

ОСОБЕННОСТИ ОТНОШЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ К СОБСТВЕННОМУ ЗДОРОВЬЮ, ВЛИЯЮЩИЕ НА ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРОФИЛАКТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА

¹М.Г.Русаленко, ²Т.М.Шаршакова, ²Д.В.Ковалевский, ¹И.Г.Савастеева

¹ Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека,
ул. Ильича, 290, 246040, г. Гомель, Республика Беларусь

² Гомельский государственный медицинский университет,
ул. Ланге, 5, 246000, г. Гомель, Республика Беларусь

В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение мнения населения о состоянии собственного здоровья и осведомленности о факторах, способствующих развитию наиболее социально значимых заболеваний, в том числе, сахарного диабета 2 типа. Выявлены барьеры, которые негативно сказываются на возможности и желании населения заботиться о состоянии своего здоровья: высокая распространенность поведенческих факторов риска, низкая информированность о возможностях управлять этими факторами, у некоторых категорий населения – отсутствие желания это делать, низкая приверженность лечению, недооценка населением роли модификации образа жизни и коррекции поведенческих факторов риска с целью улучшения здоровья. По мнению населения, ответственность за собственное здоровье необходимо возлагать на себя, главные приоритеты в жизни – семья и хорошее здоровье, однако низкая самооценка и недостаточная уверенность в собственных способностях, а также выраженная зависимость от мнения окружающих среди большинства препятствуют формированию позитивного отношения к эффективности предпринимаемых мер и развитию сильной и стойкой мотивации на здоровый образ жизни. Полученные данные позволили определить ряд организационных вопросов, решение которых позволит совершенствовать систему профилактических мероприятий. Установлены недостаточные роль и значимость медицинских работников первичного звена и врачей-валеологов отделов общественного здоровья центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья в проведении профилактических мероприятий. Отмечено, что основными причинами низкой приверженности лечению являются дефицит знаний о пользе и вреде лекарственных средств, боязнь побочных явлений, отсутствие веры в эффективность применяемых методов профилактики, использование в качестве источников информации не представителей системы здравоохранения, а средств массовой информации и наличие, при этом, высокой потребности и желания в индивидуальном консультировании специалистами поликлиник при получении информации о сохранении здоровья.

Ключевые слова: сахарный диабет; поведенческие факторы риска; мнение населения; приверженность лечению; барьеры профилактики.

Введение

По данным Международной федерации диабета (International Diabetes Federation, IDF), распространенность сахарного диабета (СД) в мире среди лиц 20–79 лет увеличилась со 151 миллиона (4,6% населения) в 2000 г. до 463 миллионов (9,3% населения) в 2019 г. и по прогнозам достигнет к 2030 г. показателя в 578 миллионов (10,2% населения), а к 2045 г. – 700 миллионов (10,9%) [1].

В общей структуре заболевания доля сахарного диабета 2 типа (СД 2 типа) составляет 90–

95% [2]. Известно, что развитию СД 2 типа способствуют поведенческие (образ жизни) и генетические факторы риска (ФР). Рядом исследований было доказано, что модификация образа жизни – снижение веса, рациональное питание, физическая активность (ФА) – является позитивным фактором, способствующим предотвращению развития СД 2 типа [3–5]. При этом, отмечено, что поведенческие факторы играют более важную роль, чем генетическая предрасположенность [6].

В системе здравоохранения Республики Беларусь организовано обучение пациентов в Школах

здоровья, и функционируют более 200 Школ диабета. Однако, высокая распространенность ФР СД 2 типа среди населения по данным STEPS-исследования, проведенного в 2016–2017 гг., свидетельствует о низкой приверженности профилактике и неэффективности существующих интервенционных стратегий [7]. Персонализированный подход должен основываться не только на знании антропометрических и возрастно-половых, но и психологических особенностей обучаемых лиц, а при разработке стратегии обучения необходимо учитывать мнение и ожидания обучаемых, их установки и позиции, что будет способствовать установлению долгосрочных партнерских отношений между медицинскими работниками и пациентами и поможет добиваться желаемых результатов в плане профилактики и лечения СД 2 типа.

Цель исследования – проанализировать наиболее значимые факторы, формирующие отношение населения к состоянию собственного здоровья, выявить те из них, которые препятствуют управлению поведенческими факторами риска.

