

РАЗЛИЧИЯ МЕЖДУ МУЖЧИНАМИ И ЖЕНЩИНАМИ В МОДЕЛЯХ ОБРАЩЕНИЯ ЗА МЕДИЦИНСКИМИ УСЛУГАМИ

¹ И.И.Новик, ¹ В.М.Писарик, ² Brett J. Craig, ² Ivo Rakovac

¹ Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения (РНПЦ МТ), ул. П.Бровки, 7а, 220013, г. Минск, Республика Беларусь

² Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), UN City, Marmorvej, 51, DK-2100, Копенгаген, Дания

В статье проведен сравнительный анализ различий в половозрастных группах в моделях обращения за медицинскими услугами по результатам исследования STEPS 2016 в Республике Беларусь, а также по группам с разным уровнем образования, местом проживания, статусом занятости и семейным положением. Выявлено, что доля женщин, обращающихся за медицинской помощью для измерения показателей биологических факторов риска, а также получающих рекомендации по здоровому образу жизни относительно большинства поведенческих факторов риска, намного выше, чем доля мужчин. Доля прошедших обследования на наличие биологических факторов риска выше в старших возрастных группах. В сельской местности доля мужчин и женщин, проходящих обследования на наличие факторов риска, в целом ниже, чем в городах. Как мужчины, так и женщины с низким и средним уровнем образования реже проходят обследования на наличие факторов риска, чем люди с высоким уровнем образования. Доля работающих мужчин и женщин, прошедших обследования, практически не различается, однако доля прошедших обследование выше среди работающих мужчин и ниже – среди работающих женщин. Для улучшения доступа к медицинским услугам дополнительное внимание требуется следующим группам: мужчины, начиная со средних возрастных групп; женщины, проживающие в сельской местности; мужчины с низким уровнем образования; безработные мужчины; работающие женщины; одинокие мужчины.

Ключевые слова: неинфекционные заболевания; факторы риска; гендерный анализ; половозрастные группы; медицинские услуги.

Введение

В 2016–2020 гг. в Республике Беларусь был успешно реализован проект международной технической помощи «Профилактика неинфекционных заболеваний, продвижение здорового образа жизни и поддержка модернизации системы здравоохранения в Республике Беларусь» (БЕЛМЕД), финансируемый Европейским Союзом, в рамках которого при поддержке Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) проведено общенациональное исследование распространенности основных факторов риска неинфекционных заболеваний (НИЗ) среди населения страны в возрасте 18–69 лет (STEPS 2016) [1].

В ходе STEPS-исследования была собрана информация о распространенности таких факторов риска НИЗ, как потребление табака и алкоголя, рацион питания, низкая физическая активность; проведены антропометрические измерения (рост, вес, окружность талии) и измерения артериального давления и частоты сердечных сокращений,

определены некоторые биохимические показатели (уровень глюкозы и холестерина в крови, а также натрия и креатинина в моче) [2].

Кроме изучения распространенности перечисленных выше биологических и поведенческих факторов риска НИЗ, STEPS-исследование включало вопросы о подверженности респондентов лечению при наличии у них того или иного заболевания, а также частоты рекомендаций по различным аспектам здорового образа жизни, получаемых пациентами от медицинских работников.

Цель данной публикации – проанализировать различия между мужчинами и женщинами в моделях обращения за медицинскими услугами по результатам исследования STEPS 2016 в Республике Беларусь.

Материалы и методы

Для участия в STEPS-исследовании было отобрано 5760 человек в возрасте 18–69 лет, эквивалентно распределенных по возрасту, полу и регионам страны. То есть, результаты STEPS-иссле-

дования правомерно экстраполировать на все население Республики Беларусь в возрасте от 18 до 69 лет [3].

Фактически приняло участие в исследовании 5010 человек в возрасте от 18 до 69 лет, из них 2506 городских (50,0%) и 2504 (50,0%) сельских жителя, 2089 мужчин (41,7%) и 2921 женщина (58,3%), представляющие все регионы Республики Беларусь. По возрастным группам респонденты распределились следующим образом: 18–29 лет – 689 человек, из них 331 мужчина (48,0%) и 358 женщин (52,0%); 30–44 года – 1409 человек, из них 592 мужчины (42,0%) и 817 женщин (58,0%); 45–59 лет – 1904 человека, из них 812 мужчин (42,6%) и 1092 женщины (57,4%); 60–69 лет – 1008 человек, из них 354 мужчины (35,1%) и 654 женщины (64,9%) [2].

