

Данилевская Т.В., Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю.

**КОЛИЧЕСТВЕННЫЙ АНАЛИЗ ЗНАЧИМОСТИ ИСТОЧНИКОВ МЕДИКАЛИЗАЦИИ
В СОЦИОКУЛЬТУРНОЙ СРЕДЕ МЕГАПОЛИСА**ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России,
344022, г. Ростов-на-Дону

Количество медицинской информации, потребляемое и усваиваемое населением РФ, значительно возросло в последнее время. По данным, полученным в 2014-2015 гг. в результате социологического рандомизированного выборочного обследования 459 взрослых жителей Ростова-на-Дону установлено, что 65% респондентов никогда не задумываются о том, почему они болеют, или вспоминают о своём здоровье только при появлении каких-либо симптомов. Кроме того, авторами исследованы связи между уровнем медикализации и статусом респондентов в гендерном, образовательном и самосохранительном аспектах, а также измерена накопленная заболеваемость. Параллельное использование параметрического и непараметрического критериев Стьюдента и Пирсона позволило установить отсутствие значимой связи между уровнями заболеваемости и объёмом медицинских знаний, получаемых в рамках спонтанной медикализации.

Ключевые слова: спонтанная медикализация; накопленная заболеваемость; интегральная оценка структурированных индикаторов; нулевая гипотеза.

Для цитирования: Данилевская Т.В., Элланский Ю.Г., Худоногов И.Ю. Количественный анализ значимости источников медикализации в социокультурной среде мегаполиса. *Социология медицины*. 2017; 16(2): 94—99. DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2017-16-2-94-99>

Для корреспонденции: Худоногов Игорь Юрьевич, канд. мед. наук, старший преподаватель кафедры общественного здоровья и здравоохранения № 1 с курсом истории медицины ГБОУ ВПО Ростовский государственный медицинский университет Минздрава России, e-mail: fux1@ya.ru

Danilevskaia T.V., Ellansky Yu.G., Khudonogov I.Yu.

THE QUANTITATIVE ANALYSIS OF SIGNIFICANCE OF SOURCES OF MEDICALIZATION IN SOCIO-CULTURAL ENVIRONMENT OF MEGALOPOLIS

The state budget educational institution of higher professional education «The Rostov state medical university» of Minzdrav of Russia, 344022 Rostov-on-Don, Russia

The number of medical information consumed and learned by population of the Russian Federation increased significantly during recent time. The sociological randomized sampled survey was carried out in 2014-2015 in Rostov-on-Don. The sample included 459 adult residents of Rostov-on-Don. The survey established that 65% of respondents never ponder over why they fall ill or they think of their own health only in case of manifestation of certain symptoms. Furthermore, the relationships are analyzed between level of medicalization and status of respondents in gender, educational and self-preserving aspects. Also cumulated morbidity was measured. The parallel application of parametric and non-parametric Student and Pearson criteria permitted to establish absence of a valuable relationship between levels of morbidity and content of medical knowledge obtained within the framework of spontaneous medicalization.

Key words: spontaneous medicalization; cumulated morbidity; integral evaluation of structured indices; null hypothesis

For citation: Danilevskaia T.V., Ellansky Yu.G., Khudonogov I.Yu. The quantitative analysis of significance of sources of medicalization in sociocultural environment of megalopolis. *Sociologiya meditsiny*. 2017; 16(2): 94—99. (In Russ.) DOI: <http://dx.doi.org/10.18821/1728-2810-2017-16-2-94-99>

For correspondence: Khudonogov I.Yu., candidate of medical sciences, senior lecturer of the chair of public health and health care № 1 with course of history of medicine of the state budget educational institution of higher professional education «The Rostov state medical university». E-mail: fux1@ya.ru

Conflict of interest. The authors declare absence of conflict of interest.

Acknowledgment. The study had no sponsor support.

