



УДК 614.2  
<https://doi.org/10.47093/2713-069X.2025.6.4.5-13>



## Влияние медицинских и социально-экономических факторов на отказ от обращения за медицинской помощью

**Ф.И. Стадымов\*, В.П. Чигрина, Д.С. Тюфилин**

ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, ул. Добролюбова, д. 11, г. Москва, 127254, Россия

### Аннотация

В настоящий момент не изучены данные о комплексном влиянии различных факторов, в особенности медицинских и социально-экономических, на принятие решения о своевременном обращении в медицинскую организацию. **Цель.** Выявить особенности поведения граждан Российской Федерации при возникновении медицинских проблем и факторы, влияющие на них. **Материалы и методы.** Применялся специально разработанный опросник по оценке поведения граждан при возникновении у них медицинских проблем, включающий вопросы об общей характеристики респондентов (12 вопросов) и аспектах оказания медицинской помощи (17 вопросов). Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows 10.0, Stata и R-studio. **Результаты.** В исследовании приняли участие 2717 респондентов старше 18 лет из 85 субъектов Российской Федерации. Медианный возраст респондентов составлял 42,4 года. Большая часть респондентов (64,8 %) ответили, что при возникновении проблем со здоровьем они обращались к врачу, что характеризовалось как рациональное медицинское поведение. Около трети (29,4 %) предпочитали лечиться самостоятельно, применяя лекарства и «народные средства»; 4,5 % не делали ничего, думая, что заболевание «пройдет само», и 0,6 % предпочитали обращаться к людям, лечащим нетрадиционными средствами, что относилось к нерациональному медицинскому поведению. Наибольшая доля респондентов, демонстрирующих нерациональное медицинское поведение, отмечена среди лиц 35–44 лет, с низким финансовым положением, никогда не состоявших в браке, безработных, не желающих иметь детей. Медицинскими факторами нерационального медицинского поведения определены недоверие к системе здравоохранения, а также низкая приверженность лечению и профилактике заболеваний. Фактором рационального медицинского поведения являлся высокий уровень удовлетворенности последним посещением медицинской организации. **Заключение.** Медицинские и социально-экономические факторы, выявленные в ходе проведения настоящего исследования, являются управляемыми со стороны системы здравоохранения и представляют ценность для разработки мероприятий, способствующих рациональному медицинскому поведению.

**Ключевые слова:** факторы; отказ; обращение к врачу; население; Российская Федерация

**Для цитирования:** Стадымов Ф.И., Чигрина В.П., Тюфилин Д.С. Влияние медицинских и социально-экономических факторов на отказ от обращения за медицинской помощью. Национальное здравоохранение. 2025; 6 (4): 5–13.  
<https://doi.org/10.47093/2713-069X.2025.6.4.5-13>

### Контактная информация:

\* Автор, ответственный за переписку: Стадымов Федор Иванович. E-mail: stradymovfi@mednet.ru

Статья поступила в редакцию: 14.05.25

Статья принята к печати: 30.06.25

Дата публикации: 30.12.25

## The impact of medical and socioeconomic factors on refusal to seek medical care

**Fedor I. Stradymov\*, Valeriya P. Chigrina, Denis S. Tyufilin**

Russian Research Institute of Health, Dobrolyubova str., 11, Moscow, 127254, Russia

### Abstract

Current research lacks a comprehensive analysis of the complex relationship between various factors, particularly socioeconomic and medical, and the decision-making process to seek immediate admission to healthcare facilities. **Aim.** To identify behavioral patterns among citizens of the Russian Federation when facing medical issues and the factors influencing them. **Materials and methods.** A specially designed questionnaire was used to assess citizens' behavior

© Ф.И. Стадымов, В.П. Чигрина, Д.С. Тюфилин, 2025

in response to medical problems, including sections on respondents' general characteristics (12 questions) and aspects of healthcare provision (17 questions). Statistical analysis was performed using Statistica for Windows 10.0, Stata, and R-Studio. **Results.** The study involved a sample of 2,717 respondents aged 18 and over from 85 regions of the Russian Federation. The median age of the participants was 42.4 years. The majority of respondents (64.8 %) reported seeking professional medical help when health issues arose, which was characterized as rational health behavior. Approximately one-third (29.4 %) preferred self-treatment using pharmaceuticals and "folk remedies", while 4.5 % took no action, believing the illness would "resolve on its own". A small proportion (0.6 %) sought assistance from individuals practicing non-traditional methods. These latter three patterns were classified as irrational health behavior. The highest proportion of respondents demonstrating irrational healthcare-seeking behavior was observed among individuals aged 35–44, those with low financial status, never-married individuals, the unemployed, and those unwilling to have children. Medical factors contributing to irrational behavior included distrust in the healthcare system and low adherence to treatment and disease prevention. A high level of satisfaction with the most recent visit to a healthcare facility was identified as a factor promoting rational healthcare-seeking behavior. **Conclusion.** The medical and socio-economic factors associated with rational healthcare-seeking behavior identified in this study are modifiable by the healthcare system and hold value for developing interventions aimed at promoting appropriate medical care utilization.

