

УДК [614.1:314.144:004](574)

DOI 10.24412/2312-2935-2024-1-527-539

АНАЛИЗ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ В СУБЪЕКТИВНЫХ ОЦЕНКАХ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН)

Д.С. Омарова, Д.Н. Бегун, Е.В. Булычева

ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Оренбург

Введение. Учитывая общепризнанное определение термина «здоровье» как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», становится очевидным необходимость учёта субъективной оценки здоровья собственно самим человеком. Среди основных индикаторов здоровья особое положение занимает его субъективная оценка населением.

Цель – провести анализ субъективной оценки собственного здоровья населением различных регионов Республики Казахстан.

Материалы и методы. Данные для настоящего исследования получены путём включения 1500 человек, проживающих в северных (n=500), западных (n=500) и южных (n=500) регионах Республики Казахстан. Исследование проведено анкетным методом по опроснику Н.В. Юргеля с соавт. (2009), который включал в себя блок вопросов, один из которых был предназначен для субъективной оценки собственного здоровья респондентов.

Результаты. Каждый третий респондент оценивал свое состояние здоровья как удовлетворительное (36,9%) и хорошее (28,9%). Установлены особенности субъективной оценки состояния здоровья в зависимости от региона проживания и возраста. Так, максимальное число респондентов, имеющее хорошую оценку собственного здоровья наблюдалось в северных регионах Республики Казахстан (53,2%) и в возрасте 18-39 лет (31,3%); а минимальное количество респондентов с таким же уровнем субъективной оценки состояния здоровья выявлено в южных регионах и в возрастной группе 40-64 лет (24,2%).

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о различном уровне субъективной оценки собственного здоровья населения, проживающего на различных территориях Республики Казахстан. Развитие исследования может быть направлено на создание региональных моделей, интегрирующих объективные (медико-статистические) и субъективные (медико-социологические) данные.

Ключевые слова: субъективная оценка состояния здоровья, население, удовлетворённость здоровьем

ANALYSIS OF THE HEALTH OF THE POPULATION IN SUBJECTIVE ASSESSMENTS (USING THE EXAMPLE OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN)

D.S. Omarova, D.N. Begun , E.V. Bulycheva

Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Orenburg

Introduction. Given the generally accepted definition of the term "health" as "a state of complete physical, mental and social well-being, and not only the absence of diseases and physical defects," it becomes obvious that the subjective assessment of health by the person himself must be taken into account. Among the main indicators of health, a special position is occupied by its subjective assessment by the population.

The purpose - to analyze the subjective assessment of their own health by the population of various regions of the Republic of Kazakhstan.

Materials and methods. The data for this study were obtained by including 1,500 people living in the northern (n=500), western (n=500) and southern (n=500) regions of the Republic of Kazakhstan. The study was conducted using a questionnaire method based on the questionnaire of N.V. Yurgel et al. (2009), which included a set of questions, one of which was designed to subjectively assess the respondents' own health.

Results. One in three respondents rated their health status as satisfactory (36.9%) and good (28.9%). The features of the subjective assessment of health status depending on the region of residence and age are established. Thus, the maximum number of respondents with a good assessment of their own health was observed in the northern regions of the Republic of Kazakhstan (53.2%) and at the age of 18-39 years (31.3%); and the minimum number of respondents with the same level of subjective assessment of health status was found in the southern regions and in the age group of 40-64 years (24.2%).

Conclusion. The data obtained indicate a different level of subjective assessment of the own health of the population living in different territories of the Republic of Kazakhstan. The development of the research can be aimed at creating regional models that integrate objective (medical-statistical) and subjective (medical-sociological) data.

Keywords: subjective assessment of the health status of the population, satisfaction with health

Введение. Учитывая общепризнанное определение термина «здоровье» как «состояния полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов», становится очевидным необходимость учёта субъективной оценки здоровья собственно самим человеком. Среди основных индикаторов здоровья особое положение занимает его субъективная оценка населением [1]. Самооценка здоровья в большинстве случаев отражает реальное состояние здоровья людей. Самооценка выполняет двойную функцию – показателя и регулятора поведения. Существуют устойчивые корреляционные связи между самооценкой здоровья и ведущими факторами заботы о нем [2]. В этой связи, наряду с данными официальной медицинской статистики актуален анализ социологической информации, что позволяет получить дополнительные данные о проблемах

здоровья и образа жизни населения различных регионов страны получить дополнительные данные о проблемах здоровья и образа жизни населения различных регионов страны [3].

