

## Информированность рабочих и служащих строительных организаций о факторах риска неинфекционных заболеваний

ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет» МЗ РФ, г. Махачкала

Gadzhiev R.S., Omarova O.A., Hamzayeva M.A., Agalarova L.S.

### Information of working and employees of construction organizations on the risk factors of non-infectious diseases

#### Резюме

В целях разработки мероприятий по повышению информированности рабочих и служащих о факторах риска заболеваний в 2016-2017 гг. проводилось исследование на базе 5 строительных организаций г. Махачкала. Проведен опрос 537 человек. Установлены основные факторы, негативно влияющие на здоровье: стрессовые ситуации (64,7%), загрязнение окружающей среды (41,5%), низкие личные доходы (62,3%), неполноценное питание (36,1%), вредные привычки (19,8%). 55,3% рабочих и 22,2% служащих не уделяют внимание своему здоровью. Самооценка здоровья, данные мужчинами и женщинами, оказывается взаимно противоположной. Среди мужчин вдвое меньше носителей отрицательной самооценки. На основе материалов исследования разработаны рекомендации по формированию здорового образа жизни. **Ключевые слова:** анкетирование, факторы риска, информированность, профилактическая помощь, самооценка здоровья

#### Summary

In order to develop measures to increase the awareness of workers and employees about the risk factors of diseases in 2016-2017, a study was conducted on the basis of 5 construction organizations in Makhachkala. A survey of 537 people. The main factors negatively affecting health were established: stressful situations (64.7%), environmental pollution (41.5%), low personal incomes (62.3%), malnutrition (36.1%), bad habits (19.8%). 55.3% of workers and 22.2% of employees do not pay attention to their health. Self-esteem health, given by men and women, is mutually opposite. Among men, half the carriers of negative self-esteem. Based on the research materials, recommendations on the formation of a healthy lifestyle were developed.

**Key words:** questioning, risk factors, awareness, preventive care, self-assessment of health

#### Введение

Одна из важнейших задач реформирования российского здравоохранения на современном этапе – повышение качества медицинских услуг в сфере оказания первичной медицинской помощи населению, основу которой составляют амбулаторно-поликлинические учреждения. Необходимость совершенствования профилактической помощи населению, коррекции факторов риска (ФР), неблагоприятно влияющих на здоровье и связанных с качеством жизни, не вызывает сомнений [1, 3, 8].

Среди факторов, оказывающих влияние на повышение эффективности медицинской помощи, важное место принадлежит отношению населения к своему здоровью, к системе проводимых профилактических и лечебных мероприятий [2, 7].

Актуальность анализа субъективной оценки населением своего здоровья, степени внимания к нему, а также различных сторон деятельности медицинской службы в

условиях все большее значение приобретает личность пациента, психологическая настроенность, отношение к профилактической работе [4, 5].

Наличие или отсутствие факторов риска зависит от поведения человека, которое связано с уровнем образования, полом, возрастом, привычками, отношением к своему здоровью.

В последние годы накоплен опыт по проведению мероприятий первичной профилактики, направленных на изменение поведения. Установлено, что активное санитарно-просветительное воздействие на основные факторы риска (артериальную гипертензию, курение и др.) способствовало достоверному снижению их уровня, повышению осведомленности людей о наличии у них факторов риска заболеваний [3, 6].

**Целью** исследования явилось изучение информированности рабочих и служащих строительных организаций о факторах риска заболеваний и самооценки здоровья.

Таблица 1. Оценка рабочими и служащими факторов, влияющих негативно на их здоровье  
(доля ответивших положительно, в %)

| Факторы                                                 | Все респонденты | Пол  |      | Возраст, годы |           |                 |
|---------------------------------------------------------|-----------------|------|------|---------------|-----------|-----------------|
|                                                         |                 | м    | ж    | до 30 лет     | 31-55 лет | 56 лет и старше |
| Стрессовые ситуации                                     | 64,7            | 48,1 | 71,4 | 57,1          | 64,5      | 55,3            |
| Загрязнение внешней среды                               | 41,5            | 43,5 | 51,1 | 52,4          | 52,4      | 48,1            |
| Низкие личные доходы                                    | 62,3            | 39,7 | 41,5 | 45,2          | 45,2      | 43,4            |
| Неполноценное питание                                   | 36,1            | 34,5 | 38,3 | 39,0          | 26,1      | 33,5            |
| Вредные привычки (употребление алкоголя, курение и др.) | 16,3            | 19,8 | 4,5  | 31,5          | 14,0      | 11,2            |
| Профессиональные вредности                              | 23,0            | 27,1 | 18,3 | 17,4          | 27,3      | 10,7            |
| Плохое медицинское обслуживание                         | 15,7            | 20,4 | 16,2 | 22,3          | 16,4      | 24,0            |
| Сложные семейные отношения                              | 12,4            | 15,0 | 14,7 | 13,6          | 17,3      | 11,5            |
| Плохие условия труда                                    | 16,1            | 18,1 | 8,6  | 17,0          | 13,5      | 12,4            |

