

Литература

1. Вишневский А.Г. Незавершенная демографическая модернизация России // SPERO. – 2009. – № 10. – С. 55–82.
2. Гундаров И.А. Демографическая катастрофа в России: причины, механизмы, пути преодоления. – М., 2001. – 206 с.
3. Данишевский К.Д. Демографический кризис в России: оптимальные пути преодоления // Отечественные записки. – 2006. – № 2 (29). – С. 50–62.
4. Касинский С.В., Дырко И.П., Ласкеева Н.И. и др. Томск в цифрах (2002–2009 гг.). Статистический сборник. – Томск : Томскстат, 2010. – 258 с.
5. Кладов С.Ю., Конобеевская И.Н., Карпов Р.С. Факторы демографической нестабильности населения Томской области. – Томск : Печатная мануфактура, 2009. – 224 с.
6. Комаров Ю.М. Медицинские аспекты демографических процессов [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.demographia.ru/> (дата обращения 15.06.2014).
7. Комаров Ю.М. Высокая смертность как ведущая причина депопуляции // Материалы 3 Всеросс. Форума “Здоровье нации – основа процветания России”. – М., 2007. – Т. 2, ч. 2. – С. 96–101.
8. Конобеевская И.Н., Кладов С.Ю., Карпов Р.С. Медико-демографическая ситуация и мониторинг преждевременной смертности населения г. Томска // Материалы 3 Всеросс. Форума “Здоровье нации – основа процветания России”. – М., 2007. – Т. 2, ч. 2. – С. 104–106.
9. Неравенство и смертность в России / под ред. В. Школьников, Е. Андреева и Т. Малевой. – М. : Центр Карнеги, 2000. – 86 с.
10. Николас Эберштадт. Депопуляция – смертельная угроза для России [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.inosmi.ru/translation/207544.html> (дата обращения 15.06.2014).

Поступила 20.06.2014

Сведения об авторах

Ефимова Елена Викторовна, канд. мед. наук, главный врач клиники ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

E-mail: ev@cardio-tomsk.ru

Конобеевская Ирина Николаевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения популяционной кардиологии с группой научно-медицинской информации, патентоведения и международных связей ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

УДК 616.1

ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ, ЕГО ПАРАМЕТРЫ И САМООЦЕНКА СРЕДИ УЧАСТНИКОВ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ АКЦИИ

В.С. Кавешников, В.Н. Серебрякова, И.А. Трубачева

ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН, Томск

E-mail: kave@ngs.ru

HEALTH ATTITUDES, THEIR PARAMETERS, AND SELF-RATED HEALTH IN PARTICIPANTS OF THE PREVENTIVE EFFORT

V.S. Kaveshnikov, V.N. Serebryakova, I.A. Trubacheva

Federal State Budgetary Institution “Research Institute for Cardiology” of Siberian Branch
under the Russian Academy of Medical Sciences, Tomsk

В настоящей работе проанализированы информированность, отношение к здоровью, его параметры и самооценка среди участников профилактической акции “Всемирный День Здорового Сердца”. Обсуждается встречаемость артериальной гипертензии (АГ), курения, избыточного веса, потребление овощей и фруктов, изучены факторы, ассоциированные с высокой самооценкой здоровья и потребностью участников акции в обучении по программе “Школа здоровья для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями” (ССЗ). Полученные результаты обсуждаются в сравнительном аспекте относительно популяционных показателей. Установлено, что у женщин, участвующих в акции, высокая самооценка здоровья и вера в превентивные возможности современной медицины присутствовали чаще, чем в общей популяции. Встречаемость основных факторов риска (ФР) ССЗ и другие параметры отношения к здоровью существенно не отличались от общепопуляционных показателей. Каждый второй участник акции был заинтересован в обучении в Школе здоровья. Наиболее важными объективными маркерами высокой самооценки здоровья были нормальное артериальное давление (АД), количество ФР ССЗ и индекс массы тела <30. Предикторами заинтересованности в обучении по программе “Школа здоровья для пациентов с ССЗ” были низкая самооценка здоровья, ожирение, информированность о повышенном уровне АД и холестерина. Наиболее неблагоприятная ситуация в отношении к своему здоровью с профилактической точки зрения выявлена в возрастной группе 35–44 лет.

Ключевые слова: самооценка здоровья, отношение к здоровью, информированность, профилактическая акция, Школа здоровья, обучение, ожирение, артериальная гипертензия, курение.

In this paper, we analyzed health attitudes, their parameters, and self-rated health in participants of the preventive effort "World Heart Day". We studied prevalence of hypertension, smoking, overweight, consumption of fruits and vegetables as well as the factors related to high self-rated health and needs for training in the program "Health School for Patients with CVD". The results are discussed in a comparative perspective with respect to the correspondent population rates. We found that high self-rated health and trust in preventive potential of modern medicine were more common in women participating in the effort than in the general population. The prevalence of main risk factors for CVD and other health attitude parameters in effort participants did not significantly differ compared with the population rates. Half of participants were interested in attending the training in the Health School. The most important objective markers of high self-rated health were normal blood pressure, number of cardiovascular risk factors, and body mass index < 30 . Predictors of need for learning in the program "Health School for Patients with CVD" were low self-reported health rate, obesity, and awareness of elevated blood pressure and cholesterol. The most unfavorable situation in regard to health attitudes in prevention perspective was found in the age group of 35–44 years.

Key words: self-rated health, health attitudes, awareness, preventive effort, health school, training, obesity, hypertension, smoking.

