

УДК 614.1 (571.55)

DOI 10.24411/2312-2935-2019-10099

САМООЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ, КАК ЭЛЕМЕНТ САМОСОХРАНИТЕЛЬНОГО ПОВЕДЕНИЯ И ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ДИСПАНСЕРИЗАЦИИ ВЗРОСЛОГО НАСЕЛЕНИЯ

О.В. Ходакова, Н.В. Кошечкина

Читинская государственная медицинская академия, г. Чита

Введение. Диспансеризация определенных групп взрослого населения в Российской Федерации является приоритетным направлением здравоохранения. И эффективность её проведения в большей степени зависит от отношения населения к профилактическим мероприятиям. Партисипативность, т.е. мотивированное участие населения в профилактике заболеваний лежит в основе увеличения доли граждан, приверженных здоровому образу жизни, путем формирования ответственного отношения к своему здоровью. Ответственное отношение к своему здоровью и правильная интерпретация его состояния (самооценка здоровья) может выступать в качестве критериев оценки приверженности граждан к диспансеризации.

Цель: оценить уровень самооценки здоровья и факторов, определяющих её, с выделением однородных групп населения и их приверженность к диспансеризации взрослого населения.

Материалы и методы. В работе применены методы: контент-анализа, социологического, аналитического и санитарно-статистического. Социологическое исследование реализовано с применением технологии анонимного анкетирования. Объект изучения – население Забайкальского края, подлежащее диспансеризации (n = 487).

Результаты исследования. В анкетировании приняли участие 487 респондентов в возрасте от 18 – 78 лет, средний возраст составил $28,7 \pm 12,3$ года. Все респонденты с разной степенью самооценки и факта прохождения диспансеризации взрослого населения были распределены по половозрастным особенностям и социальному статусу. Проведен анализ влияния индивидуальных факторов на уровень самооценки. Рассчитаны показатели: относительного риска $RR=0,8$ [95% ДИ 0,6-1,1] и отношения шансов $OR=0,7$ [95% ДИ 0,3-1,4], свидетельствующие о снижении вероятности прохождения диспансеризации у респондентов с высокой самооценкой.

Выводы. По результатам исследования выявлено, что у лиц с высокой самооценкой своего здоровья регистрируется низкая приверженность к диспансеризации. Зафиксирована статистически достоверная зависимость между индивидуальными факторами респондентов и уровнем самооценки здоровья. Выделены факторы с максимальным влиянием на самооценку здоровья респондентов.

Ключевые слова: приверженность к диспансеризации; самооценка своего здоровья; самосохранительное поведение; персонифицированные факторы населения.

SELF-ASSESSMENT OF HEALTH AS AN ELEMENT OF SELF-PRESERVING BEHAVIOR AND ADDITION TO DISPERSONORIZATION OF ADULTS

Khodakova Olga Vladimirovna, Koshevaya Nadezhda Vladimirovna

Chita State Medical Academy, Chita

Introduction. Clinical examination of certain adult groups in the Russian Federation is a priority area of health care. And the effectiveness of its implementation to a greater extent depends on the attitude of the population to preventive measures. Partisipativity, i.e. motivated participation of the population in the prevention of diseases underlies the increase in the proportion of citizens committed to a healthy lifestyle by creating a responsible attitude to their health.

A responsible attitude to one's health and a correct interpretation of one's state of health (self-esteem of health) can serve as criteria for assessing citizens' commitment to medical examination.

Purpose: to assess the level of self-esteem of health and the factors that determine it, with the allocation of homogeneous groups of the population and their commitment to clinical examination of the adult population.

Materials and methods. The following methods were applied in the work: content analysis, sociological, analytical and sanitary-statistical. A case study is implemented using anonymous questionnaire technology. The object of study is the population of the Trans-Baikal Territory subject to medical examination (n = 487).

The results of the study. The survey was attended by 487 respondents aged 18 - 78 years, the average age was 28.7 ± 12.3 years. All respondents with varying degrees of self-esteem and the fact that they underwent medical examination of the adult population were distributed according to age and gender characteristics and social status. The analysis of the influence of individual factors on the level of self-esteem. The following indicators were calculated: relative risk $RR = 0.8$ [95% CI 0.6-1.1] and odds ratios $OR = 0.7$ [95% CI 0.3-1.4], indicating a decrease in the probability of medical examination high self-esteem respondents.

Findings. According to the results of the study, it was found that in individuals with a high self-esteem of their health, a low commitment to medical examination is recorded. There was a statistically significant relationship between the individual factors of the respondents and the level of self-esteem of health. The factors with the maximum impact on the self-esteem of respondents' health are highlighted.

Key words: commitment to medical examination; self-assessment of one's health; self-preserving behavior; personified factors of the population.

Введение. Здоровье населения является наивысшим интегральным показателем жизнедеятельности организма и важнейшим элементом экономического и социального потенциала страны. Одним из приоритетных проектов Государственной программы «Развитие здравоохранения», является совершенствование оказания медицинской помощи, включая профилактику заболеваний и формирование здорового образа жизни (укрепление общественного здоровья), направленного на увеличение доли граждан, приверженных

здоровому образу жизни, путем формирования ответственного отношения к своему здоровью [1].

В настоящее время помимо традиционных показателей существуют социальные характеристики здоровья, включая: субъективное отношение личности к своему здоровью, социальные установки и самосохранительное поведение людей [3].

Ответственное отношение к своему здоровью и правильная интерпретация его состояния (самооценка здоровья) может выступать в качестве критериев оценки приверженности граждан к диспансеризации.