Статистический анализ данных был выполнен с использованием программы EpiInfo (версия 3.5.4) и соответствующих методов для комплексного анализа данных исследования. При расчете средних значений показателей вычислены стандартная ошибка и 95%-й доверительный интервал (ДИ). Кроме того, были использованы пакеты прикладных программ Microsoft Office.

Результаты и обсуждение

Установлено, что существуют значительные различия в моделях обращения мужчин и женщин за медицинскими услугами.

Так, в целом число респондентов, сообщивших о том, что ни разу не обращались к медицинским работникам для измерения артериального

давления (АД), уровня глюкозы и холестерина в крови, не велико, но, при этом, доля мужчин выше, чем доля женщин (табл. 1, здесь и далее в таблицах ДИ 95% – 95%-й доверительный интервал). Всего лишь 1,0% женщин и 2,1% мужчин не обращались к медицинским работникам для измерения артериального давления. По поводу измерения уровня холестерина в крови к медицинским работникам не обращались 19,1% женщин и 23,4% мужчин (табл. 1).

Различия в возрастных группах. Рассмотрим данные показатели в разбивке по возрастам (табл. 2).

Как следует из представленных в табл. 2 данных, доля мужчин и женщин, не проходивших обследования на наличие данных факторов риска, снижается в каждой последующей возрастной группе.

Например, если в возрастной группе 18–29 лет отсутствуют различия между долей мужчин и женщин, которым не измеряли уровень глюкозы в крови (16,4 и 15,7% соответственно), то в каждой следующей возрастной группе эта доля снижается у обоих полов, причем у женщин снижение по сравнению с предыдущей возрастной группой выражено заметнее, чем у мужчин. Доля женщин, не проходивших это обследование в возрастной группе 30–44 года (9,7%), находится на таком же низком уровне, что и доля мужчин в возрастных группах с минимальными результатами (10,6% в 45–59 лет и 10,1% в 60–69 лет).

Таблица 1

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска при обращении за медицинской помощью (в процентах)

Измерение фактора риска	Мужчины (ДИ 95%)	Женщины (ДИ 95%)
Не измерялось АД	2,1 (1,4–2,9)	1,0 (0,4–1,5)
Не измерялась глюкоза	12,9 (10,2–15,6)	9,7 (7,6–11,8)
Не измерялся холестерин	23,4 (20,1–26,7)	19,1 (16,4–21,9)

Таблица 2

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по возрастным группам (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Возраст, лет			
		18–29 (ДИ 95%)	30–44 (ДИ 95%)	45–59 (ДИ 95%)	60–69 (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	3,9 (1,7–6,1)	1,4 (0,5–2,3)	1,8 (0,8–2,8)	1,1 (0,1–2,2)
	Жен	2,5 (0,3–4,8)	0,6 (0,0–1,1)	0,5 (0,0–1,0)	0,6 (0,0–1,3)
Не измерялась глюкоза	Муж	16,4 (11,3–21,5)	13,5 (9,6–17,5)	10,6 (7,5–13,8)	10,1 (6,4–13,7)
	Жен	15,7 (11,0–20,4)	9,7 (6,9–12,6)	7,9 (5,5–10,2)	5,8 (3,6–8,0)
Не измерялся холестерин	Муж	35,3 (28,2–42,5)	24,1 (19,4–28,9)	16,1 (12,4–19,7)	15,8 (11,4–20,2)
	Жен	36,4 (29,6–43,1)	20 (16,0–24,0)	13,3 (10,4–16,1)	7,3 (4,9–9,7)

Различия в группах по месту проживания респондентов (город/село). При рассмотрении данных показателей в разбивке по месту проживания можно выявить дополнительные различия.

В целом среди респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, доля мужчин и женщин, проживающих в сельской местности выше, чем в городах (табл. 3).

Кроме того, разница между проживающими в городской и сельской местности женщинами в отношении измерения уровней глюкозы и холестерина выражена ярче, чем между мужчинами. Доля проживающих в сельской местности женщин, которым не измерялся уровень глюкозы (13,1%) и холестерина (22,6%), незначительно ниже, чем эта доля среди проживающих в сельской (14,2% для глюкозы и 25,1% для холестерина) и городской (11,7% для глюкозы и 21,8% для холестерина) местности мужчин.

