

АНАЛИЗ СТРУКТУРЫ ИНФОРМАЦИОННОГО ПОЛЯ ВОСПРИЯТИЯ ФАКТОРОВ РИСКА НЕИНФЕКЦИОННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В.Н. БУЗИН¹

¹ ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

УДК 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

Аннотация

При изучении отношения населения к сбережению собственного здоровья остается малоизученным вопрос связи абстрактного знания о вреде, наносимом здоровью факторами риска и реального понимания наносимого вреда этими факторами своему собственному здоровью.

Цель данной работы: провести анализ структуры информационного поля отношения населения к влиянию ФР на здоровье.

Материалы и методы. Материалом для анализа явились результаты социологического опроса в трех пилотных регионах Российской Федерации – Тульской области, Ставропольском крае и Республике Крым. Анкета состояла из 33 вопросов, касающихся факторов риска и их влияния на организм человека и блока вопросов, касающихся источников медицинской информации и доверия к ним. Объем выборки составил 1718 респондентов. Использовались методы: описательной статистики и социологический метод анкетирования. Статистическая обработка данных и их перевзвешивание проводилась в статистическом пакете обработки данных SPSS22.0. В целом по исследованию ошибка выборки не превышает 1,99% для уровня доверительной вероятности $p < 0,1$.

Результаты. Исследование показало, что абстрактное знание о вреде конкретного ФР практически по всем ФР достаточно высоко, поскольку именно на них и были направлены усилия медицинского сообщества последние десятилетия. Причем самые высокие значения ожидаемо имеют такие ФР как употребление табака, употребление алкоголя, повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови и повышенное артериальное давление. Уровень знания вреда ФР, разъяснению которым медицинское сообщество уделяло меньше внимания, ожидаемо были ниже. Самое низкое значение имеет такой ФР как низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу. Оценка взаимосвязи таких переменных, как абстрактное знание вреда о ФР и понимания их вреда для своего организма по двухстороннему Т-критерию показала, что это переменные полностью независимы друг от друга на уровне значимости $p < 0,001$. Этот результат заставил нас более внимательно посмотреть на факторную структуру исследуемого поля реальности и выдвинуть предположение о независимости знания о вреде наносимых организму человека ФР и поведенческих паттернов в отношении ФР. В результате факторного анализа 73 переменных было выделено 9 факторов: первый и самый мощный по влиянию фактор (10,33%) – знание влияния ФР на собственное здоровье; второй по мощности фактор (8,71%) – знание о вреде ФР; третий выделенный фактор (5,46%) – доверие к источникам информации, в который вошли как доверие к СМИ, так и доверие к телеведущим, популярным личностям и доверие к руководителям региона, города; четвертый выделенный фактор (4,67%) – гендерные особенности контроля ФР населением; пятый выделенный фактор (4,59%) – источники получения информации о ФР; шестой выделенный фактор (4,30%) – возрастные особенности контроля ФР; седьмой выделенный фактор (3,32%) – использование гаджетов для контроля ФР и занятия спортом; восьмой выделенный фактор (3,00%) – доверие к медработникам как источнику информации; девятый выделенный фактор (2,59%) – курение и употребление алкоголя.

Заключение. Оценка влияния ФР на собственное здоровье у респондентов в рамках проведенного исследования оказалась значительно ниже, чем абстрактное знание о вредном влиянии этих ФР. Анализ факторной структуры исследуемого поля подтвердил правомерность такого разделения знания на основе представлений о его различных формах – «знания в себе» и «знания для себя». Проведенный анализ позволил сформулировать ряд условий для повышения эффективности профилактической работы с населением, в том числе и для повышения воздействия популяционной профилактики: необходимо более активно задействовать наиболее значимые для населения источники – медицинских работников, научных медицинских работников и руководителей здравоохранения; более полно в профилактических мероприятиях учитывать половозрастные особенности аудиторий; использование СМИ должно предваряться анализом уровня доверия к ним со стороны целевых аудиторий; сами информационные сообщения должны предварительно проверяться на запоминаемость. Профилактические мероприятия должны менять личностные смыслы конкретных людей в отношении ФР и ЗОЖ, а не ограничиваться констатацией общего знания о них. Исследование также позволяет определить направления дальнейшего исследования отношения населения к ФР и собственному здоровью как междисциплинарную задачу с необходимыми привлечением специалистов по медицинской и общей психологии, психологии личности и психологии мотивации, а также социологов.

Ключевые слова: факторы риска, социологическое исследование, отношение к здоровью, отношение к факторам риска, факторный анализ.

Для цитирования: Бузин В.Н. Анализ структуры информационного поля восприятия факторов риска неинфекционных заболеваний. Общественное здоровье. 2024; 2(4):41–51, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

Контактная информация: Бузин Валерий Николаевич, e-mail: buzinvn@mednet.ru

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья поступила в редакцию: 20.12.2023. **Статья принята к печати:** 11.03.2024. **Дата публикации:** 25.06.2024.

UDC 614.2

DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

ANALYSIS OF THE STRUCTURE OF THE INFORMATION FIELD OF PERCEPTION OF RISK FACTORS FOR NON-COMMUNICABLE DISEASES

V.N. Buzin¹

Russian Research Institute of Health, Moscow, Russia.

Abstract

When studying the attitude of the population to saving their own health, the question of the connection between abstract knowledge about the harm caused to health by risk factors and a real understanding of the harm caused by these factors to their own health remains poorly understood.

The purpose of this work is to analyze the structure of the information field of the population's attitude to the impact of FR on health.

Materials and methods. The material for the analysis was the results of a sociological survey in three pilot regions of the Russian Federation – Tula Region, Stavropol Territory and the Republic of Crimea. The questionnaire consisted of 33 questions concerning risk factors and their impact on the human body and a block of questions concerning sources of medical information and trust in them. The sample size was 1,718 respondents. The following methods were used: descriptive statistics and the sociological method of questioning. Statistical data processing and reweighing were carried out in the statistical data processing package SPSS22.0. In general, the sampling error in the study does not exceed 1.99% for a confidence level of $p < 0.1$.

