

Отношение к здоровью населения Свердловской области

Ж. В. Максимова, Г. М. Насыбуллина, Е. С. Шигаева, С. В. Глуховская

Свердловский областной центр медицинской профилактики;
ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава, Екатеринбург

Резюме

Целью исследования явилось изучить отношение населения трудоспособного возраста Свердловской области к своему здоровью. Проводился анонимный анкетный опрос 1609 человек, посетивших поликлинику или общую врачебную практику, в 8 муниципальных образованиях Свердловской области. Осуществлялся анализ анкетирования, включавшего социально-демографические характеристики, самооценку здоровья и образа жизни, информированность о показателях своего здоровья. По результатам исследования, преобладала удовлетворительная самооценка состояния здоровья (59,3%). Продемонстрировано, что 19% респондентов не знают массу тела, 24% — уровень артериального давления, 67% — уровень сахара, 78% — уровень холестерина. Больше половины опрошенных (60%) считают, что не придерживаются принципов здорового образа жизни, но планируют внести изменения в повседневную жизнь с целью сохранения и укрепления своего здоровья (72,2%). Таким образом, выявлена низкая приверженность населения к здоровому образу жизни и низкая информированность населения о показателях своего здоровья. При этом продемонстрирована высокая мотивация респондентов к изменению образа жизни.

Ключевые слова: население, здоровье, образ жизни, информированность.

Введение

Понятие «отношение к здоровью» включает в себя оценку состояния здоровья, отношение к здоровью и деятельность по сохранению здоровья [1]. Для изучения «мнения» населения о здоровье используют простые и надежные методы, к числу которых относятся самооценка здоровья, информированность о показателях своего здоровья и определение поведенческих факторов риска.

Общеизвестно, что на современном этапе развития медицинской науки концептуальной основой укрепления и охраны здоровья населения, профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) является стратегия борьбы с факторами риска (ФР), связанными с образом жизни [2, 3]. Одним из важнейших направлений формирования у населения здорового образа жизни, является информирование и консультирование пациентов, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) по любому поводу, о

факторах риска и способам их коррекции. При этом следует признать недостаточным уровень готовности медицинских работников к консультированию по вопросам медицинской профилактики. При оказании медицинской помощи населению часто недооценивается роль самого человека, не принимается в расчет его отношение к собственному здоровью, приверженность идеям здорового образа жизни.

Состояние здоровья населения России и отдельных популяционных групп, основанное на изучении распространенности поведенческих ФР ХНИЗ, хорошо описано в литературе, однако оценка здоровья в контексте отношения к здоровью является малоизученной и представляется актуальной. Анализируя представления населения о собственном здоровье и качестве предоставляемых профилактических услуг, необходимо основываться на достоверной информации. Изучение информированности о ФР и потребности в профилактических услугах позволит оценить приоритетность профилактических мероприятий по оздоровлению, повысит эффективность и снизит финансовые затраты на целевые профилактические программы.

Принимая во внимание выше изложенное, целью настоящего исследования явилось изучение отношения населения трудоспособного возраста Свердловской области к своему здоровью.

Ж. В. Максимова — к. м. н., зав. отделом мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний СОЦМП;

Г. М. Насыбуллина — д. м. н., профессор, зав. кафедрой гигиены и экологии ГОУ ВПО УГМА Росздрава;

Е. С. Шигаева — аспирант Российского го профессионально-педагогического университета, специалист по связям с общественностью СОЦМП;

С. В. Глуховская — директор СОЦМП.

Таблица 1. Основные характеристики исследуемой выборки (n=1609), %

Показатель	Значения показателя	Доля опрошенных
Возраст	18–24 лет	17,0
	25–34 лет	25,2
	35–44 лет	21,7
	45–55 лет	30,9
	56–60 лет	5,2
Образование	Среднее и неполное среднее	23,0
	Среднее специальное	46,3
	Высшее и незаконченное высшее	30,5
Семейный статус	Женаты, замужем или живут в гражданском браке	67,4
	Разведены или женаты, но живут отдельно	8,9
	Никогда не были женаты, замужем	19,2
	Вдовцы, вдовы	3,7

Задачи исследования:

1. Изучить самооценку здоровья и образа жизни среди посетителей амбулаторно-поликлинических учреждений Свердловской области.
2. Изучить информированность посетителей амбулаторно-поликлинических учреждений Свердловской области о показателях своего здоровья.