Несмотря на то, что в целом мужчины реже женщин проходят обследования на наличие факторов риска, при дезагрегировании данных по месту проживания выявлено, что доля сельчанок, не проходивших обследования, не превышает долю сельчан и горожан, не проходивших обследования на наличие данных факторов риска.

Различия в группах по уровню образования. Уровень образования населения может использоваться для более глубокого изучения различий в отношении факторов риска не только между мужчинами и женщинами, но и внутри этих групп. Республику Беларусь отличает высокий уровень грамотности (99,8% для мужчин и 99,7% для женщин), а также высокий уровень охвата начальным (95,1% для мальчиков и 94,8% для девочек) и средним образованием (95,1% для мужчин и 96,2% для женщин). Значительные различия отмечаются только на третичном уровне образования (80,2% для мужчин и 95,1% для женщин) [4].

Данные об уровне образования, который определяется наиболее высоким уровнем полученного респондентом законченного образования на момент исследования, были собраны в ходе STEPS 2016 с использованием внутривидовых категорий. Эти категории были сопоставлены с уровнями Международной стандартной классификации образования (МСКО) [5], а затем распределены на три уровня – низкий, средний и высокий (табл. 4)

Из представленных в табл. 5 данных следует, что доля респондентов, не проходивших обследование на наличие рассматриваемых биологических факторов риска НИЗ, выше среди мужчин и женщин с низким уровнем образования (по сравнению с другими уровнями), причем у мужчин эта разница выражена сильнее.

Доля мужчин с низким уровнем образования, которым не измерялись уровни глюкозы и холестерина в крови, значительно выше, чем доля мужчин с другими уровнями образования и женщин с любым уровнем образования. Как и в случае с данными в зависимости от места проживания респондентов, дезагрегирование данных по уровню образования показывает, что общую разницу между мужчинами и женщинами в отношении доступа к рассматриваемым медицинским услугам определяет конкретная подгруппа, в данном случае – мужчины с низким уровнем образования.

Различия в группах по статусу занятости. Как показано выше, уровень образования может влиять на обращение за медицинскими услугами. Точно таким же образом влияет и статус занятости, который связан с наличием ресурсов. В целом, доля мужчин, не проходивших обследования на наличие факторов риска, выше среди безработных или не представленных на рынке труда, однако, среди женщин такая зависимость отсутствует. При этом, внутри групп существуют более тонкие различия, заслуживающие внимания (табл. 6).

Таблица 3

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по месту проживания (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Место проживания	
		Село (ДИ 95%)	Город (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	2,6 (1,4–3,9)	1,6 (0,8–2,5)
	Жен	0,8 (0,2–1,4)	1,1 (0,2–2,0)
Не измерялась глюкоза	Муж	14,2 (10,0–18,5)	11,7 (8,2–15,3)
	Жен	13,1 (9,3–16,9)	7,1 (4,8–9,4)
Не измерялся холестерин	Муж	25,1 (20,3–29,8)	21,8 (17,3–26,4)
	Жен	22,6 (18,3–26,9)	16,5 (12,9–20,0)

Таблица 4

Соответствие уровней образования, использованных при анализе, категориям STEPS 2016

Внутристрановые категории, использованные при STEPS-исследовании	Уровни МСКО	Уровень образования для целей анализа
1 – отсутствие формального образования	МСКО 0 – программы развития детей младшего возраста	Низкий уровень образования
2 – оконченное начальное образование	МСКО 1 – начальное образование	
3 – оконченное среднее образование	МСКО 2 – первый этап среднего образования	
4 – оконченное среднее специальное образование	МСКО 4 – послесреднее нетретичное образование МСКО 5 – короткий цикл третичного образования	Средний уровень образования
5 – оконченное гимназическое образование (старшие классы)	МСКО 3 – второй этап среднего образования	
6 – оконченное высшее образование	МСКО 6 – бакалавриат или его эквивалент	Высокий уровень образования
7 – аспирантура	МСКО 7 – магистратура или ее эквивалент МСКО 8 – докторантура или ее эквивалент	