Исследование проблемы отношения человека к здоровью предполагает определение самого понятия «отношение к здоровью». Оно впервые было описано И.В. Журавлевой (1989 г.) и представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей [4,5].

Изучением самосохранительного поведения населения в разные годы занимались многие исследователи, такие как: Антонов А.И., 1986 [6], Журавлева И.В., 1988 [10], Шабунова А.А., 2014 [9], Рахинский Д.В., 2015 [8]. Еще в 1970 году А.И. Антонов отмечал, что самосохранительное поведение граждан проявляется в готовности личности к сохранению собственной жизни и здоровья, к продлению существования вплоть до глубокой старости [6,7]. Данная интерпретация выступает одним из главных факторов увеличения продолжительности жизни и улучшения состояния здоровья.

Самосохранительное поведение граждан характеризуется приверженностью к профилактическим мероприятиям, одним из которых, является диспансеризация взрослого населения. Положительными факторами самосохранительного поведения в отношении диспансеризации выступают: своевременная информированность граждан о возможности прохождения диспансеризации; информированность о предстоящих диагностических манипуляциях; мотивирование граждан на дальнейшую готовность проходить диспансеризацию.

В условиях необходимого изменения поведения и образа жизни населения в сторону превентивных качеств, востребованным остается изучение самооценки здоровья как элемента самосохранительного поведения.

Цель исследования: оценить уровень самооценки здоровья и факторов, определяющих ее, с выделением однородных групп населения и их приверженность к диспансеризации взрослого населения.

Материалы и методы. Социально-гигиеническое исследование проведено с использованием методов: контент-анализа, социологического, аналитического и санитарно-статистического. Социологическое исследование реализовано с применением технологии анонимного анкетирования, позволяющее оценить причинно-следственные отношения между учетными и результирующими признаками. Учетными признаками (социальными предикторами) выступали: стратификационные и социально-экономические характеристики; степень самооценки своего здоровья; критерии самосохранительного поведения граждан; факторы, влияющие на самооценку. Результирующими признаками являлись группы населения с разной степенью самооценки и их приверженность к диспансеризации взрослого населения. Объект изучения – население Забайкальского края, подлежащее диспансеризации ($n = 487$).

Параметры оценки здоровья дифференцировались на основе субъективного мнения респондентов. Под высокой самооценкой здоровья подразумевали критерии: «здоровье хорошее» и «достаточно забочусь о своем здоровье». Средний показатель самооценки характеризовался: «здоровье удовлетворительное» и «мог бы заботиться о здоровье больше». Под низкой самооценкой здоровья предполагали: «здоровье неудовлетворительное» и «недостаточно забочусь о своем здоровье».

При кодировании и анализе множественных ответов построены таблицы сопряженности для различных вариантов критериев самооценки. Для этого проведен анализ связей между переменными. В пакете статистической обработки данных SPSS вычислялись наблюдаемые и ожидаемые частоты. На основании полученных данных делалось заключение о том, насколько сильно наблюдаемые и ожидаемые частоты отклоняются друг от друга, т.е. существует ли зависимость между результирующими факторами и учетными признаками. Для подтверждения статистически значимых зависимостей использован метод хи-квадрат Пирсона (χ^2).

Для установления взаимосвязей между самооценкой здоровья и факторами, влияющими на здоровье, применен метод корреляционного анализа Пирсона с построением матрицы. Обработка статистических данных проводилась в STATISTICA 6.0. Среди индивидуальных факторов респондентов, оказывающих влияние на самооценку, выбраны

следующие: психологические особенности индивида, самочувствие человека, физическая активность, характер питания, вредные привычки.

Для изучения влияния высокой и низкой самооценки здоровья на отказ или согласие граждан проходить диспансеризацию взрослого населения использована методика расчета относительного риска (RR) и отношения шансов (OR).

Статистическая обработка полученных материалов проводилась методами описательной статистики, с помощью программ Microsoft Office Excel 2016 г., IBM SPSS Statistics 25.0 и STATISTICA 6.0. Достоверность полученных результатов оценивалось методикой расчетов доверительных границ. Критическое значение уровня значимости (p) принимали равным 5 %. Для проверки гипотезы о нормальном распределении использовался критерий Шапиро-Уилка.

Результаты. В анкетировании приняли участие 487 респондентов в возрасте от 18 – 78 лет, средний возраст составил $28,7 \pm 12,3$ года, из них 381 (78,2%) ДИ [70,11; 88,7] женщин и 106 (21,8%) ДИ [18,1; 25,4] мужчин. Респонденты в возрасте до 30 лет составили 59,7% ДИ [55,4; 64,1], выступающие экономически активным трудоспособным населением. В другие возрастные группы вошли респонденты в возрасте от 31 до 45 лет – 17,04 % ДИ [13,3; 20,4], от 46 до 59 лет – 18,04% ДИ [14,6; 21,5], наименьшее количество составили лица в возрасте старше 60 лет – 5,13% ДИ [3,2; 7,09].

Проведен анализ сопряженности самооценки здоровья и субъективных критерий: оценка своего здоровья и степень заботы о нем. Зарегистрирована высокая самооценка у респондентов, остановившихся на ответах: «Здоровье хорошее» и «Достаточно забочусь о своем здоровье». Средний показатель самооценки сопряжен с ответами: «Здоровье удовлетворительное» и «Мог бы больше заботиться о своем здоровье». Низкая самооценка: «Здоровье неудовлетворительное» и «Недостаточно забочусь о своем здоровье» $\chi^2=98,827$
 $p=0,0001$

При корреляционном анализе установлена прямая корреляционная связь ($r = 0,415$, $p = 0,0001$) между уровнем самооценки здоровья и степени заботы о нем.

