

УДК 614.1(571.620)

DOI: 10.33454/1728-1261-2020-3-39-44

# Оценка приверженности жителей Хабаровского края к здоровому образу жизни

И. В. Усольцева, Т. В. Таранец, А. А. Москвин, И. Д. Филимончикова

КГКУЗ «Медицинский информационно-аналитический центр» МЗ ХК, 680000, г. Хабаровск, ул. Истомина, 51; тел. +7 (4212) 91-01-90; e-mail: tsp@miac.medkhv.ru

## Assessment of commitment of residents of the Khabarovsk Krai to a healthy lifestyle

I. V. Usoltseva, T. V. Taranets, A. A. Moskvina, I. D. Filimonchikova

Medical Information and Analytical Center under the Health Ministry of Khabarovsk Krai, 51 Istomin Street, Khabarovsk, Russia, zip code 680000, phone + 7 (4212) 91-01-90, e-mail: tsp@miac.medkhv.ru

На территории Хабаровского края определен показатель «Доля лиц, ведущих здоровый образ жизни». Интегральный показатель позволяет оценить влияние поведенческих факторов риска на здоровье граждан Хабаровского края различного социального статуса, возраста, семейного положения и территории проживания (сельской, городской).

**Ключевые слова:** доля лиц, ведущих здоровый образ жизни; общественное здоровье; центр медицинской профилактики Хабаровского края.

On the territory of the Khabarovsk Krai, the indicator "The proportion of persons leading a healthy lifestyle" was determined. The integral indicator makes it possible to assess the impact of behavioral risk factors on the health of the Khabarovsk Krai population of various social status, age, marital status and area of residence (rural, urban).

**Key words:** proportion of people leading a healthy lifestyle; public health; Center for Medical Prevention of the Khabarovsk Krai.

### Актуальность исследования

Медицина влияет на здоровье человека всего на 10 %, остальное зависит от внешней среды, генетических факторов и образа жизни самого человека [4]. Для выявления, насколько сознательно население Хабаровского края подходит к вопросам сохранения своего здоровья, при методическом сопровождении Национального медицинского исследовательского центра терапии и профилактической медицины Минздрава России (далее – НМИЦ ТПМ) был проведен мониторинг приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» (далее – мониторинг ЗОЖ) [7].

**Объектом исследования** является прикрепленное население 10 медицинских организаций Хабаровского края в возрасте от 18 лет и старше ( $n = 1961$ ).

**Предмет исследования:** антропометрические характеристики (измерение роста, массы тела, окружности талии, бедер), результаты лабораторных и инструментальных исследований, а также результаты проведенного опроса.

**Целью данного исследования** явилась оценка доли лиц, приверженных к здоровому образу жизни (далее – ЗОЖ) в Хабаровском крае,

включающая в себя следующие компоненты: потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г, умеренная и высокая физическая активность, нормальное и низкое потребление соли, отсутствие табакокурения, отсутствие опасного и вредного потребления алкоголя [7].

Под опасным и вредным употреблением алкоголя ВОЗ считает потребление веществ, которые увеличивают риск пагубных последствий для здоровья потребителя и имеют неблагоприятные социальные последствия [8].

### Материал и методы исследования

На добровольной основе, с использованием информированного согласия, по технологии STEPS проведено скрининговое обследование и анкетирование 770 мужчин и 1191 женщины в возрасте 18 лет и старше. Средний возраст мужчин и женщин составил 48,3 и 50,4 года соответственно. Выборка происходила следующим образом. Из общего списка всех медицинских организаций Хабаровского края случайным образом были отобраны 10. С учетом пропорции численности городского населения к сельскому 70:30 в выборку попали 7 городских и 3 сельских поликлиники. В каждой отобранной медицинской организации были так же

