

УДК 614.1

DOI 10.17802/2306-1278-2022-11-3-125-133

ПАРАМЕТРЫ СУБЪЕКТИВНО-ОБЪЕКТИВНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН ОТКРЫТОЙ ГОРОДСКОЙ ПОПУЛЯЦИИ

Е.В. Акимова¹, М.И. Бессонова¹, В.В. Гафаров², М.М. Каюмова¹, Е.И. Гакова¹, А.М. Акимов¹

¹ Тюменский кардиологический научный центр – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», ул. Мельникайте, 111, Тюмень, Российская Федерация, 625026; ² Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН» (НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН), ул. Б. Богаткова, 175/1, Новосибирск, Российская Федерация, 630089

Основные положения

• Субъективно-объективный показатель здоровья – наиболее важный параметр, характеризующий особенности мотивации популяции к сохранению общественного здоровья. В российских и зарубежных эпидемиологических исследованиях установлены различия в отношении к своему здоровью в зависимости от индикаторов социального, экономического положения, гендерных различий, демоэкологического фактора, брачного статуса. На открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири среди женщин, являющихся наиболее уязвимой категорией населения в отношении психологической нагрузки, впервые определены параметры субъективно-объективного показателя здоровья. Полученные на модели г. Тюмень данные позволяют прогнозировать отклик населения на проведение профилактических программ, оценить предварительные объемы необходимой профилактической помощи, учесть материальные затраты, которых потребуют превентивные мероприятия, а также проанализировать эффективность возможного вмешательства.

Цель

Определение некоторых параметров субъективно-объективного показателя здоровья (отношения к здоровью и его самооценки) среди женщин открытой городской популяции.

Материалы и методы

Одномоментное эпидемиологическое исследование открытой популяции выполнено на репрезентативной выборке среди женщин трудоспособного возраста (25–64 лет) Центрального административного округа Тюмени, стратифицированной по возрасту (1 000 женщин, отклик 70,3%). Отношение населения к своему здоровью установлено при использовании жестко стандартизированной анкеты ВОЗ «Знание и отношение к своему здоровью» программы «МОНИКА-психосоциальная».

Результаты

Данные одномоментного эпидемиологического исследования показали низкую ответственность за свое здоровье среди работающих женщин (36,5–46,7%), преимущественно негативную самооценку здоровья (70,0%), а также низкую ответственность в отношении сердечно-сосудистого здоровья в женской популяции (пятая часть популяции доверялась только своему самочувствию, а более половины популяции не обратилось бы за медицинской помощью при слабо выраженной боли в области сердца). В диапазоне от молодого к среднему возрасту отмечена тенденция роста негативной самооценки здоровья, а также повышения доверия общему осмотру врача без дополнительных исследований.

Заключение

Субъективно-объективный показатель здоровья населения требует активного изучения в популяциях и может служить научной основой для разработки и внедрения комплексных профилактических программ с учетом гендерных и возрастных особенностей и рисков.

Ключевые слова

Открытая популяция • Женщины • Отношение к здоровью • Самооценка здоровья

Поступила в редакцию: 29.06.2022; поступила после доработки: 03.08.2022; принята к печати: 31.08.2022

Для корреспонденции: Екатерина Викторовна Акимова, akimovaEV@infarkta.net; адрес: ул. Мельникайте, 111, Тюмень, Россия, 625026

Corresponding author: Ekaterina V. Akimova, akimovaev@infarkta.net; address: 111, Melnikaite St., Tomsk, Russia, 625026

PARAMETERS OF THE SUBJECTIVE AND OBJECTIVE INDICATOR OF HEALTH AMONG WOMEN OF URBAN POPULATION

E.V. Akimova¹, M.I. Bessonova¹, V.V. Gafarov², M.M. Kayumova¹, E.I. Gakova¹, A.M. Akimov¹

¹ Tyumen Cardiology Research Center, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution "Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science", 111, Melnikaite St., Tomsk, Russian Federation, 625026; ² Research Institute of Internal and Preventive Medicine – Branch of the Institute of Cytology and Genetics, Siberian Branch of Russian Academy of Sciences, 175/1, B. Bogatkova St., Novosibirsk, Russian Federation, 630089

Highlights

• The subjective and objective indicator of health is the most important parameter characterizing the motivation of the population to preserve public health. In Russian and foreign epidemiological studies, differences in attitude to one's health are dependent upon social and economic status, gender differences, ecology, and marital status. For the first time, the parameters of the subjective and objective indicator of health were determined among women in the population of a medium-sized urban city in Western Siberia. It must be mentioned that women remain to be the most vulnerable category of the population in terms of psychological stress. The data obtained using Tyumen's population will assist in the prediction of the population's response to preventive programs, estimation of the amount of preventive care needed, taking into account the expenses, and analysis of the effectiveness of possible intervention.

Aim To determine some parameters of the subjective and objective indicator of health (health attitudes and health self-assessment) among women in urban population.

Methods The epidemiological study included a representative sample of women of working age (25–64 years old) residing in the Central Administrative District of Tyumen, stratified by age (1 000 women, response rate 70.3%). The attitude of the population towards health was assessed using the standard WHO MONICA-psychosocial questionnaire "Awareness and Attitude towards Health".