Все респонденты с разной степенью самооценки и факта прохождения диспансеризации взрослого населения были распределены по половозрастным особенностям и социальному статусу. Данные по распределению респондентов с различной самооценкой представлены в таблицах 1,2,3.

Таблица 1

Распределение респондентов по полу с учетом самооценки здоровья и факта прохождения диспансеризации взрослого населения

| Группа | Самооценка здоровья | | | | | | Затруднен ие с ответом |
|----------------------------|-------------------------------------|---------------|-------------------------------------|----------------|---------------------------------|--------------|-------------------------------------|
| | Высокая | | Средняя | | Низкая | | |
| Женщины, n=381/100 % | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 14 (3,7%) ДИ[1,8-5,5] |
| | 67(48,9%) | 68(49, 6%) | 100(48,5 %) | 106(51,5 %) | 15(62,5 %) | 9(37,5%) | |
| | $\chi^2=98,32$ p=0,0001 | | $\chi^2=158,25$ p=0,001 | | $\chi^2=169,65$ p=0,003 | | |
| | 137 (35,9%) ДИ[31,1-40,8] | | 206 (54%) ДИ[49-59] | | 24 (6,3%) ДИ[3,9-8,7] | | |
| Мужчины, n=106/100 % | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 4 (3,7%) ДИ[0,15- 7,4] |
| | 22(46,8 %) | 25(53,2%) | 18(42,9%) | 24(57,1%) | 5(41,7%) | 7(58,3 %) | |
| | $\chi^2=145,69$ p=0,001 | | $\chi^2=134,15$ p=0,0002 | | $\chi^2=113,47$ p=0,004 | | |
| | 47 (44,3%) ДИ[34,8-53,8] | | 42 (39,6%) ДИ[30,3-48,9] | | 13 (12,3%) ДИ[6-18,5] | | |
| Оба пола, n= 487 | 184 (37,8%) ДИ[33,5-42,0] | | 248 (50,9%) ДИ[46,5-55,4] | | 37 (7,6%) ДИ[5,2-9,9] | | 18 (3,7%) ДИ[2,0-5,4] |

ДН+ - диспансеризация взрослого населения пройдена;

ДН- - диспансеризация взрослого населения не пройдена;

ДИ - доверительный интервал.

Анализ показал, что самооценка здоровья у мужчин оказалась выше, чем у женщин $\chi^2=148,688$ p=0,001. Мужчины с высокой самооценкой не проходят диспансеризацию (53,2%, $\chi^2=145,69$ p=0,001). У женщин преобладает средняя оценка своего здоровья (54%, $\chi^2=48,45$ p=0,001). Мужчины с низкой самооценкой здоровья чаще проходят диспансеризацию взрослого населения (62,5%, $\chi^2=169,65$ p=0,003) Таб.1.

Проведено исследование причин, по которым респонденты не смогли пройти диспансеризацию взрослого населения в указанный период времени. При классификации множественных ответов и их сопряженности с полом, наиболее популярные причины среди

женщин, являются долгие сроки ожидания диагностических исследований и неудобный график работы поликлиники; среди мужчин: нет возможности отпроситься у работодателя и неудобный график работы поликлиники. Рис.1

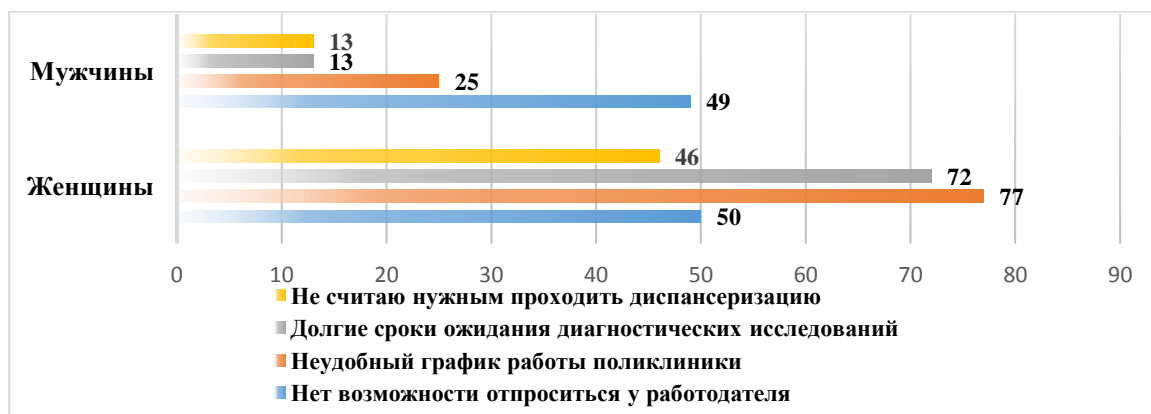


Рисунок 1. Распределение причин отказа от прохождения диспансеризации по полу респондентов, %

Результаты исследования выявили влияние различной степени самооценки здоровья на желание респондентов проходить диспансеризацию в определенном возрастном периоде. Высокая самооценка здоровья в возрастной группе от 31 до 45 лет в 52,5% случаев обуславливает незаинтересованность населения в диспансеризации Таб.1.

Средняя самооценка здоровья регистрируется в возрастной группе до 30 лет и с 45 до 59 лет. Лица, не достигшие 30 лет в 66,2% случаев не заинтересованы проходить диспансеризацию. Респонденты в возрасте 45-59 лет в 71,12% случаев проходят диспансеризацию.

