

Полунина В. В.¹, Мустафина Г. Т.², Шарафутдинова Н. Х.², Латыпов А. Б.², Шарафутдинов М. А.²**ФАКТОРЫ РИСКА ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВЬЯ ГОРОДСКИХ И СЕЛЬСКИХ ЖЕНЩИН**¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н. И. Пирогова» Минздрава России, 117997, г. Москва;²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, 450008, г. Уфа

Целью исследования является социально-гигиеническая характеристика образа и условий жизни городских и сельских женщин и оценка их значения в формировании здоровья. Материалами исследования были число впервые зарегистрированных хронических заболеваний в течение 5 лет, среднее число обращений по поводу заболеваний в течение года, результаты анкетирования. Социально-гигиеническое исследование показало, что среди городских женщин больше разведенных и меньше вдов, чем среди сельских. Городские женщины характеризуются более высоким уровнем образования, большее число из них имеют постоянную работу, их физическая активность ниже, чем у сельских. Сельских женщин от городских отличали более низкий уровень образования, низкая медицинская активность, частое потребление алкоголя, более низкий доход. Среди сельских женщин 36% вошли в третью оценочную группу здоровья. Установлено, что наибольшее влияние на состояние здоровья городских женщин оказывают нерациональное питание, низкая физическая активность, низкая медицинская активность, вредные производственные факторы, частые стрессы на работе и в быту, на здоровье сельских женщин — низкий доход, низкая медицинская активность, преимущественно физический труд, нерациональное питание, частое потребление алкоголя.

К л ю ч е в ы е с л о в а : женщины; город; село; образ жизни; медицинская активность; здоровье; факторы риска.

Для цитирования: Полунина В. В., Мустафина Г. Т., Шарафутдинова Н. Х., Латыпов А. Б., Шарафутдинов М. А. Факторы риска формирования здоровья городских и сельских женщин. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2019;27(4):438—442. DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442>

Для корреспонденции: Шарафутдинова Назира Хамзиновна, д-р мед. наук, профессор, зав. кафедрой общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом института дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: nazira-h@rambler.ru

Polunina V. V.¹, Mustafina G. T.², Sharafutdinova N. Kh.², Latypov A. B.², Sharafutdinov M. A.²**THE RISK FACTORS OF HEALTH FORMATION IN URBAN AND RURAL WOMEN**¹The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «N. I. Pirogov Russian National Research Medical University» Minzdrav of Russia, 117997, Moscow, Russia;²The Federal State Budget Educational Institution of Higher Education «The Bashkir State Medical University» of Minzdrav of Russia, 450008, Ufa, Russia

The purpose of the study is the socio-hygienic characteristics of the lifestyle and living conditions of urban and rural women and the assessment of their importance in the formation of health. The materials of the study were: the number of newly registered chronic diseases for 5 years, the average number of complaints about diseases during the year, the results of the survey. A socio-hygienic study shows that among urban women there are more divorced women than among rural women, fewer widows, urban women have higher levels of education, more permanent jobs, low physical activity, etc. Rural women were distinguished from urban women by lower level of education, low medical activity, frequent alcohol consumption, lower income, etc. Among urban women, more than in the first health assessment group (18.4% of women), among rural women 14.6% and less than in the third health assessment group (30.2%). Among rural women, 36.0% were in the third health assessment group. It was found that the greatest impact on the health of urban women have irrational nutrition, low physical activity, low medical activity, harmful production factors, frequent stress at work and at home, on the health of rural women: low income, low medical activity, mainly physical labor, irrational nutrition, frequent alcohol consumption.

Key words: women; city; countryside; lifestyle; medical activity; health; risk factors.

For citation: Polunina V. V., Mustafina G. T., Sharafutdinova N. Kh., Latypov A. B., Sharafutdinov M. A. The risk factors of health formation in urban and rural women. *Problemy sotsialnoy gigieny, zdravookhraneniya i istorii meditsiny*. 2019;27(4):438—442 (In Russ.). DOI: <http://dx.doi.org/10.32687/0869-866X-2019-27-4-438-442>

For correspondence: Sharafutdinova N. Kh., doctor of medical sciences, professor, the Head of the Chair of Public Health and Health Care Organization of Bashkir State Medical University. e-mail: nazira-h@rambler.ru

Conflict of interests. The authors declare absence of conflict of interests.

