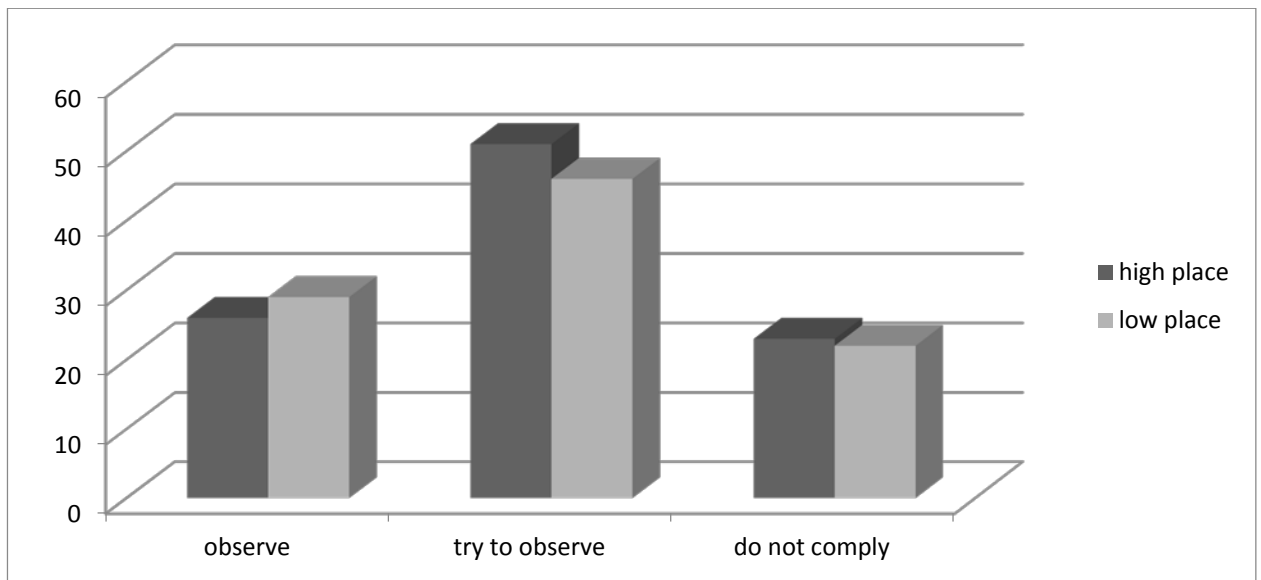


Figure 4.14 – Proportion of men who observe and do not comply with daily routine in age group 75 years and older with different status of life priority "health" (per 100 surveyed men of age group 75 years and older with high and low status of life priority "health," respectively)

Men trying to comply with the daily routine also became more independent of the status of life priority "health," but to a greater extent among men with a high status of life priority "health" (increase from 33 to 51 out of 100 respondents). The proportion of noncompliant in this age group was similar among men with high and low life priority status of "health."

Therefore, the structure of life priorities and status in relation to compliance with the daily routine only matter in the age group of 75 years and older. Men with a standard structure of life priorities more often follow the daily routine ($p < 0.05$) and less often do not comply with it, relative to men with a non-standard structure of life priorities. In men of the age group 60–74 years with a low status of life priority "health," the desire to comply with the daily routine is more expressed (41 versus 33 out of 100 respondents). In the age group of 75 years and older, the proportion of those following the daily routine decreases, but most strongly among men with a high status of life priority "health."

Data on the attitudes of women of older age groups with different structures of life priorities for compliance with the daily routine are presented in Table 4.22.

Table 4.22 – Attitude to compliance among women of older age groups with different structure of life priorities (per 100 women surveyed in each age group)

Compliance with the daily routine	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I try to observe it	32 ± 4,3	30 ± 4,3	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	40 ± 4,5	46 ± 4,7	> 0,05
I do not comply	27 ± 4,1	24 ± 4,0	> 0,05
Age group 75 years and older			
I try to observe it	35 ± 3,2	41 ± 4,1	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	46 ± 3,3	47 ± 4,1	> 0,05
I do not comply	17 ± 2,1	11 ± 2,1	< 0,05

In the 60–74 age group, the frequency of compliance with the daily routine in women, as well as in men, does not significantly depend on the structure of life priorities. About a third of the surveyed women comply with the daily routine in full, a quarter of the respondents do not comply with the daily routine. The rest of the women try to observe it when circumstances allow it. In the age group of 75 years and older, women with a standard structure of life priorities, unlike men, significantly more often do not comply with the daily routine (17 versus 11 out of 100 respondents). Somewhat more often, women with a non-standard structure of life priorities, on the contrary, comply with the daily routine (41 versus 35 out of 100 respondents), relative to women with a non-standard structure of life priorities. About half of the women surveyed, regardless of the structure of life priorities, tries to comply with the daily routine, but they do not always succeed.

In the 60–74 age group, the frequency of compliance with the daily routine in women, as well as in men, does not depend on the status of life priority "health." Most try to follow the daily routine (45 and 46 out of 100 respondents with high and low status of life priority "health," respectively), but they do not always succeed.

Unlike men, in women of older age groups, with an increase in age, the proportion of those observing the daily routine does not decrease, and among women with a low status

of life priority, "health" even increases (from 30 to 42 out of 100 respondents). Such an increase is due to a decrease in the specific gravity of those who try to comply with the daily routine, but he does not succeed. There is also a decrease in the specific gravity of women who do not follow the daily routine, and this decrease is especially strong among women with a high status of life priority "health" (from 20 to 9 out of 100 respondents).

As a result, in the age group of 75 years and older, the high status of life priority "health" is combined with a great desire to comply with the daily routine, maintaining the specific gravity of women who comply with the daily routine and reducing the specific gravity of women who do not comply with the daily routine (Figure 4.15).

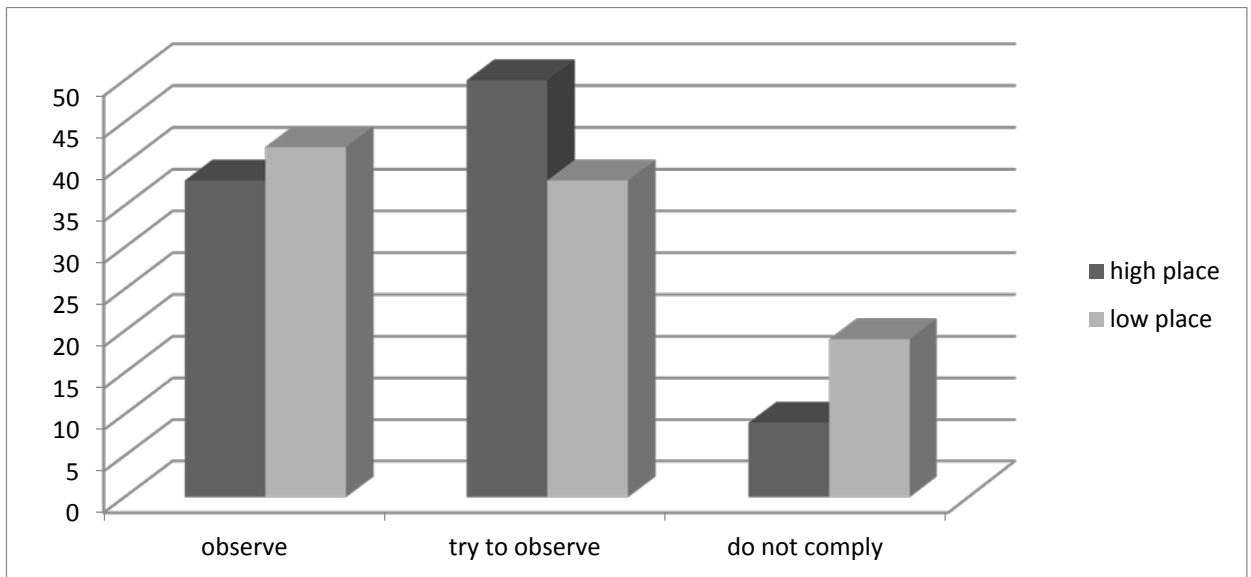


Figure 4.15 – Proportion of women who observe and do not comply with daily routine in age group 75 years and older with different status of life priority "health" (per 100 surveyed women of age group 75 years and older with high and low status of life priority "health," respectively)

Consequently, in the 60–74 age group, the frequency of compliance with the daily routine in women, as well as in men, does not depend either on the structure of life priorities or on the status of life priority "health." In the age group of 75 years and older, women with a standard structure of life priorities, unlike men, significantly more often do not comply with the daily routine (17 versus 11 out of 100 respondents). Among women

with a low status of life priority "health" with an increase in age, the proportion of those observing the daily routine increases (from 30 to 42 out of 100 respondents) at the expense of those who try to comply with the daily routine, but he does not succeed. Among women with a high status of life priority "health," there is a decrease in the specific gravity of women who do not comply with the daily routine (from 20 to 9 out of 100 respondents).

When analyzing the prevalence of performing physical (morning) gymnastics, three response options were proposed. The first option involved regular exercise in the morning or at any other convenient time. The second version of the answer indicated periodic performance, while the third version of the answer suggested a negative attitude towards the performance of physical exercises.

Table 4.23 presents the results of a survey of men of older age groups with different structures of life priorities.

Table 4.23 – Attitude to the performance of morning (physical) gymnastics among men of older age groups with different structure of life priorities (per 100 men surveyed in each age group)

Performing morning (physical) gymnastics	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, for me it is a necessity	13 ± 3,0	8 ± 2,4	> 0,05
Sometimes I do	36 ± 3,5	48 ± 3,6	< 0,05
Not doing	50 ± 3,5	41 ± 3,6	> 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, for me it is a necessity	8 ± 2,0	10 ± 2,2	> 0,05
Sometimes I do	47 ± 3,8	47 ± 3,7	> 0,05
Not doing	42 ± 3,7	42 ± 3,7	> 0,05

In the age group of 60–74 years, men with a non-standard structure of life priorities (55 versus 49 out of 100 respondents) are more likely to do physical gymnastics (at least sometimes), and more often men with a standard structure refuse to perform it (50 versus 41 out of 100 respondents). In the age group of 75 years and older,

the structure of life priorities did not have any impact on the attitude to the performance of morning (physical) gymnastics.

From the data presented in Table 4.24, it follows that in women of older age groups, the attitude to performing morning (physical) charging did not depend on the structure of life priorities in any of the age groups. About half did physical exercises, at least sometimes, half did not. Older men and women (age group 75 years and older) more often refused to perform physical charging, but the proportion of those who refused also did not depend on the structure of life priorities.

Table 4.24 – Attitude to performing morning (physical) gymnastics among women of older age groups with different structure of life priorities (per 100 women surveyed in each age group)

Performing morning (physical) gymnastics	Standard Life Priority Structure	Non-standard structure of life priorities	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, for me it is a necessity	9 ± 2,6	12 ± 3,1	> 0,05
Sometimes I do	42 ± 4,6	44 ± 4,7	> 0,05
Not doing	49 ± 4,6	43 ± 4,7	> 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, for me it is a necessity	12 ± 2,1	7 ± 2,1	> 0,05
Sometimes I do	34 ± 3,1	39 ± 4,0	> 0,05
Not doing	53 ± 3,3	49 ± 4,2	> 0,05

The status of life priority "health" can have an impact on behavior in terms of performing physical (morning) gymnastics.

The data shown in Figure 4.16 suggest that this relationship can be traced in men in the 60–74 age group. Thus, men with a low status of life priority "health" are more often engaged in physical gymnastics and less often do not do it. It should be noted that the very low share of men of this age group regularly does physical gymnastics, and

most do it from time to time. In the age group of 75 years and older, the status of life priority "health" did not affect the frequency of physical gymnastics.

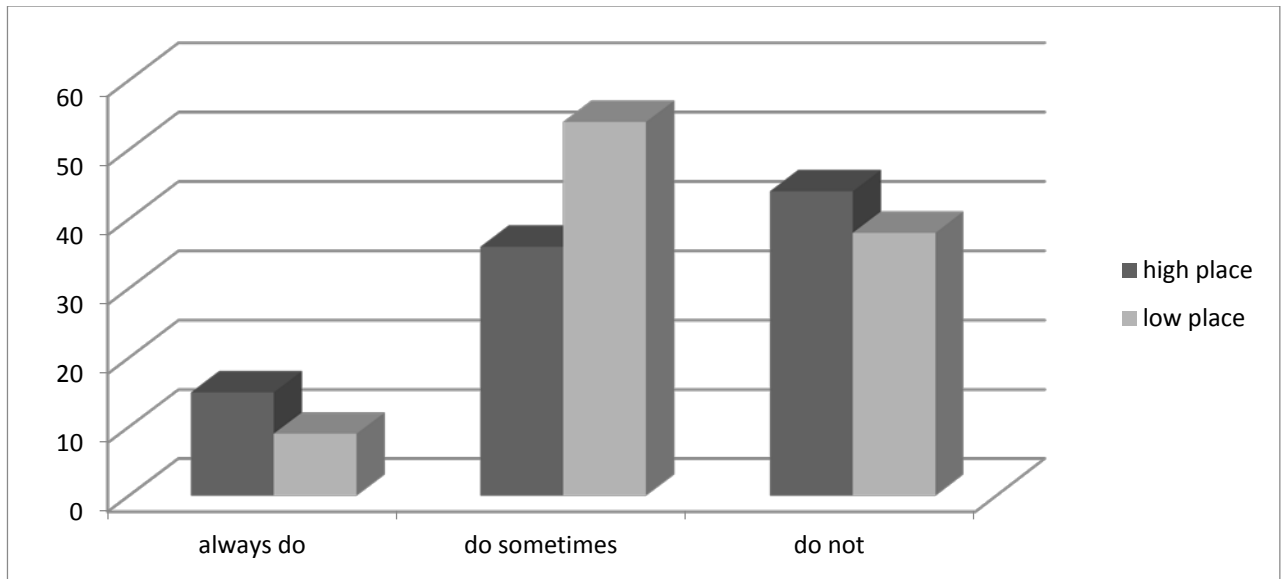


Figure 4.16 – Proportion of men performing and not performing physical (morning) exercises in the age group 60–74 years with different status of life priority "health" (per 100 surveyed men of the age group 60–74 years with high and low status of life priority "health," respectively)

Women of the age group 60–74 years old with a high status of life priority "health" are more likely to constantly or periodically do physical gymnastics (61 versus 47 out of 100 respondents). In the age group of 75 years and older, differences are expressed less, however, among women with a low status of life priority "health" there are more those who never do physical gymnastics (55 versus 47 out of 100 respondents).

For women, the relationship between the status of life priority "health" and the frequency of physical gymnastics is more pronounced (Figure 4.17).

Thus, men of the age group 60–74 years old with a low status of life priority "health" are more likely to engage in physical gymnastics (63 versus 51 out of 100 respondents) and less likely to not do it, while women have the opposite ratio: women with a high status of life priority "health" are more likely to constantly or periodically do physical gymnastics (61 versus 47 out of 100 respondents). In the age

group of 75 years and older, there was no dependence between the status of life priority "health" and the attitude to the performance of morning (physical) gymnastics.

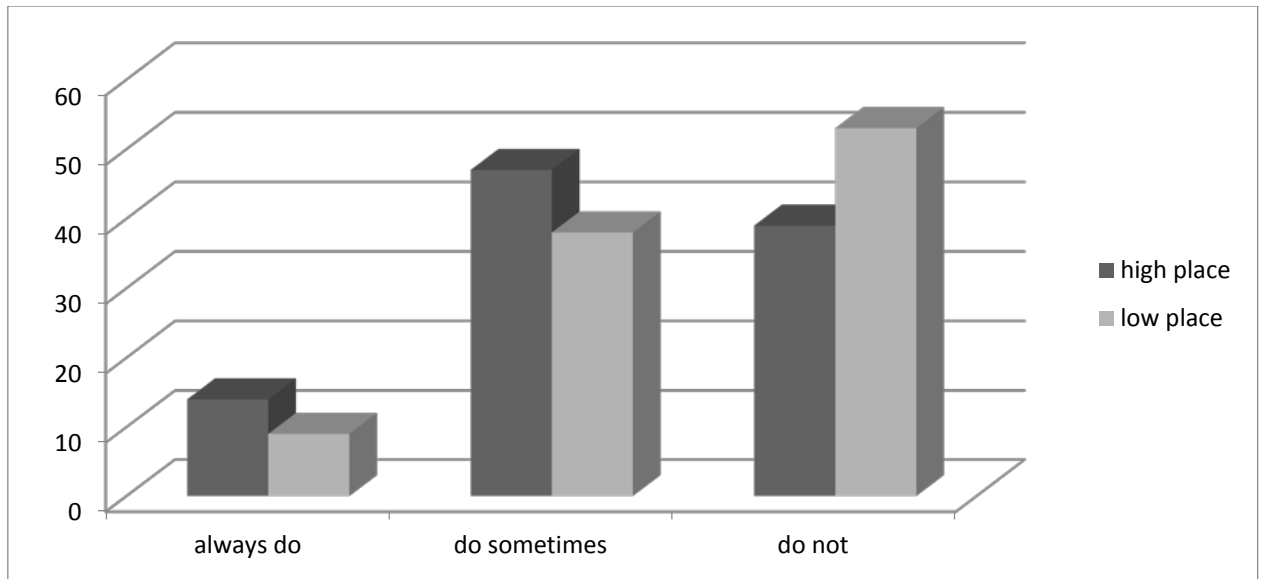


Figure 4.17 – Specific gravity of women performing and not performing physical (morning) exercises in age group 60–74 years with different status of life priority "health" (per 100 surveyed women of age group 60–74 years with high and low status of life priority "health," respectively)

It was previously shown that regardless of gender, persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform hardening procedures on an ongoing basis, and the proportion of those not performing is highest among men and women with a lower level of education.

The structure of life priorities does not have such a strong impact on the frequency of hardening procedures. In the age group of 60–74 years, men with a standard structure of life priorities in 36 cases out of 100 at least periodically perform such procedures, and men with a non-standard structure of life priorities in 40 cases out of 100. In the age group of 75 years and older, hardening procedures are more often performed on an ongoing basis by men with a non-standard structure of life priorities (7 versus 1 out of 100 respondents), however, the very small prevalence of this phenomenon does not allow us to draw evidence-based conclusions.

