

© Леонтьев С.Л., Цветков А.И., Михайлова Д.О., Кузьмин К.В., Казанцев В.С..

УДК.364.122.8

## ГЕНДЕРНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ САМОЛЕЧЕНИЯ СРЕДИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ СИСТЕМЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ (ПО МАТЕРИАЛАМ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ)

Леонтьев С.Л.<sup>1</sup>, Цветков А.И.<sup>2</sup>, Михайлова Д.О.<sup>1</sup>, Кузьмин К.В.<sup>1</sup>, Казанцев В.С.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> ГАУ ДПО «Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина»

<sup>2</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Резюме.** Анализ распространенности самолечения среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения невозможен без изучения мнений пациентов. Цель исследования – изучить гендерные аспекты распространенности самолечения посредством самоназначения лекарственных препаратов среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения в Свердловской области. Методы. Опрошено 411 человек, в том числе 261 женщина и 150 мужчин. Выборка – целевая стихийного наполнения; анкета заполнялась в бумажном виде во время амбулаторного приема. Результаты и обсуждение. Женщины чаще мужчин обращаются за квалифицированной помощью к врачам-специалистам. Самолечение распространено среди мужчин в возрасте от 30 до 69 лет и женщин старше 70 лет; среди лиц с неполным средним образованием в целом, а также среди мужчин с высшим и средним специальным образованием. Самолечение в наибольшей степени представлено в группах овдовевших женщин и мужчин, а также в группе разведенных мужчин. Наибольшую приверженность лечению проявили лица, никогда не состоявшие в браке. Приверженность лечению выражают как работающие респонденты, так и лица, находящиеся на пенсии; самолечение распространено среди временно неработающих граждан. Максимальные показатели приверженности лечению достигнуты в Екатеринбурге, малых и крупных городах. В сельской местности самолечение практикуют 54,6% женщин и 46,4% мужчин. Гендерный анализ позволяет выявить группы пациентов с заболеваниями системы кровообращения,

склонные к самолечению, приводящему к ухудшению здоровья и прогрессированию заболевания.

**Ключевые слова:** гендерный анализ, болезни системы кровообращения, самолечение, анкетирование пациентов.

**GENDER ANALYSIS OF THE PREVALENCE OF SELF-TREATMENT AMONG  
PATIENTS WITH DISEASES OF THE CIRCULATION SYSTEM (BASED ON A  
SOCIOLOGICAL SURVEY IN THE SVERDLOVSK OBLAST)**

**Leontiev S.L.<sup>1</sup>, Cvetkov A.I.<sup>2</sup>, Mikhailova D.O.<sup>1</sup>, Kuzmin K.V.<sup>1</sup>, Kazantsev V.S.<sup>1</sup>**

*<sup>1</sup> Ural Institute of Public Health Management named after A.B. Blokhin*

*<sup>2</sup> Federal State Budget Educational Institution of Higher Education " Ural State Medical  
University" of the Ministry of Health of the Russian Federation*

**Summary.** Analysis of the prevalence of self-treatment among patients with diseases of the circulatory system is impossible without studying the opinions of patients. The objective of the study was to study gender aspects of the prevalence of self-treatment through self-prescription of drugs among patients with diseases of the circulatory system in the Sverdlovsk Oblast. Methods. 411 people were interviewed, including 261 women and 150 men. Sample - target spontaneous filling; the questionnaire was filled out in paper form during an outpatient appointment. Results and discussion. Women are more likely than men to seek qualified help from medical specialists. Self-medication is common among men aged 30 to 69 and women over 70; among people with incomplete secondary education in general, as well as among men with higher and secondary specialized education. Self-medication is most represented in the groups of widowed women and men, as well as in the group of divorced men. The highest adherence to treatment was shown by persons who have never been married. Adherence to treatment is expressed by both working respondents and retired persons; self-treatment is common among temporarily unemployed citizens. The maximum rates of adherence to treatment were achieved in Yekaterinburg, small and large cities. In rural areas, self-medication is practiced by 54.6% of women and 46.4% of men. Gender analysis allows to identify groups of patients with diseases of the circulatory system, prone to self-medication, leading to poor health and progression of the disease.

**Keywords:** gender analysis, diseases of the circulatory system, self-treatment, patient survey.

## **Введение**

Самолечение в России, как в целом в мире, достигло в последние десятилетия колоссальных масштабов. По данным портала «Здоровье Mail.ru»\* (2019), около 60% россиян предпочитают не посещать врачей, когда заболевают, и сами подбирают себе лекарства. В поликлиники в случае плохого самочувствия обращаются лишь чуть более четверти опрошенных (28%), а три четверти респондентов (74%) посещают врачей только при очевидно опасных для своего здоровья симптомах либо в тяжелом состоянии. Что касается непосредственного применения практики лечения, назначенного врачом, каждый десятый опрошенный дополняет ее «народными» средствами.

Под самолечением традиционно понимается выбор и использование лекарственных препаратов, как правило, безрецептурных, для лечения самостоятельно диагностируемых состояний или симптомов [1, 2]. В литературе представлены как преимущества, так и риски самолечения. Первые включают в себя более широкий доступ к лекарствам, активную роль пациента в сохранении здоровья, сокращение государственных расходов, связанных с лечением незначительных нарушений здоровья. Вторые – неправильную самодиагностику, позднюю обращаемость за медицинской помощью, тяжелые побочные реакции и опасные лекарственные взаимодействия, неправильную дозировку и выбор терапии, риск возникновения зависимостей и др. [1, 3, 4].

В последние годы изучение феномена самолечения получило развитие в контексте концепции медиализации, вызвавшей бурную дискуссию как в социальной, так и в медицинской науке, в рамках которой особое внимание уделяется расширению юрисдикции медицины в связи с социально-экономическими и культурными факторами и ее власти над человеческими телами за счет сведения социальных явлений к отдельным биологическим патологиям [5, 6].

При этом возникло разграничение двух понятий – «самолечение» (или «ответственное самолечение»), понимаемое как необходимый элемент самопомощи, связанный с приемом отпускаемых без рецепта лекарств с целью нейтрализации

---

\* Опрос: более половины россиян занимаются самолечением, <https://tass.ru/obschestvo/6790842>.

болевых симптомов (боль в горле, кашель, головная боль, зубная боль, гриппоподобные симптомы, насморк и т.п.) [7, 8], и «самоназначение», предполагающее прием пациентом сильнодействующих лекарственных препаратов вопреки назначениям врача (например, антибиотиков) и/или по собственному выбору [9, 10]. Аналогичное противопоставление понятий получило развитие в отечественной литературе [11, 12, 13]. При этом распространенность самолечения рассматривается очень широко: в контексте общего влияния на состояние здоровья [14, 15]; на примере отдельных регионов [16, 17]; в связи с принадлежностью к различным половозрастным и социально-демографическим группам [18-20].

### **Цель работы**

Изучить гендерные аспекты распространенности самолечения посредством самоназначения лекарственных препаратов среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения в Свердловской области.

### **Материалы и методы**

В марте-мае 2020 г. ГАУ ДПО «Уральский институт управления здравоохранением имени А.Б. Блохина» провел в Свердловской области анкетирование пациентов, обратившихся за медицинской помощью к участковым врачам-терапевтам по поводу заболеваний системы кровообращения. Всего было опрошено 411 человек ( $n_1=411$ ), в том числе 261 женщина ( $n_2=261$ ) и 150 мужчин ( $n_3=150$ ). Выборка – целевая стихийного наполнения; анкета заполнялась в бумажном виде во время амбулаторного приема.

Респондентам при ответе на вопрос о самостоятельном приеме лекарственных препаратов было предложено выбрать из трех вариантов ответа: вариант «никогда» подразумевал: «при болезни всегда обращаюсь за медицинской помощью к врачу-специалисту, четко следую его указаниям и назначениям курсов лекарственных препаратов»; вариант «иногда» подразумевал: «как правило, при заболевании обращаюсь к врачу, следую его указаниям, но в некоторых случаях советуюсь и/или следую рекомендациям аптечных работников, знакомых, родственников и др.»; вариант «часто» подразумевал: «лечусь самостоятельно, покупаю лекарственные препараты по рекомендации фармацевтов и/или друзей-родственников, ищу советы по лечению заболеваний в интернете».

