https://doi.org/10.29296/25877305-2019-07-05

# Отношение к своему здоровью и медицинской помощи: мнение мужчин и женщин открытой городской популяции

**Е. Акимова**[1], доктор медицинских наук,
**Е. Гакова**[1], кандидат медицинских наук,
**М. Акимов**[3], кандидат технических наук,
**В. Гафаров**[2], доктор медицинских наук, профессор
[1]Тюменский кардиологический научный центр, Томский национальный исследовательский медицинский центр РАН, Томск
[2]Научно-исследовательский институт терапии и профилактической медицины – филиал Федерального исследовательского центра Института цитологии и генетики Сибирского отделения РАН, Новосибирск
[3]Тюменский индустриальный университет
**E-mail:** akimova@infarkta.net

*В открытой городской популяции (n=2000) лиц 25–64 лет проведено одномоментное эпидемиологическое исследование с целью установления гендерных различий параметров объективно-субъективного показателя здоровья населения – отношения к своему здоровью и медицинской помощи.*

**Ключевые слова:** эпидемиология, эпидемиологическое исследование, объективно-субъективный показатель здоровья, открытая популяция, гендерные различия, отношение к своему здоровью, отношение к медицинской помощи.

**Для цитирования:** Акимова Е., Гакова Е., Акимов М. и др. Отношение к своему здоровью и медицинской помощи: мнение мужчин и женщин открытой городской популяции // Врач. – 2019; 30 (7): 28–32. https://doi.org/10.29296/25877305-2019-07-05

Согласно данным отечественных и зарубежных эпидемиологических исследований, объективно-субъективный показатель здоровья, т.е. информированность о факторах риска (ФР) и медицинская активность населения, отношение к лечению, профилактике и диагностике неинфекционных заболеваний, превентивным мероприятиям и медицинскому обслуживанию, является наиболее важным параметром, характеризующим особенности мотивации популяции к сохранению общественного здоровья [1–3].

Необходимость изучения объективно-субъективного показателя здоровья населения обусловлена тем, что планирование и разработка большинства малоэффективных профилактических программ проводились только в рамках биомедицинской модели общественного здоровья и здравоохранения [4, 5]. По мнению большинства исследователей, существует настоятель-

ная необходимость перехода от биомедицинской модели контроля заболеваний к биопсихосоциальной модели здоровья [6–9]. Анализ объективно-субъективного показателя здоровья населения, полученного на конкретной популяции, позволит прогнозировать отклик населения на проведение профилактических программ, оценить предварительные объемы требующейся профилактической помощи, учесть материальные затраты на превентивные мероприятия, а также реально определить эффективность возможного вмешательства [1, 2, 10, 11].

Во многих исследованиях показана связь отношения к здоровью с ИБС, конвенционными, неконвенционными ФР развития сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и продолжительностью жизни [12, 13]. Установлена зависимость отношения к своему здоровью и медицинской помощи от индикаторов социального, экономического положения, пола, демоэкологического фактора, брачного статуса [2, 14]. Такие исследования проводились в том числе в рамках международного эпидемиологического проекта ВОЗ «МОНИКА-психосоциальная» [1, 11, 12].

Целью данного исследования было установить гендерные различия объективно-субъективного показателя здоровья – отношения к здоровью и медицинской помощи – в открытой городской популяции лиц 25–64 лет.

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Одномоментное эпидемиологическое исследование было проведено на репрезентативной выборке, сформированной методом механического случайного отбора по избирательным спискам граждан Центрального административного округа Тюмени среди лиц обоих полов. Популяционная выборка составила 2000 человек, по 250 человек в каждой из 8 половозрастных групп. Условиями включения в выборку явились возраст 25 лет–64 года с распределением по десятилетиям жизни: 25–34, 35–44, 45–54, 55–64 года; прописка и проживание на территории Центрального административного округа Тюмени. В выборку не включали студентов, эмигрантов, военнослужащих, заключенных (принадлежность к этим группам населения устанавливалась со слов обследуемых). Для привлечения населения к участию в обследовании (кардиологическом скрининге) пошагово были отправлены почтой России 3 приглашения (при отсутствии отклика на 1-е приглашение последующие отправляли с интервалом в 7–9 дней). Каждый участник кардиологического скрининга дал информированное согласие на участие в нем.

Протокол исследования получил одобрение этического комитета. Отклик среди мужчин составил 85,0%, среди женщин – 70,3% (соответственно 850 и 703 участника). Для стандартизации показателей по возрасту исходили из возрастной структуры городского российского населения в диапазоне 25–64 лет по данным последней переписи.