Results The obtained data revealed low responsibility for health among working age women (36.5–46.7%), and predominantly negative self-assessment of health (70.0%). The results showed a low responsibility for cardiovascular health in the female population (a fifth of the population trusted only their own feelings, and more than half of the population would not seek medical help for mild pain in the chest). A trend towards increasing negative self-assessment of health and increasing trust in the examination of a physician without additional examination was noted in the participants in young to middle age range.

Conclusion The subjective and objective indicator of population's health requires further studies and can be used as a basis for the development and implementation of comprehensive preventive programs that take into account gender and age-dependent features and risks.

Keywords Urban population • Women • Attitude to health • Self-assessment of health

Received: 29.06.2022; received in revised form: 03.08.2022; accepted: 31.08.2022

Список сокращений

СВП – стандартизованный по возрасту показатель ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания
СЗ – самооценка здоровья ФР – факторы риска

Введение

Субъективно-объективный показатель здоровья населения представляет собой комплекс медицинских и социальных аспектов, отражающих в частности отношение к здоровью, а также уровень вовлеченности населения в процесс укрепления здоровья, самооценку здоровья (СЗ) и информированность о факторах риска (ФР) – как сердеч-

но-сосудистых (ССЗ), так и других хронических неинфекционных заболеваний [1]. Показатели отношения к своему здоровью, профилактике и лечению ССЗ, информированности о ФР хронических неинфекционных заболеваний, возможностях их лечения и профилактики проанализированы в рамках международного эпидемиологического проекта ВОЗ «МОНИКА-психосоциальная» [1, 2].

Многими авторами показано, что низкая медицинская грамотность населения, отсутствие осознанной необходимости заботиться о своем здоровье ведут к быстрому истощению ресурсов организма, раннему старению и снижению продолжительности жизни [3–5]. В последнее десятилетие в целом отмечена тенденция повышения медицинской грамотности населения в отношении ФР развития ССЗ, причем по основным позициям субъективно-объективного показателя здоровья населения и связанными с ними неконвенционными ФР ССЗ определены существенные гендерные особенности, отражающие между тем более пессимистическую позицию в женских популяциях [2, 6, 7]. Ряд отечественных исследований, как на неорганизованных, так и организованных популяциях, посвящен изучению субъективно-объективного показателя здоровья женщин, при этом выявлено, что женщины преимущественно более негативно оценивают свое здоровье [2, 4, 6]. Показатель высокой СЗ определен лишь у 22% женщин, тогда как в европейских странах негативно относилось к своему здоровью менее десятой части населения [6–9]. При изучении ассоциаций распространенности ССЗ и их конвенционных и неконвенционных ФР с отношением к своему здоровью продемонстрирован негативный рост субъективно-объективного показателя здоровья в рисковенных группах населения [10, 11].

Формированию медицинской грамотности населения способствует создание государственных профилактических программ, научной базой для которых должны служить эпидемиологические исследования по изучению конвенционных и неконвенционных ФР ССЗ [12, 13]. Такие исследования, согласно основным эпидемиологическим канонам, необходимо проводить в каждом отдельно взятом регионе, в связи с чем определение субъективно-объективного показателя здоровья населения в возрастном и гендерном аспектах становится чрезвычайно актуальным [5, 13–15].

Целью исследования явилось определение некоторых параметров субъективно-объективного показателя здоровья (отношения к здоровью и его самооценки) среди женщин открытой городской популяции.

Материалы и методы

Одномоментное эпидемиологическое исследование проведено в течение 2016 г. в рамках кардиологического скрининга на открытой городской популяции среди лиц женского пола трудоспособного возраста – 25–64 лет (на модели г. Тюмень). Из избирательных списков граждан Центрального административного округа Тюмени в компьютерном варианте методом генерации случайных

чисел сформирована репрезентативная выборка в количестве 1 000 женщин, по 250 человек в каждой из четырех возрастных групп (25–34, 35–44, 45–54, 55–64 лет). Отклик на кардиологический скрининг составил 70,3%. От каждого респондента получено информированное согласие на участие в исследовании.

В рамках проведенного эпидемиологического исследования использована жестко стандартизованная анкета «Знание и отношение к своему здоровью» программы ВОЗ «МОНИКА-психосоциальная», включавшая 33 вопроса с фиксированными ответами. Субъективно-объективный показатель здоровья населения установлен на основании 13 вопросов анкеты, которые освещали отношение к здоровью, профилактике и медицинской помощи [16]. В раздел результатов исследования вынесены некоторые параметры субъективно-объективного показателя здоровья населения в соответствии с приоритетами ответов на заданный вопрос респондентам либо статистически значимые тенденции в возрастном диапазоне.

Для сбора первичной научной информации применен сплошной опросный метод путем самозаполнения анкеты. Протокол исследования одобрен Комитетом по биомедицинской этике филиала ФГБУ «НИИ кардиологии» СО РАН «Тюменский кардиологический центр» (№ 63 от 21 мая 2012 г.).