Гендер мы рассматриваем как результат воздействия на индивида различных стратифицирующих признаков, к которым, в частности, относятся пол, возраст,

уровень образования, социальный статус, семейное положение и место жительства. В зависимости от особенностей воздействия и взаимодействия указанных признаков формируется множество гендеров, отражающих в себе специфику социальных моделей поведения по отношению к тем либо иным феноменам и процессам общественной и частной жизни индивида, в нашем случае – по отношению к применению/неприменению самолечения пациентами с заболеваниями системы кровообращения.

Перед проведением исследования был сформулирован ряд гипотез, отражающих традиционное противопоставление мужчин и женщин как разных социальных существ, наделенных рациональным и эмоциональным типами сознания, приводящим к господству в обществе соответствующих гендерных стереотипов. А именно:

Гипотеза № 1. Присущая мужчинам рациональность мышления предполагает преобладающее отрицание ими самолечения, в отличие от женщин, которые в силу господства внутреннего мира эмоций более внушаемы и легковерны, в частности, по отношению к самолечению.

Гипотеза № 2. Рассудительность мужчин повышается с возрастом в связи с развитием практико-ориентированного мировосприятия, основанного на сознательной и осмысленной заботе о своем здоровье; напротив, женщины в зрелом возрасте чаще поддаются воздействию нерациональных способов лечения заболеваний.

Гипотеза № 3. Образовательный уровень мужчин и женщин оказывает прямое воздействие на отношение к самолечению и обращаемость к врачу в случае заболевания: чем выше образовательный уровень пациента, тем сознательнее он следует указаниям и назначениям врача-специалиста; напротив, низкий образовательный уровень провоцирует увеличение частоты обращаемости к самолечению.

Гипотеза № 4. На распространенность самолечения влияет семейный статус мужчин и женщин, накладывающий на них дополнительные обязательства, связанные с косвенным распространением понятия «заботы о собственном здоровье» на своих близких (супругов, детей). В результате люди, состоящие в браке, склонны, как правило, четко придерживаться предписанного врачом-специалистом курса лечения; при этом в большей степени этому правилу следуют женщины в силу господствующих стереотипов о наличии биологической и эмоциональной связи между субъектом и объектом заботы – матерью и ребенком.

Гипотеза № 5. Работающие респонденты (и мужчины, и женщины) рассматривают свое личное благополучие, в том числе состояние своего здоровья, через призму максимальной сохранности своих трудовых функций, в связи с чем в большей степени привержены отрицанию самолечения, обращаясь при заболевании к врачам.

Гипотеза № 6. На характер предпринимаемых действий по отношению к собственному здоровью непосредственное воздействие оказывает место жительства респондентов: чаще практикуют самолечение проживающие в сельской местности в силу слабой доступности и/или удаленности медицинских учреждений и/или недостаточности специализированной медицинской помощи, в том числе из-за дефицита «узких» врачей-специалистов.

### **Результаты и обсуждение**

Самолечение, пол и возраст респондентов.

По возрасту респонденты распределились следующим образом: 3,9% опрошенных – в возрасте от 18 до 29 лет (всего – 16 чел., в том числе 8 женщин и 8 мужчин); от 30 до 49 лет – 18,2% (75 чел., 58 женщин и 17 мужчин), от 50 до 69 лет – 55,0% (226 чел., 129 женщин и 97 мужчин); в возрасте 70 лет и старше – 22,9% (94 чел., 66 женщин и 28 мужчин). Преобладание среди опрошенных лиц 50 лет и старше (77,9%) обусловлено возрастной спецификой заболеваний системы кровообращения: в основном, проблемы, связанные с лечением кардиологических заболеваний, возникают у людей старшего трудоспособного, предпенсионного и пенсионного возрастов, что и обуславливает более частую обращаемость за медицинской помощью.

Вначале следует обратиться к общим данным, полученным в результате опроса респондентов (рис. 1).

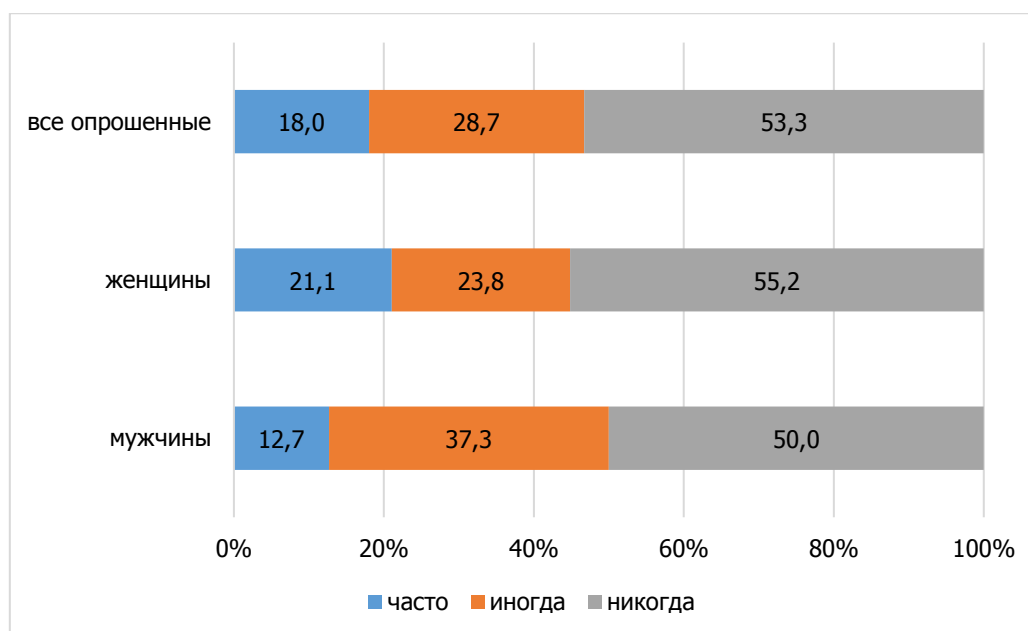


Рис. 1. Применяют/не применяют самолечение (в % к общему числу опрошенных, женщин и мужчин,  $n_1=411$ ,  $n_2=261$ ,  $n_3=150$ )

Никогда не применяют самолечение свыше половины опрошенных (53,3%), однако женщины чаще, чем мужчины, при заболевании обращаются к врачу-специалисту – на 5,2 п. п. (здесь и далее – процентных пункта). Тем не менее, результаты ярко свидетельствуют о масштабах распространенности самолечения: практически каждый второй пациент либо лечится, не обращаясь за квалифицированной медицинской помощью и принимая лекарственные препараты без назначения врача, либо нарушает указания врача, например, сочетая прием лекарственных препаратов с назначениями по собственному выбору и/или по советам посторонних лиц (фармацевтов, друзей, знакомых, родственников и пр.). Так, как правило, лечатся самостоятельно (выбрали вариант ответа «часто») 18% опрошенных, однако частотность этого выбора у женщин почти в 1,7 раза выше, чем у мужчин (21,1% против 12,7%). Наконец, время от времени практикуют самолечение (дали ответ «иногда») 28,7% респондентов, при этом частотность данного выбора у мужчин выше, чем женщин, в 1,6 раза (37,3% против 23,8%).

Обратимся к анализу распространенности самолечения в зависимости от возраста респондентов (рис. 2).

