

Агаларова Л.С., Гаджимурадова З.Г.

Исследование отношения взрослого населения к своему здоровью и факторы, влияющие на него

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия» Кафедра общественного здоровья и здравоохранения, г. Махачкала

Agalarova L. S., Gadzhimuradova Z. G.

A study of the attitudes of the adult population to their health and the factors affecting it

Резюме

В целях совершенствования мероприятий, направленных на формирование адекватного отношения человека к своему здоровью проводилось социологическое исследование в 2014-2015гг. на базе 3 поликлиник г. Махачкалы. Всего было опрошено 485 человек. Установлено, что 27,7% опрошенных, считают себя здоровыми, 65,8% респондентов оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, 6,5% - как плохое. Количество мужчин, оценивших свое здоровье как хорошее в 2 раза больше, чем женщин, давших такую же оценку. На самооценку здоровья оказывает влияние возраст, материальное состояние, социальное и семейное положение. В среднем каждому третьему мужчине (32,7%) вообще не известны никакие диагнозы имеющихся у него заболеваний. В женской же популяции лишь пятая часть (19,2%) проявляет неосведомленность относительно имеющихся заболеваний. Низкий уровень информированности населения об имеющихся заболеваниях служит основанием для усиления информационной деятельности медицинских организаций среди населения.

Ключевые слова: самооценка здоровья, социальное положение, информированность населения, медицинская активность

Summary

In order to improve the activities aimed at formation of adequate attitude of a person towards his health was conducted a sociological study in 2014-2015. 3 on the basis of polyclinics of Makhachkala. All were interviewed 485 people. Found that 27,7% of respondents consider themselves healthy, 65.8% of the respondents assess their health condition as satisfactory and 6.5% as poor. The number of men who rated their health as good in 2 times more than women, which gave the same assessment. The self-reported health is influenced by the age, material status, social and marital status. On average, every third man (32,7%) generally there are no known diagnoses of existing diseases. In female same population only a fifth (19,2%) shows the lack of awareness concerning existing diseases. Low level of awareness about existing diseases provides a basis to strengthen the information activities of medical organizations in the population.

Keywords: self-reported health, social status, public awareness, medical activity

Введение

Среди факторов, оказывающих влияние на повышение эффективности медицинской помощи, важное место принадлежит отношению населения к своему здоровью, к системе проводимых профилактических и лечебных мероприятий. Отечественные научные публикации по проблеме самооценки здоровья многочисленны, к тому же имеют фрагментарный характер, говорящий о начальной стадии исследования этого социального феномена. Пока в недостаточной степени осмыслены проблемы доверительного потенциала самооценок здоровья, их социально-психологической природы и механизмов формирования. Не случайно в

последние годы появился ряд исследований, направленных на изучение различных аспектов данной проблемы [1,2,3,4,5].

Актуальность анализа субъективной оценки населением своего здоровья, степени внимания к нему, а также различных сторон деятельности медицинской службы в условиях рыночных отношений все большее значение приобретает личность пациента и его психологическая настроенность к врачам. Усилия врачей, служб здравоохранения, даже в самых благоприятных условиях могут оказаться малоэффективными, а зачастую и напрасными, если сам человек не проявляет необходимой заботы о своем здоровье.

Таблица 1. Влияние материального состояния семьи на самооценку здоровья респондентов (в %) г. Махачкалы

Самооценка здоровья	1	2	3	4
Плохое	0	8,1	33,1	46,2
Удовлетворительное	64	68,4	54,6	40,4
Хорошее	36	23,5	12,3	13,4
ИТОГО	100	100	100	100