Материалы и методы

Авторами разработана анкета, позволяющая проанализировать не только распространенность ФР и информированность о них населения, но и причины отсутствия приверженности лечению. В анкету были также включены вопросы, касающиеся оценки состояния собственного здоровья и мнения населения о барьерах в профилактике и лечении наиболее значимых неинфекционных заболеваний.

В опросе приняли участие 815 респондентов разных возрастных групп (18–24 года – 3,7%, 25–34 года – 8,7%, 35–44 года – 18,9%, 45–59 лет – 31,9%, 60 лет и старше – 36,6%). Из них: мужчин – 28,0%, женщин – 72,0%. Средний возраст респондентов составил $53,1 \pm 12,6$ (мужчин – $52,8 \pm 14,1$, женщин – $54,0 \pm 17,6$) года. Среди опрошиваемых 47,5% имели высшее и 45,7% – среднее образование, не имели образования либо имели неполное основное образование 2,9%, базовое образование – 3,7%. В исследовании участвовали 68,0% работающих и 32,0% неработающих лиц, среди которых не работали по возрасту (пенсионеры) – 35,6%, 11,3% имели инвалидность, 1,8% были студентами, 2,7% – безработными.

Оценку приверженности лечению проводили по диагностической шкале Мориски-Грина (4-item Morisky Medication Adherence Scale, MMAS-4). Статистическую обработку данных осуществляли с использованием вариационной статистики. Применялись методы описательной статистики,

частота встречаемости различий оценивалась при помощи χ^2 .

Результаты и обсуждение

Как показал опрос, оценка респондентами своего здоровья близка к объективной, так как в 70–80% случаев она соответствует данным медицинских карт. Данная точка зрения подтверждается А.В.Решетниковым, утверждавшим, что, не являясь точным индикатором реального состояния здоровья, подобные исследования дают достаточно хорошее представление о существующей ситуации [8].

На основной вопрос: «Как Вы оцениваете свое состояние здоровья?», наибольшее количество опрошенных (56,4%) ответили: «среднее»; 18,3% – «неудовлетворительное»; 17,3% – «хорошее»; 6,6% – «плохое», 1,8% – «замечательное». Из предложенных вариантов ответов, главными ценностными факторами своей жизни 19,5% респондентов назвали «хорошее здоровье», 19,3% – «семью», 16,9% – «материальное благополучие», 15,2% – «любовь, дружбу», 13,3% – «успешную работу (учебу)», 6,3% – «развлечения», 6,0% – «свободу» (рис. 1). Однако в качестве единственного варианта ответа абсолютное большинство выбрало два: «семья» (47,8%) и «хорошее здоровье» (43,7%).

Лица, оценившие свое состояние здоровья как «замечательное» или «хорошее», среди главных ценностных факторов своей жизни в 77,1% случаев назвали «семью», в 74,3% – «хорошее здоровье», в 33,6% – «успешную работу» и «материальное благополучие». 86,4% представителей этой группы составили граждане трудоспособного возраста, 50,0% – имели высшее образование, 48,2% – соблюдали рекомендуемый ежедневный режим ФА, 58,7% – употребляли в пищу необходимое количество овощей и фруктов. Среди данной группы менее четверти респондентов (23,6%) имели три и более ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ): низкая ФА, недостаточное потребление овощей и фруктов, курение, употребление ал-

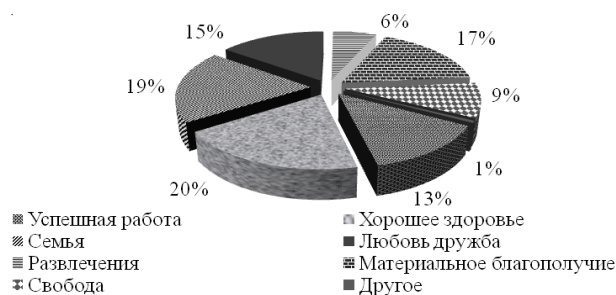


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос: «Что является для Вас главным в жизни?»

коголя, избыточная масса тела, наличие артериальной гипертензии (АГ), СД.

Большинство респондентов, оценивших свое состояние здоровья как «неудовлетворительное» и «плохое», среди главных ценностных факторов назвали «хорошее здоровье» (64,7%) и «семью» (62,7%). Более половины представителей данной группы были в пенсионном возрасте (54,2%), 20,4% – имели инвалидность, практически равное количество – высшее или среднее образование (31,8% и 33,8% соответственно). В данной группе оказалось 38,8% лиц, имеющих три и более ФР НИЗ (рис. 2).