Таблица 5

Доля респондентов, не прошедших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по уровню образования (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Уровень образования		
		Низкий (ДИ 95%)	Средний (ДИ 95%)	Высокий (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	3,7 (1,8–5,6)	1,2 (0,5–1,9)	3,0 (0,9–5,1)
	Жен	1,4 (0,0–2,9)	0,8 (0,2–1,4)	0,9 (0,1–1,7)
Не измерялась глюкоза	Муж	17,7 (12,6–22,8)	11,2 (8,5–13,9)	12,2 (7,8–16,5)
	Жен	12,7 (8,6–16,9)	9,8 (7,4–12,2)	7,7 (5,0–10,4)
Не измерялся холестерин	Муж	28,6 (22,9–34,3)	22,0 (18,4–25,6)	21,3 (16,1–26,5)
	Жен	22,0 (16,5–27,6)	19,0 (15,9–22,1)	17,5 (13,5–21,5)

Таблица 6

Доля респондентов, не прошедших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по статусу занятости (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Статус занятости	
		Работающие (ДИ 95%)	Безработные или не представленные на рынке труда (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	0,9 (0,4–1,5)	5,4 (0,5–10,3)
	Жен	0,7 (0,2–1,2)	3,3 (0,0–8,5)
Не измерялась глюкоза	Муж	10,8 (8,1–13,4)	19,3 (9,2–29,4)
	Жен	9,7 (7,5–12,0)	7,6 (0,0–16,1)
Не измерялся холестерин	Муж	21,9 (18,5–25,3)	25,1 (13,9–36,4)
	Жен	20,0 (16,9–23,0)	7,1 (0,0–15,4)

Анализ по статусу занятости выявляет более выраженную степень вариабельности по сравнению с другими показателями. Так, в отношении повышенного артериального давления наблюдаются значительные раз-

личия между безработными или не представленными на рынке труда мужчинами (5,4%) и женщинами (3,3%), а между работающими мужчинами и женщинами значительной разницы нет (0,9 и 0,7% соответственно).

В отношении измерения уровня глюкозы в крови, между работающими мужчинами (10,8%) и женщинами (9,7%) также отсутствует значительная разница, но она существует между безработными или не представленными на рынке труда мужчинами и женщинами (19,3 и 7,6% соответственно). Аналогичная картина наблюдается в отношении измерения уровня холестерина: доля работающих мужчин (21,9%), у которых не проводилось данное исследование, незначительно превышает эту долю среди работающих женщин (20,0%), однако между безработными или не представленными на рынке труда мужчинами и женщинами отмечена значительная разница (25,1 и 7,1% соответственно).

Между работающими мужчинами и женщинами отсутствуют значительные различия по факту обследования на наличие факторов риска. В группе безработных или не представленных на рынке труда мужчин и женщин наблюдается более высокая доля мужчин, не проходивших обследования, в то время как доля не проходивших обследования безработных или не представленных на рынке труда женщин ниже, чем доля работающих.

Различия в группах по семейному положению. Фактор семейного положения позволяет дополнительно исследовать подгруппы мужчин и

женщин с точки зрения доступа к медицинским услугам. Если для женщин семейное положение не имеет очевидной связи с обследованиями на наличие факторов риска, то для мужчин эта связь прослеживается, и в подгруппах наблюдаются существенные различия (табл. 7).

Доля одиноких мужчин, не проходивших обследования на наличие факторов риска, значительно выше этого показателя среди мужчин, имеющих партнера. Следует отметить, что на значительные различия между мужчинами и женщинами в целом в отношении обследования на наличие биологических факторов риска, в основном, влияет группа одиноких мужчин. Показатели для имеющих партнера мужчин незначительно отличаются от значений для одиноких и имеющих партнера женщин. Как и в случае с подгруппами, определяемыми в соответствии со статусом занятости, часть наблюдаемых различий может быть обусловлена разницей в среднем возрасте одиноких и имеющих партнера респондентов.

Рекомендации по ведению более здорового образа жизни, данные медицинским работником. В рамках исследования STEPS 2016 была собрана информация о том, получали ли мужчины и женщины рекомендации по ведению более здорового образа жизни при посещении медицинского работника (табл. 8).