Материал и методы исследования

Исследование проводилось в марте-мае 2007 года среди лиц, посетивших поликлинику или общую врачебную практику с любой целью. Общий объем выборки был определен в 1600 человек. Метод исследования — анонимный анкетный опрос. Место проведения исследования — поликлиники г. Екатеринбурга, Нижнего Тагила, Первоуральска, Ирбита, Верхней Пышмы, Алапаевска, Михайловска и

общие врачебные практики Алапаевского района. При выборе территорий вся Свердловская область условно была поделена на 3 группы: крупный, промышленно-развитый город (Екатеринбург); муниципальные образования с градообразующим предприятием (Нижний Тагил, Первоуральск, Ирбит, Верхняя Пышма, Алапаевск); сельские территории с развитой сетью общих врачебных практик (ОВП) (Алапаевский район) и неразвитой системой ОВП (Михайловск).

Подлежали опросу лица трудоспособного возраста: мужчины — с 18 до 60 лет, женщины — с 18 до 55 лет.

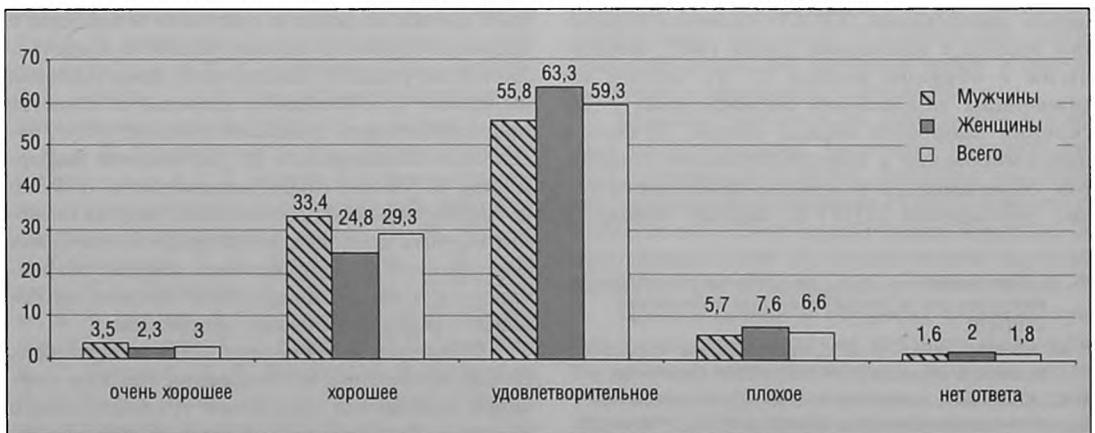
Всего было опрошено 1609 чел., из них 779 мужчин, 830 женщин.

Анкеты заполнялись самостоятельно и анонимно. Используемая для исследования анкета была разработана с использованием нескольких стандартных опросников, состояла из 30 вопросов и включала следующие позиции:

- социально-демографические показатели, включая сведения о возрасте респондента, образовании и семейном положении,
- самооценка здоровья,
- информированность о показателях здоровья,
- самооценка образа жизни.

Самооценка здоровья осуществлялась по четырехбалльной шкале, включающей оценки здоровья от «очень хорошего» до «плохого». У 1376 человек, указавших свой рост и вес,

Рисунок 1. Стандартизованная по возрасту самооценка состояния здоровья, %



Примечание. * $p < 0,05$ при сравнении между мужчинами и женщинами.

Таблица 2. Стандартизованная по полу и возрасту самооценка состояния здоровья в различных возрастных категориях, в зависимости от семейного положения и уровня образования в исследуемой выборке, %

Категории	Варианты	Самооценка состояния здоровья		
		очень хорошее и хорошее	удовлетворительное	плохое
Возраст	18-24 (n=274)	57,3 ^a	40,1 ^a	1,1
	25-34 (n=405)	42,7 ^a	51,9 ^a	4,4
	35-44 (n=349)	24,6	68,8	6,3
	45-55 (n=497)	18,9	68,4	11,5
	56-60 (n=84)	16,7	73,8	8,3 ^a
Семейное положение	Женаты, замужем или живут в гражданском браке (n=1084)	28,4	63,8	7,1
	Разведены или женаты, но живут отдельно (n=143)	25,2	62,2	12,6
	Никогда не были женаты, замужем (n=309)	50,5 ^b	45,0 ^b	1,9
	Вдовцы, вдовы (n=60)	16,7	70,0	13,3 ^c
Уровень образования	Среднее и неполное среднее (n=370)	28,4	60,3	9,5
	Среднее специальное (n=745)	29,0	62,7	7,5
	Высшее и незаконченное высшее (n=491)	38,9 ^d	56,8	3,7 ^d