In women in any of the age groups, there was no influence of the structure of life priorities on the attitude to hardening procedures. Such a habit was not widespread among women of older age groups. One in five surveyed women sometimes performed hardening procedures, and only one in twenty interviewed women performed them on an ongoing basis.

The status of life priority "health" in men has a greater impact on the frequency of hardening procedures. If the proportion of permanent adherents of hardening procedures in the age group of 60–74 years did not depend on the status of life priority "health," then in periodic mode they were more often performed by men with a low status of life priority "health" (Figure 4.18).

Even stronger differences were observed in the age group of 75 years and older. Men with a low status of life priority "health" were 2.5 times more likely to perform hardening procedures on an ongoing basis (7 versus 3 out of 100 respondents) and 3 times more likely to perform them periodically (27 versus 9 out of 100 respondents).

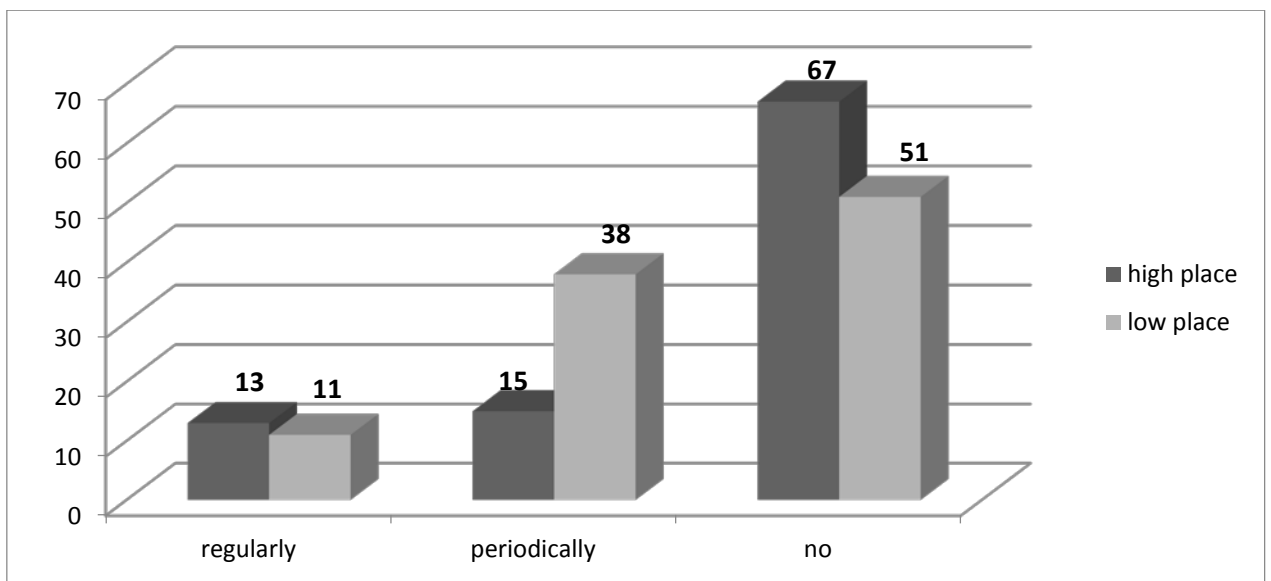


Figure 4.18 – Proportion of men performing hardening procedures in age group 60–74 years with different status of life priority "health" (per 100 surveyed men of age group 60–74 years with high and low status of life priority "health," respectively)

Women in all age groups had a dependence of the frequency of use of hardening procedures on the status of life priority "health" in the hierarchy of life priorities (Table 4.25).

Table 4.25 – Prevalence of hardening procedure practice among women of older age groups with different life priority status "health" (per 100 women surveyed in each age group)

Execution of quenching procedures	High status of life priority "health"	Low status of life priority "health"	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Regularly	3 ± 2,0	6 ± 3,0	> 0,05
Periodically	20 ± 4,7	34 ± 3,9	< 0,05
No	78 ± 5,0	60 ± 5,5	< 0,05
Age group 75 years and older			
Regularly	1 ± 0,6	8 ± 2,1	< 0,05
Periodically	10 ± 2,4	20 ± 3,1	< 0,05
No	87 ± 2,7	71 ± 3,6	< 0,05

In all age groups, women with a low "health" life priority statute were significantly more likely to perform hardening procedures, both on a regular and periodic basis.

Thus, the structure of life priorities does not have such a strong influence on the frequency of hardening procedures regardless of gender, and the low status of life priority "health" determines the more frequent execution of hardening procedures, both on a regular and periodic basis. This effect is especially strong in women of older age groups.

Summary of Chapter 4

Regardless of gender, with increasing age, the share of those holding a responsible position in relation to their own health decreases, but only in those who have a standard structure of life priorities, while among representatives of older age groups with a non-standard structure of life priorities, the share of increasing age remains unchanged. An active model of behavior in relation to the reasons for seeking medical care is more characteristic of persons with a non-standard structure of life priorities, regardless of age group and gender. In men and women with a

standard structure of life priorities, a reactive behavior model prevails. As age increases, the prevalence of active behavior patterns increases by reducing the prevalence of reactive and more passive behavior patterns. High life priority status "health" determines a greater prevalence of reactive behavior pattern in men and passive behavior pattern in women, whereas low status determines a higher prevalence of active behavior pattern.

Men and women of older age groups with a standard structure of life priorities are more likely to treat a doctor's appointment with attention and carefully perform them. For men with a non-standard structure of life priorities, selective fulfillment of a doctor's appointment is characteristic, but a rarer refusal to fulfill them.

The standard structure of life priorities and the high status of life priority "health" in men is combined with more frequent systematic smoking, but only in the age group of 60–74 years, as well as more frequent smoking cessation in the age group of 75 years and older. In women of older age groups, no relationship was identified between the structure of life priorities and the status of life priority "health" and the prevalence of smoking. The low status of life priority "health" determines a higher intensity of smoking and an earlier cessation of smoking (among quitters).

The low status of life priority "health" in men of older age groups is combined with the more frequent consumption of alcoholic beverages in daily and regular regimens, the high status of life priority "health" was combined with a greater interest in the use of low-alcohol drinks (conditionally beer). Women of older age groups with low "health" life priority status are more likely to consume high ethyl alcohol alcoholic beverages frequently, however they reduce the frequency of consumption of strong alcoholic beverages with increasing age.

Men of the age group 60–74 years with a low status of life priority "health" are more likely to engage in physical gymnastics and less likely to not do it, while women have the opposite ratio: women with a high status of life priority "health" are more likely to constantly or periodically do physical gymnastics. In the age group of 75 years and older, there was no dependence between the status of life priority

"health" and the attitude to the performance of morning (physical) gymnastics. The structure of life priorities does not have such a strong influence on the frequency of hardening procedures regardless of gender, and the low status of life priority "health" determines the more frequent implementation of hardening procedures, both on a regular and periodic basis. This effect is especially strong in women of older age groups.

Chapter 5

FAMILY ENVIRONMENT AS A SOCIAL DETERMINANT OF MEDICAL ACTIVITY IN THE OLDER POPULATION AGE GROUPS

According to the results of research on the structure of life priorities, the family is of great importance in the hierarchy among the population of older age groups. It is shown that it is indicated as a leading priority by almost half of the respondents surveyed (43 per 100 respondents). Another 17 per 100 respondents indicate the priority of "family" as the second most important. Consequently, six out of ten older age groups surveyed see family as a very meaningful life priority. If we consider the family in an expansive meaning, that is, consider the priority of "children and grandchildren" as an indirect recognition of the family as the leading vital value, then the role of the family increases even more. A quarter of the respondents (24 per 100 respondents) considered the well-being of the following generations as the most significant priority, another 23 per 100 respondents placed it in second place in the hierarchy, and 13 per 100 respondents – in third place. Consequently, almost 60 per 100 respondents considered children and grandchildren as a significant value in the hierarchy of their life priorities.

Given such a high place in the hierarchy of life priority, "family" is logical to assume that its role in preserving and promoting the health of the older generation will also be significant, including in influencing medical activity. Theoretically, such a mechanism seems to consist of two incentive elements. The first consists in the active role of the most representative of the older generation, who by active actions determines a high level of medical activity [204]. The second element consists in the incentive role of the environment. It was the second element that was practically not investigated. An environment can consist of two contours: a near or inner (family environment with the greatest potential for influence) and an outer (neighbors, friends, acquaintances, as well as an information space).

The present study attempted to assess the role of the internal incentive circuit as a social determinant of health on the characteristics of medical activity of the older age

group population. As a characteristic of the family environment, the fact of living together with any of the close relatives was used.

5.1 Impact of the family environment on the prevalence of responsible attitudes towards their health of the population of older age groups

In the 60–74 age group, only a quarter of male respondents lived separately (26 out of 100 respondents). Among them, more than half (58 out of 100 respondents) placed primary responsibility for their health on themselves, one in five believed that the state was responsible for its health, and one in ten believed that the health system should be responsible for its health, and 12 out of 100 respondents found it difficult to answer.

In the group of men who lived together, there were reliably more those who considered themselves primarily responsible for their health (73 out of 100 respondents). Accordingly, the proportion of men occupying a passive position was less. Only 4 out of 100 men living together with other family members were responsible for the state against 20 out of 100 men who lived separately ($p < 0.05$). Also, there were fewer men who lived together with other family members and placed primary responsibility for their health on the health care system (7 versus 10 out of 100 respondents). One in six surveyed men from this subgroup found it difficult to answer, which indirectly indicates his unwillingness to hold himself primarily responsible for his health.

Consequently, the family environment of men aged 60–74 years has a positive effect on the prevalence of responsible attitudes towards their health. Among men living together with other family members, there are more those who put responsibility for their health on themselves and do not shift it to the state and the health care system (27 versus 42 out of 100 respondents).

In the age group of 75 years and older, the proportion of men holding themselves primarily responsible for their health has decreased, but not significantly. Differences between men living separately and together with other family members have persisted.

Among men living separately, the popularity of the state and the health care system as subjects responsible for their health has increased due to undecided answers and a decrease in the specific gravity of those who impose primary responsibility on themselves. It should also be noted that the reduction in the specific gravity of those responsible for their health with increasing age was less among men living together with other family members (from 58 to 51 out of 100 men living separately, and from 73 to 70 out of 100 men living together with other family members).

Consequently, the family environment of men aged 75 years and older, as well as in the younger age group, has a positive effect on the prevalence of responsible attitudes towards their health. Despite the general decline in the level of responsible attitude for their health, single men are more likely to put responsibility on the state and the health care system (49 versus 30 out of 100 respondents).

In general, women are more responsible about their health than men. However, the influence of the family environment is also observed in men. In the age group of 60–74 years, 67 out of 100 women living alone consider themselves responsible for their health, while among women living together with other family members there were reliably more of them (77 out of 100 women surveyed) ($p < 0.05$). Among single women, the health care system is popular as the subject responsible for their health (15 out of 100 respondents), while among women living together with other family members there were reliably fewer of them (3 out of 100 respondents). And the state was responsible for more often single women (8 versus 3 out of 100 respondents, respectively). Quite a few women did not give a clear answer to the question posed (9 out of 100 surveyed single women and 17 out of 100 surveyed women living together with other family members).

In the age group of 75 years and older, the attitude of women to the question of the subject who is most responsible for their health does not depend on the family environment. The majority (64 and 65 out of 100 women surveyed living with other family members and singles respectively) consider themselves responsible for their health. With an increase in age, the popularity of the state as a subject responsible for the health of a representative of the older age group increases [25].

Consequently, women's family environment has a positive effect on the prevalence of responsible attitudes towards their health only in the 60–74 age group. With increasing age, differences disappear and responsibility is more often assigned to the state and health systems [136].

Thus, the popularity of the state in men is higher than in women, and the health care system is equally often indicated as a subject who must bear primary responsibility for the health of a person over the age of 60. Co-living with other family members is combined with a more responsible attitude to their health and a smaller gradient of decreasing prevalence of the event with increasing age in men in all age groups, and in women only in the 60–74 age group.

5.2 Impact of Family Environment on Behavioural Patterns Associated with the rate of medical care of the older population age groups

Three were considered as behaviours related to the ability to seek care. The active behavior model provided for such answers to the questionnaire questions as "I regularly apply, even if nothing worries, for the purpose of prevention" and "I appeal in connection with newly emerging problems, I am observed in connection with existing ones." The passive behavior model was defined as "I try not to handle" and "I apply only if the usual lifestyle is no longer possible." The reactive behavior model was characterized by such a response as "I appeal if something worries."

Data on the prevalence of behaviours in relation to the reasons for seeking medical care of men with different family environments are presented in Table 5.1.

Most men, regardless of age group, adhere to a reactive pattern of behavior in relation to seeking medical care. A third of men in the 60–74 age group adhere to a passive model and a quarter of men surveyed have an active behavior model. In the age group of 75 years and older, most of those surveyed believe that they adhere to an active behavior model, and a minority of the passive model. Such changes occur by inverting the specific gravity of those adhering to an active and passive behavior model. If in the age group of 60–74 years, the ratio between men adhering to an active and passive

behavior model was 1 to 1.3, then in the age group of 75 years and over 1 to 0.13 among men living together with other family members and 1 to 0.27 among single men. The proportion of men adhering to the reactive behavior model remained the same across all age groups. There were no differences associated with the family environment ($p > 0.05$).

Table 5.1 – Prevalence of behavioural patterns regarding reasons for seeking medical care of men with different family environments (per 100 men surveyed in each age group and respective status)

Behavior model	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	32 ± 3,4	30 ± 3,5	> 0,05
Reactive	41 ± 2,5	45 ± 2,4	> 0,05
Active	25 ± 3,2	23 ± 3,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Passive	7 ± 2,1	12 ± 3,1	> 0,05
Reactive	37 ± 4,9	42 ± 6,1	> 0,05
Active	54 ± 3,5	45 ± 5,9	> 0,05

Among women of older age groups, adherents of the active behavior model, as well as in men, there were more in the age group 75 years and older (Table 5.2). The proportion of women adhering to a reactive behavior model did not depend on the age of the woman and did not depend on the family environment. The ratio between women adhering to an active and passive behavior model, in the age group 60–74 years old was 1 in 1, and in the age group 75 years and older 1 in 0.21 among women living together with other family members and 1 in 0.19 among single women.

Thus, the family environment does not have a significant impact on the patterns of behavior regarding the reasons for seeking medical care. There are also no gender

differences in relation to the specific gravity of men and women who adhere to different behaviors in seeking medical care.

Table 5.2 – Prevalence of behaviours for reasons for seeking care of women with different family environments (per 100 women surveyed in each age group and respective status)

Behavior model	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Passive	29 ± 3,6	25 ± 4,5	> 0,05
Reactive	40 ± 5,5	43 ± 5,7	> 0,05
Active	28 ± 3,9	30 ± 4,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Passive	10 ± 2,0	9 ± 1,1	> 0,05
Reactive	42 ± 3,7	41 ± 3,6	> 0,05
Active	47 ± 3,8	48 ± 3,9	> 0,05

5.3 Influence of the family environment on the degree of compliance of the population of older age groups

The degree of compliance of the population of older age groups was determined by the results of answers to three questions regarding the implementation of medical recommendations, as well as one question regarding self-medication. The first question determined the general attitude towards the implementation of doctor's appointments.

Overall, the majority of male respondents surveyed follow medical appointments (Table 5.3). Single men are carefully prescribed by the doctor, but the degree of reliability of the differences does not reach the critical value of the denial of the "null hypothesis" ($p > 0.05$). Half of single men aged 60–74 carefully fulfill doctor's appointments and another 38 out of 100 respondents fulfill doctor's appointments only in some cases. When cohabiting, men are less likely to carefully fulfill doctor's appointments and more often they are performed in some cases. The absolute minority admitted that they did not fulfill the prescriptions of the doctor and the value of the specific gravity of such men also did not depend on the family environment.

Table 5.3 – Prevalence of behaviours for physician prescribing in men of older age groups (per 100 men surveyed in each age group)

Performance doctor's appointments	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	40 ± 3,6	50 ± 5,9	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	46 ± 3,7	38 ± 5,7	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	6 ± 1,2	8 ± 3,2	> 0,05
Did not respond	8 ± 1,4	4 ± 1,5	> 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	62 ± 3,0	60 ± 4,1	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	30 ± 2,8	34 ± 3,9	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	1 ± 0,6	5 ± 1,6	> 0,05
Did not respond	7 ± 1,2	1 ± 0,4	> 0,05

In the age group of 75 years and older, the proportion of men who carefully perform a doctor's appointment increases regardless of their family environment, although to a greater extent it increases in the group of men living together with other family members (the gradient in the group of men living together with other family members was 22 per 100 respondents, while among single men it was only 10 per 100 respondents). This increase was due to men who at a younger age performed doctor's appointments only in some cases. The proportion of men of older age groups who did not fulfill the appointment of a doctor and did not answer this question was insignificant, regardless of the family environment.

Therefore, the family environment does not have a decisive effect on the patterns of behavior of men in relation to the performance of doctor's appointments. A small part of the men of older age groups surveyed do not perform doctor's appointments, and the increase in carefully performing doctor's appointments in the age group of 75 years and older is observed at the expense of men who perform doctor's appointments only in some cases.

The prevalence of behaviours for physician prescribing in older women is presented in Table 5.4.

Table 5.4 – Prevalence of behaviours for physician prescribing in women of older age groups (per 100 women surveyed in each age group)

Performance doctor's appointments	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Carefully perform a doctor's appointment	50 ± 4,1	67 ± 5,4	> 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	40 ± 4,0	32 ± 5,3	> 0,05
Do not perform doctor's appointments	8 ± 2,2	1 ± 1,1	< 0,05
Did not respond	2 ± 1,0	0	> 0,05
Age group 75 years and older			
Carefully perform a doctor's appointment	72 ± 2,4	64 ± 2,5	< 0,05
Perform doctor's appointments only in some cases	26 ± 2,3	34 ± 2,5	< 0,05
Do not perform doctor's appointments	1 ± 0,6	1 ± 0,8	> 0,05
Did not respond	1 ± 0,6	1 ± 0,8	> 0,05

Women, as well as men, in general, perform doctor's appointments. In the 60–74 age group, 90 out of 100 surveyed women living with other family members and 99 out of 100 surveyed single women perform full or incomplete doctor's appointments. They ignore the recommendations given to them more often than women living together with other family members (8 versus 1 out of 100 respondents). Single women are more responsible for performing doctor's appointments, however, in the age group of 75 years and older, the observed situation changes to the opposite. Significantly more often, women living together with other family members (72 versus 64 out of 100 respondents) carefully follow the recommendations given to them by their doctor. Such changes occur at the expense of a decrease in female persons who performed doctor's appointments only in some cases, whereas there are no such changes among single women. In this age group, medical appointments are not performed in isolated cases.