Примечание. 1 – обеспеченная семья; 2 – среднеобеспеченная семья; 3 – малообеспеченная семья; 4 – бедная семья.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось совершенствование мероприятий, направленных на формирование правильного, адекватного отношения человека к своему здоровью и здоровью окружающих.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2014-2015 гг. на базе 3 поликлиник (№№ 2, 6, 9) г. Махачкалы. Для сбора материала была разработана специальная анкета, которая включала 30 вопросов, оценивающих: социально-демографическую характеристику; осведомленность о показателях собственного здоровья; отношение к собственному здоровью, профилактическим мероприятиям; медицинскую активность населения; отношение населения к медицинской помощи; самооценку респондентов в зависимости от пола; влияние материального состояния семьи на самооценку здоровья; отношение к своему здоровью в зависимости от социального положения, уровень образования и семейного положения и другие вопросы. Результаты анкетного опроса обрабатывались статистическими методами с определением относительных величин и частотного распределения средних величин; достоверность оценивали по критерию t Стьюдента и χ^2 . Обработка анкет проводилась с помощью компьютерных программ Statistica 6,0 и MS Excel 2003.

В соответствии с целью и задачами в исследовании использовались статистический и социологический методы. Всего было опрошено 485 жителей г. Махачкалы. Доля женщин (51,3%) несколько превысила долю мужчин (48,7%). По возрасту опрошенные распределились таким образом: лиц до 20 лет оказалось 3,2%; 20-29 лет – 27,3%; 30-39 лет – 25,6%; 40-49 лет – 19,5%; 50-59 лет – 18,3%; 60 лет и старше – 6,1%. Большинство (76,3%) опрошенных состояли в браке, меньше (17,4%) было не состоящих в браке и значительно меньше (4,9%) разведенных и вдовых (1,4%).

Результаты и обсуждение

Для выяснения отношения человека к своему здоровью и выявления самооценки здоровья необходимо определить, считает ли человек себя больным или здоровым. Установлено, что 27,7% опрошенных (37,3% мужчин и 18,1% женщин, $p < 0,001$), считают себя здоровыми, 2/3 (65,8%) респондентов оценивают состояние своего здоровья как удовлетворительное, 6,5% – как плохое.

Исследование позволило выявить различия в самооценке своего здоровья мужчинами и женщинами. Количество мужчин, оценивших свое здоровье как хорошее в 2 раза больше, чем женщин, давших такую же оценку. Женщин, оценивших свое здоровье как плохое в 1,5 раза больше, чем мужчин.

Очень важным в вопросе изучения самооценки здоровья является выяснение возрастных особенностей, так как с возрастом, в соответствии с данными официальной статистики здравоохранения, состояние здоровья ухудшается, а значит и самооценка основанная на самоощущении здоровья снижается.

При изучении возрастной динамики самооценки здоровья у мужчин выявлено, что среди них в возрасте до 30 лет нет ни одного, кто оценил бы состояние своего здоровья как плохое. В то же время на тот же возраст приходится наибольшее число тех, кто оценил свое здоровье как хорошее. В возрасте старше 55 лет и более нет ни одного, кто оценивает свое здоровье как хорошее. Возрастная динамика оценки здоровья у мужчин, как хорошее в определенной степени соответствует возрастной динамике положительного ощущения здоровья.

У женщин наибольшее число оценок здоровья, как хорошего, приходится на возрастную группу до 34 лет. Максимальное число женщин, оценивающих состояние своего здоровья как плохое, приходится на возраст 65 лет и старше. В целом во всех возрастных группах у женщин, за исключением возрастной группы 65 лет и старше, преобладает оценка здоровья как удовлетворительная. Таким образом, с возрастом самооценка здоровья у мужчин и женщин снижается в первую очередь за счет уменьшения числа тех, кто оценивает состояние своего здоровья как хорошее.

На самооценку здоровья так же оказывает влияние и уровень материального состояния (табл. 1).

Среди населения г. Махачкалы, проживающих в обеспеченных семьях, ни один не оценил состояние своего здоровья как плохое. Каждый 5-й житель в среднеобеспеченной семье определил свой материальный уровень как хороший. Наиболее низкая самооценка здоровья отмечается у жителей, проживающих в бедных и малообеспеченных семьях.

Распределение лиц разного социального и семейного состояния по отношению к своему здоровью представлено в таблице 2. Из нее видно, что 55,3% рабочих и

Таблица 2. Распределение лиц разного социального и семейного состояния 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	11,1	18,7	4,6
разведен	64,7	8,9	20,9	5,5
вдов	13,0	34,8	34,8	17,4

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, лишь 13,4% служащих и 4,6% рабочих постоянно заботились о своем здоровье.