**Keywords:** factors; refusal; consulting a physician; population; Russian Federation

**For citation:** Stradymov F.I., Chigrina V.P., Tyufilin D.S. The impact of medical and socioeconomic factors on refusal to seek medical care. National Health Care (Russia). 2025; 6 (4): 5–13. <https://doi.org/10.47093/2713-069X.2025.6.4.5-13>

#### Contacts:

\* Corresponding author: Fedor I. Stradymov. E-mail: stradymovfi@mednet.ru

The article received: 14.05.25

The article approved for publication: 30.06.25

Date of publication: 30.12.25

#### Список сокращений:

ДИ – доверительный интервал

ОШ – отношение шансов

## ВВЕДЕНИЕ

Длительное избегание посещения врача и отложенное получение необходимой медицинской помощи приводят к позднему выявлению заболеваний, развитию потенциально предотвратимых последствий заболеваний и снижению выживаемости [1–3].

По данным многочисленных исследований выделяются демографические и гендерные, социально-экономические и поведенческие факторы, а также барьеры обращения к врачу, зависящие от состояния пациента, условий оказания медицинской помощи, длительного времени ожидания, отсутствия уверенности в эффективности лечения и неудобного времени работы медицинской организации [4–6]. Кроме того, к факторам отказа пациентов обратиться к врачу относят финансовые проблемы, нехватку времени, страх перед возможным диагнозом и другие причины [1, 7]. По данным зарубежных авторов многие люди избегают посещения медицинских организаций, даже если подозревают, что помочь им может быть необходимо [8, 9]. Исследования, реализованные в Российской Федерации, свидетельствуют о том, что количество обращений за медицинской помощью и госпитализаций среди женщин трудоспособного возраста выше по сравнению с остальным населением [10, 11].

Вместе с тем отсутствуют данные о комплексном влиянии различных факторов, в особенности медицинских и социально-экономических, на принятие

решения о своевременном обращении в медицинскую организацию, которые в большей степени поддаются управлению. С целью разработки мероприятий по повышению приверженности населения к обращению в медицинские организации проведено популяционное одномоментное наблюдательное исследование особенностей поведения граждан Российской Федерации при возникновении медицинских проблем.

**Цель:** выявить особенности поведения граждан Российской Федерации при возникновении медицинских проблем и факторы, влияющие на них.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено наблюдательное одномоментное социологическое исследование с применением специально разработанного опросника по оценке поведения граждан при возникновении у них медицинских проблем, включающего вопросы об общей характеристики респондентов (12 вопросов) и аспектах оказания медицинской помощи (17 вопросов).

С целью валидации анкеты проведена серия фокус групп ( $n = 21$ ). Заполнение электронного опросника проводилось в 85 регионах Российской Федерации с использованием российской платформы «Online Marketing Intelligence», сертифицированной по стандарту ISO 20252:2019 и располагающей онлайн-панелью для проведения репрезентативного опроса



населения России. При регистрации на платформе респонденты заполняли анкету, в которой отражались основные социально-демографические характеристики, на основании которых происходят таргетные рассылки на опросы.

Отклик на проведение опроса составил 17 %. Полученная выборочная совокупность является представительной относительно населения Российской Федерации по полу, возрасту и уровню образования.

Кроме того, проведены анализ первичных данных, полученных Росстатом в ходе выборочного наблюдения состояния здоровья населения (2022 г.), и дальнейшее сопоставление результатов с данными наблюдательного одномоментного социологического исследования с применением специально разработанного опросника по оценке поведения граждан при возникновении у них медицинских проблем.

**Таблица 1. Социально-демографическая характеристика респондентов**

**Table 1. Sociodemographic characteristics of the respondents**

Параметр	n	%
Пол		
Мужской	1240	45,6
Женский	1477	54,4
Семейное положение		
Замужем (женат)	1393	51,3
Сожительствую	238	8,8
Разведен(а)	348	12,8
Вдовец (вдова)	145	5,3
Никогда не состоял(а) в браке	593	21,8
Наличие детей		
Да	1843	67,8
Нет	874	32,2
Желание иметь детей в группе респондентов, у которых они отсутствуют (ответивших «нет» на вопрос о наличии детей)		
Да, определенно	307	35,1
Скорее да	253	28,9
Скорее нет	137	15,7
Нет	177	20,3
Исповедование какой-либо религии		
Да	1366	50,3
Нет	997	36,7
Отказываюсь отвечать	354	13,0
Финансовое положение		
Крайне низкое	59	2,2
Низкое	352	12,9
Среднее	1171	43,1
Выше среднего	1046	38,5
Высокое	89	3,3

Для статистической обработки результатов исследования использовался пакет программ Statistica for Windows 10.0, Stata и R-studio. Качественные данные представлены в виде абсолютных или относительных (%) показателей, количественные в виде  $M \pm SD$ , где  $M$  – среднее арифметическое,  $SD$  – стандартное отклонение. При сравнении распределений качественных признаков использовался критерий согласия Пирсона. При сравнении качественных признаков проведен расчет отношения шансов (ОШ). Для проверки гипотез о связи индивидуальных факторов с шансом попадания в группы интереса была использована обобщенная линейная модель регрессии (GLM) с логит-функцией связи. Выбор модели обусловлен характером зависимой переменной, которая принимает бинарные значения. Оценка параметров регрессии осуществлялась методом максимального правдоподобия.

К медицинским факторам, включенным в настоящее исследование, относились удовлетворенность последним посещением медицинской организации, комфортность нахождения в медицинской организации, предпочтение частных/государственных медицинских организаций, обращение к одному врачу при возникновении заболеваний, частота обращений, количество лекарственных препаратов в домашней аптечке, наличие полиса добровольного медицинского страхования, получение информации о лечении заболевания от фармацевта/провизора в аптеке, доверие к системе здравоохранения, приверженность профилактике и лечению заболеваний.