Объективно-субъективный показатель здоровья населения определяли, используя анкету ВОЗ «МОНИКА-психосоциальная. Знание и отношение к своему здоровью» [1] и систему тестов (фиксированных ответов).

Для статистической обработки результатов исследования применяли базовый пакет прикладных программ по медицинской информации IBM SPSS Statistics 21.0. Данные исследования для категориальных переменных представлены в долях (процентах) в 8 половозрастных группах в целом для мужчин и женщин, а также по десятилетиям жизни. Статистическую значимость различий между группами определяли по критерию Пирсона $\chi^2$ с доверительным интервалом 95%.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице представлено отношение к своему здоровью и медицинской помощи у мужчин и женщин открытой популяции 25–64 лет в зависимости от возраста.

Первая часть анкеты касается возможных вариантов действий населения при появлении первых признаков нарушений деятельности сердечно-сосудистой системы. Так, более половины населения, как мужчин (56,3%), так и женщин (55,1%), ответили, что они обратятся к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обратятся, если эта боль или неприятное ощущение выражены слабо. Женщины существенно чаще, чем мужчины, готовы обратиться к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца (соответственно 32,5 и 27,9%; $p<0,05$). Кроме того, статистически значимые различия найдены и при анализе ответов, касающихся мужчин и женщин, категорически отрицательно настроенных к обращению за медицинской помощью, т.е. тех, кто не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца. Таких женщин в общей популяции оказалось существенно меньше, чем мужчин (соответственно 3,1 и 6,1%; $p<0,01$). Указанные различия сохранялись и в старшей возрастной категории 55–64 лет (соответственно 1,9 и 6,5%; $p<0,05$). Вместе с тем лиц, регулярно проверяющихся у врача вне зависимости от каких-либо болей или неприятных ощущений в области сердца, в популяции оказалось <10% (см. таблицу).

Далее вопросы анкеты были направлены на выявление отношения населения к диагностике ССЗ. Определены статистически значимые различия мнений мужчин и женщин открытой популяции по всем 3 обозначенным в анкете параметрам. Около ¼ опрошенных доверяли своему самочувствию и считали, что не болеют, если чувствуют себя хорошо; причем такого мнения существенно чаще придерживались мужчины; статистически значимые гендерные разли-

чия имели место в общей популяции (соответственно 21,2 и 25,5%; p<0,05) и в возрастной категории 45–54 лет (соответственно 18,9 и 28,6%; p<0,05). Мужчины также существенно чаще доверяли мнению врача без каких-либо дополнительных обследований; статистически значимые гендерные различия по этому вопросу касались общепопуляционного показателя (соответственно 31,3 и 42,2%; p<0,001), а также показателей старших возрастных групп – 45–54 лет (p<0,05), 55–64 лет (p<0,001) и младшей возрастной категории – 25–34 лет (p<0,01). В противовес этому около половины женщин открытой популяции не соглашались с мнением врача после общего осмотра, пока специалисты не проведут тщательного обследования, тогда как таких мужчин выявлено существенно меньше (женщин – 47,6%, мужчин – 32,3%; p<0,001); статистически значимые различия сохранялись во всех возрастных группах (см. таблицу).