Results. The study showed that abstract knowledge about the harm of a particular FR in almost all FR is quite high, since it is precisely on them that the efforts of the medical community have been directed in recent decades. Moreover, the highest values are expected to have such factors as tobacco use, alcohol consumption, elevated blood sugar (glucose) and high blood pressure. The level of knowledge of the harm of FR, to which the medical community paid less attention, was expected to be lower. The lowest value is such a FR as a low iodine content in salt, which is consumed in food. An assessment of the relationship of variables such as abstract knowledge of harm about FR and understanding of their harm to one's body using a two-way T-criterion showed that these variables are completely independent of each other at the significance level $p < 0.001$. This result made us look more closely at the factor structure of the studied field of reality and put forward the assumption of independence of knowledge about the harm caused to the human body by FR and behavioral patterns in relation to FR. As a result of factor analysis of 73 variables, 9 factors were identified: the first and most powerful factor (10.33%) – knowledge of the effect of FR on one's own health; the second most powerful factor (8.71%) – knowledge of the harm of FR; the third highlighted factor (5.46%) – trust in information sources, which included both trust in the media and trust in TV presenters, popular personalities and trust in the leaders of the region and the city; the fourth highlighted factor (4.67%) is the gender characteristics of the control of the FR by the population; the fifth highlighted factor (4.59%) is the sources of information about the FR; the sixth highlighted factor (4.30%) – age-related features of FR control; the seventh highlighted factor (3.32%) – the use of gadgets to control FR and exercise; the eighth highlighted factor (3.00%) – trust in health workers as a source of information; the ninth highlighted factor (2.59%) – smoking and alcohol consumption.

Conclusion. The assessment of the effect of FR on the respondents' own health in the framework of the conducted study turned out to be significantly lower than abstract knowledge about the harmful effects of these FR. The analysis of the factor structure of the studied field confirmed the validity of such a division of knowledge based on ideas about its various forms – «knowledge in itself» and «knowledge for oneself». The analysis made it possible to formulate a number of conditions for improving the effectiveness of preventive work with the population, including to increase the impact of population prevention: it is necessary to more actively involve the most important sources for the population – medical workers, scientific medical workers and health managers; more fully take into account the gender and age characteristics of audiences in preventive measures; the use of mass media should be preceded by an analysis of the level of trust in them from the target audience; the information messages themselves must first be checked for memorability. Preventive measures should change the personal meanings of specific people in relation to FR and HLS, and not be limited to stating general knowledge about them. The study also allows us to determine the directions for further research of the population's attitude to the FR and their own health as an interdisciplinary task with the necessary involvement of specialists in medical and general psychology, personality psychology and motivation psychology, as well as sociologists.

Keywords: risk factors, sociological research, attitude to health, attitude to risk factors, factor analysis.

For citation: Buzin V.N. Analysis of the structure of the information field of perception of risk factors for non-communicable diseases. Public health. 2024; 2(4):41–51, DOI: 10.21045/2782-1676-2024-4-2-41-51

For correspondence: Valery N. Buzin, e-mail: buzinvn@mednet.ru

Conflict of interests. The authors declare that there is no conflict of interests.

Аннотации на испанском и французском языках приводятся в конце статьи.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) каждый год от неинфекционных заболеваний (НИЗ) умирает 41 миллион человек, что составляет 74% всех случаев смерти в мире, они ежегодно уносят жизни 17

миллионов человек, не достигших 70 лет и 86% таких преждевременных случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода [1]. НИЗ распространены во всех возрастных группах всех регионов и стран. Эти заболевания

часто связывают с пожилыми возрастными группами, но объективные данные свидетельствуют о том, что 17 миллионов случаев смерти от НИЗ происходят среди лиц младше 70 лет. При этом 86% таких случаев преждевременной смерти имеют место в странах с низким и средним уровнем дохода. Способствующие развитию НИЗ факторы риска (нездоровое питание, недостаточная физическая активность, воздействие табачного дыма, вредное употребление алкоголя и загрязнение воздуха) угрожают всем возрастным группам – детям, взрослым и пожилым. Поставленные в 2015 г. в рамках ЦУР задачи по борьбе с НИЗ и факторами риска потребовали целенаправленных действий со стороны государств в области политики и законодательства, а также обеспечения систем здравоохранения соответствующими ресурсами [2]. С позиции укрепления общественного здоровья и профилактики хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ), по данным ВОЗ, важное значение имеют управляемые/модифицируемые факторы риска хронических заболеваний. Основные ХНИЗ и факторы риска часто сочетаются и взаимодействуют, нередко взаимно усиливая друг друга. Чтобы уменьшить бремя ХНИЗ, как показали исследования, необходим комплексный межсекторальный подход, направленный на снижение рисков, связанных с этими заболеваниями, включая не только здравоохранение, но и систему образования, культуры, средств массовой информации (СМИ), финансы, транспорт, сельское хозяйство, торговлю и другие сектора [3–6]. Негативное влияние факторов риска на здоровье населения было не только подтверждено российскими учёными, но и привязано к оценке приносимого ими экономического ущерба (курение, индивидуальное потребление алкоголя, соли, нормы потребления овощей и фруктов, потребление переработанного красного мяса, низкая физическая активность, ожирение, артериальная гипертония) за счет их вклада в развитие основных НИЗ в Российской Федерации [7–8]. Отечественные медики также показали существующий большой потенциал профилактических мероприятий для снижения риска заболеваний [9].

Для формирования методических подходов к работе с населением по профилактике НИЗ и ведению ЗОЖ необходимо в первую очередь выяснить осведомленность населения о наличии таких факторов и степени их влияния на собственное здоровье [10–14]. Знание регионального профиля факторов риска позволяет прицельно разрабатывать профилактические

программы с учетом выявленных особенностей [15–18].