Примечание. ^a p<0,05 при сравнении с остальными возрастными группами;

^b p<0,05 при сравнении с группами с иным семейным положением;

^c p<0,05 при сравнении с группой женатых (замужних) лиц;

^d p<0,05 при сравнении с группами с иным уровнем образования.

был рассчитан индекс массы тела по формуле: ИМТ = масса тела/рост² (кг/м²). Артериальной гипертензией считали АД более 139 мм рт. ст. и/или 89 мм рт. ст. [4]. Нормальными считали содержание общего холестерина в крови менее 5,0 ммоль/л, содержание глюкозы менее 5,5 ммоль/л. К курящим относили всех лиц, курящих ежедневно и реже.

Данные подвергались математическому статистическому анализу в компьютерной программе Microsoft Excel. Статистический анализ представлял собой сравнительное описание ответов респондентов согласно рубрикам опросника и социально-демографическим характеристикам респондентов. Для статистического сравнения средних выборок применяли критерий Стьюдента. Межгрупповые сравнения для категориальных переменных проверялись с помощью χ^2 — теста. Проводилась процедура стандартизации изучаемых показателей по возрасту и полу, т.к. были выявлены достоверные различия в возрастно-половой структуре респондентов.

Результаты и обсуждение

Социально-демографическая характеристика респондентов

Социально-демографическая характеристика исследуемой выборки представлена в табл. 1. В целом, в изучаемой выборке примерно в равной степени были представлены мужчины (48,4%) и женщины (51,6%), средний возраст респондентов составил 38,0±12,0 лет,

преобладали лица в возрастной категории 45-55 лет, со средним специальным образованием, большинство из них были женаты или замужем и имели детей (71,9%). Процент холостых мужчин был в 1,5 раза больше, чем незамужних женщин (23,9% и 14,8%, p<0,05), в то же время вдов было в два раза больше, чем вдовцов (5,2% и 2,2% соответственно, p<0,05). Разница между мужчинами и женщинами по образованию была значимой в группе с неполным средним и средним образованием, где преобладали мужчины (29,7% и 16,7%, p<0,05) и в группе со средним специальным образованием, где преобладали женщины (50,5% и 41,8%, p<0,05).

Самооценка здоровья

Стандартизованная по возрасту самооценка здоровья респондентов представлена на рис. 1. Как видно, преобладала удовлетворительная самооценка состояния здоровья, причем как среди мужчин, так и женщин. В целом самооценка здоровья в данном исследовании соответствует результатам самооценки здоровья взрослых в различных исследованиях в России [5, 6] и остается ниже самооценки здоровья представителей таких стран, как Великобритания, США, Финляндия [7]. Результаты данного и других исследований подтверждают, что доля тех, кто оценивает свое здоровье ниже хорошего, включая плохое и удовлетворительное, составляет примерно две трети в российской популяции.

Таблица 3. Информированность о показателях здоровья в зависимости от возраста и уровня образования, %

Категории	Варианты	Показатели здоровья			
		масса тела	артериальное давление	глюкоза	холестерин
Возраст	18-24 (n=274)	86,1	56,9 ^a	15,7 ^a	10,2 ^a
	25-34 (n=405)	84,2	69,9 ^a	22,5 ^a	15,3 ^a
	35-44 (n=349)	89,4	78,8	39	24,4
	45-55 (n=497)	85,9	83,7	46,1	31,6
	56-60 (n=84)	88,1	84,5	40,5	22,6
Уровень образования	Среднее и неполное среднее (n=370)	80,0	70,3	30,0	18,4
	Среднее специальное (n=745)	86,7	76,4	35,6	24,0
	Высшее и незаконченное высшее (n=491)	90,6	75,2	32,0	21,2

Примечание. ^a p<0,05 при сравнении с возрастными группами 35-44, 45-55, 56-60 лет.