Статистический анализ

Статистический анализ проведен с помощью пакета по медицинской информации IBM SPSS Statistics 21.0 (IBM Corp., США). Для проверки статистической значимости различий между группами использован критерий χ^2 (Пирсона). Статистически значимые различия были приняты при уровне значимости $p < 0,05$ с доверительным интервалом 95%. Репрезентативность выборки обоснована стандартизацией основных показателей при сравнении генеральной и выборочной совокупности. Так, для сравнения параметров субъективно-объективного показателя здоровья (отношения к здоровью и его самооценки) применен прямой метод стандартизации. Для стандартизации показателей использована возрастная структура городского женского населения РФ в диапазоне 25–64 лет по категориям: 25–34, 35–44, 45–54, 55–64. Для каждой возрастной группы частоту случаев по каждому изучаемому параметру умножали на число лиц генеральной совокупности этого возраста. В результате по каждому параметру получен стандартизованный по возрасту показатель (СВП) – число случаев, которое наблюдалось бы в выборочной совокупности, если бы там была такая же возрастная структура, как в генеральной совокупности [17].

Результаты

Анализ показал, что почти у 50% женщин тюменской популяции выявлена крайне низкая ответственность за свое здоровье, поскольку на вопрос предложенной анкеты об их предполагаемых действиях при плохом самочувствии на рабочем месте около половины женщин ответили, что продолжали бы работать. Тех, кто при ухудшении самочувствия сокращал бы работу и отдыхал, оказалось менее 40%, а обратилась бы к врачу при таких обстоятельствах лишь седьмая часть женщин открытой популяции. В возрастных категориях по всем трем вариантам ответов предложенного теста статистически значимых различий не выявлено (рис. 1).

При повышении температуры или наличии симптомов гриппа ответственность женщин за состояние своего здоровья также оставалась низкой – более трети представительниц тюменской популяции, как правило, продолжали бы работать как обычно. Половина женской популяции при таких обстоятельствах предполагала оставаться дома и делать все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу. На пассивный вариант – остаться дома до улучшения самочувствия – ориентировалось менее седьмой части женщин тюменской популяции. В возрастных категориях по всем трем вариантам ответов предложенного теста статистически значимых различий также не зарегистрировано (см. рис. 1).

Третий вопрос анкеты касался возможных вариантов действий женской популяции при появлении первых признаков нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы. Так, более половины

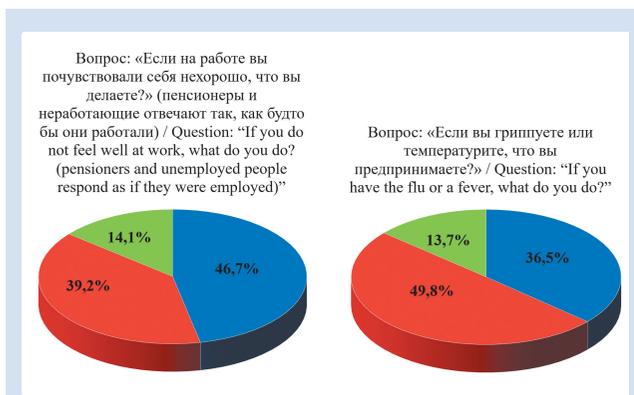


Рисунок 1. Стандартизованный по возрасту показатель ответственности за свое здоровье среди женщин открытой городской популяции

Примечание: А: 46,7% – «продолжаю работу», 39,2% – «сокращаю работу и отдыхаю», 14,1% – «обращаюсь к врачу»; В: 36,5% – «работаю как обычно», 49,8% – «остаюсь дома и делаю все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу», 13,7% – «остаюсь дома до тех пор, пока не почувствую себя лучше».

Figure 1. Age-standardized indicator of responsibility for health among women in urban population

Note: A: 46.7% – I continue to work, 39.2% – I reduce the work load and rest, 14.1% – I make an appointment with a doctor; B: 36.5% – I work as usual, 49.8% – I stay at home and do my best to return to work as soon as possible, 13.7% – I stay at home until I feel better.

женщин Тюмени ответили, что обратятся к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обратятся, если эта боль или неприятное ощущение выражены слабо. Практически одна треть тюменской популяции была готова обратиться к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца, а минимальная часть обследуемых женщин оказалась категорически отрицательно настроенной к обращению за медицинской помощью даже при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца. В то же время женщин, регулярно посещающих врача вне зависимости от каких-либо болей или неприятных ощущений в области сердца, в популяции оказалось менее 10%. В возрастных категориях по четырем вариантам ответов предложенного теста статистически значимых различий не обнаружено (рис. 2).