К группе социально-экономических факторов относились пол, возраст, тип населенного пункта проживания респондента, социально-профессиональная категория, уровень образования, финансовое положение, семейное положение и наличие детей.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

В опросе приняли участие 2717 респондентов старше 18 лет (45,6 % мужчин и 54,4 % женщин) из 85 субъектов Российской Федерации. Медианный возраст респондентов составлял 42,4 года (min – 18 лет, max – 83 года). Законченное среднее образование имели 14,1 % ( $n = 383$ ), среднее специальное или техническое – 35,1 % ( $n = 954$ ), незаконченное высшее – 6,6 % ( $n = 178$ ) и высшее – 44,2 % ( $n = 1202$ ). Подробная социально-демографическая характеристика респондентов представлена в таблице 1.

### Общая характеристика медицинской активности

Большая часть респондентов (64,8 %,  $n = 1762$ ) ответили, что при возникновении проблем со здоровьем они обращались к врачу, что характеризовалось как рациональное медицинское поведение. Около трети (29,4 %,  $n = 798$ ) предпочитали лечиться

самостоятельно, применяя лекарства и «народные средства»; 4,5 % ( $n = 122$ ) – не делали ничего, думая, что заболевание «пройдет само», и 0,6 % ( $n = 16$ ) предпочитали обращаться к людям, лечащим нетрадиционными средствами (целители, гадалки, лекари). Вышеперечисленные варианты действий при возникновении проблем со здоровьем характеризовались как нерациональное медицинское поведение (рис. 1).

По результатам анализа первичных данных, полученных Росстатом в ходе выборочного наблюдения состояния здоровья населения (2022 г.), в аналогичном вопросе о том, как бы повели себя респонденты при возникновении у них проблем со здоровьем, был доступен множественный выбор вариантов ответа, что не позволяло определить долю лиц с рациональным медицинским поведением, однако полученные сведения представляют интерес, поскольку большинство опрошенных при заболеваниях также обратились бы к врачу (89,4 %,  $n = 87\ 543$ ), но при этом больше половины выбрали и вариант о самолечении с применением лекарств и «народных методов» (53,6 %,  $n = 52\ 534$ )<sup>1</sup>. Обратились бы к людям, лечащим «нетрадиционными» средствами, 2,6 % ( $n = 2\ 509$ ) респондентов, ничего бы не делали 0,6 % ( $n = 617$ ) опрошенных и выбрали вариант «другое» 0,2 % ( $n = 206$ ). Вышеперечисленные результаты свидетельствуют о том, что при возникновении проблем со здоровьем у населения отсутствует устойчивая и линейная модель поведения, а индивидуальный алгоритм действий будет зависеть от дополнительных факторов, например тяжести состояния.

#### Социально-экономические факторы

Принадлежность к группе безработных на 45,9 % увеличивала шансы нерационального медицинского поведения, а отсутствие детей – на 42,7 %. Кроме того,

шансы нерационального медицинского поведения были выше в группе никогда не состоявших в браке (на 56,1 %), разведенных (на 45,7 %) и сожительствующих с партнером вне официального брака (на 49,9 %). С более низкими шансами нерационального медицинского поведения было ассоциировано только высокое финансовое положение граждан (табл. 2).

Наибольшая доля людей с нерациональным медицинским поведением регистрировалась среди лиц 35–44 лет (38,9 %,  $n = 234$ ), наименьшая – среди лиц старше 65 лет (25,7 %,  $n = 67$ ), а также среди лиц с крайне низким финансовым положением (52,5 %,  $n = 31$ ), никогда не состоявших в браке (41,3 %,  $n = 245$ ) и безработных (8,9 %;  $p < 0,05$  для всех сравнений).

По результатам анализа первичных данных, полученных Росстатом в ходе выборочного наблюдения состояния здоровья населения (2022 г.), статистически значимо большая доля лиц с нерациональным медицинским поведением обнаружена среди мужчин (14,1 %), лиц, не проходивших диспансеризацию в течение последних двух лет, (16,6 %), имевших чувство тревоги и депрессии (31,8 %), не имевших проблем со здоровьем (13,9 %), проводивших свободное время за распитием алкогольных напитков (23,2 %) и не проводивших – за чтением книг (12,4 %), беседами с близкими и друзьями (12,8 %), просмотром фильмов и телепередач (14,4 %) и походом в кино (11,3 %),  $p < 0,05$  для всех сравнений<sup>2</sup>.

Доля людей с нерациональным медицинским поведением также выше в группе никогда не состоявших в браке (13,9 %), безработных (17,6 %), лиц, оценивавших состояние своего здоровья как очень хорошее (16,4 %) которых не тревожило чувство неопределенности будущего (14,3 %), а также среди тех, кто проживал в крайней нужде (31,3 %),  $p < 0,05$  для всех сравнений.

