В.В. Гафаров*, Е.А. Громова, Д.О. Панов, И.В. Гагулин

УДК 613.99

Межведомственная лаборатория эпидемиологии сердечно-сосудистых заболеваний СО РАМН, г. Новосибирск
Учреждение РАМН НИИ терапии СО РАМН, г. Новосибирск

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЛИЧНОСТНОЙ ТРЕВОЖНОСТИ И ОТНОШЕНИЕ К СВОЕМУ ЗДОРОВЬЮ СРЕДИ ЖЕНЩИН — ЖИТЕЛЬНИЦ КРУПНОГО ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

Резюме

В рамках программы WHO «MONICA–MOPSY» была обследована репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет (n = 870) одного из районов российского мегаполиса. Результаты исследования показали, что распространенность высокого уровня личностной тревожности (ЛТ) в женской популяции составляет 60%. С повышением уровня тревожности в 1,5–3 раза увеличивается негативная оценка «не совсем здоров», «болен» и жалобы на состояние здоровья (p < 0,001), но забота о здоровье при этом остается недостаточной. У женщин с высоким уровнем тревоги отмечены постоянные стрессы на рабочем месте и в семье, нарушения сна и неблагоприятный поведенческий профиль: не предпринимаются попытки отказа от курения; такие женщины менее физически активны, реже соблюдают диету.

Ключевые слова: *эпидемиология, психосоциальные факторы, личностная тревожность, информированность и отношение к здоровью.*

Abstract

In the frame of the WHO "MONICA-MOPSY" representative sample of women aged 25–64 (n = 870) in one of Russian megalopolis district was examined. The prevalence of high personal anxiety in the female population was 60%. Negative health evaluation as "is not very well", "sick" was in 1.5–3 times higher in women with high level of anxiety which more likely had complaints for their health, but cared about their health not enough. Women with high personal anxiety had higher levels of stress at work and in their family, sleep disturbances and unhealthy lifestyles profile: unsuccessfully attempts to quit smoking; reduced diet behavior and physical activity.

Key words: *epidemiology, psychosocial factors, personal anxiety, awareness and attitudes toward health.*

Современные исследования показывают, что высокая доля женщин в развивающихся странах отмечает низкую самостоятельную оценку здоровья (Сирия, Пакистан, Бангладеш, Украина) [7, 11, 16]. Важность оценки собственного здоровья возрастает, учитывая, что негативная самооценка связана с высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) в сравнении с хорошей и отличной самооценкой здоровья независимо от традиционных факторов риска [20]. В условиях психологических трудностей, выраженного влияния негативных психосоциальных факторов и социальной депривации среди населения высоко распространены курение, нерациональное питание и низкая физическая активность [3, 12, 13, 23, 28].

Однако все еще мало работ, отражающих взаимосвязь психосоциальных факторов (ПСФ) в женской популяции, несмотря на пристальный интерес к ним в рамках влияния на такие значимые заболевания, как инфаркт миокарда и цереброваскулярные события у женщин. В основной массе такие научные изыскания выполнены в группах кардиологических больных [5, 15, 26]. В этой связи представляется необходимым изучение взаимосвязи ЛТ как фактора риска ССЗ и информированности и отношения к здоровью и профилактике в открытой популяции.

Материалы и методы

В рамках третьего скрининга программы изучения тенденций контроля ССЗ «MONICA» и подпрограммы «MOPSY-MONICA-психосоциальная» [21] нами была обследована случайная репрезентативная выборка женщин в возрасте 25–64 лет одного из районов г. Новосибирска (870 человек). Выборка формировалась на основе избирательных списков граждан с использованием таблицы случайных чисел. Отклик на скрининговое обследование составил 72,5%. Обследование проводилось по жестким эпидемиологическим критериям согласно протоколу программы «MONICA».

* Контакты. E-mail: valery.gafarov@gmail.com. Телефон: (383) 211-75-08

Программа психосоциального скринирующего обследования включала регистрацию социально-демографических данных и тестирование по психосоциальным методикам.