Низкая самооценка здоровья зарегистрирована в возрастной группе старше 60 лет – 15 (60%) $\chi^2=6,596$ $p=0,01$. В 80% случаев, респонденты в возрастной группе старше 60 лет, проходят диспансеризацию взрослого населения. Установлена корреляционная связь между самооценкой здоровья и возрастом респондентов ($r = 0,24$, $p = 0,001$).

Таблица 2

Распределение респондентов по возрасту с учетом самооценки здоровья и факта прохождения диспансеризации взрослого населения

| Группа n= 487 | Самооценка здоровья | | | | | | Затруднение с ответом |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|------------------------------|----------|---------------------------|
| | Высокая | | Средняя | | Низкая | | |
| До 30 лет n= 291/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 10 (3,4%) ДИ[1,3-5,5] |
| | 56(45,2%) | 68(54,8%) | 49(33,8%) | 96(66,2%) | 4(36,4%) | 7(63,6%) | |
| | $\chi^2=29,976$ p=0,0001 | | $\chi^2=35,265$ p=0,001 | | $\chi^2=45,268$ p=0,006 | | |
| | 125(42,9%) ДИ[37,3-48,6] | | 145 (49,8%) ДИ[44-55,5] | | 11 (3,8%) ДИ[1,6-5,9] | | |
| 31-45 лет n= 83/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 2 (2,4%) ДИ[-0,9-5,7] |
| | 19(47,5%) | 21(52,5%) | 20(55,5%) | 16(44,4%) | 2(50%) | 2(50%) | |
| | $\chi^2=25,654$ p=0,0001 | | $\chi^2=59,458$ p=0,001 | | $\chi^2=135,26$ p=0,003 | | |
| | 41 (49,4%) ДИ[38,6-60,15] | | 36 (43,4%) ДИ[32,7-54,04] | | 4 (4,8%) ДИ[0,2-9,4] | | |
| 46-59 лет n= 88/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 4 (4,55%) ДИ[0,19-8,9] |
| | 11(73,3%) | 4(26,7%) | 37(71,12%) | 15(28,8%) | 13(81,2%) | 3(18,7%) | |
| | $\chi^2=16,489$ p=0,0001 | | $\chi^2=19,783$ p=0,001 | | $\chi^2=148,36$ p=0,002 | | |
| | 15 (17,05%) ДИ[9,19-24,9] | | 52 (59,09%) ДИ[48,8-69,4] | | 17(19,3%) ДИ[11,07-27,57] | | |
| Старше 60 лет n= 25/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 2 (8%) ДИ[-2,6-18,6] |
| | 1(33,3%) | 2(26,7%) | 1(20%) | 4(80%) | 12(80%) | 3(20%) | |
| | $\chi^2=39,375$ p=0,0001 | | $\chi^2=35,268$ p=0,001 | | $\chi^2=123,35$ p=0,003 | | |
| | 3 (12%) ДИ[-0,7-24,7] | | 5 (20%) ДИ[4,3-35,7] | | 15 (60%) ДИ[40,8-79,2] | | |

ДН+ - диспансеризация взрослого населения пройдена;

ДН- - диспансеризация взрослого населения не пройдена;

ДИ – доверительный интервал.

Среди социальных групп самооценка здоровья была разнообразна: высокая самооценка здоровья выявлена у учащихся и низкая самооценка у неработающих пенсионеров $\chi^2=55,875$ p=0,0001.

Работающие граждане имеют среднюю степень самооценки своего здоровья, 60,4% из которых не смогли пройти диспансеризацию. Одной из основных причин отказа, являлась отсутствие возможности отпроситься у работодателя.

Таблица 3

Распределение респондентов по социальному статусу с учетом самооценки здоровья и факта прохождения диспансеризации взрослого населения

| Группа n= 487 | Самооценка здоровья | | | | | | Затруднение с ответом |
|---|------------------------------|-----------|------------------------------|-----------|----------------------------|----------|------------------------------|
| | Высокая | | Средняя | | Низкая | | |
| Работающие n= 198/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 7 (3,5%) ДИ[0,9-6,1] |
| | 35(52,2%) | 32(47,7%) | 47(43,7%) | 61(60,4%) | 11(68,7%) | 5(31,3%) | |
| | $\chi^2=42,125$ p=0,001 | | $\chi^2=58,265$ p=0,001 | | $\chi^2=158,36$ p=0,001 | | |
| | 67 (33,8%) ДИ[25,2-40,4] | | 108 (54,5%) ДИ[47,6-51,5] | | 16 (8,08%) ДИ[4,3-11,9] | | |
| Учащийся n= 240/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 7 (2,9%) ДИ[0,8-5,05] |
| | 37(32,1%) | 78(67,8%) | 50(45,8%) | 59(54,1%) | 4(44,4%) | 5(55,6%) | |
| | $\chi^2=14,154$ p=0,0001 | | $\chi^2=89,365$ p=0,001 | | $\chi^2=148,36$ p=0,003 | | |
| | 115 (47,9%) ДИ[41,6-54,2] | | 109 (45,4%) ДИ[39,1-51,7] | | 9 (3,7%) ДИ[1,3-6,1] | | |
| Неработаю- щий пенсионер n= 8/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 1 (12,5%) ДИ[-10,8-35] |
| | 1(100%) | 0 | 2(100%) | 0 | 0(0) | 4(100%) | |
| | 0 | | 0 | | 0 | | |
| | 1 (12,5%) ДИ[-10,8-35,4] | | 2 (25%) ДИ[-5,01-55,01] | | 4 (50%) ДИ[15,3-84,6] | | |
| Работающий пенсионер n= 16/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 0 (-) ДИ[-] |
| | 0 | 1(100%) | 10(83,3%) | 2(16,7%) | 0 | 3(100%) | |
| | 0 | | $\chi^2=158,265$ p=0,004 | | 0 | | |
| | 1 (6,25%) ДИ[-5,6-18,1] | | 12 (75%) ДИ[53,7-96,2] | | 3 (18,7%) ДИ[-0,3-37,8] | | |
| Временно не работающий n= 25/100% | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | ДН+ | ДН- | 3 (12%) ДИ[-0,7- 24,7] |
| | 1(16,7%) | 5(83,3%) | 5(45,4%) | 6(54,5%) | 4(80%) | 1(20%) | |
| | $\chi^2=158,365$ p=0,004 | | $\chi^2=147,145$ p=0,005 | | $\chi^2=159,367$ p=0,006 | | |
| | 6 (24%) ДИ[7,2-40,74] | | 11 (44%) ДИ[24,5-63,5] | | 5 (20%) ДИ[4,3-35,6] | | |

