

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© Коллектив авторов, 2018
DOI:10.23888/НМЖ2018139-52

ГЕНДЕРНЫЕ РАЗЛИЧИЯ ОТНОШЕНИЯ К ЗДОРОВЬЮ
И МЕДИЦИНСКОЙ АКТИВНОСТИ ПАЦИЕНТОВ С ДОРСОПАТИЯМИ

Х.М. МАЛАЕВ¹, О.Е. КОНОВАЛОВ^{2,3}, Е.В. ФИЛАТОВА⁴

Республиканская больница восстановительного лечения,
ул. Бейбулатова, 9, 367007, г. Махачкала, Республика Дагестан (1)
Российский университет дружбы народов, ул. Миклухо-Маклая, 10/2,
117198, г. Москва, Российская Федерация (2)
Российский национальный исследовательский медицинский университет имени
Н.И. Пирогова, ул. Островитянова, 1, 117997, г. Москва, Российская Федерация (3)
ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия»
Управления делами Президента Российской Федерации,
ул. Академика Тимошенко, 19, стр. 1А, 121359, г. Москва, Российская Федерация (4)

Цель исследования: сравнительное изучение отношения к здоровью и медицинской активности пациентов – мужчин и женщин с дорсопатиями. **Материалы и методы.** Написание настоящей статьи основано на материалах социологического 439 пациентов-мужчин (51,1%) и женщин (48,9%), средний возраст 44,1±13,9 и 46,1±16,2 лет соответственно), проходивших стационарное лечение и реабилитацию в Республиканской больнице восстановительного лечения г. Махачкала. При проведении математической обработки использовались методы вариационной статистики. **Результаты.** Установлено, что женщины оценивают свое здоровье ниже, чем мужчины. При этом и мужчины, и женщины чаще всего на первое место по значимости ставили здоровье. При проведении анкетирования было выявлено, что менее половины респондентов регулярно наблюдаются у врача по поводу имеющихся у них хронических заболеваний. Выявлены гендерные различия в частоте посещения врача по поводу хронических заболеваний. Установлено, что мужчинам достоверно чаще, чем женщинам мешают в полном объеме выполнять назначения врача занятость на работе, отсутствие желания и наличие вредных привычек. Согласно полученным данным, самолечением занималась половина респондентов. **Выводы.** Женщины склонны оценивать свое здоровье ниже, чем мужчины. В результате опроса было установлено достоверное гендерное различие мнения о влиянии на формирование здоровья такого фактора как социальная стабильность и уверенность. Значительно большее значение придавали этому фактору мужчины – в 17,5% против 4,7% случаев ($p < 0,05$). При проведении анкетирования было установлено, что только 44,3% респондентов регулярно наблюдаются у врача по поводу имеющихся у них хронических заболеваний. Выявлены гендерные различия в частоте посещения врача по поводу хронических заболеваний: совсем не обращаются к специалисту 26,2% представителей мужского пола и 18,7% женского. Среди женщин в 1,4 раза больше, чем среди мужчин тех, кто всегда следует

рекомендациям профилактического характера (соответственно 37,7 и 26,2%). По мнению мужчин, им достоверно чаще, чем женщинам мешают в полном объеме выполнять назначения врача занятость на работе, отсутствие желания и наличие вредных привычек. Самолечением занималась половина респондентов, при этом среди них несколько преобладали женщины – 52,9% против 47,1% у мужчин.

Ключевые слова: дорсопатии, пациенты, медицинская активность.

При оценке влияния пола на формирование и проявление отношения к здоровью используется термин «гендерные особенности». Использование данного термина при описании особенностей отношения к здоровью считается не только правомерным, но и необходимым, так как подчеркивается, прежде всего, социокультурная, а не биологическая обусловленность различий между мужчинами и женщинами [1].

Данные многочисленных эпидемиологических исследований показали, что на протяжении нескольких десятилетий в России отмечается значительный разрыв в средней продолжительности жизни мужчин и женщин, который в настоящее время достигает 10 лет и более [2-5].