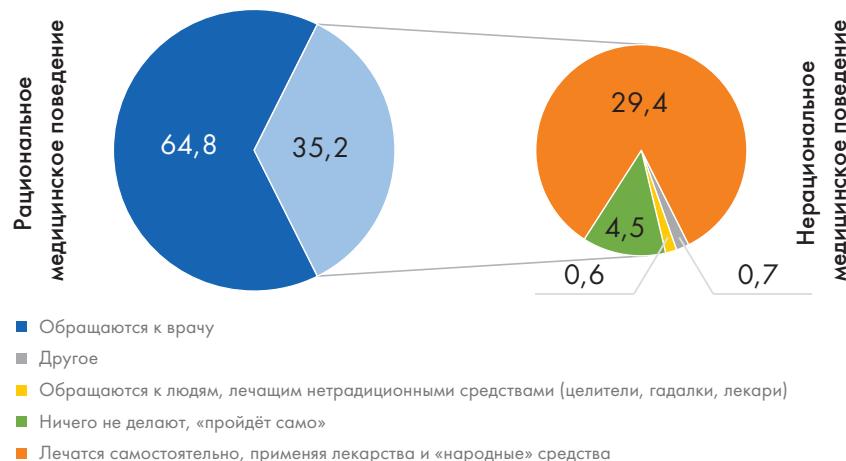


Рис. 1. Что делают люди при возникновении проблем со здоровьем, %

Fig. 1. What do people do when they have health problems, %

<sup>1</sup> Федеральная служба государственной статистики. Выборочное наблюдение состояния здоровья населения. Росстат, 2022. URL: [https://rosstat.gov.ru/free\\_doc/new\\_site/zdor22/PublishSite\\_2022/index.html?ysclid=mach2led67717610123](https://rosstat.gov.ru/free_doc/new_site/zdor22/PublishSite_2022/index.html?ysclid=mach2led67717610123) (дата обращения: 04.09.2025).

<sup>2</sup> Там же.



Таблица 2. Социально-экономические параметры, связанные с нерациональным медицинским поведением

Table 2. Socioeconomic parameters related to irrational medical behavior

Параметр	Доля респондентов	Скорректированное ОШ (95 % ДИ)
Безработный	10,2	1,459 (1,133–1,875)
Высокое финансовое положение	38,5	0,229 (0,109–0,468)
Сожительство	8,8	1,499 (1,127–1,986)
Разведен(а)	12,8	1,457 (1,141–1,856)
Никогда не состоял(а) в браке	21,8	1,561 (1,279–1,904)
Отсутствие детей	32,2	1,427 (1,208–1,686)

Примечание: ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал.

Наименьшая доля респондентов с нерациональным поведением регистрировалась среди вдовцов (вдов) – 8,3 %, госслужащих (7,8 %), лиц, оценивавших состояние своего здоровья как плохое (6,9 %), которых скорее тревожило чувство неопределенности будущего (9,5 %), а также тех, у кого не было особых материальных затруднений (9,8 %),  $p < 0,05$  для всех сравнений. Статистически значимой разницы в доле людей с нерациональным медицинским поведением в зависимости от территории проживания (различных субъектов Российской Федерации) не обнаружено ( $p > 0,05$ ). Распределение лиц с нерациональным медицинским поведением в зависимости от социально-профессиональной категории представлено на рисунке 2.

Обращает на себя внимание, что доля бизнесменов в группе лиц с нерациональным медицинским поведением находилась на втором месте после безработных, что расширяет полученные в ходе опроса факторы нерационального медицинского поведения и позволяет в большей степени управлять ими путем разработки целевых мероприятий, в том числе профилактических, в организованных коллективах.

#### Медицинские факторы: доверие к системе здравоохранения

Недоверие к системе здравоохранения, зафиксированное у 9,5 % респондентов, повышало вероятность нерационального медицинского поведения в 5,9 раза ( $\text{ОШ} = 5,964$ ; 95 % доверительный интервал

(ДИ): 4,031–8,952), и, соответственно, среди респондентов с рациональным медицинским поведением регистрировалась статистически значимо большая доля лиц, доверяющих системе здравоохранения (63,0 % против 42,7 %,  $p < 0,05$ ).

Среди респондентов, не доверявших системе здравоохранения, отмечалось статистически значимо больше лиц в возрасте 25–34 лет (25,5 %) и со средним финансовым положением (43,2 %,  $p < 0,05$ ).

В группе респондентов, не доверявших системе здравоохранения, отмечалось больше женщин (58,2 %), проживавших в городе (45,4 %), пользовавшихся советами по лечению заболевания из сети Интернет (24,3 %), самой важной жизненной ценностью которых была свобода (18,1 %), по сравнению с остальными респондентами ( $p < 0,05$  для всех сравнений).

Вместе с тем в вышеназванной группе лиц было меньше пенсионеров (16,6 %), студентов (3,7 %), исповедовавших какую-либо религию (46,7 %), имевших среди близких/родственников/друзей людей с медицинским образованием (45,8 %). По остальным параметрам статистически значимой разницы не выявлено ( $p > 0,05$ ).