**Отношение к своему здоровью и медицинской помощи мужчин и женщин 25-64 лет открытой популяции**

| Утверждение | Возрастные группы, годы; n: ж./м. | | | | | | | | | | СП, % |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | 25-34 n=177/122 | | 35-44 n=228/207 | | 45-54 n=231/159 | | 55-64 n=214/215 | | 25-64 n=850/703 | | |
| | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | абс. | % | |
| *1. Одним из нарушений здоровья человека среднего возраста являются болезни сердца. Существуют разные мнения о них. Какое мнение для Вас наиболее приемлемо?* | | | | | | | | | | | |
| 1.1. Независимо от того, чувствую я какие-либо боли или неприятные ощущения в области сердца или нет, я регулярно проверяюсь у врача | 13/16 | 9,0/10,7 | 20/15 | 9,6/6,6 | 13/16 | 8,2/6,9 | 20/32 | 9,3/15,0 | 66/79 | 9,4/9,3 | 9,1/8,9 |
| 1.2. Я обратился бы к врачу при появлении любой боли или неприятного ощущения в области сердца | 37/56 | 30,3/31,6 | 72/61 | 34,6/26,8 | 49/61 | 30,8/26,4 | 71/59 | 33/27,6 | 229/237* | 32,5/27,9 | 32,0/28,5 |
| 1.3. Я обратился бы к врачу при сильной боли или неприятном ощущении в области сердца, но не обратился бы, если эта боль или неприятное ощущение были бы слабо выражены | 68/93 | 55,7/52,5 | 109/138 | 52,4/60,5 | 90/142 | 56,6/61,5 | 120/109 | 55,8/50,9 | 387/482 | 55,0/56,7 | 56,3/55,1 |
| 1.4. Я не обратился бы к врачу даже при появлении сильной боли или неприятного ощущения в области сердца | 4/12 | 3,3/6,8 | 7/14 | 3,4/6,1 | 7/12 | 4,4/5,2 | 4/14* | 1,9/6,5 | 22/52** | 3,1/6,1 | 3,3/6,2 |
| *2. Мнения людей о современных методах диагностики сердечных заболеваний различны. С каким мнением Вы согласны?* | | | | | | | | | | | |
| 2.1. Я доверяюсь своему самочувствию. Если я чувствую себя хорошо, значит я не болею | 30/37 | 24,6/20,9 | 40/59 | 19,2/25,9 | 30/66* | 18,9/28,6 | 49/60 | 22,8/28,0 | 149/222* | 21,2/25,5 | 21,6/25,1 |
| 2.2. Врач знает больше меня. Если он осмотрел меня и высказал свое мнение, я ему верю | 29/69** | 23,8/39,0 | 68/89 | 32,7/39,0 | 57/106* | 35,8/45,9 | 66/101*** | 30,7/47,2 | 220/365*** | 31,3/42,2 | 30,1/41,9 |
| 2.3. Я не обязательно соглашаюсь с мнением врача после общего осмотра, пока специалистами не будут проведены тщательные исследования | 63/71* | 51,6/40,1 | 100/80** | 48,1/35,1 | 72/59*** | 45,3/25,5 | 100/53*** | 46,5/24,8 | 335/263*** | 47,6/32,3 | 48,3/33,0 |
| *3. Испытывали ли Вы приятные переживания, связанные с медицинским обслуживанием?* | | | | | | | | | | | |
| 3.1. Никогда не испытывал | 25/52 | 20,5/29,5 | 45/83*** | 21,6/36,4 | 37/70 | 23,3/30,3 | 49/66 | 22,8/30,8 | 156/271*** | 22,2/31,9 | 21,9/31,7 |
| 3.2. Испытывал 1 или 2 раза | 22/51* | 18,0/29,0 | 43/51 | 20,7/22,4 | 40/48 | 25,2/20,8 | 46/36 | 21,4/16,8 | 151/186 | 21,4/21,9 | 21,0/23,4 |
| 3.3. Несколько раз | 57/57* | 46,7/32,4 | 88/75* | 42,3/32,9 | 54/89 | 34,0/38,5 | 91/82 | 42,3/38,3 | 290/303* | 41,2/35,7 | 41,9/34,9 |
| 3.4. Часто | 15/15 | 12,3/8,5 | 28/16* | 13,5/7,0 | 25/21* | 15,7/9,1 | 26/28 | 12,1/13,1 | 94/80* | 13,4/9,4 | 13,3/9,0 |
| 3.5. Очень часто | 3/1 | 2,5/0,6 | 4/6 | 1,9/1,3 | 3/3 | 1,9/1,3 | 3/2 | 1,4/0,9 | 13/9 | 1,8/1,1 | 2,0/1,0 |

***Примечание.*** Статистически значимые различия между показателями мужчин и женщин: * – p<0,05; ** – p<0,01; *** – p<0,001; СП – стандартизованный по возрасту показатель; ж. – женщины; м. – мужчины.

На вопрос по поводу возможных приятных переживаний, связанных с медицинским обслуживанием, ответ «никогда» дали >20% женщин и 30% мужчин; статистически значимые гендерные различия выявлены по общепопуляционному показателю (p<0,001) и в возрастной категории 35–44 лет (p<0,001). Вместе с тем женщины существенно чаще мужчин в общей популяции давали положительный ответ на этот вопрос: «несколько раз» (соответственно 41,2 и 35,7%; p<0,05) и «часто» (соответственно 13,4 и 9,4%; p<0,05); статистически значимые различия ответов на этот вопрос сохранялись и у лиц молодого и среднего возраста (см. таблицу).

Изучение объективно-субъективного показателя здоровья населения – отношения к своему здоровью и медицинской помощи – выявило тенденции мужчин и женщин, проживающих в среднеурбанизированном сибирском городе. Эти тенденции отражают потребности трудоспособного городского населения в профилактике неинфекционных заболеваний, в частности сердечно-сосудистой патологии. Изученные параметры – надежный индикатор общественного здоровья, который является также фактором прогноза заболеваемости и смертности [3, 9, 12].