## Материалы и методы

Исследование проводилось в 2016-2017 гг. на базе 5 строительных организаций г. Махачкала с общим количеством рабочих и инженерно-технических работников – 1678 человек. Изучена информированность о факторах риска 537 человек (32,1% от генеральной совокупности).

Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 35 вопросов: возраст, образование, социальный статус респондентов, вредные привычки, информированность о факторах риска, осведомленность о показателях собственного здоровья, отношение к собственному здоровью, профилактическим мероприятиям, взаимоотношения в семье, источники информации по укреплению здоровья, заболеваемость по данным анкетирования, факторы, влияющие негативно на здоровье и другие вопросы.

В соответствии с целью и задачами в исследовании были использованы социологический, статистический методы и метод непосредственного наблюдения. При обработке и оценке достоверности результатов исследования были широко использованы методы математической статистики: вычисление и оценка относительных и средних величин, критерий Стьюдента (t) и др. За уровень статистической значимости принималась вероятность ошибки  $p \leq 0,05$ . Статистическую обработку проводили при помощи программ Statistica 6,0, Биостат 4,03, MS Excel 2003.

## Результаты и обсуждение

Анализ полученного материала показал, что среди респондентов 71,2% составили мужчины, 28,8% - женщины. По образованию респонденты распределялись следующим образом: начальное – 5,2%, среднее – 67,3%, высшее – 27,5%.

Среди опрошенных преобладали лица в возрасте от 41 до 50 лет (42%), на возрастные группы от 31 до 40 лет приходилось 20,2%, от 51 до 60 лет – 15,1%, от 21 до 30 лет – 11,2%. Почти одинаковый удельный вес имели возрастные группы от 18 до 20 лет (4,1%) и от 61 до 70 лет (5,4%).

Оценка рабочими и служащими факторов, влияю-

щих негативно на их здоровье, представлена в таблице 1. Наиболее весомыми по оценке опрошенных явились: стрессовые ситуации (64,7% респондентов отметили данный фактор), загрязнение окружающей среды (41,5%), низкие личные доходы (62,3%), неполноценное питание (36,1%). 19,8% мужчин отметили в числе основных негативных факторов, влияющих на здоровье, - вредные привычки. Обращает внимание, что ведущий фактор – «отрицательные стрессовые ситуации» - в равной степени отметили все респонденты не зависимо от пола, возраста и материального положения.

Каждый шестой (15,7%) из опрошенных недоволен медицинским обслуживанием, наиболее отрицательную оценку дали лица 56 лет и старше – 24%.

Среди факторов, способствующих улучшению здоровья, мужчины на первое место ставят избавление от вредных привычек (34,7%). По мнению женщин, важнейшим условием улучшения здоровья является увеличение свободного времени, на что обратили внимание 29,6% опрошенных. На втором месте как у женщин, так и мужчин стоит улучшение условий труда – соответственно 31,5% и 20,3%. Далее благополучные семейные отношения (33,7%), нормальный микроклимат в коллективе (28,4%), полноценное питание (36,7%), прогулки на свежем воздухе (26,5%), спорт (19,8%).

Доля лиц, отметивших наличие у них хронических заболеваний в целом составляет 51,7%. Этот показатель увеличивается с возрастом, так в 31-55 лет он составляет 63,7%, в возрасте 56 лет и старше – 82,4%. Предрасполагающими факторами к развитию хронических заболеваний, по мнению опрошенных, являются: недостаточный уровень знаний населения по профилактике заболеваний, слабая подготовленность врачей к профилактической работе, особенно в части адекватной подачи соответствующего материала. Все это влечет за собой негативное или безразличное отношение пациентов к врачебным рекомендациям, сопровождается широкой распространенностью позднего обращения за медицинской помощью и самолечения.