#### Медицинские факторы: приверженность профилактике и лечению

Низкая приверженность лечению, оцениваемая вопросом «Обычно назначенное врачом лечение мне помогает», в шесть раз увеличивала вероятность

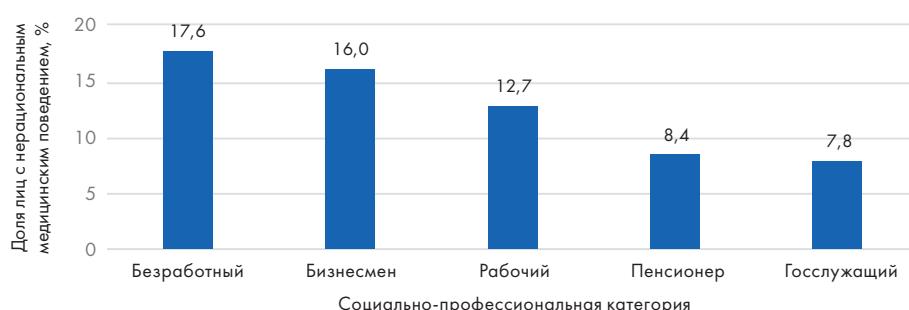


Рис. 2. Доля лиц с нерациональным медицинским поведением в зависимости от социально-профессиональной категории респондентов, %

Fig. 2. Proportion of people with irrational medical behavior, depending on the socio-professional category of respondents, %

нерационального медицинского поведения (ОШ = 5,997; 95 % ДИ: 3,499–10,440). Данный фактор отмечался у 2,5 % респондентов.

Кроме того, участникам был задан вопрос о согласии с утверждением «Проведение профилактических медицинских осмотров полезно для здоровья», негативный ответ на который свидетельствовал о низкой приверженности профилактике. Подавляющее большинство опрошенных имели высокую приверженность профилактике (86,2 %,  $n = 2343$ ).

Среди респондентов с рациональным медицинским поведением зарегистрирована статистически значимо большая доля лиц, приверженных профилактике (89,5 % против 80,3 %,  $p < 0,05$ ). Низкая приверженность профилактике в 3,9 раза повышала шансы нерационального медицинского поведения (ОШ = 3,913; 95 % ДИ: 2,461–6,280).

Статистически значимо большая доля лиц, не приверженных профилактике, выявлена в группе замужних (женатых) – 46,5 %, а также лиц со средним финансовым положением (42,0 %), меньшая – среди никогда не состоявших в браке (27,3 %) и лиц с крайне низким финансовым положением (4,3 %,  $p < 0,05$ ). Кроме того, среди данных респондентов отмечалось больше лиц, пользовавшихся советами по лечению заболеваний из телеграм-каналов (7,2 %) и самой важной ценностью в жизни для которых было самообразование (8,6 %,  $p < 0,05$  для всех сравнений).

### **Медицинские факторы: комфортность нахождения в медицинской организации**

Комфортность нахождения в медицинской организации была связана со снижением вероятности нерационального медицинского поведения респондентов (ОШ = 0,170; 95 % ДИ: 0,122–0,234). При этом треть участников (33,4 %,  $n = 909$ ) сообщили об отсутствии комфорта при нахождении в медицинской организации (рис. 3).

Среди респондентов, которым было комфортно находиться в медицинских организациях, обнаружена статистически значимо большая доля лиц с крайне низким (4,2 %) и низким (16,5 %) финансовым положением, разведенных (15,4 %), никогда не состоявших в браке (22,8 %), а также вдов (вдовцов) – 6,3 %; относивших свободу к самым важным жизненным ценностям (18,6 %), считавших, что здоровье и жизнь человека предопределены заранее (43,5 %), а также при определенных

заболеваниях, при которых было стыдно обращаться к врачу (40,7 %,  $p < 0,05$  для всех сравнений). По остальным параметрам статистически значимой разницы между группами не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Параметрами, связанными с некомфортностью пребывания респондентов в медицинских организациях, являлись недоверие к системе здравоохранения (ОШ = 12,479; 95 % ДИ: 8,187–19,432), низкая приверженность лечению (ОШ = 6,844; 95 % ДИ: 3,975–11,973) и профилактике (ОШ = 3,462; 95 % ДИ: 2,178–5,521), плохое отношение к медицинским работникам (ОШ = 10,007; 95 % ДИ: 6,375–15,994), нежелание иметь детей при их отсутствии (ОШ = 1,518; 95 % ДИ: 1,031–2,234), отсутствие вероисповедания (ОШ = 1,587; 95 % ДИ: 1,334–1,889), обращение к различным врачам при возникновении заболеваний (ОШ = 1,569; 95 % ДИ: 1,261–1,950), принадлежность свободы к самым важным жизненным ценностям (ОШ = 1,499; 95 % ДИ: 1,207–1,858), отсутствие в окружении людей с медицинским образованием (ОШ = 1,293; 95 % ДИ: 1,101–1,518), незнание и неумение распознавать симптомы возникающих заболеваний (ОШ = 1,903; 95 % ДИ: 1,233–2,942). Кроме того, среди людей, никогда не открывавших больничный лист в случае возникновения заболеваний, шанс оказаться не удовлетворенным комфортом пребывания в медицинской организации, увеличивался в два раза (ОШ = 2,009; 95 % ДИ: 1,486–2,733).

Вместе с тем проживание в сельской местности на 43,3 % снижало шанс того, что респонденты окажутся не удовлетворены комфортом пребывания в медицинской организации (ОШ = 0,567; 95 % ДИ: 0,354–0,881), наличие высшего образования – на 25,9 % (ОШ = 0,741; 95 % ДИ: 0,584–0,941), наличие в домашней аптечке более 20 лекарственных препаратов – на 26,2 % (ОШ = 0,738; 95 % ДИ: 0,596–0,914), отсутствие чувства стыда при обращении к врачу – на 33,2 % (ОШ = 0,668; 95 % ДИ: 0,468–0,957).