Помимо традиционных в здравоохранении направлений исследований отношения к собственному здоровью ряд исследователей отмечают, что понятие «отношение к здоровью» представляет собой систему индивидуальных, избирательных связей личности с различными явлениями окружающей действительности, способствующими или, наоборот, угрожающими здоровью людей, а также определяющими оценку индивидом своего физического и психического состояния. Категория отношения, зародившись еще в начале в школе В. М. Бехтерева, в дальнейшем развивалась в школе В. Н. Мясищева и основное положение данной концепции заключалось в том, что психологические отношения человека представляют целостную систему индивидуальных, избирательных, сознательных связей личности с различными сторонами объективной действительности. Иными словами, при психологическом анализе личность рассматривается как система отношений. Описанные В. Н. Мясищевым эмоциональный, познавательный и волевой компоненты отношения соответствуют в психологии трем сферам психического – эмоциональной, когнитивной и мотивационно-поведенческой [19–20].

В рамках этого подхода при изучении отношения населения к сбережению собственного здоровья остается малоизученным вопрос связи абстрактного знания о вреде, наносимом здоровью факторами риска и реального понимания наносимого вреда этими факторами своему собственному здоровью. Попытаемся ответить на этот вопрос в рамках проведенного в ФГБУ «ЦНИИОИЗ» исследования по отношению населения к ФР.

Цель исследования: провести анализ структуры информационного поля отношения населения к влиянию ФР на здоровье.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Материалом для анализа явились результаты социологического опроса в трех пилотных регионах Российской Федерации – Тульской области, Ставропольском крае и Республике Крым. Анкета состояла из 33 вопросов, касающихся факторов риска и их влияния на организм человека и блока вопросов, касающихся источников медицинской информации и доверия к ним. Факторы

риска в анкетном опросе соответствовали факторам, определённым ВОЗ) и вносящих основной вклад в преждевременную смертность населения: повышенное артериальное давление, гиперхолестеринемия (повышенный уровень холестерина крови), курение, несбалансированное (нерациональное) питание, недостаточное употребление фруктов и овощей, ожирение, злоупотребление алкоголем, низкая физическая активность, гипергликемия (повышенный уровень глюкозы крови), низкое содержание йода в соли, употребляемой в пищу, а также вопросы, касающиеся выполнения медицинских рекомендаций по их профилактике.

Объем выборки составил 1718 респондентов. Использовались методы: описательной статистики и социологический метод анкетирования. Для обеспечения репрезентативности выборки по полу респондентов и приведения выборочной совокупности в соответствие с данными Росстата была использована стандартная процедура перевзвешивания данных по полу респондентов. Статистическая обработка данных и их перевзвешивание проводились в статистическом пакете обработки данных SPSS22.0. В целом по исследованию ошибка выборки не превышает 1,99% для уровня доверительной вероятности $p < 0,1$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Исследование показало, что абстрактное знание о вреде конкретного ФР практически по всем ФР достаточно высоко, поскольку именно на них

и были направлены усилия медицинского сообщества последние десятилетия. Причем самые высокие значения ожидаемо имеют такие ФР как употребление табака, употребление алкоголя, повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови и повышенное артериальное давление. Уровень знания вреда ФР, разъяснению которых медицинское сообщество уделяло меньше внимания, ожидаемо был ниже. Самое низкое значение имеет такой ФР, как низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу (таблица 1).

Оценка взаимосвязи таких переменных, как абстрактное знание вреда о ФР и понимания их вреда для своего организма по двухстороннему Т-критерию показала, что эти переменные полностью независимы друг от друга на уровне значимости $p < 0,001$. Этот результат заставил нас более внимательно посмотреть на факторную структуру исследуемого поля реальности и выдвинуть предположение о независимости знания о вреде наносимых организму человека ФР и поведенческих паттернов в отношении ФР. Результаты факторного анализа представлены в таблице 2. Факторный анализ проводился в статистическом пакете обработки данных SPSS22.0 методом главных компонент и последующим вращением факторов методом квартимакс (минимизирует число факторов, необходимых для объяснения каждой переменной и упрощает интерпретацию переменных) для получения ортогональной факторной структуры. Результат этого анализа представлен в таблице 2 и таблице 3.

Проверка ортогональности (то есть независимости факторов) представлена в таблице 3.

Таблица 1

Средние значения абстрактного знания о влиянии факторов риска на здоровье и понимания этого влияния на собственное здоровье (по 10-балльной системе оценок)

Параметр оценки ФР		Употребление табака	Употребление алкоголя	Низкий уровень потребления овощей и фруктов	Повышенное содержание холестерина в крови	Повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови	Несбалансированное (нерациональное) питание	Низкая физическая активность	Повышенное артериальное давление	Избыточное употребление соли	Низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу
Абстрактное знание вреда	Среднее значение	8,42	8,42	7,33	7,67	8,39	7,42	7,58	8,34	7,25	6,49
	Стандартное отклонение	2,34	2,31	2,40	2,33	2,11	2,32	2,34	2,08	2,45	2,52
Понимание вреда для своего организма	Среднее значение	5,25	5,22	5,79	5,30	5,48	6,23	6,40	5,88	5,22	5,06
	Стандартное отклонение	3,88	3,71	3,06	3,37	3,57	2,96	3,12	3,51	3,35	3,20

Таблица 2

Результирующая матрица факторных нагрузок (факторные нагрузки ниже 0,2 не указаны)

	Факторные нагрузки для 7 выделенных факторов								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Вес выделенного фактора (% объясненной дисперсии)	10,33	8,71	5,46	4,67	4,59	4,30	3,32	3,00	2,59
Пол				0,49		0,25	0,23		0,23
Возраст				0,25		-0,58	0,29		
Употребление табака (знание вреда)		0,63							
Употребление алкоголя (знание вреда)		0,61				0,28			
Низкий уровень потребления овощей и фруктов (знание вреда)		0,72							
Повышенное содержание холестерина в крови (знание вреда)		0,75							
Повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови (знание вреда)		0,74		0,20					
Несбалансированное (нерациональное) питание (знание вреда)		0,76							
Низкая физическая активность (знание вреда)		0,76							
Повышенное артериальное давление (знание вреда)		0,71							
Избыточное употребление соли (знание вреда)		0,76							
Низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу (знание вреда)		0,69							
Употребление табака (понимание вреда)	0,77								
Употребление алкоголя (понимание вреда)	0,79								
Низкий уровень потребления овощей и фруктов (понимание вреда)	0,76	0,21							
Повышенное содержание холестерина в крови (понимание вреда)	0,85								
Повышенное содержание сахара (глюкозы) в крови (понимание вреда)	0,85								
Несбалансированное (нерациональное) питание (понимание вреда)	0,75	0,25							
Низкая физическая активность (понимание вреда)	0,74	0,21							
Повышенное артериальное давление (понимание вреда)	0,82								
Избыточное употребление соли (понимание вреда)	0,84								
Низкое содержание йода в соли, которую употребляют в пищу (понимание вреда)	0,77	0,20							
Знание уровня артериального давления				-0,63					
Контроль артериального давления				0,59		-0,40			
Знание уровня глюкозы				-0,63					
Ограничение потребления соли (обратная шкала)		0,24		0,37			-0,23		0,25
Ограничение потребления сахара (обратная шкала)				0,37			-0,34		0,23
Норма употребления овощей (знание норм)				0,32					
Курение (поведение)				0,29					0,53
Употребление алкоголя (поведение)									0,52
Контроль здоровья гаджетами (поведение)							0,73		
Контроль физической активности гаджетами (поведение)							0,72		