Введение

Отношение к здоровью представляет собой комплекс медицинских и социальных аспектов, отражающих субъективную оценку своего здоровья, информированность о его составляющих, степень вовлеченности в процесс укрепления здоровья и др. Среди указанных параметров в отдельную категорию выделяется самооценка здоровья как показатель, который тесно коррелирует с физическим статусом здоровья человека. Хотя продолжаются дискуссии, многие сходятся во мнении, что данный показатель отражает общее восприятие человеком своего здоровья в биологическом, психологическом и социальном измерениях [1]. В популяционных исследованиях низкая самооценка здоровья показала себя как независимый предиктор заболеваемости, смертности, инвалидности, ухудшения функционального статуса, потребности в медицинских услугах [2, 3]. Мужчины с низкой самооценкой здоровья имели продолжительность жизни на 10 лет, а женщины на 9 лет меньше, чем остальные [4]. По силе подобная связь сопоставима с эффектом воздействия курения на здоровье, что объясняет высокий научный интерес к данной проблеме [5]. Изучение самооценки здоровья в популяции позволяет формировать группы риска хронических неинфекционных заболеваний, косвенно выявляя тех респондентов, которые имеют отклонения в здоровье, но не обращаются к врачам [6].

Отношение к своему здоровью в различных группах населения изучалось в отечественных исследованиях. По данным некоторых из них, распространенность высокой самооценки здоровья в общей популяции составила 34,7% [7], 52,9% – у мужчин [8] и менее 15% – у женщин [9]. Среди трудоспособного населения данный показатель выявлялся у 27% мужчин и у 22% женщин [10], среди врачей – у 45,8 и 36% соответственно [4]. За прошедшие 30 лет хорошим свое здоровье в среднем считали 20–30% населения России [6]. Большинство исследований показало позитивное субъективное отношение населения к профилактической проверке здоровья. В то же время лишь менее 10% мужчин и женщин считали, что достаточно заботятся о своем здоровье; верят в то, что современная медицина может предупредить все или большинство заболеваний сердца – 54% мужчин и 22% женщин [8, 9].

Наиболее часто самооценка здоровья обсуждается в контексте социального градиента, информированности

о ФР социально значимой патологии, в частности ССЗ. В то время как компоненты социального градиента обычно не рассматриваются в рамках прикладных задач укрепления здоровья, многие ФР ССЗ модифицируемы в зависимости от того, как человек относится к данным факторам и как интерпретирует персональные показатели.

Участники профилактических программ, как правило, более ответственно относятся к своему здоровью, более позитивно настроены на контроль ФР ССЗ по сравнению с теми, кто предпочитает в них не участвовать [6]. В профилактических акциях, на наш взгляд, также принимают участие индивидуумы, настроенные на укрепление здоровья и имеющие потребность в контакте с медицинскими специалистами. Каковы особенности данной категории населения, как они относятся к своему здоровью, возможностям превентивной медицины, как интерпретируют индивидуальные ФР ССЗ, в какой мере заинтересованы в дальнейших профилактических услугах – представляет научный и практический интерес.

Цель: изучить информированность и отношение к здоровью, его параметры и самооценку среди участников профилактической акции "Всемирный День Здорового Сердца".

Материал и методы

Проведено обследование участников профилактической акции "Всемирный День Здорового Сердца" с использованием технологии анонимного анкетирования, позволяющее оценить отношение к своему здоровью, превентивным возможностям современной медицины, а также статус курения, информированность о повышенном уровне холестерина, самооценку уровня АД, частоту его измерения, самооценку массы тела, уровня физической активности, потребления овощей и фруктов. Для анкетирования использовали модифицированный опросник ВОЗ "МОНИКА-психосоциальная". Участникам акции также выполнялись измерения роста, веса, АД, по желанию участника проводилась консультация кардиолога. Измерение АД выполнялось дважды на правой руке. Для анализа использовали среднее значение двух измерений. Массу тела измеряли с точностью до 0,1 кг с помощью медицинских весов, прошедших метрологический контроль. Рост измерялся с помощью медицинского ростомера с точностью до 0,5 см.

В акции принял участие 131 респондент в возрасте 15–64 лет, из них 22 (16,8%) мужчины и 109 (83,2%) женщины. Доля участников в возрастных категориях 15–24, 25–34, 35–44, 45–54 и 55–64 лет составила 22, 12, 26, 29 и 11%, доля мужчин – 14, 37, 21, 8 и 20% соответственно. Контактный телефон был указан в 53,8% случаев, имя указали 68,2% респондентов. Под высокой самооценкой здоровья подразумевали ответы “абсолютно здоров”, “здоровье хорошее” или “здоров”. Критериями АГ были уровни систолического АД (САД) ≥ 140 мм рт. ст. и/или диастолического АД (ДАД) ≥ 90 мм рт. ст. Статистический анализ выполнен в пакете SPSS 12. Сравнение частот проводили методом χ^2 Пирсона и точным тестом Фишера, где необходимо. Эффекты оценивали методом логистической регрессии. Возраст и АД представлены медианой и квартилями (25 и 75%), индекс массы тела (ИМТ) – средним и стандартным отклонением. Для сравнения данных показателей использовали тесты Манна–Уитни и Стьюдента соответственно. Вероятность ошибки (p) менее 5% считали статистически значимой.