Таблица 7

Доля респондентов, не проходивших обследования на наличие факторов риска, в разбивке по семейному положению (в процентах)

Измерение фактора риска	Пол	Семейное положение	
		Одинокие (ДИ 95%)	Имеющие партнера (ДИ 95%)
Не измерялось АД	Муж	3,9 (2,2–5,6)	1,1 (0,5–1,6)
	Жен	1,8 (0,6–3,1)	0,4 (0,0–0,8)
Не измерялась глюкоза	Муж	15,7 (11,8–19,5)	11,3 (8,5–14,0)
	Жен	10,2 (7,6–12,8)	9,4 (7,0–11,8)
Не измерялся холестерин	Муж	29,2 (24,0–34,4)	19,9 (16,6–23,2)
	Жен	18,5 (15,0–22,1)	19,5 (16,4–22,6)

Таблица 8

Темы рекомендаций по ведению более здорового образа жизни и распространенность связанных с ними факторов риска

Рекомендация по ведению более здорового образа жизни	Фактор риска
Бросить курить или вовсе не начинать	Употребление табака в настоящее время
Сократить употребление соли в рационе	Нездоровое питание (добавление соли)
Съесть как минимум пять порций фруктов и/или овощей ежедневно	Нездоровое питание (<5 порций фруктов/овощей)
Начать заниматься или больше заниматься физической активностью	Недостаточная физическая активность
Поддерживать нормальную массу тела или сбросить вес	Избыточный вес (ИМТ≥25)

Касаясь темы борьбы с курением – доля получивших рекомендации мужчин была значительно выше доли женщин, в то время как в отношении трех других тем (увеличение потребления фруктов и овощей, повышение физической активности и контроль массы тела) доля женщин, получивших рекомендации, значительно выше (табл. 9).

Так, доля мужчин, сообщивших о получении рекомендаций в отношении употребления табака составляет 43,6%, долю женщин – 20,7%. При этом, доля мужчин, получивших данные рекомендации приблизительно соответствует доле мужчин, употребляющих табак (48,4%), доля женщин, которые получили рекомендации, примерно в 2 раза превышает распространенность фактора риска употребления табака в настоящее время (12,6%) (табл. 9).

Рекомендации от медицинских работников по снижению употребления соли и увеличению физической активности получают в равной степени как мужчины, так и женщины, при этом, частота этих рекомендаций несколько превышает уровень распространенности высокого потребления поваренной соли и низкой физической активности. Однако, частота рекомендаций увеличить количество потребляемых овощей и фруктов, а также уменьшить массу тела, значительно меньше уровня распространенности соответствующих факторов риска.

Как следует из представленных в табл. 9 данных, частота рекомендаций по ведению более здорового образа жизни примерно одинакова для всех факторов риска и не зависит от уровня их распространенности. Данный факт может свидетельствовать о необходимости повышения осведомленности медицинских работников о текущем уровне распространенности факторов риска НИЗ.

Заключение

Согласно данным, полученным в ходе исследования STEPS 2016, распространенность биологических факторов риска среди женщин в различных подгруппах намного выше, чем среди мужчин, либо по данному показателю не имеется каких-либо существенных различий. Отчасти, это может быть связано с различиями между мужчинами и женщинами в обращении за медицинскими услугами, что подтверждается при дезагрегировании данных по возрасту, месту проживания, уровню образования, статусу занятости и семейному положению.

Как среди мужчин, так и среди женщин, доля проходивших обследования на наличие биологических факторов риска выше в старших возрастных группах. Несмотря на то, что мужчины в целом реже проходят обследования на наличие факторов риска, данное различие отмечается, начиная с возрастной группы 30–44 года, и увеличивается с возрастом.

В то время как в сельской местности доля мужчин и женщин, проходящих обследования на наличие факторов риска, в целом ниже, чем в городах, доля сельчанок, не проходящих обследования, практически совпадает с долей сельчан и горожан-мужчин.

Как мужчины, так и женщины с низким и средним уровнями образования реже проходят обследования на наличие факторов риска, чем люди с высоким уровнем образования. Вариабельность в отношении обращения за медицинскими услугами между подгруппами респондентов с различным уровнем образования ярче выражена у мужчин, чем у женщин, а более высокая, по сравнению с женщинами, доля не проходивших обследования мужчин, в целом, обусловлена конкрет-

Таблица 9

Частота рекомендации по ведению более здорового образа жизни по сравнению с распространенностью соответствующих факторов риска (в процентах)