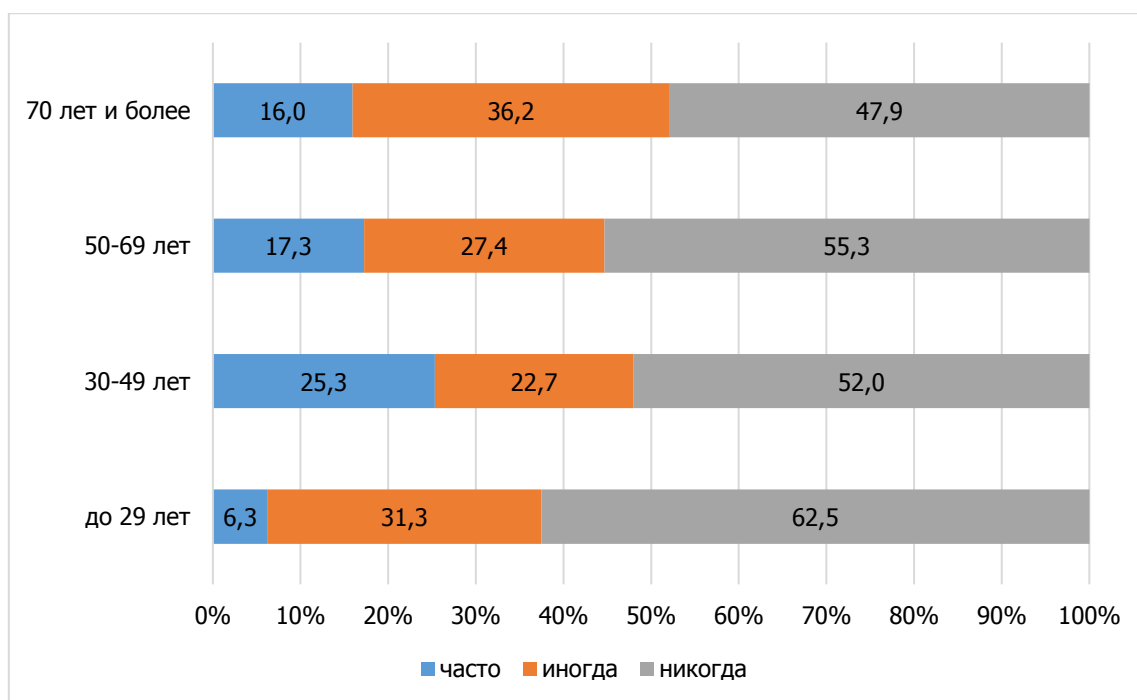


Рис. 2. Распространенность самолечения в зависимости от возраста респондентов  
(в % к общему числу опрошенных,  $n_1=411$ )

В максимальной степени привержены обращаемости за квалифицированной врачебной помощью лица в возрасте до 29 лет (62,5%); здесь лечатся самостоятельно только 6,3%. Свыше половины респондентов в возрасте 30-49 лет (52,0%) и 50-69 лет (55,3%) также при заболевании всегда обращаются к врачу, но при этом среди 30-49-летних каждый 4-й (25,3%) лечится самостоятельно (вариант ответа «часто»), а среди 50-69-летних – каждый 6-й (17,3%). Наконец, в старшей возрастной группе (70 лет и более) свыше трети (36,2%) время от времени лечатся без консультаций врача («иногда»), а каждый 6-й (16,0%) активно практикует самолечение («часто»).

Обратимся к характеристике распространенности самолечения применительно к возрастным группам женщин и мужчин по отдельности (рис. 3).



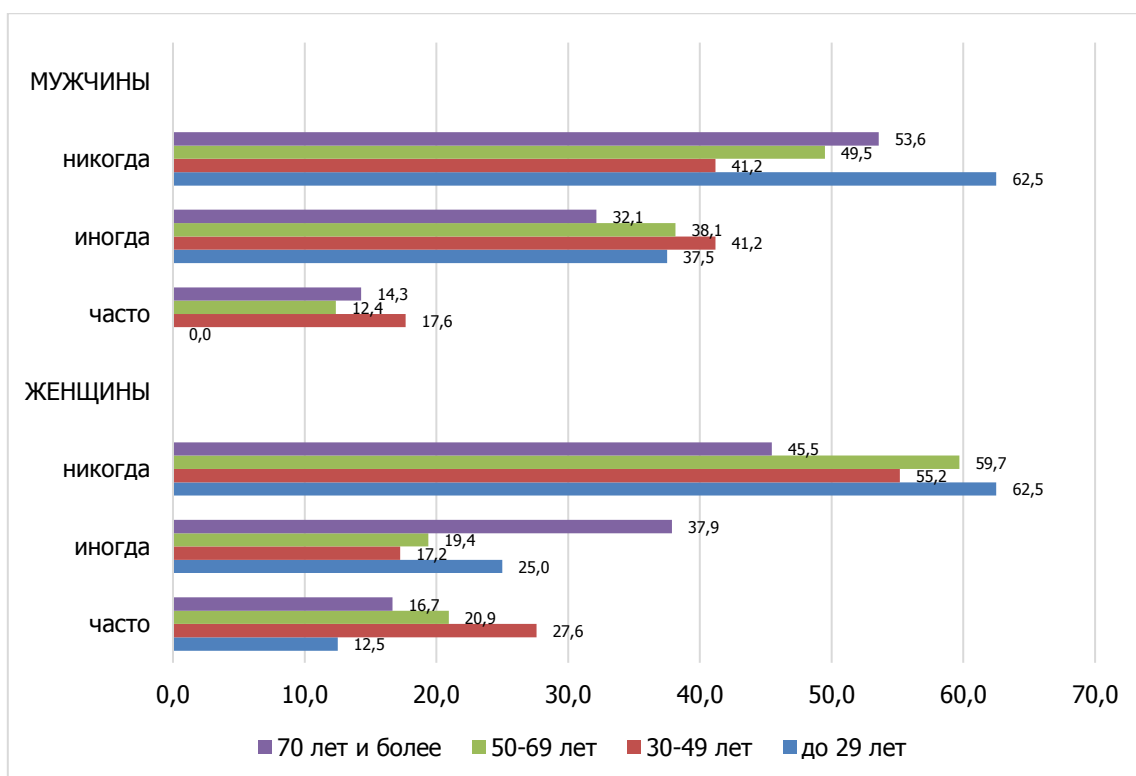


Рис. 3. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от возраста (в % к общему числу по указанным группам респондентов,  $n_2=261$  и  $n_3=150$ )

Анализ данных, представленных на рис. 3, позволяет сделать ряд наблюдений:

1. Подавляющее большинство и женщин, и мужчин (по 62,5%) в возрасте до 29 лет никогда не практикуют самолечение; иногда прибегают к самолечению 37,5% мужчин и 25% женщин; 12,5% женщин лечатся самостоятельно (выбран вариант ответа «часто»). При этом следует иметь ввиду, что данная группа является самой малочисленной (всего 16 чел.), что обусловлено возрастной спецификой распространенности заболеваний системы кровообращения, и полученные данные не могут считаться в полной мере релевантными.
2. В возрастной группе от 30 до 49 лет 55,2% женщин отрицают самолечение и всегда следуют указаниям врачей в то время, как подобных правил придерживаются только 41,2% опрошенных мужчин. Иногда применяют самолечение мужчины (в 2,4 раза чаще, чем женщины, – 41,2% против 17,2%), но при этом четверть опрошенных женщин указанного возраста (27,6%) всегда лечится самостоятельно (вариант ответа «часто»).
3. В возрастной группе от 50 до 69 лет отрицают самолечение 59,7% женщин и 49,5% мужчин. Одновременно пятая часть опрошенных женщин выступает в роли

«самоврачевателя» иногда (19,4%) и столько же – часто (20,9%). В отношении мужчин данной возрастной группы лечатся самостоятельно иногда 38,1% (почти вдвое чаще женщин), часто – только 12,4% (напротив, в 1,7 раза реже).

4. В самой старшей возрастной группе (70 лет и больше) не прибегают к практикам самолечения 45,5% женщин (минимальный показатель по всем возрастным группам) и 53,6% мужчин. При этом именно у женщин более высоких значений достигают уровни распространенности самолечения: 37,9% опрошенных практикуют самолечение «иногда» (против 32,1% мужчин) и 16,7% – «часто» (против 14,3% мужчин).

Самолечение и образовательный уровень респондентов.

По образовательному уровню респонденты распределились следующим образом: неполное среднее образование имеют 39 чел. (9,5% опрошенных, в том числе 21 женщина и 18 мужчин); полное среднее образование – 73 чел. (17,7%, 31 женщина и 42 мужчины); среднее специальное образование – 196 чел. (47,7%, 138 женщин и 58 мужчин); высшее образование – 103 чел. (25,1%, 71 женщина и 32 мужчины).

Распространенность самолечения в зависимости от образовательного уровня респондентов представлена на рис. 4.