Gender differences are that in women, unlike men, the family environment has a certain influence on the patterns of behavior in relation to the performance of doctor's appointments. The behavior of women in relation to doctor's appointments depends on

the age group. In the age group of 60–74 years, lonely women more often comply with the recommendations given to them by their doctor. As in men in women aged 75 years and older, the proportion of carefully performing a doctor's appointment increases regardless of their family environment, although it increases to a greater extent in the group living together with other family members. The increase in carefully performing doctor's appointments in the age group of 75 years and older is observed at the expense of men and women who perform doctor's appointments only in some cases. The absolute minority admitted that they did not fulfill the doctor's appointments.

As clarifying questions on specific aspects of the implementation of medical appointments, respondents were asked questions regarding compliance with the recommendations for the use of medicines and the regularity of medical visits.

In the age group of 60–74 years, single men are always observed by the doctor in relation to the use of drugs (63 versus 52 out of 100 respondents), and in the age group of 75 years and older there are no differences in the specific gravity that comply with the recommendations for the use of drugs (66 versus 70 out of 100 respondents). Among women of older age groups, as well as in men in the 60–74 age group, lonely women more often comply with the doctor's recommendations regarding the use of drugs (75 versus 62 out of 100 respondents). There were no differences in the age group 75 years and older ($p > 0.05$).

According to the recommendations given to them, regular medical visits are also observed more often than single men in the age group of 60–74 years (63 versus 52 out of 100 respondents) ($p < 0.05$), while in the age group of 75 years and older there were no differences (69 versus 68 out of 100 respondents) ($p > 0.05$). And in this case, there were no gender differences. In the age group of 60–74 years, lonely women more often followed the recommendations on the regularity of doctor's visits (76 versus 58 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). There were no differences in the age group of 75 years and older (75 versus 79 out of 100 respondents) ($p > 0.05$).

Thus, a higher degree of compliance is observed in single members of the older age group and this phenomenon does not have gender differences. Single men and women are more likely to perform doctor's appointments in general, and in particular with regard to

medication and the regularity of doctor's visits. However, this is only true for the 60–74 age group, whereas no such differences were identified in the 75 and older age group.

5.4 Dependency of Frequency of Smoking and Alcohol Consumption by the Population older age groups from family environment

Family environments can influence the prevalence and adherence of older age groups to antihygienic habits such as smoking and alcohol consumption. The existing notion of the role of the family environment in relation to these habits, which of course do not determine the entire spectrum of antihygienic behavior, but can be considered as its markers, is that the presence of the family environment will contribute to a decrease in the prevalence of these phenomena. However, evidence supporting or refuting this thesis in relation to older age groups has not been found in the available literature.

Table 5.5 presents the prevalence characteristics of smoking among men of older age groups with different family environments.

Table 5.5 – Smoking prevalence characteristics among men of older age groups with different family environments (per 100 men surveyed in each age group)

Smoking frequency	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	36 ± 3,4	50 ± 5,9	< 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	11 ± 1,9	8 ± 3,2	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	24 ± 3,0	20 ± 5,3	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	8 ± 1,5	13 ± 4,2	> 0,05
I smoke systematically	18 ± 2,6	5 ± 2,4	< 0,05

Table 5.5 ending

Smoking frequency	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Did not respond	3 ± 1,2	4 ± 2,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	46 ± 4,1	28 ± 4,6	< 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	12 ± 2,3	8 ± 2,3	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	25 ± 3,5	39 ± 5,0	< 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	10 ± 2,0	6 ± 2,0	> 0,05
I smoke systematically	4 ± 1,1	12 ± 3,1	< 0,05
Did not respond	3 ± 0,9	7 ± 2,1	> 0,05

Single men in the 60–74 age group were significantly more likely to never try smoking (50 versus 36 out of 100 respondents), and systematically smoking significantly more among men living together with other family members (18 versus 5 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). In total, 26 out of 100 surveyed men living with other family members and 18 out of 100 surveyed single men smoke systematically or from time to time ($p < 0.05$). In total, men also smoked (in the present and past) more often than men living together with other family members (61 versus 46 out of 100 respondents) ($p < 0.05$).

In the age group of 75 years and older, systematic smoking, on the contrary, is more common among single men (4 versus 12 out of 100 respondents) ($p < 0.05$), however, if we take into account not only systematic smoking, but the proportion of smokers in general, then there are no differences between the compared subgroups (14 versus 18 out of 100 respondents) ($p > 0.05$). Accordingly, there is no difference between the specific gravity values of non-smoking men.

Table 5.6 presents the prevalence characteristics of smoking among women of older age groups with different family environments.

Table 5.6 – Characteristics of smoking prevalence among women of older age groups with different family environment (per 100 women surveyed in each age group)

Smoking frequency	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Never tried smoking	68 ± 2,8	63 ± 4,5	> 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	9 ± 1,3	11 ± 2,5	> 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	8 ± 1,2	13 ± 2,9	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	5 ± 0,8	1 ± 0,3	< 0,05
I smoke systematically	7 ± 1,0	8 ± 2,1	> 0,05
Did not respond	3 ± 0,5	4 ± 1,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
Never tried smoking	76 ± 3,1	83 ± 2,8	< 0,05
Once I tried (currently I don't smoke)	10 ± 1,3	6 ± 1,7	< 0,05
Smoked but quit (currently not smoking)	5 ± 0,9	4 ± 1,5	> 0,05
I smoke "from time to time" (not systematically)	1 ± 0,4	2 ± 0,9	> 0,05
I smoke systematically	1 ± 0,4	2 ± 0,9	> 0,05
Did not respond	7 ± 1,2	3 ± 1,1	> 0,05

For women in the 60–74 age group, unlike men, the presence of a family environment does not affect the prevalence of smoking (12 versus 9 out of 100 respondents) ($p > 0.05$). In total, women smoked (in the present and past) equally often, both living together with other family members and lonely (29 versus 33 out of 100 respondents) ($p > 0.05$). In the age group of 75 years and older, lonely women were somewhat more likely to have never tried smoking (83 versus 76 out of

100 respondents), however, the frequency of smoking in this age group of women was so low that it did not allow for evidence-based conclusions.

Hence, the hypothesis that living together with other family members reduces the likelihood of smoking is not supported, in both men and women of older age groups. If the opposite situation is observed in men in the age group of 60–74 years, and no significant differences are recorded in the age group of 75 years and older, then in relation to women, the influence of the family environment on the prevalence of smoking was not detected in any of the age groups.

In addition to the prevalence of smoking, the intensity of smoking and the age at the beginning of smoking are also of great importance. Thus, single men aged 60–74 years began smoking on average 5.7 years earlier than men living together with other family members (19.0 years versus 24.7 years), however, the intensity of smoking was higher in the group of single men (13.7 versus 11.0 cigarettes per day) ($p > 0.05$). In the age group of 75 years and older in men and in all age groups of women, the prevalence of smoking was very low and it made no sense to assess its intensity.

Alcohol consumption is the second striking characteristic of antihygienic behavior. During the survey, it was found out both the fact of drinking alcoholic beverages and the frequency of its adoption, as well as the strength of drinks and the volume of pure alcohol consumed in one step.

The prevalence characteristics of alcohol use among men of older age groups with different family environments are presented in Table 5.7.

Significantly more often in the age group of 60–74 years, single men do not drink alcoholic beverages (43 versus 28 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). The daily nature of drinking alcohol is rare among men of older age groups, and the most common pattern of consumption is rare (2–3 times a month) consumption. This nature of drinking alcoholic beverages, as well as regular consumption (more often 1 times a week) is more typical for men living together with other family members (47 against 33 of 100 respondents) ($p < 0.05$). In the age group of 75 years and older, the prevalence characteristics of alcohol use did not have significant differences ($p > 0.05$). Half of the men surveyed in this age group did not consume alcoholic beverages [26].

Table 5.7 – Prevalence characteristics of alcohol use among men of older age groups with different family environments (per 100 men surveyed in each age group)

Frequency of alcohol consumption	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	4 ± 0,9	3 ± 1,5	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	14 ± 2,3	8 ± 3,2	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	33 ± 3,4	25 ± 5,8	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	20 ± 2,8	20 ± 5,3	> 0,05
I do not use	28 ± 3,2	43 ± 6,8	< 0,05
Did not respond	1 ± 0,4	1 ± 0,5	< 0,05
Age group 75 years and older			
I use almost daily	2 ± 0,5	5 ± 1,6	> 0,05
Regularly (more often than 1 times a week)	3 ± 0,8	5 ± 1,6	> 0,05
Rare (2–3 times a month)	23 ± 3,3	17 ± 3,7	> 0,05
Sometimes (2–3 times a year)	18 ± 2,9	25 ± 4,3	> 0,05
I do not use	51 ± 4,1	45 ± 5,2	> 0,05
Did not respond	3 ± 0,8	3 ± 1,2	> 0,05

From the data presented in Figure 5.1, it follows that men living together with other family members at the age of 60–74 are more likely to drink strong alcoholic beverages (40% strength and above), while single men more prefer low-alcohol drinks (conditionally beer). Drinks with an average ethyl alcohol content (7–40%) are equally often consumed by men of this age group regardless of family environment ($p > 0.05$).

In the age group of 75 years and older, the characteristics of the family environment did not affect the strength of alcoholic beverages. The general trend was a decrease in the content of ethyl alcohol in drinks consumed, as well as a decrease in the popularity of low-alcohol drinks (conditionally beer).

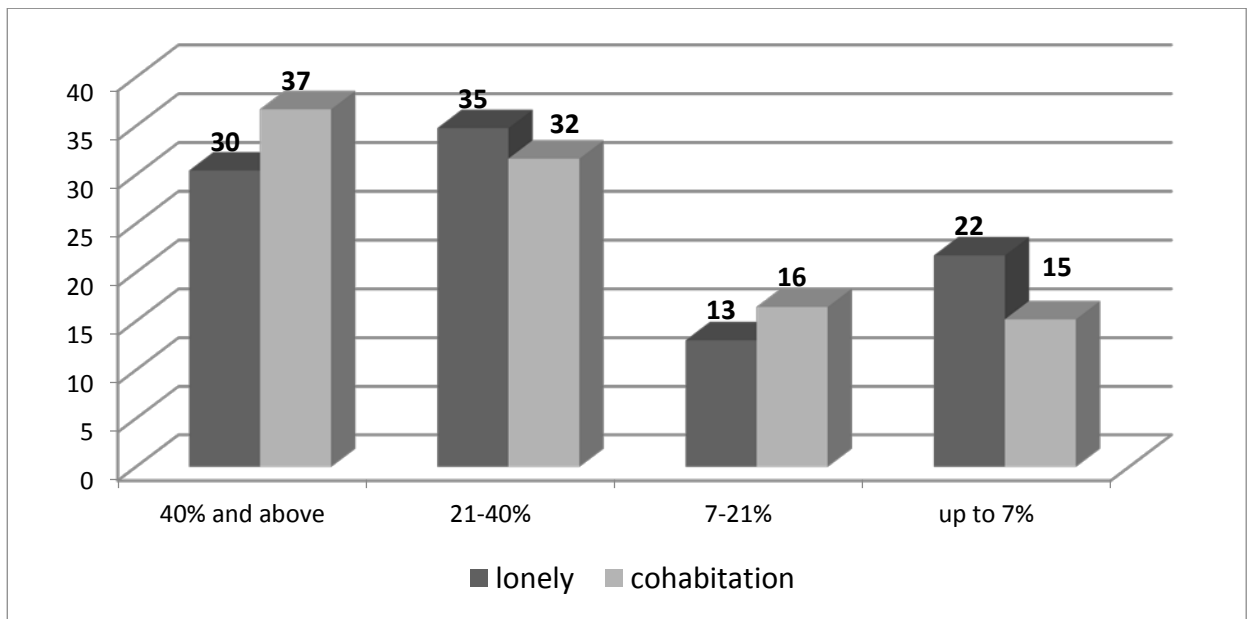


Figure 5.1 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 60–74 years with different family environment (per 100 surveyed men in the age group 60–74 years, drinking alcoholic beverages with the corresponding family environment)

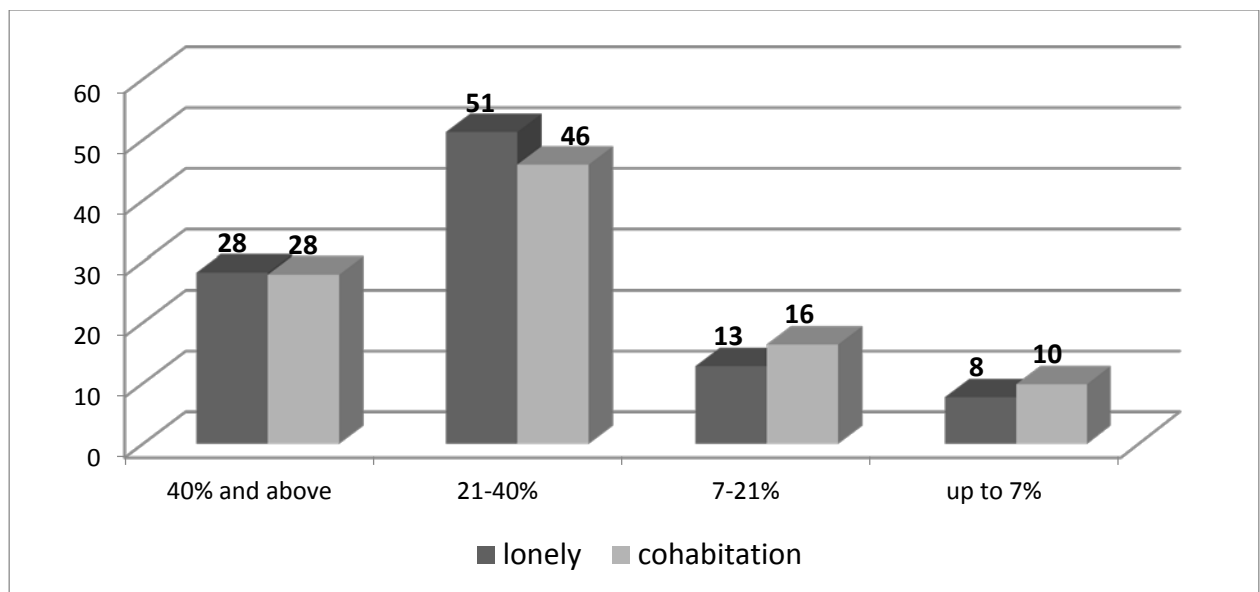


Figure 5.2 – Proportion of men drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 75 years and older with different family environment (per 100 surveyed men in the age group 75 years and older, drinking alcoholic beverages with the corresponding family environment)

An analysis of the doses of alcohol taken (in terms of pure alcohol) (Table 5.8) showed that single men aged 60–74 years used smaller doses of alcohol, while men living with other family members were inclined to use higher doses of alcohol. In the age group of 75 years and older, there was no apparent trend described above. Differences were observed only with respect to the dose of 50–100 g per dose (125–250 ml vodka). Significantly more often, such a dose of alcohol was consumed by men living together with other family members [26].

Table 5.8 – Alcohol dose (in terms of pure alcohol) taken at a time among men of older age groups with different family environment (per 100 men surveyed in each age group)

Dose of alcohol taken at one time	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Less than 20g	14 ± 2,2	22 ± 4,1	> 0,05
More than 20 but less than 50g	23 ± 2,9	35 ± 4,9	< 0,05
More than 50 but less than 100g	39 ± 3,6	7 ± 2,5	< 0,05
More than 100 but less than 200g	17 ± 2,5	26 ± 3,9	< 0,05
More than 200 g	1 ± 0,5	0	> 0,05
Age group 75 years and older			
Less than 20g	5,7 ± 1,2	7,7 ± 2,3	> 0,05
More than 20 but less than 50g	37,1 ± 3,9	42,3 ± 5,0	> 0,05
More than 50 but less than 100g	40,0 ± 3,8	25,0 ± 4,0	< 0,05
More than 100 but less than 200g	17,1 ± 2,8	21,2 ± 3,8	> 0,05
More than 200 g	0	3,8 ± 1,7	

Thus, as in the case of smoking, the hypothesis that living together with other family members reduces the prevalence of drinking alcoholic beverages, its strength and the dose of alcohol in terms of pure alcohol in men of older age groups does not find confirmation. Major differences were observed in the 60–74 age group. Single men are significantly more likely not to drink alcoholic beverages (43 versus 28 out of

100 respondents) ($p < 0.05$). Regular (more often 1 times a week) and rare (2–3 times a month) consumption of alcoholic beverages is more typical for men living together with other family members (47 against 33 of the 100 respondents) ($p < 0.05$), who more often consume strong alcoholic beverages (strength 40% and above), while single men more prefer low-alcohol drinks (conditionally beer). The analysis of the doses of alcohol taken (in terms of pure alcohol) confirms the conclusions made, since single men aged 60–74 years used smaller doses of alcohol.

The prevalence characteristics of alcohol use among women of older age groups with different family environments are presented in Table 5.9.