Уровень ЛТ изучали с помощью теста Спилбергера (уровень ЛТ, подшкала «тревожность как свойство личности») [27]. Нарушения сна, самооценка состояния здоровья и отношение к профилактике заболеваний, курению, питанию и физической нагрузке изучались с использованием анкеты «Знание и отношение к своему здоровью» [4], адаптированной к изучаемой популяции. Испытуемым было предложено самостоятельно ответить на вопросы шкал согласно инструкциям, помещенным в опроснике. За анализируемый уровень фактора риска принимали значение его в исходном исследовании и не учитывали вклад временной динамики. Методики были строго стандартизированы и соответствовали требованиям протокола проекта «MONICA». Кодировка теста заключалась в построении компонентов индексов и расчете баллов в соответствии с предложенным алгоритмом [21].

Статистическая обработка материала проводилась с использованием стандартного пакета SPSS-11.5. Для расчета показателей использовался тест Крускала–Уоллиса. Критерием статистической значимости являлась достоверность результата при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Уровень ЛТ в женской популяции в возрасте 25–64 лет в 1994 г. составил 99,3% (средний уровень тревожности (СУТ) — у 38,9%, высокий (ВУТ) — у 60,4% женщин).

Было изучено взаимоотношение ЛТ и отношения к своему здоровью, его профилактическим проверкам, медицинской помощи, профилактике болезней. С увеличением уровня ЛТ снижается положительная оценка состояния здоровья «здоров» (СУТ 41,6%, ВУТ 12,5%) и увеличивается негативная оценка «не совсем здоров», «болен» в 1,5 и 3 раза (СУТ — 53,2, 5,2%; ВУТ — 72,3, 15,2% соответственно) ($\chi^2 = 37,70$, $n = 4$, $p < 0,001$). Более 66% женщин с СУТ и 92% лиц с ВУТ жалуются на здоровье ($\chi^2 = 38,33$, $n = 3$, $p < 0,001$), но о здоровье заботятся явно недостаточно (СУТ — 56,4%, ВУТ — 70,8%; $\chi^2 = 7,22$, $n = 2$, $p < 0,05$).

В виде тенденции меньшая доля лиц с более высоким уровнем ЛТ оценивает возможность заболеть в течение ближайших 5–10 лет как невероятную (ВУТ — 0,9%, СУТ — 1,3%), даже в условиях, если приняты предупредительные меры. При ответе на вопросы о возможности современной медицины «предупредить или лечить болезни сердца» у лиц с ЛТ (СУТ и ВУТ) не было получено значимых различий. Несмотря на отсутствие достоверной разницы, женщины с ВУТ реже доверяются своему самочувствию и чаще соглашаются с мнением врача в сравнении с женщинами с СУТ (32,7 и 36,5%; 34 и 36,5% соответственно). Население чаще всего не испытывает приятных переживаний, связанных с медицинским обслуживанием, но у лиц с ВУТ отмечена тенденция к снижению этого показателя и увеличению приятных переживаний по сравнению с женщинами с СУТ (10,3 и 9,3% соответственно).

Отмечены следующие тенденции: при ответе на вопрос «Если на работе вы почувствовали себя не совсем хорошо, что вы делаете?» лица с ВУТ менее склонны продолжать работу и чаще обращаются к врачу по сравнению с женщинами с СУТ (55,3, и 57,9% соответственно); женщины с ВУТ не считают препятствием грипп или повышение температуры и чаще продолжают работать, чем при СУТ (43,3 и 41,3% соответственно); отсутствует разница между группами женщин с ВУТ и СУТ по отношению к профилактической проверке здоровья — в 82,7% случаев все согласны, что она полезна.