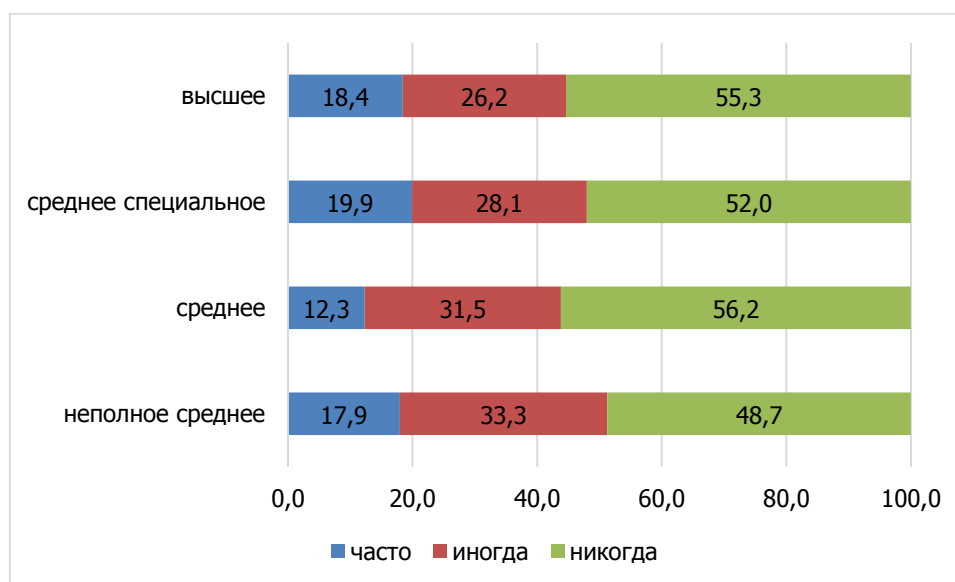


Рис. 4. Распространенность самолечения в зависимости от образовательного уровня респондентов (в % к общему числу опрошенных,  $n_1=411$ )

Максимальные значения обращаемости к врачу в случае заболевания наблюдается у образовательных групп со средним (56,2%) и высшим (55,3%) образованием; несколько ниже – у группы со средним специальным образованием (52,0%); самый

низкий показатель зафиксирован у лиц с неполным средним образованием (48,7%). Иногда практикуют самолечение треть респондентов с неполным средним образованием (33,3%) и почти каждый третий опрошенный со средним образованием (31,5%). Наименьшие значения по данному варианту ответа представлены в группах со средним специальным (28,1%) и высшим (26,2%) образованием. Наконец, часто прибегают к самолечению представители образовательной группы со средним специальным образованием (каждый 5-й – 19,9%); на примерно одинаковом уровне находятся лица с неполным средним (17,9%) и высшим (18,4%) образованием; самый низкий показатель – у лиц со средним образованием (12,3% – каждый 8-й).

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от образовательного уровня по отдельности (рис. 5).

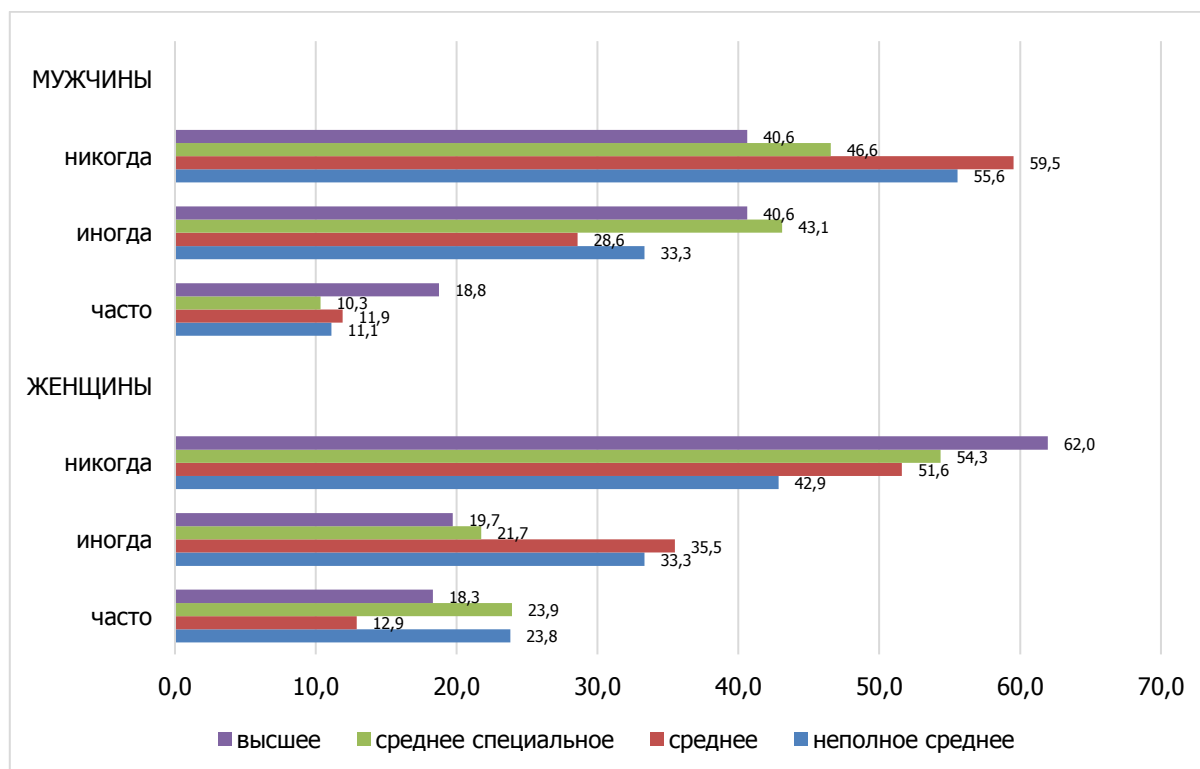


Рис. 5. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от образовательного уровня (в % к общему числу по указанным группам респондентов,  $n_2=261$  и  $n_3=150$ )

Анализ данных, представленных на рис. 5, позволяет сделать ряд наблюдений:

1. Максимальные значения по варианту ответа «никогда» (свыше половины ответивших по указанным образовательным группам) достигнуты у женщин с высшим (62,5%) и средним (51,6%) образованием, у мужчин со средним (59,5%) и неполным средним (55,6%) образованием. Минимальные значения зафиксированы по группам

женщин с неполным средним образованием (42,9%) и мужчин с высшим (40,6%) и средним специальным (46,6%) образованием.

2. Иногда прибегают к самолечению треть женщин со средним (35,5%) и неполным средним (33,3%) образованием и две пятых мужчин со средним специальным (43,1%) и высшим (40,6) образованием. Наименьшие значения обнаружены у женщин со средним специальным (21,7%) и высшим (19,7%) образованием и у мужчин со средним образованием (28,6%).

3. Максимальные показатели распространенности самолечения (вариант ответа «часто») представлены у женщин с неполным средним (23,8%) и средним специальным (23,9%) образованием. У мужчин чаще всего прибегают к самолечению лица с высшим образованием (18,8%). В меньшей степени самолечению подвержены мужчины с неполным средним (11,1%), средним (11,9%) и средним специальным (10,3%) образованием, а также женщины со средним образованием (12,9%).

#### *Самолечение и семейное положение респондентов.*

По семейному положению респонденты распределились следующим образом (рис. 6): состоящие в браке (в том числе незарегистрированном) – 269 чел. (65,5% опрошенных, в том числе 148 женщин и 121 мужчина); овдовевшие в связи с кончиной супруга/супруги – 76 чел. (18,5%, 65 женщин и 11 мужчин); разведенные – 38 чел. (9,2%, 32 женщины и 6 мужчин); никогда не состоявшие в браке – 28 чел. (6,8%, 16 женщин и 12 мужчин).