Table 5.9 – Prevalence characteristics of alcohol use among women of older age groups with different family environments (per 100 women surveyed in each age group)

Frequency of alcohol use	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I use almost daily	0	$1 \pm 0,6$	$> 0,05$
Regularly (more often than 1 times a week)	$4 \pm 1,1$	$8 \pm 2,1$	$> 0,05$
Rare (2–3 times a month)	$22 \pm 2,9$	$13 \pm 2,9$	$> 0,05$
Sometimes (2–3 times a year)	$34 \pm 3,4$	$24 \pm 3,9$	$< 0,05$
I do not use	$36 \pm 3,4$	$54 \pm 4,7$	$< 0,05$
Did not respond	$4 \pm 1,0$	0	
Age group 75 years and older			
I use almost daily	$1 \pm 0,6$	$1 \pm 0,5$	$> 0,05$
Regularly (more often than 1 times a week)	$2 \pm 1,0$	$1 \pm 0,5$	$> 0,05$
Rare (2–3 times a month)	$6 \pm 1,8$	$6 \pm 1,7$	$> 0,05$
Sometimes (2–3 times a year)	$21 \pm 3,0$	$17 \pm 2,7$	$> 0,05$
I do not use	$67 \pm 3,5$	$71 \pm 3,3$	$> 0,05$
Did not respond	$3 \pm 1,2$	$4 \pm 1,5$	$> 0,05$

As in men, lonely women do not drink alcoholic beverages significantly more often in the age group of 60–74 years (54 versus 36 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). The daily nature of drinking alcoholic beverages is extremely rare among women of older age groups, and the most common nature of consumption is episodic (2–3 times a year) use. This nature of alcohol consumption is more typical for women living together with other family members (34 versus 24 out of 100 respondents). More frequent consumption of alcoholic beverages (2–3 times a month) is also characteristic of women living together with other family members (22 versus 13 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). In the age group of 75 years and older, the prevalence characteristics of alcohol use in women, as well as in men, did not have significant differences. More than half of the surveyed men of this age group did not consume alcoholic beverages [26].

From the data presented in Figure 5.3, it follows that women living together with other family members at the age of 60–74 are more likely to consume stronger alcoholic beverages (21% strength and above), while single women are more likely to prefer alcoholic beverages with 7–21% strength (conditionally wine). Low-alcohol drinks with an ethyl alcohol content of up to 7% are equally often consumed by women of this age group, regardless of family environment. Strong alcoholic beverages are rarely consumed by women of older age groups, and the frequency of their consumption does not depend on the family environment.

Due to the rarity of drinking alcoholic beverages by women in the age group of 75 years and older, the analysis of the content of ethyl alcohol in consumed drinks in relation to them was not investigated.

An analysis of the doses of alcohol taken (in terms of pure alcohol) showed that single women aged 60–74 were more likely to consume smaller doses of alcohol, whereas women cohabiting with other family members tended to consume higher doses of alcohol. Differences were observed only with respect to the dose of 100–200 g per dose. Significantly more often, such a dose of alcohol was consumed by women living together with other family members [26].

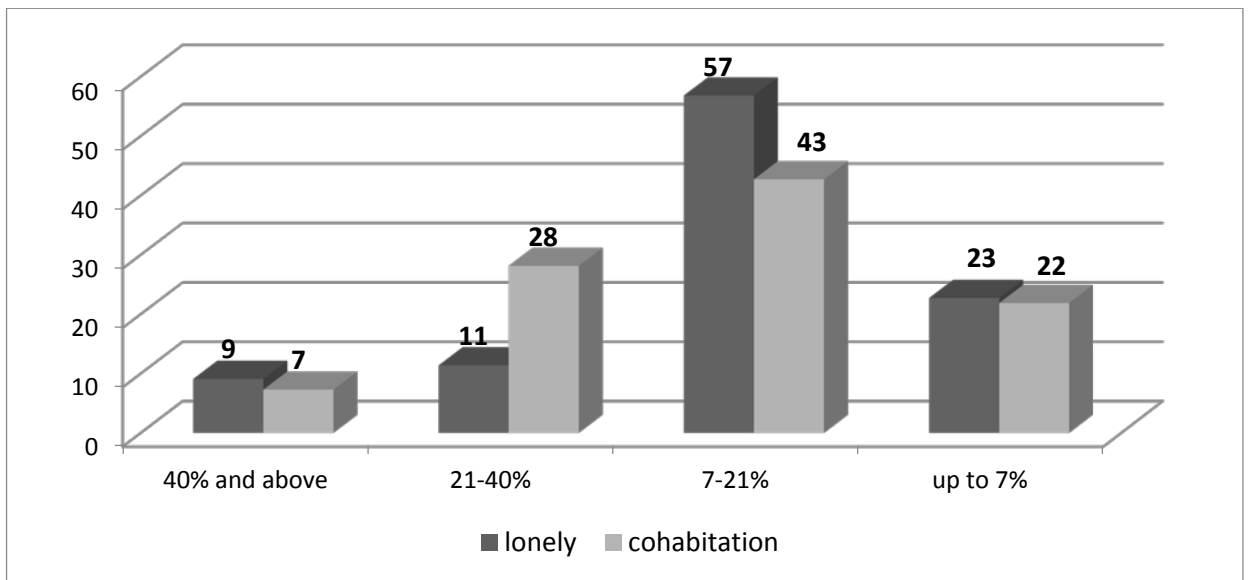


Figure 5.3 – Proportion of women drinking alcoholic beverages with different ethyl alcohol content in the age group 60–74 years with different family environment (per 100 surveyed women in the age group 60–74 years, drinking alcoholic beverages with the corresponding family environment)

Table 5.10 – Alcohol dose (in terms of pure alcohol) taken at one time among women of older age groups with different family environment (per 100 women surveyed in each age group)

Dose of alcohol taken at one time	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Less than 20g	22 ± 2,2	36 ± 4,1	< 0,05
More than 20 but less than 50g	27 ± 2,9	25 ± 4,9	> 0,05
More than 50 but less than 100g	22 ± 3,6	21 ± 2,5	> 0,05
More than 100 but less than 200g	18 ± 2,5	5 ± 3,9	< 0,05
More than 200 g	0	0	

Thus, as with smoking, the hypothesis that co-living with other family members reduces the prevalence of alcohol consumption, its strength and alcohol dose in terms of pure alcohol in women of older age groups, as well as in men, is not supported.

Differences were observed in the 60–74 age group. Single women are significantly more likely not to drink alcoholic beverages (54 versus 36 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). The most common nature of use is episodic (2–3 times a year) use, especially for women living together with other family members (34 versus 24 out of 100 respondents) ($p < 0.05$), as well as more frequent consumption of alcoholic beverages (2–3 times a month) (22 versus 13 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). Stronger alcoholic drinks (21% strength and above) are more often consumed by women living together with other family members, while single women more prefer alcoholic drinks with 7–21% strength (conditionally wine). In the age group of 75 years and older, the prevalence characteristics of alcohol use in women, as well as in men, did not have significant differences ($p > 0.05$). The analysis of the doses of alcohol taken (in terms of pure alcohol) confirms the conclusions made, since single women aged 60–74 years used smaller doses of alcohol [26].

5.5 Influence of family environment on frequency of hygiene habits in the population of older age groups

Along with antihygienic habits, the analysis of the spread of which is presented above, the spread of hygienic habits is of great importance in assessing medical activity. In the present study, compliance with daily routines, morning charging, hardening and commitment to outdoor activities were considered as hygiene habits. The prevalence of these habits may indicate a responsible and interested attitude of a person to his behavior.

Table 5.11 presents the results of the study regarding compliance among men of older age groups with different family environments.

The frequency of the daily routine in almost all cases, with the exception of illness and other insurmountable life circumstances, did not depend on the family environment. In the 60–74 age group, a third of the men surveyed tried to follow the daily routine. In the age group of 75 years and older, the prevalence of this phenomenon is somewhat reduced and to a greater extent among men living together with other family members. They tried to adhere to the daily routine, but it was not always more

common for men living together with other family members (40 versus 30 out of 100 respondents) in the 60–74 age group ($p < 0.05$).

Table 5.11 – Attitudes to Compliance Among Older Men with Different Family Environments (Per 100 Men Surveyed in Each Age Group)

Compliance with the daily routine	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I try to observe it	30 ± 4,3	30 ± 7,2	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	40 ± 3,6	30 ± 5,2	< 0,05
I do not comply	28 ± 4,2	38 ± 7,7	> 0,05
Age group 75 years and older			
I try to observe it	26 ± 4,5	32 ± 5,8	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	46 ± 5,1	46 ± 6,2	> 0,05
I do not comply	24 ± 4,4	19 ± 4,8	> 0,05

Therefore, there were no reliable dependencies between the desire and the desire to comply with the daily routine in men of older age groups and family environment ($p > 0.05$). Somewhat more often tried to adhere to the daily routine of men living together with other family members in the age group of 60–74 years, while in the age group of 75 years and older, no differences were revealed.

Table 5.12 presents the results of the study regarding compliance among women of older age groups with different family environments.

Single women in the 60–74 age group were somewhat more likely to perform the daily routine in almost all cases, with the exception of illness and other insurmountable life circumstances (37 versus 29 out of 100 respondents). In the age group of 75 years and older, no such differences were observed. These differences were due to the difference in the number of women who tried to adhere to the daily routine, but they did not always succeed in doing so. In this case, only subjective obstacles were implied, since objective difficulties in fulfilling the daily routine were taken into account in the first version of the answer.

Table 5.12 – Attitudes towards compliance among women of older age groups with different family environments (per 100 women surveyed in each age group)

Compliance with the daily routine	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
I try to observe it	29 ± 3,7	37 ± 5,5	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	46 ± 4,1	37 ± 5,5	> 0,05
I do not comply	25 ± 3,5	26 ± 5,1	> 0,05
Age group 75 years and older			
I try to observe it	39 ± 3,7	36 ± 3,5	> 0,05
Trying to stick, but it doesn't always work out	46 ± 3,8	47 ± 3,7	> 0,05
I do not comply	14 ± 2,6	16 ± 2,7	> 0,05

Consequently, in women, as well as in men, there were no reliable dependencies between desire and desire to comply with the daily routine and family environment ($p > 0.05$). Gender differences were that if men living with other family members tried to adhere to the daily routine, then the opposite ratio was observed for women. This is true for the age group of 60–74 years, while no differences were found in the age group of 75 years and older.

When examining the frequency of performing morning charging, exercise was provided for regardless of their intensity and duration at any time of the day. The term "morning charging" is used as conditional.

Table 5.13 presents data on the attitude to the performance of morning gymnastics among men of older age groups with different family environments.

A minority of older men surveyed experience the need to exercise. In the age group of 60–74 years, men living together with other family members are significantly more likely to perform physical exercises "from time to time" (47 versus 28 out of 100 respondents) ($p < 0.05$), and lonely men refuse to perform physical exercises more often (55 versus 41 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). In the age group of 75 years and older, there were no significant differences in the frequency of exercise, depending on the family environment ($p > 0.05$). However, single men have an increase in the specific

gravity of those in the older age group (75 years and older) begin to exercise, while in the group of men who co-live with other family members, this is not observed.

Table 5.13 – Attitude to the performance of morning gymnastics among men of older age groups with different family environment (per 100 men surveyed in each age group)

Performing morning gymnastics	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, for me it is a necessity	9 ± 1,6	15 ± 5,6	> 0,05
Sometimes I do	47 ± 3,7	28 ± 4,1	< 0,05
Not doing	41 ± 3,6	55 ± 4,9	< 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, for me it is a necessity	7 ± 2,7	11 ± 3,8	< 0,05
Sometimes I do	47 ± 5,1	48 ± 6,2	> 0,05
Not doing	43 ± 5,0	40 ± 6,1	> 0,05

Table 5.14 presents data on the attitude to the performance of morning gymnastics among women of older age groups with different family environments.

Table 5.14 – Attitude to the performance of morning gymnastics among women of older age groups with different family environment (per 100 women surveyed in each age group)

Performing morning gymnastics	Co-living with other family members	Lonely	Validity of differences
Age group 60–74 years			
Yes, for me it is a necessity	12 ± 2,6	8 ± 3,1	> 0,05
Sometimes I do	42 ± 3,9	42 ± 5,4	> 0,05
Not doing	45 ± 4,0	50 ± 5,7	> 0,05
Age group 75 years and older			
Yes, for me it is a necessity	9 ± 2,1	11 ± 2,3	> 0,05
Sometimes I do	41 ± 3,7	31 ± 3,4	< 0,05
Not doing	48 ± 3,8	55 ± 3,6	> 0,05

In women in the age group of 60–74 years, there was no dependence of the degree of adherence on the family environment. In the age group of 75 years and older, women living together with other family members (41 versus 31 out of 100 respondents) are significantly more likely to perform physical exercises "from time to time," and lonely women refuse to perform physical exercises (55 versus 48 out of 100 respondents).

Therefore, there were no pronounced dependencies between the family environment and the attitude to the performance of physical exercises (morning charging) in representatives of older age groups. It can be noted that there is a gender difference, since men living together with other family members are more likely to exercise "from time to time" (47 versus 28 out of 100 respondents), more often single men refuse to exercise (55 versus 41 out of 100 respondents), and women are more likely to exercise "from time to time" women living together with other family members (41 versus 31 out of 100 respondents), lonely women refuse to exercise more often (55 versus 48 out of 100 respondents).

Adherence to such extreme manifestations of a healthy lifestyle in relation to representatives of older age groups as hardening procedures (contrast shower, pouring cold water, "walrus") is not widespread among the respondents surveyed. In the 60–74 age group, regular use of hardening procedures is equally common in both groups (13 and 11 out of 100 respondents). Somewhat more frequent use of such procedures is practiced by men living together with other family members (30 versus 20 out of 100 respondents), however, in the age group of 75 years and older, only in the group of single men there are stalwarts of such procedures, while in the group of men living together with other family members they were absent (9 versus 0 out of 100 respondents) ($p < 0.05$). In women of older age groups, there were no differences in adherence to hardening procedures depending on the family environment ($p > 0.05$).

Summary of Chapter 5

As a subject who must bear primary responsibility for the health of a person over the age of 60, men are more likely than women to call the state, whereas the health care system is equally popular with men and women. However, most often, the person himself is called as the person responsible for his health. Co-living with other family members is combined with a more responsible attitude to their health and a smaller gradient of decreasing prevalence of the event with increasing age in men in all age groups, and in women only in the 60–74 age group.

The family environment does not have a significant impact on the patterns of behavior regarding the reasons for seeking medical care. There are also no gender differences in relation to the specific gravity of men and women who adhere to different behaviors in seeking medical care. A higher degree of compliance is observed in single members of the older age group and this phenomenon does not have gender differences. Single men and women are more likely to perform doctor's appointments in general and in particular with regard to medication and the regularity of doctor's visits.

The hypothesis that living together with other family members reduces the prevalence of smoking and drinking alcoholic beverages, its strength and the dose of alcohol in terms of pure alcohol in women of older age groups, as well as in men, is not supported.

Reliable relationships between desire and desire to follow daily routines and exercise (morning gymnastics) in representatives of older age groups of both sexes and family environment were not identified, however, more often do physical exercises "from time to time" men living together with other family members, refuse to perform physical exercises more often single men, and in women more often perform physical exercises "from time to time" women, living together with other family members, and more often single women refuse to exercise.

CONCLUSION

Public health management is impossible without knowledge of the mechanisms of its impact on numerous biological and social phenomena. The currently existing theoretical concept of health formation determines the presence of factors that affect a person and contribute to both reducing and increasing health potential. Currently, about one hundred different influences are described in one degree or another in detail, most of which are related to the human lifestyle [204]. It is a person who, independently determining priorities for himself, forming a certain lifestyle, largely contributes to the preservation and promotion of his own health. Individual factors influence not only the likelihood of developing pathology, but also the severity and degree of influence of other risk factors. Such factors have come to be seen as determinants of health that impact not directly but indirectly through other risk factors. Given the complex influence, their significance is significantly greater than classical risk factors, and they have "decisive importance in the formation of health of large groups of the population." The determinants of health are generally either social or economic in nature.

Medical activity can be considered as a potential factor, since the importance of medical care and the effectiveness of the health system for representatives of older age groups is of great importance, much more than for younger populations that are not yet burdened by such a burden of chronic diseases and health-related problems.

Quite a lot of publications are devoted to the social determinants of health and their impact on the incidence, intensity of consumption of medical care and self-reported health. However, questions of the influence of social determinants on the medical activity of the population of older age groups remain a little studied problem, which determined the relevance of the present study.

The study of the social determinants of medical activity of the population of older age groups was carried out in the period 2017–2021 according to the stage scheme in accordance with the purpose and objectives of this study. The purpose of the study was the scientific justification of the influence of social determinants on the characteristics

of medical activity of the population of older age groups. To achieve this goal, five tasks were consistently solved.

The social determinants of medical activity of the population of older age groups acted as the subject of the study. Medical activity was understood as the most characteristic forms of activity of individuals, individual groups of the population in the field of protection, improvement of individual and public health.

The subject of the study is the characteristics of the medical activity of the population of older age groups. In this study, the following characteristics of medical activity were analyzed: responsible attitude to one's own health, behaviors related to the access to medical care, the degree of compliance with the doctor's prescriptions and recommendations, the prevalence of antihygienic habits (smoking and alcohol consumption) and hygienic habits (compliance with daily routine, morning charging, hardening).

The unit of observation is a man and a woman aged 60 and over.

The data were obtained through an anonymous questionnaire on the author's revised questionnaire "Study of social determinants of health" (see Appendix). The work uses a sociological method (questionnaire) when obtaining primary material and a statistical method when processing it (calculation and comparison of the reliability of differences in relative indicators). The work used generally accepted statistical methods for determining averages, standard deviation, variances. Taking into account the deviation from the normal nature of the distribution of the studied random variable, the validity of the differences was determined using a non-parametric χ^2 test. Differences with a 95% probability of negating the "null hypothesis" were considered reliable. The resulting function values were compared with standard table values for two-sided distribution. Relationships were evaluated using a standard correlation analysis (correlation coefficient calculation, direction and difference from zero, Cheddock score).

As a denominator in the calculation of indicators, a value of 100 was used (per 100 men and women in each compared group of the corresponding age), since the number of observations did not exceed 1000. The sample size used exceeded that required for the enhanced accuracy study, allowing the used sample to be considered as

a representative population. Two age groups were formed in men and women (60–74 years and 75 years and older), which corresponded to the distribution adopted by the WHO by age groups.

The health determinants investigated have a strong influence on behaviour, and information about the features of such an influence is of great importance in the theoretical rationale for interventions to improve public health.

The following data were obtained during the study.

A responsible attitude to their health can be considered as the basis for carrying out state and local measures to reduce the degree of exposure to risk factors. With a high level of responsibility of the person himself, he is critical of his behavior and chooses those behavior models that contribute to reducing the factor burden on health.