В отношении женщин тюменской популяции к диагностике ССЗ мнение тех, кто доверял своему самочувствию и считал, что не боится, если

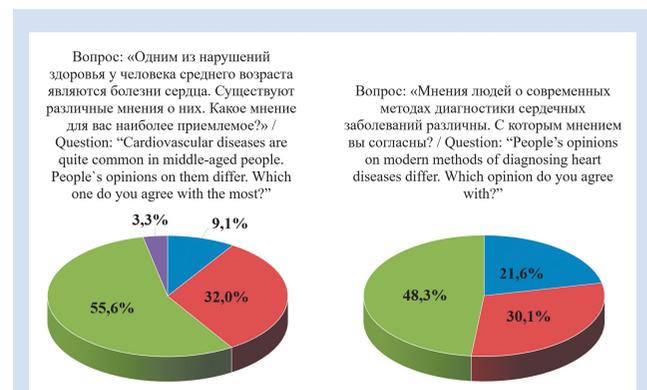


Рисунок 2. Стандартизованный по возрасту показатель отношения к сердечно-сосудистому здоровью женщин открытой городской популяции

Примечание: А: 9,1% – «Независимо, чувствую ли я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца, я регулярно проверяюсь у врача»; 32,0% – «Я обратилась бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца»; 55,6% – «Я обратилась бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обратилась бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены»; 3,3% – «Я не обратилась бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца»; В: 21,6% – «Я доверяю своему самочувствию. Если я чувствую себя хорошо, это значит, что я не боюсь»; 30,1% – «Врач знает больше меня. Если он осмотрел меня и сказал, что я болен или здоров, я ему верю»; 48,3% – «Я не обязательно соглашусь с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования».

Figure 2. Age-standardized indicator of attitude towards cardiovascular health in women in urban population

Note: A: 9.1% – Regardless of whether I feel any pain or discomfort in the heart, I regularly visit the doctor; 32.0% – I would make an appointment if I had any pain or discomfort in the heart; 55.6% – I would make an appointment if the pain was mild; 3.3% – I would not make an appointment even if the pain was severe; B: 21.6% – I trust my feelings. If I feel good, it means that I am healthy; 30.1% – The doctor knows more than me. If he examined me and said that I was sick or healthy, I believe him; 48.3% – I would not necessarily agree with the opinion of the doctor following general examination, until specialists conduct thorough tests.

чувствует себя хорошо, составило пятую часть открытой популяции (СВП 21,6%). Около половины опрошенных женщин тюменской популяции не соглашались с мнением врача после общего осмотра до проведения специалистами подробного обследования (СВП 48,3%). Вместе с тем без дополнительных обследований доверяло общему осмотру врача около третьей части женской популяции (СВП 30,1%) (см. рис. 2).

В соответствии с рис. 3, по этому параметру установлены статистически значимые различия между младшей возрастной группой (25–34 лет) с меньшей долей лиц, готовых доверять только общему осмотру врача без дополнительных исследований, и группой зрелого возраста (45–54 лет), в которой таких лиц было существенно больше (23,8–35,8%, $p < 0,001$) (см. рис. 3). По другим позициям статистически значимых различий в возрастных категориях не выявлено.

Относительно СЗ в целом в популяции 70,0% обследованных женщин указали, что они больны или не совсем здоровы. С ответом «совершенно здоров» независимо от возраста выступило минимальное число женщин. Самооценку «здоровье хорошее» и «здоров» закономерно чаще давали женщины младшей возрастной категории (25–34 лет), однако различия показателей с увеличением возраста были статистически незначимыми (рис. 4).

В категории «не совсем здоров» показатель по возрасту распределился практически равномерно, показатель «болен» был минимальным в возрастной категории 35–44 лет и существенно различался в категориях 45–54 (2,4–8,2%, $p < 0,05$) лет и 55–64 (2,4–7,4%, $p < 0,05$) года (рис. 5).

Таким образом, у женщин открытой городской популяции установлена в целом низкая ответственность за свое здоровье и в соответствии с этим пониженная его самооценка с недостаточно выраженным уровнем доверия службе здравоохранения.

Вопрос: «Мнения людей о современных методах диагностики сердечных заболеваний различны. С которым мнением вы согласны?» / Question: "People's opinions on modern methods of diagnosing heart diseases differ. Which opinion do you agree with?"

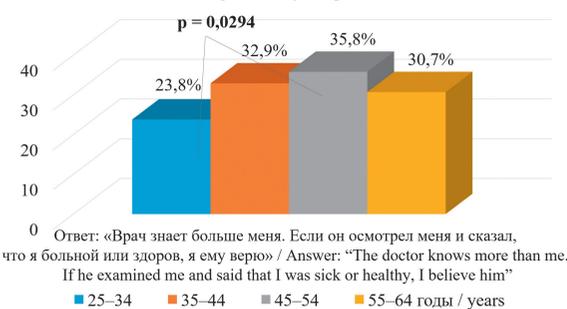


Рисунок 3. Отношение к диагностике сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне

Figure 3. Attitude towards the diagnosis of cardiovascular disease among women in urban population in the age range

Обсуждение

Результаты исследования показали, что в открытой популяции среди женщин среднеурбанизированного города Западной Сибири превалировала низкая ответственность за свое здоровье в возрастном диапазоне 25–64 лет, уровень доверия службе здравоохранения также был слабо выраженным. Логическим завершением этой ситуации явилась и чрезвычайно негативная СЗ, в целом превалирующая над его позитивной самооценкой. Известно, что субъективная СЗ населения служит важнейшим индикатором здоровья популяции. Важность СЗ возрастает с учетом того, что негативная самооценка связана с большим риском развития и фатальных исходов ССЗ в сравнении с достаточной и высокой СЗ независимо от традиционных ФР [8, 9]. В ранних исследованиях на тюменской популяции определена тенденция роста негативной СЗ в группах лиц обоего пола при наличии ишемической болезни сердца, причем у женщин такая тенденция была более выраженной по сравнению с мужчинами [18]. В целом результаты отечественных исследований

Вопрос: «Как вы оцениваете состояние своего здоровья?» / Question "How do you assess your health?"