Результаты

Возраст участников акции имел бимодальное распределение. Медиана данного показателя составила 41,7 (28,6; 48,8) лет – 39,8 (27,8; 48,1) лет у мужчин и 42,6 (28,8; 46,2) лет у женщин соответственно (p=0,55). В акции приняли участие в 5 раз больше женщин, чем мужчин. Статистически значимо меньше участников, чем в среднем, наблюдалось в возрастных группах 25–34 и 55–64 лет (p=0,043 и 0,027 соответственно), в то время как больше чем в среднем респондентов было представлено в группе 45–54 лет

(p=0,024). Соотношение мужчин и женщин в отдельных возрастных группах было относительно стабильным.

В таблице 1 представлено отношение респондентов к здоровью и превентивным возможностям современной медицины. Высокая самооценка здоровья выявлена у 41,2% респондентов. Один респондент отметил ответ “абсолютно здоров”; 13,7% – “здоровье хорошее”; 26,7% обследованных оценили себя как “здоров”; 55,7% указали, что они “не совсем здоровы”, 3,1% отметили ответ “болен”. В возрастной группе 15–24 лет высокая самооценка здоровья выявлена у 41,4% респондентов, что было близким к средней частоте данного показателя среди участников. Начиная с возраста 25 лет, распространенность высокой самооценки здоровья снижалась с 53,3% в возрастной группе 25–34 лет до 26,7% у лиц 55–64 лет (p=0,13). В целом чувствовал себя здоровым каждый второй, каждый третий и каждый четвертый респондент в возрастных группах 25–44, 45–54 и 55–64 лет соответственно. Во всех возрастных категориях наблюдалась тенденция к большей частоте высокой самооценки здоровья у мужчин. В группе 25–34 лет данное различие было статистически значимым (p=0,019).

Все респонденты-мужчины и 98% обследованных женщин считали полезной профилактическую проверку своего здоровья. Ответ “достаточно забочусь о своем здоровье” наиболее часто отмечался в возрастной группе 55–64 лет (13,3%) и не встречался в возрасте до 35 лет. Треть респондентов считали, что могли бы заботиться о здоровье больше. Встречаемость данного ответа снижалась с 48,3% в возрастной группе 15–24 лет до 26,7% у лиц 55–64 лет (p=0,17). Половина участников указали, что явно недостаточно заботятся о своем здоровье. Такой вариант

Таблица 1

Отношение к своему здоровью участников профилактической акции

Показатели/утверждения	Оба пола n (%)	Мужчины n (%)	Женщины n (%)	p
Высокая самооценка здоровья	54 (41,2)	13 (59,1)	41 (37,6)	0,062
“Профилактическая проверка здоровья полезна”	129 (98,5)	22 (100)	107 (98,2)	1,00
“Достаточно забочусь о своем здоровье”	7 (5,3)	1 (4,5)	6 (5,5)	1,00
“Мог бы заботиться о здоровье больше”	51 (38,9)	12 (54,5)	39 (35,8)	0,10
“Явно недостаточно забочусь о своем здоровье”	67 (51,1)	8 (36,4)	59 (54,1)	0,13
“Мы сами должны заботиться о своем здоровье”	67 (51,1)	13 (59,1)	54 (49,5)	0,41
“Мы и медицина должны заботиться о здоровье”	60 (45,8)	8 (36,4)	52 (47,7)	0,33
“Только медицина должна заботиться о нашем здоровье”	2 (1,5)	1 (4,5)	1 (0,9)	0,31
“Медицина может предотвратить все заболевания сердца”	12 (9,2)	3 (13,6)	9 (8,3)	0,42
“Медицина может предотвратить большинство болезней сердца”	59 (45)	12 (54,5)	47 (43,1)	0,33
“Превентивные возможности медицины зависят от вида заболевания”	46 (35,1)	6 (27,3)	40 (36,7)	0,40
“Медицина может предотвратить только некоторые заболевания сердца”	11 (8,4)	0 (0)	11 (10,1)	0,21
“Никогда не измеряю АД”	22 (16,8)	5 (22,7)	17 (15,6)	0,53
“Измеряю АД 1 раз в 6 месяцев”	34 (26)	7 (31,8)	27 (24,8)	0,49
“Измеряю АД 1 раз в месяц”	40 (30,5)	7 (31,8)	33 (30,3)	0,89
“Измеряю АД несколько раз в неделю”	31 (23,7)	3 (13,6)	28 (25,7)	0,23
“Измеряю АД каждый день”	3 (2,3)	0 (0)	3 (2,8)	1,00
“Ранее измеряли холестерин”	50 (38,2)	9 (40,9)	41 (37,6)	0,77
“Употребляю в день менее 300 гр. овощей и фруктов”	54 (41,2)	13 (59,1)	41 (37,6)	0,09
“Употребляю в день 300–500 гр. овощей и фруктов”	55 (42)	5 (22,7)	50 (45,9)	0,045
“Употребляю в день 500 и более гр. овощей и фруктов”	13 (9,9)	2 (9,1)	11 (10,1)	1,00
“Хотел(а) бы пройти обучение в Школе здоровья для пациентов с ССЗ”	63 (48,1)	11 (50)	52 (47,7)	0,83

ответа с возрастом статистически значимо не варьировал. Ответ “мы сами должны заботиться о своем здоровье” наиболее часто встречался в возрасте 55–64 лет (73,3%) и наиболее редко – в возрастной группе 15–24 лет (27,6%, $p=0,004$). Напротив, мнение “мы и медицинская служба должны заботиться о нашем здоровье” чаще высказывали лица в возрасте до 25 лет, чем в возрастной группе 55–64 лет, 69 и 20% соответственно ($p=0,002$). Встречаемость этих двух мнений в возрасте от 25 до 54 лет приближалась к средней. Свыше 50% респондентов считали, что современная медицина способна предотвратить все или большинство заболеваний сердца. Наиболее оптимистичного мнения в этом отношении придерживались участники в возрасте 15–24 лет (72,4%), в то время как в возрастной группе 55–64 лет такое мнение высказывали только в 26,7% случаев ($p=0,004$).

