

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ РФ
ТЮМЕНСКИЙ КАРДИОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР –
ФИЛИАЛ ФЕДЕРАЛЬНОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО БЮДЖЕТНОГО
НАУЧНОГО УЧРЕЖДЕНИЯ «ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР
РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК»

На правах рукописи

Бессонова Марина Игоревна

**НЕКОТОРЫЕ НЕКОНВЕНЦИОННЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-
СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ИХ АССОЦИАЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН
25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО
ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ**

3.1.20. Кардиология

Диссертация на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:
Заслуженный деятель науки РФ,
д.м.н., профессор Гафаров В.В.

Тюмень 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
Список сокращений	4
Введение	5
Глава 1 Обзор литературы	12
1.1 Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от психосоциальных факторов	12
1.2 Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин	16
1.2.1 Тревожность как свойство личности	17
1.2.2 Депрессия	21
1.2.3 Враждебность	24
1.2.4 Стресс в семье	29
1.2.5 Стресс на работе	32
1.3 Субъективно-объективный показатель здоровья у женщин	36
Глава 2 Материал и методы	40
2.1 Организация исследования и дизайн	40
2.2 Методы исследования	44
2.2.1 Методы исследования психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний	44
2.2.2 Методы исследования объективно-субъективного показателя здоровья	45
2.2.3 Статистические методы исследования.....	46
Глава 3 Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири	48
3.1 Распространенность негативных психоэмоциональных состояний ..	48
3.2 Распространенность стресса в семье и на работе.....	53
3.3 Резюме	63
Глава 4 Субъективно-объективный показатель здоровья среди женщин 25-64	

лет среднеурбанизированного города Западной Сибири.....	64
4.1 Отношение к здоровью и его самооценка	64
4.2 Отношение к профилактике	71
4.3 Отношение к медицинской помощи	77
4.4 Резюме	83
Глава 5 Ассоциации распространенности негативных психоэмоциональных состояний со стрессом в семье, стрессом на работе и субъективно-объективным показателем здоровья среди женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири	84
5.1 Ассоциации высокого уровня личностной тревожности со стрессом в семье, стрессом на работе и субъективно-объективным показателем здоровья	84
5.2 Ассоциации высокого уровня депрессии со стрессом в семье, стрессом на работе и субъективно-объективным показателем здоровья	90
5.3 Ассоциации высокого уровня враждебности со стрессом в семье, стрессом на работе и субъективно-объективным показателем здоровья	97
5.4 Резюме	108
Глава 6 Обсуждение результатов исследования	109
Заключение	123
Выводы	126
Практические рекомендации	128
Список литературы	129
Приложение А	163
Приложение Б	168

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АГ – артериальная гипертония

АД – артериальное давление

БД – большая депрессия

ВАК – Высшая аттестационная комиссия

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВР – враждебность

Д – депрессия

ДИ – доверительный интервал

ИБС – ишемическая болезнь сердца

ИМ – инфаркт миокарда

ЛТ – личностная тревожность

НИМЦ – Национальный исследовательский медицинский центр

НИР – научно-исследовательская работа

ОР – относительный риск

ПСФ – психосоциальные факторы

РФ – Российская Федерация

СД – сахарный диабет

СЗ – самооценка здоровья

СП – стандартизованный по возрасту показатель

ССЗ – сердечно-сосудистые заболевания

ССС – сердечно-сосудистая система

ФР – фактор риска

ЦНС – центральная нервная система

ЭС – эпидемиологическая ситуация

MONICA – Multinational Monitoring of Trends

and Determinants of Cardiovascular Disease – Optional Psychosocial Study

MOPSY – MONICA-psychosocial

WHO – World Health Organization

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Последние десятилетия XX века и первые десятилетия XXI века были насыщены активным накоплением научных фактов в отношении анализа неконвенционных (психосоциальных) факторов риска развития ССЗ. Эти исследования касаются воздействия психосоциальных факторов (ПСФ) кардиоваскулярного риска на формирование эпидемиологической ситуации в разных странах и регионах [18, 20, 21, 23, 27, 33, 40, 96, 198, 232, 233, 240]. Психоэмоциональные воздействия, входящие в число независимых факторов риска развития ИБС, влияют как на ее течение, так и прогноз [7, 22, 50, 73, 74, 98, 106].

Согласно известной концепции факторов риска (ФР), закономерности, полученные в отношении эпидемиологического профиля ФР ССЗ в одном географическом регионе, не могут быть перенесены на другой регион, и тем самым, служить научной основой для эффективного внедрения превентивных мероприятий в иных социально-экономических условиях жизни населения [40, 143]. Изучаемая дилемма, в связи с наибольшей распространенностью ПСФ среди лиц женского пола, оказалась особенно востребованной как для европейских, так и мировых женских популяций [110, 134, 213, 217, 264]. Поскольку ассоциативные закономерности распространенности ПСФ и их взаимосвязей среди женщин разных регионов РФ являются недостаточно изученными, это научное направление является чрезвычайно актуальным [2, 3, 11, 15].

Субъективно-объективный показатель здоровья, отражающий, в том числе, отношение населения к своему здоровью и его самооценку, мнение населения о медицинской помощи и возможностях профилактики заболеваний, признан индикатором образа жизни, устанавливающим интерпретацию конвенционных ФР, и в то же время, заинтересованность населения в превентивных мероприятиях на популяционном уровне [12, 21, 23, 27, 138, 188, 236, 238]. Обоснованность применения субъективно-объективного показателя здоровья, как значимого

показателя его ассоциации с распространенностью ИБС, показана как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе [20, 45, 47, 92, 151]. Результаты исследования основных детерминант самооценки здоровья (СЗ) населения РФ показали, что СЗ населения является многопрофильным маркером самочувствия, сформированным в результате комплексного воздействия различных характеристик – поведенческих, социально-экономических и психологических [25].

По данным российских и зарубежных эпидемиологов, основанных на крупных популяционных исследованиях в разных регионах, в женских популяциях определялась достаточно негативная СЗ, причем такие результаты имели место независимо от возраста [20, 27, 44, 45, 264]. На открытой популяции среди женщин г. Новосибирска была определена низкая СЗ при высоких параметрах хронического социального стресса и поведенческих ФР ССЗ [21]. В связи с этим, исследования последних лет оказались сконцентрированными на изучении новых взаимосвязей, демонстрирующих ассоциации неконвенционных ФР ССЗ в женских популяциях не только с позиции возможного снижения кардиоваскулярных рисков, но и поиска новых технологий превентивного вмешательства. В то же время, число подобных исследований на популяционном уровне, особенно на территории РФ, к настоящему времени единично. Однако их востребованность в связи с неизменно высокими уровнями сердечно-сосудистой заболеваемости и смертности в мире и в России очевидна и позиционируется ведущими кардиологами и эпидемиологами [14, 18, 55, 70, 268].

Необходимо отметить, что превалирующее большинство эпидемиологических исследований по распространенности ПСФ, а также их ассоциативным взаимосвязям, проводилось в странах Западной Европы и США в рамках крупных кардиологических программ [73, 75, 79, 93, 146, 186, 201, 214]. Остается неясным, какие из ряда доказанных закономерностей могут быть актуальными для российских популяций [2]. Важные закономерности в отношении кардиоваскулярных рисков и их ассоциаций с ПСФ были показаны по результатам долгосрочных кросс-секционных исследований, проведенных

новосибирскими учеными в рамках проектов ВОЗ MONICA–MOPSY и HAPIEE. Анализ был проведен на уровне популяции крупного мегаполиса Западной Сибири, в том числе среди женщин трудоспособного возраста [14, 15, 16, 17, 48, 50]. На открытых популяциях среднеурбанизированных сибирских городов также проводились исследования по распространенности ПСФ, однако анализ этих данных касался преимущественно ассоциаций с распространенностью ИБС, полученных на мужских популяциях либо на селективных выборках отдельных возрастных категорий в гендерном аспекте [22, 23, 39, 56].

Следовательно, оценка и выявление ассоциативных взаимосвязей разных категорий неконвенционных ФР ССЗ среди женщин открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири, направленных на поиск новых тенденций превентивного вмешательства для снижения кардиоваскулярных рисков в условиях среднеурбанизированного сибирского города, представляются крайне востребованными и определяют актуальность диссертационной работы.

Цель исследования

Определить распространенность неконвенционных (психосоциальных) факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, их ассоциации с субъективно-объективным показателем здоровья среди женщин 25-64 лет открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

Задачи исследования

1. Установить распространенность и возрастные тренды психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний (личностной тревожности, депрессии, враждебности, стресса в семье, стресса на работе) среди женщин 25-64 лет открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

2. Определить отношение к здоровью, профилактике, медицинской помощи среди женщин 25-64 лет открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

3. Выявить ассоциации негативных психоэмоциональных состояний (личностной тревожности, депрессии, враждебности) с некоторыми параметрами стресса в семье и на работе среди женщин открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

4. Определить ассоциации негативных психоэмоциональных состояний (личностной тревожности, депрессии, враждебности) с субъективно-объективным показателем здоровья среди женщин открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири.

Научная новизна

Впервые на основе жестко стандартизированной программы ВОЗ МОНИКА–психосоциальная проведена оценка психосоциальных ФР развития ССЗ, установлена их высокая распространенность в открытой популяции и определены возрастные тренды по распространенности ПСФ среди женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири.

Впервые среди женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири определены наиболее значимые показатели стресса в семье и на работе, их ассоциации с негативными психоэмоциональными состояниями – личностной тревожностью, депрессией, враждебностью.

Впервые в условиях среднеурбанизированного города Западной Сибири у женщин 25-64 лет установлено отношение к здоровью, профилактике, медицинской помощи, определены ассоциации субъективно-объективного показателя здоровья с ПСФ в открытой женской популяции.

Положения, выносимые на защиту

1. Среди женщин 25-64 лет в открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири установлена негативная эпидемиологическая ситуация по распространенности неконвенционных факторов риска ССЗ – высокие уровни депрессии, враждебности, личностной тревожности, выраженный стресс в семье и на рабочем месте при низких СЗ и отношении к медицинской помощи.

2. Среди женщин 25-64 лет открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири определено, что при высоком уровне ЛТ имеет место увеличение нагрузки на работе при отсутствии возможностей для отдыха, негативная СЗ с существенным превалированием жалоб на здоровье, при высоком уровне депрессии – тенденция к изменению семейного положения, перемен на работе, снижению активности в профилактике и лечении ССЗ. В то же время, при высоком уровне ВР имеет место минимальная частота серьезных конфликтов в семье, позитивное отношение к работе, при низкой ответственности, но стремлении к большей заботе о здоровье и уверенности в эффективности профилактики и лечения ССЗ.

Практическая значимость

Кросс-секционное исследование с применением жестко стандартизованных эпидемиологических методик на репрезентативной выборке женщин открытой городской популяции дает возможность экстраполяции полученных данных по оценке распространенности ПСФ на всех женщин 25-64 лет г. Тюмени.

Результаты исследования по эпидемиологическому профилю ПСФ ССЗ в открытой женской популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири могут применяться в качестве сравнительной характеристики на региональном, российском и международном уровнях для межпопуляционного унифицированного сопоставления.

Сформированная научная база данных по распространенности ПСФ в открытой городской популяции послужит отправной точкой для последующего мониторинга и определения вектора движения эпидемиологического профиля неконвенционных ФР ССЗ среди женщин г. Тюмени.

Результаты анализа по эпидемиологическому профилю ПСФ и субъективно-объективному показателю здоровья в открытой женской популяции станут научной основой для формирования комплексной программы по профилактике ССЗ среди населения г. Тюмени и других среднеурбанизированных сибирских городов.

Внедрение

Результаты диссертационной работы явились одним из разделов фундаментальной темы НИР Тюменского кардиологического научного центра – филиала ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» 2018–2021 гг.: «Патогенетические аспекты развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности; пути оптимизации диагностики, лечения и профилактики», рег. № НИОКТР: АААА-А18-118041890067-9.

Постановлением Ученого Совета ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» от 02.12.2019г. рекомендовано продолжить исследования Тюменского кардиологического научного центра Томского НИМЦ в области изучения неконвенционных факторов риска ССЗ. Популяционные исследования рекомендовано провести во взаимодействии со структурными подразделениями Томского НИМЦ, профильными НИИ, ВУЗами, медицинскими организациями. Одномоментные и проспективные исследования рекомендовано провести по организации мониторингов профилей ФР в среднеурбанизированных сибирских городах для развития направления эпидемиологических исследований по взаимосвязям психосоциальных и соматических ФР ССЗ на популяционном уровне, а также развития информационных технологий в рамках создания моделей и современных механизмов регулирования общественного здоровья дифференцированно для разных возрастных групп и социального статуса населения.

Результаты работы представлены в департамент образования и науки Тюменской области в качестве научной базы для формирования комплексной программы по профилактике ССЗ среди населения г. Тюмени.

Апробация диссертации

Апробация диссертации состоялась на заседании Экспертного Совета Тюменского кардиологического научного центра филиала ФГБНУ «Томский

национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» 4 февраля 2022 г. по адресу: 625026, г. Тюмень, ул. Мельникайте, д. 111.

Основные результаты работы представлены на конференциях и конгрессах кардиологов: IX, X и XI Международных конгрессах «Кардиология на перекрестке наук» (Тюмень, 2018, 2019, 2021); VIII научно-образовательной конференции кардиологов и терапевтов Кавказа (Ставрополь, 2018); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний» (Кемерово, 2021); IX съезде кардиологов СФО «Решение актуальных проблем кардиологии для персонализированной медицины» (Новосибирск, 2021).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 4 статьи в ведущих рецензируемых научных журналах, определенных ВАК Минобрнауки России.

Структура и объем диссертации

Диссертация изложена на 173 страницах печатного текста, содержит 13 таблиц и 41 рисунок, состоит из введения, обзора литературы, характеристики материала и методов исследования, трех глав собственных результатов, обсуждения, заключения, практических рекомендаций, выводов, двух приложений. Библиография включает 65 отечественных и 204 зарубежных источников.

ГЛАВА 1 ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

1.1 Риск развития сердечно-сосудистых заболеваний в зависимости от психосоциальных факторов

Начиная со второй половины прошлого и до настоящего периода нынешнего века, ССЗ являются наиболее значимой проблемой научной медицины и практического здравоохранения. На протяжении более чем полувека ССЗ занимают ведущие позиции в иерархии причин общей смертности населения как экономически развитых, так и большей части развивающихся стран [7, 26, 34, 142, 242]. Концепция факторов риска (ФР), являясь научной основой превентивной кардиологии, послужила научной базой для многих однофакторных и многофакторных программ первичной профилактики ССЗ на популяционном уровне [40, 90, 143]. Фундаментальные эпидемиологические исследования, проведенные во второй половине XX века, первоначально показали роль конвенционных ФР в развитии ССЗ [90, 128, 134, 242, 255].

В медицинской науке конца девятнадцатого и вплоть до шестидесятых годов двадцатого века доминировала парадигма о ведущей роли бихевиоризма, который предписывал наблюдение лишь за внешним поведением объекта, подлежащего исследованию, исключая психический компонент. Вместе с тем, в девяностых годах была продемонстрирована биопсихосоциальная модель G. Engel, оказавшаяся своего рода методологическим прорывом в медицине. В соответствии с этой моделью, для правильного понимания причин развития соматических заболеваний было доказано взаимное влияние социальных, психологических и биологических факторов [126, 130]. Еще ранее американские кардиологи выдвинули гипотезу о необходимости поиска иных путей для обоснования высокой кардиоваскулярной заболеваемости и смертности, кроме конвенционных ФР ИБС [136]. Эта позиция получила своё развитие при анализе исследований других ученых [68, 72, 79, 249, 251, 260]. В последующих работах

было доказано, что конвенционными факторами риска ФР можно объяснить только около 50% возникновения сердечно-сосудистой патологии [90]. В то же время, в рамках научной концепции ФР ССЗ было определено, что неконвенционные (психосоциальные) ФР, наряду с конвенционными ФР, также вносят значительный вклад в риск развития ССЗ [13, 14, 18, 32, 40, 54, 79, 139, 144, 145, 161, 162]. Ряд крупных эпидемиологических проектов продемонстрировали актуальность исследования ПСФ, как наиболее значимой составляющей неконвенционных ФР ССЗ, поскольку с помощью ПСФ оказалось возможным обосновать от четверти до половины случаев развития ИБС [112, 166, 205, 267, 269]. Накоплен весьма значительный материал о влиянии на развитие ССЗ многочисленных факторов профессионального, семейного, личностного характера [79, 96, 109, 110, 111, 117, 136, 141, 142, 150, 158]. Было показано, что роль факторов психоэмоционального напряжения имеет первостепенное значение в развитии кардиоваскулярной патологии [13, 18, 88, 153, 156, 166, 172].

Результаты межконтинентального исследования INTERHEART, охватившего пять континентов и 52 страны, показали, что на 90% риски развития острой сердечно-сосудистой патологии, вне зависимости от возрастных и половых категорий, территории, национальности, социально-экономического статуса страны, определяются девятью коррегируемыми ФР ССЗ, на третьем месте из которых находятся депрессия/стресс. В этом исследовании значимость ПСФ в развитии острой кардиоваскулярной патологии опережала такие ведущие конвенционные ФР, как АГ и центральное ожирение. Исследование INTERHEART явилось одним из наиболее масштабных, в котором была доказана связь между стрессом и развитием кардиоваскулярной патологии. [79]. Вместе с тем, кластер ПСФ, проанализированный в этом исследовании, показал ассоциирование с повышенными в 2,5 раза шансами на развитие инфаркта миокарда, что оказалось сопоставимым с ассоциацией, установленной для сахарного диабета [121].

Хотя патофизиологические механизмы, связывающие ПСФ с ССЗ до конца не изучены, считается, что неблагоприятное воздействие ПСФ реализуется как на поведенческом, так и на организменном уровнях [51, 137, 229]. Проведенные

исследования установили, что длительное психоэмоциональное перенапряжение может приводить к синдрому дезадаптации, который на биологическом уровне проявляется повышением активности гипоталамо-гипофизарной-надпочечниковой системы с изменениями гемодинамики, нарушением функции тромбоцитов, иммунной активацией и эндотелиальной дисфункцией [1, 84]. Эти процессы сопровождаются повышенной секрецией кортизола и снижением выработки половых гормонов, что приводит к висцеральному ожирению, повышению резистентности к инсулину и увеличению риска развития СД 2 типа, а также к сдвигу липидного спектра в сторону атерогенных фракций [30]. Такая симптоматика сопровождается увеличением концентрации циркулирующего норадреналина, что приводит к увеличению частоты сердечных сокращений, АД и вариабельности интервала QT, а также к дисфункции барорецепторов [83]. Показано, что эти патофизиологические сдвиги при вегетативном дисбалансе связаны с неблагоприятным прогнозом у пациентов с ССЗ [30]. Еще одним объяснением высокого кардиоваскулярного риска при хроническом психоэмоциональном перенапряжении является нарушение функции тромбоцитов. Считается, что повышение активации тромбоцитов происходит за счет нарушения обмена серотонина и снижения синтеза оксида азота [167]. Было выявлено, что Д связана с повышенной частотой развития эндотелиальной дисфункции, в том числе у молодых и здоровых лиц [249]. Дисфункция же эндотелия, проявляющаяся в вазоконстрикции, адгезии лейкоцитов и тромбоцитов, клеточной пролиферации стенок сосудов, в настоящее время считается признаком раннего атеросклероза [30]. В последнее время установлено, что для пациентов с ССЗ и ПСФ характерно повышение уровней противовоспалительных цитокинов. Такие иммунологические нарушения могут приводить к развитию и прогрессированию атеросклероза, так как в настоящее время атеросклероз идентифицирован как воспалительный процесс [77].

По современным представлениям, стресс-реактивность является одним из вероятных механизмов воздействия психологического стресса на ССЗ. В ряде исследований были изучены физиологические параметры, ассоциированные с

психическим напряжением, как предикторы сердечно-сосудистых исходов [237, 244]. В метаанализе Y. Chida et al. была продемонстрирована взаимосвязь параметров увеличения реактивности и снижения времени восстановления после стресса с негативными сердечно-сосудистыми исходами. Была выявлена сильная корреляционная связь с развитием АГ и высокими уровнями толщины интимы-медиа [93]. F.H. Gabbay et al. показали, что стресс является предиктором ишемии миокарда при недостаточности кровообращения [256]. Параллельно E.C. Gullette et al. установили двукратное увеличение ОР развития ишемии среди пациентов, страдающих ССЗ, в периоды психоэмоционального напряжения [120]. Также было доказано повышение нерегулярного сердечного ритма в связи со стрессовыми событиями у пациентов после перенесенного ИМ [261].

Ассоциации психосоциального стресса с кардиоваскулярным риском исследовались в двух кластерах ввиду их различного влияния на ССС: факторами хронического стресса и триггерами (острыми стрессорами) [67]. Триггеры включают в себя катастрофы, масштабные спортивные события, а также выраженную сексуальную активность [230, 246]. Острый психический стресс несет в себе потенциальные механизмы влияния на физиологию кардиоваскулярных заболеваний, способствуя росту развития ИМ, ишемии миокарда, инсульта и аритмий [189, 190, 199, 247]. Факторы хронического стресса включают в себя стресс в семье, стресс на работе, неудовлетворенность социальным статусом, социальную изоляцию, бытовые факторы [15, 31, 39, 56, 94, 132, 184, 219]. Социальная интеграция может иметь особое значение в качестве предиктора риска ССЗ у женщин: с одной стороны, она может быть изменена, и в то же время являться защитной настолько, насколько усиливает как биологические, так и поведенческие пути устойчивости к стрессу [200]. Факторы хронического стресса взаимосвязаны с ССЗ посредством хронических физиологических состояний [6, 233, 247, 263]. Хронический стресс относится к неспецифической системной реакции, которая возникает, когда организм стимулируется различными внутренними и внешними негативными факторами в течение длительного времени. Физиологическая реакция на хроническое

воздействие стресса давно признана мощным модулятором возникновения атеросклероза. Несколько клинико-эпидемиологических исследований показали, что хронический стресс является независимым ФР ССЗ и повышения заболеваемости и смертности у пациентов с уже существующей ИБС [5, 18, 28, 36, 55, 218, 220]. Одним из возможных механизмов этого процесса является то, что хронический стресс вызывает повреждение эндотелия, непосредственно активируя макрофаги, способствуя образованию пенистых клеток и вызывая образование атеросклеротических бляшек. Этот механизм включает множество переменных, включая воспаление, сигнальные пути, метаболизм липидов и функцию эндотелия [157]. Таким образом, проведенные за последние три десятилетия научные исследования сформировали доказательную базу о ключевой роли ПСФ в возникновении и развитии кардиоваскулярной патологии и показали возможность обоснования неконвенционными ФР более половины вариативности выявления случаев ССЗ.

1.2 Психосоциальные факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний у женщин

Во втором десятилетии нынешнего века в Европейские рекомендации по кардиоваскулярной профилактике были внесены ПСФ, удовлетворяющие жестким критериям математической достоверности. К ним отнесли низкий социально-экономический статус, социальную изоляцию и низкий уровень социальной поддержки, личностные характеристики (враждебность, агрессивность, тип личности Д), тревожно-депрессивные расстройства, а также психоэмоциональный стресс, вызванный домашней и рабочей нагрузкой [19]. Последние десятилетия XX века и первые десятилетия XXI века были насыщены активным накоплением научных фактов в отношении ПСФ. Эти исследования касаются воздействия неконвенционных факторов кардиоваскулярного риска на формирование эпидемиологической ситуации в разных странах и регионах [14, 15, 22, 23, 27, 33,

40, 99, 107, 109, 191, 196, 202]. Вместе с тем, изучаемая дилемма, в связи с наибольшей распространенностью ПСФ среди лиц женского пола, оказалась особенно востребованной как для европейских, так и мировых женских популяций [3, 16, 17, 110, 134, 170, 178, 264]. Поскольку ассоциативные закономерности распространенности ПСФ среди женщин разных регионов РФ являются недостаточно изученными, это научное направление в настоящее время является чрезвычайно актуальным [3, 11, 16, 58].

1.2.1 Тревожность, как свойство личности

Тревога, определяемая как ощущение диффузного опасения и неопределенной угрозы, относится к наиболее сильнодействующему механизму интрапсихической адаптации. Адаптационные возможности могут быть проанализированы путем оценки психологических особенностей личности, и при более высоком развитии личностных характеристик растет и диапазон внешних факторов, подвластных успешной адаптации индивидуума [2]. Тревожность, как свойство личности, противодействуя формированию адаптационного поведения, характеризуется интенсивной и длительной устойчивостью, тем самым приводя к дезорганизации психической деятельности. Вследствие этого, тревожность является основой психического стресса в любых его проявлениях [4]. В стрессовой ситуации тревожность чаще всего проявляется как адаптирующий компонент. Если стресс продолжается достаточно долго, реакция тревоги может переформатироваться в донологический синдром, в дальнейшем развиваясь в направлении психосоматической патологии. При изучении адаптации к стрессовым нагрузкам используется понятие синдрома психоэмоционального напряжения, который характеризуется снижением эмоциональной устойчивости, уровней фрустрационной толерантности и социальной адаптации с повышением реактивной и личностной тревожности (ЛТ) [68, 73].

Согласно данным эпидемиологических исследований первого десятилетия нынешнего века, в течение жизни более трети лиц из взрослой популяции трудоспособного возраста имели пограничные психические расстройства [154]. Тревожные расстройства в этом ряду занимали одну из лидирующих позиций и варьировали в диапазоне 4–28% как в европейских популяциях, так и в США, а также популяциях Северной Африки и Израиля [70, 161, 176, 177, 210]. Так, по данным кросс-секционного исследования шести европейских стран, тревожные расстройства в течение жизни испытывали 13,6% взрослой популяции старше 18-ти лет. Более 6% европейской популяции испытывали тревожные расстройства в течение предшествующих 12-ти месяцев [70]. В Израиле, согласно тем же критериям, 17% из взрослой репрезентативной выборки сообщали об эпизодах тревоги, а каждый десятый сообщал о тревоге в течение предшествующих 12-ти месяцев [176]. В метаанализе 20-ти исследований были оценены эффекты тревоги в разных ее проявлениях. Тревожные пациенты имели повышенный риск развития ИБС и смерти от ССЗ, независимо от других прогностических факторов [73]. В гендерном аспекте распространенность тревожных расстройств оказалась существенно выше в женских популяциях [161, 210]. Личностный фактор при тревожном расстройстве играет, как правило, доминирующую роль, и в этих случаях интенсивность тревоги является следствием преимущественно индивидуальных особенностей личности и не отражает реальной перспективы угрозы [258]. При формировании мировоззрения каждая личность различным образом реагирует на эмоциональный стресс, тем самым оказывая влияние на поведение и, соответственно, на генезис расстройств, связанных с моделями поведения. Вследствие этого, результаты многих исследований показали, что на основе доказанных ассоциаций ССЗ с поведенческими ФР прослеживается взаимосвязь личностных установок с развитием и прогнозом кардиоваскулярной патологии [78, 93, 94, 197, 211, 248, 253, 257]. В работах многих авторов рассматривалась распространенность «дистресс-личности» (личности типа D) среди кардиологических пациентов, а также ассоциации этого типа личности с тревогой и депрессией (Д). Оказалось, что женщины в большей степени относятся

к этому типу личности, и среди них у подавляющего большинства определяется ЛТ [257, 259]. Вместе с тем, в научной литературе многочисленные исследования, отражающие взаимосвязи ССЗ с ЛТ среди женщин, представлены преимущественно на группах кардиологических больных [5, 13, 55, 66, 75, 98, 133, 235]. Тревога является достаточно распространенным ПСФ в кардиологической практике, около 30% всех кардиологических пациентов имеют симптомы тревоги [28, 30, 214].

Данные научных исследований, проведенных на популяционном уровне, показали, что среди ПСФ тревога является независимым предиктором ССЗ в женских популяциях [16, 73, 74]. Так, анализ результатов исследования NHANESI показал двукратное повышение риска развития АГ при высоком уровне тревоги в женской когорте [160]. На основании анализа проспективных когортных исследований было доказано влияние усиления симптомов тревоги, а также клинически диагностированных тревожных расстройств на развитие ИБС. У женщин, участвовавших в длительном когортном исследовании медицинских сестер – NHS, риск фатальной ИБС был в 1,3 раза, а внезапная сердечная смерть в 1,5 раз выше среди лиц с высоким уровнем тревоги [206]. В исследовании the Framingham Offspring Study, продолжении известного крупного исследования, в котором участвовали дети родителей-участников оригинального исследования, 3682 участников (52% женщины) наблюдалось в течение 10-ти лет по случаям ИБС, тревоги и общей смертности. Тревога у женщин была значимо связана с общей смертностью, но не было получено существенной связи тревоги с ИБС [117]. Доказан высокий риск ИБС и инсульта у женщин в постменопаузе с симптомами тревоги [235]. В шведском когортном исследовании наличие ЛТ явилось независимым предиктором развития коронарной болезни, соответственно, с установленным более чем двукратным кардиоваскулярным риском [118]. На основании результатов метаанализа двадцати исследований была доказана тесная взаимосвязь между ЛТ и ИБС [73, 93].

Доказано, что такой вариант тревожных расстройств, как фобическая тревога, также имеет ассоциативные связи с развитием ИБС, причем порочный

круг образуется при увеличении сердечного выброса в связи с развитием аритмии, которая в свою очередь провоцируется фобическим беспокойством [208]. По данным L.L. Watkins et al., фобическая тревога, ассоциированная с увеличением риска развития ИБС и инцидента внезапной сердечной смерти, имела место только у женщин [205]. Подобные результаты показали С.М. Albert et al. на основании данных проспективного наблюдения за здоровьем медсестер [206].

Ввиду частого сочетания тревоги и депрессии, общими между которыми являются эмоциональные негативные переживаниями, в некоторых работах была предпринята попытка исследования комбинированных и изолированных эффектов этих двух ПСФ во взаимосвязи с рисками развития и исходами ИБС. Так, в голландском когортном эпидемиологическом исследовании среди женщин среднего возраста J. Denollet et al. проанализировали изолированные эффекты воздействия тревожности и депрессии на сердечно-сосудистые риски [74]. По данным А. Phillips et al., пациенты с генерализованными тревожными синдромами в сочетании с депрессией показали наиболее высокую уязвимость в отношении рисков исходов ИБС, чем те, у которых было диагностировано только одно из этих состояний [139]. Несколько другие данные противоположного толка были получены при анализе развития ИБС у женщин, когда при сочетании разных уровней тревоги с депрессией определялись и разные уровни рисков ИБС. Так, Т. Rutledge et al. показали различные позиции тревоги и депрессии при их взаимодействии в прогнозировании событий ИБС. Более высокому риску подвергались женщины с низким уровнем тревожности в сочетании с депрессией, в то время как у женщин с наличием повышенной тревожности в сочетании с депрессией риск ИБС определялся как существенно более низкий [98]. Более того, в некоторых исследованиях было определено позитивное действие тревоги на снижение рисков развития ИБС. Результаты проспективного исследования HUNT на когорте более шестидесяти тысяч человек выявили более низкую общую смертность и минимальное число инцидентов ИБС при высоком уровне тревожности [76]. Идентичные данные были показаны и на старте исследования для респондентов без сердечно-сосудистой патологии [191].

1.2.2 Депрессия

Депрессивное расстройство является одним из ключевых ПСФ развития ИБС [18, 22, 107, 108, 109, 115, 118]. За последние десятилетия с Д связано наибольшее число исследований, посвященных ПСФ, в том числе на женских популяциях [50, 110, 113, 114, 249]. Имеются серьезные доказательства того, что Д влияет на кардиоваскулярную заболеваемость и смертность посредством как поведенческих, так и прямых патофизиологических механизмов [2, 109]. У женщин при развитии Д важную патогенетическую роль отводят эндотелиальной дисфункции и субклиническому воспалению [95, 125]. Однако если связь большой депрессии (БД) и депрессивных симптомов с ССЗ к настоящему времени доказана, то влияние Д на ранний атерогенез, особенно у женщин, менее известно [153]. Кроме того, ряд исследований показал влияние депрессивных симптомов на уровень АД, и эта связь особенно прослеживается у пожилых женщин [198].

Депрессия – один из наиболее распространенных и изученных ПСФ в кардиологической практике [18, 28, 81, 87, 105, 112]. В кардиологических исследованиях изучение Д включает в себя весь диапазон ее симптоматики – от субклинических вариантов до БД [182]. Среди больных, страдающих ИБС, Д выявляется в одном из пяти случаев, причем этот показатель значительно возрастает после перенесенного ИМ [104]. Показано, что после острого ИМ депрессивные расстройства встречаются в три раза чаще, чем в целом в популяции [53]. По данным другого исследования, у пациентов с ИБС Д встречается в 15-25% случаев, а депрессивные симптомы выявляются у 40-65% пациентов [30]. Как следствие анализа результатов крупных эпидемиологических, патофизиологических и клинических исследований, показавших тесную взаимосвязь Д с ССЗ и смертностью, в современные американские клинические рекомендации в качестве стандарта медицинской помощи включены скрининг и лечение Д среди больных с недостаточностью кровообращения [71, 105, 106].

По определению, Д является психическим расстройством, в то же время, в отличие от других психических заболеваний, депрессии придается «исключительно социальное значение» [28]. Следует отметить, что многие неблагоприятные состояния психологического здоровья значительно чаще встречаются у женщин. Серьезные депрессивные, панические и фобические расстройства имеют в 2 раза более высокую распространенность среди женщин. Как в общей популяции, так и среди кардиологических пациентов, в гендерном аспекте Д вдвое превалирует среди женщин [106, 170, 230]. Хотя прямые механизмы до конца не изучены, потенциальные биологические пути, лежащие в основе этих открытий, включают изменение реакции нейроэндокринного стресса, укорочение теломер и более высокие уровни воспаления, окислительного стресса и резистентности к инсулину. Хронический социальный стресс может также влиять на изменения в уровне экспрессии генов с помощью метелирования ДНК [200]. Не исключается, что и генетические факторы могут играть роль в этиологии психологического дистресса [123]. Подтверждена гипотеза об участии механизмов репарации ДНК в патогенезе депрессивных расстройств [234].

В соответствии с данными крупных исследований, распространенность Д у женщин в зависимости от возраста варьирует в пределах 8-16 % [264]. Интересны данные, полученные на примере рандомизированных выборок из городских популяций в возрасте 45-69 лет по трем странам Восточной Европы. Так, частота Д у женщин составила 44% в России, 40% в Польше и 34% в Чехии. При этом исследователи позиционируют внимание на то, что измеряемый уровень Д отражает в большей степени психологический дистресс, в связи с чем следует с осторожностью экстраполировать полученные данные на весь спектр депрессивной симптоматики, включая БД [113]. Различия в распространенности Д в разных исследованиях объясняются также вкладом этнической принадлежности и возраста [200, 224, 227, 264]. Более высокая частота большой депрессии отмечалась у лиц белой расы в возрастных группах 20–24 и 25–34 лет [227]. В других исследованиях также показано превалирование Д у женщин в более молодых возрастных группах [22, 48, 134]. Согласно недавним исследованиям,

пандемия COVID-19 была связана с повышенным риском проблем с психическим здоровьем во многих подгруппах населения. В китайском исследовании изучалась распространенность депрессивных симптомов у беременных и послеродовых женщин во время пандемии COVID-19. В Китае более четверти беременных страдали Д, женщины, которые беспокоились о том, что они сами или их дети инфицированы COVID-19 и те, кто откладывал регулярные медицинские осмотры, были подвержены более высокому риску Д [213].

По данным клинических исследований, женщины среднего возраста особенно уязвимы для депрессивного расстройства [103]. Изменяющаяся гормональная среда во время менопаузального перехода способствует ухудшению профиля ССЗ и увеличению распространенности депрессивных симптомов [178]. Так, исследование женского здоровья в разных странах проводилось в рамках проспективного многоцентрового исследования SWAN, посвященного оценке состояния здоровья и психологических факторов у женщин среднего возраста [178]. Авторы констатировали, что депрессивные симптомы независимо связаны с прогрессированием субклинического атеросклероза в когорте женщин среднего возраста. Вместе с тем, симптомы Д могут оказаться потенциально коррегируемым фактором риска при проведении ранней профилактики кардиоваскулярной патологии у женщин [113, 224].

В научных исследованиях первоначально симптомы Д были определены как потенциальные факторы риска ИБС [127]. Продольные исследования неизменно показывали, что лица с высоким уровнем депрессивных симптомов или с большим депрессивным расстройством в анамнезе чаще имеют клинические коронарные события, чем лица без депрессии [239, 240]. В крупнейшем межконтинентальном исследовании INTERHEART, охватившем пять континентов и 52 страны, была показана роль Д, как независимого ФР ССЗ, а также одного из девяти ФР, обуславливающих 91% риска развития ИМ во всем мире [79]. В отношении проспективных исследований на женских популяциях, одной из таких хорошо спланированных работ явилось исследование the Nurses' Health Study среди женщин-сестер в возрасте 30-55 лет. Анализ показал, что Д по результатам

этого исследования в 1,5 раза увеличивала риск фатальной ИБС [110]. Ассоциации БД с риском смерти от ИБС и ССЗ у женщин показана и в ряде других исследований [107, 111, 112]. В популяционном исследовании EPIC-Norfolk Study, в котором изучались различные психосоциальные детерминанты сердечно-сосудистых исходов, Д была ассоциирована почти с трехкратным увеличением относительного риска смерти от ИБС у женщин [108]. По данным другого популяционного исследования в Аугсбурге, МОНИКА-КОРА, выполненного между 1984 и 1995 гг., женщины показали более высокие значения Д по сравнению с мужчинами, но Д не предсказывала последующую общую смертность и фатальные и не фатальные сердечно-сосудистые события у женщин [172]. Не было найдено связи между БД и риском инсульта в другом крупном проспективном исследовании у женщин, впрочем, равно как и у мужчин [246]. Вместе с тем, японские женщины с симптомами Д экспрессировали более чем двукратный ОР ишемического инсульта [215]. В крупном исследовании случай-контроль, объединившем 22 страны, Д и психосоциальный стресс также являлись значимыми ФР развития инсульта [199]. Отсутствие связи Д с ССЗ в крупных исследованиях может объясняться степенью выраженности и способом регистрации депрессивных нарушений или недостаточным периодом наблюдений [234]. Но если валидизированные и клинические маркеры мягкой и выраженной Д у женщин имеют устойчивую связь с развитием ИБС, кардиоваскулярной и общей смертностью, то только БД оказалась ассоциированной с риском развития у женщин цереброваскулярных заболеваний [215, 264].

1.2.3 Враждебность

Враждебность (ВР) определяется как свойство когнитивного характера с оппозиционным, негативным отношением к окружающим и демонстрирует широкий спектр поведения от агрессии до аутизации с наличием отрицательных эмоций [194, 195]. Интерес к феномену ВР появился у исследователей в

последние два десятилетия прошлого века, когда были выявлены закономерности по ее ассоциациям с соматическим здоровьем [99, 249]. Было установлено негативное влияние ВР на риск развития неинфекционных заболеваний и смертность от сердечно-сосудистых причин, а также и ее влияние на качество жизни лиц с хроническими заболеваниями [11, 136, 189].

ВР, наряду с таким сходным параметром как гнев, в контексте личностных качеств является важным аспектом поведенческого паттерна типа А, который впервые был описан в 1950-х годах [136]. Первоначально исследования, в дальнейшем сосредоточенные преимущественно на феномене ВР, касались типологии личности, в связи с чем и было доказано, что личность типа А, одним из компонентов которой, кроме склонности к конкуренции и лидерству, является ВР, имеет тесную прямую связь с развитием кардиоваскулярной патологии [99, 254]. В первых популяционных исследованиях в США и Европе было показано, что тип личности А связан с высоким риском развития ИБС, однако последующие исследования опровергли такую зависимость [94, 136, 173]. Дальнейший анализ «токсических» компонентов типа личности А позволил заключить, что только враждебность и агрессивность относятся к ФР развития ИБС. Так, данные метаанализа когортных проспективных исследований, проведенных в последнем десятилетии прошлого века, не показали статистически значимых тенденций кардиоваскулярного риска с личностью типа А, тогда как существенный риск развития ССЗ и ИБС был выявлен при высоком уровне враждебности [193]. Вследствие этого, в последующем фокус был смещен с типа модели поведения на собственно ВР, как один из неконвенционных ФР развития ССЗ. Опираясь на полученные данные, эти негативные психоэмоциональные состояния в генезе ССЗ стали активно изучаться, а концептуальные дебаты об их значимости и роли в поиске причинно-следственных связей с развитием ССЗ продолжаются из-за периодически возникающих противоречивых результатов. Однако тем самым подтверждаются фундаментальные позиции превентивной кардиологии о необходимости многофакторного подхода [55, 93, 94, 135, 148, 150, 197].

Первоначально ВР и гнев, как правило, возникают в качестве преходящего психического состояния. Описана выраженная тенденция феномена ВР к совершению агрессивных, насильственных или вредных для окружающих действий. При адаптации к этому психическому состоянию тенденция становится устойчивой и закрепляется в памяти индивидуума. ВР человека обусловлена несколькими составляющими с вовлечением как физиологических процессов в ЦНС, биохимии мозга, так и психологических факторов, таких как мотивация, подражание, обучение, самоконтроль и др. [99]. Априори считается, что в связи с действием тестостерона мужчины в целом агрессивнее женщин, однако это касается не всех видов ВР, а преимущественно физической агрессии, тогда как по вербальной ВР существенных различий обнаружено не было. ВР у женщин в большей мере иррациональна, чаще обусловлена социальным остракизмом и фрустрациями и, следовательно, в большей степени несет в себе деструктивный компонент [38]. Доказано, что уровень ВР взаимосвязан с количеством производимого адреналина в организме, который оказывает прямое воздействие на симпатическую нервную систему, а целенаправленно – на заднюю часть гипоталамуса. Установлено также, что с возрастом, в связи с уменьшением адреналина в организме, снижается и уровень ВР [6]. Определены вероятные патофизиологические механизмы, посредством которых негативные психоэмоциональные состояния способствуют развитию кардиоваскулярной патологии, они включают в себя повышенную нейроэндокринную и сердечно-сосудистую реактивность, а также длительное восстановление после стрессовых реакций [254]. В ряде других исследований также были сделаны попытки объяснить, через какие механизмы, ассоциированные с развитием ССЗ, реализуются эффекты ВР и гнева. Например, большой гнев и тяжелая Д, отдельно и в комбинации с ВР, оказались статистически значимо связанными с повышением С-реактивного белка, как ФР ИБС [246]. Кроме того, у женщин с повышенной ВР при отсутствии сердечно-сосудистого анамнеза в исследовании D. Shimboetal. выявлено изменение активности тромбоцитов [231]. По данным С. Vogelee, смещение спектра атерогенных фракций липопротеидов также выявлено у

здоровых женщин с выраженной ВР [262]. ВР у женщин в комбинации с высокой семейной предрасположенностью к ИБС была статистически значимо связана с повышенным риском сосудистого поражения [166]. В работе Н.А. Tindle et al. регрессионная модель показала высокие ОР развития ИБС у женщин с повышенной ВР [202]. Высокие риски негативных исходов ИБС были доказаны в метаанализе на основании результатов кросс-секционных популяционных исследований и в рискогенных группах. Было продемонстрировано, что два показателя – гнев и враждебность – связаны с развитием сердечно-сосудистых осложнений в группах здоровых и страдающих ИБС [93]. Данные других исследований показали, что триггером ИМ является не столько собственно враждебный паттерн поведения, сколько эмоциональная вспышка гнева [222, 223].

Согласно результатам канадского проспективного наблюдения, в женской когорте атрибутивный риск развития коронарной болезни сердца во взаимосвязи с высоким уровнем деструктивного гнева (в своей сущности – обвинение в гневе окружающих) составил более 30% [102]. На основании этого и других исследований были сделаны выводы не только о половых различиях в отношении взаимозависимости выражения гнева с исходом коронарных событий, но и показаны вариации выражения гнева, влияющие на риск развития и исходов ССЗ. В то же время, имеют место исследования, где в паре гнев/враждебность последняя была значительно менее связана с развитием кардиоваскулярных заболеваний [102, 203]. Так, еще ранее была продемонстрирована двухкомпонентная модель коронарно-предрасположенного типичного поведения, получившая название шкалы гнев/враждебность и включающая в себя оба компонента. Кластер двухкомпонентной модели состоит из потенциала враждебности и гневливости. Потенциал враждебности – это первая составляющая, представляющая собой комплекс реакций на особые ситуации с выражением раздражения, негодования, отвращения, неприязни и разочарования. Вторая составляющая представляет собой нежелание или неспособность направить свой гнев непосредственно в сторону объекта. В рамках этой модели L. Musante et al. дали определение ВР как таковой и понятия «гнева/враждебности»,

причем если первая составляющая несет в себе признаки негодования и неприятия, то вторая – это напротив, совокупность признаков, отвечающих за сдерживание эмоции гнева даже в случае его полной уместности в ситуации [209]. Далее, на основании нескольких работ были установлены закономерности, позволяющие говорить о размерах гнева/враждебности в прямой взаимосвязи с реактивностью тромбоцитов, уровнями артериального давления, развитием и прогрессированием АГ и инсульта, а также различного характера сердечно-сосудистых осложнений [93, 145]. Более того, при наличии ВР был выявлен худший прогноз в отношении смерти от сердечно-сосудистых причин и других сердечно-сосудистых осложнений в группах высокого кардиоваскулярного риска [146, 147]. В датском исследовании среди лиц обоего пола пожилого возраста авторы подтвердили стабильность во времени феномена враждебности и его существенный вклад в прогноз общей и кардиоваскулярной смерти [149]. К.В. Судаков интерпретирует подобные результаты в качестве доказательства демонстрации более выраженной и часто повторяющейся стрессовой реакции у личности с враждебным поведением [57]. Эта гипотеза находит подтверждение в более поздних популяционных и сравнительных исследованиях, где ВР у женщин оказалась значимым предиктором развития ИБС [72, 88, 149, 196].