ДН+ - диспансеризация взрослого населения пройдена;

ДН- - диспансеризация взрослого населения не пройдена;

ДИ - доверительный интервал.

Учащиеся респонденты обладают высокой самооценкой. Более половины (67,87%) учащихся не проходят диспансеризацию взрослого населения, интерпретируя данный факт низкой заинтересованностью своим здоровьем.

Низкую самооценку своего здоровья имеют неработающие пенсионеры. В 100% случаев данная группа лиц заинтересована в своем состоянии здоровья и не упускают возможности воспользоваться гарантированно бесплатными профилактическими мероприятиями.

У лиц со средним специальным образованием самооценка здоровья ниже, по сравнению с лицами, имеющими высшее и неполное высшее образование $\chi^2=18,443$ $p=0,03$.

При анализе установлено прямое влияние материального положения на самооценку здоровья. При благополучном материальном положении прослеживается высокая самооценка здоровья, при недостаточно благополучном – средняя самооценка здоровья и при неблагополучном материальном положении – низкая самооценка здоровья $\chi^2=55,790$ $p=0,0001$. У лиц с доходом на одного члена семьи ниже прожиточного минимума по Забайкальскому краю отмечается низкая оценка своего здоровья, по сравнению с лицами, имеющих доход выше прожиточного минимума. Самооценка здоровья у исследуемых респондентов коррелирует с материальным положением ($r = 0,23$, $p = 0,001$).

По результатам исследования выделены три группы респондентов с высокой, средней и низкой самооценкой здоровья (табл. 4).

В соответствии с данными, приведенными в таблице 4, выделены группы лиц с различной самооценкой здоровья. К группе респондентов с высоким уровнем самооценки здоровья относятся лица: мужского пола в возрасте от 18 до 45 лет, с социальным статусом – работающие либо учащиеся, с высшим и неполным высшим образованием, проживающими в городе, с благополучным материальным положением, с доходом выше прожиточного минимума по Забайкальскому краю, с субъективной оценкой своего здоровья «Достаточно забочусь о своем здоровье», отказывающиеся проходить диспансеризацию.

Ко второй группе лиц со средней самооценкой здоровья относятся: женщины в возрасте от 46-59 лет, с социальным статусом – работающий либо пенсионер, с высшим образованием, проживающим в селе, с недостаточно благополучным материальным положением, с доходом выше прожиточного минимума по Забайкальскому краю и с субъективной оценкой «Могли бы больше заботиться о своем здоровье», соглашающиеся проходить диспансеризацию.

Таблица 4

Распределение респондентов по показателям самооценки здоровья

| Показатели | Самооценка здоровья | | |
|---|---|---|--|
| | <i>Высокая</i> | <i>Средняя</i> | <i>Низкая</i> |
| Пол | Мужчины $\chi^2=148,688$ $p=0,001$ | Женщины $\chi^2=48,45$ $p=0,001$ | Мужчины $\chi^2=122,352$ $p=0,001$ |
| Возраст $\chi^2=6,596$ $p=0,01$ | До 30 лет, 31-45 лет | 46-59 лет | Старше 60 лет |
| Социальный статус $\chi^2=55,875$ $p=0,0001$ | Учащиеся/ Работающие | Работающие | Неработающие пенсионеры |
| Образование $\chi^2=18,443$ $p=0,03$ | Неполное высшее | Высшее | Среднее-специальное |
| Место проживания $\chi^2=5,583$ $p=0,134$ | Город | Село | Село |
| Материальное положение $\chi^2=55,790$ $p=0,0001$ | Благополучное | Недостаточно благополучное | Неблагополучное |
| Уровень дохода $\chi^2=5,862$ $p=0,118$ | Выше п/м | Выше п/м | Ниже п/м |
| Забота о своем здоровье $\chi^2=98,827$ $p=0,0001$ | «Достаточно заботятся о своем здоровье» | «Могли бы больше заботиться о своем здоровье» | «Недостаточно забочусь о своем здоровье» |
| Прохождение диспансеризации $\chi^2=158,36$ $p=0,001$ | Отказ от прохождения диспансеризации | Проходят диспансеризацию | Проходят диспансеризацию |

Низкая самооценка здоровья зарегистрирована в группе лиц: мужского пола, в возрасте старше 60 лет, с социальным статусом – неработающий пенсионер, со средним специальным образованием, проживающим в селе, с неблагоприятным материальным положением, с доходом ниже прожиточного минимума по Забайкальскому краю и с

субъективной оценкой «Недостаточно забочусь о своем здоровье», соглашающиеся проходить диспансеризацию.