Как видно из таблицы 1, свыше 40% респондентов измеряли АД не чаще 1 раза в 6 мес., 16,7% никогда не измеряли данный параметр своего здоровья. Шансы двух данных модальностей измерения АД были в 7,2 (3,1–16,7) раза выше в возрасте до 45 лет, чем в возрасте ≥ 45 лет ($p<0,001$). Наибольшая доля респондентов, не измеряющих АД, находилась в возрастной категории 35–44 лет (45,5%). Каждый четвертый респондент измерял АД несколько раз в неделю, но наибольшее число респондентов, поступающих подобным образом, наблюдалось в возрасте 55–64 лет (53,3%). Каждому третьему участнику ранее измерялся общий холестерин. В возрасте от 25 до 54 лет встречаемость данного параметра была близка к средней. В возрасте 15–24 и 55–64 лет холестерин измерялся у 10,3 и 73,3% респондентов соответственно ($p<0,001$). Свыше 40% опрошенных потребляли менее 300 гр. овощей и фруктов в день, в то время как 500 и более гр. в день потребляли менее 10% участников. Потребление респондентами овощей и фруктов не варьировало в зависимости от возраста. Мужчины значительно реже женщин выбирали категорию “от 300 до 500 гр.” овощей и фруктов в день. В целом, женщины демонстрировали тенденцию к большему потреблению овощей и фруктов, чем мужчины (табл. 1).

В таблице 2 представлена информированность участников акции об индивидуальных параметрах сердечно-

сосудистого здоровья. Шансы оценивать свое АД как “нормальное” были в 5,7 (1,6–20) раз выше в возрасте до 45 лет, чем в возрасте ≥ 45 лет ($p=0,004$). Наибольшая встречаемость данного показателя наблюдалась в возрасте 15–24 лет (31%), в то время как наименьшая была в группе 45–54 лет (7,9%, $p=0,014$). Ни один респондент в возрасте 55–64 лет не оценивал свое АД как “нормальное”. Встречаемость ответов “повышенное АД” линейно увеличивалась с возрастом от 13,8% в группе 15–24 лет до 46,7% в группе 55–64 лет ($p=0,028$). Ответы “пониженное АД” и “АД то повышается, то понижается” статистически значимо с возрастом не варьировали.

Встречаемость ответа “нормальный вес” не показала ассоциации с возрастом. Самооценка “повышенный вес” чаще определялась в возрасте 45–54 лет (52,6%) относительно лиц возрастной группы 15–24 лет (24,1%, $p=0,018$). В возрасте 35–44 лет женщины чаще мужчин выбирали вариант ответа “нормальный вес” – 70,4 против 14,3% ($p=0,012$), а мужчины соответственно чаще отмечали “повышенный вес” – 71,4 против 22,2% ($p=0,024$). Встречаемость ответа “достаточная физическая активность” была близкой к средней в возрастном диапазоне от 25 до 54 лет. Шансы оценивать свою физическую активность как “достаточную” были в 5,8 (1,5–23) раз выше в возрасте 55–64 лет, чем в возрасте до 25 лет – 60 и 20,7% соответственно ($p=0,009$). В отношении оценки “недостаточная физическая активность” наблюдалась обратная, хотя и менее выраженная закономерность: 26,7 против 62,1% ($p=0,026$). В возрасте 15–24 лет мужчины чаще женщин отмечали вариант “достаточная физическая активность” – 75 против 12% ($p=0,02$). Менее 10% респондентов были информированы о повышенном уровне холестерина. Шансы быть информированным о повышенном уровне холестерина были в 9 (1,9–43) раз выше в возрасте ≥ 45 лет, чем в возрасте до 45 лет, 18,9 против 2,5% соответственно ($p=0,003$). Обращает на себя внимание то, что ни один из 34 респондентов в возрасте 35–44 лет не отметил, что был информирован медицинскими работниками о повышенном уровне холестерина, в то время как в 44% случаев холестерин ранее измерялся. Мужчины значительно чаще женщин субъективно оценивали свое АД как “нормальное”, а также чаще считали “достаточ-

Таблица 2

Информированность об индивидуальных параметрах сердечно-сосудистого здоровья

Показатели/утверждения	Оба пола n (%)	Мужчины n (%)	Женщины n (%)	p
“Нормальное АД”	23 (17,6)	8 (36,4)	15 (13,8)	0,03
“АД повышено”	36 (27,5)	7 (31,8)	29 (26,6)	0,62
“АД понижено”	23 (17,6)	2 (9,1)	21 (19,3)	0,36
“АД то повышается, то понижается”	28 (21,4)	2 (9,1)	26 (23,9)	0,16
“Нормальный вес”	64 (48,9)	10 (45,5)	54 (49,5)	0,72
“Повышенный вес”	51 (38,9)	7 (31,8)	44 (40,4)	0,45
“Пониженный вес”	11 (8,4)	4 (18,2)	7 (6,4)	0,09
“Достаточная физическая активность”	50 (38,2)	13 (59,1)	37 (33,9)	0,03
“Недостаточная физическая активность”	62 (47,3)	6 (27,3)	56 (51,4)	0,04
“Затрудняюсь оценить свою физическую активность”	18 (13,7)	2 (9,1)	16 (14,7)	0,74
“Информирован о повышенном уровне холестерина”	12 (9,2)	2 (9,1)	10 (9,2)	1,00
“Не помню, говорили ли мне медицинские работники о повышенном уровне холестерина”	18 (13,7)	5 (22,7)	13 (11,9)	0,19

ной” свою физическую активность (табл. 2).