Таблица 1

**Структура выборки (по полу, возрасту и количеству человек),  
подлежащей обследованию в мониторинге**

Возрастная группа	Мужчины		Женщины		Оба пола	
	План	Факт	План	Факт	План	Факт
18–24	75	69	89	86	164	155
25–34	135	130	184	182	319	312
35–44	146	145	212	210	358	355
45–54	133	127	204	202	337	329
55–64	110	101	197	194	307	295
65–74	101	95	186	185	287	280
75–84	52	43	100	99	152	142
85+	18	12	19	13	37	25
Всего	770	722	1191	1171	1961	1893

случайно отобраны по 4 врачебных участка. Далее на каждом врачебном участке отобрано по 25 адресов, в которые и были направлены интервьюеры. Таким образом, было отобрано  $10 \times 4 \times 25 = 1000$  домохозяйств.

Поскольку в каждом домохозяйстве проживает, как правило, одна семья, а каждая семья состоит не менее чем из двух взрослых людей в возрасте 25–64 лет, то при обследовании 1000 домохозяйств объем выборки должен быть не менее 2000 человек.

При работе с любой выборкой всегда возникают случаи, когда обследование нельзя провести по объективным причинам, например: квартира попала в выборку, но в ней никто не проживает, допускается потеря некоторой части выборки. Процент потерь должен быть не более 20 % от объема выборки. Поэтому необходимо было добиться явки на обследование не менее 1600 человек из их числа (80 %) [7]. Такое количество обследованных граждан является оптимальным. В этом случае выборка должна быть представительной для населения края, а по полученным показателям можно судить о состоянии здоровья всего населения, проживающего в Хабаровском крае.

Структура выборки по полу, возрасту и количеству человек, подлежащей обследованию в мониторинге, выглядит следующим образом (табл. 1) [7].

Исследование было проведено поэтапно.

1-й этап – анкетирование. Основной модуль этого этапа содержит вопросы, направленные на получение информации социально-экономического характера. В него входят вопросы по употреблению табака и алкоголя, а также характер питания и степень физической активности. Полученные результаты дали возможность составить общее представление о состоянии здоровья населения на текущий период времени и тенденциях на будущее.

2-й этап – физикальное обследование. На этом этапе проведено измерение частоты пульса и кровяного давления (систолического (САД) и диастолического (ДАД)) с использованием автоматического тонометра. В ходе физикального обследования проводили трехкратное измерение артериального давления электронным тонометром и частоты пульса. На данном этапе также проводилось измерение антропометрических показателей, таких как рост, вес для вычисления индекса массы тела (ИМТ), охват талии и бедер, что позволило в дальнейшем определить наличие таких факторов риска, как избыточный вес и ожирение. Рост и вес определяли с помощью электронного весомера с ростомером, а окружность талии и бедер измеряли сантиметровой лентой.

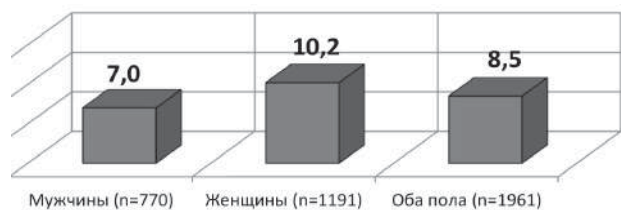
3-й этап – биохимическое обследование. Данный этап представлял собой лабораторные исследования с определением уровня глюкозы и общего холестерина в крови натощак. Для изучения ситуации в крае биохимические исследования глюкозы и общего холестерина в крови (в ммоль/л) проводились на следующий день после 1-го и 2-го этапов с помощью портативного биохимического анализатора.

Сбор данных осуществлялся исполнителями с использованием представленной НМИЦ ПМ программы ввода с целью аккумулирования данных для анализа. Специальное программное обеспечение, позволяющее выполнять задачи по сбору первичных данных, разработано в соответствии с требованиями эпидемиологического мониторинга [7].

Результаты мониторинга ЗОЖ были сформированы и предоставлены НМИЦ ТПМ с расчетом 95%-го доверительного интервала (ДИ).