Самооценка своего здоровья зависит от большинства персонифицированных факторов, в частности, таких как: психологические особенности индивида, самочувствие человека, физическая активность, характер питания, вредные привычки и другие.

При анализе влияния индивидуальных факторов респондентов на уровень самооценки здоровья, выделены статистически значимые (рис.2). Так, преобладающими факторами, оказывающими положительное влияние на здоровье, являются: отсутствие вредных привычек 62,6% ДИ [58,3-66,9]; достаточная двигательная активность 45,2% ДИ [40,7-49,6]; полноценное и рациональное питание 34,3% ДИ [30,08-38,5] и другие. К факторам, оказывающим отрицательное влияние на здоровье, относятся: неполноценный сон 55,24% ДИ [50,8-59,6]; неполноценный отдых 53,8% ДИ [49,4-58,2]; неполноценное и нерациональное питание 49,08% ДИ [44,6-53,5]; психологическое неблагополучие 34,09% ДИ [29,8-38,3] (рис.2).

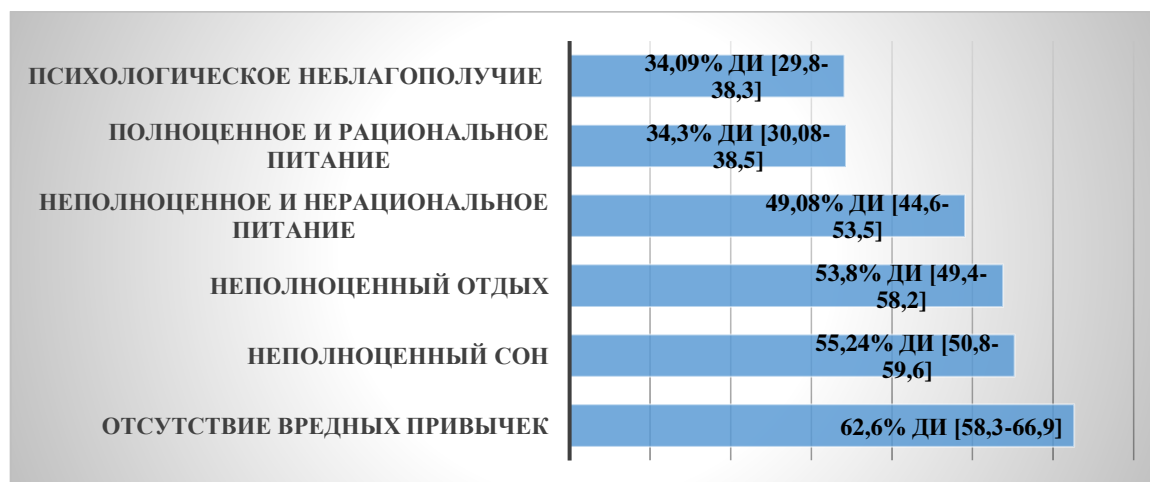


Рисунок 2. Наиболее значимые факторы, оказывающие статистически значимое влияние на самооценку респондентов (%)

Выявлена статистически достоверная зависимость между индивидуальными факторами респондентов и уровнем самооценки здоровья. Так, зафиксирована прямая корреляционная связь между **высокой самооценкой здоровья** и такими факторами, как: полноценное и рациональное питание $r = 0,2671$, $p = 0,0001$, отсутствие вредных привычек $r = 0,1661$, $p = 0,0001$; обратная корреляционная связь: недостаточная двигательная активность $r = -0,1565$, $p = 0,001$, психологическое неблагополучие $r = -0,1562$, $p = 0,001$, неполноценный

отдых $r = -0,1042$, $p = 0,022$, избыточная масса тела и ожирение $r = -0,1172$, $p = 0,010$,
 неполноценный отдых $r = -0,145$, $p = 0,001$.

Таблица 5

Матрица взаимодействия между индивидуальными факторами респондентов и
 самооценкой здоровья.

| Факторы риска | Самооценка здоровья | | |
|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| | Высокая | Средняя | Низкая |
| Полноценное и рациональное питание | $r = 0,2671$, $p = 0,0001$ | $r = -0,2186$, $p = 0,0001$ | - |
| Недостаточная двигательная активность | $r = -0,1565$, $p = 0,001$ | $r = 0,1697$, $p = 0,0001$ | - |
| Психологические особенности | $r = -0,1562$, $p = 0,001$ | $r = 0,1124$, $p = 0,013$ | - |
| Неполноценный сон | - | - | $r = -0,1253$, $p = 0,006$ |
| Неполноценный отдых | $r = -0,1042$, $p = 0,022$ | $r = 0,0975$, $p = 0,032$ | - |
| Отсутствие вредных привычек | $r = -0,1661$, $p = 0,0001$ | - | $r = -0,1221$, $p = 0,007$ |
| ИМТ (<ожирение; >норма) | $r = -0,1172$, $p = 0,010$ | - | $r = -0,1692$, $p = 0,0001$ |
| Факт курения | - | - | $r = -0,1094$, $p = 0,016$ |

При оценке взаимосвязи между **низкой самооценкой здоровья** и индивидуальными факторами респондентов, выявлена обратная корреляционная взаимосвязь с неполноценным сном $r = -0,1253$, $p = 0,006$; отсутствием вредных привычек $r = -0,1221$, $p = 0,007$; ожирением $r = -0,1692$, $p = 0,0001$ и наличием факта курения $r = -0,1692$, $p = 0,0001$ (табл. 5).