На вопрос: «Укажите, что из следующего Вы считаете вредным для своего здоровья?», в 76,9% случаев были отмечены алкоголь и наркотики, в 72,1% – курение, в 64,4% – неправильное питание, в 51,1% – низкая ФА. На основании данных результатов можно сделать вывод о том, что значительная часть населения недооценивает роль неправильного питания и низкой ФА для здоровья.

На вопрос: «Кто должен заботиться о Вашем состоянии здоровья?», в 100% случаев респонденты ответили, что они сами, в 26,9% – дополнительно указали врачей/педагогов, в 9,0% – правительство, в 5% – родителей/членов семьи.

С целью уточнения основных источников получения информации о профилактике НИЗ, респондентам был задан ряд вопросов с предложением в ответах указать более одного источника. Предпочтение было отдано телевидению (55,8%), газетам и журналам (49,0%). При этом, оказалось, что мнение друзей (25,0%) более востребовано,

чем мнение специалистов поликлиник (22,0%), лекции врачей-валеологов отделов общественного здоровья центров гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья (ЦГЭ и ОЗ) и преподавателей Школ здоровья (по 10,0%) (рис. 3).

Результаты опроса свидетельствуют о недостаточной возможности у населения получать информацию о путях и способах профилактики наиболее значимых заболеваний от медицинских работников первичного звена и специалистов-валеологов отделов общественного здоровья ЦГЭ и ОЗ. Основным источником такой информации для респондентов все еще являются средства массовой информации, среди которых телевидение занимает лидирующую позицию. Более того, по результатам опроса, 74,8% населения не знают о работе отделов общественного здоровья ЦГЭ и ОЗ, только 12,9% когда-либо обращались самостоятельно с целью консультации к специалистам-валеологам данных отделов, и лишь 15,3% были направлены к ним медицинскими работниками поликлиник.

Важно отметить, что среди лиц, которым врачами было назначено лечение, в частности, по поводу АГ и дислипидемии, 52,9% забывали принимать лекарства, 56,2% относились невнимательно к часам приема лекарств, 32,5% пропускали прием лекарственных препаратов, если чувствовали себя хорошо, 28,1% пропускали следующий прием лекарств, если чувствовали себя плохо после предыдущего приема.

На вопрос: «По какой причине Вы не принимаете назначенное лечение врачом», 17,4% ответили, что причиной является «финансовое положение», 29,0% – «боязнь побочных явлений»,

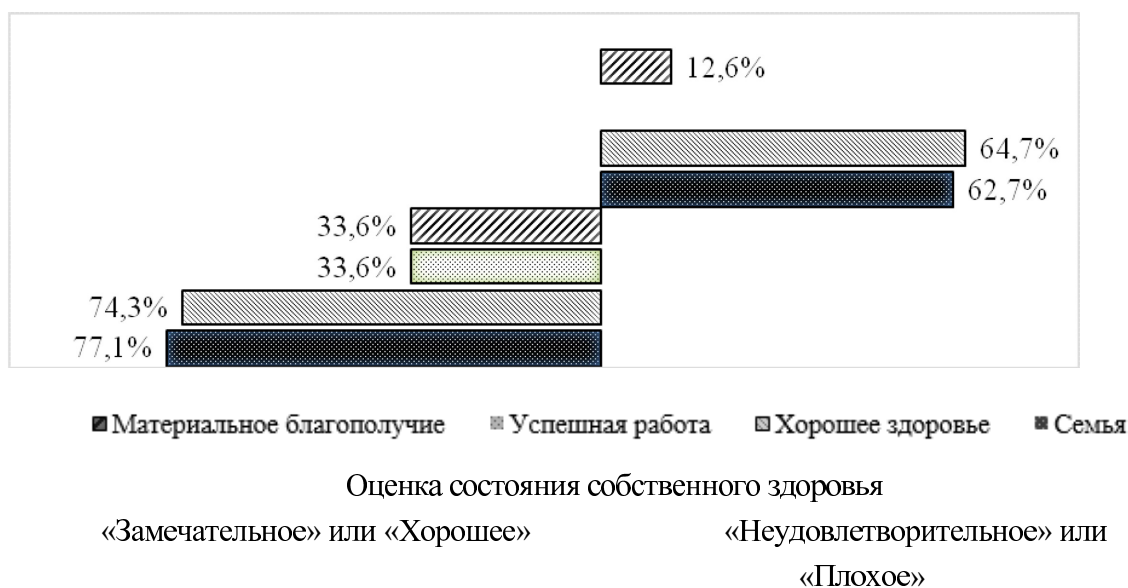


Рис. 2. Распределение ответов на вопрос: «Что является для Вас главным в жизни?» в группах с разной оценкой собственного здоровья