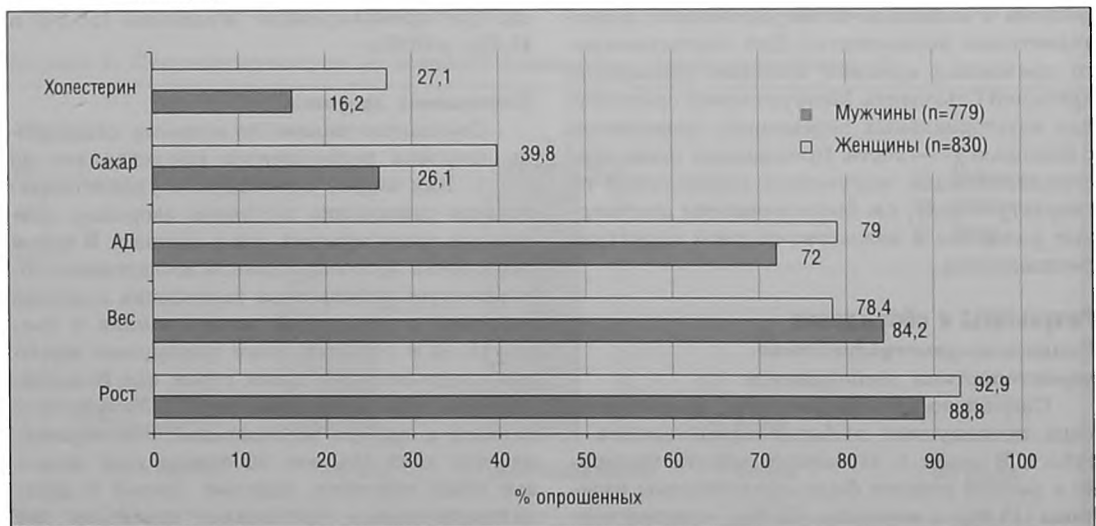
В ходе исследования установлены достоверные различия в самооценке здоровья между мужчинами и женщинами. Так, мужчины по сравнению с женщинами чаще оценивали свое здоровье как хорошее, тогда как женщины чаще, чем мужчины давали удовлетворительную оценку своего здоровья. При проведении исследований по самооценке здоровья в зарубежных странах не было получено значимых гендерных различий [7]. Напротив, в России женщины оценивают свое здоровье хуже, чем мужчины, что подтверждается и результатами настоящего исследования [5, 6].

Полученные данные подтверждают очевидный факт тесной взаимосвязи состояния здоровья с возрастом (табл. 2). Молодые респонденты в возрасте 18-24 лет максимально

высоко оценивали свое здоровье по сравнению с другими возрастными группами. Лица 18-34 лет чаще давали хорошую самооценку здоровья. Заслуживает внимания тот факт, что удовлетворительная самооценка являлась преобладающей, начиная с возраста 25 лет и особенно 35 лет и старше. Плохую самооценку достоверно чаще давали лица старше 45 лет.

Кроме того, установлены различия в самооценке здоровья в зависимости от семейного положения (табл. 2). Так, холостые люди достоверно чаще оценивали свое здоровье, как очень хорошее и хорошее, чем лица с другим семейным положением. В свою очередь женатые (замужние), разведенные и вдовы (вдовцы) чаще, чем холостые (незамужние), давали удовлетворительную самооценку здоровья. Разведенные и вдовы (вдовцы) чаще оценива-

Рисунок 2. Информированность респондентов о показателях своего здоровья в зависимости от пола, %



Примечание. * p<0,05 при сравнении между мужчинами и женщинами.

Рисунок 3. Стандартизованная по возрасту самооценка образа жизни, %



Примечание. * $p < 0,05$ при сравнении между мужчинами и женщинами.

ли свое здоровье как плохое, чем женатые (замужние) респонденты.

При анализе самооценки здоровья среди лиц с различным уровнем образования установлено, что лица с высшим и незаконченным высшим образованием достоверно чаще характеризуют свое здоровье как хорошее, тогда как лица с неполным средним, средним и средним специальным образованием чаще дают плохую оценку своему здоровью (табл. 2). Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что низкий уровень образования является предиктором низкой самооценки здоровья.

Информированность о показателях здоровья

Анкетный опрос показал, что 90,9% респондентов знают свой рост, 81,2% знают свой вес. Гендерных и возрастных различий в информированности об этих показателях здоровья не выявлено (рис. 2).