### **Медицинские факторы: удовлетворенность медицинской помощью**

Удовлетворенность медицинской помощью снижала вероятность нерационального медицинского поведения на 79,8 % (ОШ = 0,202; 95 % ДИ: 0,145–0,280), и в реализованном исследовании около трети респондентов остались не удовлетворены последним посещением медицинской организации (29,3 %,  $n = 799$ ) (рис. 4).



Рис. 3. Распределение респондентов по комфорту нахождения в медицинской организации, %  
Fig. 3. Distribution of respondents by the comfort of being in a medical organization, %

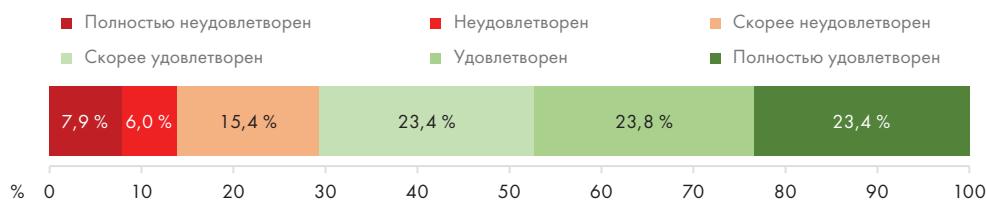


Рис. 4. Распределение респондентов по удовлетворенности посещением медицинской организации, %  
Fig. 4. Distribution of respondents by satisfaction with visiting a medical organization, %

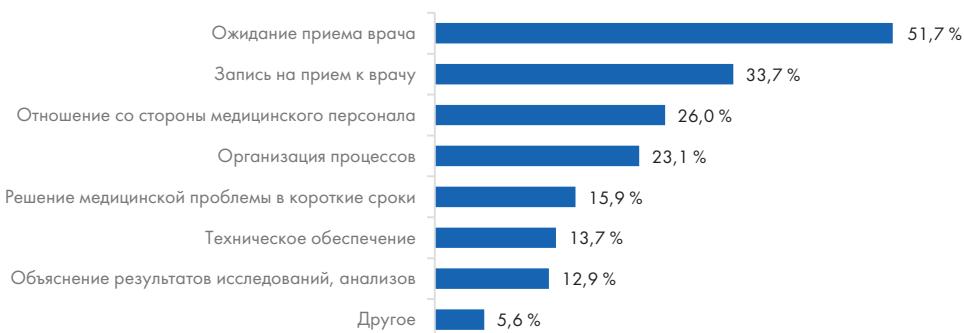


Рис. 5. Причины неудовлетворенности граждан посещением медицинской организации, %  
Fig. 5. Reasons for citizens' dissatisfaction with visiting a medical organization, %

Основными причинами неудовлетворенности граждан посещением медицинской организации являлись длительное время ожидания приема (51,7 %,  $n = 1075$ ) и записи на прием к врачу (33,7 %,  $n = 700$ ), отношение со стороны медицинского персонала (26,0 %,  $n = 541$ ) и организация процессов (23,1 %,  $n = 481$ ) (рис. 5).

## ОБСУЖДЕНИЕ

Полученные связи медицинских факторов с нерациональным медицинским поведением соответствуют проведенным ранее исследованиям по данной теме. Настоящее исследование дополняет перечень медицинских факторов рационального медицинского поведения и предлагает дополнительные возможности для работы системы здравоохранения с населением.

Полученные результаты влияния социально-экономических факторов на нерациональное медицинское поведение не в полной мере соотносится со всеми реализованными ранее исследованиями, поскольку риск позднего обращения за медицинской помощью или отказа от посещения врача различается в зависимости от конкретных состояний пациента.

Так, в исследовании A.J. Viera и соавт. ( $n = 23\,839$ ; 2006) мужчины реже, чем женщины, проходили скрининг артериального давления (ОШ = 0,44; 95 % ДИ: 0,40–0,50), скрининг уровня холестерина (ОШ = 0,72; 95 % ДИ: 0,65–0,79), консультации по отказу от курения (ОШ = 0,66; 95 % ДИ: 0,55–0,78) и профилактические осмотры (ОШ = 0,53; 95 % ДИ: 0,49–0,57). Кроме того, респонденты в более молодых возрастных группах проходили эти обследования еще реже.

В скорректированных моделях наблюдаемое взаимодействие между полом и возрастной группой сохранялось только при измерении артериального давления ( $p = 0,016$ ) и рутинных осмотрах ( $p < 0,001$ ) [12].

По данным национального американского исследования, проведенного S. Bista и соавт. (2021), среди 5247 респондентов старше 18 лет, у лиц в возрасте 18–34 лет по сравнению с лицами в возрасте  $\geq 65$  лет вероятность избегания медицинской помощи была более чем в три раза выше (ОШ = 3,61; 95 % ДИ: 2,46–5,30); мужчины чаще, чем женщины, избегали медицинской помощи (ОШ = 1,44; 95 % ДИ: 1,11–1,86), а курильщики – чаще, чем те, кто никогда не курил (ОШ = 1,47; 95 % ДИ = 1,04–2,09). Кроме того, самооценка здоровья как удовлетворительная или плохая (ОШ = 2,73; 95 % ДИ: 1,63–4,57) также была связана с более частым избеганием обращения респондентов за медицинской помощью [13].

Это позволяет предположить, что медицинское поведение может меняться в зависимости от наличия угрозы жизни, сильной боли или иных тревожных симптомов, вне зависимости от социально-экономических и медицинских факторов, а его оценка без соптнесения с состоянием респондента не является информативной.