Несмотря на то, что ВР – установленный фактор риска ССЗ, подавление гнева и ВР представляет более тяжелое истощение и приводит к развитию ИБС и высокой смертности у женщин [184]. Этот факт может объяснять ряд нулевых результатов в исследовании ВР и риска ИБС [222]. Данные, полученные в 10-летнем наблюдении женщин 18–77 лет, участвовавших в исследовании the Framingham Offspring Study, не показали ассоциации между ВР и конечными точками (случаи ИБС, острая коронарная смерть) у женщин [117]. В другом популяционном исследовании было также показано, что высокая ВР не выступает как дополнительный риск для повторных событий ИБС [141].

Анализ нескольких эпидемиологических исследований продемонстрировал тенденции к росту распространенности АГ при высоком уровне ВР, в том числе на женских популяциях. На селективной группе студентов при разделении их на

категории с низким и высоким уровнем ВР, независимо от пола, был определен статистически значимый рост АД при тестировании высокого уровня ВР в группах [195]. Когортные исследования указывают, что у здоровых женщин высокие уровни ВР являются независимыми предикторами АГ [217]. В крупном популяционном исследовании ARIC Study экспрессия гнева у женщин среднего возраста была связана с более чем 2-кратным риском развития инсульта [265].

1.2.4 Стресс в семье

В эпидемиологических исследованиях семья рассматривается в двух вариантах. Это «нуклеарная» семья, представляющая собой супружескую пару либо пару с детьми, и семья расширенная, включающая в себя и прочих родственников. Исследования показали, что большая семья является протективным фактором по отношению к ИМ [184]. Семья предоставляет ощущение защищенности и безопасности, а также дает экономическую, эмоциональную, социальную и другие варианты поддержки [56, 144]. Социальная поддержка может играть роль защитной функции, являясь своего рода буфером против трудных жизненных ситуаций. В научной литературе показаны разные формы социальной поддержки, включающие в себя, в том числе, и индекс близких контактов. Накоплены данные о причинной зависимости развития ССЗ и их осложнений от уровней социальной поддержки, среди ряда исследованных физиологических механизмов наиболее востребованными являются нейроэндокринная и иммунологическая модели [122, 156, 250]. H.S. Lett et al. в одном из самых обширных обзоров, рассматривающих социальную поддержку во взаимосвязи с патологией ССС, показали, что риск развития ССЗ при низком уровне социальной поддержки был в 1,5-2 раза выше как у кардиологических пациентов, так и в общей популяции. При этом из всех форм социальной поддержки наиболее значимым предиктором развития ССЗ и их осложнений послужила материальная (функциональная) поддержка [237]. Финское

исследование, напротив, продемонстрировало высокую востребованность эмоциональной поддержки для женщин. На пациентах пожилого и среднего возраста с ИБС было показано, что в кластере с низкой сопротивляемостью, интроверсией и высоким невротизмом женщины были чаще одинокими, имели меньшее количество персонализированных связей и больше проводили времени на работе. При этом, несмотря на попытки преодоления стресса разными способами, в группе с высоким уровнем дистресса через шесть месяцев были установлены высокие уровни депрессии и тревоги [204]. В Стокгольмском проспективном исследовании женского коронарного риска показано, что стресс в межличностных отношениях увеличивает риск развития ИБС среди замужних женщин. Было показано, что у женщин с ИБС имеет место почти трехкратное увеличение риска рецидивов ИБС при высоком уровне стресса в семье [118]. Поскольку в целом женщины в большей степени подвержены стрессу, это позволяет им при столкновении с длительно действующим стрессом использовать и развивать необходимые компенсаторные механизмы с поиском социальной и эмоциональной поддержки. Женщины лучше адаптированы к сильным и продолжительным стрессам, что продемонстрировано во взаимосвязи с не столь значительным ухудшением состояния их здоровья, включая частоту ССЗ [190].

Рассматривая ролевые взаимоотношения в семье, необходимо отметить, что самым серьезным из всех выраженных стрессов, с которыми приходится сталкиваться в семейной жизни, является смерть супруга. Вместе с тем, научные исследования показали, что в гендерном аспекте вдовство является меньшей травмой для женщин по сравнению с таковым для мужчин. При других равных условиях среди вдовцов смертность оказалась выше на 10%, тогда как у вдов такой зависимости не было выявлено – общая смертность у вдов была незначительно выше по сравнению с замужними женщинами. Первоисточник стресса в ответ на потерю супруга тесно связан с тем, что роль в семье мужчин и женщин различна. Было доказано, что жизнь в браке для женщин менее благоприятна, в связи с чем женщины оказались и менее уязвимыми при потере супружеских связей. Кроме того, овдовевшие женщины меньше тратили времени

на быт [217]. В другом исследовании анализировалось качество социальных ролей у лиц обоего пола как предиктора заболеваемости и общей смертности. Было показано, что у женщин, благополучных в семье и на работе, отмечалось снижение заболеваемости и смертности. Для семейных женщин товарищеские отношения с партнером и равенство в принятии решений являлись предикторами общей смертности. Значительного влияния родительской роли у женщин в этом исследовании найдено не было [245]. В исследовании L.J. Luecken et al. для оценки биологических и психологических эффектов ролевой перегрузки изучалось влияние семейного и родительского статуса на ежедневную экскрецию катехоламинов и кортизола с мочой в выборке из 109 работающих женщин. Другие меры включали напряжение на работе и дома, а также социальную поддержку. Результаты показали, что работающие женщины с детьми дома, независимо от семейного положения или социальной поддержки, выделяют большее количество кортизола и испытывают более высокий уровень домашнего напряжения [243]. В российском исследовании было показано, что у женщин стресс, связанный с уходом за детьми и другими семейными обязанностями влияет на психическое и физическое благополучие значительно больше, чем стресс на работе [9]. Есть данные, что у женщин хронический стресс в семье, связанный с уходом за тяжело болеющим супругом, также увеличивает риск развития ИБС [91]. Доказана гипотеза, что одним из основных источников дистресса у семейных работающих женщин является ролевой конфликт [181]. Показано, что женщины нивелируют стресс, полученный на работе, выступая как в роли матерей, так и в роли половых партнеров. Вместе с тем, установлено, что психически и физически более здоровыми женщины становятся при выполнении, как правило, большего числа социальных ролей относительно тех, кто имеет малый ролевой набор. Когда же в семье оба супруга работают полный рабочий день, в структуре их психологического дистресса, складывающегося из роли родителя, служащего и полового партнера, не выявляется каких-либо половых различий, и тогда дистресс у одного супруга индуцирует дистресс у другого. Поэтому предполагается, что для семейных женщин стресс-фактором может

служить работа мужа, провоцирующая у женщин стресс в семье [162]. В Ливане у женщин, никогда не бывших замужем, была определена слабая связь между уровнем смертности от сердечно-сосудистых причин и социальным статусом. В отличие от мужской когорты, вдовство у женщин не ассоциировалось с общей смертностью. Авторы объясняют полученные закономерности частым проживанием женщин с детьми и внуками. В то же время, риск кардиоваскулярных событий существенно увеличивался в группах обоего пола при наличии в семье взрослого замужнего/женатого ребенка [232]. В пятилетнем проспективном наблюдении в рамках исследования MONICA относительный кардиоваскулярный риск у одиноких женщин был статистически незначимым [85]. В японском исследовании у одиноких женщин 40–79 лет выявлена более высокая общая смертность сравнительно с референсной группой состоящих в браке. В то же время, у незамужних женщин не было выявлено тенденции к повышению кардиоваскулярного риска сравнительно с женщинами, состоявшими в браке [184]. В целом к настоящему времени сложилась точка зрения, согласно которой стресс в семье у женщин относительно мужчин считается более неблагоприятным прогностическим фактором развития ССЗ [263].

1.2.5 Стресс на работе

К настоящему времени накоплен значительный материал о кардиоваскулярных рисках и неблагоприятных прогнозах у женщин в результате воздействия стресса на рабочем месте [3, 9, 16, 159, 225, 245]. В качестве возможных характеристик в научной литературе обсуждаются следующие значимые стрессовые факторы на работе. Это ощущение обделенности, несправедливости из-за недостаточно высокого социального статуса, кадровые перестановки, невозможность влияния на административные решения [116, 162, 163, 174]. Кроме того, это высокая конкуренция в рабочем коллективе, а также превышение расходов над доходами работающих [233, 267, 268]. Описана

гипертония на рабочем месте, что представляется вариантом стресс-индуцированной артериальной гипертензии [174]. К такой гиперреактивности женщины оказались склонными меньше, чем мужчины. Эти различия усугублялись при повышении уровня эстрогенов у женщин (например, при нахождении в фазе менструального цикла) из-за специфического стресс-протективного действия эстрогенов [225, 228]. Относительно женщин установлены ассоциации стрессового напряжения на работе с низкой СЗ и психическими расстройствами [14, 152]. По данным финского исследования, проведенного среди работающих женщин г. Хельсинки, была показана связь между психосоциальными условиями труда и симптомами стенокардии у женщин – усталость от работы была тесно связана с симптомами стенокардии [226]. Метаанализ, проведенный N.H. Eller et al., установил количественную взаимозависимость между развитием ИБС и ассоциированными с работой ПСФ. Авторы сделали выводы о повышении риска развития ИБС при наличии высоких психологических требований на работе и низкой социальной поддержки [267]. Другие исследования, связанные со стрессом на рабочем месте, также прогнозировали высокий кардиоваскулярный риск [9, 29, 39, 80, 116].

Большое разнообразие методов измерения стресса и нагрузки на работе в научной литературе вносило объективные затруднения в сравнительный анализ воздействия профессионального стресса на кардиоваскулярные риски. В связи с этим, по поводу исследований стресса на работе и его влияния на риск кардиоваскулярной смерти исследователи сконцентрировались на двух определенных моделях, в отношении которых не вызывает сомнений связь с развитием ССЗ. В восьмидесятых годах прошлого века была продемонстрирована модель рабочей нагрузки «Job strain model» Karasek/Theorell, которая представляла собой кластер высокого психоэмоционального напряжения на работе при нивелировании возможностей принятия самостоятельных решений [163]. В соответствии с моделью, наиболее высокому риску были подвержены работники, которым предъявлялись повышенные требования без права принимать решения, то есть в «рискогенные» группы попали преимущественно женщины. К

этой уязвимой группе, испытывающей воздействие контроля как от подчиненных, так и от управляющих, относились медицинские сестры, официанты, руководители среднего звена [157]. В дальнейшем было доказано, что Job strain model прогнозирует повторные сердечно-сосудистые события у лиц, перенесших острый ИМ и вернувшихся к работе [159]. M.G. Marmot et al. показали, что впервые возникшая ИБС чаще выявляется у лиц с минимальными возможностями контроля на работе, причем у женщин-служащих низшего звена риск развития ИБС был в 1,5 раза выше, чем у женщин-руководителей [100]. Анализ кросс-секционных исследований показал, что у обследованных в рамках Job strain model чаще выявляются конвенционные ФР ССЗ [238].

В проспективном когортном исследовании была изучена связь между работой во время беременности и гипертонией, вызванной беременностью. Связь с занятостью не объяснялась другими ФР, такими как физическая нагрузка, продолжительность рабочего дня, работой по дому и уходом за детьми. Гестационная гипертензия была связана с низкой широтой принятия решений и низкой сложностью работы среди женщин, занимающих должности с низким статусом [174]. Стремление перейти из низкого в более высокий социальный статус также, как правило, вызывает хронический социальный стресс. По данным W.W. Dressler, риск развития АГ был выше при высокой психоэмоциональной нагрузке, связанной с амбициями к продвижению по службе [116]. По результатам другого исследования, успехи на службе у работающих женщин явились предиктором для снижения рисков общей смертности [245].

Существенно меньше исследований, касающихся женских популяций, проводилось в рамках другой теоретической модели J. Siegrist – «несоответствие усилий – награда», однако именно эта модель определила высокие риски развития ИБС у женщин [124]. Модель демонстрирует увеличение кардиоваскулярного риска при комбинации высокого уровня нагрузки на рабочем месте с низким уровнем заработной платы [233]. В последующие десятилетия модель неоднократно тестировалась посредством анализа как одномоментных, так и когортных кросс-секционных исследований [100, 226, 263]. J. Siegrist предлагает

тестирование модели по параметрам внешнего и внутреннего кластеров измерений. Внешний кластер измеряется по показателям роста требований на рабочем месте и показателям вознаграждения. Согласно внутреннему кластеру, проводится измерение противостояния стрессу на рабочем месте, поскольку он состоит из способов адаптации к стрессу, включая в себя и компонент возможности получения удовлетворения от работы. Для женщин ситуационный (внешний) блок, определяемый продвижением по иерархической лестнице и властью, играет значительно меньшую роль. В то же время оказалось, что психологическая адаптация (внутренний кластер) для женщин играет существенную роль в определении кардиоваскулярных рисков [267]. В исследовании, проведенном в Финляндии, были обследованы служащие (в том числе, более 200 женщин) без ССЗ в анамнезе. Изучалось влияние дисбаланса между затраченным трудом и вознаграждением, который при продолжительности наблюдения более 25-ти лет прогнозировал высокий риск кардиоваскулярной смерти. Были выявлены ассоциации между однонаправленным повышением нагрузки на работе и общего холестерина плазмы за пятилетний период наблюдения [268]. Опубликованы исследования, совмещающие независимое влияние на кардиоваскулярные риски обеих моделей [158, 169, 179]. К таким относятся проспективные исследования на популяции британских служащих, касающиеся четырехкратного превышения риска кардиоваскулярной смерти при низких уровнях социальной поддержки и служебного ранга. Между тем, закономерности были получены лишь для мужской когорты [186]. Большой кластер исследований изучения стресса на работе связан с воздействием на развитие кардиоваскулярной патологии ночной и сменной работы у женщин [216]. Взаимосвязь со сменной работой развития ССЗ на 7% у женщин установлена в датском исследовании [201]. Исследователи также связывают с ночной и сменной работой развитие АГ и дислипотеидемии, что в комбинации с поведенческими ФР ССЗ повышает кардиоваскулярные риски заболеваемости и смертности [175]. Таким образом, получены убедительные данные, показывающие, что

психоэмоциональное напряжение на работе отрицательно воздействует на сердечно-сосудистое здоровье у женщин [80, 174, 175, 216, 263].

1.3 Субъективно-объективный показатель здоровья у женщин

Субъективно-объективный показатель здоровья населения представляет собой кластер медицинских и социальных параметров, отражающих, в том числе, отношение населения к своему здоровью и его самооценку, мнение населения о медицинской помощи и возможностях профилактики заболеваний. Обоснованность применения субъективно-объективного показателя здоровья, как значимого показателя его ассоциации с распространенностью ИБС, показана как в отечественной, так и в зарубежной научной литературе [12, 20, 45, 92, 151]. Вместе с тем, субъективно-объективный показатель здоровья, и прежде всего, отношение к своему здоровью, признан индикатором образа жизни, устанавливающим интерпретацию конвенционных ФР и заинтересованность в превентивных мероприятиях на популяционном уровне [21, 23, 27, 138, 188].

Определение жизненной позиции в отношении к своему здоровью в большой степени определяется уровнем общей культуры населения. В то же время, комплекс целенаправленных устремлений индивида на повышение своих адаптивных возможностей также определяет формирование оптимального психосоматического здоровья [41]. В большинстве исследований субъективно-объективный показатель здоровья, включающий в себя понятия отношения к здоровью и его самооценки, отношения к профилактике заболеваний и медицинской помощи, рассматривается с позиции самосохранительного поведения [24, 29, 64]. Результаты, полученные А.А. Шабуневой и П.С. Корчагиным, установили негативное влияние компонентов саморазрушающего характера на снижение СЗ [63]. В контексте с этим, в других исследованиях были показаны прямые ассоциативные связи параметров СЗ с развитием хронических неинфекционных заболеваний [11, 119]. При построении комплексной модели

профилактики сердечно-сосудистых заболеваний, предполагающей совокупность популяционной стратегии и стратегии высокого риска, была проведена оценка готовности к получению медицинской помощи. Модель, созданная на основе анализа проспективного когортного исследования, показала существенные риски сердечно-сосудистой смерти и смерти от всех причин при снижении «намерения к лечению» [151]. Анализ эпидемиологических исследований показал роль СЗ, отражающей не только психофизиологическое состояние индивида, но и его социокультурный уровень [82, 155]. Наиболее приоритетными в изучении феномена СЗ представляется профиль социально-экономических ФР в популяции [164]. Результаты исследования основных детерминант СЗ населения РФ показали, что СЗ является многопрофильным маркером самочувствия, сформированным в результате комплексного воздействия различных характеристик – поведенческих, социально-экономических и психологических [25]. По данным российских эпидемиологов, основанным на крупных популяционных исследованиях в разных регионах страны, в женских популяциях определялась достаточно негативная СЗ, причем такие результаты имели место независимо от возраста [20, 27, 44, 45, 62]. В трудоспособном возрасте низкая СЗ выявлялась у 22% женщин [43]. Сравнительный гендерный анализ большинства эпидемиологических исследований также показал существенно более низкий показатель СЗ в женских популяциях [20, 48]. По данным московских авторов, более четверти обследованных женщин давали негативную оценку своему здоровью, в полтора раза превосходя по этому показателю мужчин [33]. Н.И. Паутова и И.С. Паутов обосновывают стратегии поведения женщин, отличающиеся в большой степени самосохранительной направленностью на укрепление и поддержание здоровья, в целом более низкой их СЗ [44]. В то же время, в большинстве исследований установлено преимущественно позитивное отношение населения к превентивной проверке здоровья [23, 42]. Однако менее десяти процентов женщин г. Новосибирска считали заботу о своем здоровье достаточной и менее двадцати процентов верили в профилактические возможности современной медицины в отношении предупреждения развития ССЗ [45]. Гендерные особенности в силу

специфических физиологических и психологических реакций женского организма накладывают отпечаток и на отношение к здоровью [46]. В эпидемиологическом исследовании неорганизованной популяции г. Тюмени в 1995 году методом почтового опроса населения были получены данные о субъективно-объективном показателе здоровья у женщин. Более половины женской части популяции оптимистично смотрели на эффективность профилактики ССЗ. Среди тюменских женщин в отношении поддержки здорового образа жизни отчетливо выделялась группа молодого возраста, где приветствовали идею здорового образа жизни 72,6%. Было отмечено, что положительное мнение о личной ответственности за свое здоровье также свойственно женщинам младшей возрастной категории. Старшие возрастные группы возлагали ответственность за свое здоровье на государство, либо принимали наиболее разумную позицию в заботе о собственном здоровье совместно с медицинскими работниками [42]. В другом исследовании отмечена лучшая информированность в отношении АГ у женщин более старших возрастных групп, при этом у пожилых женщин отношение к здоровью напрямую было связано с материальными условиями [89].

На отношение к здоровью и распространенность низкой СЗ влияет не только возраст, но и социальный градиент. Популяционное исследование среди лиц от сорока до восьмидесяти лет, проживающих в Норфолке, показало взаимосвязь между СЗ и социальным классом. У молодых женщин в классе ручного труда распространенность низкой СЗ оказалась такой же, как и у пожилых женщин более высокого класса. Женщины, не имеющие специальных навыков труда, показали вдвое более низкую СЗ, чем профессионалы [236]. При определении низкой СЗ у женщин – российских врачей их продолжительность жизни была на 9 лет меньше сравнительно с общепопуляционным показателем [20]. N. Goldman et al., исследуя роль ФР в понимании СЗ, показали, что негативное отношение к здоровью определяет ухудшение физиологических характеристик [140].

Одним из важных компонентов здоровьесберегающего поведения является медицинская активность населения [24, 52]. В рамках когортного исследования жителей Южного Лондона были изучены характеристики, связанные с низкой

медико-санитарной грамотностью населения. Многопараметрическая модель показала, что среди женщин с низкой санитарной грамотностью установлен более высокий уровень тревожности, чем у лиц с адекватной медицинской грамотностью [92]. Многочисленные эпидемиологические и научно-клинические исследования показали, что одним из ФР осложнений ССЗ являются низкая приверженность к лечению и невыполнение рекомендаций. С.С. Бунова и соавт. выявили, что среди больных ССЗ из исследуемых параметров касательно приверженности к медикаментозному лечению, диагностике и модификации образа жизни последний фактор показал минимальные результаты [10]. С.А. Шальнова и соавт., анализируя приверженность к здоровому образу жизни на российской популяции, лишь у каждого пятого участника исследования установили готовность к коррекции образа жизни [46]. Ввиду изучаемой связи ПСФ с отношением к профилактике и к своему здоровью в женских популяциях кажутся интересными данные, полученные в исследовании The Women's Health Initiative Observational Study. У женщин с плохой СЗ в 4,8 раз чаще встречались симптомы Д [264]. Представление о методах профилактики также оказались ниже у женщин новосибирской популяции с симптомами Д [48]. Среди женщин г. Новосибирска была определена низкая СЗ при высоких параметрах хронического социального стресса [21]. Московские исследователи провели онтологический анализ с целью систематизации необходимых мер для проведения превентивных мероприятий в популяционном пространстве. Авторы пришли к обоснованному выводу, что применение онтологического анализа поможет в полной мере использовать информацию, находящуюся в мировом научном пространстве, что в свою очередь предоставит пути для принятия научно обоснованных властных решений и правильного распределения ресурсов [52].

ГЛАВА 2 МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

2.1 Организация исследования и дизайн

Основные выводы представленного исследования о распространенности неконвенционных факторов риска ССЗ, их ассоциаций с параметрами объективно-субъективного показателя здоровья населения у женщин открытой городской популяции основывались на результатах анализа данных кардиологического скрининга. Скрининг был проведен на базе Тюменского кардиологического научного центра – филиала Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» (Томский НИМЦ) в 2015-2016 гг.

Исследование соответствует этическим стандартам биоэтического комитета, разработанным в соответствии с Хельсинской декларацией Всемирной ассоциации «Этические принципы проведения научных медицинских исследований с участием человека» с поправками от 2000 г. [266]. В соответствии с вышеуказанными этическими стандартами, а также статьей 93 Федерального закона № 323-ФЗ от 21.11.2011 «Об основах охраны здоровья граждан Российской Федерации», каждому обследуемому в целях настоящего исследования было предложено подписать информированное согласие на обработку своих персональных данных. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом Тюменского кардиологического научного центра (протокол № 63 от 21.05.2012 г.).

К проведению популяционного исследования по научно-исследовательской работе была допущена исследовательская группа, каждый из научных сотрудников которой имел сертификаты Федерального государственного бюджетного учреждения – Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России, дающие право на исполнение научно-исследовательской работы на уровне популяций с применением

эпидемиологических методов исследования. Обучение исследовательской группы по программе ВОЗ МОНИКА-психосоциальная проводилось на базе НИИ терапии и профилактической медицины – филиала Федерального исследовательского центра «Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН».

Результаты диссертационной работы явились одним из разделов фундаментальной темы НИР Тюменского кардиологического научного центра – филиала ФГБНУ «Томский национальный исследовательский медицинский центр Российской академии наук» 2018–2021 гг.: «Патогенетические аспекты развития артериальной гипертензии, ишемической болезни сердца и сердечной недостаточности; пути оптимизации диагностики, лечения и профилактики», рег. № НИОКТР: АААА-А18-118041890067-9.

Объектом исследования явилась «случайная» популяционная выборка из женского населения в возрасте 25–64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири – г. Тюмени. Одномоментное эпидемиологическое исследование было проведено в период с ноября 2015 г. по сентябрь 2016 г.

Дизайн исследования представлен на рис. 2.1. Согласно протоколу исследования, репрезентативная выборка формировалась из избирательных списков граждан женского пола в одной из наиболее типичных административных единиц среднеурбанизированного города Западной Сибири (г. Тюмень) – на территории Центрального административного округа (рис. 2.1). Для формирования выборки применялась общепринятая методика «случайных чисел», реализованная в компьютерном варианте, с последовательным отбором возрастных групп по 250 лиц в четырех десятилетиях жизни: третьем (25-34 лет), четвертом (35-44 лет), пятом (45-54 лет), шестом (55-64 лет) десятилетиях. В итоге в окончательный состав выборки вошло 1000 женщин в возрасте 25-64 лет. Критериями включения в репрезентативную выборку явились следующие показатели: 1) женский пол; 2) возраст на момент формирования выборки в диапазоне от 25 до 64 лет; 3) проживание в г. Тюмени; 4) добровольное подписание информированного согласия на участие в исследовании.

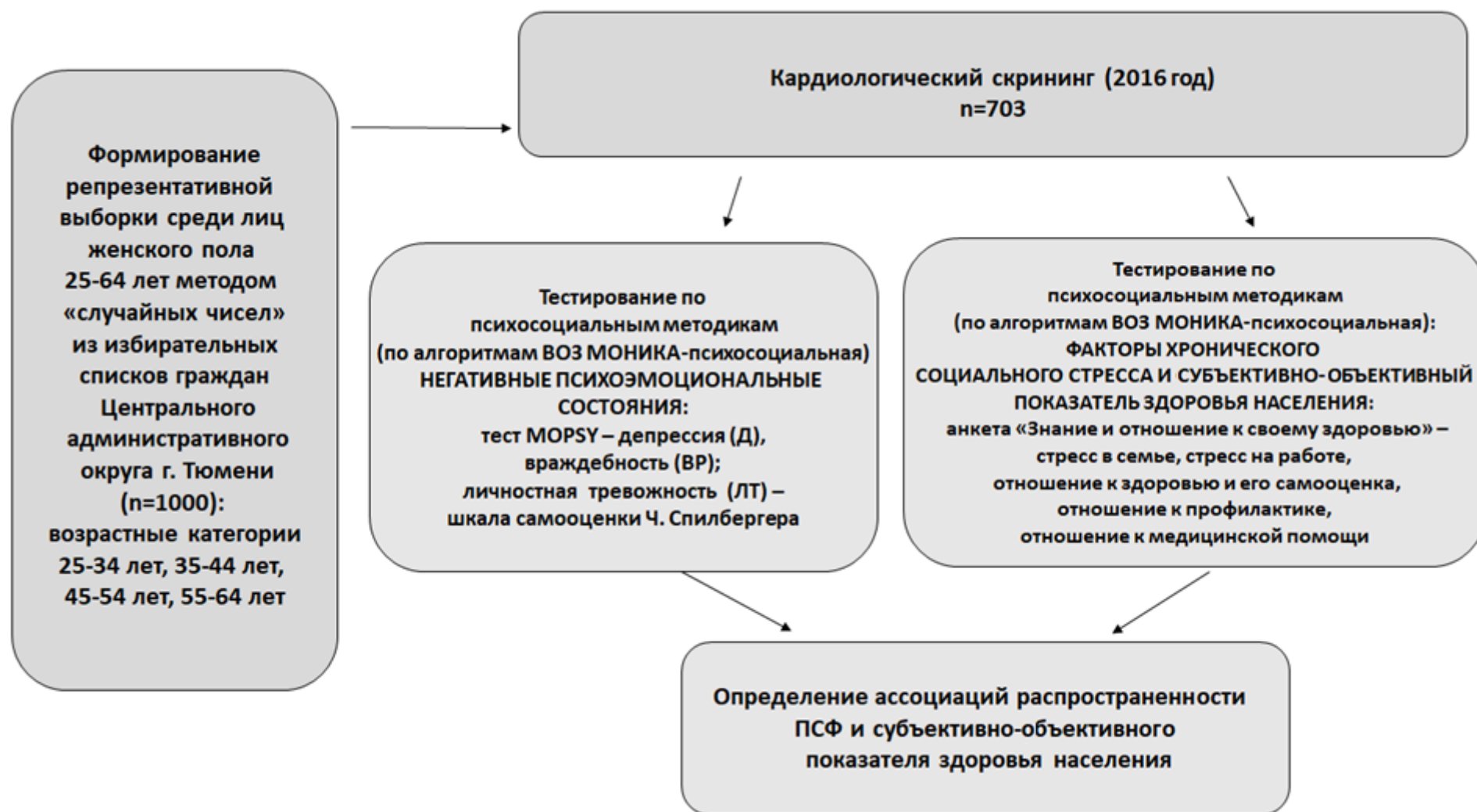


Рисунок 2.1 Дизайн исследования

Критериями исключения явились: 1) мужской пол; 2) возраст на момент формирования выборки вне диапазона от 25 до 64 лет; 3) беженцы; 4) военные; 5) заключенные; 6) студенты; 7) отказ от подписания информированного согласия на участие в исследовании.

Число обследованных респондентов составило 703 лица женского пола 25-64 лет, то есть отклик составил 70,3%, что является репрезентативным.

В рамках проведения кардиологического скрининга каждому из обследуемых для самозаполнения была предоставлена стандартная анкета ВОЗ МОНИКА-психосоциальная [187], таблицы по которой применительно к настоящему исследованию представлены в Приложениях А и Б. Используемая анкета включала в себя модули, девять из которых были взяты для анализа в настоящем исследовании.

Таблица 2.1 – Модули, изучаемые по анкете ВОЗ МОНИКА-психосоциальная (WHO MONICA-MOPSY)

№	Обозначение модуля	Содержание
1	Общая информация	Идентификационный номер, место жительства, ФИО, дата рождения, дата регистрации, пол.
2	Личностная тревожность	Шкала самооценки Спилбергера Ч.Д. (адаптация и перевод на русский язык Ханина Ю.Л.)
3	Депрессия	Оценка с помощью шкалы депрессии Depression Scale – тест MOPSY
4	Враждебность	Оценка с помощью шкалы враждебности Hostility Scale – тест MOPSY
5	Стресс в семье	Оценка с помощью анкеты WHO MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»
6	Стресс на работе	Оценка с помощью анкеты WHO MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»
7	Отношение респондента к своему здоровью и его самооценка	Оценка с помощью анкеты WHO MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»

Продолжение таблицы 2.1

№	Обозначение модуля	Содержание
8	Отношение респондента к профилактике заболеваний	Оценка с помощью анкеты WHO MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»
9	Отношение респондента к медицинской помощи	Оценка с помощью анкеты WHO MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»

2.2 Методы исследования

2.2.1 Методы исследования психосоциальных факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний

Респондентам было предложено самостоятельно ответить на вопросы шкал согласно инструкциям, помещенным в опроснике. За анализируемый уровень фактора риска принимали значение его в исходном исследовании и не учитывали вклад временной динамики. Методики были строго стандартизированы и соответствовали требованиям протокола проекта WHO MONICA-MOPSY [14, 187].

Методика определения уровня личностной тревожности. Уровень личностной тревожности оценивали с помощью опросника Ч.Д. Спилбергера (адаптация и перевод на русский язык Ю.Л. Ханина) [61]. Шкала является достаточно информативным способом самооценки уровня личностной тревожности в данный момент. Шкала состоит из 20 вопросов, на которые предложено 4 варианта ответов, имеющих балльную оценку от 1 до 4. Чем выше итоговый показатель, тем выше уровень личностной тревожности. При наличии до 30 баллов уровень тревожности расценивается как низкий, в пределах 31–44

баллов – средний; 45 и более – высокий уровень тревожности (Приложение А, табл. А1).

Методика определения уровня депрессии. Проводилась с использованием опросника «Шкала депрессии» (Depression Scale, тест MOPSY) (Приложение А, табл. А2). Для проведения оценки депрессии предлагался бланк шкалы депрессии, состоящий из 15 утверждений. Для ответа на каждое утверждение предусмотрено 2 градации: «согласен», «не согласен». Выраженность депрессии оценивалось, как: низкая, средняя, высокая.

Методика определения уровня враждебности проводилась с помощью шкалы враждебности (Hostility Scale, тест MOPSY) (Приложение А, табл. А3). Тест состоял из 20 утверждений. Для ответа на каждое утверждение было предусмотрено 2 градации «согласен», «не согласен». Выраженность враждебности оценивалась как: низкая, средняя, высокая. Кодировка тестов заключалась в построении компонент индексов и расчёте баллов в соответствии с предложенным алгоритмом программы MOPSY.

Методика определения стресса в семье и на работе. Определение факторов хронического социального стресса (стресса в семье и на работе) осуществлялось посредством анализа преимущественно положительных утверждений из перечня фиксированных ответов стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью» (Приложение А, табл. А4, А5). Опросники включали 4 тестовых вопроса по стрессу в семье с соответствующими ответами (от двух до четырех) и 7 тестовых вопросов по стрессу на работе с соответствующими ответами (от трех до восьми).

2.2.2 Методы исследования субъективно-объективного показателя здоровья

Методика определения отношения к своему здоровью и его самооценки.

Определение отношения населения к своему здоровью и его самооценка осуществлялись посредством анализа утверждений из перечня фиксированных

ответов стандартной анкеты WHO MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью» (Приложение Б, табл. Б1). Опросник включал 5 тестовых вопросов с соответствующими ответами (от двух до пяти).

Методика определения отношения к профилактике заболеваний.

Определение отношения населения к профилактике заболеваний осуществлялись посредством анализа утверждений из перечня фиксированных ответов стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью» (Приложение Б, табл. Б2). Опросник включал 4 тестовых вопроса с соответствующими ответами (от трех до пяти).

Методика определения отношения к медицинской помощи.

Определение отношения населения к медицинской помощи осуществлялись посредством анализа утверждений из перечня фиксированных ответов стандартной анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная «Знание и отношение к своему здоровью» (Приложение Б, табл. Б3). Опросник включал 4 тестовых вопроса с соответствующими ответами (от трех до пяти).

2.2.3 Статистические методы исследования

Набор, корректировка, систематизация первоначально полученных данных, визуализация результатов проводилась с помощью электронных таблиц Microsoft Office Excel 2003 версии 11.6355.6360 Microsoft (73931-640-0000106-57382).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием программного обеспечения STATISTICA версии 8.0.360.0 StatSoft, Inc (США, серийный номер STA862Д175437Q), а также программного обеспечения SPSS Statistics версии 23.0.0 SPSS Inc.

Теоретическое обоснование используемых методов статистического анализа проводилось по пособиям А.Д. Наследова, В.П. Боровикова, О.Ю. Ребровой, Т.Н. Унгурияну [8, 37, 49, 59].

На первом этапе была сформирована базы данных, после чего методом максимального относительного отклонения был произведен отсев грубых погрешностей [49]. Результаты были представлены как доля (в процентах) – для качественных (категориальных) данных. При оценке достоверности различий между выборочными долями совокупности в двух группах применялся критерий «хи-квадрат» (χ^2) Пирсона. В случае сравнения трех и более групп, первоначально использовался анализ таблиц сопряженности, по критерию «максимального правдоподобия хи-квадрат» (MLChi-square), для установления статистических значимых различий между группами с последующим парным сравнением групп. Для оценки различий одновременно между несколькими независимыми группами (три и более) использовался непараметрический однофакторный дисперсионный анализ Краскела – Уоллиса. За критический уровень значимости при проверке статистических гипотез принимался $p < 0,05$, с учетом числа степеней свободы [59]. Для проведения корректного сравнительного анализа с данными российских и мировых эпидемиологических исследований была проведена стандартизация по возрасту изучаемых параметров с применением прямого метода стандартизации. Для стандартизации показателей по возрасту использовалась структура городского населения России от третьего до шестого десятилетий жизни в возрастном диапазоне 25-64 лет, в соответствии с данными Росстата, согласно последней переписи населения. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывался достигнутый уровень значимости (p), а критический уровень значимости в исследовании принимался равным 0,05.

ГЛАВА 3 ПСИХОСОЦИАЛЬНЫЕ ФАКТОРЫ РИСКА СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

3.1 Распространенность негативных психоэмоциональных состояний

У женщин 25-64 лет открытой популяции г. Тюмени была определена распространенность ПСФ, среди которых распространенность негативных психоэмоциональных состояний оказалась наиболее выраженной (Приложение А, табл. А1–А3). Стандартизованный по возрасту показатель распространенности ЛТ и враждебности превысил 90%, депрессии – 30% женской популяции. Кластер личностной тревожности у женщин тюменской популяции при СП около 90% представлен в достаточно негативном варианте, поскольку при установленном низком уровне ЛТ 11,5%, высокий уровень ЛТ существенно превышал ее средний уровень в популяции (54,7% vs 36,9%, $p < 0,001$), рис. 3.1.



Рисунок 3.1 – Распространенность личностной тревожности у женщин открытой городской популяции, %

Во всех изучаемых возрастных группах высокий уровень ЛТ существенно превосходил низкий уровень ЛТ ($p < 0,001$). Статистически значимые различия между высоким и средним уровнем ЛТ имели место в пятом и шестом десятилетиях жизни (45-54 лет: 67,3% vs 20,8%, $p < 0,001$; 55-64 лет: 50,2% vs 39,5%, $p = 0,0258$). В третьем десятилетии жизни различия по распространенности высокого уровня ЛТ относительно среднего уровня ЛТ были статистически незначимыми (37,7% vs 50,0%, $p = 0,0530$), тогда как в возрасте 35-44 лет показатели высокого и среднего уровней ЛТ были практически одинаковыми (44,0% vs 45,4%, $p = 0,7668$), рис. 3.2.

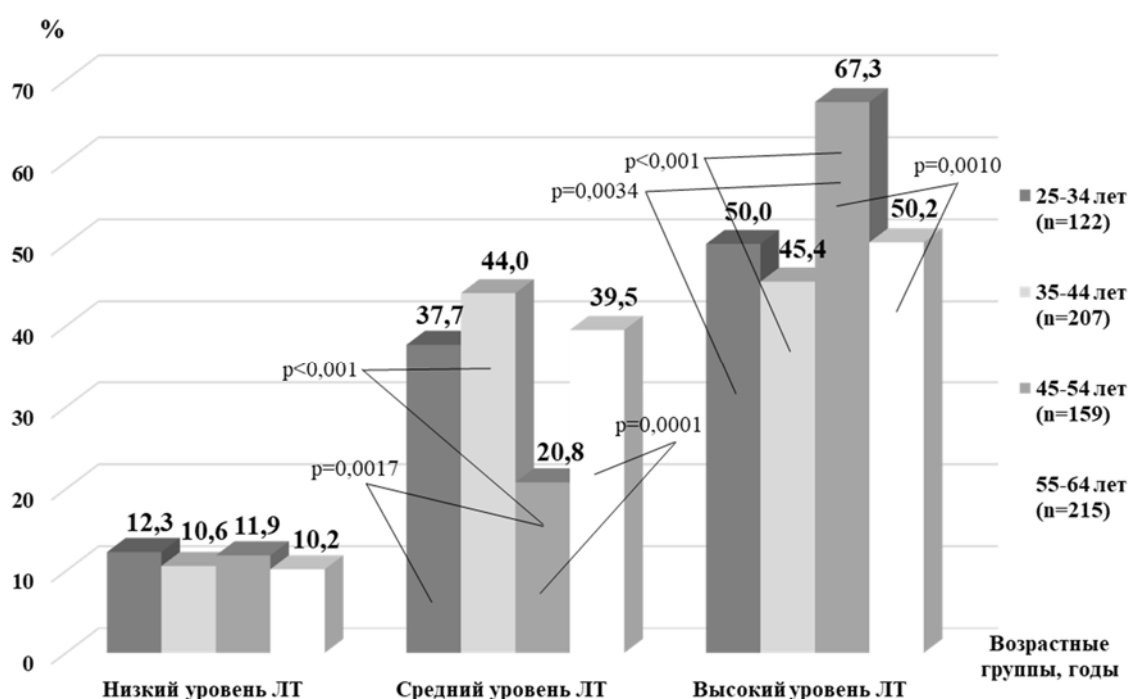


Рисунок 3.2 – Распространенность разных уровней личностной тревожности у женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

В возрастном диапазоне статистически значимых различий по низкому уровню ЛТ не было установлено. Наиболее низкий показатель распространенности среднего уровня ЛТ у женщин был выявлен в пятом десятилетии жизни и существенно различался с аналогичным параметром в третьем, четвертом, шестом десятилетиях жизни и в целом со стандартизованным по возрасту показателем (20,8% vs 36,9%, $p = 0,0002$). Максимальная

распространенность среднего уровня ЛТ была определена в четвертом десятилетии жизни, где были продемонстрированы статистически значимые различия со стандартизованным по возрасту показателем (44,0% vs 36,9%, $p=0,0452$). По высокому уровню ЛТ выделялась возрастная категория 45-54 лет с максимальным показателем ее распространенности в популяции. Этот показатель существенно различался с показателями распространенности ЛТ в третьем (67,3% vs 50,0%, $p=0,0034$), четвертом (67,3% vs 45,4%, $p=0,001$), шестом (67,3% vs 50,2%, $p=0,01$) десятилетиях жизни, а также со стандартизованным по возрасту показателем (67,3% vs 54,7%, $p=0,001$). Минимальный показатель распространенности высокого уровня ЛТ определялся в четвертом десятилетии жизни, однако со стандартизованным по возрасту показателем он существенно не различался (45,4% vs 54,7%, $p=0,0678$) (рис. 3.2).

Уровни депрессии у женщин открытой городской популяции представлены на рисунке 3.3.



Рисунок 3.3 – Распространенность депрессии у женщин открытой городской популяции 25-64 лет, %

В отношении стандартизованного показателя по возрасту (СП 73,1% vs 22,1% vs 7,8%, $p<0,001$) и отдельно по четырем возрастным десятилетиям жизни наблюдалась однотипная картина существенного снижения распространенности Д от низкого ее уровня к среднему и далее к высокому уровню Д (рис. 3.3, 3.4).

Что касается возрастных трендов, в шестом десятилетии жизни отмечался абсолютный максимум по высокому уровню Д (9,3%) и абсолютный минимум по низкому уровню Д (66,0%) в популяции, причем если в первом случае статистически значимых различий с аналогичным параметром в возрастном диапазоне не определялось, то в случае низкого уровня Д имел место существенный рост показателя в четвертом десятилетии жизни относительно шестого десятилетия (75,9% vs 66,0%, $p=0,0268$). Вместе с тем, по среднему уровню Д, а также в других возрастных категориях по низкому и высокому ее уровням показатели оставались стабильными во всем возрастном диапазоне (рис. 3.4).

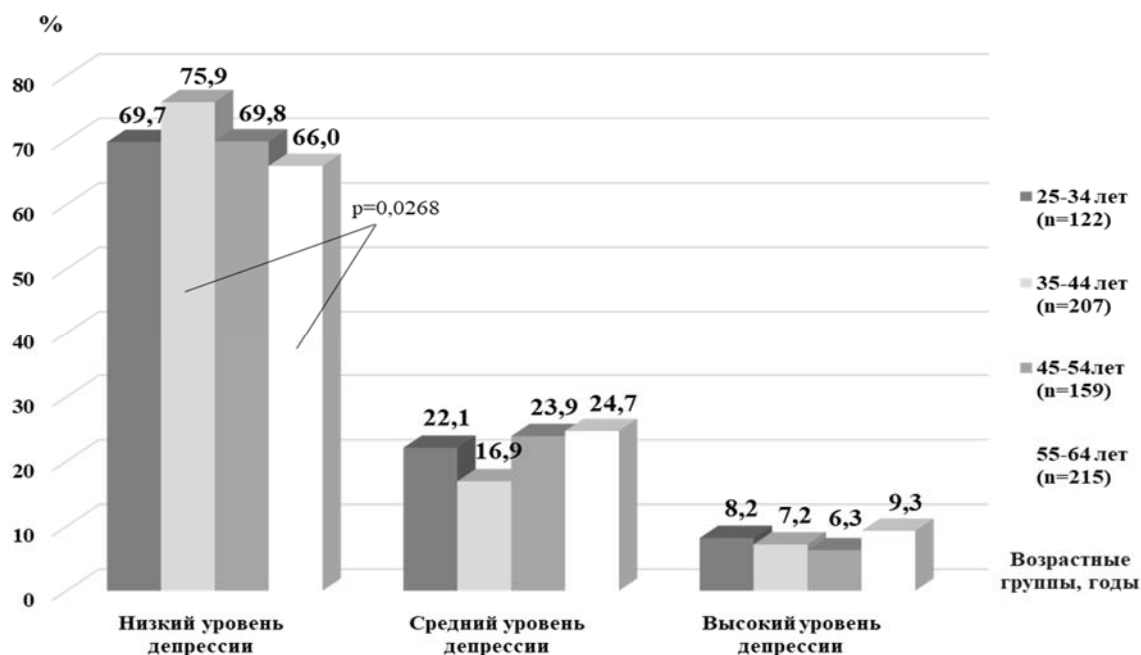


Рисунок 3.4 – Распространенность разных уровней депрессии у женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

В целом в тюменской популяции определялась неблагоприятная ситуация по распространенности враждебности, которую в соответствии со стандартизованным по возрасту показателем продемонстрировало 90,5% женщин 25-64 лет. Ситуация усугублялась тем, что высокий уровень ВР превалировал в женской популяции (СП 70,8%) и значительно превосходил средний ее уровень (СП 19,7%), тогда как низкий уровень ВР у женщин тюменской популяции составил 12,5% (рис. 3.5).