It is shown that the level of education in a certain way affects the prevalence of responsible attitude to their health of the population of older age groups. Regardless of gender, a high level of education is combined with a large proportion of respondents who consider themselves responsible for their health, but the frequency of such an opinion decreases with age and there are no such differences in the age group of 75 years and older. This decrease in the frequency of responsible attitude to their health is observed primarily in those who have a standard structure of life priorities, while among representatives of older age groups with a non-standard structure of life priorities, the share of increasing age remains unchanged. The reduction in the specific gravity of men and women aged 75 years and older who assume primary responsibility for their health comes at the expense of increasing the importance of the health care system. Co-living with other family members is combined with a more responsible attitude to their health and a smaller gradient of decreasing prevalence of the phenomenon as age increases.

Behaviors related to seeking medical care are of great importance. Since the decision to apply to a medical organization is usually made by the patient himself, his presentation on this matter is of critical importance. The most common form of behavior regardless of gender was reactive type, where seeking medical attention was a consequence of health problems. This form of behavior was more often observed in

patients with a low level of education and a standard structure of life priorities. An active model of behavior in relation to the reasons for seeking medical care in men is more characteristic of persons with a non-standard structure of life priorities, regardless of age group and gender. As age increases, the prevalence of active behavior patterns increases by reducing the prevalence of reactive and more passive behavior patterns. The high status of life priority "health" determines the greater prevalence of reactive behavior model in men and passive behavior model in women, whereas low status determines the higher prevalence of active behavior model, and the family environment does not have a significant impact on behavior models in relation to reasons for seeking medical care.

The degree of compliance does not depend on the level of education, except in men in the age group of 75 years and older, when a high level of education is combined with a higher level of compliance. Women, as well as men, of older age groups with a standard structure of life priorities more often perform doctor's appointments carefully and in full, but among them there are also more those who refuse to fulfill doctor's appointments. The high specific gravity of both men and women should be noted, regardless of the structure of life priorities, which fulfill only some doctor's appointments in accordance with their ideas about their need and importance. The high status of life priority "health" determines a more responsible type of behavior and a higher level of compliance in men and women in the 60–74 age group. The status of life priority "health" also affects the behavior of the population of older age groups in terms of the implementation of the doctor's recommendations regarding the administration of drugs. A higher degree of compliance is observed in single members of the older age group and this phenomenon does not have gender differences. Single men and women are more likely to perform doctor's appointments in general, and in particular with regard to medication and the regularity of doctor's visits. However, this is only true for the 60–74 age group, whereas no such differences were identified in the 75 and older age group.

Smoking and drinking alcoholic beverages is a vivid form of antihygienic behavior. Social determinants, according to existing ideas, should influence the

prevalence of this phenomenon. However, no significant differences in the compared groups (different educational level) in men and women were achieved by any of the indicators characterizing the attitude towards smoking. It should be noted that men with a high level of education were less likely to try smoking and more likely to quit this habit, while women did not have such patterns. Among those with lower levels of education, there are more of those who do not smoke constantly and they can be considered as a reserve for reducing the prevalence of smoking in the population of older age groups. The intensity of smoking (the number of cigarettes smoked per day) was higher among men with a high level of education. Among women, this pattern was observed only in the older age group, while in the 60–74 age group, the opposite situation was observed.

The standard structure of life priorities and the high status of life priority "health" in men is combined with more frequent systematic smoking, but only in the age group of 60–74 years, as well as more frequent smoking cessation in the age group of 75 years and older. In women of older age groups, no dependence was identified between the structure of life priorities and the status of life priority "health" and the prevalence of smoking, however, the intensity of smoking was higher among women with a standard structure of life priorities and a low status of life priority "health." The low status of life priority "health" determines a higher intensity of smoking and an earlier cessation of smoking (among quitters). The hypothesis that living together with other family members reduces the likelihood of smoking does not find support, in both men and women of older age groups.

Despite the rather low prevalence of frequent alcohol consumption among older age groups, men with a high level of education more often use it on a daily and regular basis. Only a quarter of men surveyed with a high level of education do not drink alcoholic beverages at all, while among men with a lower level of education, such men are a third of those surveyed. In the age group of 75 years and older, the described patterns persist: a third of the surveyed men with a high level of education consume alcoholic beverages more than once a week, while among men with a lower level of education there are only less than a quarter.

Women, as well as men with a high level of education, have a greater addiction to the regular consumption of alcoholic beverages with a high content of ethyl alcohol, but only in the age group of 60–74 years. However, among women with a high level of education, the proportion of those who do not drink alcoholic beverages is high, which indicates the heterogeneity of the study group. There were no differences in the amount of alcohol dose (in terms of pure alcohol) taken at a time among women of older age groups with different levels of education.

The structure of life priorities had no effect on the frequency of daily and regular drinking in men, although more often men with a non-standard structure of life priorities refused to drink alcoholic beverages. The described was characteristic of the age group of 60–74 years, while in the age group of 75 years and older, the frequency of drinking alcoholic beverages did not depend on the structure of life priorities.

The high status of life priority "health" in men was combined with a great interest in the use of low-alcohol drinks (conditionally beer) in the age group of 60–74 years and an increase in interest in the use of alcoholic drinks with a strength of 21–40% with an increase in age due to a decrease in their interest in low-alcohol drinks.

Women of older age groups with low "health" life priority status are more likely to consume high ethyl alcohol alcoholic beverages frequently, however they reduce the frequency of consumption of strong alcoholic beverages with increasing age.

Gender differences are that in men with increasing age, the high status of life priority "health" was combined with a great interest in drinking alcoholic beverages with a strength of 21–40%, which was not observed in women. As a general rule, a combination of the low status of life priority "health" and the more frequent consumption of alcoholic beverages on a daily and regular basis should be noted.

The hypothesis that living together with other family members reduces the prevalence of alcoholic beverages, its strength and the dose of alcohol in terms of pure alcohol in men of older age groups has not been confirmed. Single men are reliably more likely not to drink alcoholic beverages (43 versus 28 out of 100 respondents). Regular (more often 1 times a week) and rare (2–3 times a month) consumption of alcoholic beverages is more typical for men living together with other family members

(47 against 33 of the 100 respondents), who are more likely to drink strong alcoholic beverages (40% strength and above). The analysis of the doses of alcohol taken (in terms of pure alcohol) confirms the conclusions made, since single men aged 60–74 years used smaller doses of alcohol.

An analysis of the prevalence of hygiene habits: compliance with the daily routine, exercise (morning charging) and hardening procedures showed that a third of the surveyed women and men of the older age groups try to comply with the daily routine regardless of the level of education. Regardless of gender, persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform morning gymnastics and hardening procedures on an ongoing basis, and the proportion of those who do not perform it is highest among men and women with a lower level of education.

Men with a standard structure of life priorities are more likely to follow the daily routine and less likely to fail. In the age group of 75 years and older, the proportion of those following the daily routine decreases, but most strongly among men with a high status of life priority "health." Among women with a low status of life priority "health" with an increase in age, the proportion of those observing the daily routine increases at the expense of those who try to comply with the daily routine, but he does not succeed. Among women with a high status of life priority "health," there is a decrease in the specific gravity of women who do not follow the daily routine.

More often do physical gymnastics (at least sometimes) men with a non-standard structure of life priorities and a low status of life priority "health," but only in the age group of 60–74 years, while in the age group of 75 years and older, the structure of life priorities did not have any impact on the attitude to the performance of morning (physical) gymnastics. With regard to women, there is an inverse situation of a high status of life priority "health" is more often combined with the constant or periodic performance of physical gymnastics.

There were no pronounced dependencies between the family environment and the attitude to exercise (morning charging) in representatives of older age groups. Somewhat more often do physical exercises "from time to time" men living together with other family members refuse to perform physical exercises more often single men,

and in women more often perform physical exercises "from time to time" women living together with other family members, while refuse to perform physical exercises more often single women.

The obtained data allow us to conclude that there are more complex interactions and interactions between the social determinants of health and the medical activity of the population of older age groups than previously imagined. In this regard, simple and monosyllabic decisions to promote preventive programs, the principles of a "healthy lifestyle" cannot give the expected results, which is observed in practice. Only a differentiated approach based on a systematic analysis of opportunities, threats, strengths and weaknesses, taking into account social determinants, age-sex characteristics of the population, as well as an individual approach, allows us to hope for an outcome in the implementation of programs to improve public health.

CONCLUSIONS

1. The high level of education of representatives of older age groups, regardless of gender, determines a more responsible attitude towards their own health and contributes to a change in behavior towards a greater prevalence of active behavior in relation to reasons for seeking medical care. The intensity of smoking (the number of cigarettes smoked per day) and the frequency of drinking on a daily and regular basis is higher among men with a high level of education. Those with low levels of education place greater responsibility on the state and are more likely to choose a reactive type of behavior when seeking medical care comes after the onset of health problems. Among those with lower levels of education, there are more those who do not smoke constantly, and a third do not drink alcoholic beverages at all. Regardless of gender, persons of the older age group with a high level of education were significantly more likely to perform morning gymnastics and hardening procedures on an ongoing basis.

2. Representatives of older age groups with a standard structure of life priorities, with an increase in age, the share of those who occupy a responsible position in relation to their own health decreases and a reactive model of behavior in relation to requests for medical care prevails, they often treat doctor's appointments with great attention and carefully perform them. The standard structure of life priorities is combined in men with more frequent systematic smoking, but only in the 60–74 age group, as well as more frequent smoking cessation in the 75 and older age group. An active model of behavior in relation to reasons for seeking medical care is more characteristic of persons with a non-standard structure of life priorities, regardless of age group and gender, as well as they are characterized by selective fulfillment of a doctor's appointment, but a rarer refusal to fulfill them. The structure of life priorities does not have a strong impact on the frequency of hardening procedures regardless of gender.

3. The high status of life priority "health" determines the large prevalence of reactive behavior model in men and passive behavior model in women and is combined with a great interest in drinking low-alcohol drinks (conditionally beer). Low status

determines the higher prevalence of active behavior patterns, determines higher smoking intensity and earlier quitting (among quitters), and is combined with more frequent drinking of alcoholic beverages high in ethyl alcohol in daily and regular regimens, however, determines more frequent performance of hardening procedures, both on a regular and periodic basis.

4. The family environment does not have a significant impact on the patterns of behavior regarding the reasons for seeking medical care. Living together with other family members is combined with a more responsible attitude to their health, but does not reduce the prevalence of smoking and drinking alcoholic beverages, its strength and the dose of alcohol in terms of pure alcohol. Single men and women are more likely to perform doctor's appointments in general and in particular with regard to medication and the regularity of doctor's visits.

RECOMMENDATIONS

When organizing a health protection system for the population of older age groups:

- Take into account in the health monitoring programs of the population of older age groups data on social determinants of health (level of education, structure and hierarchy of life priorities, family environment).
- When planning a set of measures to increase the medical activity of the population of older age groups, the influence of social determinants of health, such as the level of education, structures and hierarchies of life priorities, and the characteristics of the family environment should be taken into account.
- To take into account the presence of gender and age differences in the strength and direction of the influence of social determinants of medical activity when planning and carrying out a set of preventive measures aimed at improving the health of the population of older age groups.
- To carry out targeted work on informing the population in terms of providing additional information on the need and importance of compliance with doctor's appointments.
- Use data on the social determinants of medical activity in stimulating the health of saving behaviors of the population of older age groups.

REFERENCES

1. Abramov, A.Yu. Medical activity and satisfaction of the population's need for medical care / A.Yu. Abramov, D.I. Kicha, O.V. Rukodainy // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2018. – T. 26. – № 5. – P. 266–270.
2. Agarkov, N.M. Informativity of behavioral factors and medical activity of parents in the development of bronchial asthma in premature children / N.M. Agarkov, A.V. Poshibailova // Preventive and clinical medicine. – 2019. – № 2 (71). – P. 9–14.
3. Alexandrova, I.E. Medical activity of the family of a modern schoolboy / I.E. Alexandrova // Medical Bulletin of the North Caucasus. – 2010. – № 3. – P. 104.
4. Aliyeva, L.A. Self-assessment of health and lifestyle of industrial workers / L.A. Aliyeva // Preventive medicine. – 2010. – № 1. – P. 29.
5. Albitsky, V.Yu. The role of the Institute for the Protection of Motherhood and Infancy in the formation of the state system of child health protection in Russia / V.Yu. Albitsky, S.A. Sher, L.A. Zakirova // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2014. – № S1. – P. 15–17.
6. Andriyanova, E.A. Social parameters of the professional space of medicine: author. dis.... Dr. Sociol. sciences: 14.00.52 / Andriyanova Elena Andreevna. – Volgograd, 2006. – 39 s.
7. Andriyanova, E.A. Factors of the formation of social stereotypes of the urban population in relation to outpatient care / E.A. Andriyanova, Yu.A. Pozdnova // Izvestia of Saratov University. New series. Series: Sociology. Political science. – 2012. – T. 12. – № 1. – P. 40–45.
8. Arstangalieva, Z.Zh. Determinants of a healthy lifestyle of elderly people / Z.Zh. Arstangalieva // Bulletin of medical Internet conferences. – 2013. – T. 3. – № 11. – P. 1309.
9. Arstangalieva, Z.Zh. Health risk factors of the elderly population of the Saratov region / Z.Zh. Arstangalieva // Bulletin of medical Internet conferences. – 2013. – T. 3. – № 3. – P. 650.

10. Artemenko, N.A. Social and medical activity of patients as a criterion for the effectiveness of primary health care doctors / N.A. Artemenko // Electronic collection of scientific works "Health and Education in the 21st Century." – 2009. – T. 11. – № 3. – P. 148–149.
11. Arterial hypertension among individuals 25–64 years of age: prevalence, awareness, treatment and control. Based on the materials of the study ESSAY / S.A. Boytsov [et al.] // Cardiovascular therapy and prevention. – 2014. – № 13 (4). – P. 4–14.
12. Balashova, E.Yu. Cultural and historical determinants of aging: past and present / E.Yu. Balashova // Psychological research: electronic scientific journal. – 2017. – T. 10. – № 54. – P. 3.
13. Barinova, Zh.V. Health of the elderly / Zh.V. Barinova, L.I. Brylyakova // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2017. – № 4. – P. 5–10.
14. Basova, V.M. Formation of social competence of rural schoolchildren: author. dis.... Dr. ped. Sciences: 13.00.01 / Basova Valentina Markovna. – Yaroslavl, 2004.
15. Batukaeva, M.M. The role of medical activity in improving the health of patients after a stroke and the main areas of rehabilitation and preventive work / M.M. Batukaeva // Scientific statements of Belgorod State University. Series: Medicine. Pharmacy. – 2012. – № 22-2 (141). – P. 142–144.
16. Belevsky, A.S. Research of the quality of life of patients with bronchial asthma in Russia / A.S. Belevsky // Respiratory diseases. – 2004. – № 1. – P. 24–29.
17. Boyko, Yu.P. Lifestyle and health of the elderly / Yu.P. Boyko, O.V. Dobriden, A.Y. Boyko // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2005. – № 6. – P. 18–19.
18. Boytsov, S.A. Current directions and new data in the epidemiology and prevention of non-communicable diseases / S.A. Boytsov // Therapeutic archive. – 2016. – № 88 (1). – P. 4–10.

19. Valitov, I.O. Formation of environmental and medical activity as prerequisites for self-determination of health and a healthy lifestyle of people / I.O. Valitov // Bulletin of Bashkir University. – 2016. – T. 21. – № 3. – P. 803–808.

20. Vasenina, I.V. Medical activity of the population: sociological analysis / I.V. Vasenina // Materials of the XX international scientific and practical conference theoretical and methodological problems of modern sciences. – Novosibirsk: Center for the Promotion of Scientific Research, 2017. – P. 20–27.

21. Vayueva, V.V. Lifestyle and medical activity of children aged three to six years with diabetes (according to sociological surveys of parents) / V.V. Vayueva, M.V. Malykh // Bulletin of Public Health and Health of the Russian Far East. – 2020. – № 3 (40). – P. 70–83.

22. Vilensky, M.Ya. Methodological analysis of the general and special in the concepts of "healthy lifestyle" and "healthy lifestyle": questions of theory / M.Ya. Vilensky, S.O. Avchinnikova // Theory and practice of physical culture. – 2004. – № 11. – P. 2–7.

23. The influence of the family environment on the incidence in older age groups / S.N. Cherkasov [and others] // Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2019. – № 3. – P. 113–120.

24. The influence of the family environment on the intensity of medical care consumption in older age groups / S.N. Cherkasov [and others] // Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2019. – № 3. – P. 121–128.

25. The influence of the family environment on the prevalence of responsible attitude to their health of women of older age groups / O.I. Polozkov [et al.] // XXIX Russian National Congress "Man and Medicine" April 4-7, 2022. Collection of theses. Cardiovascular therapy and prevention. – 2022. – T. 21. – № 2S. – P. 61–62.

26. The influence of the family environment on the frequency of alcohol consumption by the population of older age groups / S.N. Cherkasov [et al.] // XXIX Russian National Congress "Man and Medicine" April 4-7, 2022. Collection of theses. Cardiovascular therapy and prevention. – 2022. – T. 21. – № 2S. – P. 61.

27. Impact of the status of life priority "health" on the frequency of smoking of the population of older age groups / V.N. Avsadzhanishvili [et al.] // XXIX Russian National Congress "Man and Medicine" April 4-7, 2022. Collection of theses. Cardiovascular therapy and prevention. – 2022. – T. 21. – № 2S. – P. 62.

28. The influence of the level of education of women of reproductive age on the degree of compliance / S.N. Cherkasov [et al.] // Problems of standardization in health care. – 2021. – № 1-2. – P. 50–55.

29. The influence of the level of education on the behavior models associated with the access to medical care of the population of older age groups / S.N. Cherkasov [et al.] // Medical and Pharmaceutical Journal Pulse. – 2021. – T. 23. – № 7. – P. 31-37.

30. The influence of the level of education on the degree of compliance of the population of older age groups / S.N. Cherkasov [et al.] // Medical and pharmaceutical journal Pulse. – 2021. – T. 23. – № 7. – P. 55–61.

31. Voloshina, L.N. Development of a healthy educational space of preschool institutions: methodology, theory, practice: dis.... Dr. ped. sciences: 13.00.04 / Voloshina Lyudmila Nikolaevna. – Yekaterinburg, 2006. – 434 s.