Цель исследования – провести анализ субъективной оценки собственного здоровья населением различных регионов Республики Казахстан.

Материалы и методы исследования. Данные для настоящего исследования получены путём включения 1500 человек, проживающих в северных (n=500), западных (n=500) и южных (n=500) регионах Республики Казахстан. Исследование проведено анкетным методом по опроснику Н.В. Юргеля с соавт. (2009), который включал в себя блок вопросов, один из которых был предназначен для субъективной оценки собственного здоровья респондентов. Ответы респондентов в этом блоке были подвергнуты анализу в рамках настоящего исследования.

Проведение опроса осуществлялось в строгом соответствии с правилами, основанными на стандартных социологических практиках, а также четким выполнением требований к выборке. Определение размера выборки для проведения опроса в регионах Республики Казахстан осуществлялась по формуле:

$$N = \frac{\frac{Z^2 \times 0,25}{E^2}}{1 + \frac{(\frac{Z^2 \times 0,25}{E^2} - 1)}{n}}$$

где, N – размер выборки (человек); Z - значение, соответствующее желаемому доверительному интервалу; E – коэффициент допустимой погрешности (точность); n – численность застрахованных лиц в регионе Республики Казахстан (человек).

Выборка по регионам дополнительно разбивалась по возрастам 18-39 лет и 40-64 лет.

Статистический анализ полученных данных проводился путём расчёта относительных величин: интенсивных и экстенсивных. Определение уровня статистической значимости различий проведен с помощью критерия Хи-квадрат Пирсона.

Результаты исследования. Установлено, что большинство опрошенных (36,8%) оценили свое здоровье как удовлетворительное; 28,9% человек – как хорошее; 15,2% человек – как плохое; 19,1% человек затруднились ответить (Рис.1)

Максимальное число опрошенных, которые оценили свое здоровье, как хорошее установлено в Северном районе Республики Казахстан – 53,2%; в этом же районе выявлено и минимальное количество человек, которые оценили свое здоровье как плохое (6,6%). Самый высокий удельный вес лиц, которые оценили свое здоровье как плохое, определено в Южном

регионе Республики Казахстан - у 28,6% опрошенных, что больше в 2,7 раз, чем в Западном регионе, и в 4,3 раза, чем в Северном регионе.