Одним из наиболее драматичных проявлений нынешнего кризиса здоровья россиян является сверхсмертность мужчин трудоспособного возраста [6]. Привлечение в связи с этим общественного внимания к проблемам здоровья мужчин в современной России оставляет, подчас, в тени тот факт, что, как свидетельствуют данные медицинской статистики, более высокие показатели нездоровья устойчиво демонстрируют женщины [7]. Пониженный статус осознаваемого здоровья женщин – не только по сравнению с мужчинами-соотечественниками, но и женщинами других стран, подтверждается также при расчете ожидаемой продолжительности жизни. Так, по данным демографов, существующее отставание в ожидаемой продолжительности жизни двадцатилетних (как мужчин, так и женщин) от стран Западной Европы (13 лет) у мужчин достигается за счет смертности (особенно в трудоспособных возрастах), а у женщин – пониженного статуса здоровья (преимущественно в старших возрастах) [8].

Таким образом, возникает так называемый гендерный парадокс – женщины болеют чаще, мужчины умирают раньше. Он является общемировой тенденцией, характерной для всех цивилизованных стран. На протяжении длительного времени для объяснения этого парадокса использовались данные медицинской статистики, подтверждающие тот факт, что мужчины подвергнуты в большей мере угрожающим жизни заболеваниям, среди которых заметное место занимают те, которые не сопровождающиеся четкой симптоматикой. При этом для женщин характерна большая распространенность острых и хронических, хотя и менее тяжелых, состояний [9].

Большая, по сравнению с мужчинами, распространенность болезненных состояний женщин и большее число контактов с медицинскими работниками объяснялись тем, что женщины более восприимчивы к распознаванию и переживанию телесного дискомфорта, с большей готовностью говорят о симптомах психологического неблагополучия и более склонны к принятию на себя роли больного, поскольку для них и социально, и культурно более приемлемо быть нездоровым и искать поддержки [10].

Цель исследования

Сравнительное изучение отношения к здоровью и медицинской активности пациентов-мужчин и женщин с дорсопатиями.

Материалы и методы

В ходе выполнения исследования был проведен социологический опрос по специально разработанной анкете 439 пациентов, проходивших стационарное лечение и реабилитацию в Республиканской больнице восстановительного лечения г. Махачкала в возрасте от 18 до 76 лет

(средний возраст $45,1 \pm 15,0$ лет). Гендерный состав принявших участие в опросе был примерно одинаков – мужчины составили 51,1%, женщины – 48,9%, средний возраст у них равен $44,1 \pm 13,9$ и $46,1 \pm 16,2$ лет. При этом наибольшую возрастную группу среди мужчин составляли респонденты в возрасте 50-59 лет (28,9%), среди женщин – 30-39 лет (25,4%), а наименьшую – до 20 лет (3,3%) и 70 лет и старше (4,4%) и соответственно – 3,8% и 3,3%. Данный факт, скорее всего, свидетельствовал об отсроченности обращения за медицинской помощью мужчин.

При проведении математической обработки использовались методы вариационной статистики. Для оценки достоверности различий применялся параметрический критерий Стьюдента (t). Использовались пакеты стандартных статистических программ STATISTICA 6,0 и "Excel 7.0" на IBM-PC.

Результаты и их обсуждение

При анализе анкетных данных было установлено, что практически половина пациентов (51,6%) оценили состояние собственного здоровья как «удовлетворительное», четыре из десяти (26,7%) – как «хорошее» и 1,5% – как «очень хорошее». Каждый пятый респондент считал, что имеет плохое здоровье – 16,5% «плохое» и 3,7% – как «очень плохое». При этом, женщины оценивали свое здоровье ниже, чем мужчины. Различия в оценке состояния здоровья наглядно видны на рисунке 1. Профиль женских оценок смещен в направлении оценки «плохое» в то время как профиль мужских средних оценок – в направление оценок «хорошее». Если для мужчин средняя оценка для всех опрошенных составляла 3,16 балла (исходя из 5-ти балльной шкалы), то для женщин – 2,96.