При изучении самооценки здоровья как фактора, который оказывает влияние на приверженность к прохождению диспансеризации и готовностью проходить ее в

дальнейшем, выявлена обратная связь относительного риска $RR=0,8$ [95% ДИ 0,6-1,1]. Данный показатель характеризует снижение вероятности прохождения диспансеризации у респондентов с высокой самооценкой. За учетный признак принималась высокая и низкая самооценка, за результивный показатель – количество респондентов, прошедших и не прошедших диспансеризацию из числа респондентов с высокой и низкой самооценкой.

Расчитан показатель отношения шансов $OR=0,7$ [95% ДИ 0,3-1,4] свидетельствующий о том, что шансы прохождения диспансеризации больше во второй группе респондентов, которая характеризовалась низкой самооценкой.

Установлен факт снижения приверженности группы респондентов с высокой самооценкой к профилактическим мероприятиям.

Выводы. Одной из стратегических задач системы здравоохранения на современном этапе является активизация работы по профилактике социально-значимых заболеваний, являющихся основной причиной высокой смертности и инвалидности, особенно в трудоспособном возрасте.

Разумное отношение к своему здоровью проявляется в превентивном (самосохранительном) поведении граждан, характеризующимся сохранением, укреплением и повышением качества своего здоровья. Ориентация граждан на самосохранение в настоящее время выступает одним из главных факторов увеличения продолжительности жизни и улучшения состояния здоровья.

По результатам исследования выделены 3 группы респондентов с разной степенью самооценки с учетом стратификационных и социально-экономических характеристик. И выявлена приверженность данных групп к диспансеризации взрослого населения.

Получены достоверные различия, свидетельствующие, что у лиц с высокой самооценкой своего здоровья регистрируется низкая приверженность к диспансеризации. К данной категории респондентов относятся: мужчины в возрасте от 18 до 45 лет, с социальным статусом – работающие либо учащиеся, с высшим и неполным высшим образованием, проживающими в городе, с благополучным материальным положением, с доходом выше прожиточного минимума по Забайкальскому краю, с субъективной оценкой своего здоровья «Достаточно забочусь о своем здоровье», отказывающиеся проходить диспансеризацию.

К группе респондентов с высокой приверженностью к диспансеризации относятся лица с низкой и средней самооценкой своего здоровья. Средней самооценкой обладают:

женщины в возрасте от 46-59 лет, с социальным статусом – работающий либо пенсионер, с высшим образованием, проживающим в селе, с недостаточно благополучным материальным положением, с доходом выше прожиточного минимума по Забайкальскому краю и с субъективной оценкой «Могли бы больше заботиться о своем здоровье», соглашающиеся проходить диспансеризацию. Низкая самооценка здоровья зарегистрирована в группе лиц: мужского пола, в возрасте старше 60 лет, с социальным статусом – неработающий пенсионер, со средним специальным образованием, проживающим в селе, с неблагополучным материальным положением, с доходом ниже прожиточного минимума по Забайкальскому краю и с субъективной оценкой «Недостаточно забочусь о своем здоровье». Данная группа лиц заинтересована в своем состоянии здоровья и не упускает возможности воспользоваться гарантированно бесплатными профилактическими мероприятиями.

Граждане с высокой самооценкой не считают нужным предпринимать специальные действия по сохранению и укреплению своего здоровья. Низкая самооценка здоровья напротив характеризуется сильным предиктором потребности в профилактических мероприятиях (диспансеризации).

Вариабельность самооценки зависит от множества факторов, действующих на неё. Одними, из которых являются индивидуальные (персонифицированные) факторы индивида. Исследование позволило зафиксировать статистически достоверную зависимость между индивидуальными факторами респондентов и уровнем самооценки здоровья. Факторами, повышающими самооценку, оказались: полноценное и рациональное питание ($r = 0,2671$, $p = 0,0001$); отсутствие вредных привычек ($r = 0,1661$, $p = 0,0001$); достаточная двигательная активность ($r = 0,1697$, $p = 0,0001$); психологическое благополучие ($r = 0,1124$, $p = 0,013$); полноценный отдых ($r = 0,0975$, $p = 0,032$). Факторы, понижающие самооценку: неполноценный сон ($r = -0,1253$, $p = 0,006$); вредные привычки ($r = -0,1221$, $p = 0,007$); избыточная масса тела и ожирение ($r = -0,1692$, $p = 0,0001$); наличием факта курения ($r = -0,1094$, $p = 0,016$).

Результаты исследования могут выступать основой для формирования рекомендаций медицинским организациям, организующим диспансеризацию взрослого населения. При проведении углубленного и краткого консультирования в процессе диспансеризации необходимо учитывать выделенные в ходе исследования дискриминанты групп респондентов с различной самооценкой.

Отмеченные тенденции в области самооценки здоровья населения целесообразно учитывать страховым медицинским организациям, отвечающим за информированность граждан о возможности прохождения диспансеризации. Используя мотивационные компоненты для адресной работы по предоставлению информации о возможности прохождения диспансеризации лицам с высокой самооценкой.