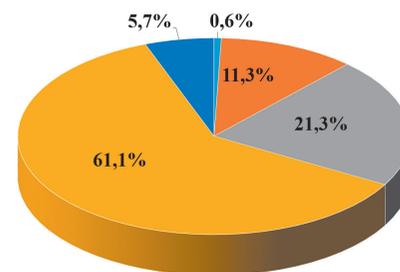


Рисунок 4. Стандартизованный по возрасту показатель самооценки здоровья среди женщин открытой городской популяции

Примечание: 0,6% – «совершенно здоров»; 11,3% – «здоровье хорошее»; 21,3% – «здоров»; 61,1% – «не совсем здоров»; 5,7% – «болен».

Figure 4. Age-standardized indicator of self-assessed health among women in urban population

Note: 0.6% – perfectly healthy; 11.3% – good health; 21.3% – healthy; 61.1% – not quite healthy; 5.7% – I am sick.

Вопрос: «Как вы оцениваете состояние своего здоровья?» / Question: "How do you assess your health?"

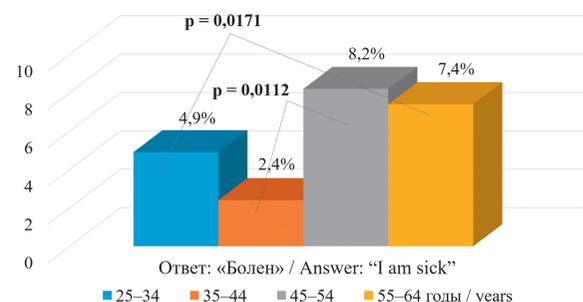


Рисунок 5. Негативная самооценка здоровья среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне

Figure 5. Negative self-assessment of health among women in urban population in the age range

свидетельствуют о значительном превышении доли лиц с низкой СЗ среди российского населения в сравнении с европейскими популяциями и развивающимися странами [6–9]. В то же время выраженное варьирование показателей отношения населения к своему здоровью, профилактике заболеваний и медицинской помощи в российских популяциях, на наш взгляд, в большей мере обусловлено использованием авторами разного опросного инструментария, чем истинным различием показателей [4, 5, 14].

Результаты представленного исследования показывают крайне низкую ответственность за свое здоровье среди тюменских женщин, в особенности это касается желаний продолжать работу в стандартном режиме, несмотря на плохое самочувствие. Такое решение принимало около половины женской популяции, тем не менее также половина опрошенных при повышении температуры или появлении симптомов гриппа предпочитала оставаться дома и принять все возможные меры, чтобы скорее вернуться на работу. Вероятно, это можно обосновать и данными в отношении стресса на работе, полученными на тюменской популяции в наших предыдущих исследованиях, в которых высокая ответственность на рабочем месте среди женщин существенно превышала таковую у мужчин и в то же время являлась значимым стрессовым ФР развития ССЗ [19]. Вместе с тем низкую ответственность за свое здоровье среди женщин можно объяснить и с позиции распространенности психосоциальных ФР ССЗ: стресс на работе и в семье, приоритеты семьи над собственными приоритетами, ответственность за детей. Высокая распространенность психосоциальных ФР в женских популяциях, ассоциированная с субъективно-объективным показателем здоровья населения, продемонстрирована в работах как зарубежных, так и отечественных ученых [13, 20].

В отношении доверия врачу и службе здравоохранения в контексте ответственности за свое здоровье результаты представляются неблагоприятными. Так, при появлении болей или неприятных ощущений в области сердца только треть женщин тюменской популяции могла принимать адекватные решения. Вместе с тем половина населения лишь при появлении сильных болей в области сердца готова была обратиться за медицинской помощью. Полученные данные обеспечивают концептуальную основу для исследования психосоциальных факторов кардиоваскулярного риска, влияющих на здоровье, а также свидетельствуют о необходимости расширения информационного блока в рамках проведения популяционной стратегии первичной профилактики ССЗ [14].

Концепция ФР в настоящее время остается об-

щепринятой стратегией первичной профилактики ССЗ. В российских рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике пересмотра 2017 г. основное внимание уделено профилактике ССЗ, в связи с чем рекомендации в большей степени посвящены изменению образа жизни и контролю основных факторов сердечно-сосудистого риска [21]. Полученные в настоящем исследовании результаты дают государственным структурам, принимающим решения на региональном уровне, понимание того, как с наибольшей эффективностью управлять здоровьем населения, уделяя приоритетное внимание профилактическим мерам, и, следовательно, правильно распределять ресурсы здравоохранения [12, 22].

Заключение

Необходимым условием эффективности программы профилактики ССЗ среди женщин трудоспособного возраста являются изучение субъективно-объективного показателя здоровья населения и использование полученных результатов.