**Результаты исследования и их обсуждение**

Чтобы рассчитать долю граждан, ведущих здоровый образ жизни, была разработана и утверждена приказом Росстата от 29.03.2019 № 17 Методика расчета показателя «Доля



**Рис. 1. Процентное соотношение показателя «Доля лиц, имеющих высокую приверженность к ЗОЖ» в зависимости от пола (n = 1961)**

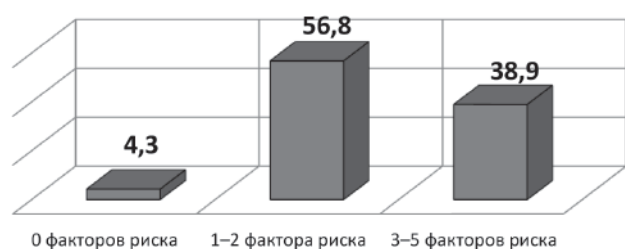
граждан, ведущих здоровый образ жизни». В ней понятие этого показателя трактуется как интегральный показатель приверженности населения к здоровому образу жизни. Он представляет собой сочетание поведенческих факторов риска и включает в себя следующие компоненты:

- отсутствие курения;
- потребление овощей и фруктов ежедневно не менее 400 г;
- адекватная физическая активность (не менее 150 минут умеренной или 75 минут интенсивной физической нагрузки в неделю);
- нормальное потребление соли (не выше 5,0 г в сутки);
- употребление алкоголя не более 168 г этанола в неделю для мужчин и не более 84 г – для женщин [1].

Высокой степени приверженности к здоровому образу жизни в методике определены следующие составляющие: отсутствие курения, при наличии компонентов здорового образа жизни [1].

Проведенное исследование свидетельствует о том, что на сегодня у граждан Хабаровского края сохраняется низкая мотивация к ведению здорового образа жизни. Так, в результате было выявлено, что всего 8,5 ± 0,63 % граждан Хабаровского края имеют высокую приверженность к здоровому образу жизни (рис. 1). У женщин приверженность к здоровому образу жизни оказалась достоверно выше ( $t = 2,52$ ;  $p < 0,01$ ), чем у мужчин.

Исследование показало, что у 4,3 ± 0,52 % населения отсутствуют все факторы риска (употребление табака, алкоголя, низкая физическая активность, употребление большого количества



**Рис. 2. Процентное соотношение выявленных факторов риска (n = 1526)**

соли, употребление овощей и фруктов менее 400 г в день), имеют 3–5 факторов риска 38,9 ± 1,25 %. Больше половины населения (56,8 ± 1,27 %) имеют 1 или 2 фактора риска (рис. 2).

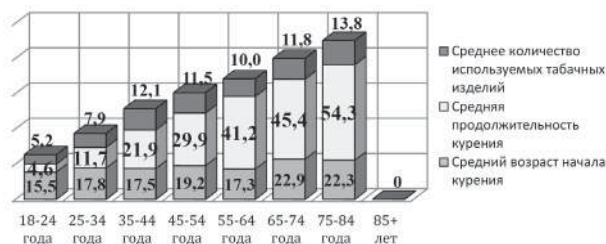
В то время как в России разрабатываются и изменяются антитабачные законы, чтобы противостоять данному фактору риска, употребление табака всё равно остается одной из самых актуальных проблем на сегодняшний день.

С помощью проведенного исследования было выявлено, что табачные изделия употребляют 20,9 ± 2,28 % населения Хабаровского края, в среднем по 10 сигарет в день. Прослеживается тенденция роста употребления табака с увеличением возраста курильщика: если среди граждан 18–24 лет ежедневно курящих 18,5 ± 3,56 %, то уже в 25–34 года они составили 27,2 ± 2,90 % ( $t = 1,89$ ;  $p > 0,05$ ), а в 35–44 года – 31,5 ± 2,75 % ( $t = 2,89$ ;  $p < 0,01$ ). После 55 лет употребление табака резко снижается до 11,6 ± 1,31 %.