Время хождения пешком (знание норм)									
Занятия спортом (поведение)							0,52		
Замена обычной соли йодированной (поведение)							-0,22		
Прием лекарств при гипертонии (поведение)						0,75			
Прием лекарств при повышенном уровне холестерина (поведение)						0,77			
Прием лекарств при повышенном уровне сахара в крови (поведение)						0,70			
Знание ФР (оценка достаточности)				-0,28					
Телевидение – получение информации о ФР					0,60				
Радио – получение информации о ФР					0,68				
Пресса – получение информации о ФР					0,70				
Издания о здоровье и лечении болезней, распространяемые через почтовые ящики – получение информации о ФР					0,53				
Интернет – получение информации о ФР						0,28			
Друзья, соседи, знакомые, родственники – получение информации о ФР					0,35				
Научно-популярные книги, журналы о здоровье – получение информации о ФР			0,35	0,32			-0,24		
Отсутствие интереса к ФР и их влиянию на здоровье					0,25		0,22		
Телевидение – доверие как к источнику информации			0,63						-0,30
Радио – доверие как к источнику информации			0,73						-0,23
Пресса – доверие как к источнику информации			0,75						
Издания о здоровье и лечении болезней, распространяемые через почтовые ящики – доверие как к источнику информации			0,49						
Интернет – доверие как к источнику информации			0,48						
Друзья, соседи, знакомые, родственники – доверие как к источнику информации			0,48						
Научно-популярные книги, журналы о здоровье – доверие как к источнику информации			0,24					0,50	
Руководителям здравоохранения – доверие как к источнику информации			0,26					0,51	
Практикующим врачам – доверие как к источнику информации								0,71	
Научным медицинским работникам – доверие как к источнику информации								0,74	
Телеведущим – доверие как к источнику информации			0,55						0,36
Популярным личностям (актерам, спортсменам и т.д.) – доверие как к источнику информации			0,54						0,44
Руководителям региона, города – доверие как к источнику информации			0,55						0,29
Информации о ЗОЖ в медучреждениях – обращаю внимание				-0,22	-0,29		0,22		
Получение информации о ЗОЖ от работников медицинских организаций				-0,21	-0,37			0,26	
Информация о ЗОЖ в СМИ				-0,36	-0,54				
Помню содержание информации о ЗОЖ в СМИ				-0,36	-0,52				

Таблица 3

Матрица ковариаций выделенных факторов

Фактор	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
2	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
3	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
4	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
5	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
6	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00
7	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	0,00
8	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00
9	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1,00	0,00	1,00

Выделенные факторы после вращения стали независимыми друг от друга. Общая объяснённая дисперсия составляет 46,96%, что считается неплохим результатом для процедур снижения размерности исследуемого поля с 73 переменных до 9.

Следующая основная и наиболее сложная задача факторного анализа – это интерпретация полученных факторов на основе величины факторных нагрузок. Мы предлагаем следующую интерпретацию полученных факторов (таблица 4).

Теперь всё изучаемое нами поле воздействия ФР в рамках поставленной задачи можно свести к 9 укрупненным переменным (факторам).

Первый и самый мощный по влиянию фактор (10,33%) – знание влияния ФР на собственное здоровье, поэтому при составлении программ популяционной профилактики важно прогнозировать понимание предлагаемой населению

информации и возможности формирования личностной мотивации к ограничению воздействия ФР на своё собственное здоровье.

Второй по мощности фактор (8,71%) – знание о вреде ФР. Это именно тот фактор, на который направлены основные усилия популяционной профилактики. И именно этому фактору мы обязаны тем уровнем снижения вреда, приносимого ФР населению Российской Федерации. Но то, что по мощности этот фактор в полученной нами факторной структуре находится на втором месте показывает нам дальнейшие пути совершенствования профилактической работы – привнесения в профилактические программы больше личностного смысла для конкретных индивидов, потребляющих массовую профилактическую продукцию, размещаемую в СМИ.

Третий выделенный нами фактор (5,46%) – доверие к источникам информации, в который

Таблица 4

Структура информационного поля отношения населения к влиянию ФР на здоровье

Выделенная факторная структура отношения населения к ФР	Суммы квадратов нагрузок вращения	% объясняемой дисперсии	Суммарный % объясняемой дисперсии
1 фактор – знание влияния ФР на собственное здоровье	6,71	10,33	10,33
2 фактор – знание о вреде ФР	5,66	8,71	19,04
3 фактор – доверие к источникам информации	3,55	5,46	24,49
4 фактор – гендерные особенности контроля ФР	3,04	4,67	29,16
5 фактор – источники получения информации о ФР	2,99	4,59	33,76
6 фактор – возрастные особенности контроля ФР	2,79	4,30	38,06
7 фактор – использование гаджетов для контроля ФР и занятия спортом	2,16	3,32	41,38
8 фактор – доверие к медработникам как источнику информации	1,95	3,00	44,37
9 фактор – курение и алкоголь – доверие основным источникам информации	1,68	2,59	46,96

вошли как доверие к СМИ, так и доверие к телеведущим, популярным личностям и доверие к руководителям региона, города. То есть этот фактор говорит о необходимости оценки уровня доверия к источникам информации при использовании их в популяционной профилактике.