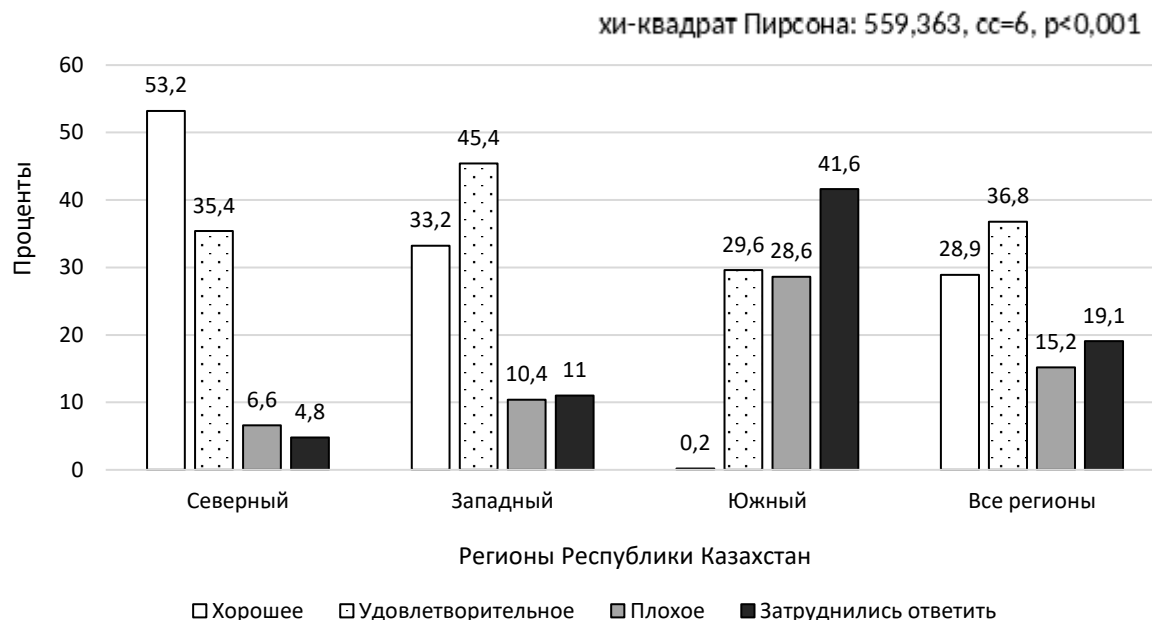


Рисунок 1. Распределение опрошенных лиц с учётом субъективной оценки собственного здоровья и территории проживания (%)

При учёте возраста опрошенных установлено, что большинство оценивают свое здоровье удовлетворительным как в возрастной группе 18-39 лет (40%), так и в возрастной группе 40-64 лет (31,5%). Лишь каждый третий опрошенный в возрасте 18-39 лет (31,3%) и каждый пятый респондент в возрасте 40-64 лет (24,2%) оценивал свое здоровье хорошо (Рис.2). Настораживает тот факт, что среди лиц в возрасте 40-64 лет до 25,7% респондентов затруднялись в своей оценке здоровья и не могли определить его в предложенной градации.

Анализ данных распределения населения по результатам субъективной оценки здоровья с учётом возраста и региона проживания обращает внимание на большой удельный вес лиц в исследуемых группах, проживающих в южном регионе, которые затруднялись ответить об оценке собственного здоровья (34,9% лиц в возрасте 18-39 лет и 46,8% лиц в возрасте 40-64 лет). В то же время в других исследуемых регионах число лиц с аналогичной субъективной оценкой собственного здоровья было в 3,9-14,2 раза меньше в возрасте 40-64 лет и в 3,3-5,7 раза меньше в возрасте 18-39 лет (Табл). Среди лиц в возрасте как 18-39 лет, так и в 40-64 лет, максимальное число респондентов с хорошей субъективной оценкой

собственного здоровья выявлено в Северном регионе Республики Казахстан (49,5% и 55,8%); а максимальное число респондентов с плохой субъективной оценкой собственного здоровья выявлено в Южном регионе (28,4% лиц в возрасте 18-39 лет и 28,9% лиц в возрасте 40-64 лет).

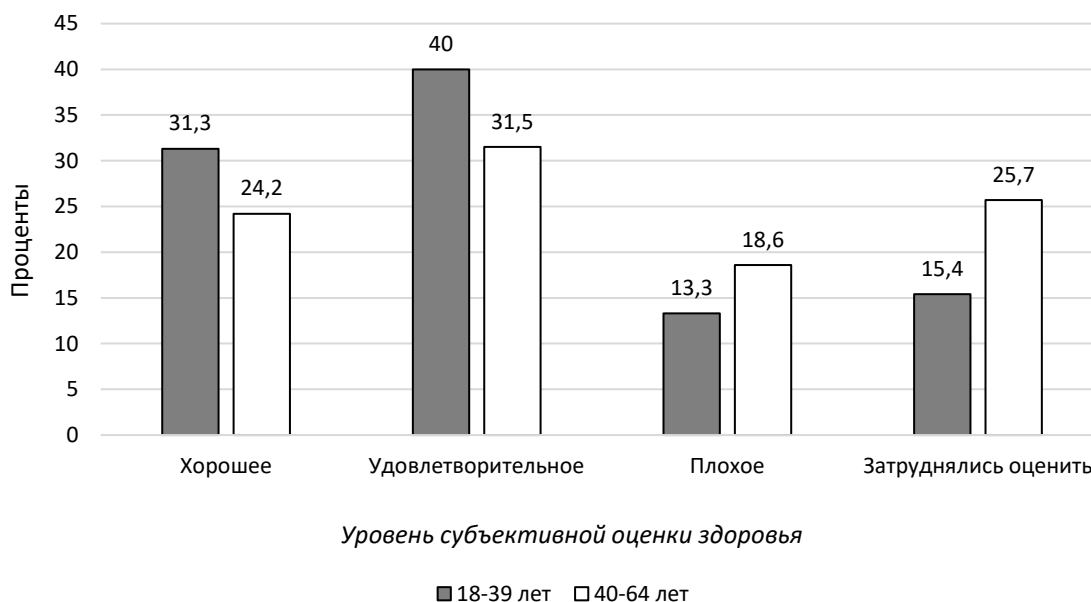


Рисунок 2. Распределение опрошенных лиц с учётом субъективной оценки собственного здоровья и возраста (%).