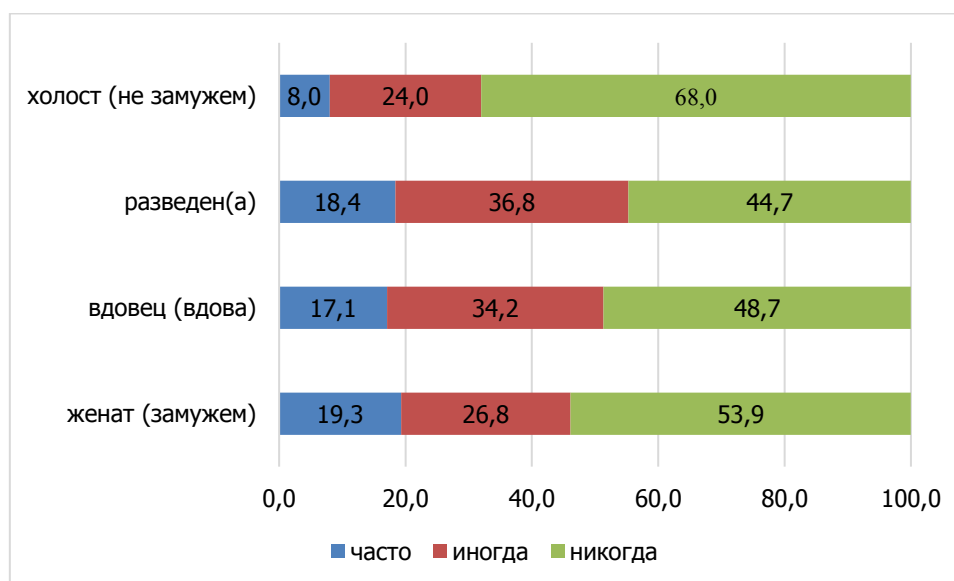


Рис. 6. Распространенность самолечения в зависимости от семейного положения респондентов (в % к общему числу опрошенных,  $n_1=411$ )

Наибольшую приверженность обращаемости к врачу в случае заболевания проявили респонденты, никогда не состоявшие в браке – таковых оказалось свыше двух третей опрошенных (68,0%). Минимальных значений в указанной группе достигают показатели распространенности самолечения: иногда к нему прибегают 24,0%, часто – только 8,0%. Отвергают самолечение свыше половины состоящих в браке (53,9%), хотя почти пятая часть (19,3%) часто обращается к самолечению, а четверть (26,8%) – иногда. На третьем месте находится группа овдовевших мужчин и женщин: только 48,7% в случае болезни всегда обращаются к врачу, но при этом свыше трети опрошенных (34,2%) иногда лечатся самостоятельно, а 17,1% (каждый 6-й) практикует самолечение часто. Наконец, в наименьшей степени приверженность лечению у врача-специалиста выражена в группе разведенных мужчин и женщин: лишь 44,7% опрошенных никогда не обращаются к самолечению, иногда лечатся самостоятельно 36,8%, а часто – 18,4%.

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от их семейного положения по отдельности (рис. 7).

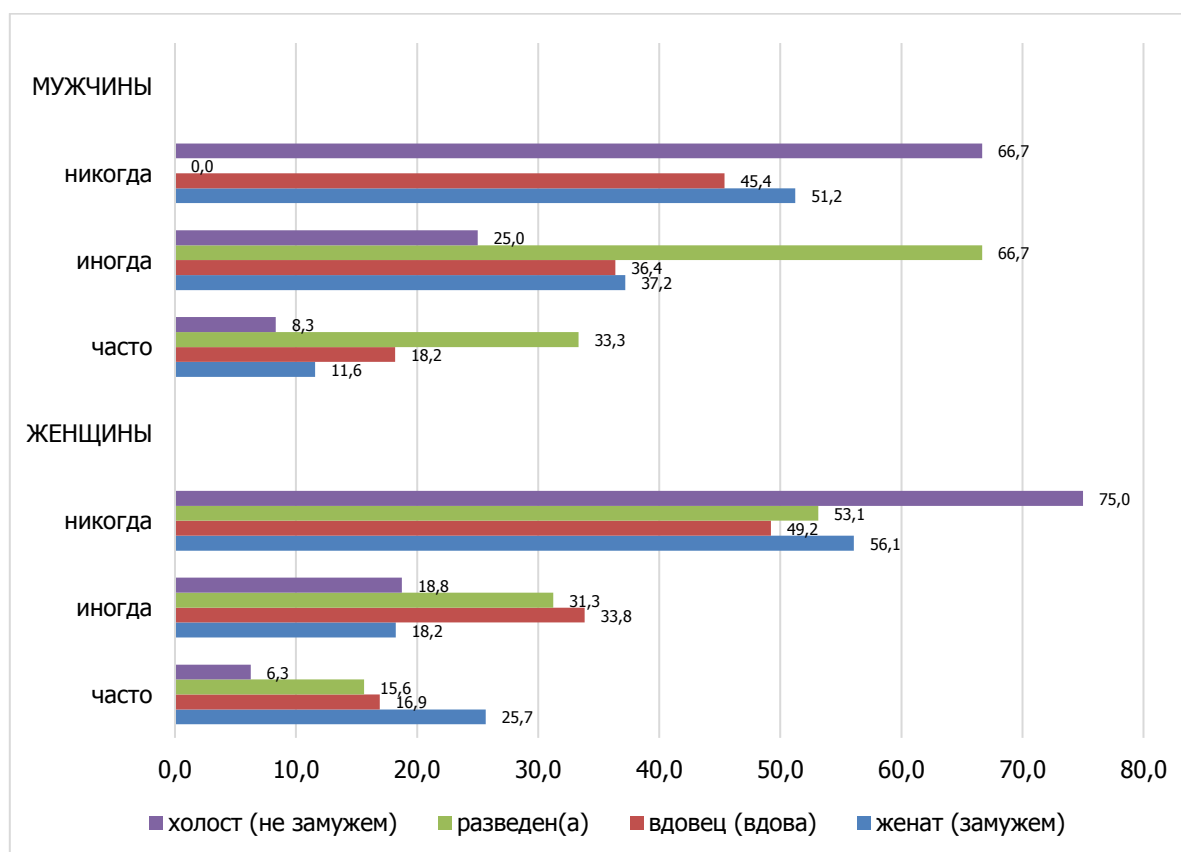


Рис. 7. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от семейного положения (в % к общему числу по указанным группам респондентов,  $n_2=261$  и  $n_3=150$ )

Анализируя данные рис. 7, можно сделать ряд наблюдений:

1. Три четверти незамужних женщин (75%) и две трети неженатых мужчин (66,7%) никогда не практикуют самолечение. Минимальных значений достигает распространенность самолечения: «иногда» лечатся самостоятельно 18,8% опрошенных женщин (чуть менее одной пятой) и 25% мужчин (четвертая часть опрошенных); часто – только 6,3% и 8,3% соответственно.

2. Свыше половины опрошенных женщин (56,1%) и мужчин (51,2%), состоящих в браке, в случае заболевания всегда обращаются к врачу и строго следуют назначениям лекарственных препаратов. Иногда обращаются к самолечению 37,2% женатых мужчин и 18,2% замужних женщин, однако каждая 4-я женщина (25,7%) и каждый 8-9-й мужчина (8,3%) практикуют самолечение часто.

3. Менее половины респондентов, никогда не практикующих самолечение, представлено в группах овдовевших женщин и мужчин (49,2% и 45,4%). Мужчины обращаются к самолечению чаще, чем женщины: иногда – 36,4% против 33,8% (выше на 2,6 п. п.); часто – 18,2% против 16,9% (выше на 1,3 п. п.).

4. Наиболее противоречивыми по приверженности лечению и распространенности самолечения являются данные по группам разведенных мужчин и женщин. Если свыше половины женщин (53,1%) никогда не обращаются к самолечению, то среди опрошенных мужчин таковых вообще не оказалось. Иногда лечатся самостоятельно две трети мужчин (66,7%), часто – одна треть (33,3%), в то время как женщины прибегают к самолечению значимо реже: иногда – 31,3% (в 2,1 раза реже, чем мужчины), часто – 15,6% (в 2 раза реже).

#### *Самолечение и социальный статус респондентов.*

По социальному статусу (рис. 8) респонденты распределились следующим образом: работающие (в том числе по найму и самозанятые) – 193 чел. (46,95%, 127 женщин и 66 мужчин); временно незанятые – 25 чел. (6,1%, 13 женщин и 12 мужчин); пенсионеры – 193 чел. (46,95%, 121 женщина и 72 мужчины).