Рисунок 3.5 – Распространенность враждебности у женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

Между тем, в возрастных категориях статистически значимые закономерности, определяющие последовательный тренд к приоритету высокого уровня ВР по отношению к ее среднему уровню (64,8% vs 23,9%, $p<0,001$) и среднего уровня ВР по отношению к ее низкому уровню (23,9% vs 11,3%, $p=0,0032$), имел место только в пятом десятилетии жизни. В третьем, четвертом и шестом десятилетиях жизни наблюдались существенные различия между высоким и средним уровнями ВР ($p<0,001$), а также между высоким и низким ее уровнями ($p<0,001$) (рис. 3.6).

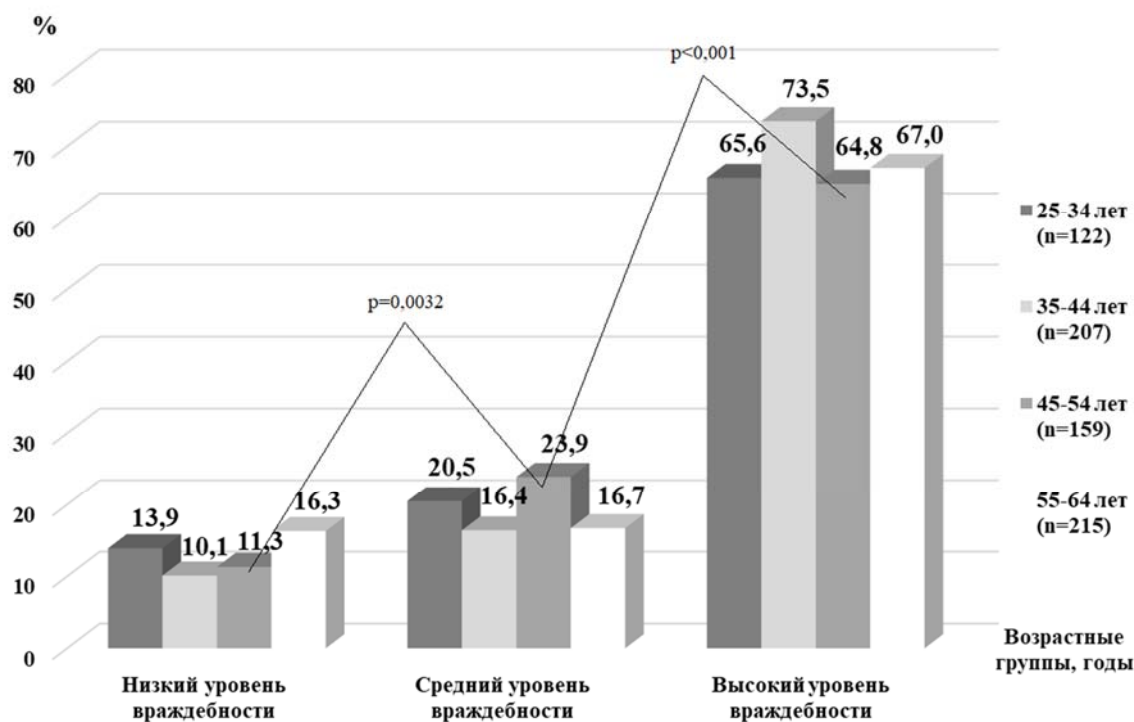


Рисунок 3.6 – Распространенность разных уровней враждебности у женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

3.2 Распространенность стресса в семье и на работе

На рис. 3.7–3.11 представлены закономерности, полученные при анализе анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная (Приложение А, табл. А 4), по стрессу в семье у женщин открытой городской популяции как в возрастном тренде, так и в зависимости от превалирования вариантов ответов на заданный респондентам вопрос в общей популяции.

На первый вопрос анкеты касательно тяжелой болезни или смерти близких за период предшествующих двенадцати месяцев около трети женщин тюменской популяции дали положительный ответ, тогда как прочие две трети тюменских женщин имели долю существенного преимущества, отрицая подобную ситуацию в семье (СП 30,8% vs 72,2%, $p<0,001$), рис. 3.7.

В возрастных категориях имела место аналогичная ситуация превалирования отрицательных над положительными ответами респондентов на данный вопрос, существенных различий по этому параметру в возрастных группах не отмечалось.

Касательно изменения семейного положения за период предшествующих двенадцати месяцев, 81,9% тюменских женщин такой динамики не подтверждало, что существенно различалось с долей лиц, подтвердивших одно (СП 81,9% vs 12,3%, $p<0,001$) или несколько (СП 81,9% vs 8,9%, $p<0,001$) изменений в семье за предшествующий годовой период времени (рис. 3.7).

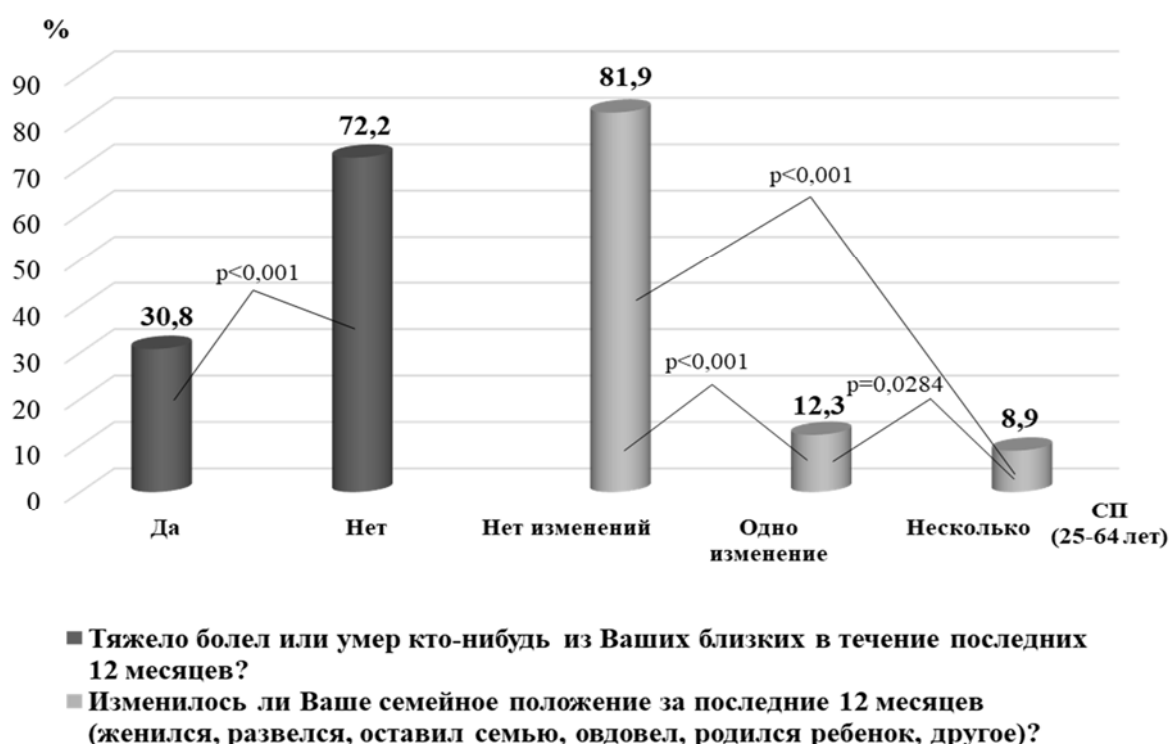


Рисунок 3.7 – Негативная ситуация в семье и изменение семейного положения среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

Вместе с тем, по параметру нескольких изменений в семейном положении за предшествующие двенадцать месяцев в возрастном тренде имело место значимое снижение показателя в группах молодого возраста (25-34 vs 35-44 лет: 10,7% vs 3,9%, $p=0,0149$), и напротив, его существенный рост от четвертого к пятому десятилетию жизни (3,9% vs 13,8%, $p=0,0006$). У молодых женщин в группах 25-

34 лет и 35-44 лет по данному параметру также имелись существенные различия со стандартизованным по возрасту показателем (рис. 3.8).

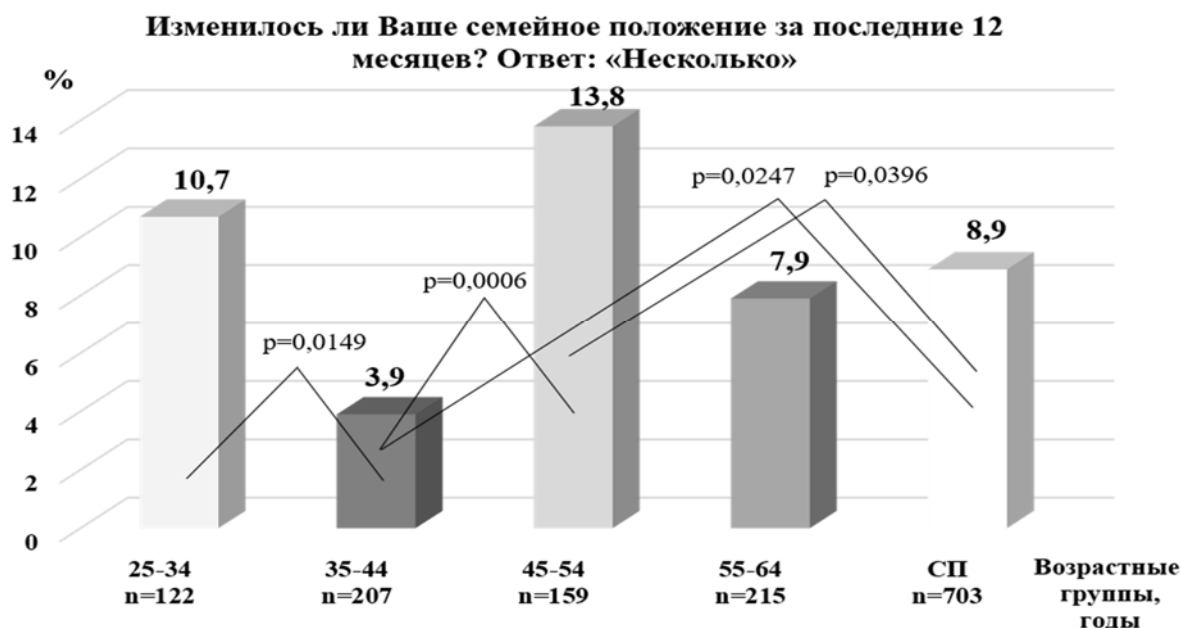


Рисунок 3.8 – Несколько изменений семейного положения среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

По поводу серьезных конфликтов в семье в течение последних двенадцати месяцев полностью отрицало их возникновение более половины женщин тюменской популяции (СП 56,7%), причем по этому параметру имели место существенные различия сравнительно с утверждением тех респондентов, которые указывали на один, несколько или частые семейные конфликты (рис. 3.9).

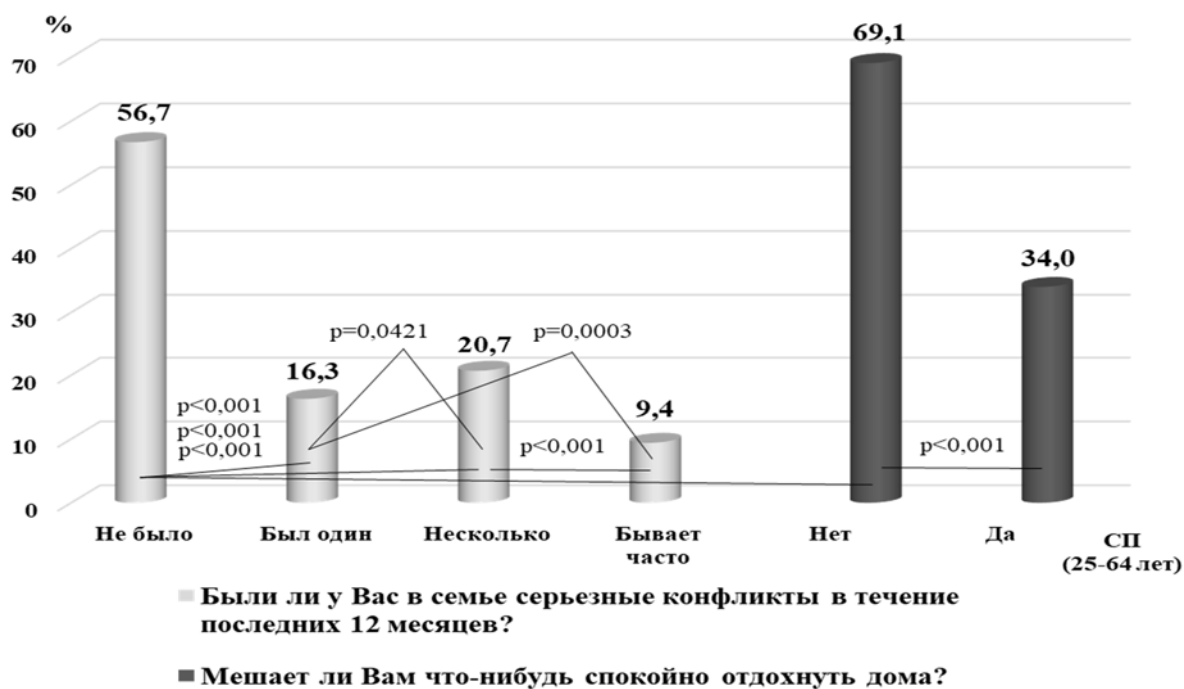


Рисунок 3.9 – Конфликты в семье и возможность домашнего отдыха среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

В возрастном диапазоне статистически значимое снижение по признаку отсутствия семейных конфликтов в течение предшествующих двенадцати месяцев было выявлено в третьем – пятом десятилетиях (59,0% vs 46,5%, $p=0,0380$), и далее, к росту показателя в пятом – шестом десятилетиях (46,5% vs 61,4%, $p=0,0043$).

В пятом десятилетии жизни также было существенно меньше женщин, не обозначивших наличие конфликтов в семье за предшествующий годовой период времени сравнительно со стандартизованным по возрасту показателем (46,5% vs 56,7%, $p=0,0351$) (рис. 3.10).

Относительно нескольких конфликтов в семье за указанный период времени статистически значимый возрастной тренд к росту показателя отмечался в четвертом – пятом десятилетиях жизни (17,9% vs 26,4%, $p=0,0490$), в то же время, возрастной тренд к снижению показателя имел место в пятом – шестом десятилетиях жизни (46,5% vs 67,8%, $p=0,0166$), рис. 3.11.

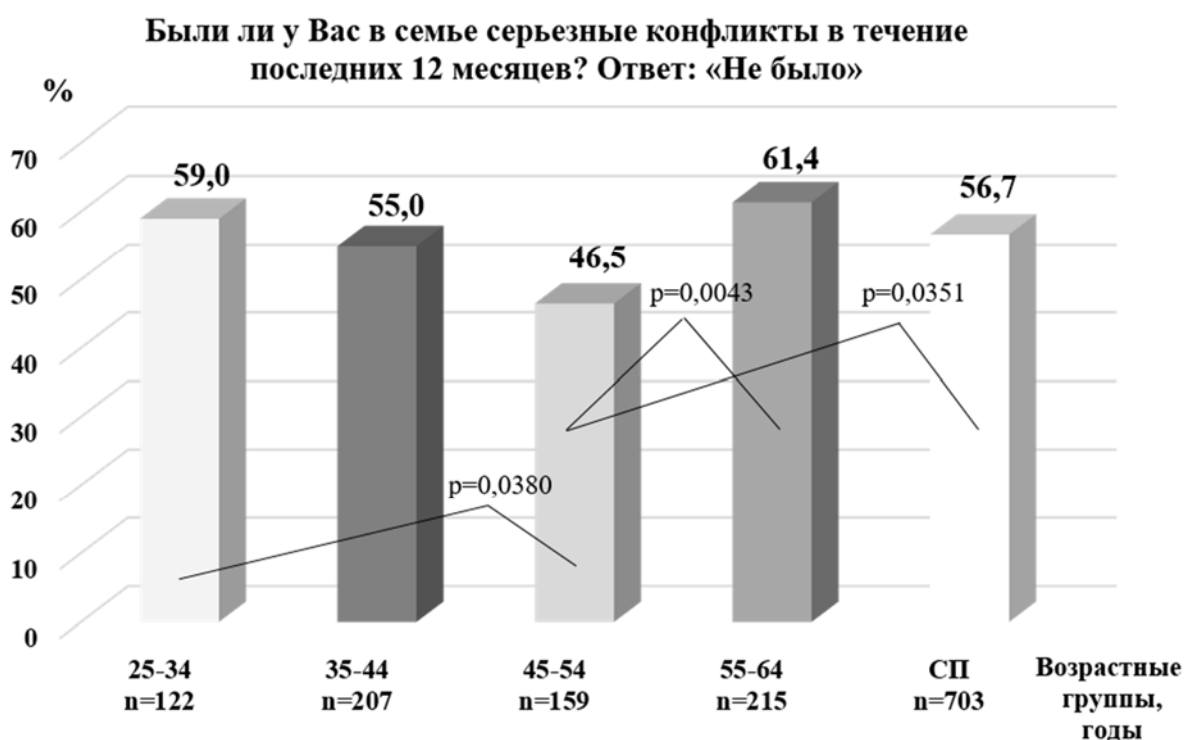


Рисунок 3.10 – Отсутствие конфликтов в семье среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

По последнему параметру стресса в семье относительно помех для домашнего отдыха среди тюменских женщин превалировал отрицательный ответ, свидетельствующий о том, что около 70% женской популяции имели возможность отдохнуть в домашних условиях (рис. 3.9). В возрастных группах существенных различий по данному параметру не выявлялось.

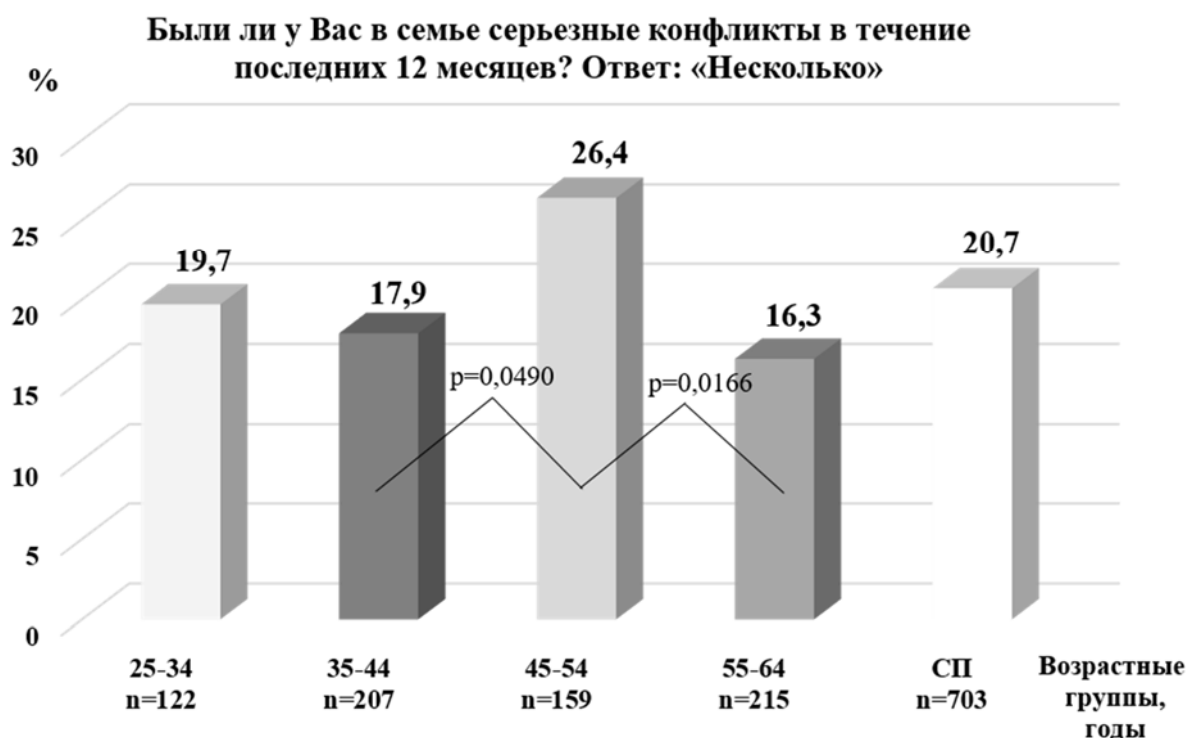


Рисунок 3.11 – Конфликты в семье среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

На рис. 3.12–3.19 представлены закономерности, полученные по стрессу на работе у женщин открытой городской популяции (Приложение А, табл. А 5).

На первый вопрос предложенной анкеты относительно изменения специальности в течение предшествующих двенадцати месяцев, большая часть женской популяции дала отрицательный ответ (СП 68,6% vs 34,5%, $p<0,001$), рис. 3.12.

По возрастным категориям наиболее лабильной среди тюменских женщин в отношении изменения специальности оказалась группа 45-54 лет, где такая динамика отмечалась существенно чаще сравнительно с четвертым (40,3% vs

29,5%, $p=0,0311$) и шестым (40,3% vs 30,2%, $p=0,0439$) десятилетиями жизни (рис. 3.13).

Касательно вопроса об изменении нагрузки в течение предшествующих двенадцати месяцев, при стабильной ситуации у 46,3% женщин, более трети респондентов стали выполнять дополнительную работу (СП 36,6%), и пятая часть респондентов – уменьшили объем работы за этот период (СП 20,2%), рис. 3.12.

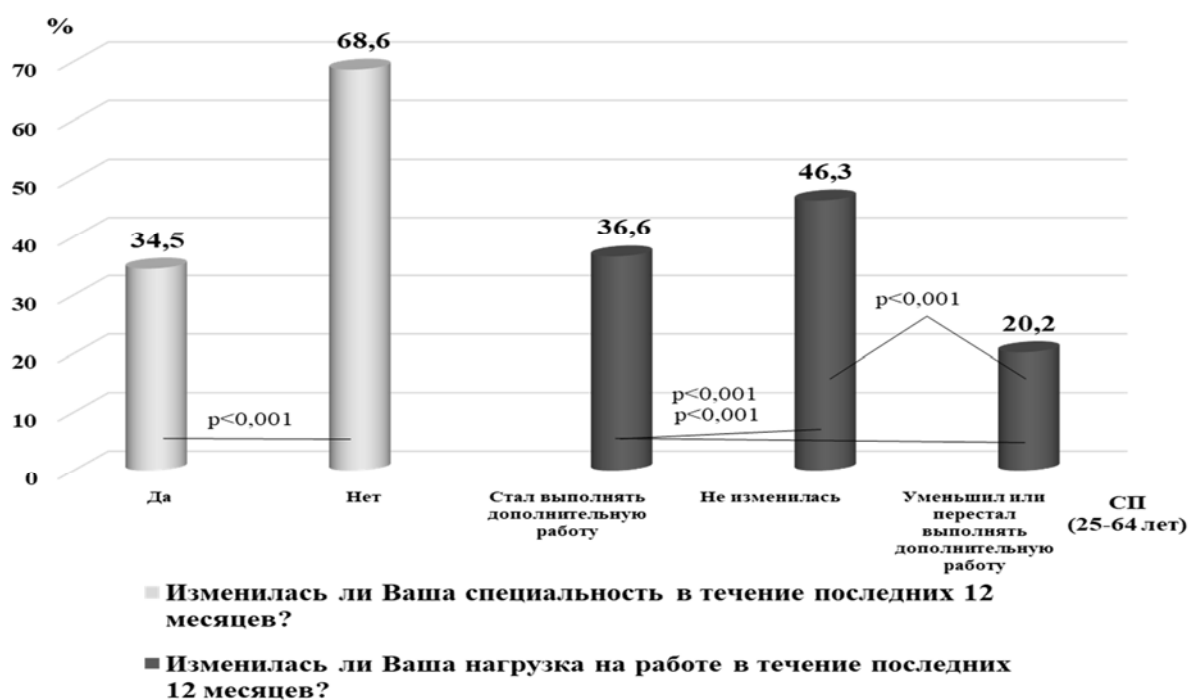


Рисунок 3.12 – Изменение специальности и нагрузки на рабочем месте среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

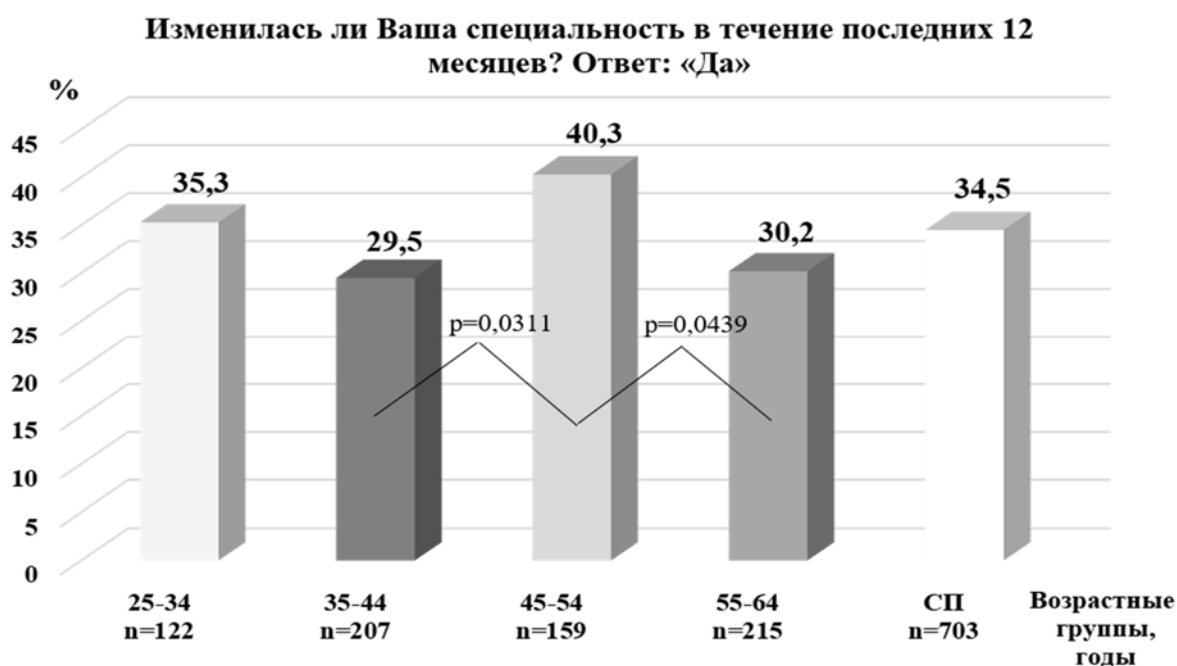


Рисунок 3.13 – Изменение специальности среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

В то же время, неизменной оказалась ситуация по нагрузке на работе у наименьшей доли женской популяции в пятом десятилетии жизни сравнительно с таковой в шестом десятилетии (40,3% vs 50,7%, $p=0,0452$), рис. 3.14.

Независимо от возрастной категории, позитивное отношение к своей работе выразило около половины женщин городской популяции (СП 47,7%) с существенными различиями по другим вариантам ответов и минимальной долей лиц (СП 1,9%) с крайне негативной позицией в отношении к своей работе (рис. 3.15).

Ответственность на рабочем месте за предыдущие двенадцать месяцев продемонстрировали, как «высокую», более половины женской популяции (СП 55,4%), рис. 3.16.

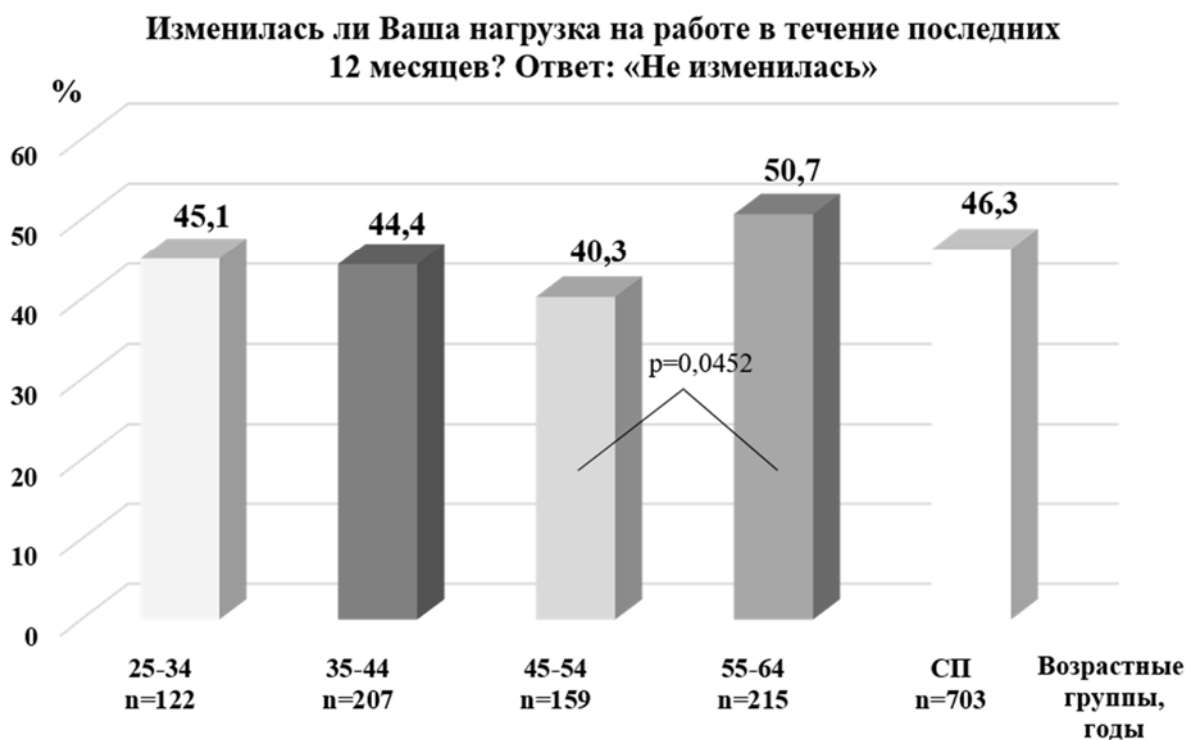


Рисунок 3.14 – Изменение нагрузки на рабочем месте среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

Если у 56,5% женщин ответственность на рабочем месте не изменилась за этот временной период, то у 40,1% ответственность на работе повысилась (рис. 3.17).



Рисунок 3.15 – Отношение к своей работе среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

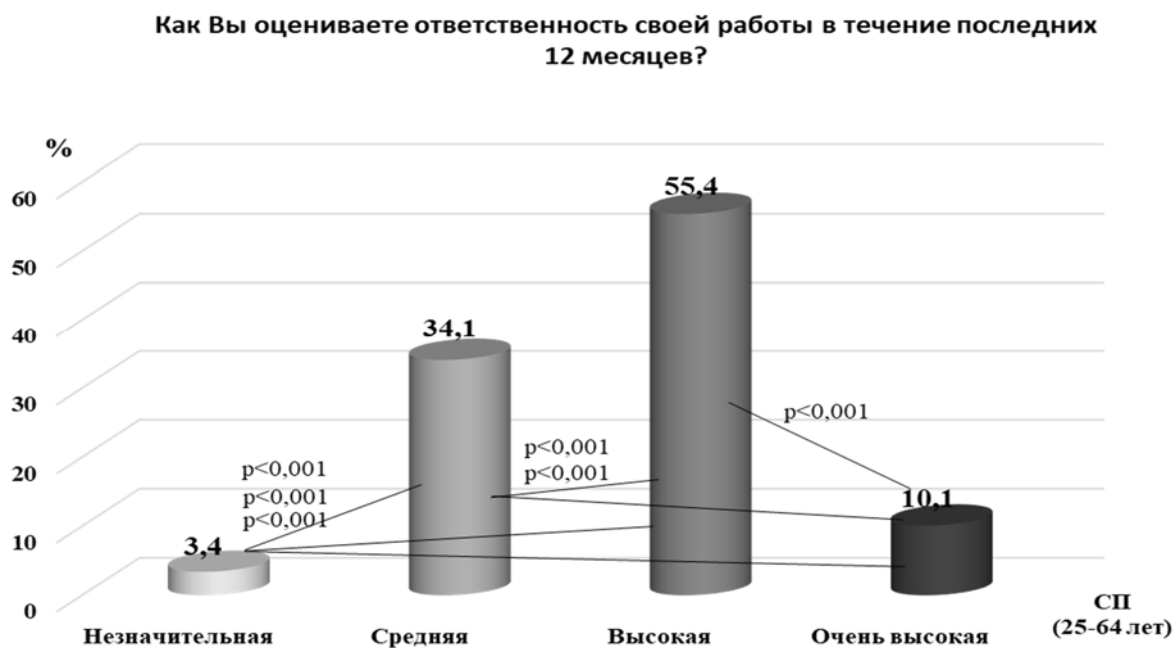


Рисунок 3.16 – Оценка ответственности на рабочем месте среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

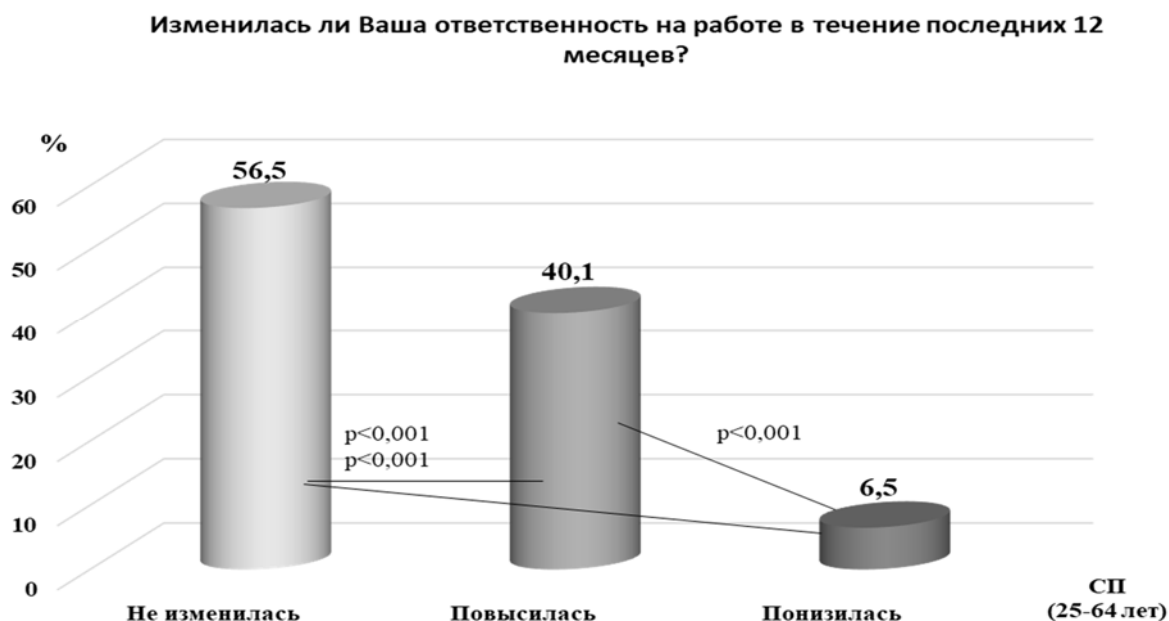


Рисунок 3.17 – Динамика ответственности на рабочем месте среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

В возрастных группах параметры динамики ответственности на работе и ее оценка были сопоставимыми со стандартизованными по возрасту показателями.

Кроме перемен на работе, которые позиционировались как «другие» (СП 42,7%), у тюменских женщин наиболее частыми переменами за предшествующие двенадцать месяцев были выявлены смена рабочего места (СП 22,9%) и изменение оклада (СП 13,4%), рис. 3.18. Показатели перемен на работе в возрастных категориях женщин значимо не различались.

Возможность полноценного отдыха подтвердило около четверти работающих женщин, тогда как более трети женской популяции дали неопределенный ответ, практически такая же часть респондентов отрицала возможность полноценного отдыха после рабочего дня или же предполагала редкое возникновение такой возможности (рис. 3.19).

В возрастных группах существенных различий по этому параметру не выявлялось.

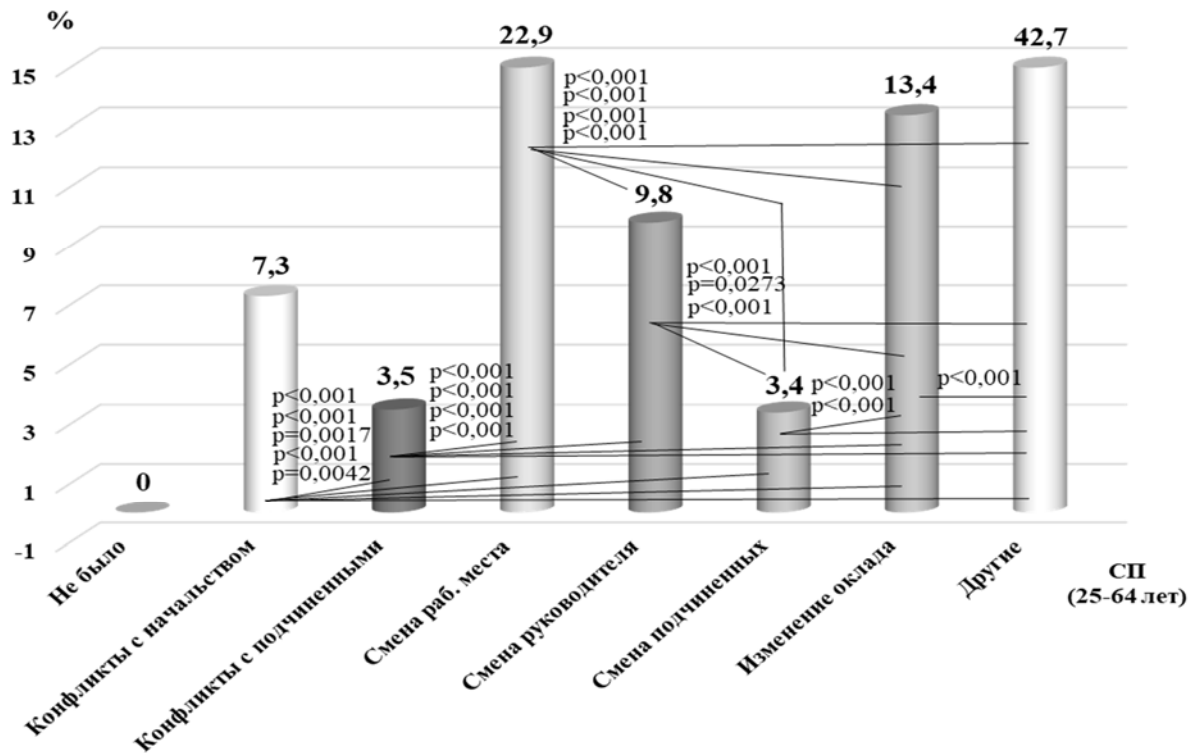


Рисунок 3.18 – Перемены на работе среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %



Рисунок 3.19 – Возможность домашнего отдыха после рабочего дня среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

3.3 Резюме

1. Среди женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири определена значительная распространенность негативных психоэмоциональных состояний. Высокий уровень ЛТ существенно превосходил ее низкий уровень, в старших возрастных группах – и средний уровень ЛТ, абсолютный максимум по высокому уровню ЛТ приходился на пятое десятилетие жизни (67,3%). Около трети женщин открытой популяции показало наличие Д, по четырем десятилетиям жизни установлено снижение распространенности Д от низкого ее уровня к среднему и далее к высокому уровню, в возрастном диапазоне установлен рост распространенности Д от четвертого к шестому десятилетию жизни. У женщин третьего, четвертого и шестого десятилетий жизни отмечен рост распространенности ВР от низкого к высокому уровню. В четвертом десятилетии высокий уровень ВР достигал абсолютного максимума (73,5%).

2. В отношении стресса в семье в возрастном тренде отмечался существенный рост от четвертого к пятому десятилетию жизни по изменению семейного положения. Отмечался существенный рост от четвертого и шестого к пятому десятилетию жизни по росту семейных конфликтов. Стресс на работе у тюменских женщин проявлялся на основании следующих параметров: около 35% популяции констатировало изменение специальности, 40% – повышение ответственности на работе. Более трети респондентов стали выполнять дополнительную работу, пятая часть – уменьшили объем работы. Высокую ответственность на работе продемонстрировали более половины популяции, у 22,9% женщин выявлена смена рабочего места, около 40% популяции отрицали возможность полноценного отдыха после рабочего дня, более половины женщин выразили позитивное отношение к работе. Выявлен существенный рост к пятому десятилетию жизни по частоте изменения специальности и нагрузки на работе.

ГЛАВА 4 СУБЪЕКТИВНО-ОБЪЕКТИВНЫЙ ПОКАЗАТЕЛЬ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ

4.1 Отношение к здоровью и его самооценка

В соответствии с анализом анкеты ВОЗ МОНИКА-психосоциальная, на рисунках 4.1–4.9 представлены основные параметры, характеризующие отношение к своему здоровью и его самооценку у женщин тюменской популяции в возрастном диапазоне (Приложение Б, табл. Б 1).

Первый вопрос анкеты касался поведения на рабочем месте при плохом самочувствии. Из трех вариантов ответов наиболее частым оказался вариант, свидетельствующий о крайне низкой ответственности женщин за свое здоровье, поскольку 46,6% из них продолжало оставаться на работе, независимо от плохого самочувствия, причем показатель статистически значимо не различался по возрастным категориям. По СП в популяции отмечалась статистически значимая тенденция к снижению ответственности за свое здоровье от минимальной доли лиц с высокой ответственностью, к средней доле лиц с промежуточной ответственностью за здоровье (СП 14,1% vs 39,2%, $p < 0,001$). Далее, тенденция продолжалась к максимальной доле лиц с низкой ответственностью за здоровье (СП 39,2% vs 46,6%, $p = 0,0012$) (рис.4.1).

В возрастном аспекте по этим параметрам статистически значимых различий не было выявлено.

При усугублении плохого самочувствия (при наличии повышенной температуры или симптомов гриппа) из трех имеющихся вариантов ответов предложенного теста среди тюменских женщин, независимо от возрастной категории, превалировал средний вариант ответа – практически половина опрошенных женщин (СП 49,7%) делали все от них зависящее, чтобы поскорее вернуться на рабочее место.

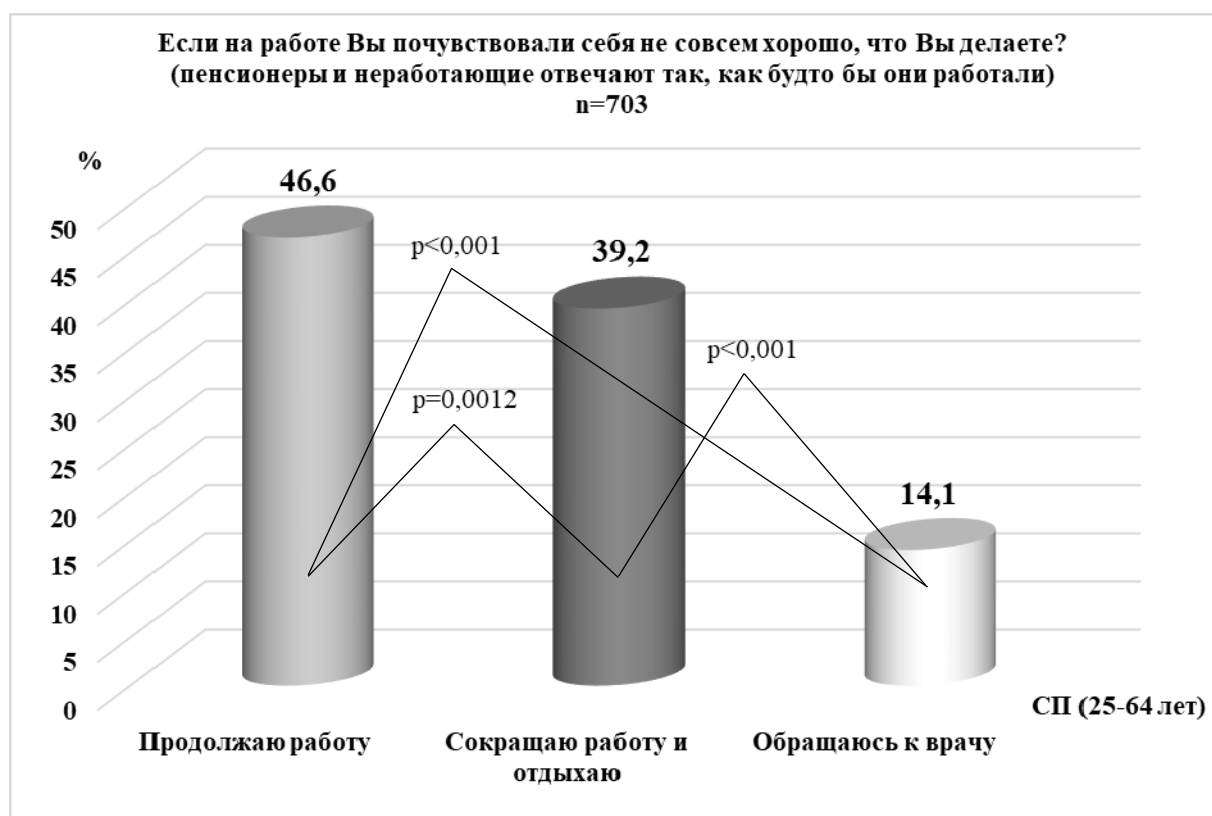


Рисунок 4.1 – Ответственность за свое здоровье женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

Существенно меньшая доля женской популяции продолжала работать, не принимая во внимание повышенную температуру (СП 49,7% vs 36,5%, $p<0,001$), минимальная доля женщин оставалась дома до полного выздоровления (СП 13,7% vs 36,5%, $p<0,001$), оба эти показателя также не зависели от возраста (рис. 4.2).