Данные одномоментного эпидемиологического исследования показали низкую ответственность за свое здоровье среди работающих женщин (36,5–46,7%), преимущественно негативную СЗ (70,0%), а также низкую ответственность в отношении сердечно-сосудистого здоровья в женской популяции (пятая часть популяции доверяла только своему самочувствию, а более половины популяции не обратилось бы за медицинской помощью при слабо выраженной боли в области сердца). В возрастном диапазоне от молодого к среднему возрасту отмечена тенденция роста негативной СЗ, а также повышения доверия общему осмотру врача без дополнительных исследований.

Таким образом, субъективно-объективный показатель здоровья населения требует активного изучения в популяциях и может служить научной основой для разработки и внедрения комплексных профилактических программ с учетом гендерных и возрастных особенностей и рисков.

Конфликт интересов

Е.В. Акимова заявляет об отсутствии конфликта интересов. М.И. Бессонова заявляет об отсутствии конфликта интересов. В.В. Гафаров заявляет об отсутствии конфликта интересов. М.М. Каюмова заявляет об отсутствии конфликта интересов. Е.И. Гакова заявляет об отсутствии конфликта интересов. А.М. Акимов заявляет об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование

Авторы заявляют об отсутствии финансирования исследования.

Информация об авторах

Акимова Екатерина Викторовна, доктор медицинских наук заведующая лабораторией эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Тюменского кардиологического научного центра – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Тюмень, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0002-9961-5616

Бессонова Марина Игоревна, директор Тюменского кардиологического научного центра – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Тюмень, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0002-2686-3715

Гафаров Валерий Васильевич, доктор медицинских наук, профессор руководитель лаборатории психологических и социологических проблем терапевтических заболеваний Научно-исследовательского института терапии и профилактической медицины – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Федеральный исследовательский центр Институт цитологии и генетики СО РАН» (НИИТПМ – филиал ИЦиГ СО РАН), Новосибирск, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0001-5701-7856

Каюмова Марина Михайловна, кандидат медицинских наук старший научный сотрудник лаборатории эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Тюменского кардиологического научного центра – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Тюмень, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0001-5326-119X

Гакова Екатерина Ивановна, кандидат медицинских наук старший научный сотрудник лаборатории эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Тюменского кардиологического научного центра – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Тюмень, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0001-8662-8760

Акимов Александр Михайлович, кандидат социальных наук старший научный сотрудник лаборатории эпидемиологии и профилактики сердечно-сосудистых заболеваний Тюменского кардиологического научного центра – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук», Тюмень, Российская Федерация; **ORCID** 0000-0001-5152-8460

Вклад авторов в статью

АЕВ – интерпретация данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

БМИ – получение и анализ данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ГВВ – вклад в концепцию и дизайн исследования, корректура статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

КММ – получение и анализ данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

Author Information Form

Akimova Ekaterina V., PhD, Head of the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease, Tyumen Cardiology Research Center, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science”, Tomsk, Russian Federation; **ORCID** 0000-0002-9961-5616

Bessonova Marina I., Director of the Tyumen Cardiology Research Center, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science”, Tomsk, Russian Federation; **ORCID** 0000-0002-2686-3715

Gafarov Valery V., PhD, Professor, Head of the Laboratory of Psychological and Sociological Issues of General Medical Diseases, Research Institute of Internal and Preventive Medicine – Branch of the Institute of Cytology and Genetics, Siberian Branch of Russian Academy of Sciences, Novosibirsk, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-5701-7856

Kayumova Marina M., PhD, Researcher at the laboratory of Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease, Tyumen Cardiology Research Center, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science”, Tomsk, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-5326-119X

Gakova Ekaterina I., PhD, Senior Researcher at the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease, Tyumen Cardiology Research Center, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science”, Tomsk, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-8662-8760

Akimov Alexander M., PhD, Senior Researcher at the Laboratory of Epidemiology and Prevention of Cardiovascular Disease, Tyumen Cardiology Research Center, branch of the Federal State Budgetary Scientific Institution “Tomsk National Research Medical Center of the Russian Academy of Science”, Tomsk, Russian Federation; **ORCID** 0000-0001-5152-8460

Author Contribution Statement

AEV – data interpretation, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

BMI – data collection and analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

GVV – contribution to the concept and design of the study, editing, approval of the final version, fully responsible for the content

KMM – data collection and analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

ГЕИ – получение и анализ данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

ААМ – анализ и интерпретация данных исследования, написание статьи, утверждение окончательной версии для публикации, полная ответственность за содержание

GEI – data collection and analysis, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

AAM – data analysis and interpretation, manuscript writing, approval of the final version, fully responsible for the content