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 (табл. 2).

Однако следует подчеркнуть определенный разрыв между осознанием необходимости регулярной заботы о своем здоровье и практической реализацией такой пози-

ции, 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 вдовцов (17,4%) и состоящих в браке (7,5%).

Мы попытались выяснить у населения факторы, негативно влияющие на их здоровье (табл. 3). Наиболее весомыми по оценке опрошенных явились: отрицательные стрессовые ситуации (64,7%), загрязнение внешней среды (41,5%), недостаточная физическая активность (38,2%), низкие личные доходы (62,3%), плохое питание (36,1%). 19,8% мужчин отметили в числе основных негативных факторов, влияющих на здоровье - вредные привычки. Обращает на себя внимание, что ведущий фактор - «отрицательные стрессовые ситуации» - в равной степени отметили все респонденты вне зависимости

Таблица 3. Оценка работающим населением факторов, влияющих негативно на их здоровье (доля ответивших положительно, в %; предполагалось несколько ответов)

Факторы	Все респонденты	Пол		Возраст, годы		
		м	ж	до 30 лет	31-55 лет	56 лет и старше
Отрицательные 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
Недостаточная физическая активность	38,2	32,4	46,0	38,3	38,3	40,6
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
Наследственные заболевания	21,4	18,2	21,4	17,2	23,8	14,6
Вредные привычки (употребление алкоголя, курение)	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

Таблица 4. Распределение самооценок здоровья среди взрослого населения по основному роду занятий, %

Группы взрослого населения по основному роду занятий	Самооценка здоровья			
	плохое	удовлетворительное	хорошее	воздержались от ответа
Работают	8,8	66,7	12,7	11,8
Учатся	6,4	51,9	33,1	8,6
Учатся и работают	6,6	47,0	29,1	17,2
На пенсии, работают	17,4	66,7	2,1	13,8
На пенсии, не работают	49,5	39,4	1,0	10,2
Не учатся и не работают	23,5	49,8	11,8	14,9
В декрете, в отпуске по уходу	8,8	50,5	24,2	16,5

Таблица 5. Взаимосвязь информированности населения об имеющихся заболеваниях и самооценкой здоровья по возрастным группам

Возрастные группы пациентов, лет	Самооценка здоровья			
	Очень плохое	Плохое	Удовлетворительное	Хорошее
20-29	сн	2,3	1,2	0,6
30-39	сн	2,9	1,4	0,7
40-49		2,7	1,8	0,7
50-59		3,5	2,0	1,1
60-69		3,8	2,5	1,3
70 и старше		3,6	2,7	1,7

Условное обозначение: сн – статистически не значимо.

от пола, возраста и материального положения. Каждый шестой (15,7%) из опрошенных недоволен медицинским обслуживанием. Наиболее отрицательную оценку медицинскому обслуживанию дали лица 56 лет и старше (24%).

Наиболее высокая самооценка здоровья свойственна представителям групп в молодых возрастах – учащимся, сочетающим учебу с работой, а также молодым женщинам, находящимся в преддровом отпуске или отпуске по уходу за ребенком (табл. 4). В этом вновь проявляется действие возрастного фактора самооценки здоровья.

В материалах исследования прослеживается статистическая связь между информированностью об имеющихся заболеваниях и самооценкой здоровья. Динамика этой связи по возрастным группам пациентов, представленная в таблице 5, указывает на средние пороговые значения такой информированности, соответствующие качественно разным самооценкам.

Данные таблицы 5 показывают динамику жизненных притязаний с точки зрения того количества имеющихся заболеваний известных пациентам, при котором они считают свое здоровье удовлетворительным или хорошим. Так, пороговая величина среднего количества имеющихся заболеваний, при котором формируется самая массовая самооценка здоровья («здоровье удовлетворительное»), непрерывно возрастает от 1,2% в группе 20-29-летних до 2,7% в группе пациентов старше 70 лет.