Данные Росстата, проанализированные в настоящем исследовании, расширили перечень параметров, статистически значимо связанных с нерациональным медицинским поведением, подтвердив влияние приведенных в настоящей статье факторов медицинского и социально-экономического характера на нерациональное медицинское поведение.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

По результатам проведенного исследования медицинскими факторами нерационального медицинского поведения являлись недоверие к системе здравоохранения, а также низкая приверженность лечению и профилактике. Фактором рационального медицинского поведения являлся высокий уровень удовлетворенности последним посещением медицинской организации.

Важным медицинским фактором рационального медицинского поведения являлась комфортность пребывания в медицинской организации, ассоциированная с другими параметрами медицинской активности граждан. Так, некомфортность пребывания в медицинской организации достоверно связана с недоверием к системе здравоохранения, отсутствием эффекта от назначенного врачом лечения, убеждением о непрофессиональности медицинских работников и их низкой квалификации. Это можно интерпретировать интегральностью и многофакторностью показателя комфорта пребывания, включавшего в себя оценку не только условий пребывания, но и опыта пациентов при взаимодействии с медицинской организацией.

Наибольшая доля респондентов, демонстрирующих нерациональное медицинское поведение,

отмечалась среди лиц 35–44 лет, с низким финансовым положением, никогда не состоявших в браке и безработных. Полученные результаты влияния социально-экономических факторов на рациональность медицинского поведения можно трактовать как то, что люди, демонстрирующие нерациональное медицинское поведение, не имеют стабильного источника дохода, семьи, как и иных признаков социального благополучия.

Таким образом, медицинские и социально-экономические факторы, выявленные в ходе проведения настоящего исследования, являются управляемыми со стороны системы здравоохранения и представляют ценность для разработки мероприятий, способствующих рациональному медицинскому поведению.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is no conflict of interests.

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки (собственные ресурсы).

**Financial support.** The study was not sponsored (own resources).

## AUTHOR CONTRIBUTIONS

**Fedor I. Stradymov** – writing the text, editing of the article.

**Valeriya P. Chigrina, Denis S. Tuifilin** – research idea, concept discussion, selection and analysis of material, editing of the article. All the authors approved the final version of the article.

## ВКЛАД АВТОРОВ

**Ф.И. Стадымов** – написание текста и редактирование статьи.  
**В.П. Чигрина, Д.С. Тюфилин** – идея исследования, обсуждение концепта, подборка и анализ материала, редактирование статьи. Все авторы утвердили окончательную версию статьи.

## ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- 1 Каримова Л.К., Гимаева З.Ф., Бакиров А.Б. и др. Внезапная смерть на рабочем месте от общих заболеваний и меры профилактики (на примере Республики Башкортостан). Пермский медицинский журнал. 2021; 38(1): 123–134. <https://doi.org/10.17816/pmj381123-134>. EDN: XDCNHM
- 2 Conboy N.E., Nickow A., Awoonor-Williams J.K., et al. Self-reported delays in care-seeking in West Africa during the first wave of the COVID-19 pandemic. BMC Health Serv Res. 2023; 23: 785. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09812-x>. PMID: 37481561; PMCID: PMC10363320
- 3 Tiruneh G.A., Arega D.T., Kassa B.G. Delay in making decision to seek care on institutional delivery and associated factors among postpartum mothers in South Gondar zone hospitals, 2020: A cross-sectional study. Heliyon. 2022; 8(3): e09056. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09056>. PMID: 35284676; PMCID: PMC8908018
- 4 Плутов Л.Е. Половая специфика обращения российских подростков за профессиональной психологической помощью. Социодинамика. 2023; 10: 44–57. <https://doi.org/10.25136/2409-7144.2023.10.68771>. EDN: LHRWYK
- 5 Кислицина О.А., Чубарова Т.В. Факторы, влияющие на обращаемость россиян за медицинской помощью: гендерный аспект. Женщина в российском обществе. 2023; 2: 94–108. <https://doi.org/10.21064/WinRS.2023.2.7>. EDN: JHXBVJ
- 6 Черкасов С.Н., Полозков О.И., Федяева А.В., Камаев Ю.О. Влияние уровня образования на модели поведения, связанные с обращаемостью за медицинской помощью населения старших возрастных групп. Медико-фармацевтический журнал «Пульс». 2021; 23(7): 31–37. <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-7-31-37>. EDN: XXMMEI
- 7 Khanam F., Shariful Islam M., Akter J. Factors related to delay in seeking medical care among patients with acute myocardial infarction in Dhaka. J Cell Mol Biol. 2019; 10(1): e92475. <https://doi.org/10.5812/jjhr.92475>
- 1 Karimova L.K., Gimaeva Z.F., Bakirov A.B., et al. Sudden Death in the Workplace from Common Diseases and Preventive Measures (Based on the Republic of Bashkortostan). Perm Medical Journal. 2021; 38(1): 123–134 (In Russian). <https://doi.org/10.17816/pmj381123-134>. EDN: XDCNHM
- 2 Conboy N.E., Nickow A., Awoonor-Williams J.K., et al. Self-reported delays in care-seeking in West Africa during the first wave of the COVID-19 pandemic. BMC Health Serv Res. 2023; 23: 785. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09812-x>. PMID: 37481561; PMCID: PMC10363320
- 3 Tiruneh G.A., Arega D.T., Kassa B.G. Delay in making decision to seek care on institutional delivery and associated factors among postpartum mothers in South Gondar zone hospitals, 2020: A cross-sectional study. Heliyon. 2022; 8(3): e09056. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2022.e09056>. PMID: 35284676; PMCID: PMC8908018
- 4 Plutov L.E. Gender specificity of psychological help-seeking among russian adolescents. SocioDynamics. 2023; 10: 44–57 (In Russian). <https://doi.org/10.25136/2409-7144.2023.10.68771>. EDN: LHRWYK
- 5 Kislytsyna O.A., Chubarova T.V. Factors influencing Russians' applications for medical assistance: gender aspect. Woman in Russian society. 2023; 2: 94–108 (In Russian). <https://doi.org/10.21064/WinRS.2023.2.7>. EDN: JHXBVJ
- 6 Cherkasov S.N., Polozkov O.I., Fedyaeva A.V., Kamaev Yu.O. The influence of the level of education on the behavioral patterns associated with the access to medical care of the population of older age groups. Medical & pharmaceutical journal «PULSE». 2021; 23(7): 31–37 (In Russian). <https://doi.org/10.26787/nydha-2686-6838-2021-23-7-31-37>. EDN: XXMMEI
- 7 Khanam F., Shariful Islam M., Akter J. Factors related to delay in seeking medical care among patients with acute myocardial infarction in Dhaka. J Cell Mol Biol. 2019; 10(1): e92475. <https://doi.org/10.5812/jjhr.92475>