Received 20.10.2016
Accepted 02.11.2016

Социокультурная среда (СС) современного мегаполиса представляет собой гармоничную систему социальных отношений, ориентированных на профессиональное образование, непосредственную трудовую деятельность и потребление товаров и услуг (ТУ). Следует отдавать себе отчёт в том, что практи-

чески всё, что нас окружает в сегодняшнем мире, может и вынуждено попадать в категорию ТУ. Экономический дискурс проникает в массовое сознание и объективно отражает смысл происходящего и специфику современной СС. Каждый член социума становится хозяйствующим субъектом, ежедневно участвующим

в обмене ТУ с такими же хозяйствующими субъектами. При этом благополучная циркуляция ТУ требует развития коммуникативных компетенций (КК) населения.

Значительную часть СС в последнее время стала занимать медицина. Выражаясь экономическим языком, можно охарактеризовать её значимость в процентах от ВВП. Указанный показатель ориентировочно находится в пределах от 3-6% в РФ до 18-20% в США [1]. Доля этих расходов постоянно увеличивается пропорционально росту потребности в эстетической медицине и платежеспособности населения. Связующим звеном между производителями и потребителями услуг в медицинской сфере становятся КК населения. За последние десятилетия КК россиян претерпели значительные изменения, прошли определённый путь развития. На сегодняшний день указанное развитие предполагает два основных направления: овладение теоретической и практической стороной медицинских знаний под руководством непосредственного коммуниканта или самостоятельная познавательная деятельность пациентов [2-5]. Указанные направления далеко не равнозначны по эффективности коммуникативного процесса и по отдаленным результатам (заболеваемости, инвалидности, смертности, самосохранительной активности населения и др.), поэтому целесообразно подходить к их изучению не только с качественной, но и с количественной стороны, которой до сих пор уделяется недостаточное внимание.

Гипотеза: наиболее доступным источником медицинской информации для населения являются СМИ, которые в основном и осуществляют функцию «неспецифического» управления поведением населения в медицинской сфере. Действия «неспецифических» медицинских регуляторов, подчиненных коммерческим интересам фарминдустрии и прочих околomedicalных структур, не способствуют укреплению здоровья. Медикализация как состояние вовлечённости в медицинский информационный контент (МИК), может быть измерена количественно. При этом сама эта вовлечённость должна быть обусловлена образовательным уровнем, особенностями профессиональной деятельности, возрастом, полом, семейным статусом человека и др. Регулярно получая определенный объём МИК, человек адаптирует к нему свою поведенческую стратегию (ПС) в самосохранительной сфере. При повышении объёма потребляемого МИК мы ожидали соответствующей переориентации ПС от саморазрушения к сохранению собственного здоровья.

Новизна работы связана с тем, что предлагаемый авторами методический подход основан на применении социологического инструментария, который позволяет респондентам самостоятельно формулировать интегративную оценку уже имеющихся у них (усвоенных) медицинских знаний о здоровье, болезнях и способах их лечения, которые являются результатом проникновения в сознание МИК, транслируемого соответствующим источником медиализации. Для количественной оценки результативности медиализации впервые предлагается использовать индикаторы вовлечённости человека в МИК, выраженные в рангах, соответствующих номеру группы.

Цель работы — выполнить количественный анализ значимости источников медиализации для жителей мегаполиса.

Задачи исследования:

- ♦ Выявить гендерные особенности приверженности к медиализации.
- ♦ Выявить основные характеристики семейного микросоциума, способствующие наибольшему потреблению медицинских знаний.
- ♦ Оценить образовательный статус групп с различным уровнем медиализации.
- ♦ Выявить взаимосвязь осознаваемых факторов риска с уровнем медицинских представлений.
- ♦ Оценить самосохранительную активность в группах респондентов с различным уровнем медиализации.
- ♦ Определить структуру и уровень накопленной заболеваемости по данным самооценки респондентов в группах с различной степенью вовлечённости в МИК.
- ♦ Оценить регуляторную эффективность степени медиализации по отношению к накопленной заболеваемости.

Объект исследования — рандомизированная выборка взрослого населения.

Предмет исследования — факторные и результативные признаки здоровьесберегающего поведения в условиях различной степени вовлечённости в МИК.