Как правило, курить начинают в подростковом возрасте, причем девушки в среднем на два года позже юношей (в 16,6 и 14,4 года соответственно). Средний возраст начала курения имеет тенденцию к омоложению, а количество выкуренных сигарет с возрастом увеличивается, как и средняя продолжительность курения. Динамика средней продолжительности курения ежедневно курящих граждан следующая: среди граждан 18–24 лет – 4,6 ± 5,24 %; 25–34 лет – 11,7 ± 4,69; 35–44 лет – 21,9 ± 4,94; 45–54 лет – 29,9 ± 5,72; 55–64 лет – 41,2 ± 8,44; 65–74 лет – 45,4 ± 12,86; 75–84 лет – 54,3 ± 24,91 % (рис. 3).

Следует отметить, что курящие граждане входят в категорию трудоспособного населения и знают о влиянии курения не только на здоровье, но и, как следствие, на производительность труда на рабочем месте. Пристрастие к табаку также может снизить вероятность успешного карьерного продвижения и привести к ухудшению конкурентных позиций на рынке труда.

В результате исследования было выявлено, что доля курящих мужчин составила 40,0 ± 2,05 %, а у женщин – 13,6 ± 1,11 %. Такое соотношение колеблется в достаточно



**Рис. 3. Данные ежедневно курящих граждан (n = 250 и n = 319 для оценки среднего количества используемых табачных изделий)**

широких пределах. Можно отметить, что процент курящих женщин в возрасте от 18 до 54 лет имел тенденцию к увеличению ( $t = 1,23$ ;  $p > 0,05$ ) – с  $15,1 \pm 4,41$  до  $21,8 \pm 3,21$  % соответственно, но затем он снижался, в возрасте 85 лет он составил  $6,7 \pm 6,46$  %.

Среди мужчин от 18 до 54 лет процент курящих достоверно увеличивался ( $t = 3,35$ ;  $p < 0,01$ ) – с  $27,3 \pm 6,01$  до  $53,7 \pm 5,12$  % соответственно, затем идет на снижение, а к 84 годам доходит до  $20,0 \pm 6,76$  %. Пик курящих граждан обоего пола приходится на возраст 45–54 года.

Международное агентство ВОЗ по изучению раковых заболеваний, главный хирург США и Британский научный комитет по табаку и здоровью единодушно сходятся во мнении, что пассивное курение способствует развитию целого ряда заболеваний, в том числе болезней сердца и многих видов рака. Например, воздействие пассивного курения увеличивает риск ишемической болезни сердца на 25–30 %, а риск рака легких у некурящих – на 20–30 % [3].

Стоит обратить внимание на процент пассивных курильщиков. Самый большой процент ( $33,7 \pm 4,85$ ) пассивных курильщиков на рабочем месте составили молодые люди в возрасте от 18 до 24 лет, минимальный процент ( $7,9 \pm 3,40$ ) – граждане в возрасте от 75 до 84 лет. Работающие пенсионеры в возрасте 65 лет и старше также становятся пассивными курильщиками. Их процент составил  $7,7 \pm 1,85$ . В домашних условиях максимальный процент ( $21,5 \pm 3,73$ ) пассивных курильщиков составили граждане возрастной категории 18–24 года, минимальный ( $3,6 \pm 1,76$  %) – граждане от 75 до 84 лет.

Информацию о вреде курения можно получить из разных источников СМИ. Большую работу в этом плане проводят медицинские работники в учреждениях здравоохранения Хабаровского края. Оценивая процент попыток бросить курить, который составил  $25,7 \pm 2,31$  %, можно сказать, что пропаганда здорового образа жизни в целом дает неплохие результаты. Так, от врача получили совет о необходимости бросить курить  $40,0 \pm 2,59$  % участников исследования.

Проблема потребления спиртных напитков вызывает особое беспокойство ввиду роста популярности алкоголя не только среди молодежи, но и среди взрослого населения Хабаровского края [2].