По данным настоящего исследования, нормальную массу тела имели 40,1% (646 человек): 302 мужчины (46,5%), 344 женщины (47,3%), из них оценили ее ниже нормы 11,1%. Избыточную массу тела имели 28,8% респондентов (37,9% мужчин, 30,0% женщин). Ожирение I-III степени отмечалось у 14,3% респондентов (13,6% мужчин, 19,5% женщин). Среди лиц с избыточной массой тела и ожирением верно оценивали показатель массы тела только 58,8%, считали ее нормальной 32,9%, затруднились с ответом — 8,3%.

Свой уровень артериального давления (АД) знали 75,6% опрошенных, не знали 24,4%, без статистически значимой разницы между мужчинами и женщинами (рис. 2). Повышенный уровень АД имели 21,0% опрошенных, из них 180 (23,1%) мужчин и 158 женщин (19,0%). Среди них дали правильную оценку повышенным цифрам АД 54,1% респондентов, неверно оце-

нили свой уровень АД, считая его нормальным 36,0%, затруднились с ответом — 9,9%.

Информированность респондентов о таких показателях, как уровень холестерина (ХС) и сахара крови, была значительно ниже и составила 21,8 и 33,1% соответственно. Выявлена достоверная разница между мужчинами и женщинами в осведомленности о своих показателях уровней ХС и сахара крови: женщины были информированы лучше, чем мужчины. Повышенный уровень холестерина указали 39,0%, из них лишь 50,4% респондентов знали о том, что этот показатель превышает норму, 35,0% не считали это отклонением, 14,6% — затруднились с ответом. Повышенный уровень глюкозы имели 22,5%, из них осознавали это только 38,3% опрошенных, неправильно оценили, считая уровень сахара нормальным, 49,2%, затруднились с ответом — 12,5%.

Сравнительный анализ информированности о показателях здоровья в различных возрастных категориях (табл. 3) продемонстрировал, что в отличие от более старших возрастных групп, респонденты в возрасте 18-34 лет хуже информированы об уровнях АД, сахара и холестерина ($p < 0,05$). Изучение взаимосвязи между уровнем образования и информированностью о показателях здоровья не выявило достоверных различий.

Оценка образа жизни

По данным настоящего исследования, считают, что ведут здоровый образ жизни всего треть респондентов, большинство высказали мнение о том, что их образ жизни не совсем здоровый, нездоровый или затруднились с ответом (рис. 3). Установлены достоверные различия в самооценке образа жизни между мужчинами и женщинами. Так, женщины достоверно чаще, чем мужчины, отмечали, что ведут здоровый образ жизни, тогда как муж-

Таблица 4. Стандартизованная по полу и возрасту самооценка образа жизни в различных возрастных категориях и в зависимости от уровня образования в исследуемой выборке, %

Категории	Варианты	Самооценка образа жизни			
		здоровый образ жизни	не совсем здоровый образ жизни	нездоровый образ жизни	затруднились ответить
Возраст	18-24 (n=274)	28,1	52,6 ^a	12,2	3,8 ^b
	25-34 (n=405)	27,1	51,5 ^a	9,9	10,4
	35-44 (n=349)	26,0	51,1 ^a	12,2	9,6
	45-55 (n=497)	32,0	41,6	13,6	10,9
	56-60 (n=84)	33,3	39,3	13,1	13,1
Уровень образования	Среднее и неполное среднее (n=370)	30,3	39,7 ^c	13,8	14,6
	Среднее специальное (n=745)	28,5	50,6	11,8	7,4
	Высшее и незаконченное высшее (n=491)	29,9	50,7	10,2	7,3

Примечания. ^a $p < 0,05$ при сравнении с возрастными группами 45-55, 56-60 лет;

^b $p < 0,05$ при сравнении с другими возрастными группами;

^c $p < 0,05$ при сравнении с группами с иным уровнем образования.

чины чаще указывали на нездоровый образ жизни или затруднялись ответить.