Acknowledgment. The study had no sponsor support

Received 27.03.2019
Accepted 03.04.2019**Введение**

Состояние здоровья женщин формируется под воздействием множества факторов. В городских условиях факторами, оказывающими позитивное влияние на состояние здоровья населения, можно назвать наличие централизованного водоснабжения и канализации, централизованного отопления, более высокий уровень образования, культуры и социаль-

ного статуса населения. Однако в условиях города население больше подвергается стрессам, воздействию загрязнения окружающей среды, чему способствует и большая плотность населения. В сельской местности положительными факторами можно назвать благополучие окружающей среды в плане загрязнения ее выбросами производств и автотранспорта. Однако для сельской местности характерны недостаточная доступность медицинской помощи,

Здоровье и общество

низкая медицинская активность населения, низкая информированность о факторах риска для здоровья. Все это может отразиться на заболеваемости населения, последствием которой является высокая смертность и инвалидность людей [1—3].

Артериальная гипертензия (АГ), ожирение, дислипидемия, курение, стресс, низкая физическая активность выступают основными факторами риска хронических заболеваний и являются общими для мужчин и женщин [4—9].

По данным Е. А. Николаюк, существуют некоторые сходства и различия самосохранительного поведения и отношения сельских и приезжих городских жителей к своему здоровью [10]. По мнению исследователя, сходства выражаются в поведении во время болезни, самолечении, а различия проявляются в несбалансированном питании, связанном с сезонными особенностями трудовой деятельности сельских жителей, в мотивах злоупотребления алкоголем и табакокурения. Помимо влияния на общее состояние здоровья женщин, авторы приводят данные о факторах риска, приводящих к развитию отдельных гинекологических заболеваний [11].

Целью исследования явилась социально-гигиеническая характеристика образа и условий жизни городских и сельских женщин и оценка их значения в формировании здоровья.

Материалы и методы

Материалами изучения состояния здоровья женщин послужили данные выкопировки первично за-

регистрированных заболеваний из медицинской карты пациента, получающего медицинскую помощь в амбулаторных условиях в течение 5 лет, среднее число обращений по поводу заболевания в медицинские организации и результаты самооценки здоровья женщинами. Составление социально-гигиенического портрета и оценка медицинской активности городских и сельских женщин провели на основе опроса 3800 женщин в возрасте 20—55 лет. Городские женщины прошли анкетирование на базе городской клинической больницы № 21 Уфы, сельские женщины — на базе поликлиники ЦРБ, участковых больниц, амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов (ФАП) Чекмагушевского района Республики Башкортостан. Вопросы анкеты состояли из нескольких блоков (табл. 1).

Респонденты были сопоставимы по возрасту: средний возраст городских женщин составил $42,5 \pm 1,5$ года, сельских — $43,9 \pm 1,7$ года ($p > 0,05$). Анкетирование проводилось раздаточным методом. Анкета включала вопросы закрытого и открытого типов и состояла из 76 вопросов. Были рассчитаны относительные и средние величины, оценка достоверности различий между показателями. Для выявления доли влияния факторов риска на формирование хронической патологии проведен однофакторный анализ.

С учетом наличия хронического заболевания, кратности обращений женщин в течение года в медицинскую организацию и самооценки состояния

Таблица 1

Основные блоки вопросов исследования

Блок 1	Блок 2	Блок 3	Блок 4
изучение социально-гигиенической характеристики женщин (возраст, семейное положение, образование, занятость)	второй блок — на характеристику условий труда и быта (занятость физическим трудом, воздействие факторов производства)	изучение медицинской активности (своевременное обращение при возникновении жалоб в медицинскую организацию, соблюдение режима лечения, рекомендаций врача, прохождение медицинских осмотров, контроль за артериальным давлением, соблюдение сроков диспансерного наблюдения, соблюдение режима и рациональности питания, курение, частое употребление алкоголя — 3 и более раз в неделю, физическая активность, режим сна и отдыха и другие)	удовлетворенность организацией первичной медико-санитарной помощи

Таблица 2

Оценочные группы по основным показателям исследования

Оценочная группа 1	Оценочная группа 2	Оценочная группа 3
Женщины, не имеющие хронических заболеваний, обращающиеся к врачу в течение года не более 2-х раз и оценившие свое здоровье как хорошее	Прочие	Женщины, имеющие 3 и более хронических заболеваний, с кратностью обращения в течение года 7,8 раза и оценившие свое здоровье как плохое

Таблица 3

Распределение городских и сельских женщин на оценочные группы здоровья

Показатели	Оценочные группы здоровья		
	первая	вторая	третья
Городские женщины			
Всего	18,4	51,4	30,2
- до 40 лет	27,8	46,8	25,4
- старше 40 лет	12,2	53,6	34,2
Сельские женщины			
Всего	14,6	49,4	36,0
- до 40 лет	20,9	49,6	29,5
- старше 40 лет	8,4	49,0	42,6

здоровья женщин распределили на три оценочные группы (табл. 2).