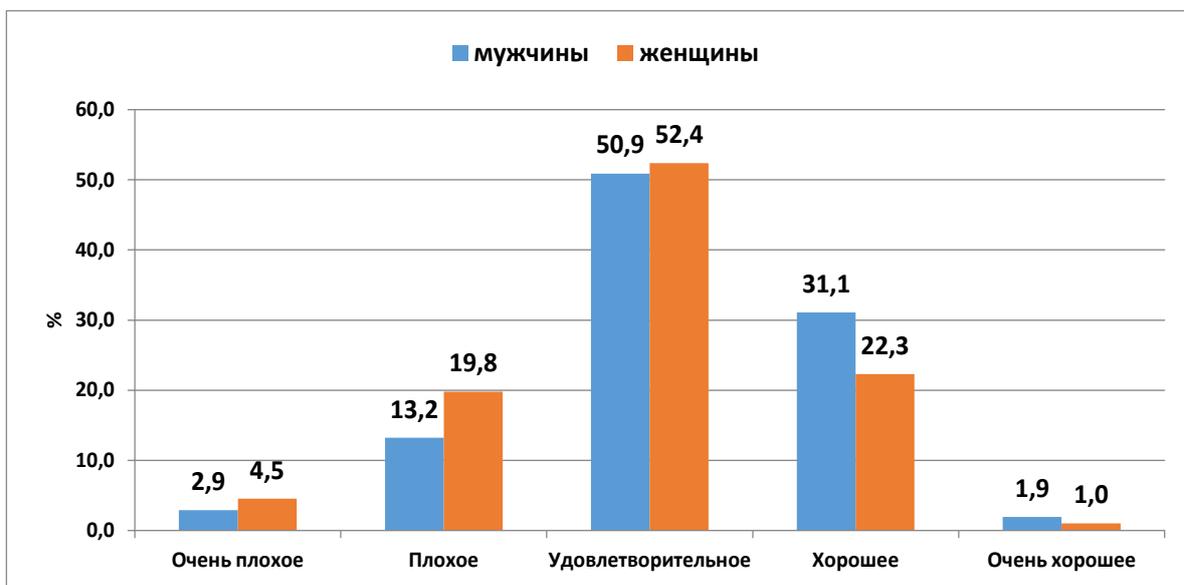


Рис. 1. Распределение пациентов по субъективной оценке здоровья (%)

Аналогичная тенденция отмечалась во всех возрастных группах (табл. 1). Кроме того, и у мужчин и у женщин с возрастом увеличивалась доля негативных и сокращалась доля позитивных оценок.

Так среди респондентов в возрасте 18-29 лет удельный вес тех, кто оценил свое здоровье как «хорошее» составил

53,7% у мужчин и 51,1% у женщин, тогда как доля аналогичных ответов в группе пациентов 50-69 лет отмечалась в 11,4% и 6,1% случаев, соответственно, а 70 лет и более – всего 2,7% и 1,4% ($p < 0,05$).

Большинство исследователей, получивших аналогичные данные, объясняли их психологическими и поведенческими особенностями мужчин и женщин.

Распределение мужчин и женщин по субъективной оценке здоровья в различных возрастных группах (%)

Оценка здоровья	Возраст (лет)				Всего
	18-29	30-49	50-69	70 и более	
Мужчины					
Очень плохое	0,6	0,9	4,9	16,7	2,9
Плохое	3,9	7,3	23,9*	44,6	13,2
Удовлетворительное	37,8	54,6	59,3	35,8	50,9
Хорошее	53,7	35,3	11,4*	2,7	31,1*
Очень хорошее	4,0	1,9	0,5	0,2	1,9
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Средняя оценка	3,57	3,3	2,79	2,25	3,16
Женщины					
Очень плохое	0,3	0,9	5,8	19,4	4,5
Плохое	3,3	9,5	31,4	50,2	19,8
Удовлетворительное	42,2	61,3	56,5	28,9	52,4
Хорошее	51,1	27,3	6,1	1,4	22,3
Очень хорошее	3,1	1,0	0,2	0,1	1,0
Всего	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Средняя оценка	3,54	3,18	2,64	2,12	2,96

* различия в группах мужчин и женщин достоверны, $p < 0,05$

На просьбу оценить степень важности для человека различных категорий респонденты ответили следующим образом. Чаще всего на первое место по значимости мужчины и женщины ставили здоровье – в 39,5% и 42,3% случаев. На втором месте находилось благополучие семьи (в 21,7% и 30,3%), на третьем – мнение окружающих (в 16,2% и 17,3%). Далее среди жизненных ценностей по убыванию назывались любовь, наличие хороших и верных друзей, образование, карьера, престижная работа. В единичных случаях были важными связи с нужными людьми, приятная внешность.

Следует отметить, что при сравнении средних значений оценок о первостепенной важности для человека различных категорий респонденты распределились несколько иным образом: практически равную ценность имели благополучная семья ($6,88 \pm 3,06$), здоровье ($6,67 \pm 3,78$) и любовь ($6,50 \pm 2,30$). Немаловажным для опрошенных являлись наличие хороших и верных друзей ($5,87 \pm 2,29$), деньги и материальное благополучие ($5,68 \pm 2,10$), карьера и престижная работа ($5,52 \pm 2,06$), а также хоро-

шее образование ($5,33 \pm 2,26$). Замыкают рейтинг связи с нужными людьми ($4,85 \pm 2,77$), приятная внешность ($4,54 \pm 2,83$) и мнение окружающих ($3,93 \pm 3,66$).