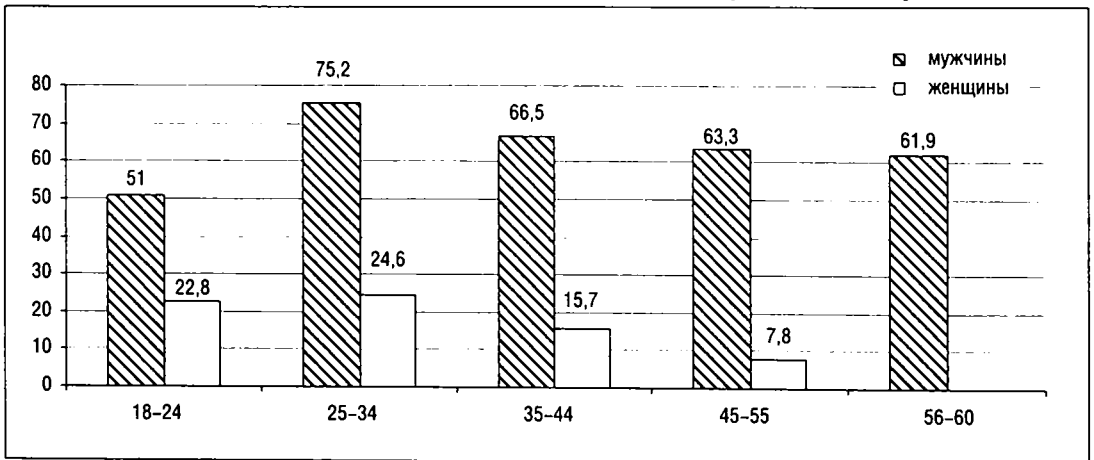
В табл. 4 представлена стандартизованная по полу самооценка образа жизни респондентов в различных возрастных категориях. Установлено, что в отличие от более старших возрастных групп, респонденты в возрасте 18-44 лет чаще отмечали, что их образ жизни не в полной мере соответствует здоровому ($p < 0,05$). Лица в возрасте 18-24 лет реже затруднялись оценить свой образ жизни, чем лица 25-60 лет.

Сравнительный анализ самооценки образа жизни респондентов в зависимости от уровня образования (табл. 4) продемонстрировал, что лица со средним специальным, незаконченным высшим и высшим образованием достоверно чаще, чем лица с неполным средним и средним образованием, характеризуют свой образ жизни как не вполне соответствующий здоро-

вому. Лица со средним и неполным средним образованием чаще затруднялись оценить свой образ жизни.

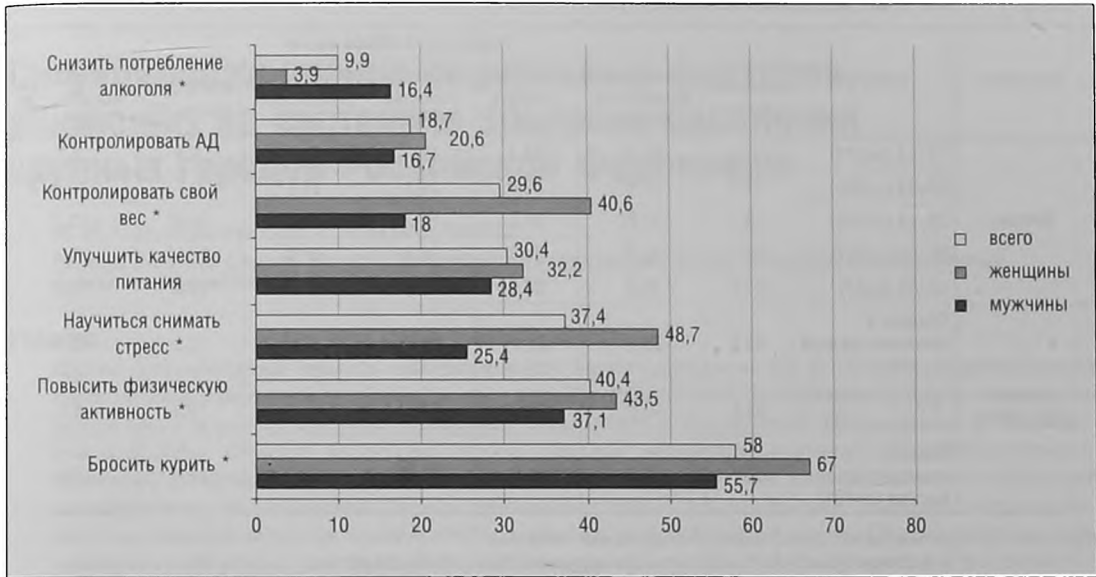
По данным настоящего исследования, распространенность табакокурения среди респондентов исследуемой популяции составила 38,0%: среди мужчин — 60,2%, среди женщин — 17,2%. Наибольшая распространенность курения, как среди мужчин, так и женщин, отмечена в возрасте 25-34 лет (рис. 4). С возрастом прослеживается тенденция к снижению частоты табакокурения: незначительная — среди мужчин ($p > 0,05$) и отчетливая — среди женщин ($p < 0,05$). Выявлено, что распространенность табакокурения выше среди лиц со средним и неполным средним образованием (43,2%), чем среди лиц со средним специальным (28,9%) и высшим и незаконченным высшим образованием (23,8%) ($p < 0,05$).