32. Voronina, O.M. Specifics of the medical activity of the urban population in modern Russian conditions / O.M. Voronina // Medical discourse: issues of theory and practice: Materials of the 6th All-Russian Scientific, Practical and Educational Conference with international participation; under the general editor E.V. Vinogradova. – Tver, 2018. – P. 116–121.

33. Vyalkov, A.I. Actual problems of promoting public health and managing preventive activities in the health care system / A.I. Vyalkov // Problems of health care management. – 2009. – № 5. – P. 5–16.

34. Sluggish, N.A. Social determinants of modern medical activity of the population (on the example of Rostov-on-Don) / N.A. Vyalykh // Humanitarian of the South of Russia. – 2015. – № 2. – P. 46–56.

35. Galova, E.A. Awareness and medical activity of medical workers on issues of HCV / HBV-prevention and dispensary observation of A-HCV / HBSAG-positive

patients / E.A. Galova, Yu.N. Filippov // Healthcare of the Russian Federation. – 2018. – T. 62. – № 1. – P. 4–12.

36. Garipov, R.K. Medical and social aspects of the state of health and the organization of medical care for the rural population in the context of healthcare reform: author. dis.... cand. honey. sciences: 14.02.03 / Garipov Ruslan Kamilevich. – Orenburg, 2012. – 25 s.

37. Gerasimova, M.A. Medical activity of patients of therapeutic departments of hospital medical organizations of the Arkhangelsk region / M.A. Gerasimova // Bulletin of the Northern State Medical University. – 2016. – № 1 (36). – P. 256–257.

38. Gerasimova, O.Yu. Features of medical activity of citizens during an illness / O.Yu. Gerasimova, L.N. Semchenko // Eurasian Union of Scientists. – 2016. – № 2-2 (23). – P. 40–42.

39. Gerasimova, O.Yu. Psychological health and family risk factors / O.Yu. Gerasimova // Economics, sociology, social work: Bulletin of the Chelyabinsk University. – 2000. – № 1. – P. 148–149.

40. Gilmutdinova, L.V. Hygienic literacy and medical activity of the family as the basis for the prevention of dental diseases in children with congenital maxillofacial pathology / L.V. Gilmutdinova, E.V. Nikolaeva // Postgraduate doctor. – 2012. – T. 55. – № 6.1. – P. 227–231.

41. Govyazina, T.N. Assessment of the main behavioral risks in relation to the health of medical university students / T.N. Govyazina, Yu.A. Utochkin // Health risk analysis. – 2017. – № 1. – P. 84–90.

42. Gordienko, V.P. Medical and sociological assessment of lifestyle and some indicators of oncological care for the population of the Amur Region / V.P. Gordienko, A.A. Vakhnenko // Social aspects of population health: electronic journal. – 2012. – № 4.

43. State polyclinic and self-medication – our answer to diseases [Electronic resource] // All-Russian Center for the Study of Public Opinion. – Access mode: <http://wciom.ru/index.php?id=459&uid=113438>

44. Gritsan, I.I. Medical and rehabilitation activity of families raising a child with a pathology of the musculoskeletal system / I.I. Gritsan // Actual problems of

nursing: education, science and practice. Materials of the international scientific and practical conference dedicated to the 20th anniversary of the faculty and department of higher nursing education and management of the YUUGMU. – 2016. – P. 31–35.

45. Guryanov, M.S. Self-assessment of health and medical activity of healthcare workers / M.S. Guryanov, I.A. Kamaev, L.N. Kopteva // Almanac of modern science and education. – 2008. – № 11. – P. 55–56.

46. Guryanova, I.V. Socio-psychological aspects of health of elderly people / I.V. Guryanova // Collections of conferences of the Research Center of the Sociosphere. – 2014. – № 27. – P. 94–99.

47. Dashieva, B.A. User culture of rural parents and efficiency of rehabilitation of rural adolescents / B.A. Dashieva, S.V. Tyulyupo // Comprehensive human studies: psychology. materials of the VII Siberian Psychological Forum. – Tomsk, 2017. – P. 61–65.

48. Delaru, V.V. Compliance: clinical, sociological and psychological approaches to its assessment / V.V. Delaru, E.G. Vershinin // Bulletin of Volgograd State Medical University. – 2015. – T. 3, № 55. – C. 100–102.

49. Demurov, T.M. On the issue of ensuring the social accessibility of medical care to the population / T.M. Demurov, T.I. Rastorgueva // Bulletin of the National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences. – 2005. – № 2. – P. 101–104.

50. Determinants of public health in a social context / I.L. Krom [et al.] // Saratov Scientific and Medical Journal. – 2017. – T. 13. – № 2. – P. 292–295.

51. Dianov, S.V. Algorithm of fuzzy conclusion for modeling the medical activity of the population of the territory / S.V. Dianov, A.N. Shvetsov, D.S. Dianov // Bulletin of Vologda State University. Series: Technical Sciences. – 2021. – № 3 (13). – P. 20–23.

52. Dobrokhleb, V.G. Resource potential of the elderly population of Russia / V.G. Dobrokhleb // Sociological research. – 2008. – № 8. – P. 55–61.

53. Dubinina, E.A. Psychological predictors of adherence to medical recommendations in the posthospital period in women with acute forms of coronary

heart disease [Electronic resource] / E.A. Dubinina, L.A. Sorokin, D.A. Shevtsova // Medical psychology in Russia: electron. scientific. magazine. – 2014. – № 3 (26). – Access mode: <http://mprj.ru>.

54. Dymova, I.A. Family medical activity, its importance in managing the health of children of the first year of life / I.A. Dymova, A.A. Karoyan // Vestnik IzhSTU named after M.T. Kalashnikov. – 2017. – T. 20. – № 1. – P. 121–124.

55. Dymova, I.A. Organizational and educational program for the formation and development of medical activity of the family / I.A. Dymova, A.A. Karoyan // Perm Medical Journal. – 2019. – T. 36. – № 3. – P. 51–60.

56. Yegiazaryan, K.A. Analysis of determinants determining the level of injuries among the adult population in the context of the Federal Districts / K.A. Yegiazaryan, S.N. Cherkasov, L.J. Attaeva // Problems of standardization in healthcare. – 2017. – № 1-2. – P. 46–50.

57. Yegiazaryan, K.A. Analysis of socio-economic determinants determining the level of injuries among the adult population in the constituent entities of the Russian Federation / K.A. Yegiazaryan, S.N. Cherkasov, L.J. Attaeva // Public health and health care. – 2017. – № 1. – P. 7–13.

58. Epifanova, A.K. Behavioral risk factors for impaired health of pregnant women and their optimization in antenatal consultations / A.K. Epifanova, M.Yu. Surmach // Journal of Grodno State Medical University. – 2018. – T. 16. – № 2. – P. 165–169.

59. Ermakova, M.K. Medical activity of families and risk factors for the formation of atopic dermatitis in children living in different conditions / M.K. Ermakova, A.V. Popova // Health, demography, ecology of Finno-Ugric peoples. – 2019. – № 3. – P. 12–16.

60. Esis, E.L. Lifestyle as a medical and social factor of the state of health / E.L. Esis, I.A. Naumov // Modern problems of hygiene, radiation and environmental medicine. – 2015. – № 5. – P. 52–62.

61. Life values that determine the medical activity and value orientations of mothers when caring for their newborn children / A.A. Chausov [et al.] // The system of values of modern society. – 2016. – № 50. – P. 213–218.

62. Zhiltsova, E.E. Social and hygienic aspects of the state of health and medical activity of women of reproductive age / E.E. Zhiltsova, A.V. Breusov // Population health and habitat – ZNiSO. – 2013. – № 10 (247). – P. 13–15.

63. Zhuravleva, I.V. Health of adolescents: sociological analysis / I.V. Zhuravleva. – Moscow: Institute of Sociology of the Russian Academy of Sciences, 2002. – 240 s.

64. Zagrutdinova, A.G. Features of medical activity of youth of the Republic of Tatarstan / A.G. Zagrutdinova // Bulletin of Economics, Law and Sociology. – 2013. – № 2. – P. 203–205.

65. Healthy lifestyle and its main components / I.I. Storozhenko [et al.] // Izvestia of the Russian Military Medical Academy. – 2019. – T. 38. – № S3. – P. 196–200.

66. Health and a healthy lifestyle and its main components / I.I. Storozhenko [et al.] // Physical culture and sports, in the student environment: a collection of articles of the Intercollegiate Scientific and Practical Conference. – 2020. – P. 188–192.

67. Health, healthy lifestyle and quality of medical care for elderly and senile persons in the Samara region / M.L. Sirotko [et al.] // Russian family doctor. – 2010. – T. 14. – № 3. – P. 23–25.

68. Zemlyanskaya, M.A. Lifestyle and medical activity of pregnant women (according to sociological surveys of maternity patients of the perinatal center of the Khabarovsk Territory) / M.A. Zemlyanskaya // Bulletin of Public Health and Health of the Russian Far East. – 2020. – № 3 (40). – P. 45–58.

69. Zudin, AB Trends in the Development of Global Health / AB Zudin, V.O. Schepin // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2016. – № 5. – P. 32–40.

70. Zuev, V.I. Organization of medical care in the countryside: sociological analysis / V.I. Zuev, N.G. Chevtaeva, O.A. Shipilovskaya // Scientific Bulletin of the

Ural Academy of Public Administration: political science, economics, sociology, law. – 2009. – № 9. – P. 99–105.

71. Kabochkin, A.A. The course of pregnancy and childbirth, taking into account the medical activity and dispensary observation of women / A.A. Kabochkin // Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov. – 2014. – T. 22. – № 3. – P. 93–97.

72. Kaveshnikov, V.S. Attitude to their health, its parameters and self-esteem among the participants of the preventive action / V.S. Kaveshnikov, I.A. Serebryakova, I.A. Trubacheva // Siberian Medical Journal. – 2014. – № 29. – P. 115–122.

73. Kalachikova, O.N. Main trends of self-preserving behavior of the population of the region / O.N. Kalachikova, P.S. Korchagina // Problems of development of territories. – 2012. – № 5. – P. 72–82.

74. Kamaev, Yu.O. Influence of the family environment on the frequency of acute diseases in older age groups / Yu.O. Kamaev, S.N. Cherkasov // Man and medicine: collection of materials of the XXVII Russian National Congress. – Moscow: Vidox LLC, 2020. – P. 30.

75. Kamaev, Yu.O. Studying the medical activity of families of children born prematurely / Yu.O. Kamaev, S.N. Cherkasov, S.V. Cherkasova // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2017. – № 5. – P. 36–44.

76. Kaneva, M.A. Socio-economic, behavioral and psychological determinants of self-assessment of health of Russians / M.A. Kaneva // National interests: priorities and safety. – 2016. – № 6 (339). – P. 158–171.

77. Karpenko, O.M. Nutrition of patients of older age groups as a significant factor in the quality of life / O.M. Karpenko, I.M. Zhamilov // Population health and habitat. – 2012. – № 2. – P. 12–14.

78. Kasimov, R.A. On the regulatory model of a healthy lifestyle / R.A. Kasimov // Economic and social changes: facts, trends, forecast. – 2015. – № 2 (38). – P. 161–172.

79. Katysheva, G.S. The formation of a healthy lifestyle for schoolchildren, medical activity / G.S. Katysheva, B.T. Rakhmetova // Eurasian Union of Scientists. – 2021. – № 3-2 (84). – P. 69–71.

80. Kelasyev, V.N. The concept of man: social and subjective determinants of health / V.N. Kelasyev, I.L. Pervova, N.M. Poluektova // Bulletin of St. Petersburg University. Series 12. Psychology. Sociology. Pedagogy. – 2016. – № 1. – P. 15–26.

81. Kislitsyna, V.V. Assessment of the influence of social and everyday factors and lifestyle on the state of health of employees of an industrial enterprise / V.V. Kislitsyna // Sovr. scientific research and innovation. – 2013. – № 9 (29). – P. 35.

82. Kislitsyna, O.A. Determinants of adolescent health [Electronic resource] / O.A. Kislitsyna // Social aspects of population health. – 2011. – № 3 (19). – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/determinanty-zdorovya-podrostkov-v-rossii> [17 January 2017].

83. Kislitsyna, O.Ya. Socio-economic determinants of population health / O.Ya. Kislitsyna // Population. – 2007. – № 2. – P. 24–37.

84. Kicha, D.I. Medical and social characteristics of bronchopulmonary dysplasia and its prevention according to informative signs and prognostic models / D.I. Kicha, A.V. Poshibailova // System analysis and management in biomedical systems. – 2018. – Т. 17, № 4. – P. 1036–1040.

85. Kicha, D.I. Effectiveness of prevention of complications of childbirth and postpartum period / D.I. Kicha, O.E. Konovalov, N.S. Brynza // Health management problems. – 2009. – № 5. – P. 121–126.

86. Kovalenko, D.L. Comparative assessment of the lifestyle and medical activity of patients with diabetes mellitus with higher and secondary special education / D.L. Kovalenko // Bulletin of Public Health and Health of the Russian Far East. – 2020. – № 3 (40). – P. 58–70.

87. Kogan, V.Z. Attitude to health and ways of its adequate formation as a public health problem / V.Z. Kogan // Public health and disease prevention. – 2006. – № 4. – P. 31–34.

88. Kokaeva, I.Yu. The development of the regional educational space as a factor in preserving and strengthening the health of younger schoolchildren: dis.... Dr. ped. Sciences: 13.00.01 / Kokaeva Irina Yurievna. – Vladikavkaz, 2011.

89. Components of the quality of life of modern Russian schoolchildren / V.D. Sonkin [et al.] // New research. – 2008. – T. 1, № 16 (1). – P. 4–23.

90. Kondrakova, E.V. Strategy for reducing preventable losses of public health as a target function of municipal governing bodies / E.V. Kondrakova; ed. Academician of RAMS V.I. Starodubova. – Krasnodar: LLC "Caucasian Printing House," 2009. – 420 s.

91. Korobeinikov, A.A. Actual European problem: the introduction of healthy pedagogy / A.A. Korobeinikov. – Moscow, 2009. – 264 p.

92. Korolkova, G.S. Medical activity and hygienic literacy of family members with arterial hypertension / G.S. Korolkova, E.Yu. Shkatova // Collection of scientific works on the materials of the international scientific and practical conference. – 2010. – T. 22. – № 4. – P. 15–16.

93. Kuzmina, Yu.V. Health in the structure of the value system of student youth / Yu.V. Kuzmina, G.V. Zalevsky // Siberian Psychological Journal. – 2010. – № 38. – P. 20–23.

94. Kulakova, E.V. Medical activity of parents with preschool children / E.V. Kulakova, E.S. Bogomolova, E.V. Nazarova // Medical almanac. – 2011. – № 4 (17). – P. 19–21.

95. Kucherenko, V.Z. Organizational and socio-legal aspects of ensuring the right of the fetus and newborn to healthy development / V.Z. Kucherenko, T.N. Kaganova, S.V. Cherkasova // Health management problems. – 2006. – № 4. – P. 57–62.

96. Lactionova, L.V. Medical activity of patients with chronic diseases / L.V. Lactionova // Bulletin of the Medical Dental Institute. – 2012. – № 1 (20). – P. 10–12.

97. Lakunin, K.Yu. Providing medical care to the population of rural municipalities and approaches to planning in new socio-economic conditions: author. dis.... Dr. Honey. Sciences / Konstantin Yuryevich Lakunin. – Moscow, 2001. – 48 p.

98. Lebedeva-Nesevrya, N.A. Medical activity and health status of working various industries / N.A. Lebedeva-Nesevrya, S.S. Soloviev // *Labor medicine and industrial ecology*. – 2017. – № 6. – P. 48–51.
99. Lisitsyn, Yu.P. The concept of risk factors and lifestyle / Yu.P. Lisitsyn // *Healthcare of the Russian Federation*. – 1998. – № 4. – P. 49–52.
100. Lisitsyn, J.P. *Public Health and Health* / J.P. Lisitsyn. – Moscow, 2010. – 512 p.
101. Lisok, E.S. Medical activity of female obstetricians-gynecologists of reproductive age / E.S. Lisok // *Collection of materials from a conference of students and young scientists dedicated to the 90th anniversary of the birth of Professor Wrestler Valentina Maksimovna*. – Grodno, 2017. – P. 341–342.
102. Maksimova, S.G. Social exclusivity of persons of older age groups: socio-economic aspects / S.G. Maksimova // *Bulletin of the Altai State Agrarian. un-ta*. – 2015. – № 5 (127). – P. 180–184.
103. Maksimova, S.G. Socio-psychological aspects of maladaptation of elderly and senile persons / S.G. Maksimova // *Clinical gerontology*. – 2000. – № 5/6. – P. 58–63.
104. Maksimova, T.M. Patterns of the formation of self-reported health in various groups of the population. Russian Academy of Medical Sciences / T.M. Maksimova, N.P.Lushkina // *Bulletin of the National Research Institute of Public Health*. – 2014. – № 1. – P. 172–178.
105. Maksimova, T.M. Some lifestyle features in groups of persons with different value orientations / T.M. Maksimova, V.B. Belov, A.G. Rogovina // *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine*. – 2004. – № 3. – P. 8–11.
106. Maksimova, T.M. State of health and quality of life of the population of Russia / T.M. Maksimova, V.B. Belov, N.P. Lushkina // *Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko*. – 2015. – № 6. – P. 100–110.
107. Maksimova, T.M. Social gradient in the formation of population health / T.M. Maksimova. – Moscow: PER SE, 2005. – 240 p.

108. Malaev, H.M. Gender differences in the attitude to health and medical activity of patients with dorsopathies / H.M. Malaev, O.E. Konovalov, E.V. Filatova // Science of the young (Eruditio Juvenile). – 2018. – T. 6. – № 1. – P. 39–52.

109. Maltsev, S.N. Features of the appeal of patients of retirement age for various types of medical care, and the burden on the relevant health services / S.N. Maltsev // Omsk Scientific Bulletin. – 2012. – № 1 (108). – P. 104–107.

110. Medical and social characteristics and medical activity of patients with neuroallergodermatoses / E.E. Zhiltsova [et al.] // Science of the young (Eruditio Juvenile). – 2019. – T. 7. – № 4. – P. 526–532.