Четвертый выделенный фактор (4,67%) – гендерные особенности контроля ФР населением. Данный фактор является биполярным и говорит о том, что существуют гендерные различия в поведении респондентов. Так, мужчины меньше интересуются своими показателями артериального давления и уровня глюкозы в крови, что надо учитывать при построении информационной и коммуникационной работы с населением.

Пятый выделенный фактор (4,59%) – источники получения информации о ФР. Данный фактор также является биполярным и отрицательные факторные нагрузки свидетельствуют о том, что несмотря на то, что респонденты знают об информации о ФР в основных СМИ, они не всегда запоминают её содержание.

Шестой выделенный фактор (4,30%) – возрастные особенности контроля ФР. Здесь мы получили ожидаемый результат: с возрастом респонденты начинают более активно контролировать такие ФР, как повышенное давление, уровень холестерина и глюкозы путем приема лекарственных препаратов.

Седьмой выделенный фактор (3,32%) – использование гаджетов для контроля ФР и занятия спортом. Этот фактор связывает использование гаджетов в основном с занятием спортом. Такой подход респондентов к использованию гаджетов может свидетельствовать о том, что при проведении мероприятий популяционной профилактики следует уделять больше внимания пропаганде и доступности новых технологий для персонального использования в индивидуальной профилактике ФР.

Восьмой выделенный фактор (3,00%) – доверие к медработникам как источнику информации, представляется нам одним из важнейших с точки зрения организации процесса формирования личностного смысла ведения ЗОЖ и профилактики ФР у конкретных людей. В этот фактор вошли такие переменные как доверие к практикующим врачам, научным медицинским работникам, руководителям здравоохранения, а также что было более неожиданно – доверие к научно-популярным книгам и журналам о здоровье, что также необходимо использовать для повышения эффективности профилактических мероприятий.

Девятый выделенный фактор (2,59%) – курение и употребление алкоголя. Этот фактор связал доверие к телеведущим и популярным личностям с частотой употребления алкоголя и курением, то есть люди, доверяющие популярным личностям и телеведущим, чаще пьют алкогольные напитки и курят.

В профессиональной психологической литературе вопросы отношения к здоровью время от времени попадают в поле зрения исследователей [20–23], но в поиске по ключевым словам «отношение к здоровью» система Science Index не выдает ни одной публикации. Результаты нашего исследования показали на основе выделения двух независимых факторов – «знание влияния ФР на собственное здоровье» и «знание о вреде ФР» показывают, по мнению авторов, важность формирования исследовательской междисциплинарной программы, построенной на категории «отношения» как наиболее обоснованной с позиции теории личности и интегрирующей все психологические и социологические категории, в рамках которых анализируются остальные понятия, связанные с понятием «отношения к здоровью». А ценностно-мотивационный компонент данного понятия, по мнению авторов ряда исследований, должен играть роль связующего звена между когнитивным и поведенческим компонентами отношения к здоровью [21]. Благодаря сформированности мотивации усвоенное содержание понятий «здоровья» и «здорового образа жизни» реализуется в поведении. Однако роль мотивационного компонента может быть значительнее, чем просто регуляция связи «знание» – «поведение», так как связана с внутренним принятием ценности здоровья и определением степени активности в сохранении и развитии собственного здоровья [21–23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Оценка влияния ФР на собственное здоровье у респондентов в рамках проведенного исследования оказалась значительно ниже, чем абстрактное знание о вредном влиянии этих ФР. Таким образом знание о вреде ФР далеко не всегда приводит к применению этих знаний в отношении собственного здоровья и изменению реального поведения респондентов. Анализ факторной структуры исследуемого поля подтвердил правомерность такого разделения знания на основе представлений о его различных формах – «знания в себе» и «знания для себя». Проведенный анализ позволил сформулировать

ряд условий для повышения эффективности профилактической работы с населением, в том числе и для повышения воздействия популяционной профилактики: необходимо более активно задействовать наиболее значимые для населения источники – медицинских работников, научных медицинских работников и руководителей здравоохранения; более полно в профилактических мероприятиях учитывать половозрастные особенности аудиторий; использование СМИ должно предваряться анализом уровня доверия к ним со стороны целевых аудиторий; сами информационные сообщения должны предварительно проверяться на запоминаемость. А главное, любые профилактические мероприятия

должны менять личностные смыслы конкретных людей в отношении ФР и ЗОЖ, а не ограничиваться констатацией общего знания о них. Исследование также позволяет определить направления дальнейшего исследования отношения населения к ФР и собственному здоровью как междисциплинарную задачу с необходимым привлечением специалистов по медицинской и общей психологии, психологии личности и психологии мотивации, а также социологов.

Благодарность. Автор выражает благодарность за помощь в сборе данных в пилотных регионах сотрудникам ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России Е.Д. Савченко и В.А. Шелгунову.