Таблица

Распределения населения по результатам субъективной оценки здоровья с учётом возраста и региона проживания (%)

Регион	Возрастная группа	Субъективная оценка здоровья			
		Хорошее	Удовлетворительное	Плохое	Затруднительно оценить
Северный	18-39 лет	49,5	38,6	5,8	6,1
	40-64 лет	55,8	33,2	7,7	3,3
Западный	18-39 лет	35,3	43,9	10,1	10,7
	40-64 лет	32,4	43,7	12,0	12,0
Южный	18-39 лет	0,5	36,3	28,4	34,9
	40-64 лет	0	24,3	28,9	46,8

Собранные социологические данные позволили представить общую картину субъективной оценки собственного здоровья населения в Республике Казахстан с учетом региона проживания и возраста. Настораживает тот факт, что до 19,1% респондентов затруднялись оценить свое здоровье. Опасение связано с тем, что, если человек не может дать

субъективную оценку собственному здоровью, то настороженность на его ухудшение снижается и, следовательно, возрастает риск позднего обращения за медицинской помощью в случае развития какого-либо заболевания.

Обсуждение. Самооценка здоровья является одним из наиболее важных показателей здоровья в социальных науках [4]. Важность надежных и точных объективных или физиологических показателей здоровья в исследованиях самоочевидна; возможно, менее очевидной является заметная и центральная роль, которую субъективные показатели здоровья играют в социальных исследованиях, исследованиях поведения и здоровья. Действительно, десятилетия исследований показывают, что важность субъективных показателей проистекает из нескольких ключевых источников. Во-первых, субъективные данные, такие как самооценка здоровья, тесно связаны как с физическим, так и с психическим и даже когнитивным здоровьем [5-8] и демонстрируют дифференцированную взаимосвязь со многими клинически значимыми биомаркерами - даже на «субклинических» уровнях, которые напрямую не связаны с повышенным риском для здоровья [9-10]. В то время как точная природа сознательных и бессознательных процессов, формирующих ощущения индивидов об их субъективном общем состоянии здоровья, остается неизвестной [11], многие исследователи оправдывают свое использование субъективной оценки состояния здоровья, ссылаясь на его высокую прогностическую достоверность в отношении плохого состояния здоровья и ранней смертности во многих обследованиях, в группах населения и в социально-демографических группах, и часто демонстрирующих более реальную картину состояния здоровья в сравнении с «объективными» показателями здоровья [7, 12-14].

Учитывая его сильную связь с текущими и будущими состояниями здоровья, субъективное здоровье часто рассматривается как результат для здоровья само по себе. Это особенно часто встречается в исследованиях молодых групп населения, где более объективные показатели плохого состояния здоровья недоступны или имеют низкую распространенность [15-18]. Таким образом, субъективное ощущение обеспечивает единственную значимую оценку состояния здоровья. Преимущества изучения субъективного здоровья заключается в его гипотетической способности выявлять «глобальное состояние здоровья» людей, предоставляя «сжатую сводку состояний организма», включающую переживания и ощущения по множеству измерений здоровья и благополучия, которые могут измеряться, неизмеримы и потенциально неизмеримы [11]. Субъективные показатели здоровья могут быть особенно важны для изучения более расплывчатых конструкций,

связанных со «здоровьем», и степени, в которой субъективное благополучие людей представляет собой нечто большее, чем просто «отсутствие болезней или физических дефектов» (согласно определению Всемирной организации здравоохранения). Большая часть наших знаний о социальных процессах и факторах, таких как лежащие в основе здоровье и благополучие, почерпнута из исследований субъективного здоровья; только в исследованиях в области социальных наук мы выявили многочисленные статьи, в которых использовалась самооценка здоровья для изучения важности фундаментальных атрибутов, таких как пол, раса и этническая принадлежность, а также сексуальная идентичность в их связи с общим состоянием здоровья [19-22].