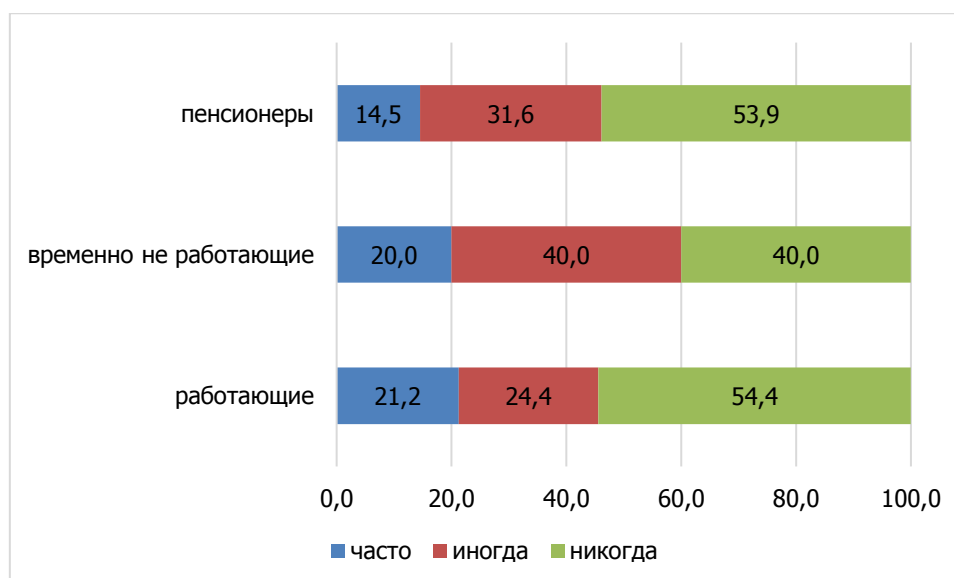


Рис. 8. Распространенность самолечения в зависимости от социального статуса респондентов (в % к общему числу опрошенных,  $n_1=411$ )

Свыше половины как работающих (54,4%), так и лиц, находящихся на пенсии (53,9%) всегда при болезни обращаются к врачу, избегая самолечения. Пенсионеры обращаются к самолечению «иногда» чаще, чем работающие граждане (31,6% против 21,4%), но при этом более пятой части работающих (21,2%), как правило, при заболевании практикуют самолечение (больше, чем пенсионеры, на 6,7 п. п.). Среди неработающих граждан никогда не обращаются к самолечению только 40%, столько же – лечатся самостоятельно иногда, а каждый пятый – часто.

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от их социального статуса по отдельности (рис. 9).

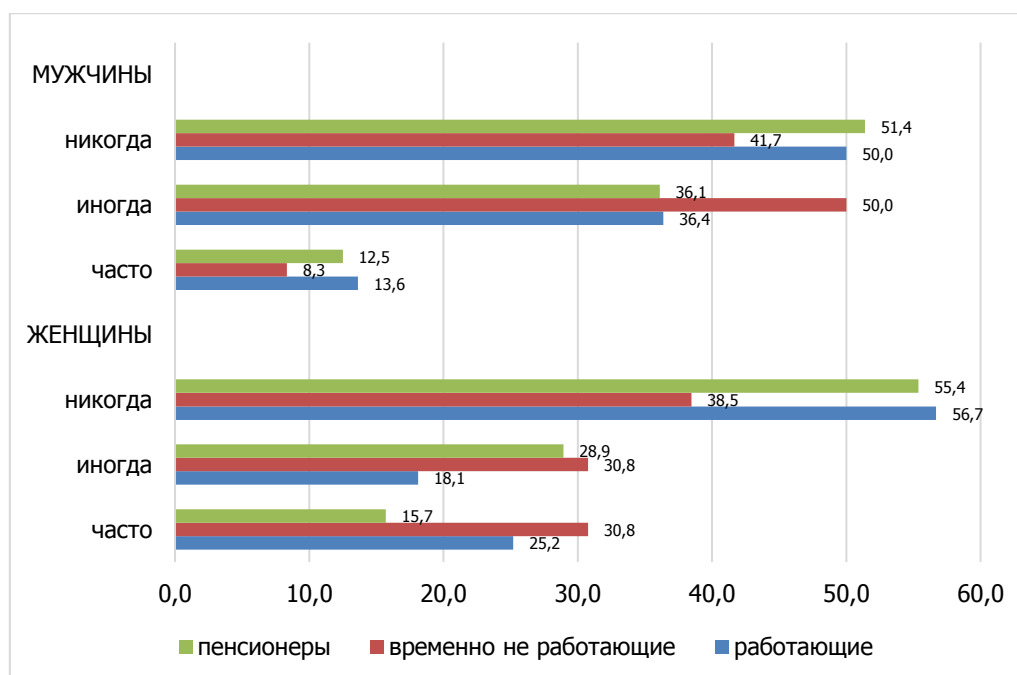


Рис. 9. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от социального статуса (в % к общему числу по указанным группам респондентов,  $n_2=261$  и  $n_3=150$ )

Анализируя данные рис. 9, можно сделать ряд наблюдений:

1. Чаще отрицают самолечение как работающие женщины (56,7%), так и женщины, вышедшие на пенсию (55,4%), что несколько выше, чем по аналогичным группам мужчин (на 6,7 и 4,0 и п. п. – соответственно). В группах временно не работающих респондентов частотность ответа «никогда» чуть выше у мужчин, нежели у женщин (на 3,2 п. п.; 41,7% против 38,5%).

2. Мужчины всех трех групп, выделенных по социальному статусу, чаще женщин практикуют самолечение «иногда»: при этом работающие мужчины вдвое чаще, чем женщины (36,4% против 18,1%); мужчины-пенсионеры – в 1,25 раза чаще (36,1% против 28,9%); временно не работающие мужчины – в 1,6 раза чаще (50% против 30,8%).

3. «Часто» лечатся самостоятельно 30,8% временно не работающих женщин, 25,2% работающих и 15,7% женщин пенсионного возраста; для сравнения, у мужчин по указанным группам показатели заметно ниже – 8,3%, 13,6% и 12,5% соответственно.

*Самолечение и место жительства респондентов.*

По месту жительства респонденты распределились следующим образом рис. 10): проживающие в Екатеринбурге – 16 чел. (3,9%, 8 женщин и 8 мужчин); проживающие



в крупных городах (с населением свыше 100 тыс. жителей) – 75 чел. (18,2%, 58 женщин и 17 мужчин); проживающие в малых городах – 226 чел. (55,0%, 129 женщин и 97 мужчин); проживающие в сельской местности – 94 чел. (22,9%, 66 женщин и 28 мужчин).

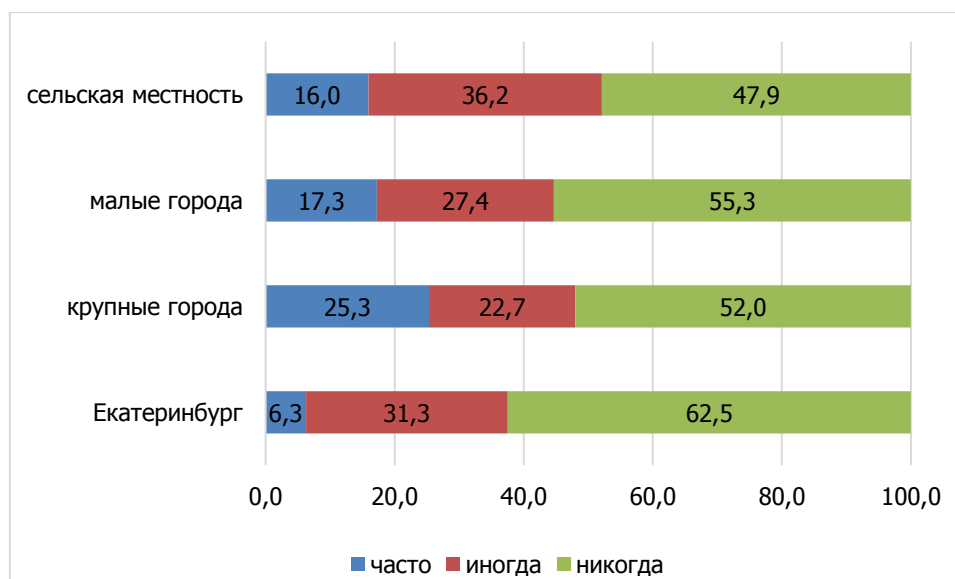


Рис. 10. Распространенность самолечения в зависимости от места жительства респондентов (в % к общему числу опрошенных,  $n_1=411$ )

Максимальные показатели приверженности лечению заболевания под контролем врача достигнуты в Екатеринбурге (62,5%); на втором месте находятся малые города области (55,3%); на третьем – крупные города (52,0%); замыкает список сельская местность, где менее половины опрошенных (47,9%) никогда не практикуют самолечение. Лечатся самостоятельно, как правило, в сельской местности: 36,2% респондентов выбрали ответ «иногда» и 16,0% – ответ «часто». Показательно, что почти треть опрошенных из Екатеринбурга (31,3%) также выбрали ответ «иногда», но здесь респондентов, давших ответ «часто» (6,3%), в 4 раза меньше по сравнению с жителями крупных городов (25,3%) и в 2,7 раза – малых городов (17,3%). В двух последних категориях населенных пунктов иногда прибегает к практикам самолечения каждый 4-й опрошенный (22,7% в крупных городах и 27,4% в малых городах).