ЛИТЕРАТУРА

1. WHO. Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Дата обращения: 19.12.2023).
2. Глобальное совещание ВОЗ для ускорения работы по выполнению задачи 3.4 ЦУР в отношении неинфекционных заболеваний и психического здоровья. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/events/detail/2019/12/09/default-calendar/ncds2019> (Дата обращения: 19.12.2024).
3. Драпкина О.М. и др. Профилактика хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации. Национальное руководство 2022. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2022;21(4):3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT.
4. Бузин В.Н. Дегуманизация медиапространства: проблемы и решения. Москва, 2021.
5. Бузин В.Н., Холмогорова Г.Т. Обучение здоровому образу жизни и средства массовой информации. Советское здравоохранение. 1991; (12):41–45.
6. Салагай О.О. Стратегические аспекты политики европейского союза в области охраны здоровья граждан. Здравоохранение Российской Федерации. 2012; 57(4): 3–7.
7. Концевая А.В., Муканеева Д.К., Мырзаматова А.О., Баланова Ю.А., Худяков М.Б., Драпкина О.М. Экономический ущерб факторов риска, обусловленный их вкладом в заболеваемость и смертность от основных хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации в 2016 году. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19(1): 48–55.
8. Салагай О.О., Антонов Н.С., Сахарова Г.М. Анализ структуры и динамики потребления табака и никотинсодержащей продукции в российской федерации в 2019–2022 гг. Профилактическая медицина. 2022; 25(9):15–23.
9. Калинина А.М., Горный Б.Э., Кушунина Д.В., Драпкина О.М. Интегральная оценка потенциала медицинской профилактики сердечно-сосудистых заболеваний по результатам диспансеризации и ее прогностическая значимость. Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2020; 19(3): 204–208.
10. Должанская Н.А., Андреев С.А., Бузина Т.С., Харькова Н.В. Методические подходы к профилактике
11. вич-инфекции в наркологии. Вопросы наркологии. 1996; 7(4):53–58.
12. Зелионко А.В. Медицинская информированность как ключевая компетенция при формировании здорового образа жизни у городских жителей. Международный научно-исследовательский журнал. 2014; 21(2–3): 71–73.
13. Драпкина О.М., Салагай О.О. (ред) Укрепление общественного здоровья и медицинская профилактика. Руководство для Центров общественного здоровья и медицинской профилактики. М.: ФГБУ «НМИЦ ТПМ» Минздрава России, 2021.
14. Карпов В.Н., Ходакова О.В., Лучкина В.В., Шильникова Н.Ф. Качество медицинской помощи по данным опросов пациентов. Качество медицинской помощи. 2002; (3): 86–89.
15. Салагай О.О., Сошкина К.В. Концепция личной ответственности за сохранение здоровья: правовой аспект. Журнал российского права. 2020; (8):94–104.
16. Оганов Р.Г., Шестопалов Н.В. (ред.) Профилактические программы. Руководство по планированию, реализации и оценке. М., 2000.
17. Холмогорова Г.Т., Бузина Т.С., Бузин В.Н. Исследование восприятия видеоклипов по тематике антиникотиновой пропаганды. Профилактика заболеваний и укрепление здоровья. 2001; 4(6):25–28.
18. Должанская Н.А., Бузина Т.С. Вич-инфекция в наркологической практике. Москва, 2000.
19. Бузин В.Н., Бузина Т.С. Медиапланирование для практиков. Москва. 2008.
20. Мясичев В.Н. Личность и неврозы. Л., 1960.
21. Березовская Р.А., Никифоров Г.С. Отношение к здоровью // Психология здоровья. СПб., 2003.
22. Березовская Р.А. Исследования отношения к здоровью: современное состояние проблемы в отечественной психологии. Вестник С.-Петербургского университета. Сер. 12: Социология. 2011; (1):221–227.
23. Лоранский Д.М., Бастыргин С.В., Водогреева Л.В., Науменко Н.М., Медведь Л.М. Некоторые особенности проявления отношения личности к здоровью в условиях города // Социальногигиенические аспекты научно-технического прогресса. М., 1980. С. 229–235.
24. Левченко Е.В. История и теория психологии отношений. СПб., 2003.

REFERENCE

1. WHO. Noncommunicable diseases. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases> (Accessed: 12/19/2023).
2. WHO Global Meeting to Accelerate the Implementation of SDG target 3.4 on Noncommunicable diseases and Mental health. URL: <https://www.who.int/ru/news-room/events/detail/2019/12/09/default-calendar/ncds2019> (Accessed: 12/19/2024).
3. Drapkina O.M. et al. Prevention of chronic non-communicable diseases in the Russian Federation. National Leadership 2022. Cardiovascular therapy and prevention. 2022; 21(4): 3235. doi: 10.15829/1728-8800-2022-3235. EDN DNBVAT.
4. Buzin V.N. Dehumanization of the media space: problems and solutions. Moscow, 2021.
5. Buzin V.N., Kholmogorova G. T. Healthy lifestyle education and mass media. Soviet healthcare. 1991; (12):41–45.
6. Salagai O. O. Strategic aspects of the European Union's policy in the field of public health protection. Healthcare of the Russian Federation. 2012; 57 (4): 3–7.
7. Kontsevaya A. V., Mukaneeva D. K., Myrzamatova A. O., Balanova Yu. A., Khudyakov M. B., Drapkina O. M. Economic damage of risk factors due to their contribution to morbidity and mortality from major chronic non-communicable diseases in the Russian Federation in 2016. Cardiovascular therapy and prevention. 2020; 19(1): 48–55.
8. Salagai O. O., Antonov N. S., Sakharova G. M. Analysis of the structure and dynamics of tobacco and nicotine-containing products consumption in the Russian Federation in 2019–2022. Preventive medicine. 2022; 25(9):15–23.
9. Kalinina A. M., Gorniy B. E., Kushunina D. V., Drapkina O. M. Integral assessment of the potential of medical prevention of cardiovascular diseases based on the results of medical examination and its prognostic significance. Cardiovascular therapy and prevention. 2020; 19 (3): 204–208.
10. Dolzhanskaya N. A., Andreev S. A., Buzina T. S., Kharkova N. V. Methodological approaches to the prevention of HIV infection in narcology. Issues of narcology. 1996; 7(4):53–58.
11. Zelionko A. V. Medical awareness as a key competence in the formation of a healthy lifestyle among urban residents. International Scientific Research Journal. 2014; 21(2–3): 71–73.
12. Drapkina O. M., Salagai O. O. (ed.) Strengthening public health and medical prevention. Guidelines for Public Health and Medical Prevention Centers. Moscow: Federal State Budgetary Institution «NMIC TPM» of the Ministry of Health of the Russian Federation, 2021.
13. Karpov V. N., Khodakova O. V., Luchkina V. V., Shilnikova N. F. Quality of medical care according to patient surveys. The quality of medical care. 2002; 2002; (3):86–89.
14. Salagai O. O., Soshkina K. V. The concept of personal responsibility for the preservation of health: a legal aspect. Journal of Russian Law. 2020; (8):94–104.
15. Oganov R. G., Shestopalov N. V. (ed.) Preventive programs. Guidelines for planning, implementation and evaluation. Moscow, 2000.
16. Kholmogorova G. T., Buzina T. S., Buzin V. N. A study of the perception of video clips on the subject of anti-nicotine propaganda. Disease prevention and health promotion. 2001; 4(6):25–28.
17. Dolzhanskaya N. A., Buzina T. S. HIV infection in drug treatment practice. Moscow, 2000.
18. Buzin V. N., Buzina T. S. Media planning for practitioners. Moscow. 2008.
19. Myasishchev V. N. Personality and neuroses. L., 1960.
20. Berezovskaya R. A., Nikiforov G. S. Attitude to health // Psychology of health. St. Petersburg, 2003.
21. Berezovskaya R. A. Research on attitudes to health: the current state of the problem in Russian psychology. Bulletin of St. Petersburg University. Ser. 12: Sociology. 2011; (1):221–227.
22. Lorransky D. M., Bastyrin S. V., Vodogreva L. V., Naumenko N. M., Medved L. M. Some features of the manifestation of personality's attitude to health in urban conditions // Sociohygienic aspects of scientific and technological progress. M., 1980. pp. 229–235.
23. Levchenko E. V. History and theory of psychology of relations. St. Petersburg, 2003.