Учитывая полученные результаты и анализ научной литературы по теме субъективной оценки здоровья населения, становится очевидным, что проведенное исследование имеет перспективное развитие и продолжение. Так, реперными точками для его дальнейшего развития является сопоставление субъективных данных, полученных в ходе социологических исследований, с объективными статистическими данными, что является главным направлением в изучении качества жизни [23] и даёт более полную картину при оценке деятельности системы здравоохранения [24].

Заключение. Полученные данные свидетельствуют о различном уровне субъективной оценки собственного здоровья населения, проживающего на различных территориях Республики Казахстан. Развитие исследования может быть направлено на создание региональных моделей, интегрирующих объективные (медико-статистические) и субъективные (медико-социологические) данные. Полученные результаты опроса требуют дальнейшего анализа и специализированной интерпретации. Они полезны в проведении социально-гигиенического мониторинга, планировании мероприятий по повышению самоохранительного поведения и развитию системы мотивации различных групп населения к здоровому образу жизни.

Список литературы

1. Каргаполова, Е.В., Арясова А.Ю., Миронова Ю.Г. Здоровье в субъективных оценках населения (по результатам мониторингового социологического исследования). Вестник Сургутского государственного педагогического университета. 2017; (50): 119-125
2. Корчагина, П.С., Калачикова О.Н. Самоохранительное поведение как фактор формирования здоровья населения [Электронный ресурс]. Вопросы территориального

развития. 2013; 2 (2): 1–10. – Режим доступа: <http://vtr.isert-ran.ru/article/1316?info=references> (дата обращения: 19.10.2023).

3. Погорелов, А.Р. Субъективная оценка здоровья и образа жизни населения Камчатского края: результаты регионального медико-социологического исследования. Социальные аспекты здоровья населения [сетевое издание] 2022; 68(2):4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1358/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-4

4. Bollen K.A., Gutin I., Halpern C.T., Harris K.M. Subjective health in adolescence: Comparing the reliability of contemporaneous, retrospective, and proxy reports of overall health. *Soc Sci Res.* 2021 May;96:102538. doi: 10.1016/j.ssresearch.2021.102538.

5. Latham K., Peek C.W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences.* 2013; 68(1): 107–116.

6. Mavaddat N., Valderas J.M., Van Der Linde R., Khaw K.T., Kinmonth A.L. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. *BMC Family Practice.* 2014; 15(1):185.

7. Singh-Manoux A., Dugravot A., Shipley M.J., Ferrie J.E., Martikainen P., Goldberg M., & Zins M The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. *International Journal of Epidemiology.* 2007; 36(6):1222–1228.

8. Schnittker J. Cognitive abilities and self-rated health: Is there a relationship? Is it growing? Does it explain disparities?. *Social Science Research.* 2005; 34(4): 821–842.

9. Goldman N., Gleit D.A., Chang M.C. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. *Annals of Epidemiology.* 2004;14(1): 49–57.

10. Jylhä M., Volpato S., Guralnik J.M. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *Journal of Clinical Epidemiology.* (2006); 59(5): 465–471.

11. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine.* 2009; 69(3): 307–316.

12. Dowd J.B., Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US?. *International Journal of Epidemiology.* 2007; 36(6):1214–1221.

13. Franks P., Gold M.R., Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*. 2003; 56(12): 2505–2514.
14. Idler E., Cartwright K. What do we rate when we rate our health? Decomposing age-related contributions to self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2018; 59(1): 74–93.
15. Bauldry S., Shanahan M.J., Boardman J.D., Miech R.A., Macmillan R. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Social Science & Medicine*. 2012; 75(7): 1311–1320.
16. Boardman J.D. Self-rated health among US adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 38(4): 401–408.
17. Bredablik H.J., Meland E., Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008; 36(1): 12–20.
18. Sokol R., Ennett S., Gottfredson N., Halpern C. Variability in self-rated health trajectories from adolescence to young adulthood by demographic factors. *Preventive Medicine*. 2017; 105:73–76.
19. Booth J.M., Teixeira S., Zuberi A., Wallace J.M. Barrios, ghettos, and residential racial composition: Examining the racial makeup of neighborhood profiles and their relationship to self-rated health. *Social Science Research*. 2018; 69:19–33.
20. Reczek C., Liu H., Spiker R. Self-rated health at the intersection of sexual identity and union status. *Social Science Research*. 2017; 63: 242–252.
21. Yang T.C., Zhao Y., Song Q. Residential segregation and racial disparities in self-rated health: How do dimensions of residential segregation matter? *Social Science Research*. 2017; 61: 29–42.
22. Zheng H., Land K.C. Composition and decomposition in US gender-specific self-reported health disparities, 1984–2007. *Social Science Research*. 2012; 41(2): 477–488.
23. Шелехова, Т.Н. Проблема выбора критериев оценки качества жизни населения. *География и природные ресурсы* 2006; (1): 108-114.
24. Цыганова О.А., Шульгина С.В. Комплексная оценка региональной системы здравоохранения: данные официальной статистики и социологических опросов населения. *Проблемы стандартизации в здравоохранении* 2016; 9(10): 9-13.