Исследование тревожности и стресса на рабочем месте не показало существенных различий в склонности женщин с разным уровнем ЛТ к изменению специальности. Лица с ВУТ чаще отмечают, что уменьшили выполнение дополнительной работы, в сравнении с СУТ (13,3 и 6,7% соответственно; $\chi^2 = 7,83$, $n = 3$, $p < 0,05$) и работа им не очень нравится (14,9 и 5,6% соответственно; $\chi^2 = 9,57$, $n = 4$, $p < 0,05$). У лиц с ВУТ с увеличением уровня ЛТ изменяется оценка ответственности на работе с высокой до незначительной ($\chi^2 = 13,15$, $n = 4$, $p < 0,05$), отмечается тенденция к снижению ответственности на работе в последний год. Женщины с ВУТ значимо реже отмечают возможность отдохнуть и расслабиться после рабочего дня в сравнении с СУТ (17,2 и 31%, соответственно; $\chi^2 = 13,72$, $n = 4$, $p < 0,05$). Отмечено более выраженное снижение трудоспособности у лиц с ВУТ в сравнении с СУТ (33,8 и 13% соответственно; $\chi^2 = 13,72$, $n = 4$, $p < 0,01$).

Изучение ЛТ и стресса в семье указывает, что с ростом уровня ЛТ увеличивается количество конфликтов в семье (46,7% для СУТ и 58,9% для ВУТ; $\chi^2 = 13,36$, $n = 3$, $p < 0,01$). У женщин с ВУТ чаще изменяется семейное положение по сравнению с женщинами с СУТ (5,2 и 2,6% соответственно). Женщины с ВУТ в 2 раза чаще отмечают, что им что-то мешает отдохнуть дома, чем лица с СУТ (51,2 и 25,6% соответственно; $\chi^2 = 16,57$ (Mantel–Haenszel), $p < 0,001$).

Было определено взаимоотношение ЛТ и отношение к курению, изменению питания, физическим нагрузкам. По отношению к курению среди женщин с ВУТ отмечена более высокая доля лиц, безуспешно пытавшихся бросить курить, в сравнении с СУТ (10,7 и 3,9% соответственно; $\chi^2 = 11,25$, $n = 5$, $p < 0,05$). У женщин с ВУТ отмечается тенденция к увеличению

Владимир Эрнстович Медведев, доцент кафедры психиатрии, психотерапии и психосоматической патологии факультета повышения квалификации медицинских работников ГБОУ ВПО РУДН, к.м.н.

Повышенная тревожность как черта характера рассматривается в современной психиатрии в рамках тревожной (избегающей) акцентуации или расстройства личности (РЛ). Для людей с данным типом личности характерны гиперсенситивность к воздействиям социальной среды, чрезмерное реагирование на настроение и поступки окружающих. При этом свойственная им тревожность определяет не только ход мыслей и поведение, но и препятствует интерперсональным контактам, восприятию позитивных сторон жизни. К основным чертам тревожно-мнительного характера относятся робость, нерешительность, совестливость. С детства основой их темперамента является «избегание вредностей» (C.R. Cloninger и соавт., 2002).

В США тревожное РЛ у населения встречается с частотой 1,1–1,3% (W. Maier и соавт., 1992; H.I. Kaplan, B.J. Sadock, 2005). У не обращающихся за специализированной помощью городских жителей РФ распространенность тревожного РЛ составляет 2,2% у мужчин и 1,1% у женщин (А.Б. Смулевич, 2009). Т.е. данные В.В. Гафарова и соавт. можно экстраполировать на любой промышленно развитый город нашей страны.

С учетом множества факторов, влияющих на уровень ЛТ у женщины (эндокринные сдвиги — пубертат, нарушения менструальной функции в репродуктивном возрасте, климактерические расстройства; тяжесть и прогноз сопутствующих соматических заболеваний и т.п.) требуется особый подход к лечению тревоги, в частности, назначение препаратов с позиции не только эффективности, но и безопасности. Большинство лекарственных средств, использующихся в психофармакологии, увы, не отвечают этим критериям и не могут использоваться в общей лечебной сети.