ES

ANÁLISIS DE LA ESTRUCTURA DEL CAMPO INFORMATIVO DE PERCEPCIÓN DE FACTORES DE RIESGO DE ENFERMEDADES NO INFECCIOSAS

V.N. Buzin

Anotación

Al estudiar la actitud de la población hacia la preservación de su propia salud, la cuestión de la conexión entre el conocimiento abstracto sobre el daño causado a la salud por los factores de riesgo y la comprensión real del daño causado por estos factores a la propia salud sigue siendo poco estudiada.

Objetivo de este trabajo: analizar la estructura del campo de información de la actitud de la población ante el impacto de los factores de riesgo en la salud.

Materiales y métodos. El material para el análisis fueron los resultados de una encuesta sociológica en tres regiones piloto de la Federación de Rusia: la región de Tula, el territorio de Stavropol y la República de Crimea. El cuestionario constaba de 33 preguntas sobre factores de riesgo y su impacto en el cuerpo humano y un bloque de preguntas sobre fuentes de información médica y confianza en ellas. El tamaño de la muestra fue de 1718 encuestados. Se utilizaron los siguientes métodos: estadística descriptiva y el método de encuesta sociológica. El procesamiento de datos estadísticos y la reponderación se realizaron en el paquete de procesamiento de datos estadísticos SPSS22.0. En el conjunto del estudio, el error muestral no supera el 1,99% para un nivel de confianza de $p < 0,1$.

Resultados. El estudio mostró que el conocimiento abstracto sobre los peligros de un factor de riesgo específico para casi todos los factores de riesgo es bastante alto, ya que los esfuerzos de la

FR

ANALYSE DE LA STRUCTURE DU CHAMP INFORMATIONNEL DE PERCEPTION DES FACTEURS DE RISQUE NON INFECTIEUX MALADIES

V.N. Buzin

Annotation

Lorsqu'on étudie l'attitude de la population à l'égard de la préservation de sa propre santé, la question du lien entre la connaissance abstraite des dommages causés à la santé par les facteurs de risque et la compréhension réelle des dommages causés par ces facteurs à sa propre santé reste peu étudiée.

Objectif de ce travail: analyser la structure du champ d'information sur l'attitude de la population face à l'impact des facteurs de risque sur la santé.

Matériels et méthodes. Le matériel d'analyse était les résultats d'une enquête sociologique dans trois régions pilotes de la Fédération de Russie – la région de Toulou, le territoire de Stavropol et la République de Crimée. Le questionnaire comprenait 33 questions concernant les facteurs de risque et leur impact sur le corps humain et un bloc de questions concernant les sources d'informations médicales et la confiance qu'on leur accorde. La taille de l'échantillon était de 1718 répondants. Les méthodes suivantes ont été utilisées: les statistiques descriptives et la méthode de l'enquête sociologique. Le traitement des données statistiques et la repondération ont été effectués dans le progiciel de traitement des données statistiques SPSS22.0. Dans l'ensemble de l'étude, l'erreur d'échantillonnage ne dépasse pas 1,99% pour un niveau de confiance de $p < 0,1$.

Résultats. L'étude a montré que les connaissances abstraites sur les dangers d'un facteur de risque spécifique pour presque tous les facteurs

comunidad médica se han dirigido a ellos en las últimas décadas. Además, se espera que los valores más altos tengan factores de riesgo como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, niveles altos de azúcar (glucosa) en sangre y presión arterial alta. Se esperaba que el nivel de conocimiento sobre el daño de los factores de riesgo, a cuya explicación la comunidad médica prestaba menos atención, fuera menor. El valor más bajo lo tiene un factor de riesgo como el bajo contenido de yodo en la sal que se consume como alimento. Una evaluación de la relación entre variables como el conocimiento abstracto del daño sobre los factores de riesgo y la comprensión de su daño al cuerpo mediante una prueba T bilateral mostró que estas variables son completamente independientes entre sí en el nivel de significancia de $p < 0,001$. Este resultado nos obligó a observar más de cerca la estructura factorial del campo de la realidad en estudio y plantear el supuesto de la independencia del conocimiento sobre el daño causado al cuerpo humano por los factores de riesgo y los patrones de comportamiento en relación a dichos factores. Como resultado del análisis factorial de 73 variables, se identificaron 9 factores: el primero y más importante (10,33%) es el conocimiento de la influencia de los factores de riesgo en la propia salud; el segundo factor más importante (8,71%) es el conocimiento sobre los peligros de los factores de riesgo; el tercer factor seleccionado (5,46%) es la confianza en las fuentes de información, que incluye tanto la confianza en los medios de comunicación, la confianza en los presentadores de televisión, las personalidades populares y la confianza en los líderes regionales y municipales; el cuarto factor identificado (4,67%) son las características de género del control de los RF por parte de la población; el quinto factor identificado (4,59%) – fuentes de obtención de información sobre la Federación de Rusia; el sexto factor seleccionado (4,30%) son las características del control de la RF relacionadas con la edad; el séptimo factor identificado (3,32%) es el uso de gadgets para controlar la RF y practicar deportes; el octavo factor seleccionado (3,00%) es la confianza en los trabajadores de la salud como fuente de información; El noveno factor identificado (2,59%) es el tabaquismo y el consumo de alcohol.