References

1. Kargapolova E.B., Aryasova A.Yu., Mironova Yu.G. Zdorov'e v sub"ektivnykh otsenkakh naseleniya (po rezul'tatam monitoringovogo sotsiologicheskogo issledovaniya). [Health in the subjective assessments of the population (based on the results of a monitoring sociological study)]. Bulletin of the Surgut State Pedagogical University [Vestnik Surgutskogo gosudarstvennogo pedagogicheskogo universiteta]. 2017; (50): 119-125 (In Russian)
2. Korchagina P.S., Kalachikova O.N. Samosokhranitel'noe povedenie kak faktor formirovaniya zdorov'ya naseleniya [Elektronnyy resurs]. [Self-preservation behavior as a factor in the formation of public health [Electronic resource]. Issues of territorial development [Voprosy territorial'nogo razvitiya]. 2013; 2 (2): 1–10. – Режим доступа: <http://vtr.isert-ran.ru/article/1316?info=references> (дата обращения: 19.10.2023). (In Russian)
3. Pogorelov A.R. Sub"ektivnaya otsenka zdorov'ya i obraza zhizni naseleniya Kamchatskogo kraya: rezul'taty regional'nogo mediko-sotsiologicheskogo issledovaniya. [Subjective assessment of the health and lifestyle of the population of the Kamchatka Territory: results of a regional medical and sociological study]. Social aspects of public health [online edition]. [Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya [setevoe izdanie]. 2022; 68(2):4. URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1358/30/lang,ru/> DOI: 10.21045/2071-5021-2022-68-2-4 (In Russian)
4. Bollen K.A., Gutin I., Halpern C.T., Harris K.M. Subjective health in adolescence: Comparing the reliability of contemporaneous, retrospective, and proxy reports of overall health. Soc Sci Res. 2021 May;96:102538. doi: 10.1016/j.ssresearch.2021.102538.
5. Latham K., Peek C.W. Self-rated health and morbidity onset among late midlife US adults. Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences. 2013; 68(1): 107–116.
6. Mavaddat N., Valderas J.M., Van Der Linde R., Khaw K.T., Kinmonth A.L. Association of self-rated health with multimorbidity, chronic disease and psychosocial factors in a large middle-aged and older cohort from general practice: a cross-sectional study. BMC Family Practice. 2014; 15(1):185.
7. Singh-Manoux A., Dugravot A., Shipley M.J., Ferrie J.E., Martikainen P., Goldberg M, & Zins M The association between self-rated health and mortality in different socioeconomic groups in the GAZEL cohort study. International Journal of Epidemiology. 2007; 36(6):1222–1228.