Относительно СЗ из пяти предложенных вариантов ответов максимальная доля пришлась на ответ «не совсем здоров» (СП 61,9%), минимальная – на ответ «совершенно здоров» (СП 0,6%). Отмечалась статистически значимая тенденция к росту показателя от наименьшей доли лиц, позиционирующих свое здоровье как абсолютно положительное до самой значительной доли лиц с более реалистичной позицией, продемонстрировавших себя как недостаточно здоровых ($p<0,001$). Далее, от группы женщин, недостаточно здоровых, до группы больных (5,7%), тенденция приобрела противоположное направление к снижению и также оставалась статистически значимой ($p<0,001$) (рис. 4.3).

В возрастном диапазоне на каждый из ответов статистически значимых различий выявлено не было.



Рисунок 4.2 – Ответственность за свое здоровье среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции при наличии температуры или гриппа, %

Самооценка состояния здоровья «здоровье хорошее» и «здоров» среди женщин тюменской популяции по СП была дана соответственно в 11,0% и 20,8% случаях, существенных различий по этим параметрам в возрастных группах также не выявлялось (рис. 4.3).

На рисунке 4.4 представлено распределение ответа «болен» в отношении самооценки здоровья среди женщин тюменской популяции в возрастном диапазоне.

Так, в женской популяции в целом СЗ «болен» составила 5,7%. Статистически значимые различия в возрастных категориях были определены в отношении СЗ «болен» между показателями в третьем – четвертом десятилетиях жизни (2,4% vs 8,2%, $p=0,0112$), а также между показателями в третьем – пятом десятилетиях жизни (2,5% vs 7,4%, $p=0,0171$), рис. 4.4.

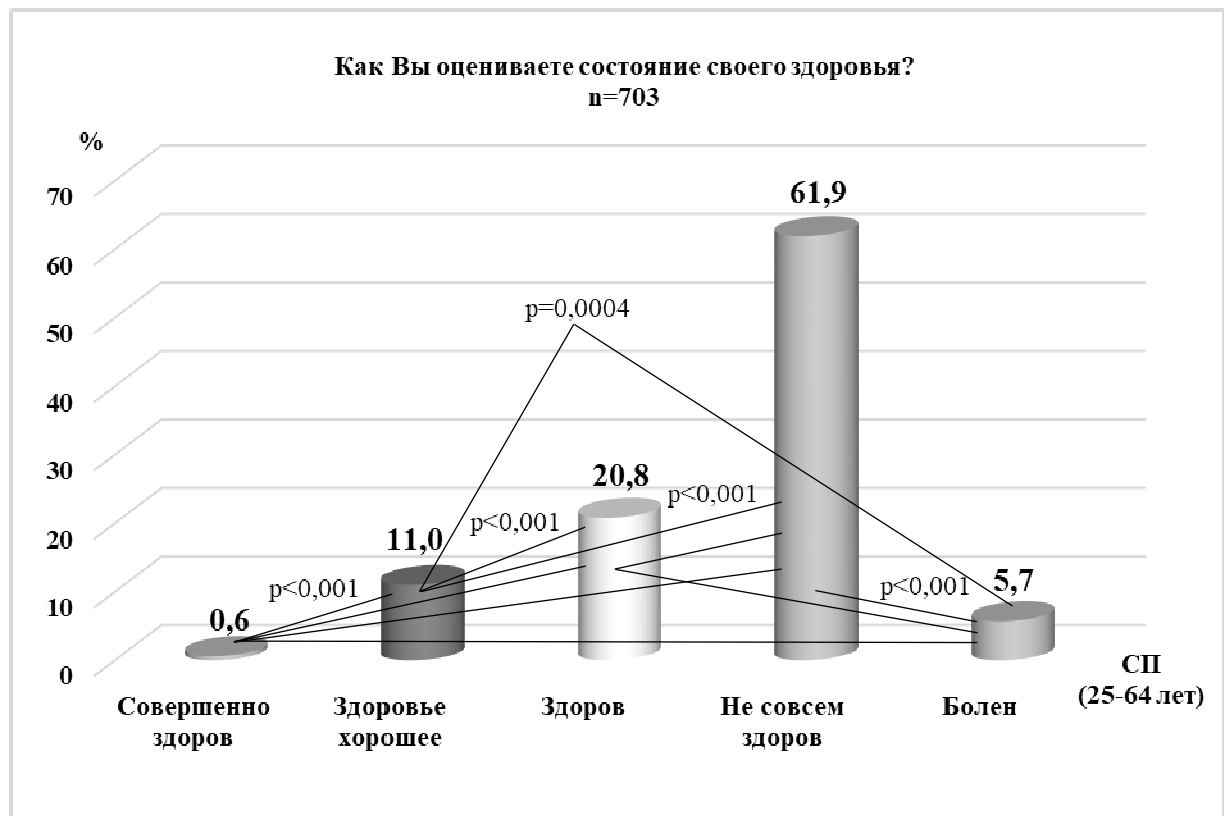


Рисунок 4.3 – Самооценка здоровья среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

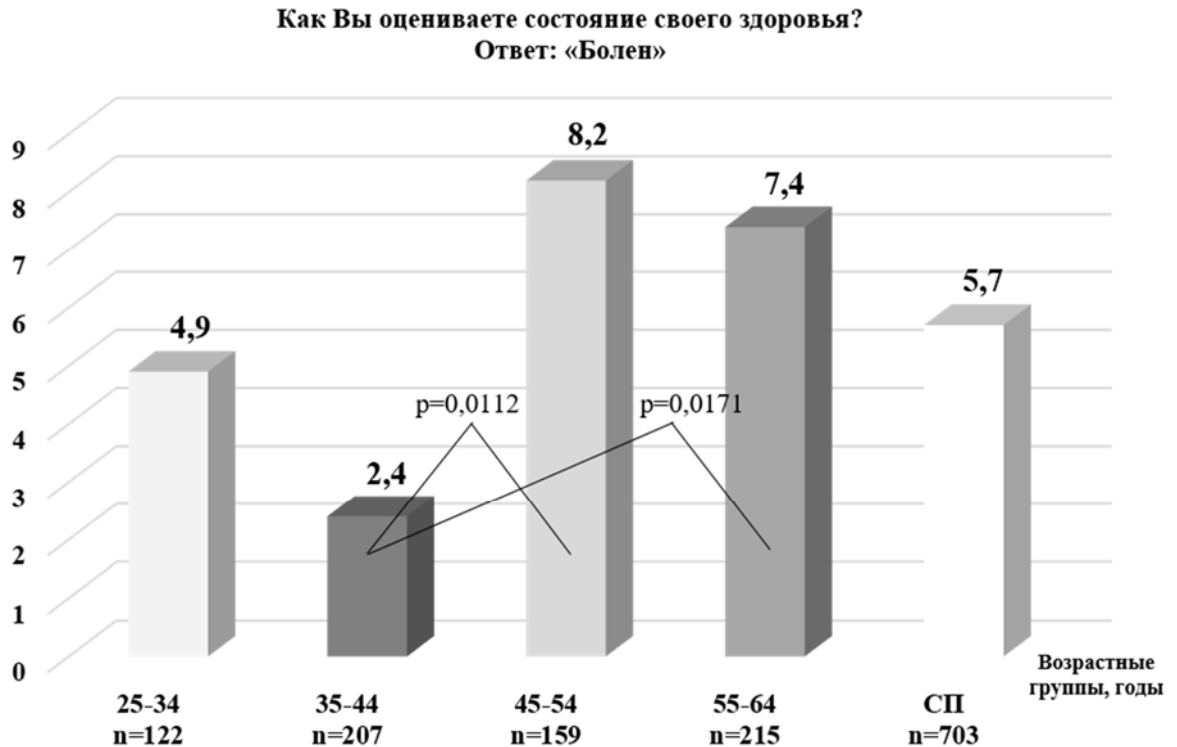


Рисунок 4.4 – Крайне негативная самооценка здоровья среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

Негативная СЗ при совокупном ответе «не совсем здоров» и «болен» в возрастном диапазоне представлена на рисунке 4.5. При таком варианте наиболее уязвимыми возрастными категориями оказались женщины третьего и пятого десятилетий жизни, где имела место тенденция к снижению СЗ сравнительно с наиболее позитивно настроенными женщинами четвертого десятилетия жизни (рис. 4.5).

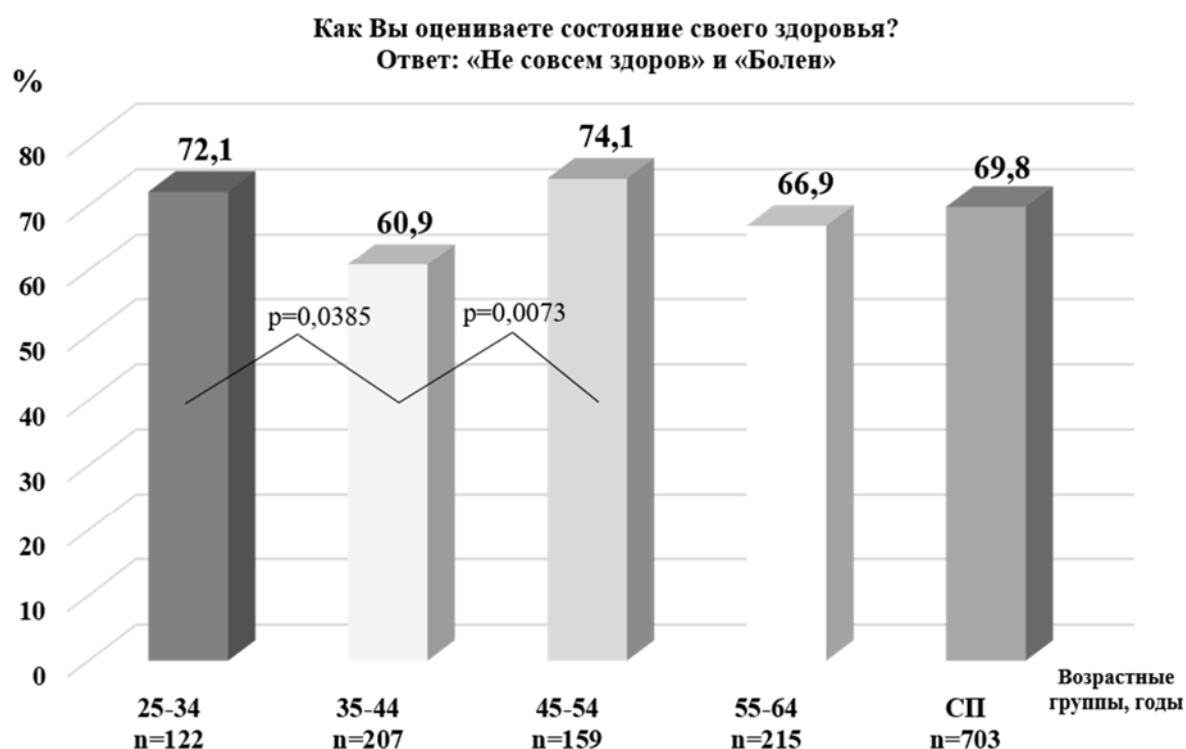


Рисунок 4.5 – Негативная самооценка здоровья среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

Стандартизованный по возрасту показатель, свидетельствующий о наличии жалоб на здоровье в женской популяции, был существенно выше относительно доли лиц с отсутствием таковых (СП 77,1% vs 26,1%, $p<0,001$), рис. 4.6. Кроме того, в зависимости от возраста отмечалась негативная ситуация и в распределении положительного ответа о наличии жалоб с существенным преимуществом в возрастной категории 25-34 лет по отношению к прочим возрастным категориям и популяции в целом (рис. 4.7).

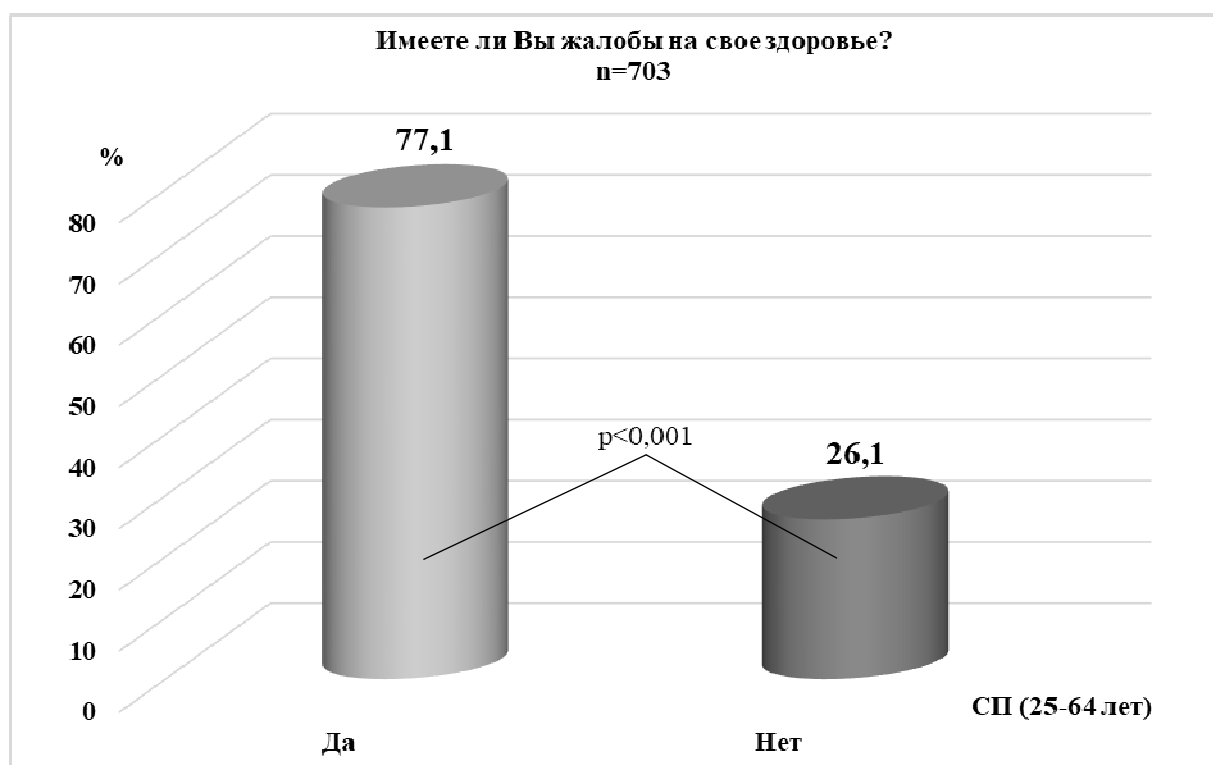


Рисунок 4.6 – Наличие жалоб на свое здоровье среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

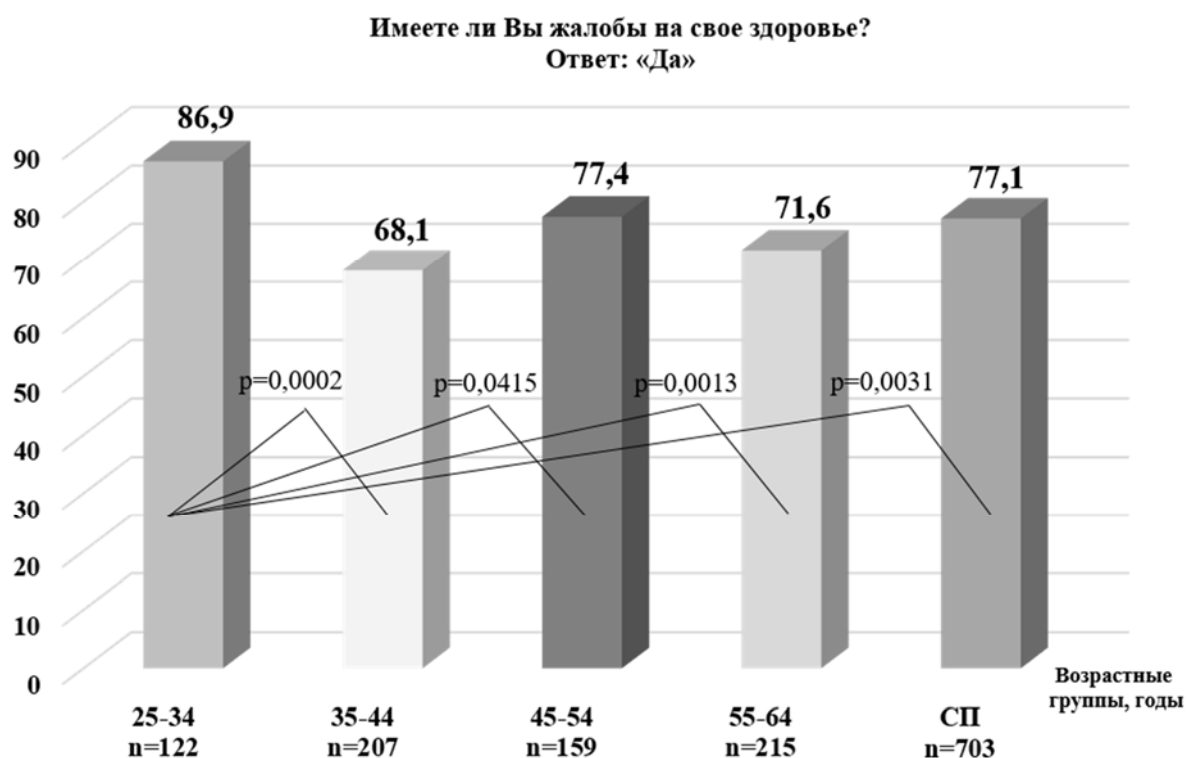


Рисунок 4.7 – Наличие жалоб на свое здоровье среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

В то же время, касательно достаточной заботы о своем здоровье, утвердительный ответ был получен лишь у 11,7% женщин, показатель не имел

существенных различий в возрастных категориях. Наиболее популярным ответом по поводу достаточной заботы о своем здоровье было пожелание о большей заботе (СП 52,8%), показатель в возрастных группах также существенно не различался, однако имел статистически значимые различия с долями лиц, придерживающихся крайних позиций по поводу заботы о своем здоровье (рис. 4.8).

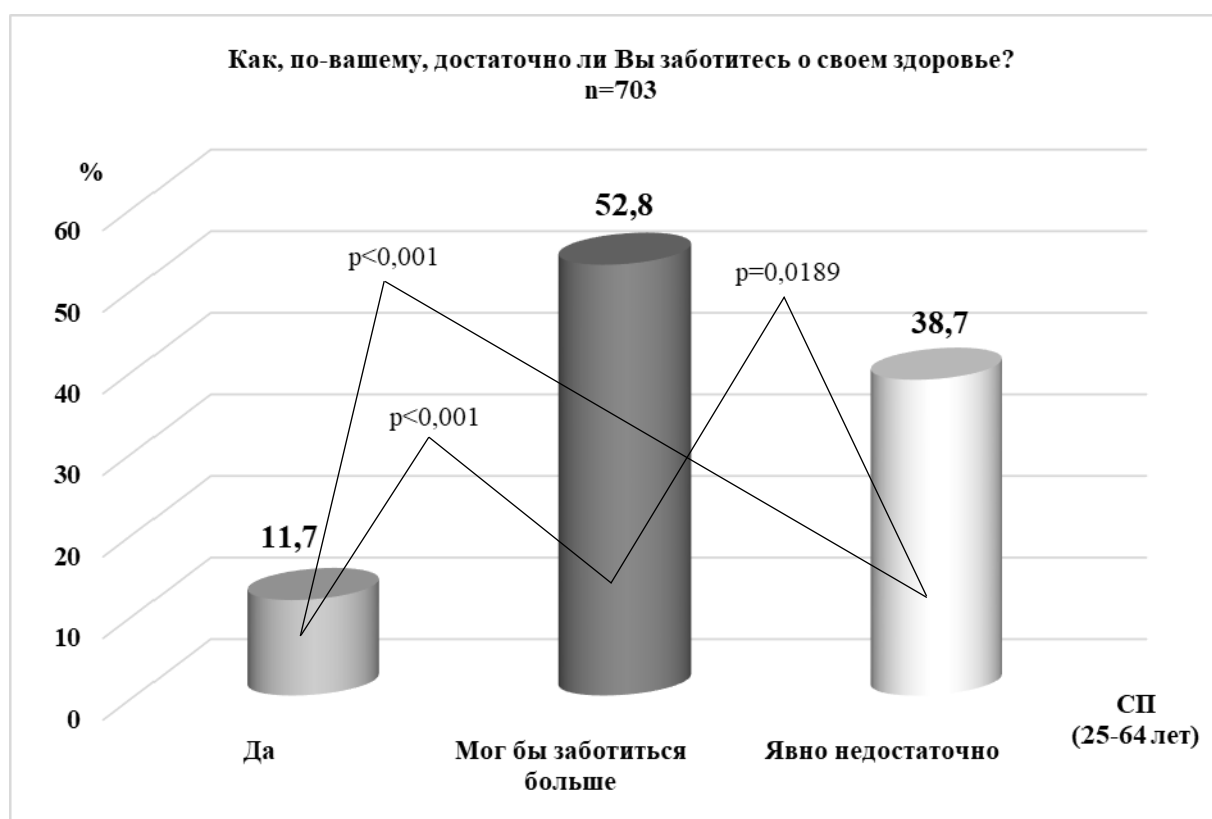


Рисунок 4.8 – Мнение женщин 25-64 лет открытой городской популяции относительно заботы о своем здоровье, %

Явно недостаточную заботу о своем здоровье проявляли 38,7% женщин с максимальным значением показателя в пятом десятилетии жизни, где он имел статистически значимую тенденцию к росту сравнительно с предыдущим десятилетием жизни (32,4% vs 45,3%, $p=0,0105$), рис. 4.9.

Как, по-вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своем здоровье?
 Ответ: «Явно недостаточно»

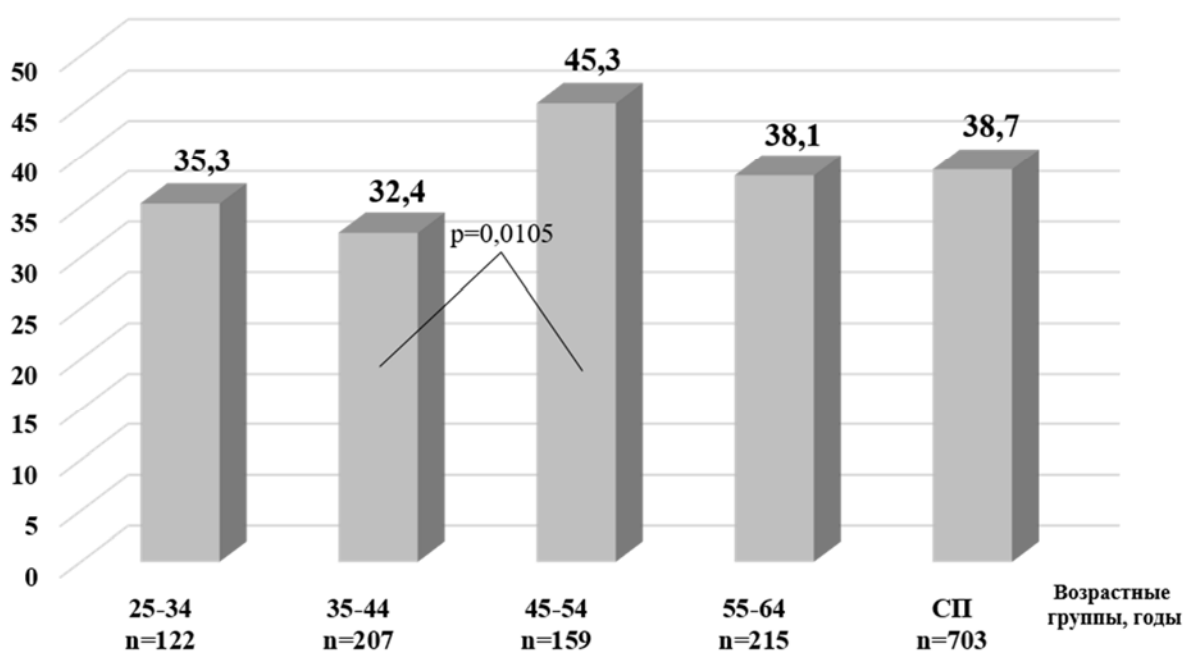


Рисунок 4.9 – Низкая забота о своем здоровье среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

4.2 Отношение к профилактике

В соответствии с данными анкетирования, результаты тестирования, касающиеся отношения женщин тюменской популяции к профилактическим мероприятиям (Приложение Б, табл. Б 2), представлены на рисунках 4.10–4.15.

На первый вопрос анкеты касательно вероятности серьезного заболевания в ближайшее пяти или десятилетие для человека своего возраста 62,8% женщин общей популяции допускали такую возможность. Существенно меньшее число женщин (СП 36,2%, $p < 0,001$) допускали ее с большой вероятностью, причем в обоих случаях статистически значимых различий в возрастных группах не наблюдалось. Минимальное число женщин в популяции (СП 0,9%) и в возрастных группах считали такую возможность невероятной (рис. 4.10).



Рисунок 4.10 – Мнение женщин 25-64 лет открытой городской популяции относительно возможности развития серьезного заболевания, %

Вера в профилактику серьезных заболеваний в популяции имела статистически значимую тенденцию к росту, показывая минимальный показатель абсолютного неприятия этой идеи среди тюменских женщин (СП 0,9%) к росту допущения такой возможности (СП 34,8%), и далее, к безусловному согласию с идеями профилактики неинфекционных заболеваний (СП 64,3%), $p < 0,001$ (рис. 4.11).

На рисунке 4.12 показана возрастная динамика в отношении наиболее популярного ответа, полученного в женской популяции, о безусловной возможности предупредить развитие некоторых серьезных заболеваний. Так, в возрастном диапазоне, если по последнему параметру (ответ «невероятно») статистически значимых различий в возрастных группах не наблюдалось, то в первых двух вариантах ответов были выявлены разнонаправленные возрастные тенденции.

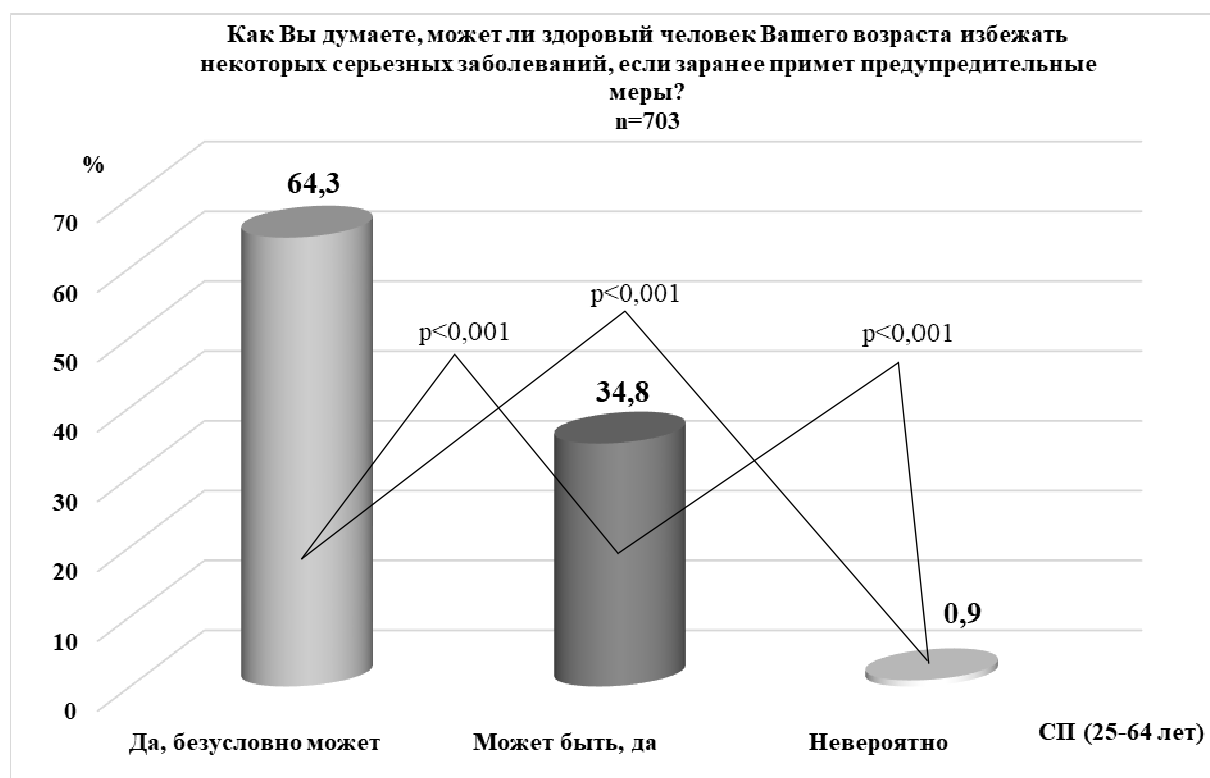


Рисунок 4.11 – Мнение женщин 25-64 лет открытой городской популяции относительно эффективности превентивных мероприятий, %

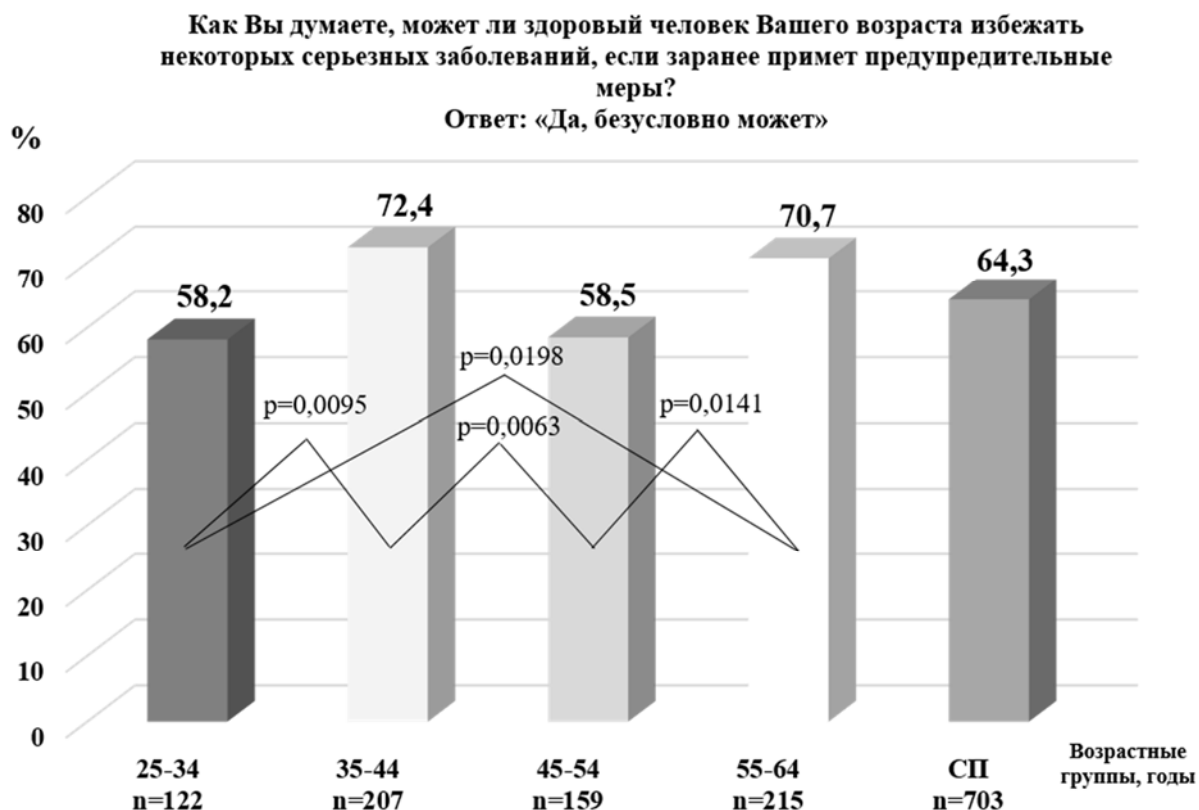


Рисунок 4.12 – Позитивное мнение женщин открытой городской популяции относительно безусловной эффективности превентивных мероприятий в возрастном диапазоне, %

В отношении безусловной эффективности превентивных мер в третьем десятилетии жизни была получена существенно меньшая доля положительных ответов сравнительно с четвертым и шестым десятилетиями (25-34 vs 35-44 лет: 58,2% vs 72,4%, $p=0,0095$; 25-34 – 55-64 лет: 58,2% vs 70,7%, $p=0,0198$). Та же ситуация наблюдалась и у женщин пятого десятилетия жизни с меньшей долей положительных ответов сравнительно с четвертым и шестым десятилетиями (45-54 vs 35-44 лет: 58,5% vs 72,4%, $p=0,0063$; 45-54 vs 55-64 лет: 58,5% vs 70,7%, $p=0,0141$), рис. 4.12.

В отношении возможной эффективности превентивных мер с минимальной вероятностью выступила возрастная группа 35-44 лет, показатель в которой имел статистически значимые различия с аналогичным утвердительным ответом в третьем и пятом десятилетиях жизни (35-44 vs 25-34 лет: 26,6% vs 41,8%, $p=0,0053$; 35-44 – 45-54 лет: 26,6% vs 39,0%, $p=0,0142$). В шестом десятилетии жизни наблюдалась существенно меньшая доля положительных ответов на вопрос о возможной эффективности превентивных мер сравнительно с показателями в третьем и пятом десятилетиях жизни (55-64 vs 25-34 лет: 28,8% vs 41,8%, $p=0,0154$; 55-64 – 45-54 лет: 28,8% vs 39,0%, $p=0,0392$), рис. 4.13.

Что касается предупреждения ССЗ усилиями современной медицины, то большая часть тюменской популяции разделилась на энтузиастов (СП 44,1%) и реалистов (СП 42,4%).

В первом случае, доля женщин, уверенных, что большинство ССЗ можно предупредить, существенно превосходила мнение лиц с крайними позициями (считающих, что можно предупредить «все болезни сердца», только некоторые или ни одной), $p<0,001$.

Во втором случае, с теми же иными позициями в отношении возможностей профилактики кардиоваскулярных заболеваний, имели место существенные различия в группах женщин открытой городской популяции Тюмени, поддерживающих идеи эффективной профилактики дифференцированно в зависимости от предполагаемого сердечно-сосудистого заболевания, $p<0,001$ (рис. 4.14).

В возрастных категориях не отмечалось существенных различий в ответах на предложенный тест.

На последний общий вопрос, касающийся в целом предполагаемой пользы в результате проведения превентивной проверки своего здоровья, подавляющая доля женщин открытой популяции (СП 86,1%) ответила утвердительно. Этот позитивный ответ существенно превосходил все прочие позиции, представленные в анкете. Причем, если лишь допускало такую возможность 13,7% женской популяции, то не допускало ее уже 0,2%, а категорически отрицательных ответов в отношении пользы профилактической проверки своего здоровья по данным анкетирования получено не было. В возрастных группах существенных различий по всем предложенным вариантам ответов среди респондентов не выявлялось (рис. 4.15).

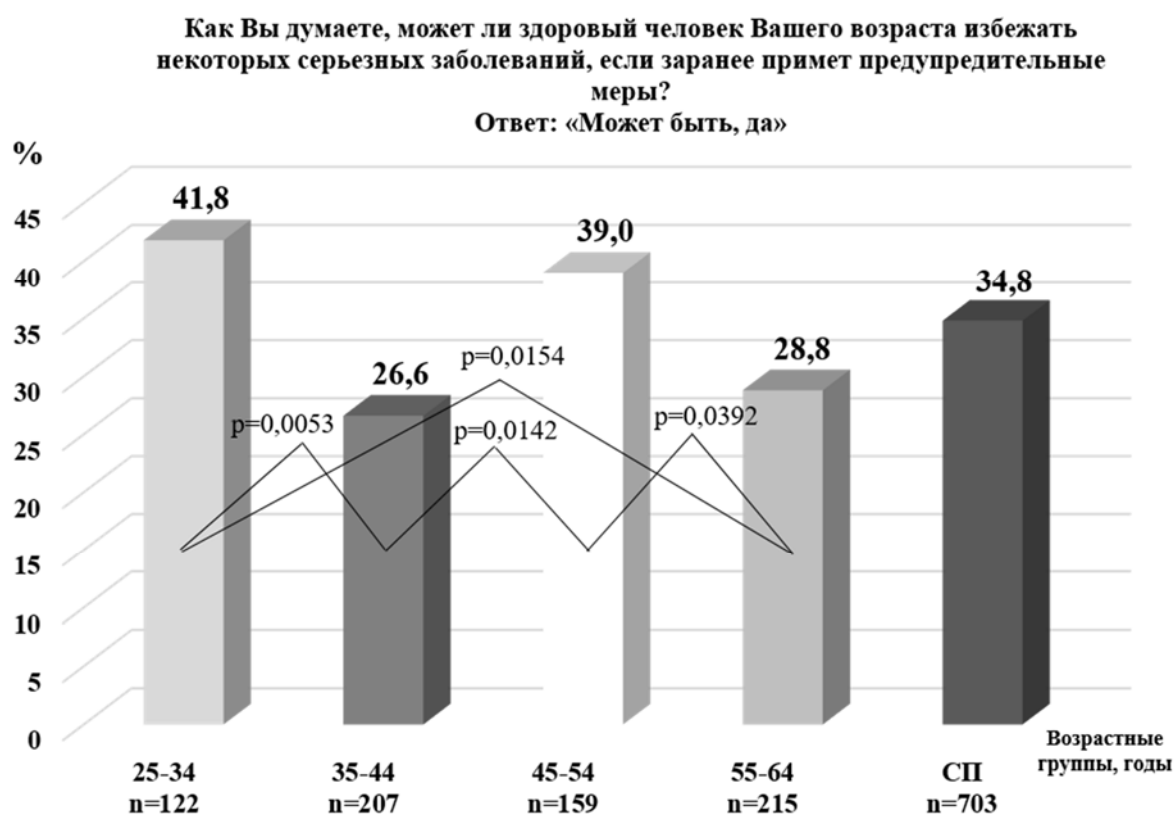


Рисунок 4.13 – Позитивное мнение женщин открытой городской популяции относительно возможной эффективности превентивных мероприятий в возрастном диапазоне, %



Рисунок 4.14 – Мнение женщин 25-64 лет открытой городской популяции относительно превентивных возможностей современной медицины, %

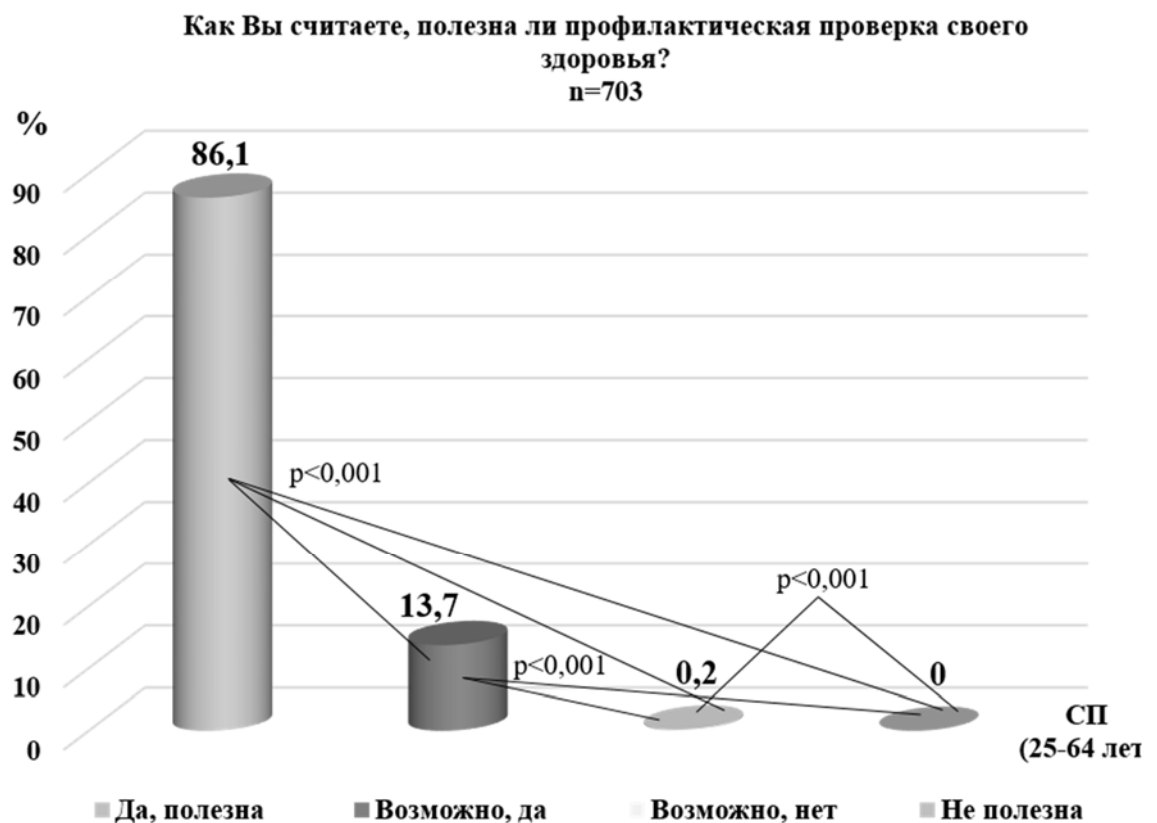


Рисунок 4.15 – Отношение к профилактическим мероприятиям среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

4.3 Отношение к медицинской помощи

На рисунках 4.16–4.23 представлены результаты тестирования, касающиеся отношения женщин тюменской популяции к медицинской помощи, в соответствии с анкетой ВОЗ МОНИКА-психосоциальная (Приложение Б, табл. Б 3).

Согласно полученным данным, по СП более половины тюменских женщин (СП 55,1%) исключительно при сильно выраженных болевых ощущениях в области сердца стали бы обращаться к врачу. По этому параметру были установлены существенные различия с прочими вариантами ответов предложенного теста касательно обращения за медицинской помощью при возможном заболевании сердца ($p < 0,001$). Вместе с тем, 3,3% женщин не предполагали своего обращения к врачу в любом болезненном состоянии – даже при значительно выраженных болях в области сердца. Вместе с тем, 32,0% женской популяции продемонстрировали наиболее правильный подход в решении этого вопроса и придерживались позиции обращения за медицинской помощью при боли в области сердца любого характера и выраженности, по этому параметру также были выявлены существенные различия со всеми другими вариантами ответов предложенного теста ($p < 0,001$). Независимо от болей в области сердца, постоянно готовы были посещать врача менее десятой части женской популяции (СП 9,1%), показатель имел существенные различия по другим вариантам ответов ($p < 0,001$), рис. 4.16. В возрастных категориях респондентов по всем четырем позициям анализируемого вопроса статистически значимых различий не выявлялось.

Далее по результатам анкетирования выяснялось мнение женской популяции о доверии врачу и диагностике ССЗ (рис. 4.17). Около половины тюменских женщин, независимо от возраста (СП 48,3%), больше доверяли специализированным исследованиям, а не просто осмотру врача, по этому параметру статистически значимые различия определялись с двумя другими вариантами ответов ($p < 0,001$).