Список литературы

1. Устав (Конституция) Всемирной Организации Здравоохранения. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (дата обращения 01.09.2019)
2. Постановление Правительства РФ N 1640 от 26.12.2017г. «Об утверждении государственной программы Российской Федерации "Развитие здравоохранения". http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (Дата обращения 01.09.2019)
3. Орлова И.А., Ломоносов М.В. О сохранении российского народа и здоровье нации. Вестник северного (арктического) федерального университета. Серия: медико-биологические науки. 2016; 4: 73-75.
4. Журавлева И.В. Отношение к здоровью индивида и общества. Институт социологии РАН. - М.: Наука, 2006. - 238с.
5. Журавлева И.В. Отношение населения к здоровью. Институт социологии РАН. – Москва: 1993г.
6. Антонов А.И. Проблемы изучения самосохранительного поведения населения в демографии. Демографическое поведение и возможности социального воздействия на него в условиях социализма. М., 1986, С. 131.
7. Антонов А. Социально-психологические аспекты продолжительности жизни. Актуальные проблемы демографии. Рига, 1983. С. 135.
8. Рахинский Д.В., Король Л.Г., Малимонов И.В. Социологическое исследование самосохранительного поведения студенческой молодежи. Актуальные проблемы развития хозяйствующих субъектов, территорий и систем регионального и муниципального управления. 2015; 332-337.
9. Шабунова А.А., Корчагина П.С. Влияние самосохранительных компонентов на наличие хронических заболеваний и самооценку здоровья населения. Здравоохранение Российской Федерации. 2014; 40-43.
10. Журавлева И.В. Здоровье и самосохранительное поведение. Население и общественное развитие. Кн.2. М., 1988, с.159.

References

1. Ustav (Konstitucija) Vsemirnoj Organizacii Zdravoohranenija. https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_ru.pdf (accessed 01.09.2019). (In Russian)
2. Postanovlenie Pravitel'stva RF N 1640 ot 26.12.2017g. «Ob utverzhdenii gosudarstvennoj programmy Rossijskoj Federacii "Razvitie zdravoohranenija". http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_286834/ (accessed 01.09.2019). (In Russian)
3. Orlova I.A., Lomonosov M.V. O sohranении rossijskogo naroda i zdorov'e nacii [On the preservation of the Russian people and the health of the nation]. Vestnik severnogo (arkticheskogo) federal'nogo universiteta. Serija: mediko-biologičeskie nauki [Bulletin of the Northern (Arctic) Federal University. Series: Life Sciences] 2016; 4: 73-75.
4. Zhuravleva I.V. Otnoshenie k zdorov'ju individa i obshhestva [Attitude to the health of the individual and society]. Institut sociologii RAN [Institute of Sociology RAS]. - M.: Nauka, 2006. - 238s.
5. Zhuravleva I.V. Otnoshenie naselenija k zdorov'ju [The attitude of the population to health] Institut sociologii RAN [Institute of Sociology RAS]. – Moskva: 1993g.
6. Antonov A.I. Problemy izuchenija samosohranitel'nogo povedenija naselenija v demografii [Problems of studying the self-preserving behavior of the population in demography] Demograficheskoe povedenie i vozmozhnosti social'nogo vozdejstvija na nego v uslovijah socializma [Demographic behavior and the possibility of social impact on it under socialism]. M., 1986, S. 131
7. Antonov A. Social'no-psihologičeskie aspekty prodolzhitel'nosti zhizni [Socio-psychological aspects of life expectancy]. Aktual'nye problemy demografii [Actual problems of demography]. Riga, 1983. S. 135.
8. Rahinskij D.V., Korol' L.G., Malimonov I.V. Sociologičeskoe issledovanie samosohranitel'nogo povedenija studencheskoj molodezhi [A sociological study of the self-preservation behavior of student youth]. Aktual'nye problemy razvitija hozjajstvujushih sub#ektov, territorij i sistem regional'nogo i municipal'nogo upravlenija [Actual problems of the development of economic entities, territories and systems of regional and municipal governmen]. 2015; 332-337.
9. Shabunova A.A., Korchagina P.S. Vlijanie samosohranitel'nyh komponentov na nalichie hroničeskih zabolevanij i samoocenku zdorov'ja naselenija [The effect of self-preserving

components on the presence of chronic diseases and self-esteem of public health]. Zdravoohranenie Rossijskoj Federacii [Health care of the Russian Federation]. 2014; 40-43.

10. Zhuravleva I.V. Zdorov'e i samosohranitel'noe povedenie [Health and self-preservation behavior]. Naselenie i obshhestvennoe razvitie [Population and social development]. Kn.2. M., 1988, s.159.

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.

Сведения об авторах

Ходакова Ольга Владимировна - д.м.н., доцент, заведующая кафедрой общественного здоровья и здравоохранения и экономики здравоохранения, проректор по УВР, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия; адрес: Российская Федерация, 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39а; тел. +7(3022)32-43-62; e-mail: hodakova.ov@mail.ru, ORCID 0000-0001-8288-939X

Кошечкина Надежда Владимировна - аспирант очной формы, ФГБОУ ВО Читинская государственная медицинская академия; адрес: Российская Федерация, 672090, г. Чита, ул. Горького, д. 39а; тел. +7924-579-79-51; e-mail: koshevaya112@mail.ru, ORCID 0000-0001-5243-3586, SPIN-код: 3103-5271

Author information

Olga V. Khodakova - MD, associate professor, Head of the Department of Public Health and Health Economics, Vice-Rector for Teaching Work, Chita State Medical Academy; address: Russian Federation, 672090, Chita, Gorky Str., d. 39a; Phone: +7 (3022) 32-43-62; e-mail: hodakova.ov@mail.ru, ORCID 0000-0001-8288-939X

Nadezhda V. Kosheva - post-graduate, Chita State Medical Academy; address: Russian Federation, 672090, Chita, Gorky Str., d. 39a; Phone: + 7924-579-79-51; e-mail: koshevaya112@mail.ru, ORCID 0000-0001-5243-3586, SPIN-код: 2314-6974

Статья получена: 14.10.2019 г.

Принята в печать: 04.12.2019 г.