Фактор риска	Пол	Данная рекомендация (ДИ 95%)	Распространенность соответствующего фактора риска (ДИ 95%)
Табак	Муж	43,6 (40,0–47,1)	48,4 (42,8–48,6)
	Жен	20,7 (17,6–23,9)	12,6 (8,9–11,6)
Питание (добавление соли)	Муж	42,3 (38,5–46,2)	35,8 (31,9–39,7)
	Жен	41,7 (37,8–45,6)	28,0 (24,5–31,4)
Питание (употребление фруктов и овощей)	Муж	38,9 (34,5–43,3)	77,9 (74,3–81,5)
	Жен	42,7 (38,8–46,7)	68,4 (64,7–72,0)
Физическая активность	Муж	38,6 (34,4–42,7)	12,8 (10,7–14,9)
	Жен	43,2 (39,5–46,9)	13,5 (11,5–15,5)
Масса тела	Муж	38,2 (34,1–42,3)	61,5 (58,7–64,2)
	Жен	46,8 (43,1–50,5)	60,0 (57,3–62,4)

но группой мужчин с низким уровнем образования.

Доли работающих мужчин и женщин, проходивших обследование, практически не отличаются, при этом, безработные или не представленные на рынке труда мужчины и женщины отличаются в плане обращения за медицинскими услугами. Доля проходивших обследование выше среди работающих мужчин и ниже – среди работающих женщин. Очевидно, что для женщин взаимосвязь между семейным положением и доступом к услугам отсутствует, а общая разница между мужчинами и женщинами, не проходившими обследования, обусловлена более высокой долей одиноких мужчин.

В связи с этим, для улучшения доступа к услугам среди женщин и мужчин дополнительное внимание может потребоваться следующим группам: мужчины, начиная со средних возрастных групп; женщины-сельчанки; мужчины с низким уровнем образования; безработные или не представленные на рынке труда мужчины; работающие женщины; одинокие мужчины.

Тот факт, что женщинам значительно чаще дают рекомендации по ведению более здорового образа жизни, может быть обусловлен многими факторами, включая более частое взаимодействие женщин со службами здравоохранения, более высокую долю женщин, подверженных биологическим факторам риска, особенно в более старших возрастных группах, а также культурными, гендерными и другими нормами.

С целью повышения адресности в борьбе с факторами риска распространенных НИЗ, принятия и контроля реализации мер по приверженности ведению здорового образа жизни важно выявлять гендерные нормы и барьеры. Эти барьеры связаны как с полом, так и с конкретным заболеванием, причем женщины и мужчины сталкиваются с ними различным образом в зависимости от конкретных факторов риска и социально-демографических характеристик [6]. Меры реагирования, составленные с учетом гендерных аспектов и соответствующие культурным особенностям, будут способствовать поведенческим изменениям, облегчению доступа к услугам и их широкому использованию.

Выводы:

1. Доля женщин, обращающихся за медицинской помощью для измерения показателей биологических факторов риска, а также получающих рекомендации по здоровому образу жизни относительно большинства поведенческих факторов риска, намного выше, чем доля мужчин. Тем не

менее, согласно данным, полученным в ходе исследования STEPS 2016, распространенность биологических факторов риска среди женщин в различных подгруппах выше, чем среди мужчин, либо по данному показателю не имеется существенных различий.

2. Тот факт, что женщины получают значительно больше рекомендаций по здоровому образу жизни, может объясняться множеством разных факторов – в том числе, тем обстоятельством, что женщины гораздо чаще взаимодействуют со службами здравоохранения, а также тем, что распространенность биологических факторов риска среди женщин, особенно принадлежащих к старшим возрастным группам, выше, чем среди мужчин; кроме того, несомненно, играют роль принятые в обществе культурные и гендерные нормы.

3. Более низкая распространенность у женщин, по сравнению с мужчинами, поведенческих факторов риска свидетельствует о разном значении конкретных факторов риска НИЗ для мужчин и для женщин на протяжении всего жизненного цикла.

5. Из проведенного анализа следует, что как обращение за медицинскими услугами, так и препятствующие такому обращению обстоятельства различны для мужчин и для женщин и зависят от характера заболевания, а также то, что мужчины и женщины по-разному ведут себя при столкновении с препятствиями (в зависимости от конкретного фактора риска и других социально-демографических аспектов).

Таким образом, несомненно важна углубленного гендерного анализа существующих дезагрегированных по полу данных совместно с другими показателями в целях выявления различий в распространенности факторов риска возникновения НИЗ не только между мужчинами и женщинами, но и внутри этих групп. Подобный анализ позволит дополнительно выявить конкретные потребности и возможности в области профилактики и ведения НИЗ среди различных групп населения, для работы с которыми впоследствии возможны создание и реализация адаптированных технологий медицинских услуг, медицинских вмешательств.