Рисунок 4. Распространенность табакокурения в различных возрастных категориях, %



Примечание. ^{*} $p < 0,05$ при сравнении между мужчинами и женщинами.

Рисунок 5. Мнение респондентов относительно того, что бы они хотели изменить в своем образе жизни, %#



Примечания. * респонденты могли выбирать несколько ответов;
* $p < 0,05$ при сравнении между мужчинами и женщинами.

Примечательно, что планируют изменить свой образ жизни для сохранения и укрепления своего здоровья 72,2% опрошенных, независимо от пола, возраста и уровня образования, из них 515 мужчин (66,1%) и 647 женщин (78,0%). Мнение респондентов о том, что бы они хотели изменить в своем образе жизни, отражено на рис. 5. Наиболее актуальными изменениями в образе жизни для респондентов были повышение физической активности, преодоление стресса, улучшение качества питания и контроль своего веса, больше половины курящих хотели бы отказаться от этой зависимости, независимо от возраста и уровня образования. Следить за уровнем АД считали важным лишь пятая часть респондентов.

Для женщин более важным, чем для мужчин, является необходимость бросить курить, повысить физическую активность, научиться снимать стресс и контролировать свой вес. Для мужчин более, чем для женщин, актуальна проблема снижения потребления алкоголя. Указывали на отсутствие необходимости что-либо менять в своем образе жизни с целью сохранения и укрепления здоровья в 1,5 раза больше мужчин, чем женщин (33,1% и 21,4% соответственно, $p < 0,05$) и преимущественно — в возрасте 56–60 лет.

Изучение мнения респондентов относительно того, что бы они хотели изменить в своем образе жизни, в зависимости от возраста и уровня образования позволило выяснить, что желание повысить физическую активность

уменьшалось, а контролировать уровень артериального давления — увеличивалось с возрастом (табл. 5). Улучшить качество питания представлялось наиболее актуальным для молодых лиц в возрасте 18–24 лет, а контролировать свой вес оказалось более важным в возрасте 45–55 лет, нежели в 18–24 лет, и менее всего эта проблема волновала мужчин 56–60 лет. Отмечено, что лица со средним и неполным средним образованием по сравнению с лицами с более высоким уровнем образования в меньшей степени мотивированы повысить физическую активность, улучшить качество питания, контролировать вес, владеть навыками преодоления стресса и снизить потребление алкоголя (табл. 5).

Таким образом, результаты исследования продемонстрировали, с одной стороны, высокую распространенность нездорового образа жизни, с другой стороны, высокую мотивацию, особенно женщин, к изменению образа жизни.

Выводы

1. Согласно данным проведенного исследования, среди респондентов, посетивших амбулаторно-поликлинические учреждения исследуемых территорий Свердловской области, преобладала удовлетворительная самооценка состояния здоровья (59,3% респондентов), как среди мужчин, так и женщин. Мужчины по сравнению с женщинами чаще оценивали свое здоровье как хорошее, тогда как женщины чаще, чем мужчины, давали удовлетворитель-

Таблица 5. Мнение респондентов относительно того, что бы они хотели изменить в своем образе жизни, в различных возрастных категориях и в зависимости от уровня образования в исследуемой выборке, %