Рассмотрим распространенность самолечения среди женщин и мужчин в зависимости от их места жительства по отдельности (рис. 11).

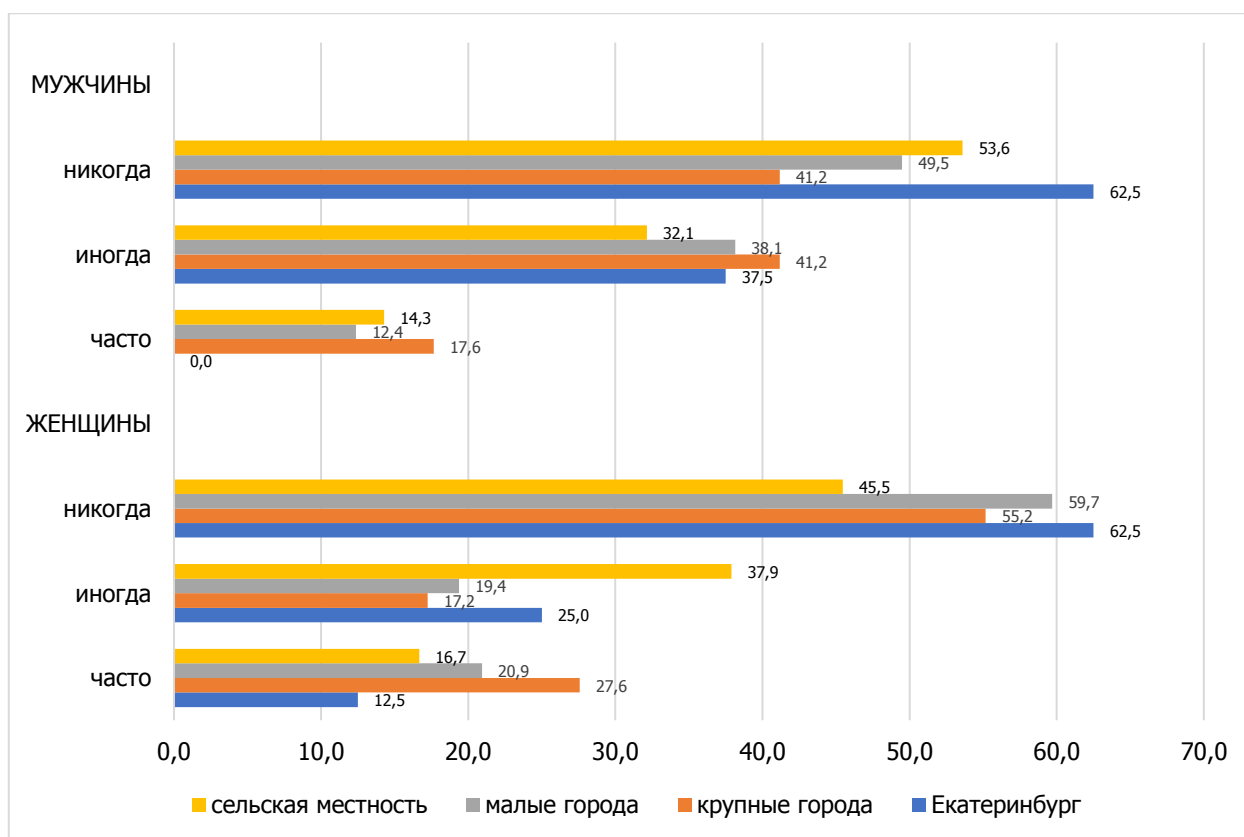


Рис. 11. Распространенность самолечения у женщин и мужчин в зависимости от места жительства (в % к общему числу по указанным группам респондентов,  $n_2=261$  и  $n_3=150$ )

Анализ данных рис. 11 позволяет сделать следующие наблюдения:

1. В наибольшей степени неприятие самолечения выражено у мужчин и женщин – жителей Екатеринбурга (по 62,5%); свыше половины респондентов, также отрицающих возможность самолечения без обращения к врачу, представлено в группах женщин, проживающих в малых (59,7%) и крупных (55,2%) городах Свердловской области, а также среди мужчин – жителей села (53,6%). Наименьшее распространение приверженности лечению под контролем врача представлено среди мужчин, проживающих в крупных (41,4%) и малых (49,5%) городах.

2. Иногда практикуют самолечение мужчины трех групп по месту жительства: жители Екатеринбурга – в 1,5 раза чаще женщин (37,5% против 25,0%); крупных городов – в 2,4 раза чаще (41,2% против 17,2%); малых городов – почти вдвое чаще (38,1% против 19,4%). Лишь в сельской местности женщины на 5,8 п. п. опережают мужчин – 37,9% против 32,1%.

3. Часто практикуют самолечение женщины: в Екатеринбурге – 12,5% против 0,0% мужчин; в крупных городах области – 27,6% против 17,6% (в 1,5 раза чаще); в малых

городах – 20,9% против 12,4% (в 1,7 раза); в сельской местности – 16,7% против 14,3% (в 1,15 раза).

Анализируя проблемы распространенности самолечения среди пациентов с заболеваниями системы кровообращения, следует обратить внимание как на экзогенные (внешние, объективные), так и на эндогенные (внутренние, субъективные) причины, о чем свидетельствуют данные проведенного опроса (рис. 12).



Рис. 12. Причины, влияющие на распространенность самолечения (в % к общему числу опрошенных,  $n_1=411$ )

К экзогенным можно отнести причины, отражающие состояние системы оказания медицинской помощи: 1) недоброжелательность медицинского персонала; 2) невнимательность врачей; 3) нет врача-специалиста; 4) далеко до поликлиники; 5) трудно попасть к врачу. К эндогенным можно отнести причины, зависящие от возможностей пациента: 1) недоверчивое отношение к врачам; 2) необходимость платить за обследование и лечение; 3) не хватает денег на лекарства; 4) собственная занятость; 5) боязнь потерять работу.

Хотя лидирующей причиной несвоевременной обращаемости пациентов к врачам, косвенно провоцирующей распространение самолечения, является «собственная занятость» (на нее указали 29,4% опрошенных), весомое значение имеют причины объективного плана: «трудно попасть к врачу» (19,2%), «нет врача-специалиста» (14,4%) и «далеко до поликлиники» (9,0%). Срединные места по значимости причин

для респондентов занимают причины материального плана: «не хватит денег на лекарства» (7,5%) и «необходимость платить за обследование и лечение» (6,5%).

Показательно, что бытующие в средствах массовой информации и в обыденном сознании причины, отражающие особенности коммуникаций медицинских работников (врачей, медсестер) и пациентов, набрали минимальное количество ответов, в том числе невнимательность врачей (4,7%), недоброжелательность медицинского персонала (2,8%) и недоверчивое отношение к врачам (2,0%), что свидетельствует о достаточно высоком уровне доверия к российской медицине, в частности, в области лечения заболеваний системы кровообращения. Интересно также то, что только 4,7% опрошенных в качестве значимой причины указали «боязнь потерять работу».

При сравнении ответов, данных мужчинами и женщинами, различия хоть и обнаруживаются, но по большей части минимальные. Например, женщины чаще, чем мужчины, жаловались на невнимательность врачей (в 3,7 раза), недоброжелательность медперсонала (в 1,3 раза), необходимость платить за обследование и лечение (в 1,2 раза), собственную занятость (на 2,6 п. п.). Для мужчин более весомыми, по сравнению с женщинами, оказались такие причины, как боязнь потерять работу (в 1,6 раза), «далеко до поликлиники» (в 1,5 раза), недоверие к врачам (в 1,3 раза), нехватка денег на лекарства (на 0,8 п. п.), «трудно попасть к врачу» (на 2,0 п. п.).

Комплексное изучение причин, провоцирующих обращаемость к самолечению, будет содействовать сокращению его распространенности и росту качества как диагностики, так и лечения заболеваний системы кровообращения.

## **Выводы**

1. Женщины чаще мужчин обращаются за квалифицированной помощью к врачам-специалистам (55,2% против 50,0%), в меньшей степени практикуя самолечение. Тем самым, гипотеза № 1 о большей распространенности отрицания самолечения у мужчин не нашла своего подтверждения.