Появление транквилизатора Афобазола с принципиально новым механизмом действия открыло новые возможности в лечении тревоги у широкого круга пациентов. Афобазол (морфолиноэтилтиоэтоксибензимидазола дигидрохлорид) по химической структуре относится к производным 2-меркаптобензимидазола и не является агонистом бензодиазепиновых рецепторов. Препарат тормозит развитие мембрано-зависимых изменений в ГАМК-бензодиазепиновом рецепторном комплексе, способствует стабилизации рецептора и как следствие — восстановлению связывания с ним основного медиатора торможения — γ-аминомасляной кислоты. Афобазол уменьшает как психоэмоциональные, так и соматические (вегетативные) проявления тревожных расстройств. Терапевтический эффект препарата реализуется достаточно быстро — на 5–7-й день после начала терапии. Особенности фармакокинетики Афобазола определяют его безопасность: время достижения максимальной концентрации составляет 0,85 ± 0,13 ч, период полувыведения — 0,82 ± 0,54 ч, препарат не накапливается в организме. Афобазол не обладает «поведенческой токсичностью»: при приеме в терапевтических дозах он не снижает концентрацию внимания и не вызывает дневной сонливости. Поэтому Афобазол можно применять людям, ведущим социально активный образ жизни (в первую очередь — жителям мегаполисов), занимающимся научной работой, автолюбителям, спортсменам и т.д. В результате проведенных исследований [6] получены достоверные доказательства эффективности и безопасности препарата Афобазол в терапии тревожных расстройств у больных с коморбидной сердечно-сосудистой патологией. При использовании у больных общесоматического (кардиологического) стационара Афобазол обнаруживает благоприятный профиль переносимости и безопасности, не оказывает отрицательного влияния на течение соматической болезни (ишемическая болезнь сердца, артериальная гипертония, аритмии). Препарат не вступает в клинически значимые взаимодействия со средствами, применяющимися для лечения большинства соматических заболеваний. А прекращение приема Афобазола не сопровождается развитием синдрома отмены.

Афобазол — эффективный и безопасный препарат, который может быть рекомендован для терапии легких и умерено выраженных тревожных расстройств у относительно здоровых людей и у пациентов с какой-либо сопутствующей соматической патологией. При этом рекомендуемый диапазон доз составляет 30–60 мг/сут в зависимости от тяжести состояния, продолжительность терапии может достигать 3 месяцев. С точки зрения психофармакологии Афобазол — один из препаратов выбора для лечения тревожных расстройств в арсенале терапевтов, гинекологов и других специалистов первичного звена.

интенсивности курения в течение последнего года (ответ «Курю больше»: ВУТ — 18%, СУТ — 14,3%).

При изучении отношения к питанию выявлено снижение доли лиц, соблюдающих диету, при увеличении ЛТ (СУТ — 8,1%, ВУТ — 3,7%). Женщины с ВУТ чаще, чем с СУТ, осознают, что должны соблюдать диету, или пытаются это делать (62 и 33,1% соответственно; $\chi^2 = 20,87$, $n = 4$, $\rho < 0,001$).

Лица с ВУТ оценивают свою физическую активность для своего возраста более пассивно по

ОКОЛО **70%** ПАЦИЕНТОВ, ОБРАЩАЮЩИХСЯ К ВРАЧУ, ИСПЫТЫВАЮТ СИМПТОМЫ ТРЕВОГИ,

КОТОРЫЕ ВЛИЯЮТ НА ТЕЧЕНИЕ ИХ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ*

* 1. Давыдов А.Т. и соавт. РМЖ. 2008, том 16, 5. С. 266-270

АФОБАЗОЛ® ТЕРАПЕВТ ТРЕВОГИ

РУ № ЛС-000861

ИННОВАЦИОННАЯ МОЛЕКУЛА

- новый класс – производное бензимидазола

УНИКАЛЬНЫЙ МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ

- активизирует естественный механизм анксиолизиса через систему сигма-рецепторов

ОПТИМАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОФИЛЬ

- без седации, без зависимости, без привыкания
- совместим с большинством препаратов для терапии основного заболевания

ОАО «Фармстандарт»,
ОАО «Фармстандарт-Лексредства»

Информация предназначена для медицинских специалистов
www.pharmstd.ru, www.afobazol.ru

Реклама

сравнению с СУТ (21 и 11,6% соответственно; $\chi^2 = 18{,}13$, n = 4, $\rho < 0{,}01$). Также отмечены следующие тенденции: женщины с ВУТ реже проводят досуг физически активно, в сравнении с женщинами с более низким уровнем ЛТ (22,1 и 29,9% соответственно); доля регулярно выполняющих физзарядку одинаково мала как при СУТ, так и при ВУТ (7,7 и 7,9% соответственно).