8. Schnittker J. Cognitive abilities and self-rated health: Is there a relationship? Is it growing? Does it explain disparities?. *Social Science Research*. 2005; 34(4): 821–842.
9. Goldman N., Gleit D.A., Chang M.C. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health. *Annals of Epidemiology*. 2004;14(1): 49–57.
10. Jylhä M., Volpato S., Guralnik J.M. Self-rated health showed a graded association with frequently used biomarkers in a large population sample. *Journal of Clinical Epidemiology*. (2006); 59(5): 465–471.
11. Jylhä M. What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*. 2009; 69(3): 307–316.
12. Dowd J.B., Zajacova A. Does the predictive power of self-rated health for subsequent mortality risk vary by socioeconomic status in the US?. *International Journal of Epidemiology*. 2007; 36(6):1214–1221.
13. Franks P., Gold M.R., Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health, and mortality in the US. *Social Science & Medicine*. 2003; 56(12): 2505–2514.
14. Idler E., Cartwright K. What do we rate when we rate our health? Decomposing age-related contributions to self-rated health. *Journal of Health and Social Behavior*. 2018; 59(1): 74–93.
15. Bauldry S., Shanahan M.J., Boardman J.D., Miech R.A., Macmillan R. A life course model of self-rated health through adolescence and young adulthood. *Social Science & Medicine*. 2012; 75(7): 1311–1320.
16. Boardman J.D. Self-rated health among US adolescents. *Journal of Adolescent Health*. 2006; 38(4): 401–408.
17. Breidablik H.J., Meland E., Lydersen S. Self-rated health in adolescence: a multifactorial composite. *Scandinavian Journal of Public Health*. 2008; 36(1): 12–20.
18. Sokol R., Ennett S., Gottfredson N., Halpern C. Variability in self-rated health trajectories from adolescence to young adulthood by demographic factors. *Preventive Medicine*. 2017; 105:73–76.
19. Booth J.M., Teixeira S., Zuberi A., Wallace J.M. Barrios, ghettos, and residential racial composition: Examining the racial makeup of neighborhood profiles and their relationship to self-rated health. *Social Science Research*. 2018; 69:19–33.
20. Reczek C., Liu H., Spiker R. Self-rated health at the intersection of sexual identity and union status. *Social Science Research*. 2017; 63: 242–252.

21. Yang T.C., Zhao Y., Song Q. Residential segregation and racial disparities in self-rated health: How do dimensions of residential segregation matter? *Social Science Research*. 2017; 61: 29–42.
22. Zheng H., Land K.C. Composition and decomposition in US gender-specific self-reported health disparities, 1984–2007. *Social Science Research*. 2012; 41(2): 477–488.
23. Shelekhova T.N. Problema vybora kriteriev otsenki kachestva zhizni naseleniya. [The problem of choosing criteria for assessing the quality of life of the population]. *Geography and natural resources. [Geografiya i prirodnye resursy]* 2006; (1): 108-114. (In Russian)
24. Tsyganova O.A., Shulgina S.V. Kompleksnaya otsenka regional'noy sistemy zdavookhraneniya: dannye ofitsial'noy statistiki i sotsiologicheskikh oprosov naseleniya. [Comprehensive assessment of the regional health system: data from official statistics and sociological surveys of the population]. *Problems of standardization in healthcare [Problemy standartizatsii v zdavookhranenii]*. 2016; 9(10): 9-13. (In Russian)

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведение об авторах

Омарова Динара Сейсенбаевна - аспирант кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зиновьева, 2, e-mail: k_nus@orgma.ru, ORCID 0000-0002-8215-8674; SPIN: 7585-7615

Бегун Дмитрий Николаевич – доктор медицинских наук, доцент, заведующий кафедрой сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зиновьева, 2, e-mail: doctorbegun@yandex.ru, ORCID 0000-0002-8920-6675; SPIN: 8443-4400

Булычева Екатерина Владимировна - кандидат медицинских наук, доцент, доцент кафедры сестринского дела ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 460000, г. Оренбург, ул. Зиновьева, 2, б, e-mail: e-sosnina@mail.ru, ORCID 0000-0002-8215-8674; SPIN: 8985-3210

Information about the authors

Dinara S. Omarova – post-graduate student of the Department of Nursing at the Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 460000, Orenburg, Zinoviev St. e-mail: k_nus@orgma.ru, ORCID 0000-0002-8215-8674; SPIN: 7585-7615

Dmitry N. Begun – MD, Associate Professor, Head of the Department of Nursing of the Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 6, Sovietskaya street, Orenburg, 460000, e-mail: doctorbegun@yandex.ru ; ORCID 0000-0002-8920-6675

Ekaterina V. Bulycheva, Candidate of Medical Sciences, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Nursing of the Orenburg State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, 6, Sovietskaya street, Orenburg, 460000, e-mail: e-sosnina@mail.ru ; ORCID 0000-0002-8215-8674

Статья получена: 10.01.2024 г.
Принята к публикации: 25.03.2024 г.