Известно, что на здоровье в значительной степени влияет психологический микроклимат в семье. В связи с

**Таблица 2. Распределение лиц разного социального и семейного положения по отношению к своему здоровью (в %)**

| Социально-гигиеническая характеристика | Отношение к своему здоровью               |                                   |                                |                            |
|----------------------------------------|-------------------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
|                                        | не уделяет внимания, так как не нуждается | нуждается, но не уделяет внимания | уделяет внимание при ухудшении | уделяет внимание постоянно |
| Социальное положение                   |                                           |                                   |                                |                            |
| рабочий                                | 55,3                                      | 9,5                               | 30,6                           | 4,6                        |
| служащий                               | 22,2                                      | 16,8                              | 48,6                           | 13,4                       |
| Уровень образования:                   |                                           |                                   |                                |                            |
| высшее                                 | 22,4                                      | 18,9                              | 47,0                           | 11,7                       |
| среднее специальное                    | 40,4                                      | 4,6                               | 46,8                           | 8,2                        |
| среднее                                | 62,8                                      | 10,2                              | 23,3                           | 3,7                        |
| Семейное положение:                    |                                           |                                   |                                |                            |
| состоит в браке                        | 49,1                                      | 11,0                              | 32,4                           | 7,5                        |
| не состоит в браке                     | 65,6                                      | 11,0                              | 18,7                           | 4,6                        |
| разведен                               | 64,7                                      | 8,9                               | 20,9                           | 5,5                        |
| вдов                                   | 13,0                                      | 34,8                              | 34,8                           | 17,4                       |

**Таблица 3. Структура самооценок здоровья мужчин и женщин (%)**

| Пол      | Варианты самооценок здоровья |                    |        |                       |       |
|----------|------------------------------|--------------------|--------|-----------------------|-------|
|          | хорошее                      | удовлетворительное | плохое | затруднились ответить | всего |
| Мужчины  | 14,6                         | 60,7               | 14,5   | 10,2                  | 100,0 |
| Женщины  | 7,0                          | 53,8               | 26,3   | 12,9                  | 100,0 |
| Оба пола | 10,8                         | 57,3               | 20,4   | 11,5                  | 100,0 |

этим, нами была изучена психологическая характеристика семьи. На вопрос, «Какие у Вас взаимоотношения в семье?» были получены следующие ответы, дружные – 81,5%, напряженные – 12%, конфликтные – 5,3%, крайне напряженные – 1,2%. Основными причинами неблагоприятных взаимоотношений в семье являются: недостаточная материальная обеспеченность – 68,4%, употребление спиртных напитков – 22,3%, отсутствие детей – 9,5%, неустойчивость детей в дошкольные учреждения – 5,8%.

Распределение лиц разного социального и семейного положения по отношению к своему здоровью представлено в таблице 2. Из нее видно, что 55,3% рабочих и 22,2% служащих не уделяют внимание своему здоровью, так как считали, что они не нуждаются в этом. 16,8% служащие и 9,5% рабочие не уделяли внимания своему здоровью, хотя, по их мнению, нуждались в этом, почти половина служащих и 1/3 рабочих обращали внимание на состояние своего здоровья только при его ухудшении.

Социальное положение оказывает определенное влияние на отношение их к своему здоровью. Доля лиц, постоянно уделявших внимание своему здоровью, выше среди служащих (13,4%), чем среди рабочих (4,6%) и среди лиц с высшим образованием она тоже выше, чем среди лиц с другим уровнем образования. Однако следует подчеркнуть определенный разрыв между осознанием необходимости регулярной заботы о своем здоровье и практической реализацией такой позиции, что особенно характерно для наиболее образованной части опрошенных. Определенным образом на отношение к здоровью влияет и семейное положение. Доля лиц, постоянно уделявших внимание своему здоровью, была максимальной среди вдов (17,4%) и состоящих в браке (7,5%).

Для характеристики тендерных различий рассмо-

трим общую структуру самооценок здоровья на фоне мужской и женской субпопуляций (табл. 3).

Итак, самооценки здоровья, данные мужчинами и женщинами, оказываются взаимно противоположными. Среди мужчин вдвое меньше носителей отрицательной самооценки и, соответственно, вдвое больше носителей положительной, при сравнительно близких долях оценки «удовлетворительно» и затруднившихся.

Структура самооценок представляется принципиально важной, поскольку отражает тендерные особенности мужчин и женщин в сфере здоровья. Женщинам свойственна сравнительно большая тревожность и сомнения в отношении собственного здоровья. В целом женщинам в большей степени, чем мужчинам, свойственна способность к обоснованной критической самооценке здоровья, что, вероятно, обусловлено сравнительно более частым характером обращения к медицинской помощи и более выраженным ценностным отношением к своему здоровью.