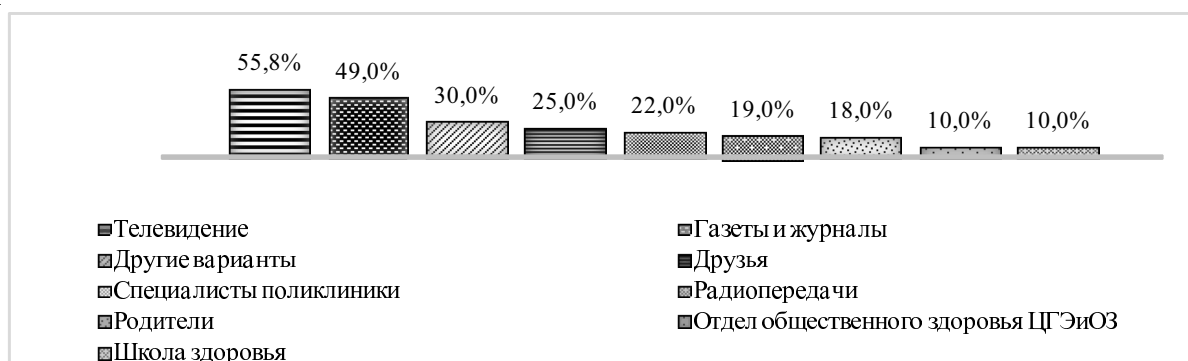


Рис. 3. Распределение указанных респондентами источников информации о профилактике наиболее значимых заболеваний

14,4% – «недостаток информации о пользе лекарств», 19,6% – «нежелание».

Таким образом, более половины респондентов не принимают назначенные врачом лекарственные препараты из-за боязни побочных явлений, вследствие сложного финансового положения, а также дефицита информации, что указывает на недостаточный уровень мотивированности и осведомленности населения, а с другой стороны, – на недостаточный уровень разъяснительной работы о необходимости непрерывного лечения, которую должны проводить медицинские работники.

Результаты проведенного опроса свидетельствуют о том, что большинство респондентов независимо от возраста, уровня образования и статуса занятости оценивают свое состояние здоровья как «среднее», имеют низкий уровень информированности в вопросах профилактики, не соблюдают основные принципы ЗОЖ, имеют высокую распространенность поведенческих ФР и низкую приверженность лечению.

Также опрос выявил противоречие в отношении людей к собственному здоровью: определяя главным фактором благополучия в своей жизни хорошее здоровье и даже возлагая именно на себя ответственность за него, они, тем не менее, получают наибольший объем информации о профилактических мероприятиях из СМИ, а не от специалистов.

Чтобы выявить и изучить барьеры, препятствующие соблюдению принципов ЗОЖ, был разработан специальный блок вопросов, а затем проанализированы результаты ответов на них респондентов.

При ответе на вопрос: «Что лично Вам мешает соблюдать принципы здорового образа жизни?», мнение участников опроса разделилось: чаще всего респонденты ссылались на «недостаточный уровень знаний» (29,3%), «финансовое положение» (27,9%) и «нежелание» (21,7%); 12,0% ука-

зали на «отсутствие веры в эффективность принимаемых мер», 8,1% – на «низкую доступность медицинской помощи». Более трети респондентов в возрасте 18–24 лет (35,5%) указали на «отсутствие желания», 25,8% – на «финансовое положение». Стоит отметить, что с увеличением возраста участниками опроса среди причин, которые препятствуют соблюдению принципов ЗОЖ, все чаще был отмечен ответ «недостаточный уровень знаний». Наименьшее количество участников всех возрастных групп отметили низкую доступность медицинской помощи (табл. 1).

Пациенты с СД на первое место поставили «финансовое положение» (30,5%), респонденты без СД – «Недостаточный уровень знаний» (28,5%) и «Отсутствие желания» (25,6%). Данный факт подтверждает, что пациенты с СД более информированы, у них выше мотивация к ЗОЖ, однако проблемой для них является то, что для сохранения здоровья требуются значительные финансовые затраты.