Для стандартизации различных напитков разной крепости алкогольные напитки соизмеряли стандартными дозами. Для удобства участникам исследования были показаны карточки возможных ответов с фотографиями различных алкогольных напитков с объемами, эквивалентными стандартной дозе.

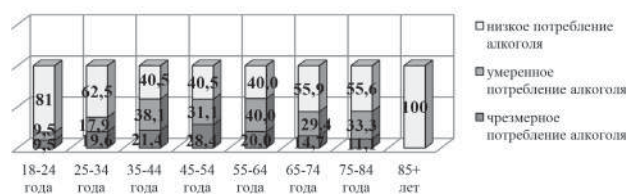


Рис. 4. Данные по потреблению алкоголя ( $n = 324$ )

Исследование показало, что население Хабаровского края умеренно потребляет алкогольные напитки (т.е. потребление алкоголя, не вызывающее проблем) [2]. Выявлено непьющих граждан в течение всей жизни  $35,4 \pm 1,26$  %, а непьющих на протяжении последних 12 месяцев –  $12,1 \pm 0,86$  %. Отказались от потребления алкогольных напитков по состоянию здоровья  $17,8 \pm 2,52$  %.

Чрезмерно потребляют алкоголь  $20,7 \pm 2,25$  % опрошенных граждан (то есть превышают стандарт умеренного потребления алкоголя) [8]. Максимальный процент злоупотребления алкоголем выявлен среди граждан 45–54 лет и составил  $28,4 \pm 5,24$  %. Минимальный процент ( $9,5 \pm 6,40$ ) выявлен среди молодых людей в возрасте от 18 до 24 лет.

Максимальное количество злоупотребления алкоголем было отмечено в возрасте 45–54 лет как среди женщин, так и среди мужчин –  $30,8 \pm 7,39$  % и  $25,7 \pm 7,39$  % соответственно (рис. 4).

Анализ рациона питания жителей Хабаровского края показал, что у населения явно снижено потребление овощей и фруктов. Нормой считается ежедневное потребление овощей и фруктов 5 порций или 400 г [9]. Выявлено  $83,9 \pm 0,99$  % лиц, употребляющих меньше 5 порций фруктов и овощей за день. Среди мужчин этот процент составил  $85,3 \pm 1,57$  %, среди женщин –  $83,1 \pm 1,27$  %. Рассматривая этот показатель среди возрастной категории граждан, можно увидеть, что максимальный процент был выявлен среди граждан 75–84 лет ( $90,3 \pm 2,92$  %) и 45–54 лет ( $87,8 \pm 2,17$  %).

Были также отмечены граждане, которые не включают в свой рацион фрукты и овощи. Среди женщин этот процент оказался лучшим ( $t = 2,90$ ;  $p < 0,01$ ), чем у мужчин ( $15,5 \pm 1,21$  % и  $21,8 \pm 1,81$  % соответственно). Наши исследования свидетельствуют, что практически одна шестая часть опрошенных употребляют фрукты и овощи более 5 порций в сутки (рис. 5).

Среди женщин и мужчин этот показатель составил  $16,5 \pm 1,24$  % и  $14,3 \pm 1,53$  % соответственно – существенной разницы между ними нет ( $t = 1,12$ ;  $p > 0,05$ ). Большинство граждан употребляют 1–2 порции овощей и фруктов в сутки ( $44,9 \pm 1,32$  %); существенной разницы между мужчинами и женщинами нет ( $t = 0,59$ ;  $p > 0,05$ ) –  $43,9 \pm 2,17$  % и  $45,7 \pm 1,66$  % соответственно.