Таким образом, по мнению мужчин и женщин, здоровье как человеческая категория имеет первостепенную важность.

Конечной целью исследования здоровья является ранжирование факторов влияния и определение наиболее важных среди них. Множество действующих факторов с помощью метода логистической регрессии интегрируются в комплексы, роль отдельных из них в формировании здоровья у мужчин и женщин представлена в таблице 2.

Было выявлено шесть наиболее важных комплексов причин, определяющих уровень здоровья. Их ранжирование для мужчин и женщин одинаково, но гендерное значение различно.

На первом месте находился человеческий капитал, который включал возраст и уровень образования. Его значимость в формировании здоровья для мужчин была достоверно меньше, чем для женщин – 26,5% против 38,3%, $p < 0,05$. Следующее

**Мнение респондентов о роли отдельных факторов
в формировании здоровья (в %)**

Комплексы факторов	Мужчины	Женщины
Человеческий капитал	26,5*	38,3
Социальный капитал	23,4	23,7
Материальная обеспеченность (уровень жизни)	18,8	16,7
Социальная уверенность	17,5*	4,7
Образ жизни	10,8	13,1
Характер жилищных условий	3,0	3,5
Итого	100,0	100,0

* различия в группах мужчин и женщин достоверны, $p < 0,05$

место занимал социальный капитал (предполагающий участие в общественных организациях, доверие к людям, отношение в семье, общение с родственниками и друзьями и др.) и был равнозначен для мужчин и женщин (23,4% и 23,7%). На третьем месте находился комплекс причин, относящийся к уровню жизни, который также был одинаково значим для мужчин и женщин – 18,8% и 16,7%, соответственно.

В результате опроса было установлено достоверное гендерное различие мнения о влиянии на формирование здоровья такого фактора как социальная уверенность, определяемая свободой выбора стратегии жизнедеятельности. Значительно большее значение придавали этому фактору мужчины – в 17,5% против 4,7% случаев ($p < 0,05$).

Менее значимыми считались образ жизни (повседневное поведение, вредные привычки, особенности питания, физическая активность) и характер жилищных условий (окружающая среда, инфраструктура, транспорт, тип квартиры и др.), хотя женщины придавали им большее значение, чем мужчины – 13,1% против 10,8% и 3,5% против 3,0%. Однако, указанные различия не были достоверными ($p > 0,05$).

При проведении анкетирования было установлено, что только 44,3% респондентов регулярно наблюдаются у врача по поводу имеющихся у них хронических заболеваний, 33,6% посещают специалиста не регулярно, а 22,1% вообще не обращаются за медицинской помощью.

Большинство пациентов (около 70,0% как среди мужчин, так и среди женщин) были госпитализированы в стационар за последние 2 года 1 раз, каждый пятый (21,1%) – 2 раза и в 8,7% случаев – 3 раза и более (рис. 1). При этом довольно редко характер госпитализации был экстренного характера – 12,2%, в большинстве случаев проводился по плану – 87,8%.

Выявлены гендерные различия в частоте посещения врача по поводу хронических заболеваний. Доля мужчин и женщин, регулярно наблюдающихся у специалиста, имеют практически одинаковые значения (соответственно 44,3% и 43,9%), тогда как доля женщин не регулярно посещающих врача составила 37,4%, а мужчин – 29,5%. Совсем не обращаются к специалисту 26,2% представителей мужского пола и 18,7% женского.

Наиболее ответственно подходят к профилактике обострений хронических заболеваний лица в возрасте 60 лет и старше. Среди них регулярно наблюдаются у врача 55,9%. Величины аналогичных показателей в сравниваемых возрастных группах имеют следующие значения: 50-59 лет – 42,7%, 40-49 лет – 36,4%, 30-39 лет – 30,0%. Ни один из респондентов младшей возрастной группы (18-29 лет), имеющий одно или несколько хронических заболеваний, не указал на регулярный характер наблюдения у специалиста.

На каждом приеме у врача получали рекомендации лечебно-оздоровительного

характера 36,2% опрошенных пациентов, 30,4% – почти на каждом приеме, 29,3% – иногда, а 4,1% – никогда не получали таковых. Достоверных гендерных и возрастных отличий при анализе ответов на данный вопрос нами выявлено не было.