Заслуживают внимания ответы респондентов на вопрос: «Что оказывает наибольшее влияние на Ваше отношение к Вашему состоянию здоровья?» (табл. 2). Предпочтение было отдано двум вариантам: «окружение» (24,2%) и «миссия» (24,0%); несколько реже были выбраны ответы: «убеждения» (20,5%) и «поведение» (18,5%); самыми редкими вариантами стали ответы: «способности» (14,8%) и «идентичность» (10,3%). Треть респондентов 18–24 лет (29,0%) отметили важность для формирования отношения к собственному здоровью «миссии» («Кому еще это важно?») и «поведения» («Что я делаю?»). Практически четверть респондентов 35–44 лет и 45–59 лет (24,7% и 23,0% соответственно) указали на важность для себя «убеждений» («В чем я уверен?»). Наименьшее количество респондентов всех возрастных групп, за исключением 18–24-летних, отметили «способности» и «идентичность».

Таблица 1

**Результаты ответов на вопрос:
«Что лично Вам мешает соблюдать принципы здорового образа жизни?»**

Варианты ответов / Возраст	18–24	25–34	35–44	45–59	60 и более	ВСЕГО
	года	года	года	лет	лет	
В процентах						
Финансовое положение	25,8	26,8	26,0	28,5	28,9	27,9
Недостаточный уровень знаний	12,9	31,0	23,4	28,1	34,9	29,3
Низкая доступность медицинской помощи	6,5	11,3	5,8	5,4	11,1	8,1
Отсутствие веры в эффективность мероприятий	9,7	4,2	18,2	10,4	12,4	12,0
Нежелание	35,5	21,1	22,7	21,2	20,1	21,7
Другое	19,4	21,1	24,0	21,5	11,4	18,2

Таким образом, наиболее сильно мотивируют к правильному отношению к собственному здоровью окружение человека, его собственное мнение и понимание того, для чего ему это необходимо. Наименее значимые мотивации – самооценка и амбиции, что является свидетельством неуверенности в себе и неспособности ставить перед собой даже достижимые цели. Для респондентов 18–25 лет собственные убеждения и действия оказались более значимыми, чем мнение и убеждения окружающих.

На вопрос: «В каком виде Вы хотите получать информацию о сохранении здоровья?», предпочтение при ответе было отдано «индивидуальному консультированию специалистами поликлиник» (54,8%), причем такие ответы получены от респондентов всех возрастных групп (от 38,7% в ответах лиц 18–24 лет до 67,6% – лиц 25–34 лет) (рис. 4). Получать «информацию из телепередач»

желали бы от 14,1% лиц 25–34 лет до 32,2% – 60 лет и старше, из «лекций и бесед специалистов поликлиники» – от 16,1% лиц 18–24 лет до 22,7% лиц 35–44 лет. Менее пятой части респондентов предпочитают информирование из «газетных и журнальных статей» (17,7%) и «специальной литературы» (17,2%). Заслуживает внимания низкая востребованность среди населения в получении информации о сохранении здоровья на занятиях в «школах здоровья» (11,4%) и при индивидуальном консультировании специалистами-валеологами ЦГЭ и ОЗ (9,7%).

Среди причин, которые, по мнению респондентов, являются барьерами для соблюдения принципов ЗОЖ населением, были названы следующие: в 43,4% случаев – «финансовое положение», в 42,8% – «недостаточный уровень знаний», в 18,6% – «отсутствие желания», в 17,7% – «психологическое состояние», в 14,9% – «отсутствие

Таблица 2

Результаты ответов на вопрос: «Что оказывает наибольшее влияние на Ваше отношение к Вашему состоянию здоровья?»

Варианты ответов / Возраст	18–24	25–34	35–44	45–59	60 и более	ВСЕГО
	года	года	года	лет	лет	
В процентах						
Окружение (внешние обстоятельства). Как я выгляжу в глазах окружающих?	6,5	25,4	29,9	23,0	24,8	24,2
Поведение (поступки, действия). Что я делаю?	29,0	9,9	22,7	23,4	14,1	18,5
Способности (умение, компетентность, амбиции). На что я способен?	22,6	15,5	17,5	14,9	13,1	14,8
Убеждения (ценности, мотивы). В чем я уверен?	9,7	19,7	24,7	23,0	18,5	20,5
Идентичность (самооценка). Кто я такой?	19,4	14,1	14,9	11,3	5,7	10,3
Миссия. Ради кого еще? Кому еще это важно?	29,0	21,1	22,7	23,0	26,8	24,0