Литература

1. Организация STEPS в Беларуси (принцип поэтапной реализации мониторинга факторов риска неинфекционных заболеваний, разработанный Всемирной организацией здравоохранения) / И.И.Новик, М.М.Сачек, В.М.Писарик, Н.С.Ивкова, А.В.Пацев, Н.Н.Бондаренко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2017. – №2 (91). – С.16–26.

2. Финальный отчет Европейского регионального бюро ВОЗ «Распространенность факторов риска неинфекционных заболеваний в Республике Беларусь STEPS 2016» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.euro.who.int/ru/countries/belarus/publications/prevalence-of-noncommunicable-disease-risk-factors-in-republic-of-belarus-steps-2016-2017>. – Дата доступа: 30.11.2020.
3. Формирование репрезентативной выборки для STEPS-исследования в Республике Беларусь / Н.Н.Бондаренко, В.М.Писарик, Т.И.Атрашкевич, И.И.Новик // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2018. – №2 (95). – С.30–38.
4. Global Gender Gap Report 2020 [Electronic resource] / World Economic Forum. – Geneva, 2020. – P.87–88. – Mode of access: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GGGR_2020.pdf. – Date of access: 30.11.2020.
5. International Standard Classification of Education. ISCED 2012. – Paris: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization; 2011.
6. Breaking barriers: towards more gender-responsive and equitable health systems [Electronic resource]. – Geneva: World Health Organization; 2019. – Mode of access: <https://www.who.int/gender-equity-rights/knowledge/breaking-barriers-towards-more-gender-responsive-and-equitable-h/en/>. – Date of access: 30.11.2020.

DIFFERENCES BETWEEN MEN AND WOMEN IN PATTERNS OF HEALTHCARE ACCESS

¹ I.I.Novik, ¹ V.M.Pisaryk, ² Brett J. Craig, ² Ivo Rakovac

¹ Republican Scientific and Practical Center for Medical Technologies, Informatization, Administration and Management of Health (RSPC MT), 7a, P.Brovki Str., 220013, Minsk, Republic of Belarus

² World Health Organization Regional Office for Europe, UN City, 51, Marmorvej, DK-2100, Copenhagen, Denmark

The article presents a comparative analysis of differences in gender and age groups in the models of applying for medical services based on the results of the STEPS 2016 study in the Republic of Belarus, as well as by groups with different levels of education, place of residence, employment status and marital status. As a result of the analysis, it was found that for women who seek medical help to measure

indicators of biological risk factors, as well as receive recommendations for a healthy lifestyle regarding most behavioral risk factors, it is much higher than the proportion of men. The proportion of those tested for biological risk factors is higher in older age groups. In rural areas, the proportion of men and women undergoing risk factor surveys is generally lower than in urban areas. Both men and women with low and secondary levels of education are less likely to be screened for risk factors than people with high levels of education. The proportion of working men and women who were surveyed is almost the same, but the proportion of those who were surveyed is higher among working men and lower among working women. Additional attention is required for the following groups to improve access to health services: men, starting from the middle age groups; rural women; men with low levels of education; unemployed men; working women; single men.

Keywords: non-communicable diseases; risk factors; gender analysis; gender and age groups; medical services.

Сведения об авторах:

Новик Ирина Ивановна, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», зам. директора по экономическим технологиям и международным проектам; тел.: (+37517) 3313414, e-mail: inovik@belcmt.by.

Писарик Виталий Михайлович, канд. биол. наук; ГУ «Республиканский научно-практический центр медицинских технологий, информатизации, управления и экономики здравоохранения», лаборатория мониторинга и прогнозирования развития здравоохранения, ведущий научный сотрудник; тел.: (+37517) 3313204, e-mail: pisaryk@tut.by.

Craig Brett J., Европейское региональное бюро ВОЗ, консультант программы по гендерным аспектам и правам человека ВОЗ, e-mail: brettjcraig@gmail.com.

Rakovac Ivo, Европейское региональное бюро ВОЗ, руководитель программы по эпиднадзору за неинфекционными заболеваниями, e-mail: rakovaci@who.int.

Поступила 10.12.2020 г.