При проведении социологического исследования респондентам был задан вопрос об их отношении к получаемым на приеме у врача профилактическим рекомендациям. Установлено, что треть пациентов (33,1%) всегда следовали предписаниям специалиста, 64,8% положительно относились к получаемым рекомендациям, но фактически не всегда их выполняли. На безразличное и не-

гативное отношение указали соответственно 1,4% и 0,7% опрошенных.

Среди женщин (37,7%) в 1,4 раза больше, чем среди мужчин (26,2%) оказались те, кто всегда следует рекомендациям профилактического характера. При этом ни одна женщина не указала на то, что относится к получаемым рекомендациям безразлично или негативно, тогда как доля таковых в группе мужчин составили соответственно 3,1% и 1,3%.

При опросе были выявлены достоверные гендерные различия в основных причинах, мешающих выполнять рекомендации врача (табл. 3).

Таблица 3

Причины, мешающие респондентам-мужчинам и женщинам выполнять рекомендации врача (на 100 опрошенных)

Причины	Мужчины	Женщины
Занятость на работе	35,6*	26,1
Занятость в быту	18,2*	34,4
Наличие вредных привычек	9,1*	2,5
Недостаток денежных средств	34,8	41,0
Отсутствие желания	7,8*	3,4

* различия в группах мужчин и женщин достоверны, $p < 0,05$

Установлено, что мужчинам достоверно чаще, чем женщинам мешают в полном объеме выполнять назначения врача занятость на работе (35,6 против 26,1 на 100 опрошенных), отсутствие желания (7,8 против 3,4) и наличие вредных привычек (9,1 против 2,5). В свою очередь, среди женщин больше тех, кому мешают выполнять рекомендации специалиста недостаток денежных средств (41,0 против 34,8 на 100 опрошенных, $p > 0,05$) и занятость в быту (34,4 против 18,2, $p < 0,05$).

В настоящее время значимым фактором, приводящим оценить медицинскую активность среди населения, является распространение практики самолечения. По результатам анкетирования было установлено, что самолечением занималась половина (51,4%) респондентов, при этом среди них несколько преобладали женщины – 52,9% против 47,1% у мужчин. Представлял интерес тот факт, что чаще само-

лечение использовали пациенты, расценивавшие свое здоровье как «очень хорошее» (57,1%) и «хорошее» (58,7%), и реже – пациенты с оценкой здоровья «очень плохое» (36,6%), $p < 0,05$. Такое соотношение отмечалось как среди мужчин, так и среди женщин.

Выводы

1. Согласно полученным данным, женщины склонны оценивать свое здоровье ниже, чем мужчины. В результате опроса было установлено достоверное гендерное различие мнения о влиянии на формирование здоровья такого фактора как социальная стабильность и уверенность. Значительно большее значение придавали этому фактору мужчины – в 17,5% против 4,7% случаев ($p < 0,05$).

2. При проведении анкетирования было установлено, что только 44,3% респондентов регулярно наблюдаются у врача по поводу имеющихся у них хронических за-

болеваний. Выявлены гендерные различия в частоте посещения врача по поводу хронических заболеваний. Так, совсем не обращаются к специалисту 26,2% представителей мужского пола и 18,7% женского.

3. Установлено, что среди женщин в 1,4 раза больше, чем среди мужчин тех, кто всегда следует рекомендациям профилактического характера (соответственно

37,7% и 26,2%). По мнению мужчин, им достоверно чаще, чем женщинам мешают в полном объеме выполнять назначения врача занятость на работе, отсутствие желания и наличие вредных привычек. Самолечением занималась половина респондентов, при этом среди них несколько преобладали женщины – 52,9% против 47,1% у мужчин.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов и какого-либо стороннего финансирования.

Литература

1. Римашевская Н.М., ред. Здоровье и здравоохранение в гендерном измерении М.: Агентство «Социальный проспект», 2007.

2. Доклад о состоянии здравоохранения в Европе, 2015 г. Целевые ориентиры и более широкая перспектива – новые рубежи в работе с фактическими данными. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ; 2015. Доступно по: <http://www.euro.who.int/ru/data-and-evidence/european-health-report-2015>.

3. Hart N., Fox A.J., editor. Sex, gender and survival: inequalities of life chances between European men and women. Health Inequalities in European Countries. Gower: Aldershot, 1999.

4. Lahelma E., Arber S. The myth of Gender differences in Health: Social Structural Determinants across Adult Ages in Britain and Finland // Current Sociology. 2001. №2. P.120.