Материалы исследования показали, что мужчинам по сравнению с женщинами свойственна более низкая информированность об имеющейся у них хронической патологии. Так, по данным опроса, в среднем каждому третьему мужчине (32,7%) не известны какие заболевания у него имеются. В женской же популяции лишь пятая часть (19,2%) проявляет неосведомленность относительно имеющихся заболеваний.

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

Таблица 4. Мотивация респондентов по укреплению здоровья в зависимости от образования (%)

| Мотивы                            | Уровень образования |         |        |
|-----------------------------------|---------------------|---------|--------|
|                                   | Неполное среднее    | Среднее | Высшее |
| Семейные традиции                 | 5,4                 | 7,1     | 13,2   |
| Мнение окружающих                 | 2,3                 | 5,2     | 7,4    |
| Информация СМИ                    | 1,8                 | 11,0    | 15,1   |
| Информация медицинских работников | 18,6                | 10,9    | 20,4   |
| Ухудшение здоровья                | 29,1                | 35,0    | 51,5   |
| Профессиональные требования       | 1,9                 | 11,4    | 16,2   |

Таблица 5. Источники получения рабочими и служащими знаний о способах сохранения и укрепления здоровья (на 100 опрошенных)

| Источники получения знаний о здоровье                                 | Частота ответов |         |           |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|-----------|
|                                                                       | мужчины         | женщины | в среднем |
| Медицинские работники (лекции, беседы)                                | 40,1            | 43,6    | 41,9      |
| Научно-популярная литература (книги, брошюры, газеты, журналы и т.д.) | 36,7            | 39,2    | 38,0      |
| Программы о здоровье на телевидении                                   | 55,2            | 58,4    | 56,8      |
| Интернет                                                              | 47,5            | 52,3    | 49,9      |
| Школы здоровья                                                        | 14,8            | 17,1    | 16,0      |
| Плакаты, памятки, буклеты                                             | 9,4             | 10,4    | 9,9       |
| Санбюллетени, фотовыставки                                            | 6,2             | 7,3     | 6,7       |
| Члены семьи                                                           | 29,5            | 18,7    | 24,1      |
| Друзья и знакомые                                                     | 6,7             | 6,9     | 6,8       |
| Доска вопросов и ответов                                              | 4,1             | 6,3     | 5,2       |

организаций среди населения.

Исследование показало, что ведущим мотивом поддерживать свое здоровье является «желание быть сильным (ой) и красивым(ой)» - 44,5%. Второе место в структуре мотивов занимает «ухудшение здоровья» - 28,3%, этот мотив требует своевременного принятия решения об оздоровлении, снятия или избегания проблем со здоровьем. Осведомленность о здоровье и способах его укрепления, получаемая от врачей и средних медицинских работников, занимает третье место (11,4%) и значительно влияет на принятие решения в пользу здорового образа жизни.

Другим фактором, влияющим на мотив, определяющий выбор здорового поведения, является уровень образования (табл. 4). Так, для людей с высшим образованием ухудшение здоровья является ведущей причиной, заставляющей заботиться о здоровье (51,5%), когда как для лиц со средним и неполным средним образованием этот мотив не столь важен (35% и 29,1%).

Информация медицинских работников для лиц с неполным средним образованием составила 18,6%, средним образованием – 10,9% и высшим образованием – 20,4%. Мотивация о семейных традициях у лиц с высшим образованием в 2 раза (13,2%) выше, чем с неполным средним и средним образованием (5,4% и 7,1%).

Источники получения респондентами основных знаний о способах сохранения и укрепления здоровья представлены в таблице 5. Из нее видно, что в структуре источников на первом месте стоят программы о здоровье на телевидении – в среднем 56,8 на 100 опрошенных, на втором месте – интернет – 49,9 (47,5 мужчин и 52,3 женщины), на третьем – медицинские работники – 41,9 (40,1 мужчин и 43,6 женщин) и на четвертом месте – на-

учно-популярная литература – 38,0 (36,7 мужчин и 39,2 женщин).

Значительная доля респондентов получала информацию от членов семей, родственников (24,1), школ здоровья (16,0), от друзей, знакомых (6,8). Женщины больше, чем мужчины доверяли информации о здоровье из газет и журналов, программы на телевидении, больше интересовались научно-популярной литературой и чаще посещали школы здоровья. Мужчины больше, чем женщины полагались на знания членов семьи и родственников. Потребность в дополнительной информации о способах укрепления и сохранения здоровья испытывали около 2/3 респондентов.