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Tunstall-Pedoe H. editors. MONICA. Monograph and Multimedia Sourcebook. Geneva: WHO; 2003. 244 p.
2. Гафаров В.В., Громова Е.В., Гагулин А.В., Гафарова А.В., Панов Д.О. Половые различия по информированности и отношению к своему здоровью как субъективно-объективный показатель здоровья населения в России/Сибири (программа ВОЗ “MONICA-психосоциальная”, НАПН). Терапевтический архив. 2015;1:14-26.
3. Казин Э. М., Птахина Ю. А., Красношлыкова О. Г., Свиридова И.А., Кошко Н.Н., Шерер Т.И. Особенности взаимосвязей между психолого-педагогическими и медикосоциальными характеристиками и формированием социального опыта старшеклассников интернатных учреждений. Вестник Кемеровского государственного университета. 2016;4:142-51.
4. Алиева Л. А. Самооценка здоровья и образ жизни работников промышленных предприятий. Профилактическая медицина. 2010;1:29-31.
5. Кавешников В.С., Серебрякова В.А., Трубачева И.А. Отношение к своему здоровью, его параметры и самооценка среди участников профилактической акции. Сибирский медицинский журнал. 2014. 29. 115-122.
6. Каюмова М.М., Акимов А.М., Горбунова Т.Ю., Гафаров В.В. Самооценка состояния здоровья мужчин и женщин открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири: гендерные особенности. Сибирский научный медицинский журнал. 2019; 39 (5): 149–155. doi: 10.15372/SSMJ20190518.
7. Шальнова С.А., Деев А.Д., Оганов Р.Г. Факторы, влияющие на смертность от сердечно-сосудистых заболеваний в Российской популяции. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2005;4(1):4-9.
8. Alexopoulos E.C., Geitona M. Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants. Int J Environ Res Public Health. 2009; 6(9): 2456-2469. doi:10.3390 / ijerph6092456
9. Au N., Johnston D.W. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? Social Science and Medicine. 2014;121:21-28. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.007
10. Rowlands G.P., Mehay A., Hampshire S., Phillips R., Williams P., Mann A., Steptoe A., Walters P., Tyllee A.T. Characteristics of people with low health literacy on coronary heart disease GP registers in South London: a cross-sectional study. BMJ. 2013;3:18-503. doi:10.1136/bmjopen-2012-001503
11. Ekenga V., Skomo M. Impact of Pharmacist Obesity Diagnosis Education on Patient Self-Rated Health and Health Behavior: A Pilot Study. Journal of Obesity and Chronic Diseases. 2017;2(1):39-42. doi: 10.17756/jocd.2017-007
12. Бойцов С.А., Драпкина О.М. Современное содержание и совершенствование стратегии высокого сердечно-сосудистого риска в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. Терапевтический архив. 2021;93(1):4-6. doi: 10.26442/00403660.2021.01.200543
13. Гафаров В.В., Панов Д.О., Громова Е.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В. Взаимосвязь враждебности с информированностью о здоровье и другими психосоциальными факторами в открытой популяции женщин 25-64 лет в Новосибирске. Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2016;8(1):16-21.
14. Погосова Н.В., Юсубова А.И., Юферева Ю.М., Аушева А.К., Карпова А.В., Выгодин В.А. Влияние профилактического консультирования с дистанционной поддержкой на мотивацию к изменению образа жизни у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском. Кардиология. 2020;60(5):41-46. doi: 10.18087/cardio.2020.5.n1009
15. Бойцов С.А. Актуальные направления и новые данные в эпидемиологии и профилактике неинфекционных заболеваний. Терапевтический архив. 2016; 88(1):4-10. doi: 10.17116/terarkh20168814-10.
16. McKee M. Monica monograph and multimedia sourcebook. JR Soc Med. 2003;96(12):613-614.
17. Решетников А.В. Методология исследований в социологии медицины. М: Медицина; 2000. 238 с.
18. Акимова Е.В., Гафаров В.В. Результаты одномоментного скринингового исследования распространенности ИБС в выборке населения Тюмени. Терапевтический архив. 2001; 73(1): 18 21.
19. Акимов А.М., Гакова Е.И., Акимова А.А., Гафаров В.В., Кузнецов В.А. Ассоциации параметров стресса на рабочем месте и характера труда у женщин открытой городской популяции. Сибирский медицинский журнал (г. Томск). 2016;31(4):76-79. doi:10.29001/2073-8552-2016-31-4-76-79
20. Abbas J., Aqeel M., Shaher B., Sundas J., Zhang W. The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. J Affect Disord. 2019; 244: 231-238. doi:10.1016/j.jad.2018.07.071
21. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации. Российский кардиологический журнал. 2018;23(6):7-122. doi: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122
22. Jefferson P.N., Pryor F.L. Does Labor Market Status Influence Self-Assessed Health? International Advances in Economic Research. 2013;20(1):45-56. doi: 10.1007/s11294-013-9451-y

REFERENCES

1. Tunstall-Pedoe H. editors. MONICA. Monograph and Multimedia Sourcebook. Geneva: WHO; 2003. 244 p.
2. Gafarov V.V., Gromova E.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V., Panov D.O. Gender differences in health awareness and attitudes as a subjective-objective health index in the population of Russia/Siberia (WHO MONICA-psychosocial program, NAPIEE project. Terapevticheskii arkhiv. 2015;1:14-26. (In Russian)
3. Kazin E.M., Ptakhina Yu.A., Krasnoslykova O.G., Sviridova I.A., Koshko N.N., Sherer T.I. Peculiarities of the relationship between psychological, pedagogical and medico-social characteristics and the formation of social experience of senior pupils of boarding schools. Bulletin of the Kemerovo State University. 2016;4: 142-51. (In Russian)
4. Alieva L.A. Self-assessment of health and lifestyles

of workers in industrial enterprises. Preventive Medicine. 2010;1:29-31. (In Russian)