Каждый третий участник профилактической акции курил (табл. 3). По данным нашего исследования не установлены статистически значимые ассоциации данного показателя с возрастом.

Величина САД у мужчин была выше, чем у женщин: 129 (120; 134) и 120 (110; 129,5) мм рт. ст. соответственно ($p=0,03$), в то время как в отношении ДАД гендерные различия не установлены – 80 (70; 90) и 80 (70; 84) мм рт. ст. соответственно ($p=0,74$).

Показатели АД, которые принято относить к категории “оптимальное АД”, регистрировались в целом в 30,5% случаев. Частота оптимального АД была наиболее высокой в возрасте 15–24 лет (52,4%), затем снижалась, однако в целом вариация данного показателя с возрастом была

статистически не значимой ($p=0,06$). Оптимальное АД значительно реже встречалось у мужчин, чем у женщин. Не выявлено статистически значимых вариаций частоты нормального АД с возрастом. В то же время значения нормального высокого АД значительно чаще встречались в возрасте 55–64 лет, чем в возрасте до 55 лет (60%, $p=0,001$). АГ не определялась в возрасте до 25 лет, в других возрастных категориях варьирование данного показателя было статистически не значимым. С учетом гендерной принадлежности в возрасте 35–44 лет АГ выявлялась чаще у мужчин, чем у женщин: 60 и 9,5% соответственно ($p=0,034$).

Субъективная оценка “нормальное АД” нашла свое подтверждение при измерении в условиях проведения профилактической акции в 85% случаев. У 15% респон-

Таблица 3

Индивидуальные параметры сердечно-сосудистого здоровья

Показатели	Оба пола n (%)	Мужчины n (%)	Женщины n (%)	p
Курение	47 (35,9)	11 (50,0)	36 (33,3)	0,13
Оптимальное АД	40 (30,5)	1 (4,5)	39 (35,8)	0,03
Нормальное АД	43 (32,8)	9 (40,9)	34 (31,2)	0,55
Нормально-высокое АД	22 (16,8)	6 (27,3)	16 (14,7)	0,27
Артериальная гипертензия	26 (19,8)	6 (27,3)	20 (18,3)	0,49
Пониженный вес (ИМТ<18,5)	6 (4,6)	0	6 (5,5)	1,00
Нормальный вес (ИМТ 18,5–24,9)	64 (48,9)	10 (45,5)	54 (49,5)	0,69
Избыточный вес (ИМТ 25–29,9)	44 (33,6)	10 (45,5)	34 (31,2)	0,28
Ожирение (ИМТ ≥30)	21 (16,0)	2 (9,1)	19 (17,4)	0,73
Нет факторов риска ССЗ*	58 (44,3)	5 (22,7)	53 (48,6)	0,06
1 фактор риска	56 (42,7)	14 (63,6)	42 (38,5)	0,07
2 фактора риска	13 (9,9)	3 (13,6)	10 (9,2)	0,62
3 фактора риска	4 (3,1)	0	4 (3,7)	1,00

Примечание: * – АГ, курение, избыточный вес.

Таблица 4

Шансы высокой самооценки здоровья в зависимости от субъективных и объективных параметров сердечно-сосудистого здоровья

Показатели	OR (95% CI) ¹	p
“Достаточно забочусь о своем здоровье”	13,6 (1,51–122)	0,020
“Нормальное АД”	2,71 (1,01–7,26)	0,048
“Повышенное АД”	0,54 (0,23–1,28)	0,163
“Нормальный вес”	2,87 (1,37–6,02)	0,005
“Повышенный вес”	0,38 (0,17–0,81)	0,013
“Достаточная физическая активность”	2,21 (1,02–4,82)	0,045
“Низкая физическая активность”	0,61 (0,29–1,26)	0,181
Оптимальное АД	0,49 (0,18–1,37)	0,174
Нормальное АД	3,18 (1,29–7,86)	0,012
Нормально-высокое АД	1,05 (0,32–3,41)	0,935
Артериальная гипертензия	0,36 (0,10–1,25)	0,108
Нормальный вес	2,03 (0,89–4,63)	0,091
Избыточный вес (ИМТ 25–29,9)	0,94 (0,40–2,18)	0,883
Ожирение	0,26 (0,07–1,00)	0,050
Курение	0,79 (0,37–1,70)	0,551
Количество факторов риска ССЗ ²	0,34 (0,15–0,75)	0,008

Примечание: ¹ – отношение шансов (95% ДИ), скорректированное по полу и возрасту, ² – АГ, курение, избыточный вес или ожирение.