5. Wamala S., Agren G. Gender inequality and public health. Getting down to real issues // European Journal of Public Health. 2002. №2. P. 11.

6. Федеральная служба государственной статистики. Население. Демография. Доступно по: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography

7. Федеральная служба государственной статистики. Население. Здравоохранение. Доступно по: http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/healthcare

8. Михайлова Ю.В., Михайлов А.Ю. Здоровье и здравоохранение в условиях социально-экономических реформ: Россия и Европа // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Экономика. 2013. № S5. С. 73-80.

9. Сабгайда Т.П., Землянова Е.В., Секриеру Е.М. Информационный потенциал статистики множественных причин смерти (аналитический обзор) // Социальные аспекты здоровья населения. 2015. №4. Доступно по: <https://elibrary.ru/item.asp?id=24641950>

10. Браун Дж.В., Русинова Н.Л., Панова Л.В. Гендерные неравенства в здоровье // Социологические исследования. 2007. №6. С. 114-122.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Филатова Е.В. – д.м.н., профессор кафедры медицинской реабилитации, спортивной медицины, лечебной физкультуры, курортологии и физиотерапии ФГБУ ДПО «Центральная государственная медицинская академия» Управления делами Президента Российской Федерации; SPIN 5470-1139, ORCID ID 0000-0003-3732-6680.

Малаев Х.М. – главный врач Республиканской больницы восстановительного лечения, г. Махачкала, Республика Дагестан; ORCID ID 0000-0003-4331-618X.

Коновалов О.Е. – д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья, здравоохранения и гигиены Медицинского института ФГАОУ ВО РУДН; SPIN 5181-8547, ORCID ID 0000-0003-1974-9882.
E-mail: konovalov_oe@mail.ru

GENDER DIFFERENCES RELATED TO HEALTH AND MEDICAL ACTIVITY OF PATIENTS WITH DORSOPATHIES

H.M. MALAYEV¹, O.E. KONOVALOV^{2, 3}, E.V. FILATOVA⁴

National hospital of rehabilitation,

9, Beybulatov str., 367007, Makhachskala, the Republic of Dagestan (1)

Russian Peoples friendship University, 10/2, Miklukho-Maklay str., 117198, Moscow, Russian Federation (2)

Russian national research medical University named after N.A. Pirogov, 1, Ostrovityanova str., 117997, Moscow, Russian Federation (3)

Central State Medical Academy of Department of presidential Affairs of the Russian Federation, 19, b. 1A, Academician Timoshenko str., 121358, Moscow, Russian Federation (4)

Aim: comparative study of attitudes towards health and medical activity of patients – men and women with dorsopathies. **Materials and methods.** The writing of this article is based on the materials of sociological 439 male patients (51.1%) and women (48.9%), mean age 44.1 ± 13.9 and 46.1 ± 16.2 years, respectively) undergoing in-patient treatment and rehabilitation in the Republican hospital of rehabilitation treatment in Makhachkala. When carrying out mathematical processing, methods of variational statistics were used. **Results.** It is established that women assess their health lower than men. In this case, both men and women most often put health first. When conducting the questionnaire, it was revealed that less than half of the respondents regularly observed with the doctor about the chronic diseases they had. There were revealed gender differences in the frequency of visiting a doctor for chronic diseases. It is established that men are reliably more likely than women to be hindered in full implementation of the doctor's appointment employment at work, lack of desire and the presence of bad habits. According to the data received, half of respondents engaged in self-treatment. **Conclusions.** Women tend to assess their health lower than men. As a result of the survey, a reliable gender difference in opinion about the impact on health formation of such a factor as social stability and confidence was established. Much more importance was given to this factor of the man – in 17,5% against 4,7% of cases ($p < 0,05$). When conducting the questionnaire it was found that only 44.3% of the respondents regularly observed with the doctor about their chronic diseases. There were revealed gender differences in the frequency of visiting a doctor for chronic diseases: 26.2% of males and 18.7% of females do not address the specialist at all. Among women, 1.4 times more than among men who always follow preventive recommendations (37.7% and 26.2%, respectively). In the opinion of men, they are reliably more likely than women to be hampered in full implementation of doctor's appointments at work, lack of desire and the presence of bad habits. Self-treatment was practiced by half of the respondents, with women slightly dominating them – 52.9% versus 47.1% among men.

Keywords: dorsopathies, patients, medical activity.