Материалы и методы

В работе использовали данные открытых литературных источников. Опрос проводился анонимно среди добровольцев в 2014-2015 гг. Всего было опрошено 459 взрослых жителей Ростова-на-Дону (229 мужчин и 230 женщин). Объём рандомизированной выборочной совокупности для проведения исследования рассчитывали по формуле А.В. Решетникова [6] с неизвестным числом наблюдений в генеральной совокупности. Кроме того, авторами учитывались рекомендации Д.А. Сепетлиева (1968).

Минимально необходимый объём выборки n был рассчитан с применением формулы бесповторного отбора на основании значений максимальной дисперсии ($p=q=0,5$):

$$n = \frac{t^2 \cdot p \cdot q}{\Delta^2},$$

где n — минимально необходимое число единиц наблюдения, t — критерий Стьюдента (при доверительной вероятности 95,5%, $t=2$); p — максимальный условный интенсивный показатель в долях единицы (0,5); q — альтернативный показатель p ($1-0,5=0,5$); Δ — предельная ошибка в долях единицы (0,1).

Расчётная величина минимально необходимой выборки составила:

$$n = \frac{2^2 \cdot 0,25}{0,1^2} = 100 \text{ единиц наблюдения.}$$

В целях сохранения приемлемого уровня достоверности результатов при группировке выборки за период 2014-2015 гг. было обследовано более 400 человек.

В ходе исследования применяли исторический, социологический и статистический методы. Выборка

группировалась на основе условной шкалы медикализации. Данные обрабатывались с использованием приложения Excel к стандартному пакету программ Microsoft Office 2010. Состоятельность нулевой гипотезы (об отсутствии связи между процессами или явлениями) оценивалась в соответствии с величиной непараметрического критерия χ^2 с поправкой Йетса. Расчёт параметрического критерия Стьюдента обеспечивал измерение достоверности разницы относительных или средних величин [6], характеризующих частоту встречаемости (разнообразие) соответствующих признаков в 1-й и 3-й группах. Кроме того, методической особенностью работы можно считать вычисление для каждой группы респондентов интегральных показателей, равных арифметической сумме отмеченных в анкетах субиндикаторов на 100 опрошенных представителей каждой группы. Например: «обобщённый» индикатор заболеваемости складывается из всех единичных упоминаний (ЕУ) о болезнях органов дыхания, пищеварения и так далее; семантическая группа самосохранительной активности включает ЕУ «прохожу в день не менее 5 км», «регулярно плаваю в тренажерном зале», «регулярно плаваю в бассейне» и т.д. Тот же подход применялся к оценке факторов риска, ценностных ориентаций, коммуникативной среды и др.

Результаты исследования

Уровень медикализации соответствовал 3-ступенчатой индикаторной шкале или номеру группы. В 1-й группе (35% респондентов) подтверждали тезис «не медик, но читаю много медицинской литературы, интересуюсь работой моего организма», во 2-й (44%) — «вспоминаю о своём здоровье только при появлении каких-либо симптомов», и в 3-й (21%) — «никогда не задумывался, как и что во мне происходит, почему я

болею». Оценка удельного веса гендерных подгрупп позволила установить, что при прочих равных условиях доля женщин снижалась по мере снижения уровня медикализации (от 69% до 39%). О наличии значимой связи можно было судить по критерию χ^2 . Уровнем медикализации при сопоставлении количества мужчин с соответствующей численностью группы равнялся 11,434, для женщин — 10,07, при этом критическое значение критерия — $\chi^2=5,992$ ($df=2$, $p=0,05$). Достоверность различий интенсивных показателей была рассчитана и подтверждена на основе тех же числовых значений в полярных (1-й и 3-й) группах ($p=4,7$). Средний возраст в 1, 2 и 3-й группах практически был одинаковым и составлял 46,3, 41,0 и 44,9 года соответственно ($t=0,8$; $\chi^2=1,259$). Характеристика семейных микросоциумов представлена в табл. 1.