Таблица 5

Заинтересованность в обучении по программе “Школа здоровья для пациентов с ССЗ” в зависимости от субъективных и объективных параметров сердечно-сосудистого здоровья

Показатели	OR (95% CI) ¹	p
Низкая самооценка здоровья	3,38 (1,51–7,56)	0,003
“Нормальное АД”	0,20 (0,06–0,67)	0,009
“Повышенное АД”	2,85 (1,17–6,95)	0,021
“Повышенный вес”	1,60 (0,74–3,46)	0,237
“Низкая физическая активность”	1,29 (0,60–2,80)	0,518
“Ранее измерялся холестерин”	2,22 (0,97–5,06)	0,059
“Информирован о повышенном уровне холестерина”	5,57 (1,12–27,7)	0,036
“Измеряю АД несколько раз в неделю”	2,22 (0,84–5,92)	0,110
Артериальная гипертензия	0,83 (0,27–2,58)	0,748
Нормальный вес	0,57 (0,25–1,32)	0,190
Избыточный вес (ИМТ 25–29,9)	1,08 (0,45–2,60)	0,865
Ожирение	5,88 (1,46–23,7)	0,013
Курение	0,99 (0,44–2,22)	0,986

Примечание: ¹ – отношение шансов (95% ДИ), скорректированное по полу и возрасту.

дентов с “нормальным АД” выявлены критерии АГ. В свою очередь наличие критериев АГ соответствовало субъективной оценке “повышенное АД” в 53,8% случаев: треть участников с критериями АГ (15,4%) оценивали свое АД как “нормальное”, еще треть считали, что у них “пониженное АД”, остальные указали, что АД варьирует. Таким образом, у каждого второго респондента с критериями АГ субъективная оценка АД не соответствовала действительности.

В нашем исследовании средний индекс массы тела составил $26,5 \pm 2,7$ у мужчин и $25,1 \pm 4,8$ у женщин ($p=0,25$). Как видно из таблицы 3, нормальный индекс массы тела (ИМТ) выявлен менее чем у каждого второго респондента. Встречаемость нормального веса линейно снижалась с возрастом: 73,1% в возрасте 15–24 лет против 9,1% в возрасте старше 55 лет ($p<0,001$). Избыточный вес (ИМТ 25–29,9) наиболее редко встречался у молодых участников акции (15–24 лет, 15,4%) и наиболее часто – в возрасте 45–54 лет (55,9%, $p=0,001$). Шансы иметь избыточный вес были в 3,7 (1,6–8,2) раз выше в возрасте ≥ 45 лет, чем в возрасте до 45 лет ($p=0,001$).

Ожирение наиболее часто регистрировалось в возрасте старше 55 лет (54,5%) и не было зафиксировано в возрасте до 25 лет. Встречаемость данного показателя была близка к средней в возрастном диапазоне от 25 до 54 лет. Мужчины чаще женщин имели избыточный вес в возрасте 35–44 лет, 66,7 против 20% соответственно ($p=0,043$).

Субъективная оценка “нормальный вес” соответствовала нормальной категории ИМТ, по данным объективного исследования, у 71,4% респондентов. В 28,6% случаев при самооценке “нормальный вес” выявлено несоответствие: у 25% участников отмечен избыточный вес, у 3,6% – ожирение, в 1 случае – недостаточный вес. В свою очередь, избыточный вес (ИМТ > 25) нашел свое подтверждение в субъективной оценке “повышенный вес” в 66,7% случаев. Мужчины и женщины одинаково часто недооценивали свой вес с точки зрения его рекомендуемых значений: 40 и 32% соответственно ($p>0,05$).

Женщины демонстрировали тенденцию к меньшему количеству факторов риска ССЗ по сравнению с мужчинами (табл. 3).

В таблице 4 представлены шансы высокой самооценки здоровья в зависимости от индивидуальных ФР ССЗ и их субъективной оценки. У обследованных лиц шансы высокой самооценки здоровья возрастали в случае нормального АД (САД 120–129 и ДАД 80–84 мм рт. ст.) и при наличии субъективных позиций “нормальный вес”, “нормальное АД”, “достаточно забочусь о своем здоровье”, “достаточная физическая активность”. Напротив, количество ФР ССЗ, субъективная оценка “повышенный вес” и ожирение уменьшали шансы высокой самооценки здоровья.

Заинтересованность в обучении по программе “Школа здоровья для пациентов с ССЗ” была одинаковой среди мужчин и женщин (табл. 5). Наибольшее число респондентов, желающих пройти обучение, наблюдалось в возрастной группе 55–64 лет (77,8%), а наименьшее – в группе 35–44 лет соответственно (38,7%, $p=0,06$). Как видно из таблицы 5, низкая самооценка здоровья, ожирение, информированность о повышенном уровне АД и холестерина ассоциировались с потребностью в обуче-

нии по программе “Школа здоровья для пациентов с ССЗ”.

Обсуждение

В профилактических акциях участвует население, осознающее важность здоровья и имеющее нереализованную потребность в контакте с медицинскими специалистами. Преобладание женщин в подобном мероприятии, вероятно, обусловлено гендерными особенностями, в частности более высокой восприимчивостью к вопросам здоровья у женщин по сравнению с мужчинами. Относительно низкая степень участия респондентов в возрасте 25–34 лет может быть результатом высокой самооценки здоровья, наблюдаемой в данной возрастной группе, в сочетании с низкой вероятностью хронических заболеваний. Наиболее востребованной профилактической акция была в возрастной категории 45–54 лет.