5. Kaveshnikov V.S., Serebryakova V.A., Trubacheva I.A. Health attitudes, their parameters, and self-esteem health in participants of the preventive effort. Siberian Journal of Medicine. 2014;29:115-122. (In Russian)

6. Kayumova M.M., Akimov A.M., Gorbunova T.Yu., Gafarov V.V. Self-assessment of health in men and women of the open population of the medium-urbanized city of Western Siberia: gender peculiarities. Siberian scientific medical journal. 2019;39 (5):149-155. doi: 10.15372/SSMJ20190518. (In Russian)

7. Shalnova S.A., Deev A.D., Oganov R.G. Factors influencing cardiovascular mortality in Russian population. Cardiovascular therapy and prevention. 2005; 4(1). 4-9. (In Russian)

8. Alexopoulos E.C., Geitona M. Self-Rated Health: Inequalities and Potential Determinants. Int J Environ Res Public Health. 2009; 6(9): 2456-2469. doi:10.3390 / ijerph6092456

9. Au N., Johnston D.W. Self-assessed health: What does it mean and what does it hide? Social Science and Medicine. 2014;121:21-28. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.10.007

10. Rowlands G.P., Mehay A., Hampshire S., Phillips R., Williams P., Mann A., Steptoe A., Walters P., Tyllee A.T. Characteristics of people with low health literacy on coronary heart disease GP registers in South London: a cross-sectional study. BMJ. 2013;3:18-503. doi:10.1136/bmjopen-2012-001503

11. Ekenga V., Skomo M. Impact of Pharmacist Obesity Diagnosis Education on Patient Self-Rated Health and Health Behavior: A Pilot Study. Journal of Obesity and Chronic Diseases. 2017;2(1):39-42. doi: 10.17756/jocd.2017-007

12. Boytsov S.A., Drapkina O.M. Modern content and improvement of high cardiovascular risk strategy in reducing mortality from cardiovascular diseases. Terapevticheskii Arkhiv. 2021;93(1):4-6. doi: 10.26442/00403660.2021.01.200543 (In Russian)

13. Gafarov V.V., Panov D.O., Gromova E.A., Gagulin I.V., Gafarova A.V. An association of hostility with awareness of health and other psychosocial factors in an open female

population aged 25-64 years in Novosibirsk. Neurology, neuropsychiatry, psychosomatics. 2016;8(1):16-21. (In Russian)

14. Pogosova N.V., Yusubova A.I., Yufereva Yu.M., Ausheva A.K., Karpova A.V., Vygodin V.A. The Effects of Preventive Counseling Followed by Remote Support Via Telephone on the Motivation to Change Lifestyle in Patients With High and Very High Cardiovascular Risk. Kardiologiya. 2020;60(5). doi: 10.18087/cardio.2020.5.n1009 (In Russian)

15. Boytsov S. A. Recent trends in and new data on the epidemiology and prevention of non-communicable diseases. Terapevticheskii arkhiv. 2016; 88(1):4-10. doi: 10.17116/terarkh20168814-10. (In Russian)

16. McKee M. Monica monograph and multimedia sourcebook. JR Soc Med. 2003;96(12):613-614.

17. Reshetnikov A.V. Research methodology in the sociology of medicine. Moscow: Medicina; 2000. (In Russian)

18. Akimova E.V., Gafarov V.V. Results of a one-step screening study of the prevalence of coronary artery disease in a sample of the population of Tyumen. Terapevticheskii arkhiv. 2001; 73(1):18-21. (In Russian)

19. Akimov A.M., Gakova E.I., Akimova A.A., Gafarov V.V., Kuznetsov V.A. The associations between parameters of stress in the workplace and nature of work in women of the urban population. The Siberian medical Journal (Tomsk). 2016;31(4):76-79. doi:10.29001/2073-8552-2016-31-4-76-79 (In Russian)

20. Abbas J., Aqeel M., Shaher B., Sundas J., Zhang W. The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women. J Affect Disord. 2019; 244: 231-238. doi:10.1016/j.jad.2018.07.071

21. Cardiovascular prevention 2017. National guidelines. Russian Journal of Cardiology. 2018;23(6):7-122. doi: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122 (In Russian)

22. Jefferson P.N., Pryor F.L. Does Labor Market Status Influence Self-Assessed Health? International Advances in Economic Research. 2013;20(1):45-56. doi: 10.1007/s11294-013-9451-y

Для цитирования: Акимова Е.В., Бессонова М.И., Гафаров В.В., Каюмова М.М., Гакова Е.И., Акимов А.М. Параметры субъективно-объективного показателя здоровья среди женщин открытой городской популяции. Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. 2022;11(3): 125-133. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-3-125-133

To cite: Akimova E.V., Bessonova M.I., Gafarov V.V., Kayumova M.M., Gakova E.I., Akimov A.M. Parameters of the subjective-objective indicator health among women of open urban population. Complex Issues of Cardiovascular Diseases. 2022;11(3): 125-133. DOI: 10.17802/2306-1278-2022-11-3-125-133