111. Maternal medical activity and newborn health in the context of the influence of medical and social factors / M.P. Shuvalova [et al.] // Obstetrics and gynecology. – 2017. – № 11. – P. 108–113.

112. Medical activity of young women living in rural areas / S.A. Abramova [et al.] // Electronic scientific and educational bulletin Health and education in the 21st century. – 2014. – T. 16. – № 1. – P. 9–10.

113. Medical awareness, medical activity, personal qualities of men of active reproductive and working age, taking into account signs of premature aging / TP Vasilyeva [et al.] // Russian Academy of Medical Sciences. Bulletin of the National Public Health Research Institute. – 2012. – № 4. – P. 32–34.

114. Methodological Approaches to a Comprehensive Assessment of the Health Status of Elderly and Senile Persons / A.A. Modestov [et al.] // Siberian Medical Review. – 2001. – № 2 (20). – P. 23–25.

115. Mitrofanov, A.N. Socio-hygienic characteristic of the medical activity of parents / A.N. Mitrofanov // Healthcare of the Russian Federation. – 1990. – № 11. – P. 29–32.

116. Modified risk factors and medical activity of locomotive crew workers / E.A. Zhidkova [et al.] // Cardiovascular therapy and prevention. – 2019. – T. 18. – № S1. – P. 70–71.

117. Nagayev, R.Ya. Assessment of physical training and lifestyle of adolescents 15-17 years old / R.Ya. Nagayev, S.G. Akhmerova, A.G. Mutalov // Preventive and clinical medicine. – 2014. – № 1 (50). – P. 51–55.

118. Nazarova, I.B. Availability of the health care system (medical care) and self-preserving activity of citizens / I.B. Nazarova // Sociology of medicine. – 2006. – № 2. – P. 43–54.

119. Nazarova, I.B. Health of the employed population / I.B. Nazarova. – Moscow: Max-press, 2007. – 528 p.

120. Natsun, L.N. Investing time in health care: evaluation based on selective sociological research / L.N. Natsun // Journal of Sociology and Social Anthropology. – 2020. – T. 23. – № 5. – P. 74–102.

121. Some aspects of the lifestyle and health of residents of the city of Pskov / G.P. Artyunin [et al.] // Actual problems of psychological health: theory and practice. Materials of the international scientific and practical conference. – 2016. – P. 7–13.

122. Nozdracheva, K.A. Medical activity of students of clinical specialties and popular ways to increase it / K.A. Nozdracheva, A.A. Sibileva, V.I. Timoshilov // Health and healthcare in Russia: a collection of articles of the I scientific conference of young scientists with international participation. – Kursk, 2017. – P. 5–10.

123. Russians and residents of the Rostov region dream of chêm: comparative analysis / Yu.G. Volkov [and others] // Reforming Russia. № 11: Yearbook / Hole ed. M.K. Gorshkov. – Moscow, 2012.

124. Omarova, O.A. Studying the medical activity of the population in the conditions of the municipal polyclinic / O.A. Omarova // Innovations in medicine: materials of the I International Scientific and Practical Conference. – Makhachkala, 2019. – P. 158–161.

125. Experience in assessing the organization of medical care (according to sociological surveys) / A.L. Lindenbraten [et al.] // Health care. – 2008. – № 12. – P. 21–30.

126. Features of the relationships between psychological, pedagogical and medical social characteristics and the formation of social experience of high school

students of boarding schools / E.M. Kazin [et al.] // Bulletin of Kemerovo State University. – 2016. – № 4. – P. 142–151.

127. Assessment of the influence of physical activity on the functional state of women 55-70 years old / B.D. Yudin [et al.] // Bulletin of Sports Science. – 2018. – № 6. – P. 56–60.

128. Pautova, N.I. Gender features of self-assessment of health and its perception as sociocultural value (according to the 21st wave of RLMS-HSE) / N.I. Pautova, I.S. Pautov // Woman in Russian society. – 2015. – № 2 (75). – P. 60–75.

129. Petelsky, Yu.V. The role of the district therapeutic service in the primary and secondary prevention of acute cerebrovascular diseases / Yu.V. Petelsky, M.Yu. Surmach // Proceedings of the Research Institute of Healthcare and Medical Management. – Moscow, 2018. – P. 11–12.

130. Pikalov, S.M. Medical activity as a relation to one's own health / S.M. Pikalov, S.V. Korolev, S.A. Kanakov // Modern society: problems, ideas, innovations. – 2014. – T. 2. – № 3. – P. 27–30.

131. Subvirova, I.E. Determination of the incidence of various categories of the population by the questionnaire method / I.E. Podvirova // Health manager. – 2010. – № 11. – P. 25–30.

132. Approaches to planning the need for specialized inpatient medical care / S.N. Cherkasov [and others] // Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2017. – № 5. – P. 78–85.

133. Pokrovskaya, S.E. Factors that form the access to medical care / S.E. Pokrovskaya // Social aspects of population health. – 2012. – № 3 (25). – P. 2.

134. Sex differences in awareness and attitude to their health as a subjective-objective indicator of population health in Russia / Siberia (WHO program "MONICA-psychosocial," HAPIEE) / V.V. Gafarov [et al.] // Therapeutic archive. – 2015. – № 1. – P. 14–26.

135. Polozkov, I.M. Recognition of women's responsibility for their health as a determinant of health in older age groups / I.M. Polozkov, S.N. Cherkasov // Man and

medicine: collection of materials of the XXVII Russian National Congress. – Moscow: Vidox LLC, 2020. – P. 34.

136. Polozkov, O.I. Recognition of responsibility for their health as a determinant of health in older age groups / O.I. Polozkov, S.N. Cherkasov, D.O. Meshkov // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2021. – № 1. – P. 30–35.

137. Polozkov, O.I. Recognition of the responsibility of men for their health as a determinant of health in older age groups / O.I. Polozkov // Man and medicine: collection of materials of the XXVII Russian National Congress. – Moscow: Vidox LLC, 2020. – P. 34.

138. Polunina, N.V. Features of the state of health of children in the Russian Federation and ways to improve it / N.V. Polunina, S.N. Cherkasov // Ecology and human health in the North Collection of materials of the IV Congress with international participation. FSAEI HPE "North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov," Medical Institute; Ministry of Health of the Republic of Sakha (Yakutia); League "Women Scientists of Yakutia"; Yakutsk Scientific Center for Complex Medical Problems of the SB RAS, 2013. – P. 485–490.

139. Polunina, N.V. The role of medical activity in improving the health of patients with purulent-inflammatory pathology of ENT organs / N.V. Polunina, A.I. Kryukov, A.A. Voloshin // Russian Medical Journal. – 2014. – T. 20. – № 1. – P. 4–7.

140. Poteshonkova, S.V. Characterization of the medical activity of the informativity of pregnant women with chronic inflammatory kidney diseases / S.V. Poteshonkova, M.V. Kuligin, L.V. Karneeva // Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov. – 2009. – T. 17. – № 4. – P. 74–79.

141. Razvarina, I.N. Medical activity of parents as a factor in the formation of children's health / I.N. Razvarina, L.N. Natsun // Demographic potential of the EAEU countries: a collection of articles of the VIII Ural Demographic Forum. Institute of Economics of the Ural Branch of the Russian Academy of Sciences holes ed. A.I. Kuzmin. – Yekaterinburg: Institute of Economics, Ural Branch of the Russian Academy of Sciences, 2017. – P. 465–470.

142. Prevalence of cardiovascular risk factors in occupational groups of coal enterprises / S.A. Maksimov [et al.] // *Prophylaxis. honey.* – 2011. – T. 14. – № 3. – P. 46–49.

143. The results of studying some aspects of the lifestyle of young people in a number of Russian cities / K.R. Amlaev [et al.] // *Kuban Scientific Medical Bulletin.* – 2012. – № 1. – P. 8–11.

144. Reproductive health and behavior of women of Russia / V.Yu. Albitsky [et al.]. – Moscow, 2001. – 248 p.

145. Reshetnikov, A.V. Health as a subject of study in the sociology of medicine: a textbook / A.V. Reshetnikov. – Moscow: GEOTARD-Media, 2008. – 60 p.

146. Rogachev, A.A. Results of assessing the state of health and medical activity of students in dynamics / A.A. Rogachev, I.E. Fertikova // *System analysis and management in biomedical systems.* – 2018. – T. 17. – № 2. – P. 456–460.

147. Rosenfeld, L.G. Medical activity of the population living in rural areas / L.G. Rosenfeld, M.G. Moskvicheva // *Problems of social hygiene, health care and the history of medicine.* – 2009. – № 2. – P. 8–10.

148. The role of recognizing responsibility for one's health as a social determinant of health in older age groups / S.N. Cherkasov [et al.] // *Medical and pharmaceutical journal Pulse.* – 2021. – T. 23. – № 11. – P. 12–17.

149. The role of moderate physical activity in old age: medical and social aspects of Finnish walking with sticks / E. Yu. Kachan [et al.] // *Scientific notes of the P.F. Lesgaft University.* – 2013. – № 11 (95). – P. 68–71.

150. Guide to Gerontology / ed. Academician of RAMS V.N. Shabalina. – Moscow, 2005. – 800 p.

151. Rusinova, N.L. Predictors of consumer satisfaction with primary health care services / N.L. Rusinova, L.V. Panova, O.N. Burmykina // *Sociology of Medicine.* – 2006. – № 2.

152. Savelyeva, Zh.V. "Health" and "diseases" of Russians as social structures / Zh.V. Savelyeva // *Power.* – 2009. – № 8. – P. 115–118.

153. Savelyeva, J.V. Medicine and doctors in the symbolic reality of the media: social construction of the image by the Russian press / J.V. Savelyeva // *Bioethics*. – 2011. – № 1. – P. 27–30.

154. Self-assessment of family health in modern conditions / L.P. Chicherin [et al.] // *Bulletin of the Research Institute named after N.A. Semashko*. – 1997. – Part 1. – Issue "Medical and social aspects of health and reproduction of the population of Russia in the 90s." – P. 192–197.

155. Safarov, R.E. Health of young men of draft age of the Republic of Bashkortostan / R.E. Safarov, L.R. Mingazova // *Medical Bulletin of Bashkortostan*. – 2011. – T. 6, No. 3. – P. 23–25.

156. Seydumanov, S.T. Medical activity of the population in the management of a healthy lifestyle / S.T. Seydumanov // *Avicenna Bulletin*. – 2010. – № 3 (44). – P. 114–118.

157. Semina, T.V. Medical activity of the population as a factor of healthy behavior / T.V. Semina, E.A. Chebotar // *Bulletin of the NCSSH named after A.N. Bakuleva RAMS. Cardiovascular diseases*. – 2018. – T. 19. – № S6. – P. 267.

158. Senatorova, O.V. Attitude to health and disease prevention as an indicator of public health / O.V. Senatorova, V.A. Kuznetsov, A.S. Trufanov // *Cardiovascular therapy and prevention*. – 2019. – T. 18. – № 1. – P. 156–160.

159. Smirnova, T.V. Elderly people: stereotypical image and social distance / T.V. Smirnova // *Sociological research*. – 2008. – № 8. – P. 49–55.

160. Smuseva, O.N. Side drug reactions with self-medication / O.N. Smuseva, Yu.V. Solovkina // *Saratov Scientific and Medical Journal*. – 2012. – T. 8, № 1. – P. 35–37.

161. Modern features of the population's access to medical care / T.M. Maksimova [et al.] // *Bulletin of the National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences*. – 2005. – № 2. – P. 18–21.

162. Modern regional features of public health and health of Russia: monograph / O.P. Shchepin [et al.]. – Moscow, 2007.

163. Sopova, I.L. The influence of the level of education as a social determinant of health on the incidence of women of reproductive age / I.L. Sopova, S.N. Cherkasov, O.I. Polozkov // Problems of standardization in health care. – 2021. – № 3-4. – P. 40–44.

164. Sopova, I.L. The influence of the level of education on the degree of responsibility in relation to one's own health / I.L. Sopova, S.N. Cherkasov, O.I. Polozkov // Caspian Bulletin of Medicine and Pharmacy. – 2020. – Volume 1. – № 3-4. – P. 21–26.

165. Sorokin, P.A. Man. Civilization / P.A. Sorokin. – Moscow, 1992.

166. Socio-demographic characteristics and health status of women of fertile age of the Moscow region / A.V. Breusov [and others] // Saratov Scientific and Medical Journal. – 2019. – T. 15. – № 1. – P. 72–77.

167. Comparative analysis of the magnitude and nature of motor activity of university students / V.L. Kondakov [et al.] // Modern problems of science and education. – 2015. – № 2-2. – P. 308.

168. Starodubov, V.I. Trends in the state of health of the population and prospects for the development of health care in Russia / V.I. Starodubov // Act speech in GBOU RNIMU named after N.I. Pirogov Ministry of Health and Social Development of Russia. – Moscow, 2012. – 35 p.

169. Surmach, M.Yu. Methodology for studying the sociological aspects of the medical and social problem of reproductive health of youth in Belarus / M.Yu. Surmach // Sociology. – 2006. – № 1. – P. 73–80.

170. Surmach, M.Yu. Methodology for Assessing Medical Awareness in Preceptive Youth Training / M.Yu. Surmach // Modern Methods of Diagnosis, Treatment and Prevention of Diseases: a collection of instructional and methodological documents (ofits. ed.). – Minsk: GU RNMB, 2008. – № 9. – T. 6. – P. 137–149 (reg. № 039-04.08, dated October 03, 2008).

171. Surmach, M.Yu. Reproductive behavior of the youth of Belarus and its determination. Part 2. Planning pregnancy at a young age and the impact of a woman's behavior on the health of the newborn. Medical and hygienic literacy as a factor of

antirisk / M.Yu. Surmach // Journal of Grodno State Medical University. – 2011. – № 4 (36). – P. 32–35.

172. Suslin, S.A. Sociological assessment of the circulation of rural residents for medical care / S.A. Suslin // Bulletin of the National Research Institute of Public Health of the Russian Academy of Medical Sciences. – 2005. – № 1. – P. 120-124.

173. Sukhanova, L.P. Modern trends in the reproductive and demographic process and organization of the maternity service in Russia / L.P. Sukhanova, M.S. Sklyar, G.Yu. Utkina // Healthcare of the Russian Federation. – 2008. – № 5. – P. 37–42.

174. Syurin, S.A. Significance of behavioral risk factors in the development of bronchopulmonary diseases in workers of the copper-nickel industry / S.A. Syurin, A.N. Nikanov, N.M. Frolova // Med. labor and industry. ecology. – 2013. – № 8. – P. 22–26.

175. Territorial features of access to primary health care / E.A. Berseneva [et al.] // Bulletin of modern clinical medicine. – 2017. – T. 10. – № 1. – P. 43–47.

176. Timoshilov, V.I. Medical activity as a factor in the preservation and promotion of public health / V.I. Timoshilov, K.A. Nozdracheva // Scientific research in the field of medicine and pharmacology: a collection of scientific works based on the results of an international scientific and practical conference. – Saratov, 2017. – P. 34–36.

177. Timoshilov, V.I. The effectiveness of training medical personnel and the information and educational needs of doctors in the Kursk region in the prevention of socially determined diseases among youth / V.I. Timoshilov, G.A. Sidorov // Kursk scientific and practical bulletin "Man and his health." – 2014. – № 3. – P. 83–86.

178. Turovskaya, E.V. The state and prospects of medical and social studies of self-assessment of health by patients of retirement age / E.V. Turovskaya // Astrakhan Medical Journal. – 2012. – № 4 (7). – P. 246–248.

179. Uvagyev, O.M. Medical activity of patients with bronchial asthma / O.M. Uvagyev, O.E. Konovalov, D.I. Kicha // Russian Medical and Biological Bulletin named after Academician I.P. Pavlov. – 2013. – T. 21. – № 3. – P. 98–100.

180. Usachev, N.S. To clarify the concept of "medical activity" / N.S. Usachev // Soviet health care. – 1990. – № 8. – P. 41–45.

181. Usachev, N.S. Medical activity: concept, structure, content / N.S. Usachev // Health management problems. – Gorky, 1989. – P. 166–171.
182. Lifestyle factors and medical activity of patients with COVID-19 who were treated on an outpatient basis using telemedicine technologies / A.A. Tyazhelnikov [et al.] // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2021. – T. 29. – № S2. – P. 1298–1303.
183. Risk factors for the health of Russian pensioners / Z. Zh. Arstangalieva [et al.] // Fundamental research. – 2015. – № 1-5. – P. 896–900.
184. Fedyayeva, A.V. Commitment to self-medication in older age groups / A.V. Fedyayeva, S.N. Cherkasov, V.S. Oleinikova // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2020. – № 1. – P. 30–35.
185. Khabriev, R.U. State guarantees of medical care / R.U. Khabriev, V.M. Shipova, V.S. Malichenko. – Moscow: GEOTAR-Media, 2017. – 232 p.
186. Khabriev, R.U. To the results of a sociological study on the assessment of the availability and quality of medical care to the population / R.U. Khabriev, I.F. Seregina // Healthcare of the Russian Federation. – 2007. – № 1. – P. 3–5.
187. Khabriev, R.U. Strategy for the protection of public health as the basis of social policy of the state / R.U. Khabriev, A.L. Lindenbraten, Yu.M. Komarov // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2014. – T. 22. – №. 3. – P. 3–5.
188. Halfin, R.A. Problems of medical prevention of non-communicable diseases in modern conditions / R.A. Halfin, R.G. Oganov // Health management problems. – 2007. – № 1-2. – P. 26.
189. Khvedelidze, M.G. Features of medical and social characteristics and medical activity of inpatients of dermatological profile / M.G. Khvedelidze // Modern problems of science and education. – 2016. – № 6. – P. 234.
190. Khudik, V.A. Social and personal determinants of human activity in old age / V.A. Khudik, I.V. Telnyuk // Academy of Vocational Education. – 2016. – № 3 (57). – P. 33–38.

191. Cherednichenko, O. Self-assessment of the health of students of a medical university / O. Cherednichenko, I. Antonova, A. Chirkova // Youth of the XXI century: a step into the future. materials of the XVIII regional scientific and practical conference. – Blagoveshchensk: Blagoveshchensk State Pedagogical University, 2017. – P. 906–907.