Встречаемость высокой самооценки здоровья среди респондентов была относительно выше, чем в общей [7, 8, 9] и организованной [10] популяциях, в частности среди женщин. Однако при сравнении нельзя полностью исключить возможность влияния на данный показатель ряда методологических факторов. Мужчины показали тенденцию к большей распространенности высокой самооценки здоровья, чем женщины, что согласуется с результатами популяционных исследований [4, 7, 9, 10]. Фактически же мужчины, участвующие в акции, имели менее благоприятный профиль риска ССЗ по сравнению с женщинами: систолическое АД у мужчин было выше, оптимальное АД встречалось реже, экспозиция как к АГ, так и к избыточному весу начиналась раньше, чем у женщин.

По другим параметрам отношения к здоровью и профилактической медицине респонденты показали тенденции, схожие с популяционными. Почти все участники акции считали полезной профилактическую проверку здоровья. С возрастом уменьшалась вера в превентивные возможности медицины и увеличивалась доля респондентов, считающих, что человек сам должен заботиться о своем здоровье. Однако вера в то, что “современная медицина может предотвратить все или большинство заболеваний сердца” чаще наблюдалась у женщин – участниц профилактических акций по сравнению с женщинами в общей популяции [9]. У мужчин подобной закономерности выявлено не было [8]. Заинтересованность участников акции в обучении по программе “Школа здоровья для пациентов с ССЗ” в целом была сравнима с профилактической готовностью пациентов поликлиник [11].

Распространенность курения и избыточного веса среди респондентов была сопоставима с таковой среди населения [12, 13], в то время как частота АГ показала тенденцию к более низким значениям, в частности у мужчин [14]. Осведомленность участников акции о наличии АГ и избыточного веса была низкой. В отношении АГ данный показатель находился у нижнего края популяционных значений [15].

Наиболее выраженные изменения тренда изучаемых аспектов здоровья респондентов происходили между возрастными группами 35–44 и 45–54 лет. В частности, наблюдался прирост распространенности нормально-вы-

сокого АД, избыточного веса, снижалась самооценка здоровья, респонденты чаще становились информированными о повышенном уровне АД и холестерина. Особо следует отметить возрастную категорию 35–44 лет, значительная доля участников которой не измеряла АД, и ни один респондент из которой не был информирован о повышенном уровне холестерина. В данной возрастной категории также наблюдалась наименьшая потребность в обучающих профилактических услугах.

Заключение

Знание отношения к здоровью различных категорий населения важно для планирования и разработки профилактических стратегий. Полученные данные показали, что отношение к здоровью и профиль риска ССЗ участников акции имели много общего с аналогичными популяционными показателями. К общим чертам можно отнести высокую распространенность курения, избыточного веса, ожирения, дефицит заботы о своем здоровье, нездоровое питание, положительное отношение к профилактической проверке здоровья. К особенностям участников акции может быть отнесена тенденция к меньшей распространенности АГ у мужчин, а также к характерной для женщин большей частоте высокой самооценки здоровья и веры в превентивные возможности современной медицины по сравнению с соответствующими показателями в общей популяции. Наиболее важными объективными маркерами высокой самооценки здоровья были нормальное АД, количество ФР ССЗ и ИМТ < 30. Участники с откликами “нормальный вес”, “нормальное АД”, “достаточно забочусь о своем здоровье”, “достаточная физическая активность” имели высокую самооценку здоровья чаще, чем остальные. Каждый второй респондент был заинтересован в обучении в Школе здоровья для пациентов с ССЗ. Низкая самооценка здоровья была наиболее сильным предиктором потребности в данных профилактических услугах. Заинтересованность в обучении в Школе здоровья для пациентов с ССЗ также показали участники, имеющие ожирение, информированные о повышенном уровне АД и холестерина. Данные факторы, по-видимому, составляют основной круг проблем, которые население, мотивированное на укрепление здоровья, надеется решить в рамках профилактических мероприятий, проводимых в формате индивидуального или группового консультирования.

Литература

1. Miilunpalo S., Vuori I., Oja P. et al. Self-rated health status as a health measure: the predictive value of self-reported health status on the use of physician services and on mortality in the working-age population // J. Clin. Epidemiol. – 1997. – Vol. 50(5). – P. 517–528.
2. Bailis D.S., Segall A., Chipperfield J.G. Two views of self-rated general health status // Soc. Sci. Med. – 2003. – Vol. 56(2). – P. 203–217.
3. Goldman N., Gleit D.A., Chang M.C. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health // Ann. Epidemiol. – 2004. – Vol. 14(1). – P. 49–57.
4. Шальнова С.А., Оганов Р.Г., Деев А.Д. и др. Здоровье россий-