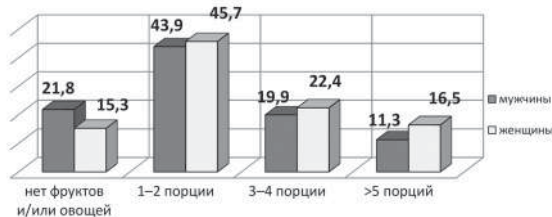


Рис. 5. Данные по потреблению фруктов и/или овощей в среднем за день (n = 1418)

Если говорить о частоте потребления рыбы среди опрошенных граждан, то ситуация оказалась следующей:

- ежедневно употребляют рыбу  $19,2 \pm 1,04$  %;
- один раз в неделю –  $28,4 \pm 1,19$  %;
- употребляют несколько раз в месяц –  $30,7 \pm 1,21$  %;
- один раз в месяц или реже –  $14,2 \pm 0,92$  %;
- практически не употребляют –  $7,5 \pm 0,69$  %.

То есть мы наблюдаем тот факт, что самый большой процент составили граждане, употребляющие рыбу несколько раз в месяц. В разрезе возрастной категории граждан обоего пола большинство, а именно  $36,6 \pm 1,26$  %, составили граждане от 35 до 44 лет, на втором месте граждане возрастной категории от 25 до 34 лет, их процент составил  $34,1 \pm 1,25$  %. Минимальный процент ( $26,1 \pm 1,15$  %) выявлен у граждан 65–74 лет. Можно предположить, что ключевыми причинами отказа от употребления рыбы являются индивидуальные предпочтения (например, употребление вегетарианской кухни), а также дороговизна качественной рыбной продукции.

К сожалению, в последнее время наметилась тенденция к избыточному употреблению поваренной соли. Это происходит главным образом за счет большого содержания в рационе продуктов животного происхождения и всевозможных полуфабрикатов, солений, маринадов и т.д. Исследование показало, что респонденты используют большое количество соли в питании. В результате анализа выявлено, что досаливают пищу перед едой или во время еды, а также употребляют обработанные продукты с высоким содержанием соли  $30,0$  % респондентов. Среди мужчин процент составил  $35,5$  %, среди женщин –  $26,8$  %. Максимальный процент мужчин ( $44,8$  %), употребляющих много соли, выявлен в возрастной категории 45–54 года, максимальный процент среди женщин ( $37,3$  %) выявлен у девушек от 18 до 24 лет. При этом сами респонденты обоего пола уверены, что употребляют много соли всего  $1,7 \pm 0,36$  %, а употребляют мало соли –  $27,6 \pm 1,25$  %.

В крае активно развивается сфера общественного питания, но и последствия кризисных явлений обусловили в жизни населения свою модель поведения. Если раньше часто посещали общественные заведения, в том числе

с недорогим меню (в основном это заведения китайской кухни), то теперь берут эти блюда на вынос [6].

По результатам исследования среднее количество приемов пищи в неделю вне дома среди респондентов составило  $1,3 \pm 0,30$  %. Среди молодежи 18–24 лет этот процент составил  $2,85 \pm 1,57$ , с незначительной разницей среди юношей и девушек ( $2,9 \pm 2,35$  % и  $2,8 \pm 2,10$  % соответственно). Меньше всего ( $0,1$  %) питаются вне дома мужчины и женщины в возрасте 75–84 лет.

Значимость гиподинамии как проблемы здравоохранения постоянно растет, поскольку недостаточная физическая активность является доказанным фактором риска развития целого ряда хронических неинфекционных заболеваний и их осложнений, в том числе таких серьезных, как атеросклероз, ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, ожирение, сахарный диабет, рак.

Результаты исследования показали, что  $31,4 \pm 1,19$  % граждан имеют низкую физическую активность, и с увеличением возраста она снижается еще больше. Проценты среди граждан всех возрастных категорий следующие: 18–24 года –  $19,0 \pm 3,57$  %, 25–34 года –  $25,2 \pm 2,79$  %, 35–44 года –  $27,3 \pm 2,60$  %, 45–54 года –  $31,1 \pm 2,87$  %, 55–64 года –  $31,6 \pm 2,98$  %, 65–74 года –  $37,1 \pm 3,19$  %, 75–84 года –  $52,7 \pm 4,72$  %, старше 85 лет –  $52,0 \pm 9,99$  %.