Одним из нарушений здоровья у человека среднего возраста является болезни сердца. Существуют различные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемое?
n=703

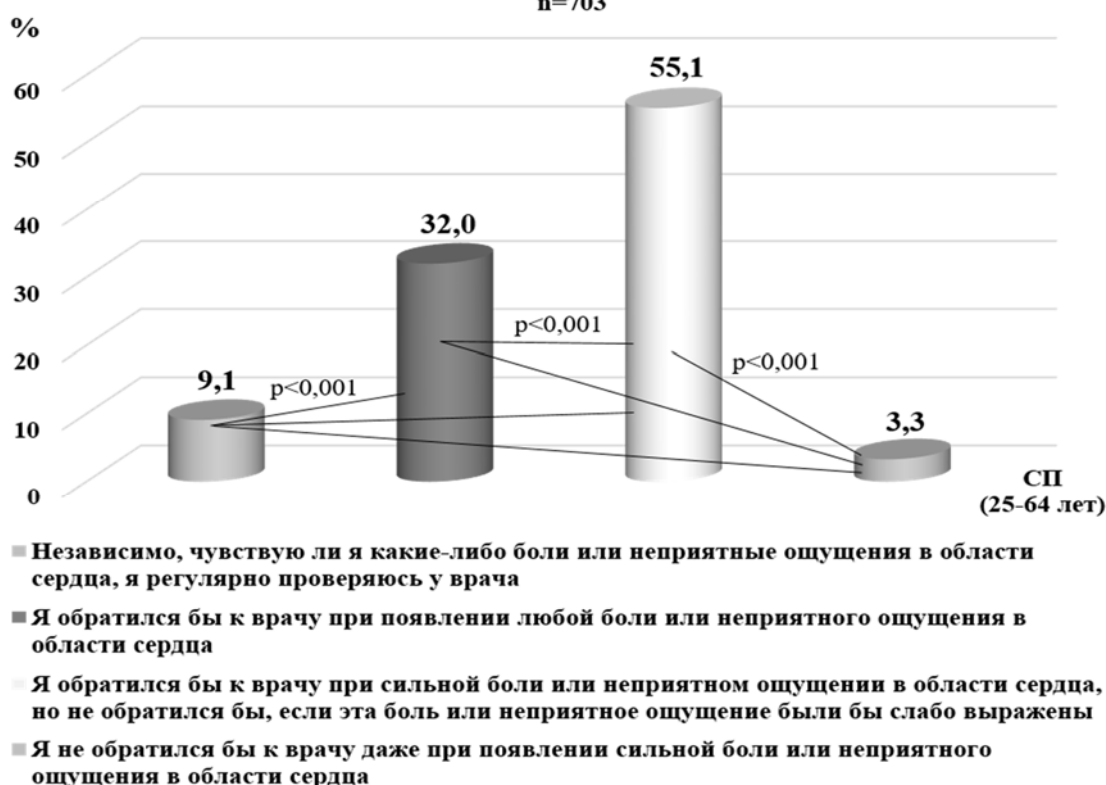


Рисунок 4.16 – Отношение к медицинской помощи среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции при наличии болей в области сердца, %



Рисунок 4.17 – Отношение к диагностике сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

Около трети женской популяции (СП 30,1%) доверяли осмотру врача без дополнительных исследований, наименьший показатель в этом варианте ответа на анкетирование определялся в третьем десятилетии жизни с тенденцией увеличения с возрастом, которая к пятому десятилетию стала статистически значимой (23,8% vs 35,8%, $p=0,0294$), рис. 4.18.

В то же время, вне зависимости от возраста, 21,6% женщин общей популяции в большей степени ориентировались на свое самочувствие, а не на мнение врача (рис. 4.17).

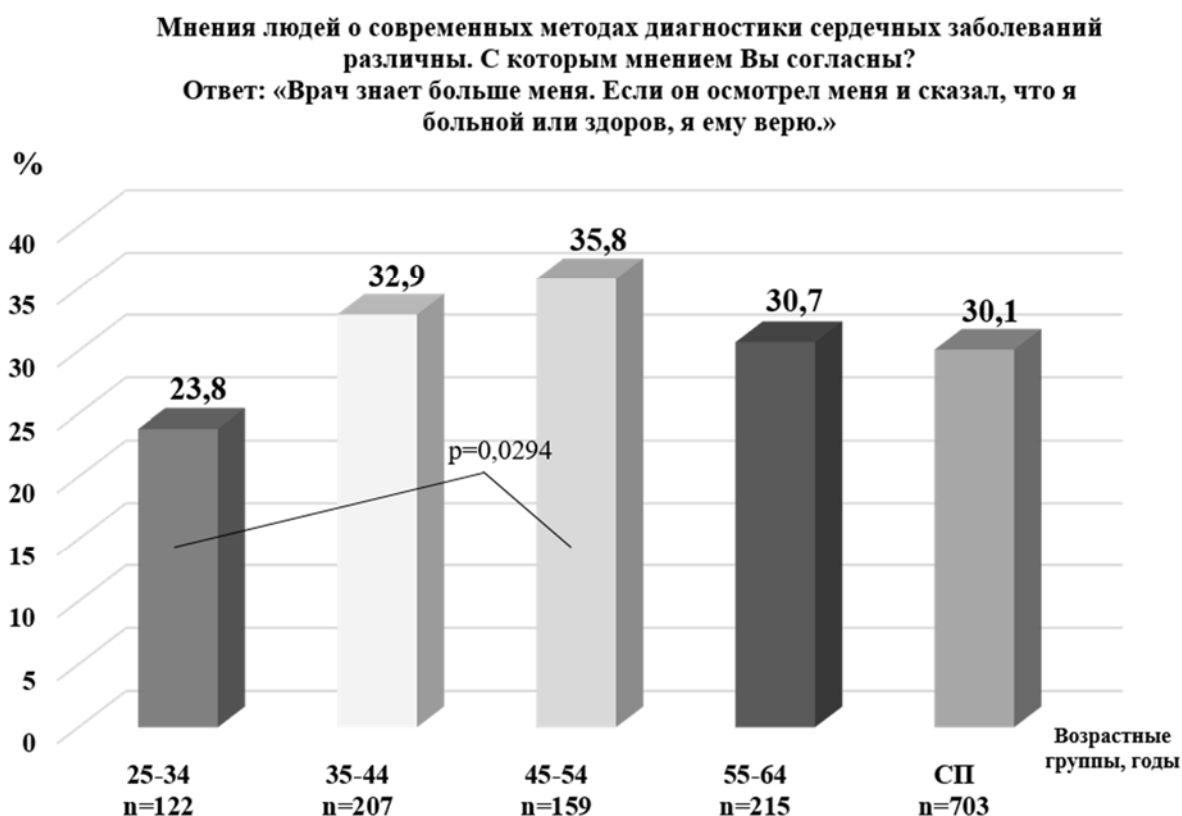


Рисунок 4.18 – Позитивное отношение к врачебному осмотру среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

В контексте с последним показателем, та же пятая часть женской популяции (СП 21,9%) никогда не испытывала положительных эмоций в связи с медицинским обслуживанием. В равной степени, пятая часть женщин (СП 21,0%) испытывала такие эмоции в связи с медицинским обслуживанием один раз или дважды. Оба эти показателя статистически значимо не различались в возрастном диапазоне, и в то же время, имели существенные различия с другими вариантами

ответов ($p<0,001$). На вопрос о частоте получения позитивных эмоций в связи с медицинским обслуживанием ответ «несколько раз» дало наибольшее число женщин тюменской популяции (СП 41,9%), с более крайними позициями в отношении положительных эмоций при медицинском обслуживании имели место статистически значимые различия ($p<0,001$), рис. 4.19.



Рисунок 4.19 – Отношение к медицинскому обслуживанию среди женщин 25-64 лет открытой городской популяции, %

В трех возрастных категориях показатель неоднократного получения положительных эмоций существенно не различался, в пятом десятилетии жизни имела место тенденция к его снижению, статистически значимая сравнительно с таковым в третьем десятилетии жизни (46,7% vs 34,0%, $p=0,0301$), рис. 4.20.

В категориях «часто» и «очень часто» положительный эмоциональный компонент присутствовал при медицинском обслуживании соответственно у 13,3% и 2,0% женщин тюменской популяции. В обоих случаях показатели не имели значимых различий в возрастном диапазоне, но были существенно ниже

всех прочих вариантов ответов на вопрос о приятных переживаниях в связи с медицинским обслуживанием ($p < 0,001$), рис. 4.19.

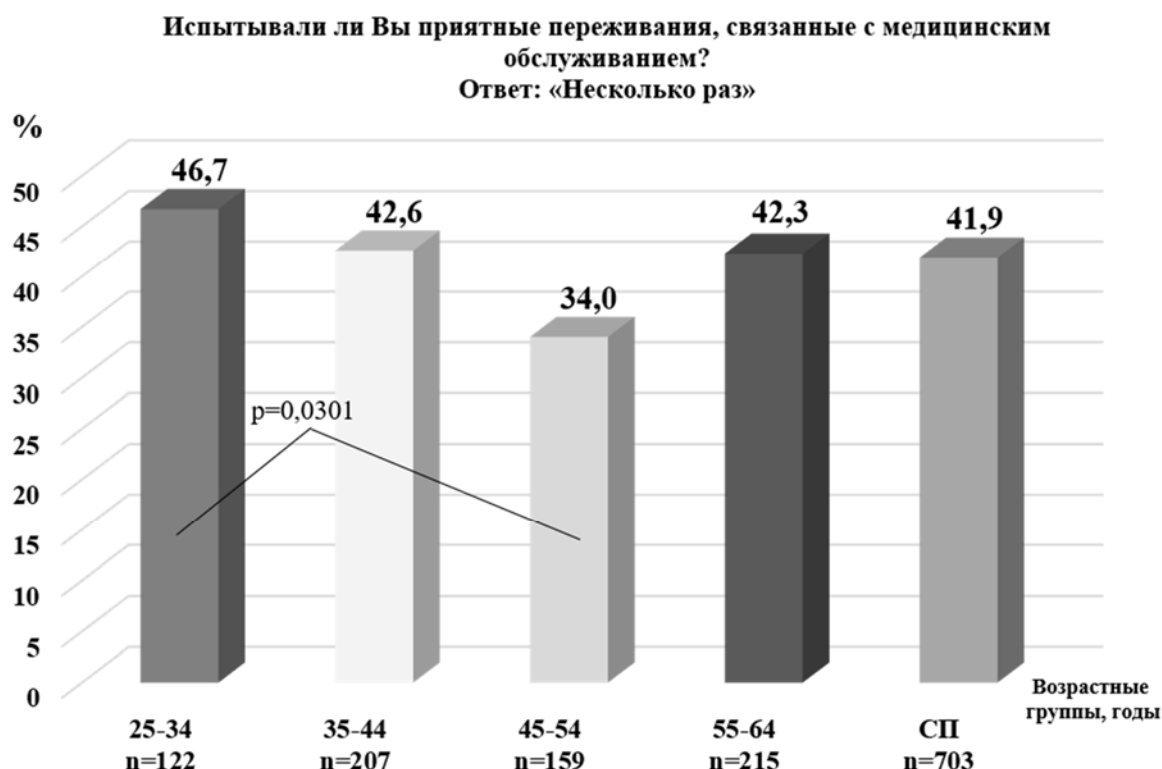


Рисунок 4.20 – Позитивное отношение к медицинскому обслуживанию среди женщин открытой городской популяции в возрастном диапазоне, %

При выяснении мнения тюменских женщин о возможности успешного лечения ССЗ в настоящий период времени, из всех вариантов ответов превалировало суждение, что большинство ССЗ действительно поддается эффективному лечению (рис. 4.21). Такое мнение высказало 57,5% женской популяции, показатель практически равномерно распределился по возрастным категориям и имел статистически значимые различия с прочими вариантами ответов ($p < 0,001$). С возможностью оптимального лечения всех сердечно-сосудистых заболеваний согласилось 8,3% респондентов, статистически значимые различия определялись со всеми иными вариантами ответов ($p < 0,001$).

В зависимости от распределения показателя по возрастным категориям, крайняя позиция в отношении положительного мнения о лечении «всех болезней сердца» была высказана максимальным числом респондентов в третьем

десятилетия жизни. Далее отмечалась тенденция к снижению показателя с увеличением возраста, статистически значимая в четвертом (12,3% vs 5,8%, $p=0,0368$) и шестом десятилетиях жизни (12,3% vs 6,0%, $p=0,0368$).



Рисунок 4.21 – Отношение к лечению сердечно-сосудистых заболеваний среди женщин открытой городской популяции 25-64 лет, %

Более реалистичное мнение по этому вопросу (зависимость успешного лечения от диагноза) было высказано третьей частью женской популяции (СП 33,3%), еще более скептическое отношение продемонстрировало 0,6% и 0,3% тюменских женщин (соответственно, успешное лечение только нескольких или ни одного сердечно-сосудистого заболевания). В последних трех случаях показатели не имели существенных различий в возрастном тренде, и вместе с тем, статистически значимо различались с прочими вариантами ответов по СП ($p<0,001$), рис. 4.21.

4.4 Резюме

1. В открытой городской популяции высокая ответственность за свое здоровье установлена у 13,7% женщин 25-64 лет, 67,6% показали низкую СЗ при ее снижении от четвертого к пятому десятилетию жизни. В пятом десятилетии имела место и наиболее низкая забота о своем здоровье.

2. Более половины женщин 25-64 лет только при сильно выраженных болях в области сердца стали бы обращаться к врачу, и только третья часть – при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца. Около половины женщин больше доверяли специализированным исследованиям, среди 57,5% превалировало суждение о возможности успешного лечения болезней сердца, среди трети – о зависимости успешного лечения от диагноза. С возможностью лечения «всех болезней сердца» согласилось 8,3% респондентов, отмечалась тенденция к снижению показателя с увеличением возраста.

3. В отношении пользы превентивной проверки своего здоровья, подавляющая доля женщин (СП 86,1%) ответила утвердительно. В популяции равнозначно преобладали две позиции – более 40% женщин, уверенных, что большинство болезней сердца можно предупредить усилиями современной медицины, и такая же доля женщин, поддерживающих идеи профилактики дифференцированно в зависимости от предполагаемого заболевания сердца.

4. Более 15% женщин 25-64 лет открытой популяции часто и очень часто испытывало позитивные эмоции в связи с медицинским обслуживанием, наибольшее число женщин (СП 41,3%) – несколько раз, с тенденцией к снижению показателя в пятом десятилетии жизни. Пятая часть женской популяции никогда не испытывала положительных эмоций в связи с медицинским обслуживанием.

Результаты проведенного исследования продемонстрировали статистически значимые зависимости, полученные по ассоциациям стресса в семье от разных уровней ЛТ (табл. 5.1).

[illegible]

Продолжение таблицы 5.1

Вопрос / отношение	Уровни личностной тревожности					
	низкий (n=78)		средний (n=255)		высокий (n=370)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Как Вы оцениваете ответственность своей работы в течение последних 12 месяцев?						
1. Незначительная	6	7,7	11	4,3	6	1,6
2. Средняя	24	30,8	67	26,3	143	38,6
3. Высокая	43	55,1	147	57,6	187	50,6
4. Очень высокая	5	6,4	30	11,8	34	9,2
Краскел-Уоллис H=7,624; ст. свободы=3; p=0,045						
Удастся ли Вам расслабиться и отдохнуть после обычного рабочего дня в течение последних 12 месяцев?						
1. Нет, никогда	2	2,6	6	2,4	21	5,7
2. Редко	29	37,2	82	32,2	130	35,1
3. Бывает всякое	34	43,5	95	37,2	136	36,7
4. Часто	6	7,7	47	18,4	48	13,0
5. Да, всегда	7	9,0	25	9,8	35	9,5
Краскел-Уоллис H=11,769; ст. свободы=4; p=0,019						

Так, по параметру осуществления спокойного отдыха в домашних условиях максимальные возможности были получены для женщин со средним уровнем ЛТ (71,0%). Лица с низким и высоким уровнями ЛТ показали сопоставимые результаты с наибольшей группой высокого уровня ЛТ, страдающей от некомфортного домашнего отдыха (35,9%) (Краскел-Уоллис H=5,839; ст. свободы=1; p=0,016), табл. 5.1.

Исследование ассоциаций разных уровней ЛТ со стрессом на рабочем месте показало статистически значимые зависимости по таким параметрам стресса на работе в течение последних 12-ти месяцев от уровней ЛТ, как: изменение нагрузки, оценка ответственности, возможности расслабления и отдыха после рабочего дня (табл. 5.1). Согласно таблице 5.1, полученные результаты показали,

что женщины с высоким уровнем ЛТ в течение последнего года в большей степени уменьшили или перестали выполнять дополнительную работу сравнительно с лицами, продемонстрировавшими средний или низкий уровень ЛТ (Краскел-Уоллис $H=6,322$; ст. свободы=2; $p=0,042$). В то же время, лица с высоким уровнем ЛТ в минимальной степени (1,6%), сравнительно с лицами со средней (4,3%) и низкой ЛТ (7,7%), были склонны оценивать ответственность своей работы как незначительную (Краскел-Уоллис $H=7,624$; ст. свободы=3; $p=0,054$). Доля женщин с высоким уровнем ЛТ (5,7%) значительно превышала группы лиц с низкой (2,6%) и средней ЛТ (2,4%), которые в течение последнего года после обычного рабочего дня не могли расслабиться и полноценно отдыхать (Краскел-Уоллис $H=11,769$; ст. свободы=4; $p=0,019$), табл. 5.1.

Вместе с тем, в таблице 5.2 продемонстрировано, что по всем перечисленным параметрам стресса в семье и на работе относительно их ассоциаций с высоким уровнем ЛТ в предыдущей таблице, в возрастных трендах не было выявлено статистически значимых различий. Следовательно, полученные ассоциации могут быть распространены на весь кластер женщин с высокой ЛТ (табл. 5.2).

Таблица 5.2 – Возрастные тренды ассоциаций стресса в семье и на работе при высоком уровне личностной тревожности у женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Высокий уровень ЛТ (n=370), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Мешает ли что-нибудь спокойно отдохнуть дома?								
1. Нет	42	68,9	51	54,3	81	75,7	63	58,3
2. Да	19	31,1	43	45,7	26	24,3	45	41,7
Краскел-Уоллис $H=0,074$; ст. свободы=1; $p=0,785$								
Изменилась ли Ваша нагрузка на работе в течение последних 12 месяцев?								
1. Стал выполнять дополнительную работу	17	27,9	39	41,5	34	31,8	29	26,9

Продолжение таблицы 5.2

Вопрос / отношение	Высокий уровень ЛТ (n=370), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2. Не изменилась	31	50,8	37	39,4	43	40,2	57	52,7
3. Уменьшил или перестал выполнять дополнительную работу	13	21,3	18	19,1	30	28,0	22	20,4
Краскел-Уоллис H=1,276; ст. свободы=2; p=0,598								
Как Вы оцениваете ответственность своей работы в течение последних 12 месяцев?								
1. Незначительная	1	1,6	1	1,1	2	1,9	2	1,9
2. Средняя	26	42,6	33	35,1	43	40,2	41	38,0
3. Высокая	28	46,0	49	52,1	55	51,4	55	50,8
4. Очень высокая	6	9,8	11	11,7	7	6,5	10	9,3
Краскел-Уоллис H=0,442; ст. свободы=3; p=0,931								
Удастся ли Вам расслабиться и отдохнуть после обычного рабочего дня в течение последних 12 месяцев?								
1. Нет, никогда	3	4,9	6	6,4	4	3,7	8	7,4
2. Редко	21	34,4	39	41,5	33	30,8	37	34,3
3. Бывает всякое	24	39,4	30	31,9	43	40,3	39	36,1
4. Часто	10	16,4	11	11,7	15	14,0	12	11,1
5. Да, всегда	3	4,9	8	8,5	12	11,2	12	11,1
Краскел-Уоллис H=2,538; ст. свободы=4; p=0,638								

В соответствии с представленными данными в таблицах 5.1 и 5.2 по параметрам стресса в семье и на рабочем месте, были установлены ассоциации факторов хронического социального стресса с высоким уровнем ЛТ.

На предложенный вопрос относительно домашнего отдыха при высоком уровне ЛТ оценивались два параметра – рассмотрение позитивных ответов («часто» и «всегда») по отношению к негативным ответам («нет, никогда» и «редко»). Были выявлены статистически значимые различия с преимуществом отсутствия возможностей отдыха дома (35,9% vs 64,1%, Манн-Уитни Z= -2,337;

$p=0,019$), что подтвердило снижение возможностей спокойного отдыха при высоком уровне ЛТ.

В группе с высоким уровнем ЛТ была определена взаимосвязь с ростом нагрузки на работе за последний годовой период времени между категориями женщин, ставших выполнять дополнительную работу и теми, кто уменьшил либо перестал выполнять дополнительную работу (32,2% vs 22,4%, Манн-Уитни $Z=1,916$; $p=0,048$). При этом существенных различий по росту ответственности на работе при высоком уровне ЛТ не отмечалось. Оценка ее женщинами как «высокая» и «очень высокая» практически не различалась с оценкой «незначительная» и «средняя» (Манн-Уитни $Z= -0,359$; $p=0,719$). Не было выявлено ассоциаций и по такому параметру стресса на работе, как отдых после рабочего дня, где негативные и позитивные показатели практически не различались (Манн-Уитни $Z= -1,096$; $p=0,273$).

В таблице 5.3 представлены ассоциации уровней ЛТ среди женщин открытой популяции с субъективно-объективным показателем здоровья.

Таблица 5.3 – Ассоциации субъективно-объективного показателя здоровья с разными уровнями личностной тревожности среди женщин открытой популяции

Вопрос / отношение	Уровни личностной тревожности					
	низкий (n=78)		средний (n=255)		высокий (n=370)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?						
1. Совершенно здоров	2	2,6	2	0,8	—	—
2. Здоровье хорошее	6	7,7	27	10,6	44	11,9
3. Здоров	17	21,8	59	23,1	70	18,9
4. Не совсем здоров	47	60,2	158	62,0	231	62,4
5. Болен	6	7,7	9	3,5	25	6,8
Краскел-Уоллис H=14,927; ст. свободы=4; p=0,005						
Имеете ли Вы жалобы на своё здоровье?						
1. Да	59	75,6	185	72,5	280	75,7
2. Нет	19	24,4	70	27,5	90	24,3
Краскел-Уоллис H=5,214; ст. свободы=1; p=0,022						

В рамках изучения ассоциаций субъективно-объективного показателя здоровья среди женщин открытой популяции с разными уровнями ЛТ, статистически значимые зависимости получены только по параметрам СЗ (табл. 5.3). Так, в единственной категории уровней ЛТ – у женщин с высокой ЛТ – имелось отсутствие лиц с СЗ «совершенно здоров». Если по прочим параметрам СЗ явного дисбаланса в сторону высокого уровня ЛТ не наблюдалось, то по СЗ «здоров» положительно ответила наименьшая доля лиц с высокой ЛТ (18,9%), сравнительно с группами с низкой (21,8%) и средней (23,1%) ЛТ (Краскел-Уоллис $H=14,927$; ст. свободы=4; $p=0,005$). При этом различия по жалобам на свое здоровье имели место относительно среднего уровня ЛТ, где жалобы высказывались наиболее редко (Краскел-Уоллис $H=5,214$; ст. свободы=1; $p=0,022$), табл. 5.3.

Согласно таблице 5.4, по перечисленным параметрам СЗ и их ассоциаций с высоким уровнем ЛТ в таблице 5.3, статистически значимых различий в возрастных трендах не было выявлено, что позволило распространить полученные ассоциации на всех женщин с высокой ЛТ (табл. 5.4).

Таблица 5.4 – Возрастные тренды ассоциаций субъективно-объективного показателя здоровья при высоком уровне личностной тревожности у женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Высокий уровень ЛТ (n=370), возрастные группы							
	25-34 лет (n=61)		35-44 лет (n=94)		45-54 лет (n=107)		55-64 лет (n=108)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?								
1. Совершенно здоров	—	—	—	—	—	—	—	—
2. Здоровье хорошее	3	4,9	19	20,2	8	7,5	14	13,0
3. Здоров	10	16,4	24	25,5	14	13,1	22	20,4
4. Не совсем здоров	43	70,5	49	52,2	72	67,3	67	62,0
5. Болен	5	8,2	2	2,1	13	12,1	5	4,6
Краскел-Уоллис Н=0,069; ст. свободы=3; р=0,995								

Продолжение таблицы 5.4

Вопрос / отношение	Высокий уровень ЛТ (n=370), возрастные группы							
	25-34 лет (n=61)		35-44 лет (n=94)		45-54 лет (n=107)		55-64 лет (n=108)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Имеете ли Вы жалобы на своё здоровье?								
1. Да	57	93,4	61	64,9	87	81,3	75	69,4
2. Нет	4	6,6	33	35,1	20	18,7	33	30,6
Краскел-Уоллис H=3,685; ст. свободы=1; p=0,055								

Апостериорные сравнения показали, что в группе лиц с высоким уровнем ЛТ совокупная негативная СЗ была существенно выше ее позитивной оценки. Так, кластер негативных ответов («не совсем здоров» и «болен») статистически значимо превышал кластер позитивных ответов («совершенно здоров», «здоровье хорошее», «здоров»), (69,2% vs 30,8%, Манн-Уитни $Z = 17,963$; $p < 0,001$). Наличие жалоб на здоровье при высоком уровне ЛТ существенно превалировало над их отсутствием (75,7% vs 24,3%, Манн-Уитни $Z = -2,944$; $p = 0,003$).

5.2 Ассоциации высокого уровня депрессии со стрессом в семье, стрессом на работе и субъективно-объективным показателем здоровья

В соответствии с анализом полученных данных, были выявлены статистически значимые зависимости по ассоциациям некоторых параметров стресса в семье и на работе при разном уровне Д (табл. 5.5).

При разных уровнях Д как редкое, так и частое изменение семейного положения регистрировалось значительно чаще в группе с высоким уровнем Д (21,8% – 10,9%) относительно этого параметра в группах как с низким (11,5% – 8,1%), так и средним (13,7% – 9,2%) уровнями Д (Краскел-Уоллис $H = 9,824$; ст. свободы=2; $p = 0,007$). Что касается стресса на рабочем месте, существенные различия при разных уровнях Д были получены только по одному параметру –

[illegible]

Что касается ассоциаций высокого уровня Д со стрессом в семье и на работе, в возрастных трендах не было выявлено статистически значимых различий по параметрам, указанным в таблице 5.5. В связи с этим, выявленные ассоциации могут быть распространены на весь кластер женщин с высоким уровнем Д (табл. 5.6).

Таблица 5.6 – Возрастные тренды ассоциаций стресса в семье и на работе при высоком уровне депрессии у женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Высокий уровень депрессии (n=55), возрастные группы							
	25-34 лет (n=10)		35-44 лет (n=15)		45-54 лет (n=10)		55-64 лет (n=20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изменилось ли Ваше семейное положение за последние 12 месяцев? (женился, развелся, оставил семью, овдовел, родился ребенок, другое):								
1. Нет изменений	10	100,0	11	73,3	7	70,0	14	70,0
2. Одно изменение	—	—	4	26,7	1	10,0	2	10,0
3. Несколько изменений	—	—	—	—	2	20,0	4	20,0
Краскел-Уоллис H=4,504; ст. свободы=2; p=0,105								
Произошли ли у Вас на работе значительные перемены за последние 12 месяцев?								
1. Конфликты с начальством	—	—	2	13,3	1	10,0	—	—
2. Конфликты с подчиненными	—	—	1	6,7	—	—	—	—
3. Перемена рабочего места	2	20,0	3	20,0	1	10,0	5	25,0
4. Смена руководителя	—	—	—	—	1	10,0	—	—
5. Смена подчиненных	—	—	—	—	1	10,0	—	—
6. Изменение оклада	2	20,0	2	13,3	1	10,0	5	25,0
7. Другое	6	60,0	7	46,7	5	50,0	10	50,0
Краскел-Уоллис H=1,306; ст. свободы=6; p=0,971								

Ассоциации разных уровней Д с субъективно-объективным показателем здоровья среди женщин открытой городской популяции представлены в таблице 5.7.

Таблица 5.7 – Ассоциации субъективно-объективного показателя здоровья с разными уровнями депрессии среди женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Уровни депрессии					
	низкий (n=495)		средний (n=153)		высокий (n=55)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одним из нарушений здоровья у человека среднего возраста являются болезни сердца. Существуют различные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемое?						
1. Независимо от того, чувствую ли я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца или нет, я регулярно проверяюсь у врача	54	10,9	10	6,5	2	3,6
2. Я обратился бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца	165	33,3	50	32,7	4	7,3
3. Я обратился бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца. Но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены	263	53,2	87	56,9	46	83,6
4. Я не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца	13	2,6	6	3,9	3	5,5
Краскел-Уоллис $H=13,551$; ст. свободы=3; $p=0,004$						
Мнение людей о современных методах диагностики сердечных заболеваний различны. С каким мнением Вы согласны?						
1. Я доверяюсь своему самочувствию. Если я чувствую себя хорошо, это значит, что я не болею	99	20,0	35	22,9	15	27,3
2. Врач знает больше меня. Если он осмотрел меня и сказал, что я больной или здоров, я ему верю	154	31,1	49	32,0	22	40,0

Продолжение таблицы 5.7

Вопрос / отношение	Уровни депрессии					
	низкий (n=495)		средний (n=153)		высокий (n=55)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3. Я не обязательно соглашусь с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования	242	48,9	69	45,1	18	32,7
Краскел-Уоллис H=6,846; ст. свободы=2; p=0,033						

Исследование ассоциаций депрессии с субъективно-объективным показателем здоровья показало существенные различия разных уровней Д по параметру отношения к медицинской помощи. Лица с высоким уровнем Д продемонстрировали минимальную активность в осуществлении профилактики и лечения ССЗ. Так, среди лиц, регулярно проверяющихся у врача независимо от болей или неприятных ощущений в области сердца, наименьшее число женщин оказалось с высоким уровнем депрессии (3,6%), максимальное – с низким уровнем депрессии (10,9%), лица со средним уровнем депрессии занимали промежуточную позицию (6,5%). Обращение к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца также было минимальным среди женщин с высоким уровнем Д (7,3%) при сопоставимых показателях при низком (33,3%) и среднем ее уровнях (32,7%). Вместе с тем, если наибольшее число лиц с высоким уровнем Д (5,5%) относительно таких лиц с низким (2,6%) и средним уровнем Д (3,9%) не предполагали обращаться к врачу даже при сильной сердечной боли, то и планирующих тактику обращения к врачу при сильно выраженной боли в области сердца в группе с высоким уровнем Д (83,6%) было значительно больше, чем в группах с низким (53,2%) и средним (56,9%) уровнями Д (Краскел-Уоллис H=13,551; ст. свободы=3; p=0,004). Большая доля лиц с высоким уровнем Д (40,0%) по сравнению с группами низкого (31,1%) и среднего (32,0%) ее уровней доверяли мнению врача, а также своему самочувствию – 27,3%

при высоком уровне, 20,0% – при низком уровне, 22,9% – при среднем уровне депрессии. Мнение женщин открытой популяции касательно современных методов диагностики сердечно-сосудистых заболеваний разделилось в пользу необходимости проведения исследований среди лиц с низким (48,9%) и средним (45,1%) уровнями Д относительно значительно меньшей доли таких лиц с высоким уровнем депрессии (32,7%) (Краскел-Уоллис $H=6,846$; ст. свободы=2; $p=0,033$), табл. 5.7.

При исследовании ассоциаций высокого уровня Д с субъективно-объективным показателем здоровья в возрастных трендах не было установлено статистически значимых различий по параметрам, обозначенным в таблице 5.7, поэтому результаты могут быть экстраполированы на всех женщин с высоким уровнем Д (табл. 5.8).

Таблица 5.8 – Возрастные тренды ассоциаций субъективно-объективного показателя здоровья с высоким уровнем депрессии у женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Высокий уровень депрессии (n=55), возрастные группы							
	25-34 лет (n=10)		35-44 лет (n=15)		45-54 лет (n=10)		55-64 лет (n=20)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Одним из нарушений здоровья у человека среднего возраста являются болезни сердца. Существуют различные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемое?								
1. Независимо от того, чувствую ли я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца, я регулярно проверяюсь у врача	—	—	—	—	—	—	2	10,0
2. Я обратился бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца	3	30,0	2	13,3	1	10,0	8	40,0

Вопрос / отношение	Высокий уровень депрессии ($n=55$), возрастные группы							
	25-34 лет ($n=10$)		35-44 лет ($n=15$)		45-54 лет ($n=10$)		55-64 лет ($n=20$)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3. Я обратился бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца. Но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены	7	70,0	10	66,7	9	90,0	10	50,0
4. Я не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца	—	—	3	20,0	—	—	—	—
Краскел-Уоллис H=5,203; ст. свободы=2; p=0,157								
Мнение людей о современных методах диагностики сердечных заболеваний различны. С каким мнением Вы согласны?								
1. Я доверяюсь своему самочувствию. Если я чувствую себя хорошо, это значит, что я не болею	3	30,0	6	40,0	3	30,0	3	15,0
2. Врач знает больше меня. Если он осмотрел меня и сказал, что я больной или здоров, я ему верю	2	20,0	4	26,7	2	20,0	9	45,0
3. Я не обязательно соглашусь с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования	5	50,0	5	33,3	5	50,0	8	40,0
Краскел-Уоллис H=2,801; ст. свободы=2; p=0,246								

Апостериорные сравнения с применением критерия Манна-Уитни не показали существенных различий по параметрам субъективно-объективного показателя здоровья у женщин с высоким уровнем Д.

Вместе с тем, было установлено, что в группе лиц с низким уровнем Д имело место существенно большее доверие современным методам диагностики ССЗ относительно субъективного самочувствия (71,0% vs 29,0%, Манн-Уитни $Z = -1,968$; $p = 0,049$), тогда как в группе лиц с высоким уровнем Д статистически значимых различий по этим параметрам не наблюдалось.

5.3 Ассоциации высокого уровня враждебности со стрессом в семье, стрессом на работе и объективно-субъективным показателем здоровья

Изучение ассоциаций враждебности со стрессом в семье показало статистически значимые зависимости двух параметров стресса от уровней ВР – изменения семейного положения и серьезных конфликтов в семье в течение последних двенадцати месяцев (табл. 5.9).

Таблица 5.9 – Ассоциации стресса в семье и на работе с разными уровнями враждебности среди женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Уровни враждебности					
	низкий (n=91)		средний (n=133)		высокий (n=479)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изменилось ли Ваше семейное положение за последние 12 месяцев (женился, развелся, оставил семью, овдовел, родился ребенок, другое)?						
1. Нет изменений	56	61,5	108	81,2	394	82,2
2. Одно изменение	18	19,8	12	9,0	55	11,5
3. Несколько изменений	17	18,7	13	9,8	30	6,3
Краскел-Уоллис $H = 8,110$; ст. свободы = 2; $p = 0,017$						
Были ли у Вас в семье серьезные конфликты в течение последних двенадцати месяцев?						
1. Не было	40	43,9	70	52,6	282	58,9
2. Был один	14	15,4	24	18,0	71	14,8

Продолжение таблицы 5.9

Вопрос / отношение	Уровни враждебности					
	низкий (n=91)		средний (n=133)		высокий (n=479)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
3. Несколько	24	26,4	30	22,6	84	17,5
4. Бывает часто	13	14,3	9	6,8	42	8,8
Краскел-Уоллис H=9,997; ст. свободы=3; p=0,019						
Изменилась ли Ваша специальность в течение последних двенадцати месяцев?						
1. Да	37	40,7	57	42,9	139	29,0
2. Нет	54	59,3	76	57,1	340	71,0
Краскел-Уоллис H=9,260; ст.; свободы=1; p=0,002						
Нравится ли Вам ваша работа?						
1. Совсем не нравится	2	2,2	6	4,5	5	1,0
2. Не нравится	7	7,7	4	3,0	17	3,5
3. Средне	36	39,6	68	51,1	156	32,6
4. Нравится	37	40,6	44	33,1	244	51,0
5. Очень нравится	9	9,9	11	8,3	57	11,9
Краскел-Уоллис H=23,597; ст. свободы=4; p<0,001						
Как Вы оцениваете ответственность своей работы в течение последних двенадцати месяцев?						
1. Незначительная	6	6,6	8	6,0	9	1,9
2. Средняя	39	42,8	35	26,3	160	33,4
3. Высокая	38	41,8	83	62,4	256	53,4
4. Очень высокая	8	8,8	7	5,3	54	11,3
Краскел-Уоллис H=9,057; ст. свободы=3; p=0,029						

Среди женщин с разными уровнями ВР были выявлены существенные различия по динамике семейного положения за последний годовой период (Краскел-Уоллис H=8,110; ст. свободы=2; p=0,017). В группе лиц с высоким уровнем ВР семейное положение оказалось более стабильным относительно тех женщин, которые показали низкий и средний уровни ВР. Так, тенденция к росту ответов респондентов о нескольких изменениях в семье прослеживалась от группы лиц с высоким уровнем ВР (6,3%) к группам со средним (9,8%) и низким (18,7%) уровнями ВР. Касательно конфликтов в семье, женщины с высоким уровнем ВР также продемонстрировали более жесткую позицию, минимизируя

Таблица 5.10 – Возрастные тренды ассоциаций стресса в семье и на работе с высоким уровнем враждебности у женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Высокий уровень враждебности (n=479), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Изменилось ли Ваше семейное положение за последние 12 месяцев (женился, развелся, оставил семью, овдовел, родился ребенок, другое)?								
1. Нет изменений	1	1,3	—	—	2	1,9	1	0,7
2. Одно изменение	7	8,8	22	14,5	12	11,7	19	13,2
3. Несколько изменений	15	18,8	46	30,3	21	20,4	36	25,0
Краскел-Уоллис H=5,158; ст. свободы=2; p=0,076								
Были ли у Вас в семье серьезные конфликты в течение последних двенадцати месяцев?								
1. Не было	50	62,4	84	55,3	56	54,3	92	63,9
2. Был один	8	10,0	30	19,7	15	14,6	18	12,5
3. Несколько	17	21,3	23	15,1	25	24,3	19	13,2
4. Бывает часто	5	6,3	15	9,9	7	6,8	15	10,4
Краскел-Уоллис H=1,448; ст. свободы=3; p=0,694								
Изменилась ли Ваша специальность в течение последних двенадцати месяцев?								
1. Да	27	33,8	35	23,0	37	35,9	40	27,8
2. Нет	53	66,2	117	77,0	66	64,1	104	72,2
Краскел-Уоллис H=2,081; ст. свободы=1; p=0,989								

Продолжение таблицы 5.10

Вопрос / отношение	Высокий уровень враждебности (n=479), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Нравится ли Вам ваша работа?								
1. Совсем не нравится	–	–	2	1,3	–	–	3	2,1
2. Не нравится	2	2,5	3	2,0	6	5,8	6	4,2
3. Средне	26	32,5	49	32,2	32	31,1	49	34,0
4. Нравится	43	53,7	78	51,3	53	51,4	70	48,6
5. Очень нравится	9	11,3	20	13,2	12	11,7	16	11,1
Крускал-Уоллис H=2,894; ст. свободы=4; p=0,576								
Как Вы оцениваете ответственность своей работы в течение последних 12 месяцев?								
1. Незначительная	–	–	3	2,0	3	2,9	3	2,1
2. Средняя	34	42,5	44	28,9	34	33,0	48	33,3
3. Высокая	36	45,0	86	56,6	58	56,3	76	52,8
4. Очень высокая	10	12,5	19	12,5	8	7,8	17	11,8
Краскел-Уоллис H=1,560; ст. свободы=3; p=0,668								

Апостериорные сравнения по частым конфликтам в семье (ответ «бывает часто») относительно их отсутствия (ответ «не было») показали статистически значимые различия в пользу последних у женщин с высоким уровнем ВР (8,8 % vs 58,9%, Манн-Уитни $Z = -2,063$; $p = 0,039$).

Исследование ассоциаций ВР со стрессом на рабочем месте показало статистически значимые зависимости следующих трех параметров стресса на работе от уровней ВР – изменения специальности, оценки ответственности на работе в течение последних 12-ти месяцев, а также отношения к своей работе (табл. 5.9). Так, изменение специальности в течение последних двенадцати месяцев отмечалось существенно реже у женщин с высоким уровнем ВР (29,0%) относительно лиц с низким (40,7%) и средним (42,9%) уровнями ВР (Краскел-Уоллис $H = 9,260$; ст. свободы=1; $p = 0,002$). Относительно оценки ответственности

на работе в течение последних 12-ти месяцев, минимальная доля лиц с высоким уровнем ВР (1,9%) продемонстрировала незначительную ответственность на рабочем месте. В то же время, максимальная доля лиц с высоким уровнем ВР (11,3%) продемонстрировала очень высокую ответственность на рабочем месте, сравнительно с женщинами, имеющими низкий и средний уровень ВР (Краскел-Уоллис $H=9,057$; ст. свободы=3; $p=0,029$). Существенные различия в группах с разными уровнями ВР показаны и по параметру отношения к своей работе (Краскел-Уоллис $H=23,597$; ст. свободы=4; $p<0,001$). По крайним позициям отношения к работе выделялась группа с высоким уровнем ВР. Так, доля лиц с высоким уровнем ВР с однозначно негативным отношением «совсем не нравится» составила лишь 1,0% при 2,2% в группе с низким уровнем ВР и 4,5% – в группе со средним уровнем ВР. В группах с позитивным отношением к работе «нравится» и «очень нравится» также преобладали женщины с высоким уровнем ВР сравнительно с лицами низкого и среднего уровней ВР (соответственно, 51,0% vs 40,6% vs 33,1% и 11,9% vs 9,9% vs 8,3%) (табл. 5.9). При обобщении негативных (ответы «совсем не нравится», «не нравится», «средне») и позитивных позиций отношения к работе (ответы «нравится», «очень нравится») в группе с высоким уровнем ВР преобладало позитивное отношение со статистически достоверным уровнем значимости (37,1% vs 62,9%, Манн-Уитни $Z=2,248$; $p=0,015$).

В таблице 5.11 показаны параметры субъективно-объективного показателя здоровья, по которым были получены статистически значимые различия у женщин с разным уровнем ВР.

Касательно отношения к здоровью и его самооценки, статистически значимые зависимости при разных уровнях ВР были выявлены по следующим параметрам. Лица с разными уровнями ВР оценивали состояние своего здоровья скорее негативно (Краскел-Уоллис $H=18,117$; ст. свободы=4; $p=0,001$), но женщины с высоким уровнем ВР имели меньшее число жалоб на здоровье (Краскел-Уоллис $H=4,758$; ст. свободы=1; $p=0,029$), табл. 5.11.

Крускал-Уоллис Н=12,866; ст. свободы=4; p=0,012

Продолжение таблицы 5.11

Вопрос / отношение	Уровни враждебности					
	низкий (n=91)		средний (n=133)		высокий (n=479)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Считаете ли Вы, что в настоящее время можно успешно лечить болезни сердца?						
1. Да, все	10	11,0	14	10,5	28	5,8
2. Да, большинство болезней сердца	49	53,8	71	53,4	281	58,7
3. Это зависит от того, какая болезнь	28	30,8	45	33,8	169	35,3
4. Нет, только несколько болезней	3	3,3	3	2,3	0	0
5. Нет, ни одной	1	1,1	—	—	1	0,2
Краскел-Уоллис H=11,768; ст. свободы=4; p=0,019						
Одним из нарушений здоровья у человека среднего возраста являются болезни сердца. Существуют различные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемое?						
1. Независимо от того, чувствую ли я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца или нет, я регулярно проверяюсь у врача	7	7,7	9	6,8	50	10,4
2. Я обратился бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца	36	39,6	48	36,1	145	30,3
3. Я обратился бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца. Но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены	39	42,8	71	53,3	276	57,6
4. Я не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца	9	9,9	5	3,8	8	1,7
Краскел-Уоллис H=11,837; ст. свободы=3; p=0,008						

Более значительная доля лиц с высоким уровнем ВР (53,6%) выразила желание о большей заботе о своем здоровье, сравнительно с группами с низким (48,4%) и средним (43,6%) уровнями ВР, и менее значительная доля женщин с

высоким уровнем ВР считала такую заботу явно недостаточной (32,2% vs 41,7% vs 53,4%) (Краскел-Уоллис $H=21,323$; ст. свободы=2; $p<0,001$), табл. 5.11. По параметрам отношения к профилактике заболеваний статистически значимые зависимости при разных уровнях враждебности были выявлены по следующим вопросам. Так, если допущение большой вероятности серьезного заболевания в течение ближайших пяти или десяти лет у женщин с высоким (34,0%) и средним (34,6%) уровнями ВР варьировало несущественно, то более половины респондентов с низким уровнем ВР (51,6%) допускали большую вероятность развития таких событий. В то же время, лишь в группе с высоким уровнем ВР 1,3% женщин рассматривали это событие как невероятное, при полном отсутствии такого мнения в группах с низким и средним уровнями ВР (Краскел-Уоллис $H=7,341$; ст. свободы=2; $p=0,025$). По поводу предупреждения большинства ССЗ усилиями современной медицины, у женщин с высоким уровнем ВР такая уверенность превалировала (47,2%) относительно лиц с низким (35,2%) и средним (36,8%) уровнями ВР (Краскел-Уоллис $H=2,866$; ст. свободы=4; $p=0,012$), табл. 5.11.

По параметрам отношения к медицинской помощи статистически значимые зависимости при разных уровнях ВР были выявлены по двум вопросам. По поводу успешного лечения ССЗ, лица с высоким уровнем ВР заняли наиболее уверенную и достаточно реалистичную позицию. Так, среди лиц с высоким уровнем ВР (58,7%) мнение о том, что большинство болезней сердца поддаются лечению в настоящее время, превалировало относительно аналогичного мнения в группах со средним (53,4%) и низким (53,8%) уровнями ВР (Краскел-Уоллис $H=11,768$; ст. свободы=4; $p=0,019$), табл. 5.11. Лица с высоким уровнем ВР наиболее часто подвергались осмотру врача (10,4%) относительно лиц со средним (6,8%) и низким (7,7%) уровнями ВР вне зависимости от наличия симптомов со стороны ССС. Кроме того, они реже игнорировали врачебный осмотр (1,7%) при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца сравнительно с теми же группами лиц со средним (3,8%) и низким (9,9%) уровнями ВР. Вместе с тем, среди тех, кто обратился бы к врачу при любой боли в

области сердца, наиболее значительное число составили лица с низким уровнем ВР (39,6%). Среди тех, кто обратился бы к врачу при сильной боли в области сердца, но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены, наибольшая доля пришлась на лиц с высоким уровнем ВР (57,6%) (Краскел-Уоллис $H=11,837$; ст. свободы=3; $p=0,008$), табл. 5.11.