Результаты исследования

Сравнительная социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин показала, что 66,1% женщин состоят в юридически оформленном браке (среди сельских женщин их чуть больше). Среди городских женщин 9,6% разведенных и значительно меньше вдовых (3,1 и 11,3% соответственно; $p < 0,05$). Однако среди городских женщин достоверно больше, чем среди сельских, одиноких (11,3 и 4,4% соответственно). По образовательному уровню городские и сельские женщины также имели различия. Городские женщины отличались более высоким уровнем образования, среди них 45,9% были с высшим образованием, а среди сельских женщин тако-

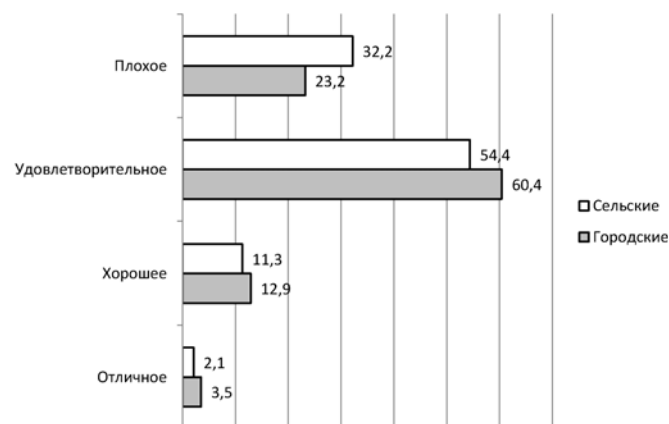


Рис. 1. Распределение ответов на вопрос «Как бы Вы оценили состояние своего здоровья?» (в %).

Таблица 4

Социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин с первой и третьей оценочной группой здоровья (в %)

Характеристики	Первая оценочная группа		Третья оценочная группа	
	городские женщины	сельские женщины	городские женщины	сельские женщины
Имеет постоянную работу	88,3	43,0	62,5	49,4
Подвергается воздействию факторов производственной среды	13,3	19,2	58,1	38,7
Занята преимущественно физическим трудом	32,6	49,7	58,1	71,4
Испытывает частые стрессы на работе и дома	26,2	60,4	66,9	63,2
Часто потребляет алкоголь	34,6	45,2	57,9	70,6
Курит	29,2	15,2	35,5	18,4
Имеет низкую медицинскую активность	12,7	51,8	69,9	71,8
Не соблюдает режим питания	50,4	53,8	68,2	72,4
Питается не рационально	30,8	55,8	73,6	70,8
Имеет низкий доход	19,4	67,2	32,6	73,1
Жилищные условия плохие	48,3	68,4	52,4	60,6
Имеет низкую физическую активность	21,2	22,5	71,6	25,0
Имеет недостаточную продолжительность сна	29,2	57,5	38,4	53,1

вых было 13,4% ($p < 0,05$). Среди сельских женщин имели среднее общее образование 34,6%, среди городских — 51,9% ($p < 0,05$).

Постоянную работу имеют в большей степени женщины, проживающие в городе (80,2%) по сравнению с сельскими (46,2%); 35,6% из них подвергаются воздействию вредных производственных факторов.

Также среди городских женщин в 1,5 раза меньше занятых преимущественно физическим трудом, в 1,4 раза меньше часто потребляющих алкоголь, в 1,8 раза — лиц с низкой медицинской активностью. Большая часть сельских женщин по сравнению с городскими имела низкий доход (71,3 и 25,8% соответственно), проживали в плохих жилищных условиях (65,4 и 50,1% соответственно).

На рис. 1 представлена оценка состояния здоровья респонденток из числа городских и сельских женщин.

Анализ распределения женщин на оценочные группы здоровья показал, что среди городских преобладают лица с первой оценочной группой здоровья (18,4% в городе и 14,6% в селе), а среди сельских женщин — с третьей оценочной группой здоровья (30,2% в городе и 36% в селе). Женщин с первой оценочной группой здоровья достоверно больше в возрасте до 40 лет и проживающих в городской местности (27,8% в городе и 20,9% в селе; $p < 0,05$), а с третьей оценочной группой здоровья достоверно больше среди женщин после 40 лет и проживающих в сельской местности (34,2% в городе и 42,6% в селе, $p < 0,05$) (табл. 3).