- ских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7(6). – С. 29.
5. Кавешников В.С., Трубачева И.А., Серебрякова В.Н. Роль табакокурения в формировании современных показателей общественного здоровья // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2011. – Т. 26, № 1, вып. 1. – С. 15–22.
6. Акимов Е.В., Кузнецов В.А., Гафаров В.В. Социальный градиент в Тюмени: точка зрения кардиолога. – Тюмень: Проспект, 2005. – С. 33.
7. Трубачева И.А. Популяционные закономерности сердечно-сосудистого риска у мужчин 25–64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – Томск, 2008. – 44 с.
8. Смазнов В.Ю., Каюмова М.М., Акимов Е.В. и др. Информированность, отношение к своему здоровью и профилактике в мужской сибирской популяции // Профилактическая медицина. – 2011. – Т. 4. – С. 24–27.
9. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В. и др. Изучение на основе программы ВОЗ “MONICA” информированности и отношения к своему здоровью у женщин в возрасте 25–64 лет в Новосибирске // Сибирский медицинский журнал (Томск). – 2010. – Т. 25, № 4–1. – С. 131–136.
10. Алиева Л.А. Самооценка здоровья и образ жизни работников промышленных предприятий // Профилактическая медицина. – 2010. – № 1. – С. 29.
11. Калинина А.М., Концевая А.В., Омеляненко М.Г. и др. Оценка потребности в профилактической медицинской помощи в первичном звене здравоохранения г. Иваново // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. – 2007. – № 4. – С. 39–44.
12. Масленникова Г.Я., Оганов Р.Г. Медицинский и социально-экономический ущерб, обусловленный курением табака в Российской Федерации: болезни системы кровообращения // Профилактическая медицина. – 2011. – № 3. – С. 19–27.
13. Деев А.Д., Шальнова С.А. Масса тела у мужчин и женщин (результаты обследования российской, национальной, представительной выборки населения) // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 6. – С. 60–63.
14. Чазова И.Е., Трубачева И.А., Жернакова Ю.В. и др. Распространенность артериальной гипертензии как фактора риска сердечно-сосудистых заболеваний в крупном городе Сибирского федерального округа // Системные гипертензии. – 2013. – Т. 10, № 4. – С. 30–37.
15. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Российский кардиологический журнал. – 2006. – № 4. – С. 45–51.

Поступила 20.06.2014

Сведения об авторах

Кавешников Владимир Сергеевич, канд. мед. наук, научный сотрудник отделения популяционной кардиологии с группой научно-медицинской информации, патентоведения и международных связей ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

E-mail: kave@ngs.ru

Серебрякова Виктория Николаевна, канд. мед. наук, старший научный сотрудник отделения популяционной кардиологии с группой научно-медицинской информации, патентоведения и международных связей

ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

E-mail: vsk75@yandex.ru

Трубачева Ирина Анатольевна, докт. мед. наук, руководитель отделения популяционной кардиологии с

группой научно-медицинской информации, патентования и международных связей ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН.

Адрес: 634012, г. Томск, ул. Киевская, 111а.

E-mail: tia@cardio.tsu.ru

УДК 316.334.55/56

ОТНОШЕНИЕ К ТАБАКОКУРЕНИЮ В ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБРАЗОВАНИЯ И ХАРАКТЕРА ТРУДА

А.М. АКИМОВ

Филиал ФГБУ “НИИ кардиологии” СО РАМН “Тюменский кардиологический центр”

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, Новосибирск-Томск-Тюмень

ФГБОУ ВПО “Тюменский государственный нефтегазовый университет”

E-mail: aleksandr.akimov.90@mail.ru

ATTITUDES TO SMOKING IN OPEN POPULATION DEPENDING ON EDUCATION AND CHARACTER OF LABOR

A.M. Akimov

Branch of the Federal State Budgetary Institution “Research Institute for Cardiology” of Siberian Branch
under the Russian Academy of Medical Sciences “Tyumen Cardiology Center”

Interdepartmental Laboratory of Cardiovascular Diseases Epidemiology of the Siberian Branch
of the Russian Academy of Medical Sciences Novosibirsk-Tomsk-Tyumen
Tyumen State Oil and Gas University

Исследование выполнено на основе протокола программы Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) “МОНИКА–психосоциальная” на репрезентативной выборке населения г. Тюмени среди лиц мужского пола в количестве 1000 человек. Цель работы: изучение отношения к табакокурению у мужчин трудоспособного возраста г. Тюмени при разных уровнях образования и характере труда. Полученные результаты свидетельствуют о том, что в тюменской популяции 25–64 лет 65,0% мужчин успешно или безуспешно пытались что-либо изменить в своей привычке к курению табака. В тюменской популяции у мужчин трудоспособного возраста среди лиц физического труда установлены наиболее выраженные привычки к курению табака, с ростом уровня образования формируется негативное отношение к табакокурению.

Ключевые слова: открытая тюменская популяция, табакокурение, уровень образования, характер труда, взаимосвязь.

The study was carried out according to the algorithms of the World Health Organization “MONICA-Psychosocial” program by using the representative population sample of male residents (n=1000) of Tyumen. The aim of the study was to elucidate the attitudes to tobacco smoking in men of employable age in Tyumen depending on their education levels and character of labor. Obtained results suggested that 65.0% of 25–64-year-old men in Tyumen population attempted to change their smoking habits with various degrees of success. The study showed that Tyumen men of employable age working manual labor had the most prominent smoking habits; an increase in education level was associated with the development of negative attitudes to tobacco smoking.

Key words: open population of Tyumen, tobacco smoking, education level, character of labor, association.

Введение

Курение табака – серьезная медико-социальная проблема, и в то же время это одна из главных предотвратимых причин смертности и инвалидности во всем мире. В 2008 г. Российская Федерация присоединилась к Рамочной конвенции ВОЗ по борьбе с потреблением табака и приступила к реализации основных положений Конвенции и осуществлению государственной политики против потребления табака на 2010–2015 гг.

По данным ВОЗ, первоначально эпидемия курения распространялась на мужчин в странах с высокими доходами, затем на мужчин в странах с низкими и средними доходами, а к 2020 г. семь из десяти случаев смерти от курения будет происходить в странах с низкими и средними доходами, где постоянно увеличивается потребление сигарет [1, 2]. В то же время результаты исследования национальной представительной выборки зависимости распространенности курения от доходов семьи показыва-