Для характеристики тендерных различий рассмотрим общую структуру самооценок здоровья на фоне мужской и женской субпопуляций старше 18 лет (табл. 6).

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.

Таблица 6. Структура самооценок здоровья мужчин и женщин (%)

Пол	Варианты самооценок здоровья						всего
	отличное	хорошее	удовлетворительное	плохое	очень плохое	затруд. ответить	
Мужчины	0,8	13,8	60,7	13,1	1,4	10,2	100,0
Женщины	0,3	6,7	53,8	22,9	3,4	12,9	100,0

Зафиксированная в таблице 6 структура самооценок представляется принципиально важной, поскольку отражает гендерные и половые 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 обращений к медицинской помощи и более выраженным ценностным отношением к своему здоровью.

Информированность населения о состоянии здоровья вообще и заболеваниях в частности – важная сторона медико-социальной ситуации в конкретных сообществах и обществе в целом.

Уровень информированности населения о заболеваниях показывает, насколько полными оказываются полученные от профессиональных медиков сведения пациентов о собственных заболеваниях, поскольку эти данные служат информационным основанием мотивации и поведения людей в сфере здоровья.

Статистический анализ свидетельствует, 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%) вообще не известны никакие диагнозы имеющихся у него заболеваний. В женской же популяции лишь пятая часть (19,2%) проявляет неосведомленность относительно имеющихся заболеваний.

Более того, если взрослая женщина в среднем знает о 2,4 диагнозах имеющихся у нее заболеваний, то взрослому мужчине известно лишь 1,3. Это подтверждается и более высоким уровнем информированности женщин (62%) по сравнению с мужчинами (45%).

Оптимальной, по-видимому, является такая информированность пациентов о собственных заболеваниях, которая, во-первых, оказывается максимально полной и точной, соответствуя данным объективных обследований, во-вторых, выступает основанием адекватного ценностного отношения индивида к собственному здоровью.

Заключение

Изучение субъективного мнения населения о состоянии своего здоровья, степени внимания к нему показало недооценку в ряде случаев серьезности изменений в состоянии здоровья, особенно выраженную у лиц с более низким образовательным уровнем, недостаточно внимательное отношение к своему здоровью даже среди больных.

Люди продолжают относиться к своему здоровью потребительски и не стараются его поддерживать. Полученные при данном исследовании результаты вызывают необходимость корректировки форм и методов в формировании и воспитании здорового образа жизни у населения, совершенствование профилактической деятельности, направленное на формирование адекватного отношения человека к здоровью, расширение социально-психологической помощи населению.

Информированность населения о состоянии собственного здоровья вообще и заболеваемости в частности обычно оказывается далеко не полной и неодинаково проявляется в разных социальных группах, что обусловлено особенностями сознания индивида, а также неодинаковой включенностью социальных групп в инфраструктуру и информационные потоки системы здравоохранения.

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. ■

Агаларова Л.С. – д.м.н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения Дагестанской государственной медицинской академии, г. Махачкала; Гаджимурадова З.Г. – аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения Дагестанской государственной медицинской академии, г. Махачкала; Автор, ответственный за переписку - Агаларова Луиза Саидамедовна, 367003 Республика Дагестан, г. Махачкала, ул. Ушакова, дом.9, кв. 10, Luiza_agalarova@mail.ru

Литература:

1. 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.
2. Дмитриева Е.В. Социология здоровья: методологические подходы и коммуникационные программы. М.: Центр, 2002. – С. 118-119.
3. Журавлева И.В. Самооценка здоровья и факторы, влияющие на него//Отношение человека к здоровью и продолжительности жизни /Отв. ред. И.В. Журавлева. М.: Институт социологии РАН, 1993.
4. Медик В.А., Осипов А.М. Общественное здоровье и здравоохранение: Медико-социологический анализ. – М.: РИОР; ИНФА-М, 2012. – С. 126-151.
5. Решетников А.В. Медико-социальные системы: способы образования и сравнительный анализ //Социология медицины: 2005. -№1(16). – С.3-17.