Здоровье и общество

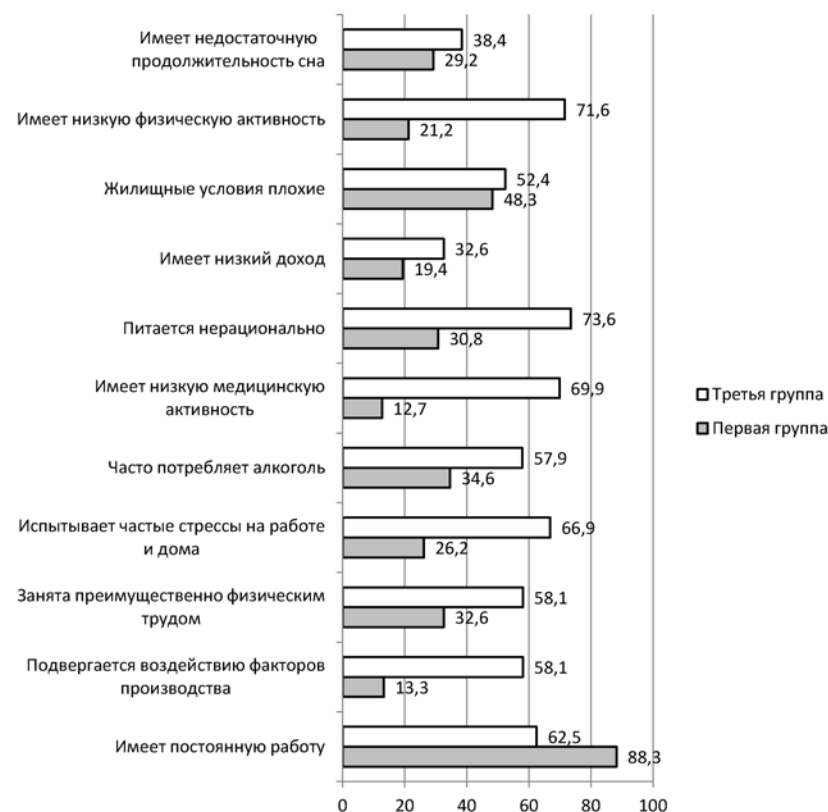


Рис. 2. Социально-гигиеническая характеристика городских женщин первой и третьей оценочных групп здоровья (в %).

Социально-гигиеническая характеристика городских женщин, отнесенных в первую и третью оценочные группы здоровья, показала, что достоверные различия выявлены по наличию постоянной работы, занятости физическим трудом, подверженности воздействию факторов производства, подверженности частым стрессам (рис. 2).

Среди сельских женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья, достоверно выше, чем среди отнесенных в первую оценочную группу, доля питающихся нерационально, с низкой физической активностью, с низкой медицинской активностью (рис. 3). Среди сельских женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья, по степени влияния первые пять мест заняли: низкий доход, низкая медицинская активность, преимущественно физический труд, нерациональное питание, частое потребление алкоголя.

В первой оценочной группе городские женщины отличались от сельских тем, что среди них в 2 раза больше имеющих постоянную работу и 2 раза больше курящих (табл. 4). Среди сельских женщин первой оценочной группы значи-

тельно больше занятых преимущественно физическим трудом, с низкой медицинской активностью, питающихся нерационально.

Отнесенные в третью оценочную группу городские женщины отличались от сельских наличием постоянной работы, воздействием производственных факторов, курением.

Среди сельских женщин третьей оценочной группы по сравнению с городскими больше занятых физическим трудом, имеющих низкий доход, часто потребляющих алкоголь (см. табл. 4).

Выводы

1. Сравнительная социально-гигиеническая характеристика городских и сельских женщин показала, что среди городских несколько больше разведенных и значительно меньше вдовых. Высшее образование имели 45,9% городских и 13,4% сельских женщин. Третья часть сельских женщин имели среднее общее образование, среди городских женщин таких меньше в 2 раза. Среди городских женщин 80,2%, а среди сельских женщин 46,2% имели постоянную работу; 71,3 и 25,8% соответственно имели низкий доход. Проживали в плохих жилищных условиях 65,4 и 50,1% соответственно.