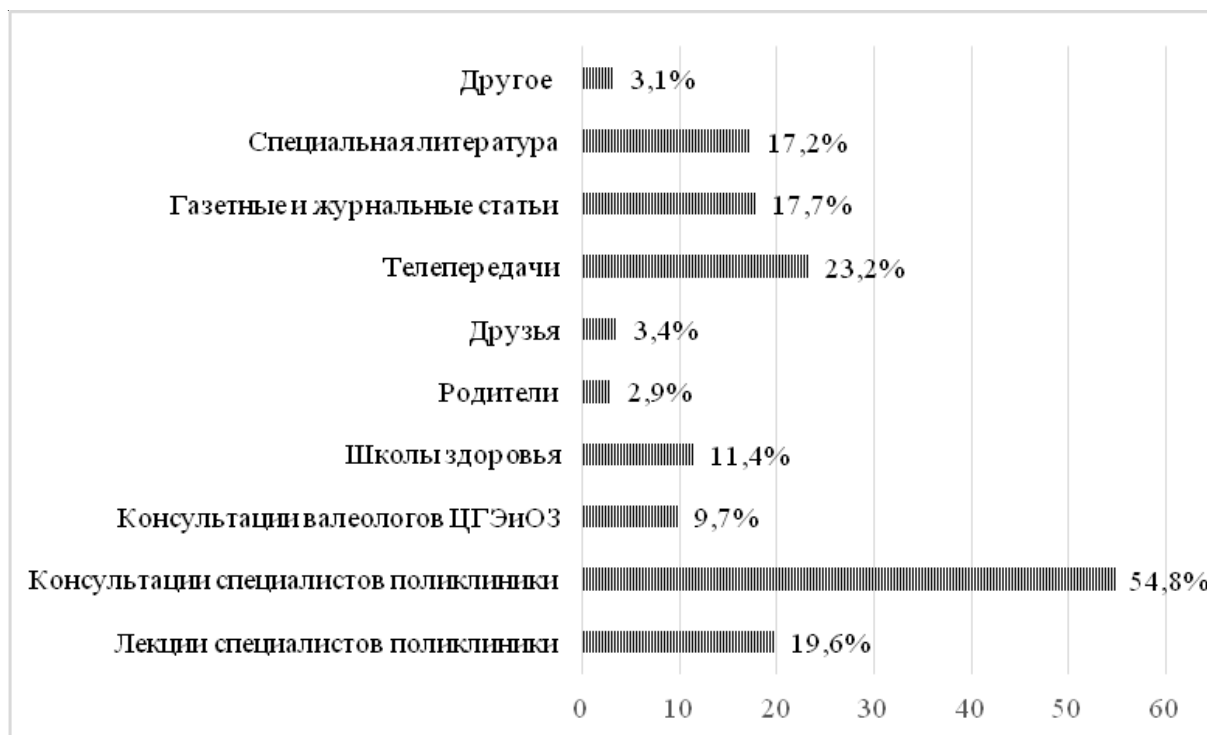


Рис. 4. Результаты ответов на вопрос: «В каком виде Вы хотите получать информацию о сохранении здоровья?»

веры в эффективность принимаемых мер», в 12,1% – «низкая доступность медицинской помощи», в 10,0% – «недоверие системе здравоохранения».

Препятствием для соблюдения принципов ЗОЖ у населения, по мнению 22,6% респондентов 18–24 лет, является «психологическое состояние», 19,4% – «низкая доступность медицинской помощи» и «недоверие системе здравоохранения». Большинство лиц 25–34 лет указали в равной степени на «недостаточный уровень знаний» (46,5%) и «финансовое положение» (45,1%), более четверти – на «психологическое состояние» (26,8%). Абсолютное большинство респондентов 35–44 лет считают, что для населения препятствием в соблюдении принципов ЗОЖ являются финансовое положение (73,4%) и недостаточный уровень знаний (63,6%), более трети назвали такими барьерами отсутствие желания (33,9%), 26,0% – психологическое состояние. Распределение ответов среди респондентов 45 лет и старше было идентичным распределению ответов респондентов 35–44 лет.

В результате проведенного опроса была выявлена позиция респондентов в отношении собственного здоровья, продемонстрированы возможности и желания получать информацию о сохранении своего здоровья, и выяснено мнение о тех барьерах, которые оказывают наибольшее влия-

ние на отношение людей к собственному здоровью.