Разница между 1-й и 3-й группами по индикатору «никогда не состоял(а) в браке» составила 9,1% (рост почти в 1,5 раза; $t=2,2$; $p<0,05$) и не подтвердилась при расчёте критерия χ^2 с поправкой Йетса соответствующих абсолютных величин в группах. Более ярко выраженная ситуация наблюдалась в отношении различных субиндикаторов уровня образования (табл. 2).

Так, в 1-й группе доля лиц с высшим образованием более чем в 2 раза превышала соответствующий показатель в 3-й группе (оба критерия подтвердили значимость разницы). Обратная, но также значимая картина наблюдалась по отношению к субиндикатору «среднее общее образование» (от 1-й группы к 3-й отмечался практически линейный, более чем 3-кратный, рост показателей).

Интегральные оценки респондентами комбинированных индикаторов, полученные в ходе исследования, характеризовались следующими величинами: для факторов риска — 245; 255 и 239 ЕУ на 100 опрошенных

Таблица 1

Семейный статус респондентов в группах с разным уровнем медикализации (в %)

Семейное положение	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2 с поправкой Йетса	t-критерий
	p	±m	p	±m	p	±m		
Никогда не состоял(а) в браке	6,3	1,9	8,5	2	15,4	3,6	4,025	2,2
Живём вместе, но не зарегистрированы	5,6	1,8	9,5	2,1	7,1	2,6	1,136	0,5
Состою в браке	71,7	3,6	71,6	3,2	62,2	4,9	0,545	1,6
В разводе	6,9	2	7	1,8	8,2	2,8	0,024	0,4
Вдовец (вдова)	9,5	2,3	3,4	1,3	7,1	2,6	3,763	0,6

Таблица 2

Образовательный уровень респондентов в группах с различной степенью медикализации (в %)

Образование	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2 с поправкой Йетса	t-критерий
	p	±m	p	±m	p	±m		
Начальное и ниже	1,3	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,081	1,4
Неполное среднее	3,8	1,5	2,5	1,1	9,2	2,9	4,993	1,7
Среднее общее	13,1	2,7	25,3	3,1	40,9	5,0	14,002	4,9
Среднее специальное	23,1	3,3	18,9	2,8	17,3	3,8	0,715	1,1
Незаконченное высшее	5,6	1,8	12,2	2,3	7,1	2,6	3,742	0,5
Высшее	53,1	3,9	41,1	3,5	25,5	4,4	7,458	4,7

(табл. 3). Наблюдаемое суммарное однообразие нарушается такими факторами, как курение и наследственность, которые продемонстрировали значительное противоречие нулевой гипотезе ($\chi^2 > 2$).

С точки зрения интегральной оценки, а также по многим отдельным позициям показатели самосохранительной активности групп значительно различались (табл. 4).

Прежде всего это относится к субиндикатору, характеризующему питание (5-кратная разница между 1-й и 3-й группами), противоположная ситуация отмечена в отношении показателей сексуальной активности.

Сравнение накопленной заболеваемости (НЗ) в исследованных группах завершало этап работы, связанный с анализом результативных признаков (табл. 5).

Таблица 3

Оценка актуальности факторов риска в группах респондентов с разным уровнем медикализации (в %)