При исследовании ассоциаций высокого уровня ВР с субъективно-объективным показателем здоровья в возрастных трендах, не было установлено статистически значимых различий по параметрам, обозначенным в таблице 5.11, в связи с чем результаты могут быть экстраполированы на всех женщин тюменской популяции с высоким уровнем ВР (табл. 5.12).

Таблица 5.12 – Возрастные тренды ассоциаций субъективно-объективного показателя здоровья при высоком уровне враждебности у женщин открытой городской популяции

Вопрос / отношение	Высокий уровень враждебности (n=479), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?								
1. Совершенно здоров	1	1,3	–	–	2	1,9	1	0,7
2. Здоровье хорошее	7	8,8	22	14,5	12	11,7	19	13,2
3. Здоров	15	18,8	46	30,3	21	20,4	36	25,0
4. Не совсем здоров	54	67,3	79	51,9	61	59,2	79	54,8
5. Болен	3	3,8	5	3,3	7	6,8	9	6,3
Краскел-Уоллис H=2,201; ст. свободы=4; p=0,699								
Имеете ли Вы жалобы на свое здоровье?								
1. Да	70	87,5	97	63,8	75	72,8	97	67,4
2. Нет	10	12,5	55	36,2	28	27,2	47	32,6
Краскел-Уоллис H=3,603; ст. свободы=1; p=0,058								
Как по-Вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своем здоровье?								
1. Да	13	16,3	21	13,8	11	10,7	23	16,0
2. Мог бы заботиться больше	42	52,4	91	59,9	44	42,7	80	55,5
3. Явно недостаточно	25	31,3	40	26,3	48	46,6	41	28,5
Краскел-Уоллис H=0,246; ст. свободы=2; p=0,884								

Продолжение таблицы 5.12

Вопрос / отношение	Высокий уровень враждебности (n=479), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Считаете ли Вы, что здоровый человек Вашего возраста может заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет?								
1. Очень возможно	45	56,2	113	74,3	60	58,2	100	69,4
2. Возможно	35	43,8	38	25,0	42	40,8	43	29,9
3. Невероятно	—	—	1	0,7	1	1,0	1	0,7
Краскел-Уоллис H=0,912; ст. свободы=2; p=0,634								
Верите ли Вы, что современная медицина может предупредить болезни сердца?								
1. Да, все болезни сердца	3	3,8	9	5,9	6	5,8	4	2,8
2. Да, большинство болезней	41	51,1	71	46,7	49	47,6	65	45,1
3. Это зависит от того, какая болезнь	32	40,0	62	40,8	40	38,8	64	44,4
4. Нет, только некоторые	3	3,8	9	5,9	7	6,8	11	7,6
5. Нет, ни одной	1	1,3	1	0,7	1	1,0	—	—
Крускал-Уоллис H=3,242; ст. свободы=4; p=0,518								
Считаете ли Вы, что в настоящее время можно успешно лечить болезни сердца?								
1. Да, все	10	12,5	6	3,9	6	5,8	6	4,2
2. Да, большинство болезней сердца	46	57,5	91	59,9	62	60,2	82	56,9
3. Это зависит от того, какая болезнь	24	30,0	54	35,5	35	34,0	56	38,9
4. Нет, только несколько болезней	—	—	—	—	—	—	—	—
5. Нет, ни одной	—	—	1	0,7	—	—	—	—
Краскел-Уоллис H=4,320; ст. свободы=3; p=0,229								
Одним из нарушений здоровья у человека среднего возраста являются болезни сердца. Существуют различные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемое?								
1. Независимо от того, чувствую ли я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца или нет, я регулярно проверяюсь у врача	9	11,3	16	10,5	10	9,7	15	10,4

Продолжение таблицы 5.12

Вопрос / отношение	Высокий уровень враждебности (n=479), возрастные группы							
	25-34 лет (n=80)		35-44 лет (n=152)		45-54 лет (n=103)		55-64 лет (n=144)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
2. Я обратился бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца	23	28,8	50	32,9	26	25,2	46	31,9
3. Я обратился бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца. Но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены	46	57,4	84	55,3	64	62,2	82	57,0
4. Я не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца	2	2,5	2	1,3	3	2,9	1	0,7
Краскел-Уоллис H=0,566; ст. свободы=3; p=0,904								

Апостериорные сравнения показали имеющиеся статистически значимые различия по следующим параметрам субъективно-объективного показателя здоровья населения у женщин с высоким уровнем ВР. Так, были определены существенные различия по вопросу о достаточной заботе о своем здоровье (ответ «да») с прочими ответами, расцененными как отрицательные («мог бы заботиться больше» и «явно недостаточно») (14,2% vs 85,8%, Манн-Уитни $Z = -2,646$; $p = 0,008$). В группе с высоким уровнем ВР преобладала уверенность о предупреждении всех или большинства болезней сердца относительно иных отрицательных ответов («это зависит от того, какая болезнь», «нет, только некоторые», «нет, ни одной») (51,8% vs 48,2%, Манн-Уитни $Z = -2,054$; $p = 0,040$). Кроме этого, среди лиц с высоким уровнем ВР были установлены статистически значимые различия между следующими двумя группами по вопросу о возможностях лечения ССЗ. С одной стороны, это группа с объединенным

ответом о безусловной уверенности в возможностях современной медицины по лечению всех или большинства болезней сердца. С другой стороны, группа, объединяющая другие позиции по этому вопросу – «это зависит от того, какая болезнь», «нет, только несколько болезней», «нет, ни одной» (64,5% vs 35,5%, Манн-Уитни $Z = -2,658$; $p = 0,008$). Апостериорные сравнения в группе с высоким уровнем ВР также показали, что существенно большая доля женщин намерена обращаться к врачу лишь при появлении болей в области сердца. В то же время, при отсутствии симптомов со стороны ССС превентивное обращение к врачу женщин с высоким уровнем ВР оказалось минимальным (89,4% vs 10,6%, Манн-Уитни $Z = -2,235$; $p = 0,025$).

5.4 Резюме

1. Среди женщин 25-64 лет открытой популяции при высоком уровне ЛТ определяются ассоциации: со стрессом в семье и на работе в виде отсутствия возможностей отдыха дома, увеличением нагрузки на рабочем месте. Установлены ассоциации высокого уровня ЛТ с негативной самооценкой здоровья и существенным превалированием жалоб на здоровье над их отсутствием.

2. Среди женщин 25-64 лет открытой популяции при высоком уровне Д определяются тенденции к увеличению частоты изменений семейного положения, частоты изменений заработной платы и «других» изменений на работе, к снижению активности в профилактике и лечении ССЗ.

3. Среди женщин 25-64 лет открытой популяции при высоком уровне ВР определяются ассоциации со снижением частоты серьезных конфликтов в семье и с позитивным отношением к работе. Установлены ассоциации высокого уровня ВР с субъективно-объективным показателем здоровья – стремлением к большей заботе о своем здоровье и уверенностью в эффективности профилактики и лечения ССЗ, но и с низкой ответственностью за свое здоровье – обращением за медицинской помощью лишь при наличии болей в области сердца.

ГЛАВА 6 ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ИССЛЕДОВАНИЯ

Согласно результатам одномоментного кросс-секционного исследования, среди женщин среднеурбанизированного города Западной Сибири отмечались высокие уровни негативных психоэмоциональных состояний: более чем у половины популяции был выявлен высокий уровень ЛТ, 8% имели высокий уровень Д, у 70% отмечался высокий уровень ВР, то есть, согласно полученным результатам, среди женщин открытой популяции определена значительная распространенность факторов психоэмоционального напряжения с превалированием их высоких уровней по личностной тревожности и враждебности. Кроме того, анализ настоящего исследования показал, что наиболее значимыми показателями стресса в семье в тюменской популяции являются конфликты в семье, у женщин пятого десятилетия жизни – изменения в семейном положении. Касательно стресса на работе, более трети тюменских женщин констатировало изменение специальности и увеличили нагрузку на работе, у 40% выявлялось повышение ответственности на работе и отсутствие возможности полноценного отдыха после рабочего дня, более чем у пятой части женщин определена смена рабочего места.

В доступной научной литературе данные о популяционных исследованиях ПСФ (ЛТ, Д, ВР, стресса на работе и в семье) среди женщин России опубликованы по новосибирской популяции в рамках программ ВОЗ «MONICA-психосоциальная» и НАРПЕЕ, где результаты исследования с некоторыми их вариациями оказались сопоставимыми с тюменскими данными [14, 48]. Вместе с тем, среди зарубежных популяционных программ имеется значительное число крупных исследований, касающихся распространенности ПСФ и их кардиоваскулярных рисков в женских популяциях. Это популяционные исследования среди женщин Европы, США, Китая и развивающихся стран [74, 85, 95, 101, 103, 110, 154, 200, 232, 254].

В тюменской популяции в целом и в возрастном диапазоне высокий уровень ЛТ существенно превосходил ее низкий уровень, в старших возрастных группах –

и средний уровень ЛТ, абсолютный максимум по высокому уровню ЛТ приходился на пятое десятилетие жизни. Около трети женщин открытой популяции показало наличие депрессии, по четырем возрастным десятилетиям жизни установлена тенденция к снижению распространенности Д от низкого ее уровня к среднему и далее к высокому уровню, в шестом десятилетии жизни отмечалась тенденция к росту распространенности Д от четвертого к шестому десятилетию жизни. Сравнительно с распространенностью ЛТ в женских популяциях Европы и США, у тюменских женщин определена значительно более высокая распространенность высокого уровня ЛТ (54,7%). В то же время, полученные результаты по ЛТ оказались несколько ниже ее распространенности в женской популяции 25-64 лет мегаполиса Западной Сибири – г. Новосибирска (60,4%) [48, 70, 154, 177, 210]. Превалирование высокого уровня ЛТ у тюменских женщин пятого десятилетия жизни, вероятно, является объяснимым. С одной стороны, нельзя не учитывать гормональную перестройку женского организма в этой возрастной категории. С другой стороны, такая ситуация является обоснованной в соответствии с существующими перегрузками у работающих женщин [232]. Так, в период вступления в зрелый возраст работающие женщины вынуждены кроме рабочей нагрузки испытывать на себе повышенную заботу не только о стареющих родителях и растущих детях, но в связи с традиционными приоритетами для российских женщин – также и о малолетних внуках. Полученные закономерности по ассоциациям ЛТ и депрессии со стрессом в семье и на работе не только у женщин тюменской популяции, но и по данным других исследований, подтверждают эту гипотезу [17, 70, 154, 219, 239]. Так, у тюменских женщин определены ассоциации распространенности высокого уровня ЛТ со стрессом в семье и на работе по параметрам повышения нагрузки и роста оценки ответственности на рабочем месте, а также отсутствия возможностей отдыха дома и после рабочего дня. Предположительно, взаимосвязь ЛТ с другими составляющими социального стресса определяется тем, что эмоция тревоги трансформируется при оценке невозможности преодоления источников воздействия в состояние подавленности и депрессии с резким ограничением

какой-либо активности [6]. В настоящем исследовании на тюменской популяции высокий уровень Д у женщин показал тенденцию к увеличению стресса в семье и на работе по следующим параметрам. Это увеличение динамики семейного положения, заработной платы и «других» изменений на работе за последний годовой период времени, но в то же время – и снижение по параметрам перемены рабочего места, смены руководителя, а также конфликтов с начальством и подчиненными. Такая ситуация у женщин с высоким уровнем Д представляется закономерной и объяснимой вследствие снижения сопротивляемости жизненным трудностям, а тем самым – неуправляемой динамикой событиями в семье и на работе, и в то же время – невозможностью что-либо изменить при меняющихся внешних обстоятельствах, а также предпочтением пассивной позиции в противовес конфликтам как с начальством, так и с подчиненными [170, 190]. В контексте с этим, при исследовании стресса на рабочем месте среди женщин новосибирской популяции были обозначены сопоставимые результаты. В г. Новосибирске лица с высоким уровнем ЛТ и Д чаще отмечали, что уменьшили выполнение дополнительной работы, и указывали, что работа им не очень нравится; отмечено было также более выраженное снижение трудоспособности и ответственности на работе в последний год [17]. Как показало кросс-секционное исследование стресса на рабочем месте в Великобритании – более высокие уровни тревоги и депрессии оказались связанными с предпринимаемыми большими усилиями в условиях повышенных требований на работе в выборке из 307 сотрудников университетов сравнительно с общей популяцией. Авторы предположили, что на основании полученных данных при проведении превентивных вмешательств вместо попыток изменения характеристик работы, следует выявлять лиц из группы риска в этой категории населения и помогать им принять соответствующие позитивные решения для преодоления трудностей [185]. Более высокая распространенность стресса на рабочем месте среди женщин объясняется большой нагрузкой, обусловленной неквалифицированным трудом в сочетании с высокими уровнями ЛТ и депрессии, что вполне укладывается в модель профессионального стресса Карасека [163].

Согласно данным эпидемиологических исследований, наличие стресса в семье имеет тенденцию в более частой болезни или смерти родственников среди женщин с ПСФ. С ростом уровней ЛТ и Д увеличивается количество конфликтов в семье, и, вероятно, в этой связи чаще наблюдаются изменения семейного положения, реже отмечается возможность отдохнуть дома. Полученные данные имеют важное значение, поскольку у женщин с ЛТ и депрессией, не имеющих возможностей отдыха дома, снижается социальная интеграция, а конфликты в семье ассоциированы с повышенным риском ИМ и инсульта [85]. Так, по данным М. Blom и соавт., если рабочий стресс у женщин не оказывал статистически значимого влияния на какие-либо социальные отношения, то семейный стресс влиял на социальные отношения женщин. Эти результаты предполагают, что семейный стресс требует дальнейшего изучения не только как независимый, но и как интерактивный фактор риска ИБС для женщин [86]. Гендерные роли и социальные традиции, которые рассматривают женщину как жену с соответствующей нагрузкой, могут сказываться на развитии стресса в семье, а конфликт между работой и семейными обязанностями усиливают этот патологический паттерн у лиц с негативными аффектами [15, 56, 197]. Современные данные научных исследований при расчетах стратификации риска развития ССЗ диктуют необходимость учитывать не только факторы образа жизни в женских популяциях, но и факторы хронического социального стресса (в том числе, стресс в семье и на работе у женщин) [39, 50, 165, 243, 267]. Такая необходимость обусловлена также исследованиями, которые продемонстрировали более высокий риск развития стабильной стенокардии у женщин с доминированием ролевой функции, сопряженной с повышенными обязательствами по отношению к членам семьи [180].

В настоящем исследовании среди женщин третьего, четвертого и шестого десятилетий жизни наблюдалась тенденция к росту ВР от низкого уровня к высокому уровню, а также от среднего уровня к высокому уровню. В пятом десятилетии жизни установлен последовательный тренд приоритета высокого уровня ВР над ее средним уровнем и среднего уровня ВР над ее низким уровнем.

В четвертом десятилетии жизни показатель высокого уровня ВР у тюменских женщин достигал абсолютного максимума. В то же время, у женщин г. Новосибирска отмечалось практически равномерное распределение уровней ВР как в популяции в целом, так и в возрастных категориях, тогда как популяционный показатель высокого уровня ВР оказался значительно ниже, чем у женщин г. Тюмени [11]. Обращает внимание и тот факт, что у новосибирских женщин высокий уровень ВР существенно снижался к пятому десятилетию жизни, тогда как в настоящем исследовании такой тенденции выявлено не было. Многие авторы объясняют выраженную ВР у молодых женщин обусловленной экспрессией негативных личностных черт, типичной для молодых возрастных групп в условиях социальной напряженности в обществе [144, 148]. Среди тюменских женщин, при значительной распространенности высокого уровня ВР в молодом возрасте, такая экспрессия распространяется и на старшие возрастные категории. Вероятно, это объясняется особенностями тюменской популяции, связанными с традиционными миграционными потоками, обусловленными освоением северных территорий Ямало-Ненецкого и Ханты-Мансийского автономных округов в достаточно большом временном интервале с восьмидесятых годов прошлого века. Такая масштабная и длительная трудовая миграция, преимущественно мужчин трудоспособного возраста, занятых вахтовой формой труда для работы на нефтегазодобывающем комплексе Западной Сибири, не могла не сказаться на менталитете тюменских женщин, вынужденных самостоятельно принимать решения как в социальном, так и в бытовом аспектах.

У женщин тюменской популяции при высоком уровне ВР выявлены ассоциации со стрессом в семье и на работе – снижение частоты серьезных конфликтов в семье, минимальная динамика по изменению специальности, увеличение ответственности при максимально позитивном отношении к работе. Вместе с тем, у женщин мегаполиса Западной Сибири (г. Новосибирска) в отношении ассоциаций ВР со стрессом в семье выявлены другие закономерности. В отношении стресса в семье – это рост конфликтов в семье и изменение семейного положения, в отношении стресса на работе – динамика изменения

специальности, разнонаправленные тенденции роста и снижения ответственности на работе, а также и негативное отношение к работе. Вероятно, иные тенденции в отношении ассоциаций ВР и стресса в семье и на работе, полученные на тюменской популяции по сравнению с новосибирскими женщинами, объяснимы с точки зрения иного распределения высоких уровней ВР в возрастных категориях и в целом значительно более высокого уровня враждебности среди тюменских женщин. В настоящем исследовании, в отношении сохранения семейных ценностей, высокий уровень ВР в женской популяции, возможно, сыграл позитивную роль, поскольку именно такая категория женщин, находящаяся в большинстве, оказалась способной брать на себя ответственность, а значит, и нивелировать серьезные конфликты в семье и сводить до минимума изменения в семейном положении. Что касается ассоциаций высокого уровня ВР со стрессом на работе, то преимущественно высокий уровень ВР среди тюменских женщин трудоспособного возраста позволил им «держать удар». То есть высокий уровень ВР, выявленный среди женщин г. Тюмени, позволил им в определенных ситуациях в чем-то заменять мужчин по уровню высокой ответственности на работе при закономерно в этом случае позитивном к ней отношении, а также минимизировать необходимость изменения специальности.

Вместе с тем, несмотря на выявленные позитивные тенденции ассоциаций высокого уровня ВР с факторами хронического социального стресса у тюменских женщин, нельзя не принимать во внимание негативное влияние ВР и ее тревожно значительную распространенность высоких уровней в тюменской популяции, поскольку многие исследования продемонстрировали высокий риск развития ССЗ при высоком уровне ВР. Эпидемиологические данные свидетельствуют о том, что здоровые люди, характеризующиеся враждебным характером, подвержены повышенному риску развития ИБС. Так, при исследовании взаимосвязи между ВР и агрегацией тромбоцитов было продемонстрировано, что ВР, особенно подтип агрессивной реакции, связана с реактивностью тромбоцитов – ключевым патофизиологическим путем в начале сердечно-сосудистых событий [146]. Что касается ВР у женщин, при подозрении на ишемию миокарда более высокие

баллы Кука Медли, отражающие цинизм, враждебный аффект и агрессивный ответ, оказались связанными с более низкой выживаемостью, а после поправки на факторы риска и ИБС ассоциация с риском развития ССЗ в женской когорте увеличилась [147]. Вместе с тем, среди эпидемиологов вопрос о враждебности в отношении риска развития ИБС для женщин остается дискуссионным [231, 262]. Так, результаты популяционного исследования D.C. Naas и соавт. показали, что ВР является независимым предиктором повторных событий ишемической болезни сердца у мужчин, но не у женщин [141]. В других исследованиях показано, что лица, постоянно демонстрирующие враждебное поведение, возможно, более адаптированы к ярко выраженным негативным вспышкам, вследствие чего гнев у них оказался ассоциированным со снижением рисков развития сердечно-сосудистой патологии [222, 223]. На новосибирской популяции также не было получено увеличения риска ССЗ у женщин с ВР. Авторы объясняют это тем, что возможно, ВР (как один из ключевых составляющих компонентов типа личности А) в большей степени имеет триггерное воздействие, как провоцирующий фактор (спазм, тромбоз, разрыв бляшки), вызывая высокий риск развития ИМ у мужчин, но этот эффект меньше выражен у женщин [48]. Феномен снижения риска развития ССЗ у женщин с ВР исследователи объясняют тем, что изначально субмиссивные, формально подчиняемые личности, интравертированные и подавляющие гнев внутри себя, гораздо более беззащитны перед любыми негативными эпизодами, вызывающими реакцию гнева [222]. В результате это приводит к развитию ИБС и высокой смертности у женщин с другими ПСФ, в отличие от женщин с высоким уровнем ВР, которые переносят такие эмоциональные колебания значительно спокойнее [117]. Выявленные ассоциации высокого уровня ВР с факторами хронического социального стресса в настоящем исследовании не могут быть рассмотрены как вполне положительные в отношении рисков развития ССЗ, однако безусловно помогут наметить пути профилактики ССЗ среди женщин тюменской популяции с учетом выявленных тенденций [243].

Изучение объективно-субъективного показателя здоровья населения, отражающего отношение открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири к своему здоровью, профилактике заболеваний и медицинской помощи, выявило ряд закономерностей, характерных для женщин 25-64 лет и отражающих потребности этой группы населения в профилактике ССЗ. В обследованной популяции, вне зависимости от возрастных трендов, высокая ответственность за свое здоровье была установлена только у седьмой части женщин 25-64 лет, при этом определялась тенденция к росту низкой ответственности за здоровье на рабочем месте. Вместе с тем, в открытой городской популяции подавляющее число женщин 25-64 лет, независимо от возрастной категории, допускали вероятность серьезного заболевания в ближайшее пяти или десятилетие для человека своего возраста и верили в эффективность профилактических мер. В отношении пользы превентивной проверки своего здоровья, утвердительно ответили более 85% женщин. При этом в тюменской популяции равнозначно преобладали две позиции – более 40% женщин, уверенных, что большинство болезней сердца можно предупредить усилиями современной медицины, и такая же доля женщин, поддерживающих идеи профилактики дифференцированно в зависимости от предполагаемого заболевания сердца. Более половины тюменских женщин, независимо от возраста, только при сильно выраженных болевых ощущениях в области сердца стали бы обращаться к врачу, и только третья часть – при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца. Что касается отношения к медицинской помощи, то около половины женщин открытой городской популяции, независимо от возраста, больше доверяли специализированным исследованиям, а не только осмотру врача, и около трети женской популяции доверяли осмотру врача с тенденцией увеличения показателя с возрастом. Пятая часть популяции в большей степени ориентировались на свое самочувствие, а не на мнение врача. При этом более 15% женщин испытывало позитивные эмоции в связи с медицинским обслуживанием, а более 40% – несколько раз, с тенденцией к снижению показателя в пятом десятилетии жизни. Вне зависимости от возрастных трендов,

почти у 60% женщин превалировало суждение о возможности успешного лечения «большинства болезней сердца», среди трети респондентов – о зависимости успешного лечения от диагноза. В то же время, с возможностью лечения «всех болезней сердца» согласилась лишь двенадцатая часть респондентов с тенденцией к снижению показателя с возрастом.

Известно, что субъективная СЗ населением является важнейшим индикатором здоровья популяции. Важность самооценки здоровья возрастает, учитывая, что негативная самооценка связана с большим риском ССЗ (ИБС, инсульт) в сравнении с хорошей и отличной самооценкой здоровья независимо от традиционных ФР [21, 92]. Состоятельной является гипотеза о том, что неудовлетворительное состояние здоровья в России связано с дисфункцией социальной структуры общества и социоэкономической депривацией. Исследования показали, что отсутствие неформальной социальной сети, резкое снижение уровня жизни и благосостояния неблагоприятно воздействуют на самооценку здоровья [236]. Низкую СЗ показали 70% женской популяции г. Тюмени, тогда как достаточная забота о своем здоровье определялась лишь у восьмой части респондентов. Было установлено существенное снижение СЗ от третьего десятилетия к пятому десятилетию жизни (при максимальной доле лиц с жалобами на здоровье в третьем десятилетии жизни), в пятом десятилетии имела место и наиболее низкая забота о своем здоровье. Сопоставимые закономерности, касающиеся общей популяции вне зависимости от возрастных трендов, оказались характерными и для женщин 25-64 лет в гг. Новосибирске и Чите [21, 62]. Вместе с тем, особенностями открытой популяции г. Тюмени явились более низкие уровни субъективно-объективного показателя здоровья сравнительно с другими популяциями у женщин молодого возраста третьего десятилетия жизни, а также выраженная уязвимость по этим параметрам и в пятом десятилетии жизни. В целом результаты отечественных исследований свидетельствуют о значительном превышении доли лиц с низкой СЗ среди российского населения в сравнении с Европейскими популяциями [27, 33, 69, 168]. Например, в рамках 2-й антитабачной компании в Польше был проведен опрос об оценке своего

здоровья, при этом 58,3% респондентов оценили свое здоровье как хорошее и очень хорошее. Это исследование показало существенно более высокие результаты относительно полученных в настоящем исследовании [168]. В то же время, выраженное варьирование показателей в российских популяциях, на наш взгляд, в большей мере обусловлено использованием авторами разного опросного инструментария, чем истинным различием показателей.

Хотя по мнению некоторых исследователей представления о том, что профилактические программы являются полностью превентивной мерой в отношении ССЗ являются преувеличенными, эффективность информационного блока в рамках многофакторных профилактических программ доказана в крупных метаанализах и явилась частью последнего руководства ESC по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике, разработанного целевой группой по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике с участием представителей Европейского общества кардиологов и 12 медицинских обществ и при особом участии Европейской ассоциации профилактической кардиологии [128]. Полученные в настоящем исследовании результаты являются обоснованием необходимости формирования дифференцированной программы активного превентивного воздействия на группы лиц трудоспособного возраста, начиная с третьего десятилетия жизни и далее, с акцентом на приоритеты женщин зрелого возраста (пятого десятилетия жизни) посредством корректировки информационного блока с целью снижения сердечно-сосудистых рисков среди женщин тюменской популяции.

По параметрам СЗ получены статистически значимые различия среди женщин тюменской популяции с разными уровнями ЛТ – по СЗ «здоров» положительно ответила наименьшая доля лиц с высоким уровнем ЛТ. При высоком уровне ЛТ наличие жалоб на здоровье существенно превалировало над их отсутствием. Полученные ассоциации высокого уровня ЛТ с субъективно-объективным показателем здоровья оказались сопоставимыми с показателями новосибирской популяции, где у женщин с повышением уровня ЛТ в 1,5-3 раза увеличивалась негативная СЗ «не совсем здоров» и «болен». Так же, как и в

тюменской популяции, высокая доля женщин имела жалобы на свое здоровье при всех уровнях ПСФ, но особенно при самых неблагоприятных их значениях [17]. Наши данные согласуются с результатами таких крупных популяционных исследований, как The Women's Health Initiative Observational Study и WOBASZ study, в которых негативные психологические детерминанты ассоциированы с низкой СЗ у женщин [264]. Исследования в Дании и Китае подтвердили связь высокого уровня тревоги и депрессии с низкой СЗ [236]. Кроме того, известно, что в сочетании с негативной самооценкой здоровья, высокие уровни тревоги ассоциированы со снижением трудоспособности у работающих женщин. Результаты исследования U. Peterson и соавт. показали, что среди женщин-медиков уровни эмоционального выгорания и низкая самооценка здоровья позволяют прогнозировать будущее длительное отсутствие по болезни [89].

В настоящем исследовании у женщин открытой городской популяции при высоком уровне Д ассоциативные взаимосвязи с субъективно-объективным показателем здоровья были установлены по параметру отношения к медицинской помощи. Лица с высоким уровнем Д закономерно продемонстрировали минимальную активность в осуществлении профилактики и лечения ССЗ. Приверженность к профилактике, по результатам зарубежных исследований, также оказывалась ниже у женщин с эмоциональными расстройствами [152]. По данным S. Wassertheil-Smoller et al., у женщин с плохой СЗ в 4,8 раз чаще встречались симптомы депрессии [264]. Представление о методах профилактики также оказались ниже у женщин новосибирской популяции с симптомами Д [48]. В популяции женщин г. Новосибирска лица с высокими уровнями негативных ПСФ давали диаметрально противоположные ответы в отношении профилактики ССЗ, авторы связывали это с недостаточной информированностью в отношении предупреждения ССЗ [17]. Действительно, необходимость изучения текущей информированности населения о своем здоровье, методах профилактики и отношения к ним велика в условиях, когда ССЗ являются «бичом» современности. Как российское, так и европейское и американское научно-медицинские сообщества объявляют свой крестовый поход против эпидемии ССЗ путем

введения национальных программ и чартеров, пересматривая международные руководства и рекомендации по профилактике и лечению [19, 26, 71, 128, 129]. Вместе с этим, медицинская статистика, несмотря на всеобщность учёта, не располагает достоверными данными о состоянии здоровья, оставляя за порогом видимости социально-значимые состояния и психосоциальные характеристики населения, которые предшествуют развитию ССЗ [35]. Надежный источник получения этой и подобной информации – проведение эпидемиологических исследований в различных популяциях и сравнение их результатов.

Ассоциативные взаимосвязи у женщин высокого уровня ВР с объективно-субъективным показателем здоровья показали преимущественно негативную самооценку здоровья. При этом наблюдалась существенная тенденция к большей заботе о своем здоровье, уверенности в эффективности профилактики и лечения ССЗ, но обращение за медицинской помощью среди женщин с высоким уровнем ВР превалировало лишь при выраженных симптомах со стороны сердечно-сосудистой системы. Схожие тенденции отмечались и при высоком уровне ВР у новосибирских женщин – большинство из них были согласны с тем, что заботились о своем здоровье явно недостаточно, хотя в действительности заботилась о своем здоровье очень незначительная их доля [11]. В связи с высоким уровнем ВР у превалирующего числа женщин тюменской популяции, закономерности по объективно-субъективному показателю здоровья населения в группе женщин с ВР оказались весьма сходными с таковыми, полученными на популяции в целом. Так, в открытой тюменской популяции, вне зависимости от возрастных трендов, среди 57,5% женщин превалировало суждение о возможности успешного лечения «большинства болезней сердца». По поводу успешного лечения ССЗ лица с высоким уровнем ВР заняли наиболее уверенную и достаточно реалистичную позицию – доля тех, кто считал, что большинство болезней сердца поддаются лечению в настоящее время, среди лиц с высоким уровнем ВР такое мнение доминировало. По поводу предупреждения большинства ССЗ усилиями современной медицины, у женщин с высоким уровнем ВР такая уверенность также превалировала относительно лиц с низким и

средним уровнями ВР. Между тем, среди тех, кто обратился бы к врачу при сильной боли в области сердца, но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены, наибольшая доля пришлась на лиц с высоким уровнем ВР. Полученные результаты по ассоциациям высокого уровня ВР и субъективно-объективного показателя здоровья среди женщин тюменской популяции являются весьма показательными и демонстрируют уверенные и даже категоричные позиции, весьма характерные для лиц с выраженной ВР. Оптимистичное мнение относительно возможностей лечения и профилактики ССЗ среди лиц с высоким уровнем ВР, с одной стороны, является благоприятным. Это связано с вероятным нивелированием негативных эффектов риска развития ССЗ при наличии ПСФ. С другой стороны, эта ситуация, возможно, провоцирует такие риски, поскольку при декларации веры в профилактику ССЗ все же реальное обращение за медицинской помощью в этой группе женщин планируется лишь при сильно выраженных болях в области сердца. Преобладание негативной СЗ среди женщин с высоким уровнем ВР также усиливает феномен самой ВР и является серьезной предпосылкой для утяжеления ситуации в женской популяции г. Тюмени в отношении кардиоваскулярных рисков.

Итак, анализ результатов настоящего исследования показал, что в логической цепочке развития и взаимосвязей ПСФ факторы хронического социального стресса (стресс в семье, стресс на работе), выявленные на открытой женской популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири, обусловили высокую распространенность негативных психоэмоциональных состояний. Установленные ассоциации ПСФ с субъективно-объективным показателем здоровья продемонстрировали существенное влияние на отношение женщин 25-64 лет к своему здоровью, профилактике ССЗ и медицинской помощи. Возрастные тренды, установленные во взаимосвязи с субъективно-объективным показателем здоровья населения, показали основные закономерности формирования профиля неконвенционных ФР ССЗ, характерные для женщин трудоспособного возраста г. Тюмени и других среднеурбанизированных городов Западной Сибири. В условиях жизни современного общества при сохранении той

же центральной составляющей человеческого благосостояния – здоровья и долголетия, имеют место иные тенденции и особенности социальной жизни, характерные в особенности для женских популяций, где ПСФ выходят на передний план. Становятся актуальными другие подходы к профилактике ССЗ, включающие, прежде всего, дифференцированное превентивное вмешательство с обязательным учетом профиля неконвенционных факторов риска ССЗ, сформировавшегося в отдельно взятом регионе. Согласно известной концепции ФР, закономерности, полученные в отношении эпидемиологического профиля ФР ССЗ в одном географическом регионе, не могут быть перенесены на другой регион, и тем самым, служить научной основой для эффективного внедрения превентивных мероприятий в иных социально-экономических условиях жизни населения [40, 143].

Таким образом, полученные на открытой городской популяции результаты исследования, которые определили наиболее уязвимые категории женщин с высоким уровнем ПСФ, могут служить научной основой для формирования комплексных профилактических программ по снижению рисков развития ССЗ в женских популяциях среднеурбанизированных городов Западной Сибири. На основе проведенного анализа появились новые возможности для изменения функциональной структуры популяционной профилактики и определения ее сценария в условиях среднеурбанизированного города Западной Сибири. Безусловно, позитивный ответ по эффективному проведению таких программ может быть получен только при совместных усилиях правительства, общества и самого человека.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Во второй половине XX века сформировалось понимание проблемы ССЗ как хронического эпидемического процесса, предложена концепция сердечно-сосудистого континуума, обоснована необходимость изучения ССЗ в контексте конкретных популяций, подвергающихся определённому риску, без чего их эффективный контроль среди населения невозможен. Только динамикой конвенционных ФР в российской популяции нельзя объяснить ухудшение здоровья населения и рост смертности от ССЗ, наблюдаемые в период социально-экономических преобразований в стране. В этой связи активно обсуждается роль неконвенционных ФР – психосоциальных детерминант. Именно ПСФ могут иметь решающее значение для формирования неблагоприятной ЭС по ССЗ и смертности от них в российских популяциях в последние десятилетия. Вместе с тем, роль этих ФР применительно к ССЗ изучена недостаточно, особенно это касается женских популяций, где распространенность ПСФ значительно выше, а при доказанном влиянии на сердечно-сосудистые риски их ассоциации, в том числе и с субъективно-объективным показателем здоровья населения, могут носить разнонаправленный характер. Тем самым, являются неоднозначными и пути решения проблем профилактического воздействия в рамках популяционной стратегии в каждом отдельно взятом регионе, включая среднеурбанизированный город Западной Сибири с его уникальной ситуацией по многолетней трудовой миграции населения для работы в Арктическом регионе. Такая миграция, где десятилетиями были задействованы преимущественно мужчины трудоспособного возраста, не могла не сказаться на женской популяции в регионе, в особенности в отношении формирования у них ПСФ особого типа, с типичными возрастными трендами и во взаимосвязи с субъективно-объективным показателем здоровья. В связи с этим, представлялось актуальным определение уровней ПСФ развития ССЗ среди женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири, их ассоциаций с субъективно-объективным показателем здоровья по результатам жестко стандартизованного кросс-секционного исследования.

В результате среди женщин 25-64 лет в открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири на основе жестко стандартизированной программы ВОЗ впервые изучена эпидемиологическая ситуация по распространенности ПСФ – Д, ВР, ЛТ, стресса в семье и на работе в возрастном диапазоне. Впервые среди женщин 25-64 лет в открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири показано отношение к своему здоровью и его самооценка, отношение к профилактике и медицинской помощи. Впервые выявлены ассоциации высоких уровней ЛТ, Д и ВР со стрессом в семье, на рабочем месте и субъективно-объективным показателем здоровья.

Новыми являются данные о том, что:

- установлена значительная распространенность высоких уровней неконвенционных (психосоциальных) факторов риска ССЗ среди женщин 25-64 лет: ЛТ – 54,7%, Д – 7,9%, ВР – 70,8%;
- определены возрастные тренды по распространенности ПСФ среди женщин 25-64 лет, в четвертом десятилетии жизни отмечен абсолютный максимум по высокому уровню ВР (73,5%), в пятом десятилетии – по высокому уровню ЛТ (67,3%), в шестом десятилетии – по высокому уровню Д (9,3%);
- наиболее значимыми показателями стресса в семье явились конфликты в семье и отсутствие возможностей для отдыха дома;
- наиболее значимыми показателями стресса на работе явились изменение специальности и повышение нагрузки на работе более чем у трети женщин, у 40% женщин – повышение ответственности на работе и минимальные возможности для отдыха после рабочего дня, у 22,9% выявлена перемена рабочего места;
- показано, что при высокой ответственности за свое здоровье среди 14% женщин низкую СЗ показали 67,6% популяции, тогда как более половины популяции анонсировало обращение за медицинской помощью только при выраженной боли в области сердца, третья часть – при появлении любой боли в области сердца. Среди 57,5% женщин превалировало мнение о возможностях успешного лечения «большинства болезней сердца»;

– наиболее негативная ситуация определена у женщин пятого десятилетия жизни с существенным изменением семейного положения, минимальной заботой о своем здоровье, снижением СЗ;

– при высоком уровне ЛТ выявлено снижение СЗ, возможностей полноценного отдыха увеличение нагрузки на работе при оценке высокой ответственности на рабочем месте;

– при высоком уровне Д установлена тенденция к значительной динамике семейного положения, заработной платы и «других» изменений на работе, но и снижение конфликтов, перемены рабочего места, смены руководителя при минимальной активности в профилактике и лечении ССЗ;

– при высоком уровне ВР выявлено снижение конфликтов в семье, минимальная динамика по изменению специальности, увеличение ответственности при максимально позитивном отношении к работе. Установлены тенденции к большей заботе о здоровье при снижении СЗ и обращении за медицинской помощью лишь при выраженных симптомах со стороны ССС при уверенности в эффективности профилактики и лечения ССЗ.

Практически значимым является то, что результаты кросс-секционного исследования на репрезентативной выборке населения дают возможность экстраполировать полученные данные по оценке распространенности ПСФ на всех женщин 25-64 лет г. Тюмени. Полученные результаты могут применяться в качестве сравнительной характеристики на региональном, российском и международном уровнях для межпопуляционного унифицированного сопоставления и служить отправной точкой для последующего мониторинга и определения вектора движения эпидемиологического профиля неконвенционных (психосоциальных) ФР ССЗ. Результаты анализа по эпидемиологическому профилю ПСФ и объективно-субъективному показателю здоровья в открытой женской популяции станут научной основой для формирования комплексной программы по профилактике ССЗ среди населения в г. Тюмени и других среднеурбанизированных сибирских городов.

ВЫВОДЫ

1. В открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири у женщин 25-64 лет установлено, что высокие уровни: личностной тревожности составляют 54,7%, депрессии – 7,9%, враждебности – 68,2%. Абсолютный максимум отмечается по высокому уровню ВР в четвертом десятилетии жизни (73,0%), по высокому уровню ЛТ – в пятом десятилетии (67,3%), по высокому уровню Д – в шестом десятилетии (9,3%).

2. Среди женщин 25-64 лет наиболее значимыми показателями стресса в семье являются конфликты в семье (43,3%), минимальные возможности для полноценного отдыха (34,0%); в пятом десятилетии жизни – изменения в семейном положении (25,1%). Стресс на работе проявляется в изменении специальности (34,5%), повышении ответственности (40,1%), выполнении дополнительной работы (36,6%) и перемене рабочего места (22,9%) в течение последнего года, а также оценки высокой ответственности на рабочем месте у 65,5% женщин.

3. По параметрам субъективно-объективного показателя здоровья определено, что 67,6% женщин показали низкую СЗ при тренде ее снижения от третьего к пятому десятилетию жизни. Отмечена и минимальная забота о здоровье в пятом десятилетии (91,2%). Более половины респондентов анонсировало обращение за медицинской помощью только при выраженной боли в области сердца, и только 30% – при появлении любой боли.

4. В открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири у женщин 25-64 лет при высоком уровне ЛТ определяются ассоциации со стрессом в семье и на работе по параметрам отсутствия возможностей отдыха дома и увеличения нагрузки на рабочем месте; ассоциации с субъективно-объективным показателем здоровья – по параметрам низкой самооценки и увеличения жалоб на здоровье.

5. В открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири у женщин 25-64 лет при высоком уровне депрессии установлена

тенденция к увеличению частоты изменений семейного положения (32,7%), заработной платы (18,2%), «других» изменений на работе (50,9%) в течение последних двенадцати месяцев. В то же время, получено снижение частоты конфликтов с начальством (5,5%) и подчиненными (1,8%), перемены рабочего места (20,0%), смены руководителя и подчиненных (1,8%) при минимальной активности в профилактике и лечении ССЗ.

6. У женщин 25-64 лет при высоком уровне ВР определяются ассоциации со стрессом в семье и на работе по параметрам снижения частоты серьезных конфликтов в семье и позитивного отношения к работе. Установлены ассоциации высокого уровня ВР с субъективно-объективным показателем здоровья – стремлением к большей заботе о своем здоровье и уверенностью в эффективности профилактики и лечения ССЗ, но и с низкой ответственностью за свое здоровье – обращением за медицинской помощью лишь при наличии болей в области сердца.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Учитывая высокую распространенность ПСФ в открытой популяции и их ассоциации с субъективно-объективным показателем здоровья населения, в целях улучшения профилактики ССЗ для взрослого женского населения города необходимо создание информационно-образовательных технологий по профилактике психосоциальных факторов риска развития ССЗ; создать инфраструктуру, способную обеспечить для всех категорий женского населения города доступность профилактических технологий по определению и мониторингованию ПСФ и соответствующего консультирования.

2. Рекомендуется использовать в рутинной клинической практике определение ПСФ для идентификации женщин с высоким риском возникновения новых случаев ССЗ с целью оказания им адресной информационно-образовательной, социально-психологической, профилактической и лечебной помощи. При профилактических осмотрах женщин трудоспособного возраста, подлежащих углублённому обследованию и диспансеризации, рекомендуется использовать эпидемиологические критерии ПСФ, выявляемых с помощью стандартизованных методов опроса.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абдумаликова, Ф. Б. Прогностическое значение психоэмоционального статуса у больных ишемической болезнью сердца в отношении нарушений тромбоцитарного звена системы гемостаза. Кардиоваскулярная терапия и профилактика / Ф. Б. Абдумаликова, Н. М. Нуриллаева – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 2 (20). – С. 5–11. – doi: 10.15829/1728-8800-2020-2278
2. Ассоциируется ли уровень тревоги и депрессии в популяции со смертностью населения? По данным исследования ЭССЕ-РФ / С. Е. Евстифеева, С. А. Шальнова, Ю. К. Макарова Ю. А. [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 5 (20). – С. 252–261. – doi: 10.15829/1728-8800-2021-3009
3. Ассоциации параметров стресса на рабочем месте и характера труда у женщин открытой городской популяции / А. М. Акимов, Е. И. Гакова, А. А. Акимова [и др.] – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал. – 2016. – № 4 (31). – С. 76–79.
4. Астапов, В.М. Функциональный подход к изучению состояния тревоги / В. М. Астапов – Текст : непосредственный // Психологический журнал. – 1992. – № 13 (5). – С. 111–117.
5. Беялов, Ф. И. Депрессия, тревога и стресс у пациентов с ишемической болезнью сердца / Ф. И. Беялов. – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 2017. – № 8. – С. 104–109. – doi: 10.17116/terarkh20168812116-119
6. Беялов, Ф. И. Психосоматика / Ф. И. Беялов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 360 с. – Текст : непосредственный.
7. Бойцов, С. А. Современное содержание и совершенствование стратегии высокого сердечно-сосудистого риска в снижении смертности от сердечно-сосудистых заболеваний / С. А. Бойцов, О. М. Драпкина. – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 2021. – № 1 (93). – С. 4–6. – doi: 10.26442/00403660.2021.01.200543

8. Боровиков, В. П. Популярное введение в современный анализ данных и машинное обучение на Statistica / В. П. Боровиков. – Москва : Горячая линия-Телеком, 2019. – 354 с. – Текст : непосредственный.

9. Бритов, А. Н. Современные проблемы профилактики сердечно-сосудистых заболеваний / А. Н. Бритов. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 1996. – № 3. – С. 18–22.

10. Бунова, С. С. Приверженность лекарственной терапии, модификации образа жизни и медицинскому сопровождению больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / С. С. Бунова, Н. И. Жернакова, Ю. П. Скирденко, Н. А. Николаев. – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 6 (19). – С. 38–42. – doi: 10.15829/1728-8800-2020-2665

11. Взаимосвязь враждебности с информированностью о здоровье и другими психосоциальными факторами в открытой популяции женщин 25-64 лет в Новосибирске / В. В. Гафаров, Д. О. Панов, Е. А. Громова [и др.]. – Текст : непосредственный // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. – 2016. – № 8 (1). – С. 16–21. – doi: 10.14412/2074-2711-2016-1-16-21

12. Влияние профилактического консультирования с дистанционной поддержкой на мотивацию к изменению образа жизни у пациентов с высоким и очень высоким сердечно-сосудистым риском / Н. В. Погосова, А. И. Юсубова, Ю. М. Юферева [и др.]. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2020. – № 60(5). – С. 41–46. – doi: 10.18087/cardio.2020.5.n1009

13. Возможность коррекции тревожной симптоматики у кардиологических пациентов в условиях первичного звена здравоохранения: результаты терапевтической части российского многоцентрового исследования КОМЕТА / Н. В. Погосова, Ю. М. Юферева, А. К. Аушева [и др.]. – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2019. – № 9. – С. 29–39. – doi:10.18087/cardio.2019.9.n468

14. Гафаров, В. В. Психология здоровья населения в России / В. В. Гафаров, В. А. Пак, И. В. Гагулин, А. В. Гафарова. – Новосибирск : СО РАМН, 2002. – 360 с. – Текст : непосредственный.