Оценка большинством респондентов собственного здоровья как «среднего» и определение главными ценностями в своей жизни «хорошего здоровья» и «семьи» независимо от возраста, пола и социального статуса, свидетельствуют о том, что вопросы сохранения здоровья для населения важны и актуальны.

Несмотря на то, что всеми респондентами ответственность за сохранение здоровья возложена на себя, препятствиями для достижения этой цели для них являются очевидный дефицит информированности о вредных факторах, влияющих на здоровье, и недооценка роли модификации образа жизни посредством устранения таких поведенческих факторов риска, как нерациональное питание и недостаточная физическая активность.

Основными источниками получения информации о профилактике неинфекционных заболеваний респонденты указали СМИ, кроме того, была отмечена высокая востребованность в индивидуальных консультациях специалистов поликлиник и низкая – в консультациях валеологов ЦГЭ и ОЗ и лекциях и занятиях в Школах здоровья.

Основными барьерами для соблюдения принципов ЗОЖ респондентами названы дефицит знаний, финансовое положение и нежелание следо-

вать этим принципам, которое наиболее выражено среди лиц 18–24 лет. Наибольшее влияние на отношение к собственному здоровью, по мнению респондентов старше 25 лет, оказывают мнение окружающих и понимание, для чего и кому это важно. Для респондентов до 25 лет важны действия, компетентность и самооценка, при этом, уровень значимости для них окружения и его мнения значительно снижен.

Выводы

Результаты исследования позволяют выявить барьеры, которые негативным образом сказываются на возможности и желании населения заботиться о состоянии своего здоровья.

1. Высокая распространенность поведенческих факторов риска.
2. Низкая информированность населения о вредных факторах, влияющих на здоровье.
3. Недооценка населением роли модификации образа жизни и коррекции поведенческих факторов риска для улучшения здоровья.
4. Низкая приверженность лечению.

Анализ мнения населения позволил выделить некоторые факты, которые при планировании профилактических мероприятий помогут повысить мотивацию, в том числе, при помощи психолога:

1. Физическая активность с целью быть здоровыми.
2. Главные приоритеты в жизни – семья и хорошее здоровье.
3. Полная ответственность за собственное здоровье.
4. Низкая самооценка и недостаточная уверенность в собственных способностях, сильная мотивационная зависимость от мнения окружающих.
5. Необходимость понимания конечной цели собственных действий в отношении к собственному здоровью.

Выделен ряд проблем, решение которых позволит совершенствовать систему профилактических мероприятий:

1. Очевидна недостаточная роль и значимость медицинских работников первичного звена и врачей-валеологов отделов общественного здоровья ЦГЭ и ОЗ в системе проведения профилактических мероприятий.
2. Основными источниками информации о наиболее значимых заболеваниях являются не работники здравоохранения, а СМИ.
3. Основные причины отсутствия приверженности лечению связаны с дефицитом информированности, что порождает боязнь побочных явлений при лечении, нежелание принимать лекарства вследствие недостатка информации об их пользе.

4. По мнению респондентов, препятствиями для соблюдения принципов ЗОЖ для них являются недостаточный уровень знаний, нежелание соблюдать эти принципы, отсутствие веры в эффективность методов профилактики и низкая доступность медицинской помощи.

5. Абсолютным большинством респондентов высказано пожелание получать информацию о сохранении здоровья при индивидуальном консультировании специалистами поликлиник, и отмечена низкая востребованность занятий в «Школах здоровья» и индивидуального консультирования специалистов-валеологов ЦГЭ и ОЗ.