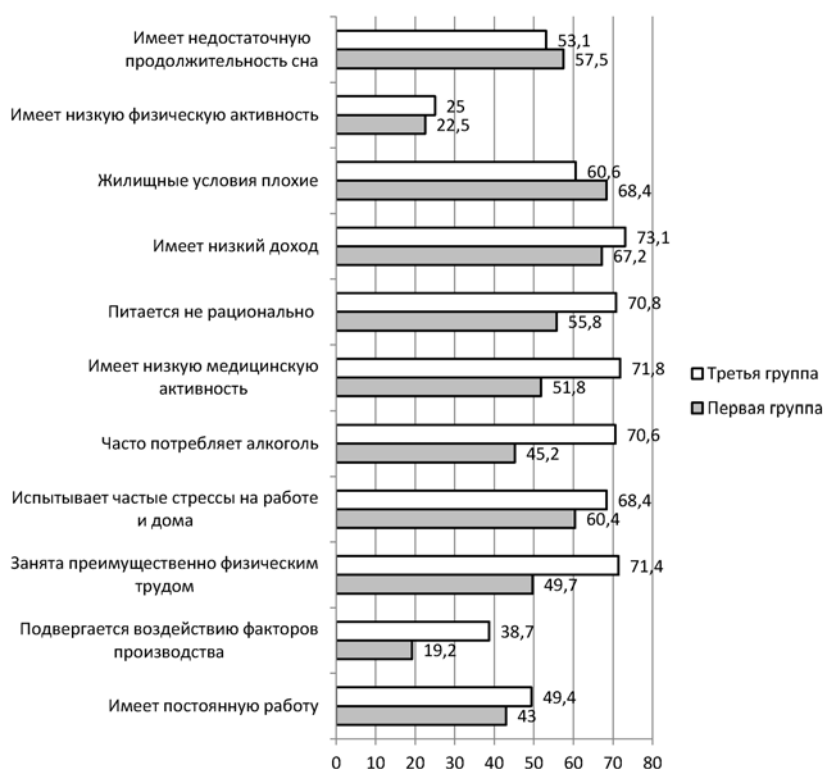


Рис. 3. Социально-гигиеническая характеристика сельских женщин первой и третьей оценочных групп здоровья (в %).

2. По распространенности среди женщин хронических заболеваний, частоте обращаемости в течение года за медицинской помощью по поводу заболевания и результатам самооценки здоровья среди городских женщин в первую оценочную группу вошли 18,4%, среди сельских — 14,6%; во вторую оценочную группу — 53,6 и 49,9% соответственно, в третью оценочную группу — 30,2 и 36% соответственно.

3. Были ранжированы факторы риска влияния на состояние здоровья женщин, отнесенных в третью оценочную группу здоровья. Среди городских женщин по степени влияния на здоровье первые пять мест заняли нерациональное питание, низкая физическая активность, низкая медицинская активность, вредные производственные факторы, частые стрессы на работе и в быту, среди сельских женщин — низкий доход, низкая медицинская активность, преимущественно физический труд, нерациональное питание, частое потребление алкоголя.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Айдинов Г. Т., Марченко Б. И., Синельникова Ю. А. Многомерный анализ структуры долевого вклада потенциальных факторов риска при злокачественных новообразованиях трахеи, бронхов, легкого. *Анализ риска здоровью*. 2017;(1):47—55.
2. Иванова А. Е., Михайлов А. Ю. Оценка демографической политики по снижению смертности на региональном уровне. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;57(5). Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/> (дата обращения 05.03.2019). doi: 10.21045/2071-5021-2017-57-5-1
3. Полунина В. С., Полунина Н. В., Буслаева Г. Н., Турбина Ю. О. Социально-гигиенические аспекты профилактики абортов. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2018;26(3):148—50. doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-148-150
4. Шишкова В. Н., Ременник А. Ю. Нарушения в системе гемостаза у пациенток с метаболическим синдромом. *Проблемы женского здоровья*. 2012;7(2):17—22.
5. Перова Е. Ю., Гуменюк Е. Г. Снижение ранних репродуктивных потерь как резерв улучшения демографической ситуации Кольского заполярья (на примере г. Мончегорска). *Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина*. 2010;(4):401—5.
6. Цыганкова О. В., Платонов Д. Ю., Николаев К. Ю., Бондарева З. Г., Рагино Ю. И., Латынцева Л. Д. Распространенность субдепрессии у пациентов с хронической ишемической болезнью сердца и ее связь с демографическими и социально-экономическими факторами. *Проблемы женского здоровья*. 2014;9(2):18—26.
7. Толпыгина С. Н., Марцевич С. Ю. Ацетилсалициловая кислота в профилактике сердечно-сосудистых осложнений у женщин. *Проблемы женского здоровья*. 2012;7(1):65—73.
8. Калмыкова М. А., Эльгаров А. А., Апшева Е. А., Эльгаров М. А. Распространенность ишемической болезни сердца и факторов риска развития атеросклероза среди женщин различных профессиональных групп. *Проблемы женского здоровья*. 2015;10(4):16—22.
9. Шелыгин К. В. Алкогольная и неалкогольная составляющие смертности в России, 1980—2015 гг. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2017;55(3). Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/839/30/> (дата обращения 05.03.2019). doi: 10.21045/2071-5021-2017-55-3-9
10. Николаюк Е. А. Самооценка здоровья и самосохранительное поведение сельских жителей и дачников Костромской области. *Социальные аспекты здоровья населения*. 2015;43(3): 18—22. Доступно по ссылке: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/30/lang.ru> (дата обращения 05.03.2019).
11. Зиганшин А. М., Кулавский В. А., Ящук А. Г., Масленников А. В., Кулавский Е. В. Характеристика факторов риска и клинических проявлений пролапса гениталий у нерожавших женщин. *Акушерство и гинекология: новости, мнения, обучение*. 2018;(2):58—63.