Максимальный процент граждан ( $84,3 \pm 2,31$  %), имеющих «сидячую» работу, это граждане в возрасте 65 лет и старше. Больше половины опрошенных ( $53,8 \pm 1,49$  %) не занимаются активным досугом, среди них  $26,5 \pm 4,46$  % – молодые люди возрастной категории от 18 до 24 лет.

Регулярная диспансеризация и профилактические медицинские осмотры являются важнейшими массовыми и высокоэффективными медицинскими технологиями сохранения здоровья и снижения преждевременной смертности населения.

Среди респондентов прошли диспансеризацию в 2019 году  $72,4 \pm 1,37$  % граждан, в 2015 году –  $2,6 \pm 0,57$  % человек. Как видно, разница между 2015-м и 2019 годами значительная ( $p < 0,001$ ). Рост прохождения диспансеризации начался с 2016 года, здесь выявлено  $21,4 \pm 1,48$  % граждан, прошедших диспансеризацию, в 2017 году –  $34,0 \pm 1,70$  %, в 2018 году –  $39,3 \pm 1,76$  %.

Исследование показало, что  $32,6 \pm 1,27$  % граждан имеют повышенный уровень артериального давления. Среди них гипертоники, которые принимают лекарственные препараты, –  $79,1 \pm 2,05$  %. У опрошенных мужчин проблемы с давлением начались уже в 18 лет ( $6,4 \pm 3,57$  %). Среди них  $66,6$  % начали при-

нимать лекарственные препараты сразу после того, как были выявлены нарушения. У 3,5 ± 2,41 % женщин также в возрасте от 18 до 24 лет начинают появляться проблемы с артериальным давлением, но среди них нет тех, кто сразу же начал принимать лекарственную терапию. По результатам исследования, женщины начинают принимать лекарственные препараты с 25–34 лет (75 %).

Избыточная масса тела возникает, когда энергетическая ценность рациона питания превышает энергетические траты человека [5]. В результате проведенного исследования было установлено, что избыточная масса тела зарегистрирована у всех возрастных категорий (56,3 ± 1,36 %). С повышением возраста число граждан с избыточной массой тела достоверно увеличивается. Для наглядности приводим данные по каждой возрастной группе: 18–24 года – 21,6 ± 4,07 %, 25–34 года – 33,2 ± 3,24 %, 35–44 года – 46,4 ± 3,09 %, 45–54 года – 63,3 ± 3,13 %, 55–64 года – 75,6 ± 2,04 %, 65–74 года – 75,3 ± 3,10 %, 75–84 года – 70,5 ± 4,68 %, старше 85 лет – 65,0 ± 10,67 %.

Ожирение чаще выявлялось ( $t = 4,53$ ;  $p < 0,001$ ) среди женщин (23,4 ± 1,47 %), чем среди мужчин (13,7 ± 1,55 %). Среди мужчин возрастной категории от 18 до 24 лет ожирение было выявлено у 2,1 ± 2,09 %, максимальный процент набрали граждане мужского пола старше 65 лет (20,6 ± 4,11 %). Среди женского населения повышенный индекс массы тела был выявлен у 1,8 ± 1,79 % в возрасте от 18 до 24 лет и 36,9 ± 2,92 %, то есть максимальный процент, был выявлен у женщин возрастной группы 55–74 года.

У исследуемых граждан измерялся уровень сахара и холестерина. Результаты исследования уровня сахара следующие: диагностирован высокий уровень сахара за последние 12 месяцев у 3,8 ± 0,51 % респондентов, принимают лекарственные препараты в настоящее время для лечения диабета 59,0 ± 4,17 % респон-

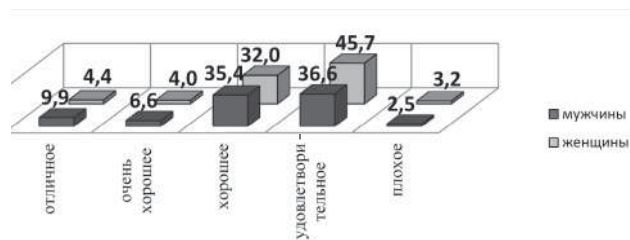


Рис. 6. Данные по определению самооценки здоровья (n = 1391)

дентов, никогда не измерялся уровень сахара у 7,1 ± 0,68 %.