15. Гафаров, В. В. Личность и ее взаимодействие с социальной средой: непроторённая дорога / В. В. Гафаров, Е. А. Громова, Ю. Н. Кабанов, И. В. Гагулин. – Новосибирск : СО РАН, 2008. – 280 с. – Текст : непосредственный.

16. Гафаров, В. В. Распространенность психосоциальных факторов в женской популяции 25-64 лет и их связь с артериальной гипертензией / В. В. Гафаров, Е. А. Громова, Д. О. Панов, И. В. Гагулин. – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 26 (3). – С. 143–148.

17. Гафаров, В. В. Связь личностной тревожности с другими психосоциальными факторами в женской популяции 25-64 лет (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная») / В. В. Гафаров, Е. А. Громова, Д. О. Панов, И. В. Гагулин. – Текст : непосредственный // СМЖ. – 2011. – № 26 (4). – С. 156–161.

18. Депрессивные расстройства в общей медицинской практике по данным исследования КОМПАС: взгляд кардиолога / Г. В. Оганов, Г. В. Погосова, С. А. Шальнова [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2005. – № 8. – С. 38–44.

19. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016). Российский кардиологический журнал / М. F. Piepoli, A. W. Hoes, S. Aqewall [и др.] – Текст : непосредственный // Российский кардиологический журнал. – 2017. – № 146 (6). – С. 7–85. – doi:10.15829/1560-4071-2017-6-7-85

20. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ / С. А. Шальнова, Р. Г. Оганов, А. Д. Деев [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – № 7 (6). – С. 28–32.

21. Изучение на основе программы ВОЗ "MONICA" информированности и отношения к своему здоровью у женщин в возрасте 25-64 лет в г. Новосибирске / В. В. Гафаров, В. А. Пак, И. В. Гагулин [и др.] – Текст : непосредственный // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 25 (4). – С. 131–137.

22. Изучение связи депрессии и ишемической болезни сердца у мужчин и женщин открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири

/ Е. В. Акимова, В. В. Гафаров, Е. И. Гакова [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 2 (20). – С. 19–25. – doi: 10.15829/1728-8800-2021-2557.

23. Кавешников, В. С. Отношение к своему здоровью, его параметры и самооценка среди участников профилактической акции / В. С. Кавешников, В. Н. Серебрякова, И. А. Трубачева // СМЖ. – 2014. – № 29. – С. 115–122.

24. Калачикова, О. Н. Основные тенденции самосохранительного поведения населения региона / О. Н. Калачикова, П. С. Корчагина – Текст : непосредственный // Проблемы развития территорий. – 2012. – № 5 – С. 72–82.

25. Канева, М. А. Социально-экономические, поведенческие и психологические детерминанты самооценки здоровья россиян / М. А. Канева – Текст : непосредственный // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2016 – № 6 – С. 158–171.

26. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации – Текст : непосредственный // Рос. кардиолог. журн. – 2018. – № 6 (23). – С. 7–122. – doi: 10.15829/1560-4071-2018-6-7-122

27. Каюмова, М. М. Самооценка состояния здоровья мужчин и женщин открытой популяции среднеурбанизированного города Западной Сибири: гендерные особенности / М. М. Каюмова, А. М. Акимов, Т. Ю. Горбунова, В. В. Гафаров – Текст : непосредственный // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – № 5. – С. 146–152. – doi: 10.15372/SSMJ20190518

28. Клинико-эпидемиологическая программа изучения психо-социальных факторов риска в кардиологической практике у больных артериальной гипертонией и ишемической болезнью сердца (КОМЕТА): первые результаты российского многоцентрового исследования / Г. В. Погосова, С. А. Бойцов, Р. Г. Оганов [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиология. – 2019. – № 8. – С. 54–63. – doi: 10.18087/cardio.2018.9.10171

29. Котова, М. Б. Взаимосвязь между профессиональным выгоранием учителей и их отношением к своему здоровью и здоровому образу жизни. / М. Б. Котова, В. Б. Розанов, Е. И. Иванова – Текст : непосредственный //

Профилактическая медицина. – 2018. – № 21 (5). – С. 83–94.

30. Кэмм, А. Д. Болезни сердца и сосудов. Руководство Европейского общества кардиологов. / А. Д. Кэмм, Т. Ф. Люшер, П. В. Серруис. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1480 с. – Текст : непосредственный.

31. Латышевская, Н. И. Гендерные различия в распространенности поведенческих факторов и психоэмоционального статуса у преподавателей предпенсионного и пенсионного возраста медицинского вуза / Н. И. Латышевская, В. В. Шкарин, А. В. Беляева, Л. А. Давыденко – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2021. – № 3 (24). – С. 30–36. – doi: 10.17116/profmed20212403130

32. Максимова, А. Э. Особенности факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и ишемической болезни сердца среди военнослужащих / А. Э. Максимова, М. Н. Мамедов – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 20 (1). – С. 2702. – doi: 10.15829/1728-8800-2021-2702

33. Максимова, Т. М. Закономерности формирования самооценок здоровья в различных группах населения. Российская академия медицинских наук / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина – Текст : непосредственный // Бюллетень Национального НИИ общественного здоровья. – 2014. – № 1. – С. 172–178.

34. Мамедов, М. Н. Динамика факторов риска и сердечно-сосудистых заболеваний: аналитический обзор международных и российских данных за 2017 год / М. Н. Мамедов – Текст : непосредственный // Международный журнал сердца и сосудистых заболеваний. – 2018. – № 6 (19). – С. 32–37.

35. Медик, В. А. Методологические проблемы социальной статистики общественного здоровья / В. А. Медик, А. М. Осипов, И. Ю. Орехова – Текст : непосредственный // Здравоохранение РФ. – 2008. – № 1. – С. 28–29.

36. Нагибина, Ю. В. Гендерные особенности медико-социальных показателей больных ишемической болезнью сердца с различным уровнем депрессии / Ю.В. Нагибина, М. И. Кубарева, Д. С. Князева – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 1

(20). – С. 12–20. – doi: 10.15829/1728-8800-2021-2425

37. Наследов, А. Д. SPSS 19: профессиональный статистический анализ данных / А. Д. Наследов. – М. : Питер, 2011. – 399 с. – Текст : непосредственный.

38. Началджян, А. Агрессивность человека / А. Началджян. – СПб.: Питер, 2007. – 736 с. – Текст : непосредственный.

39. Некоторые параметры хронического социального стресса в открытой популяции – ассоциации с распространенностью ишемической болезни сердца / Е. В. Акимова, В. Ю. Смазнов, М. М. Каюмова [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2014. – № 6 (13). – С. 28–31.

40. Оганов, Р. Г. Профилактика неинфекционных заболеваний в деятельности Партнерства Северного Измерения по Здравоохранению и Социальному Благополучию: настоящее и будущее. / Р. Г. Оганов, Г. Я. Масленникова, А. Э. Имаева – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2019. – № 22 (1). – С. 5–11. – doi: 10.17116/profmed201922011X

41. Особенности взаимосвязей между психолого-педагогическими и медикосоциальными характеристиками и формированием социального опыта старшеклассников интернатных учреждений / Э. М. Казин, Ю. А. Птахина, О. Г. Красношлыкова [и др.] – Текст : непосредственный // Вестник Кемеровского государственного университета. – 2016 – № 4. – С. 142–151. – doi: 10.21603/2078-8975-2016-4-142-151.

42. Отношение к своему здоровью и информированность городского населения о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний по данным почтового опроса / Е. В. Акимова, В. В. Гафаров, Л. В. Драчева [и др.] – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 1999. – № 1 (7). – С. 16–18.

43. Оценка качества жизни, психологического статуса и приверженности к лечению и профилактике у пациентов территориальной поликлиники / Е. В. Индукаева, С. А. Макаров, О. В. Груздева [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – № 16 (4). – С. 50–55. – doi: 10.15829/1728-8800-2017-4-50-55

44. Паутова, Н. И. Гендерные особенности самооценки здоровья и его

восприятия как социокультурной ценности (По данным 21-й волны RLMS-HSE) / Н. И. Паутова, И. С. Паутов – Текст : непосредственный // Женщина в российском обществе. – 2015. – № 2 (75) – С. 60–75.

45. Половые различия по информированности и отношению к своему здоровью как субъективно-объективный показатель здоровья населения в России / Сибири (программа ВОЗ “MONICA-психосоциальная”, НАРПЕЕ) / В. В. Гафаров, Е. В. Громова, А. В. Гагулин [и др.] – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 2015 – № 1. – С. 14–26. – doi: 10.17116/terarkh201587114-26

46. Приверженность к здоровому образу жизни в российской популяции в зависимости от социально-демографических характеристик населения / С. А. Шальнова, С. А. Максимов, Ю. А. Баланова [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 19 (2). – С. 33–41. – doi: 10.15829/1728-8800-2020-2452

47. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний на протяжении жизни. Часть III: молодой, средний, пожилой и старческий возраст / О. В. Копылова, А. И. Ершова, А. Н. Мешков [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2021. – № 20 (7). – С. 2991. – doi: 10.15829/1728-8800-2021-2991

48. Психосоциальные факторы риска сердечно - сосудистых заболеваний: гендерные различия и 22-летняя динамика среди населения Сибири (программы ВОЗ "MONICA-ПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ", НАРПЕЕ) / В.В. Гафаров, И.В. Гагулин, А.В. Гафарова [и др.] – Текст : непосредственный // Терапевтический архив. – 2020. – № 1 (92). – С. 15–24. – doi: 10.26442/00403660.2020.01.000249

49. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. – М. : МедиаСфера, 2002. – 312 с. – Текст : непосредственный.

50. Риск развития артериальной гипертензии в открытой популяции среди женщин 25-64 лет с депрессией в России/Сибири / Д. О. Панов, В. В. Гафаров, Е. А. Громова [и др.] – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. –

2017. – № 20 (1). – С. 24–26.–doi: 10.17116/profmed201720124-26

51. Сапольски, Р. Психология стресса. / Р. Сапольски. – СПб: Питер, 2021. – 480 с. – Текст : непосредственный.

52. Систематизация эффективных мер популяционной профилактики в условиях неопределенности: онтологический подход / Е. И. Суворова, А. В. Концевая, А. П. Рыжов [и др.] – Текст : непосредственный // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2020. – № 19 (5). – С. 230–235. – doi: 10.15829/1728-8800-2020-2505

53. Смулевич, А. Б. Депрессии при психических и соматических заболеваниях / А. Б. Смулевич. – М. : Медицинское информационное агентство, 2015. – 640 с. – Текст : непосредственный.

54. Современная психокardiология : монография / Е. В. Лебедева, Т. Г. Нонка, А. Н. Репин [и др.] – Томск: ООО «Интегральный переплет», 2019. – 160 с. – Текст : непосредственный.

55. Стресс, тревожные и депрессивные состояния у пациентов первичной медико-санитарной практики в 30 городах России / Н. В. Погосова, С. А. Бойцов, А. А. Курсаков [и др.]– Текст : непосредственный // Психические расстройства в общей медицине. – 2018. – № 3–4. – С. 14–20.

56. Стресс в семье у лиц молодого возраста в гендерном аспекте / А. М. Акимов, Е. И. Гакова, М. М. Каюмова [и др.] – Текст : непосредственный // Врач. – 2019. – № 12 (30). – С. 60–62. – doi: 10.29296/25877305-2019-12-16

57. Судаков, К. В. Системные механизмы эмоционального стресса / К. В. Судаков. – М., 1981. – 232 с. – Текст : непосредственный.

58. Трегубов, В. Н. Деятельность специалистов в области организации здравоохранения и общественного здоровья по управлению факторами, влияющими на продолжительность жизни граждан / В. Н. Трегубов, А. А. Бовина – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2021. – № 24 (4). – С. 7–12. – doi: 10.17116/profmed2021240417

59. Унгурияну, Т. Н. Сравнение трех и более независимых групп с использованием непараметрического критерия Краскела – Уоллиса в программе

Stata / Т. Н. Унгурияну, А. М. Гржибовски – Текст : непосредственный // Экология человека. – 2014. – № 6. – С.55–58.

60. Усова, Е. В. Ответственность граждан за свое здоровье (исследование в фокус-группе). Часть 2. / Е. В. Усова, М. В. Попович, А. В. Маньшина, О. М. Драпкина – Текст : непосредственный // Профилактическая медицина. – 2021. – № 24 (2). – С. 24–29. –doi: 10.17116/profmed20212402124

61. Ханин, Ю. Л. Краткое руководство к применению шкалы реактивной и личностной тревожности Ч. Д. Спилбергера / Ю. Л. Ханин. – Ленинград: Наука, 1976. – 20 с. – Текст : непосредственный.

62. Ходакова, О. В. Самооценка здоровья, как элемент самосохранительного поведения и приверженности к диспансеризации взрослого населения / О. В. Ходакова, Н. В. Кошечкина – Текст : непосредственный // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики – 2019. – № 12. – С. 328–337.

63. Шабунова, А. А. Влияние самосохранительных компонентов на наличие хронических заболеваний и самооценку здоровья населения / А. А. Шабунова, П. С. Корчагина – Текст : непосредственный // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014 – № 3 (58) – С. 40–43.

64. Шипунова, Т. В. Поведение в сфере здоровья в контексте аномического приспособления / Т. В. Шипунова, А. А. Ковалева – Текст : непосредственный // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2011. – № 2 (12). – С. 343–350.

65. Шляхто, Е. В. Медицина, основанная на ценности, – новая парадигма в здравоохранении / Е. В. Шляхто, А. О. Конради – Текст : непосредственный // Ремедиум. – 2018. – № 3 (163). – С. 4–8.

66. A case-vignette based assessment of patient's perspective on coronary revascularization strategies, the OPINION study / K. Masdjedi, J. Daemen, R. Diletti [et al.] – Text : direct // J. Cardiol. – 2018. – Vol. 72(2). – pp. 149–154. – doi: 10.1016/j.jjcc.2018.01.009

67. Acute and chronic psychological stress as risk factors for cardiovascular disease: Insights gained from epidemiological, clinical and experimental studies / H. M. Lagrauw, J. Kuiper, I. Bot [et al.] – Text : direct // Brain Behav. Immun. – 2015. – Vol.

50. – pp. 18–30. – doi: 10.1016/j.bbi.2015.08.007

68. Alboni, P. Psychosocial factors as predictors of atherosclerosis and cardiovascular events: contribution from animal models / P. Alboni, M. Alboni – Text : direct // *G Ital Cardiol.* – 2006. – Vol. 7 (11). – pp. 747–753.

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

70. Alonso, J. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project/ J. Alonso, M. C. Angermeyer, S. Bernert – Text : direct // *Acta Psychiatr Scand Suppl.* – 2004. – Vol. – 420. – pp. 21–27. – doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x

71. American Heart Association Projected costs of informal caregiving for cardiovascular disease: 2015 to 2035: a policy statement from the American Heart Association / S. B. Dunbar, O. A. Khavjou, T. Bakas *et al.* // *Circulation.* – 2018. – Vol.137 (19). – e558–ee77. – doi: 10.1161 / CIR.0000000000000570

72. Anger Proneness Predicts Coronary Heart Disease Risk: Prospective Analysis from the Atherosclerosis Risk In Communities (ARIC) Study / J Williams, C Paton, I C Siegler *et al.* [et al.] – Text : direct // *Circulation.* – 2000. – Vol. 101. – pp. 2034–2039. – doi: 10.1161/01.cir.101.17.2034

73. Anxiety and risk of incident coronary heart disease: a meta-analysis / A. M. Roest, E. J. Martens, De P. Jonge[et al.] – Text : direct // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2010. – Vol.56. – pp. 38–46. – doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.034

74. Anxiety predicted premature all-cause and cardiovascular death in a 10-year follow-up of middle-aged women / J. Denollet, K. Maas, A. Knottnerus [et al.] – Text : direct // *J. Clin. Epidemiol.* – 2009. – Vol.62. – pp. 452–456. – doi: 10.1016/j.jclinepi.2008.08.006

75. Anxiety, depression and timing of insulin treatment among people with type 2 diabetes: Nine-year follow-up of the Nord-Trøndelag Health Study, Norway / M. M. Iversen, G. Nefs, G. S. Tell [et al.] – Text : direct // *J. Psychosom.Res.* – 2015. – Vol. 79 (4). – pp. 309–315. – doi: 10.1016/j.jpsychores.2015.07.004

76. Anxiety, depression, and cause-specific mortality: the HUNT study / A. Mykletun, O. Bjerkeset, M. Dewey [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 2007. – Vol. 69. – pp. 323–331. – doi: 10.1097/PSY.0b013e31803cb862

77. A possible change process of inflammatory cytokines in the prolonged chronic stress and its ultimate implications for health / R. Tian, G. Hou, D. Li [et al.] – Text : direct // Scientific World Journal. – 2014. – Vol. 14. – pp. 8–27. – doi: 10.1155/2014/780616.

78. Associations between psychological stress and smoking, drinking, obesity, and high blood pressure in an upper middle-income country in the African region / T. Chamik, B. Viswanathan, J. Gedeon [et al.] – Text : direct // Stress Health. – 2018. – Vol. 34 (1). – pp. 93–101. – doi: 10.1002/smi.2766.

79. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11119 cases and 13648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / A. Rosengren, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] – Text : direct // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – pp. 953–962. – doi: 10.1016/S0140-6736(04)17019-0

80. Associations of job strain and occupation with subclinical atherosclerosis: The CARDIA Study / K. J. Greenlund, C. I. Kiefe, W. H. Giles [et al.] – Text : direct // Ann. Epidemiol. – 2010. – Vol. 20. – pp. 323–331. – doi: 10.1016/j.annepidem.2010.02.007

81. Associations of NT-proBNP and parameters of mental health in depressed coronary artery disease patients / S. V. Fangauf, B. H. Belnap, T. Meyer [et al.] – Text : direct // Psychoneuroendocrinology. – 2018. – Vol. 96. – pp. 188–194. – doi: 10.1016/j.psyneuen.2018.06.001

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

83. Autonomic dysfunction and heart rate variability in depression. / A. Sgoifo, L. Carnevali, L. Alfonso Mde [et al.] – Text : direct // Stress. – 2015. – Vol. 18 (I.3). – pp. 343–352. – doi: 10.3109/10253890.2015.1045868

84. Austin, A. W. Stress and hemostasis: an update. / A. W. Austin, T.

Wissmann, R. von Kanel // *Semin Thromb Hemost.* – 2013. – Vol. 39 (8). – pp. 902–912. – doi: 10.1055/s-0033-1357487

85. Baumann, A. Family status and social integration as predictors of mortality: a 5-year follow-up study of 55- to 74-year-old men and women in the Augsburg area / A. Baumann, B. Filipiak, J. Stieber, H. Löwel – Text : direct // *Z Gerontol Geriatr.* – 1998. – Vol. 31. – pp. 184–192. – doi: 10.1007/s003910050033

86. Blom, M. Social relations in women with coronary heart disease: the effects of work and marital stress / M. Blom, I. Janszky, P. Balog – Text : direct // *J Cardiovasc Risk.* – 2003. – Vol. 10 (3). – pp. 201–206. – doi: 10.1097/01.hjr.0000065926.57001.e0

87. Brugnera, A. Higher levels of Depressive Symptoms are Associated with Increased Resting-State Heart Rate Variability and Blunted Reactivity to a Laboratory Stress Task among Healthy Adults / A. Brugnera, C. Zarbo, M. P. Tarvainen – Text : direct // *Appl. Psychophysiol. Biofeedback.* – 2019. – Vol. 44 (3). – pp. 221–234. – doi: 10.1007/s10484-019-09437-z

88. Burazeri1, G. Hostility and acute coronary syndrome in a transitional post-communist Muslim country: a population-based study in Tirana, Albania / G. Burazeri1, J. Kark – Text : direct// *Eur J Public Health.* – 2011. –Vol. 21 (4). – pp. 469–476. – doi: 10.1093/eurpub/ckp238

89. Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals / U. Peterson, G. Bergström, E. Demerouti [et al.] – Text : direct // *J Occup Environ Med.* – 2011 – Vol. 53(7). – pp. 788–793. – doi: 10.1097/JOM.0b013e318222b1dc

90. Cardiovascular disease epidemiology and risk factors in primary care / J. M. Baena Díez, J. L. del Val García, J. Tomàs Pelegrina [et al.] – Text : direct // *Rev Esp Cardiol.* – 2005. – Vol. 58. – pp. 367–373. – doi:10.1016/S1885-5857(06)60667-1

91. Caregiving and risk of coronary heart disease in U.S. women: a prospective study. / S. Lee, G. A. Colditz, L. F. Berkman [et al.] – Text : direct // *Am J Prev Med.* – 2003. – Vol. 24. – pp. 113–119. – doi: 10.1016/s0749-3797(02)00582-2

92. Characteristics of people with low health literacy on coronary heart disease GP registers in South London: a cross-sectional study / P. G. Rowlands, A. Mehay, S.

Hampshire [et al.] – Text : direct // BMJ. – 2013. – Vol. 3. – pp. 503–518. – doi: 10.1136/bmjopen-2012-001503

93. Chida, Y. The association of anger and hostility with future coronary heart disease: a meta-analytic review of prospective evidence / Y. Chida, A. Steptoe – Text : direct // J. Am. Coll. Cardiol. – 2009. – Vol. 53. – pp. 936–946. – doi: 10.1016/j.jacc.2008.11.044

94. Chinnaiyan, K. Role of stress management for cardiovascular disease prevention / K. Chinnaiyan – Text : direct // Curr Opin Cardiol. – 2019. – Vol. 34 (5). – pp. 531–535. – doi: 10.1097/HCO.0000000000000649

95. Chiurlia, E. Impaired endothelial function, subclinical inflammation and carotid intima-media thickness in healthy women with depression / E. Chiurlia, D. Iaccarino, S. Goione, F. Rubino – Text : direct // Eur Heart Jour. – 2008. – Vol. 29 (Abs Suppl). – pp. 600–611.

96. Chronic stress: a critical risk factor for atherosclerosis / B. C. Yao, L. B. Meng, M. L. Hao [et al.] – Text : direct // J. Int. Med. Res. – 2019. – Vol. 47 (4). – pp. 1429–1440. – doi: 10.1016/j.atherosclerosis.2015.07.025

97. Cognitive/affective and somatic/affective symptoms of depression in patients with heart disease and their association with cardiovascular prognosis: a meta-analysis / A. R. de Miranda, A. M. Roest, P. W. Hoen [et al.] – Text : direct // Psychol. Med. – 2014. – Vol. 44 (13). – pp. 2689–2703. – doi: 10.1017/S0033291714000063

98. Comorbid depression and anxiety symptoms as predictors of cardiovascular events: results from the NHLBI-sponsored Women's Ischemia Syndrome Evaluation (WISE) study / T. Rutledge, S. E. Linke, D. S. Krantz [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 2009. – Vol. 71. – pp. 958–964. – doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bd6062

99. Components of Type A, hostility, and anger-in: relationship to angiographic findings / T. M. Dembroski, J. M. MacDougall, R. B. Williams, T. L. Haney [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 1985. – Vol. 47. – pp. 219–233. – doi: 10.1097/00006842-198505000-00001

100. Contribution of job control and other risk factors to social variations in

coronary heart disease incidence [Text] / M.G. Marmot, H. Bosma, H. Hemingway [et al.] – Text : direct // *Lancet*. – 1997. – Vol. 350. – pp. 235–239. – doi: 10.1016/s0140-6736(97)04244-x

101. Course of depressive symptoms in men and women: differential effects of social, psychological, behavioral and somatic predictors / A. N. Tibubos, E. Brahler, M. Ernst [et al.] – Text : direct // *Sci. Rep.* – 2019. – Vol. 9(1). – pp. 189–290. – doi: 10.1038/s41598-019-55342-0

102. Davidson, K. W. Anger expression and risk of coronary heart disease: evidence from the Nova Scotia health Survey / K. W. Davidson, E. Mostofsky – Text : direct // *Am. Heart J.* – 2010. – Vol. 159. – pp. 199–206. – doi: 10.1016/j.ahj.2009.11.007

103. Depressed mood during menopausal transition and early postmenopause: observations from the Seattle study of the health of middle-aged women / N. F. Woods, K. Smith-DiJulio, D. B. Percival [et al.] – Text : direct // *Menopause*. – 2008. – Vol. 15(2). – pp. 223–232. – doi: 10.1097 / gme.0b013e3181450fc2

104. Depression after first hospital admission for acute coronary syndrome: A study of time of onset and impact on survival / M. Osler, S. Martensson, I. K. Wium-Andersen [et al.] – Text : direct // *Am. J. Epidemiol.* – 2016. – Vol. 183 (3). – pp. 218–226. – doi: 10.1093/aje/kwv227

105. Depression and Anxiety in Heart Failure: A Review. / C. M. Celano, A. C. Villegas, A. M. Albanese [et al.] – Text : direct // *A Review Harv Rev Psychiatry*. – 2018. – Vol. 26. – I.4. – pp. 175–184. doi: 10.1097/HRP.0000000000000162

106. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation / V. Vaccarino, L. Badimon, J. D. Bremner [et al.] – Text : direct // *European Heart Journal*. – 2020. – Vol. 41. – pp. 1687–1696. – doi: 10.1093/eurheartj/ehy913

107. Depression and the risk for cardiovascular diseases: systematic review and meta analysis / Van K. der Kooy, Van H. Hout, H. Marwijk [et al.] – Text : direct // *Int. J. Geriatr. Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22. – pp. 613–626. – doi: 10.1002/gps.1723

108. Depression and Ischemic Heart Disease Mortality: Evidence From the EPIC-

Norfolk United Kingdom Prospective Cohort Study / P. G. Surtees, W. J. Nicholas, Wainwright [et al.] – Text : direct // *Am J Psychiatry*. – 2008. – Vol. 165. – pp. 515-523. – doi: 10.1176/appi.ajp.2007.07061018

109. Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies / Y. Gan, Y. Gong, X. Tong [et al.] – Text : direct // *BMC Psychiatry*. – 2014. – Vol. 14. – pp. 371. – doi: 10.1186/s12888-014-0371-z

110. Depression and Risk of Sudden Cardiac Death and Coronary Heart Disease in Women. Results From the Nurses' Health Study / W. Whang, L. Kubzansky, I. Kawachi [et al.] – Text : direct // *Journal of the American College of Cardiology*. – 2009. – Vol. 53(11). – pp. 950-958. – doi: 10.1016/j.jacc.2008.10.060

111. Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment / H. S. Lett, J. A. Blumenthal, M. A. Babyak [et al.] – Text : direct // *Psychosom. Med.* – 2004. – Vol. 66. – pp. 305–315. – doi: 10.1097/01.psy.00000126207.43307.c0

112. Depression Treatment and 1-Year Mortality After Acute Myocardial Infarction: Insights From the TRIUMPH Registry (Translational Research Investigating Underlying Disparities in Acute Myocardial Infarction Patients' Health Status) / K. G. Smolderen, D. M. Buchanan, K. Gosch [et al.] – Text : direct // *Circulation*. – 2017. – Vol. 135 (18). – pp. 1681–1689. – doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.116.025140

113. Depressive symptoms in urban population samples in Russia, Poland and the Czech Republic / M. Bobak, H. Pikhart, A. Pajak [et al.] – Text : direct // *Br J Psychiatry*. – 2006 – Vol. 188. – pp. 359–365. – doi:10.1192/bjp.188.4.359

114. Depressive symptoms are related to progression of coronary calcium in midlife women: the Study of Women's Health Across the Nation (SWAN) Heart Study / I. Janssen, L. H. Powell, K. A. Matthews [et al.] – Text : direct // *Am. Heart J.* – 2011. – Vol. 161 (6). – pp. 1186–1191. – doi:10.1016/j.ahj.2011.03.017

115. Dhar, A. Depression and the link with cardiovascular disease / A. Dhar, D. Barton – Text : direct // *Frontiers in Psychiatry*. – 2016. – Vol. 7. – pp. 1-9. – doi: 10.3389/fpsy.2016.00033

116. Dressler, W. W. Social class, skin color and arterial blood pressure in two

societies / W. W. Dressler – Text : direct // Ethnicity Dis. – 1991. – Vol. 1. – pp. 60-77.

117. Eaker, E. D. Anger and hostility predict the development of atrial fibrillation in men in the Framingham Offspring Study / E. D. Eaker, L. M. Sullivan, M. Kelly-Hayes – Text : direct // Circulation. – 2004. – Vol. 109 (10). – pp. 1267-71. – doi: 10.1161/01.CIR.0000118535.15205.8F

118. Early-onset depression, anxiety, and risk of subsequent coronary heart disease: 37-year follow-up of 49,321 young Swedish men / I. Janszky, S. Ahnve, I. Lundberg [et al.] – Text : direct // J. Am. Coll. Cardiol. – 2010. – Vol. 56. – pp. 31–37. – doi: 10.1016/j.jacc.2010.03.033

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

120. Effects of mental stress on myocardial ischemia during daily life / E. C. Gullette, J. A. Blumenthal, M. Babyak [et al.] – Text : direct // J. Am Med Assoc. – 1997. – Vol. 277. – pp. 1521–1526. – doi: 10.1001/JAMA.1997.03540430033029

121. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study / S. Yusuf, S. Hawken, S. Ounpuu [et al.] – Text : direct // Lancet. – 2004. – Vol. 364. – pp. 937–952. – doi:10.1016/S0140-6736(04)17018-9

122. Effect of Stress, Depression and Type D Personality on Immune System in the Incidence of Coronary Artery Disease / S. Masafi, S. H. Saadat, K. Tehrani [et al.] – Text : direct // Open Access Maced. J. Med. Sci. – 2018. – Vol. 6 (8). – pp. 1533–1544. – doi: 10.3889/oamjms.2018.217

123. Effect of the 5-HTTLPR polymorphism on affective temperament, depression and body mass index in obesity / A. Borkowska, M. Bieliński, W. Szczesny [et al.] – Text : direct // J. Affect Disord. – 2015. – Vol. 184. – pp. 193–197. – doi: 10.1016/j.jad.2015.05.061

124. Effort-reward imbalance at work and recurrent coronary heart disease events: a 4-year prospective study of post-myocardial infarction patients / C. Aboa-

Eboule, C. Brisson, E. Maunsell [et al.] – Text : direct // Psychosomatic Medicine. – 2011. – Vol. 73 (6). – pp. 436-447. – doi:10.1097/PSY.0b013e318222b2d8

125. Endothelial responses to shear stress in atherosclerosis: a novel role for developmental genes / C. Souilhol, J. Canic, M. Fragiadaki [et al.] – Text : direct // Nat Rev Cardiol. – 2020. – Vol. 17(1). – pp. 52–63. – doi:10.1038/s41569-019-0239-5

126. Engel, G. The clinical application of the biopsychosocial model / G. Engel – Text : direct // Am. J. Psychiatry. – 1980. – Vol. 137. – pp. 535–544. – doi: 10.1176/ajp.137.5.535

127. Epidemiology, pathophysiology and management of psychosocial risk factors in cardiac practice: a new area of behavioral cardiology / A. Rozansky, J. Blumenthal, K. V. Davidson [et al.] – Text : direct // J Am Coll Cardiol. – 2005. – Vol. 45(5). – pp. 637–651. – doi: 10.1016/j.jacc.2004.12.005

128. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: Developed by the Task Force for Cardiovascular Disease Prevention in Clinical Practice with representatives of the European Society of Cardiology and 12 medical societies with the special contribution of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC) / F. L. J. Visseren, F. Mach, Y. M. Smulders [et al.] – Text : direct // Eur. Heart J. – 2021. – Vol.42. – pp. 3227–3337. – doi: 10.1093/eurheartj/ehab484.

129. ESC Scientific Document Group Reviewers. Depression and coronary heart disease: 2018 position paper of the ESC working group on coronary pathophysiology and microcirculation. / V. Vaccarino, L. Badimon, J. D. Bremner [et al.] – Text : direct // Eur. Heart Journal. – 2020. – Vol. 41. – pp. 1687–1696. – doi: 10.1093/eurheartj/ehy913

130. Evaluation of Psychological Stress Parameters in Coronary Patients by Three Different Questionnaires as Pre-Requisite for Comprehensive Rehabilitation / A. M. Pah, N.F. Buleu, A. Tudor – Text : direct // Brain Sci. – 2020. – Vol. 10 (5). – pp. 2076–3425. – doi: 10.3390/brainsci10050316

131. Everson-Rose, S. A. Psychosocial factors and cardiovascular diseases / S. A. Everson-Rose, T. T. Lewis // Annu Rev. Public. Health. – 2005. – Vol. 26. – P. 469–

500. – doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144542

132. Factors associated with burnout amongst healthcare workers providing HIV care in Malawi / M. H. Kim, A. C. Mazenga, X. Yu [et al.] – Text : direct // PLoS One. – 2019. – Vol. 14 (9): e0222638. – doi: 10.1371/journal.pone.0222638

133. Factors in relation with fatigue and illness perception in patients with myocardial infarction and the changes in fatigue due to intervention on illness perception: Research design, methodology, and preliminary results / R. Bagherian-Sararoudi, M. Maracy, H. Sanei [et al.] – Text : direct // ARYA Atheroscler. – 2019. – Vol. 15 (2) – pp.74–81. – doi: 10.22122/arya.v15i2.1888

134. Favorable cardiovascular risk profile in young women and long-term risk of cardiovascular and all-cause mortality / M. L. Daviglus, J. Stamler, A. Pirzada [et al.] – Text : direct // JAMA. – 2004. – Vol. 292. – pp. 1588–1592. – doi: 10.1001/jama.292.13.1588

135. Five-factor model personality traits as predictors of incident coronary heart disease in the community: a 10.5-year cohort study based on the Baltimore epidemiologic catchment area follow-up study / H. B. Lee, E. Offidani, R. C. Ziegelstein [et al.] – Text : direct // Psychosomatics. – 2014. – Vol. 55. – pp. 352–361. – doi: 10.1016/j.psych.2013.11.004

136. Friedman, M. Type A behavior pattern: some of its pathophysiological components / M. Friedman – Text : direct // Bull. N Y Acad. Med. – 1977. – Vol. 53. – pp. 593–604.

137. Gallagher, J. Psychological Aspects of Cardiac Care and Rehabilitation: Time to Wake Up to Sleep? / J. Gallagher, G. Parenti, F. Doyle – Text : direct // Current Cardiology Reports. – 2015. – Vol. 17 (12). – pp. 111–127. – doi: 10.1007/s11886-015-0667-8

138. Gender aspects of attitude to health and medical care in open population of middle urbanized siberian city / E. Akimova, E. Gakova, A. Akimov [et al.] – Text : direct // Journal of the American College of Cardiology. – 2018. – 72 (16). – C221. – doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.947

139. Generalized anxiety disorder, major depressive disorder, and their

comorbidity as predictors of all-cause and cardiovascular mortality: the Vietnam experience study / A. C. Phillips, G. D. Batty, C. R. Gale [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 2009. – Vol. 71. – pp. 395–403. – doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.947

140. Goldman, N. The role of clinical risk factors in understanding self-rated health / N. Goldman, D. A. Gleib, M. C. Chang – Text : direct // Ann Epidemiol. – 2004 – Vol. 14(1) – pp. 49–57. – doi: 10.1016/s1047-2797(03)00077-2

141. Haas, D. Hostility is an independent predictor of recurrent coronary heart disease events in men but not women: results from a population based study / D. Haas, W. Chaplin, D. Shimbo – Text : direct // Heart. – 2005. – Vol. 91 (12). – pp. 1609–1610. – doi: 10.1136/hrt.2004.056994

142. Heart Disease and Stroke Statistics-2019 Update: A Report From the American Heart Association. / E. J. Benjamin, P. Muntner, A. Alonso [et al.] – Text : direct // Circulation. – 2019. – Vol. 139 (10). – pp. e56–e58. – doi: 10.1161/CIR.0000000000000659

143. Heinemann, L. The Risk Factor Concept in Cardiovascular Disease / L. Heinemann, G. Enderlein, H. Stark – Text : direct // Stellman J. M. Encyclopaedia of Occupational Health and Safety / J. M. Stellman. – International Labour Office, 1998. – pp. 34–39.

144. Hertzman, C. A. population health perspective on gender, cardiovascular disease, and stress in Central and Eastern Europe / C. A. Hertzman. – Health Care and Epidemiology, University of British Columbia, Vancouver, B.C. 2000. – Text : direct.

145. Hostile behaviors predict cardiovascular mortality among men enrolled in the multiple risk factor Intervention Trial / K. A. Matthews, B. B. Gump, K. F. Harris [et al.] – Text : direct // Circulation. – 2004. – Vol. 109. – pp. 66–70. – doi: 10.1161/01.CIR.0000105766.33142.13

146. Hostility and platelet reactivity in individuals without a history of cardiovascular disease events / D. Shimbo, W. Chaplin, L. T. Wasson [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 2009. – Vol. 71. – pp. 741–747. – doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ad18b6

147. Hostility scores are associated with increased risk of cardiovascular events in women undergoing coronary angiography: a report from the NHLBI-Sponsored WISE Study / M. B. Olson, D. S. Krantz, S. F. Kelsey [et al.] – Text : direct// Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67. – pp. 546–552. – doi: 10.1097/01.psy.0000170830.99263.4e

148. Hostility, anger control, and anger expression as predictors of cardiovascular disease / A. Haukkala, H. Konttinen, T. Laatikainen [et al.] – Text : direct// Psychosom. Med. – 2010. – Vol. 72. – pp. 556–562.– doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbab87

149. Hostility, incidence of acute myocardial infarction, and mortality in a sample of older Danish men and women / J. Barefoot, S. Larsen, L. von der Lieth [et al.] – Text : direct // Am. J. Epidemiol. – 1995. – Vol. 142. – pp. 477-484. – doi: 10.1093/oxfordjournals.aje.a117663

150. Identifying psychosocial predictors of medication non-adherence following acute coronary syndrome: a systematic review and meta-analysis / J. Crawshaw, V. Auyeung, S. Norton [et al.] – Text : direct // J. Psychosom. Res. – 2016. – Vol. 90. – pp.10–32. – doi: 10.1016/j.jpsychores.2016.09.003

151. Impact of a combined community and primary care prevention strategy on all-cause and cardiovascular mortality: a cohort analysis based on 1 million person-years of follow-up in Vasterbotten County, Sweden, during 1990–2006 / Y. Blomstedt, M. Norberg, H. Stenlund [et al.] – Text : direct // BMJ Open. – 2015. – Vol. 5(12) – e009651. – doi: 10.1136/bmjopen-2015-009651.

152. Influence of Type D personality on job stress and job satisfaction in clinical nurses: the mediating effects of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction / Y. H. Kim, S. R. Kim, Y. O. Kim [et al.]– Text : direct// J. Adv. Nurs. – 2017. – Vol. 73 (4). – pp.905–916. – doi: 10.1111/jan.13177

153. Is depression a real risk factor for acute myocardial infarction mortality? A retrospective cohort study / S. Cocchio, T. Baldovin, P. Furlan [et al.] – Text : direct// BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19:122. – pp. 2–8. – doi: 10.1186/s12888-019-2113-8

154. Jacobi, F. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey

(GHS) / F. Jacobi, H. U. Wittchen, C. Hoëltling – Text : direct// Psychological Medicine. – 2004. – Vol. 34. – pp. 1–15. – doi:10.1017/S0033291703001399

155. Jefferson, P. N. Does Labor Market Status Influence Self-Assessed Health? International Advances in Economic Research / P. N. Jefferson, F. L. Pryor – Text : direct// International achievements in economic research. – 2013 – Vol. 20(1) – pp. 45–56. – doi: 10.1007/s11294-013-9451-y

156. Jencinson, C. M. The influence of psychological factors on survival after myocardial infarction / C. M. Jencinson, R. J. Madeley, J. R. Mitchell, I. D. Turner – Text : direct // Public Health. – 1993. – Vol. 107. – pp. 305-317. – doi: 10.1016/s0033-3506(05)80122-2

157. Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men / R. Karasek, D. Baker, F. Marxer [et al.]– Text : direct // Am. J. Public Health. – 1981. – Vol. 71. – pp. 694–705. – doi: 10.2105/ajph.71.7.694

158. Job strain, effort-reward imbalance and employee well-being: a large-scale cross-sectional study / J. de Jonge, H. Bosma, R. Peter [et al.]– Text : direct // Soc Sci Med. – 2000. – Vol. 50 (9). – pp. 1317–1327. – doi: 10.1016/s0277-9536(99)00388-3

159. Job strain and risk of acute recurrent coronary heart disease events / C. Aboa-Ebouler, C. Brisson, E. Maunsell [et al.]– Text : direct // JAMA. – 2007. – Vol. 298 (14). – pp. 1652-1660. – doi: 10.1001/jama.298.14.1652

160. Jonas, B. Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension / B. Jonas, J. Lando – Text : direct // Psychosomatic Medicine. – 2000. – Vol. 62. – pp. 188–196.– doi: 10.1097/00006842-200003000-00006

161. Kadri, N. Prevalence of anxiety disorders: a population-based epidemiological study in metropolitan area of Casablanca, Morocco / N. Kadri, M. Agoub, S. Gnaoui – Text : direct // Annals of General Psychiatry. – 2007. –Vol. 6. – pp. 6–14. – doi: 10.1186/1744-859X-6-6

162. Kaplan, G. A. Socioeconomic factors and cardiovascular disease: a review of the literature / G. A. Kaplan, J. E. Keil – Text : direct // Circulation. – 1993. – Vol. 88 (4). – pp. 1973–1998. – doi: 10.1161/01.cir.88.4.1973

163. Karasek, R. A. Healthy Work: Stress Productivity And The Reconstruction

Of Working Life / R. A. Karasek, T. Theorell. – New York: Basic Books, 1992. – 398 p. – Text : direct – doi: 10.5860/choice.28-0381

164. Kim, K. Predictors of coronary heart disease risk in healthy men and women / K. Kim, J. Kim, M. Kim – Text : direct // Taehan. Kanho. Hakhoe. Chi. – 2007. – Vol. 37 (7). – pp. 1039–1048.

165. Kim, Y. The Dynamics of Health and its Determinants Among Elderly in Developing Countries / Y. Kim – Text : direct // Economics and Human Biology. – 2015. – Vol. 19 – pp. 1–12. – doi: 10.1016/j.ehb.2015.06.001.

166. Knox, S. S. Hostility, social support, and carotid artery atherosclerosis in the National Heart, Lung, and Blood Institute Family Heart Study / S. S. Knox, A. Adelman, R. C. Ellison – Text : direct // Am J Cardiol. – 2000. – Vol. 86 (10). – pp. 1086–1089. – doi: 10.1016/s0002-9149(00)01164-4

167. Koudouovoh-Tripp, P. Influence of mental stress on platelet bioactivity / P. Koudouovoh-Tripp, B. Sperner-Unterweger – Text : direct // World J Psychiatry. – 2012. – Vol. 2 (I.6). – pp. 134–147. – doi: 10.5498/wjp.v2.i6.134

168. Kowalska, A. Health evaluation of the 2nd International "Quit and Win" Anti Nicotine Campaign participants ten years later – Text : direct / A. Kowalska, W. Stelmach, J. Krakowiak // Przegl Lek. – 2008. – Vol. 65 (10). – pp. 621–630.

169. Krantz, D. S. Effects of psychological and social factors on organic disease: a critical assessment of research on coronary heart disease / D. S. Krantz, M. K. McCeney – Text : direct // Annu Rev. Psychol. – 2002. – Vol. 53. – pp. 341–369. – doi: 10.1146/annurev.psych.53.100901.135208

170. Kuehner, C. Why is depression more common among women than among men? / C. Kuehner – Text : direct // Lancet Psychiatry. – 2017. – Vol. 4 (2). – pp. 146–158. – doi: 10.1016/S2215-0366(16)30263-2

171. Kupper, N. Explaining heterogeneity in the predictive value of Type D personality for cardiac events and mortality / N. Kupper, J. Denollet – Text : direct // Int. J. Cardiol. – 2016. – Vol. 224. – pp. 119–124. – doi: 10.1016/j.ijcard.2016.09.006.

172. Ladwig, K. H. Psychosocial factors as risk for coronary heart disease--status with special reference to the KORA platform / K. H. Ladwig, B. Marten-Mittag, J.

Baumert J. – Text : direct // Gesundheitswesen. –2005. –Vol. 67 (Suppl 1). – pp. S86-93. – doi: 10.1055/s-2005-858249

173. Lanberg, E. M. Development of the concept of patient-centredness - A systematic review / E. M. Lanberg – Text : direct // Patient Educ Couns. – 2019. – Vol. 102 (7). – pp. 1228–1236. – doi: 10.1016/j.pec.2019.02.023

174. Landsbergis, P. A. Psychosocial work stress and pregnancy-induced hypertension / P. A. Landsbergis, M. C. Hatch – Text : direct // Epidemiology. – 1996. – Vol 7(4). – pp. 346–351. – doi: 10.1097 / 00001648-70000-00002

175. Lennernäs, M. Nocturnal eating and serum cholesterol of three-shift workers / M. Lennernäs, T. Akerstedt, L. Hambræus – Text : direct // Scand J Work Environ Health. – 1994. – Vol. 20. – P. 401– 406.– doi: 10.5271/sjweh.1381

176. Levinson, D. Prevalence of mood and anxiety disorders in the community: results from the Israel National Health Survey / D. Levinson, N. Zilber, Y. Lerner – Text : direct // Isr J Psychiatry Relat Sci. – 2007. – Vol. 44 (2). – pp. 94–103.

177. Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication / R. C. Kessler, P. Berglund, O. Demler[et al.] – Text : direct // Arch Gen Psychiatry. – 2005. –Vol. 62. – pp. 593–602. – doi: 10.1001/archpsyc.62.6.593

178. Longitudinal changes in reproductive hormones and depressive symptoms during the menopausal transition: Findings from the Women`s Health Survey (SWAN) / J. T. Bromberger, L. L. Schott, H. M. Kravitz [et al.] – Text : direct // Arch Gen Psychiatry. – 2010. – Vol. 67(6). – pp. 598–607. – doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.55

179. Low conscientiousness and risk of all-cause, cardiovascular and cancer mortality over 17 years: Whitehall II cohort study / G. Hagger-Johnson, S. Sabia, H. Nabi [et al.] – Text : direct // J. Psychosom. Res. – 2012. – Vol. 73. – pp. 98–103. – doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.05.007

180. Lund, R. Are negative aspects of social relations predictive of angina pectoris? A 6-year follow-up study of middle-aged Danish women and men / R. Lund, N. Rod, U. Christensen – Text : direct// J Epidemiol Community Health. – 2012. – Vol.

66. – pp. 359–365. – doi: 10.1136/jech.2009.106153

181. Macinttyre, S. Gender differences in health: are things really as simple as they seem? / S. Macinttyre, K. Hunt, H. Sweenting – Text : direct // Social Science and Medicine. – 1996. – Vol. 42. – pp. 617-624. – doi: 10.1016/0277-9536(95)00335-5

182. Major depressive disorder and cardiometabolic diseases: a bidirectional Mendelian randomisation study / B. Tang, S. Yuan, Y. Xiong [et al.] – Text : direct // Diabetologia. – 2020. – Vol. 63(7). – pp.1305–1311. – doi: 10.1007/s00125-020-05131-6

183. Marital history 1971-91 and mortality 1991-2004 in England & Wales and Finland / J. Blomgren, P. Martikainen, E. Grundy [et al.] – Text : direct // J Epidemiol Community Health. – 2012. – Vol. 66 (1). – pp. 30–36. – doi: 10.1136/jech.2010.110635. – doi: 10.1136/jech.2010.110635

184. Marital status, marital strain, and risk of coronary heart disease or total mortality: the Framingham Offspring Study / E. D. Eaker, L. M. Sullivan, M. Kelly-Hayes [et al.] – Text : direct // Psychosom Med. – 2007. – Vol. 69. – pp. 509–513.– doi: 10.1097/PSY.0b013e3180f62357

185. Mark, G. Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees / G. Mark, A. P. Smith // Anxiety, Stress, and Coping. – 2011. – Vol. 25(1). – pp. 63–68. – doi: 10.1080/10615806.2010.548088

186. Marmot, M. Cohort Profile: The Whitehall II study / M. Marmot, E. Brunner – Text : direct // Int J Epidemiol. – 2005. – Vol. 34. – pp. 251–256. – doi: 10.1093/ije/dyh372.

187. McKee, M. Monica monograph and multimedia sourcebook / M. McKee – Text : direct // JR Soc Med. – 2003. – Vol. 96 (12). – pp. 613–614.

188. Mechanisms of health: education and health-related behaviours partially mediate the relationship between conscientiousness and self-reported physical health / J. Lodi-Smith, J. Jackson, T. Bogg [et al.] – Text : direct // Psychol. Health. – 2010. – Vol. 25. – pp. 305–319. – doi: 10.1080/08870440902736964

189. Meyer, T. Mehtal s cardiac disease severity in the predictive value of anxiety

for all-cause mortality / T. Meyer, U. Buss, C. Herrmann-Lingen – Text : direct // Psychosom. Med. – 2010. – Vol. 72. – pp. 9–15. – doi: 10.1097/PSY.0b013e3181c64fc0

190. Mirowsky, J. Sex differences in distress / J. Mirowsky, C.E. Ross – Text : direct // American Sociological Review. – 1995. – Vol. 60. – pp. 449-468.– doi: 10.2307/2096424

191. Mittleman, M. A Mental stress during daily life triggers myocardial ischemia / M. A. Mittleman, M. Maclure – Text : direct // J. Am. Med. Assoc. – 1997. – Vol. 277. – pp. 1558–1559.

192. MONICA. Monograph and Multimedia Sourcebook / H. Tunstall-Pedoe. (Ed). – Geneva: WHO, 2003. – 244 p. – Text : direct

193. Myrtek, M. Meta-analyses of prospective studies on coronary heart disease, type A personality, and hostility / M. Myrtek – Text : direct // Int. J. Cardiol. – 2001. – Vol. 79. – pp. 245–251. – doi: 10.1016/s0167-5273(01)00441-7

194. Negative affectivity and social inhibition are associated with increased cardiac readmission in patients with heart failure: A preliminary observation study / T. K. Lin, K. X. You, C. T. Hsu [et al.] – Text : direct // PLoS One. – 2019. – Vol. 14(4): e0215726. – doi: 10.1371/journal.pone.0215726

195. Negative Affect as a Prospective Risk Factor for Hypertension / B. Jonas, J. Lando– Text : direct // Psychosomatic Medicine. – 2000. – Vol. 62. – pp. 188-196. – doi: 10.1097/00006842-200003000-00006

196. Newman, J. Observed Hostility and the Risk of Incident Ischemic Heart Disease. A Prospective Population Study From the 1995 Canadian Nova Scotia Health Survey / J. Newman, K. Davidson, J. Shaffer – Text : direct // J Am Coll Cardiol. – 2011. – Vol. 58. – pp. 1222–1228. – doi: 10.1016/j.jacc.2011.04.044

197. New onset of depression in aging women and men: contributions of social, psychological, behavioral, and somatic predictors in the community / M. E. Beutel, E. Brähler, J. Wiltink [et al.] – Text : direct // Psychol. Med. – 2019. – Vol. 49 (7). – pp. 1148–1155. – doi: 10.1017/S0033291718002787

198. Niu, K. Home blood pressure is associated with depressive symptoms in an

elderly population aged 70 years and over: a population-based, cross-sectional analysis / K. Niu, A. Hozawa, S. Awata, H. Guo – Text : direct // *Hypertens Res.* – 2008. – 31(3). – pp. 409–416. – doi: 10.1291/hypres.31.409

199. O'Donnell, M. Risk factors for ischaemic and intracerebral haemorrhagic stroke in 22 countries (the INTERSTROKE study): a case-control study / M. O'Donnell, D. Xavier, L. Liu – Text : direct // *The Lancet.* – 2010. – Vol. 376. – pp. 112–123. – doi: 10.1016/S0140-6736(10)60834-3

200. Okereke, O. Psychosocial Factors and Cardiovascular Disease Risk: An Opportunity in Women's Health. / O. Okereke, J. E. Manson – Text : direct // *Circulation Research.* – 2017. – Vol. 120 (12). – pp. 1855–1856. – doi: 10.1161/CIRCRESAHA.117.311113.

201. Olsen, O. Impact of work environment on cardiovascular diseases in Denmark / O. Olsen, T. S. Kristensen – Text : direct // *J Epidemiol Community Health.* – 1991. – Vol. 45. – pp. 4–9. – doi: 10.1136/jech.45.1.4

202. Optimism, cynical hostility, and incident coronary heart disease and mortality in the Women's Health Initiative / H. A. Tindle, Y. F. Chang, L. H. Kuller [et al.] – Text : direct // *Circulation.* – 2009. – Vol. 120. – pp. 656–662. – doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.108.827642

203. Personality traits, cardiac risk factors, and their association with presence and severity of coronary artery plaque in people with no history of cardiovascular disease / A. Compare, P. M. Mommersteeg, F. Faletra [et al.] – Text : direct // *J. Cardiovasc. Medicine (Hagerstown, Md).* – 2014. – Vol. 15 (5). – pp. 423–430. – doi: 10.2459/JCM.0b013e328365cd8c

204. Pessimism and risk of death from coronary heart disease among middle-aged and older Finns: an eleven-year follow-up study / M. Pänkäläinen, T. Kerola, O. Kampman [et al.] – Text : direct // *BMC Publ. Health.* – 2016. – Vol. 16. – p.1124. – doi: 10.1186/s12889-016-3764-8

205. Phobic anxiety and increased risk of mortality in coronary heart disease / L. L. Watkins, J. A. Blumenthal, M. A. Babyak [et al.] – Text : direct // *Psychosom. Med.* – 2010. – Vol. 72. – pp. 664–671. – doi: 10.1097/PSY.0b013e3181e9f357

206. Phobic anxiety and risk of coronary heart disease and sudden cardiac death among women / C. M. Albert, C. U. Chae, K. M. Rexrode [et al.] – Text : direct// Circulation. – 2005. – Vol. 111. – pp. 480–487. – doi: 10.1161/01.CIR.0000153813.64165.5D

207. Pikhart, H. Psychosocial work characteristics and self rated health in four post-communist countries / H. Pikhart, M. Bobak, J. Siegrist, A. Pajak – Text : direct// J Epidemiol Community Health. – 2001. – Vol. 55(9) – pp.624–630. – doi: 10.1136/jech.55.9.624

208. Piña, I. L. Psychopharmacology and Cardiovascular Disease / I. L. Piña, Di K. E. Palo, H. O. Ventura – Text : direct // J. Am. Coll. Cardiol. – 2018. – Vol. 71 (20). – pp. 2346–2359. – doi: 10.1016/j.jacc.2018.03.458

209. Potential for hostility and dimensions of anger / L. Musante, J. M. Mac Dougall, T. M. Dembroski [et al.] – Text : direct // Health Psychol. – 1989. – Vol. 8. – pp. 343–354. – doi: 10.1037//0278-6133.8.3.343

210. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population / J. P. Lépine, I. Gasquet, V. Kovess [et al.] – Text : direct // Encephale. – 2005. – Vol. 31 (2). – pp. 182–194. – doi: 10.1016/s0013-7006(05)82385-1

211. Prevalence, incidence and mortality from cardiovascular disease in patients with pooled and specific severe mental illness: a large-scale meta-analysis of 3,211,768 patients and 113,383,368 controls / Ch. U. Correl, M. Solmi, N. Veronese [et al.] – Text : direct // World Psychiatry. – 2017. – Vol. 16 (2). – pp. 163–180. – doi: 10.1002/wps.20420

212. Prevalence of depression in myocardial infarction: A PRISMA-compliant meta-analysis. / L. Feng, L. Li, W. Liu [et al.] – Text : direct // Medicine (Baltimore). – 2019. – Vol. 98 (8). – P. e14596. doi: 10.1097/MD.00000000000014596.

213. Prevalence of depressive symptoms among pregnant women and postpartum women in China during the COVID-19 pandemic / H. X. Bo, Y. Yang, J. Chen [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 2021. – Vol. 83 (4). – pp. 345–350. – doi: 10.1097 / PSY.0000000000000904

214. Prognostic association of anxiety post myocardial infarction with mortality

and new cardiac events: a meta-analysis / A. M. Roest, E. J. Martens, J. Denollet [et al.] – Text : direct // Psychosom Med. – 2010. – Vol. 72 (6). – pp. 563-569. – doi: 10.1097/PSY.0b013e3181dbff97

215. Prospective Study of Depressive Symptoms and Risk of Stroke Among Japanese / T. Ohira, H. Iso, S. Satoh [et al.] – Text : direct // Stroke. – 2001. – Vol. 32. – pp. 903–908. – doi: 10.1161/01.str.32.4.903

216. Prospective study of shift work and risk of coronary heart disease in women / I. Kawachi, G. A. Colditz, M. J. Stampfer [et al.] – Text : direct // Circulation. – 1995. – Vol. 92. – pp. 3178–3182. – doi: 10.1161/01.cir.92.11.3178

217. Psychological, biological and health behavior predictors of blood pressure changes in middle-aged women / J. H. Markovitz, K. A. Matthews, R. R. Wing [et al.] – Text : direct // J Hypertens. – 1991. – Vol. 9. – pp. 399–406.

218. Psychological Distress and Suicidal Ideation in Patients With Atrial Fibrillation: Prevalence and Response to Management Strategy / T. E. Walters, K. Wick, G. Tan [et al.] – Text : direct // J. Am. Heart Assoc. – 2018. – Vol. 7(18): e005502. – doi: 1161/JAHA.117.005502

219. Psychosocial and socioeconomic determinants of cardiovascular mortality in Eastern Europe: A multicentre prospective cohort study / T. Tillmann, H. Pikhart, A. Peasey [et al.] – Text : direct // PLoS Med. – 2017. – Vol. 14 (12). – e1002459. –doi: 10.1371/journal.pmed.1002459

220. Psychosocial markers of pre-hospital decision delay and psychological distress in acute coronary syndrome patients / M. Arrebola-Moreno, D. Petrova, D. Garrido [et al.] – Text : direct // Br J Health Psychol. – 2020. – Vol. 25 (2 suppl). – pp. 305–323. – doi: 10.1111/bjhp.12408

221. Psychological stress and incidence of ischemic heart disease / L. Moore, F. Meyer, M. Peruss [et al.] – Text : direct // Int. J. Epidemiol. – 1999. – Vol. 28 (4). – pp. 652–658. – doi: 10.1093/ije/28.4.652

222. Ravaja, N. Relationships between hostility and physiological coronary heart disease risk factors in young adults: the moderating influence of depressive tendencies / N. Ravaja, T. Kauppinen, L. Keltikangas-Järvinen [et al.] – Text : direct // Psychol Med.

– 2000. – Vol. 30 (2). – pp. 381-93. – doi: 10.1017/s0033291700001720

223. Relations between anger expression and cardiovascular reactivity: Reconciling inconsistent findings through a matching hypothesis / T. Engebretson, K. Matthews, M. Scheier [et al.] – Text : direct // J. Pers. Soc. Psychol. – 1989. – Vol. 58. – pp. 844-854. – doi: 10.1037/0022-3514.57.3.513

224. Relation of Persistent Depressive Symptoms to Coronary Artery Calcification in Women Aged 46 to 59 Years / I. Janssen, L. H. Powell, K. A. Matthews [et al.] – Text : direct // Am. J. Cardiol. – 2016. – Vol. 117 (12). – pp. 1884–1889. – doi: 10.1016/j.amjcard.2016.03.035

225. Relation of Stress Hormones (Urinary Catecholamines/Cortisol) to Coronary Artery Calcium in Men Versus Women (from the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis [MESA]) / R. T. Zipursky, M. C. Press, P. Srikanthan [et al.]– Text : direct // Am. J. Cardiol. – 2017. – Vol. 119 (12). – pp. 1963–1971. – doi: 10.1016/j.amjcard.2017.03.025

226. Relationship between working conditions and angina symptoms in working women / T. Lallukka, P. Martikainen, A. Reunanen [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 2006. – Vol. 68 (2). – pp. 348–354. – doi: 10.1097 / 01.psy.0000204653.92047

227. Riolo, S. Prevalence of Depression by Race/Ethnicity: Findings From the National Health and Nutrition Examination Survey III / S. Riolo, T. Nguyen, J. Greden – Text : direct // Am J Public Health. – 2005. –Vol. 95(6). – 998–1000. – doi: 10.2105/AJPH.2004.047225

228. Role of personality in cardiovascular diseases: An issue that needs to be focused too! / S. Sahoo, S. Padhy, B. Padhee [et al.]– Text : direct // Indian Heart J. – 2018. – Vol. 3. – pp. 471–477. – doi: 10.1016/j.ihj.2018.11.003

229. Rosenblit, P. Extreme Atherosclerotic Cardiovascular Disease (ASCVD) Risk Recognition / P. Rosenblit – Text : direct // Curr Diab Rep. – 2019. – Vol. 19(11). – pp. 123–131. – doi: 10.1007/s11892-019-1178-6

230. Sex and gender-stratified risks of psychological factors for adverse clinical outcomes in patients with ischemic heart disease: A systematic review and meta-analysis / V. R. Smaardijk, A. H. E. M. Maas, P. Lodder [et al.] – Text : direct // Int. J.

Cardiol. – 2020. – Vol. 302. – pp. 21–29. – doi: 10.1016/j.ijcard.2019.12.014

231. Shimbo, D. Hostility and Platelet Reactivity in Individuals Without a History of Cardiovascular Disease Events / D. Shimbo, W. Chaplin, S. Kuruvilla – Text : direct // Psychosom. Med. – 2009. – Vol. 71(7). – pp. 741–747– doi: 10.1097/PSY.0b013e3181ad18b6

232. Sibai, A. M. Marital status, intergenerational co-residence and cardiovascular and all-cause mortality among middle-aged and older men and women during wartime in Beirut: gains and liabilities – Text : direct / A. M. Sibai, K. M. Yount, A. Fletcher – Text : direct // Soc Sci Med. – 2007. – Vol. 64. – pp. 64–76. –doi: 10.1016/j.socscimed.2006.08.006

233. Siegrist, J. Chronic work stress is associated with atherogenic lipids and elevated in middle-aged men / J. Siegrist, R. Peter, P. Cremer – Text : direct // J. Intern. Med. – 1997. – Vol. 242. – pp. 149–256. – doi: 10.1046/j.1365-2796.1997.00167.x

234. Skala, J. A. Coronary heart disease and depression: a review of recent mechanistic research / J. A. Skala, K. E. Freedland, R. M. Carney – Text : direct // Can. J. Psychiatry. – 2006. – Vol. 51. – pp. 738–745. – doi:10.1177/070674370605101203

235. Smoller, J. Panic Attacks and Risk of Incident Cardiovascular Events Among Postmenopausal Women in the Women's Health Initiative Observational Study / J. Smoller, M. Pollack, S. Wassertheil-Smoller – Text : direct // Arch Gen Psychiatry. – 2007. – Vol. 64 (10). – pp. 1153–1160. – doi:10.1001/archpsyc.64.10.1153

236. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women / E. McFadden, R. Luben, S. Bingham [et al.] – Text : direct // BMC Public Health. – 2008. – Vol. 8. – pp. 218–230. – doi:10.1186/1471-2458-8-230

237. Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence and implications for treatment / H. S. Lett, J. A. Blumenthal, M. A. Babyak [et al.]– Text : direct // Psychosom. Med. – 2005. – Vol. 67. – pp. 869–878. – doi: 10.1097/01.psy.0000188393.73571.0a

238. Socioeconomic inequality in recovery from poor physical and mental health in mid-life and early old age: prospective Whitehall II cohort study / A. Tanaka, M. J.

Shipley, C. A. Welch [et al.] – Text : direct // J Epidemiol Community Health. – 2018. – Vol. 72 (I.4). – pp. 309–313. – doi: 10.1136/jech-2017-209584

239. Socioeconomic status and depression as combined risk factors for acute myocardial infarction and stroke: A population-based study of 2.7 million Korean adults / Y. Cho, T. H. Lim, H. Kang [et al.] – Text : direct // J Psychosom Res. – 2019. – Vol. 121. – pp. 14–23. – doi: 10.1016/j.jpsychores.2019.01.016

240. Sols, J. Anger, anxiety and depression as risk factors for cardiovascular disease: problems and consequences of overlapping affective dispositions / J. Sols, J. Bund – Text : direct // Psychol Bull. – 2005. – Vol. 131 (2). – pp. 260–300. – doi: 10.1037/0033-2909.131.2.2603

241. Somatic and sociodemographic predictors of depression outcome among depressed patients with coronary artery disease - a secondary analysis of the SPIRR-CAD study / F. Vitinius, S. Escherich, H. C. Deter [et al.] – Text : direct // BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19 (1). – pp. 57–66. – doi: 10.1186/s12888-019-2026-6

242. Stamler, J. Epidemiology of coronary heart disease / J. Stamler – Text : direct // Med. Clin. M. Amer. – 1973. – Vol. 57. – pp. 46-59. – doi: 10.1016/s0025-7125(16)32300-8

243. Stress in working women: the impact of marital status and having children in the home on neurohormone production and household stress / E. J. Luecken, E. C. Suarez, C. M. Kuhn [et al.] – Text : direct // Psychosom. Med. – 1997. – Vol. 59 (4). – pp. 352–359. – doi: 10.1097 / 00006842-199707000-00003

244. Stress and Inflammation in Coronary Artery Disease: A Review Psychoneuroendocrineimmunology-Based / M. Fioranelli, A. G. Bottaccioli, F. Bottaccioli [et al.] – Text : direct // Front Immunol. – 2018. – Vol. 9. – pp. 20–31. doi: 10.3389/fimmu.2018.02031.

245. Stroke registration in Goteborg, Sweden, 1970-1975. Incidence and fatality rates / P. Harmsen, G. Berglund, O. Larsson [et al.] – Text : direct // Acta Med. Scand. – 1979. – Vol. 206. – pp. 337-344. – doi: 10.1111/j.0954-6820.1979.tb13524.x

246. Surtees, P. Psychological distress, major depressive disorder, and risk of stroke / P. Surtees, J. Wainwright, R. Luben – Text : direct // Neurology. – 2008. – Vol.

70. pp. 788–794. – doi: 10.1212/01.wnl.0000304109.18563.81

247. Susceptibility to chronic social stress increases plaque progression, vulnerability and platelet activation / C. Giannarelli, D. T. Rodriguez, M. U. Zafar [et al.] – Text : direct // *Thromb. Haemost.* – 2017. – Vol. 117 (4). – pp.816–818. – doi: 10.1160/TH16-10-0817

248. The dyadic effects of Type D personality on health in romantic couples / L. Williams, S. Ashford-Smith, L. Cobban [et al.] – Text : direct // *Psychol. Health.* – 2019. – Vol. 22. – pp. 1–13. – doi: 10.1080/08870446.2019.1679371

249. The association of depression and all-cause and cause-specific mortality: an umbrella review of systematic reviews and meta analyses / M. O. Machado, N. Veronese, M. Sanches [et al.] – Text : direct // *J. Am. Coll. Cardiol.* – 2018. – Vol. 16. – pp. 112–128. – doi: 10.1186/s12916-018-1101-z

250. The moderating role of social support for marital adjustment, depression, anxiety, and stress: Evidence from Pakistani working and nonworking women / J. Abbas, M. Aqeel, J. Abbas [et al.] – Text : direct // *J Affect Disord.* – 2019. – Vol. 244. – pp. 231–238. – doi: 10.1016/j.jad.2018.07.071

251. The Psycho-cardiac Coupling, Myocardial Remodeling, and Neuroendocrine Factor Levels: The Psychosomatics of Major Depressive Disorder / J. N. Syeda, I. H. Rutkofsky, A. S. Muhammad [et al.] – Text : direct // *Cureus.* – 2018. – Vol. 10 (4): e2464. – doi: 10.7759/cureus.2464

252. The role of emotional competence in Takotsubo cardiomyopathy / A. Compare, A. Brugnera, M. M. Spada [et al.] – Text : direct // *Psychosom. Med.* – 2018. – Vol.80. – pp. 377–384. – doi: 10.1097/PSY.0000000000000564

253. The role of psychopathology in perceiving, reporting and treating intermittent claudication: a systematic review / A. Sliwka, M. Furgal, P. Maga [et al.] – Text : direct // *Int. Angiol.* – 2018. – Vol. 37 (5). – pp. 335–345. – doi: 10.23736/S0392-9590.18.03948-2

254. The role of type A behavior and hostility in an elevation of plasma lipids in adult women and men / G. Weidner, G. Sexton, R. McLellarn [et al.] – Text : direct // *Psychosom. Med.* – 1987. – Vol. 49. – pp. 136–145. – doi: 10.1097/00006842-

198703000-00004

255. The Systematic Coronary Risk Evaluation (SCORE) for the prevention of cardiovascular diseases. Protocol of a systematic review / T. Tomasik, J. Krzysztoń, K. Dubas-Jakóbczyk [et al.] – Text : direct // Probl. Med. Rodz. – 2015. – Vol. 2. – pp. 72. – doi: 10.1080/00015385.2017.1335052

256. Triggers of myocardial ischemia during daily life in patients with coronary artery disease: physical and mental activities, anger and smoking / F. H. Gabbay, D. S. Krantz, W. J. Kop [et al.] – Text : direct // J. Am. Coll. Cardiol. – 1996. – Vol. 27. – pp. 585–592. – doi: 10.1016 / 0735-1097 (95) 00510-2.

257. Type D personality and global positioning system tracked social behavior in patients with cardiovascular disease / M. Habibović, G. Gavidia, E. Broers [et al.] – Text : direct // Health Psychol. – 2020. – Vol. 39(8). – pp. 711–720. – doi: 10.1037/hea0000823

258. Type D Personality, Concomitant Depressive and Anxiety Disorders, and Treatment Outcomes in Somatic Symptom and Related Disorders: An Observational Longitudinal Cohort Study / L. de Vroege, E. W. de Heer, E. van der Thiel [et al.] – Text : direct // Front Psychiatry. – 2019. – Vol. 10. – pp. 1–11. – doi: 10.3389/fpsyt.2019.00417

259. Type D personality is associated with glycemic control and socio-psychological factors on patients with type 2 diabetes mellitus: A Cross-Sectional Study / Y. H. Lin, D. A. Chen, C. Lin [et al.] – Text : direct // Psychol Res Behav Manag. – 2020. – Vol. 13. – pp. 373–381. – doi: 10.2147/PRBM.S245226

260. US Preventive Services Task Force. Risk Assessment for Cardiovascular Disease with Nontraditional Risk Factors: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement / S. J. Curry, A. H. Krist, D. K. Owens[et al.] – Text : direct // JAMA. – 2018. – Vol. 320 (3). – pp. 272–280. doi: 10.1001/jama.2018.8359.

261. Ventricular ectopy: impact of self-reported stress after myocardial infarction / P. J. Smith, J. A. Blumenthal, M. A. Babyak [et al.] – Text : direct // Am. Heart J. – 2007. – Vol. 153. – pp. 133–139. – doi: 10.1016/j.ahj.2006.10.016

262. Vogeleson, C. Serum lipid concentrations, hostility and cardiovascular reactions

to mental stress / C. Vogele – Text : direct // Int. J. Psychophysiol. – 1998. – Vol. 28. – pp. 167–179. – doi: 10.1016/s0167-8760(97)00094-9

263. Von Känel, R. Psychosocial stress and cardiovascular risk: current opinion / R. von Känel – Text : direct // Swiss Med Wkly. – 2012. – №142:w13502. – doi: 10.4414/smw.2012.13502. – doi: 10.4414/smw.2012.13502

264. Wassertheil-Smoller, S. Depression and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women. The Women's Health Initiative (WHI) / S. Wassertheil-Smoller, S. Shumaker, J. Ockene – Text : direct // Arch Intern Med. – 2004. – Vol. 164. – pp. 289–298. – doi: 10.1001/archinte.164.3.289

265. Williams, J. The Association Between Trait Anger and Incident Stroke Risk. The Atherosclerosis Risk in Communities (ARIC) Study / J. Williams, F. Nieto, C. Sanford [et al.] – Text : direct // Stroke. – 2002. – Vol. 33. – pp. 13–19. – doi: 10.1161/hs0102.101625

266. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects [Electronic resource]. – URL : <http://www.wma.net/en30publications/10policcies/b3/17c.pdf> (date accessed: 24.09.2021)

267. Work-related psychosocial factors and the development of ischemic heart disease: a systematic review / N. H. Eller, B. Netterstrøm, F. Gyntelberg [et al.]– Text : direct // Cardiol. Rev. – 2009. – Vol. 17. – pp. 83–97. – doi:10.1097/CRD.0b013e318198c8e9

268. Work stress and risk of cardiovascular mortality: prospective cohort study of industrial employees / M. Kivimäki, P. Leino, R. Luukkonen [et al.] – Text : direct // BMJ. – 2002. – Vol. 325 (7369). – pp. 857–862. – doi: 10.1136/bmj.325.7369.857

269. Wulsin, L. R. Is depression a major risk factor for coronary disease? A systematic review of the epidemiologic evidence / L. R. Wulsin – Text : direct // Harv. Rev. Psychiatry. – 2004. – Vol. 12. – pp. 79–93.– doi: 10.1080/10673220490447191

ПРИЛОЖЕНИЕ А

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ПСФ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ
ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ
СИБИРИ В ВОЗРАСТНОМ ДИАПАЗОНЕ (В СООТВЕТСТВИИ С АНКЕТОЙ
ВОЗ MONICA-MOPSY)

Таблица А1 – Уровни личностной тревожности у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по шкале самооценки Ч.Д. Спилбергера / Ю.Л. Ханина)

Возрастные группы	Низкий (n=78)		Средний (n=255)		Высокий (n=370)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25 – 34 (122)	15	12,3	46	**37,7	61	**50,0
35 – 44 (207)	22	10,6	91	***44,0	94	***45,4
45 – 54 (159)	19	11,9	33	20,8	107	67,3***
55 – 64 (215)	22	10,2	85	***39,5	108	***50,2*
25 – 64 (703)	78	11,1	255	36,3	370	52,6
СП	78	11,5***	255	36,9***	370	54,7***

Примечания. 1. Звездочкой (*) справа обозначены статистически значимые различия между уровнями ЛТ: низкий – средний; средний – высокий; низкий – высокий.

2. Звездочкой (*) слева обозначены статистически значимые различия между возрастными группами 25-34, 35-44, 55-64 лет и возрастной группой 45-54 лет.

3. Здесь и далее * - $p < 0,05$; ** - $p < 0,01$; *** - $p < 0,001$; СП – стандартизованный по возраст показатель.

Таблица А2 – Уровни депрессии у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по шкале депрессии Depression Scale – тест MOPSY)

Возрастные группы	Низкий (n=495)		Средний (n=153)		Высокий (n=55)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25 – 34 (122)	85	69,7	27	22,1	10	8,2
35 – 44 (207)	157	75,9	35	16,9	15	7,2
45 – 54 (159)	111	69,8	38	23,9	10	6,3
55 – 64 (215)	142	*66,0	53	24,7	20	9,3
25 – 64 (703)	495	70,4	153	21,8	55	7,8
СП	495	73,1***	153	22,1***	55	7,9***

Примечания. 1. Звездочкой (*) справа обозначены статистически значимые различия между уровнями депрессии: низкий – средний; средний – высокий; низкий – высокий.

2. Звездочкой (*) слева обозначены статистически значимые различия между возрастными группами 35-44 и 55-64 лет.

Таблица А3 – Уровни враждебности у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по шкале враждебности Hostility Scale – тест MOPSY)

Возрастные группы	Низкий (n=91)		Средний (n=133)		Высокий (n=479)	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
25 – 34 (122)	17	13,9	25	20,5	80	65,6
35 – 44 (207)	21	10,1	34	16,4	152	73,5
45 – 54 (159)	18	11,3**	38	23,9	103	64,8***
55 – 64 (215)	35	16,3	36	16,7	144	67,0
25 – 64 (703)	91	12,9	133	18,9	479	68,2
СП	91	12,5**	133	19,7***	479	70,8***

Примечания. 1. Звездочкой (*) справа обозначены статистически значимые различия между уровнями враждебности: низкий – средний; средний – высокий; низкий – высокий.

Таблица А4 – Стресс в семье у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по анкете ВОЗ MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»)

Вопрос / отношение	Возрастные группы женщины										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
1. Тяжело болел или умер кто-нибудь из Ваших близких в течение 12 месяцев?											
1.1. Да	40	32,8	58	28,0	53	33,3	57	26,5	208	29,6	30,8
1.2. Нет	82	67,2	149	72,0	106	66,7	158	73,5	495	70,4	72,2
2. Изменилось ли Ваше семейное положение за последние 12 месяцев (женился, развелся, оставил семью, овдовел, родился ребенок, другое)?											
2.1. Нет изменений	99	81,1	172	83,1	119	74,9	168	78,1	558	79,4	81,9
2.2. Одно изменение	10	8,2	27	13,0	18	11,3	30	14,0	85	12,1	12,3
2.3. Несколько	13	10,7	8	*3,9*	22	*13,8***	17	7,9	60	8,5	8,9
3. Были ли у Вас в семье серьезные конфликты в течение последних 12 месяцев?											
3.1. Не было	72	59,0	114	55,0	74	46,5	132	61,4	392	55,8	56,7
3.2. Был один	16	13,1	38	18,4	27	17,0	28	13,0	109	15,5	16,3
3.3. Несколько	24	19,7	37	17,9	42	26,4*	35	16,3*	138	19,6	20,7
3.4. Бывает часто	10	8,2	18	8,7	16	10,1	20	9,3	64	9,1	9,4
4. Мешает ли Вам что-нибудь спокойно отдохнуть дома?											
4.1. Нет	83	68,0	133	64,3	115	72,3	138	64,2	469	66,7	69,1
4.2. Да	39	32,0	74	35,7	44	27,7	77	35,8	234	33,3	34,0

Примечания. 1. Звездочкой (*) справа, обозначены статистически значимые различия между последующими возрастными группами.

2. Звездочкой (*) слева, обозначены статистически значимые различия между возрастными группами и общепопуляционным показателем 25-64 лет.

Таблица А5 – Стресс на работе у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по анкете ВОЗ MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»)

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
1. Изменилась ли Ваша специальность в течение последних 12 месяцев?											
1.1. Да	43	35,3	61	29,5	64	40,3*	65	30,2*	233	33,1	34,5
1.2. Нет	79	64,7	146	70,5	95	59,7	150	69,8	470	66,9	68,6
2. Изменилась ли Ваша нагрузка на работе в течение последних 12 месяцев?											
2.1. Стал выполнять дополнительную работу	45	36,9	78	37,7	59	37,1	63	29,3	245	34,9	36,6
2.2. Не изменилась	55	45,1	92	44,4	64	40,3	109	50,7*	320	45,5	46,3
2.3. Уменьшил или перестал выполнять дополнительную работу	22	18,0	37	17,9	36	22,6	43	20,0	138	19,6	20,2
3. Нравится ли Вам ваша работа?											
3.1. Совсем не нравится	1	0,8	5	2,4	2	1,3	5	2,3	13	1,8	1,9
3.2. Не нравится	3	2,5	7	3,4	8	5,0	10	4,7	28	4,0	4,1
3.3. Средне	45	36,9	76	36,7	54	34,0	85	39,5	260	37,0	37,8
3.4. Нравится	59	48,3	92	44,5	77	48,4	97	45,1	325	46,2	47,7
3.5. Очень нравится	14	11,5	27	13,0	18	11,3	18	8,4	77	11,0	11,6
4. Изменилась ли Ваша ответственность на работе в течение последних 12 месяцев?											
4.1. Не изменилась	67	54,9	110	53,1	86	54,1	125	58,1	388	55,2	56,5
4.2. Повысилась	44	36,1	85	41,1	66	41,5	75	34,9	270	38,4	40,1
4.3. Понижилась	11	9,0	12	5,8	7	4,4	15	7,0	45	6,4	6,5

Продолжение таблицы А5

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
5. Как Вы оцениваете ответственность своей работы в течение последних 12 месяцев?											
5.1. Незначительная	1	0,8	8	3,9	6	3,8	8	3,7	23	3,3	3,4
5.2. Средняя	45	36,9	63	30,4	53	33,3	73	34,0	234	33,3	34,1
5.3. Высокая	64	52,5	113	54,6	87	54,7	113	52,5	377	53,6	55,4
5.4. Очень высокая	12	9,8	23	11,1	13	8,2	21	9,8	69	9,8	10,1
6. Произошли ли у Вас на работе значительные перемены за последние 12 месяцев?											
6.1. Не было	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6.2. Конфликты с начальством	9	7,4	20	9,7	7	4,4	13	6,1	49	7,0	7,3
6.3. Конфликты с подчиненными	4	3,3	7	3,4	4	2,5	10	4,7	25	3,6	3,5
6.4. Смена раб. Места	32	26,2	41	19,8	35	22,0	49	22,8	159	22,6	22,9
6.5. Смена руководителя	8	6,6	26	12,6	15	9,4	16	7,4	65	9,2	9,8
6.6. Смена подчиненных	3	2,5	9	4,3	5	3,1	6	2,8	23	3,3	3,4
6.7. Изменение оклада	14	11,5	22	10,6	27	17,0	28	13,0	91	12,9	13,4
6.8. Другие	52	42,5	82	39,6	66	41,6	93	43,2	291	41,4	42,7
7. Удастся ли Вам расслабиться и отдохнуть после обычного рабочего дня в течение последних 12 месяцев?											
7.1. Нет, никогда	4	3,3	8	3,9	7	4,4	9	4,2	29	4,1	4,1
7.2. Редко	39	32,0	79	38,2	50	31,4	74	34,4	241	34,3	35,5
7.3. Бывает всякое	49	40,1	74	35,7	60	37,7	82	38,1	265	37,7	38,7
7.4. Часто	20	16,4	26	12,6	26	16,4	29	13,5	101	14,4	14,9
7.5. Да, всегда	10	8,2	20	9,7	16	10,1	21	9,8	67	9,5	9,8

Примечание. Звездочкой (*) справа обозначены статистически значимые различия между последующими возрастными группами.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ОБЪЕКТИВНО-СУБЪЕКТИВНОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН 25-64 ЛЕТ ОТКРЫТОЙ ПОПУЛЯЦИИ СРЕДНЕУРБАНИЗИРОВАННОГО ГОРОДА ЗАПАДНОЙ СИБИРИ В ВОЗРАСТНОМ ДИАПАЗОНЕ (В СООТВЕТСТВИИ С АНКЕТОЙ ВОЗ MONICA-MOPSY)

Таблица Б1 – Отношение к здоровью и его самооценка у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по анкете ВОЗ MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»)

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
1. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья?											
1.1. Совершенно здоров	1	0,8	0	0	2	1,3	1	0,5	4	0,6	0,6
1.2. Здоровье хорошее	10	8,2	30	14,5	13	8,2	24	11,2	77	11,0	11,3
1.3. Здоров	23	18,9	51	24,6	26	16,4	46	21,4	146	20,8	21,3
1.4. Не совсем здоров	82	67,2	121	58,5	105	65,9	128	59,5	436	61,9	64,3
1.5. Болен	6	4,9	5	2,4	13	8,2*	16	7,4	40	5,7	5,7
2. Имеете ли Вы жалобы на свое здоровье?											
2.1. Да	106	86,9	141	**68,1***	123	77,4	154	71,6	524	74,6	77,1
2.2. Нет	16	13,1	66	31,9	36	22,6	61	28,4	179	25,4	26,1
3. Как, по-вашему, достаточно ли Вы заботитесь о своем здоровье?											
3.1. Да	15	12,3	25	12,1	14	8,8	27	12,6	81	11,5	11,7
3.2. Мог бы заботиться больше	64	52,4	115	55,5	73	45,9	106	49,3	358	50,9	52,8
3.3. Явно недостаточно	43	35,3	67	32,4	72	45,3*	82	38,1	264	37,6	38,7

Продолжение таблицы Б1

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
4. Если на работе Вы почувствовали себя не совсем хорошо, что Вы делаете? (пенсионеры и неработающие отвечают так, как будто бы они работали)											
4.1. Продолжаю работу	56	45,9	96	46,4	71	44,6	108	50,3	331	47,1	46,6
4.2. Сокращаю работу и отдыхаю	50	41,0	84	40,6	61	38,4	76	35,3	271	38,5	39,2
4.3. Обращаюсь к врачу	16	13,1	27	13,0	27	17,0	31	14,4	101	14,4	14,1
5. Если Вы гриппуете или температурите, что Вы предпринимаете?											
5.1. Работаю как обычно	47	38,5	71	34,3	59	37,1	77	35,8	254	36,1	36,5
5.2. Остаюсь дома и делаю все возможное, чтобы поскорее вернуться на работу	63	51,7	100	48,3	78	49,1	105	48,9	346	49,2	49,7
5.3. Остаюсь дома до тех пор, пока не почувствую себя лучше	12	9,8	36	17,4	22	13,8	33	15,3	103	14,7	13,7

Примечания. 1. Здесь и далее в таблицах Б2 и Б3 звездочкой (*) справа обозначены статистически значимые различия между последующими возрастными группами.

2. Звездочкой (*) слева обозначены статистически значимые различия между возрастными группами и общепопуляционным показателем 25-64 лет.

Таблица Б2 – Отношение к профилактике заболеваний у женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по анкете ВОЗ MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»)

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	
1. Считаете ли Вы, что здоровый человек Вашего возраста может заболеть серьезной болезнью в течение ближайших 5-10 лет?											
1.1. Очень возможно	41	33,6	72	34,8	67	42,1	77	35,8	257	36,6	36,2
1.2. Возможно	80	65,6	134	64,7	88	55,4	138	64,2	440	62,5	62,8
1.3. Невероятно	1	0,8	1	0,5	4	2,5	0	0	6	0,9	0,9
2. Как Вы думаете, может ли здоровый человек Вашего возраста избежать некоторых серьезных заболеваний, если заранее примет предупредительные меры?											
2.1. Да, безусловно может	71	58,2	150	72,4*	93	58,5**	152	70,7*	466	66,3	64,3
2.2. Может быть, да	51	41,8	55	26,6**	62	39,0*	62	28,8*	230	32,7	34,8
2.3. Невероятно	0	0	2	1,0	4	2,5	1	0,5	7	1,0	0,9
3. Верите ли Вы, что современная медицина может предупредить болезни сердца?											
3.1. Да, все болезни сердца	6	4,9	12	5,8	13	8,2	11	5,1	42	6,0	5,9
3.2. Да, большинство болезней	56	46,0	88	42,5	72	45,3	91	42,3	307	43,6	44,1
3.3. Зависит, какая болезнь	53	43,4	89	43,0	60	37,7	96	44,7	298	42,4	42,4
3.4. Нет, только некоторые	6	4,9	17	8,2	12	7,5	17	7,9	52	7,4	6,9
3.5. Нет, ни одной	1	0,8	1	0,5	2	1,3	0	0	4	0,6	0,7
4. Как Вы считаете, полезна ли профилактическая проверка своего здоровья?											
4.1. Да. Полезна	104	85,2	183	88,4	136	85,5	183	85,1	606	86,2	86,1
4.2. Возможно, да	18	14,8	24	11,6	23	14,5	30	14,0	95	13,5	13,7
4.3. Возможно, нет	0	0	0	0	0	0	2	0,9	2	0,3	0,2
4.4. Не полезна	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Таблица Б3 – Отношение к медицинской помощи женщин 25-64 лет среднеурбанизированного города Западной Сибири (по анкете ВОЗ MONICA-MOPSY «Знание и отношение к своему здоровью»)

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
1. Одним из нарушений здоровья у человека среднего возраста являются болезни сердца. Существуют различные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемое?											
1.1 Независимо, чувствую ли я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца, я регулярно проверяюсь у врача	13	10,7	20	9,7	13	8,2	20	9,3	66	9,4	9,1
1.2. Я обратился бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца	37	30,3	72	34,8	49	30,8	71	33,0	229	32,6	32,0
1.3. Я обратился бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены	68	55,7	108	52,1	90	56,6	120	55,8	386	54,9	55,1

Продолжение таблицы Б3

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
1.4. Я не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца	4	3,3	7	3,4	7	4,4	4	1,9	22	3,1	3,3
2. Мнения людей о современных методах диагностики сердечных заболеваний различны. С которым мнением Вы согласны?											
2.1. Я доверяюсь своему самочувствию. Если я чувствую себя хорошо, это значит, что я не болею	30	24,6	40	19,3	30	18,9	49	22,8	149	21,2	21,6
2.2. Врач знает больше меня. Если он осмотрел меня и сказал, что я больной или здоров, я ему верю	29	23,8	68	32,9	57	35,8	66	30,7	220	31,3	30,1
2.3. Я не обязательно соглашусь с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования	63	51,6	99	47,8	72	45,3	100	46,5	334	47,5	48,3

Продолжение таблицы Б3

Вопрос / отношение	Возрастные группы										
	25 – 34 (n=122)		35 – 44 (n=207)		45 – 54 (n=159)		55 – 64 (n=215)		25 – 64 (n=703)		СП
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	%
3. Испытывали ли Вы приятные переживания, связанные с медицинским обслуживанием?											
3.1. Никогда	25	20,5	45	21,7	37	23,3	49	22,8	156	22,2	21,9
3.2. Раз или два	22	18,0	42	20,3	40	25,2	46	21,4	150	21,3	21,0
3.3. Несколько раз	57	46,7	88	42,6	54	34,0	91	42,3	290	41,3	41,9
3.4. Часто	15	12,3	28	13,5	25	15,7	26	12,1	94	13,4	13,3
3.5. Очень часто	3	2,5	4	1,9	3	1,9	3	1,4	13	1,8	2,0
4. Считаете ли Вы, что в настоящее время можно успешно лечить болезни сердца?											
4.1. Да, все болезни сердца	15	12,3	12	5,8*	12	7,5	13	6,0	52	7,4	8,3
4.2. Да, большинство болезней	73	59,8	115	55,5	92	57,9	120	55,8	400	56,9	57,5
4.3. Зависит, какая болезнь	34	27,9	77	37,2	54	34,0	78	36,3	243	34,6	33,3
4.4. Только несколько	0	0	2	1,0	0	0	4	1,9	6	0,9	0,6
4.5. Нет, ни одной	0	0	1	0,5	1	0,6	0	0	2	0,2	0,3