Фактор риска	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2 с поправкой Йетса	t-критерий
	p	±m	p	±m	p	±m		
Курение	13,1	2,7	33,8	3,3	19,4	4,0	12,839	1,3
Злоупотребление алкоголем	0,6	0,6	5,5	1,6	2,0	1,4	5,311	0,9
Избыток жирной пищи	17,5	3,0	20,9	2,9	16,3	3,7	0,509	0,2
Избыток мясной пищи	5,0	1,7	7,5	1,9	2,0	1,4	2,510	1,3
Избыток в пище углеводов	13,1	2,7	9,5	2,1	6,1	2,4	2,117	1,9
Дефицит витаминов, овощей и фруктов	16,9	3,0	16,9	2,6	11,2	3,2	0,999	1,3
Плохие материально бытовые условия	4,4	1,6	2,0	1,0	7,1	2,6	3,102	0,9
Вредные производственные факторы	26,9	3,5	31,8	3,3	38,8	4,9	1,688	2,0
Злоупотребление лекарствами	2,5	1,2	1,5	0,9	2,0	1,4	0,180	0,2
Непрочность семьи, одиночество	5,6	1,8	8,0	1,9	4,1	2,0	1,018	0,6
Низкий уровень образования	0,6	0,6	0,5	0,5	0,0	0,0	0,232	1,0
Гиподинамия	23,8	3,4	15,4	2,5	26,5	4,5	3,548	0,5
Постоянный стресс	48,1	4,0	44,3	3,5	40,8	5,0	0,361	1,2
Удалённость от сельской местности	1,9	1,1	3,0	1,2	3,1	1,7	0,117	0,6
Экологические загрязнения	27,5	3,5	29,9	3,2	42,9	5,0	3,050	2,5
Генетические дефекты	15,0	2,8	4,0	1,4	4,1	2,0	12,673	3,2
Плохая работа здравоохранения	9,4	2,3	8,5	2,0	1,0	1,0	5,220	3,3
Тяжёлый физический труд	12,5	2,6	12,4	2,3	11,2	3,2	0,012	0,3
Другое	0,6	0,6	0,0	0,0	1,0	1,0	0,228	0,3
Итого...	245,0	10,8	255,2	9,7	239,8	13,3	0,145	0,3

Таблица 4

Уровень самосохранительной активности респондентов в группах с разной степенью медикализации (в %)

Индикаторы самосохранительной активности	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2 с поправкой Йетса	t-критерий
	p	±m	p	±m	p	±m		
Ради сохранения здоровья я откажусь от любого рискованного поступка	14,4	2,8	16,9	2,6	26,5	4,5	3,571	2,3
Не курю	68,1	3,7	45,8	3,5	45,9	5,0	5,525	3,6
Не злоупотребляю алкоголем	78,8	3,2	56,7	3,5	45,9	5,0	6,819	5,5
Ежедневно бываю на свежем воздухе	51,9	4,0	53,7	3,5	48,0	5,0	0,185	0,6
Прохожу в день не менее 5 км	7,5	2,1	7,5	1,9	1,0	1,0	3,924	2,8
Регулярно занимаюсь в тренажерном зале	6,3	1,9	12,9	2,4	13,3	3,4	3,337	1,8
Регулярно плаваю в бассейне	3,8	1,5	5,5	1,6	10,2	3,1	3,020	1,9
Использую методики закаливания	4,4	1,6	4,0	1,4	13,3	3,4	7,803	2,3
Тщательно подбираю продукты питания и регулирую их объём	32,5	3,7	12,4	2,3	7,1	2,6	21,216	5,6
Контролирую свою сексуальную активность	2,5	1,2	4,5	1,5	12,2	3,3	8,422	2,8
Итого...	270,0	8,7	219,9	8,1	223,5	12,2	2,735	3,1

Таблица 5

НЗ респондентов в группах с различным уровнем медиализации (в %)