Литература

1. IDF (International Diabetes Federation) Diabetes Atlas. Ninth Edition 2019 [Electronic resource]. – Mode of access: <https://www.idf.org/e-library/epidemiology-research/diabetes-atlas>. – Date of access: 13.04.2020.
2. Рекомендации по диабету, предиабету и сердечно-сосудистым заболеваниям. EASD/ESC [Электронный ресурс] // Российский кардиологический журнал. – 2014. – №3 (107). – С.7–61. – Режим доступа: https://scardio.ru/content/Guidelines/Diabet_esc_2014.pdf. – Дата доступа: 17.03.2020.
3. The Legacy Effect in Type 2 Diabetes: Impact of Early Glycemic Control on Future Complications (The Diabetes & Aging Study) [Electronic resource] / N.Laiteerapong [et al.] // Diabetes Care. – 2019. – Vol.42, No.3. – P.416–426. – Mode of access: <https://care.diabetesjournals.org/content/42/3/416>. – Date of access: 17.03.2020.
4. Glycemic Variation and Cardiovascular Risk in the Veterans Affairs Diabetes Trial (VADT) [Electronic resource] / J.J.Zhou [et al.] // Diabetes Care. – 2018. – Vol.41, No.10. – P.2187–2194. – Mode of access: <https://care.diabetesjournals.org/content/diacare/41/10/2187.full.pdf>. – Date of access: 17.03.2020.
5. Клинические рекомендации ЕОК/ЕОА по диагностике и лечению дислипидемий 2016 [Электронный ресурс] // Российский кардиологический журнал. – 2017. – №5 (145). – С.7–77. – Режим доступа: https://scardio.ru/content/Guidelines/ESC-2016-dislipidemiya-5_rkj_17.pdf. – Дата доступа: 17.03.2020.
6. Modelling the Interplay between Lifestyle Factors and Genetic Predisposition on Markers of Type 2 Diabetes Mellitus Risk [Electronic resource] / C.G.Walker [et al.] // PLoS One. – 2015. – Vol.10, Issue 7. – P.1–15. – Mode of access: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131681>. – Date of access: 17.03.2020.
7. ВОЗ: Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/>. – Дата доступа: 17.03.2020.
8. Решетников, А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг / А.В.Решетников // Экономика здравоохранения. – 2000. – №12. – С.5–19.

CHARACTERISTICS OF PUBLIC ATTITUDES TO OWN HEALTH AFFECTING EFFECTIVENESS OF DIABETES PREVENTION AND TREATMENT

¹ M.G.Rusalenko, ² T.M.Sharshakova, ² D.V.Kovalevski, ¹ I.G.Savasteeva

¹ Republican Scientific and Practical Center for Radiation Medicine and Human Ecology, 290, Ilyicha Str., 246040, Gomel, Republic of Belarus

² Gomel State Medical University, 5, Lange Str., 246000, Gomel, Republic of Belarus

Results of research, aimed at studying of population opinion on own health status and awareness on factors, contributing to development of the most socially significant diseases, including type 2 diabetes mellitus, are presented in the article. Barriers were identified, negatively affecting population ability and desire to take care of own health: high prevalence of behavioral risk factors, low awareness on ability to manage these factors, lack of desire to do this, low compliance to treatment, underestimation of lifestyle modification role and correction of behavioral risk factors in order to improve health among some categories of population. According to population opinion, a person must take responsibility for own health, have family and good health as main priorities in life, but low self-esteem and lack of confidence in own abilities, as well as pronounced dependence on opinions of others in most people prevent formation of positive attitude towards effectiveness of measures being taken and developing strong and persistent motivation for a healthy lifestyle. The data obtained made it possible to determine a number of organizational issues, that result in improvement of system of preventive measures. Insufficient role and significance of primary health care workers and valeologists of public health departments of the State Institution "Gomel Regional Center for Hygiene, Epidemiology and Public Health"

in preventive measures holding have been established. Main reasons for low treatment compliance are lack of knowledge on medicines benefits and harms, and fear of side effects; lack of faith in effectiveness of preventive measures; use of media, but not healthcare workers, as sources of information, and at the same time high need and desire in individual counseling by polyclinics' specialists regarding health information.

Keywords: diabetes mellitus; behavioral risk factors; population opinion; treatment compliance; barriers for prevention.

Сведения об авторах:

Русаленко Мария Григорьевна, канд. мед. наук, доцент; ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», заместитель директора по медицинской части; тел.: (+375232) 389910, (+37529) 6889514; e-mail: mgrusalenko@list.ru.

Шаршакова Тамара Михайловна, д-р мед. наук, профессор; УО «Гомельский государственный медицинский университет», зав. кафедрой общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П; тел. (+375232) 359784, (+37529) 6632335; e-mail: t_sharshakova@mail.ru.

Ковалевский Дмитрий Владимирович, УО «Гомельский государственный медицинский университет», кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом ФПК и П, магистрант; тел.: (+37525) 9466031; e-mail: dimakovalevski92@gmail.com.

Савастеева Ирина Георгиевна, ГУ «Республиканский научно-практический центр радиационной медицины и экологии человека», зав. отделом государственного регистра; тел.: (+375232) 389509, (+37525) 9057894; e-mail: savasteeva@tut.by.

Поступила 14.04.2020 г.