Показатели «очень хороший сон» и «хороший сон» уменьшаются с увеличением уровня тревожности, при этом частота нарушений сна увеличивается более чем в 3 раза ($\chi^2 = 15{,}30$, n = 4, $\rho < 0{,}01$).

Настоящее исследование по изучению связи ЛТ и информированности, а также отношения к здоровью и профилактике является первым проведенным в России среди женского населения.

Полученные результаты показали, что распространенность ВУТ в женской популяции в возрасте 25–64 лет очень высока и составляет 60%. В нашем исследовании распространенность тревожности в женской популяции существенно выше, чем в странах Европы и США [10, 17, 18]. Известно, что 1994 г. являлся периодом наивысшего пика социального стресса и перехода государства от одной общественной фармации к другой [1, 2, 4].

Установлено, что с повышением уровня ЛТ в 1,5–3 раза увеличивается негативная оценка «не совсем здоров», «болен». Женщины с ВУТ чаще имеют жалобы на здоровье и считают, что заботятся о здоровье явно недостаточно. Наши данные согласуются с результатами таких крупных популяционных исследований, как The Women's Health Initiative Observational Study и WOBASZ study, в которых негативные психологические детерминанты ассоциированы с плохой самооценкой здоровья у женщин [24, 30]. Недавние исследования в Дании (P. Fink и соавт., 2010) и Китае (Zhiwei Xu и соавт., 2011) подтвердили связь высокого уровня тревоги с низкой самооценкой здоровья [14, 31].

В нашем исследовании лица с ВУТ были недостаточно информированы в отношении предупреждения заболеваний сердца. Как показывают результаты зарубежных исследований, представление о методах профилактики оказывается ниже у женщин с эмоциональными расстройствами [24].

При исследовании тревожности и стресса на рабочем месте лица с ВУТ чаще отмечают, что уменьшили выполнение дополнительной работы, и указывают, что работа им не очень нравится; отмечено более выраженное снижение трудоспособности и ответственности на работе в последний год. Как показало современное исследование стресса на рабочем месте в Британии, более высокий уровень тревоги и депрессии связан с предпринимаемыми усилиями в условиях повышенных требований на работе [19]. Кроме того, известно, что в сочетании с плохой самооценкой здоровья высокий уровень тревоги ассоциирован со снижением трудоспособности у работающих женщин [22].

Изучение ЛТ и стресса в семье указывают, что с ростом уровня ЛТ увеличивается количество конфликтов в семье, чаще происходят изменения семейного положения, реже отмечается возможность отдохнуть дома. Гендерные роли и социальные традиции, которые рассматривают женщину как жену, с соответствующей нагрузкой, могут сказываться на развитии стресса в семье, а конфликт между работой и семейными обязанностями усиливают этот патологический паттерн у лиц с ВУТ.

Полученные в исследовании результаты показали, что среди женщин с ВУТ отмечена более высокая доля лиц с негативными поведенческими характеристиками (увеличение интенсивности курения, снижение доли лиц, соблюдающих диету, снижение физической активности). Это согласуется с данными других исследований, в которых женщины с повышенной тревожностью достоверно чаще являются курильщиками и уделяют меньше внимания физической активности [8, 25].

Ассоциация ВУТ с нарушениями сна объясняется снижением эмоциональной стабильности, преобладанием тонуса симпатической системы с изменениями гемодинамики, повышением активности гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы, что характерно для психоэмоционального напряжения [9]. Такая коморбидность часто описывается в литературе [29].