Индикатор НЗ	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2 с поправкой Йетса	t-критерий
	p	±m	p	±m	p	±m		
Инфекционные и паразитарные болезни	0,0	0,0	2,0	1,0	2,0	1,4	1,515	1,4
Сахарный диабет	5,0	1,7	3,0	1,2	5,1	2,2	0,525	0,0
Анемии	0,6	0,6	1,0	0,7	0,0	0,0	0,254	1,0
Тиреотоксикоз	0,0	0,0	0,5	0,5	0,0	0,0	0,463	*
Прочие болезни крови	0,6	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,461	1,0
Ожирение	6,3	1,9	7,5	1,9	4,1	2,0	0,674	0,8
Психические расстройства и расстройства поведения	0,6	0,6	1,5	0,9	0,0	0,0	0,463	1,0
Прочие болезни эндокринной системы и обмена веществ	6,3	1,9	3,5	1,3	4,1	2,0	0,893	0,8
Болезни глаза и его придаточного аппарата	6,9	2,0	2,0	1,0	4,1	2,0	3,853	1,0
Болезни органов дыхания	3,8	1,5	6,0	1,7	11,2	3,2	3,878	2,1
Ишемическая болезнь сердца	13,8	2,7	8,0	1,9	5,1	2,2	4,076	2,5
Болезни кожи и подкожной клетчатки	0,0	0,0	1,5	0,9	2,0	1,4	1,088	1,4
Артериальная гипертензия	22,5	3,3	7,5	1,9	18,4	3,9	11,407	0,8
Болезни мочеполовой системы	18,1	3,0	9,0	2,0	7,1	2,6	6,441	2,7
Цереброваскулярные болезни	1,9	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	2,506	1,7
Врожденные аномалии	0,0	0,0	0,5	0,5	1,0	1,0	0,228	1,0
Прочие болезни системы кровообращения	2,5	1,2	4,0	1,4	5,1	2,2	0,517	1,0
Новообразования	3,1	1,4	3,5	1,3	9,2	2,9	3,980	1,9
Болезни нервной системы	7,5	2,1	4,0	1,4	12,2	3,3	4,867	1,2
Болезни костно-мышечной системы	32,5	3,7	25,9	3,1	31,6	4,7	0,920	0,1
Болезни уха и сосцевидного отростка	1,3	0,9	1,0	0,7	1,0	1,0	0,258	0,2
Травмы отравления	3,1	1,4	4,5	1,5	6,1	2,4	0,623	1,1
Болезни органов пищеварения	23,8	3,4	19,4	2,8	28,6	4,6	1,608	0,9
Другое	1,9	1,1	3,0	1,2	4,1	2,0	0,406	1,0
Итого...	161,9	9,1	118,4	7,2	162,2	11,7	5,951	0,0

Примечание. *Для нулевых значений не определяется.

Интегральные показатели заболеваемости распределились неожиданно: как избыток, так и недостаток МИК сопрягался с повышенным уровнем НЗ. Значимая разница в рамках двух использованных критериев отмечалась лишь в отношении болезней органов мочеполовой системы, которые проявились интенсивнее всего в 1-й группе.

Факторные признаки, исследованные в нашей работе, были экстрагированы из коммуникационной сферы (табл. 6).

При этом коммуникативное поле респондентов оказалось распределено между группами в таких пропорциях, которые характеризовались более чем 2-кратным снижением величины при переходе от 1-й группы к 3-й.

Выводы

Активными потребителями МИК являлись 35% выборки (респонденты 1-й группы).

В 1-й группе удельный вес женщин почти в 2 раза превышал таковой в 3-й группе. Это свидетельствует о значительно большей вовлеченности женщин в процесс медиализации.

Семейные респонденты испытывают большую потребность в медицинских знаниях, чем живущие вне семьи. В категории несемейных выделяется подгруппа участников опроса, никогда не состоявших в браке. Превышение их удельного веса в 3-й группе подтвердилось только t-критерием.

Между уровнем медиализации и уровнем образования респондентов существует значимая прямая связь.

Факторы риска в исследуемых группах воспринимаются респондентами единообразно. Исключение составляют курение, которое преобладает в 3-й группе, и дефекты наследственности, которым наиболее подвержены представители 1-й группы.

Таблица 6

Основные источники МИК респондентов в группах с различным уровнем медиализации (число ЕУ на 100 опрошенных; отсортировано по величине критерия χ^2)