Категории	Варианты	Изменения в образе жизни ^а						
		бросить курить	повысить физическую активность	научиться снимать стресс	улучшить качество питания	контролировать свой вес	контролировать АД	снизить потребление алкоголя
Возраст	18-24 (n=274)	57,1	51,8 ^а	31,4	43,1 ^с	23,7	5,5	7,7
	25-34 (n=405)	61,4	48,1 ^а	39,0	28,4	31,6	9,1	10,6
	35-44 (n=349)	58,1	37,2 ^б	37,2	27,2	30,4	18,3 ^с	12,3
	45-55 (n=497)	56,4	34,2 ^б	41,0	28,4	33,2 ^д	32,2 ^е	8,9
	56-60 (n=84)	53,2	15,5	28,6	22,6	15,5 ^с	29,8 ^е	10,7
Уровень образования	Среднее и неполное среднее (n=370)	52,5	25,4 ^о	25,4 ^о	23,5 ^о	22,4 ^о	20,5	15,1 ^о
	Среднее специальное (n=745)	65,6	40,8 ^б	40,3	32,8	33,3	19,3	8,5
	Высшее, незаконченное высшее (n=491)	68,4	51,3	42,2	31,8	29,5	15,1	7,9

Примечания. ^а респонденты могли выбирать несколько ответов;

^а $p < 0,05$ при сравнении с возрастными группами 35-44, 45-55, 56-60 лет;

^б $p < 0,05$ при сравнении с возрастной группой 56-60 лет;

^с $p < 0,05$ при сравнении с остальными возрастными группами;

^д $p < 0,05$ при сравнении с возрастной группой 18-24 лет;

^е $p < 0,05$ при сравнении с возрастными группами 18-24, 25-34 лет;

^о $p < 0,05$ при сравнении с возрастными группами 18-24, 25-34, 35-44 лет;

^п $p < 0,05$ при сравнении с группами с иным уровнем образования;

^р $p < 0,05$ при сравнении с группой с высшим и незаконченным высшим образованием.

ную оценку своего здоровья. Самооценка здоровья выше среди лиц молодого возраста по сравнению с пожилыми. Лица с высшим и незаконченным высшим образованием достоверно чаще характеризуют свое здоровье как хорошее, тогда как лица с неполным средним, средним и средним специальным образованием чаще дают плохую оценку своему здоровью.

2. Выявлена низкая приверженность населения к здоровому образу жизни: больше половины респондентов (60%) считают, что не придерживаются принципов здорового образа жизни, особенно мужчины в возрасте 18-44 лет. При этом продемонстрирована высокая мотивация респондентов к изменению образа жизни: 72,2% опрошенных, независимо от пола, возраста и уровня образования, планируют внести изменения в повседневную жизнь с целью сохранения и укрепления своего здоровья.

3. Отмечена низкая информированность населения о показателях своего здоровья, в частности: не знали массу тела — 19%, уровень артериального давления — 24%, уровень сахара — 67%, уровень холестерина — 78% респондентов. Из числа лиц, знавших свои показатели здоровья, более 30% не смогли правильно их оценить. Неверно оценивали наличие у себя избыточной массы тела 33% опрошенных, неправильно характеризовали

повышенные цифры АД 36%, не придавали значения повышенным уровням холестерина и сахара крови соответственно 35% и 49% респондентов. Лица молодого возраста (до 35 лет) хуже осведомлены о своих показателях здоровья и критериях их оценки.

Литература

1. Журавлева И. В. Отношение к здоровью индивида и общества. Наука, 2006; 238 с.
2. Неинфекционные заболевания и пропаганда здорового образа жизни: Краткий отчет по результатам работы семинара по политике в области общественного здравоохранения (3-4 декабря 2002 г.). Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2003; 6: 3-10.
3. Оганов Р. Г., Масленникова Г. Я., Шальнова С. А., Деев А. Д. Сердечно-сосудистые и другие хронические неинфекционные заболевания: ситуация и возможности профилактики в России. Международный медицинский журнал. 2003; 9 (1): 16-21.
4. Профилактика, диагностика и лечение первичной артериальной гипертензии в РФ: клинические рекомендации. Клини. фармакология и терапия. 2000; 9 (3): 1-23.
5. Шатерникова И. Н., Деев А. Д., Измайлова О. В. и др. Потребности трудоспособного населения в медицинских профилактических услугах. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2005; 4: 23-29.
6. Ильченко И. Н., Аарва П., Горобец П. Ю. Состояние здоровья и отношение к здоровью населения г. Липецк и Тюмень: популяционное исследование.
7. Subramanian S. V., Danies J. K., Ichiro K. Social trust and self-rated health in US communities: a multilevel analysis. J. Urban Health: Bulletin of New York Academy of Medicine. 2000; 79: 21-34.