Настоящее исследование подчеркивает важность изучения взаимосвязи ЛТ с информированностью и отношением к здоровью и профилактике заболеваний у женского населения и будет способствовать формированию новых, более успешных подходов в разработке программ профилактики заболеваний различных органов и систем, в том числе ССЗ.

Выводы

1. Распространенность высокого уровня ЛТ в женской популяции мегаполиса составляет 60%.
2. Установлено, что с повышением уровня ЛТ в 1,5–3 раза увеличивается негативная оценка «не совсем здоров», «болен». Женщины с ВУТ чаще имеют жалобы на здоровье и считают, что заботятся о здоровье явно недостаточно.
3. У женщин с ВУТ отмечен более высокий уровень стресса на рабочем месте и в семье, чаще встречаются нарушения сна.
4. При нарастании ЛТ ухудшается профиль поведения: не предпринимаются попытки отказа от

курения; такие женщины менее физически активны, реже соблюдают диету.

5. С учетом высокой распространенности ЛТ у женщин представляется целесообразным рассмотрение вопроса о назначении анксиолитиков врачами первичного медико-санитарного звена.

Список литературы

1. *Гафаров В.В., Гафарова А.В., Гагулин И.В.* Артериальное давление, ишемическая болезнь сердца и психосоциальные факторы (эпидемиологическое исследование на основе программы ВОЗ «MONICA-психосоциальная») // Артериальная гипертензия. 2010. № 6. С. 608–12.
2. *Гафарова А.В., Гафаров В.В., Громова Е.А., Кабанов Ю.Н., Гагулин И.В.* Личностная тревожность как свойство личности, ее связь с другими психосоциальными факторами и ишемической болезнью сердца // Мир науки, культуры, образования. 2009. № 5 (17). С. 197–199.
3. *Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В.* и др. Психология здоровья населения в России. Новосибирск: СО РАМН, 2002. 360 с.
4. *Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В., Гафарова А.В.* Эпидемиология и профилактика хронических неинфекционных заболеваний в течение 2 десятилетий и в период социально-экономического кризиса в России. Новосибирск, 2000.
5. *Еганян Р.А., Калинина А.М., Измайлова О.В.* Динамика информированности и отношения к здоровью лиц с мягкой и умеренной артериальной гипертонией // Профилактическая Медицина. 2009. № 6. С. 30–33.
6. *Медведев В.Э., Троснова А.П., Добровольский А.В.* Препарат Афобазол в лечении невротических и соматизированных расстройств у больных с сердечно-сосудистой патологией // Врач. 2006. № 14. С. 19–22.
7. *Ahmad K., Jafar T.H., Chaturvedi N.* Self-rated health in Pakistan: results of a national health survey // BMC Public Health. 2005. № 5. С. 51.
8. *Albert C., Chae C., Rexrode K.* et al. Phobic Anxiety and Risk of Coronary Heart Disease and Sudden Cardiac Death Among Women // Circulation. 2005. № 111. P. 480–487.
9. *Alboni P., Alboni M.* Psychosocial factors as predictors of atherosclerosis and cardiovascular events: contribution from animal models // G. Ital. Cardiol. (Rome). 2006. Vol. 7, № 11. P. 747–53.
10. *Alonso J., Angermeyer M.C., Bernert S.* Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project // Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2004 № 420. P. 21–7.
11. *Asfar T., Ahmad B., Rastam S.* et al. Self-rated health and its determinants among adults in Syria: a model from the Middle East // BMC Public Health. 2007. № 7. P. 177.
12. *Averina M., Nilssen O., Brenn T.* et al. Social and lifestyle determinants of depression, anxiety, sleeping disorders and self-evaluated quality of life in Russia — a population-based study in Arkhangelsk // Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2005. Vol. 40, № 7. P. 511–8.
13. *Bobak M., Pikhart H., Hertzman C.* et al. Socioeconomic factors, perceived control and self-reported health in Russia. A cross-sectional survey // Soc. Sci Med. 1998. Vol. 47, № 2. P. 269–79.