Conclusión. La evaluación de los encuestados sobre el impacto de los factores de riesgo en su propia salud en el estudio resultó ser significativamente menor que el conocimiento abstracto sobre los efectos nocivos de estos factores de riesgo. El análisis de la estructura factorial del campo en estudio confirmó la legitimidad de esta división del conocimiento basada en ideas sobre sus diversas formas: «conocimiento en sí mismo» y «conocimiento por sí mismo». El análisis permitió formular una serie de condiciones para aumentar la eficacia del trabajo preventivo con la población, incluso para aumentar el impacto de la prevención poblacional: es necesario involucrar más activamente a las fuentes más importantes para la población: los trabajadores médicos, trabajadores médicos científicos y administradores de atención médica; tener más en cuenta las características de género y edad de las audiencias en las medidas preventivas; el uso de los medios debe ir precedido de un análisis del nivel de confianza en ellos por parte del público objetivo; Primero se debe comprobar que los propios mensajes informativos sean fáciles de recordar. Las medidas preventivas deben cambiar los significados personales de personas específicas en relación con la HP y el estilo de vida saludable, y no limitarse a expresar conocimientos generales sobre ellos. El estudio también nos permite determinar las direcciones para futuras investigaciones sobre la actitud de la población hacia la RF y su propia salud como una tarea interdisciplinaria con la necesaria participación de especialistas en psicología médica y general, psicología de la personalidad y psicología de la motivación, así como sociólogos.

Palabras clave: factores de riesgo, investigación sociológica, actitud hacia la salud, actitud hacia los factores de riesgo, análisis factorial.

de risque sont assez élevées, puisque les efforts de la communauté médicale se sont concentrés sur eux au cours des dernières décennies. De plus, les valeurs les plus élevées devraient avoir des facteurs de risque tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'hyperglycémie (glucose) et l'hypertension artérielle. On s'attendait à ce que le niveau de connaissance des méfaits des facteurs de risque, dont la communauté médicale accordait moins d'attention à l'explication, soit inférieur. La valeur la plus basse présente un facteur de risque tel que la faible teneur en iode du sel consommé comme aliment. Une évaluation de la relation entre des variables telles que la connaissance abstraite des dommages causés par les facteurs de risque et la compréhension de leurs dommages corporels à l'aide d'un test T bilatéral a montré que ces variables sont complètement indépendantes les unes des autres au niveau de signification de $p < 0,001$. Ce résultat nous a obligé à examiner de plus près la structure factorielle du champ de réalité étudié et à avancer l'hypothèse de l'indépendance de la connaissance sur les dommages causés au corps humain par les facteurs de risque et les comportements par rapport aux facteurs de risque. À la suite de l'analyse factorielle de 73 variables, 9 facteurs ont été identifiés: le premier et le plus puissant (10,33%) est la connaissance de l'influence des facteurs de risque sur sa propre santé; le deuxième facteur le plus puissant (8,71%) est la connaissance des dangers des facteurs de risque; le troisième facteur sélectionné (5,46%) est la confiance dans les sources d'information, qui comprend à la fois la confiance dans les médias, la confiance dans les présentateurs de télévision, les personnalités populaires et la confiance dans les dirigeants régionaux et municipaux; le quatrième facteur identifié (4,67%) concerne les caractéristiques de genre du contrôle de l'AR par la population; le cinquième facteur identifié (4,59%) – les sources d'obtention d'informations sur la RF; le sixième facteur sélectionné (4,30%) concerne les caractéristiques du contrôle RF liées à l'âge; le septième facteur identifié (3,32%) est l'utilisation de gadgets pour contrôler les RF et faire du sport; le huitième facteur sélectionné (3,00%) est la confiance dans les agents de santé en tant que source d'information; Le neuvième facteur identifié (2,59%) est le tabagisme et la consommation d'alcool.

Conclusion. L'évaluation des personnes interrogées dans l'étude sur l'impact des facteurs de risque sur leur propre santé s'est avérée nettement inférieure aux connaissances abstraites sur les effets nocifs de ces facteurs de risque. L'analyse de la structure factorielle du domaine étudié a confirmé la légitimité de cette division du savoir fondée sur la conception de ses différentes formes: «le savoir en soi» et le «savoir pour soi». L'analyse a permis de formuler un certain nombre de conditions pour accroître l'efficacité du travail de prévention auprès de la population, notamment pour accroître l'impact de la prévention auprès de la population: il est nécessaire d'impliquer plus activement les sources les plus significatives pour la population – le personnel médical, travailleurs médicaux scientifiques et gestionnaires de soins de santé; prendre davantage en compte les caractéristiques de genre et d'âge des publics dans les mesures préventives; l'utilisation des médias doit être précédée d'une analyse du niveau de confiance que les publics cibles leur accordent; Les messages d'information eux-mêmes doivent d'abord être vérifiés pour leur mémorisation. Les mesures préventives devraient modifier les perceptions personnelles de certaines personnes par rapport à l'HTP et à un mode de vie sain, et ne devraient pas se limiter à énoncer des connaissances générales à leur sujet. L'étude nous permet également de déterminer les orientations pour des recherches plus approfondies sur l'attitude de la population à l'égard de la RF et de sa propre santé en tant que tâche interdisciplinaire avec la participation nécessaire de spécialistes en psychologie médicale et générale, en psychologie de la personnalité et en psychologie de la motivation, ainsi que des sociologues.

Mots clés: facteurs de risque, recherche sociologique, attitude envers la santé, attitude envers les facteurs de risque, analyse factorielle.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ / ABOUT THE AUTORS

Бужин Валерий Николаевич – доктор социологических наук, главный научный сотрудник ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, г. Москва, Россия.

Valery N. Buzin – the doctor of sciences in sociology of Federal State Budgetary Institution Central Research Institute of the Organization and Informatization of Health Care of the Russian Ministry of Health, Moscow, Russia. ORCID: 0000-0001-6833-7214.