Индикатор медицинских коммуникаций	1-я группа		2-я группа		3-я группа		χ^2 с поправкой Йетса	t-критерий
	p	±m	p	±m	p	±m		
Радио	48,8	4,0	25,9	3,1	1,0	1,0	39,626	11,7
Интернет	48,1	4,0	30,8	3,3	3,1	1,7	32,585	10,4
Печатные СМИ	56,3	3,9	28,9	3,2	8,2	2,8	32,282	10,0
Телевидение	53,1	3,9	36,3	3,4	9,2	2,9	24,977	9,0
Медработники муниципальных учреждений здравоохранения	24,4	3,4	19,4	2,8	52,0	5,0	17,149	4,5
Учителя в школе	1,3	0,9	10,0	2,1	0,0	0,0	16,261	1,4
Видео- и аудиоагитация в холлах муниципальных учреждений здравоохранения	1,3	0,9	1,5	0,9	9,2	2,9	11,485	2,6
Родители	41,9	3,9	52,2	3,5	23,5	4,3	8,995	3,2
Наглядная агитация муниципальных учреждений здравоохранения	6,3	1,9	9,0	2,0	17,3	3,8	5,799	2,6
Другие близкие и родственники	8,8	2,2	16,9	2,6	9,2	2,9	4,278	0,1
Работодатели	0,6	0,6	3,5	1,3	3,1	1,7	1,966	1,3
Другое	1,9	1,1	0,5	0,5	3,1	1,7	1,435	0,6
Преподаватели учреждений профессионального образования	1,9	1,1	2,5	1,1	1,0	1,0	0,205	0,6
Воспитатели в детском саду	1,3	0,9	1,0	0,7	0,0	0,0	0,187	1,4
Итого...	296,0	10,1	238,4	9,1	139,9	10,1	21,388	10,9

Судя по интегральному показателю, респонденты 1-й группы демонстрируют уровень самосохранительной активности, превышающий таковой в 3-й группе на 17%, причем критерий Пирсона подтверждает нулевую гипотезу об отсутствии значимой связи между исследуемыми признаками, а критерий Стьюдента – нет.

Респонденты всех групп имеют практически одинаковый уровень НЗ. При этом артериальная гипертензия и болезни мочеполовой системы появлялись в 1,2 и 2,5 раза чаще в 1-й группе, чем в 3-й.

Более половины коммуникативного поля выборки (основной информационный контент), который поступает внутрь популяции в рамках медиализации, формируется коммуникантами: радио, Интернетом, печатными СМИ, телевидением, т. е. вне медицинской среды.

Регуляторная эффективность медиализации, осуществляемой преимущественно немедицинскими агентами влияния, по отношению к накопленной заболеваемости не была подтверждена ни одним из использованных критериев достоверности и не может считаться статистически доказанной.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Электронный ресурс: URL: <http://total-rating.ru/27-rashody-na-zdravooohranenie-v-stranah-mira.html> (дата обращения: 05.03.2016).
2. Armstrong N., Herbert G., Aveling E.-L., Dixon-Woods M., Martin G. Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expect.* 2013;16 (3): 36-47.

3. Currie G. Waring J., Finn R. The limits of knowledge management for UK public services modernization: the case of patient safety and service quality. *Public Adm.* 2008; 86 (2): 363-85.
4. Dixon-Woods M., Baker R., Charles K., Dawson J., Jerzembek G., Martin G. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual. Saf.* 2014; 23 (2):106-15.
5. Metz J.M., Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc. Sci. Med.* 2014; 103: 126-33.
6. Решетников А.В. *Медико-социологический мониторинг: Руководство*. М.: Медицина; 2003.

Поступила 20.10.2016

Принята в печать 02.11.2016

REFERENCES

1. Elektronnyy resurs: URL: <http://total-rating.ru/27-rashody-na-zdravooohranenie-v-stranah-mira.html> (data of access: 05.03.2016).
2. Armstrong N., Herbert G., Aveling E.-L., Dixon-Woods M., Martin G. Optimizing patient involvement in quality improvement. *Health Expect.* 2013; 16 (3):36-47.
3. Currie G., Waring J., Finn R. The limits of knowledge management for UK public services modernization: the case of patient safety and service quality. *Public Adm.* 2008; 86 (2): 363-385.
4. Dixon-Woods M., Baker R., Charles K., Dawson J., Jerzembek G., Martin G. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study. *BMJ Qual. Saf.* 2014; 23 (2), 106-15.
5. Metz J.M., Hansen H. Structural competency: Theorizing a new medical engagement with stigma and inequality. *Soc. Sci. Med.* 2014; 103: 126-33.
6. Reshetnikov A.V. *Medico-sociological monitoring. [Mediko-sotsiologicheskii monitoring: Rukovodstvo]*. Moscow: Meditsina; 2003. (in Russian)