Поступила 27.03.2019

Принята в печать 03.04.2019.

REFERENCE

1. Aydinov G. T., Marchenko B. I., Sinelnikova Yu. A. Multivariate analysis of structure and contribution per shares made by potential risk factors at malignant neoplasms in trachea, bronchial tubes and lung. *Analiz riska zdorov'yu*. 2017;(1):47—55 (in Russian).
2. Ivanova A. E., Mikhailov A. Yu. Assessment of population policy aimed at reducing mortality at the regional level in Russia. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2017;57(5). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/914/30/> (accessed 5 March 2019) (in Russian). doi: 10.21045/2071-5021-2017-57-5-1
3. Polunin V. S., Polunina N. V., Buslaeva G. N., Turbina Yu. O. The social hygienic aspects of prevention of abortions. *Problemy sotsialnoi gigieny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2018;26(3):148—50 (in Russian). doi: 10.18821/0869-866X-2018-26-3-148-150
4. Shishkova V. N., Remennik A. Yu. Disorders of hemostasis system in patients with metabolic syndrome. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2012;7(2):17—22 (in Russian).
5. Perova E. Y., Gumenjuk E. G. Reducing of early reproductive losses as a reserve of improvement of demographic situation in Cola Polar region (on Monchegorsk for example). *Vestnik Rossiiskogo universiteta druzhby narodov. Seriya: meditsina*. 2010;(4):401—5 (in Russian).
6. Tsygankova O. V., Platonov D. Y., Nikolaev K. Yu., Bondareva Z. G., Ragino Yu. I., Latyntseva L. D. Prevalence of subdepression in patients with chronic coronary heart disease and its association with demographic and socio-economic factors. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2014;9(2):18—26 (in Russian).
7. Tolpegina S. N., Martsevich S. Yu. Acetylsalicylic acid in the prevention of cardiovascular complications in women. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2012;7(1):65—73 (in Russian).
8. Kalmykova M. A., Elgarov A. A., Apsheva E. A., Elgarov M. A. Ischemic heart disease and atherosclerosis risk factors in women of different professions. *Problemy zhenskogo zdorov'ya*. 2015;10(4):16—22 (in Russian).
9. Shelygin K. V. Alcohol and non-alcohol components of mortality in Russia, 1980—2015. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2017;55(3). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/839/30/> (accessed 5 March 2019) (in Russian). doi: 10.21045/2071-5021-2017-55-3-9
10. Nikolayuk E. A. Self-assessment of health and self-protective behavior of rural dwellers and summer residents in Kostroma region. *Sotsial'nye aspekty zdorov'ya naseleniya*. 2015;43(3). Available from: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/681/30/lang.ru> (accessed 5 March 2019) (in Russian).
11. Ziganshin A. M., Kulavsky V. A., Yashchuk A. G., Maslennikov A. V., Kulavsky E. V. Characteristics of risk factors and clinical manifestations of the genital prolapse in nulliparous women. *Akusherstvo i ginekologiya: novosti, mneniya, obuchenie*. 2018;(2):58—63 (in Russian).