Наиболее предпочтительной формой для получения информации о способах сохранения и укрепления здоровья, более половины (54,7) респондентов, независимо от пола, указали консультации медицинских работников (табл. 6). На втором месте среди выбранных форм получения знаний о здоровье оказалась программа на телевидении (36,6 на 100 опрошенных), на третьем – лекции специалистов (35,3), на четвертом – получение брошюр, памяток и других информационных материалов (32,8 на 100 опрошенных). Следует отметить, что женщины больше, чем мужчины, предпочитали такие формы получения знаний о здоровье, как программа о здоровье на телевидении, лекции специалистов и обучение в школе здоровья.

Материалы исследования свидетельствуют, с одной стороны, о высокой степени доверия людей медикам, но с другой стороны, следует отметить недостаточное использование медицинскими работниками этого потенциала. Активное участие медицинских работников в консультировании по вопросам профилактики и получение пациентами именно от медиков, а не из других источников,

**Таблица 6. Мнение рабочих и служащих о том, в какой форме им хотелось бы получать знания о способах сохранения и укрепления здоровья (на 100 опрошенных)**

| Формы получения знаний о здоровье                                      | Частота ответов |         |           |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|---------|-----------|
|                                                                        | Мужчины         | Женщины | В среднем |
| Консультации медицинских работников                                    | 52,1            | 57,3    | 54,7      |
| Программы о здоровье на телевидении                                    | 34,0            | 39,1    | 36,6      |
| Получение брошюр, памяток, буклетов и других информационных материалов | 30,4            | 35,2    | 32,8      |
| Лекции врачей                                                          | 33,5            | 37,0    | 35,3      |
| Рубрика о здоровье в местной газете                                    | 15,6            | 18,7    | 17,2      |
| Обучение в школе здоровья                                              | 11,3            | 21,4    | 16,4      |
| Получение информации из санбюллетеней, санлистов                       | 16,7            | 14,3    | 15,5      |

более достоверной информации по вопросам сохранения и укрепления здоровья, позволит избежать формирования у населения искаженных представлений о здоровье формирующих факторах.

### Заключение

В структуре источников получения рабочими и служащими знаний о способах сохранения и укрепления здоровья на первом месте стоят программы о здоровье на телевидении – в среднем 56,8 на 100 опрошенных, на втором месте – интернет – 49,9, на третьем – медицинские работники – 41,9 и на четвертом месте – научно-популярная литература – 38,0 (на 100 опрошенных).

Материалы исследования показали, что мужчинам по сравнению с женщинами свойственна более низкая информированность об имеющейся у них хронической патологии. По данным опроса, в среднем каждому третьему мужчине не известны какие заболевания у него имеются. В женской же популяции лишь пятая часть проявляет неосведомленность относительно имеющихся заболеваний.

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. ■

*Гаджиев Рашид Сейфинович – доктор мед.наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Агаларова Луиза Саидрахмедовна – доктор мед.наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Омарова Олеся Абидовна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Гамзаева Миасат Амиргамзаевна – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Даггосмедуниверситета. Автор, ответственный за переписку – Агаларова Луиза Саидрахмедовна, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, д. 9, кв. 10. Телефон – 8 – 960 – 409 – 45 – 97, e-mail: luiza\_agalarova@mail.ru*

### Литература:

1. Агаларова Л.С. Медико-профилактические и организационно-технологические аспекты деятельности врачей общей практики и участковых терапевтов. Монография. – Махачкала: Издательство «Наука ДНЦ» – 2010. – 352 с.
2. Артюхов И.П., Сенченко А.Ю., Смоленская Е.Д., Мелехов А.А. Результаты изучения самооценки здоровья и факторов, влияющих на нее // Социология медицины. 2003. – №1(2). – С.36–40.
3. Гаджиев Р.С. Пути повышения эффективности труда и качества медицинской помощи в учреждениях здравоохранения. – М.: ОАО «Издательство «Медицина», 2011. – 456 с.
4. Гаджиев Р.С. Отношение сельского населения к медицинским профилактическим осмотрам. // Здравоохранение Российской Федерации, 1993. – № 4, – С. 15–17.
5. Егян Р.А., Калинина А.М., Измайлова О.Б. Динамика информированности и отношения к здоровью лиц с мягкой и умеренной артериальной гипертензией // Профилактическая медицина. 2009. – № 6. – С.30–33.
6. Максимова Ж.В., Насыбуллина Г.М., Шигаева Е.С., Глуховская С.В. Потребность населения Свердловской области в профилактической помощи // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2008. – № 6. – С. 3-7.
7. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: Медико-социологический анализ. – М.: РИОР; ИНФА-М, 2012. – С. 126–151.
8. Медицинская профилактика. Современные технологии: Руководство Свиристая Г.П. и др.; под ред. Л. И. Вялова. – М., 2009.