2. Максимальные показатели приверженности лечению у врача зафиксированы в возрастных группах женщин и мужчин до 29 лет (по 62,5%), женщин в возрастных группах от 30 до 49 лет (55,2%) и от 50 до 69 лет (59,7%), мужчин старше 70 лет (53,6%). Практикуют самолечение «иногда» или «часто» свыше половины опрошенных мужчин в возрастных группах от 30 до 49 лет (58,8%) и от 50 до 69 лет (50,5%), а также женщин старше 70 лет (54,5%). Таким образом, гипотеза № 2 о

более сознательной и осмысленной заботе мужчин о своем здоровье, повышающейся с возрастом, себя не оправдала.

3. Самый высокий показатель распространенности самолечения зафиксирован в группе респондентов с неполным средним образованием (51,3%); среди женщин этот показатель достигает 57,3%. В остальных группах (со средним, средним специальным и высшим образованием) к самолечению прибегают менее половины респондентов. В то же время отмечены исключения: приверженность самолечению в большей степени выражают группы мужчин с высшим (59,4%) и со средним специальным (53,4%) образованием. Тем самым, гипотеза № 3 о влиянии уровня образования на распространенность практик самолечения подтвердилась лишь частично.

4. Наибольшую приверженность лечению с обращением к врачу проявили женщины и мужчины, никогда не состоявшие в браке (75% и 66,7% соответственно), лица, состоящие в браке (56,1% женщин и 51,2% мужчин), а также разведенные женщины (53,1%). В относительно большей степени самолечение распространено в группах овдовевших женщин и мужчин (50,8% и 54,6%), а также в группе разведенных мужчин (100%). Таким образом, гипотеза № 4 о том, что состояние в браке провоцирует повышенную заботу о состоянии своего здоровья у мужчин и женщин, не подтвердилась.

5. Приверженность лечению у врача-специалиста в большей степени выражают как работающие респонденты, так и лица, находящиеся на пенсии, – и мужчины, и женщины. Самолечение распространено в группах неработающих граждан: обращаются в случае болезни к самолечению 58,3% мужчин и 61,5% женщин. Гипотеза № 5 нашла свое подтверждение в отношении отрицания самолечения среди работающих респондентов.

6. Максимальные показатели приверженности лечению заболевания под контролем врача достигнуты в Екатеринбурге, малых и крупных городах Свердловской области. В сельской местности самолечение практикуют 54,6% женщин, но только 46,4% мужчин. Тем самым, гипотеза № 6 о преимущественной распространенности практик самолечения в сельской местности подтвердилась лишь частично.

7. Исходя из проведенного анализа, можно смоделировать гипотетические образы мужчин и женщин, в наибольшей степени подверженных самолечению. Мужчина – проживает в крупном или малом городе, в возрасте 30-49 лет, с высшим образованием, работающий, разведенный. Женщина – проживает в сельской местности, в возрасте

30-49 лет, с неполным средним или средним специальным образованием, временно не работающая, вдова или разведенная.

В целом, гендерный анализ позволяет выявить группы пациентов с заболеваниями системы кровообращения, наиболее склонные к применению самолечения, приводящего к ухудшению состояния здоровья и дальнейшему прогрессированию заболевания.

Список литературы:

1. Ruiz M.E. Risks of self-medication practices. *Drug Safety*. 2010; 5(4): 315-23. doi: 10.2174/157488610792245966.
2. Eichenberg C., Auersperg F., Detlev Rusch B., Brähler E. Self-medication: a nationwide representative survey on motives, reasons and sources on consuming over-the-counter medication. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2015; 65(8): 304-10. doi: 10.1055/s-0035-1545311.
3. Hughes C.M., McElroy J.C., Fleming G.F. Benefits and risks of self-medication. *Drug Safety*. 2001; 24(14): 1027-37. doi: 10.2165/00002018-200124140-00002.
4. Montastruc J.L., Bondon-Guitton E., Abadie D., Lacroix I., Berreni A., Pugnet G., Durrieu G., Sailer L., Giroud J.P., Damase M.C., Montastruc F. Pharmacovigilance, risks and adverse effects of self-medication. *Review Therapie*. 2016; 71(2): 257-62. doi: 10.1016/j.therap.2016.02.012.
5. Fainzang S. The other side of medicalization: self-medicalization and self-medication. *Culture, Medicine and Psychiatry*. 2013; 37(3): 488-504. doi: 10.1007/s11013-013-9330-2.
6. Machado-Alba J.E., Echeverri-Cataño L.F., Londoño-Builes M.J., Moreno-Gutiérrez P.A., Ochoa-Orozco S.A., Ruiz-Villa J.O. Social, cultural and economic factors associated with self-medication. *Biomedica*. 2014; 34(4): 580-8. doi: 10.1590/S0120-41572014000400011.
7. Rogozea L., Dinu E.A., Constantin D., Leășu F.G. Self-Medicating for Pain: A Public Health Perspective. *American Journal of Therapeutics*. 2020; 27(4): e387-e391. doi: 10.1097/MJT.0000000000001173.
8. Noone J., Blanchette C.M. The value of self-medication: summary of existing evidence. *Journal of Medical Economics*. 2018; 21(2): 201-211. doi: 10.1080/13696998.2017.1390473.
9. Torres N.F., Chibi B., Middleton L.E., Solomon V.P., Mashamba-Thompson T.P. Evidence of factors influencing self-medication with antibiotics in low and middle-income

countries: a systematic scoping review. *Public Health Reports*. 2019; 168: 92-101. doi: 10.1016/j.puhe.2018.11.018.

10. Lifshitz A., Arrieta O., Burgos R., Campillo C., Celis M.Á., Llata M. de la, Domínguez J., Halabe J., Islas S., Jasso L., Moreno M., Plancarte R., Reyes-Sánchez A., Ruiz-Argüelles G., Soda A., Verástegui E., Sotelo J. Self-medication and self-prescription. *Gaceta medica de Mexico*. 2020; 156(6): 600-602. doi: 10.24875/GMM.M21000456.

11. Дмитриев М.Э., Зимоха А.Ю., Попович Л.Д. Возможности реализации концепции ответственного самолечения в России // Финансы и бизнес. 2021. Т. 17. № 1. С. 94-104. DOI: 10.31085/1814-4802-2021-17-1-94-104.

12. Пономарева А.А., Конышкина Т.М., Мищенко Е.С. Оценка роли фармацевтических специалистов в реализации концепции ответственного самолечения // Евразийское научное объединение. 2020. № 11-3(69). С. 208-211.

13. Толпыгина С.Н., Марцевич С.Ю., Концевая А.В., Драпкина О.М. Ответственное самолечение – основополагающие принципы и место в современной системе здравоохранения // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018. № 14(1). С. 101-110. DOI: 10.20996/1819-6446-2018-14-1-101-110.

14. Покида А.Н., Зыбуновская Н.В. Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики // Здоровье населения и среда обитания – ЗНИСО. 2021. Т. 29. № 7. С. 19-27. DOI: 10.35627/2219-5238/2021-29-7-19-27.

15. Степанова М.В., Петрова Л.Е., Кузьмин К.В. Реклама, вера в таблетки, дефицит времени и доверие врачу: фармацевты и пациенты о распространенности практик самолечения в России // Системная интеграция в здравоохранении. 2022. № 1(54). С. 28-42.

16. Климова Т.М., Кузьмина А.А., Малогулова И.Ш. Распространенность практики самолечения антибиотиками в Республике Саха (Якутия) // Общественное здоровье и здравоохранение. 2017. № 2(54). С. 5-9.

17. Шамина Я.А., Сулейманов С.Ш., Абросимова Н.В. Региональные аспекты самолечения боли по результатам анкетирования посетителей аптек и данным розничных продаж аптечных организаций // Здравоохранение Дальнего Востока. 2011. № 2(48). С. 83-86.

18. Жаркова Л.П., Андреева И.В., Пасечник Е.С., Козлов С.Н. Практика самолечения в городах России: результаты многоцентрового описательного исследования "Фарсар" // Клиническая фармакология и терапия. 2016. Т. 25. № 2. С. 13-19.

19. Крамарь Л.В. Распространенность самолечения при острых респираторных инфекциях у детей // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2021. Т. 66. № 4. С. 311.

20. Тихонова Н.В., Олохова Е.А., Жарова А.В., Мысик М.Ю., Волкова О.А. Современные аспекты медико-социального сопровождения пациентов пожилого возраста // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2020. Т. 28. № 6. С. 1308-1313. DOI: 10.32687/0869-866X-2020-28-6-1308-1313.