Данные научной литературы свидетельствуют в пользу гипотезы, согласно которой низкий уровень кардиологического здоровья населения России обусловлен высоким уровнем и распространенностью неконвенционных ФР, в том числе психосоциальных, и объективно-субъективного показателя здоровья. Следовательно, с более широких позиций – в рамках биопсихосоциальной модели контроля заболеваний – должно рассматриваться и научное сопровождение эпидемиологического перехода в формировании современной структуры заболеваемости и смертности населения России [1, 3].

В профилактической кардиологии отчетливо сформировалась точка зрения, согласно которой основой планирования любого профилактического вмешательства является изучение убеждений, представлений, мнений населения по вопросам здоровья и профилактики ССЗ [4, 10, 11]. Иными словами, речь идет о концепции разработки и внедрения профилактических программ, созданных в рамках биопсихосоциальной модели здоровья и здравоохранения [1, 2, 6].

Последние результаты отечественных исследований констатируют значительно бóльшую долю лиц с негативным отношением к своему здоровью и медицинской помощи среди российских популяций в сравнении с таковой в Европе [1, 13]. Вместе с тем существенное варьирование результатов российских исследований, вероятно, в значительной мере обусловлено не столько их истинным различием, сколько использованием разных методик опроса [1, 2, 10].

Согласно базисной концепции, положенной в основу изучения отношения к своему здоровью и медицинской помощи, успешное понимание детерминант объективно-субъективного показателя здоровья населения позволит концептуально осмыслить объективные индикаторы общественного здоровья, изучение которых – процесс значительно более дорогостоящий и сложный [1].

Анализ полученных данных показывает, что примененную в настоящем исследовании жестко стандартизованную методологию и сформированную базу данных необходимо использовать для дальнейшего объективного мониторирования эпидемиологической ситуации в открытой городской популяции при планировании и организации региональных профилактических программ.

Итак, полученные данные позволяют заключить, что:

- в открытой городской популяции <10% населения проходят профилактическую проверку наличия болезней сердца; у женщин, преимущественно старшего возраста, установлено более ответственное отношение к своему здоровью, чем у мужчин;
- в открытой городской популяции выявлено большее доверие мужчин врачам; женщины независимо от возраста больше склонны доверять дополнительным диагностическим исследованиям;
- приятные переживания, связанные с медицинским обслуживанием, в открытой городской популяции чаще испытывают женщины.

* * *

*Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.*

**Литература/Reference**


1. Гафаров В.В., Пак В.А., Гагулин И.В. и др. Изучение на основе программы ВОЗ МОНИКА информированности о своем здоровье и отношении к нему у мужчин и женщин в возрасте от 25 до 64 лет в Новосибирске // Тер. арх. – 2003; 11: 46–52 [Gafarov V.V., Pak V.A., Gagulin I.V. et al. WHO MONICA program-based study of awareness of their health and attitude to the latter in males and females aged 25–64 years from Novosibirsk // Ter. Arkh. – 2003; 11: 46–52 (in Russ.)].
2. Акимова Е.В., Гафаров В.В., Кузнецов В.А. Информированность о факторах риска сердечно-сосудистых заболеваний в открытой популяции Тюмени и социальный градиент // Тер. арх. – 2004; 10: 94–6 [Akimova E.V., Gafarov V.V., Kuznetsov V.A. Knowledge of cardiovascular disease risk factors in open population of Tyumen and social gradient // Ter. Arkh. – 2004; 10: 94–6 (in Russ.)].
3. Бойцов С.А., Шальнова С.А., Деев А.Д. и др. Моделирование риска развития сердечно-сосудистых заболеваний и их осложнений на индивидуальном и групповом уровнях // Тер. арх. – 2013; 9: 4–10 [Boitsov S.A., Shalnova S.A., Deev A.D. et al.. Simulation of a risk for cardiovascular diseases and their events at individual and group levels // Ter. Arkh. – 2013; 9: 4–10 (in Russ.)].
4. Berkman N., Sheridan S., Donahue K. et al. Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review // Ann. Internal. Med. – 2011; 155: 97–107. DOI: 10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005.
5. Menezes A., Lavie C., Milani R. et al. Psychological risk factors and cardiovascular disease: Is it all in your head? // Postgrad. Med. – 2006; 123: 165–76. DOI: 10.3810/pgm.2011.09.2472.
6. McFadden E., Luben R., Bingham S. Social inequalities in self-rated health by age: cross-sectional study of 22,457 middle-aged men and women // BMC Public Health. – 2008; 8: 46–52. DOI: 10.1186/1471-2458-8-230.

7. Европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (пересмотр 2016) // Рос. кардиол. журн. – 2017; 6: 7–85 [2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice // Russ. J. Cardiol. – 2017; 6: 7–85 (in Russ.)]. DOI: 10.15829/1560-4071-2017-6-7-85.

8. Каюмова М.М., Горбунова Т.Ю., Гакова Е.И. и др. Частота ассоциации соматических факторов риска ИБС и личностной тревожности у мужчин // Врач. – 2018; 29 (4): 40–3 [Kayumova M.M., Gorbunova T.Y., Gakova E.I. et al. The data of a cross-sectional epidemiological study demonstrate that able-bodied men with a high level of trait anxiety and somatic risk factors have a high need for prevention of coronary heart disease // Vrach. – 2018; 29 (4): 40–3 (in Russ)]. DOI: 10.29296/25877305-2018-04-07.

9. Jackson C., Sudlow C., Mishra G. Psychological Distress and Risk of Myocardial Infarction and Stroke in the 45 and Up Study // Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes. – 2018; 11: e004500. DOI: 10.1161/circoutcomes.117.004500.

10. Амлаев К., Дахкильгова Х. Грамотность в вопросах здоровья: понятие, классификации, методы оценки // Врач. – 2018; 29 (6): 83–6 [Amlaev K., Dakhkilgova Kh. Health literacy matters: concept, classification, methods of assessment // Vrach. – 2018; 29 (6): 83–6 (in Russ.)]. DOI: 10.29296/25877305-2018-06-19.

11. Смазнов В.Ю., Каюмова М.М., Акимова Е.В. и др. Информированность, отношение к своему здоровью и профилактике в мужской сибирской популяции // Профилактическая медицина. – 2011; 4: 24–7 [Smaznov V.Yu., Kayumova M.M., Akimova E.V. et al. Awareness and attitude to the health and prevention in a male Siberian population // Profilakticheskaya meditsina. – 2011; 4: 24–7 (in Russ.)].

12. Акимова Е.В., Гакова Е.И., Каюмова М.М. и др. Распространенность ишемической болезни сердца у мужчин открытой городской популяции, ассоциации с объективно-субъективным показателем здоровья населения // Врач. – 2017; 4: 76–80 [Akimova E.V., Gakova E.I., Kayumova M.M. et al. The prevalence of coronary heart disease in men the urban population, association with the objective-subjective measure of population health // Vrach. – 2017; 4: 76–80 (in Russ.)].

13. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Демографическая ситуация и сердечно-сосудистые заболевания в России: пути решения проблем // Кардиоваскулярная терапия и профилактика – 2007; 6: 7–14 [Oganov R.G., Maslenikova G.Ya. Demographic situation and cardiovascular disease in Russia: problem scope and possible solutions // Cardiovascular Therapy and Prevention. – 2007; 6: 7–14 (in Russ.)].

14. Акимов А.М., Акимова А.А., Гакова Е.И. и др. Отношение к своему здоровью и семейный статус в открытой городской популяции: гендерные различия // Мир науки, культуры, образования – 2016; 6 (61): 282–5 [Akimov A.M., Akimova A.A., Gakova E.I. et al. The attitude towards one`s own health and family status in the urban population: gender differences // The world of science, culture, education. – 2016; 6 (61): 282–5 (in Russ.)].

## THE ATTITUDE OF MEN AND WOMEN FROM AN OPEN URBAN POPULATION TOWARDS THEIR HEALTH AND MEDICAL CARE: THEIR OPINION

***E. Akimova***[1]*, MD;* ***E. Gakova***[1]*, Candidate of Medical Sciences;* ***M. Akimov***[3]*, Candidate of Technical Sciences; Professor* ***V. Gafarov***[2]*, MD*

[1]*Tyumen Cardiology Research Center, Tomsk National Research Medical Center, Russian Academy of Sciences, Tomsk*

[2]*Research Institute of Therapy and Preventive Medicine, Branch, Federal Research Center, Institute of Cytology and Genetics, Siberian Branch, Russian Academy of Sciences, Novosibirsk*

[3]*Tyumen Industrial University*

*A single-stage epidemiological study was conducted in an open urban population (n=2000) aged 25–64 years to establish gender differences in the objective and subjective public health indicator – an attitude towards their health and medical care.*

***Key words:*** *epidemiology, epidemiological study; objective and subjective health indicator; open population; gender differences; attitude towards health; attitude towards medical care.*

***For citation:*** *Akimova E., Gakova E., Akimov M. et al. The attitude of men and women from an open urban population towards their health and medical care: their opinion // Vrach. – 2019; 30 (7): 28–32. https://doi.org/10.29296/25877305-2019-07-05*