192. Cherkasov, S.N. Adequacy of self-assessment of health in persons over the age of 60 / S.N. Cherkasov, I.D. Kirtadze // Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2017. – № 7. – P. 9–13.

193. Cherkasov, S.N. Analysis of gender characteristics of the age dynamics of the frequency of requests for medical care provided on an outpatient basis for reasons related to neoplasms / S.N. Cherkasov, G.S. Shestakov, A.V. Fedyaeva // Problems of standardization in healthcare. – 2018. – № 5-6. – P. 49–53.

194. Cherkasov, S.N. Impact of life priorities on quality of life. Health-related, in older age groups / S.N. Cherkasov, I.D. Kirtadze // Bulletin of the N.N. Bakuleva NCSHH RAMS Cardiovascular diseases. – 2018. – № 19 (4). – P. 549–553.

195. Cherkasov, S.N. Impact of life priorities on self-assessment of health in the population of older age groups / S.N. Cherkasov, I.D. Kirtadze // Public health and health. – 2019. – № 1. – P. 40–43.

196. Cherkasov, S.N. Impact of education on self-assessment of health in older age groups / S.N. Cherkasov, G.S. Shestakov, I.D. Kirtadze // Problems of standardization in healthcare. – 2018. – № 9-10. – P. 57–60.

197. Cherkasov, S.N. The influence of the family environment as a social determinant of health on the state of health in various age-sex groups / S.N. Cherkasov, I.D. Kirtadze // Eurasian Scientific Association. – 2018. – T. 2. – № 3 (37). – P. 116–118.

198. Cherkasov, S.N. The influence of the level of education as a social determinant of health on the prevalence of healthy behaviours / S.N. Cherkasov, I.L. Sopova, O.I. Polozkov // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2021. – № 2. – C. 100–107.

199. Cherkasov, S.N. The impact of the level of education on the self-assessment of the health of women of reproductive age / S.N. Cherkasov, I.L. Sopova // Bulletin of

the North-Eastern Federal University named after M.K. Ammosov. – 2020. – № 4 (21). – P. 67–71.

200. Cherkasov, S.N. Influence of the level of education on self-assessment of health in various age-sex groups / S.N. Cherkasov, I.D. Kirtadze // Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2017. – № 7. – P. 74–78.

201. Cherkasov, S.N. Influence of the fact of recognition of responsibility for one's health on self-assessment of health in older age groups / S.N. Cherkasov, A.V. Fedyaeva // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2020. – № 4. – P. 34–39.

202. Cherkasov, S.N. Ways to optimize the model of outpatient monitoring of pregnant women in a large city: author. dis.... Dr. Honey. sciences: 14.00.33 / Cherkasov Sergey Nikolaevich. – Kazan, 2002.

203. Cherkasov, S.N. Family environment as a social determinant of health in older age groups / S.N. Cherkasov, I.D. Kirtadze, Yu.O. Kamaev // Bulletin of the Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2019. – № 1. – P. 106–111.

204. Cherkasov, S.N. Share of food expenses in the structure of expenses of the older population. Gender and age differences / S.N. Cherkasov, Yu.O. Kamaev, O.I. Polozkov // Bulletin of the National Research Institute of Public Health named after N.A. Semashko. – 2020. – № 1. – P. 46–51.

205. Chernova, N.S. Medical activity of patients, the role of medical workers and families in rehabilitation / N.S. Chernova, N.V. Budnikova // Biomedical, clinical and social issues of human health and pathology: materials of the III All-Russian educational and scientific conference of students and young scientists with international participation in the XIII regional festival "Young scientists – development of the Ivanovo region." – Ivanovo, 2017. – P. 154–155.

206. Chernysheva, M.L. Factors affecting the medical activity of families in the disease of children from 1 to 14 years old / M.L. Chernysheva // Bulletin of Tambov University. Series: Natural and Technical Sciences. – 2015. – T. 20. – № 1. – P. 169–172.

207. Chernyshkova, E.V. Active lifestyle in old age: medical and social strategies, risks, practices / E.V. Chernyshkova, E.A. Andriyanova. – Saratov: IC "Science," 2012. – 259 s.

208. Chernyshkova, E.V. Medical and social risks of prolongation of the active lifestyle of the elderly / E.V. Chernyshkova // Fundamental research. – 2012. – № 3. – PART 2. – P. 358–361.

209. Chernyshkova, E.V. Consumption of medical services by the elderly in the context of social inequality (on the example of the Saratov region) / E.V. Chernyshkova, E.A. Andriyanova // Saratov Scientific and Medical Journal. – 2011. – T. 7. – № 1. – P. 139–141.

210. Chicherin, L.P. Specificity of programs that form the need for young people in a healthy lifestyle / L.P. Chicherin // Materials of the interregional interdepartmental n.-prak. conf. through youth education – to the health of the nation. – Ufa: BSPU publishing house, 2000. – P. 134–136.

211. Chudinova, I.E. On the issue of medical activity of patients of the departmental polyclinic / I.E. Chudinova, D.V. Golikova, Z.H. Agamov // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2011. – № 3. – P. 14–17.

212. Chumakov, B.N. Valeology: course of lectures / B.N. Chumakov. – Moscow: GEOTAR-Media, 2001. – 407 p.

213. Shabalin, V.N. Organization of health protection of elderly people in the modern world / V.N. Shabalin // Nurse. – 2008. – № 5. – P. 3–4.

214. Shabunova, A.A. The influence of self-preserving components on the presence of chronic diseases and self-rated health of the population / A.A. Shabunova, P.S. Korchagina // Health of the Russian Federation. – 2014. – № 3 (58). – P. 40–43.

215. Shabunova, A.A. Medical activity and the role of the family in promoting children's health / A.A. Shabunova // Economic and social changes in the region: facts, trends, forecast. – 2003. – № 2 (21). – P. 58–63.

216. Shabunova, A.A. Medical activity of the population: trends and determinants / A.A. Shabunova // Socio-political, economic and demographic aspects of the

development of modern society: materials of the International Scientific and Practical Conference. – Volgograd, 2021. – P. 270–276.

217. Shamanova, L.V. Patient appeal for medical care in a rural therapeutic area / L.V. Shamanova // Healthcare of the Russian Federation. – 2011. – № 3. – P. 32–34.

218. Shapovalova, M.A. Socio-economic aspects of population reproduction / M.A. Shapovalova // Health economics. – 2004. – № 4. – P. 12–16.

219. Sharabchiev, Yu.T. Public health of the nation and individual health of the individual / Yu.T. Sharabchiev // International reviews: clinical practice and health. – 2015. – № 3. – P. 88–107.

220. Sharipova, S.A. Studying the level of medical activity of the rural population / S.A. Sharipova, M.M. Muyassarova // European Science. – 2019. – № 2 (44). – P. 79–80.

221. Shayakhmetova, R.R. Socio-economic factors of health of the population of the Republic of Bashkortostan / R.R. Shayakhmetova // Russian Electronic Scientific Journal. – 2013. – № 3 (3). – P. 83–90.

222. Shilnikova, N.F. Sociological survey as a mechanism for managing medical institutions / N.F. Shilnikova, O.V. Khodakova // Sociology of medicine. – 2004. – № 2. – P. 24–26.

223. Shkolnikova, S.A. Medical activity as a factor in the fight against overweight / S.A. Shkolnikova, A.A. Lukashov, A.A. Sibilyova // Integrative trends in medicine and education. – 2020. – T. 1. – P. 111–116.

224. Shmelev, I.A. Medical activity and gynecological morbidity of women of various ages / I.A. Shmelev // Bulletin of the Peoples' Friendship University of Russia. Series: Medicine. – 2015. – № 3. – P. 14–17.

225. Sternis, T.A. Living conditions, health status and medical activity of those working in chemical industries: dis. cand. honey. sciences: 14.00.33 / Tatiana Aleksandrovna Shternis. – Kemerovo: Kemerovo State Medical Academy, 2006.

226. Shchepin, O.V. Healthcare of Russia: strategic analysis and promising areas of development / V.O. Shchepin, V.K. Ovcharov // Problems of social hygiene, health care and the history of medicine. – 2005. – № 2. – P. 3–7.

227. Shchetinina, S. Yu. Medical activity as a component of a healthy lifestyle / S. Yu. Shchetinina // International Journal of Humanities and Natural Sciences. – 2020. – № 5-3 (44). – P. 194–197.

228. Yurova, I.Yu. Medical activity of the rural population with occupational diseases / I.Yu. Yurova // Theoretical and applied aspects of modern science. – 2014. – № 3-3. – P. 117–120.

229. Yuryev, V.K. Influence of social factors on the medical activity of pregnant women / V.K. Yuryev, Ts. M. Tebeev, V.G. Puzyrev // Health and education in the 21st century. – 2016. – T. 18, No. 2. – P. 336–341.

230. Yuryev, V.K. Medical and social characteristics of inpatients with skin and subcutaneous tissue diseases / V.K. Yuryev, M.G. Khvedelidze, V.G. Puzyrev // Modern problems of science and education. – 2015. – № 5. – P. 55.

231. Yuryev, V.K. Prevalence of some lifestyle risk factors that negatively affect the health of high school students / V.K. Yuryev, P.G. Zhirkov // Pediatrician. – 2018. – T. 9. – № 2. – P. 49–54.

232. Yuryev, V.K. Self-assessment of health and medical activity of patients with skin and subcutaneous tissue diseases / V.K. Yuryev, M.G. Khvedelidze, K.E. Moiseeva // Problems of city health: a collection of scientific works; edited by Z.Du. RF, MD, prof. N.I. Vishnyakova. – St. Petersburg, 2013. – P. 194–197.

233. A simple asthma prediction tool for preschool children with wheeze or cough / A.M. Pescatore [et al.] // J Allergy Clin Immunol. – 2014. – Vol. 133 (1). – P. 111–118.

234. A systematic review of predictive models for asthma development in children / G. Luo [et al.] // BMC Med Inform Decis Mak. – 2015. – Vol. 15. – P. 99.

235. Andersen, R.M. Behavioral Model of Families: Use of Health Services [Electronic resource] / R.M. Andersen // Research Series. – Chicago: Center for Health Administration Studies, University of Chicago, 1968, № 25. – Access mode: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/21/30> (accessed: 14.10.2021).

236. Au, N. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? / N. Au, DW. Johnston // Social Science and Medicine. – 2014. – Vol. 121. – P. 21–28.

237. Beasley, R. The Global Burden of Asthma Report / R. Beasley // Global Initiative for Asthma (GINA). – 2004.

238. Carlson, P. Risk behaviors and self rated health in Russia 1998 / P. Carlson // Journal of Epidemiology and Community Health. – 2001. – Vol. 55. – P. 806–817.

239. Characteristics of people with low health literacy on coronary heart disease GP registers in South London: a cross-sectional study / PG Rowlands [et al.] // BMJ. – 2013. – Vol. 3. – P. 503–518.

240. Cott, C.A. Determinants of self rated health for Canadians with chronic diseases and disability / C.A. Cott, M.A.M. Gignac, E.M. Badley // Journal of Epidemiology and Community Health. – 1999. – Vol. 53. – Iss. 11. – P. 731–736.

241. Demographics of hepatitis C in Southwest Ohio (2010 to 2015) / J. Woltmann [et al.] // Hepat. Mon. – 2016. – Vol. 16 (8). – e37904.

242. Dermatological diagnostic acumen improves with use of a simple telemedicine system for underserved areas of South Africa / R. Colven [et al.] // Telemedicine Journal and EHealth. – 2011. – Vol. 17, № 5. – P. 363–369.

243. Dhak, B. Gender differences in health and its determinants in the old-aged population in India / B. Dhak // Journal of Biosocial Science. – 2009. – Vol. 41. – Iss. 5. – P. 625–643.

244. Dmytrenko, S.O. The state of the knowledge of the rural population about the importance of risk factors for the development of arterial hypertension / S.O. Dmytrenko // Lik Sprava. – 2000. – Jan-Feb (1). – P. 1158.

245. Ekenga, V. Impact of Pharmacist Obesity Diagnosis Education on Patient Self-Rated Health and Health Behavior: A Pilot Study / V. Ekenga, M. Skomo // Journal of Obesity and Chronic Diseases. – 2017. – Vol. 2 (1). – R. 39-42.

246. Factors affecting therapeutic compliance: A review from the patient's perspective / J. Jin [et al.] // Ther Clin Risk Manag. – 2008. – Vol. 4 (1). – R. 269-286.

247. Gausman, J. Social determinants of sexual and reproductive health: A Global Overview / J. Gausman, Sh. Malarcher // The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. – 2011. – № 73. – P. 4–8.

248. Goldman, N. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health / N. Goldman, D.A. Gleib, M.C. Chang // *Ann Epidemiol.* – 2004. – Vol. 14 (1). – P. 49–57.

249. Idler, E.L. Self-rated health and mortality: A review of twenty-seven community studies / E.L. Idler, Y. Benyamini // *J of Health and Social Behavior.* – 1997. – Vol. 38. – P. 21–37.

250. Is preterm birth associated with asthma among children from birth to 17 years old? A study based on 2011–2012 US National Survey of Children's Health / J. Zhang [et al.] // *Ital J Pediatr.* – 2018. – Vol. 44 (1). – P. 151.

251. Kim, Y. The Dynamics of Health and its Determinants Among Elderly in Developing Countries / Y. Kim // *Economics and Human Biology.* – 2015. – Vol. 19. – P. 1–12.

252. Kleinman, A. Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry / A. Kleinman. – Berkeley, 1980.

253. Latham, K. Self-rated health and morbidity onset among late midlife U.S. adults / K. Latham, C.W. Peek // *J of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* – 2013. – Vol. 68 (1). – P. 107–116.

254. Lee, Y. The predictive value of self assessed general, physical, and mental health on functional decline and mortality in older adults / Y. Lee // *J of Epidemiology and Community Health.* – 2000. – Vol. 54. – P. 123–129.

255. Madan, M. Gupta Fuzzy neural networks: theory and applications / M. Madan // *Proc. SPIE 2353, Intelligent Robots and Computer Vision XIII: Algorithms and Computer Vision*, 1994.

256. Management of Prematurity-Associated Wheeze and Its Association with Atopy / M.O. Edwards [et al.] // *PLoS ONE.* – 2016. – Vol. 11 (5). – P. e0155695.

257. Meshkov, D.O. A Data Management Model for Proactive Risk Management in Healthcare / D.O. Meshkov, L.Yu. Bezmelnitsyna, S.N. Cherkasov // *Advances in Systems Science and Applications.* – 2020. – T. 20, No. 1. – P. 114–118.

258. Monden, C.W.S. Do measured and unmeasured family factors bias association between education and self-assessed health? / C.W.S. Monden // *Social Indicators Research.* – 2010. – Vol. 98. – Iss. 2. – P. 321–336.

259. Roberts, J.A. Management of pyelonephritis and upper urinary tract infections / J.A. Roberts // *Urol. Clin. North Am.* – 1999. – Vol. 26. – № 4. – R. 753–763.

260. Seth, M. Noar Zimmerman Health Behavior Theory and cumulative knowledge regarding health behaviors: are we moving in the right direction? / M. Noar Seth, S. Rick // *In Health Education Research.* – 2005. – June. – № 20 (3). – P. 275–290.

261. Socio-economic influences on self-rated health in Russian men and women – a life course approach / A. Nicholson [et al.] // *Social Science and Medicine.* – 2005. – Vol. 61. – Iss. 11. – P. 2345–2354.

262. Subjective and objective characteristics of physical activity in older adults / S. Cherkasov [et al.] // *Archiv euromedica.* – 2021. – Vol. 11 (4). – P. 62–65.

263. The effects of prenatal stress on temperament and problem behaviors of 27-month old toddlers / B.M. Gutteling [et al.] // *European Child & Adolescent Psychiatry.* – 2005. – № 14. – P. 41–51.

264. The German National Program on Psoriasis Health Care 2005-2015: results and experiences / M. Augustin [et al.] // *Archives of Dermatological Research.* – 2016. – Vol. 308, № 6. – R. 389-400.

265. The global burden of asthma: executive summary of the GINA Dissemination Committee report / M. Masoli [et al.] // *Allergy.* – 2004. – Vol. 59, № 5. – P. 469–478.

266. The influence of social determinants on the need for medical care in women / S. Cherkasov [et al.] // *Archiv euromedica.* – 2021. – Vol. 11 (4). – P. 31–33.

267. The local-ladder effect: social status and subjective well-being / C. Anderson [et al.] // *Psychological Science.* – 2012. – Vol. 23. – Iss. 7. – P. 764–771.

268. Vander Mark, L.B. Predicting asthma in preschool children at high risk presenting in primary care: development of a clinical asthma prediction score / L.B. Van der Mark, K.E. van Wonderen, J. Mohrs // *Care Respir J.* – 2014. – Vol. 23 (1). – P. 52–59.

269. Xavier, F.M. Elderly people's definition of quality of life [Electronic resource] / F.M. Xavier, M.P. Ferraz // *Rev Bras Psiquiatr.* – 2003. – Vol. 25. – № 1. – P. 31–39. – Access mode: <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462003000100007> (accessed 28.03.2016).

Do you smoke?

- 1 – no, never tried (a)
- 2 – tried once (a)
- 3 – smoked at one time, then threw
- 4 – yes, but only occasionally
- 5 – yes, I smoke systematically.

If you smoke, from what age? _____

If you smoke, how many cigarettes a day on average do you smoke? _____

If you quit smoking, how long have you done it? (how old) _____

How often do you consume alcoholic beverages (including beer, low-alcohol cocktails, etc.)?

- 1 – almost daily
- 2 – regularly (more often 1 times a week)
- 3 – rare (more often 1 times a month)
- 4 – sometimes (more often 1 times a year)
- 5 – I do not use it.

If you have stopped drinking alcohol at this time, how long have you stopped doing it? (how old)

If you have consumed or consumed alcohol, what are the most commonly used beverages?

- 1 – 40% and stronger
- 2 – 21–40 %
- 3 – 7–20 %
- 4 – less than 7%.

If you use or have consumed alcohol, what dose in terms of pure alcohol do you usually use it at a time?

- 1 – less20g
- 2 – 20–50g
- 3 – 51–100g
- 4 – 101–200g
- 5 – 201–400g
- 6 – more400g.

Thank you for your cooperation and for your time!