14. *Fink P., Ørnbøl E., Christensen K.* The Outcome of Health Anxiety in Primary Care. A Two-Year Follow-up Study on Health Care Costs and Self-Rated Health // PLoS One. 2010. Vol. 5, № 3. e9873. doi:10.1371 [электронная версия].
15. *Frasure-Smith N., Lespérance F.* Depression and anxiety as predictors of 2-year cardiac events in patients with stable coronary artery disease // Arch. Gen. Psychiatry. 2008. № 65. P. 62–71.
16. *Gilmore A., McKee M., Rose R.* Determinants of and inequalities in self-perceived health in Ukraine // Soc. Sci Med. 2002. Vol. 55, № 12. P. 2177–88.
17. *Kessler R.C., Berglund P., Demler O., Jin R., Merikangas K.R., Walters E.E.* Lifetime Prevalence and Age-of-Onset Distributions of DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication // Arch. Gen. Psychiatry. 2005. № 62. P. 593–602.
18. *Lépine J.P., Gasquet I., Kovess V.* et al. Prevalence and comorbidity of psychiatric disorders in the French general population // Encephale. 2005. Vol. 31, № 2. P. 182–94.
19. *Mark G., Smith A.P.* Effects of occupational stress, job characteristics, coping, and attributional style on the mental health and job satisfaction of university employees // Anxiety Stress Coping. 2011. № 25. P. 1–16.
20. *Mcgorrian C.M., Abdalla S., Daly L.* Adverse cardiovascular risk profile in a disadvantaged minority community consistent with the thrifty phenotype hypothesis. Findings from the All-Ireland Traveller Health Study // European Heart Journal. 2010. № 31 (Abstract Supplement). P. 238–239.
21. MONICA Psychosocial Optional Study. Suggested measurement instruments. WHO Facsimile Urgent 3037 MRC, 1988. P. 33.
22. *Peterson U., Bergström G., Demerouti E.* et al. Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence: a study among female health professionals // J. Occup. Environ. Med. 2011. Vol. 53, № 7. P. 788–93.
23. *Piwonski J., Piwonska A., Drygas W.* Do negative psychosocial risk factors influence the person's behaviour to more unhealthy? The results of National multicenter health survey (WOBASZ) // European Heart Journal. 2009. № 30 (Abstract Supplement). P. 521.
24. *Piwonski J., Piwonska A., Sygnowska E.* Does presence of depressive symptoms influence the knowledge on prevention methods level? // EuroPRevent. 2009. Abstract book. P. 101. P. 33.
25. *Piwonski J., Piwonska A., Sygnowska E.* Do depressive symptoms adversely affect the lifestyle? Results of the WOBASZ study // Kardiol. Pol. 2010. Vol. 68, № 8. P. 912–8.
26. *Saboya P.M., Zimmermann P.R., Bodanese L.C.* Association between anxiety or depressive symptoms and arterial hypertension, and their impact on the quality of life // Int. J. Psychiatry Med. 2010. Vol. 40, № 3. P. 307–20.
27. *Spielberger C.D.* Anxiety as an emotional state. In: Anxiety: current trends in theory and research / Ed. by C.D. Spielberger. Vol. 1. NY: Academic Press, 1972. P. 24–49.
28. *Turner L., Mermelstein R., Hitsman B.* et al. Social support as a moderator of the relationship between recent history of depression and smoking cessation among lower-educated women // Tob. Res. 2008. Vol. 10. № 1. P. 201–212.
29. *Uhde T.W., Cortese B.M., Vedeniapin A.* Anxiety and sleep problems: emerging concepts and theoretical treatment implications // Curr. Psychiatry Rep. 2009. Vol. 11, № 4. P. 269–76.
30. *Wassertheil-Smoller S., Shumaker S., Ockene J.* Depression and Cardiovascular Sequelae in Postmenopausal Women. The Women's Health Initiative (WHI) // Arch. Intern. Med. 2004. № 164. P. 289–298.
31. *Zhiwei X., Hong S., Yanfeng Z.* et al. Self-rated health of Chinese adolescents: distribution and its associated factors // Scand. J. Caring Sci. 2011. doi: 10.1111 [электронная версия].