- 8 Yousaf O., Grunfeld E.A., Hunter M.S. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol. Rev.* 2015; 9(2): 264–276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>. PMID: 26209212
- 9 Scott S., Walter F. Studying Help-Seeking for Symptoms: The Challenges of Methods and Models: Studying Help-Seeking for Symptoms. *Soc. Personal. Psychol. Compass.* 2010; 4(8): 531–547. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00287.x>
- 10 Сурова Е.И., Шальнова С.А., Концевая А.В. и др. Ассоциация использования ресурсов системы здравоохранения и временной нетрудоспособности с факторами риска хронических неинфекционных заболеваний в Российской Федерации по данным популяционного исследования. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2018; 14(1): 70–76. <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2018-14-1-70-76>. EDN: YTITEY
- 11 Petersen J., Kontsevaya A., McKee M., et al. Primary care use and cardiovascular disease risk in Russian 40–69-year olds: a cross-sectional study. *J. Epidemiol Community Health.* 2020; 74(9): 692–697. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213549>. PMID: 3236658
- 12 Viera A.J., Thorpe J.M., Garrett J.M. Effects of sex, age, and visits on receipt of preventive healthcare services: a secondary analysis of national data. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-15>. PMID: 16504097; PMCID: PMC1402283
- 13 Bista S., Yu R., Shete S., Shastri S.S. Factors associated with healthcare avoidance among US adults: analyses of the 2019 healthy information national trends survey. *J Fam Med.* 2021; 8(9): 1280. <https://doi.org/10.26420/jfammed.2021.1280>
- 8 Yousaf O., Grunfeld E.A., Hunter M.S. A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men. *Health Psychol. Rev.* 2015; 9(2): 264–276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>. PMID: 26209212
- 9 Scott S., Walter F. Studying Help-Seeking for Symptoms: The Challenges of Methods and Models: Studying Help-Seeking for Symptoms. *Soc. Personal. Psychol. Compass.* 2010; 4(8): 531–547. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00287.x>
- 10 Сурова Е.И., Шальнова С.А., Концевая А.В., et al. Association of risk factors for non-communicable diseases with health care resources utilization and temporary disability according to data of population study in Russian Federation. *Rational Pharmacotherapy in Cardiology.* 2018; 14(1): 70–76 (In Russian). <https://doi.org/10.20996/1819-6446-2018-14-1-70-76>. EDN: YTITEY
- 11 Petersen J., Kontsevaya A., McKee M., et al. Primary care use and cardiovascular disease risk in Russian 40–69-year olds: a cross-sectional study. *J. Epidemiol Community Health.* 2020; 74(9): 692–697. <https://doi.org/10.1136/jech-2019-213549>. PMID: 3236658
- 12 Viera A.J., Thorpe J.M., Garrett J.M. Effects of sex, age, and visits on receipt of preventive healthcare services: a secondary analysis of national data. *BMC Health Serv Res.* 2006; 6: 15. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-6-15>. PMID: 16504097; PMCID: PMC1402283
- 13 Bista S., Yu R., Shete S., Shastri S.S. Factors associated with healthcare avoidance among US adults: analyses of the 2019 healthy information national trends survey. *J Fam Med.* 2021; 8(9): 1280. <https://doi.org/10.26420/jfammed.2021.1280>

## Информация об авторах

**Стадымов Федор Иванович** – главный специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8582-7223>

**Чигрина Валерия Петровна** – ведущий специалист управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5044-4836>

**Тюфилин Денис Сергеевич** – начальник управления стратегического развития здравоохранения ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9174-6419>

## Information about the authors

**Fedor I. Stradymov** – Chief Specialist, Department of Strategic Health Development, Russian Research Institute of Health.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8582-7223>

**Valeriya P. Chigrina** – Leading specialist, Department of Strategic Health Development, Russian Research Institute of Health.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5044-4836>

**Denis S. Tyufilin** – Head of the Department of Strategic Health Development, Russian Research Institute of Health.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9174-6419>