Высокий уровень холестерина выявлен у 8,2 ± 0,73 % граждан, принимают лекарственные препараты против повышенного уровня холестерина 47,2 ± 3,06 %, никогда не измеряли уровень холестерина 8,9 ± 0,76 %.

Существенным показателем в исследовании стал вопрос о том, как респонденты оценивают свое здоровье. Самая распространенная оценка – удовлетворительно – 42,3 ± 1,32 %, плохое самочувствие отметили 2,95 ± 0,45 % респондентов, хорошее – 33,2 ± 1,62 %. Самочувствие является основанием для обращения граждан за медицинской помощью, поэтому высокая вероятность того, что граждане с удовлетворительной оценкой здоровья в скором времени обратятся в учреждение здравоохранения за помощью или прохождения диспансеризации (рис. 6).

Для оценки ведения здорового образа жизни был задан вопрос о том, что такое здоровый образ жизни. На первом месте, по мнению граждан, соблюдение личной гигиены, правильное питание и физическая активность. Отказ от злоупотребления алкоголем и контроль количества потребления соли стали последними пунктами из предложенного списка.

Полученные результаты могут быть использованы при разработке региональных программ в сфере здравоохранения, спорта и демографической политики региона, направленных на улучшение здоровья и качества жизни населения Хабаровского края.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Об утверждении методики расчета показателя «Доля граждан, ведущих здоровый образ жизни (процент)»: приказ Росстата № 181 от 29.03.2019.
2. Газиров, Р. Х. Рынок алкогольных напитков Хабаровского края // *Вестн. Хабар. гос. ун-та экономики и права*. – 2018. – № 2 (94). – С. 94–103.
3. Доклад ВОЗ о глобальной табачной эпидемии, 2008 г. Комплекс мер MPOWER по борьбе с ней. Защита людей от табачного дыма / Всемир. орг. здравоохранения (Женева). – URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789244596289\\_rus.pdf;jsessionid=D36F506989DDF3DC4B25ACD4B59C5C8F?sequence=4](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43818/9789244596289_rus.pdf;jsessionid=D36F506989DDF3DC4B25ACD4B59C5C8F?sequence=4) (дата обращения : 03.10.2020). – Текст: электронный.
4. Лисицын, Ю. П. Образ жизни и здоровье населения / Ю. П. Лисицын. – М.: Знание, 1982. – 40 с.
5. Основы здорового питания и профилактика ожирения : учеб.-метод. пособие / сост. К. Р. Амлаев, А. Н. Блинкова, Д. И. Шенкао. – Ставрополь : Изд-во СтГМУ, 2016. – 54 с.
6. Оттева, И. В. Проблемы и направления развития сети общественного питания Хабаровского края / И. В. Оттева, А. С. Абросимова. – Текст : электронный // *Ученые заметки ТОГУ*. – 2018. – Т. 9, № 1. – С. 333–336.
7. Протокол мониторинга реализации приоритетного проекта «Формирование здорового образа жизни» Министерства здравоохранения Российской Федерации / ФБГУ «Нац. мед. исслед. центр профилактич. медицины» (НИИЦ ПМ). – М., 2016.
8. Словарь терминов, относящихся к алкоголю, наркотикам и другим психоактивным средствам / Всемир. орг. здравоохранения (Женева, 1996 – 10 с. – URL: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85367/9241544686\\_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85367/9241544686_rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y) (дата обращения : 10.09.2020). – Текст : электронный.
9. Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases: report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation. – Geneva: World Health Organization, 2003. – (WHO Technical Report Series; № 916).